

合在吞咽障碍患者延续性护理中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(9):1186-1188.

[9] 安德连, 陈妙霞, 陈琼梅, 等. 吞咽障碍护理门诊的构建[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(2):219-221.

[10] 魏宏英, 林娟. 护士主导的吞咽管理门诊在帕金森病吞咽障碍患者中的实践[J]. 护理学杂志, 2018, 33(9):9-11.

[11] 陈丽丽, 李红, 金爽, 等. 老年痴呆患者异常进食行为特征及潜在需求分析[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(11):1304-1309.

[12] Bozan N, Bas M, Ascı F H. Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). A preliminary results[J]. *Appetite*, 2011, 56(3):564-566.

[13] Hunot C, Fildes A, Croker H, et al. Appetitive traits and relationships with BMI in adults: development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire [J]. *Appetite*, 2016, 105(11):356-363.

[14] 崔元孝. 脑血管疾病诊治进展[J]. 山东医药, 2004, 44(30):62-63.

[15] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017:356-365.

[16] 任雁北, 孙新风, 王萍, 等. 心血管专科护士核心能力评价指标体系的构建[J]. 护理研究, 2016, 30(8):2997-3000.

[17] 吴明隆. 问卷统计分析实务: SPSS 操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2010:157-295.

[18] 李峥, 刘宇. 护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012:71-87.

[19] Polit D F, Beck C T. Nursing research: principles and methods[M]. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 2004:367.

(本文编辑 王菊香)

## 心脏瓣膜置换患者参与治疗决策现状及影响因素分析

成忠莎<sup>1</sup>, 柏晓玲<sup>2</sup>, 谢贵华<sup>1</sup>, 张琢<sup>4</sup>, 楼婷<sup>3</sup>

**摘要:**目的 了解心脏瓣膜置换患者参与治疗决策现状及影响因素, 为针对性干预提供参考。方法 采用患者参与治疗决策问卷对 171 例心脏瓣膜置换术后患者进行调查。结果 实际参与决策程度低者占 78.36%(134 例), 参与决策态度积极者占 71.93%(123 例), 不知晓自己置换人工心脏瓣膜类型者占 39.18%(67 例), 知晓人工心脏瓣膜 3 项知识仅 38.60%(66 例); Logistic 回归分析结果显示, 人工心脏瓣膜知识掌握程度为患者参与治疗决策影响因素(均  $P < 0.01$ )。结论 心脏瓣膜置换患者缺乏相关疾病治疗知识, 实际参与治疗决策度低, 但态度积极; 人工心脏瓣膜知识掌握程度是主要影响因素。医护人员应予以针对性干预, 以提高患者相关知识和治疗决策参与度。

**关键词:** 心脏瓣膜置换术; 人工心脏瓣膜; 治疗决策; 参与程度; 参与态度; 影响因素

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.19.031

**Determinants of participation in treatment decision-making by patients undergoing cardiac valve replacement** Cheng Zhongsha, Bai Xiaoling, Xie Guihua, Zhang Zuo, Lou Ting. Department of Cardiac Surgery, Guizhou Provincial People's Hospital, Guiyang 550002, China

**Abstract:** **Objective** To describe the level and factors associated with participation in treatment decision-making by patients undergoing, and to provide reference for targeted interventions. **Methods** A total of 171 patients after cardiac valve replacement were investigated by employing the Patients' Participation in Treatment Decision-making Questionnaire. **Results** Nearly eighty percent (78.36%) of patients reported low actual participation, 71.93% of them had positive attitude towards participation, 39.18% did not know the type of valve implanted, and 38.60% knew all three items of artificial valve-related knowledge. Logistic regression analysis showed that the level of artificial valve-related knowledge affected participation in treatment decision-making process ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Patients undergoing cardiac valve replacement report poor disease knowledge and actual participation in treatment decision-making process, but their attitude toward participation is positive. The level of artificial valve-related knowledge affects their participation, so medical personnel should provide targeted interventions to enhance patient's disease knowledge in an effort to improve their participation.

