

- 外科,2020,26(6):664-668.
- [24] 邹凡,蔺俊斌,李颖,等.盆底磁刺激治疗女性尿失禁的系统评价与 meta 分析[J].中国康复医学杂志,2019,34(8):966-970.
- [25] KIM T H, HAN D H, CHO W J, et al. The efficacy of extracorporeal magnetic stimulation for treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome patients who do not respond to pharmacotherapy[J]. Urology, 2013, 82(4): 894-898.
- [26] 陈鑫,牛翠枝,黄华伟,等.盆底磁刺激联合骶神经根磁刺激治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2021,43(1):43-45.
- [27] 李颖,陈卓,陈修平,等.盆底磁刺激治疗脑卒中后排尿障碍的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2020,35(1):88-90.
- [28] 王永通,金黑鹰,张春霞,等.磁刺激联合生物反馈治疗盆底功能障碍性疾病的前瞻性非随机对照研究[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2022,16(7):621-625.
- [29] FRIEDMAN T, ESLICK G D, DIETZ H P. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis[J]. Int Urogynecol J, 2018, 29(1):13-21.
- [30] 鲁永鲜.阴道植入网片与自体组织修补的临床效果比较[J].中国实用妇科与产科杂志,2020,36(10):930-935.
- [31] 鲁永鲜.盆腔器官脱垂手术复发的预防与治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(5):495-499.

(收稿日期:2023-01-10 修回日期:2023-07-09)

(编辑:冯甜)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.20.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230607.1431.002\(2023-06-07\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230607.1431.002(2023-06-07))

ERCP 患者参与治疗决策现状、相关因素及与住院信息、术后信息的相关性研究*

刘捷¹,樊洪玲²,封敏³,杨杰⁴,赵庆华^{1△}

(1.重庆医科大学附属第一医院护理部,重庆 400016;2.重庆医科大学附属第一医院第一分院重症医学科,重庆 400016;3.重庆市璧山区人民医院护理部,重庆 402760;4.重庆医科大学附属第一医院肝胆外科,重庆 400016)

[摘要] 目的 调查内镜逆行胰胆管造影(ERCP)患者参与治疗决策现状,研究其与住院信息、术后信息的相关性。方法 采用便利抽样法,于2019年8—11月选取重庆医科大学附属第一医院、重庆市璧山区人民医院行ERCP手术的患者作为研究对象,采用一般资料调查表、决策参与量表(CPS)、社会支持评定量表(SPSS)、焦虑自评量表(SAS)、ERCP认知与态度问卷进行调查,统计住院信息和术后信息,并分析患者参与治疗决策的相关因素。结果 共发放143份问卷,收回有效问卷135份,有效回收率94.41%。ERCP患者参与治疗决策被动型为27例(20.00%),合作型为25例(18.52%),主动型83例(61.48%);相关因素包括文化程度、ERCP认知水平、社会支持水平、焦虑状态;参与治疗决策类型与住院时间、住院费用、术后进食时间具有相关性($P < 0.05$)。结论 医护人员需要加强对患者ERCP相关知识的健康教育,满足其治疗信息需求,促进医患共同参与决策。

[关键词] 内镜逆行胰胆管造影;决策;患者参与;住院信息;术后信息

[中图分类号] R472

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)20-3193-05

内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)指在内镜下经十二指肠乳头插管注入造影剂,逆行显示胰胆管的一项造影技术^[1]。通过ERCP可以在内镜下进行胆总管结石取石术,放置鼻胆引流管治疗急性化脓性梗阻性胆管炎,行胆管支架引流术及十二指肠乳头括约肌切

开术等介入微创治疗,其安全性、有效性得到了广泛认可^[2],具有创伤小、恢复快、住院时间短、可重复性、疗效肯定等优点,对于肝、胆、胰疾病有较高的诊断和治疗价值^[3]。随着医学模式的转变,“以患者为中心”的观点普遍被接受,患者参与医疗、护理决策体现了“以患者为中心”。依据患者参与治疗决策的程度,可

