

## 肿瘤科护士无手机恐惧症、自我效能感与临床决策意识间的相关性研究

余兴梅<sup>1</sup>, 王 蕾<sup>1</sup>, 吕春花<sup>2</sup>

<sup>1</sup>西安交通大学第一附属医院 陕西西安

<sup>2</sup>空军军医大学第二附属医院 陕西西安

**【摘要】目的** 调查肿瘤科护士无手机恐惧症、自我效能感及临床决策意识现状,分析三者的内在联系,探讨自我效能感在无手机恐惧症及临床决策意识间的中介效应。**方法** 采用横断面调查方法,运用一般情况调查表、无手机恐惧量表、自我效能感量表及护理临床决策量表对三级甲等医院肿瘤科护士进行问卷调查。**结果** 肿瘤科护士无手机恐惧症总体得分为(74.22±23.588)分,其中“害怕失去联系”维度得分最高(20.15±6.252);自我效能感总体得分为(27.25±6.020)分;临床决策意识总体得分为(120.90±25.872)分,各维度得分为:寻找替代方案(30.21±6.520)分,明确目标和价值观(31.11±7.481)分,寻找信息和客观整合新信息(28.70±5.947)分,评估后果(30.87±7.405)分;相关性分析结果显示:肿瘤科护士无手机恐惧症总分与自我效能感总分、临床决策意识总分均呈负相关( $r=-0.237, -0.431; P<0.01$ ),自我效能感总分与临床决策意识总分呈正相关( $r=0.405, P<0.01$ );路径分析显示:自我效能感在无手机恐惧症与临床决策意识间起部分中介作用。**结论** 无手机恐惧症与护士的临床决策意识呈负相关,提示高水平的无手机恐惧症可能伴随较低的决策意识水平,需进一步研究其因果机制。护士须进行自我调节,减轻无手机恐惧症对决策的干扰,建议医疗机构也可通过数字断食训练与情景模拟决策培训双路径提高护士自我效能感,从而提升护士决策能力,给病人提供优质护理质量。

**【关键词】** 无手机恐惧症;自我效能感;临床决策意识;中介效应

**【收稿日期】** 2026 年 4 月 13 日

**【出刊日期】** 2026 年 5 月 15 日

**【DOI】** 10.12208/ijnr.20260227

### The relationship between Mobile phone phobia, Self-efficacy and Clinical decision-making awareness among oncology nurses correlation research

Xingmei Yu<sup>1</sup>, Lei Wang<sup>1</sup>, Chunhua Lv<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi

<sup>2</sup>The Second Affiliated Hospital of Air Force Medical University, Xi'an, Shaanxi

**【Abstract】Objective** To investigate the current status of mobile phone phobia, self-efficacy and clinical decision-making awareness among oncology nurses, analyze the internal relationship between the three, and explore the mediating effect of self-efficacy between mobile phone phobia and clinical decision-making awareness. **Methods** A cross-sectional survey method was adopted, and a questionnaire survey was conducted on the nurses in the Oncology Department of the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University using the General Situation Questionnaire, Mobile Phone Fear Scale, Self-Efficacy Scale and Nursing Clinical Decision Scale. **Results** The overall score of mobile phone phobia among oncology nurses was (74.22±23.588) points, among which the “fear of losing contact” dimension had the highest score (20.15±6.252); the overall score of self-efficacy was (27.25±6.020) points; The overall score of bed decision-making awareness is (120.90±25.872) points, and the scores of each dimension are: looking for alternatives (30.21±6.520) points, clarifying goals and values (31.11±7.481) points, looking for information and objectively integrating new Information (28.70±5.947) points, assessment consequences (30.87±7.405) points; correlation analysis results show that the total score of oncology nurses' no phobia of mobile phones is negatively correlated with the total self-efficacy score and the total clinical decision-making awareness score ( $r=-0.237, -0.431; P<0.01$ ), the total score of self-efficacy is positively correlated with the total score of clinical decision-making awareness ( $r=0.405, P<0.01$ ); path analysis shows that self-efficacy plays a partial mediating role between no mobile phone phobia and clinical decision-making awareness. **Conclusion**

Nomophobia is negatively correlated with nurses' clinical decision-making awareness, suggesting that a high level of nomophobia may be accompanied by a lower level of decision-making awareness, and further research is needed on its causal mechanism. Nurses need to self-regulate to reduce the interference of nomophobia on decision-making. It is recommended that medical institutions also improve nurses' self-efficacy through a dual approach of digital detox training and scenario-based decision-making training, thereby enhancing nurses' decision-making ability and providing patients with high-quality care.

