

中年肺癌化疗患者参与跨专业共享决策方案的制订及实施

曲瑞杰¹,程秋泓¹,王海播²,李豪¹,张乐乐¹,王月霞²

摘要:目的 提高中年肺癌化疗患者诊疗共享决策的参与度及效果。方法 将 76 例中年肺癌化疗患者按住院时间分为对照组和试验组各 38 例,对照组实施常规诊疗告知与相关护理,试验组在常规护理基础上实施跨专业共享决策干预。结果 干预后,试验组患者健康素养得分及参与医疗决策满意度得分显著高于对照组,决策困境得分显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 中年肺癌化疗患者参与跨专业共享决策方案的实施有利于提高患者健康素养,降低患者决策困境,提升参与决策满意度。

关键词:肺癌; 化疗; 共享决策; 诊疗告知; 知情同意; 健康素养; 决策困境

中图分类号:R473.73;R734.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.23.025

Development and practice of an interprofessional shared decision-making program for middle-aged lung cancer patients undergoing chemotherapy Qu Ruijie, Cheng Qiuhong, Wang Haibo, Li Hao, Zhang Lele, Wang Yuexia. Nursing Department, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China

Abstract: **Objective** To increase participation and effect of shared decision making in diagnosis and treatment for middle-aged lung cancer patients undergoing chemotherapy. **Methods** A total of 76 middle-aged lung cancer patients undergoing chemotherapy were divided into a control group and an experimental group chronologically, with 38 cases in each group. The control group was routinely informed diagnosis and treatment and cared, while the experimental group additionally received interprofessional share decision-making programme. **Results** After the intervention, the scores of the All Aspects of Health Literacy Scale and the Patients' Satisfaction with Participation in Medical Decision Making in the experimental group were significantly higher than those of the control group, while its score of the Decisional Conflict Scale was significantly lower than that of the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Practice of the programme on participating in interprofessional share decision-making in middle-aged lung cancer patients undergoing chemotherapy is conducive to improving patients' health literacy, reducing their decisional conflict, and increasing their satisfaction with participation in medical decision making.

Key words: lung cancer; chemotherapy; shared decision-making; diagnosis and treatment notification; informed consent; health literacy; decisional conflict

据 2021 年全球癌症统计报告,肺癌高居我国肿瘤患病率和病死率首位^[1]。大多数患者确诊时为中晚期,化疗是主要治疗方式之一^[2]。化疗虽然可以延长患者生存时间,但常伴随着食欲不振、失眠疲乏、身心痛苦等化疗相关性症状群,容易导致治疗中断与延误^[3-4]。跨专业共享决策模式(Interprofessional Shared Decision-making Model, IP-SDM)是指医生、护士、心理咨询师等跨专业团队共同协作,充分考虑患者的意见与偏好,最终达成决策共识^[5]。随着生物-心理-社会医学模式发展,患者参与治疗决策的积极性日益高涨^[6]。中年肺癌患者是家庭的中流砥柱和社会发展的中坚力量,社会与家庭的双重责任促使其迫切希望参与治疗决策以满足诊疗需求。目前,国外 IP-SDM 已广泛用于临床实践,有效保障患者权益、尊严,提高生存质量^[7]。但 IP-SDM 在我国处于

起步阶段,患者及家属对治疗方案质疑、矛盾在国内较常见。鉴此,笔者构建 IP-SDM 方案对中年肺癌化疗患者进行干预,旨在为帮助我国中年肺癌化疗患者表达自身需求,明确决策方案合理性,也为未来广泛推广本土化共享决策模式提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 便利选取 2020 年 12 月至 2021 年 9 月河南省人民医院呼吸内科就诊的中年肺癌化疗患者作为研究对象。纳入标准:①年龄 45~59 岁;②符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南》诊断标准,经病理检查首次确诊为非小细胞性肺癌;③符合化疗标准且功能状态(PS)评分 ≤ 2 分;④患者及家属均知晓病情;⑤自愿参与、签订知情同意书。排除标准:①患者及家属存在沟通障碍无法决策;②联合手术治疗、放疗或免疫治疗等。共纳入中年肺癌患者 76 例,将 2020 年 12 月至 2021 年 4 月住院的 38 例作为对照组,2021 年 5~9 月住院的 38 例作为试验组。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 干预方法

