ICU 患者家属决策准备度现状及影响因素分析

刘琴　李蓉（通讯作者）

（中山大学附属第一（南沙）医院　广东广州　510000）

【摘　要】目的 探讨ICU患者家属决策准备度的现状及影响因素，为临床开展家属决策支持提供依据。方法 采用方便抽样法，以2026年2月至5月某三级甲等医院40名ICU患者家属为研究对象，采用一般资料调查表、决策准备度量表、决策疲劳量表、家属决策冲突量表进行调查。采用单因素分析、Pearson相关性分析及多元线性回归分析影响因素。结果 ICU患者家属的决策准备度标准得分为（43.80±7.88）分，97.5%的家属处于决策准备度不足水平，决策疲劳原始得分为（13.68±3.16）分，决策冲突标准得分为（23.03±4.47）分。单因素分析显示，患者年龄、是否使用呼吸机、家属性别是决策准备度的影响因素（P<0.05）。多元线性回归分析显示，是否使用呼吸机及家属性别是决策准备度的独立影响因素（P<0.1）。结论 ICU患者家属的决策准备度处于严重不足水平，应重点关注使用呼吸机患者的家属及女性家属，并提供个性化医患沟通方案与信息支持，提升患者家属决策准备度，从而提高其参与替代决策的质量。

【关键词】ICU；患者家属；决策准备度；影响因素

Current Status and Influencing Factors of Decision-Making Readiness Among Family Members of ICU Patients

Liu Qin　Li Rong（Corresponding Authors）

（The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University (Nansha), Guangzhou, Guangdong　510000）

[Abstract] Objective To investigate the current status and influencing factors of decision-making readiness among family members of ICU patients, thereby providing a basis for clinical implementation of family decision support. Methods A convenience sampling study was conducted involving 40 family members of ICU patients at a tertiary Grade A hospital from February to May 2026. Data were collected using a general information questionnaire, a decision-making readiness scale, a decision fatigue scale, and a family decision conflict scale. Single-factor analysis, Pearson correlation analysis, and multiple linear regression analysis were employed to identify influencing factors. Results The mean score for decision-making readiness among ICU patient families was (43.80±7.88); 97.5% of families exhibited insufficient readiness. The mean score for decision fatigue was (13.68±3.16), and the mean score for decision conflict was (23.03±4.47). Single-factor analysis revealed that patient age, mechanical ventilation use, and family gender were significant influencing factors (P <0.05). Multiple linear regression analysis confirmed that mechanical ventilation use and family gender were independent predictors of decision-making readiness (P <0.1). Conclusion Family members of ICU patients demonstrate severely inadequate decision-making readiness. Special attention should be paid to families of mechanically ventilated patients and female family members. Personalized physician-patient communication strategies and informational support should be provided to enhance family decision-making readiness and improve the quality of their participation in alternative decision-making processes.

[Key words] ICU; patient family members; decision-making readiness; influencing factors

重症监护病房（ICU）是医院中病情最为危重、变化最为迅速的科室之一，患者因意识障碍、镇静状态及疾病等因素无法参与治疗决策，多由家属进行替代决策。家属则需要在短时间内接收大量专业信息，并同时承受对患者生命安危的担忧及决策后果的责任，容易产生心理压力。这种决策具有时间紧迫、风险较高以及预后的不确定性的特点，让家属难以决策[1]。患者家属的决策准备状态直接关系到医患沟通效率和替代决策质量[2]。近年来，国内的研究内容主要集中于决策冲突、决策疲劳及共享决策等方面。而针对家属决策准备度现状及其影响因素的研究相对较少。为此，本研究调查 ICU 患者家属决策准备度的现状，分析其影响因素，并探讨其与决策疲劳、决策冲突之间的相关性，帮助 ICU 医护人员识别决策准备不足的高危家属群体，实施精准干预，提升代理决策质量。

1 对象和方法

1.1 调查对象

采用横断面调查研究，于 2026 年 2 月至 5 月采用方便抽样法选取某三级甲等医院的 40 名 ICU 患者家属进行调查。纳入标准：①年龄≥18 周岁；②具有流畅的中文读写和语言表达能力；③与患者是近亲属关系；④自愿参与本研究。排除标准：①既往有精神病史或认知障碍者；②中途退出调查者。本研究已通过医院伦理委员会审批，研究对象均签署知情同意书。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表

由研究者自行设计，包括患者一般资料及家属人口学资料。

1.2.2 决策准备度量表

采用 Bennett 等[3]修订，李玉[4]完成的汉化版，Likert 5 级评分法，共 10 个条目，标准分 0～100 分，得分越高表示决策准备度越高，标准分＜60 分提示决策准备不足，Cronbach's α 系数为 0.946。

