

· 论著 ·

## 社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策现状及影响因素研究



扫描二维码  
查看原文

马文翰<sup>1</sup>, 白雪霏<sup>1</sup>, 陈照娟<sup>1, 2</sup>, 赵亚利<sup>1\*</sup>

**【摘要】** 背景 社区全科门诊在满足慢性病患者医疗需求方面面临日益复杂的挑战。同时以合作、彼此尊重为基础的医患共同决策 (SDM) 正逐步成为主流医疗决策模式。将 SDM 模式引入社区慢性病诊疗中, 对于改善慢性病患者健康结局、提高其满意度具有重要意义。**目的** 了解社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策的现状和程度, 并分析影响其参与治疗决策的因素, 旨在为推动基层医疗卫生机构 SDM 的实施提供参考依据。**方法** 采用整群抽样法, 选取北京市双榆树社区全科门诊 7 名全科医生及其于 2019 年 10 月至 2020 年 1 月接诊的 149 例慢性病患者为研究对象。通过现场非参与观察, 采用中文版患者参与医疗决策量表-5 (OPTION-5) 评估医疗咨询过程中全科医生促进患者参与治疗决策的程度, 并采集患者个人特征、就诊与患病情况方面的信息及全科医生的一般资料。比较不同特征社区全科门诊慢性病患者 OPTION-5 得分情况, 采用多重线性回归探讨影响其参与治疗决策的因素。**结果** 149 例慢性病患者平均就诊时长为 (4.1 ± 2.7) min; OPTION-5 中位得分为 6.00 (3.00) 分。不同年龄、就诊时长的慢性病患者 OPTION-5 得分比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。多重线性回归分析结果显示: 就诊时长、就诊咨询时是否被他人打断、家属是否陪同就诊是社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策的影响因素 ( $P < 0.05$ )。**结论** 社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策的程度较低。延长诊疗过程中的医患沟通时间, 确保诊疗过程不被打断, 以及诊疗时给予患者一个私密的空间, 可能是提高社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策程度的可行措施。

**【关键词】** 共同决策; 医生病人关系; 社区卫生服务; 全科医生; 慢性病

**【中图分类号】** R 395 R 197.1 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.312

马文翰, 白雪霏, 陈照娟, 等. 社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策现状及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25 (10): 1206-1212. [www.chinagp.net]

MA W H, BAI X F, CHEN Z J, et al. Chronic disease patients involved in shared-decision making in general outpatient care in the community: current status and associated factors [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (10): 1206-1212.

### Chronic Disease Patients Involved in Shared-decision Making in General Outpatient Care in the Community: Current Status and Associated Factors

MA Wenhan<sup>1</sup>, BAI Xuefei<sup>1</sup>, CHEN Zhaojuan<sup>1, 2</sup>, ZHAO Yali<sup>1\*</sup>

1.School of General Practice and Continuing Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2.Haidian District Shuangyushu Community Health Center, Beijing 100086, China

\*Corresponding author: ZHAO Yali, Associate professor, Master supervisor; E-mail: zylntmb@ccmu.edu.cn

**【Abstract】** **Background** The general practice clinic in community health centers is facing increasingly complex challenges to meet the medical needs of patients with chronic diseases. To improve chronic disease patients' health outcome and healthcare satisfaction, it will be of great significance to use shared decision-making (SDM) in the diagnostic and therapeutic process in the community, since SDM is a model based on doctor-patient mutual respect and cooperation and shows great promise as a possible major medical decision-making model. **Objective** To understand the status and associated factors of chronic disease patients involved in SDM in general outpatient care in the community, aiming to provide evidence for promoting the implementation of SDM in primary care. **Methods** We used cluster sampling to select seven general practitioners (GPs) in the clinic of Shuangyushu Community Health Center, Beijing, and 149 chronic disease patients seen by them between October 2019 and January 2020 as the participants. Through non-participant observation at the clinic, we used the Chinese version of the Observer OPTION 5 (OPTION-5) as an assessment tool to evaluate the extent to which GPs facilitated patient participating in SDM during the consultation. We used a self-developed general demographic questionnaire to collect patients' demographics,

1.100069 北京市, 首都医科大学全科医学与继续教育学院 2.100086 北京市海淀区双榆树社区卫生服务中心

\*通信作者: 赵亚利, 副教授, 硕士生导师; E-mail: zylntmb@ccmu.edu.cn

本文数字出版日期: 2022-01-27

status of illness and treatment, as well as GPs' demographics. We compared the OPTION-5 score of the patients by demographic factors, and used stepwise multiple linear regression to explore the factors affecting patients' participation in SDM. **Results** The mean visit length, and OPTION-5 score for the 149 patients were (4.1 ± 2.7) minutes, and [ 6.00 (3.00) ], respectively. The OPTION-5 score varied significantly across patients by age group and visit length (P<0.05). Multiple linear regression analysis showed that patient visit length, prevalence of interruption of counseling due to other people, and prevalence of family member accompaniment to medical visits were associated with patients' participation in SDM (P<0.05). **Conclusion** The participation of these patients in SDM was relatively low. Prolonging GP-patient communication time, ensuring that the diagnosis and treatment process is not interrupted, and giving patients a private space during diagnosis and treatment process may be feasible interventions to improve the participation of chronic disease patients in SDM in primary care.

