

成年癌症患者生育力保存决策体验质性研究的 Meta 整合

阚中帆¹, 谷晨晨¹, 王松梅¹, 候莹鸽², 赵亚杰¹, 阎玲²

摘要:目的 系统整合癌症患者生育力保存决策体验的质性研究,为辅助癌症患者做决策及改进现有决策支持体系提供循证依据。方法 计算机检索 PubMed、EMbase、The Cochrane Library、CINAHL、Web of Science、PsycINFO、Scopus、中国知网、万方数据库、维普数据库关于癌症患者生育力保存决策的质性研究,检索时限为建库至 2022 年 8 月。采用 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价标准对文献进行质量评价,采用 Meta 整合中汇集性整合方法对结果进行整合。结果 共纳入 18 篇文献,提炼出 67 个研究结果,将相似结果归纳成 7 个新的类别,并综合成 3 个整合结果:对生育力保存风险-收益的艰难权衡,紧迫决策下复杂的心理变化过程,决策过程的干扰。结论 医护人员及相关卫生机构应重视癌症患者生育力保存决策的心理体验和 Information 需求,优化决策程序、开发决策辅助方案,促进患者尽快完成决策。

关键词:癌症; 生育力保存; 决策; 心理体验; 决策后悔; 质性研究; Meta 整合

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.11.038

Decision-making experience of fertility preservation in adult cancer patients: a meta-synthesis of qualitative studies Kan Zhongfan, Gu Chenchen, Wang Songmei, Hou Yingge, Zhao Yajie, Yan Ling. Graduate School of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China

Abstract: Objective To systematically integrate the qualitative research on fertility preservation (FP) decision-making experience of cancer patients, and to provide evidence-based basis for assisting cancer patients to make decisions and improve existing decision support systems. **Methods** Qualitative studies on FP decisions of cancer patients were retrieved through computer-assisted search in PubMed, EMbase, the Cochrane Library, CINAHL, Web of Science, PsycINFO, Scopus, CNKI, Wanfang Database and VIP database. The publication date of the studies was limited to the period from the establishment of the database to August 2022. The quality of included studies was evaluated according to JBI Critical Appraisal Tool for qualitative studies. The results were synthesized by using meta-aggregative approach. **Results** A total of 18 studies were included, and 67 research results were extracted. Similar results were summarized into 7 new categories, which converged to form 3 integrated results: the difficult trade-off between FP risk and benefit, complex psychological processes under urgent decisions-making, interference in the decision-making process. **Conclusion** Medical staff and related health institutions should pay attention to the psychological experience of cancer patients in FP decision-making, optimize decision-making procedures, and develop decision-making aids, so as to help patients to complete decision-making.

Key words: cancer; fertility preservation; decision making; psychological experience; decision regret; qualitative research; meta-synthesis

当前,癌症发病呈现年轻化趋势,生育能力逐渐成为医患的关注点^[1-2],但癌症本身和抗癌治疗不可避免地引起生育力下降,使患者产生生育忧虑和心理痛苦,严重影响远期生活质量^[3]。目前生育力保存及辅助生殖技术的应用和发展为患者提供了生育的可能,生育力保存是指通过手术、药物或冷冻技术保存个体产生生物遗传学后代的能力,成人生育力保存主要方式包括精子冷冻、卵子冷冻、胚胎冷冻等^[4]。当患者被评估达到临床治愈且生殖功能恢复后可进行胚胎移植、人工授精或体外受精胚胎移植等辅助生殖技术助孕。2018 年美国临床肿瘤学学会发布最新指南,建议在治疗开始之前应尽早讨论生育力保存的方法,并对有意愿的患者进行及时转诊,帮助患者完成

决策^[5]。此外医患决策模式逐渐从“家长式”转变为共享决策模式,患者获得了极大的自主决策权。但有研究表明,癌症患者并未得到足够的信息支持从而陷入决策冲突,加之罹患癌症和生育力下降的双重打击增加了决策负担,使得生育力保存决策变得困难^[6]。本研究对相关定性研究进行系统地整合和评价,了解患者决策体验及心理情绪变化,明确决策障碍,期为优化决策程序并制订针对性心理干预措施提供参考。