分为被动型、合作型和主动型^[4]。目前,国内外学者主要就肿瘤患者、老年患者、肾移植患者等的决策参与进行研究^[5-12],对于接受 ERCP 手术患者的治疗决策参与现状尚缺乏深入报道,而 ERCP 作为一种侵入性的微创手术,应用广泛,患者的参与至关重要。本研究调查了 135 例 ERCP 患者治疗决策实际参与现状,分析其相关因素,并探索了参与决策类型与住院信息、术后信息的相关性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法,于 2019 年 8—11 月在重庆医科大学附属第一医院、重庆市璧山区人民医院选取 ERCP 术后患者 135 例为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 周岁;(2)ERCP 术后;(3)知情同意,自愿参与;(4)能用语言表达。排除标准:(1)不愿参与;(2)患有精神疾病无法配合。本研究经重庆医科大学附属第一医院伦理委员会审核批准[2019 年科研伦理(2019-113)号]。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般情况调查表

调查表包括人口学资料及 ERCP 相关资料:年龄、性别、文化程度、婚姻状态、工作类型、月收入、医疗保险、行 ERCP 原因及 ERCP 次数。

1.2.1.2 决策参与量表(control preference scale, CPS)

CPS 由 DEGNER 等^[13]编制,并由徐小琳^[14]汉化为中文版,多用于评估患者在医疗决策中实际参与的角色,具有较好的重测信度,Cronbach's α 系数为 0.856^[10],包括“(1)完全由医生做出这个决定”“(2)医生在认真考虑我的想法后做出了这个决定”“(3)我和医生经过综合权衡后,共同做出这个决定”“(4)我在认真考虑过医生的建议后,由我做出医疗决定”“(5)我在了解各种医疗选择后由我做出医疗决定”共 5 个条目,患者根据自己本次参与医疗决策的实际情况做出选择,选择(1)或(2)表示其参与方式为被动型,选择(3)为合作型,选择(4)或(5)为主动型。统计分析中用例数表示。

1.2.1.3 患者对 ERCP 认知与态度问卷

此问卷由研究者经查阅相关文献及根据目前临床现状自行设计,由两名副高级消化内科医生、1 名副高级消化内镜护士、1 名中级消化内镜护士及 1 名中级消化内科病房护士、1 名中级肝胆外科护士对问卷进行评议。本研究中,该问卷全体一致的内容效度指数(S-CVI-UA)为 0.96,平均内容效度指数(S-CVI/Ave)为 0.96,内容效度良好。该问卷包括认知部分(8 个条目)及态度部分(4 个条目)。认知部分条目内容包括:(1)ERCP 的中文是内镜下逆行胰胆管造影术;(2)ERCP 常用于胰腺疾病和胆管疾病的诊断和

治疗;(3)ERCP 术前常规禁食 8 h、禁饮 4 h;(4)ERCP 术前会口服咽部局部麻醉药物;(5)ERCP 术前会肌肉注射镇静和镇痛药物;(6)ERCP 术后会禁饮禁食,会安置鼻胆管/鼻胰管;(7)ERCP 术后会抽血复查相关指标,进行静脉补液;(8)ERCP 术后可能发生出血、穿孔、胰腺炎、感染(胆管炎)。认知部分答案分别为“是”“否”“不知道”,其中“是”计 1 分,“否”和“不知道”计 0 分,共计 8 分。态度部分条目内容包括:(1)我认为 ERCP 对于治疗我的疾病很重要;(2)我会积极配合 ERCP 治疗;(3)我愿意主动获取 ERCP 的相关知识;(4)我认为我有信心顺利完成 ERCP 和术后康复。态度部分答案采用 Likert 5 级评分法,分别赋值 1~5 分,共计 20 分。

1.2.1.4 社会支持评定量表(social support rating scale, SPSS)