**【 Key words 】** Decision making, shared; Physician-patient relations; Community health services; General practitioners; Chronic disease

医患共同决策 (SDM) 是指在医生与患者就治疗方案的疗效、获益及风险进行充分沟通、讨论的情况下, 患者向医生表达自身对疾病治疗方案及其风险的看法, 最终在医生的引导下, 由医患双方共同对治疗方案做出合理选择的过程<sup>[1]</sup>。SDM 的核心是倡导患者参与到医疗决策制定的过程中。SDM 使得患者的意愿、价值观、选择能够更好地与医疗方案、临床证据相结合, 真正实现了“以患者为中心”的医疗模式与循证医学的深度融合<sup>[2]</sup>。SDM 还有助于提升患者对医患关系、医患沟通的认知<sup>[3]</sup>, 改进决策质量, 提高患者的疾病知识水平及其对医疗风险的感知水平<sup>[4]</sup>, 改善患者的治疗满意度与依从性<sup>[5]</sup>, 减少抗菌药物的不当使用<sup>[6]</sup>, 更好地实现精准化医疗。由于社区卫生服务中心全科医生长期接诊慢性病患者, 全科医生对慢性病患者及其家庭成员的健康情况较为了解, 慢性病患者也对全科医生抱有亲近感和信任感, 这不仅有助于良好医患沟通的建立, 还为 SDM 的实施提供了便利条件<sup>[7]</sup>。同时, 慢性病患者常需要通过改变生活方式和习惯, 来改善健康状况, 为了使慢性病患者在自身健康管理中发挥更加积极主动的作用, 给予慢性病患者足够的时间和机会以审视决策的可行性和合理性亦具有必要性<sup>[8]</sup>。总体而言, 社区门诊慢性病患者是 SDM 的核心应用场景, 全科医生是 SDM 的最佳践行者<sup>[9]</sup>。然而, 在全科诊疗过程中, 全科医生仍主要运用传统的临床决策模式进行医疗活动, 对于患者参与 SDM 的需求关注和重视程度不足, 且针对基层医疗卫生机构 SDM 实施开展的研究也较少<sup>[10]</sup>。针对这些问题, 本研究通过对社区全科门诊慢性病患者就诊过程进行非参与式观察, 了解其参与治疗决策的现状和程度, 并分析影响其参与治疗决策的因素, 以期为提高全科医生的业务素质, 推动基层医疗卫生机构 SDM 的实施, 改进社区卫生服务质量提供借鉴。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 采用整群抽样法, 于 2019 年 10 月至 2020 年 1 月, 选取北京城区双榆树社区全科门诊的全

科医生及其接诊的慢性病患者为研究对象。慢性病患者纳入标准: (1) 已确诊患慢性病 [按照国际疾病分类第 10 次修订本 (ICD-10) 分类的慢性非传染性疾病<sup>[11]</sup>] 者; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 在研究期间, 仅有 1 次因慢性病至社区全科门诊就医的经历; (4) 面临与慢性病相关的治疗决策, 治疗决策即患者和 / 或医生基于患者健康状况、疾病相关的诊治信息和医生的经验等, 对采取 (或不采取) 的治疗方案做出抉择的过程<sup>[12]</sup>; (5) 知晓研究的目的, 愿意参与本研究。患者排除标准: (1) 为单纯购药的慢性病复诊患者; (2) 有精神疾病 (史) 或认知障碍 (史) 者; (3) 患有慢性病, 但就医目的为帮助家人购药者。全科医生纳入标准: (1) 在社区全科门诊工作时间 >1 年; (2) 知晓研究的目的, 愿意参与本研究。

本研究拟采用多重线性回归分析影响社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策的因素, 基于文献回顾初步拟定 12 个自变量。假设样本量应为自变量数目的 5~10 倍, 同时考虑拒访和无效问卷, 再将样本量扩大 10%, 最终确定所需的样本量为 133。

## 1.2 研究方法

### 1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 由研究者自行设计, 调查内容包括: (1) 慢性患者的性别、年龄、学历、婚姻状况、就诊时长、是否由签约医生接诊、主要诊断、慢性病家族史、慢性病病程、居住状态、就诊咨询时是否被他人打断、家属是否陪同就诊等; (2) 社区卫生服务中心全科医生的性别、年龄、学历、专业背景、职称、工作年限。

### 1.2.1.2 中文版患者参与医疗决策量表-5 (OPTION-5)

采用中文版 OPTION-5<sup>[13-14]</sup> 评估医疗咨询过程中全科医生促进患者参与治疗决策的程度。中文版 OPTION-5 共 5 个条目, 每个条目采用 Likert 5 级评分法, 0 分代表“没有尝试, 未观察到尝试的行为”, 1 分代表“稍许尝试, 可看出或领会到其尝试沟通”, 2 分代表

