

• 论 著 •

# 基于 Q 方法的老年头颈癌患者术前预立医疗照护计划决策态度探究

杨慧贤<sup>1</sup>, 徐晋霞<sup>2</sup>, 徐晶<sup>1</sup>, 段睿睿<sup>1</sup>, 田艳芝<sup>1</sup>, 丁永霞<sup>1</sup>

**摘要:**目的 分析老年头颈癌患者对术前预立医疗照护计划决策态度,为老年头颈癌患者术前预立医疗照护计划干预模式的构建提供参考。方法 对 13 例老年头颈癌患者进行半结构访谈,并在文献回顾基础上生成 Q 陈述,总结、整理后编号并随机排列以备用于;另选取 18 例老年头颈癌患者按 Q 方法对 Q 陈述进行排序,对所得数据进行因子分析,以明确患者的决策态度。结果 共提取 3 个因子,老年头颈癌患者对术前预立医疗照护计划的决策态度类型可分为 3 种,即共同决策型、专业决策型、自主决策型,3 种类型患者均认为应在术前进行预立医疗照护计划讨论,均不认为手术前讨论此话题是不吉利或不孝的,3 种类型间也存在一定差异。结论 术前与老年头颈癌患者进行预立医疗照护计划讨论具有一定可行性,其参与术前预立医疗照护计划决策的态度各有不同,医务人员应甄别患者的不同决策类型,针对性制定术前预立医疗照护计划。

**关键词:** 头颈癌; 老年患者; 手术; 预立医疗照护计划; 安宁疗护; 决策态度; Q 方法; 质性研究

**中图分类号:** R473.73; R48 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.10.006

## A Study of preoperative advance care planning decision-making attitudes of elderly patients receiving head and neck cancer surgery based on Q methodology

Yang Hui-xian, Xu Jinxia, Xu Jing, Duan Ruirui, Tian Yanzhi, Ding Yongxia, School of Nursing, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

**Abstract:** **Objective** To analyze the attitudes of older patients receiving head and neck cancer surgery on decision making towards preoperative advance care planning (ACP), informing the development of preoperative ACP interventions for older patients with head and neck cancer. **Methods** Semi-structured interviews were conducted with 13 elderly patients undergoing head and neck cancer surgery, and Q statements were generated based on the literature review, summarized, organized, numbered and randomly ranked for backup; another 18 elderly patients undergoing head and neck cancer surgery were selected to rank the Q statements according to the Q methodology, and the resulting data were subjected to a factor analysis in order to clarify the patients' attitude towards decision-making. **Results** A total of 3 factors were extracted. The types of decision-making attitudes of elderly head and neck cancer surgery patients toward preoperative ACP could be categorized into 3 types: shared decision-making, professional decision-making, and self decision-making. All 3 types of participants believed that preoperative ACP discussions should be conducted before surgery, and they were opposed to the idea that it was inauspicious or ungrateful to discuss this topic before surgery. There were also some differences among the 3 types. **Conclusion** It is feasible to conduct preoperative ACP discussions with elderly patients undergoing surgery for head and neck cancer, whose attitudes toward participation in preoperative ACP vary. The medical staff should screen patients for different types of decision-making and target preoperative ACP interventions.

**Keywords:** head and neck cancer; the elderly; operation; advance care planning; hospice care; attitude of decision; Q methodology; qualitative study

头颈癌主要包括发生在口腔颌面部、耳鼻咽喉部、颈部的恶性肿瘤,具有解剖结构复杂、病灶位置深、恶性程度高等特点,其发病率在全球范围内呈缓慢上升趋势<sup>[1-2]</sup>。头颈癌好发于中老年人群,其发病风险随年龄增长而增加<sup>[3]</sup>。头颈癌早期以手术治疗为主,手术治疗对患者的呼吸、吞咽、语言等功能影响较大。老年患者由于高龄、衰弱、并存多种慢性疾病,手术风险高,术后呼吸、吞咽、发声功能受损以及感染、出血等并发症更严重,容易引起不良后果,导致认

