

• 论 著 •

# 癌症患者参与能力对其感知医患共同决策水平的影响

肖霖<sup>1</sup>, 彭美芳<sup>2</sup>, 刘亚玮<sup>1</sup>, 张立力<sup>1</sup>

**摘要:**目的 探讨癌症患者参与能力对其感知医患共同决策水平的作用,以期为促进患者参与治疗决策提供参考。方法 选取广州市4所三甲医院住院的458例癌症患者作为研究对象,采用患者参与能力量表、中文版医患共同决策量表患者版评估患者的参与能力和感知医患共同决策水平。采用分层回归方法,探讨在控制患者的社会人口学特征和疾病资料时患者的参与能力对其感知医患共同决策水平的影响。结果 患者医患共同决策水平总分为65.67(44.44,79.00)分,参与能力量表总得分为(96.80±21.02)分。控制患者的社会人口学特征和疾病资料后,患者参与能力量表的3个维度(信息获取能力、沟通交流能力、自主决策能力)能解释患者感知的医患共同决策水平37.5%的变异(均 $P<0.05$ )。结论 医护人员应重视评估患者的参与能力,并采取措来提升患者的信息获取能力、沟通交流能力、自主决策能力,以推动医患共同决策在临床上实施。

**关键词:**癌症; 医疗决策; 患者参与; 参与能力; 信息获取; 自主决策; 医患共同决策

**中图分类号:**R473.73 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.20.042

**Effect of participation competence on perceived shared decision making among cancer patients** Xiao Lin, Peng Meifang, Liu Ya-wei, Zhang Lili. School of Nursing, Evidence based Center for Nursing and Midwifery, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

**Abstract:** **Objective** To explore the relationship between patients' participation competence and perceived shared decision making among cancer patients, and to provide reference for promoting patient involvement in treatment decision-making. **Methods** A cross-sectional study was conducted involving a convenience sample of 458 cancer patients from 4 public hospitals in Guangzhou. Patients' self-reported data were collected using the Patients Participation Competence Scale (PPCS) and the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Hierarchical multiple regression analyses, with a control of patient sociodemographic and clinical variables, were conducted to explore the effect of participation competence on perceived shared decision making. **Results** The median total score of perceived shared decision making was 65.67(IQR:44.44,79.00) points, and the total score of patient participation competence averaged (96.80 ± 21.02) points. After controlling the sociodemographic and clinical characteristics, the domains "information seeking ability", "communication ability", and "autonomous decisions ability" of PPCS still accounted for 37.5% of the variance in perceived shared decision making ( $P<0.05$  for all). **Conclusion** Health professionals should pay attention to the evaluation of patients' participation competence, and take measures to improve patients' information seeking ability, communication ability and autonomous decisions ability, so as to promote shared decision making in clinical practices.

**Key words:** cancer; medical decision-making; patient involvement; participation competence; information seeking; autonomous decisions; shared decision making

癌症患者确诊后首先面临的是复杂而艰难的治疗决策,医患共同决策已成为当前倡导的医疗决策模式<sup>[1-2]</sup>,大部分癌症患者对参与医疗决策持积极态度<sup>[3-5]</sup>,但其实际参与度与期望的参与需求之间存在不一致<sup>[5-6]</sup>。Légaré等<sup>[7]</sup>系统评价显示,医生缺乏时间、患者缺乏参与的能力是阻碍患者参与医疗决策的因素。目前,国内尚未见报道患者的参与能力对其参与医疗决策水平的影响。2021年WHO颁布的《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)专家共识指出<sup>[8]</sup>,个体在特定领域的功能取决于健康状

况和背景性因素之间的交互作用。由此可知,患者的参与能力对医患共同决策的作用可能会受混杂因素的影响。Shen等<sup>[9]</sup>基于ICF筛选了影响乳腺癌患者健康素养与医患共同决策水平之间关联的混杂因素,其中个人因素包括年龄与教育年限,身体功能因素包括癌症分期与病程,活动因素包括职业状况,参与因素包括婚姻状况,环境因素包括居住地。以上混杂因素可归为两类:社会人口学特征,临床特征。故本研究拟基于既往研究结果,较全面地纳入并控制社会人口学及临床特征,以探讨患者参与能力对医患共同决策水平的独立影响,为更好地促进癌症患者参与医疗决策提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用便利抽样法,选取于2020年5~12月在广州市2所三甲综合医院及2所三甲肿瘤专科医院住院的458例癌症患者为研究对象。纳入标准:经病理诊断为癌症;年龄≥18岁;3个月内经历过医