**【Keywords】** Mobile phone phobia; Self-efficacy; Clinical decision-making awareness; Mediating effect

随着信息化技术的普及,手机已成为临床护士工作中不可或缺的工具之一,其医疗APP对患者病情查询、医嘱查询、症状管理支持及跨团队协作等提供了便捷通道<sup>[1]</sup>。然而,过度依赖则引发的新型心理障碍——无手机恐惧症(Nomophobia)日渐突出<sup>[2]</sup>,即个人在无法使用智能手机时所产生的焦虑和恐惧感<sup>[3]</sup>。严重者可能会导致护理工作中断、信息丢失和护士情感耗竭,影响其临床决策意识。临床决策意识定义为对自身决策过程的审慎认知理解<sup>[4]</sup>。护理临床决策是一个复杂的过程,包括对患者病理状况、病情评估、护理知识的应用和以批判性思维为基础的经验学习,极大地反映了护士的核心能力,从而影响患者护理质量。目前,临床决策意识的影响因素已成为广泛研究的主题。研究发现,护士的自我效能感(指个体对完成特定任务的信心)能显著影响其核心能力,两者的相关系数达到0.662( $p < 0.01$ )<sup>[5]</sup>。然而,在数字技术深度渗透的背景下,手机使用焦虑可能削弱护士的决策信心:当护士因手机信号中断或使用受限产生焦虑时,其临床决策感知能力也会有所下降。查阅文献,国内外对三者交互机制的研究存在空白:自我效能感研究集中于职业认同及职业倦怠等方面,缺乏数字焦虑干扰视角,无手机恐惧症在医疗领域多关注患者群体,忽视医护群体认知损害,本研究创新性整合其理论框架,旨在揭示:无手机恐惧症是否通过自我效能感间接影响临床决策意识?以期临床决策意识研究寻找新的突破点。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

采用便利抽样的方法,选取2024年10月至2025年4月在三级甲等医院工作的肿瘤科护士为研究对象。

纳入标准:①已取得护士执业资格证并能独立开展工作;②在肿瘤科工作 $\geq 1$ 年;③每日工作中使用智能手机处理临床事务;④自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:①参加岗前培训的新护士;②病假、产假护士;③研究期间休假或外出进修;④精神疾病史或服用抗焦虑药物。

参照结构方程模型样本量估算的经验法则,样本量至少为观测变量数的10倍以上<sup>[6,7]</sup>,本研究观测变量数为16个,考虑10%-20%的无效问卷,确定样本量为200-220例。最终发放问卷224份,回收有效问卷210份,回收有效率为94%。

## 1.2 方法

### 1.2.1 调查工具

(1)一般情况调查表包括护士的性别、年龄、工作年限、婚姻状况、学历、有无子女、每天使用手机时间等7项内容。

(2)护理临床决策量表(Clinical Decision-Making in Nursing Scale, CDMNS)由Jenkins<sup>[8]</sup>编制,用于测量护士临床决策意识,本研究采用叶旭春和姜安丽<sup>[9]</sup>研制的中文版量表。该量表包含寻找替代方案、明确目标和价值观、寻找信息和客观整合新信息、评估后果4个维度共40个条目;其中正向计分条目22个,反向计分条目18个,采取Likert5级评分法,“从不、很少、有时、经常、总是”分计为1-5分,反向条目计为5-1分,总分范围40-200分,得分越高表明护士的临床决策能力越高;40-93分为临床决策能力较低,94-146分为临床决策能力中等,147-200分为临床决策能力较高。在本研究中该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.958,各维度的Cronbach's  $\alpha$ 系数分别为:害怕无法获得信息0.902,害怕失去联系0.868,害怕失去便利0.879,害怕失去网络连接0.918。

(3)一般自我效能感量表(General Self-efficacy Scale, GSES)由Schwarzer<sup>[10]</sup>于1981年编制,2001年由王才康等<sup>[11]</sup>将其汉化,用于调查护士的自我效能感现状,其Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.871。该量表为单一维度,共10个条目,均采用Likert4级评分法,按完全不正确-完全正确分别赋值1-4分。总分为10-40分,得分越高,说明受试者的自我效能感越好。在本研究中该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.909。

