

中文版医患共同决策多焦点量表的信度和效度研究

卞薇, 万君丽, 谭明琼, 苏君, 何文婷

摘要:目的 研究中文版医患共同决策多焦点量表的信度和效度。方法 对量表进行翻译与回译。采取便利抽样法,选取某三甲医院符合标准的 121 个决策情景录像进行他评分析。结果 通过探索性因子分析,量表三个部分均提取 3 个因子(决策问题与选择、患者参与、信息与预约)各 15 个条目,累积贡献率分别为 62.788%、59.672% 和 60.746%;总量表三部分 Cronbach's α 分别为 0.814、0.857 和 0.858,重测信度为 0.914、0.892 和 0.884;反应度分析显示量表能有效区分培训前后共同决策过程的差异。结论 中文版医患共同决策多焦点量表信效度较好,可以用于医患共同决策过程的评估。

关键词: 医患共同决策多焦点量表; 医患共同决策; 信度; 效度

中图分类号: R47; C934 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.05.041

Reliability and validity of the simplified Chinese version of the Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making Questionnaire *Bian Wei, Wan Junli, Tan Mingqiong, Su Jun, He Wenting. Department of Ophthalmology, South West Hospital Affiliated to AMU, Chongqing 400038, China*

Abstract: **Objective** To assess the reliability and validity of the simplified Chinese version of the Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making Questionnaire(MAPPIN'SDM). **Methods** The MAPPIN'SDM was translated into simplified Chinese and back-translation was conducted. Then 121 decision-making scenarios met the inclusion criteria were selected from a first-class tertiary hospital by convenience sampling method and were analyzed. **Results** All three parts of the MAPPIN'SDM scale demonstrated 3 factors of 15 items by employing exploratory factor analysis (decision-making questions and options, patient participation, information and appointment), which could explain 62.788%, 59.672% and 60.746% of the total variance. The Cronbach's alpha coefficient for three parts was 0.814, 0.857 and 0.858 respectively, and the test-retest reliability was 0.914, 0.892 and 0.884. Reactivity analysis showed that the scale could effectively distinguish the difference of common decision-making process between the training group and the untrained group. **Conclusion** The simplified Chinese version of the MAPPIN'SDM scale is valid and reliable for evaluating the decision-making process of doctors and patients.

Key words: Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making questionnaire; doctor-patient shared decision-making; reliability; validity

医患共同决策(Shared Decision Making, SDM)是指医务人员在基于循证的基础上告知患者治疗方案的疗效、益处以及风险,而患者告诉医务人员其对疾病以及相关风险的看法和疑虑,甚至个人的价值观、经济状况等,在医务人员的启发下,医患共同做出相对更加合理、更有益于患者的选择^[1-2]。医患共同决策作为一种常见的医患决策方式,不仅能帮助患者减少医疗过程中的不确定性,来缓解医患矛盾并提高患者满意度^[3-4];同时可以缩短住院时间,并提高患者干预依从性,最终改善患者的健康结局。护理人员作为患者干预措施的健康宣教者和实施者,准确评估患者决策需求,为患者提供决策辅助信息,并协助患者做出正确且符合其价值观的决策是其主要职责之一^[5]。因而如何准确评估医患共同决策现状及其影响因素,从而构建更有针对性的干预模式和措施是极其重要的,然而目前国内暂无有效测评医患共同决策的评估工具。医患共同决策多焦点量表(Multifocal

Approach to Sharing in Shared Decision Making, MAPPIN'SDM)是德国 Kasper 等^[6]设计,从医务人员、患者、医/患/双方三个角度全面测评共同决策行为和效果,是国际公认的更能反映共同决策的核心要素的测评工具^[7],已被广泛应用于欧美、德国和挪威等国家临床医患共同决策的评估和干预措施的检验^[8-10]。本研究旨在引进 MAPPIN'SDM,并对其进行信度和效度检验,从而为我国医患共同决策的评估提供科学可靠的测评工具。

