

# 膀胱癌患者尿流改道术式决策冲突现状及影响因素分析

汪红姣,王颖,吴梅利洋,何梅,鲁志卉,秦秋霞

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 泌尿外科,湖北 武汉 430030)

**【摘要】** 目的 调查膀胱癌患者尿流改道术式决策冲突现状并分析其影响因素,为构建决策辅助方案提供依据。方法 2021年7月至2022年4月,采用便利抽样法,选取在某三级甲等医院就诊的120例膀胱癌患者为研究对象,使用一般资料调查表、决策冲突量表、决策自我效能量表对其进行调查。结果 膀胱癌患者决策冲突量表得分为 $(51.51 \pm 16.66)$ 分,92.5%的患者存在决策冲突,其中高水平冲突高达77.5%。决策自我效能量表得分为 $(56.67 \pm 9.13)$ 分,与患者决策冲突水平呈负相关( $r = -0.554, P < 0.001$ )。多元线性回归分析结果显示,年龄、文化程度、家庭月收入、肿瘤分期、决策自我效能是决策冲突的影响因素(均 $P < 0.001$ ),解释总变异的63.5%。结论 膀胱癌患者尿流改道术式决策冲突较高,且受多种因素影响。医务人员应早期识别患者的决策冲突,为患者提供信息支持及心理支持,引导其采取积极的应对方式,提升决策自我效能以减低患者决策冲突,优化决策质量。

**【关键词】** 膀胱癌;根治性膀胱切除术;尿流改道;决策冲突;决策自我效能

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2023.09.015

**【中图分类号】** R473.58 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2023)09-0060-05

## Status Quo of Decision Conflicts Among Bladder Cancer Patients with Urinary Diversion and Its Influencing Factors

WANG Hongjiao, WANG Ying, WU Meiliyang, HE Mei, LU Zhihui, QIN Qiuxia (Department of Urology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, Hubei Province, China)

Corresponding author: WANG Ying, Tel: 027-83662466

**【Abstract】 Objective** To explore the decision conflicts in patients with bladder cancer undergoing urinary diversion and analyze its influencing factors, so as to provide a reference for a decision aid program. **Methods**

From July 2021 to April 2022, 120 patients with bladder cancer in a tertiary A hospital were selected by the convenience sampling method and surveyed using the General Information Questionnaire, the Decision Conflict Scale and the Decision Self-Efficacy Scale. **Results** The decision conflict score of bladder cancer patients was  $(51.51 \pm 16.66)$ . 92.5% of the selected patients had experienced decision conflicts, and the high level conflict accounted for 77.5%. The score of Decision Self-Efficacy Scale was  $(56.67 \pm 9.13)$ , which was negatively correlated with the level of decision conflict ( $r = -0.554, P < 0.001$ ). Multiple linear regression analysis showed that age, education, monthly household income, tumor stage, and decision-making self-efficacy were the influential factors for decision-making conflict (all  $P < 0.001$ ), explaining 63.5% of the total variance. **Conclusions** Decision conflicts for urinary diversion in patients with bladder cancer are high and influenced by multiple factors. Medical staff should identify the conflicts in the early stage, provide patients with information support and psychological support, guide them to adopt positive coping methods, and enhance decision self-efficacy, so as to reduce the decision conflicts and optimize decision quality.

**【Key words】** bladder cancer; radical cystectomy; urinary diversion; decision conflict; decision self-efficacy

[Mil Nurs, 2023, 40(09): 60-64]

膀胱癌是全球第九大常见恶性肿瘤。2022年我国新发膀胱癌病例数约为91 893例,死亡约42 973例<sup>[1]</sup>。根治性膀胱切除术(radical cystectomy,

RC)+盆腔淋巴结清扫术+尿流改道术是治疗肌层浸润性膀胱癌和高危非肌层浸润性膀胱癌的标准治疗方式<sup>[2]</sup>。尿流改道术主要有回肠原位新膀胱术、回肠通道术和输尿管皮肤造口术3种方式。回肠原位新膀胱术更接近正常排尿,但手术时间长、费用高、术后并发症多且易复发;回肠通道术易于重建,

