

晚期癌症患者决策疲劳现状及影响因素研究

梅思娟¹, 段培蓓², 王晓庆³, 杨丽华⁴

Current state and influencing factors of decision fatigue in terminal ill cancer patients Mei Sijuan, Duan Peibei, Wang Xiaoqing, Yang Lihua

摘要:目的 调查晚期癌症患者决策疲劳现状,并分析其影响因素,以为制订和实施针对性干预措施提供参考。方法 采用一般资料调查表、决策疲劳量表、决策自我效能量表对 179 例晚期癌症患者进行调查,运用多元逐步回归分析晚期癌症患者决策疲劳的影响因素。结果 179 例晚期癌症患者决策疲劳得分为(19.69±2.08)分,决策自我效能得分为(25.45±4.55)分。多元线性回归分析显示,年龄、家庭月收入、治疗方式、决策自我效能是晚期癌症患者决策疲劳的影响因素(均 $P<0.05$),共解释总变异的 65.2%。结论 晚期癌症患者决策疲劳程度较高,护理管理者应重视晚期癌症患者决策疲劳现状,针对影响因素采取针对性干预措施,降低其决策疲劳水平,提高其决策质量。

关键词:癌症; 晚期; 决策疲劳; 决策自我效能; 治疗方式; 影响因素

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.22.051

癌症已成为影响人类健康最重要的疾病之一,随着医学科学技术的进步,介入治疗、放射治疗、生物治疗等治疗方法不断涌现,给癌症患者带来了希望。随着癌症治疗方法的日趋多样化,考虑到风险收益、生存时间、生活质量等因素,患者需要从多种治疗方案中做出决策,晚期癌症患者的治疗决策过程变得越来越复杂,且往往需要反复决策。决策疲劳(Decisional Fatigue)是由于反复的决策行为而导致的决策和控制行为能力受损^[1]。决策疲劳影响患者的判断,甚至引起一系列身心障碍,使患者的利益难以最大化^[2]。目前,国内对决策疲劳的研究尚处于起步阶段,晚期癌症患者决策疲劳的相关研究尚未见文献报道。决策自我效能指个体在参与决策过程中的决策能力,包括共享决策能力的自信或信念^[3],决策自我效能已成为患者参与决策的重要评价指标^[4]。因此,本研究对晚期癌症患者的决策疲劳水平和决策自我效能现状进行调查,并分析患者决策疲劳的影响因素,为开展相关护理干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用方便抽样方法,选取 2021 年 8~9 月在南京中医药大学第一附属医院肿瘤内科门诊就诊的晚期癌症患者为研究对象。本研究纳入一般资料变量 12 个、决策自我效能总分 1 个,共计 13 个变量,多元线性回归分析样本量为变量数的 10~15 倍^[5],考虑 15% 的无效问卷,最终确定样本量为 176~264 例。纳入标准:①经病理学或组织学确诊为恶性肿瘤,且疾病分期为 IV 期,并已知晓病情;②年龄 18~75 岁;③意识清楚,具有一定读写能力;④知情同意,自愿参加。排除标准:既往有精神病史及精神障碍,严重智力和认知障碍。本研究最终调查 179 例患者,男 83 例,女 96 例;年龄 18~75 岁,其中 18~40 岁 10 例,40~60 岁 72 例,60~75 岁 97 例;有配偶

165 例,无 14 例;受教育程度为小学及以下 28 例,初中或高中 126 例,大学及以上 25 例;在职 85 例,不在职 94 例;有宗教信仰 26 例,无 153 例;居民医保 131 例,新农合 37 例,公费医疗 11 例;病程<1 年 47 例,1~5 年 108 例,>5 年 24 例;胃癌 48 例,肠癌 39 例,乳腺癌 24 例,其他 68 例;KPS 评分^[6]<70 分 20 例,≥70 分 159 例。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料调查表 由研究者自行设计,包括 4 个方面。①人口学特征:性别、年龄、婚姻状况、文化程度等。②社会学特征:民族、职业状况、宗教信仰、月收入、医疗保险类型等;③疾病相关资料:治疗方式、病程等,由研究人员查阅电子病历记录获取。④身体状况:采用 KPS 量表评价。该量表评分为 0~100 分,每 10 分为一个等级,得分越高,表示身体状况越好。70 分为癌症患者能够进行各项治疗的临界值^[7]。

1.2.1.2 决策疲劳量表(Decision Fatigue Scale, DFS) 决策疲劳量表由 Hickman 等^[8]于 2018 年基于自我控制的资源理论编制,量表内容涵盖了决策疲劳的主要特征:认知处理和情绪调节能力的改变、决策压力和困难程度增加、冲动决策行为的倾向性和被动角色的偏好等。该量表共 9 个条目,采用 4 级评分,从“完全不同意”到“完全同意”依次赋 0~3 分,总分 0~27 分,总分越高,表示决策疲劳程度越高。本研究采用潘国翠等^[9]汉化版决策疲劳量表,该量表 Cronbach's α 系数为 0.854,本研究中为 0.824。

