

- Med Inform Decis Mak, 2022, 22(1):145.
- [20] Newman-casey P A, Salman M, Lee P P, et al. Cost-utility analysis of glaucoma medication adherence[J]. Ophthalmology, 2020, 127(5):589-598.
- [21] Tapply I, Broadway D C. Improving adherence to topical medication in patients with glaucoma[J]. Patient Preference Adherence, 2021, 15:1477-1489.
- [22] 郭玉茹, 刘延锦, 徐慧萍, 等. 功能锻炼决策辅助对单侧全膝关节置换术后患者的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36(8):73-76.
- [23] 范琳琳, 杜刚, 陈静, 等. 不同眼球按摩方式对青光眼小梁切除术后患者的影响[J]. 护理学杂志, 2018, 33(20):36-37.
- [24] Lee J, Ahn E J, Kim Y W, et al. Impact of myopia on the association of long-term intraocular pressure fluctuation with the rate of progression in normal-tension glaucoma[J]. Br J Ophthalmol, 2021, 105(5):653-660.

(本文编辑 王菊香)

卵巢癌患者医患共同决策现状及影响因素分析

林梦, 赵益

摘要:目的 了解卵巢癌患者医患共同决策现状, 分析影响因素, 为针对性干预提供参考。方法 采用一般资料调查问卷、中文版患者参与治疗决策态度问卷和决策困境量表对 205 例卵巢癌患者进行调查。结果 卵巢癌患者参与治疗决策态度总均分为 2.39 ± 0.57 , 决策困境总分为 34.23 ± 5.79 ; logistic 回归分析显示, 年龄、首次治疗、决策困境是参与治疗决策态度的主要影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 卵巢癌患者参与医患共同决策态度积极, 决策困境呈中等偏上水平; 医护人员应针对影响因素提供个体化指导, 以降低患者决策困境, 提高患者共同决策参与度。

关键词: 卵巢癌; 医患共同决策; 决策态度; 决策困境; 影响因素; 调查分析

中图分类号: R473.71 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.12.009

Shared decision-making and its correlates in patients with ovarian cancer Lin Meng, Zhao Yi, Department of International Medical Service, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China

Abstract: **Objective** To investigate the current state of shared decision-making (SDM) in patients with ovarian cancer, to analyze the influencing factors, and to provide reference for targeted intervention. **Methods** Totally, 205 patients with ovarian cancer completed a demographic data questionnaire, the Chinese version of the Patient Participation in Decision Making Regarding Treatment and Nursing Care Research Questionnaire and the Decisional Conflict Scale. **Results** The total score of attitude of ovarian cancer patients to participation in treatment decision-making was (2.39 ± 0.57) and the total score of decisional conflict was (34.23 ± 5.79) . Logistic analysis showed that age, first treatment and decisional conflict were factors affecting attitude to participation in treatment decision-making (all $P < 0.05$). **Conclusion** Patients with ovarian cancer have a positive attitude to participation in SDM, and their decisional conflict is at moderate to high level. Medical staff should provide individualized guidance for patients according to the influencing factors, so as to reduce their decisional conflict and enhance their participation in SDM.

Key words: ovarian cancer; shared decision-making; decision attitude; decisional conflict; influencing factors; investigation and analysis

卵巢癌是妇科常见的恶性肿瘤之一, 因其初期常无特异性表现, 故多数患者确诊时已属晚期, 近几年其发病率及病死率都呈现逐年上升的趋势^[1-2]。临床上对于晚期卵巢癌患者主要以手术治疗和化疗为主, 随着医疗技术水平的发展, 新辅助化疗、介入治疗、靶向治疗也不断应用于临床^[3]。治疗方式的多样化、医学知识的专业性让患者和家属在面对治疗方案时充满了无助与困惑。医患共同决策能够解决患者由于知识缺乏所造成的决策困境, 提升患者就医体验, 提高患者的生存质量^[4-7]。在一项针对社会人群的调查

发现, 人们在决策意愿上存在很大差异, 医务人员不应假定患者希望参与临床决策, 应在评估患者决策意愿后再制定相应方案^[8], 同时也有学者认为患者参与治疗决策的意愿受到多种因素影响^[9]。因此, 了解患者参与治疗决策的真实意愿对于进一步开展、推动医患共同决策具有重要意义。考虑到肿瘤异质性的因素, 本研究选择病死率高且治疗方案复杂的卵巢癌患者为研究对象, 了解其对于医患共同决策的参与意愿及困境并分析影响因素, 以期为我国医患共同决策在卵巢癌患者中的开展提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样的方法, 于 2022 年 3~6 月选取北京某三级甲等综合医院确诊为卵巢恶性肿瘤的患者为研究对象。纳入标准: ①年龄 18~70 岁; ②首次病理确诊为卵巢恶性肿瘤, 知晓诊断; ③已住院治疗; ④理解能力正常, 无沟通障碍; ⑤患者及家属