表“适当尝试,观察到使用基本的短语或句子”,3分代表“熟练尝试,观察到使用实质性的短语或句子”,4分代表“示范尝试,观察到使用清晰、明确的沟通方法”。各条目得分之和即为总分,得分范围为0~20分,总分越高,则表明医生促进患者参与治疗决策的程度越高。本研究中,OPTION-5的Cronbach's  $\alpha$  系数为0.746。中文版OPTION-5各条目的内涵与内容具体见表1。

表1 中文版OPTION-5各条目内涵与内容

Table 1 Connotation and content of each item of the Chinese version of OPTION-5

条目	条目内涵	条目内容
1	选择讨论: 其他选择	医生指出或确定所讨论的健康问题有其他的治疗或管理选择,或者健康问题需要进行决策。如果是患者而非医生注意到有其他的选项,医生赞成需要考虑这些选择
2	团队讨论: 支持权衡/构建伙伴关系	医生明确保证或确认会帮助患者了解或考虑这些选择。如果患者表明其在就诊前已查找或了解了这些选择的信息,医生支持这样考虑问题(这样的做法)
3	选择讨论: 选择信息	对于患者认为合理的选择(包括不采取任何行为),医生为患者提供选择的信息或确认患者对这些选择的理解,帮助患者对不同的选择进行比较。如果患者需要,医生会为患者进行说明
4	决策讨论: 了解偏好	医生尝试了解患者对已经讨论的选择的偏好。如果患者表明其偏好,医生表示支持
5	决策讨论: 整合偏好	医生尝试结合患者的偏好来进行决策。如果患者表示最好能结合其偏好进行决策,医生尝试这样去做

注: OPTION-5=患者参与医疗决策量表-5

1.2.2 调查过程与质量控制 正式开始调查前,对调查员(1名,为课题组成员)进行针对调查工具、调查方法的培训。在社区卫生服务中心全科医生签署知情同意的同时,由调查员对全科医生的一般资料进行收集。正式开始调查时,调查员作为观察者,置身于门诊诊疗现场,在不影响正常诊疗工作前提下,通过现场非参与观察,采用中文版OPTION-5评估医疗咨询过程中全科医生促进患者参与治疗决策的程度,并采集与患者就诊情况相关的信息。每次诊疗活动结束后,调查员通过居民健康档案管理系统,对慢性病患者个人特征、就诊情况方面的信息进行采集,并及时检查所填问卷有无漏项,如有漏填项目,则通过询问慢性病患者或其家属的方式进行补填,进而确保收集数据的质量。

1.3 统计学方法 采用Excel 2016录入数据,采用SPSS 22.0软件进行统计学分析。正态分布的计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示;非正态分布的计量资料以中位数(四分位数间距)[ $M(QR)$ ]表示,两组间比较采用Mann-Whitney  $U$ 检验,多组间比较采用Kruskal-Wallis  $H$ 检验,组间两两比较采用Bonferroni法校正检验水准;计数资料以相对数表示。采用多重线性回归探讨影响慢性病患者参与治疗决策的因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统

计学意义。

## 2 结果

2.1 调查对象一般特征 共纳入符合标准的慢性病患者149例、全科医生7例。149例慢性病患者中,女91例(61.1%);年龄50~85岁,平均年龄为( $64.8 \pm 7.8$ )岁;58例(38.9%)学历为初中及以下;127例(85.2%)已婚;就诊时长0.1~17.4 min,平均就诊时长为( $4.1 \pm 2.7$ ) min;112例(75.2%)由签约医生接诊;88例(59.1%)主要诊断为高血压;94例(63.1%)有慢性病家族史;68例(45.6%)患慢性病 $\geq 10$ 年;130例(87.2%)与家人共同居住;75例(50.3%)就诊咨询时未被他人打断;141例(94.6%)就诊时无家属陪同。7例全科医生中,6例为女性,1例为男性;年龄32~53岁,中位年龄为39.0(13.0)岁;学历为本科、硕士研究生者各有4、3例;专业背景均为临床医学(全科医学);高级职称者2例,中级职称者5例;工作年限为5~10年者2例,11~15年者2例,>15年者3例。

2.2 慢性病患者参与决策情况 149例慢性病患者OPTION-5中位得分为6.00(3.00)分。其中各有61例(40.9%)在条目1上的得分为1、2分;在条目2、3、4、5上,分别有92例(62.4%)、98例(65.8%)、88例(59.1%)、94例(63.1%)得分为1分;无慢性病患者在任一条目上的得分为4分,见表2。

表2 149例双榆树社区卫生服务中心全科门诊慢性病患者OPTION-5各条目得分情况

Table 2 OPTION-5 scores of 149 patients with chronic diseases selected from the general practice clinic of Shuangyushu Community Health Center

条目	得分分布 [n (%)]					中位得分 [M(QR), 分]
	0分	1分	2分	3分	4分	
条目1	0	61 (40.9)	61 (40.9)	27 (18.2)	0	2.00 (1.00)
条目2	32 (21.5)	93 (62.4)	23 (15.4)	1 (0.7)	0	1.00 (0)
条目3	6 (4.0)	98 (65.8)	38 (25.5)	7 (4.7)	0	1.00 (1.00)
条目4	33 (22.1)	88 (59.1)	27 (18.1)	1 (0.7)	0	1.00 (0)
条目5	35 (23.5)	94 (63.1)	20 (13.4)	0	0	1.00 (0)