(4)无手机恐惧量表:采用由任世秀等<sup>[12]</sup>人于2021年翻译并修订为中文版,该量表包含害怕失去联

系、害怕失去网络连接、害怕无法获得信息、害怕失去便利四个维度。采用李克特 7 级评分法（“1=完全不符合”到“7=完全符合”），得分范围为 16-112 分，得分越高无手机恐惧程度越高。在本研究中无手机恐惧量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.927，各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为：害怕无法获得信息 0.877，害怕失去联系 0.918，害怕失去便利 0.883，害怕失去网络连接 0.925。

### 1.3 调查方法

本研究采用问卷调查法，由研究者本人在护士业务学习时发放问卷。问卷发放前，采用统一的指导语向受试对象解释本研究的目的、意义、问卷填写方法及注意事项，并说明此次问卷的匿名性、遵循保密原则，取得其知情同意后发放问卷，由调查对象本人填写。问卷当场发放并当场回收。共发放问卷 224 份，回收有效问卷 210 份，有效回收率为 93.8%。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 分析数据，服从正态分布的计量资料采用均数±标准差描述，偏态分布的计量资料用中位数、四分位数描述，计数资料用频数、构成比描述；采用 Pearson 相关分析检验护士无手机恐惧症、自我效能感与临床决策意识的相关性。采用 AMOS23 建立结构方程模型，分析自我效能感在无手机恐惧症与临床决策意识间的中介作用，用 Bootstrap 检验法验证该模型，检验水准为  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

本组 210 名肿瘤科护士，其中男性 11 名（5.2%），女性 199 名（94.8%）；年龄：≤25 岁 30 名（14.3%），26-30 岁 51 名（24.3%），31-35 岁 59 名（28.1%），36-40 岁 55 名（26.2%），>40 岁 15 名（7.1%）；婚姻状况：未婚 57 名（27.1%），已婚 147 名（70.0%）；离异 6 名（2.9%）；135 名（64.3%）有子女；工作年限：1-2 年 47 名（22.4%），3-5 年 27 名（12.9%），6-10 年 61 名（29%），11-15 年 44 名（21%），>15 年 31 名（14.8%）；学历多为本科及以上，202 名（96.2%）；每天使用手机时间：<3 小时 41 名（19.5%），3-6 小时 113 名（53.8%），>6 小时 56 名（26.7%）。

### 2.2 不同特征肿瘤科护士临床决策意识的单因素分析

单因素分析结果显示：不同年龄、年资、婚姻状况、有无子女等对其临床决策意识总分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；不同性别、每天使用手机时间对

临床决策意识差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ），女性较男性临床决策意识较好，每天手机使用>6 小时组临床决策意识总分最低（ $96.84\pm 32.600$ ），具体结果见表 1。

### 2.3 肿瘤科护士无手机恐惧症、自我效能感、临床决策意识的得分情况

本组肿瘤科护士无手机恐惧症总分为（ $74.22\pm 23.588$ ）分，自我效能感总分为（ $27.25\pm 6.020$ ）分，临床决策意识总分为（ $120.90\pm 25.872$ ）分，具体各维度得分见表 2。

### 2.4 本组肿瘤科护士无手机恐惧症、自我效能感与临床决策意识的相关性分析

Person 相关性分析结果显示，本组肿瘤科护士无手机恐惧症总分与自我效能感总分及临床决策意识总分均呈负相关（ $r=-0.237, -0.431$ ；均  $P<0.01$ ），自我效能感总分与临床决策意识总分呈正相关（ $r=0.405, P<0.01$ ），见表 3。

### 2.5 自我效能感在肿瘤科护士无手机恐惧症及临床决策意识间的中介作用分析

采用 AMOS23 建立结构方程模型，来探究各变量直接的关系，以下为具体的检验过程和结果：以无手机恐惧症为自变量，其害怕无法获得信息、害怕失去联系、害怕失去网络连接、害怕失去便利 4 个维度作为无手机恐惧症的潜变量指标；自我效能感为中介变量；临床决策意识为因变量，其 4 个维度（寻找替代方案或选项、明确目标和价值、寻找信息和客观整合新信息、评估后果）作为潜变量指标，进行模型的构建，见图 1。

运用最大似然法对结构方程模型进行拟合，模型拟合度指标结果均在可接受范围内<sup>[7]</sup>，表明模型拟合度良好，可以接受该模型，见表 4。

根据以上路径分析，结果显示：无手机恐惧症对自我效能感存在显著负向关系（ $\beta=-0.246, p<0.05$ ）；自我效能感对临床决策意识存在显著正向关系（ $\beta=0.328, p<0.05$ ）；无手机恐惧症对临床决策意识存在显著负向关系（ $\beta=-0.366, p<0.05$ ）。

