



# 医患共同决策在恶性肿瘤疾病中实施的影响因素模型构建

陈章晓, 陆方

南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

**摘要:**为探索医患共同决策在恶性肿瘤疾病治疗中的应用现状及影响因素,构建影响因素的理论模型,采用半结构访谈法对江苏省某三甲医院的医生和患者进行深度访谈,基于扎根理论,通过Nvivo20.0软件对访谈文本进行三级编码,最终归纳梳理出47个概念、20个子范畴和9个主范畴。以“环境”“患者”“医生”“决策”作为4个核心范畴,外部环境、医疗体系、患者参与意愿、患者个人特征、决策成本、决策伦理、决策信息、医生态度、医生能力为9个主范畴,共同构成了医患共同决策在恶性肿瘤疾病治疗中影响因素的理论模型。医患共同决策的落实受多重因素影响,政府需要通过法律法规,营造良好的信息环境,医患之间需要有效沟通,逐步弥合信息不对等带来的差距,提升医疗满意度。

**关键词:**扎根理论;恶性肿瘤;医患共同决策;影响因素

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2024)02-195-006

doi:10.7655/NYDXBSS230466

随着社会不断进步,医学迅猛发展,人们的健康意识逐步加强,维权意识持续深入,越发重视疾病诊疗过程中的参与度。医患共同决策(shared decision making, SDM)将现代“循证医学”和“人文医学”相结合,逐渐被国际社会关注和重视,正在成为医疗决策重要模式之一<sup>[1]</sup>。医患共同决策包括四个关键特点:至少包括医生和患者两个主体;双方交流共享信息;双方都采取措施对治疗方法达成一致;同意开始治疗<sup>[2]</sup>。医患共同决策重视患者的话语权,以及在诊疗过程中的参与和表达,将个体偏好最大化融入诊疗决策中,在疾病治疗中有一定实践意义。

恶性肿瘤侵袭性强、预后差,患病率和发病率在全球居高不下,已成为影响人类基本生活的疾病。伴随着生活条件改善,恶性肿瘤发病逐渐趋向于年轻化。由于恶性肿瘤的治疗方式多且复杂、治疗效率低、不良反应大、花费昂贵等问题,在治疗过程中充满不确定因素,需要反复沟通和决

策。患者对自身合理诉求是否被满足越来越看重,且不仅限于治疗方面<sup>[3]</sup>。因此通过医患共同决策,有利于提高医患沟通效率,确定最佳的诊疗方案,促进医患沟通良性发展,利于疾病的有效治疗。

本研究采用半结构访谈法对研究对象进行深度访谈,收集访谈资料,利用扎根理论分析挖掘医患共同决策在恶性肿瘤疾病治疗中的应用现状及影响因素,深入剖析不同影响因素之间的作用关系,构建医患共同决策在恶性肿瘤疾病治疗中影响因素的理论模型,探寻落实医患共同决策的可行路径,为提升患者对医疗工作的满意度提供参考。

## 一、数据和方法

### (一)研究方法

本研究基于扎根理论对医患共同决策在恶性肿瘤疾病治疗中的应用现状及影响因素进行分析。扎根理论是一种“自下而上”建立实质理论

**基金项目:**江苏高校哲学社会科学优秀创新团队“公共健康政策与管理创新研究团队”

**收稿日期:**2023-12-28

**作者简介:**陈章晓(1993—),女,安徽芜湖人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理;陆方(1978—),女,安徽宿州人,博士,副教授,硕士生导师,研究方向为医院管理,通信作者,lufang@njmu.edu.cn。

的质性研究方法,指在系统收集数据后发现社会现象的主要概念,通过概念之间的关系建立一致的社会理论<sup>[4]</sup>。扎根理论通过严格的三级编码,即开放式编码、主轴编码、选择性编码,完成数据向理论转变<sup>[5]</sup>。借助 Nvivo 质性分析软件,提取概念和范畴,梳理范畴间关系,构建医患共同决策对恶性肿瘤疾病治疗的影响因素理论模型。编码分析使用原始文本的 2/3,剩余的 1/3 用于理论饱和度检验。

