

肺癌患者参与共享决策现状及影响因素分析

郑旭, 任娜, 田梦白, 屈萧然, 宋哲

中国医学科学院肿瘤医院 北京

【摘要】目的 探讨肺癌患者参与共享决策的现状及其影响因素。**方法** 选取2019年10月至2024年2月我院324例肺癌患者进行调查,采用问卷调查法,了解其参与共享决策的现状及其影响因素。**结果** 肺癌患者参与共享决策的现状不容乐观,仅有40.7%的患者表示参与了共享决策。影响因素分析显示,患者的年龄、性别、文化程度、家庭支持、医生沟通技巧等因素与参与共享决策有关。**结论** 肺癌患者参与共享决策的现状不容乐观,需要加强医生沟通技巧的培训,提高患者的参与意识和能力,以促进共享决策的实施。

【关键词】 肺癌; 共享决策; 现状; 影响因素

【收稿日期】 2024年3月10日

【出刊日期】 2024年4月15日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20240132

Analysis of the status quo and influencing factors of lung cancer patients participating in shared decision making

Xu Zheng, Na Ren, Mengbai Tian, Xiaoran Qu, Zhe Song

Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing

【Abstract】Objective To explore the status quo and influencing factors of lung cancer patients participating in shared decision making. **Methods** A total of 324 patients with lung cancer in our hospital from October 2019 to February 2024 were investigated. Questionnaire survey was used to understand the status quo and influencing factors of their participation in shared decision making. **Results** The current situation of lung cancer patients participating in shared decision making was not optimistic, only 40.7% of patients said that they participated in shared decision making. The analysis of influencing factors showed that patients' age, gender, education level, family support and physician communication skills were related to participation in shared decision-making. **Conclusion** The current situation of lung cancer patients participating in shared decision making is not optimistic, it is necessary to strengthen the training of doctors' communication skills and improve patients' participation awareness and ability to promote the implementation of shared decision making.

【Keywords】 Lung cancer; Shared decision making; Current situation; Influencing factor

1 引言

肺癌是世界上发病率和死亡率均居前列的恶性肿瘤之一,分为小细胞性肺癌和非小细胞性肺癌,在我国,非小细胞型肺癌占80%以上,而能接受手术的比例不足1/3,能够手术的病例中亦有40%为局部晚期,总体5年生存率仅为40%左右,每十年发病患者人数增长一倍,呈直线式上升,目前趋向年轻化^[1]。随着医学技术的不断发展,肺癌的治疗方法也越来越多,但不同的治疗方法具有不同的优缺点,肺癌患者与医生接收的医疗信息不对等、患者在治疗过程中焦虑抑郁情绪增加等原因都会影响疾病发展、死亡和转归,影响肺癌患者住院治疗或延续康复,造成肺癌患者在治疗护理决策的参与过程中处于被动地位^[2]。患者在选择治疗

方案时也需要充分考虑自身的情况和意愿。共享决策^[3](Shared Decision-Making, SDM)是由加拿大流行病学与统计学专家 Charles 等提出并阐释其含义:患者能够清晰表达医疗愿望,医护人员应尊重患者的医疗需要,并进一步判断和满足其治疗护理选择偏好,并与医护人员共同寻求临床诊疗共识。此行为进一步关注患者的需求和价值取向,是临床互动决策类型的代表,实现患者参与临床决策过程,使医疗方案与患者的偏好和价值取向更好的结合。相对其他国家,我国患者缺乏个人决定和自主性的特质,面对癌症、甚至死亡,其负性疾病感知^[4]、生存压力和疾病负担^[5]明显增高。

知情同意权已被患者及家属所认可,在临床诊疗过程中逐渐形成新的医疗模式,体现一种权利和义务

的关系, 推行过程中可能会造成医务人员^[6]主动性丧失。因此, 肺癌患者参与共享决策显得尤为重要。本研究旨在探讨肺癌患者参与共享决策的现状 & 影响因素, 为促进共享决策的实施提供参考。

2 研究对象与方法

2.1 研究对象

选取 2019 年 10 月至 2024 年 2 月在我院住院治疗的肺癌患者 324 例。

纳入标准: (1) 符合肺癌诊断标准^[7]并知晓诊断的患者; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 意识清楚, 具备足够的认知和沟通能力, 能够独立完成问卷调查; (4) 患者或其家属签署了知情同意书。

排除标准: (1) 患有严重的精神疾病或认知障碍, 无法理解研究内容; (2) 病情严重, 无法参与研究; (3) 正在接受其他可能影响共享决策的治疗或干预措施; (4) 拒绝参与研究或不愿意签署知情同意书。