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,选取 2018 年 4 月至 2019 年 3 月重庆市某三甲医院共同决策情景进行分析。纳入标准:①决策情景。决策过程符合 Makoul 共同决策模型的九大基本要素^[11];决策类型包括诊断和干预(药物、手术、营养、社会心理干预等);医患沟通时间不少于 10 min。②患者。年龄 ≥ 18 岁;疾病病程大于 3 个月;小学以上文化程度;意识清楚,语言沟通无障碍;知情同意并自愿参与。③医务人员。临床工作 ≥ 3 年;愿意参加本研究。本研究共纳入 121 个共同决策情景。决策类型主要包括:8 项诊断检查、36 项药物治疗、55 项手术治疗、12 项营养干预、8 项康复治疗 and 2 项心理治疗。患者共 89 例,年

作者单位:中国人民解放军陆军军医大学西南医院眼科(重庆,400038)

卞薇:女,硕士,副主任护师,护士长

科研项目:重庆市社会科学规划青年项目(2018QNSH42);陆军军医大学苗圃人才培养项目(XZ-2019-505-054)

收稿:2019-08-02;修回:2019-10-25

龄 31~55(43.17±10.12)岁;男 45 名,女 44 名;初中以下文化程度 23 例,高中 34 例,大专以上 32 例。医务人员 56 名,其中医生 39 名,护士 17 名;年龄 36~59(48.00±9.87)岁;内科 12 名,外科 29 名,儿科 6 名,感染科 4 名,妇产科 5 名;本科 15 名,硕士以上 41 名;中级职称 21 名,高级职称 35 名;工作 3~10 年 13 名,10~15 年 21 名,>15 年 22 名。

1.2 方法

1.2.1 MAPPIN'SDM 的翻译与回译

MAPPIN'SDM 是观察者从医务人员、患者和医患双方三个角度来评估共同决策过程中的行为和效果,包括定义问题、平衡声明、沟通方式、角色分配、列出选择、选择利弊、期望担忧、推荐/信息来源、评估理解(患者/医生)、(患者/医生)提出问题机会、决策支持策略、指出决策、后续安排等关键因素。共 9 个维度 15 个条目,其中每个条目有 3 个小项(即观察者分别从患者、医务人员和医患双方分别进行评分)。要求观察者对共同决策的执行程度做出 0~4 评分[分别代表没有观察到这种行为、观察到这种行为(最低限度尝试)、已观察到该行为的基本能力、已观察到该行为(好的标准)、已观察到该行为(极好的标准)],评分越高,说明执行程度越好。征得该量表作者 Kasper 教授同意后,对 MAPPIN'SDM 量表进行翻译及修订。首先,由 2 名专业翻译人员(1 名循证医学背景和 1 名循证医学背景的博士研究生)对 MAPPIN'SDM 量表进行直译后达到一致的版本。再由 2 名双语专家(1 名共同决策研究背景和 1 名循证医学背景的教授)将其回译成英文,并与原量表进行比较,找出差别,对不一致的地方进行重新翻译和回译,直到中文译稿接近源量表,形成 MAPPIN'SDM 中文版初稿。最后,选取 30 个共同决策情景进行预测评,根据患者访谈结果以及 6 名专家构成的专家组(高级职称以上,循证医学专家 1 名、共同决策专家 1 名、医疗专家 2 名和护理专家 2 名)意见进行修改,形成最终版的 MAPPIN'SDM 量表。

1.2.2 资料收集方法

由课题组成员采用统一指导语,向研究对象阐述研究目的和步骤,并签署知情同意书。然后,研究人员现场观测医生、患者、医患双方决策过程的具体行为和效果,并进行录像,对符合纳入条件的决策情景进行保留和分析。将课题组成员 6 名(主治医师 2 名,副主任护师 2 名,主管护师 2 名)分成 2 个独立的工作组,分别采用 MAPPIN'SDM 量表和标准使用手册^[6]对决策情景录像进行评分,并通过讨论达成一致意见。第 1 次测评 7 d 后,随机抽取 50 项决策情景由两组人员对录像进行第 2 次评分,用以重测信度的评价。

1.2.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件进行统计分析,采用均数、标准差、频数和百分比来描述患者一般资料;采用项目分析、内部一致性系数、重测信度评

