

患者决策辅助工具开发流程研究现状

陆瑶^{1,2}, 张迁³, 程千吉^{1,2}, 刘佳宁⁴, 黄嘉杰⁴, 宁金铃^{1,2}, 刘杰⁵, 葛龙^{1,2,6}

摘要: 患者决策辅助工具是实施医患共同决策的有效手段。本文介绍国际上主要组织关于患者决策辅助工具的开发流程与方法,探讨其特点和差异,分析国内开发患者决策辅助工具的挑战,提出相应建议,以期国内患者决策辅助工具的开发提供参考。

关键词: 患者决策辅助工具; 循证医学; 开发流程; 共同决策; 患者偏好; 价值观; 综述文献

中图分类号: R47 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.09.125

Systematic development process for patient decision aids: a review of literature

Lu Yao, Zhang Qian, Cheng Qianji, Liu Jianing, Huang Jiajie, Ning Jinling, Liu Jie, Ge Long. Health Policy and Management Faculty, Public Health School, Lanzhou University, Lanzhou 730000, China

Abstract: Patient decision aids (PDA) facilitate processes of shared decision-making between patients and their clinicians. This review introduces the processes and formats for developing PDA which were proposed by some major international organizations, analyzes the characteristics and differences of each development process, identifies the challenges in developing PDA in Chinese context, and provides some suggestions, aiming to benefit the development of PDA for Chinese patients.

Keywords: patient decision aid; evidence-based medicine; development process; shared decision making; patient preferences; value; literature review

在医疗保健过程中,患者往往会在筛查、诊断、治疗、护理、康复等方面面临各式各样的决策。随着医疗卫生服务体系的不断完善,以患者为中心、尊重患者自主权逐渐受到重视^[1]。在某些情况下,家长式作风的临床决策模式不再适用,如当某种治疗决策存在多个可选方案,选择何种方案与患者偏好息息相关时。医患共同决策(Shared Decision Making, SDM)作为一种临床决策创新模式,旨在支持临床医护人员和患者基于当前最佳证据共同做出符合患者自身偏好和价值观的决策^[2]。患者决策辅助工具(Patient Decision Aid, PDA)是实施医患共同决策的有效手段,该工具通过向患者提供基于循证的、与其健康状况有关的选择及相应结果的信息,帮助患者做出明确的、与个人价值观相符的决策^[3-4]。基于 PDA 应用方式, PDA 可分为 3 类:①临床中医患互动的 PDA;②患者独立使用的 PDA(传统 PDA^[5-6]);③基于电话、社交媒体等途径互动的 PDA(多指决策指导)^[4,7-8]。相比于常规干预, PDA 在增加患者知识水平、降低决策冲突、提高患者风险认知准确性等方面有更加积极的效果^[4]。然而,质量欠佳、信息不准确或不平衡的 PDA 可能会误导患者决策,使患者面临额外的风

险^[9]。高质量 PDA 的开发需遵循一定的标准和流程,国际上多个组织相继发布了 PDA 的开发流程或方法。目前国内 PDA 相关研究尚处于起步阶段,已开发的 PDA 数量较少^[10]。因此,本研究对多个国际上主流的开发流程进行介绍,在探讨不同 PDA 开发流程的特色、共性与差异的基础上,分析国内 PDA 开发可能面临的挑战,提出相应建议,以期国内 PDA 的开发提供参考。

1 不同 PDA 开发流程介绍

目前国际上较为主流的 PDA 开发流程包括决策辅助工具国际标准(International Patient Decision Aids Standards, IPDAS)(PDA 的质量标准)、基于渥太华决策支持框架(Ottawa Decision Support Framework, ODSF)的渥太华开发流程(该框架被广泛应用)、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)的 PDA 开发流程(指南与 PDA 的结合)、选项网格(OPTION Grid)开发流程(该工具被用于临床互动决策)和 SHARE-IT(SHARing Evidence to Inform Treatment decisions)决策辅助开发流程(可实现 PDA 的半自动化生产)。不同 PDA 开发流程,见表 1(SHARE-IT 决策辅助为半自动化生产,因此不在表中阐述)。