**Key words:** cardiac valve replacement; artificial valve; decision-making; degree of participation; attitude toward participation; influencing factor

作者单位: 贵州省人民医院 1. 心外科 2. 护理部 3. 综合病房(贵州 贵阳, 550002); 4. 贵州医科大学附属医院心外科

成忠莎, 女, 硕士在读, 主管护师

通信作者: 柏晓玲, baixiaoling2003@163.com

科研项目: 贵州省护理学会 2019 年度立项科研课题(GZHLKY201909)

收稿: 2020-05-10; 修回: 2020-07-06

人工心脏瓣膜置换是治疗严重心脏瓣膜疾病的重要治疗手段, 可有效提高心脏瓣膜病患者的生存率和生活质量<sup>[1]</sup>。人工心脏瓣膜有机械瓣膜和生物瓣膜。机械瓣膜易产生血栓, 置换术后患者必须终身抗凝治疗, 若抗凝效果不佳, 易发生出血、脑梗死等并发

症;生物瓣膜无需终生抗凝,但瓣膜功能会逐渐衰退,预期使用寿命一般为15~20年,有较高的再次置换风险<sup>[2-3]</sup>。患者术前需权衡两种瓣膜的风险和益处,结合自己的个人偏好谨慎选择。2017年欧洲及美国心脏病协会强烈推荐各年龄段的心脏瓣膜病患者都应参与到决策中,与医生共享决策人工心脏瓣膜类型<sup>[4-5]</sup>。参与决策是共享决策的前提和基础。有研究显示,参与决策的患者比没有参与的患者更了解病情,对治疗方案的疑虑更少,感受到更多的尊重,疼痛感受减轻,焦虑和抑郁情绪得到缓解,对治疗决策的满意度提高,对治疗及护理计划的依从性更好,医务人员也会面临更少的医疗纠纷<sup>[6]</sup>。但目前国内未见心脏瓣膜置换患者参与人工心脏瓣膜决策的相关报道。因此本研究通过调查心脏瓣膜置换患者参与人工心脏瓣膜决策的现状,了解患者对参与人工心脏瓣膜决策的态度,探讨在心脏瓣膜置换患者中开展共享决策的可能性,并分析患者参与人工心脏瓣膜决策的影响因素,为制定决策辅助方案提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究通过贵州省人民医院伦理委员会审查(2019-34)。采用便利抽样法,选取2019年1~8月在贵阳市2所三级甲等医院行心脏瓣膜置换手术后的患者作为调查对象。纳入标准:①经临床诊断为心脏瓣膜病,行心脏瓣膜置换术后;②年龄≥18岁;③知情,同意参加本研究。排除标准:①急诊行心脏瓣膜置换手术;②有精神疾患或意识障碍等不能配合调查。③不能理解问卷内容。按上述标准有效调查171例,男54例,女117例;年龄23~80(49.93±10.81)岁;疾病:风湿性心脏瓣膜病152例,退行性心脏瓣膜病14例,感染性心脏瓣膜病3例,先天性二尖瓣畸形2例。置换生物瓣56例,置换机械瓣115例。

## 1.2 方法

**1.2.1 调查工具** ①一般资料问卷。由研究者自行设计,内容包含性别、年龄、职业、文化程度、婚姻状况、居住地、家庭人均月收入、医保类型、病程、对本次医疗服务的满意度、置换人工心脏瓣膜类型、人工心脏瓣膜相关知识(是否知晓生物瓣膜使用寿命较机械瓣膜短,是否知晓机械瓣膜有发生血栓的风险,是否知晓机械瓣膜需要终生抗凝治疗)。②患者参与治疗决策问卷。该问卷由芬兰护理学专家 Sainio 等<sup>[7]</sup>编制,本研究采用马丽莉等<sup>[8]</sup>的汉化问卷,包括治疗决策实际参与程度和参与态度2个维度各12个条目,每个条目采用Likert 3级评分法,从实际参与程度很大到没有实际参与依次计1~3分;参与态度从很重要到不重要依次计1~3分。实际参与程度得分<1.5分表示参与实际程度高,≥1.5分表示参与实际程度低。参与态度得分<1.5分表示参与态度积极,≥1.5分表示参与态度消极。问卷在正式调查前选取20例患者进行预调查,2周后重测信度为0.756,内容效度为0.917。