作者单位:1.南方医科大学护理学院/南方医科大学护理与助产循证中心(广东 广州,510515);2.广州医科大学附属肿瘤医院肿瘤内科

肖霖:女,博士在读,讲师

通信作者:张立力,zhanglili\_gz@126.com

科研项目:2020年国家自然科学基金青年项目(72004088)

收稿:2022-05-07;修回:2022-07-20

疗决策;精神状况正常,无认知和阅读障碍;自愿参与本研究。排除标准:保护性医疗者。本研究获得南方医科大学伦理委员会的审批(NFYKDX002),受试者对本研究均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 中文版医患共同决策问卷患者版(9-item Shared Decision Making Questionnaire, SDM-Q-9)

由罗碧华等<sup>[10]</sup>引进及汉化。量表用于评估患者感知的医患共同决策水平,为单一维度结构,包含 9 个条目,每个条目采用 6 级评分法,从“完全不同意”到“完全同意”分别赋 0~5 分,原始总分 0~45 分,原始分数乘以 20/9 转换为 0~100 分,以便于比较。本研究中该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.978。总分  $\leq 33$  分、34~66 分、 $\geq 67$  分别表示患者感知的医患共同决策水平低、中、高<sup>[11]</sup>。

1.2.1.2 患者参与能力量表 由刘琪<sup>[12]</sup>于 2012 年编制,共 31 个条目,分为 4 个维度:信息获取能力(6 条)、自主决策能力(6 条)、沟通交流能力(7 条)和情绪管理能力(12 条)。各条目采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋值 1~5 分,总分为 31~155 分,得分越高代表患者的参与能力越好。本研究中该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.945。

1.2.1.3 一般资料调查表 社会人口学资料包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、居住地、工作状况、家庭收入、医疗负担;疾病相关资料包括癌症部位、癌症分期及癌症病程。

1.2.2 资料收集方法 首先对 3 名资料收集人员进行统一培训。本研究在 4 所医院进行调查,获得医院领导同意,由病房护理人员协助筛选符合要求的癌症患者并征得患者知情同意,然后由资料收集人员采用统一指导语向调查对象说明本次调查的目的、意义和方法,进而指导患者以不记名的方式填写问卷。问卷填写完成后当场收回,资料收集人员及时检查、核对问卷。本研究共调查 489 例癌症患者,其中 465 例(95.1%)完成了问卷调查,排除 7 份无效问卷后,有效问卷 458 份(93.7%)。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行秩和检验,分层回归分析。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 调查对象的一般资料 458 例癌症患者中,男 233 例,女 225 例;年龄 18~85(49.29 $\pm$ 13.78)岁,其中  $\geq 60$  岁 109 例。恶性肿瘤原发灶:呼吸系统 145 例,消化系统 143 例,生殖系统 108 例,其他系统 62 例。

2.2 癌症患者参与能力及感知的医患共同决策水平现状 本研究患者医患共同决策水平总分为 65.67(44.44,79.00)分,总分  $\leq 33$  分、34~66 分、 $\geq 67$  分

别有 128 例(27.95%)、173 例(37.77%)、157 例(34.28%)。患者参与能力量表总得分为(96.80 $\pm$ 21.02)分,量表条目均分为(3.12 $\pm$ 0.68)分,信息获取能力、沟通交流能力、自主决策能力、情绪管理能力 4 个维度得分分别为(17.32 $\pm$ 5.84)分、(25.34 $\pm$ 5.69)分、(16.21 $\pm$ 5.62)分和(37.91 $\pm$ 6.08)分,维度条目均分分别为(2.89 $\pm$ 0.97)分、(3.62 $\pm$ 0.81)分、(2.70 $\pm$ 0.94)分和(3.16 $\pm$ 0.51)分。

2.3 不同特征患者感知的医患共同决策得分比较 单因素分析结果显示,不同性别癌症患者感知的医患共同决策得分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。有统计学意义的变量,见表 1。