本研究采用自助法（Bootstrapping）来检验中介效应。自助法是一种统计重抽样技术，可以用来估计一个样本统计量的分布。在中介效应分析中，它通过重复抽取样本并计算中介效应来获得估计值的精确度和置信区间。本研究将抽样次数设置为 5000 次，上下 95% 置信区间，结果如下：在以无手机恐惧症为自变量，自我效能感为中介变量，临床决策意识为因变量的路径关系中，第一，无手机恐惧症对临床决策意识间接效应为

$(a \times b) = (-0.246) \times (0.328) = -0.080$  显著 ( $P=0.001$ );  
第二, 无手机恐惧症对临床决策意识直接效应 ( $c$ ) 显著 ( $\beta = -0.366, p=0.001$ ); 第三, 直接效应和间接效应

的作用方向相同 ( $a \times b \times c > 0$ ); 因此, 判断为互补型的部分中介, 即无手机恐惧症对临床决策意识的影响会受到自我效能感部分中介, 见表 5。

表 1 不同特征肿瘤科护士临床决策意识总分比较 ( $n=210, \bar{x} \pm s$ )

变量	项目	n	临床决策意识总分 (分)	统计值	P
性别	女	199	122.07 ± 25.044	t=2.847	0.005
	男	11	99.64 ± 32.346		
年龄	≤25 岁	30	126.40 ± 19.009	1.488	0.184
	26-30 岁	51	119.63 ± 26.122		
	31-35 岁	59	117.95 ± 25.397		
	36-40 岁	55	120.33 ± 28.267		
	41-45 岁	4	105.25 ± 35.274		
	46-50 岁	7	129.43 ± 29.045		
	>50 岁	4	147.75 ± 4.113		
年资	1-2 年	47	119.81 ± 25.274	F=0.231	0.921
	3-5 年	27	120.37 ± 25.658		
	6-10 年	61	119.57 ± 24.169		
	11-15 年	44	121.64 ± 29.630		
	>15 年	31	124.61 ± 25.800		
婚姻状况	未婚	57	120.12 ± 23.866	F=0.669	0.513
	已婚	147	121.66 ± 26.179		
	离异	6	109.50 ± 37.527		
有无子女	有	135	121.21 ± 27.214	t=0.234	0.815
	无	75	120.33 ± 23.427		
学历	大专及以下	8	107.63 ± 9.704	F=1.728	0.180
	本科	185	120.81 ± 1.922		
	硕士及以上	17	128.12 ± 4.918		
每天使用手机时间	<3 小时	41	128.34 ± 4.507	F=6.061	0.003
	3-6 小时	113	122.88 ± 1.872		
	>6 小时	56	114.43 ± 4.207		

表 2 本组肿瘤科护士无手机恐惧症、自我效能感、临床决策意识得分情况 ( $n=210, \bar{x} \pm s$ , 分)

变量	条目数	得分范围	得分 (均值 ± 标准差)	条目均分
无手机恐惧症总分	16	16-112	74.22 ± 23.588	4.64 ± 1.47
害怕无法获得信息	4	4-28	18.07 ± 6.237	4.52 ± 1.56
害怕失去联系	4	4-28	20.15 ± 6.252	5.04 ± 1.56
害怕失去便利	4	4-28	18.24 ± 6.734	4.56 ± 1.68
害怕失去网络连接	4	4-28	17.76 ± 6.791	4.44 ± 1.70
自我效能感总分	10	10-40	27.25 ± 6.020	2.72 ± 0.60
临床决策意识总分	40	46-171	120.90 ± 25.872	3.02 ± 0.65
寻找替代方案	10	12-44	30.21 ± 6.520	3.02 ± 0.65
明确目标和价值观	10	26-45	31.11 ± 7.481	3.11 ± 0.75
寻找信息和客观整合新信息	10	11-42	28.70 ± 5.947	2.87 ± 0.59
评估后果	10	11-48	30.87 ± 7.405	3.09 ± 0.74

表 3 本组无手机恐惧症、自我效能感与临床决策意识 Pearson 相关性分析 (n=210)

变量	无手机恐惧症	临床决策意识	寻找替代方案 和选项	明确目标和 价值观	寻找信息和客观 整合新信息	评估后果	自我效能感
无手机恐惧症	1						
临床决策意识	-0.431**	1					
寻找替代方案和选项	-0.433**	0.941**	1				
明确目标和价值观	-0.417**	0.957**	0.874**	1			
寻找信息和客观整合新信息	-0.418**	0.914**	0.811**	0.821**	1		
评估后果	-0.368**	0.964**	0.874**	0.906**	0.848**	1	
自我效能感	-0.237**	0.405**	0.404**	0.415**	0.310**	0.392**	1