知进一步受损、决策能力下降、生活质量下降<sup>[4-5]</sup>。当患者术后面临生命危急情况或者病情进展接近临终状态时,其对治疗方案的真实意愿经常被忽略,被迫接受与其偏好不符的治疗和护理,产生决策冲突,同时也给家属造成了情感和经济负担<sup>[6]</sup>。有研究指出,患有生命限制性疾病的患者应在疾病早期诊断时即开始预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP),而手术是一个导致患者面临不确定结果的时间点,因此手术可以作为启动 ACP 的契机<sup>[7]</sup>。然而当前尚不清楚我国老年头颈癌患者对手术前进行 ACP 决策的态度。Q 方法论是一种研究人类主观性的心理学研究方法,其所有的操作内容均来自受试者本身,采用量性和质性研究相结合的方法,通过研究对象对与研究主题相关陈述的分类、排序,揭示该群体对某一现象的态度、观点<sup>[8]</sup>。有研究表明, Q 方

作者单位:1. 山西医科大学护理学院(山西 太原, 030001); 2. 山西省肿瘤医院手术室

杨慧贤:女,硕士在读,学生, 919028114@qq.com

通信作者:丁永霞, Yongxiadingding@sxmu.edu.cn

科研项目:山西省留学人员科技活动择优资助项目(20230024)

收稿:2023-12-19; 修回:2024-02-26

法的开展流程可以调动患者参与研究的积极性,是促进生命末期问题讨论的创新方法,可以利用其作为谈话的开端<sup>[9]</sup>。本研究应用 Q 方法,对老年头颈癌患者不同主观描述进行分类和排序,探索其术前 ACP 决策态度,为老年头颈癌患者 ACP 干预模式的构建提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

**1.1.1 Q 陈述内容形成访谈对象** 2023 年 4—5 月,采用目的抽样法选取山西省肿瘤医院头颈外科住院的老年头颈癌手术患者为访谈对象(构建 Q 陈述内容的访谈对象)。纳入标准:年龄 $\geq 60$ 岁;经临床检查及病理学检查被确诊为头颈部恶性肿瘤原发灶;近 1 个月内在头颈外科已手术治疗或计划接受手术治疗;知晓病情且愿意参与本研究。排除标准:由于视觉、听觉、认知障碍及精神疾病等不能参与决策。以最大差异化原则选取访谈对象,样本量以信息饱和为准。此阶段最终访谈 13 例患者,男 8 例,女 5 例;年龄 60~<70 岁 8 例,70~<80 岁 4 例,83 岁 1 例。婚姻状况:已婚 10 例,离异 1 例,丧偶 2 例。文化程度:初中及以下 4 例,高中 6 例,大专及以上 3 例。家庭人均月收入:<3 000 元 7 例,3 000~5 000 元 4 例,>5 000 元 2 例。居住地:农村 7 例,城市 6 例。肿瘤部位:口腔 4 例,口咽部 5 例,喉部 3 例,鼻咽部 1 例。手术情况:近期已手术 5 例,计划手术 8 例。

**1.1.2 Q 排序访谈对象** 对 Q 陈述进行 Q 排序的受试对象,又称之为 P 样本。访谈对象纳入与排除标准同上,以最大差异化为原则选取符合纳入与排除标准的患者,根据研究主题对小样本人群进行深入研究。2023 年 5—8 月,选取在山西省肿瘤医院头颈外科行手术治疗的老年头颈癌患者为访谈对象。样本量为访谈获取的 Q 陈述条目数量的 1/3~1/2,最多不超过 Q 陈述的条目数量。本研究纳入老年头颈癌手术患者 18 例,有效样本 14 例。

### 1.2 方法

**1.2.1 构建 Q 陈述** Q 陈述为与研究主题相关的观点的集合,呈现形式为文本、视频、音频等。本研究的 Q 陈述为文本形式,通过半结构式访谈及文献回顾生成。访谈提纲:①您了解 ACP 相关话题的哪些知识?②手术前医护人员与您进行过哪些与 ACP 相关的谈话和与决策?③您在手术前考虑了哪些术后生命支持治疗?④您对手术前进行 ACP 决策的看法是什么?⑤您认为影响您做出 ACP 决策的促进和阻碍因素是什么?⑥您希望了解哪些知识来帮助您做出 ACP 决策?半结构式访谈以“对手术前 ACP 的看法及决策体验”为主题,对 13 例患者进行访谈,以获得其对术前 ACP 决策的态度,每次访谈时间不少于 10