表 1 不同特征患者感知的医患共同

决策得分比较  $M(P_{25}, P_{75})$

项目	例数	得分	Z/Hc	P
年龄(岁)			-5.350	<0.001
<60	349	71.11(53.33,82.22)		
$\geq 60$	109	46.67(20.00,75.56)		
婚姻状况			18.869	<0.001
未婚	41	77.78(66.67,82.22)		
已婚	389	66.67(44.44,80.00)		
离异或丧偶	28	28.89(11.11,71.11)		
文化程度			43.436	<0.001
小学及以下	121	28.89(15.56,60.00)		
初中	168	62.22(48.89,80.00)		
高中或中专	99	77.78(66.67,84.44)		
大专及以上	70	80.00(73.33,93.33)		
工作状况			41.555	<0.001
无工作	178	53.33(20.00,77.78)		
在职	246	73.33(57.78,82.22)		
离退休	34	70.00(46.67,84.44)		
居住地			-3.716	<0.001
农村	194	60.00(24.44,80.00)		
城镇	264	71.11(53.33,80.00)		
家庭年收入(万元)			24.303	<0.001
<5	190	60.00(20.00,80.00)		
5~	137	68.89(51.11,80.00)		
10~	72	73.33(60.00,80.00)		
>15	59	73.33(60.00,86.67)		
医疗负担			52.398	<0.001
没有	27	77.78(66.67,97.78)		
有一点	154	75.56(60.00,82.22)		
较重	123	66.67(48.89,80.00)		
非常重	154	47.78(20.00,77.78)		
癌症分期			28.803	<0.001
0~I 期	13	75.56(68.89,80.00)		
II 期	68	73.33(60.00,84.44)		
III 期	187	71.11(53.33,80.00)		
IV 期	190	56.67(20.00,80.00)		
癌症病程(月)			13.747	0.003
<4	113	57.78(28.89,77.58)		
4~	212	68.89(42.22,80.00)		
7~12	60	73.33(57.78,80.00)		
>12	73	73.33(60.00,84.44)		

注:无工作包括从未就业人员及因为疾病或其他原因目前处于无工作状态的人员。

**2.4 患者感知医患共同决策水平的影响因素分层回归分析** 以感知医患共同决策得分为因变量(残差满足正态性、等方差的条件),构建3个分层回归模型,模型1,纳入将社会人口学特征中有统计学意义的因素(年龄、文化程度、婚姻状况、工作状况、家庭年收入、医疗负担)作为第1层自变量;模型2,模型1+将疾病资料中有统计学意义的因素(癌症分期、癌症病程);模型3,模型2+患者参与能力量表的4个维度。设  $\alpha_{\text{入}} = 0.05, \alpha_{\text{出}} = 0.10$ 。结果见表2。

**表2 癌症患者感知医患共同决策得分影响因素的分层回归分析 (n=458)**

变量	$\beta$	SE	$\beta'$	t	P
<b>模型1</b>					
常数项	68.423	6.034	—	11.340	0.001
年龄	-12.115	2.891	-0.186	4.190	<0.001
文化程度	11.876	1.321	0.434	8.988	<0.001
家庭年收入	3.459	1.454	0.130	2.379	0.018
医疗负担	-6.970	1.535	-0.238	4.541	<0.001
<b>模型2</b>					
常数项	74.619	6.260	—	11.920	0.001
年龄	-10.936	2.843	-0.168	3.847	<0.001
文化程度	11.868	1.289	0.434	9.203	<0.001
家庭年收入	3.605	1.419	0.136	2.540	0.011
医疗负担	-6.070	1.533	-0.207	3.961	<0.001
工作状况(在职)	5.576	2.735	0.100	2.039	0.042
癌症病程	4.725	1.044	0.168	4.525	<0.001
癌症分期	-5.507	1.381	-0.158	3.988	<0.001
<b>模型3</b>					
常数项	-34.145	6.425	—	-5.314	<0.001
癌症病程	1.960	0.644	0.070	3.044	0.002
信息获取能力	1.394	0.249	0.293	5.588	<0.001
沟通交流能力	1.742	0.209	0.357	8.330	<0.001
自主决策能力	0.937	0.222	0.190	4.220	<0.001

注:变量赋值,年龄(0=<60岁,1= $\geq$ 60岁);文化程度(0=小学及以下,1=初中,2=高中或中专,3=大专及以上);家庭年收入(0=5万元以下,1=5~10万元,2=10~15万元,3=15万元以上);医疗负担(0=没有负担,1=有一点负担,2=较重负担,3=非常重负担);工作状况(以无工作为参照,设置2个哑变量);癌症分期(0=0~I期,1=II期,2=III期,3=IV期);癌症病程(0=<4个月,1=4~6个月,2=7~12个月,3= $\geq$ 12个月);其他连续性变量以原值代入。模型1,  $F = 28.336, P < 0.001; R^2 = 0.363$ , 调整  $R^2 = 0.350$ 。模型2,  $F = 27.770, P < 0.001; R^2 = 0.407$ , 调整  $R^2 = 0.392$ , 相对于模型1  $\Delta R^2 = 0.044 (P < 0.001)$ 。模型3,  $F = 105.897, P < 0.001, R^2 = 0.782$ , 调整  $R^2 = 0.775$ , 相对于模型2,  $\Delta R^2 = 0.375 (P < 0.001)$ 。所有变量的方差膨胀因子(VIF)为1.039~5.574,均不超过10。