对照组实施常规健康教育:入院日,责任护士对患者及家属进行入科宣教并完善相关检查;治疗前 1 d,医生、患者及家属围绕化疗决策进行沟通,医生

作者单位:河南省人民医院 1. 护理部 2. 呼吸与危重症医学科(河南 郑州,450003)

曲瑞杰:女,硕士,护士

通信作者:王月霞,wangyue20100818@163.com

科研项目:中国医药教育协会课题(2019LCYJ-001);河南省医学科技攻关项目(LHGJ20200007)

收稿:2022-07-16;修回:2022-08-30

告知患者及家属不同治疗方案的利弊,对患者及家属存在的疑问进行解释,随后签署化疗知情同意书,共同确定治疗方案。住院期间,责任护士动态观察患者

病情,并做好化疗前准备、化疗后护理及出院随访等相关理论知识介绍。试验组在对照组的基础上参与共享决策,具体如下。

表 1 两组一般资料比较

例

组别	例数	性别(例)		年龄(例)			文化程度(例)		
		男	女	45~岁	51~岁	56~59岁	初中及以下	高中或中专	大专及以上
对照组	38	23	15	13	10	15	11	19	8
试验组	38	20	18	16	10	12	13	15	10
统计量		$\chi^2=0.482$		$Z=-0.797$			$Z=-0.033$		
P		0.488		0.426			0.973		

组别	例数	家庭人均月收入(例)			治疗付费方式(例)			临床分期(例)		性格特征(例)		
		<3000元	3000~6000元	>6000元	自费	新农合	医保	Ⅲ	Ⅳ	内向	中间	外向
对照组	38	9	16	13	10	12	16	20	18	7	13	18
试验组	38	7	14	17	9	18	11	17	21	9	14	15
统计量		$Z=-0.926$			$\chi^2=2.179$			$\chi^2=0.474$		$\chi^2=0.560$		
P		0.355			0.336			0.491		0.756		

1.2.1 成立干预团队 干预团队包括呼吸科主任医师、副主任医师、呼吸科护士长、肿瘤专科护士、心理咨询师、心理治疗师各 1 人及呼吸专科护士和护理硕士研究生各 2 人,共 10 人组成。科主任和护士长分别担任组长和副组长,负责跨专业团队组织、培训与管理;副主任医师、呼吸专科护士共同担任决策教练,负责评估患者的决策需求和提供决策支持;肿瘤专科护士、心理咨询师及心理治疗师负责评估患者的心理状态和实施心理疏导;2 名护理硕士研究生负责数据收集与处理;全员共同参与文献检索与方案构建。

1.2.2 制订中年肺癌患者参与共享决策方案

1.2.2.1 评估共享决策需求 基于相关文献、加拿大渥太华个人决策理论指导(Ottawa Personal Decision Guide,OPDG)^[8]以及小组讨论,围绕决策者的知识、价值观、治疗偏好和决策支持四方面自行设计决策需求评估表,以知情同意和访谈资料饱和为原则,对 8 例中年肺癌化疗患者进行一对一、半结构式访谈,了解中年肺癌化疗患者参与共享决策现状及阻碍因素。结果发现:中年肺癌化疗患者希望参与共享决策;不懂如何参与共享决策;担心参与决策承受更多心理压力;害怕决策错误,耽误自身病情;缺乏自信心,希望得到专业化指导和家人支持。

1.2.2.2 制订 IP-SDM 干预方案 根据前期文献研究、半结构式访谈结果和跨专业共享决策模式理论框架指导,同时结合我国的实际情况和中年肺癌化疗患者及照顾者的心理特质,形成本土化中年肺癌化疗患者 IP-SDM 干预方案。邀请呼吸科、肿瘤科和心理医学科专家组织专家小组会议,对方案进行修订。

1.2.3 方案实施

1.2.3.1 明确患者及家属的决策需求 入院当天,由 1 名呼吸专科护士和 1 名心理咨询师采用决策需求评估表对患者及家属进行面对面交流,具体包括患者对疾病知识的了解程度、是否有倾向选择的治疗方

