

• 专科护理 •
• 论 著 •

胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策现状及影响因素的混合方法研究

王洁¹, 方淑玲², 刘红霞², 赵重¹, 唐爱萍³

摘要:目的 探讨胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策的现状及其影响因素,为提高胃肠手术患者参与术后疼痛管理决策水平提供参考。**方法** 采用解释性序列混合研究设计。对 107 例胃肠手术患者使用一般资料问卷、患者参与治疗决策调查问卷、决策自我效能量表、数字疼痛评估量表进行调查,采用单因素分析、logistic 回归分析患者参与术后疼痛治疗决策的影响因素;选取量性研究中 11 例患者进行半结构化访谈,使用内容分析法进行分析。**结果** 107 例患者中,术后疼痛治疗决策参与态度积极 73 例(68.22%),态度消极 34 例(31.78%);实际参与程度积极 26 例(24.30%),消极 81 例(75.70%)。logistic 回归分析显示,年龄、术后 2 d 疼痛评分是患者术后疼痛治疗决策参与态度的影响因素;年龄、自我效能是患者术后疼痛治疗决策实际参与程度的影响因素(均 $P<0.05$)。质性研究提炼出 5 个主题:术后疼痛急性期的身心束缚、术后疼痛“正常化”的认知误解、信息鸿沟与理解障碍、自我效能感的缺失与权力让渡、经济导向的主动决策回避。**结论** 医护人员应重视患者在术后疼痛管理中的主动参与及偏好,以提升患者术后疼痛管理有效性、促进患者康复及降低疼痛引起的并发症、提升患者满意度。

关键词: 胃肠手术; 术后疼痛; 疼痛管理; 患者参与; 治疗决策; 影响因素; 混合方法研究

中图分类号: R473.6 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.20.028

A mixed-methods study on the current status and influencing factors of gastrointestinal surgery patients' participation in postoperative pain treatment decision-making

Wang Jie, Fang

Shuling, Liu Hongxia, Zhao Zhong, Tang Aiping. Department of General Surgery Gastrointestinal, Tongling People's Hospital, Tongling 244100, China

Abstract: **Objective** To explore the current status and influencing factors of gastrointestinal surgery patients' participation in postoperative pain treatment decision-making, to provide references for improving the level of the participation. **Methods** A survey was conducted among 107 gastrointestinal surgery patients using a general information questionnaire, the Patient Participation in Treatment Decision-Making Questionnaire, Decision Self-Efficacy Scale, and the Numerical Rating Scale. Univariate analysis and logistic regression analysis were conducted to identify factors influencing patient participation in postoperative pain treatment decision-making. Semi-structured interviews were conducted with 11 patients selected from the quantitative study, and content analysis was used for the analysis. **Results** Pain treatment decision-making, while 34 (31.78%) had a negative attitude. In terms of actual participation, 26 patients (24.30%) were actively involved, whereas 81 patients (75.70%) were not actively involved. Logistic regression analysis revealed that age and pain score on postoperative day 2 were factors influencing patients' attitudes towards participating in postoperative pain treatment decision-making; age and self-efficacy were factors influencing patients' actual participation in postoperative pain treatment decision-making (all $P<0.05$). The qualitative study identified five themes: the physical and mental constraints during the acute phase of postoperative pain, the cognitive misconception of "normalizing" postoperative pain, the information gap and comprehension barriers, the lack of self-efficacy and the relinquishment of power, and the economically driven avoidance of active decision-making. **Conclusion** Healthcare professionals should emphasize patients' active participation and preferences in postoperative pain management in order to enhance the effectiveness of postoperative pain management, promote patient recovery, reduce complications caused by pain, and improve patient satisfaction.