SPSS 由肖水源^[15]编制,共 10 个条目,包括客观支持 3 条、主观支持 4 条和对社会支持的利用度 3 条,Cronbach's α 系数为 0.81,重测信度为 0.92。总分为各条目得分相加之和,其中第 1~4 条、第 8~10 条分别计分 1~4 分;第 5 条按 A、B、C、D 项计总分,每项从无到全力支持分别计 1~4 分;第 6、7 条如回答“无任何来源”计 0 分,回答“下列来源”者,按来源项数计分。

1.2.1.5 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)

SAS 用于评定焦虑主观感受,与汉密尔顿焦虑量表的 Pearson 相关系数为 0.621,Cronbach's α 系数为 0.767,重测信度为 0.81^[16]。SAS 共 20 个条目,采用 Likert 4 级评分法,分为“没有或很少时间、小部分时间、大部分时间、绝大部分或全部时间”4 个等级,依次评分 1~4 分,其中条目 5、9、13、19 为反向计分。20 个条目得分之和为总粗分,经换算后获得标准分。

1.2.1.6 住院和术后信息调查表

内容包括住院时间、住院费用(万元)、术后进食时间、拔除鼻胆管或鼻胰管时间。

1.2.2 调查方法

调查前培训调查员,调查中使用一致性语言进行解释。每份问卷填写前说明研究目的,取得研究对象知情同意。对于填写不完整或答案不符合逻辑的问卷,视为无效问卷。住院信息和术后信息数据从电子病历系统上收集。

1.3 统计学处理

采用 Excel 建立数据库,SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验或方差分析;计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用 Pearson 相关分析表示相关性。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者参与治疗决策方式单因素分析

共发放 143 份问卷,收回有效问卷 135 份,有效回收率为 94.41%。行 ERCP 手术的患者中,对于治疗决策实际参与条目从多到少依次为“我在认真考虑过医生的建议后,由我做出医疗决定”52 例,“我和医生经过综合权衡后,共同做出这个决定”25 例,“我

在了解各种医疗选择后由我做出医疗决定”31 例,“医生在认真考虑我的想法后做出了这个决定”24 例,“完全由医生做出这个决定”3 例。27 例(20.00%)患者为被动型,25 例(18.52%)患者为合作型,83 例(61.48%)患者为主动型。患者的一般资料见表 1。

表 1 患者参与治疗决策方式单因素分析(n=135)

| 项目 | n | 百分比(%) | 实际参与治疗决策方式(n) | | | χ^2 | P |
|-----------------|-----|--------|---------------|-----------|-----------|----------|--------|
| | | | 被动型(n=27) | 合作型(n=25) | 主动型(n=83) | | |
| 性别 | | | | | | 1.161 | 0.560 |
| 男 | 61 | 45.19 | 12 | 9 | 40 | | |
| 女 | 74 | 54.81 | 15 | 16 | 43 | | |
| 年龄 | | | | | | 0.728 | 0.628 |
| 18~30 岁 | 21 | 15.56 | 1 | 9 | 11 | | |
| >30~40 岁 | 9 | 6.67 | 1 | 2 | 6 | | |
| >40~50 岁 | 16 | 11.85 | 5 | 2 | 9 | | |
| >50~60 岁 | 20 | 14.81 | 4 | 4 | 12 | | |
| >60~70 岁 | 31 | 22.96 | 9 | 5 | 17 | | |
| >70~80 岁 | 26 | 19.26 | 6 | 2 | 18 | | |
| >80 岁 | 12 | 8.89 | 1 | 1 | 10 | | |
| 文化程度 | | | | | | 16.545 | <0.001 |
| 小学及以下 | 27 | 20.00 | 15 | 5 | 7 | | |
| 初中 | 38 | 28.15 | 11 | 11 | 16 | | |
| 高中或中专 | 25 | 18.52 | 1 | 5 | 19 | | |
| 大专 | 28 | 20.74 | 0 | 4 | 24 | | |
| 本科及以上 | 17 | 12.59 | 0 | 1 | 16 | | |
| 婚姻状态 | | | | | | 1.082 | 0.359 |
| 未婚 | 15 | 11.11 | 2 | 7 | 6 | | |
| 已婚 | 103 | 76.30 | 23 | 18 | 62 | | |
| 离异 | 2 | 1.48 | 0 | 0 | 2 | | |
| 丧偶 | 15 | 11.11 | 2 | 1 | 12 | | |
| 工作类型 | | | | | | 1.033 | 0.401 |
| 农民 | 51 | 37.78 | 12 | 6 | 33 | | |
| 工人 | 16 | 11.85 | 5 | 4 | 7 | | |
| 个体工商户 | 6 | 4.44 | 1 | 2 | 3 | | |
| 职员 | 27 | 20.00 | 5 | 8 | 14 | | |
| 失业或待业 | 7 | 5.19 | 0 | 1 | 6 | | |
| 退休 | 28 | 20.74 | 4 | 5 | 19 | | |
| 月收入 | | | | | | 0.176 | 0.950 |
| <1 000 元 | 49 | 36.30 | 10 | 10 | 29 | | |
| 1 000~<4 000 元 | 52 | 38.52 | 12 | 5 | 35 | | |
| 4 000~<7 000 元 | 24 | 17.78 | 3 | 8 | 13 | | |
| 7 000~<10 000 元 | 6 | 4.44 | 2 | 1 | 3 | | |
| ≥10 000 元 | 4 | 2.96 | 0 | 2 | 2 | | |
| 医疗保险 | | | | | | 2.792 | 0.248 |
| 有 | 131 | 97.04 | 25 | 25 | 81 | | |

