

· 论著 ·

【编者按】随着医疗模式的转变，“以患者为中心”的理念及患者参与已成为衡量医疗服务质量的一个重要标志。医患共享决策（SDM）是基于所得最佳临床证据由医生整合患者的特定特征、价值观联合进行决策的过程。实施SDM被认为是实现“以患者为中心”照顾的重要一环。但目前国内对SDM的研究尚处于起步阶段，SDM对我国大多数医生和患者来讲都还是一个新命题。SDM的实施对医生既往的“绝对权威”提出了挑战，对患者及其家属的知识结构、文化层次提出了新要求，为我国目前实行的涉医法律也带来了新课题，需要在践行过程中不断调整、修正。本文基于医生视角探讨目前SDM的实施现状与影响因素，期望为推动SDM在基层医疗卫生机构的实施提供参考。

医生对医患共享决策认知的质性研究

杨林宁¹，郑红颖²，赵丹³，杨艳^{2*}



扫描二维码
查看原文

【摘要】背景 医患共享决策推动了患者角色从医疗照护的被动接受者向主动参与者和监督者的转变，深度贯彻了“以患者为中心”的理念。国内对医患共享决策的研究尚处于起步阶段，作为决策的主体之一，医生对医患共享决策认知的相关研究比较少。目的 探索医生对医患共享决策的认知情况，为医患共享决策的实施提供依据。方法 2020年5—7月，采用方便抽样法，对15名上海市某三级甲等医院的医生进行半结构式访谈，访谈内容包括医生实际的决策过程、医生对医患共享决策的理解及态度、医患共享决策实践中存在的阻碍因素，并采用Colaizzi七步分析法对访谈资料进行分析。结果 15名被访谈医生中，男10名，女5名；年龄28~53岁，平均年龄（38.4±7.0）岁；住院医师4名，主治医师5名，副主任医师4名，主任医师2名；内科医生5名，外科医生7名，肿瘤科医生3名。共提炼出15个亚主题，可归纳为4个主题：医生对医患共享决策的认知偏差，对医患共享决策实施中的角色认知不明确，医生认同医患共享决策具有重要意义，医患共享决策实践存在阻碍因素。结论 需提高医生对医患共享决策的认知水平，并创造临床实施医患共享决策的条件，以促进医患共享决策在临床的顺利开展。

【关键词】共同决策；认知；质性研究

【中图分类号】R 395 【文献标识码】A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.254

杨林宁，郑红颖，赵丹，等. 医生对医患共享决策认知的质性研究 [J]. 中国全科医学，2022，25（10）：1213-1219. [www.chinagp.net]

YANG L N, ZHENG H Y, ZHAO D, et al. Physicians' perspective on shared decision-making: a qualitative study [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (10): 1213-1219.

Physicians' Perspective on Shared Decision-making: a Qualitative Study YANG Linning¹, ZHENG Hongying², ZHAO Dan³, YANG Yan^{2*}

1. Department of Reproductive Medicine, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200127, China

2. Shanghai Jiao Tong University School of Nursing, Shanghai 200025, China

3. School of Nursing, Medical College of Soochow University, Suzhou 215006, China

*Corresponding author: YANG Yan, Chief superintendent nurse, Doctoral supervisor; E-mail: renji_yy@126.com

【Abstract】Background Shared decision-making has promoted the transformation of the role of patients from passive recipients of health care to active participants and supervisors, deeply reflecting the idea of patient-centered care. Research on shared decision-making in China is still in its infancy. Physicians are major participants in decision-making, but their perspectives on shared decision-making have been rarely studied. Objective To explore physicians' perspective on shared decision-making, offering evidence for the implementation of shared decision-making. Methods From May to July 2020, we conducted semi-structured interviews with 15 physicians selected by convenience sampling method from a grade A tertiary hospital

基金项目：上海市教委护理高原国际合作项目（Hlgy1802gj）

1.200127 上海市，上海交通大学医学院附属仁济医院生殖医学科 2.200025 上海市，上海交通大学护理学院 3.215006 江苏省苏州市，苏州大学医学部护理学院

*通信作者：杨艳，主任护师，博士生导师；E-mail: renji_yy@126.com

本文数字出版日期：2021-12-23

in Shanghai for investigating their actual decision-making process, their views and attitudes about shared decision-making, and the obstacles to clinical implementation of shared decision-making. The interview results were analyzed by Colaizzi's method of data analysis. **Results** Among the 15 physicians, 10 were male and 5 were female; aged 28–53 years old, with an average age of (38.4 ± 7.0) years old; 4 residents, 5 attending physicians, 4 associate chief physicians, and 2 chief physicians; 5 physicians, 7 surgeons and 3 oncologists. Four themes including 15 subthemes were identified: differences in physicians' understanding of policies related to shared decision-making; unclear understanding of physicians and patients' roles in shared decision-making; acknowledging the importance of shared decision-making; obstacles to clinical implementation of shared decision-making. **Conclusion** Our study suggests that improving physicians' understanding level of shared decision-making, and creating conditions facilitating clinical implementation of shared decision-making may promote the sound development of shared decision-making.