作者单位: 北京协和医院国际医疗部(北京, 100730)

林梦: 女, 硕士, 主管护师

通信作者: 赵益, 81637121@qq.com

科研项目: 中央高水平医院临床科研专项(2022-PUMCH-B-130); 北京协和医院护理科研课题(XHHLKY202212)

收稿: 2023-01-30; 修回: 2023-03-04

对本研究知情同意,自愿参加。排除标准:①既往参与过类似研究;②严重认知障碍或精神障碍。根据量表以及统计学中多因素分析样本量估算要求,样本量应至少为变量个数的5~10倍^[10]。本研究涉及变量个数为28个,考虑20%失访率,样本量最少需要175例。有效调查患者205例,年龄35~69(54.40±8.50)岁;已婚190例,未婚5例,离异或丧偶10例;工人32例,农民35例,事业单位工作人员33例,自由职业者37例,退休33例,其他35例;家庭月收入<5 000元16例,5 000~10 000元111例,>10 000元78例;居住在城市115例,农村90例;手术治疗71例,化疗109例,靶向治疗17例,其他方案8例;肿瘤分期I~II期33例,III期131例,IV期41例。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查问卷。自行设计,内容包括年龄、文化程度、婚姻状况、职业、家庭月收入等。②患者参与治疗护理决策问卷(Patient Participation in Decision Making Regarding Treatment and Nursing Care Research Questionnaire)。由Sainio等^[11]编制,马丽莉^[12]将其汉化,共12个条目,分为参与治疗决策态度和参与程度2类问答即2个分问卷。本研究采用患者参与治疗决策态度分问卷,条目采用3级评分法,1分表示患者认为参与治疗决策不重要,2分表示不太重要,3分表示重要;得分越高代表参与态度越积极。条目均分≥1.5分为态度积极,<1.5分为态度消极。有学者将此问卷应用于肝癌患者并进行信度和效度检验,参与态度部分Cronbach's α系数为0.904,各条目CVI值均在0.8以上^[13],可作为本研究的研究工具。③决策困境量表(Decisional Conflict Scale,DCS)。由O'Connor^[14]编制,李玉^[15]汉化,包含信息提供(3个条目)、价值观(3个条目)、社会支持(3个条目)、不确定性(3个条目)、决策有效性(4个条目)5个维度共16个条目,采用Likert 5级评分(0~4分),得分越高说明患者决策困境越大。将各维度得分及量表总分均换算为百分制,总分为0~100分,<25.0分说明决策有效,不存在决策困境;25.0~37.5分说明存在决策困境,决策困境处于中等水平;>37.5分说明存在决策拖延或不决定,决策困境处于高等水平^[16]。汉化版量表Cronbach's α系数为0.897,CVI为0.950^[15]。

1.2.2 资料收集方法 由研究者向患者讲解本调查的目的和注意事项,征得患者同意后发放问卷,采用统一指导语,患者现场填写(如患者不清楚治疗方案,待医护人员告知,后延填写决策困境量表),当场收回。共回收问卷210份,剔除无效问卷5份,获得有效问卷205份,有效回收率为97.62%。

1.2.3 统计学方法 所有数据录入Excel软件,导

入SPSS20.0软件进行统计分析。行描述性分析,χ²检验、Fisher精确概率法、Pearson相关性分析、logistic回归分析,检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 卵巢癌患者参与治疗决策态度得分 卵巢癌患者参与治疗决策态度总分为2.39±0.57,总体呈积极态度,其中态度积极163例,占79.51%;态度消极42例,占20.49%。患者参与治疗决策态度各条目得分,见表1。

表1 患者参与治疗决策态度各条目得分(n=205)