续表 1 患者参与治疗决策方式单因素分析($n=135$)

| 项目 | n | 百分比(%) | 实际参与治疗决策方式(n) | | | χ^2 | P |
|--------------|-----|--------|-------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | | | 被动型($n=27$) | 合作型($n=25$) | 主动型($n=83$) | | |
| 没有 | 4 | 2.96 | 2 | 1 | 1 | | |
| 行 ERCP 原因 | | | | | | 0.568 | 0.753 |
| 胰腺疾病 | 19 | 14.07 | 5 | 4 | 11 | | |
| 胆管疾病 | 116 | 85.93 | 23 | 21 | 72 | | |
| 本次为第几次行 ERCP | | | | | | 3.055 | 0.217 |
| 1 次 | 110 | 81.48 | 20 | 23 | 67 | | |
| ≥ 2 次 | 25 | 18.52 | 7 | 2 | 16 | | |

2.2 患者 ERCP 认知及态度问卷、SPSS、SAS 评分情况

ERCP 患者认知得分处于中等水平,态度得分处于较高水平。社会支持评定量表得分总分为(39.26±7.62)分,焦虑自评量表得分为(44.14±8.50)分,见表 2。

表 2 患者 ERCP 认知及态度问卷、SPSS、SAS 评分情况($n=135, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

| 因子 | 得分 | 因子 | 得分 |
|---------|------------|-----------|------------|
| 认知与态度问卷 | | 客观支持 | 9.53±3.23 |
| 认知评分 | 5.99±2.13 | 主观支持 | 21.68±4.57 |
| 态度评分 | 18.45±2.27 | 对社会支持的利用度 | 8.05±2.14 |
| SPSS | | SAS | |
| 社会支持 | 39.26±7.62 | 焦虑状态 | 44.14±8.50 |

2.3 患者住院信息和术后信息情况

患者住院时间为 8.00(5.00,11.00)d,住院费用为 3.35(0.89,5.81)万元,术后进食时间为 2.00(0,4.00)h,术后拔管时间为 2.00(0,7.00)h。