**1.2.2 调查方法** 于患者出院前1d进行调查。调查前向调查对象说明此次调查的目的、填表要求及保密原则,调查对象签署知情同意后自填问卷,若调查对象因身体原因不便填写,由研究者逐一陈述并协助完成,问卷填写结束后当场回收。本研究共发放问卷177份,剔除填写内容不完整的无效问卷6份,获得有效问卷171份,有效回收率96.61%。

**1.2.3 统计学方法** 采用SPSS19.0软件行描述性分析、 $\chi^2$ 检验、Fisher精确概率法、Logistic回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 患者治疗决策参与程度与参与态度** 参与程度得分 $2.17\pm 0.67$ ,其中参与程度高37例,占21.64%;参与程度低134例,占78.36%。参与态度得分 $1.37\pm 0.60$ ,其中态度积极123例,占71.93%;态度消极48例,占28.07%。患者实际参与程度得分排序前3和参与态度得分排序后3的条目得分,见表1。

表1 患者实际参与程度得分排序前3和参与态度得分排序后3的条目得分( $n=171$ )

条目	分数( $\bar{x}\pm s$ )
实际参与程度	
我自己决定治疗方案	2.51±0.76
我与医生共同决定我的治疗方案	2.32±0.84
我参与治疗方案的讨论	2.32±0.84
参与态度	
医生决定我的治疗方案	1.07±0.30
向我提出各种治疗选择方案	1.36±0.69
在开始治疗前征询我的意见	1.38±0.70

**2.2 患者一般资料及不同特征参与治疗决策的单因素分析** 见表2。

**2.3 患者参与治疗决策的多因素分析** 以决策实际参与程度和参与态度为因变量(实际参与程度低=0,程度高=1;参与态度消极=0,态度积极=1);将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量,进行Logistic回归分析。结果,人工心脏瓣膜知识掌握程度(全部答错=0,答对1题=1,答对2题=2,答对3题=3)为患者参与治疗决策实际程度与态度的独立影响因素,见表3。

## 3 讨论

**3.1 患者掌握人工心脏瓣膜相关信息不足** 本研究中超过1/3的患者不知晓手术后置换的是何种类型瓣膜。仅有38.60%(66/171)的患者表示知晓关于人工心脏瓣膜的3项知识,说明患者掌握人工心脏瓣膜相关信息不足,这与荷兰学者Korteland等<sup>[9]</sup>报道的有很大差距,其研究报道99%的患者知晓有不同类型的人工心脏瓣膜可以选择,且所有患者都知晓其置换的是何种类型人工心脏瓣膜,74%的患者认为他们掌握足够多的人工心脏瓣膜相关信息。这可能是

**表 2** 患者一般资料及不同特征参与治疗决策的单因素分析例

变量	例数	参与决策程度高	$\chi^2$	参与决策态度积极	$\chi^2$
性别					
男	54	15	1.755	40	0.180
女	117	22		88	
职业					
工人	18	6	4.454	16	3.893
农民	88	14		59	
公务员/企事业单位人员	24	5		17	
其他	41	12		31	
文化程度					
小学以下	75	9	11.902 **	45	9.721 *
初中	54	20		45	
中专/高中	20	3		16	
大专以上	22	5		17	
婚姻状况					
已婚	149	32	0.018	104	2.605
未婚/离异/丧偶	22	5		19	
居住地					
城镇	65	14	0.001	46	0.070
农村	106	23		77	
家庭人均月收入(元)					
<1000	48	9	0.607	31	1.845
1000~3000	65	16		48	
>3000	58	12		44	
医保类型					
自费	7	1	2.278	5	0.844
城镇医保	44	13		34	
新农合	120	23		84	
病程(月)					
<1	68	14	2.703	50	0.147
1~	51	8		36	
>6	52	15		37	
本次住院满意度					
非常满意	117	24	—	87	—
比较满意	45	12		31	
一般	8	1		4	
不太满意	1	1		1	
置换心脏瓣膜类型					
知晓	104	34	19.131 **	86	15.227 **
不知晓	67	3		37	
心脏瓣膜知识掌握程度					
全部答错	48	2	32.010 **	28	12.026 **
答对 1 题	32	1		21	
答对 2 题	25	6		17	
答对 3 题	66	28		57	