## (二)访谈设计

首先设计访谈提纲,通过查阅相关文献,根据 Makoul 模型的 9 个步骤,包括澄清和解释问题,提供治疗方案,告知患者治疗方案的好处、风险、花费,评估患者偏好/价值取向,讨论患者能力/自我效能,医生提供知识与建议,核对双方的理解,做出决策或明确推迟决策,安排随访<sup>[6]</sup>,初步设计访谈提纲。再向医生了解恶性肿瘤的疾病特色、治疗过程等,完善访谈提纲。最终形成对患者的访谈提纲,包括人口学资料、疾病的就诊流程、是否希望参与治疗、在重要决策上希望谁来决定、认为影响共同决策的因素有哪些等 12 个问题。对医生的访谈提纲包括人口学资料、对医患共同决策了解多少、持何种态度、在该类疾病中共同决策的落实情况、医生本人的参与情况等 10 个问题。

## (三)数据收集

采用方便抽样的方法,研究选取了江苏省某公立三甲医院中 8 名不同职称的肿瘤医生和 8 名不同分期的恶性肿瘤患者作为访谈对象。通过医生介绍,提前联系受访人员,充分告知访谈目的和提纲,预约访谈时间,采用半结构化访谈,利用面对面和微信视频访谈相结合的方式获取访谈资料。为了检验访谈提纲的有效性,在正式访谈之前,进行了预调查。目的性选取了 2 名不同职称的医生、2 名疾病处于不同分期的患者进行预访谈,及时整理访谈文本,查找不足,补充访谈提纲后进入正式访谈。

在经过受访人员同意后,正式访谈时全程录音,并转录成文本资料,访谈时间每人 30~40 分钟,共收集到 16 份样本,计 15 000 字的原始访谈资料。

## 二、研究过程

### (一)开放式编码

开放式编码是对深度访谈的原始资料进行逐句分析、整理,进而产生初始概念、发现范畴,遵循的编码流程是“原始资料、标签化、概念化、范畴化”<sup>[7]</sup>。在 Nvivo 软件中导入原始文本,对其中有效内容进行标记,形成节点,再进一步概念化。共得到初始概念 158 条,进一步归纳整理后,形成 47 个概念和 20 个子范畴(表 1)。

表 1 开放编码形成的概念和子范畴示例

子范畴	概念	原始语句举例
法律政策	立法保护、政策支持	医生:立法当然是最重要的,有法律保障,我们怎么决策都是有保障的;政府和医院要给我们政策,我们才好落实共同决策
网络舆论	宣传引导、医疗信息	医生:现在网络环境还是需要宣传,加以正确引导;他们天天在网上搜怎么治疗,按照网上说的,跟医生说;现在网上的信息鱼龙混杂,有的患者就看网上怎么说,医患沟通效率很低
医疗机构	医院等级、医院公信力	患者:我们小地方的医院肯定不行,现在都来你们这种大医院看,医生技术也好,跟我们怎么治解释得透透的;现在医院不都是有这个榜那个榜嘛,我们就是看那个排名,来看病;大医院嘛,你们医院的这个科大家都说好,邹主任也那么出名,我们就来看了,医生也确实好,他们说的我们都愿意听
医疗资源	人力资源、硬件设施	患者:挂号太难了,专家出诊次数能不能再多一点,每次见到医生讲几句话就结束了;我们等手术等了好长时间 医生:医院床位数太少了,对床位周转率又有要求,哪有时间跟患者慢慢沟通,一起决策
患者背景	年龄、文化水平、职业、疾病分期、经济负担、身体状况、为人品性	患者:我还年轻,好好配合医生治疗,多跟医生了解自己的病情,跟他们交流,一起拿方案,让我自己心里也踏实一点;我得的是早期胃癌,医生说了我这个治好了还能好好生活,所以我特别愿意跟医生沟通交流,我想保证自己有最好的治疗效果 医生:我们最怕的就是老师,他们有一套自己的想法,很难沟通,说的他们也听不进去;医患共同决策跟文化水平、职业都是有关系的,什么样的决策方式最重要的还是跟人的为人品性有关;很多晚期的患者身体都不好,一直卧床休息,也不愿意多跟医生交流,就把决策权都给家属了;恶性肿瘤的治疗跟一般的疾病还不一样,这种疾病的治疗费用很高,所以共同决策能让医生了解患者的经济负担能力,再选取相应的药物和治疗方式

(续表1)