1.1 IPDAS 于 2005 年被 IPDAS 协作组制定^[12], 包含 74 条标准,分为 12 个领域。为了更加精确、定量地评估 PDA 的质量,IPDAS 协作组在原始框架的基础上构建了质量评估工具(International Patient Decision Aid Standards instrument, IPDASi)及其简版(IPDASi-SF)^[17]。随后又在 IPDASi 的基础上提出了 PDA 的认证工具,即 IPDAS4.0,将标准分为资格标准、认证标准及质量标准 3 大类^[13]。IPDAS 中提出了关于 PDA 系

作者单位:1. 兰州大学公共卫生学院卫生政策与管理学系(甘肃 兰州,730000);2. 兰州大学卫生管理与健康发展研究中心;3. 渥太华大学护理学院;4. 甘肃中医药大学护理学院;5. 中国中医科学院广安门医院;6. 甘肃省循证医学重点实验室

陆瑶:女,硕士在读,学生, luyao1215ly@163.com

通信作者:葛龙, gelong2009@163.com

科研项目:中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目(CI2021A05502)

收稿:2023-12-18;修回:2024-02-26

统开发流程的标准^[12,18]。2013 年 Coulter 等^[11]在回顾 PDA 相关随机对照试验研究、部分组织 PDA 开发方法等信息后,提出开发 PDA 的核心流程,包括:①定义 PDA 范围目的。②组建指导小组。③从患者及临床医生的角度评估患者的决策需求。④确定 PDA 的格式(如视频、网站)、适用环境(如初级卫生保健)及发放方式(如网站、诊所发放)。⑤回顾并总结证据。⑥起草 PDA。⑦在患者和临床医生两类人群中针对 PDA 进行 Alpha 测试。⑧指导小组审查测试结果并根据情况

对 PDA 进行调整修改。⑨在实际环境中针对 PDA 进行 Beta 测试。⑩指导小组审查修改并形成最终版本的 PDA。在意识到患者、家庭成员、代理决策者等用户参与 PDA 开发的重要性后,Vaisson 等^[19]提出以用户为中心的框架,其开发步骤与上述核心流程相似。不同之处在于该框架将了解用户需求、开发 PDA、评估 PDA 三大版块作为循环的路径,通过 2~4 轮迭代,旨在让用户重复参与 PDA 的开发步骤,从而提高 PDA 的质量。

表 1 不同 PDA 开发流程

步骤	PDA 开发流程			
	IPDAS ^[11-13]	基于 ODSF 的渥太华开发流程 ^[14-15]	NICE-PDA 开发流程	选项网格开发流程 ^[16]
开发 PDA 的必要性	NA *	考虑初始触发因素和可用 PDA	选择决策主题并进行优先级排序	偏好敏感的决策,该决策存在“竞争”性的 2 种及以上方案
定义 PDA 范围目的	健康问题,需考虑的决策,目的,目标人群,指导的理论框架	健康问题,需考虑的决策,目的,目标人群	健康问题,需考虑的决策,目的,目标人群	健康问题,需考虑的决策,目的,目标人群
组建工作组	患者、临床医生、其他专家(如政策制定者、具有 SDM 相关经验的专业人员);确定成员资历或资质信息;明确成员利益冲突	临床医生、开发 PDA 相关经验的人员、患者、系统评价/指南制订研究人员、流行病学家、公众等	开发团队,项目组,外部委托方或合作伙伴	多学科利益相关者团队,可招募相应的公众或患者代表,由相关负责人进行管理
评估决策需求	从患者及临床医生的角度评估患者决策需求	使用渥太华需求评估方法	基于用户需求定义 PDA 涵盖的内容	基于文献确定患者在决策时考虑的必要内容,形成关键问题
PDA 标准	格式,适用环境,发放方式	格式,发放方式(渥太华模版)	共同决策支持工具标准框架	选项网格模版
综合证据	综合证据	基于 Cochrane 证据中的结果总结表	证据来源于相关 NICE 指南和其他,如英国国家系列网站;必要时进行针对性的文献检索	检索高质量的临床指南和系统评价;如必要,可进行新的系统评价;当不存在或缺少相关证据时,可考虑临床共识
撰写 PDA	满足 IPDAS 4.0(资格标准和认证标准)	使用渥太华模版;满足 IPDAS 4.0	遵守 NICE 的平等与多样性原则;符合共同决策支持工具标准框架	使用选项网格模版并确保选项网格的可读性
审查/测试	Alpha 测试:患者评估 PDA 的可理解性和可用性,临床医生评估 PDA 的可接受性和可用性;Beta 测试:患者和临床医生评估 PDA 的可行性	Alpha 测试:患者评估 PDA 的可理解性和可用性,临床医生评估 PDA 的可接受性和可用性;Beta 测试:患者和临床医生评估 PDA 的可行性	审查并修改 PDA,随后进行同行评审(若适用,可进行用户测试)	团队就选项网格内容讨论达成一致;招募患者,通过访谈、焦点小组、电子问卷调查等方式获取反馈
最终版本	审查测试结果,形成最终版本	审查测试结果,形成最终版本	基于评审结果进行修改并达成共识,最终由相关负责人签字并准备发布	基于反馈修改形成最终版本,审查最终版本并发布
有效性评估	满足 IPDAS 有效性标准	使用相应工具评估 PDA 的有效性	NA	NA
传播或更新	传播	使用官方网站、注册 A~Z 清单进行传播;通常 1~2 年更新	通过 NICE 传播渠道进行传播;与相关 NICE 指南一同被管理	通过官网网站传播;1 年更新 1 次