**【收稿日期】** 2022-11-22 **【修回日期】** 2023-08-24

**【作者简介】** 汪红姣,硕士,主管护师,电话:027-83665308

**【通信作者】** 王颖,电话:027-83662466

但术后需终身佩戴造口袋,身体形象受损;输尿管皮肤造口术损伤少、术后恢复快,但术后需佩戴造口袋并定期更换输尿管支架管<sup>[3]</sup>。膀胱癌患者必须权衡每种尿流改道方案的风险利弊,结合自身价值观和偏好,做出最终决策,当患者对改道方案不确定时就会陷入决策冲突,产生负性情绪,引起决策延迟和决策后悔<sup>[4]</sup>。研究<sup>[5]</sup>显示,膀胱癌患者在知晓尿流改道方案后常伴有焦虑、无助等不良情绪,60.7%的 RC 患者对尿流改道方案产生后悔。另有研究<sup>[6]</sup>显示,患者决策自我效能水平较高时,能积极应对决策压力,降低决策冲突水平,提升医疗决策质量。目前,国内关于决策冲突的研究对象多为颅内肿瘤患者家属<sup>[7]</sup>、主动脉夹层患者<sup>[8]</sup>等群体,尚未见关于膀胱癌患者决策冲突的相关报道。本研究旨在了解膀胱癌患者的决策冲突现状,并分析其影响因素,以期为制定个性化决策辅助方案提供参考。

## 1 对象与方法

1.1 调查对象 采用便利抽样法,选取 2021 年 7 月至 2022 年 4 月入住武汉某三级甲等医院泌尿外科拟行 RC 手术患者为研究对象。纳入标准:(1)符合膀胱癌诊断标准<sup>[2]</sup>,拟行根治性膀胱切除术;(2)年龄 $\geq 18$ 岁。排除标准:(1)既往有精神疾病或认知障碍;(2)理解困难、听力或视力障碍;(3)病情危重患者。样本量计算方法:采用粗略样本量估计法,样本量取变量数的 5~10 倍<sup>[9]</sup>,本研究共 15 个变量,考虑 20%的无效问卷,计算得样本量为 90~180,最终选取 120 例膀胱癌患者。所有研究对象均知情同意,自愿参与本研究。本研究经医院伦理委员会批准(TJ-IRB20210753)。

1.2 研究工具 (1)一般资料调查表:研究者在前期刊文献回顾的基础上,结合研究目的自行设计一般资料调查表,包括基本资料(患者年龄、性别、文化程度、婚姻状况、家庭月收入、目前工作状况、居住地)及疾病相关资料(患病时间、并存疾病数量、病理分型、肿瘤分期)。(2)决策冲突量表:该表由加拿大护理学者 O'Connor<sup>[10]</sup>于 1995 年编制,主要用于评估决策者面临不同治疗方式时的决策冲突水平。中文版量表由王露等<sup>[11]</sup>汉化,并将其应用于直肠癌患者,后被应用于评估多种情境下的决策冲突<sup>[7,12-13]</sup>,并在膀胱癌患者中得到应用<sup>[5]</sup>。量表包括 3 个维度,共 16 个条目;不确定感(3 个条目)、影响决策因素(9 个条目)和感知有效决策(4 个条目)。采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”计 0~4 分。最终得分=所有条目得分之和 $\div 16 \times 25$ ,总分范围 0~100 分,得分越高表示决策冲突水