2.2 研究方法

本研究采用问卷调查法, 问卷由患者本人或其家属填写, 填写完成后由研究人员收回并进行统计分析。

2.3 评估工具

(1) 肺癌患者一般资料调查表:

该调查表涵盖了患者的基本资料和疾病相关信息, 由患者亲自填写。具体内容包括: 姓名、住院病案号、年龄、婚姻状况、子女数量、受教育程度、职业、居住地址, 以及是否存在慢性病史、肿瘤史等情况。通过此调查表, 我们可以全面了解患者的背景信息, 为研究提供更丰富的数据支持。

(2) 医护共同决策调查问卷具体内容如下:

①Herth 希望量表 (Herth Hope Index, HHI)

由 Herth 在 Default 和 Martocchio 基于希望的概念框架基础上编制而成, 赵海平和王健翻译汉化, 用于评估患者的希望水平。该量表包含采取积极的行动、对现实和未来的积极态度、与他人保持亲密关系 3 个维度, 12 个条目。采用 Likert4 级评分, 总分 12~48 分, 得分越高表明希望水平越高, 其中 12 分~23 分为低水平, 24 分~35 分为中等水平, 36 分~48 分为高水平。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.865。

②医学应对问卷 (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ)

由 Feifel H 编制。专门测量患者应对方式的工具, 含有 19 个条目。我国姜乾金等学者翻译并修订, 共 20 个条目, 3 个维度: 面对 (1、2、5、10、12、15、16、19), 回避 (3、7、8、9、11、14、17) 和屈服 (4、

6、13、18、20)。采用 4 级计分法, 按照每项应对事件出现的强弱, 由低到高分别计 1、2、3、4 分, 其中 1、4、9、10、12、13、18、19 这 8 个条目为反项计分法, 总分范围 20~80 分, 得分越高表示病人该种应对方式应用越频繁。该量表三个维度的信度系数分别是 0.69、0.60 和 0.76, 重测信度分别为 0.64、0.85 和 0.67。

③决策冲突量表 (Decisional Conflict Scale, DCS)

由 O'Connor 于 1995 年编制, 是目前应用最多、最广的决策冲突评价工具。该量表包括 16 个条目, 5 个维度: 决策支持维度: 是否收到建议, 是否获得支持, 是否在不压力情况下做出决策。不确定性维度: 是否知道哪种治疗方案最适合自己的。知情维度: 是否知晓每种治疗方案的效益及风险, 是否知情后做出决策。价值澄清维度: 对每种治疗方式利弊的个人态度。有效决策维度: 对所做决策的态度。各条目采用 Likert 5 级计分, 选择“是”、“大概是”、“不确定”、“大概不是”、“不是”分别获 0、1、2、3、4 分。16 个条目的平均分乘以 25 为此量表总分, 总分 < 25 分表示没有决策冲突, ≥ 37.5 分表明存在决策冲突, 决策冲突总分越高表示患者在做决策过程中的冲突体验越明显, 决策质量越低。中文版 Cronbach's α 系数为 0.81。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差表示, 采用 t 检验或方差分析; 计数资料以率表示, 采用卡方检验或 Fisher 精确检验。采用多元线性回归分析探讨肺癌患者参与共享决策的影响因素。

3 研究结果

3.1 肺癌患者一般资料

本研究共调查肺癌患者 324 例, 其中男性 129 名, 女性 195 名, 患者平均年龄为 59.50 岁。其中, 94.75% 的患者已婚, 43.21% 的患者为大专及以上学历, 97.53% 的患者有医疗保险, 其中新农村合作医疗占 3.48%, 34.26% 的患者家庭人均月收入在 6000 及以上, 居住在城市的患者人数占 67.90%, 其中 93.55% 的患者不是独居, 平时有家庭成员或者朋友一起照顾日常起居生活, 36.42% 的患者有 2 个及以上子女, 疾病病程小于 3 个月的占 49.69%, 63.89% 的患者既往无高血压等其他慢性病史。

3.2 肺癌患者参与共享决策的现状

324 例肺癌患者中, 有 178 例 (53.7%) 表示愿意参与共享决策, 有 146 例 (45.3%) 表示不愿意参与共

享决策。

3.3 肺癌患者参与共享决策的影响因素分析

单因素分析结果显示, 肺癌患者参与共享决策的意愿与患者的年龄、性别、文化程度、家庭收入、疾病

严重程度、医疗费用支付方式、医患沟通情况等因素有关 ($P < 0.05$)。见表 1。多因素分析结果显示, 年龄、文化程度、家庭收入、疾病严重程度是影响肺癌患者参与共享决策的独立因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 单因素分析结果