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ 。

由于中国同西方的医疗决策责任主体不同有关,西方的决策责任主体为患者,关于患者的相关医疗决策信息,西方医生首先告知的是患者,而我国患者受传统

文化影响,决策责任主体常常为其家庭,中国医生首先告知的是患者家属,在其家属的同意之下,再选择合适的时机告知患者<sup>[10]</sup>。因此在我国患者家属的肯定及支持对于促进患者参与治疗决策很重要。

**3.2 患者参与人工心脏瓣膜决策实际程度低** 本研究表明,心脏瓣膜置换患者实际参与治疗决策程度得分为  $2.17 \pm 0.67$ ,显示患者实际参与治疗决策程度低,仅有 21.64% 患者参与程度高,与马丽莉等<sup>[8]</sup>报道的肿瘤患者结果一致,略高于慢性伤口患者参与治疗决策实际程度<sup>[11]</sup>,说明我国无论重症还是慢性病患者实际参与治疗决策程度普遍偏低,低于期望参与程度<sup>[12]</sup>。患者实际参与程度最低的 3 个条目:我自己决定治疗方案、我与医生共同决定我的治疗方案、我参与治疗方案的讨论。说明患者在参与治疗决策中处于被动位置。究其原因,一为患者在就医过程中有依赖心理,认为自己是非专业人士,缺乏专业知识<sup>[13]</sup>;且普遍认为“医生知道什么是最好的”,依赖医生做决策<sup>[14]</sup>。患者未意识到自己具备的决策能力与知识。二为医务人员认为患者不愿意参与到治疗决策中<sup>[15]</sup>,且未采取足够有效的措施鼓励患者参与<sup>[16]</sup>。但是以患者为中心的医疗模式下,鼓励患者参与是道德、伦理、法律的要求<sup>[17]</sup>。医务人员应转变观念,采取有效措施鼓励患者重视和应用自己的“决策权”,这样还有利于患者积极学习人工心脏瓣膜相关知识,积极参与到治疗决策中。

**3.3 患者参与人工心脏瓣膜决策态度相对积极** 心脏瓣膜置换患者参与治疗决策态度总分  $1.37 \pm 0.60$ ,相比于患者实际参与治疗决策程度,参与决策态度相对积极,愿意参与治疗决策,这与其他种类疾病患者态度一致<sup>[18-19]</sup>。本研究中患者认为参与治疗决策最重要的条目为:医生决定我的治疗方案、向我提出各种治疗选择方案、在开始治疗前征询我的意见。说明在治疗决策过程中患者信任医生为其做出决策,但是患者同样希望能获取治疗决策的相关信息并且表达自己的意见。在共享决策模式中医生告知治疗疾病有几种治疗方法,并各有利弊,患者可充分表达自己的意见,双方信息充分共享,就决策达成共识。共享决策模式可完全实现患者最看重的 3 个条件,满足患者参与治疗决策的需求。

**表 3** 患者参与治疗决策的影响因素的 Logistic 回归分析

项目	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$	P	OR	95%CI	
						下限	上限
参与决策实际程度							
截距	-1.447	1.490	-0.971	0.331	0.235	0.013	4.363
人工心脏瓣膜知识掌握程度	0.853	0.270	3.159	0.002	2.348	1.383	3.986
参与决策态度							
截距	-0.108	0.371	-0.292	0.770	0.897	0.434	1.855
人工心脏瓣膜知识掌握程度	0.417	0.148	2.824	0.005	1.518	1.136	2.028

**3.4 人工心脏瓣膜知识掌握程度是患者参与治疗决策的独立影响因素** Logistic 回归分析显示,人工心脏瓣膜知识掌握程度为患者参与治疗决策实际程度和参与态度的独立影响因素,人工心脏瓣膜知识掌握程度越高患者参与治疗决策的实际程度越高,并且对参与治疗决策的态度越积极。Marshall 等<sup>[20]</sup>研究发现,不愿参与治疗决策的肿瘤患者在获取到决策相关信息后改变态度愿意参与到决策中。申文佳等<sup>[21]</sup>研究表明,房颤患者对决策相关信息越了解,参与决策的积极性越高。可见帮助患者掌握治疗决策的相关医学知识成为促进其参与治疗决策的关键。医务人员有义务提升患者对疾病相关知识的理解力,以提高他们参与治疗决策的能力。目前已有研究证明,使用决策辅助工具可帮助患者提高对决策相关医学知识的理解,促进患者更多地参与到治疗决策中<sup>[22]</sup>。医护人员可开发人工心脏瓣膜决策辅助工具促进患者参与治疗决策。