2.3 不同特征社区门诊慢性病患者OPTION-5得分比较 不同年龄组、就诊时长的慢性病患者OPTION-5得分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。组间两两比较结果显示:60~69岁组和70~85岁组间的OPTION-5得分比较,差异有统计学意义( $P = 0.008$ );就诊时长0.1~3.7 min组与3.8~7.5 min组、7.6~17.4 min组间的OPTION-5得分比较,差异有统计学意义( $P < 0.001$ );就诊时长3.8~7.5 min组与7.6~17.4 min组间的OPTION-5得分比较,差异有统计学意义( $P = 0.001$ ),见表3。

2.4 社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策影响因素的多重线性回归分析 经残差分析检验,资料满足多重线性回归分析的前提条件Line。以149例慢性病患者的



表3 不同特征双榆树社区卫生服务中心全科门诊慢性病患者OPTION-5得分比较〔M(QR),分〕

Table 3 Comparison of OPTION-5 score of patients with chronic diseases in general practice clinic of Shuangyushu Community Health Center by personal characteristics

项目	例数	OPTION-5得分	Z(H)值	P值
性别			2 393.000	0.334
男	58	6.00 (4.00)		
女	91	6.00 (3.00)		
年龄(岁)			8.068 <sup>a</sup>	0.018
50~59 ①	40	6.00 (2.00)		
60~69 ②	69	5.00 (4.00)		
70~85 ③	40	6.00 (5.75) <sup>b</sup>		
学历			2.371 <sup>a</sup>	0.306
初中及以下	58	6.00 (4.00)		
高中/中专	69	6.00 (3.50)		
大专及以上	22	6.00 (4.25)		
婚姻状况			1 295.000	0.582
非在婚	22	6.00 (5.50)		
已婚	127	6.00 (3.00)		
就诊时长(min)			53.043 <sup>a</sup>	<0.001
0.1~3.7 ①	79	4.00 (3.00)		
3.8~7.5 ②	60	7.00 (2.00) <sup>c</sup>		
7.6~17.4 ③	10	10.00 (3.50) <sup>b</sup>		
是否由签约医生接诊			1 669.000	0.074
否	37	5.00 (3.00)		
是	112	6.00 (3.00)		
主要诊断			1.528 <sup>a</sup>	0.466
高血压	88	5.00 (3.00)		
糖尿病	33	7.00 (5.00)		
高脂血症及其他	28	6.00 (3.75)		
慢性病家族史			2 193.000	0.120
无	55	6.00 (4.00)		
有	94	6.00 (3.00)		
慢性病病程(年)			3.742 <sup>a</sup>	0.154
1~4	28	5.00 (4.00)		
5~9	53	6.00 (3.50)		
10~36	68	6.00 (3.00)		
居住状态			1 014.500	0.206
独居	19	7.00 (7.00)		
非独居	130	6.00 (3.00)		
就诊咨询时是否被他人打断			2 569.500	0.432
是	74	6.00 (4.00)		
否	75	6.00 (3.00)		
家属是否陪同就诊			398.500	0.160
是	8	4.00 (3.50)		
否	141	6.00 (3.00)		

注: <sup>a</sup>表示H值; <sup>b</sup>表示与②比较,  $P<0.017$ ; <sup>c</sup>表示与①比较,  $P<0.017$

OPTION-5得分为因变量(赋值方式:原值进入),以表3中 $P<0.200$ 的变量<sup>[15]</sup>及就诊咨询时是否被他人打断(研究团队结合临床实际、现场观察情况,一致认为就诊咨询时是否被他人打断对慢性病患者参与治疗决策有较大影响)作为自变量,进行多重线性回归分析。结果显示,就诊时长、就诊咨询时是否被他人打断、家属是否陪同就诊是影响社区全科门诊慢性病患者参与治疗决策的因素( $P<0.05$ ),见表4。

表4 双榆树社区卫生服务中心全科门诊慢性病患者参与治疗决策影响因素的多重线性回归分析结果

Table 4 Results of multiple linear regression analysis of factors influencing the OPTION-5 score of patients with chronic diseases in general practice clinic of Shuangyushu Community Health Center

自变量	b(95%CI)	SE	b'	t值	P值
年龄(岁,以50-59为参照)					
60-69	-0.636 (-1.401, 0.130)	0.387	-0.122	-1.642	0.103
70-85	0.509 (-0.375, 1.392)	0.447	0.086	1.138	0.257
就诊时长(min,以0.1-3.7为参照)					
3.8-7.5	2.647 (1.963, 3.330)	0.346	0.498	7.659	<0.001
7.6-17.4	5.669 (4.331, 7.007)	0.677	0.544	8.377	<0.001
是否由签约医生接诊(以是参照)					
否	0.294 (-0.464, 1.053)	0.384	0.049	0.768	0.444
慢性病家族史(以有参照)					
无	-0.563 (-1.225, -0.099)	0.335	-0.104	-1.681	0.095
慢性病病程(年,以1-4为参照)					
5-9	0.126 (-0.727, 0.979)	0.431	0.021	0.292	0.771
10-36	0.160 (-0.609, 0.929)	0.389	0.031	0.412	0.681
就诊咨询时是否被他人打断(以是参照)					
否	1.019 (0.346, 1.691)	0.340	0.195	2.995	0.003
家属是否陪同就诊(以是参照)					
否	1.842 (0.398, 3.287)	0.731	0.159	2.522	0.013
常量	2.538 (0.888, 4.188)	0.835	-	3.041	0.003