1.2.1.3 决策自我效能量表(Decision Self-efficacy Scale, DSES) 决策自我效能量表由 O'Connor^[10]于 1995 年编制,主要用来评估个体在接受医疗保健过程中知情选择的自信程度。该量表共 11 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不自信”到“非常自信”依次赋 0~4 分,总分为 0~44 分,分数越高代表患者决策自我效能水平越高。本研究采用王思潼等^[4]汉化版决策自我效能量表,该量表 Cronbach's α 系数为 0.918,本研究中为 0.926。

作者单位:南京中医药大学第一附属医院 1. 静脉导管护理门诊 2. 护理部 3. 消化肿瘤外科 4. 肿瘤内科(江苏 南京, 210029)

梅思娟:女,硕士,副主任护师

通信作者:段培蓓,peibeidian@sina.com

收稿:2022-06-13;修回:2022-08-08

1.2.2 资料收集方法 采用问卷调查法,患者利用候诊时间进行填写。调查时由研究者向患者介绍问卷调查的目的、意义、内容及填写方法,承诺问卷保密并仅用于本次研究。征得患者同意后,研究者采用统一指导语面对面指导患者进行问卷填写,问卷现场发放与回收。视力不清或不识字者由研究者向患者逐条念出,然后根据患者的选择代为填写。发出调查问卷 200 份,回收有效问卷 179 份,有效回收率 89.50%。

1.2.3 统计学方法 应用 SPSS21.0 软件对数据进行 *t* 检验、方差分析、Pearson 相关分析、多元线性回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 晚期癌症患者决策疲劳、决策自我效能得分及相关性分析 本研究晚期癌症患者决策疲劳得分为 (19.69 ± 2.08) 分;决策自我效能得分为 (25.45 ± 4.55) 分。Pearson 相关分析结果显示,晚期癌症患者的决策疲劳得分与决策自我效能得分呈负相关($r=-0.433, P<0.001$)。

2.2 晚期癌症患者决策疲劳单因素分析 不同性别、有无配偶、文化程度、在职情况、宗教信仰、医疗费用支付方式、病程、病种及 KPS 评分患者决策疲劳评分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$);差异有统计学意义的项目见表 1。

表 1 晚期癌症患者决策疲劳得分单因素分析

项 目	例数	决策疲劳得分 ($\bar{x} \pm s$)	F	P
年龄(岁)			9.420	0.009
18~	10	19.70±2.45		
40~	72	20.25±2.01		
60~75	97	19.27±2.01		
家庭月收入(万元)			51.915	<0.001
<1	103	20.37±2.01		
1~	40	19.85±1.50		
>2	36	17.56±1.30		
治疗(手术、化疗、放疗)方式			100.058	<0.001
1 种治疗	59	17.95±1.22		
2 种治疗	62	19.44±1.59		
3 种治疗	58	21.72±1.36		

2.3 晚期癌症患者决策疲劳影响因素的多元逐步线性回归分析 以决策疲劳作为因变量,将单因素分析、Pearson 相关分析中有统计学意义的变量作为自变量进行多元逐步回归分析($\alpha_{\text{入}}=0.05, \alpha_{\text{出}}=0.10$),结果见表 2。

表 2 晚期癌症患者决策疲劳多元逐步线性回归分析结果($n=179$)

变量	β	SE	β'	t	P
常量	27.040	0.637	—	42.472	<0.001
年龄	-0.435	0.159	-0.126	-2.727	0.007
家庭月收入	-0.749	0.127	-0.288	-5.904	<0.001
治疗方式	-1.434	0.128	-0.560	-11.236	<0.001
决策自我效能	-0.086	0.021	-0.187	-3.981	<0.001

注: $R^2=0.659$,调整 $R^2=0.652$; $F=84.209, P<0.001$ 。赋值:年龄,1=18~岁,2=40~岁,3=60~75 岁;家庭月收入,1=<1 万元,2=1~万元,3=>2 万元;治疗方式,1=1 种,2=2 种,3=3 种;决策自我效能为实测值。

3 讨论

3.1 晚期癌症患者决策疲劳程度较高 随着医学模式的转变和患者权利运动的发展,患者参与治疗决策已成为现实需求^[11]。患者参与治疗决策可以更了解病情,对治疗方案的疑虑更少,感受到更多尊重,焦虑和抑郁情绪得到缓解,对治疗决策满意度提高,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^[12]。但反复决策行为可导致决策疲劳的发生,决策疲劳常伴随个体推理和权衡利弊等认知能力受损,使个体倾向于回避、被动或保守行为,部分个体会做出冲动或不理智的行为与决策^[1],临床护理过程中需加以重视。