注: \*P<0.05, \*\*P<0.01

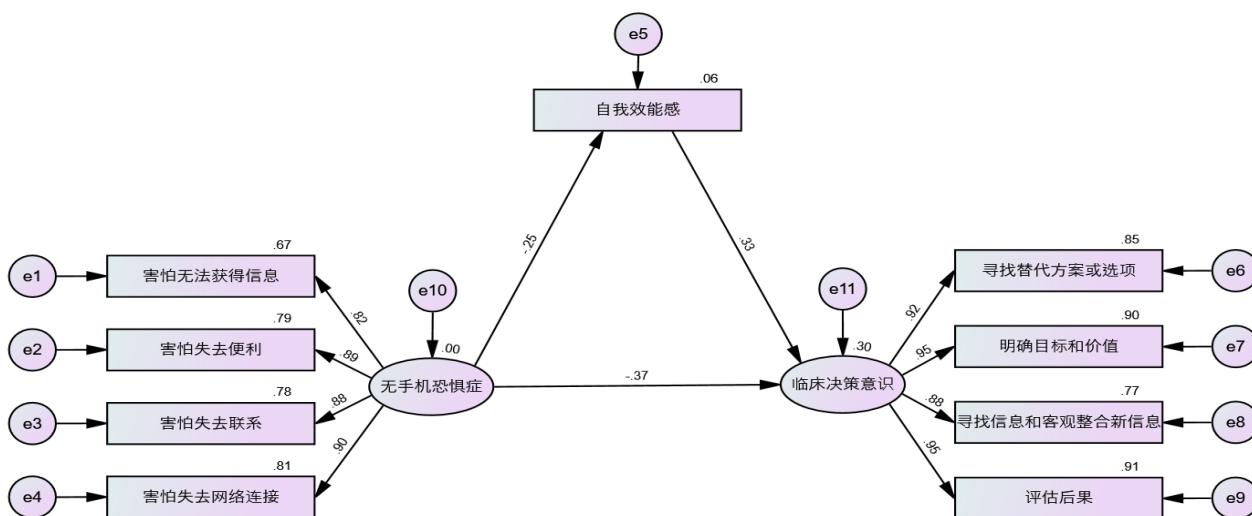


图 1 自我效能感在无手机恐惧症与临床决策意识间的中介模型 (标准化)

表 4 模型拟合度

指标类别	指标名称	适配标准	检验结果	是否可接受
绝对适配度参数	GFI	>0.9	0.949	接受
	AGFI	>0.9	0.908	接受
	RMSEA	<0.06	0.075	尚可接受
增值适配度参数	NFI	>0.9	0.97	接受
	IFI	>0.9	0.983	接受
	CFI	>0.9	0.983	接受
	RFI	>0.9	0.956	接受
简约适配度参数	CMIN/df	<3	2.161	接受
	PGFI	>0.5	0.527	接受

表 5 中介效应模型的作用效应 (标准化)

中介路径	效应值	效应量	95% 下值信区间	95% 上值信区间	P
	间接效应	-0.080	-0.152	-0.027	0.001
无手机恐惧症→自我效能感→临床决策意识	直接效应	-0.366	-0.506	-0.223	0.001
	总效应	-0.446	-0.606	-0.297	0.001

