

· 论 著 ·

护士共享决策能力现状及与循证实践实施氛围的关系研究

程玲, 刘伟娟, 张丹琦, 曲亮, 刘静, 魏莲

摘要:目的 了解护士共享决策能力、循证实践实施氛围现状及两者的关系,为制订管理策略以提高护士共享决策能力提供参考。

方法 便利选取西安市8所三甲综合医院的1 251名临床护士为研究对象,采用一般资料调查表、护理人员共享决策能力自评量表、循证实践实施氛围量表进行调查。**结果** 护士共享决策能力得分(185.30±22.81)分,循证实践实施氛围得分(42.54±6.31)分。循证实践实施氛围、年龄、职称、工作年限、是否参加过相关培训是护士共享决策能力的影响因素(均 $P < 0.05$),可解释护士共享决策能力总变异的45.1%,其中循证实践实施氛围占23.4%。**结论** 护士共享决策能力处于中等水平,循证实践实施氛围对护士共享决策能力有影响显著。管理者可以通过营造和强化良好的循证实践实施氛围,并促进新护士积极参与,支持高年资护士持续贡献,全面提升护士共享决策能力。

关键词: 护士; 共享决策能力; 循证实践实施氛围; 共享决策; 组织氛围; 影响因素; 护理管理

中图分类号: R47; C931.3 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.01.006

Current status of nurses' shared decision-making ability and its relationship with the implementation atmosphere of evidence-based practice

Cheng Ling, Liu Weijuan, Zhang

Danqi, Qu Liang, Liu Jing, Wei Lian. Neurosurgery Department, Xijing Hospital of Air Force Medical University, Xi'an 710032, China

Abstract: Objective To understand nurses' shared decision-making ability, the implementation atmosphere of evidence-based practice and their relationship, so as to provide a reference for developing management strategies to enhance nurses' shared decision-making ability. **Methods** A total of 1,251 clinical nurses from 8 grade A tertiary general hospitals in Xi'an were selected, then they were investigated by using a general information questionnaire, the self-assessment scale of shared decision-making ability of nursing staff, and the implementation atmosphere scale of evidence-based practice. **Results** The score of nurses' shared decision-making ability was (185.30±22.81) points, and their score of the implementation atmosphere of evidence-based practice was (42.54±6.31) points. The implementation atmosphere of evidence-based practice, age, professional title, working years, and whether having participated in relevant training were the influencing factors of nurses' shared decision-making ability (all $P < 0.05$), which explained 45.1% of the total variation in nurses' shared decision-making ability, among which the implementation atmosphere of evidence-based practice accounted for 23.4%. **Conclusion** The nurses' shared decision-making ability is at a medium level, which is influenced by the implementation atmosphere of evidence-based practice effectively. Managers should create and enhance a favorable implementation atmosphere of evidence-based practice, encourage new nurses to actively participate, support senior nurses in making continuous contributions, and comprehensively enhance the shared decision-making ability of nurses.

Keywords: nurses; shared decision-making ability; implementation atmosphere of evidence-based practice; shared decision-making; organizational atmosphere; influencing factor; nursing management

共享决策作为一种核心的医患沟通与合作模式,日益凸显重要性^[1]。共享决策是指医护人员在与患者充分沟通医疗信息的基础上,结合患者的价值取向、个人偏好、生活背景等,共同参与患者诊疗方案的制订,旨在实现个体化、人性化的医疗服务^[2]。共享决策强调以患者为中心,促进患者主动参与决策^[3]。护士作为与医生、患者及家属接触最频繁、最直接的角色,其在识别患者需求、沟通信息、协调资源、促进共同决策等方面扮演着无可替代的关键作用^[4]。尽管共享决策的理念逐渐被认可,但在实际操作层面,