1 资料与方法

1.1 文献纳入与排除标准 采用 SPIDER 模型^[7]制定文献的纳入和排除标准。纳入标准:①研究对象(Sample,S):经确诊并正在或已经经历生育力保存决策的癌症患者;②研究内容(Phenomenon of Interest,PI):患者在进行生育力保存决策时的体验、感受、经历等;③研究设计方法(Design,D):采用扎根理论研究、现象学研究、民族志研究等定性研究方法;④评价内容(Evaluate,E):心理情绪、事件影响、应对方

作者单位:1. 天津中医药大学研究生院(天津,301617);2. 天津医科大学肿瘤医院

阚中帆:女,本科,护士

通信作者:阎玲,yanling@tjmuch.com

收稿:2023-01-05;修回:2023-03-23

式、决策需求、影响因素等;⑤研究类型(Research Type,R):定性研究或混合研究。排除标准:①无法获取全文;②二元访谈;③含有未成年人或其他类型疾病;④无法提取主题。

1.2 文献检索策略 计算机检索 PubMed、EMbase、The Cochrane Library、CINAHL、Web of Science、PsycINFO、Scopus、中国知网、万方数据库、维普数据库关于癌症患者生育力保存决策的质性研究,检索时限为建库至 2022 年 8 月。中文检索词:恶性肿瘤,癌症,肿瘤,瘤,癌;生育力保存,保留生育能力,生育力保护,辅助生殖技术;决策;体验,感受,经历;质性研究,定性研究等。英文检索词:neoplasms, tumor, carcinoma, cancer, oncology, lymphoma, malignancy; fertility preservation, fertility protection, assisted reproductive, reproductive protection, sperm freezing, egg freezing; decision-making, decision; qualitative, interview, experiences。

1.3 文献筛选和资料提取 由 2 名接受过循证方法学培训的研究人员独立进行,若遇分歧则请求第三方协助判断。首先利用 NoteExpress 文献管理软件去除重复文献,然后通过阅读题目、摘要以及全文分别进行一轮和二轮筛选,并最终确定纳入文献。资料提取的主要内容包括:作者、国家、研究方法、研究对象、感兴趣的现象、主要结果。

1.4 文献质量评价 由 2 名研究者采用 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价标准^[8]对所纳入文献进行独立评价,评价标准共 10 个项目,每个项目均以“是”“否”“不清楚”“不适用”评价。完全满足上述标准,发生偏倚的可能性小,为 A 级;部分满足上述标准,发生偏倚可能性中等,为 B 级;完全不满足上述标准,发生偏倚可能性大,为 C 级。对 2 人评价结果进行比对,若有分歧则双方讨论达成共识或请求第三方判定。最终剔除 C 级文献,纳入 A 级和 B 级文献。

1.5 资料分析方法 本研究采用 Meta 整合中的汇集性整合方法^[9],该方法是在充分考虑质性研究哲学思想及其方法学的基础上,深刻理解质性研究的主题、寓意及分类,汇集所纳入的研究结果并形成相应类别,再将相应类别汇总归纳为整合性结果,形成新的见解,从而使其更具有针对性、说服力和概括性。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索出相关文献 641 篇,最终纳入 18 篇文献^[10-27],其中 10 篇为现象学研究,4 篇为描述性质性研究,4 篇为扎根理论研究。

2.2 纳入文献基本特征与方法学质量评价 纳入文献的基本特征见表 1。18 篇文献的质量评价等级均为 B 级。

2.3 Meta 整合结果

共提炼出 67 个研究结果,将相似结果归纳形成 7

个新的类别,进一步综合成 3 个整合结果。

2.3.1 整合结果 1:对生育力保存风险-收益的艰难权衡

2.3.1.1 类别 1:感知的收益 一项针对癌症患者的调查显示,一半以上患者表示了对生育的重视和兴趣^[28],认为孩子是人生不可或缺的一部分,尤其对于女性来说,失去生育能力对自身乃至家庭都是一种毁灭性打击(“我接受患癌事实,但我又被告知失去生育能力,我不能拥有完整的家庭,这太可怕了”^[26])。生育力保存技术提供了生育的可能性,给予患者生育相关的选择余地(“即使我们不太关注怀孕的问题,但知道仍然有选择的余地,这让我们很高兴”^[11]),此外患者将冷冻的精子或卵子视为“未来的储备”(“我们最近并未计划成为父母,但是有一个备份是很好的”^[23]),以乐观心态保持对未来的期许,不仅减少了因生育力下降而产生的痛苦,还成为积极接受癌症治疗和促进健康的巨大动力(“他们经常说‘你必须与癌症作斗争’,但我更喜欢说‘我要为孩子而奋斗’”^[12]),并给身处癌症绝境的患者带来希望。因此部分患者选择通过生育力保存以应对癌症,甚至愿意付出任何牺牲(“我会尽一切可能”^[14])。尽管在生育力保存期间会经历艰难抉择,付出诸多代价,但是患者把该机会认定为黑暗中的希望、可生育的机会和未来的储备,是后续治疗期间的一颗“定心丸”。