价量表的信度;采用内容效度、内部效度和反应度评价量表效度。

2 结果

2.1 条目筛选

2.1.1 区分度检验

主要包括两个部分:①测量各个条目与量表总分之间的相关性,以相关系数大于 0.2 作为标准,结果显示所有条目与总分的相关系数为:医务人员部分 0.234~0.874,患者部分 0.274~0.914,医患双方部分 0.275~0.891。②条目的鉴别度。将受试者按总分高低进行排序,前 27%个体为高分组,最后 27%个体为低分组,然后用独立样本 *t* 检验比较各个条目在高低分组之间的差异,删除两组得分差别无统计学意义的条目,结果显示所有条目的鉴别度均达到了显著水平。

2.1.2 探索性因子分析

对 MAPPIN'SDM 量表 3 个部分各 15 个条目进行 KMO 和 Bartlett 球形检验,结果显示医务人员部分:统计量 χ^2 值为 1620.841, $P < 0.01$, KMO 值为 0.897;患者部分:统计量 χ^2 值为 1432.374, $P < 0.01$, KMO 值为 0.841;医患双方部分:统计量 χ^2 值为 1547.874, $P < 0.01$, KMO 值为 0.852,说明资料适合进行探索性因子分析。采用主成分分析提取特征值 > 1 的因子,因子旋转方法采取了正交旋转和斜交旋转相结合的方法。根据因子分析的条目删除标准,将因子负荷小于 0.4、维度归属难以解释以及多重性因子负荷条目经专家组讨论后予以删除或保留,且每删除一个条目都重新进行因子分析,最终 3 部分各 15 个条目均予以保留,各部分均析出 3 个公因子。按照源量表的结构及分析结果我们将 3 部分因子均命名为:F1 决策问题与选择;F2 患者参与;F3 信息与预约。医务人员部分:3 个因子贡献率分别为 23.888%、21.309%、17.590%,累积贡献率为 62.788%。患者部分:3 个因子贡献率分别为 21.374%、19.847%、18.451%,累积贡献率为 59.672%。医患双方部分:3 个因子贡献率分别为 22.563%、20.241%、17.942%,累积贡献率为 60.746%。结果见表 1。

2.2 效度检验

2.2.1 内容效度分析

由 6 名专家对量表内容进行审核以及语言文化调适,使其符合中国人的表达习惯。修订版经专家评定内容效度指数(CVI)为 0.933。

2.2.2 内部效度分析

医务人员部分:量表各维度间相关系数在 0.292~0.524,各维度与总分相关系数为 0.771~0.910;患者部分:量表各维度间相关系数在 0.227~0.546,各维度与总分相关系数为 0.649~0.789;医患双方部分:量表各维度间相关系数在 0.394~0.486;各因子与总分相关系数为 0.620~0.927。

2.2.3 反应度分析

对 25 名医务人员进行循证共同决策专题课程培训(培训内容包括医患共同决策、

循证医学和流行病学等基本知识;培训频次为每周 2 次,持续 3 个月),随机选取培训后 50 个医患共同决策情景与培训前的 50 个决策情景评分进行比较,作

为 MAPPIN'SDM 量表的反应度测试指标。结果显示,培训组 3 个部分的 MAPPIN'SDM 量表总分均高于未培训组评分,见表 2。

表 1 MAPPIN'SDM 量表的探索性因子分析结果(n=121)