### 3 讨论

3.1 本组肿瘤科护士的无手机恐惧处于中等偏上水平, 临床决策意识处于中等水平

本研究发现肿瘤科护士无手机恐惧症总得分为 (74.22±23.588) 分, 处于中等偏上水平, 这一结果显著高于 YANG 等<sup>[13]</sup>调查临床普通护士的研究结果得分 (54.01±24.09), 及 FRASSINI 等<sup>[14]</sup>、HOS 等<sup>[15]</sup>、KAPIKIRAN 等<sup>[16]</sup>的结果, 表明中国护士无恐惧症水平高于国外护士, 这一趋势可能归因于我国护理专业的发展历程, 尚处于初步的专业框架以及以批判性思维为中心的结构化教育和培训的不足<sup>[17]</sup>。在肿瘤科护士无手机恐惧症的四个维度中, 其中“害怕失去联系”维度得分 (20.15±6.252) 最高, 这一结果与 YANG 等<sup>[13]</sup>及 YILAIZ DURAK 等<sup>[18]</sup>人的研究结果一致, 这一发现强调了护士进行沟通与保持联系的重要性, 如果不能满足这一需求, 可能会引发护士情绪压力, 产生疲劳和焦虑, 上升为无手机恐惧症<sup>[19]</sup>。这可能与肿瘤护理的特性高度相关 (如及时响应特性), 护士需要随时处理突发状况, 例如: 一、化疗方案复杂性: 需即时查询药物相互作用 (如铂类与肾毒性药物配伍禁忌); 二、症状突发性: 疼痛爆发、化疗药物过敏反应、恶心呕吐等需快速调取止吐阶梯治疗方案等; 三、心理支持需求: 随时解答患者情绪危机问题。当护士形成“手机=专业能力延伸”的认知联结后, 设备不可及时读取被解读为专业能力剥夺, 引发护士对通讯中断的焦虑阈值增高, 这与 ESSEL 等<sup>[20]</sup>强调的“职业性 Nomophobia”特征一致: 医疗工作者因工作性质对通讯中断的恐惧强度是普通人群的 1.8 倍。

本研究中肿瘤科护士自我效能感处于中等偏上水平 (27.25±6.020) 分, 这一发现既反映了肿瘤护理专业能力建设的成效, 也暴露出高压环境下心理动能的潜在不足。本次结果与董勇等<sup>[21]</sup>研究结果一致, 与姑息护理等高情感耗竭科室相比, 得分较高, 印证了肿瘤科护士危机应对韧性, 尤其在症状突发处理 (如化疗过敏)、医患冲突化解等高压场景中, 护士的自信心是专业能力的韧性基座。但低于石婷婷等<sup>[22]</sup>对山东省护士及余兴梅等<sup>[23]</sup>对辽宁省护士的调查结果, 距离高可靠

护理要求仍有差距。在今后工作中, 应重视肿瘤专科培训对效能感的提升作用, 需通过认知重评打破“能力-怀疑”悖论, 以韧性重塑团队动能, 最终实现从被动应对到主动掌控的效能跃迁, 未来应探索生物-心理-组织整合干预, 将效能感转化为肿瘤护理高质量发展的核心驱动力。

本研究肿瘤科护士临床决策意识总分 (120.90±25.872) 达中等水平, 呈现“高意愿-低能力”的矛盾结构, 这一结果与 UGUZ 等<sup>[24]</sup>进行的研究结果一致, 但略低于 YANG 等<sup>[13]</sup>调查临床护士的临床决策能力得分 (144.94±20.08), 可能与肿瘤科室的特殊性有关。其中“寻找信息和客观整合新信息”维度得分最低 (28.70±5.947), 这一发现与 CHEN 等<sup>[25]</sup>、QIAO 等<sup>[26]</sup>的研究结果一致, 反应了肿瘤科护士信息处理的深层困境, 暴露了数字化时代肿瘤护理决策的认知短板。信息整合薄弱的症结可能在于信息超载与信息碎片化, 肿瘤科护士日均处理信息量可达 100 条 (医嘱更新、检验结果、文献等), 其中 50% 为低价值重复信息, 导致无法及时将信息进行有效整合。然而, 肿瘤科护士必须经常在动态且日益复杂的临床环境中做出明智的决策, 当患者病情发生变化时, 需要立即做出决策, 这意味着他们必须精通解析、辨别和整合信息, 在一个多学科团队的框架内正确地行使判断和执行决定, 在紧急情况下, 这些决策的及时性变得更加重要, 护士临床决策能力对病人护理质量有重要影响。因此, 建议医院可开展相关培训, 通过个体认知训练、智能工具辅助及组织流程再造的三维干预, 通过信息整合训练和决策模拟, 帮助护士将碎片化信息转化为系统化的决策知识, 提升临床决策能力。

3.2 肿瘤科护士无手机恐惧症对临床决策意识有直接负向预测作用, 自我效能感对临床决策意识有正向预测作用

Person 相关性分析结果显示, 本研究首次通过量化证据揭示肿瘤科护士无手机恐惧症 (Nomophobia) 与临床决策意识存在中等强度负向关联 ( $r=-0.431$ ;  $P<0.01$ ), 且无手机恐惧症 4 个维度与临床决策意识 4 个维度均呈显著负相关。揭示了无手机恐惧症严重程