Keywords: gastrointestinal surgery; postoperative pain; pain management; patient participation; treatment decision-making; influencing factors; mixed-methods research

作者单位:铜陵市人民医院 1. 普外胃肠病区 2. 护理部 3. 麻醉科(安徽 铜陵, 244100)

王洁:女,本科,主管护师,59070266@qq.com

科研项目:安徽省铜陵市卫生科研项目[卫科研[2018]22号]

收稿:2025-05-26;修回:2025-07-24

术后疼痛(Postoperative Pain)是一种急性疼痛,通常发生在手术后即刻,持续时间不超过 7 d,是手术患者普遍面临的主要问题之一^[1]。术后疼痛管理不佳会影响患者的康复,延长住院时间,增加并发症风险,甚至可能引发慢性疼痛^[2-3];同时,疼痛还可能导

致患者出现焦虑、抑郁等心理问题,严重影响患者生活质量^[4]。在接受手术治疗的患者中,有 66% 为腹部手术,而 60%~80% 的腹部手术患者经历了术后中重度疼痛^[5-6]。胃肠手术因手术部位影响,患者更易发生术后急性疼痛^[7]。患者参与是指患者主动表达感受、与医护人员合作制订管理策略、反馈治疗效果,并在日常护理中采取积极措施^[8]。近年来,患者参与在临床中的重要性逐渐得到认可。我国一项对 136 家三级公立医院的调查显示,80.6% 的医护人员认为患者参与治疗决策是必要的^[8]。有研究表明,患者在术后疼痛治疗中的主动参与是改善疼痛控制效果的关键因素^[9-10]。目前,胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策的研究较少,既往相关研究提示患者的疼痛参与态度与实际参与水平不符且参与率低下^[11]。因此,本研究采用解释性序列混合研究设计,通过量性研究锁定关键变量、质性研究深入挖掘文化心理影响因素,并通过质性研究结果进行解释分析的探讨方式,探索胃肠手术患者参与疼痛决策水平及相关影响因素,以期为提升胃肠手术患者参与术后疼痛决策及疼痛管理水平提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 量性研究采用方便抽样法,选取安徽省铜陵市人民医院普外胃肠病区手术患者为研究对象。纳入标准:①行消化道腔镜或开腹胃肠道手术,且术后恢复良好;②具有良好的语言表达和沟通能力;③≥18 岁;④知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①并存其他脏器疾病;②胃肠道肿瘤远处转移行姑息性手术;③术后发生严重并发症。根据自变量数目的 5~10 倍计算样本量,本研究共 17 个自变量,考虑 10% 的失访率,计算样本量为 95~189。本研究有效调查 107 例患者。质性访谈采用目的抽样法,依据最大差异化原则在量性研究患者中选取研究对象,样本量以访谈资料达到饱和为标准。共访谈 11 例患者,其中男 7 例,女 4 例;年龄 44~77[65.00(47.00, 69.00)]岁。疾病诊断:胃癌 3 例,结肠癌 4 例,直肠癌 3 例,消化道穿孔 1 例。肿瘤分期为Ⅳ期 3 例,Ⅲ期 5 例,Ⅱ期、Ⅰ期各 1 例。手术方式(入路):腹腔镜辅助 8 例,全腔镜 2 例,开腹 1 例。本研究获得铜陵市人民医院伦理委员会批准(2024024)。

1.2 方法

1.2.1 量性研究

1.2.1.1 调查工具 ①患者一般资料问卷:年龄、性别、职业、文化程度、居住环境、家庭月收入、医保类型、婚姻状况、主要照顾者、手术方式、既往医疗服务体验、合并其他疾病、诊断、肿瘤分期、术后是否使用镇痛泵。②数字疼痛强度评估量表(Numeric Rating Scale, NRS)。使用 0~10 数字来描述疼痛程度,0 表示无痛,10 表示最痛。可分为无痛(0 分)、轻度疼