护士在参与决策的主动性、沟通技巧的娴熟度、对患者价值观的深度理解以及提供个性化决策支持等方面仍存在诸多挑战和提升空间^[5]。护士共享决策能力的提升并非孤立发生,其有效发挥高度依赖所处组织环境^[6]。依据社会认知理论和组织氛围理论^[7-8],循证实践实施氛围可以作为一种关键的组织情境变量,积极、支持的循证实践氛围可以通过系统提升护士的知识储备、强化决策信心、塑造专业行为规范、提供必要资源支持并创造学习进修机会等,为护士共享决策能力的形成与发挥奠定坚实的组织基础。因此,本研究调查护士共享决策能力与循证实践实施氛围现状,并探讨两者的关系,以期为制订针对性管理措施提高护士共享决策能力提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2025年4—7月,便利选取西安市8所三甲综合医院的临床护士为对象。纳入标准:注册护

作者单位:空军军医大学西京医院神经外科(陕西 西安,710032)

通信作者:刘伟娟,377241424@qq.com

程玲:女,本科,主管护师,chengl3675@126.com

科研项目:国家自然科学基金项目(82201651)

收稿:2025-08-10;修回:2025-10-18

士；临床工作时间 ≥ 1 年。排除标准：研究期间规培、轮转、进修及休假护士。样本量取自变量数量的 20 倍，考虑 20% 的无效问卷。本研究自变量 9 个（一般资料 8 个加循证实践实施氛围），计算所需样本量为 225，实际有效调查 1 251 人。本研究经空军军医大学西京医院伦理委员会审批（KY20222218-C-10）。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。自行设计，包括性别、年龄、职称、学历、聘用类型、工作年限、每月收入、是否参加过相关培训（共享决策）。②护理人员共享决策能力自评量表。由胡迎新等^[9] 编制。共 3 个维度（知识与经验、技能与能力、综合素质），51 个条目。采用 Likert 5 级评分，1~5 分对应“不同意”至“非常同意”，总分 51~255 分，得分越高代表护士的共享决策能力越强。量表 Cronbach's α 系数为 0.984^[9]。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.933。③循证实践实施氛围量表。由白文辉等^[10] 编制。共 6 个维度（对循证实践的关注、对循证实践的教育支持、对循证实践的认可、对循证实践的奖励、循证实践的人员选拔、选拔人员的开放性），18 个条目。采用 Likert 5 级评分，0~4 分对应“完全不同意”至“完全同意”，总分 0~72 分，得分越高代表循证实践实施氛围越好。量表 Cronbach's α 系数为 0.975^[10]。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.928。

1.2.2 资料收集方法 征得目标医院护理部知情同意后，于护士例会或培训等集体活动时间开展调查，由护理部成员在研究者的指导下以标准化表述统一对护士讲解本次调查的目的、意义、纳入及排除标准等相关事项。护士通过手机扫码完成问卷。共回收问卷 1 259 份，剔除资格不符、所有条目答案存在明显一致性的问卷，有效问卷 1 251 份，有效回收率 99.36%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计描述、 t 检验、方差分析、Pearson 相关性分析及分层线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 护士共享决策能力与循证实践实施氛围得分

见表 1。

表 1 护士共享决策能力与循证实践

		实施氛围得分（n=1 251）	
项目	条目数	总分	条目均分
护士共享决策能力	51	185.30±22.81	3.63±0.53
知识与经验	11	45.47±6.92	4.13±0.61
技能与能力	25	83.29±12.04	3.33±0.51
综合素质	15	56.54±8.72	3.77±0.58
循证实践实施氛围	18	42.54±6.31	2.36±0.38
对循证实践的关注	3	6.68±1.17	2.23±0.37
对循证实践的教育支持	3	5.27±1.02	1.76±0.29
对循证实践的认可	3	8.18±1.36	2.73±0.46
对循证实践的奖励	3	4.62±0.83	1.54±0.26
循证实践的人员选拔	3	9.89±1.65	3.30±0.55
选拔人员的开放性	3	7.90±1.32	2.63±0.44