注:* NA 表示不涉及相关步骤。

1.2 基于 ODSF 的渥太华开发流程 渥太华 PDA 开发流程的重要依据是 ODSF。ODSF 于 1998 年由渥太华患者决策辅助工具研究小组提出,并在 2020 年更新^[15]。ODSF 包括决策需求、决策支持及决策结局。渥太华 PDA 开发流程(<https://decisionaid.ohri.ca/eTraining/session.php?section=s6>)与 IPDAS 相似,但某些地方存在差异^[14]。渥太华患者决策辅助工具研究小组在开发 PDA 之初提出需考虑开发 PDA 的必要性,如是否存在可用的 PDA,某人群是否存在某决策困境。通过浏览渥太华决策辅助工具 A~Z 清单(检查是否存在可用的 PDA)、咨询专家、回顾文献(如系统评价、患者偏好研究)等方式来确定是否有必要开发新的 PDA。在评估决策需求部

分,渥太华提供了有关决策需求的详细指导(https://decisionaid.ohri.ca/eTraining/docs/s6_Population_Needs_Assessment.pdf)。基于 ODSF 收集决策需求信息,包括艰难的决策类型/时机、处于不愿决策的阶段、决策冲突(不确定性)、知识不足及不切实际的期望、价值观不明确、支持和资源不足、个人/临床需求^[20]。

1.3 NICE-PDA 开发流程 NICE 主要是在其指南的基础上开发 PDA。2023 年 6 月,NICE 对 PDA 开发流程进行了更新(<https://www.nice.org.uk/process/pmg42/chapter/developing-a-patient-decision-aid>)。主要流程为以下 8 个步骤。①成立团队:项目组指导 PDA 开发,包括 NICE 相关工作人员和决策主题相关