注: -表示无相关数据

### 3 讨论

3.1 社区全科门诊慢性病患者实际参与治疗决策程度较低 本研究结果显示,149例社区全科门诊慢性病患者OPTION-5中位得分为6.00(3.00)分,整体得分水平较低,且在各条目上的得分多以1分或2分为主。在使用OPTION-5对SDM过程进行评估时,使用者多站在第三方视角对医患双方的行为进行观察与判断,研究结果在一定程度上表明,无论是医生引导患者参与决策还是患者主动参与决策的意愿均不强烈,医患双方因素共同导致了社区全科门诊慢性病患者参与决策的程度较低这一状况的发生。

在全科医生方面,工作量过大可能是造成其主动引导患者参与决策意愿不强的重要原因。特别是近年来,随着医保政策不断向基层倾斜、基层医疗卫生机构药品

“零加成”的全面实施、医药分开改革持续深入,基层医疗卫生机构获得了长足发展,门诊量迅速增加。但相较于迅速增长的门诊量,基层全科医生的数量却增长缓慢<sup>[16]</sup>。供需矛盾使得社区卫生服务中心全科医生承担的工作任务日益繁重,具体表现为工作内容变得更加多元、复杂,工作量大大幅度增加。在有限的门诊时间之内,社区卫生服务中心全科医生常倾向于尽快完成诊疗工作,而引导患者参与决策一定程度上增加了全科医生的工作压力,并加重了其工作负担。除此之外,全科医生促进患者参与决策的意识不强、缺乏所需的沟通技巧等因素也会阻碍慢性病患者切实参与治疗决策。从患者角度来说,至社区全科门诊就诊的患者以老年人为主,如本研究中观察对象(慢性病患者)的平均年龄为(64.8±7.8)岁。老年人由于理解、认知、记忆能力下降,在与医生交流、讨论时,常难以完全正确、客观地理解医生话语中的含义,不能准确表达自身的意愿,这也导致老年人在诊疗中的表现偏向被动,较少参与决策。NEWSOME等<sup>[17]</sup>的研究证实,患者在45岁之后参与治疗决策的态度会由积极转变为被动。另外,在传统社会环境中,老年人的医疗决策权多由其子女代为行使,老年人主动参与决策的机会较少<sup>[18]</sup>。但同时也存在另一种现象,部分长期患有慢性病的老年患者,由于对自身所患疾病极为重视,常常在社区门诊就诊过程中,积极主动地争取参与医疗决策的权利,甚至让社区卫生服务中心全科医生听从自己的“指挥”。有研究结果显示,相对紧张的医患关系、对社区卫生服务中心全科医生能力的质疑是导致患者试图主导决策的主要原因<sup>[19]</sup>。

**3.2 慢性病患者参与治疗决策的影响因素** 本研究发现,延长诊疗过程中的医患沟通时间、确保诊疗过程不被打断及诊疗时给予患者一个私密的空间,可能有助于促进患者参与决策,实现SDM。

**3.2.1 患者就诊时长** 本研究中,全科医生与慢性病患者沟通、交流的平均时间为(4.1±2.7)min,这一结果低于2010年国内一项来自社区的观察性研究报告的6.3min<sup>[20]</sup>,也低于一项来自荷兰的研究中报告的9min<sup>[21]</sup>。本研究结果提示,相较于就诊时间较短的慢性病患者,就诊时长较长者参与SDM的程度更高。在就诊时间充足的情况下,医患之间可充分交换意见,进而有助于和谐、良好医患关系的构建,从而有利于患者深度参与决策<sup>[22]</sup>。而当诊疗时间较短时,医患之间的沟通多不充分。此时,医生主导诊疗,并倾向于直接给出“最优”诊疗方案,且未能向患者分析每种方案的收益和风险;患者也没有过多的时间对医生所表达的专业性内容进行思考、分析,无法透彻理解疾病、自身现状与诊疗建议之间的关系,更没有足够的机会向医生表达自己的诉求(存在的困惑与疑虑)并参与到决策中来<sup>[23]</sup>。