2.4 ERCP 患者参与治疗决策类型的相关因素

参与治疗决策类型与认知评分、社会支持呈正相关($P<0.001$),与焦虑状态呈负相关($P<0.001$),见表 3。

表 3 ERCP 患者参与治疗决策类型与认知得分、态度得分、社会支持、焦虑状态的相关性分析

| 项目 | r | P |
|------|--------|----------|
| 认知评分 | 0.864 | <0.001 |
| 态度评分 | 0.058 | 0.504 |
| 社会支持 | 0.639 | <0.001 |
| 焦虑状态 | -0.612 | <0.001 |

2.5 ERCP 患者参与治疗决策类型与住院信息、术后信息的相关性分析

参与治疗决策类型与住院时间、住院费用、术后进食时间呈负相关($P<0.001$),见表 4。

表 4 ERCP 患者参与治疗决策类型与住院信息、术后信息的相关性分析

| 项目 | r | P |
|----------|--------|----------|
| 住院时间 | -0.613 | <0.001 |
| 住院费用(万元) | -0.384 | <0.001 |
| 术后进食时间 | -0.317 | <0.001 |
| 术后拔管时间 | 0.141 | 0.102 |

3 讨论

3.1 ERCP 手术患者治疗决策参与现状

患者参与医疗决策是指患者参与医疗方案的择优过程,共同决策模式是目前医患交流和临床决策所倡导的理想模式。本调查中,仍有近 20% 的患者在治疗决策参与过程中属于被动型,这与 AHERTON 等^[17]、侯晓婷等^[9]的研究结果类似,说明 ERCP 虽然作为一种微创治疗,但患者参与治疗决策时,和其他疾病的患者(如肿瘤患者)选择类型基本一致。这可能是因为患者日常生活中无法接触到 ERCP 相关专业信息,从而对 ERCP 相关知识感到陌生,无从判断,只能将决策寄托于医生。

3.2 ERCP 患者参与治疗决策类型相关因素分析

一般资料中,文化程度是患者参与决策的相关因素。患者文化程度越高,选择主动参与的概率越高,而文化程度越低,选择被动参与的概率越高,这与 MCKEE 等^[18]、袁一君等^[19]的研究结果一致,可能是因为文化程度较低的患者与医生沟通时,难以理解医生所用的专业词汇或描述的专业现象,进而无法根据自己意见做出治疗相关决策,只有依靠医生,提示医护人员在 ERCP 患者行治疗决策时,应更加关注教育层次相对较低的人群。

本研究中,患者对 ERCP 手术的认知评分与参与治疗决策类型呈正相关。患者对 ERCP 手术的认知水平越高,越愿意采取主动参与的方式进行治疗决策,这与有关研究结果一致^[19-20]。患者对某种决策获得信息的量是影响其参与治疗决策的重要因素。史润泽等^[21]进行系统评价发现,国外患者采用决策辅助工具在心血管疾病临床决策中取得一定成效。决策

辅助工具形式多样,包括手册、计算机化程序、视频,内容涵盖基本信息、疾病及治疗知识、选择方案利弊分析等多方面。因此,医护人员可通过在科室播放科普视频、张贴科普小知识海报、与患者深度沟通等方式,传播与治疗决策相关的信息,增加患者专业知识量,拓展传播渠道和方式,促进患者主动参与决策。

吴秀梅等^[22]研究指出,社会支持可以直接正向预测医患共同决策。也有研究认为,社会支持是影响我国慢性病患者决策参与的因素之一^[23]。本研究中,社会支持水平越高,采取主动参与治疗决策的患者越多,这与以往研究结果相似。其原因可能是社会支持力度强大,患者性格多为开放、乐观、积极,容易接受新生事物,对医生提出的建议和意见表现出接纳、包容的态度。

本研究结果中,焦虑状态与治疗决策参与类型呈负相关,提示患者越焦虑,越可能采取被动参与形式,原因可能是患者呈焦虑状态,可表现为紧张、急躁、焦急情绪,无法做出合理的判断,最后只能依靠医生进行治疗决策。