本研究结果显示,晚期癌症患者决策疲劳得分为 (19.69 ± 2.08) 分,高于量表总分中间值 13.5 分,表明晚期癌症患者决策疲劳程度较严重。其原因可能为晚期癌症患者病情复杂多变,治疗过程中伴随着诸多影响因素,这些因素的动态变化及交互反应极大影响患者的疾病认知,患者需进行仔细、反复分析和权衡,因而决策疲劳程度较严重。肿瘤专科护士拥有专业的肿瘤护理知识和技能、丰富的临床实践经验,可以为晚期癌症患者治疗决策提供个性化护理,以增加患者疾病治疗相关知识、鼓励患者说出治疗选择意愿、帮助患者厘清自身价值选择倾向,解决患者决策困境。

3.2 晚期癌症患者决策疲劳影响因素分析

3.2.1 年龄 本研究结果显示,年龄为晚期癌症患者决策疲劳影响因素之一($P<0.05$),其中 40~59 岁的晚期癌症患者决策疲劳程度最高,与殷利等^[13]研究结果相似。究其原因,可能为该年龄段的患者在家庭中大多为主要决策者,其他家庭成员由于年龄小经验少或年龄大认知不够,导致患者决策时家庭动力学不足。研究表明,家庭动力学影响患者对临终治疗、护理的决策^[14]。医务人员需考虑家庭动力学在晚期癌症患者决策疲劳中的影响,了解患者家庭动态以及每个家庭成员在治疗决策中的作用,鼓励患者与家人分享治疗意愿,促进有效沟通达成家庭共识,以减轻患者决策疲劳程度。

3.2.2 经济状况 晚期癌症患者治疗不仅是个人问题,而且是整个家庭问题,尤其在涉及经济问题时,本研究结果显示,家庭收入是晚期癌症患者决策疲劳影响因素之一,家庭收入越低决策疲劳程度越高($P<0.05$)。经济条件制约着患者参与治疗决策程度,医疗负担影响患者对治疗方案的选择^[15]。虽然,我国居民经济情况有了较大改善,然而,癌症治疗费用也在不断增长,经济问题在癌症治疗中仍然是一个突出的问题。另外,我国医疗保险制度还不健全,存在医保报销范围窄、报销比例低、异地报销受限等缺陷,昂贵的治疗费用会使患者家庭陷入经济危机,患者需考虑医疗费用对整个家庭产生的影响,尤其经济条件差的癌症患者,可能会在治疗费用和是否继续治疗之间反复纠结,所以,经济条件差的晚期癌症患者决策疲劳程度高。因此,需健全癌症患者医疗保障系统,提高医保对癌症相关医疗费用支付的待遇,推行癌症患者医保政策推行

跨区报销、大病医疗保险,增加癌症医保报销比例,减少不同医保类型之间报销差异;将癌症治疗新药及新技术纳入医保范围,如靶向药物治疗、基因治疗等;通过医保政策推动社区开展癌症的慢性病管理等措施,减轻癌症患者经济负担。

3.2.3 治疗方式 本研究结果显示,晚期癌症患者治疗方式越多,决策疲劳程度越高,与 Szproch 等^[16]研究结果相同。原因可能与晚期癌症患者治疗的复杂性有关。虽然医学在癌症治疗领域取得了重大发展,并诞生了很多癌症治疗的药物或方法,但手术、放疗、化疗仍然是治疗癌症的主要方法。由于晚期癌症患者失去早期手术机会或者出现术后复发,化疗及放疗是晚期癌症常用治疗,但由于患者个体差异,无法预测某一特定治疗对某个患者的效果,晚期癌症患者的治疗越发复杂^[17]。另外,放化疗对人体正常细胞产生不同程度的干扰,治疗癌症的同时会产生一定的不良反应。晚期癌症患者决策时不仅要考虑治疗效果,还需考虑治疗的不良反应,患者需理性选择、审慎决策,因此,晚期癌症患者治疗经历越多决策疲劳程度越严重。可以通过为晚期肿瘤患者提供决策辅助降低其决策疲劳,决策辅助包括基于网络决策辅助系统、治疗选择表以及决策支持干预,决策支持干预有宣传手册、决策盒、促进患者提问的问题清单等^[18]。