#### 4 小结

本研究显示,心脏瓣膜置换患者掌握人工心脏瓣膜相关知识程度较低,该项是影响患者参与治疗决策的关键因素;但患者参与决策态度积极,提示在心脏瓣膜置换患者中开展共享决策工作有较大的空间。医护人员可开发和使用者决策辅助工具,促进和便于患者参与到决策中,提高患者对治疗决策的满意度及术后治疗的依从性。本研究的局限性:研究对象仅为心脏瓣膜置换患者,未纳入家属及心外科医生护士,因此不了解这三类人员在患者治疗决策中的作用点及其程度,下一步将从不同角度探索影响患者参与治疗决策的因素,以完善相关证据,为患者最大程度参与治疗决策创造条件。

#### 参考文献:

[1] 张魁,董然. 中国人群瓣膜置换术后患者华法林个体化治疗最新研究进展[J]. 心肺血管杂志,2012,31(2):217-219.

[2] 郝凤阳,苏健,孙璐,等. 人工心脏瓣膜的发展[J]. 医疗装备,2017,30(13):186-190.

[3] 崔永春,刘晓鹏,张宏,等. 不同种类人工心脏瓣膜的比较及其生物学评价[J]. 中国医疗器械信息,2016,22(1):2-7.

[4] Baumgartner H, Falk V, Bax J J, et al. 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease[J]. Eur Heart J,2017,38(36):2739-2791.

[5] Nishimura R A, Otto C M, Bonow R O, et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines [J]. J Am Coll Cardiol,2017,70(2):252-289.

[6] 于磊,石俊婷. 医患共同决策诊疗模式的现状分析[J].

医学与哲学,2013,34(1):50-53.

[7] Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care[J]. J Adv Nurs,2003,41(3):250-260.

[8] 马丽莉,何仲. 癌症患者参与治疗护理决策的现状调查[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(6):10-12.

[9] Korteland N M, Bras F J, van Hout F M, et al. Prosthetic aortic valve selection: current patient experience, preferences and knowledge[J]. Open Heart,2015,2(1):e000237.

[10] Chen X, Fan R. The family and harmonious medical decision making: cherishing an appropriate confucian moral balance[J]. J Med Philos,2010,35(5):573-586.

[11] 傅文静,戴燕,李晓玲. 126 例门诊慢性伤口患者参与治疗决策的现状调查[J]. 护理学报,2017,24(18):44-47.

[12] 杨林宁,杨艳,胡嘉乐,等. 决策辅助工具用于乳腺癌患者的研究进展[J]. 护理学杂志,2020,35(2):110-113.

[13] 黎贵. 癌症患者临床决策中对医生、自己及家属意见倾向性的研究[D]. 北京:中国协和医科大学,2009.

[14] Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making[J]. Patient Educ Couns,2014,94(3):291-309.

[15] Ting H H, Brito J P, Montori V M. Shared decision making: science and action [J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes,2014,7(2):323-327.

[16] 黄韞慧. 医生促进病人参与现状及影响因素研究[D]. 长沙:中南大学,2012.

[17] 苑娜,刘春娥,于蕾,等. 患者参与治疗决策的现状 & 影响因素研究进展[J]. 医学与社会,2017,30(3):58-61.

[18] Albrecht K J, Nashan D, Meiss F, et al. Shared decision making in dermatology: preference for involvement of melanoma patients[J]. Melanoma Res,2014,24(1):68-74.

[19] Uldry E, Schäfer M, Saadi A, et al. Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery[J]. World J Surg,2013,37(9):2162-2171.

[20] Marshall D A, Johnson F R, Kulin N A, et al. How do physician assessments of patient preferences for colorectal cancer screening tests differ from actual preferences? A comparison in Canada and the United States using a stated-choice survey [J]. Health Econ,2009,18(12):1420-1439.

[21] 申文佳,杨巧芳. 心房颤动患者抗凝治疗决策冲突现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2020,35(6):18-21.

[22] Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions[J]. Cochrane Database Syst Rev,2017(4):CD001431.

(本文编辑 王菊香)