痛(1~3 分)、中度疼痛(4~6 分)和重度疼痛(7~10 分)。由研究小组成员每日 16:00—17:00 评估患者术后 3 d 疼痛程度并记录 NRS 评分(1 次/d),并尽可能确保患者在安静状态下进行评分,以确保疼痛评估的准确性。③患者参与治疗决策调查问卷。由 Sainio 等^[12]研制,马丽莉^[13]汉化。包括 2 个维度(患者参与治疗决策的态度及实际参与程度),各 12 个条目。其中参与态度“很重要、重要、不重要”和实际参与程度“程度高、一般、低”均计 1~3 分。条目均分<1.5 分表示参与态度积极或实际参与程度高,≥1.5 分表示参与态度消极或实际参与程度低,该表 Cronbach's α 系数为 0.930,本研究中 Cronbach's α 系数为 0.932。④决策自我效能量表:由学者 Bunn 等^[14]于 1996 年编制,王思潼等^[15]汉化。该量表共 11 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不自信”到“非常自信”分别计 0~4 分,所有条目得分求和,取平均值并乘以 25,总分 0~100 分,分数越高,代表患者决策自我效能水平越高,该量表总体的 Cronbach's α 系数为 0.918,本研究中为 0.968。

1.2.1.2 调查方法 问卷均由 2 位经过专业培训的研究小组成员通过现场调查的方式完成。发放问卷前,调查人员向患者详细解释问卷内容,确保患者对问卷内容能够充分理解。对于需要帮助的患者,调查员会逐项读出问卷内容,现场为患者提供填写支持。所有问卷和调查内容均由 2 位调查员共同进行数据整理和录入,双人核对完成。共发放问卷 110 份,回收有效问卷为 107 份,有效回收率为 97.27%。

1.2.2 质性研究 采用描述性质性研究,以量性数据分析结果为依据,在查阅文献的基础上,经研究小组成员讨论,并向临床医疗及护理专家咨询后确定访谈提纲:①您自觉术后疼痛的程度如何? ②请您描述手术后 3 d 疼痛的经历;③您是如何应对疼痛的呢? ④您在疼痛治疗决策过程中的参与程度是怎样的? 您认为哪些因素影响了您主动参与疼痛治疗? ⑤您认为哪些资源或支持能帮助您更多参与疼痛治疗决策? 访谈由研究者本人实施。访谈开始前,研究者向患者详细说明访谈的目的、意义及内容,确保患者知情同意并签署同意书。访谈均在患者术后 3 d 且身体状况允许的情况下进行。访谈地点在病房或示教室,确保环境独立、安静、舒适,保护患者隐私。每例患者访谈时长 30~45 min。访谈围绕访谈提纲展开,研究者根据患者提供的信息,适时使用探索性问题深入挖掘。得到患者同意的前提下全程录音,并在 24 h 内完成录音文本转录。采用 Nvivo15 进行资料管理,采用内容分析法进行数据分析,对文本进行编码和主题归纳。

1.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析,计数资料以频数及百分比描述;不服从正态分

布的计量资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述;采用 χ^2 检验、Wilcoxon 秩和检验及 logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 胃肠手术患者一般资料 107 例患者中,男 70 例,女 37 例;年龄 32~88[68.00(57.00,73.00)]岁。已婚 102 例,离异/丧偶 5 例;小学及以下文化程度 74 例,初中/高中 16 例,大专及以上 17 例。职业:农民 60 例,退休 32 例,工人 6 例,干部 2 例,无业人员 7 例。家庭月收入:<3 000 元 45 例,3 000~5 000 元 45 例,>5 000 元 17 例。居住地:城镇 42 例,农村 65 例。保险类型:城镇医保 39 例,新农合 68 例。主要照顾者:配偶 81 例,子女 25 例,父母 1 例。既往医疗服务体验:非常满意 28 例,比较满意 19 例,一般满意 3 例,无既往医疗史的 57 例。疾病诊断:胃癌 40 例,结肠癌 37 例,直肠癌 24 例,消化道穿孔 4 例,肠梗阻 2 例。肿瘤分期为Ⅳ期 35 例,Ⅲ期 38 例,Ⅱ期 20 例,Ⅰ期 8 例,非肿瘤患者 6 例。手术方式(入路):腹腔镜辅助 69 例,全腹腔镜 25 例,开腹 13 例。并存其他疾病:2 种及以上 11 例,1 种 47 例,无 49 例。术后使用镇痛泵 106 例。