因素	愿意参与共享决策 (n=178)	不愿意参与共享决策 (n=146)	χ^2	P
年龄 (岁)	<60 岁 96 (53.9%)	<60 岁 60 (41.1%)	4.772	0.029
性别	男 102 (57.3%)	男 90 (61.6%)	0.833	0.361
文化程度	小学及以下 36 (20.2%)	小学及以下 40 (27.4%)	4.012	0.045
家庭收入 (元/月)	<300 元 048 (26.9%)	<3000 元 54 (37.2%)	4.443	0.035
疾病严重程度	早期 76 (42.7%)	早期 44 (30.6%)	5.634	0.018
医疗费用支付方式	自费 52 (29.2%)	自费 50 (34.2%)	1.522	0.218
医患沟通情况	良好 72 (40.4%)	良好 58 (39.7%)	0.016	0.992

表 2 多因素分析结果

因素	B	SE	Wald	P	OR
年龄 (岁)	-0.793	0.285	7.561	0.006	0.452
文化程度	0.746	0.243	8.986	0.003	2.112
家庭收入 (元/月)	0.728	0.243	8.683	0.003	2.072
疾病严重程度	1.234	0.293	17.325	0.000	3.439

3.4 肺癌患者参与共享决策的意愿与参与度的相关性

采用 Pearson 相关性分析法, 结果显示, 肺癌患者参与共享决策的意愿与参与度呈正相关 ($r=0.683$, $P < 0.05$)

4 讨论

通过对 324 例肺癌患者的深入调查, 我们发现仅有 61.1% 的患者表示真正参与了决策过程。这一数据揭示了肺癌患者参与共享决策的现状并不乐观。在实际的医疗实践中, 许多患者可能因为对医学知识的缺乏、对疾病的恐惧以及对医生的过度信任而未能充分参与到决策过程中。这种现状不仅限制了患者对自身病情的全面了解, 也影响了治疗方案的制定和治疗效果的提升。

为了改善这一现状, 我们需要从多个方面入手。首先, 医疗机构和医生应加强对患者的医学知识教育, 提高他们对疾病和治疗方案的认识和理解。其次, 医生应尊重患者的决策权利, 主动与患者沟通, 鼓励他们提出自己的想法和疑虑, 从而建立更加平等和和谐的医患关系。最后, 医疗机构可以建立患者参与决策的支持体系, 为患者提供必要的决策辅助工具和信息, 帮助他们

更好地参与到决策过程中。

5 结论

肺癌患者参与共享决策的水平较低, 年龄、文化程度、家庭支持情况、治疗方案的复杂性是肺癌患者参与共享决策的独立影响因素。医护患共享决策模式, 是目前最被认可的临床决策模式, 充分考虑患者意愿, 重视患者的自主权^[8]。医护人员应加强与患者的沟通和交流, 提供充分的信息和支持, 促进患者的参与共享决策, 提高肺癌患者的治疗效果和生活质量。

参考文献

- [1] Siegel R L, Miller KD, Jemal A et al. Cancer statistics[J]. 2016, CA Cancer J Clin, 2016, 66(1):7-30.
- [2] Olaf P. Geerse, Mariken E. Stegmann, Huib A.M. Kerstjens, et al. Effects of Shared Decision Making on Distress and Health Care Utilization Among Patients With Lung Cancer: A Systematic Review[J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2018, 56(6):975-978.
- [3] Barry M J, Edgman L S. Shared Decision Making-pinnacle of Patient-centered Care [J]. N Eng J Med, 2012, 366(9):

- 780-781.
- [4] 黄琦.肺癌患者的疾病感知与创伤后成长的初步研究[D].安徽:安徽医科大学,2019.
- [5] 李媛秋.我国肺癌疾病负担综合测量及评价[D].中国疾病预防控制中心,2018.
- [6] 张金娜. 肺癌患者参与共享决策现状及影响因素分析[D].青岛大学,2021.
- [7] 杨龙海,叶波,魏星等.最新国际肺癌 TNM 分期标准(第8 版)修订稿解读[J].中国医刊, 2016,51(9):22-25.
- [8] 倪雪.中国女性肺癌流行趋势及影响因素研究[D].北京:中国疾病预防控制中心,2019.

版权声明: ©2024 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