min,访谈过程中录音并记录非语言信息,随后将录音信息转录为文字,提炼成简洁且可以表达研究主题的语句,持续访谈与转录直至信息饱和为止。系统检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、中国知网、万方数据、维普网等中英文数据库。中文检索词:预立医疗照护计划,预立医疗指示,预先指示,生前预嘱;老年,老年人,高龄;手术,手术前,围手术期等。英文检索词:advance care planning, advance directive, living will; elderly, older, aged; surgery, preoperative period, perioperative period 等,提炼并补充与研究主题相关的语句。整合访谈资料及文献资料中关于患者对术前 ACP 决策态度的描述,邀请 2 名专家(1 名为头颈肿瘤外科主任医师,1 名为头颈肿瘤外科主任护师)审核并反复修改,最终生成患者术前 ACP 决策态度条目(Q 陈述)39 条。将 Q 陈述条目编号,分别打印在 39 张卡片(4 cm×8 cm)上,随机排列以备用。

**1.2.2 Q 排序** 按照 9 级分类方式,制作准正态分布表(见图 1),将 Q 陈述分为符合、不确定/中立及不符合 3 种,指导患者充分阅读并理解 Q 陈述,并根据符合程度(即“最不符合”到“最符合”依次计“-4 分”至“4 分”)逐一将 Q 陈述排列在相应表格中,直至所有 Q 陈述被排列在表内,完成 Q 排序后,受试者需对其进行如此 Q 排序的原因做出说明,尤其对“最符合”和“最不符合”的 Q 陈述详加说明。

最不符合			不确定/中立			最符合		
-4 (2)	-3 (3)	-2 (5)	-1 (6)	0 (7)	1 (6)	2 (5)	3 (3)	4 (2)

注:以“-4(2)”为例,表明受试者需分拣出 2 条最不符合其自身观点的 Q 陈述,并将其分别计为-4 分。

图 1 Q 排序图

**1.2.3 Q 分析** 使用 SPSS27.0 软件及 Ken-Q 分析软件对数据进行统计分析。首先使用 SPSS27.0 软件对研究数据进行 KMO 检验和 Bartlett 球形检验,以确保其满足因子分析的前提条件。随后将数据录入 Ken-Q 分析软件进行统计分析,主要包括三部分:①因子分析。采用主成分分析法(Principle Component Analysis, PCA)提取因子,保留特征值>1、累计方差变异量 $\geq 40\%$ 的因子<sup>[10]</sup>,为了便于解释和命名因子,对提取到的因子以最大方差法进行因子旋转,使因子分类更加清晰。②计算因子载荷量及分类。因子载荷量可以反映受试者(P 样本)与因子之间相关强度,其绝对值越大,表明其统计学意义越显著,受

试者与因子之间的相关性越强。根据 Q 方法因子载荷量计算公式,将因子载荷量 > 因子个数 /  $\sqrt{n}$  ( $n$  为 Q 陈述数量) 作为分类标准<sup>[11]</sup>。每个因子至少反映 2 例受试者的观点,若受试者被同时归类到 2 个或以上因子类别中,在后续数据分析中需删除该受试者。③ 计算因子分数。经过因子分析、因子旋转后, Ken-Q 分析软件可自动计算各因子在各条目(Q 陈述)的分值,进行排列,形成因子数列,从而得到各类型的理想化排序。

## 2 结果

### 2.1 老年头颈癌患者术前 ACP 决策态度(Q 陈述)

见表 1。

### 2.2 老年头颈癌患者术前 ACP 决策态度 Q 陈述排序结果分析

根据 Kaiser 的度量标准, KMO 值越接近 1, 表明原始数据越适合做因子分析<sup>[12]</sup>。本研究中 KMO 值为 0. 836, Bartlett 球形检验的近似  $\chi^2 = 464. 784, P < 0. 001$ , 适合进行因子分析。使用 Ken-Q 软件主成分分析法提取因子, 特征值 > 1 的因子共 4 个, 因此首先提取 4 个因子, 但最后 1 个因子仅反映 1 例 P 样本的观点, 且前 3 个因子的累计方差贡献率达 65. 00% (见表 2), 故删除最后 1 个因子, 最终选取 3 个因子。对提取到的 3 个因子以最大方差法进行因子旋转, 因子旋转可将相似因子归类, 将不相似因子分开, 以便于解释和命名因子。本研究中 P 样本在某一因子的因子载荷量 > 0. 48 方可被归入该因子。有 3 例患者被同时归类到 2 个因子中, 1 例患者未反映任何因子, 故删除, 最终有效样本为 14 例。14 例患者术前 ACP 决策类型及人口学特征见表 3。在进行因子提取及因子旋转后, Ken-Q 分析软件模拟得出能代表该因子主要观点的理想 Q 排序。Q 方法较多依据各因子理想 Q 排序中的两端极端项目分析和解释因子类型, 本研究重点关注得分相对较高和较低的 Q 陈述 ( $\pm 4, \pm 3$ ), 对因子进行解释和命名, 即共同决策型(因子 1)、专业决策型(因子 2)、自主决策型(因子 3) 3 种态度类型。