条 目	得分(̄x ± s)
1. 我希望参与治疗方案的讨论	2.45 ± 0.78
2. 在有关治疗问题上,我希望表达自己的看法	2.48 ± 0.78
3. 在有关治疗问题上,希望医生护士能听取我的意见	2.46 ± 0.79
4. 希望在开始治疗前征询我的意见	2.45 ± 0.79
5. 希望向我提出各种治疗选择方案	2.51 ± 0.77
6. 希望根据我的建议确定治疗方案	2.50 ± 0.78
7. 希望鼓励我参与治疗方案的选择	2.52 ± 0.77
8. 希望由我在各种治疗方案中选择	2.34 ± 0.67
9. 希望我的愿望能够在治疗方案确定过程中得到关注	2.43 ± 0.79
10. 我希望与医务人员共同决定我的治疗方案	2.44 ± 0.81
11. 我希望自己决定治疗方案	1.91 ± 0.73
12. 我希望医生决定我的治疗方案	2.20 ± 0.76

2.2 卵巢癌患者参与治疗决策态度的单因素分析 将10个项目进行治疗决策态度单因素分析。结果不同婚姻状况、职业、家庭月收入、居住地、治疗方式、疾病分期在治疗决策态度得分上比较,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2。

表2 卵巢癌患者参与治疗决策态度的单因素分析例

项目	例数	态度积极 (n=163)	态度消极 (n=42)	χ ²	P
年龄(岁)				—	<0.001
35~	22	20	2		
40~	21	14	7		
50~	113	102	11		
60~69	49	27	22		
文化程度				13.215	0.004
初中及以下	30	18	12		
中专/高中	83	64	19		
大专/本科	81	73	8		
硕士及以上	11	8	3		
病程(月)				16.238	0.001
≤6	58	52	6		
7~	51	45	6		
12~24	50	38	12		
>24	46	28	18		
首次治疗				5.045	0.025
是	100	86	14		
否	105	77	28		

2.3 卵巢癌患者决策困境得分及与治疗决策态度的相关性分析 卵巢癌患者决策困境总分为34.23±5.79,信息提供维度得分37.85±11.59,价值观维度得分45.33±12.08,社会支持维度得分28.54±

11.76, 不确定性维度得分 30.61 ± 12.09 , 决策有效性得分为 30.18 ± 9.29 。决策困境总分与决策态度总分的相关性系数(r) = -0.197 , $P = 0.005$, 说明两者存在负相关关系。

2.4 影响卵巢癌患者参与治疗决策态度的多因素分析 以参与态度为因变量(消极 = 0, 积极 = 1), 单因素分析中有统计学差异的项目及决策困境得分为自变量进行二分类 logistic 回归分析。结果仅年龄(35~岁 = 0, 40~岁 = 1, 50~岁 = 2, 60~69岁 = 3; 以 35~岁为参照)、决策困境(<25.0 分 = 0, 25.0~37.5 分 = 1, >37.5 分 = 2; 以 <25.0 分为参照)、首次治疗(是 = 0, 否 = 1)有统计学意义, 见表 3。

表 3 影响卵巢癌患者参与治疗决策态度的多因素 logistic 回归分析($n = 205$)

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常量	3.626	1.083	11.211	0.001	37.567	—
年龄	—	—	22.690	0.000	—	—
年龄(1)	-1.816	0.927	3.833	0.050	0.163	0.026, 1.002
年龄(2)	0.095	0.848	0.013	0.911	1.100	0.209, 5.798
年龄(3)	-1.814	0.841	4.659	0.031	0.163	0.031, 0.846
决策困境	—	—	8.617	0.013	—	—
决策困境(1)	-0.644	0.848	0.577	0.448	0.525	0.100, 2.767
决策困境(2)	-1.779	0.884	4.051	0.044	0.169	0.030, 0.954
首次治疗	-0.917	0.406	5.118	0.024	0.400	0.180, 0.885

3 讨论

3.1 卵巢癌患者参与治疗决策态度分析

3.1.1 卵巢癌患者参与治疗决策态度积极 本研究中 50~岁女性占 55.1%, 与我国卵巢癌高发年龄段一致^[17], 病程从 6 个月以内至 24 个月以上, 治疗方式涵盖了卵巢癌的主要治疗手段(手术、化疗和靶向治疗)^[18], 疾病分期包括卵巢癌早期和晚期患者, 样本具有一定的代表性。本研究中近 80% 的卵巢癌患者对参与治疗决策态度积极, 这与陈婷^[19]对结直肠癌患者的调查结果相近。卵巢癌患者参与治疗决策意愿强烈, 因此, 在医护患共同决策过程中, 医护人员应鼓励患者说出自己的想法与诉求, 以满足患者参与治疗决策意愿。