2.3.1.2 类别 2:感知的风险 面临癌症的诊断时,患者会首先考虑生命威胁,因此将生育决策置于次要位置(“生育不是我现在最重要的事情,我只是想马上接受化疗”^[16])。患者认为生育力保存是基于临床的复杂操作,充满了风险和不确定性,不仅害怕因为生育力保存必须要推迟治疗周期或调整治疗方案而影响自己的预后(“万一将来因为这个耽误了治疗的话,谁也承担不了责任”^[10]),还担心冷冻的组织或细胞中含有癌细胞(“我很紧张,因为你不知道植入的组织中是否含有癌细胞”^[14]),因为这会导致未来组织或胚胎植入时癌细胞的回输而引起复发,尤其对于乳腺癌患者,怀孕所导致的雌孕激素上升也会增加复发的风险(“我一直担心,怀孕时所产生的激素会让癌症复发”^[19])。部分有生育需求的患者害怕后代遗传了自己的癌症基因或有先天缺陷(“化疗可能会影响我的卵子质量,我担心会对我的孩子不好”^[10]);“因为我有基因突变,我怕会遗传给我的孩子”^[10])。辅助生殖技术的快速发展虽然给生育力保存和后续助孕提供了良好的技术支撑,但仍有助孕失败的风险,因此患者对于成功率较为担忧(“我有点担心最终是否有胚胎,以及我们是否能成功怀孕”^[19])。从长远看,在抗癌治疗之前进行生育力保存通常会获得较好的生育结局,且尚无证据证明其会增加复发概率^[29],因此医护人员应依据指南尽早宣教提高患者对生育力保存的认知。