### 2.3 老年头颈癌患者术前预立医疗照护计划决策态度特征

#### 2.3.1 共性决策态度

3 种类型患者在条目 25“手术有可能导致我面临不可预测的风险, 我需要在术前将我的愿望充分告知家属和医务人员”的同意程度较为一致, 患者认为术前有必要进行 ACP 讨论。正如 1 例类型 3 患者所述: “手术前应该讨论, 讨论了好提前有准备, 就算最后结局不好, 提前自己做了安排, 我不会后悔”。同时, 患者对条目 19“手术前与我讨论这些是不吉利的”、条目 20“提前与我讨论死亡话题是不孝的”不认可程度较为一致, 患者认为术前讨论 ACP 并非不吉利或不孝, 正如 2 例类型 2 患者所述: “(术前讨论 ACP) 不一定是恶化了吧, 只是告知一

下风险, 让我们注意一点”“这没什么不吉利的, 现在都唯物主义, 我挺想了解这些的, 无知才更可怕呢”。3 种类型患者对条目 37“就算进行了 ACP, 我也会担心我的治疗意愿不能达到”, 均持不确定态度, 如 1 例类型 1 患者说道: “对, 现在是跟他们说好了, 以后我要是躺那儿啥也不知道了, 到底能不能按我现在这个想法走还是个问题”。

表 1 老年头颈癌患者术前 ACP 决策态度(Q 陈述)

序号	Q 陈述
1	我从来没有听过 ACP 及其相关话题
2	想要进行 ACP, 但不想在手术前进行
3	我想在手术前进行 ACP, 并且由我自己主导
4	我想进行 ACP, 但我不知道怎么开始, 什么时候开始
5	应该尽早讨论, 为未来做准备
6	ACP 的讨论时机应该让我和家属来决定
7	我不想过早讨论这些, 谁知道未来会发生什么, 最好把未来交给命运
8	在生命尽头, 我希望最大程度地减少痛苦和其他不适症状, 自然舒适地离世, 而不想进入重症监护室接受无意义的治疗
9	我想在手术前与家属、医务人员商讨共同制定 ACP
10	即使生命到了不可挽救的阶段, 我也要尽可能接受所有的抢救治疗(包括心肺复苏、机械通气等或进入重症监护室接受治疗), 延长生命
11	临终阶段时, 将不可避免的事情短暂推迟是没有意义的, 它只会徒增我和家属的痛苦
12	提前进行 ACP 能让我接受自己想要的治疗
13	我不想让家属感到有压力, 提前进行 ACP 可以减轻家属的经济和情绪负担
14	提前进行 ACP 可以减少医疗资源浪费, 缓解国家财政压力
15	提前进行 ACP 能保证我在生命终末阶段的生活质量和尊严
16	术前 ACP 有利于促进我和家属沟通, 让家属了解我的愿望
17	我的家人可能会对我的治疗产生意见分歧, 由我提前做好决策可以减轻他们的决策冲突
18	手术前讨论 ACP 能让我 and 家属更好地了解疾病和手术并发症
19	手术前与我讨论这些是不吉利的
20	提前与我讨论死亡话题是不孝的
21	手术前谈论 ACP 对我来说意味着疾病恶化
22	手术前讨论 ACP 会剥夺我对治疗的希望
23	手术前与我讨论 ACP 可能会加重我的焦虑情绪
24	手术前与我谈论 ACP 是一个让我思考死亡的契机, 能帮助我思考生命的意义, 并且规划未来
25	手术有可能导致我面临不可预测的风险, 我需要在术前将我的愿望充分告知家属和医务人员
26	我有可能因疾病或术后并发症而失去自主能力和决策能力
27	死亡是一个让人恐惧的话题, 我不想面对, 我害怕医务人员与我讨论 ACP
28	死亡是每个人、每个家庭都会遇到的, 不必过度恐惧
29	我想要接受死亡教育, 帮助我更好地应对死亡
30	我从未深入思考过死亡
31	为避免患者产生心理负担, 家属和医务人员应该向患者隐瞒病情
32	医务人员应如实告知病情, 以便让我自己决策
33	由医务人员对我的治疗做出决策是最合适的
34	我想要为自己负责, 我的治疗决策权应掌握在自己手中
35	我的治疗决策权应交给我的家属
36	当我和我的家属就临终治疗问题产生冲突时, 我希望家属能够尊重我的决定
37	就算进行了 ACP, 我也会担心我的治疗意愿不能达到
38	我想要充分了解疾病信息、预后风险、不同治疗方案的优劣来帮助我进行 ACP 决策
39	我不认为我最终会死或失去自主能力

表 2 3 种态度类型的特征值及方差贡献率

项目	因子 1	因子 2	因子 3
特征值	8.89	1.57	1.32
方差贡献率(%)	49.00	9.00	7.00
累计方差贡献率(%)	49.00	58.00	65.00
映射样本数(n)	8	4	2

表 3 患者术前 ACP 决策态度类型的人口学特征(n=14) 例

项目	例数	共同决策型 (n=8)	专业决策型 (n=4)	自主决策型 (n=2)
性别				
男	8	5	3	0
女	6	3	1	2
年龄(岁)				
60~<70	8	5	2	1
70~<80	5	2	2	1
80~82	1	1	0	0
婚姻状况				
已婚	9	5	2	2
离异	1	1	0	0
丧偶	4	2	2	0
文化程度				
初中及以下	6	3	3	0
高中	5	4	1	0
大专	1	1	0	0
本科及以上	2	0	0	2
平均月收入(元)				
<3 000	5	3	2	0
3 000~5 000	5	4	1	0
>5 000	4	1	1	2
宗教信仰				
有	0	0	0	0
无	14	8	4	2
居住地				
农村	6	4	2	0
城市	8	4	2	2
肿瘤部位				
口腔	4	2	1	1
口咽	4	3	1	0
喉部	2	1	1	0
其他	4	2	1	1
手术情况				
已手术	8	5	2	1
计划手术	6	3	2	1

### 2.3.2 不同决策类型患者的观点

**2.3.2.1 类型 1:共同决策型** 该类型占比较大,映射了 8 例患者的观点。患者对条目 9“我想在手术前与家属、医务人员商讨共同制定 ACP”、条目 18“手术前讨论 ACP 能让我更好地了解疾病和手术并发症”、条目 16“术前 ACP 有利于促进我和家属的沟通,让家属了解我的愿望”最为认可。患者担心独立决策不足以做出明智判断,因此更多地认可与家属和医务人员共同进行术前 ACP 讨论,从而做好应对意外的准备。“有时候家属的决策可能比较明智,万—

我的想法不明智……得一块儿沟通,一起想办法”“一起讨论这些能让我们都提前有个心理准备,也能把握自己的病情,看看到底是个什么情况,怎么治疗保险一些,要是真的有意外,他们会帮我决定怎么进行下一步治疗”。

**2.3.2.2 类型 2:专业决策型** 该类型映射了 4 例患者的观点。患者对条目 33“由医务人员对我的治疗做出决策是最合适的”、条目 38“我想要充分了解疾病信息、预后风险、不同治疗方案的优劣来帮助我进行 ACP 决策”、条目 23“手术前与我讨论 ACP 可能会加重我的焦虑情绪”较为认可,对条目 27“死亡是一个让人恐惧的话题,我不想面对,我害怕医务人员与我讨论 ACP”持反对意见。患者认为手术前的 ACP 决策主要基于专业判断,需要在充分了解与疾病有关的专业知识后才能做出决策。“我们对这些不太了解,专业的事应该交给专业的人来做,关键时刻主要看医生的意见”“肯定是要了解这些,病情、(预期)寿命、治疗好坏这些啥的,都得清楚了才能做决定,不管是家属还是患者,都得了解,问清楚大夫以后,才能决定”。尽管他们认为术前讨论会加重焦虑,但应该尽力应对。“手术前说这些就是会焦虑呀,本来手术就挺害怕的,再谈这些,肯定会焦虑,但是再焦虑也得面对,逃避不了”“死亡是必须得面对的,说到这个谁也会害怕,我觉得没有一个人是不想活着的,但是你总有一天会遇到这个问题,你不想面对也得面对,害怕是没用的,提前说清楚反而会让自己和家属都有个心理准备吧”。

**2.3.2.3 类型 3:自主决策型** 该类型映射了 2 例患者的观点。患者对条目 36“当我和我的家属就临终治疗问题产生冲突时,我希望家属能够尊重我的决定”、条目 3“我想要在手术前进行 ACP,并且由我自己主导”、条目 12“提前进行 ACP 能让我接受自己想要的治疗”、条目 24“手术前与我谈论 ACP 是一个让我思考死亡的契机,能帮助我思考生命的意义,并且规划未来”最为认可,而对条目 31“为了避免患者产生心理负担,家属和医务人员应该向患者隐瞒病情”、条目 33“由医务人员对我的治疗做出决策是最合适的”、条目 35“我的治疗决策权应交给我的家属”持反对意见。该类型患者认为自己拥有绝对的知情同意权,反对隐瞒病情。他们认为治疗的最终决策权应掌握在患者手中,拒绝将其让渡给家庭成员或医务人员。“隐瞒病情没必要,经历痛苦的是患者,患者自己能感觉出来,而且你要是一直瞒着,说不定还会往更坏的地方猜,心情就更差了,是不是,所以不要老想着瞒,我们自己的身体让我们自己负责嘛”“医生没有那么大的权力,可以参考他的意见,但是最后做决定的人应该是自己,医生和家属都只能是辅助”。

### 3 讨论

#### 3.1 对老年头颈癌患者术前实施 ACP 具有可行性

与老年患者讨论 ACP 相关话题,可以促进其死亡态度的转变。本研究发现,老年患者虽不了解 ACP 这一概念,但对其阐述 ACP 基本内容后,3 种 ACP 决策态度类型患者均认为应该在手术前讨论 ACP,对手术前进行 ACP 呈支持态度。由于手术风险具有不确定性<sup>[13]</sup>,本研究中老年患者普遍认为应该在手术前将愿望告知家属,与 Umgelter 等<sup>[14]</sup>的调查结果一致。对于老年头颈癌患者而言,手术治疗对其沟通能力的影响较大,术前与患者充分进行 ACP 讨论一定程度上可以规避未来沟通不良导致的治疗决策冲突<sup>[15]</sup>。Song 等<sup>[16]</sup>对手术患者进行术前 ACP 访谈的干预研究发现,ACP 不会增加手术患者的焦虑。本研究显示,部分患者可能会在术前讨论 ACP 时感到焦虑,但不会因焦虑而拒绝讨论。这种矛盾可能与医生对治疗方法的解释程度和方式有关,许多患者在决定接受手术之前想知道最大风险,医生对治疗过程的清晰描述和风险告知对术前 ACP 决策很重要,充分的术前知情同意可能促进术前 ACP 决策<sup>[17]</sup>。提示医务人员可尝试将 ACP 讨论与术前知情同意程序相结合,加强对老年头颈癌患者及家属的健康教育,普及疾病治疗及预后相关知识,阐明术前 ACP 对家庭抵御手术患者围术期不良风险的作用,以及促进后期医疗照护的长久效益,以提高患者及家属对疾病和 ACP 的认知,进一步促进其对术前 ACP 及死亡态度的转变。

3 种 ACP 决策态度类型患者均担心尽管事先告知家人他们希望接受治疗的意向,但其家人仍可能会在紧急情况下违背其意愿,而决定接受延长生命的治疗,与 Yamamoto 等<sup>[17]</sup>的研究结果类似。可能与中国传统观念中的“孝道文化”有关,家庭成员以延长患者生命为孝道,术前讨论 ACP 被误认为是放弃对亲人的生命支持治疗,是不孝的;“重生忌死”的观念也使大部分人认为与患者谈论死亡是不吉利的。然而,本研究中 3 种 ACP 决策态度类型患者均不认可术前讨论 ACP 是不孝或不吉利的,可能与患者和家属之间沟通不充分有关。因此患者应主动表达意愿,确保家属充分理解其价值观和偏好,在沟通中促进决策一致。同时,需考虑到我国传统文化中的“死亡禁忌”和“家庭观念”,在实施 ACP 时需保持适当的文化敏感性<sup>[18]</sup>。还应推动法律法规的完善,在法律层面切实保障患者的自主选择权,消除患者的顾虑。

#### 3.2 不同 ACP 决策类型老年头颈癌患者的人口学特征分析

本研究将老年头颈癌患者对术前 ACP 的决策类型分为共同决策型、专业决策型、自主决策型。临床医护人员在对患者进行术前 ACP 决策辅助时,应仔细甄别患者的 ACP 决策类型,根据不同

类型给予个性化指导,帮助患者做出符合其价值观的高质量决策。共同决策型在本研究中占比较大,该类型患者文化程度以高中、初中及以下水平为主,其在面临手术前 ACP 决策时,倾向于与家庭成员、医务人员共同协商,在协商中探索决策平衡。这种集体决策模式可能与亚洲文化中根深蒂固的“家本位”思想有关<sup>[19]</sup>,患者常常将家庭置于比自己更高的道德位置,担心自主决策会造成家庭矛盾冲突<sup>[20]</sup>;此外家庭需要承担患者的医疗费用,调动社会资源为患者提供物质支持<sup>[21]</sup>,患者在进行决策时会考虑治疗费用对家庭经济的影响,因此他们更多地认可以家庭为中心的决策。尊重家属决定权与捍卫患者自主权之间并不冲突,通过强调患者与家属的重要关系,可以更好地保障患者自主权的实现<sup>[22]</sup>。在帮助此类患者进行 ACP 决策时,应注重兼顾家庭成员的意见,为其提供充足的家庭支持及专业支持,三方充分有效沟通,共同参与决策,促进相互理解,同时保持家庭和谐。

与其他 2 种类型相比,专业决策型老年患者受教育程度偏低,4 例患者中,3 例是初中及以下文化程度。该类型老年患者认为术前 ACP 决策应以专业判断为主,决策应在充分获得与疾病及治疗有关的信息权衡利弊后制订。获得疾病信息是进行 ACP 决策的前提<sup>[23-24]</sup>,医务人员一般具备必要的专业知识,而部分患者对疾病信息了解不足,对医疗术语理解困难,他们对自己是否能就医疗问题做出正确判断缺乏信心,因此可能会过分依赖医务人员而做出被动决策<sup>[25]</sup>。医务人员应主动沟通,为患者提供个性化且充分的信息支持,增强其对疾病知识的把握,改善其对医疗决策的主观刻板印象,让其认识到自己在决策中的重要性。

自主决策型患者受教育程度普遍较高,且均为女性和高收入人群,患者自我决策意识觉醒程度较高,因此他们更注重自主权利,与龙杰等<sup>[26]</sup>的研究结果一致。学历越高的患者,其获取信息的能力越强,对自己疾病的把握程度也更高,能够意识到参与医疗决策的积极意义,因此更倾向于主动参与决策。此外,相对于家属而言,女性患者心思细腻敏感,更清楚疾病带来的痛苦感受,其寻求人生价值与意义的需求更高<sup>[27]</sup>,因而更倾向于自主做出决策。当对治疗产生决策冲突时,该类型患者希望家属尊重其意见,让患者接受其自己想要接受的治疗。因此对于此类患者,家属及医务人员应尊重患者的价值观及偏好,以患者为中心,保障自主决策权的实现。

### 4 结论

ACP 是一个动态变化的过程,其讨论时机可以是健康状态、疾病早期或病情变化时,手术是讨论 ACP 不可避免的时间点。研究表明,老年头颈癌

手术患者认为手术前应该讨论 ACP 相关事宜,在该人群中实施术前 ACP 具有一定可行性。老年头颈癌手术患者对术前 ACP 的决策态度可分为共同决策型、专业决策型和自主决策型,医务人员在帮助患者进行术前 ACP 决策时,应注意甄别患者的决策类型,根据不同类型给予个性化支持,帮助患者做出符合其价值观的高质量 ACP 决策。本研究为目的抽样,代表性有限;其次,仅探讨了患者的观点,患者家属及医务人员的观点对术前 ACP 的实施同样重要。今后应在多中心、大样本的老年头颈癌手术人群中进一步探讨不同决策态度类型的分布,调查利益相关方对术前 ACP 实施的态度及其作用。

### 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] Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants[J]. *Chin Med J(Engl)*, 2022, 135(5): 584-590.
- [3] Gormley M, Creaney G, Schache A, et al. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors[J]. *Brit Dent J*, 2022, 233(9): 780-786.
- [4] Fu T S, Sklar M, Cohen M, et al. Is frailty associated with worse outcomes after head and neck surgery? A narrative review[J]. *Laryngoscope*, 2020, 130(6): 1436-1442.
- [5] Ruud Kjær E K, Jensen J S, Jakobsen K K, et al. The impact of comorbidity on survival in patients with head and neck squamous cell carcinoma: a nationwide case-control study spanning 35 years[J]. *Front Oncol*, 2021, 10: 617184.
- [6] Mott F E, Adams K C. Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer[J]. *J Palliat Care*, 2018, 34(1): 18-20.
- [7] Schuster A L, Aslakson R A, Bridges J F. Creating an advance-care-planning decision aid for high-risk surgery: a qualitative study[J]. *BMC Palliat Care*, 2014, 13: 32.
- [8] 周凤华,王敬尧. Q 方法论:一座沟通定量研究与定性研究的桥梁[J]. *武汉大学学报(哲学社会科学版)*, 2006, 59(3): 401-406.
- [9] Maniam R, Tan M P, Chong M C. End of life care preference among hemodialysis population: revisit Q methodology[J]. *Patient Educ Couns*, 2022, 105(6): 1495-1502.
- [10] Kline P. An easy guide to factor analysis[M]. London: Routledge Press, 1994: 96.
- [11] Van Exel N J A, de Graaf G. Q methodology: a sneak preview[EB/OL]. [2023-11-29]. <https://qmethod.org/wp-content/uploads/2016/01/qmethodologyasneakpreviewreferenceupdate.pdf>.
- [12] 傅德印. 主成分分析中的统计检验问题[J]. *统计教育*, 2007(9): 4-7.
- [13] Adeleke I, Chae C, Okocha O, et al. Risk assessment and risk stratification for perioperative complications and mitigation: where should the focus be? How are we doing? [J]. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2021, 35(4): 517-529.
- [14] Umgelter K, Anetsberger A, Blobner M, et al. Präoperative patientenorientierte vorausplanung von notfall-und intensivbehandlung: bedarf oder zumutung? [J]. *Anaesthesist*, 2016, 65(2): 107-114.
- [15] Mayland C R, Ho Q M, Doughty H C, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review [J]. *Palliative Med*, 2020, 35(1): 27-44.
- [16] Song M K, Kirchhoff K T, Douglas J, et al. A randomized, controlled trial to improve advance care planning among patients undergoing cardiac surgery [J]. *Med Care*, 2005, 43(10): 1049-1053.
- [17] Yamamoto K, Yonekura Y, Hayama J, et al. Advance care planning for intensive care patients during the perioperative period: a qualitative study [J]. *SAGE Open Nurs*, 2021, 7: 23779608211038845.
- [18] Cheng H W B. Advance care planning in Chinese seniors: cultural perspectives [J]. *J Palliat Care*, 2018, 33(4): 242-246.
- [19] Lin C, Cheng S, Chen P. Advance care planning for older people with cancer and its implications in Asia: highlighting the mental capacity and relational autonomy [J]. *Geriatrics*, 2018, 3(3): 43.
- [20] Gao X, Sun F, Ko E, et al. Knowledge of advance directive and perceptions of end-of-life care in Chinese-American elders: the role of acculturation [J]. *Palliat Support Care*, 2015, 13(6): 1677-1684.
- [21] 王芝为,章新琼,丁雅楠,等. 成人癌症患者家庭弹性的概念分析[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(19): 12-15.
- [22] 冯倩,冯磊. 生前预嘱生效决定中的权利冲突与协调路径研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2019, 36(5): 360-362.
- [23] 郝富杰,许琳,姜懿珊,等. 晚期肺癌病人关于参与治疗决策观点与体验的现象学研究[J]. *全科护理*, 2023, 21(25): 3579-3582.
- [24] Tamirisa N P, Goodwin J S, Kandalam A, et al. Patient and physician views of shared decision making in cancer [J]. *Health Expect*, 2017, 20(6): 1248-1253.
- [25] Anderson R J, Bloch S, Armstrong M, et al. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: a systematic review of qualitative evidence [J]. *Palliat Med*, 2019, 33(8): 926-941.
- [26] 龙杰,刘俊荣. 基于患者视角的医疗决策模式及其影响因素研究[J]. *医学与哲学*, 2019, 40(9): 59-64.
- [27] 王鑫鑫,王霜霜,贾彦楠,等. 癌症患者的灵性需求现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(3): 74-76.