【Key words】 Decision making, shared; Cognition; Qualitative research

随着医疗模式的转变,“以患者为中心”的理念及患者参与已成为衡量医疗服务质量的一个重要标志^[1]。医患共享决策作为促进患者参与的重要方式之一,指在决策时,医生通过向患者详细介绍备选治疗方案及其风险利弊信息,帮助患者澄清其价值观和偏好,双方充分权衡,并就最终的治疗方案达成一致的过程。其核心要素包括:至少需要两名参与者,即医患双方的参与;双方信息充分共享;双方讨论决策偏好,选出最优的治疗方案;双方就方案的实施过程达成一致意见^[2]。医患共享决策倡导患者参与,强调医患间权利的平等,关注且尊重患者的价值观,被认为是“以患者为中心”健康照护的顶峰^[3-4]。研究发现,医患共享决策不仅可增加患者的疾病知识、缓解其恐惧及抑郁情绪、提高治疗的依从性和满意度,还可增进医患沟通,改善医患关系^[5-6]。近年来,尽管医患共享决策得到公众及政策的支持,但其并未在临床得到广泛实施^[7-8]。医生作为决策的主体之一、患者参与决策的激励源,其对医患共享决策的认知及态度是影响医患共享决策顺利实施的关键因素之一^[9]。然而, KING 等^[10]研究发现,65%的医疗专业人员对医患共享决策不了解。HOFSTEDE 等^[11]的研究显示,许多医生认为其日常决策方式就是医患共享决策,但当和其讨论医患共享决策的要素时,医生并不能清晰、准确地描述。由于国内对医患共享决策的研究起步较晚,目前的研究多围绕患者角度进行,针对医生共享决策认知情况的研究较缺乏。鉴于此,本文旨在探索医生对医患共享决策的认知,明晰现阶段国内医患共享决策实施的不足之处及阻碍因素,从而为制定有效的医患共享决策实施策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用方便抽样法,于2020年5—7月,在上海市某三级甲等医院抽取临床医生作为研究对象,对其进行面对面的半结构式访谈,样本量的确定以信息达到饱和为标准,即资料分析过程中无新主题出现则停止资料的收集。纳入标准:(1)持有医师执业证书;

(2)从事临床工作≥1年;(3)愿意配合本次研究;(4)知情同意。排除标准:(1)脱离临床工作≥3个月的医生;(2)实习或见习的医学生;(3)医技科室(放射科、检验科等)的医生。本研究共访谈15名临床医生,一般资料见表1。

1.2 研究方法

1.2.1 确定访谈提纲 在访谈前,经过系统的文献回顾,并根据研究目的拟定访谈提纲,随后对3名研究对象进行预访谈,根据访谈结果,反复修订和调整访谈提纲,最终确定提纲如下:(1)在给患者制定治疗方案时,如果有两个或多个治疗方案可供患者选择,您是如何决策的呢?(2)您是如何理解医患共享决策的?(3)您觉得您在日常决策中扮演的是一个什么样的角色?(4)您觉得患者应该参与决策吗?为什么?(5)您认为临床实施医患共享决策会产生哪些影响?(6)哪些因素激励或阻碍您在临床开展医患共享决策?在访谈中,当

表 1 受访者的一般资料
Table 1 General information of the interviewees

编号	年龄(岁)	性别	学历	职称	工作年限(年)	科室
D1	37	女	博士研究生	主治医师	8	肝胆内科
D2	28	女	博士研究生	住院医师	1	消化内科
D3	41	女	博士研究生	副主任医师	20	肝胆内科
D4	39	男	博士研究生	副主任医师	11	消化内科
D5	37	女	博士研究生	主治医师	11	消化内科
D6	48	男	博士研究生	主任医师	22	甲乳外科
D7	28	男	博士研究生	住院医师	2	乳腺外科
D8	45	男	博士研究生	副主任医师	19	肿瘤科
D9	36	女	博士研究生	主治医师	11	肿瘤科
D10	32	男	博士研究生	住院医师	3	肿瘤科
D11	40	男	硕士研究生	主治医师	18	普外科
D12	40	男	博士研究生	主治医师	16	胃肠外科
D13	53	男	硕士研究生	主任医师	25	泌尿外科
D14	41	男	博士研究生	副主任医师	16	胃肠外科
D15	31	男	博士研究生	住院医师	3	胆胰外科

了解医生实际决策过程和对医患共享决策的理解后,研究者采用统一指导语向医生介绍医患共享决策的概念及其临床应用的例子,确保医生充分理解后再进一步访谈医生对医患共享决策的态度、实施中的阻碍和促进因素。

1.2.2 资料收集 由研究者本人实施访谈,在访谈前,研究者已在前期课程学习阶段学习了质性研究的相关知识,并参加了质性研究培训班。研究者在研究阶段以实习护士的身份进入临床观察、学习,在访谈开始前已与访谈对象建立了良好的信任关系。研究者与访谈对象提前约定好访谈时间,选取合适的访谈地点(如会议室或医生办公室),保证访谈环境安静、舒适、不被打扰。访谈前向受访者解释本研究的目的、意义及所需时间,承诺此次访谈的资料保密且仅用于研究,征得其同意后签署知情同意书。访谈中,研究者根据访谈提纲先从一般性的问题开始沟通,不强加自己观点,适时推进问题,注意观察受访者的表情、肢体语言等。每次访谈时间为30~50 min。

1.2.3 资料分析 每次访谈结束,由访谈者及时将访谈的语音资料转录为文本信息,并书写备忘录和接触摘要单,以调整下一步的访谈策略,提高资料的真实性和准确性。由研究者本人和另外一名具有质性研究经验的护理学硕士研究生同时分析资料,如有意见不一致,则由课题组共同讨论决定。资料分析采用 Colaizzi 七步分析法:(1)将访谈资料导入 Nvivo 12.0 质性分析软件中,反复阅读访谈资料;(2)析出有重要意义的陈述;(3)对反复出现的、有意义的观点进行编码;(4)将编码后的观点汇集,归纳和提炼意义;(5)写出详细无遗漏的描述;(6)辨别出相似的观点,提炼主题概念;(7)将所得结果返回所有受访者处,核实信息的真实性^[12]。

2 结果

通过对访谈资料进行整理分析,共提炼出15个亚主题,可归纳为4个主题:医生对医患共享决策的认知偏差,对医患共享决策实施中的角色认知不明确,医生认同医患共享决策具有重要意义,医患共享决策实践存在阻碍因素。

2.1 医生对医患共享决策的认知偏差

2.1.1 误解医患共享决策的概念 15名受访者中,13名医生表示未听过医患共享决策,对医患共享决策不了解,其对医患共享决策的描述也各不相同。D1:“医患共享决策我不了解,我只听说过主动型、被动型和合作型。”部分受访者表示医生向患者告知治疗方案及其风险利弊,解答患者的疑问,患者同意医生的治疗推荐或患者在知情同意书上签字即是医患共享决策。D15:

“我们现在一般临床上都是严格按照医院的这种规范化的在做,在手术谈话签字的时候,患者目前的治疗方案,我选择的治疗方案,包括还有替代性的治疗方案,都要

跟他写清楚的。”D4:“我们现在其实就在实行(医患共享决策),比如说A和B两种方案是对等的,我没有倾向性,那我就把治疗选择和风险利弊讲讲,患者你给我做个选择就可以。”

2.1.2 加重患者的心理负担 一些受访者指出,医患共享决策会加重患者的心理负担,使患者在决策时更加犹豫不决。D1:“患者往往面对太多选择的话,会举棋不定,不知道选哪个好,如果太过度,每个小细节都去说的话,反而会加重他们的心理负担。”D2:“患者生病,他心情本来就很差,你还要他看(资料信息),要他对疾病了解,他又不比我们知道得多,我们又把决策的一部分责任转移到他身上,他心里肯定是接受不了的。”

2.1.3 增加医生的工作负荷 部分医生指出,医院忙碌的临床现实环境使得医生的诊疗时间本就有限,而医患共享决策实施起来又比较复杂且耗时,这就更加重了医生的工作负荷。D15:“像我们科,每天都是下班谈话,像我们穿刺谈话,原来可能1 min就谈掉了。现在跟他讲有好几种方案可选,各有利弊,然后患者就在那左想右想,而且还来跟你探讨,本来1 min就可以干完的事情,现在要变成15 min或30 min,这样我们的时间就不够用,也没办法完成一天的工作量。”D4:“我不可能告诉患者疾病怎么诊断,现在有多少种治疗的办法,以后怎么评估的……100个患者我每个人都讲一遍,那我后面的事情就不要做了。”

2.2 对医患共享决策实施中的角色认知不明确

2.2.1 忽视双方都是决策者 在医患共享决策中,医生和患者皆为“专家”,医生是医学知识和疾病诊疗的“专家”,患者是自身价值观、选择偏好的“专家”,医患双方是合作者,最终的决策应由双方共同做出。访谈中发现,尽管受访者表示医患共享决策是其日常临床实践中的一部分,但对于决策中的角色职责,多数医生表示,医生只是疾病方案的制定者,扮演信息告知、指导者的角色,而患者才是最终治疗方案的决定者,决策本就是患者自己的事。D4:“我只是起到一个告知义务,患者必须有他的选择,这本来就是应该他的选择。”有少部分受访者表示,“治病救人”是医生的职责,医生才是专家,应为患者决定做哪些检查或治疗。D3:“其实大部分还是医生决策,因为患者不懂,让他了解就行。制定方案,最后这个病怎么治,肯定是医生告诉他做什么检查、用什么药,患者是不可能做这个事情。”

2.2.2 共同权衡的缺失 患者在面临治疗决策时,往往是犹豫不决且挣扎的,常需要医生帮助患者权衡各种治疗方案的可行性,帮助患者明晰并建立治疗偏好和价值观。然而,在访谈中,当问及如果患者在不了解自己的偏好和价值观,出现选择困难的情况下,医生会怎么做时。一部分受访者表示医生是无法提供帮助的,这本来

就是患者的选择;还有一部分受访者表示,其只会给信任的人提供治疗推荐或建议。D11:“我们也不能提供给他帮助,他一定要自己选择,我们外人没办法帮他做决定,我们不是他们的父母。”D3:“我们有的时候也会看对方跟我们的关系,如果是自己人,当然我可能会讲我会怎么选,但是如果不是自己人或者不是很了解的,我绝对不会告诉他选什么。”

2.2.3 引导式决策 信息的充分共享是共享决策的关键要素之一^[2]。访谈中发现,大多数医生很少主动询问患者的偏好和价值观,而是在谈话中揣摩患者的心思,向患者灌输自己的想法或倾向,有意识地去引导患者做出医生认为合适的选择。D2:“在和患者的沟通交谈中,你可以去揣摩他大致会做哪一个选择,然后你可以有一定诱导性地朝某一个方向去谈。”D13:“在决策中,我要做到让患者会主动地说‘我觉得A好’,但其实我也是要推A方案。”

2.3 医生认同医患共享决策具有重要意义

2.3.1 保障患者知情权和自主权 大多数受访者表示患者需要参与决策的制定,医患共享决策能更好地保障患者的知情权和自主权。D12:“患者的知情权一定要充分体现,患者是有这个权利的,你要把每一个方案的利弊关系,包括对病情、整体预后的利弊关系,都讲得非常透彻、清晰。”D2:“患者参与决策基本没有坏处,因为每个人都应该为自己的人生、为自己、为这些决策负责,哪怕信息是不对等的,但患者还是应该对自己的生活、对自己的健康有一些了解,对疾病有足够的认识。”

2.3.2 增加疾病知识,提高治疗依从性 医患共享决策可提高患者对疾病和治疗的了解和认识,减少其负性情绪的发生,提高其治疗依从性和参与度。D5:“医患共享决策有助于患者对疾病的了解,提高患者对自身疾病的关注度,同时在疾病的随访中患者会了解一些用药的副反应,能够及时就医。”D12:“疾病的治疗,主要是医生跟患者合作,共同来对抗疾病的。如果患者对疾病不理解或理解不够,就会产生更深的恐慌,那么他后期的配合就会产生问题,后续的治疗对整体预后来说期望值也就没那么高了。”

2.3.3 降低决策后悔度,提高满意度 一些受访者指出,医患共享决策可以提高患者对治疗中的风险和不确定性的认知,减少患者决策后悔的发生,提高患者的满意度。D8:“如果想要患者对治疗的满意度高,或者即使出现了疗效不好,他也比较能够接受,那么在前期你要让他有充分参与的感觉。”D9:“跟患者去沟通,最主要的目的是给患者带来一个最好的决策,你跟他讲清楚了,他选择适合自己最好的,他和家属都不留遗憾,同时他也比较感激你。”

2.3.4 提高患者参与度,减少医患矛盾 受访者表示,

临床实施医患共享决策对医生同样受益。医患共享决策可分担医生的责任和风险,在一定程度上保护医生。

D2:“相对来说,这是对医生的一种保护,不然所有的责任都在医生身上。”D4:“决策中患者参与进来,某种程度上可以分担我的风险,如果我帮他做决定,他在事后会怨你。医生你看你给我做的这个决定,我现在受到什么样的一个痛苦。”

2.3.5 提高沟通效率,实现医患双赢 医患共享决策可促进医患沟通,不仅为医生管理治疗过程提供便利性,提高医患沟通的效率;还可增进医患的理解和信任,帮助医患双方做到真正的合作共赢。D7:“患者参与决策可以提高后续沟通的效率,如帮助患者避免一些后续没有意义的困扰,这些困扰减少以后,我们在给患者后续沟通和治疗时就会更加顺利。”D12:“前期一定要避免粗暴地给患者做出决定,要和患者解释清楚,我们互帮互助,共同帮助患者解除病患,这是一个双赢的结果。”

2.4 医患共享决策实践存在阻碍因素

2.4.1 临床诊疗时间有限,限制医患共享决策的有效开展 国内患者基数大,医护人员紧缺的现象突出,从而导致医护人员临床工作任务繁重,医患双方的沟通时间被压缩,同时也在一定程度上减少了患者参与医患共享决策的机会。D6:“以前我在国外工作的时候,我一上午20个患者,下午15个,都是预约好的,我现在在国内,一个上午看60个,下午40个,我和患者沟通的时间就很少。”D11:“国外有可能医生没有像我们国内医生这么忙,整天超负荷运转,手术来不及开,患者来不及看……有时候工作太忙,就可能稀释了这种能够和患者很好沟通的时间。”

2.4.2 患者的不理解导致医生实施医患共享决策有所顾虑 我国传统的“大医精诚”的文化背景在公众观念中根深蒂固,多数患者认为决策应由医生主导,故一些受访者担心,在向患者解释其健康问题暂无最佳治疗方案、需要患者一起做决定时,患者会认为这是医生能力不足或推卸责任的表现。D2:“有些患者会觉得你让我决策、签字,你就是为了推卸责任。”D3:“其实大部分是我们医生决策……你让患者参与决策,他反而会觉得你医生水平很差,你都不知道还来问我。”

2.4.3 紧张的医患关系阻碍共享决策在国内发展的速度

医患关系是发生在医疗互动过程中的人际关系,良好的医患关系有助于医患间坦诚的沟通与交流,支持患者澄清其价值观和偏好,推动医患共享决策^[13]。访谈中,许多医生表示目前国内医患关系紧张,医患间缺乏信任,想要在中国推行医患共享决策,路还很漫长。D3:“想在目前的情况下实施医患共享决策是很难的,只能说在慢慢往这方面走,因为国内的情况跟国外不太

一样……” D7: “在国内医患矛盾这么尖锐的情况下,要想做出像国外那样的改变,很难,然后也很慢,当然可以尝试着改,总归会变好。”

2.4.4 辅助患者决策的人员及信息的缺乏不利于医患共享决策的推行 近年来,随着医疗和科技的快速发展,互联网的普及率提高,网络成为患者获取医疗信息的重要途径之一。然而,由于网络信息来源多而杂,信息的质量参差不齐,患者的信息需求得不到满足,对疾病知识的掌握度仍处于较低的水平,阻碍医患共享决策。

D9: “生活在这个信息爆炸的时代,患者获取信息的渠道是很多的,但他往往忽视了一点,其实专业性的东西并不多。”部分医生表示患者教育材料可帮患者提高其对疾病的认知,有助于患者参与决策。D7: “其实什么级别的患者教育资料我觉得都缺,大部分人对某个疾病是完全不了解的,如果患者能对疾病有一个大概的了解,不管是对患者的选择还是治疗都是有好处的。”另有医生表示,相较于国外,国内暂缺乏决策辅助或患者教育的相关人员,使得患者的信息来源较局限,决策参与的准备度低,从而不利于医患共享决策的推行。D9: “国外有很多社会工作者,他们会事先了解患者的情况,为患者提供帮助,我觉得国内也可以有一部分人去做这份工作。”

3 讨论

3.1 提高临床医生对医患共享决策的认知水平 随着医疗技术和健康理念的发展,现代医学模式更强调人的主动性,倡导“以患者为中心”,患者参与决策成为现实需求。医患共享决策呼吁患者的价值观和偏好在决策中的充分表达,深入贯彻了“以患者为中心”的理念。本研究中,大部分受访者表示未曾听说过“医患共享决策”,常将医患共享决策的概念与知情同意或知情决策的概念相混淆,认为患者同意医生提出的治疗方案,签署了知情同意书,就表明患者参与进来了,这和FRERICHS等^[14]的研究结果一致。然而事实上,医患共享决策和知情同意并不等同,尊重患者知情同意的知情同意是医生应遵循的道德和法律义务,但强调医患双方共同参与及决策信息充分共享、呼吁患者价值观在决策中表达的医患共享决策并非是强制性义务^[15]。尽管受访者普遍对医患共享决策临床实施的意义和价值表示高度认同,但仍有部分受访者存在疑虑,担心医患共享决策会加重患者的心理负担、增加医生的工作负荷,而这些认知上的差异大多归因于医生对医患共享决策了解片面、对患者参与决策的需求重视不足所导致的误解,这些误解进而阻碍医患共享决策的临床实施^[16-17]。医患共享决策的培训可提高医护人员共享决策的知识和技能,改善其对医患共享决策的态度,促进医患共享决策的临床实施^[18]。因此,应重视临床医生共享决策的培训,

将其纳入临床医生继续教育计划或医学生的课程,通过情景模拟、工作坊等形式来提升医生对医患共享决策的了解和认识,促进高质量医患共享决策的推行^[19]。

3.2 明晰医患共享决策中医生的自我角色定位 角色认知是个体对社会地位、作用、行为规范及社会其他角色关系的感知、认识和理解,个体对角色的认知影响其对事件的反应和应对,个体只有在对角色认知十分清晰的情况下,才能更好地扮演角色^[20]。在医患共享决策过程中,医生扮演多重角色。首先医生是信息的提供者,即医生应客观地向患者提供疾病的相关知识、各种可行的治疗方案及其风险利弊信息,避免通过提供信息有意识或无意识地引导患者选择某一种方案;其次,医生是审慎决策过程的支持者,即医生应帮助患者了解并澄清其价值观和选择偏好,和患者共同权衡各种方案的风险利弊,并为患者提供充足的决策时间;最后,医生和患者在决策中是合作者,双方应共同参与,合作做出适合患者的决策,共同为患者的健康负责^[21-22]。本研究结果显示,尽管受访者认为医患共享决策是其日常的决策方式,但仍存在忽视患者角色价值、对自身角色认知模糊等问题。同样的,KAHVECI等^[23]的研究亦发现,所有的受访者都认为医生是主要的决策者,患者并未做好承担决策责任的准备。FROSCHE等^[24]的研究结果表明,患者参与决策的程度主要取决于医生的态度,尽管患者想要共同制定决策,但事实上许多患者并不会或不敢在医生面前表达自己的参与意愿,原因是其不敢偏离扮演“好病人”这一社会普遍认可的角色,认为医生不希望自己参与,参与决策就意味着对医生产生了质疑,挑战了医生的“权威”,自己可能因此被贴上“难缠病人”的标签。在决策中,医生认为患者会主动表达自己的想法,凭借自己的直觉来推断患者的价值观和偏好,通过患者特定的特征来预测其决策的意愿。然而,大多数的患者并不会主动表达自己的看法,医生对患者的价值观和参与偏好的推断可能不准确,医生应当面询问患者,让患者参与治疗方案的讨论,医患充分权衡,这对于避免“误诊”患者的治疗偏好至关重要^[25]。与此同时,许多受访者表示,其能在决策中主导患者,引导患者选择医生认为最佳的治疗方案,这和KARNIELI-MILLER等^[26]的研究结果一致,提示医生在和患者制定治疗方案时并未充分地共享信息,且会使用多种说服性的策略来引导患者。因此,应转变医生“家长式”的、固有的决策思维,帮助其明晰并建立正确的角色定位,积极践行角色规范。同时,还需重视医生沟通能力的培养,鼓励其认同患者在决策中的价值和参与能力,通过描述临床均衡性(equipoise)、鼓励患者参与等方式来探索患者的决策角色偏好,积极发挥患者参与决

策激励源的作用^[27]。

3.3 优化医患共享决策临床实施的策略 本研究发现医患共享决策的临床实施存在一定的困难和挑战,如患者的不理解、临床诊疗时间有限、紧张的医患关系等,积极探索切实有效的应对策略势在必行。患者因素是临床医生常提到的三大障碍因素之一^[28],且受我国“大医精诚”及儒家文化背景的影响,患者在决策中习惯处于被动地位,参与决策的意识薄弱、意愿较低,从而阻碍了医患共享决策的推行^[29]。有学者建议患者在决策时向医生询问3~4个简单的问题:我有什么选择?好处和坏处是什么?这些风险利弊发生的概率各是多少?如果我什么都不做会怎么样?这一策略被证实明显地提升了患者的决策参与度,改善了临床对话的质量^[30]。还可开发决策辅助系统,或通过公共平台向患者提供高质量的决策辅助工具,以供患者在决策前或决策中使用,进而帮助患者了解基于循证的各种治疗方案及其利弊的信息,提高其参与决策的准备度和信心^[16, 31]。与此同时,资源因素和时间因素也影响着医患共享决策的实施,资源的限制制约着治疗选择的范围及患者参与决策的能力,时间紧张意味着医生没有足够的时间探索患者的价值观和偏好,在某些情况下,这会导致医生采取一种更直接(家长式)的决策方式制定治疗方案,这与SIMMONS等^[32]的研究结果一致。时间障碍是医生普遍认为的阻碍医患共享决策实施的因素^[28],但医患共享决策明显增加治疗决策讨论的时间已被一些学者反驳^[33]。值得一提的是,和国外相比,医患关系紧张是阻碍我国推行医患共享决策的重要因素之一^[29],加之当前的社会舆论导向过多地倾向作为“弱势群体”的患者,使得医患关系愈发紧张^[34]。因此,临床推行共享决策离不开政府、社会及各利益相关方的重视和支持。一方面,研究人员和政策制定者应在制定决策支持照护路径时发挥创新精神,以简化在负担过重的临床医疗机构中实施共享决策的流程;另一方面,需创造支持医患共享决策实施的组织和社会环境,如医院建立医护人员共享决策的组织学习体系,将医患共享决策纳入质量评价体系,科室营造医患共享决策的文化氛围,设定外部激励机制,医护人员认同患者的决策价值,积极引导、鼓励患者表达愿望,从而促进高质量医患共享决策的有效开展^[35]。

综上,我国对医患共享决策的研究尚处于理论研究和局部应用探索阶段,医生对医患共享决策的认知不足,且认为临床开展医患共享决策受诸多不确定性因素的制约。但在理解了医患共享决策的内涵后,大多数医生表示临床实施医患共享决策具有积极意义。因此,应在借鉴国际成果和经验的同时,构建符合我国国情的医患共享决策理论体系和应用流程,加大共享决策的推广。另

外,本研究的研究对象仅聚焦某三级甲等医院的临床医生,可能会对样本的代表性带来一定影响。后续的研究应扩大研究对象的抽样范围及研究主体,同时选取不同地区、不同级别医院的临床医生和患者作为研究对象,探索并比较医患两大决策主体感知的医患共享决策临床实施阻碍和促进因素差异,制定合理对策,消除不利影响,从而为医患共享决策在临床的应用和推广“保驾护航”。

作者贡献:杨林宁与郑红颖共同进行论文的构思与设计、结果的分析与解释;杨林宁与赵丹收集与整理数据;杨林宁撰写论文初稿;杨艳负责论文的修订,对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] SCHOLL I, ZILL J M, HÄRTER M, et al. How do health services researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey [J]. *Patient Prefer Adherence*, 2014, 8: 1153-1160. DOI: 10.2147/PPA.S64051.
- [2] CHARLE C, GAFNI A, WHELA T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) [J]. *Soc Sci Med*, 1997, 44 (5): 681-692. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3.
- [3] BARRY M J, EDGMAN-LEVITAN S. Shared decision making-pinnacle of patient-centered care [J]. *N Engl J Med*, 2012, 366 (9): 780-781. DOI: 10.1056/NEJMp1109283.
- [4] 陈化, 刘俊荣. 从知情同意到共同决策: 临床决策伦理的范式转移——从 Montgomery 案例切入 [J]. *医学与哲学*, 2017, 38 (19): 16-19. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.10a.07.
- [5] ERNST J, KUHN S, SCHWARZER A, et al. The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer [J]. *Psychooncology*, 2011, 20 (2): 186-193. DOI: 10.1002/pon.1723.
- [6] KANE H L, HALPERN M T, SQUIERS L B, et al. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice [J]. *CA Cancer J Clin*, 2014, 64 (6): 377-388. DOI: 10.3322/caac.21245.
- [7] FROSCHE D L, MOULTON B W, WEXLER R M, et al. Shared decision making in the United States: policy and implementation activity on multiple fronts [J]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2011, 105 (4): 305-312. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.004.
- [8] HUANG R, GIONFRIDDO M R, ZHANG L, et al. Shared decision-making in the People's Republic of China: current status and future directions [J]. *Patient Prefer Adherence*, 2015, 9: 1129-1141. DOI: 10.2147/PPA.S82110.
- [9] ZEUNER R, FROSCHE D L, KUZEMCHAK M D, et al. Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice [J]. *Health Expect*, 2015, 18 (6): 2465-2476. DOI: 10.1111/hex.12216.
- [10] KING V J, DAVIS M M, GORMAN P N, et al. Perceptions of shared decision making and decision aids among rural primary care clinicians [J]. *Med Decis Making*, 2012, 32 (4): 636-644.

- DOI: 10.1177/0272989X11431961.
- [11] HOFSTEDE S N, MARANG-VAN DE MHEEN P J, WENTINK M M, et al. Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study [J]. *Implement Sci*, 2013, 8: 95. DOI: 10.1186/1748-5908-8-95.
- [12] EDWARD K L, WELCH T. The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry [J]. *Contemp Nurse*, 2011, 39 (2): 163-171. DOI: 10.5172/conu.2011.163.
- [13] SCHOENFELD E M, GOFF S L, ELIA T R, et al. A qualitative analysis of attending physicians' use of shared decision-making: implications for resident education [J]. *J Grad Med Educ*, 2018, 10 (1): 43-50. DOI: 10.4300/JGME-D-17-00318.1.
- [14] FRERICHS W, HAHLEWEG P, MULLER E, et al. Shared decision-making in oncology: a qualitative analysis of healthcare providers' views on current practice [J]. *PLoS One*, 2016, 11 (3): e149789. DOI: 10.1371/journal.pone.0149789.
- [15] 张新庆. 医患“共享决策”核心概念解析 [J]. *医学与哲学*, 2017, 38 (19): 12-15, 61. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.10a.06.
- ZHANG X Q. Core concept analysis of shared decision-making between physicians and patients [J]. *Medicine & Philosophy*, 2017, 38 (19): 12-15, 61. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.10a.06.
- [16] LEGARE F, WITTEMAN H O. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2013, 32 (2): 276-284. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1078.
- [17] CHUNG M C, JUANG W C, LI Y C. Perceptions of shared decision making among health care professionals [J]. *J Eval Clin Pract*, 2019, 25 (6): 1080-1087. DOI: 10.1111/jep.13249.
- [18] LEGARE F, ST-JACQUES S, GAGNON S, et al. Prenatal screening for down syndrome: a survey of willingness in women and family physicians to engage in shared decision-making [J]. *Prenat Diagn*, 2011, 31 (4): 319-326. DOI: 10.1002/pd.2624.
- [19] DIOUF N T, MENEAR M, ROBITAILLE H, et al. Training health professionals in shared decision making: update of an international environmental scan [J]. *Patient Educ Couns*, 2016, 99 (11): 1753-1758. DOI: 10.1016/j.pec.2016.06.008.
- [20] 顾莉莉, 叶旭春, 崔静, 等. 医生角色认知研究现状的分析与思考 [J]. *解放军护理杂志*, 2015, 32 (7): 30-32. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9993.2015.07.009.
- [21] STIGGELBOUT A M, PIETERSE A H, DE HAES J C J M. Shared decision making: concepts, evidence, and practice [J]. *Patient Educ Couns*, 2015, 98 (10): 1172-1179. DOI: 10.1016/j.pec.2015.06.022.
- [22] BOMHOF-ROORDINK H, GARTNER F R, STIGGELBOUT A M, et al. Key components of shared decision making models: a systematic review [J]. *BMJ Open*, 2019, 9 (12): e31763. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763.
- [23] KAHVECI R, AYHAN D, DONER P, et al. Shared decision-making in pediatric intensive care units: a qualitative study with physicians, nurses and parents [J]. *Indian J Pediatr*, 2014, 81 (12): 1287-1292. DOI: 10.1007/s12098-014-1431-6.
- [24] FROSCHE D L, MAY S G, RENDLE K A, et al. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2012, 31 (5): 1030-1038. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0576.
- [25] STREET R J, HAIDET P. How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs [J]. *J Gen Intern Med*, 2011, 26 (1): 21-27. DOI: 10.1007/s11606-010-1453-3.
- [26] KARNIELI-MILLER O, EISIKOVITS Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters [J]. *Soc Sci Med*, 2009, 69 (1): 1-8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.030.
- [27] POLITI M C, DIZON D S, FROSCHE D L, et al. Importance of clarifying patients' desired role in shared decision making to match their level of engagement with their preferences [J]. *BMJ*, 2013, 347: f7066. DOI: 10.1136/bmj.f7066.
- [28] LEGARE F, RATTE S, GRAVEL K, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions [J]. *Patient Educ Couns*, 2008, 73 (3): 526-535. DOI: 10.1016/j.pec.2008.07.018.
- [29] YAO M, FINNIKIN S, CHENG K K. Call for shared decision making in China: challenges and opportunities [J]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2017, 123/124: 32-35. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.004.
- [30] SHEPHERD H L, BARRATT A, TREVENA L J, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial [J]. *Patient Educ Couns*, 2011, 84 (3): 379-385. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.022.
- [31] VAN VEENENDAAL H, VAN DER WEIJDEN T, UBBINK D T, et al. Accelerating implementation of shared decision-making in the Netherlands: an exploratory investigation [J]. *Patient Educ Couns*, 2018, 101 (12): 2097-2104. DOI: 10.1016/j.pec.2018.06.021.
- [32] SIMMONS M B, HETRICK S E, JORM A F. Making decisions about treatment for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study of clinicians' experiences [J]. *BMC Psychiatry*, 2013, 13: 335. DOI: 10.1186/1471-244X-13-335.
- [33] LEGARE F, THOMPSON-LEDUC P. Twelve myths about shared decision making [J]. *Patient Educ Couns*, 2014, 96 (3): 281-286. DOI: 10.1016/j.pec.2014.06.014.
- [34] 杨学诗, 康艳楠, 魏文彤, 等. 我国医方视角下医患信任关系现状系统评价 [J]. *中国医院*, 2021, 25 (3): 19-23. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2021.3.06.
- YANG X S, KANG Y N, WEI W T, et al. Systematic review of physician-patient trust relationship from medical perspective in China [J]. *Chinese Hospitals*, 2021, 25 (3): 19-23. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2021.3.06.
- [35] LEGARE F, STACEY D, FOREST P G, et al. Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain [J]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2011, 105 (4): 245-253. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.011.

(收稿日期: 2021-04-15; 修回日期: 2021-06-13)

(本文编辑: 张亚丽)