条 目	决策问题与选择	患者参与	信息与预约
医务人员部分			
医务人员明确需要决策的具体问题	0.910	0.059	0.031
医务人员列出了该决策的各种选项	0.871	0.101	0.228
医务人员确保正确理解患者的观点	0.826	0.123	0.234
医务人员向患者阐释不同选择的利弊	0.825	0.108	0.027
医务人员指出该决策问题有多种处理方法	0.766	0.298	0.117
医务人员支持患者启动决策策略	0.324	0.894	0.112
医务人员开启决策阶段,做出具体选择	0.312	0.885	0.109
医务人员探索患者处理决策问题的期望和担忧	0.216	0.886	0.143
医务人员引导患者根据意愿决定决策参与程度	0.113	0.813	0.211
医务人员给患者提问机会,并指出其未完全理解的方面	0.334	0.727	0.023
医务人员提出问题或指出患者在讨论中没有完全理解的方面	0.147	0.583	0.184
医务人员确认患者是否理解这些信息	0.312	0.304	0.880
医务人员对患者下一步进程做出安排	0.195	0.234	0.840
医务人员确定患者信息交换的首选方法	0.291	0.078	0.798
医务人员向患者提供信息/推荐所依据的来源	0.117	0.063	0.598
患者部分			
患者明确需要决策的具体问题	0.867	0.121	0.003
患者明确该决策的各种选项	0.840	0.212	0.113
患者确保医务人员理解其观点	0.829	0.342	0.102
患者知晓不同选择的利弊	0.716	0.117	0.324
患者知晓有多种方法可以处理决策问题	0.715	0.009	0.216
患者谈论自己的决策策略	0.333	0.879	0.116
患者开启决策阶段,做出具体选择	0.126	0.818	0.118
患者描述处理决策问题的期望和担忧	0.314	0.755	0.015
患者表达自己倾向的决策参与程度	0.127	0.737	0.318
患者询问或指出自己在讨论过程中没有完全理解的部分	0.012	0.696	0.333
患者给医务人员提出问题的机会并指出自己未完全理解的部分	0.127	0.686	0.261
患者阐明自己如何理解医务人员给出的信息	0.273	0.119	0.802
患者对下一步进程发表意见	0.312	0.004	0.774
患者确定信息交换的首选方法	0.129	0.271	0.664
患者阐明医疗信息/建议所依据的来源	0.164	0.296	0.521
医患双方部分			
医患双方在需要决策的具体问题上达成一致	0.923	0.315	0.129
医患双方明确该决策的各种选项	0.852	0.217	0.193
医患双方明确医务人员是否正确理解患者的观点	0.817	0.283	0.342
医务人员和患者权衡不同选择的利弊	0.743	0.174	0.315
医务人员和患者讨论,有不止一种方法来处理具体问题	0.619	0.214	0.169
医患双方讨论处理问题的决策策略	0.154	0.864	0.362
医患双方开启决策阶段,做出具体选择	0.166	0.839	0.274
医患双方讨论患者处理决策问题的期望和担忧	0.281	0.766	0.119
咨询期间,医患双方讨论角色分配	0.376	0.666	0.053
医患双方确保患者可以提出问题,并指出患者没有完全理解的部分	0.234	0.643	0.189
医患双方确保医务人员可以提出问题并指出患者没有充分理解的部分	0.369	0.528	0.283
医患双方共同确认患者是否正确理解医务人员给出的信息	0.135	0.294	0.817
医患双方讨论下一步进程	0.275	0.174	0.778
医患双方选择一种交换信息的方法	0.369	0.116	0.694
医患双方阐明医疗信息/建议所依据的来源	0.149	0.286	0.613

2.3 信度检验 医务人员部分:量表总的 Cronbach' s α 为 0. 814, 各个因子的 Cronbach' s α 分别为 0. 702、0. 843、0. 856;患者部分:量表总的 Cronbach' s α 为 0. 857, 各个因子的 Cronbach' s α 分别为 0. 764、0. 799、0. 802;医患双方部分:量表总的 Cronbach' s α 为 0. 858, 各个因子的 Cronbach' s α 为 0. 720、0. 859、0. 866。选取 50 个决策情景 1 周后由 2 个工作组再次进行评价,用于测评量表的重测信度。结果示总量表的重测信度,医务人员部分为 0. 914,患者部分为 0. 892,医患双方部分为 0. 884。

表 2 培训前后医患共同决策情景 MAPPIN'SDM 量表评分结果 分, $\bar{x} \pm s$

时间	个数	医务人员	患者	医患双方
培训前	50	29. 72 \pm 11. 62	27. 19 \pm 9. 76	26. 31 \pm 7. 46
培训后	50	54. 69 \pm 12. 04	48. 41 \pm 10. 21	50. 16 \pm 10. 47