专家(指具备与该 PDA 主题相关专业知识的人员或曾有相关经历的人员,如患者、卫生专业人员,其承担的角色包括告知 PDA 范围,确保 PDA 信息的公平性与平衡性,协助完善 PDA 的可接受性和可理解性等)。开发团队由行政人员、药师等人员组成,负责协调工作、起草 PDA、确保 PDA 质量、更新 PDA 等。开发团队会和其他 NICE 团队合作来共同识别和优选可能的 PDA 主题、支持 PDA 的呈现与出版、根据需要进行文献检索等。②利益冲突声明:相关人员均遵守 NICE 的利益冲突政策。③主题遴选:根据一定标准选择决策主题并进行优先级排序,包括人群的需求(如可供选择的方案数量在 2 种及以上)、未满足的需求(如可获得的治疗方案存在差异)、系统优先级(如某决策是否常见)。④开发并撰写 PDA:遵守相应的时间计划安排以及平等与多样性的原则(<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/policies-and-procedures>),确定 PDA 的范围(此处的范围是指基于用户需求定义 PDA 涵盖的内容,如可能的效益、危害以及其他信息),查找相应证据。PDA 证据部分来源于相关的 NICE 指南及其他信息。PDA 撰写内容应遵循共同决策支持工具标准框架(<https://www.nice.org.uk/corporate/ecd8>)。⑤审查与测试:对 PDA 进行内部审查,审查无误后邀请利益相关者对 PDA 进行同行评审(视情况可进行用户测试),基于反馈结果修改完善 PDA。⑥签署发布:执行委员会终审并批准发布。⑦发布与传播:通过相应途径对 PDA 进行传播。⑧审查与更新:通常情况下,PDA 将作为 NICE 指南管理的一部分,当该指南及其推荐意见发生修改时,相关的 PDA 将被更新或撤回。

1.4 选项网格开发流程 选项网格由 Elwyn 等^[21]研发,是一种简短的 PDA,由医疗保健者和患者在临床互动决策时使用,其特点在于以一页基于证据的表格呈现决策相关内容,常以 5~9 个关键问题呈现^[21-23]。选项网格的开发通常分为 10 个步骤^[16]。①识别需求:识别偏好敏感的决策。②组建开发团队:整个开发过程由 1 名主席和 1 名协调员进行管理,1 名主编负责监督和协调开发流程、组建并指导编辑团队开发选项网格、咨询主席和协调员以获取指导与建议。组建 4~8 人的多学科利益相关者团队,同时可招募 1 名对该疾病有经验的公众或患者代表。③确定关键问题:团队通过最新研究以及讨论确定患者在决策时考虑的必要内容。④综合证据:基于前期确定的关键问题,综合相关证据。⑤填补选项网格:基于选项网格呈现模版撰写相应内容,并将迷雾指数(Gunning FogIndex)控制在 6 以内。⑥团队就选项网格内容进行讨论并达成一致。⑦用户测试:招募有疾病相关经历的患者获取反馈。⑧团队基于反馈修改并形成最终版本。⑨主席审查最终版本,确保满足标准后签署发布。⑩更新选项网格:一般 1 年更新 1 次。

1.5 SHARE-IT 决策辅助开发流程 SHARE-IT 项目由 MAGIC (Making GRADE the Irresistible Choice) 证据生态基金会于 2012 年启动^[24]。SHARE-IT 决策辅助在经过利益相关者反馈、用户测试等步骤后形成,可基于 MAGIC 平台发布的相关临床实践指南或系统评价中的 GRADE 证据总结实现工具的半自动化生产。SHARE-IT 以多层次的形式呈现,用于临床互动决策^[24]。第 1 层列出有关该决策的患者重要结局^[25]及患者面临实际问题的选项。第 2 层为点击第 1 层相应选项出现的内容,点击特定结局选项呈现可选方案的相应效应量、确信度;点击患者面临实际问题的选项呈现与决策相关的患者面临实际问题的类别^[26],如用法用量、情绪健康、社会生活和人际关系等。第 3 层为点击第 2 层后出现的关于方案相关绝对风险和确信度或不同实际问题的详细内容。