3.2.4 决策自我效能 本研究结果显示,晚期癌症患者决策自我效能得分为(25.45±4.55)分,低于 Pompili 等^[19]研究结果,说明晚期癌症患者决策自我效能有待进一步提高。本研究结果还显示,决策自我效能与决策疲劳呈负相关($P<0.01$),即决策自我效能越低决策疲劳程度越高。决策疲劳不仅源于反复的决策行为,而且源于情绪负担以及情境因素^[20],决策自我效能低的患者,面对治疗决策时信心不足,常会产生焦虑、恐慌等负性情绪,所以决策自我效能越低决策疲劳程度越高。因此,提高晚期癌症患者决策自我效能可以改善患者决策过程的负性情感,从而坚定患者决策行为的选择与坚持、提升患者决策的努力程度和对决策困难的态度,可采取希望疗法^[21]提升晚期癌症患者的认知功能和情绪功能,促进患者重建希望,减轻患者不良情绪,对未来美好生活的希望水平增高,从而提高患者自我效能帮助患者提高决策自我效能,降低决策疲劳程度。

4 小结

晚期癌症患者决策疲劳程度较高,年龄 40~59 岁、家庭经济条件差、治疗方式多、决策自我效能低的患者其决策疲劳程度高。因此,护理人员在制订针对性护理措施时,需从上述主要影响因素着手,帮助患者有效应对决策疲劳。本研究不足之处为仅对江苏省 1 所三级甲等医院肿瘤内科门诊患者进行调查,还需进一步扩大调查范围并增加样本量进行探讨。

参考文献:

[1] Pignatiello G A, Martin R J, Hickman R J. Decision fa-

tigue: a conceptual analysis[J]. Health Psychol,2018,25 (4):401-416.

[2] Goldbach P D. Decision making by patients and physicians together[J]. Health Aff (Millwood),2012,31(8): 1909-1910.

[3] Bunn H, O'Connor A. Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry[J]. Can J Nurs Res,1996,28(3):13-27.

[4] 王思潼,叶志霞,李芸芸,等.中文版决策自我效能量表在原发性肝癌患者治疗决策中的信效度检验[J]. 解放军护理杂志,2021,38(1):37-40.

[5] 陈峰. 医用多元统计分析方法[M]. 2 版. 北京:中国统计出版社,2007:83-84.

[6] Karnofsky D, Abellmann W, Cracer L, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma[J]. Cancer,1948,1:634-656.

[7] 王玉玲,陈婷婷,杜娟. 卡诺夫斯基健康状况量表在放疗患者分级护理中的应用[J]. 解放军护理杂志,2007,24 (10):14-15.

[8] Hickman R J, Pignatiello G A, Tahir S. Evaluation of the Decisional Fatigue Scale among surrogate decision makers of the critically ill[J]. West J Nurs Res,2018,40 (2):191-208.

[9] 潘国翠,李梅. 决策疲劳量表的汉化及其应用于 ICU 患者家属的信度效度评价[J]. 护理学报,2020,27(12):38-41.

[10] O'Connor A. Validation of a decisional conflict scale[J]. Med Decis Mak,1995,15(1):25-30.

[11] 李玉,叶志霞,刘佩玉,等. 癌症患者治疗决策辅助的研究进展[J]. 中华护理杂志,2017,52(1):28-32.

[12] 成忠莎,柏晓玲,谢贵华,等. 心脏瓣膜置换患者参与治疗决策现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2020,35 (19):31-34.

[13] 殷利,吕俭霞,彭珊珊,等. 头颈肿瘤患者治疗决策困境现状及影响因素研究[J]. 护士进修杂志,2021,36(21): 1932-1936.

[14] 赵丽华,姜桂春. 癌症患者替代决策者决策冲突研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(12):106-109.

[15] 缪爱云,吴奇云,李丽,等. 原发性肝癌患者参与治疗决策现状及影响因素分析[J]. 护理学报,2015,22(7):5-9.

[16] Szproch A K, Maguire R. A systematic review of the factors associated with regret post-cancer treatment[J]. J Psychosoc Oncol,2022,40(1):1-25.

[17] 刘维,哈敏文,张锦英. 肿瘤决策:无效治疗与有效治疗的选择[J]. 医学与哲学,2016,37(10):5-8.

[18] 陈圆圆,杨潇潇,孟繁洁. 决策辅助在痴呆护理中的应用进展[J]. 护理学杂志,2021,36(2):109-112.

[19] Pompili C, Holch P, Rogers Z, et al. Patients' confidence in treatment decisions for early stage non-small cell lung cancer (NSCLC) [J]. Health Qual Life Outcomes,2020,18(1):237.

[20] 朱懿珍,张玉霞,王雪皎,等. 医护人员决策疲劳的研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(1):101-104.

[21] 仇蓉,周娟,郭煜华. 希望疗法对癌症晚期患者自我效能的影响[J]. 护理学杂志,2017,32(13):73-74.

(本文编辑 钱媛)