表 1 纳入文献的基本特征

纳入文献	国家	研究方法	研究对象	感兴趣的现象	主要结果
安培等 ^[10]	中国	现象学研究	15 例年轻女性, 均为早期乳腺癌患者	患者生育力保存决策的内心体验	4 个主题: 担心; 对生育的关注动态变化且因人而异; 面临决策困境; 决策支持的需求
Hoffman 等 ^[11]	美国	描述性性质研究	33 例女性癌症患者及 18 名肿瘤学专家	癌症患者生育力保存决策的经历以及未满足的需求	3 个主题: 生育力保存决策对生存至关重要; 存在重要但可克服的决策障碍; 支持使用生育力保存决策辅助工具
Dahhan 等 ^[12]	荷兰	现象学研究	21 例女性乳腺癌患者	乳腺癌患者冷冻卵母细胞或胚胎的经历	3 个主题: 生育力保存的负担; 生育患者的新身份; 通过生育力保存应对乳腺癌
Salsman 等 ^[13]	美国	描述性性质研究	24 例癌症患者(15 例女性, 9 例男性)及 12 名肿瘤学专家	癌症患者对生育力保存的态度和做法	17 个主题: 知识/信息; 治疗; 患者兴趣或产次; 舒适的沟通; 经济/保险; 癌症类型/分期; 年龄; 文化/宗教信仰; 情绪影响; 信赖他人的观点; 决策后的积极评价; 网络信息支持; 药物不良反应; 患者的准备; 医生的价值观; 性别; 时间
Bach 等 ^[14]	丹麦	扎根理论	42 例女性癌症患者	癌症患者生育力保存的个人经历及过程中的困难	4 个主题: 决策是黑暗中的希望; 储存在冷冻库里的机会; 移植的风险, 机会和结果; 冷冻的组织使未来“有储备”
Speller 等 ^[15]	加拿大	现象学研究	8 例乳腺癌患者及 8 名卫生保健专家	癌症患者对生育力保存资源的看法及影响生育力保存决策的因素	4 个主题: 临床实践中生育信息提供和面临的挑战; 临床实践中决策辅助资源的理想提供时机; 已知的生育决策信息需求的视角; 影响生育力保存决策的因素
Parton 等 ^[16]	澳大利亚	现象学研究	78 例癌症患者(61 例女性, 17 例男性)	癌症患者生育力保存的经历、对生育和为人父母的感受	3 个主题: 因有限的决策权或为规避风险而未接受生育力保存; 生育力保存是保留希望和恢复身体控制力的手段; 生育力保存是充满不确定和痛苦的过程
Komatsu 等 ^[17]	日本	扎根理论	11 例女性乳腺癌患者	癌症患者如何做出生育力保存的决定	1 个核心主题: 确定性和不确定性因素下的生育决策
Dagan 等 ^[18]	以色列	现象学研究	16 例女性乳腺癌患者	癌症患者对医生给予的生育力保存咨询及建议的看法和反应	2 个主题: 医生的生育力保存建议; 患者对医生建议的反应
Flink 等 ^[19]	美国	描述性性质研究	27 例癌症患者(15 例女性, 12 例男性)	影响癌症患者做出生育力保存决策的因素	3 个主题: 选择生育力保存的原因; 拒绝生育力保存的原因; 患者的优先事项和关注点
Ehrbar 等 ^[20]	瑞士	现象学研究	12 例女性癌症患者	癌症患者对生育及生育力保存的态度和决策过程中的困难与需求	4 个主题: 生育的意义; 对生育力保存的态度; 决策过程; 患者需求
Hershberger 等 ^[21]	美国	扎根理论	27 例女性癌症患者	女性癌症患者接受或拒绝生育力保存的原因	形成了关于青年女性生育力保存决策的理论框架, 包括 4 个维度: 认知评估; 情绪反应; 道德判断; 决策伙伴
Garvelink 等 ^[22]	荷兰	现象学研究	34 例女性癌症患者	癌症患者生育力保存信息获取和决策的经历	4 个主题: 提供信息的时机; 关于所接收信息的看法; 关于生育力保存的决策; 信息提供和决策的过程
Armuand 等 ^[23]	瑞典	现象学研究	21 例癌症患者(10 例男性和 11 例女性)	癌症患者对生育力受损、生育力保存决策的感受和想法	1 个主题: 女性在面临生育力受损时更脆弱
Corney 等 ^[24]	英国	描述性性质研究	19 例女性无子女乳腺癌患者	癌症患者生育意愿与看法、进行生育力保存的经历与得到的帮助、对伴侣的影响	9 个主题: 首次讨论生育问题的时间差异; 化疗前保留生育能力的选择; 被替代的生育力保存决策和被忽视的生育需求; 因生育力保存拒绝化疗; 关于化疗和放疗后怀孕的生育信息和建议; 困境和忧虑; 对未来的担忧; 未生育的单身女性难以寻找伴侣; 患者提出的建议
Eiser 等 ^[25]	英国	现象学研究	6 例男性癌症患者	患者生育力保存的经历以及对治疗相关知识的理解	3 个主题: 过去的经历; 当前状况; 未来的选择
Hershberger 等 ^[26]	美国	扎根理论	27 例女性癌症患者	患者进行生育力保存的决策过程	形成一个决策过程的理论框架, 包括 4 个主要阶段: 识别过程; 思考过程; 解决过程; 参与过程
Kirkman 等 ^[27]	澳大利亚	现象学研究	10 例女性乳腺癌患者	患者进行生育力保存的经历与感受	4 个主题: 生育能力对女性乳腺癌患者很重要; 患者必须在高压下迅速做出决定; 患者经历的各种照护; 重视多学科护理