平越高。 $< 25.0$ 分提示不存在决策冲突,25.0~37.5 分表明决策冲突处于中等水平, $\geq 37.5$ 表明决策冲突处于高等水平。研究<sup>[11]</sup>表明,该量表具有较好的信效度,其内容效度指数为 0.989,Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.886,各维度 Cronbach's  $\alpha$  为 0.706~0.911。本研究中 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.946。(2)决策自我效能量表 决策自我效能量表由加拿大护理学者 O'Connor 编制<sup>[14]</sup>,主要用来评估决策者在接受医疗保健过程中做出知情选择的自信程度。中文版量表由王思潼等<sup>[15]</sup>汉化,并将其应用于原发性肝癌患者。该量表为 1 个维度 11 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不自信”到“非常自信”计 0~4 分。最终得分=所有条目得分之和 $\div 11 \times 25$ ,总分范围 0~100 分,分数越高代表患者决策自我效能水平越高。研究<sup>[15]</sup>表明,该量表具有较好的信效度,其内容效度指数为 0.966,Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.918。本研究中 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.807。

1.2.2 资料收集方法 调查小组由 1 名护士长及 2 名临床护士组成,所有人员接受统一培训。对符合纳入标准的患者于手术前 24 h 内进行问卷调查。问卷发放前向患者解释本研究目的及内容,填写所需时间及研究的保密性,获得同意后开始调查。以面对面的形式对患者进行逐条询问,并对患者不能理解的内容以统一语言进行解释说明,问卷当场回收并检查其完整性。本研究共发放问卷 120 份,回收 120 份,有效回收率为 100%。

1.2.3 统计学处理 使用 SPSS 22.0 统计学软件进行整理和分析。本研究计量资料均符合正态分布,采用  $\bar{x} \pm s$  描述,计数资料采用频数表示。采用独立样本  $t$  检验和方差分析进行单因素分析,Pearson 进行相关性分析,多元线性回归进行多因素分析,以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 膀胱癌患者决策冲突现状 RC 患者决策冲突量表得分为(51.51 $\pm$ 16.66)分,其中不确定感维度得分最高,为(2.54 $\pm$ 0.05)分;影响决策因素维度次之,为(2.02 $\pm$ 0.19)分;感知有效决策维度最低,为(1.79 $\pm$ 0.07)分。120 例患者中,9 例(7.5%)不存在决策冲突,111 例(92.5%)存在决策冲突。其中,18 例(15.0%)决策冲突处于中等水平,93 例(77.5%)决策冲突处于高等水平。

2.2 膀胱癌患者决策冲突的单因素分析 RC 患者决策冲突的单因素分析中,年龄、婚姻状况、文化程度、居住地、家庭月收入、并存疾病数量及肿瘤分期差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**表 1 膀胱癌患者的一般资料及决策冲突的单因素分析结果(N=120)**

项 目	例数	决策冲突得分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	F 或 t	P
年龄(岁)			24.178	<0.001
<45	9	39.24±17.79		
45~60	64	45.14±14.47		
>60	47	62.53±12.91 <sup>ab</sup>		
性别			-1.486	0.140
男	106	50.69±16.17		
女	14	57.70±19.55		
婚姻状况			-2.644	0.009
已婚	102	49.86±17.10		
未婚或离异或丧偶	18	60.85±9.89		
文化程度			26.695	<0.001
小学及以下	25	67.25±11.32		
初中	15	56.35±10.05 <sup>a</sup>		
高中或中专	52	51.02±13.65 <sup>a</sup>		
大专及以上	18	35.77±14.35 <sup>abc</sup>		
工作状况			-1.250	0.901
在职	52	51.29±19.19		
无业或退休	68	51.68±14.58		
居住地			-5.275	<0.001
城镇	71	45.49±16.22		
农村	49	60.24±13.15		
家庭月收入(元)			18.480	<0.001
≤2000	27	64.87±12.82		
2000~5000	47	53.56±13.49 <sup>a</sup>		
5000~8000	29	45.37±17.14 <sup>ab</sup>		
≥8000	17	35.11±9.63 <sup>abc</sup>		
并存疾病数量			9.002	<0.001
一种及以下	50	45.00±16.30		
两种	32	52.54±15.66 <sup>a</sup>		
三种及以上	38	59.21±14.72 <sup>a</sup>		
患病时间			1.364	0.260
≤3个月	12	58.07±19.86		
3个月~6个月	27	48.55±17.23		
≥6个月	81	51.52±15.90		
病理类型			-1.728	0.087
尿路上皮癌	110	50.72±16.97		
其他	10	60.16±9.58		
肿瘤分期			6.094	0.001
T1	12	50.13±11.72		
T2	54	48.81±16.36		
T3	38	49.22±16.63		
T4	16	67.09±13.21 <sup>abc</sup>		

a:  $P < 0.05$ , 与第 1 层比较; b:  $P < 0.05$ , 与第 2 层比较; c:  $P < 0.05$ , 与第 3 层比较

2.3 决策冲突与决策自我效能的相关性分析 RC 患者决策自我效能得分为(56.67±9.13)分。决策冲突与决策自我效能呈负相关( $r = -0.554, P < 0.001$ )。

2.4 膀胱癌患者决策冲突的多因素分析 膀胱癌患者术前决策冲突的多因素分析以膀胱癌患者决策冲突得分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的项目为自变量进行多元逐步回归( $\alpha = 0.05$ ,

$\alpha_{出} = 0.10$ )。进入回归模型的变量赋值见表 2。共线性诊断结果显示,各模型方差膨胀因子为 1.008~1.839,提示各变量之间不存在多重共线性。多元线性回归分析结果显示,年龄、学历、家庭月收入(元)、肿瘤分期及决策自我效能 5 个变量进入回归方程,解释总变异的 63.5%,见表 3。

**表 2 自变量赋值情况**

自变量	赋值方式
年龄(岁)	<45=1;45-60=2;>60=3
婚姻状况	已婚=1;未婚或离异或丧偶=2
文化程度	小学及以下=1;初中=2;高中或中专=3;大专及以上=4
居住地	城镇=1;农村=2
家庭月收入	≤2000元=1;2000~5000元=2;5000~8000元=3;≥8000元=4
并存疾病数量	≤1种=1;2种=2;≥3种=3
肿瘤分期	T1=1;T2=2;T3=3;T4=4
决策自我效能(分)	原值输入

**表 3 膀胱癌患者决策冲突影响因素的多元线性回归分析(n=120)**

项 目	偏回归系数	标准误	标准系数	t	P
常量	77.936	9.526	—	8.181	<0.001
年龄	4.792	1.821	0.175	2.6323	0.010
文化程度	-4.356	1.190	-0.275	-3.662	<0.001
家庭月收入	-4.805	1.176	-0.281	-4.085	<0.001
肿瘤分期	5.695	1.090	0.290	5.226	<0.001
决策自我效能	-0.510	0.116	-0.279	-4.386	<0.001

$R = 0.807, R^2 = 0.651, \text{调整后 } R^2 = 0.635, F = 42.439, P < 0.001$

### 3 讨论

3.1 膀胱癌患者决策冲突水平较高 本研究中,膀胱癌患者决策冲突得分(51.51±16.66)分,92.5%的患者存在决策冲突,其中高水平决策冲突高达 77.5%,说明膀胱癌患者尿流改道术式决策冲突整体水平较高,与张舵等<sup>[8]</sup>对主动脉夹层患者的研究相似。3 个维度中,患者不确定感维度得分最高,其原因可能与 RC 手术尿流改道方式的复杂性及其预后的不确定性有关。RC 在所有泌尿外科手术中并发症发生率最高、住院时间最长、再入院率和死亡率最高,且对患者的泌尿系统、生殖系统、身体形象和日常生活都有严重影响<sup>[16]</sup>。患者面对不同治疗方案的获益与风险、治疗成本与疾病获益感以及生命长度与生存质量等存在诸多困惑,决策冲突明显。

#### 3.2 膀胱癌患者的决策冲突的影响因素

3.2.1 年龄 本研究发现,年龄是 RC 患者决策冲突的重要影响因素,年龄越大,决策冲突水平越高。这可能与老年患者和年轻患者对治疗获益、危害及

预后的感知不同有关。年轻患者通常更愿意忍受强化治疗的风险和负担,以维持预期寿命,而老年患者不太愿意牺牲生活质量来换取生存时间<sup>[17]</sup>。另有研究<sup>[18]</sup>指出,老年癌症患者常存在认知功能障碍,决策能力降低,沟通不畅易产生决策冲突。受中国传统思想的影响及担忧告知老年患者癌症诊断会令其失去治疗信心,部分家属会选择向患者隐瞒病情,代替患者行使决定权,患者难以参与到医疗决策中。

**3.2.2 文化程度** 本研究显示,RC患者文化程度越低,决策冲突水平越高。这与田畅等<sup>[13]</sup>、Tang等<sup>[19]</sup>研究结果一致。医学知识专业性较强,且概念、术语复杂,文化程度低的患者理解能力有限,与医务人员存在沟通障碍,且对网络上的疾病信息真伪辨别能力有限,易产生决策冲突,依赖家属或医生代替决策<sup>[20]</sup>。而受过良好教育的癌症患者可以更容易地搜索、理解复杂的手术信息,在确诊时也更愿意参与决策。

**3.2.3 家庭月收入** 本研究结果显示,家庭月收入越高的患者,决策冲突水平越低。与王丽萍等<sup>[7]</sup>、张舵等<sup>[8]</sup>的研究结果相同。膀胱癌是从诊断到死亡的人均治疗费用最高的癌症<sup>[21]</sup>。膀胱癌病情周期长且医疗费用高,患者既要负担昂贵的手术费用、复查费用及造口附属产品的费用,还要考虑到术后并发症带来的一系列经济问题。高收入患者疾病治疗经济负担较轻,在选择治疗方案时压力较小,只需客观考虑疾病情况,因此决策冲突水平也较低。而低收入患者在决策时,既要考虑治疗成本,又要顾及治疗效果,心理压力较大,易产生决策冲突。

**3.2.4 肿瘤分期** 本研究结果显示,肿瘤分期是决策冲突的重要影响因素,与Tang等<sup>[19]</sup>、田畅等<sup>[13]</sup>的研究一致。RC患者肿瘤分期越高,意味着肿瘤进展程度越高,预后越差,患者的负性情绪越高,决策冲突水平越高。本研究中,T1期决策冲突水平高于T2及T3期,其原因可能为,虽然部分T1期患者有RC手术指征,但肿瘤浸润深度尚未触及膀胱肌层,患者在水生活质量及生存时间中难以决策,产生决策冲突。

**3.2.5 决策自我效能** 本研究显示,决策自我效能与决策冲突呈负相关,与国外研究<sup>[22]</sup>相似。膀胱癌患者决策自我效能得分为(56.67±9.13)分,处于中等水平。RC患者决策内容复杂,决策自我效能低的患者在面临决策时不自信,不善于积极寻求帮助,缺乏沟通能力、信息获取能力及自主决策的能力,在各种治疗方法之间犹豫不决,因此,决策冲突水平较高。

### 3.3 对策

**3.3.1 早期识别决策冲突,提供情感支持** 膀胱癌患者面临较高水平的决策冲突,治疗积极性降低。护士在治疗过程中与医生、患者及家属接触最多,可发挥沟通的桥梁作用,促进多方沟通。在治疗过程中,早期识别患者的负性情绪,聆听患者的疑惑,并提供针对性的信息支持及心理疏导,给予情感支持,运用同理心对待患者,增强患者参与治疗决策的信心。同时鼓励膀胱癌患者家属参与到疾病治疗中,共同促进患者以积极的心态对待疾病。

**3.3.2 提供决策信息支持,提升决策自我效能** 本研究显示,膀胱癌患者的决策自我效能、年龄、家庭月收入、知识水平及肿瘤分期均是决策冲突的影响因素。因此,医疗机构可通过开展多种形式的培训来提升医务人员的决策支持能力和沟通能力,重视老年患者及低教育水平人群的决策冲突,准确评估其决策能力,并进一步开发用户友好的决策支持工具或系统,增强患者对自主决策过程的认知和信心,提升其决策自我效能。同时,国家应进一步深化医疗体制改革,切实减轻膀胱癌患者经济负担。

**3.3.3 培养决策教练护士,实施决策辅导** 决策教练是具有决策支持经验的专业人员(护士、社会工作者、心理咨询师等),旨在支持患者参与决策,同时在决策中保持中立。护士通过学习决策支持技能,可以很好地为患者提供决策指导,在健康决策的质量方面产生重要作用。以护士为决策教练为患者实施决策辅导已应用于泌尿外科,取得良好效果。Mohamed等<sup>[23]</sup>的研究表明,以护士为决策教练,为膀胱癌患者提供决策辅导,增加了患者对膀胱癌和尿流改道的知识,增加了决策信心,并改善了患者与医生的沟通。我国个别医院已有专科护士对慢性肾脏病患者进行决策辅导,增加了患者的透析知识,降低了患者的决策冲突水平<sup>[24]</sup>。护士作为与患者接触最多的医务人员,贯穿于患者疾病治疗的整个过程中,是理想的决策教练实施者。因此,可探索由护士担任决策教练,为膀胱癌患者提供决策辅导,使患者具备相关的健康意识、知识和能力,同时给予患者提供情感支持,从而提高患者决策自我效能,进而降低决策冲突。

## 5 小结

RC患者决策冲突处于高等水平,其影响因素包括年龄、文化程度、家庭月收入、肿瘤分期、决策自我效能等。医务人员应重点关注此类人群,早期识别患者的决策冲突,提供针对性的决策支持,提高患者的决策自我效能,降低决策冲突,提高决策质量。本研究的不足之处在于,本研究为横断面研究,仅针对

膀胱癌术前决策冲突进行研究,无法反映患者处于不同疾病阶段时的决策冲突水平。受人力及时间限制,本研究仅纳入一家医院,样本量较小,未来可开展多中心的纵向研究,探索患者在不同疾病阶段的决策冲突水平及影响因素,为制订有效的干预措施提供依据。

#### 【参考文献】

- [1] XIA C, DONG X, LI H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants[J]. Chin Med J (Engl), 2022, 135(5):584-590.
- [2] WITJES J A, BRUINS H M, CATHOMAS R, et al. European Association of urology guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2020 guidelines[J]. Eur Urol, 2021, 79(1):82-104.
- [3] 医政医管局. 膀胱癌诊疗指南(2022年版)[EB/OL]. [2023-06-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202204/a0e67177df1f439898683e1333957c74/files/7224e506d4a24b90a9df0424888ba38a.pdf>.
- [4] CHECK D K, LEO M C, BANEGAS M P, et al. Decision regret related to urinary diversion choice among patients treated with cystectomy[J]. J Urol, 2020, 203(1):159-163.
- [5] HOU Y, CHEN Y, LAI S, et al. Decision regret related to urinary diversion choices after cystectomy among Chinese bladder cancer patients[J]. Cancer Med, 2023, 12(4):4786-4793.
- [6] MILLER S M, HUDSON S V, EGLESTON B L, et al. The relationships among knowledge, self-efficacy, preparedness, decisional conflict, and decisions to participate in a cancer clinical trial[J]. Psychooncology, 2013, 22(3):481-489.
- [7] 王丽萍, 王慧, 侯铭, 等. 222名颅内肿瘤患者家属决策冲突现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2022, 29(20):11-16.
- [8] 张舵, 周雁荣, 刘娟, 等. 主动脉夹层患者术前决策现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2022, 37(5):73-76.
- [9] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4):378-380.
- [10] O'CONNOR A M. Validation of a decisional conflict scale[J]. Med Decis Making, 1995, 15(1):25-30.
- [11] 王露, 陈英, 崔金锐, 等. 中文版决策冲突量表在直肠癌患者术式决策中应用的信效度检验[J]. 护理学杂志, 2019, 34(3):31-35.
- [12] 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.
- [13] 田畅, 宋颖. 晚期癌症患者参与治疗决策冲突的现状及其影响因素分析[J]. 天津护理, 2021, 29(3):288-292.
- [14] 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.
- [15] 王思潼, 叶志霞, 李芸芸, 等. 中文版决策自我效能量表在原发性肝癌患者治疗决策中的信效度检验[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(1):37-40.
- [16] PATEL H D, BALL M W, COHEN J E, et al. Morbidity of urologic surgical procedures: an analysis of rates, risk factors, and outcomes[J]. Urology, 2015, 85(3):552-559.
- [17] DUMONTIER C, LOH K P, SOTO-PEREZ-DE-CELIS E, et al. Decision Making in Older Adults With Cancer[J]. J Clin Oncol, 2021, 39(19):2164-2174.
- [18] LLOYD-WILLIAMS M, MOGAN C, HARRISON D K. Cognitive impairment in older adults with cancer[J]. Curr Opin Support Palliat Care, 2021, 15(1):11-15.
- [19] TANG H, WANG S, DONG S, et al. Surgery decision conflict and its related factors among newly diagnosed early breast cancer patients in China: A cross-sectional study[J]. Nurs Open, 2021, 8(5):2578-2586.
- [20] 李玉, 叶志霞, 刘佩玉, 等. 原发性肝癌诊断知情患者参与手术决策现状及影响因素研究[J]. 护理学报, 2016, 23(18):6-11.
- [21] EHLERS M, BJURLIN M, GORE J, et al. A national cross-sectional survey of financial toxicity among bladder cancer patients[J]. Urol Oncol, 2021, 39(1):71-76.
- [22] CHEN N H, LIN Y P, LIANG S Y, et al. Conflict when making decisions about dialysis modality[J]. J Clin Nurs, 2018, 27(1-2):e138-e146.
- [23] MOHAMED N, LEUNG T M, SHAH Q N, et al. Involving Patients in the Development and Evaluation of an Educational and Training Experiential Intervention (ETEI) to Improve Muscle Invasive Bladder Cancer Treatment Decision-making and Post-operative Self-care: a Mixed Methods Approach[J]. J Cancer Educ, 2020, 35(4):808-818.
- [24] 查丹凤, 杨艳, 杨雄豪, 等. 终末期肾脏病患者透析决策辅助方案的制订及应用研究[J]. 上海护理, 2021, 21(10):23-28.

(本文编辑:沈园园)

## 文稿中统计学符号规范化书写的要求

本刊严格遵守国家标准 GB 3358—93《统计学术语》的有关规定。为此,请作者书写统计学符号时注意以下要求:(1)样本的算术平均数用英文小写  $\bar{x}$ ,不用大写  $X$ ,也不用 Mean 或  $M$ ;(2)标准差用英文小写  $s$ ,不用 SD;(3)标准误用英文小写  $s_{\bar{x}}$ ,不用 SE;(4) $t$  检验用英文小写  $t$ ;(5) $F$  检验用英文大写  $F$ ;(6)卡方检验用希腊文小写  $\chi^2$ ;(7)相关系数用英文小写  $r$ ;(8)自由度用希腊文小写  $\nu$ ;(9)样本数用英文小写  $n$ ;(10)概率用英文大写  $P$ ;(11)以上符号  $\bar{x}$ 、 $s$ 、 $s_{\bar{x}}$ 、 $t$ 、 $F$ 、 $\chi^2$ 、 $r$ 、 $\nu$ 、 $n$ 、 $P$  均为斜体。请作者注意遵照执行。

本刊编辑部