2.2 量性研究结果

2.2.1 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策、自我效能得分、术后 1~3 d NRS 评分 术后 1~3 d NRS 评分分别为 3.00(3.00,4.00)、4.00(4.00,6.00)、

4.00(3.00,5.00)分。胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策态度积极 73 例(68.22%),参与程度高 26 例(24.30%)。参与术后疼痛治疗决策、决策自我效能得分,见表 1。

表 1 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策、决策自我效能得分 分, $M(P_{25}, P_{75})$

项目	总分	条目均分
参与术后疼痛治疗决策		
参与态度	15.00(13.50, 19.00)	1.25(1.08, 1.58)
实际参与程度	35.00(19.00, 36.00)	2.92(1.58, 3.00)
决策自我效能	31.00(22.00, 40.00)	2.82(2.00, 3.64)

2.2.2 胃肠手术患者术后疼痛治疗决策参与态度和实际参与程度单因素分析 参与态度方面,性别、婚姻状况、文化程度、职业、家庭月收入、居住地、医保类型、主要照顾者、既往医疗体验、疾病诊断、肿瘤分期、手术方式(入路)、并存其他疾病、是否术后使用镇痛泵、术后 1 d、3 d NRS 评分与参与态度无统计学关联(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目见表 2。实际参与程度方面,性别、婚姻状况、家庭月收入、居住地、主要照顾者、既往医疗服务体验、疾病诊断、肿瘤分期、手术方式(入路)、并存其他疾病、是否术后使用镇痛泵、术后 1 d、2 d、3 d NRS 评分与实际参与程度无统计学关联(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目见表 3。

表 2 胃肠手术患者术后疼痛治疗决策参与态度的单因素分析 $M(P_{25}, P_{75})$

项目	态度积极($n=73$)	态度消极($n=34$)	Z	P
年龄(岁)	66.00(56.00,72.00)	72.00(61.75,75.00)	-5.063	0.024
决策自我效能(分)	75.00(50.00,95.45)	50.00(50.00,75.00)	-11.265	0.001
术后 2 d NRS 评分(分)	4.00(4.00,6.00)	4.00(3.00,4.00)	-4.977	0.026

表 3 胃肠手术患者术后疼痛治疗决策实际参与程度单因素分析

项 目	例数	参与程度高($n=26$)	参与程度低($n=81$)	统计量	P
年龄[岁, $M(P_{25}, P_{75})$]		60.50(54.25,67.50)	71.00(60.00,74.00)	$Z=-10.186$	0.014
文化程度[例(%)]				$\chi^2=24.080$	<0.001
小学及以下	74	8(10.81)	66(89.19)		
初中/高中	16	8(50.00)	8(50.00)		
大专及以上	17	10(58.82)	7(41.18)		
职业[例(%)]				$\chi^2=6.692$	0.010
不在职	39	15(38.46)	24(61.54)		
在职	68	11(16.18)	57(83.82)		
医保类型[例(%)]				$\chi^2=6.692$	0.010
新农合	68	11(16.18)	57(83.82)		
医保	39	15(38.46)	24(61.54)		
决策自我效能[分, $M(P_{25}, P_{75})$]		43.50(36.75, 44.00)	24.00(22.00, 33.00)	$Z=-39.533$	<0.001

2.2.3 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策的多因素分析 以胃肠手术患者术后疼痛治疗决策参与态度与实际参与程度分别为因变量(态度积极=1,态度消极=2,以态度积极为参照;程度高=1,程度低=2,

以程度高为参照),单因素分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,进行 logistic 回归分析(经平行线检验,参与态度: $\chi^2=7.307, P=0.540$;参与程度: $\chi^2=4.379, P=0.821$)。结果显示,参与态度的影响