案、是否具备独立决策能力、自我决策的影响因素等。评估者以通俗的语言评估,如“您对自身疾病了解多少?您知道自己将面对哪种治疗方案吗?您有倾向选择的治疗方案吗?您希望由谁决定自己的治疗方案?您在作决定时会考虑哪些因素?”结合我国临床实际情况,家属作为患者的授权代理人,可进一步解释与补充患者的作答或直接代替患者作答。团队通过决策需求评估,明确患者目前的决策能力和信息需求,为下一步实施个性化决策辅助提供方向。

1.2.3.2 提供决策辅导和决策辅助工具 治疗决策前 3 d,由 1 名副主任医师和 1 名呼吸专科护士共同担任决策教练。首先根据患者首次入院决策评估的结果,逐一解答患者的决策困惑,如患者提出的高频决策问题“哪种治疗方案既适合我的病情,费用又相对少?”团队首先参考入院时患者表达的决策偏好和价值取向,以患者的个性化资料(病情、家庭经济水平、治疗付费方式等)为出发点,结合 2021 版肺癌临床诊疗指南^[9]和化疗方案总费用综合考量后,向患者推荐匹配的治疗方案,增强患者的决策准备度。其次,同步发放肺癌化疗辅助手册,内容主要包括肺癌相关的基础知识(病因、症状、检查、治疗等)、化疗方案介绍(化疗的适应证和禁忌证、常见的化疗方案、化疗药物注意事项、不良反应等)、肺癌的健康教育(饮食、运动、复查、随访等生活方式指导)3 部分。患者及家属阅读期间存在任何困惑,可以随时向医护团队寻求咨询与帮助。通过医护团队不定时分享与解读专业知识,帮助患者及家属了解化疗方案的可行性和合理性,实现知识共享,以增强其决策自信心。

1.2.3.3 持续提供决策支持 治疗决策前 1 d,决策教练、患者及家属开展治疗性谈话。首先,决策教练需考查患者及家属对肺癌化疗辅助手册的掌握程度,结合现存疑问再次查漏补缺。然后,决策教练、患者

及家属围绕治疗决策的确定性进行深入讨论,针对患者及家属现存的决策顾虑与风险担忧,决策教练换位思考、权衡利弊,提供适合患者的决策方案,帮助患者及家属克服决策困境、明确治疗决策、签署化疗知情同意书。最终 38 例患者均接受化疗。

1.2.3.4 全程心理疏导 考虑中年肺癌化疗患者饱受躯体痛苦和悲观等负面情绪,肿瘤专科护士和心理咨询师在首次入院、决策前 3 d 和治疗前 1 d 实施接纳与承诺疗法,时长约 45 min。包括隐喻引导、体验式练习、家庭讨论等,循序渐进帮助患者接纳疾病,提高参与决策的积极性。决策期间,若患者存在明显的焦虑、郁闷等负面情绪,心理咨询师和护士随时提供心理疏导与安慰,保证患者以乐观平和的心态参与干预全过程。

1.2.3.5 动态调整决策 治疗实施后,决策教练再次与患者及家属开展面对面交流,共同讨论和再次审视目前的治疗决策。围绕患者的临床症状、复查指标和医疗费用承受能力等综合因素,帮助患者明确下一步治疗决策。

1.3 评价方法 ①全面健康素养测量量表(All Aspects of Health Literacy Scale, AAHLS)。采用吴清等^[10]汉化的量表,共 3 个维度 11 个条目,采用 3 级计分法,从“很少”至“经常”依次赋 1~3 分,得分越高,说明健康素养水平越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.797^[9]。②决策困境量表(Decisional Conflict Scale, DCS)。采用李玉^[11]汉化的量表,共 3 个维度 16 个条目,采用 Likert 5 级计分法,从“是”至“不是”依次赋 0~4 分,得分越高,说明患者决策困境越大。该量表 Cronbach's α 系数为 0.897^[9]。③患者对医疗决策参与的满意度量表。采用徐小琳^[12]开发的量表,共 16 个条目 4 个维度(信息、交流协商、决策、总满意度及信心)。采用 Likert 5 级计分法,从“非常不赞同”至“非常赞同”分别计 1~5 分,得分越高,说明患者的满意度越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.899^[9]。2 名护理研究生于患者入院首日和出院当日分别对两组患者调查。患者对医疗决策参与的满意度仅于出院当日调查。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行统计描述、*t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后健康素养及决策困境评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后健康素养及决策困境评分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	健康素养		决策困境	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	38	19.82±3.95	20.05±3.48	53.34±10.30	51.82±9.77
试验组	38	19.16±3.23	23.18±3.18	54.26±9.81	45.34±6.36
<i>t</i>		0.794	-4.092	-0.399	3.423
<i>P</i>		0.430	<0.001	0.691	0.001