2.3.2 整合结果 2: 紧迫决策下复杂的心理变化

2.3.2.1 类别 1: 心理情绪反应 不论是接受还是拒绝生育力保存, 患者均强调了决策过程的困难和折磨(“回顾我过去 30 年的生活, 我绝对认为这是我做过最艰难的决定, 做决定很折磨我”^[26])。处在癌症压力事件中的患者必须在有限的时间内快速决策, 以防影响治疗进度, 该过程被比喻为“在连轴转的工厂里”, 因而产生严重的心理负担和情绪反应, 如对自我能力的怀疑(“很悲哀, 我感觉……我很没用”^[16])、不知所措的沮丧(“我不知道该怎么办, 这是最令人沮丧的”^[13])和因生育力受损而产生的无力感(“就像他们从你身上拿走了一些东西, 而你因为没有选择而哭泣”^[23])。决定接受生育力保存的患者当面对“癌症患者”和“生育患者”的双重身份时, 会因他人对自己决策的批判和不理解而产生羞耻感, 甚至会因周遭人的过度关注而缺乏安全感(“我注意到人们都盯着我看, 这让我感到非常没有安全感, 我已经觉得自己在聚光灯下”^[12])。而拒绝生育力保存的患者则将注意力更多放在生存期生活质量上, 希望生活尽快恢复常态并进入正轨(“我的首要任务是恢复健康, 结束这一切, 能像以前一样过着正常的生活”^[19])。男女在此过程中呈现出不同的思维方式, 男性患者认为这不值得浪费时间去思考(“直接冷冻很好, 我不必思考去做选择了”^[23]), 而女性患者作为孕育主体面对生育力下降和复杂的决策环境则更为脆弱和无力, 她们需全面考虑年龄、个人身体状态等因素后艰难做出决定, 此外, 与生育相关的负面经历大都由女性患者提供^[23]。相较于男性生育力保存较单一的取精方式, 女性则需要数轮的激素刺激促进排卵, 因为卵母细胞的质量、移植的成功率是未知的, 压力和打击会接踵而至(“我们一直在等待的过程中, 既残酷又艰难”^[14])。患者在整个过程都抗拒被贴上病者的标签并被赋予同情心(“我心中充满了厌恶, 因为我已经成为了一个被同情的对象”^[17])。

2.3.2.2 类别 2: 决策后悔 决策后悔是指当个体意识到如果先前采取其他的行为, 行为的结果会更好时所产生的负性情绪^[30]。不论是男性还是女性癌症患者, 进行生育力保存后都需要伴侣的配合才能受精并孕育胎儿, 这不仅给配偶造成身心负担, 也会影响夫妻生活质量, 产生决策后悔, 患者报告这比癌症转移更要糟糕(“你看它如何影响我的整个生活, 这几乎比癌症扩散更糟糕”^[23])。避免未来决策后悔是癌症患者选择进行生育力保存的主要原因(“我最好还是这样做, 至少我不用后悔为什么不那样做”^[23]), 而错过这次机会可能会让自己处于被动的境遇(“我不想陷入有机会做却什么也没做的境地”)。也有患者在拒绝生育力保存之后表达了自己的懊悔(“事后看来, 我可能会保存……但如果有人能让我坐下来, 告诉我

生育的选择, 并与他们详谈, 那就太好了”^[24])。

2.3.3 整合结果 3: 决策过程的干扰

2.3.3.1 类别 1: 信息资源不足增加决策困难 决策需要专业知识辅以支持, 加之患者希望自己是生命和治疗的掌控者, 能拥有对生育力保存的知情权和选择权(“他们必须让我自己做决定……所有的选择都必须让我知晓”^[18])。但现实是患者认为医护人员并不主动发起生育讨论(“我想让她问我: 你今天想告诉我什么吗?”^[17]), 并且没有得到足够的信息支持(“他们没人告诉我这可能会影响生育”^[11]), 或是认为得到的信息不及时(“如果在术前谈话的时候可以提到这个……可以像打个预防针一样”^[10])、医护人员所提供的信息过于专业化且难以理解(“这些道理在医生看来可能觉得比较简单, 但是对我们病人来说却不是很懂”^[10])、信息提供缺乏针对性(“我没有得到我需要的信息”^[22]), 甚至收到错误的信息。同时患者缺乏相关资源提供更多的生育信息以辅助快速决策(“到保留生育能力的时候, 一切都很快, 这就是为什么我认为获得一种资源非常重要”^[15]), 也缺少方便可携带的小册子等纸质材料帮助患者减少知识遗忘(“有的人有一本小册子, 如果我当时可以用它, 我可能会得到很多我已经忘记的信息”^[14]), 因此患者只能依赖搜索引擎和社交媒体解答疑问, 增加了知识误解。医护人员的信息指导也会直接影响患者的决策水平, 而医护人员通常将重点置于癌症治疗上从而忽视患者的生育问题(“医生觉得生育并不重要, 我们需要先解决癌症问题”^[24]), 并对患者的生育需求表示不解(“我已经有了 3 个孩子, 他不明白我为什么想要进行生育力保存”^[18]), 因此不会主动给患者提供生育信息, 而是带着固有成见为患者代替决策, 或是尽可能少地提供信息以防患者一时无法接受(“我觉得医生不想给你尽可能多的信息, 他们认为提供太多的信息会让人受不了”^[15])。