因素为年龄、术后 2 d NRS(均原值带人);实际参与程度的影响因素为年龄、决策自我效能(均原值带人)。

表 4 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策影响因素 logistic 回归分析 (n=107)

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
参与态度消极 vs. 参与态度积极						
常量	-0.296	2.073	0.020	0.886		
年龄	0.047	0.024	3.898	0.048	1.049	1.000~1.099
术后 2 d NRS	-0.650	0.211	9.504	0.002	0.522	0.346~0.789
参与程度低 vs. 参与程度高						
常量	7.317	2.789	6.884	0.009		
年龄	0.067	0.034	3.983	0.046	1.069	1.001~1.142
决策自我效能	-0.114	0.028	16.649	<0.001	0.892	0.845~0.942

2.3 质性研究结果

2.3.1 术后疼痛急性期的身心束缚 胃肠术后患者疼痛部位集中在腹部切口,疼痛呈间歇性和活动后加剧。多位受访患者描述术后 2~3 d 及夜间疼痛最剧烈,这可能影响患者参与决策的能力和意愿。P1:“晚上睡不好,大概只能睡个把小时,时常就是疼醒的”。P7:“第 2 天把镇痛泵拔了,然后就开始疼了,手术后第 2 天、第 3 天最疼,切口处疼痛,感觉整个肚子都疼,疼得说不出话来”。

2.3.2 术后疼痛“正常化”的认知误解 多数受访者主观认为术后疼痛是正常症状且不可避免,这种认知观点削弱了患者寻求疼痛缓解的动机,使他们即使经历剧烈疼痛也会选择忍受。P10:“医生不讲我也知道,我做手术就是切了块肉,那肯定是疼的,这个我觉得也不需要问的,疼肯定是正常的”。P4:“早上医生查房来问我怎么样,我就和医生说了疼,医生说疼痛就是伤口愈合的原因,所以会疼是正常的”。P9:“我这个是开刀,疼都是正常的,就是平时手破了一点皮也会疼的,何况我这是开刀呢,所以疼肯定是正常的”。

2.3.3 信息鸿沟与理解障碍 部分受访者年龄大、文化水平低,在医护提供的信息时往往会出现理解和沟通障碍,从而陷入“不知情、不理解、无法行动”的困境。P6:“护士问我用镇痛泵后会不会吐,我说不吐,后来镇痛泵拿走了我才晓得有镇痛泵”。P4:“我不知道晚上能用止疼药,我以前也没住过院,我还以为晚上没有医生开不了药,晚上只有护士来查房,也没有看到医生,我就忍着等到白天医生来了再说”。

2.3.4 自我效能感的缺失与权力让渡 部分受访者对自身能力(知识、沟通)的信心不足,将决策权主动或被动地让渡给医护人员或者家属,甚至担心表达需求会影响医护人员或家属对自己的看法和态度。P5:“我不好意思问医生,因为我做手术都是小孩(儿子)做主的,他们去和医生说的,我老是问会给他们添麻烦”。P6:“我都是女儿照顾的,平时有什么都是女儿女婿做主,我也不懂哦,反正都听医生的”。

2.3.5 经济导向的主动决策回避 部分受访者因担

见表 4。

心增加医疗费用,主动选择不报告疼痛、不要求止痛干预,即使他们知晓求助渠道且疼痛客观存在。P11:“疼的时候我没讲,因为医生说了疼就给我开药,用药又要花钱,我想能不花钱就不花钱”。P2:“医生护士和我讲了,如果疼就跟他们说,可以打止疼药,我想就忍过去就好了,止疼针花钱打了也就保一下子,还会痛的,所以我就没讲了。”