1.2.3 决策疲劳量表

采用潘国翠等[5]完成的汉化版，共 9 个条目，Likert 4 级

评分法，得分越高表示决策疲劳程度越高，Cronbach's α 系数为 0.854。

1.2.4 决策冲突量表

采用廖宗峰等[6]完成的修订版，共 16 个条目，Likert 5 级评分法，得分越高表示决策冲突水平越高，标准分<25 分表示无决策冲突，Cronbach's α 系数为 0.885。

1.3 资料收集

经过统一培训的研究人员向符合纳入标准的家属说明研究目的及填写方法，征得知情同意后现场发放问卷。问卷当场回收并检查，及时查漏补缺。采用“双人双录入”法，将数据录入 Excel 表格并进行交叉核对，以确保数据录入的准确性。本研究共发放问卷 43 份，回收有效问卷 40 份，有效回收率为 93.02%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。采用频数和构成比对研究对象的一般人口学资料进行统计描述；当 ICU 患者家属决策准备度、决策疲劳与决策冲突各维度得分满足正态分布的情况下，用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）进行统计描述，否则使用中位数（四分位数间距）。将一般资料中有统计学意义的变量、决策疲劳与决策冲突纳入多元逐步线性回归中，分析 ICU 患者家属决策准备度的主要影响因素。

2 结果

2.1 ICU 患者及家属一般资料

本研究共纳入 40 名 ICU 患者家属，家属以 41 ~ 60 岁、已婚、高中及以上文化程度者居多，52.5%具有医疗决策经验，大部分仅部分了解患者治疗偏好及临终偏好。患者以男性、61 ~ 80 岁居多，80%使用呼吸机治疗，90%接受镇静镇痛治疗，医疗费用主要由医保支付。详见表 1。

2.2 ICU 患者家属决策准备度现状

40 名 ICU 患者家属决策准备度标准分为（43.80 ± 7.88）分，97.5%的家属处于决策准备度不足水平，提示 ICU 患者家属整体决策准备度较低。

2.3 ICU 患者家属决策准备度单因素分析

单因素分析结果显示，患者年龄、是否使用呼吸机、家属性别对 ICU 患者家属决策准备度的影响有统计学意义（P<0.05）。患者性别、文化程度、婚姻状况、医保类型、是否镇静镇痛、家属年龄、文化程度、婚姻状况、治疗偏好知晓情况、临终偏好知晓情况、既往决策经验等变量对决策准备度的影响无统计学意义（P>0.05）。详见表 1。

表 1 ICU 患者家属决策准备度的单因素分析结果

变量	分组	例数	决策准备度得分（分，$\bar{x} \pm s$）	统计量	P值
患者性别	男	26	30.12±10.25	t=−0.216	0.83
	女	14	29.06±9.18		
患者年龄(岁)	18 ~ 40	8	26.88±8.96	F=4.569	0.008
	41 ~ 60	11	27.95±9.03		
	61 ~ 80	19	31.71±10.12		
	≥81	2	35.00±7.07		
患者婚姻状况	已婚	31	30.81±9.94	F=2.725	0.058
	离异/丧偶	9	26.11±8.56		
医保类型	医保	37	30.14±9.72	t=1.964	0.162
	自费	3	25.00±10.54		
是否使用呼吸机	是	32	28.59±9.58	t=2.232	0.042
	否	8	34.38±9.96		
是否镇静镇痛	是	36	29.92±9.91	t=0.535	0.612
	否	4	28.25±8.95		
家属性别	男	20	26.50±9.02	t=2.575	0.014
	女	20	33.00±9.87		
家属年龄(岁)	18 ~ 40	19	29.21±9.65	F=0.440	0.647
	41 ~ 60	20	30.05±10.11		
	61 ~ 80	1	35.00±−		
家属文化程度	初中及以下	12	28.33±8.99	F=0.525	0.668
	高中/中专	14	30.71±10.25		
	大专及以上	14	30.00±10.14		
既往决策经验	有	21	28.81±9.32	t=−0.652	0.518
	无	19	30.79±10.35		
治疗偏好知晓情况	完全知晓	5	32.00±10.12	F=0.891	0.419
	部分知晓	34	29.26±9.78		
	不知晓	1	35.00±−		
临终偏好知晓情况	完全知晓	5	35.00±10.54	F=2.831	0.072
	部分知晓	33	28.79±9.56		
	不知晓	2	25.00±7.07		

2.4 决策准备度与决策疲劳、决策冲突的相关性分析

ICU 患者家属决策疲劳原始得分为（13.68 ± 3.16）分；决策冲突标准得分为（23.03 ± 4.47）分。相关性分析结果显示，决策准备度标准得分与决策疲劳总分呈负相关（r=−0.244，P=0.13），即家属的决策准备度得分越高，其决策疲劳程度越低；决策准备度得分与决策冲突标准得分呈负相关（r=−0.083，P=0.613），即家属的决策准备度得分越高，其面临的决策冲突水平越低。