2.3.3.2 类别 2: 社会支持不足造成决策挑战 生育力保存程序存在诸多不完善和伦理问题所造成的内在限制, 如丹麦法律规定夫妻离婚后胚胎必须销毁、相关费用不纳入医保等都给患者造成了决策挑战。快速转诊可有效降低决策困难, 但转诊系统不完善且各部门间合作不良(“我不认为乳腺科和不孕症门诊有很好的合作”^[17]), 各医院间信息不互通造成重复沟通和额外的差旅费(“两个医院间的信息太分散了, 这很不方便”^[22]), 因此生育咨询往往被推迟从而影响化疗计划(“他们一直承诺帮我联系生育诊所的人, 我很长一段时间都没有接受治疗”^[24])。医疗系统不完善且医生生育相关职责划分不明确, 缺乏专业人士负责资源的提供^[15], 同时缺乏一个专门处理生育相关问题的多学科团队, 能主动发起生育讨论

“我想让她问我：你今天想告诉我什么吗？”^[17]）、及时评估（“医疗行业也需要制定一份他们需要询问的事件清单”^[27]）和转诊（“我认为知道该去见谁是非常重要的”^[27]）。家庭支持作为社会支持的一部分，能给予患者的脆弱心灵以极大的抚慰，但他们作为独立的个体，无法共情患者的遭遇，不愿意配合助孕（“我老公似乎不愿意把他的精子拿来给我做胚胎”^[20]）。此外，生育和组建家庭是一种社会默认的规范，未能实现就会因社会压力产生社交排斥^[31]，导致自我封闭和孤独感，从而产生心理困扰。

2.3.3.3 类别 3：经济压力增加决策负担 经济压力是患者拒绝生育力保存最常见的原因（“我们决定放弃冷冻，太贵了”^[21]），患者及其家庭不仅要承担癌症治疗的费用（“我甚至还没有谈过治疗和手术的钱，这些都是实际要花费的，钱总是首要大事”^[19]），还要考虑冷冻、移植等一系列后续额外费用（“我们现在真的负担不起，这不仅仅是试管婴儿的钱”^[11]），而这些费用均在医疗保险范围之外（“生育不包括在任何保险中，这是我最担心的事情”^[19]）。也有患者在父母的艰难支持下接受生育力保存，完成自己的生育梦（“爸爸妈妈已经用爆了他们的卡来帮助我实现这个梦想”^[19]）。

3 讨论

3.1 满足个体化信息沟通需求，及早开展决策讨论

随着癌症发病率的升高和诊疗水平的上升，癌症患者的治疗选择趋于多样化和复杂化，生育力保存成为一个艰难的抉择，十分考验患者的决策能力，而患者的决策能力与知识水平显著相关^[32]。本研究结果显示，部分癌症患者具有强烈的生育需求，但少有决策讨论与生育咨询处理其生育问题，医护人员所提供的信息资源也并不充足，且存在不及时、过于专业化的情况，导致患者总体认知水平不佳，只能依赖网络自行查找相关知识，造成了知识误解，提高了决策困难。这是由于医护人员主要关注癌症生存且缺乏癌症生育护理经验和具体的沟通策略^[31]，阻碍了医患在生育问题上的沟通，同时刚确诊的患者心理较脆弱，医护人员害怕超负荷的信息造成决策负担从而赋予生育讨论以复杂性。因此，应在充分评估癌症患者的生育需求、认知水平和心理状态后，提供针对性和结构化的生育信息，并满足其基本的沟通需求。此外，患者和肿瘤专家对信息需求的认知差异会影响所提供信息的质量，从而限制患者做出符合自身价值观和偏好的决定^[15]。因此，由生殖专家主导的生育咨询能更好地辅助患者决策，减少决策遗憾和心理痛苦。Linnane 等^[33]研究发现，无论是否进行生育力保存，早期接受生育咨询相较于未接受的癌症患者，其生存期生活质量明显较高，提示医护人员可在把握好信息支持和咨询时机的同时，在临床环境中主动加强与癌症患者的沟通并及时转诊至生殖医学科，满足其生育