HAJIZADEH等<sup>[24]</sup>认为,大多数医生为了不愿让其他候诊患者长时间等候,常采用简单的沟通方式与患者沟通,以争取尽快结束诊疗任务;过多的候诊患者,一定程度上导致医生开展SDM的意愿大幅降低。但值得注意的是,并非诊疗时间越长,SDM的实施效果越好。在患者缺乏基本医学知识或健康素养较差的情况下,为了确保SDM顺利实施并取得良好效果,医生常需要耗费较长时间来沟通与解释。过长时间的沟通、交流也易造成沟通偏离主题,进而导致诊疗效率降低<sup>[22]</sup>。因此,有必要对诊疗的最佳时长进行探讨。SANTOS等<sup>[25]</sup>依据巴西卫生部第3046号法令和WHO的建议对诊疗时间进行分类。依据该分类,诊疗时间11.4~15min为最佳,7.6~11.3min为较好,3.8~7.5min为正常,0.1~3.7min为不足。

针对这一问题,从医生角度出发,一方面应通过提高医生对SDM的认知,强化医生的共情能力和情感投入,建立有效的激励机制,使医生愿意将更多的时间与精力投入到帮助患者中去<sup>[26]</sup>;另一方面还应加强对医务人员的培训,提高其沟通技巧,以确保SDM的实施有效且高效<sup>[27]</sup>。工具方面,可通过开发/使用辅助决策工具,促进信息共享、医患双方的良好沟通,降低SDM模式的实施“门槛”,提高患者的决策准备度,进而保障SDM的顺利实施<sup>[28]</sup>。从管理层面而言,可尝试构建适合我国国情的SDM实施流程,如在正式就诊前,由低年资的医生或护士对患者进行健康教育或信息采集,以提升SDM的实施效率,加快SDM的实施进程<sup>[29]</sup>。从宏观政策角度出发,则可通过深化基层医疗供给侧改革,提高全科医学人才培养质量,加大全科医生培养力度,以确保工作量目标值制定的合理性,进而使全科医生有充足的时间来引导患者参与决策<sup>[26]</sup>。

**3.2.2 诊疗过程的连续性** 本研究显示,就诊过程未被打断的慢性病患者参与决策的程度较被打断者高。通过对社区全科门诊慢性病患者就诊过程进行非参与式观察,研究者发现,对于社区全科门诊而言,严格“一人一诊”执行难度较大,这也导致医生与其接诊患者沟通的过程常受到其他因素的干扰,如诊室内其他患者或其家属打断对话、电话呼入。此时,医生和患者的注意力被分散、转移,两人之间的对话也随之中断。接听电话一定程度上体现了医生在态度上对患者不够重视,未能全身心投入SDM,而当诊室内其他患者或其家属打断对话后,正在接受诊治的患者常感到个人隐私受到侵犯,不愿再向医生表达自己的意愿或自身存在的困惑。此时,医患双方在前期交流过程中建立起的信任关系已经破裂,并且破裂的信任关系难以重新构建,患者参与治疗决策的主动性和积极性明显下降<sup>[30]</sup>。针对诊疗过程连续性不足这一问题,基层医疗卫生机构

可采取的措施包括增加诊室数量、打造私密的诊疗空间、在诊室外设立更多候诊座椅、提供更优质的候诊服务等<sup>[31]</sup>。

**3.2.3 家属因素** 本研究显示,无家属陪同的慢性病患者,其参与决策的程度较高。分析原因可能为,在有家属陪同就诊的情况下,患者可能会在心理上对家属产生依赖,并从行事果断变得犹豫不决,进而使自己处于被动地位,最终导致其参与决策的意愿明显降低;而无家属陪同就诊时,患者需要主动承担起自我管理责任,这也使其自然而然地进入决策的最佳状态,进而有助于其参与诊疗决策的制定。侯晓婷等<sup>[32]</sup>的调查显示,13.3%的结直肠癌住院患者并不期望家属参与治疗决策过程,但实际上仅有6.2%患者的家属未参与决策制定,有相当一部分家属在违背患者意愿的情况下参与了治疗决策,替代患者承担了管理自身所患疾病的责任,最终影响了患者参与医疗决策的意愿。但也有学者表示,在科学运用家庭参与式SDM模式、群体(患者)SDM模式的情况下,患者可通过与他人交流、交换意见、共同讨论来进行深入思考和反思,并获得更多的来自他人的支持和鼓励,这不仅有利于患者对各诊疗方案的利弊进行充分、多角度的分析,还有助于其更快、更好地做出决策<sup>[33]</sup>。因此,社区卫生服务中心全科医生需要平衡好家属参与患者诊疗决策的尺度。一方面,家属需引导患者正视疾病,做好患者心理疏导工作,鼓励患者积极参与治疗决策;另一方面,当患者做出不恰当决策或无法做出决策时,家属要积极发挥“矫正”作用,平衡各方利益<sup>[26]</sup>。

本研究仅针对1家社区全科门诊的医生及其接诊的慢性病患者展开调查,样本量较小,故研究结论的外推在一定程度上可能受限。因本研究调查的全科医生仅7例,且采集的有关全科医生的资料种类亦较少,本研究仅从患者层面分析了影响SDM实施的因素,未能从医生层面出发针对全科医生因素对SDM实施过程产生的影响进行深入分析,这也是本研究的另一个不足之处。在今后的研究中,需扩大样本量,进而使研究结果更加稳定、全面。