子范畴	概念	原始语句举例
患者认知	传统观念、健康知识、理解能力、思维模式	医生:人们总有些传统的观念,认为胃是很重要的器官,我们跟他说要切除,他们觉得没法接受,这种治疗方式就很难开展了,必须进一步跟他们解释;实施共同决策还是很难,大部分患者的健康知识还不够,容易受到网上信息的影响;要通过科普让患者对疾病有更多的了解,他们对疾病的正确了解越多,提高他们的理解能力,我们一起决策更好实施;首先我觉得要改变患者的思维模式,他们认为医生开一些贵的药就是拿提成,收钱
患者依从性	依从性	医生:患者的依从性很关键,不管是配合治疗,还是一起决策,依从性都是很关键的因素
患者预期	对治疗的预期、对医生的预期	医生:这跟患者期待值有关,有的患者对疾病期待值太高,认为这个病生存期长,还有的患者认为某某医生出名,治得好,肯定能把我治好,这些都是很影响决策的
患者情绪	心理焦虑、心态平稳	患者:我每天很焦虑,我还年轻,就得了癌症,医生说什么我也听不进去;我很看得开,医生说什么我都能接受,我很愿意跟医生沟通
患者态度	积极参与、消极接受、信任医生、主动治疗	患者:我很愿意及时跟医生说我的身体状况,好让他们对我的治疗方案有调整;我都得了这个病了,就什么也不想管了,都听医生的,反正医生会找我儿子说,我也不想知道;邹主任这么好,也这么有名,我们村好几个人都是找他看的,信任的,肯定信任他;我还年轻,当然要积极配合治疗
风险成本	医患关系、治疗风险	医生:那做还是不做,都是要承担风险的,现在医患关系这么紧张,我帮患者决策的风险也很大;我们会把风险都跟患者讲清楚,然后一起拿主意,以保证取得最好的治疗效果,降低治疗风险,如果是单单听我的安排,很容易治疗效果就不理想,毕竟患者有个体的特异性
时间成本	集中沟通、碎片化答疑	医生:每次手术前,我都会跟患者和家属谈一谈具体的方案,谈明白了才能一起做决定 患者:医生们都很忙,我只能插空问他们几个问题,他们回答之后就急忙走了
权力保护	知情同意	医生:每一个患者我们都会签署知情同意书,这是决策中很重要的一步
权力让渡	保护性医疗	医生:对于晚期的患者,或者未成年的,可能会选择保护性医疗,他们会授权委托给家属,这也是患者选择的一种决策方式
信息可理解性	方式、内容	医生:我们要用他们能听得懂的方式去跟他们讲,这样比较好沟通 患者:主任说治疗就跟给地里的虫子打药一样,我不就明白了嘛
信息全面性	规范指南、前沿研究	医生:对于一些自己决断比较多的患者,我就会按最基本的医疗指南来给他们治疗,只要满足他们对疾病治疗的预判就好,毕竟医疗大环境在,我们会相对保守一点,避免出现纠纷,而有一些愿意配合治疗,愿意参与到我们决定治疗方案的患者,我会跟他们分享最新的研究案例啊,看看他们是否愿意尝试;我们经常听到患者跑来说,大夫啊,网上说最新的这个药,这个新的研究发现有效果,你怎么不给我用啊,他们会提出自己对治疗的要求
工作态度	工作积极性、工作效率	医生:我感觉我跟家属沟通效率都比较高,能让他们迅速明白治疗方案;我当然很乐于跟患者沟通,也能了解他们对治疗的顾虑啊,想法啊
决策态度	换位共情、遵循指南	医生:我是非常支持共同决策的,能了解到患者有什么顾虑,毕竟肿瘤治疗是个长期的事情,我们要站在患者角度思考问题;我认为在恶性肿瘤治疗中共同决策的意义不大,遵循理论和指南更加重要,这么多年医学发展,已经形成了一套治疗流程,不管患者有什么自己的想法,怎么决策,也不会改变大的治疗方向
沟通能力	沟通技巧、沟通语言	医生:在决策过程中,我们要保证患者愿意听我们讲话,需要对每个医生进行沟通技能培训;我一般用大白话来跟患者沟通,患者也能理解
临床能力	决策认知、临床经验、治疗参与度	医生:我不是很知道共同决策的概念,只知道平时我们都会做到知情同意;很多临床经验不足的医生就会让患者对我们先入为主的不满意,然后沟通上就会很费劲,自然患者对治疗的参与度也会降低;有的年轻医生自己临床能力不足,在治疗患者的时候更依赖于上级医生或者科主任,参与度比较低,他们自然无法跟患者一起共同决策