度的升级对护士的临床决策意识产生了负面影响, 当护士因手机焦虑导致注意力碎片化时, 其决策过程会延迟甚至中断, 这一趋势与 KAPIKIRAN 等<sup>[16]</sup>人的研究结果一致。分析揭示了肿瘤科护士在复杂情境下的决策犹豫, 本质是数字化护理的认知陷阱—技术便利性正悄然侵蚀专业决策内核, 特别是在姑息治疗转型期, 面对何时启动临终方案等伦理冲突: 例如家属要求隐瞒病情而患者寻求真相时, 高手机依赖组(>6h/日)决策意识更低, 因其习惯“即时检索答案”, 削弱了直觉判断力与方案内生建构能力。研究推测, 高无手机恐惧症护士观看通讯中断提示时, 导致注意力降低, 执行功能衰减, 决策质量下降。其中“害怕失去联系”是核心焦虑源, 建议通过双通道干预重建决策自信, 认知通道: 训练症状模式识别能力(如恶液质患者生存期预估), 情态通道: 正念冥想提升焦虑耐受力。具体而言, 可通过智能过滤重建信息秩序、认知训练增强神经韧性、组织变革提供决策容错空间, 方能将护士从“永远在线”的焦虑中解放, 重塑肿瘤科护士的精准决策力。

本研究发现肿瘤科护士自我效能感与临床决策意识存在中等强度正向关联( $r=0.405$ ,  $P<0.01$ ), 这一证据为理解肿瘤护理决策的心理动力机制提供了关键支点, 高无手机恐惧症护士可能因手机依赖导致注意力分散, 在临床决策时难以集中精力整合信息, 从而影响决策质量。而自我效能可能增强自我信心, 从而影响大脑注意力, 使得决策质量提升。揭示自我效能感是临床决策的心理基座, 是肿瘤护理质量的心理密码, 挑战了“决策即认知技能”的传统范式, 建议护理管理者可进一步通过认知重构释放个体潜能、团队协作转化经验资本, 构建“增加自我效能感, 提升护士决策能力”的回路, 推动肿瘤护理从技术执行向决策领导范式转型。

### 3.3 自我效能感在无手机恐惧症及临床决策意识间起部分中介作用

本研究验证了自我效能感在无手机恐惧症与临床决策意识间的部分中介作用(间接效应 $\beta=-0.080$ , 直接效应 $\beta=-0.366$ ), 这一结论也揭示: 肿瘤科护士无手机恐惧症通过降低自我效能感间接降低临床决策意识水平。其运作机制表现为: 缓冲器功能: 高自我效能者将手机断联重构为“专注力提升机会”, 采用替代策略(如调用既往知识)维持决策质量; 放大器功能: 高自我效能感促进经验整合, 如护士将手机焦虑转化为教学案例(“断网情境模拟训练”), 建议管理者将效能感培养纳入肿瘤专科培训体系; 建立抗焦虑决策沙盘: 模拟

断网环境下处理化疗反应的完整流程, 增强护士心理抗逆力。

本研究建议护理管理者可给护士配置专用医疗平板, 推送决策支持系统: 开发离线决策树工具(如 IF 血氧<90% THEN 启动呼吸支持流程), 建立高年资护士督导制, 强化低效能群体支持韧性培训课程: 例如数字断食疗法的阶梯式训练(从每日断网半小时到 2 小时); 压力接种训练: 在焦虑状态下完成症状评估, 最终, 可通过技术过滤、认知训练及组织支持构建抗干扰决策环境, 以保障肿瘤护理在数字化时代的精准性与安全性。

### 4 本研究的局限性

本研究为横断面研究, 采用自评方式进行, 调查结果具有主观性, 可能会出现偏倚。此外, 只调查了一家医院肿瘤科护士, 样本代表性受限, 后期可以选择较为客观的指标(如生理指标的测量)等, 增加质性研究(如访谈), 进行多中心、大样本研究, 深入探索。其次, 护士临床决策意识还可能受到其它诸多因素, 未来研究可探讨: 生物标志物关联: 唾液皮质醇水平是否介导手机焦虑与决策失误? 混合现实技术应用: AR 眼镜能否替代手机实现“无焦虑信息支持”? 探索培养我国护士临床决策意识的策略, 以改善提升我国护士的临床决策能力。