2.2 不同特征护士共享决策能力得分比较

表 2 不同特征护士共享决策能力得分比较

项目	人数	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)	t/F	P
性别			0.716	0.362
男	56	183.22±20.45		
女	1 195	186.18±22.70	9.063	<0.001
年龄(岁)				
<30	324	166.37±20.34		
30~40	518	184.95±22.97		
>40	409	203.57±25.17	12.104	<0.001
职称				
护士	368	161.73±20.06		
护师	561	183.38±21.98		
主管护师	263	201.48±23.76		
副主任护师及以上	59	210.17±24.92		
学历			0.945	0.127
大专	28	181.28±20.87		
本科	1 212	186.39±22.57		
硕士	11	182.47±21.54		
聘用类型			1.068	0.105
合同制	528	184.01±22.46		
人事代理制	675	184.36±22.80		
编制	48	190.26±20.32		
工作年限(年)			12.167	<0.001
<5	351	160.36±20.20		
5~15	547	186.04±22.54		
>15	353	210.37±24.48		
月收入(元)			1.895	0.061
<8 000	286	180.57±22.06		
8 000~10 000	455	185.30±22.57		
>10 000	510	187.59±22.02		
参加过共享决策相关培训			18.679	<0.001
否	863	173.44±19.45		
是	388	204.67±24.43		

2.3 护士共享决策能力与循证实践实施氛围的相关性分析 见表 3。

表 3 护士共享决策能力与循证实践实施氛围的
相关系数 (n=1 251)

项目	共享决策 能力	知识与 经验	技能与 能力	综合 素质
循证实践实施氛围	0.513	0.441	0.510	0.543
对循证实践的关注	0.437	0.405	0.472	0.515
对循证实践的教育支持	0.559	0.517	0.585	0.568
对循证实践的认可	0.487	0.491	0.438	0.496
对循证实践的奖励	0.581	0.406	0.613	0.586
循证实践的人员选拔	0.531	0.487	0.601	0.557
选拔人员的开放性	0.450	0.416	0.484	0.426

注：均 $P < 0.05$ 。

2.4 护士共享决策能力的多因素分析 以护士共享决策能力总分为因变量进行分层回归分析。第 1 层放入单因素分析中有统计学差异的变量为自变量，第 2 层放入循证实践实施氛围 ($\alpha_{入}=0.05$, $\alpha_{出}=0.10$)。VIF 为 2.186~3.556。结果显示，循证实践实施氛围（原值代入）、年龄（<30 岁=1, 30~40 岁=2, >40 岁=3）、职称（护士=1, 护师=2, 主管护师=3, 副主任护师及以上=4）、工作年限（<5 年=1, 5~15 年=2, >15 年=3）、参加过共享决策相关培训（否=0, 是=1）是护士共享决策能力的影响因素（均 $P < 0.05$ ），可解释护士共享决策能力总变异的 45.1%，其中循证实践实施氛围可独立解释 23.4%。见表 4。

**表 4 护士共享决策能力影响因素的分层
线性回归分析($n=1251$)**

模型	变量	β	SE	β'	t	P
1	常量	6.833	0.603		11.332	<0.001
	年龄	0.393	0.073	0.096	5.382	<0.001
	职称	0.528	0.086	0.109	6.216	<0.001
	工作年限	0.567	0.091	0.124	6.228	<0.001
	参加过相关培训	0.702	0.096	0.194	7.317	<0.001
2	常量	0.718	0.168		4.274	<0.001
	年龄	0.232	0.060	0.088	3.862	<0.001
	职称	0.343	0.078	0.094	4.394	<0.001
	工作年限	0.408	0.086	0.105	4.749	<0.001
	参加过相关培训	0.475	0.093	0.169	5.110	<0.001
	循证实践实施氛围	0.618	0.097	0.203	6.373	<0.001

注:第1层, $R^2=0.218$,调整 $R^2=0.217$; $F=17.431$, $P<0.001$ 。第2层,
 $R^2=0.452$,调整 $R^2=0.451$; $F=39.510$, $P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 护士共享决策能力处于中等水平 本研究临床护士共享决策能力得分(185.30±22.81)分,条目均分(3.63±0.53)分,与评分中间值3分比较,处于中等水平。提示护士共享决策能力有待提高。与胡迎新等^[11]对安徽省2363名护士的调查结果接近。低于王硕等^[12]对山东省608名护士的调查结果。可能因为王硕等^[12]的调查对象涵盖部分护理管理人员,护士长等管理者的角色定位、职责要求、系统视角及大局观等迫使其实现决策时必须主动征求和整合来自各方的信息和建议,自然提升了其共享决策的频次和能力。3个维度中,条目均分最高为知识与经验,最低为技能与能力。提示护士共享决策的知识与经验较好,但技能与能力较差。可能因为:①在传统护理教育中,知识传授占据主导地位,且医院常规开展的继续教育项目进一步强化了护士的专业知识。同时,护士通过日常工作的重复性实践逐渐形成了一套经验性体系。②当前护理培训忽视护士共享决策技能实操训练,且临床决策环境未能为护士提供充分的决策实践空间。另外,在传统医疗层级结构中,重要决策常由医生主导,护士的角色常被限定在执行层面。建议管理者整合理论与实践的知识转化策略,重构以能力为导向的培训体系,如基于临床场景的决策训练,引导护士运用专业知识分析问题、权衡利弊、作出决策,运用专业知识解决实际问题。设计案例驱动的学习路径,选择临床典型病例和决策困境,训练护士在有效提问、信息传递、积极倾听、共情回应、澄清患者价值观与偏好及识别和化解价值与利益冲突等方面的技能与能力,尤其面对医-护-患意见不一致时的情境。建立决策路径图,针对常见临床问题提供决策框架,制订清晰的流程指引,明确在哪些关键环节(如入院评估、治疗计划变更、出院规划)需要启动共享决策,以及护士在其中具体承担的角色。通过针对性解决“技能与能力”维度的短板问题,真正提高护士在促进患者共享决策中的实际效能。

3.2 护士的循证实践实施氛围处于中等水平 本研究临床护士循证实践实施氛围得分(42.54±6.31)分,条目均分(2.36±0.38)分,与评分中间值2分比较,处于中等水平。提示护士的循证实践实施氛围有

待改善。低于宋静雯等^[13]对广西246名护士的调查结果。可能因为宋静雯等^[13]的调查对象所在病区均是即将或正在开展某项循证护理实践项目。当一个具体项目启动时,能激活构成“良好实施氛围”所必需的要素资源,如物质与技术支持、领导重视、团队互动、时间保障等,当这些资源变得实实在在,会极大提升护士对组织循证实践氛围的积极评价^[14]。6个维度中,条目均分最高为循证实践的人员选拔,最低为对循证实践的奖励。提示护士感知组织在选择循证实践项目成员时,倾向于曾经开展过循证实践或受过系统循证实践培训亦或重视循证实践的护士,但护士感知组织对循证实践的奖励机制较少。可能因为:①为了确保项目成功与质量,组织选择有经验或受过培训的护士,能显著降低项目风险。且选择“熟手”或“有基础者”可以提高效率,降低基础培训投入资源的消耗。另外,具备循证实践能力和经验的护士在临床相对稀缺,组织希望他们的价值可以得以最大发挥,并辐射带动他人。②时间补偿机制缺位可能构成现实障碍,循证实践所需投入的额外时间若未纳入人工时核算,且其产出若也缺乏量化通道,可能弱化激励效果。且在护理职称评审标准中,科研指标集中于“发表论文”“科研项目”等传统学术产出,导致护士不得不将有限精力投向论文与项目产出,而非临床实践改进。另外,专项经费支持匮乏也会限制循证实践项目的开展。建议管理者将循证实践嵌入绩效管理系统,设计可量化的循证实践绩效指标。建立时间银行制度补偿循证投入,允许护士记录循证实践额外工时。设计循证实践减负路径,将循证整合嵌入常规护理程序。实施可视化成就表彰体系强化精神激励,如“循证之星奖”“循证创新奖”“循证转化奖”。通过针对性解决“对循证实践的奖励”维度的短板问题,将循证实践从护士的想法层面真正激活为持续行为。

3.3 护士共享决策能力的影响因素分析

3.3.1 循证实践实施氛围 本研究显示,循证实践实施氛围可以正向影响护士共享决策能力($P<0.05$)。提示感知循证实践实施氛围越好的护士其共享决策能力越强。可能因为:①知识赋能与自信提升。积极的循证实践实施氛围强调基于最新、最佳证据进行决策,这要求并促使护士持续学习,能将最佳证据与患者的具体情况相结合^[15]。当护士掌握了扎实的证据,在参与决策时会更有底气,更敢于表达基于证据的专业判断和建议。这个过程本身就是共享决策能力的核心训练。②批判性思维与问题解决能力的培养。在一个鼓励循证实践的氛围中,这种批判性思维和结构化问题解决流程成为日常工作常态,为护士参与复杂决策提供了思维工具。③心理安全感与发言权的强化。一个真正支持循证实践的氛围,必然鼓励基于证据的开放讨论、质疑、辩论。这种环境营造的心理安全感是护士敢于在共享决策中积极发言、坚持专业立场的前提。④决策过程的规范化。循

证实践强调决策的有据可循，在良好氛围下，决策过程更倾向于参考证据、遵循共识指南或流程。这为护士参与共享决策提供了结构化框架。⑤组织文化与价值观的内化。浓厚的循证实践氛围传递着组织基于科学、以患者为中心、持续改进的价值观。这会促使护士自觉地将“代表患者最佳利益”视为自己的专业责任和使命参与决策。⑥资源与支持的保障。良好的循证实践氛围通常伴随着相应的资源投入。这些资源会降低护士获取和应用证据、参与决策的难度和成本。建议管理者可以深化护士循证实践教育与技能培训，不仅培训如何查找证据，更要强化批判性评价证据，能将证据个体化应用于具体患者情境。在科室或病房建立常规的循证讨论机制，明确要求决策讨论需要参考相关证据，明确护士在不同类型决策中的角色，提供结构化框架。大力营造心理安全环境，鼓励报告决策中的疑虑或错误，专注于从系统和个人学习角度改进，而非追责，消除护士参与决策的恐惧，鼓励畅所欲言。提供易获取的资源，降低实践障碍，提供即时支持。从而通过改善循证实践实施氛围，提升护士参与共享决策的意愿和能力。

3.3.2 年龄、职称、工作年限、是否参加过相关培训

本研究显示，高年龄、职称高、工作年限长及参加过相关培训的护士的共享决策能力越强（均 $P < 0.05$ ）。可能因为：①随着年龄增长，护士接触的临床案例、患者类型和处理复杂情境的经验更加丰富，使护士更能理解患者的个体差异、潜在担忧和个人价值观，也更能预见不同决策的可能后果。且年长护士通常在沟通技巧方面更加成熟，成为有效共享决策的核心。②高职称通常意味着通过了更严格的专业考核和评审，拥有更扎实、更广博的专业知识和临床能力。且高职称护士在临床决策中往往拥有更大的话语权和权威性，使他们在引导决策讨论时更有底气。另外，高职称护士通常承担更多领导、指导和协调的角色，锻炼了他们在团队中沟通、协调不同意见的能力，这对复杂的共享决策过程至关重要。③工作年限长意味着在临床环境中积累了大量实践经验，这种熟练度使护士能更快地评估患者状况、识别关键问题，并基于过往经验预判不同选择的优劣。且丰富的临床经验让护士见识过各种复杂、棘手的情况，提升了他们在处理共享决策问题时的应变能力和策略。④培训直接传授共享决策的核心概念、理论模型、伦理依据和最佳实践标准，且有效的培训能帮助护士理解共享决策的价值，克服实施障碍，增强实践的信心和意愿。另外，培训为护士提供了一个清晰、结构化的步骤或框架来实施共享决策，使其在繁忙的临床工作中更具可操作性^[16]。建议将共享决策培训纳入护士继续教育必修内容，针对低年龄、低职称、工作年限短及未参加过相关培训的护士通过理论讲授、角色扮演、案例分析、模拟练习等方式，训练护士的开放式提问、主动倾听、信息澄清、价值观澄清、风险沟通、决策辅助工具使用等。并发挥高年资及参加过相

关培训护士的榜样与引领作用，搭建经验转化平台，担任床边带教，激活隐性知识共享，从而促进“新”护士积极参与，支持“老”护士持续贡献。

4 结论

本研究发现，护士共享决策能力与循证实践实施氛围均处于中等水平，且循证实践实施氛围、年龄、职称、工作年限、是否参加过共享决策相关培训影响护士的共享决策能力。建议管理者营造良好的循证实践实施氛围，提升护士参与共享决策的意愿和能力。且需重点关注和挖掘低年龄、低职称、工作年限短及未参加过相关培训的护士，全面提升护士共享决策能力，推动“以患者为中心”的医疗服务理念真正落地生根。本研究可能因取样范围的局限导致结果偏倚，有待后期拓宽调查范围以提高研究结论的普适性。

参考文献：

- [1] Meng M, Chen S, Yang D, et al. Measuring readiness for nurse-led shared decision making in clinical practice: development and first testing of the RSDM-N scale[J]. BMC Nurs, 2025, 24(1):417-425.
- [2] 刘思语,高晓芸,王佳敏,等.模糊痕迹理论视角下临床护理共享决策的研究进展[J].护理学杂志,2025,40(11):121-125.
- [3] 梁新慧,贾瑶,姜雪,等.共享决策在乳腺癌患者中的应用进展[J].护理管理杂志,2024,24(8):673-677.
- [4] Kinchen E. Holistic nurse practitioner care including promotion of shared decision-making[J]. J Holist Nurs, 2022, 40(4):326-335.
- [5] 胡迎新.护理人员共享决策能力自评量表的构建及信效度检验[D].合肥:安徽医科大学,2024.
- [6] 杨林宁,郑红颖,王贝贝,等.医患共享决策影响因素的质性研究[J].中国医学伦理学,2022,35(7):755-763.
- [7] 吴睿哲,冯星森,瞿子妍,等.基于社会认知理论的公立医院组织创新氛围对医生创新绩效影响研究[J].中国医院管理,2025,45(10):69-74.
- [8] 矫迎春.良性组织氛围对企业知识型员工知识共享行为的影响[D].长春:东北师范大学,2024.
- [9] 胡迎新,吴丹,钱金平,等.护理人员共享决策能力自评量表的构建及信效度检验[J].护理学杂志,2023,38(12):1-4,12.
- [10] 白文辉,苗晓慧,闫凡,等.循证实践实施氛围量表的汉化及信效度检验[J].护理学杂志,2022,37(18):55-58.
- [11] 胡迎新,吴丹,钱金平,等.护理人员共享决策能力现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2024,39(1):72-75.
- [12] 王硕,马俊杰,赵红,等.608名临床护士共享决策能力现状及其影响因素分析[J].护理学报,2025,32(12):68-73.
- [13] 宋静雯,林桦,张婷,等.广西三甲医院临床护士循证实践实施氛围与循证护理能力的相关性研究[J].护士进修杂志,2024,39(9):1001-1005.
- [14] 林兵思,卢慧芳,叶佩芝.温州市某三甲医院临床护士循证实践实施氛围现状及影响因素分析[J].中国医院统计,2024,31(4):303-307,312.
- [15] 霍苗.临床护士循证护理实践行为影响因素及作用路径研究[D].长春:吉林大学,2022.
- [16] 张振煦.医患共享决策的理论建构与临床应用[J].中国医学伦理学,2023,36(7):754-759.