2 不同 PDA 开发流程的特点与差异

不同 PDA 开发流程彰显不同的特点。IPDAS 是 PDA 开发的“中枢”,任何 PDA 的开发与呈现均应符合 IPDAS 相关标准以确保 PDA 的质量。ODSF 是目前非常成熟且使用范围较广的框架之一^[19],其对 PDA 开发提供了较为详细的理论指导。NICE-PDA 与 SHARE-IT 决策辅助将 PDA 与指南进行了结合。PDA 与临床实践指南的开发在某些部分相似^[6],两者的开发与更新均需耗费大量的资源,同时临床实践指南推荐意见中的弱推荐又往往提示该类人群的偏好价值观可能存在较大差异^[27],更需进行医患共同决策。因此融合临床实践指南的制订与 PDA 的开发具有较多的优势。但基于临床实践指南产生的 PDA 更多基于推荐意见产生,故而可能无法完全涵盖患者的决策问题。譬如,患者关注何种补充替代医学疗法可缓解癌性疼痛,而关于针刺治疗癌性疼痛的临床实践指南无法为该决策提供完整的证据支持。此外,SHARE-IT 决策辅助还可基于 GRADE 证据总结实现半自动化生产,并可系统呈现与决策相关的实际问题。然而,目前 SHARE-IT 决策辅助更多呈现 2 个干预措施的比较^[26],如何直观平衡地呈现 3 个及以上干预措施比较有待探讨。选项网格用一页纸简洁明了地呈现决策内容,避免了繁杂的信息干扰患者的判断,支持患者在有限的临床互动时间中实现高质量的决策^[21]。然而,这也可能出现信息不全面、难以澄清患者价值观等问题^[28]。

不同 PDA 开发流程存在一定差异。在开发 PDA 的理由方面,不同组织考虑的因素存在差异,如是否为偏好敏感的决策、是否已存在相似的 PDA、是否为在临床中常见的决策。就目前而言,对于什么决策特征适用于开发 PDA 尚未形成统一的规范。在工作组组建方面,不同开发流程对人员的专业知识和技

能、人数及职能的要求存在较大差异。在需求评估方面,不同流程决策需求评估的范围不同。如渥太华开发流程可基于 ODSF 全面评估患者的决策需求,选项网格则是通过文献研究识别患者在决策中考虑的必要内容。在证据综合方面,不同开发流程在研究的优先选择上存在差异。如渥太华开发流程推荐基于 Cochrane 系统评价中的结果总结表,而选项网格则提出优先考虑指南和系统评价。

PDA 的开发流程在利益冲突声明与管理、证据综合等环节尚无详细指导。研究者在开发期间未进行利益声明将导致 PDA 存在一定的风险^[29]。IP-DAS 和渥太华开发流程均要求研究者声明利益冲突,然而如何进行利益冲突声明与管理,利益冲突披露的具体范围和时间尚不清楚^[29]。既往对开发 PDA 的机构的调查研究表明,不同机构的利益冲突评估流程差异大且不全面,仅半数的机构制定了利益冲突政策^[30]。在证据综合方面,检索何种证据、是否评价研究质量、是否进行证据确信度评估尚不清楚^[31]。在更新方面,除证据的影响外,哪些方面还会影响 PDA 的更新尚不清楚。

3 国内开发 PDA 面临的挑战

考虑中西医结合诊疗的医疗卫生体系特点及患者偏好价值观的差异,开发应用于国内临床决策的 PDA 需考虑额外的因素。从 PDA 开发的角度看,①工作组组建:考虑中医或中西医临床专家、患者及其家属在工作组中的角色^[32]。②证据综合:考虑国内患者在决策关注内容上的差异性,如中西医药物间的相互作用。从 PDA 呈现的角度看,①证据呈现:鉴于目前中医存在证据多元性(证据可来源于古籍、名医经验以及现代临床研究),不良反应及成本证据缺乏(中医干预方案的不良反应、中西医干预方案间的相互作用及中医干预方案成本的证据相对缺乏)等特点^[33-35],在 PDA 内容方面应考虑“平衡”地呈现中西医证据。②患者健康素养水平:国内患者健康素养水平有待提高^[36-38],这在一定程度上影响了患者获取、理解和应用信息。因此,在 PDA 内容呈现时需着重考虑患者对信息的可理解性,如将专业的中医术语转化为相对可理解的话语^[39-41]。③患者偏好价值观:考虑国内患者对 PDA 格式、证据呈现方式(如证据确信度)、PDA 应用形式的倾向性。④临床适用性:基于当前国内临床诊疗流程特点以及医疗工作者专业素养,应考虑在 PDA 呈现的具体细节等方面作相应调整以适用于临床实践。

4 小结

本文对不同 PDA 开发流程与方法进行阐述,概括了相应的特点,分析其中差异,提出国内 PDA 开发的挑战。医患共同决策发展已数十年,然而在临床实践中实施仍面临重重障碍。就 PDA 本身而言,高质