2.2 两组对医疗决策参与满意度得分比较 见表 3。

表 3 两组对医疗决策参与满意度得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	信息	交流协商	决策	总满意度与信心
对照组	38	9.92±1.80	11.97±2.58	8.18±2.71	13.92±2.94
试验组	38	11.71±2.07	13.53±2.47	9.68±2.78	15.68±2.83
<i>t</i>		-4.006	-2.673	-2.611	-2.657
<i>P</i>		<0.001	0.009	0.011	0.010

3 讨论

3.1 跨专业共享决策有利于提高中年肺癌化疗患者全面健康素养水平 《健康中国行动(2019-2030 年)》明确指出,实施健康行动需要全民整体联动转变,强化个体健康责任,确保全民广泛参与,实现健康信息的共建共享^[13]。但目前全民健康素养水平不容乐观,尤其肿瘤患者健康素养水平较低,存在知识匮乏和自我症状管理差等问题,影响患者的生存结局^[14]。表 2 结果显示,干预后试验组全面健康素养得分显著高于对照组($P<0.05$),可能因为 IP-SDM 通过组建多学科跨专业团队,发挥护士在共享决策期间评估、辅导、宣教、协调等多重功能,为多学科之间的通力合作搭建沟通桥梁,实现医院内部资源的有效整合,满足患者治疗阶段的多元化需求,便于为患者及家属提供多角度、全方位、精准化的治疗方案^[15]。同时借助肺癌化疗辅助手册工具,详细介绍化疗药物的类型、利弊、预后等治疗相关信息和肺癌患者生活方式指导等必要内容,引导患者建构科学合理的生活行为,既可以拓宽患者及家属获取医学信息的可靠途径,又延伸双方对患者病情理解的深度与广度,为实现决策共鸣和提高健康素养提供坚实基础。

3.2 跨专业共享决策有利于降低中年肺癌化疗患者的决策困境 决策困境是指当面对诊疗风险、救治益处和个人决策偏向等多因素交互时,患者无法确定治疗方案,决策期间出现举棋不定、优柔寡断等心理问题^[16]。随着肺癌化疗方案与时俱进和护理信息迭代更新,中年肺癌化疗患者需要同时面对纷繁复杂的化疗药物、陌生未知的诊治流程、家庭与工作双重夹击,成为决策困境的高危人群,耽误疾病最佳救治时间,增加癌症家庭的费用开支与照顾负担。本研究结果显示,干预后试验组患者决策困境得分显著低于对照组($P<0.05$),提示跨专业共享决策可降低中年肺癌化疗患者的决策困境。可能因为 IP-SDM 本土化实施期间,研究小组切实考虑我国传统儒家文化背景和家庭代理人的决策权力,始终秉持医一护一患一家属四位一体的多元化决策主体,鼓励共同参与治疗决策。研究团队通过提供全面的决策信息和适合的治疗方案,增加决策主体间有效互动与沟通,满足患者及家属双方的决策相关需求,强化患者及家属对专业知识的掌握,减少多元决策主体间理念冲突,有效降