(二) 主轴编码

主轴编码是将开放式编码形成的各个独立的子范畴连接起来,发现范畴之间的共性和逻辑联系,从而使范畴在性质和类属上进一步收敛,形成更高层次的主范畴<sup>[8]</sup>。根据20个子范畴间的逻辑关系,进行归纳,形成9个主范畴,分别为“外部环境要素、医疗体系要素、患者个体特征要素、患者行为特征要素、决策成本要素、决策伦理要素、决策信息要素、医生态度要素、医生能力要素”。

(三) 选择性编码

选择性编码是从主范畴中挖掘核心范畴,并围绕核心范畴建立各主范畴之间的典型关系结构,再通过逻辑关系的分析,构建出理论模型<sup>[9]</sup>。通过对

主范畴进一步挖掘,形成“环境”“患者”“医生”“决策”4个核心范畴。

(四) 理论饱和度检验

本研究利用预留的1/3原始访谈文本进行理论饱和度检验,先导入Nvivo软件,通过新一轮的三级编码,未发现新的概念和范畴。因此,可以推断本研究得出的医患共同决策影响因素的概念模型达到理论饱和状态。

三、模型构建和阐释

通过三级编码对各要素之间作用关系的分析,本研究构建了医患共同决策在治疗恶性肿瘤疾病中影响因素理论模型(图1)。

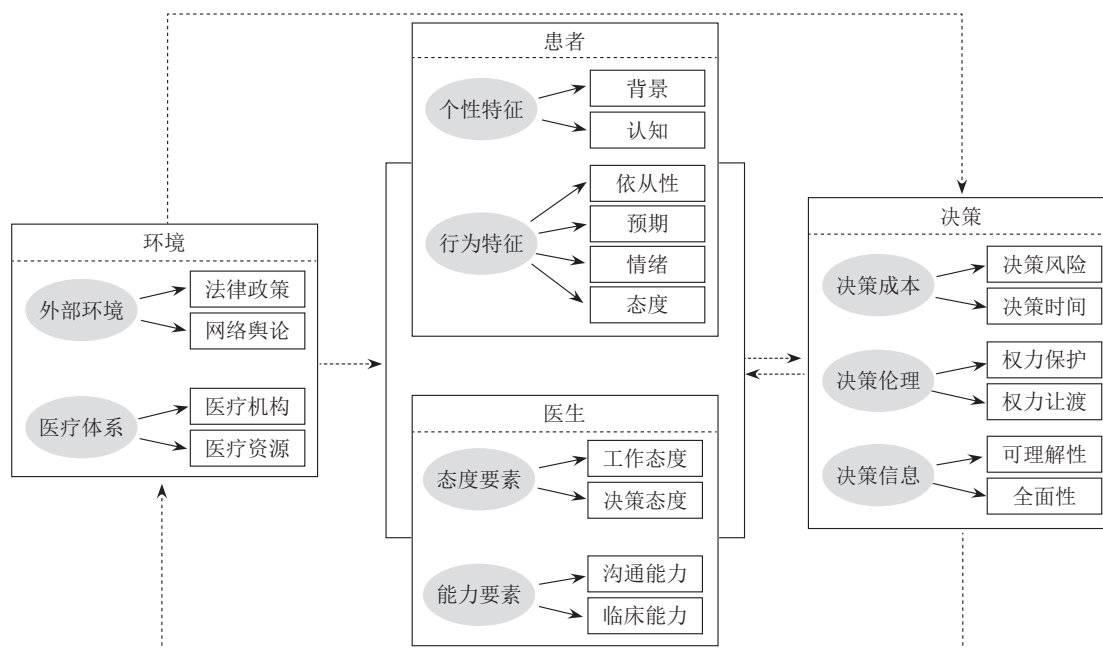


图1 医患共同决策在治疗恶性肿瘤疾病中影响因素理论模型

(一) 环境因素作为外部驱动力,对决策起调节作用

环境因素是影响医患共同决策的外部驱动力。相较于其他疾病,恶性肿瘤疾病的发展更为迅速,对患者的侵袭性更大,病情更为严重。对患者来说,他们对恶性肿瘤疾病更为恐惧,心理更加脆弱,在选择医院、选择医生以及治疗过程中,更易受到外界环境的影响;对医生来说,恶性肿瘤疾病诊治对医生能力要求更高,在法律法规不健全、医患关系敏感等外部环境因素的作用下,他们的决策无疑会受到影响。因此,环境要素直接影响医生和患者的认知和行为选择,对医患共同决策起调节作用。