**3 讨论**

**3.1 癌症患者的参与能力及感知的医患共同决策水平现状** 本研究中458例癌症患者医患共同决策问卷总得分为65.67(44.44,79.00)分,处于中等水平,

仅34.28%癌症患者感知到的医患共同决策水平高,远低于Hahlweg等<sup>[11]</sup>研究中的比例(50.7%),这可能与国内文化及医疗情境因素的影响下,患者的权利意识淡薄及依赖医务人员的专业权威有关。模型2在控制社会人口学资料后,癌症患者的病程越长、病情越轻,其感知的医患共同决策水平越高。一般而言,患者的病程越长,其对自身疾病及治疗相关信息了解越多,越能参与到自身的医疗照护决策中;而病情越轻的患者,其生理及心理状态相对较好,越能积极地参与到医疗决策过程中。模型3在加入参与能力这一变量后,癌症分期、癌症病程的标准化回归系数均减小,癌症分期对感知的医患共同决策水平的影响无统计学意义,癌症病程对感知的医患共同决策水平的影响仍有统计学意义,这可能与参与能力这一变量分别在癌症分期、癌症病程与感知的医患共同决策水平之间发挥着不同程度的中介作用有关。

本研究中,癌症患者参与能力问卷的条目均分为3.12,4个维度的条目均分范围为2.70~3.62,相对于5点计分法中的最高程度来说,此得分介于“不确定”和“基本同意”之间,说明我国癌症患者的参与能力尤其是信息获取能力、自主决策能力处于较低水平,与刘琪<sup>[12]</sup>的研究结果基本一致,这可能与国内相关决策辅助资源匮乏,癌症患者获得相关决策辅助及培训的机会少有关。

**3.2 患者参与能力和其感知医患共同决策水平的关系** 表2显示,模型2与模型1之间的 $R^2$ 增量仅为0.044,而模型3与模型2之间的 $R^2$ 增量较大( $\Delta R^2 = 0.375$ ),可见信息获取能力、沟通交流能力、自主决策能力能解释医患共同决策水平37.5%的变异,表明上述3种能力对患者感知医患共同决策水平具有较强的预测作用。有研究显示,医患之间有效的沟通是实现医患共同决策的前提<sup>[13-14]</sup>,而医患沟通水平不仅依赖于医生的沟通技巧,患者的沟通能力也是关键<sup>[15-16]</sup>。这与本研究结果一致。另外,Charles等<sup>[17]</sup>医患共同决策分为信息交流、协商和做出医疗决策3个阶段,贯穿于这3个阶段的是医患之间围绕医疗决策问题而互动。对患者,虽然医生是疾病及治疗信息的主要来源,倘若患者能在医患互动之前提前获取了相关信息,可降低医患之间的信息不对称性,有益于提高医患之间的沟通效率。在治疗决策过程中,癌症患者的自主决策能力既体现了患者参与治疗决策的自主性,亦能反映患者根据自身病情及获取的疾病与治疗相关信息情况选择治疗方案的能力,可解释其对感知医患共同决策水平具有较强的预测作用。情绪管理能力指患者对自身情绪进行控制和调节的能力,本研究并未发现患者的情绪管理能力对其感知医患共同决策水平具有预测作用,虽有研究显示心血管疾病患者的心



理状态对其参与临床决策的倾向性有影响<sup>[18]</sup>,但尚  
未见相关研究报道癌症患者的心理状态对其参与医  
疗决策的态度及行为的影响,还有待进一步研究。  
另外,考虑到模型 3 仅有 4 个变量对医患共同决策  
水平存在显著影响,并且从模型 2 可知癌症病程这  
一变量的影响比较微小,由此可以推测病程可能与  
信息获取能力、沟通交流能力、自主决策能力存在  
显著的交互效应,有待今后进一步探索。

#### 4 小结

本研究结果显示,在控制了人口学因素和疾病相  
关资料后,癌症患者的信息获取能力、沟通交流能力、  
自主决策能力是其感知医患共同决策水平的重要预  
测因素,患者的情绪管理能力尚未见有预测作用。本  
研究提示,一方面医护人员应尊重患者的自主决策  
权,让患者能够参与医疗决策;其次,医护人员应引导  
患者如何有效地获取医疗信息并提供给患者相关的  
信息渠道、资源,以提升患者的信息获取能力;最后,  
医护人员应加强对患者沟通能力的培训,也应注重提  
升自身的沟通技巧,以有效引导患者表达自己的想法  
及偏好,促进医患有效沟通,以推动医患共同决策在  
临床上广泛实施。

#### 参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer sta-  
tistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and  
mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J].  
CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.