低患者及家属对治疗方案的不确定性,从而改善决策困境。

3.3 跨专业共享决策有利于提高患者对医疗决策参与的满意度 患者对医疗决策参与的满意度是指患者知晓病情并主动参与决策期间,个人感知参与治疗决策制订的满意程度^[12]。患者参与医疗决策满意度越高,对医护团队感知信任感更强,践行健康教育行动力更佳。表3结果显示,干预后试验组患者对医疗决策参与满意度各维度得分显著高于对照组(均 $P < 0.05$),说明患者对共享决策的认可度更高,Matlock等^[17]也认为共享决策模式可有效避免医护患之间冲突和过度医疗行为,提高治疗决策的质量和满意度。本研究以IP-SDM为理论指导,以患者与家属的需求为切入点,以跨专业团队的循证知识为决策基础,以患者的个人价值偏好为决策取向,以患者家属的支持为决策动力,充分发挥跨专业团队的引导权,捍卫患者的自主权和家属的参与权。同时引入契合癌症患者舒缓疗护的接纳与承诺疗法^[18],立足于个人价值背景深度解析个人情感体验,调动参与治疗决策的积极性和乐观性,改善患者参与医疗决策的体验舒适度和满意度。

4 小结

本研究构建跨专业共享决策方案用于中年肺癌化疗患者,结果显示有利于提高患者的健康素养水平和参与医疗决策满意度,同时降低决策困境,整体优化患者参与治疗的体验。但本研究为单中心研究、测评对象局限于患者,未纳入患者家属的有关测量指标,未来可开展多中心研究,进一步验证IP-SDM在中年肺癌化疗患者中的应用效果。

参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 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] Miller K D, Nogueira L, Mariotto A B, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019[J]. CA Cancer J Clin, 2019, 69(5): 363-385.

[3] 韩燕红, 许珂, 柳丽娜, 等. 肺癌患者治疗相关性症状及自我护理方法调查[J]. 护理学杂志, 2020, 35(5): 23-27.

[4] 胡霞, 罗健, 李苗苗, 等. 肺癌患者症状群管理研究进展[J]. 护理学杂志, 2019, 34(7): 99-102.

[5] Légaré F, O'Connor A C, Graham I, et al. Supporting

patients facing difficult health care decisions: use of the Ottawa Decision Support Framework[J]. Can Fam Physician, 2006, 52(4): 476-477.

[6] Bigelow E O, Windon M J, Fakhry C, et al. Development of a web-based, patient-centered decision aid for oropharyngeal cancer treatment[J]. Oral Oncol, 2021, 123(22): 105618.

[7] Hargraves I G, Fournier A K, Montori V M, et al. Generalized shared decision making approaches and patient problems. Adapting AHRQ's SHARE Approach for Purposeful SDM [J]. Patient Educ Couns, 2020, 103(10): 2192-2199.

[8] O'Connor A M, Tugwell P, Wells G A, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation [J]. Patient Educ Couns, 1998, 33(3): 267-279.

[9] 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学会杂志社. 中华医学会肿瘤学分会肺癌临床诊疗指南(2021版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2021, 43(6): 591-621.

[10] 吴清, 叶旭春, 巫雅萍, 等. 全面健康素养测量量表的汉化及信效度分析[J]. 中国全科医学, 2017, 20(10): 1229-1233.

[11] 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.

[12] 徐小琳. 患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D]. 长沙: 中南大学, 2010.

[13] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 健康中国行动(2019-2030年)[EB/OL]. (2019-07-15)[2022-01-10]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201907/e9275fb95d5b4295be8308415d4cd1b2.shtml>.

[14] 李施霖, 方仪, 尤莉莉. 肿瘤患者健康素养对其健康结局影响研究进展[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(6): 936-938.

[15] 朱懿珍, 张爽, 关玉珠, 等. 共享决策在ICU中的应用进展[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(2): 289-294.

[16] Ghaemi S Z, Keshavarz Z, Tahmasebi S, et al. Conflicts women with breast cancer face with: a qualitative study [J]. J Fam Med Prim Care, 2019, 8(1): 27-36.

[17] Matlock D D, McGuire W C, Magid M, et al. Decision making in advanced heart failure: bench, bedside, practice, and policy[J]. Heart Fail Rev, 2017, 22(5): 559-564.

[18] 刘艳, 吕美荣, 张爱华. 接纳承诺疗法对癌症患者心理灵活性影响的 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2021, 35(8): 657-663.

(本文编辑 韩燕红)