量的 PDA 能够减少实施医患共享决策的阻碍。然而面对不同 PDA 开发流程及其特点,国内相关研究者如何汲取优点,聚焦核心优势,突破潜在局限,从而更高效地开发高质量 PDA 是值得思考的问题。未来应考虑多种路径来探索符合中国国情的医患共同决策理论体系及实践模式,如构建国内 PDA 开发方法学框架,探索 PDA 与中(西)医(结合)临床实践指南的最佳结合模式,探究 PDA 与医疗决策系统整合路径等。倘若未来在各部门的通力合作、不同专业人员的全力配合以及科研工作者的积极参与下,国内临床实践中能高效实施医患共享决策,患者与医生可共同选择出符合患者自身利益的方案,这对加强医患沟通、减少医患矛盾、提升患者健康福祉、提高医疗服务质量与效率、促进医疗资源的合理分配与利用具有积极意义。

参考文献:

- [1] Cooper K, Heilbrun M E, Gilyard S, et al. Shared decision making: radiology's role and opportunities[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2020, 214(1): W62-w66.
- [2] Elwyn G, Laitner S, Coulter A, et al. Implementing shared decision making in the NHS[J]. *BMJ*, 2010, 341: c5146.
- [3] 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.
- [4] Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 1(1): CD001431.
- [5] Xu J, Prince A E R. Shared decision-making in vascular surgery[J]. *J Vasc Surg*, 2019, 70(5): 1711-1715.
- [6] Agoritsas T, Heen A F, Brandt L, et al. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens[J]. *BMJ*, 2015, 350: g7624.
- [7] Elwyn G, Frosch D, Volandes A E, et al. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions[J]. *Med Decis Making*, 2010, 30(6): 701-711.
- [8] Stacey D, Kryworuchko J, Belkora J, et al. Coaching and guidance with patient decision aids: a review of theoretical and empirical evidence[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2013, 13(Suppl 2): S11.
- [9] Ankolekar A, Dekker A, Fijten R, et al. The benefits and challenges of using patient decision aids to support shared decision making in health care[J]. *JCO Clin Cancer Inform*, 2018, 2: 1-10.
- [10] 史晓誉, 王海银, 谢春艳, 等. 患者决策辅助工具促进分担决策发展的国际经验及启示[J]. *中国卫生质量管理*, 2021, 28(3): 101-105.
- [11] Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, et al. A systematic development process for patient decision aids[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2013, 13(Suppl 2): S2.
- [12] Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: on-