3.1.2 卵巢癌患者更希望与专业人员共同进行治疗决策 本次研究发现, 虽然卵巢癌患者参与医患共同决策过程积极, 但是在最终决策时更倾向于与医生共同决定(63.90%)或由医生代为决定(40.49%), 这与缪爱云^[13]在 2015 年对肝癌患者的研究有所不同(73% 患者希望与医生共同决定治疗方案, 88.6% 患者希望医生决定治疗方案), 可见对于卵巢癌患者而言无论是与专业人员共同决定或是由专业人员代为决定的比例均有所下降, 可见“家长式”医疗模式正在悄然转变为“合作型”医疗模式, 与近些年我国民众认知水平和对医疗需求的不断提高有关。同时这也提示虽然患者的参与意愿在逐步提升, 但这并不一定代表其希望由自己做出最终决策。

3.2 卵巢癌患者参与治疗决策态度的影响因素

3.2.1 年龄 在本研究中, 小于 40 岁的女性对参与医患共同决策态度更积极($P < 0.05$)。原因可能为此年龄段女性正处于人生的黄金阶段, 在社会工作和家庭生活中都扮演着至关重要的角色, 学习能力与态度均处于高峰时期, 在此阶段罹患癌症, 对于其自身和家庭而言都是重大事件, 其渴望获得更多、更加专业的医疗知识, 同时也希望参与到自身治疗的决策中去。这提示在之后开展医患共同决策的过程中, 应根据年龄段更加有针对性地制定干预策略, 以提高患者参与治疗决策程度。

3.2.2 首次治疗 本研究显示, 首次治疗患者较非首次治疗患者参与态度更积极($P < 0.05$), 这与学者对结直肠癌患者的调查结果一致^[19]。究其原因为首次治疗患者多为初次诊断患者, 对于疾病相关信息的需求较大且在治疗过程中希望寻求更多的可能性, 渴望了解更多的治疗方法和治疗方式, 医患共同决策更加能够满足其需求, 在弥补其专业知识不足的同时增加患者的参与感, 从而提高其参与意愿。

3.2.3 决策困境 本研究显示决策困境也是影响患者决策态度的因素($P < 0.05$), 决策困境处于高等水平的患者较无决策困境的患者参与态度消极。决策困境会造成患者在决策过程中犹豫不决、摇摆不定, 增加其决策难度, 从而降低决策意愿。本研究中卵巢癌患者决策困境总分为 34.23 ± 5.79 , 同时信息提供、价值观、社会支持、不确定性以及决策有效性 5 个维度得分均大于 25.0 分, 说明卵巢癌患者决策困境水平处于中等偏上水平且体现在多个方面。若想降低患者的决策困境水平、提高患者的决策意愿可从这 5 个维度着手。①社会支持维度。得分为 28.54 ± 11.76 , 相较于其他 4 个维度, 得分最低, 提示大多数患者在社会支持方面存在的困境较少。受中国传统文化影响, 家属也是共同决策者之一, 有研究显示癌症患者在求医行为相关的决策方面, 倾向于家属决策^[20]。故在进行医患共同决策过程中, 医务人员不能忽视家属的参与作用。②信息提供维度。得分为 37.85 ± 11.59 , 得分较高的原因可能有两个, 一是医护人员对患者治疗方案的告知并不够清晰全面, 从而造成患者的决策困境; 二是患者信息接收不全面或者理解能力有限。这提示医护人员在对患者进行治疗和疾病知识讲解时, 要注意信息量的控制, 可循序渐进或分步骤传输给患者, 以免造成患者因信息量过大或医学知识过于专业而出现的接受困难。③价值观维度。为 5 个维度中得分最高。究其原因, 首先是卵巢癌患者对于治疗方案的利弊不了解, 从而影响其判断和选择; 其次是我国传统的“家长式”医疗模式依然存在, 在得知自己患病后, 大多数患者会依赖医生的想法, 从而在疾病治疗过程中降低甚至是忽略对于自身价值观及偏好的考量。医患共同决策最初由国外

引入,目前在我国属于探索阶段,其理念中关键性一点就是对患者价值观和偏好的重视,但是我国民众相较于国外民众对于自身的价值观在治疗中的重视程度明显不足,这种就医理念的不同也是医患共同决策在我国开展和实施的难点之一。针对这种情况,临床医护人员更应该重视和鼓励患者对于自身价值观的表达,对于在治疗过程中不重视甚至是忽视自身价值观的患者,应该进行帮助和指导。对于对自身价值观不明确的患者,应该帮助其澄清。同时医患共同决策理念引入我国不久,处于起步阶段。有研究显示,护士对共享决策知识的掌握程度处于中等偏下水平且实际行为欠缺^[21],因此,应加强对医护人员的培训,提高医护人员医患共同决策的认知和执行力,从根本上降低患者的决策困境。