2.5 ICU 患者家属决策准备度影响因素的多元线性回归分析

多元线性回归分析显示，是否使用呼吸机及家属性别是 ICU 患者家属决策准备度的独立影响因素（P<0.1）。详见表 2。

表 2 ICU 患者家属决策准备度影响因素的多元线性回归分析结果

变量	回归系数 β	标准误	标准化回归系数 β'	t值	P值	95%置信区间
常数项	48.852	14.441	–	3.383	0.002	19.503 ~ 78.200
是否使用呼吸机	−7.515	3.564	−0.312	−2.109	0.042	−14.758 ~ −0.273
家属性别	−5.167	3.018	−0.258	−1.712	0.096	−11.301 ~ 0.967
患者年龄	1.07	2.014	0.132	0.531	0.599	−3.023 ~ 5.163
患者婚姻状况	4.124	2.635	0.198	1.565	0.127	−1.232 ~ 9.479
临终偏好知晓情况	−4.474	3.679	−0.201	−1.216	0.232	−11.951 ~ 3.004

3 讨论

3.1 ICU 患者家属决策准备度处于不足水平

本研究中 ICU 患者家属决策准备度标准分为（43.80 ± 7.88）分，97.5%的家属处于决策准备度不足水平，提示其整体决策准备程度较低，与国内相关研究结果一致。分析原因，ICU 患者病情危重且实行限制探视，家属主要依赖医护获取疾病信息，在医学知识有限及心理应激状态下完成代理决策，因此容易出现决策准备不足。因此，临床医护人员应尽早识别决策准备度不足的家属，提供个性化的信息支持和心理疏导。

3.2 ICU 患者家属决策准备度的影响因素分析

本研究显示，是否使用呼吸机、家属性别是 ICU 患者家属决策准备度的独立影响因素。分析原因，使用呼吸机的患者通常病情更重、预后不确定性更高，家属需要面对的决策风险与心理压力更大，这提示医护人员应采用通俗易懂的语言、可视化的方式，提高家属对治疗方案的理解。

本研究还发现，女性家属的决策准备度低于男性家属，这与既往相关研究结果存在一定差异，可能与本研究的样本量有限、单中心抽样有关。分析原因，男性家属在面对危重患者时，更倾向于主动与医护人员沟通交流，获取疾病相关信息、对决策相关信息的准备更充分。这提示医护人员应重点关注女性家属，主动向其提供全面、清晰的疾病与治疗信息，引导其参与信息沟通与决策准备过程，避免因信息获取不足导致决策准备度低下。

3.3 决策准备度与决策疲劳、决策冲突的关系

本研究相关性分析显示，ICU 患者家属决策准备度与决策疲劳、决策冲突均呈负相关趋势。ICU 患者家属做决策过程中，需要权衡患者病情预后、治疗方案等，且需要反复决策，家属需要花费更多的时间和精力去理解信息、与医护人员沟通、做出决策，这些过程的持续负荷导致决策疲劳的累积。因此，决策准备不足时，更容易产生疲惫和犹豫，进而加重决策疲劳。有研究显示，家属常在毫无准备的情况下进行决策，同时需要考虑患者病情预后，治疗方案等各种因素，因而容易产生矛盾和冲突[2]。因此，提升家属决策准备度不仅可以让家属更了解患者的相关疾病和治疗方案，还可以降低家属的决策疲劳和决策冲突水平。

4 结论

本研究结果表明，ICU 患者家属决策准备度处于不足水平，是否使用呼吸机、家属性别是独立影响因素，决策准备度与决策冲突、决策疲劳呈负相关趋势。因此在临床实践中，医护人员应该精准干预，在患者入院初期快速筛选高风险人群，重点关注使用呼吸机患者的家属及女性家属，同时，也应重视家属情绪支持，以提高家属的决策准备水平，降低决策冲突和决策疲劳，从而提升 ICU 代理决策质量，最大限度地维护患者利益。本研究为单中心横断面调查，样本量较小，研究结果的推广仍需谨慎。未来可扩大样本量，开展多中心、纵向研究，进一步验证 ICU 患者家属决策准备度的变化特点及影响因素。

参考文献：

[1]朱向伟,卢根娣.ICU 患者家属决策困境研究现状及启示[J].中国医学伦理学,2024,37(2):168−176.
[2]乔晓婷,隋伟静,王凯丽,等.ICU 患者家属决策冲突现状及影响因素研究[J].中华急危重症护理杂志,2024,5(8):677−682.
[3]Bennett C，Graham ID，Kristjansson E，et al. Validation of a preparation for decision making scale[J]. Patient Educ Couns,2010,78(1):130−133.
[4]李玉.早期原发性肝癌患者治疗决策辅助方案的构建与应用研究[D].第二军医大学,2017.
[5]潘国翠,李梅.决策疲劳量表的汉化及其应用于 ICU 患者家属的信度效度评价[J].护理学,2020,27(12)38−41.
[6]廖宗峰,李玲,黄姝,等.家属决策冲突量表在神经内科 ICU 患者家属中应用的信效度检验[J].神经损伤与功能重建,2021,16(11):636−639.