3 讨论

3.1 医患共同决策多焦点量表的临床意义 在临床实践中,全世界每天都会产生大量由决策失误造成的医疗悲剧,且数据仍在逐年增加中。根据相关报道,美国每年大约有 4 000~9 000 例患者死于非技术水平的决策失误^[12]。因此,如何应对社会大环境下复杂变幻的疾病本身并针对不同教育层次、不同需求的患者需求,来构建符合患者个人偏好及决策能力的决策方式至关重要。而医患共同决策,不仅可以给患者提供当前可供选择的诊疗方案、以循证为基础的益处和风险情况,同时充分考虑患者个人偏好和价值观,让患者最大限度地参与到决策中,协助患者做出当前符合自身利益的最佳决策。它不仅能够有效减少决策冲突,提高患者决策准备度,还能明显提高患者治疗依从性并缓解医患矛盾^[13-14]。因此,如何推进共同决策在我国的发展具有重要意义。然而,我国共同决策的相关研究起步较晚,大多为综述、专家评述及经验等非实证性研究^[15-16],其中最重要的原因之一为缺乏可靠而全面的评估工具。此外,共同决策具有多维和多角度复杂特性,如何全面、系统而准确地评估成为亟待解决的难题。而 MAPPIN'SDM 是国际上唯一一个从医务人员、患者、观察者三个角度全面了解共同决策过程行为和效果,并提供了有机整合多种视觉的方法。本研究通过对该量表进行了严格的心理测量学评价,初步建立了中文版 MAPPIN'SDM,从而为我国文化背景下医患共同决策现状和影响因素评价,以及个性化决策干预措施的制定提供依据。

3.2 量表的信度和效度 在内容效度方面,该量表由 6 名专家对内容进行审核以及语言文化调适,修订后的量表 CVI 值为 0. 933,更能反映我国文化背景下医患共同决策的内涵和意义。进一步采用探索性因子分析对量表结构进行分析,三部分均获得 15 个条目 3 个因子,将其命名为:决策问题与选择、患者参

与、信息与预约。这与源量表设计命名的 9 个维度略有不同,源量表中的定义/解释问题、呈现选择维度合并为本研究的决策问题与选择维度,讨论利弊、讨论患者价值/偏好、讨论患者自我效能维度合并为患者参与维度,讨论医生知识/建议、检查/澄清理解、做出决策和安排后续行动维度合并为信息与预约维度,但各维度包含条目大致一致。揭示了国外 SDM 的实施充分遵循了 Makoul 整合模型中患者和健康照护提供者参与 SDM 过程的基本要素和可能促进 SDM 过程的理想要素^[11]。而国内 SDM 发展仍在起步阶段,且国内病源量大而就诊时间相对较短,因此如何基于我国文化背景下建立 SDM 过程模型需进一步研究和验证。此外,中文版析出的因子中,决策问题与选择贡献率最高,说明我国医患双方在决策过程中最为关注的是决策问题本身以及可供决策的具体处理方案。而国外共同决策更注重考虑患者自身价值观和偏好,强调基于循证医学来实施共同决策,熟练掌握以患者为中心的沟通技能,才能协助患者做出更符合当前情景的最佳决策,最终实现患者最佳照护^[17]。在内部效度方面,量表各因子得分与总分呈高度相关,各因子间为中低度相关。说明各因子在共同决策这一主题方向一致,但因子间也有所差异,相互之间不可替代。反应度是指量表能否检测出指标细微改变的能力^[18],即评价干预前后医患双方共同决策有无改变的衡量指标。结果显示,经过系统共同决策课程培训的医务人员、患者和医患双方的评分都明显高于未培训组,充分说明共同决策理论和技能的培训不仅可以提高医患沟通能力、降低决策冲突,还能让患者更大程度地融入到决策中,提高患者满意度和治疗依从性。

在信度方面,量表三部分总的内部一致性系数分别为 0. 814、0. 857 和 0. 858,重测信度为 0. 914、0. 892 和 0. 884,与源量表一致,内部一致性信度较好,并显示出跨文化的良好稳定性。

综上所述,中文版 MAPPIN'SDM 量表具有良好的信度和效度,可以用于我国医患共同决策状况的评价。本研究的不足之处在于选取的样本较小,使研究结果的代表性有限。今后将加大样本量,进一步采用多种分析方法对量表结构进行充分验证,并基于标准化的 MAPPIN'SDM 对下一步循证决策辅助工具研制及干预措施的实施进行深入的验证和分析。

参考文献:

[1] Spatz E S, Krumholz H M, Moulton B W. Prime time for shared decision making[J]. JAMA, 2017, 317(13): 1309.
 [2] Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 12(5): CD006732.
 [3] Nasstrom L, Jaarsma T, Idvall E, et al. Patient partici-