### 参考文献

- [1] MCBRIDE D, LEVASSEUR S, et al. Non-work-related use of personal mobile phones by hospital registered nurses[J]. JMIR Mhealth Uhealth, 2015a, c3.
- [2] KING A L, VALENCA A M, SILVA C O, et al. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? [J]. Computers Hum Behav, 2013, 29: 140–144.
- [3] KING A L, Valenca A M, NARDI A E. Nomophobia: The mobile phone in panic disorder with agoraphobia reducing phobias or worsening of dependence? [J]. Cogn Behav Neurol, 2010, 23: 52–54.
- [4] DOGAN D A, SERPICI A. Nursing students' fear of negative evaluation and perceptions of clinical decision-making [J]. J Nurs Educ, 2023, 62: 325–331.
- [5] 玄银河, 韩吉淑, 申香丹, 等. 临床护士核心能力与自我效能感及自主学习能力的关系研究 [J]. 护理学杂志, 2024, 39(2): 72–74, 100.
- [6] 陈彬. 医学多因素分析设计样本例数估算——多因素

- 分 6 析设计样本例数综合估算法[J].上海医学(电子版), 2012, 1(4):58-60.
- [7] 吴明隆.结构方程模型:AMOS 的操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2010:52-53.
- [8] JENKINS H M.A. research tool for measuring perceptions of clinical decision making[J]. J Prof Nurs,1985,1:221-229.
- [9] 叶旭春,姜安丽. 护理专业本科生临床决策能力测量工具的研制[J]. 解放军护理杂志,2005,22(4):12-13.
- [10] SCHWARZER R, BASSLE JPK.The Assessment of Optimistic Self Beliefs: Comparison of the German, Spanish,And Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale[J].J Appli Psychol,1997,46(1):69-88.
- [11] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学, 2001,7(1):37-40.
- [12] 任世秀,古丽给娜,刘拓.中文版无手机恐惧量表的修订[J]. 心理学探新,2020,40(3):247-253.
- [13] YANG Z, ZHU B, KE J,et al. The effect of nomophobic behaviors among nurses on their clinical decision-making perceptions[J]. Nurse Educ Pract,2024,77:103-108.
- [14] FRASSINI S, GIOVANNINI D, BIONDI A,et al.[nomophobia and the connection anxiety dimensions: A crosssectional study among students and nurses[J]. Recent Prog Med,2021,112:587-593.
- [15] HOS H, COS F, ÇALISF, et al.Relationship between nomophobia, fear of missing out and perceived work overload in nurses in turkey[J]. Perspect Psychiatr Care, 2021,57:1026-1033.
- [16] KAPIKIRAN G, KARAKAS N, KARTAL M. The effects of the nomophobic behaviors of emergency room nurses on their clinical decision-making perceptions: A crosssectional study[J]. Computers Hum Behav,2023,138.
- [17] CHEN L X, HUANG L L, QIAN X F.The current status and its influencing factors of clinical decision-making consciousness in psychiatric nurses[J]. J Nurs Adm, 2021, 21:59-62.
- [18] YILAIZ DURAK H.Investigation of nomophobia and smartphone addiction predictors among adolescents in turkey: Demographic variables and academic performance[J]. Soc Sci J,2019,56:492-517.
- [19] AGUILERA M, MARGUEZ H,ALCARAZ T,et al.The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum[J]. PLoS One ,2018,13.
- [20] ESSEL H B, VLACHOPOULOS D,TACHIE A,et al.Nomophobia among preservice teachers: A descriptive correlational study at ghanaian colleges of education[J]. Educ Inf Technol,2022,27:9541-9561.
- [21] 董勇,蔡帅中,李瑞娥,等. 肿瘤科护士一般自我效能感及人文关怀能力在共情能力和医学叙事能力中的链式中介作用[J]. 中华现代护理杂志,2025,31(8):1072-1077.
- [22] 石婷婷,韩悦,张竞,等.肿瘤科护士医学叙事能力现状及其影响因素分析[J]. 护理管理杂志,2021,21(9):650- 654.
- [23] 余兴梅,朱媛媛,姜桂春. 自我效能感在肿瘤医院护士逆境商与职业倦怠间的中介效应[J].护理学报,2021,28(20): 55-59.
- [24] UGUZ G, BACKSIZ F E.Relationships between personality traits and nomophobia: Research on nurses working in public hospitals[J]. Perspect PsychiatrCare, 2022,58:673-681.
- [25] CHEN Y ,CHEN S,XU X,et al.Analysis of the status quo of nursing clinical decision-making awareness of junior nurses and countermeasures in emergency repair[J]. Chinese Evidence-Based Nursing, 2022,6:1382-1387.
- [26] QIAO X, ZHUANG Y, SUI W,et al.Present status of clinical decision-making ability for icu nurses and analysis on influencing factors[J]. J Nurs Rehabil,2022,21:5-10.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS