·专科护理·
·论　　著·

肥胖症减重代谢手术治疗决策的患者旅程地图研究

李昊阳[1]，王冬红[1]，李雪娟[2]，周薇[1]，莫翼娜[1]，李淑婷[1]，吴东波[2]，梁日晓[2]，胡静[2]

摘要：目的 基于患者旅程地图识别肥胖症患者减重代谢手术治疗决策的多维需求，为优化该群体的手术决策提供借鉴。**方法** 运用描述性质性研究方法，选取16例行减重代谢手术的肥胖症患者进行半结构式访谈，采用内容分析法进行资料分析并绘制患者旅程地图。**结果** 按照就诊时间轴，从行为、想法、情绪和痛点4个维度将肥胖症患者的减重代谢手术治疗决策需求归纳为健康危机、手术污名化、伦理困惑、经济负担等30条主题，其中手术决策前期12条、手术决策期8条、治疗期10条。**结论** 肥胖症患者减重代谢手术治疗决策旅程复杂，存在网络信息难以甄别、经济压力、术后饮食管理复杂等痛点。建议构建减重信息平台，完善相关医疗保障体系，以满足肥胖症患者减重代谢手术治疗的健康需求。

关键词：肥胖症；　减重代谢手术；　健康需求；　就医体验；　治疗决策；　生活质量；　旅程地图；　质性研究
中图分类号：R473.6　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.17.024

Treatment decision journey map for obesity patients receiving metabolic bariatric surgery

Li Haoyang, Wang Donghong, Li Xuejuan, Zhou Wei, Mo Yina, Li Shuting, Wu Dongbo, Liang Rixiao, Hu Jing. Faculty of Nursing, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530001, China

Abstract: Objective To identify multidimensional needs in metabolic bariatric surgery (MBS) treatment decisions among obesity patients based on patient journey map, providing references for optimizing surgical decision-making in this population. **Methods** A descriptive qualitative study was conducted using semi-structured interviews with 16 obesity patients who underwent MBS. Content analysis was used for data analysis, and a patient journey map was created. **Results** Along the treatment timeline, patients' decision-making needs were categorized into 30 themes across four dimensions (behaviors, thoughts, emotions, and pain points), including health crisis, surgical stigma, ethical confusion, and financial burden. These themes were distributed in three phases: pre-decision phase (12 themes), decision-making phase (8 themes), and treatment phase (10 themes). **Conclusion** The treatment decision journey for MBS for obese patients is complex, with challenges such as difficulty in discerning network information, economic pressure, and complex postoperative dietary management. It is recommended to establish a weight management information platform and optimize healthcare coverage policies to address the clinical needs of patients requiring MBS interventions.

Keywords: obesity; bariatric surgery; health needs; medical experience; treatment decision; quality of life; journey map; qualitative research

肥胖症是指由于多种因素导致的体内脂肪堆积过多或分布异常，通常伴有体重增加的慢性代谢性疾病[1]。随着经济的发展和生活方式的改变，肥胖这一问题所带来的负担日益增长。世界肥胖联盟[2]发布的数据显示，2020年全球有42%的成人存在超重/肥胖的问题，预计到2025年，全球成人男性肥胖患病率将达到18%，成人女性将超过21%。与全球趋势一致，中国肥胖的患病率也呈迅速上升趋势[3]。减重代谢术(Metabolic Bariatric Surgery，MBS)被认为是治疗中、重度肥胖的有效方法，与传统饮食、运动干预相比，其减重效果更明显且能长期维持个体的低体质量状态，患者术后10年多余体质量减少率可达60%～70%[4]。据相关统计推算2022年中国减重手术实际总数量约为30 071例[5]，仅占符合手术指征总人数的0.01%[6]，位于全球较低水平[7]。在减重代谢术决策过程中，患者常因缺乏术式知识、缺少他人经验参考和社会支持而感到压力，同时面临资源有限和决策技能不足的问题[8]。加之手术方案本身存在风险与效益的不确定性，进一步加剧了其决策困境。因此，深入探索肥胖症患者经历的治疗决策旅程至关重要。近年来，患者旅程地图作为一种可视化的工具被应用于慢性疾病健康管理领域[9]。患者旅程地图通过一张从患者角度出发的疾病流程图，帮助医务人员将疾病的治疗和管理绘制成一张地图，来更好地“看到”和“理解”患者的体验[10]。患者旅程地图将患者群体置

作者单位：1.广西中医药大学护理学院(广西 南宁，530001)；2.广西中医药大学附属瑞康医院胃肠外科、减重代谢外科
通信作者：周薇，1950759133@qq.com
李昊阳：男，硕士在读，护师，li__haoyang@126.com
科研项目：广西壮族自治区卫生健康委员会医疗卫生适宜技术开发与推广项目(S2021076)；广西壮族自治区级大学生创新训练计划项目(S202410600064)；广西壮族自治区中医药管理局课题(GXZYB20240617)
收稿：2025－04－07；修回：2025－06－19

于流程的核心来促进对于患者群体的重视[11]。本研究构建肥胖症患者减重代谢手术决策旅程地图，充分挖掘其减重代谢手术决策旅程中的关键痛点以获取干预靶点，以期为开发肥胖症患者减重代谢手术决策工具提供借鉴。

1 对象与方法

1.1 对象 采取目的抽样法，选取 2024 年 4—11 月在广西中医药大学附属瑞康医院胃肠外科、减重代谢外科减重代谢手术后复查的 16 例肥胖症患者。纳入标准：①确诊为肥胖症并行减重代谢手术；②年龄 18～60 岁；③意识清楚、认知功能正常，可以正常交流；④自愿参与本研究。排除标准：①有视觉、听觉或精神障碍；②不能顺利完成访谈过程者。本研究基于信息“饱和”原则，每次访谈结束后分析访谈内容，不再出现新主题时停止样本量收集。本研究由广西中医药大学附属瑞康医院医学伦理委员会批准（KY2021-025）。向所有参与者解释了研究目的，并征得其书面同意。受访者一般资料见表 1。

表 1 受访者一般资料

编号	性别	年龄（岁）	婚姻状况	文化程度	子女数量（个）	术前 BMI（kg/m²）	入院诊断	手术方式
N1	男	33	已婚	大专	0	49.7	痛风、脂肪肝、反流性食管炎	LRYGB
N2	女	43	已婚	高中	1	37.4	脂肪肝、高脂血症、低钾血症	LSG
N3	男	39	已婚	中专	1	48.1	脂肪肝、中度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、重度夜间睡眠低氧血症	LSG
N4	女	34	未婚	大专	0	41.8	脂肪肝、胰岛素抵抗	LSG
N5	女	30	未婚	大专	0	48.9	2 型糖尿病、高脂血症、胆囊结石	LSG
N6	男	23	未婚	高中	0	37.9	2 型糖尿病、慢性浅表性胃炎、慢性胆囊炎	LSG
N7	男	34	未婚	高中	0	42.4	慢性非萎缩性胃炎、低高密度脂蛋白胆固醇血症、反流性食管炎	LSG
N8	男	25	未婚	中专	0	36.4	2 型糖尿病、胃溃疡、脂肪肝	LSG
N9	男	27	未婚	高中	0	54.5	2 型糖尿病、重度脂肪肝、低钾血症	LSG
N10	女	34	已婚	大专	0	42.1	高脂血症、多囊卵巢综合征、2 型糖尿病	LSG
N11	女	20	未婚	大专	0	42.9	脂肪肝、高脂血症、双肾结石	LSG
N12	女	27	未婚	本科	0	35.7	糖耐量减低、脂肪肝、甲状腺功能减退、高低密度脂蛋白胆固醇血症	LSG
N13	女	22	未婚	大专	0	33.3	反流性食管炎、高脂血症	LSG
N14	女	19	未婚	中专	0	48.6	重度脂肪肝、反流性食管炎、高尿酸血症、糖耐量异常	LSG
N15	男	37	未婚	高中	0	43.7	2 型糖尿病、中度脂肪肝、重度睡眠呼吸暂停低通气综合征、重度夜间睡眠低氧血症	LRYGB
N16	女	24	已婚	初中	2	39.9	2 型糖尿病、反流性食管炎、肝功能不全	LRYGB

注：LSG（Laparoscopic Sleeve Gastrectomy）为腹腔镜下胃袖状切除术；LRYGB（Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass）为腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术。

1.2 方法

本研究构建患者旅程地图的步骤[10,12-13]：包括对临床方案或流程的桌面研究结合参与观察法构建初代减重代谢手术患者旅程地图框架，在半结构化访谈中进一步完善旅程的细节并提出创新与改进，最终与利益相关者（医生、护士、减重个案管理师、患者、家属）共同评估并明确地图。

1.2.1 桌面研究 研究小组（研究小组包括 9 名成员，其中硕士生导师 2 名，减重代谢外科护士长 1 名，个案管理师 2 名，硕士在读研究生 4 名）成员中 4 名在读硕士研究生通过桌面研究审查 5 个国际肥胖协会，即 World Obesity Federation（WOF），European Association for the Study of Obesity（EASO），Obesity Medicine Association（OMA），The Association for the Study of Obesity（ASO），Asia-Oceania Association for the Study of Obesity（AOASO））和医院病历系统中近年来肥胖症患者的可用信息，如国际项目框架、患者一般资料、主诉、病程回顾等。根据以上信息研究小组讨论后制订初代患者旅程地图的时间轴（手术决策前期、手术决策期、治疗期）。

1.2.2 参与观察法 由 2 名个案管理师分别对 4 例正处于手术决策期的肥胖症患者进行观察，记录患者从减重代谢门诊就诊至入院期间整个动态过程（如就诊步骤、对话和情绪变化等）。基于此次观察和查阅相关参考文献[14]，研究者绘制旅程地图中的任务轴（行为、想法、情绪、痛点）。对 4 例肥胖症患者的观察在访谈前完成，且未纳入到最终访谈对象中。

1.2.3 访谈法 采用描述性质性研究方法，通过访谈提纲对减重代谢术后患者面对面展开半结构化访谈，每次访谈时间 20～50 min。为确保访谈提纲的准确性和完整性，根据研究目的先通过查阅相关文献和研究小组的头脑风暴初步拟定访谈提纲。随后选择 2 例减重代谢术后患者进行预访谈，并根据访谈结果对提纲进行了再次修订，形成正式的访谈提纲。访谈提纲主要包括：①请您跟我分享一下您的减肥经历。②您是从何种渠道知晓减重手术的？③医生和个案管理师向您讲解减重手术方案的时候，您有什么感受呢？④当您决定某种减重手术方式时，您考虑过哪些因素呢？⑤哪些人参与过您的减重手术治疗决策呢？⑥您认为在整个减重手术决策中哪些阶段或者事件让您印象深刻呢？访谈者（作者 1）为护理硕士研究生，接受过质性研究相关课程培训，并具有访谈经验，

可确保访谈过程的规范性，且访谈者已与其建立信任关系。访谈前，访谈者充分了解受访者的病情，告知其研究目的、意义并签署知情同意书，承诺采用匿名方式并严格遵守保密原则。访谈地点为科室示教室等安静、私密的场所，以确保访谈过程不受打扰、信息不泄露。在征得受访者同意后，对访谈全过程进行录音。访谈过程中，以受访者的回答为依据，展开提问，避免使用引导或暗示性语言，鼓励受访者真实、深入地表达自己的想法和感受，认真倾听、适时追问，观察并记录受访者的非语言行为（如肢体动作、面部表情及语调等），以核实、补充信息，同时对受访者提出的疑问进行解释，还会做出适当的回应，例如言语行为（“嗯”“对”“是的”）和非言语行为（如点头、微笑等）。访谈结束之后同受访者一同核对录音转文字是否准确无误。基于信息“饱和”原则，每次访谈结束后分析访谈内容，不再出现新主题时停止样本量收集。

1.2.4 资料分析 访谈结束 24 h 内将录音资料转化为文字，并参照访谈记录补充非语言信息。采用传统内容分析法[15]分析资料，由 2 名研究者（作者 1 和作者 2）分别独立完成访谈资料整理与分析后再进行比较、汇总，如有分歧，由研究小组共同商讨，最终达成共识。然后通过整合先前构建的初代减重代谢手术患者旅行地图框架加入半结构化访谈获取的有关主题和编码，进一步梳理肥胖症患者在决策过程中的健康管理需求变化，采用旅行地图的研究方法进行可视化的展现。最后，研究者与利益相关者（医生、护士、减重个案管理师、肥胖症患者、主要照护者）共同回顾主题，按照主题资料类别讨论完善地图内容，以确保其完整性和一致性。共举办 2 次。

1.2.5 报告方法 本研究根据[Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)][16]来进行报告，以确保本研究的严谨性、全面性和可信度。

2 结果

本研究共访谈 18 次，其中 14 例受访者分别访谈 1 次，受访者 N6、N11 进行了 2 次访谈以确保资料的完整收集。

2.1 旅程框架构建 患者旅程地图通常包括横轴（时间轴）以及纵轴（任务轴）[12]。本研究将肥胖症患者决策旅程地图横轴划分为了 3 个阶段：手术决策前期、手术决策期、治疗期。纵轴按照本研究目标纳入肥胖症患者决策旅程中的行为、想法、情绪、痛点。本研究在桌面研究构建的初代旅程地图基础上，深入挖掘访谈资料，从行为、想法、情绪和痛点 4 个维度中提炼出 30 个主题，还原了肥胖症患者减重代谢术决策旅程中每个阶段的行为与想法的变化、在减重代谢术手术决策中情绪变化和阻碍因素等，全面描绘出肥胖症患者在减重代谢术决策旅程中的各个阶段不同维度的故事线，形成了肥胖症患者减重代谢术决策旅程地图，见图 1。

2.2 不同阶段患者决策经历

2.2.1 手术决策前期

2.2.1.1 行为 ①非手术干预尝试失败。在正式考虑减重手术前，受访者曾尝试过多种非手术减重方式，但这些方式往往效果不佳或难以坚持。N7：“按照健身教练给的食谱和锻炼计划严格执行了 2 个月，但我有事耽搁了一段时间后体重迅速反弹，BMI 又回到 35（kg/cm^2）。”N2：“在抖音上看到我们小区门口的养生馆宣传中药包外敷减肥，我尝试了但是效果却不是很好（叹气）。”N11：“我在小红书上看到有人推荐吃减肥药，我联系后购买了，吃了后也没啥用。”②收集减重手术信息。在考虑减重手术前，受访者通过社交媒体主动搜集和对比减重手术相关信息来支持自己的决策。N7：“我在抖音上关注了 3 个减重外科医生的账号，反复观看他们发的宣传减重手术的视频，来对比不同医院技术之间的差距。”N12：“我加了很多的胖友群，来了解哪家医院的手术技术好。”③亲友协商。受访者在决策前，往往需要同家人或者亲密朋友进行沟通和协商，这些互动对患者是否接受减重手术起到了推动作用。N1：“我妈认为手术是切胃，家里亲戚都没人做过，跟我妈吵了半个月才勉强同意。”N8：“因为我妈之前做过胃旁路减重手术，她的体重保持得蛮好的，现在听说可以做袖状胃手术了，所以她就很支持我来做减重手术。”N16：“我咨询了我闺蜜的意见，她很支持我做手术，希望我能通过手术来控制体重。”

2.2.1.2 想法 ①犹豫是否接受减重手术。尽管受访者对于减重手术已有一定了解，也尝试过其他减重方法，但是他们对是否接受手术仍表现出明显的犹豫。N9：“虽然知道手术可能效果更好，但是我怕自己因为手术的副作用后悔，一直下不了决心。”N4：“别人给我推荐的报减肥训练营和穴位按摩我都尝试过，但是这个做手术的话，我其实还是比较犹豫的，（降低音量）毕竟是要动刀子。”②健康危机。一些受访者因健康问题带来的风险和生活质量下降，被迫面对体重问题，考虑手术方案。N3：“我媳妇说我睡觉的时候一直打呼噜，成天影响她休息，有时候听着我打呼噜打着打着没音了，还以为我出什么事了。”N10：“我和我老公已经结婚 6 年了，（凝视窗外）一直想要一个孩子，医生告诉我们可能是因为我过于肥胖导致一直怀不上孩子。”N1：“我自己有痛风的毛病，痛起来的时候简直生不如死，我十分渴望通过控制体重来缓解我的痛风。”

2.2.1.3 情绪 ①个人形象焦虑。部分受访者因肥胖在工作、恋爱等社会交往中遭遇到外貌带来的负面评价，从而产生强烈的个人形象焦虑。N12：“我之前的工作是在公司做前台接待的，领导曾经因为害怕影响公司形象暗示过我想给我转岗。”N5：“我去相亲过

好几次了，我能感受到因为我胖，导致相亲失败。”②挫败感。反复尝试减重失败后，一些受访者会产生无力感和自我否定，甚至陷入恶性循环之中。N10：“我之前花了很多钱来买减肥茶和蛋白粉，我自己没毅力，总是坚持不下去。”N9：“我控制饮食失败之后就自暴自弃了，心里想反正都失败了，不如再吃个够，结果恶性循环了。”③对未来的憧憬。对于一些受访者来说，理想体型和健康生活的期待是支持其持续减重的重要心理支撑。受访者将减重后的未来与更丰富的社交、更好的外貌体验、亲密关系的建立联系在一起。N4：“我在减肥路上，成天告诉自己等瘦下来就可以去穿好看的裙子，然后去找一个自己理想型男友（面露微笑）。”N6：“等我瘦下来之后，我就能同朋友们一起去爬山了，之前我稍微走两步就没力气开始喘。”④对手术风险感到焦虑。部分受访者对减重手术相关风险的担忧造成明显的焦虑情绪。N1：“我妈总是跟我说，做手术伤元气，不想让我做手术，我自己也有点害怕了。”N5：“我看网上经验贴有人分享说做完减重手术后有小概率会肠粘连，我十分害怕自己成为那少部分人，有时候想一想这些风险会失眠。”

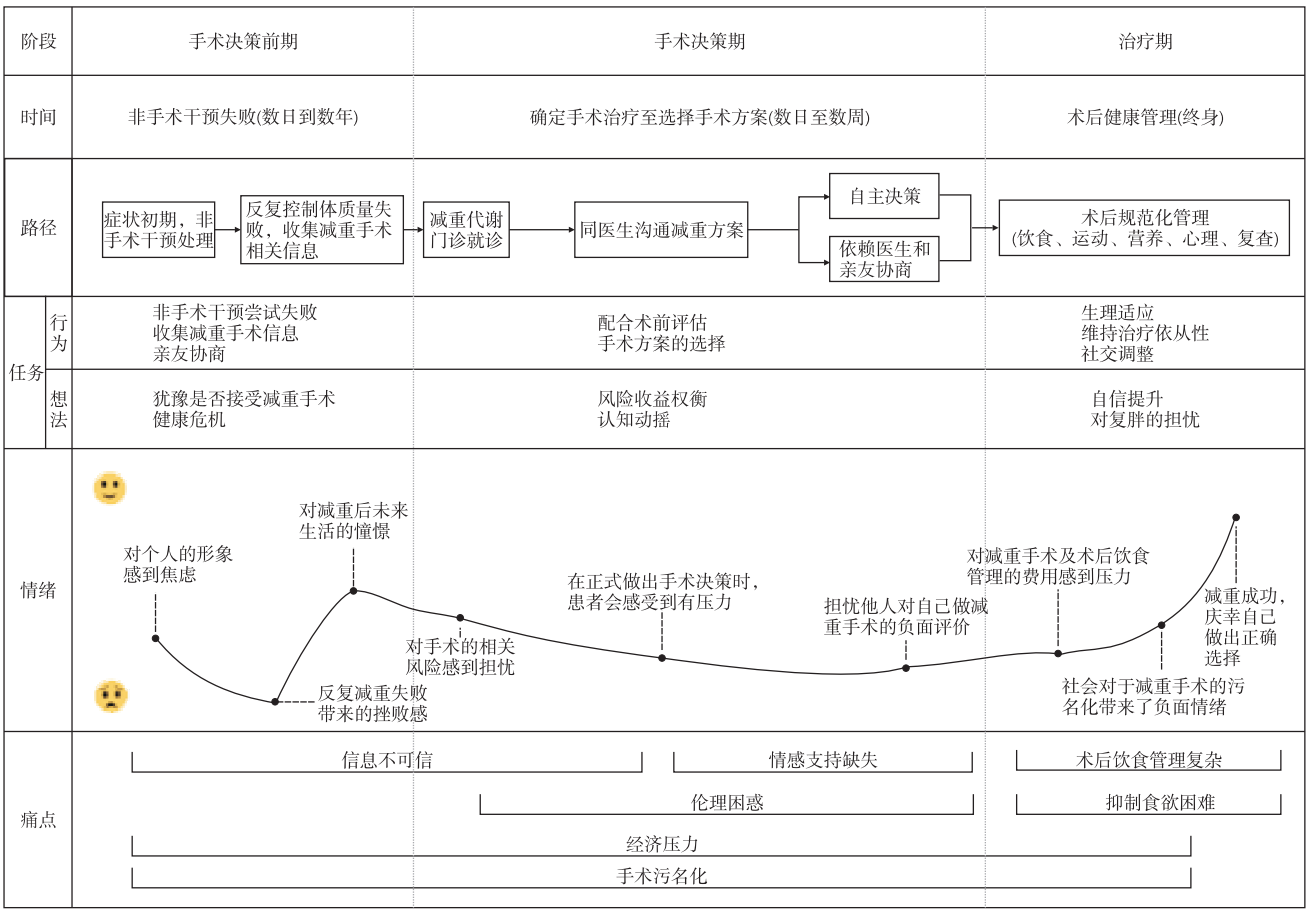

图 1　肥胖症患者减重代谢手术治疗决策旅程地图

2.2.1.4　痛点　①信息不可信。受访者通过网络获取信息，但是信息来源杂乱、参差不齐，难以形成判断。N10：“我看网上说有最新通过认证的减肥药，但是我自己不敢瞎吃乱吃，是药三分毒。”N14：“我在网上看到的信息太多了，各种各样的减肥妙招都有，我没办法辨别是否可信。”②手术污名化。一些受访者在与他人交流手术意愿时，感受到来自家庭成员或社会舆论的负面评价。在传统观念下手术被标签化为极端手段，让患者在决策时感到压力。N1：“我家里人接受我胖，但是一说到关于要做手术切掉胃，都觉得我走火入魔了。”N5：“网上有人说，做手术减肥都是不要命的，还不如直接去抽脂呢。”③经济压力。减重代谢手术费用较高，且多数情况下无法通过医保或商业保险报销，部分受访者因此感到沉重的经济负担。对于收入有限或家庭负担较重的受访者而言，手术费用是一项挑战。N3：“我咨询过我买的商业保险，给我的回复是无法报销。”N8：“我自己现在是月光族，我如果想要做手术的话需要自己存几个月的钱，然后再让父母添点钱。”

2.2.2　手术决策期

2.2.2.1　行为　①配合术前评估。在确定进行减重手术后，患者积极配合完成一系列术前检查。尽管部分受访者在此阶段遇到生理指标异常、检查安排冲突等问题，仍能主动配合医生调整方案或耐心等待排期。N9：“术前检查我的二氧化碳分压比较高，知道这个消息后我积极配合医生指定的处理方案。”N7：

“因为胃镜排不上时间，手术推迟了一天，但我也一直在等通知，随时准备做。”②手术方案的选择。医生通常会根据患者身体状况推荐适合的手术方式，部分受访者也在与家人讨论后做出选择。尽管一开始存在疑惑，但最终多能通过医患沟通或家庭支持明确适合自己的方案。N13：“医生跟我介绍了袖状胃和胃旁路2种手术方式，（挠头）我不知道到底选择哪种，后来在他的讲解下，我慢慢有了主意。”N8：“知道现在可以做袖状胃手术后，我和我妈妈一商量，觉得袖状胃适合我。”

2.2.2.2　想法　①风险收益权衡。部分受访者在手术决策过程中，会不断权衡手术带来的并发症和健康收益。N9：“反正我现在已经够难了，做完手术不可能比现在还糟。”N5：“虽然说做完袖状胃手术需要服用几个月的维生素，但是总比糖尿病的终生服药强多了。”N4：“在减肥的道路上，这里就是我的终点站，不管什么困难我都要克服。”②认知动摇。受访者虽已初步作出手术决定，但对于手术的不可逆性及未来影响产生认知动摇，这种动摇表现为对自身选择的重新评估。N11：“签署术前同意书的时候，我突然恍惚了，不知道做手术对不对。”N14：“在手术日期定下来之后，说实话我睡眠会比之前差一点，我有点担心手术。”

2.2.2.3　情绪　①决策压力。在正式做出手术决策时，受访者会感受到明显的心理压力，他们往往需要通过反复确认、与家人沟通等方式来下定决心。N11：“我在签手术知情同意书的时候，手是有点抖的，我还问了下医生真的不能后悔了吗。”N12：“我在决定做手术前，我同我妈妈打了两个小时的电话，我们探讨了很多关于减重的事情，最终下定决心做手术。”②隐匿手术信息。部分受访者在接受减重手术期间选择对他人隐瞒手术信息。他们不愿面对来自社交圈的背后议论和质疑，因此选择隐匿手术信息。N13：“我平时很喜欢在社交平台上分享生活，但这次做减重手术，我没有发动态，怕别人知道了会觉得我靠手术减肥，是在作弊。”N5：“同事问我为什么请假，我不敢说是做手术，就说家里有事。我担心他们知道后会用异样的眼光看我，背后议论。”

2.2.2.4　痛点　①情感支持缺失。在手术决策期，受访者希望能够得到来自亲友的陪伴和支持，但是现实中常常感受到缺失，在面临重要医疗选择时感到孤立无援。N7：“我自己一个人来打工，父母都在老家，没有人与我商量手术的事情。”N2：“我老公来陪我，在医生办公室就知道在那里玩手机，搞得我压力更大了。”②伦理困惑。部分受访者在手术决策期会面临传统伦理观念和现代医学干预之间的冲突。一些受访者因为文化风俗对减重手术产生内心挣扎，进而影响其决策过程。N3：“身体发肤受之父母，我总是觉得做减重手术有点对不起我父母把我养育这么大。”N2：“我们这边有风俗讲究的，（短暂沉默）做手术的话都要把切下来的东西带走拿回老家埋起来。”

2.2.3　治疗期

2.2.3.1　行为　①生理适应。在减重术后初期，受访者会经历身体不适。他们需要逐步适应胃容量变小、进食节奏改变等生理调整过程，这种生理适应常伴随着反复试探和不适体验。N14：“刚做完手术那两天我一直在吐口水，感觉好像我的身体还没完全适应。”N6：“术后我的胃变得很小，如果吃多了的话，我就会直接呕吐出来。”②维持治疗依从性。减重术后的恢复过程中，一些患者表现出较高的治疗依从性，他们主动配合随访安排、服药计划及生活方式干预，认为坚持医嘱有助于减重效果的维持。N12：“现在我一直保持着跟个案管理师的沟通，定期会回来进行复查，我觉得我配合得越好，减重效果会越好。”N8：“术后的饮食计划和运动锻炼我一直都有在遵守，我对于减重效果挺满意的。”③社交调整。手术后，部分访谈者为了适应新的饮食和生活方式，在社交活动中做出主动调整。他们会有意识地减少与饮食相关的聚会，避免对术后管理产生干扰，同时也在重塑新的社交模式。N6：“做手术之前谁要是喊着聚餐了，我是随喊随到，现在我都选择拒绝了。”N8：“朋友现在约我都是出去游玩，要是想出去吃美食根本叫不到我。”

2.2.3.2　想法　①自信提升。在减重取得初步成效后，受访者感受到外貌改善所带来的积极反馈，逐渐增强了自信心。N10：“半年我一共减掉了40斤，现在别人问我体重我都是毫不避讳地说出。”N5：“现在走在大街上，感觉路人不再是因为肥胖而注视我。”N12：“我最近一次去相亲，感觉比之前好多了。”②对复胖的担忧。术后体重虽有下降，但部分受访者对减重成果的维持并不完全乐观，存在对未来复胖的担忧。N4：“医生提醒过我如果术后还是暴饮暴食的话，胃可能还是会扩张，我现在格外注意这一点。”N15：“我一个朋友术后一年多体重又反弹了，我现在对饮食格外小心，不想走回头路。”

2.2.3.3　情绪　①手术污名化。受访者在术后逐渐恢复日常生活时，开始面临来自外界的目光和误解，手术身份的污名化给受访者带了情绪上的负面冲击。N5：“我夏天的时候不敢穿露脐装，我怕别人看到我肚脐周围的手术切口瘢痕。”N12：“我跟同事出去聚餐，别人给我夹菜我说不敢吃，他们嘲笑我说花几万块做的手术怎么啥都不敢吃。”N15：“我同事看到我瘦下来后，在我背后跟别人说我这是走捷径。”②担忧经济负担。受访者术后对于持续的饮食管理、维生素补充及生活开销等经济支出表现出忧虑。部分受访者不仅需要面对术后恢复期的开销，还需承担短期无法工作的收入损失。N10：“做完减重手术后，家里做饭还是重油重盐，我说要单独做减脂餐，婆婆说我搞

特殊、浪费钱(表情严肃)。”N9:“我出院之后就去做工去了,不然之后都没有钱来维持术后的规范饮食和维生素。”N8:“因为我平常的工作是做游戏代练,我平常也没存款,紧巴巴地做完手术就赶紧去接单了。”③庆幸做出正确选择。受访者在术后感到如释重负,对未来充满期待,并对自己的决策感到满意。N10:“我现在月经变得规律了,每个月来的很准时。”N5:“我的血糖控制得比较好了,之前吃药都不是很稳定。”N3:“我前两天还问我老婆现在我还打呼噜不,我老婆说晚上好多了。”

2.2.3.4 痛点 ①术后饮食管理复杂。部分受访者术后在饮食调整过程中,面临术后饮食建议与自身原有饮食习惯、慢性病背景和家庭影响之间的冲突,使他们执行术后饮食管理感到困惑。N1:“我自己是有痛风病史的,关于术后饮食我不知道能否适用于规划的饮食,我只知道不能吃海鲜类的食物。”N9:“医生告诉我说术后饮食要戒辣,但我是广西人,没有辣椒的米粉就像丢了魂,忍了三天还是没有坚持下去,但是我每次就放一点点。”②抑制食欲困难。尽管减重手术通过物理方式减少了胃容量,但受访者仍面临术后食欲控制的挑战。N12:“我有时候不怎么饿,但是总是感觉自己想吃东西。”N14“我做完手术出院回家后,吃饱的感觉很慢,有时候不知道自己吃多了,吃完后撑得想吐。”

3 讨论

3.1 建立减重信息平台,为患者手术治疗决策提供参考 本研究发现肥胖症患者在手术决策前期,感受到肥胖所带来的健康危机,偏向于选择通过网络健康信息搜索行为来获取减重信息。然而社交平台上的健康信息存在很高的错误率,可能会提供误导性或者不正确的减重信息,导致患者做出错误的选择[17]。面对患者依赖网络获取减重信息的现状,医疗团队可以构建专业减重信息平台,覆盖术前、术中和术后各阶段,提供及时、准确且具有可操作性的指导建议,帮助患者规避因网络虚假信息导致的不良决策风险。在减重信息平台开发的过程中,可以将同伴支持机制纳入其中,由医疗团队与具有真实减重手术经验的患者共同参与减重信息和经验的分享,进一步缓解患者决策困境[18]。此外,为了优化患者在整个减重代谢手术决策过程中的信息获取体验,还需构建高质量、以患者为中心的医护沟通机制,为患者提供持续、全面的减重信息,减少决策冲突,提升患者的决策准备度和满意度[19]。

3.2 手术污名化阻碍患者决策,需加强科普宣传 减重代谢术是一种有效且安全的肥胖治疗方法,同时还可以改善 2 型糖尿病、高血压、血脂异常等肥胖相关并发症,但是并未充分被利用到肥胖症的治疗中[6]。本研究通过对于肥胖症患者减重代谢手术治疗决策旅行地图的绘制,发现患者术前对于减重代谢术手术缺乏相关正确认知,认为减重手术决策是“作弊选择”,这种“手术污名化”降低了符合手术适应证患者了解手术信息和接受减重代谢术的意愿。选择其他非手术方式干预,反复减重失败的挫败感和经济消耗也是患者做出手术决策的阻碍因素[8]。鉴于此,医疗媒体可通过注册官方减重手术抖音账号、官方微信公众号等方式传递正确的减重代谢术手术信息,宣传减重代谢术的安全性和科学性,弱化“手术污名化”,倡导患者接受专业的健康管理,帮助患者做出合理的治疗决策。

3.3 完善保障体系,缓解围手术期肥胖症患者经济压力 围手术期患者的经济压力主要来源于住院费用。本次研究发现,肥胖症患者普遍反映收入较低,配套的医保和医疗保险仍未全覆盖[20]。我国通过国家药品集中采购政策以及医院加强药品监管等措施正在逐年降低减重代谢手术患者平均住院日和次均住院费用,体现了医疗服务水平的提高和临床管理的有效性[21]。但是随着肥胖人数的不断上升,减重代谢手术的需求也在随之增长。因此,在当前医保 DRG/DIP 支付方式改革的背景下,建议相关利益相关者完善医疗保障体系,结合 BMI、糖化血红蛋白、代谢综合征等指标设置医保支付范围,帮助患者合理地做出代谢手术治疗决策。同时商业保险公司也可以同医疗、护理、体检等机构合作开展普惠性的健康保险产品,鼓励个人参加医保外的补充形式的个人商业健康保险,帮助肥胖症患者降低经济压力。

3.4 术后饮食管理复杂,建议引入个案管理师辅助 本研究结果显示,减重代谢术后患者的痛点在于术后饮食管理复杂和抑制食欲困难。此外,家庭的态度和行为对患者术后饮食依从性也产生重要影响[20]。一些亲属通过饮食来表达关心,也有因为减脂餐成本较高而难以依从术后规范化饮食。以上两种情况皆无意中加重患者的心理负担,患者被迫在术后规范化饮食和家庭和谐间选择,可能会引起患者情绪化进食,影响减重效果[22]。在此背景下,强化患者的自我管理能力至关重要。减重个案管理师可以在此过程中提供辅助支持。减重个案管理师可以通过随访或召开“胖友会”,与患者及其家属共同定期讨论饮食管理和术后康复经验,以提升患者及其家属的健康素养,帮助患者科学地应对饮食管理难题。此外,针对部分患者术后抑制食欲困难的问题,可以在减重个案管理师的指导下采用正念饮食干预[23],帮助患者改变养成有序摄入食物的习惯,提高患者对于饥饿和饱腹感的敏感性,同时还可以提升患者的饮食依从性。

4 结论

本研究基于患者旅程地图,可视化地将访谈析出的肥胖症患者减重代谢治疗决策需求以横轴(手术决

策前期、手术决策期、治疗期），纵轴（行为、想法、情绪、痛点）呈现。医护人员应关注肥胖症患者治疗决策中的网络信息难以甄别、经济压力大、缺乏情感支持、术后饮食管理复杂等痛点，开发肥胖症患者减重代谢手术治疗决策辅助工具。本研究的访谈对象来自于同一区域，且受访者皆为成年人，未来研究可针对青少年肥胖患者开展相关研究，来验证以及完善本研究结果。

参考文献：

[1] 国家卫生健康委员会医政司. 肥胖症中国诊疗指南（2024年版）[J]. 协和医学杂志，2025，16(1)：90-108.

[2] World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024 [R]. London：World Obesity Federation，2024.

[3] 张晓帆，王惠君，苏畅，等. 2000－2023年中国十省（自治区）成年居民超重肥胖及中心性肥胖的流行现况及趋势[J]. 卫生研究，2024，53(6)：874-879.

[4] Avenell A，Robertson C，Skea Z，et al. Bariatric surgery，lifestyle interventions and orlistat for severe obesity：the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation[J]. Health Technol Assess，2018，22(68)：1-246.

[5] 中国医师协会外科医师分会肥胖和糖尿病外科医师委员会，中国肥胖代谢外科研究协作组. 中国肥胖代谢外科数据库：2022年度报告[J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志，2023，9(2)：83-91.

[6] 中国营养学会肥胖防控分会，中国营养学会临床营养分会，中华预防医学会行为健康分会. 中国居民肥胖防治专家共识[J]. 西安交通大学学报（医学版），2022，43(4)：619-631.

[7] Dixon J B. Regional differences in the coverage and uptake of bariatric-metabolic surgery：a focus on type 2 diabetes[J]. Surg Obes Relat Dis，2016，12(6)：1171-1177.

[8] 梁辉，花红霞，杨宁琍. 减重代谢外科临床决策分析进展[J]. 中华消化外科杂志，2024，23(8)：1034-1038.

[9] 戴梦峤，廖晓琴. 患者旅程地图在慢性病照护中的研究进展[J]. 护理学杂志，2024，39(13)：121-125.

[10] Simonse L，Armagan A，Starre S. Patient journey method for integrated service design[J]. Design Health，2019，3(1)：82-97.

[11] Davies E L，Bulto L N，Walsh A，et al. Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare：a scoping review[J]. J Adv Nurs，2023，79(1)：83-100.

[12] Ly S，Runacres F，Poon P. Journey mapping as a novel approach to healthcare：a qualitative mixed methods study in palliative care[J]. BMC Health Serv Res，2021，21(1)：915.

[13] 王文韬，侯京豫，钱鹏博，等. 用户体验地图：图书馆用户体验馆员的新工具[J]. 图书情报知识，2023，40(5)：107-117.

[14] 李雪，秦林灿，童博姗，等. 转移性脊柱肿瘤患者治疗决策旅程地图的研究[J]. 护理学杂志，2025，40(3)：40-45.

[15] 季梦婷，杨艳. 描述性质性研究方法学的综述[J]. 解放军护理杂志，2018，35(11)：32-35.

[16] Tong A，Sainsbury P，Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research（COREQ）：a 32-item checklist for interviews and focus groups[J]. Int J Qual Health Care，2007，19(6)：349-357.

[17] Lowry M，Trivedi N，Boyd P，et al. Making decisions about health information on social media：a mouse-tracking study[J]. Cogn Res Princ Implic，2022，7(1)：68.

[18] Breuing J，Könsgen N，Doni K，et al. Information needs of patients undergoing bariatric surgery in Germany：a qualitative study[J]. BMC Health Serv Res，2022，22(1)：515.

[19] Ferreira A J，Carvalho I P. The role of pre-surgery clinical communication on metabolic and bariatric surgery outcomes：a prospective study[J]. Obes Surg，2025，35(4)：1223-1233.

[20] Song X，Zhou B，Baird S，et al. Trends and inequalities in thinness and obesity among Chinese children and adolescents：evidence from seven national school surveys between 1985 and 2019[J]. Lancet Public Health，2024，9(12)：e1025-e1036.

[21] 王滢鹏，梁辉，管蔚，等. 江苏省某三甲医院减重代谢手术患者住院费用构成及影响因素分析[J]. 江苏卫生事业管理，2024，35(3)：395-400.

[22] Heriseanu A I，Hay P，Corbit L，et al. Grazing in adults with obesity and eating disorders：a systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence[J]. Clin Psychol Rev，2017，58：16-32.

[23] 郭晋仪，杨宁琍，梁辉，等. 正念饮食干预在减重代谢术后患者中应用的效果[J]. 中国普外基础与临床杂志，2025，32(5)：596-602.

（本文编辑　赵梅珍）