需求。

3.2 重视患者负性情绪体验，提供多样化心理干预

本研究结果显示，癌症患者在生育力保存决策时正处于癌症与生育力下降的双重打击之下，加之决策时间紧迫，导致出现较为复杂的心理情绪反应，存在无力感、羞耻感、自我怀疑等负性体验，若长期持续存在会导致不良的健康结局和生活质量低下^[34]。医护人员应重视该类人群的主观体验，鼓励其积极应对，支持患者寻求其人生价值和目标，通过反复沟通以帮助其建立积极的心态，减少该压力事件对身心的冲击并顺利决策。此外，本研究发现部分癌症患者表示希望得到专业人员的支持，但医护人员日常工作较繁忙，对癌症生育关注度不够高，了解患者心理状态的主动性有待加强，因此可将心理学专家纳入多学科治疗的队伍中，从更专业的角度评估患者的心理需求，实施科学的心理干预方案，有效减少癌症患者的心理困扰^[35]。

3.3 开发本土化决策辅助工具，帮助患者审慎决策

癌症患者需要在短时间内快速衡量风险收益后进行决策，以免错过生育力保存的最佳时机，而部分患者表示在确诊癌症之初心理压力过大，对当下处境感到不知所措，并且对医护人员提供的口头信息的接受度较差，一定程度上增加了决策困难。决策辅助工具则可帮助患者更高效地了解生育力保存选项，明确优缺点和注意事项，以更充分的准备应对此次抉择，减少决策后悔和决策冲突^[11]。国外现有决策辅助工具多样，主要形式包括图文结合的手册、基于网络的决策辅助工具、多媒体教育工具、决策树等。决策辅助工具作为临床实践的补充资源，可降低各类患者决策的复杂性，我国医护人员可在借鉴国外研究的基础上，结合我国癌症患者人群特质和医患决策特点，考虑患者的健康素养程度，研制具有普适性或针对不同病种的女性、男性、儿童等亚群体的本土化决策辅助工具，优化信息传递过程，提供全程指导，帮助审慎决策。

4 小结

本研究通过对质性研究的系统性整合和分析，深入探讨了癌症患者生育力保存决策体验，诠释了患者权衡利弊的心理变化、决策过程的干扰因素。本研究由于纳入文献均为 B 级，且大部分为现象学研究，可能造成整合结果的偏倚，同时所纳入研究大部分来自欧美地区，我国仅有一篇，建议在借鉴国外经验的基础上加强对该类人群的关注，以期对决策辅助工具的研制及社会支持系统的完善提供依据。

参考文献：

- [1] Feng R M, Zong Y N, Cao S M, et al. Current cancer situation in China: good or bad news from the 2018 Global Cancer Statistics? [J]. Cancer Commun (Lond), 2019, 39(1): 22.