**志谢:**感谢研究实施过程中的被观察对象——全科医生及其接诊的慢性病患者,在他们的认同和支持下数据得以顺利收集。

**作者贡献:**赵亚利提出研究方向及主要研究目标,负责设计研究方案及确定研究方法、论文的质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理;马文翰、赵亚利负责文章的可行性分析、论文修订;白雪霏负责文献/资料收集;白雪霏、陈照娟负责文献/资料整理;马文翰、白雪霏负责论文撰写;马文翰、陈照娟、赵亚利负责英文修订。

本文无利益冲突。

## 参考文献

- [1] MAKOUL G, CLAYMAN M L. An integrative model of shared decision making in medical encounters [J]. *Patient Educ Couns*, 2006, 60 (3): 301-312. DOI: 10.1016/j.pec.2005.06.010.
- [2] HOFFMANN T C, MONTORI V M, DEL MAR C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making [J]. *JAMA*, 2014, 312 (13): 1295-1296. DOI: 10.1001/jama.2014.10186.
- [3] YAMAGUCHI S, TANEDA A, MATSUNAGA A, et al. Efficacy of a peer-led, recovery-oriented shared decision-making system: a pilot randomized controlled trial [J]. *Psychiatr Serv*, 2017, 68(12): 1307-1311. DOI: 10.1176/appi.ps.201600544.
- [4] SAHEB K M, MCGILL E T, BERGER Z D. Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and Meta-analysis [J]. *Patient Educ Couns*, 2017, 100 (12): 2159-2171. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.030.
- [5] ALTIN S V, STOCK S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices [J]. *BMC Health Serv Res*, 2016, 30 (16): 450. DOI: 10.1186/s12913-016-1693-y.
- [6] COXETER P, DEL M C, MCGREGOR L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 (11): CD010907. DOI: 10.1002/14651858.CD010907.pub2.
- [7] MONITORI V M, GAFNI A, CHARLES C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes [J]. *Health Expect*, 2006, 9 (1): 25-36. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x.
- [8] 陈鸣声. 医疗共同决策的内涵与外延: 社区慢性病服务应用研究 [J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2021, 21 (2): 101-104. DOI: 10.7655/NYDXBSS20210201.  
CHEN M S. Connotation and extension of shared medical decision making: application on the patients with chronic diseases in the community setting [J]. *Journal of Nanjing Medical University (Social Sciences)*, 2021, 21 (2): 101-104. DOI: 10.7655/NYDXBSS20210201.
- [9] 李云涛. 医患共同决策的最佳践行者: 全科医生 [J]. *医学与哲学*, 2018, 39(2): 19-67. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2018.02a.06.  
LI Y T. General practitioner: the best practitioner of doctor patient joint decision making [J]. *Medicine and Philosophy*, 2018, 39(2): 19-67. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2018.02a.06.
- [10] 张莉, 李晶华, 马天娇, 等. 患者参与社区卫生服务就诊过程的重要性及途径 [J]. *医学与社会*, 2019, 32 (6): 43-45. DOI: 10.13723/j.yxysh.2019.06.012.  
ZHANG L, LI J H, MA T J, et al. Importance and methods of patient participating treatment process in community health service [J]. *Medicine and Society*, 2019, 32 (6): 43-45. DOI: 10.13723/j.yxysh.2019.06.012.
- [11] 陈建, 杨晓虹, 曾莉萍, 等. 成都新都区社区居民老年慢性病患病现状及其患共病模式分析 [J]. *中国卫生事业管理*, 2018, 35 (8): 573-575, 615.