3.3 ERCP 患者参与治疗决策类型与治疗相关信息的相关性分析

本研究结果显示,ERCP 患者参与治疗决策类型与住院时间、住院费用、术后进食时间呈负相关。医患共同参与决策,体现了患者的自主性和“患者参与治疗决策”的现代医学观,可有效提高患者就医的主人翁意识,调动自身的能动性,提升患者的就医体验和依从性,也可使医患双方获得更多信息,有效避免因医患双方沟通缺失导致的过度诊疗,改善治疗结局^[24]。在本研究中,与被动型患者比较,合作型和主动型患者住院时间更短,住院费用更低,术后进食时间更短。患者参与到治疗决策中,充分表达其对于某专项治疗的态度和意见,可为医生提供部分信息。医生根据患者目前的状况,结合患者的意愿及最新指南,告知患者专业建议,在充分尊重患者的前提下保障患者的生命安全。这不仅可在一定程度上缩短患者住院时间,也相应减少了患者的住院费用,还有利于患者术后尽早进食,减轻患者不适感,从而加速早期康复,减少卫生资源浪费。同时,患者主动参与,主动报告疑惑、不适或结局,可强化患者安全,减少不良事件发生,真正做到“以患者为中心”。

本研究仍存在一定局限性:只在同一个地区的两所三级甲等医院进行调查。今后可扩大样本量,并探索不同地域 ERCP 患者参与,以期为管理者提供决策咨询依据,为临床提供更多资料。

综上所述,本研究通过对 ERCP 术后患者实际参与治疗决策现状进行调查,发现文化程度、社会支持、焦虑状态及认知评分是患者参与治疗决策的相关因素,而治疗决策参与类型也会影响住院时间、住院

费用及术后进食时间。随着社会的发展,患者参与治疗决策已成为必然的趋势^[25],建议尝试开发部分决策辅助工具,适用于临床各主要病种,为患者提供决策相关信息,保障患者权益,提高决策质量,改善患者长期健康结局。

参考文献

- [1] RABENSTEIN T, SCHNEIDER H T, BULLING D, et al. Analysis of the risk factors associated results of a prospective study with emphasis on the reduce risk of acute pancreatitis with low-dose anticoagulation treatment[J]. *Endoscopy*, 2000, 32: 10-19.
- [2] 高秀娟. 开展无痛病房对经 ERCP 胆总管取石术患者术后疼痛的影响[D]. 济南: 山东大学, 2014.
- [3] 张晓清, 于永立. ERCP 在胆道疾病中的作用[J]. *中国医药指南*, 2011, 16(9): 59-60.
- [4] 苑娜, 刘春娥, 于蕾, 等. 患者参与治疗决策的现状及其影响因素研究进展[J]. *医学与社会*, 2017, 30(3): 58-61.
- [5] 曹亚雨, 刘惠蓉, 彭玉娇, 等. 肾移植受者手术决策参与满意度的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(9): 1340-1346.
- [6] ARORA N K, MCHORNEY C A. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? [J]. *Med Care*, 2000, 38(3): 335-341.
- [7] DEBER P B, KRAETSCHMER N, UROWITZ S, et al. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations[J]. *Health Expect*, 2007, 10(3): 248-258.
- [8] KEATING N L, GUADAGNOLI E, LANDRUM M B, et al. Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? [J]. *J Clin Oncol*, 2002, 20(6): 1473-1479.
- [9] 侯晓婷, 徐征, 周玉洁, 等. 结直肠癌住院患者参与手术治疗决策的现状研究[J]. *中华护理杂志*, 2014, 49(5): 526-529.
- [10] 徐征, 庞冬, 刘卓, 等. 结直肠癌术后患者对手术治疗决策满意度的影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50(12): 1484-1488.
- [11] 王丽萍, 蔺波, 侯铭, 等. 决策参与量表的汉化及在颅内肿瘤患者家属中的信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(13): 1660-1664. (下转第 3200 页)

