

妊娠期女性无痛分娩决策冲突现状及影响因素分析

邵美娜 金丽花*

延边大学护理学院, 吉林延吉, 133002;

摘要: 了解国内外妊娠期女性无痛分娩决策冲突的研究发展趋势, 对无痛分娩决策冲突的概念、妊娠期女性无痛分娩决策冲突现状、决策冲突的测量工具、影响因素及应对策略进行文献分析, 形成综述。

关键词: 无痛分娩; 决策冲突; 影响因素

DOI:10.69979/3029-2808.24.9.018

引言

无痛分娩作为一种有效的镇痛方式, 主要依赖硬膜外腔阻滞技术, 旨在缓解分娩过程中宫缩引起的剧烈疼痛, 提升产妇分娩体验的舒适度和安全性^[1]。然而, 尽管无痛分娩技术逐渐普及, 一旦孕产妇及其家属缺乏无痛分娩的循证信息和对自身价值需求的充分考量, 则导致其在选择无痛分娩时难以权衡利弊, 易产生决策冲突, 进而影响孕产妇的分娩体验^[2]。决策冲突的概念是在1977年由Janis等^[3]提出来的, 指个人对即将要接受或实施的行动持有拒绝倾向。无痛分娩决策冲突即在进行分娩最优决策时, 孕妇对接受或实施无痛分娩持有的拒绝倾向。

1 无痛分娩决策冲突国内外研究现状

决策冲突最开始主要应用于群体决策或行政决策中, 在群体决策中常出现各个决策者意见分歧, 观点冲突, 长期争论不休, 决策难以产生的现象^[4]。2009年, 澳大利亚一学者Raynes-Greenow等^[5]首次在孕妇中使用决策冲突量表, 评估悉尼地区596名孕37周正常女性的分娩镇痛决策冲突水平, 结果显示该地区的孕产妇存在轻度的决策冲突; 2014年澳大利亚^[6]一项研究表明89名孕妇对于使用分娩镇痛决策冲突水平得分为30.04分, 处于中等决策冲突水平; 2021年伊朗^[7]的一项随机对照试验指出, 78名孕妇的决策冲突平均分为30.51~28.41±15.01~11.26分, 处于中度决策冲突水平。2023年^[8]中国杭州地区妊娠晚期323名女性的调查中显示, 我国女性无痛分娩决策冲突达到高水平状态, 远高于其他国家和地区的报告水平。

2 决策冲突的测量工具

2.1 决策冲突量表 (Decision Conflict Scale,

DCS)

1995年, 由加拿大学者O'Connor^[9]编制, 该量表是目前应用最多、最广的决策冲突评价工具。量表主要包括决策支持、不确定性、知情、价值澄清及有效决策5个维度, 共计16个条目。每个条目计分采用Likert 5级评分法, 即从“非常同意”(0分)到“非常不同意”(4分)。得分在0~100分之间, <25分不存在决策冲突、25~37.5分为中度决策冲突水平、37.5~100分为重度水平。常用于诊断病人决策冲突, 评估个人对将要采取的行动的不确定程度。经检验, 重测信度为0.81, 内部一致性范围为0.78~0.92, 表明该量表用于测量决策冲突有良好的信效度, 目前广泛的应用于临床患者中。

2.2 SURE 量表

2010年, 由Legare等^[10]研制, 该量表仅包含4个条目, 即: S-sure of yourself (你是否确信最适合你的选择); U-understand information (你是否知道每个选择的益处和险); R-risk/benefit ration (你清楚对你最重要的效益和风险吗); E-encouragement (你有足够的支持和建议去做出选择吗)? 每个条目回答“是/否”。由于SURE量表条目比较少, 量表每个条目均代表一个测量维度, 分别是感觉不确定、感觉知情、感觉价值观明确、感觉决策支持。该量表可快速识别病人是否存在决策冲突和导致决策冲突的原因, 便于操作和管理^[11]。但目前该量表应用并不多, 可能是因为该量表开发时间较短, 研究者对其信效度仍存在一定的质疑, 该量表的信效度可能对于研究对象的选择、文化环境的差异都受到影响。

2.3 决策期望量表 (The Control Preference Scale, CPS)

1992年,由加拿大学者 Degner 等^[12]编制,用于了解病人期望或实际参与决策的方式,测量患者的治疗决策参与偏好。2010年,由我国学者徐小琳^[13]对该量表进行了汉化及修订,该量表分为信息需求、交流需求、决策需求3个维度,包括12个条目,采用Likert 5级评分法,非常不赞同、不赞同、既不赞同也不反对、赞同、非常赞同五个等级,依次赋予1~5分。对于得分进行百分制转化,将条目的得分减去1再乘以25。每个维度得分是该维度所有条目百分制得分之和再除以每个维度的条目数,患者满意度总分范围为0~100分,分值越高满意度越高。该量表修订后Cronbach's α 为0.87。

3 无痛分娩决策冲突的影响因素

3.1 社会人口学特征

无痛分娩决策冲突与年龄,初产,分娩镇痛的经历,婚姻状况,最高教育水平,孕早期就诊经历,家庭人员月收入,医疗财务负担,产前检查陪同人员等有关;杨艳红等^[14]对于186名单胎头位初产妇无痛分娩意愿调查研究表明年龄越低,无痛分娩意向越高;沈美等^[15]对于平湖地区200例初产妇的调查研究表明初产妇对于无痛分娩的认知度更高,高涵等^[16]研究表明,分娩镇痛经历是女性再次选择分娩镇痛的原因;Ni, Y S 等^[8]通过混合研究方法对于杭州市一家三甲医院妊娠晚期323名孕妇调查研究显示受过高等教育的女性在做出决定时更有能力澄清信息和价值观念,没有伴侣陪同与有伴侣陪同的人相比,妊娠早期访视的女性报告的决策支持和决策有效性低。

3.2 信息的良莠不齐

有研究表明,缺乏产科相关知识及对治疗方案的不确定性是无痛分娩决策冲突的影响因素, Ni, Y S 等^[8]研究表明无痛分娩知识与决策冲突呈负相关;不孕症患者对治疗方案不确定时,也会发生高水平的决策冲突^[17];其次,当信息质量良莠不齐,孕妇缺乏信息鉴别能力也会造成妊娠期女性的决策冲突,傅颖等^[18]采用自制问卷对济南405名孕妇的调查研究显示无痛分娩信息主要获取渠道包括广播电视,报纸,杂志,期刊,医务人员,朋友交流,孕妇学校等,信息质量良莠不齐时,孕妇会面临决策困境;Iqbal 等^[19]采用结构性问卷调查了加拿大60名孕晚期孕妇的研究显示,在给予孕产妇充足信息后,由于难以区分信息的正确性,孕产妇会再次面临

决策困境。

3.3 孕妇的个人特征

理性性格特征的女性更容易做出决策,她们可以根据自己的价值观和偏好权衡无痛分娩的优点、缺点和风险,有助于她们自信的做出决定。依赖性性格特征的女性,倾向于被动地依赖医疗专业人员为她们做出决策,让自己远离决策可能承担的责任;回避型性格的女性她们更喜欢延迟决定^[20]。

3.4 个人的意愿及参与决策

孕产妇对无痛分娩的个人意愿体现在其对该分娩镇痛的感性认知和理性判断^[2]。决策制定中个人意愿是否得到满足与决策冲突水平有关;共享决策(Shared Decision Making, SDM)是一种医务人员与患者共同参与决策的过程,它体现了“以孕产妇为中心”的照护理念,并已逐渐融入孕产保健服务中,在一项随机临床试验中,研究人员发现,经过共享决策咨询的孕妇在决策冲突量表(DCS)上的得分显著低于对照组,表明共享决策咨询可以有效降低决策冲突^[7]。

3.5 情感支持

我国学者李海浪等^[21]采用方便抽样法对西安市内各医院产检的孕妇进行研究表明妊娠期女性的朋友无痛分娩的经历及家人意见会影响对于无痛分娩的决策。孕妇家庭支持系统对无痛分娩的认知度调查及影响因素分析显示,家庭支持系统越高的妊娠期女性对无痛分娩的认知及接受程度越好。现象学研究中提到,孕妇面临羊膜腔穿刺术存在多重决策困境,受多种因素影响,医护人员应加以重视,及时采取针对性措施改善其决策困境^[22]。这同样适用于无痛分娩决策,医护人员提供的信息和支持对降低决策冲突至关重要。孕妇产前筛查与诊断决策冲突现状及影响因素分析中发现,孕妇希望通过共享决策的方式做出相关决定^[23]。这强调了医护人员在提供决策支持时,应尊重孕妇的意愿和参与权,以减少决策冲突。

4 无痛分娩决策冲突的应对策略

4.1 加强孕妇及家属知情同意

医务工作者应详细介绍无痛分娩的概念、可能存在的风险、费用标准以及可能带来的好处,确保产妇和家属了解所有相关信息,以便他们能够做出知情的决策^[24]。

规范知情同意流程,在分娩前,医务工作者应与产妇建立信任关系,为其提供心理上的支持和安慰,帮助缓解紧张和恐惧情绪,同时让产妇感到有亲人陪伴在身边,以此改善医患关系、避免矛盾冲突的发生。尊重产妇意愿,在紧急情况下或者产妇与家属存在分歧时,医院应以产妇意愿为主,适度考虑家属的看法,结合医疗专业知识,作出综合决策^[25]。

4.2 普及无痛分娩知识

加大宣传力度,国家和医疗机构可通过社交媒体向公众科普宣传分娩镇痛,以减少公众对无痛分娩的误解,提高分娩镇痛全程护理水平,普及分娩镇痛及护理在基层全覆盖。提供决策辅助工具,使用决策辅助工具(decision aids, DAs)提供基于循证的决策选项和潜在风险信息,减少决策冲突,这些工具可以是手册、决策记录表、图文资料、音频、视频、网络链接等^[26]。无痛分娩的决策辅助工具明确了服务对象的价值需求,提高了孕产妇和产后妇女对无痛分娩的了解程度,减少其在未来制定硬膜外分娩镇痛时的决策冲突,提高决策质量^[27]。

4.3 完善医保支付政策

目前大多数省份无痛分娩是自费项目,如在应用该技术前,未告知其为自费项目,往往会导致医疗纠纷^[28]。因此,完善医保支付政策,明确无痛分娩的费用标准和报销范围,可以减少因费用问题产生的冲突。加强法律宣传,通过制定明确的法律保障机制,确保产妇能够行使其基本权利,并约束那些阻止产妇行使权利的行为。在法律和行政法规存在矛盾时,应以法律为主导,并遵循生命至上原则。

4.4 提高医疗服务质量

加强医务人员的培训和教育,医护人员应加强医学人文素养和沟通技巧的培训,将共享决策视为长期且持续的动态过程,从产前妊娠阶段开始,贯穿整个分娩期。分娩镇痛需要麻醉师、产科医生等多学科合作。麻醉师需要了解分娩和分娩的整个过程,产科医生需要了解分娩镇痛的要点和操作技巧。高度密集的合作可以保证及时和正确的治疗,以确保无痛分娩的顺利进行^[29]。

5 展望

妊娠期女性无痛分娩决策冲突的影响因素涉及到一般人口学特征、无痛分娩信息的良莠不齐,孕妇的个

人特征,情感支持,孕妇对于是否使用无痛分娩的个人意愿及参与决策的程度等,加强孕妇及家属的知情同意,通过决策辅助工具普及无痛分娩知识,医护团队需根据孕妇的个体化需求,采用人性化且科学的干预策略,引导孕妇正确认知无痛分娩的优势与局限。降低决策冲突水平,未来工作中,需进一步深化健康教育宣教内容,完善医保支付政策,提高医疗服务质量,

以推动无痛分娩的普及,提升孕产妇分娩体验的安全性与舒适性。

参考文献

- [1]徐铭军,贾璐文.认识无痛分娩[J].家庭医学,2019(03):4-5.
- [2]孙丽,吴平,郭荣煌,等.硬膜外分娩镇痛决策冲突和决策辅助工具的研究进展[J].中国妇幼保健,2023,38(03):575-578.
- [3]Janis I L, Mann L. Emergency decision making: a theoretical analysis of responses to disaster warnings[J]. J Human Stress, 1977,3(2):35-45.
- [4]孙书静.论决策冲突形成的原因与对策[J].决策咨询通讯,2004(01):88-90.
- [5]Raynes-Greenow C H, Nassar N, Torvaldsen S, et al. Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2010,10:15.
- [6]Eley V A, Donovan K, Walters E, et al. The effect of antenatal anaesthetic consultation on maternal decision-making, anxiety level and risk perception in obese pregnant women[J]. Int J Obstet Anesth, 2014,23(2):118-124.
- [7]Hadizadeh-Talasaz F, Ghoreyshi F, Mohammadzadeh F, et al. Effect of shared decision making on mode of delivery and decisional conflict and regret in pregnant women with previous cesarean section: a randomized clinical trial [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2021,21(1):144.
- [8]Ni Y S, Sun L, Zhang J, et al. Experiences of decisional conflict related to epidural lab

- our analgesia among women during late pregnancy in a tertiary hospital in China: a mixed methods study[J]. *Midwifery*, 2023,126:103798.
- [9]Bunn H, O'Connor A. Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry[J]. *Can J Nurs Res*, 1996,28(3):13-27.
- [10]Legare F, Kearing S, Clay K, et al. Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test[J]. *Can Fam Physician*, 2010,56(8):e308-e314.
- [11]金迪, 陈锦秀, 余慧英, 等. 病人决策冲突评估工具的研究进展[J]. *循证护理*, 2018,4(05):406-409.
- [12]Degner L. Dr. Lesley Degner: an interview. Interview by Eve Henderson[J]. *AARN News Lett*, 1991,47(5):17-19.
- [13]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]. 中南大学, 2010.
- [14]杨艳红, 马艳, 赵珂. 186例足月单胎头位初产妇无痛分娩意愿现状调查及助产士干预策略探讨[J]. *疾病监测与控制*, 2022,16(02):130-132.
- [15]沈美, 杨晓勤, 吴艳芳. 平湖地区初产妇对无痛分娩认知程度及需求调查[J]. *中国现代医生*, 2023,61(12):107-111.
- [16]高涵, 田雪筠, 杨铮, 等. 分娩镇痛共享决策的研究进展[J]. *护理研究*, 2022,36(07):1198-1202.
- [17]袁蓉敬. 不孕症患者治疗方式决策冲突的研究[D]. 兰州大学, 2022.
- [18]傅颖, 万润杰, 曹光珍, 等. 济南市某三级甲等医院产妇分娩镇痛知识知晓情况及意愿调查[J]. *齐鲁护理杂志*, 2019,25(12):23-25.
- [19]Iqbal A, Sheikh A, Karayannis T. DeNeRD: high-throughput detection of neurons for brain-wide analysis with deep learning[J]. *Sci Rep*, 2019,9(1):13828.
- [20]Shishido E, Arabiki Y, Horiuchi S. Updated Decision Aid Enabling Women to Choose between with or without Epidural Analgesia during Childbirth, and Confirmation of Validity[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2023,20(11).
- [21]李海浪, 何玉萍, 王秀梅, 等. 西安市孕妇分娩镇痛认知及需求调查[J]. *华南预防医学*, 2022,48(06):684-687.
- [22]陈婷玉, 杨燕清. 羊膜腔穿刺术前孕妇决策困境的现象学研究[J]. *护理学杂志*, 2023,38(20):80-83.
- [23]李长娥, 王君芝, 李辛, 等. 孕妇产前筛查与诊断决策冲突现状及影响因素分析[J]. *护士进修杂志*, 2022,37(16):1453-1458.
- [24]邓祥, 伊静, 马文兵. 无痛分娩临床应用中的伦理困境及应对措施[J]. *医学与哲学*, 2023,44(18):20-24.
- [25]杜曼莉, 蒋辉, 孙文. 产妇知情不同意情形下的护理伦理决策[J]. *中国医学伦理学*, 2019,32(09):1198-1201.
- [26]余绍福, 牟玮, 靳英辉, 等. 医患共同决策系列之二: 医患共同决策研究典范——渥太华患者决策辅助工具研究小组[J]. *医学新知*, 2021,31(01):59-67.
- [27]林安丽, 柏晓玲, 杨曾桢, 等. 产妇硬膜外镇痛分娩体验质性研究的系统评价[J]. *天津护理*, 2023,31(03):294-299.
- [28]杨彦帆, 祝佳祺. 为产妇提供舒适化医疗[N]. *人民日报*, 2024-07-08.
- [29]张砭, 赵梦芸, 裴丽坚, 等. 分娩镇痛: 舒适与安全并行, 教学与质控并举[J]. *协和医学杂志*, 2024,15(02):246-250.
- 作者简介: 邵美娜, 1994年8月一, 女, 汉族, 黑龙江省绥化市, 硕士研究生在读, 延边大学护理学院, 妇儿护理。
- 通讯作者: 金丽花, 1982年5月一, 女, 朝鲜族, 吉林省延吉市, 博士, 延边大学护理学院, 讲师, 妇儿护理。