4 小结

本研究显示,卵巢癌患者参与医患共同决策态度积极,决策困境呈中等偏上水平,希望与医护人员共同决策。对此,应加强医护人员培训,提高医患共同决策的认知与执行力;同时加强相关研究,如制作决策辅助工具,包括宣传手册、问题清单等发放给患者,使之能便捷地获得更多相关疾病与治疗信息,助力参与治疗决策;可在首次治疗的年轻患者中开展实践,推动医患共同决策在临床开展。医患共同决策需要多方面共同参与,家属也是重要的参与者,但本研究只纳入了患者,后续研究可增加家属同时进行研究;本研究只选用了患者参与治疗决策态度问卷,后续研究可同时考量患者参与态度及实际参与程度,从而获得更加全面的数据。

参考文献:

[1] Barry M J, Edgman L S. Shared decision making—pinnacle of patient centered care[J]. *N Engl J Med*, 2012, 366(9):780-781.

[2] Tan E G F, Teo I, Finkelstein E A, et al. Determinants of regret in elderly dialysis patients [J]. *Nephrology (Carlton)*, 2019, 24(6):622-629.

[3] Koncicki H M, Swidler M A. Decision making in elderly patients with advanced kidney disease [J]. *Clin Geriatr Med*, 2013, 29(3):641-655.

[4] Hamilton D W. Shared decision making asks patients to share their aims and values for treatment[J]. *BMJ*, 2014,

348:g1435.

[5] Hoffmann T C, Montori V M, Mar C D. The connection between evidence-based medicine and shared decision making[J]. *JAMA*, 2014, 312(13):1295-1296.

[6] 贾冠华, 桑文凤, 申文佳, 等. 稳定性冠心病患者健康素养对血循环重建决策冲突的影响[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(21):4-7.

[7] 王露, 陈英, 崔金锐, 等. 中文版决策冲突量表在直肠癌患者术式决策中应用等信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(3):31-35.

[8] Levinson W, Kao A, Kuby A, et al. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences[J]. *J Gen Intern Med*, 2005, 20(6):531-535.

[9] Degner L F, Sloan J A, Venkatesh P. The Control Preferences Scale[J]. *Can J Nurs Res*, 1997, 29(3):21-43.

[10] 金丕焕. 医用统计学[M]. 2版. 上海: 复旦大学出版社, 2003:322.

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

[12] 马丽莉. 癌症病人参与治疗护理决策现状及影响因素的研究[D]. 北京: 中国协和医科大学, 2004.

[13] 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.

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

[15] 李玉. 早期原发性肝癌患者治疗决策辅助方案的构建与应用研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2017.

[16] 赵丽华, 屈欢, 李娇娇, 等. 晚期癌症患者的替代决策者姑息照护决策冲突的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(14):1683-1689.

[17] 沈铿, 马丁. 妇产科学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:315-321.

[18] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 卵巢癌诊疗规范(2018年版)[J]. *肿瘤综合治疗电子杂志*, 2019, 5(2):87-96.

[19] 陈婷. 结直肠癌患者参与临床治疗决策的研究[D]. 延安: 延安大学, 2021.

[20] 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: 北京协和医学院, 2009.

[21] 郭理想, 黄娟, 豆丽园, 等. 肿瘤科护士共享决策知行现状及影响因素调查[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(9):54-57.

(本文编辑 王菊香)

(上接第4页)

[10] Chouhan V S, Srivastava S. Understanding competencies and competency modeling — a literature survey [J]. *IOSR-JBM*, 2014, 16(1):14-22.

[11] 代郑重. 综合医院临床护士胜任力研究[D]. 长春: 吉林大学, 2014.

[12] 马孟伟, 王茜, 金莉, 等. 护理本科专业课程思政教学评价指标体系的构建[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(1):6-10.

[13] 魏琳, 梁好, 卢咏梅, 等. 临床护士老年护理能力评价量表的编制及信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(9):

1378-1384.

[14] 王方园, 王萌, 刘彬, 等. 护理教育欺凌行为量表的汉化及信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(2):58-61.

[15] While A. Shared decision-making [J]. *Br J Community Nurs*, 2019, 24(5):250.

[16] 中华人民共和国中央人民政府. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. (2016-10-25)[2022-09-11]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.

[17] 赵羚谷, 王涛, 王颖, 等. 国内外医患共同决策研究及应用进展之比较[J]. *医学与哲学(A)*, 2018, 39(10):6-9, 57.

(本文编辑 王菊香)