- botic surgery for endometrial carcinoma[J]. *J Robot Surg*, 2015, 9(4): 339-345.
- [7] 徐秀君, 应丽英. 肥胖、糖尿病和高血压与子宫内膜癌前病变和癌的相关性分析[J]. *肿瘤学杂志*, 2014, 20(11): 925-929.
- [8] 李津津, 龚雪, 黎埔君, 等. 机器人手术在妇科领域的应用[J/CD]. *妇产与遗传(电子版)*, 2019, 9(2): 20-24.
- [9] ONSTAD M A, SCHMANDT R E, LU K H. Addressing the role of obesity in endometrial cancer risk, prevention, and treatment[J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(35): 4225-4230.
- [10] IAVAZZO C, IAVAZZO P E, GKEGKES I D. Obese patients with endometrial cancer: is the robotic approach a challenge or a new era of safer and more cost-effective management of such patients[J]. *J Robot Surg*, 2016, 10(2): 183-184.
- [11] 龚静, 王楠, 王敏, 等. 机器人手术治疗子宫内膜癌合并肥胖[J]. *中国微创外科杂志*, 2016, 16(8): 685-688.
- [12] 翟青枝, 叶明侠, 于博, 等. 达芬奇机器人手术系统在宫颈癌根治术中学习曲线的研究[J]. *中国微创外科杂志*, 2018, 18(5): 422-426.
- [13] CORRADO G, VIZZA E, CELA V, et al. Laparoscopic versus robotic hysterectomy in obese and extremely obese patients with endometrial cancer: a multi-institutional analysis[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2018, 44(12): 1935-1941.
- [14] BACKES F J, ROSEN M, LIANG M, et al. Robotic hysterectomy for endometrial cancer in obese patients with comorbidities: evaluating postoperative complications[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2015, 25(7): 1271-1276.
- [15] CORRADO G, CHIANTERA V, FANFANI F, et al. Robotic hysterectomy in severely obese patients with endometrial cancer: a multicenter study[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2016, 23(1): 94-100.

(收稿日期: 2023-03-02 修回日期: 2023-07-22)

(编辑: 冯甜)

(上接第 3197 页)

- [12] 马晴雅, 王斗, 张欢, 等. 护士对老年轻度认知障碍患者参与临床决策认知的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(11): 1345-1350.
- [13] DEGNER L, SLOAN J, VENKATESH P. The control preferences scale[J]. *Can J Nurs Res*, 1997, 29(3): 21-43.
- [14] 徐小琳. 患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [15] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. *临床精神医学杂志*, 1994, 4(2): 98-100.
- [16] 周永安. 焦虑自评量表在我国高校大学生中应用的评价研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2012.
- [17] ATHERTON P J, SMITH T, SINGH J A, et al. The relation between cancer patient treatment decision-making roles and quality of life[J]. *Cancer*, 2013, 119(12): 2342-2349.
- [18] MCKEE M M, MCKEE K, WINTERS P, et al. Higher educational attainment but not higher income is protective for cardiovascular risk in deaf American Sign Language (ASL) users[J]. *Disabil Health J*, 2014, 7(1): 49-55.
- [19] 袁一君, 吴燕, 颜美琼. 患者参与手术决策意愿及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2014, 29(10): 23-25.
- [20] FARAHANI M A, SAHRAGARD R, CARROLL J K, et al. Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: a qualitative study of multiple perspectives[J]. *Int J Nurs Pract*, 2011, 17(3): 322-328.
- [21] 史润泽, 弓宸, 康晓凤. 心血管领域患者决策辅助工具临床应用研究的系统评价[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(7): 832-837.
- [22] 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.
- [23] 朱行策, 刘智勇, 董钟昕, 等. 我国慢性病患者决策参与影响因素质性研究的系统评价[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(9): 10-16.
- [24] 陈婷. 结直肠癌患者参与临床治疗决策的研究[D]. 延安: 延安大学, 2021.
- [25] 吴丽, 陈荣凤. COPD 患者参与治疗决策的研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(20): 2786-2790.

(收稿日期: 2023-01-17 修回日期: 2023-05-30)

(编辑: 张芃捷)