- [2] Zheng R, Zeng H, Zhang S, et al. Estimates of cancer incidence and mortality in China, 2013[J]. *Chin J Cancer*, 2017, 36(1):66.
- [3] Mancini J, Rey D, Préau M, et al. Infertility induced by cancer treatment: inappropriate or no information provided to majority of French survivors of cancer[J]. *Fertil Steril*, 2008, 90(5):1616-1625.
- [4] 张含凤, 黄桂玉, 方迎红, 等. 恶性肿瘤患者生育力保护服务研究进展[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(9):103-107.
- [5] Oktay K, Harvey B E, Partridge A H, et al. Fertility preservation in patients with cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update[J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36(19):1994-2001.
- [6] Bentsen L, Pappot H, Hjerding M, et al. How do young women with cancer experience oncofertility counselling during cancer treatment? A qualitative, single centre study at a Danish Tertiary Hospital[J]. *Cancers (Basel)*, 2021, 13(6):1355.
- [7] 左红霞. 临床护理问题的构建模型/工具[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(20):18-22.
- [8] 胡雁, 郝玉芳. 循证护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018:78-79.
- [9] The Joanna Briggs Institute (JBI). 2.4 The JBI Approach to qualitative synthesis[EB/OL]. (2017-07-15) [2022-07-12]. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688131/2.4+The+JBI+Approach+to+qualitative+synthesis>.
- [10] 安培, 王慧, 吴克瑾, 等. 年轻女性早期乳腺癌患者生育力保存决策的内心体验[J]. *中国护理管理*, 2022, 22(3):354-358.
- [11] Hoffman A, Crocker L, Mathur A, et al. Patients' and providers' needs and preferences when considering fertility preservation before cancer treatment: decision-making needs assessment[J]. *JMIR Form Res*, 2021, 5(6):e25083.
- [12] Dahhan T, van der Veen F, Bos A M E, et al. The experiences of women with breast cancer who undergo fertility preservation[J]. *Hum Reprod Open*, 2021, 2021(2):hoab018.
- [13] Salsman J M, Yanez B, Snyder M A, et al. Attitudes and practices about fertility preservation discussions among young adults with cancer treated at a comprehensive cancer center: patient and oncologist perspectives[J]. *Support Care Cancer*, 2021, 29(10):5945-5955.
- [14] Bach A S, Macklon K T, Kristensen S G. Futures and fears in the freezer: Danish women's experiences with ovarian tissue cryopreservation and transplantation[J]. *Reprod Biomed Online*, 2020, 41(3):555-565.
- [15] Speller B, Sissons A, Daly C, et al. An evaluation of oncofertility decision support resources among breast cancer patients and health care providers[J]. *BMC Health Serv Res*, 2019, 19(1):101.
- [16] Parton C, Ussher J M, Perz J. Hope, burden or risk: a discourse analytic study of the construction and experience of fertility preservation in the context of cancer[J]. *Psychol Health*, 2019, 34(4):456-477.
- [17] Komatsu H, Yagasaki K, Yamauchi H. Fertility decision-making under certainty and uncertainty in cancer patients[J]. *Sex Reprod Healthc*, 2018, 15:40-45.
- [18] Dagan E, Modiano-Gattegno S, Birenbaum-Carmeli D. "My choice": breast cancer patients recollect doctors fertility preservation recommendations[J]. *Support Care Cancer*, 2017, 25(8):2421-2428.
- [19] Flink D M, Kondapalli L A, Kellar-Guenther Y. Priorities in fertility decisions for reproductive-aged cancer patients: fertility attitudes and cancer treatment study[J]. *J Adolesc Young Adult Oncol*, 2017, 6(3):435-443.
- [20] Ehrbar V, Urech C, Alder J, et al. Decision-making about fertility preservation-qualitative data on young cancer patients' attitudes and needs[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2016, 19(4):695-699.
- [21] Hershberger P E, Sipsma H, Finnegan L, et al. Reasons why young women accept or decline fertility preservation after cancer diagnosis[J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2016, 45(1):123-134.
- [22] Garvelink M M, ter Kuile M M, Bakker R M, et al. Women's experiences with information provision and deciding about fertility preservation in the Netherlands: satisfaction in general, but unmet needs[J]. *Health Expect*, 2015, 18(5):956-968.
- [23] Armuand G M, Wettergren L, Rodriguez-Wallberg K A, et al. Women more vulnerable than men when facing risk for treatment-induced infertility: a qualitative study of young adults newly diagnosed with cancer[J]. *Acta Oncol*, 2015, 54(2):243-252.
- [24] Corney R H, Swinglehurst A J. Young childless women with breast cancer in the UK: a qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals[J]. *Psychooncology*, 2014, 23(1):20-26.
- [25] Eiser C, Merrick H, Arden-Close E, et al. Why don't some men with banked sperm respond to letters about their stored samples? [J]. *Hum Fertil (Camb)*, 2014, 17(4):278-284.
- [26] Hershberger P E, Finnegan L, Pierce P F, et al. The decision-making process of young adult women with cancer who considered fertility cryopreservation[J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2013, 42(1):59-69.
- [27] Kirkman M, Stern C, Neil S, et al. Fertility management after breast cancer diagnosis: a qualitative investigation of women's experiences of and recommendations for professional care[J]. *Health Care Women Int*, 2013, 34(1):50-67.
- [28] Deshpande N A, Braun I M, Meyer F L. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: a systematic review[J]. *Cancer*, 2015, 121(22):3938-3947.
- [29] Tseng L M, Lien P J, Huang C Y, et al. Developing a