- line international Delphi consensus process[J]. *BMJ*, 2006,333(7565):417.
- [13] Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, et al. Toward minimum standards for certifying patient decision aids:a modified Delphi consensus process[J]. *Med Decis Making*,2014,34(6):699-710.
- [14] Stacey D, Ludwig C, Archambault P, et al. Feasibility of rapidly developing and widely disseminating patient decision aids to respond to urgent decisional needs due to the COVID-19 pandemic[J]. *Med Decis Making*, 2021, 41(2):233-239.
- [15] Stacey D, Légaré F, Boland L, et al. 20th Anniversary Ottawa Decision Support Framework:Part 3 overview of systematic reviews and updated framework[J]. *Med Decis Making*,2020,40(3):379-398.
- [16] Marrin K, Brain K, Durand M A, et al. Fast and frugal tools for shared decision-making:how to develop Option Grids[J]. *EJPCH*,2013,1(1):240-245.
- [17] Elwyn G, O'Connor A M, Bennett C, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi)[J]. *PLoS One*,2009,4(3):e4705.
- [18] Witteman H O, Maki K G, Vaisson G, et al. Systematic development of patient decision aids:an update from the IPDAS Collaboration[J]. *Med Decis Making*, 2021, 41(7):736-754.
- [19] Vaisson G, Provencher T, Dugas M, et al. User involvement in the design and development of patient decision aids and other personal health tools:a systematic review [J]. *Med Decis Making*,2021,41(3):261-274.
- [20] 余绍福,牟玮,靳英辉,等. 医患共同决策系列之二:医患共同决策研究典范——渥太华患者决策辅助工具研究小组[J]. *医学新知杂志*,2021,31(1):59-67.
- [21] Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, et al. Option Grids:shared decision making made easier[J]. *Patient Educ Couns*,2013,90(2):207-212.
- [22] Scalia P, Durand M A, Kremer J, et al. Online, interactive option grid patient decision aids and their effect on user preferences[J]. *Med Decis Making*,2018,38(1):56-68.
- [23] Scalia P, Ahmad F, Schubbe D, et al. Integrating option grid patient decision aids in the epic electronic health record:case study at 5 health systems[J]. *J Med Internet Re*,2021,23(5):e22766.
- [24] Heen A F, Vandvik P O, Brandt L, et al. Decision aids linked to evidence summaries and clinical practice guidelines:results from user-testing in clinical encounters[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*,2021,21(1):202.
- [25] Guyatt G, Oxman A D, Akl E A, et al. GRADE guidelines:1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. *J Clin Epidemiol*,2011,64(4):383-394.
- [26] Heen A F, Vandvik P O, Brandt L, et al. A framework for practical issues was developed to inform shared decision-making tools and clinical guidelines[J]. *J Clin Epidemiol*,2021,129:104-113.
- [27] Andrews J C, Schünemann H J, Oxman A D, et al. GRADE guidelines:15. Going from evidence to recommendation:determinants of a recommendation's direction and strength[J]. *J Clin Epidemiol*,2013,66(7):726-735.
- [28] Tsulakidze M, Grande S W, Gionfriddo M R. Assessing Option Grid® practicability and feasibility for facilitating shared decision making:an exploratory study[J]. *Patient Educ Couns*,2015,98(7):871-877.
- [29] Thompson R, Paskins Z, Main BG, et al. Addressing conflicts of interest in health and medicine:current evidence and implications for patient decision aid development[J]. *Med Decis Making*,2021,41(7):768-779.
- [30] Elwyn G, Dannenberg M, Blaine A, et al. Trustworthy patient decision aids:a qualitative analysis addressing the risk of competing interests[J]. *BMJ Open*,2016,6(9):e012562.
- [31] Zadro J R, Traeger A C, Décary S, et al. Problem with patient decision aids[J]. *BMJ Evid Based Med*,2021,26(4):180-183.
- [32] 王乐. 当代中国医疗“家庭共同决策模式”的伦理问题研究[D]. 南京:东南大学,2022.
- [33] 葛龙. 中医药/中西医结合临床实践指南制订方法学研究进展与展望[J]. *中国药物评价*,2022,39(4):279-284.
- [34] 高一城,曹蕊,刘芷含,等. 中医药临床实践指南推荐意见形成的难点及方法学建议[J]. *中医杂志*,2024,65(3):251-255.
- [35] 张颖,杨琳,李军梅,等. 心血管疾病治疗中的中西药药物相互作用[J]. *中国中药杂志*,2022,47(19):5121-5130.
- [36] 陈梦奇,迟晨汝,杨丹,等. 老年慢性病患者健康素养现状及其影响因素[J]. *济宁医学院学报*,2024,47(1):36-40.
- [37] 许春秀,周雨雪,陈晓虹. 高龄骨性关节炎患者的健康素养现状及相关影响因素[J]. *中华老年多器官疾病杂志*,2024,23(2):98-102.
- [38] 余静丽,张晓敏,康勉利,等. 中青年脑卒中患者电子健康素养现状及影响因素分析[J]. *护理与康复*,2023,22(12):1-5.
- [39] 王明. 中医术语名称研究[J]. *中医研究*,2020,33(12):63-65.
- [40] Santesso N, Wiercioch W, Barbara A M, et al. Focus groups and interviews with the public led to the development of a template for a GRADE Plain Language Recommendation (PLR)[J]. *J Clin Epidemiol*,2022,141:18-25.
- [41] 牟玮,黄宇虹,李艳芬,等. 基于叙事医学、循证医学的中西医临床共同决策模式构建初探[J]. *中医杂志*,2020,61(18):1598-1603.