3 讨论

3.1 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策现状 本研究发现,胃肠术后患者普遍经历中度及以上疼痛,但实际参与疼痛管理的比例(26/107=24.30%)远低于参与意愿(73/107=68.22%),态度与行为存在显著差异。质性访谈进一步揭示,患者普遍存在“术后疼痛正常化”认知误区,认为疼痛是必然现象,导致其首选“忍痛”而非主动表达需求。同时,信息不对称与理解障碍、经济导向的决策回避、自我效能感的缺失与权力让渡等因素使患者难以真正参与术后疼痛治疗决策,这与国外研究^[16-17]报道的疼痛耐受文化相似。疼痛会导致患者术后生活质量下降,还会对机体造成一系列的负性影响,如延缓术后康复,引起睡眠障碍、焦虑,甚至可能会发展为慢性疼痛^[18-19]。因此,医护人员应加强疼痛管理教育,帮助患者理解参与决策的重要性及其对康复的积极影响。同时,可参考肖霖等^[20]的沟通框架,设计经济适配型决策辅助,如对低收入群体整合医保政策解读,对高收入群体强调个体化镇痛收益,将参与意愿转化为可执行的临床路径。

3.2 胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策的影响因素

3.2.1 年龄 本研究发现,年龄增长显著降低患者参与术后疼痛管理决策的态度及实际参与程度。这与陈双艳^[21]研究结论一致。质性研究揭示了年龄影响参与态度的多重机制:高龄患者更倾向于依赖子女进行照顾和决策,自身决策信心不足;同时,面对陌生环境、语言差异和信息不对称等沟通障碍,以及担心增加子女及医护人员负担的回避型应对心理,进一步削弱了他们的沟通意愿。此外,老年患者对术后疼痛

的认知存在误区(如将疼痛视为“正常现象”),理解沟通能力相对较弱,加之部分患者因担忧止痛费用而主动选择忍痛,共同导致了其对镇痛必要性的忽视和参与态度的消极。基于此,针对老年患者,医护人员应主动采取分层干预策略:通过形式丰富、视觉化(如动画、音视频)的健康教育材料破除疼痛认知误区,强调疼痛管理的必要性;采用家属协同教育模式减少决策依赖,并利用方言辅助材料降低语言障碍;明确传递“报告疼痛是正常需求”的理念以减轻患者心理负担;同时,提前说明医保覆盖的镇痛方案,缓解其经济顾虑。

3.2.2 术后 2 d NRS 评分 本研究结果显示,术后 2 d NRS 评分是患者对术后疼痛治疗参与态度的影响因素。术后 2 d 疼痛程度越高,患者在术后疼痛治疗中的参与态度越积极($\beta = -0.650, P < 0.05$),与黄莹^[22]研究结果一致。这一关联可能与术后疼痛的时程特征有关。本研究结果显示,术后 2 d NRS 评分为 4.00(4.00,6.00),高于术后 1 d 的 3.00(3.00,4.00)及术后 3 d 的 4.00(3.00,5.00)。质性访谈中多例患者也明确表示“术后第 2 天疼得最厉害”,这主要是因为镇痛泵的术后最长使用时间为 48 h,但多数患者通常用不到 2 d。在术后第 1 天,患者因疼痛感可能会自行增加镇痛泵的使用量(自控镇痛泵)。再者,部分患者术后可能会出现恶心、呕吐或血压低等情况,会提前停止使用镇痛泵。此外,为促进康复,术后第 2 天患者需增加下床活动,以上原因导致了术后第 2 天的疼痛水平高。疼痛限制了患者的活动范围和能力,严重影响生活质量,也促使患者更加关注疼痛的缓解,积极参与并寻求帮助。然而,值得关注的是态度与行为的分离现象:术后 2 d NRS 评分并非患者实际参与行为的影响因素。这种矛盾提示,尽管剧痛可能提升参与意愿,但它同时可能抑制患者的决策执行能力。Te Boveldt 等^[23]研究指出,在疼痛评分较高时,患者可能更加依赖医护人员的专业建议,本研究的质性资料也验证了疼痛超载可能触发被动应对行为。因此,医护人员在术后 48 h 疼痛高峰窗口期,应主动加强对高 NRS 评分患者的识别(如动态监测)和介入,采用简化决策框架和可视化的表达工具(如 AI 辅助系统、电子网络平台等)以降低其决策负担^[24]。未来研究可进一步探索疼痛强度阈值对决策能力的影响,并开发适用于疼痛情境的决策辅助工具。