[2] 陈玲. 医护患共同决策的应用进展[J]. 护理学杂志,  
2016, 31(24): 103-105.

[3] Huang J L, Chagpar A. Active participation in decision-  
making in contralateral prophylactic mastectomy for pa-  
tients with breast cancer[J]. J Surg Res, 2019(242): 129-  
135.

[4] Moth E B, Kiely B E, Martin A, et al. Older adults/  
preferred and perceived roles in decision-making about  
palliative chemotherapy, decision priorities and informa-  
tion preferences[J]. J Geriatr Oncol, 2020, 11(4): 626-  
632.

[5] 缪爱云. 原发性肝癌患者参与治疗方式决策现状及影响  
因素的研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2015.

[6] Singh J A, Sloan J A, Atherton P J, et al. Preferred  
roles in treatment decision making among patients with  
cancer: a pooled analysis of studies using the Control  
Preferences Scale[J]. Am J Manag Care, 2010, 16(9):

688-696.

[7] Légaré F, Ratté S, Gravel K, et al. Barriers and facilita-  
tors to implementing shared decision-making in clinical  
practice: update of a systematic review of health profes-  
sionals' perceptions [J]. Patient Educ Couns, 2008, 73  
(3): 526-535.

[8] 燕铁斌, 章马兰, 于佳妮, 等. 国际功能, 残疾和健康分类  
(ICF) 专家共识[J]. 中国康复医学杂志, 2021, 36(1): 4-  
9.

[9] Shen H N, Lin C C, Hoffmann T, et al. The relation-  
ship between health literacy and perceived shared deci-  
sion making in patients with breast cancer[J]. Patient  
Educ Couns, 2019, 102(2): 360-366.

[10] 罗碧华, 肖水源. 中文版医患共同决策问卷患者版的信  
效度[J]. 中南大学学报(医学版), 2019, 44(7): 823-  
828.

[11] Hahlweg P, Kriston L, Scholl I, et al. Cancer patients/  
preferred and perceived level of involvement in treatment  
decision-making: an epidemiological study[J]. Acta On-  
cologica, 2020, 59(8): 967-974.

[12] 刘琪. 中国情境下病人参与能力的构成及现状研究[D].  
长沙: 中南大学, 2012.

[13] Carvajal D N, Klyushnenkova E, Barnet B. Latina con-  
traceptive decision-making and use: the importance of  
provider communication and shared decision-making for  
patient-centered care[J]. Patient Educ Couns, 2021, 104  
(9): 2159-2164.

[14] Gulbrandsen P. Shared decision making: improving doc-  
tor-patient communication[J]. BMJ, 2020, 368: m97.

[15] Laidsaar-Powell R, Butow P, Bu S, et al. Family in-  
volvement in cancer treatment decision-making: a quali-  
tative study of patient, family, and clinician attitudes  
and experiences[J]. Patient Educ Couns, 2016, 99(7):  
1146-1155.

[16] Ilan S, Carmel S. Patient Communication Pattern Scale:  
psychometric characteristics[J]. Health Expect, 2016, 19  
(4): 842-853.

[17] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the  
physician-patient encounter: revisiting the shared treat-  
ment decision making model[J]. Soc Sci Med, 1999, 49  
(5): 651-661.

[18] 刘金涛. 心血管疾病患者参与临床决策的倾向性研究  
[J]. 中国医药, 2014, 9(3): 293-297.

(本文编辑 赵梅珍)

• 敬告读者 •

为适应我国信息化建设需要, 扩大作者学术交流渠道, 本刊已入网万方数据知识服务平台、中国知网、维普网、超星数据库。  
故凡向本刊投稿并录用的稿件, 将一律由编辑部统一纳入以上数据库, 进入因特网提供信息服务。如作者不同意将文章编入上述  
数据库, 请在来稿时声明, 本刊将做适当处理。