- CHEN J, YANG X H, ZENG L P, et al. Analyzing the status of chronic illnesses and its comorbid mode of community elderly residents in Xindu District [J]. Chinese Health Service Management, 2018, 35 (8): 573-575, 615.
- [12] 吴清. 房颤患者参与治疗决策过程、影响因素及信息加工特征的研究 [D]. 上海: 海军军医大学, 2019.
- [13] ELWYN G, TSULUKIDZE M, EDWARDS A, et al. Using a "talk" model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION-5 Item [J]. Patient Educ Couns, 2013, 93 (2): 265-271. DOI: 10.1016/j.pec.2013.08.005.
- [14] CHEN Z, BAI X, JIN G, et al. Psychometric properties of the simplified Chinese version of the Observer OPTION-5 Scale [J]. BMC Fam Pract, 2020, 21 (1): 263. DOI: 10.1186/s12875-020-01335-2.
- [15] ZHOU Z R, WANG W W, LI Y, et al. In-depth mining of clinical data: the construction of clinical prediction model with R [J]. Ann Transl Med, 2019, 7 (23): 796. DOI: 10.21037/atm.2019.08.63.
- [16] 国家卫生健康委员会. 2018 中国卫生健康统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019: 42.
- [17] NEWSOME A, SIEBER W, SMITH M, et al. If you build it, will they come? A qualitative evaluation of the use of video-based decision aids in primary care [J]. Fam Med, 2012, 44 (1): 26-31.
- [18] 柏冬丽, 侯晓婷, 刘晓红, 等. 肿瘤晚期患者参与临床决策期望的现况研究 [J]. 护理学杂志, 2017, 32 (5): 35-38. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.05.035.
- BAI D L, HOU X T, LIU X H, et al. Expectation for participation in medical decision making among advanced cancer patients: a cross-sectional study [J]. Journal of Nursing Science, 2017, 32 (5): 35-38. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.05.035.
- [19] HÄRTER M, MOUMJID N, CORNUZ J, et al. Shared decision making in 2017: international accomplishments in policy, research and implementation [J]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2017, 123 (6): 1-5. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.024.
- [20] 孙刚, 张新平. 我国东中西部门诊诊疗时间定量研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27 (1): 60-62.
- SUN G, ZHANG X P. Quantitatively analyzing the time of treating outpatients in western, eastern and central China [J]. Chinese Health Service Management, 2010, 27 (1): 60-62.
- [21] DEVEUGELE M, DERESE A, ATIE B M, et al. Consultation length in general practice: cross sectional study [J]. BMJ, 2002, 325 (7362): 472. DOI: 10.1136/bmj.325.7362.472.
- [22] HUANG R, SONG X, WU J, et al. Assessing the feasibility and quality of shared decision making in China: evaluating a clinical encounter intervention for Chinese patients [J]. Patient Prefer Adherence, 2016, 10 (11): 2341-2350. DOI: 10.2147/PPA.S115115.
- [23] 胡子奇, 刘俊荣. 医患共享决策的价值意蕴、影响因素及辅助工具 [J]. 医学与哲学, 2020, 41 (4): 1-6. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2020.04.01.
- HU Z Q, LIU J R. Value, influencing factors and patient decision aid of sharing decision-making [J]. Medicine and Philosophy, 2020, 41 (4): 1-6. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2020.04.01.
- [24] HAJIZADEH N, UHLER LM, PÉREZ FIGUEROA R E. Understanding patients' and doctors' attitudes about shared decision making for advance care planning [J]. Health Expect, 2015, 18 (6): 2054. DOI: 10.1111/hex.12285.
- [25] SANTOS V D, NITRINI S M. Prescription and patient-care indicators in healthcare services [J]. Rev Saude Publica, 2004, 38 (6): 819-826. DOI: 10.1590/s0034-89102004000600010.
- [26] 龙杰, 刘俊荣. 基于患者视角的共享决策参与现况及策略研究 [J]. 中国医学伦理学, 2021, 34 (1): 75-80. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2021.01.15.
- LONG J, LIU J R. Research on the current situation and strategy of shared decision-making participation based on the perspective of patients [J]. Chinese Medical Ethics, 2021, 34 (1): 75-80. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2021.01.15.
- [27] 黄榕肿, 丁怀玉, 郭宏洲. 医患共同决策模式在我国临床实践中的应用与改进 [J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48 (10): 890-894. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20200519-00409.
- HUANG R C, DING H Y, GUO H Z. Implement and improvement of patient-physician shared decision making in clinical practice in China [J]. Chinese Journal of Cardiology, 2020, 48 (10): 890-894. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20200519-00409.
- [28] NICHOLAS Z, BUTOW P, TESSON S, et al. A systematic review of decision aids for patients making a decision about treatment for early breast cancer [J]. Breast, 2016 (26): 31-45. DOI: 10.1016/j.breast.2015.12.007.
- [29] HUANG R, SONG X, WU J, et al. Quality of shared decision making in China: evaluating a clinical encounter intervention for Chinese patients [J]. Patient Prefer Adherence, 2016, 10 (11): 2341-2350. DOI: 10.2147/PPA.S115115.
- [30] SHEPHERD H L, BUTOW P N, TATTERSALL M H N. Factors which motivate cancer doctors to involve their patients in reaching treatment decisions [J]. Patient Educ Couns, 2011, 84 (2): 229. DOI: 10.1016/j.pec.2010.10.018.
- [31] 阎虹, 贺云霞, 杨晓丽. 品管圈在提高门诊“一医一患一诊室”执行率中的应用 [J]. 循证护理, 2020, 6 (2): 177-179. DOI: 10.12102/j.issn.2095-8668.2020.02.015.
- [32] 侯晓婷, 徐征, 周玉洁, 等. 结直肠癌住院患者参与手术治疗决策的现况研究 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49 (5): 526-529. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2014.05.003.
- HOU X T, XU Z, ZHOU Y J, et al. Colorectal cancer patients' participant roles during operation treatment decision making process: across sectional study [J]. Chinese Journal of Nursing, 2014, 49 (5): 526-529. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2014.05.003.
- [33] 黄榕肿, 杨雪瑶, 宋现涛, 等. 中国医患共同决策心血管病领域研究现状与展望 [J]. 医学与哲学, 2017, 38 (20): 1-6. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.10b.01.
- HUANG R C, YANG X Y, SONG X T, et al. The current status and expectation of shared-decision making in Chinese patients with cardiovascular diseases [J]. Medicine and Philosophy, 2017, 38 (20): 1-6. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.10b.01.

(收稿日期: 2021-04-01; 修回日期: 2021-12-08)

(本文编辑: 陈俊杉)