3.2.3 决策自我效能 本研究发现患者决策自我效能水平越高,其在疼痛治疗中的实际参与程度越高($\beta = -0.114, P < 0.05$)。与国内外多项研究结果^[25-26]一致。Swoboda 等^[27]研究发现,通过提高患者自我效能感可显著提升患者的参与态度。本研究中,决策自我效能高的患者在疼痛表达及应对表现更为积极,能够主动寻求信息,并与医护人员进行有效的沟通,倾向于自我决策。因此,医护人员应关注患

者的自我效能水平,通过有效的沟通和教育支持来提高他们的自信心和决策能力,提升自我效能感,以增强其治疗决策的参与程度。但决策自我效能参与态度中未进入回归方程,这可能与样本量较小有关,今后可扩大样本量验证决策自我效能对参与态度的影响。

4 结论

本研究使用混合方法研究探讨胃肠手术患者参与术后疼痛治疗决策的现状及其影响因素,为改善患者术后疼痛管理提供了参考。临床实践中,医护人员可通过跨学科合作,开发多样化、个性化的疼痛管理方案,使疼痛管理更符合患者的个体需求,从而提高患者的主动参与和满意度。本研究存在一定的局限性。首先,本研究因时间限制,量性调查所含样本量较小,可能对结果的普适性产生影响;其次,本项目研究对象仅来自于 1 所三级医院,且年龄偏大、文化程度偏低,对研究结果的广泛适用性有所限制。因此,未来研究设计可考虑多中心并扩大样本量,为开展针对性的疼痛管理提供参考。

参考文献:

- [1] 夏珺,熊源长.老年患者术后急性疼痛管理的研究进展[J].国际麻醉学与复苏杂志,2021,42(7):775-779.
- [2] Gan T J. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention[J]. J Pain Res, 2017;2287-2298.
- [3] Glare P, Aubrey K R, Myles P S. Transition from acute to chronic pain after surgery [J]. Lancet, 2019, 393 (10180):1537-1546.
- [4] Visser E, Marsman M, Van Rossum P S N, et al. Postoperative pain management after esophagectomy: a systematic review and meta-analysis [J]. Dis Esophagus, 2017,30(10):1-11.
- [5] Bekele E A, Tulu T B, Bulto Y A, et al. Prevalence and associated factors of acute postoperative pain in adult surgical patients:a prospective study[J]. Surg Pract Sci, 2024,19:100262.
- [6] Haghighi M J, Shahdadi H, Moghadam M P, et al. The impact of evidence-based practices on postoperative pain in patients undergoing gastrointestinal surgery inamiralmomenin hospital in Zabol during 2014—2015[J]. J Clin Diagn Res,2016,10(7):1-4.
- [7] 马黎娜. 胃肠肿瘤手术患者急性术后疼痛预测模型的建立和评价[D]. 西安:中国人民解放军空军军医大学, 2022.
- [8] 张轩,杨思琪,吴依诺,等. 医生对患者参与治疗决策的认知和实践现状[J]. 中国卫生质量管理,2021,28(11):1-5,8.
- [9] 吴秀梅,彭美芳,缪景霞,等. 社会支持对癌症患者医患共同决策的影响:医患关系与医疗决策参与期望的链式多重中介作用[J]. 重庆医学,2022,51(21):3771-3776.
- [10] 许小芬,朱晓,马伟,等. 123 例癌症患者癌性疼痛管理障

- (本文编辑 黄辉,吴红艳)

ml.

- (本文编辑 黄辉,吴红艳)