(二) 医患作为主观能动因素,对决策起主导作用作为共同决策的实施方,医生和患者因素具有

主观能动性,也是最重要的内驱因素。恶性肿瘤疾病病情复杂,疾病的高难度和医学的专业性决定了医生对决策起主导作用。医生所具备的临床工作能力、沟通技能、对决策的态度和认知等,皆是影响共同决策的内在因素。而且恶性肿瘤病情严重,治愈率相对较低,治疗成本较大,患者群体有着不同的职业、教育背景、宗教信仰等,加之疾病状态、文化价值观、家庭经济条件等因素影响,就医的依从性、对疾病的预期等必然会主导共同决策。在不同病程的每一个治疗环节,医患双方都要进行多轮沟通,就择院治疗、入院检查、治疗方式、治疗方案、药物选择等多个问题进行决策。医生和患者还会相互作用,如患者背景会影响他们对医生能力的判断,医生临床能力会影响患者预期,患者依从性会影响医生工作态度,医生沟通能力则会影响患者情

绪和态度等,这些要素相互作用结果最终会体现在决策上。因此,医生要素和患者要素相互作用,并直接影响了医患双方在共同决策中的参与程度,主导了医患共同决策的实施。

(三)决策因素作为医患共同决策的落脚点,反作用于上述因素

通过环境因素对决策的调节,医生和患者因素对决策的主导,最终体现在决策因素。恶性肿瘤疾病的治疗风险较大,决策成本较大,涉及的伦理关系更为复杂。在针对恶性肿瘤疾病治疗中,科研人员不断发现新的治疗靶点,研发新的治疗药物。据此,治疗过程中不仅需要根据最基本的病情指征、治疗指南等,还需要结合最新的研究成果进行决策。所以,若决策的时间和风险成本进一步降低,则有利于提高医患决策的适应性和可行性,决策伦理进一步明确,有利于尊重医患的基本权益,决策信息更加具有全面性和可理解性,有利于提高医患的判断力。同时,在恶性肿瘤疾病治疗中,更好地落实共同决策,可以提高患者对医疗服务的满意度,缓解紧张的医患关系,也有利于营造良好的外部医疗环境。因此,决策因素不仅是医患要素作用的落脚点,还能够对医生、患者、环境因素发挥一定反作用。

#### 四、讨 论

(一)加强法律政策支持,优化外部环境条件

共同决策是一个医患双方互动的社会活动过程,其实施在环境层面存在一定的困难和挑战<sup>[10]</sup>。为优化恶性肿瘤治疗的外部环境,政府应该积极发挥主导作用,凝聚多方力量,不断推进制定相关法律和政策,保障在治疗过程中医生和患者的基本权益,保证整个决策过程在合法、合规、合理的情境下实施。同时,网信部门不断加强对网络舆论的监管,多做正面宣传,提高患者对医疗机构的信赖程度;健全全民医疗科普的相关机制,充分利用自媒体,推出科普短视频、官方科普账号等,呼吁重视恶性肿瘤疾病,做到早筛查、早发现、早治疗,增强对恶性肿瘤疾病的认知,缓解患者对恶性肿瘤疾病的畏惧心理,为落实医患共同决策营造良好的外部环境。

(二)提升医患沟通能力,建立有效沟通模式

在恶性肿瘤疾病的治疗中,医患之间需要经过多轮沟通决策,因此建立有效的沟通模式,才能推动落实医患共同决策。而有效的沟通包括良好的态度、准确的信息、平实的语言、及时详细的解释等<sup>[11]</sup>。在诊疗过程中展示出适宜的共情,患者可以从中获得更多关于自己病情以及治疗的相关信息,从而更好地理解医生的动机,增加对医生的信

任,医生也可以利用这种信任,提高患者在治疗过程中的依从性<sup>[12]</sup>。一方面,医学院校要注重医患沟通课程,通过情景模拟教学等方法,建立将医学人文教育、沟通技巧等融入临床带教的新型教学模式。另一方面,医院对不同专科、不同级别的医生分层次、分类别进行医患沟通培训,提高其对医患共同决策的认知,强化医务人员在诊疗活动过程中对疾病诊断、治疗方案、医疗风险、替代医疗方案、治疗费用等的告知义务;设置专门的医患沟通办公室,拟定特殊情况下医患沟通流程,并利用信息技术予以保障;利用互联网医院,完善医患沟通线上平台,建立畅通有效的医患沟通渠道。

(三)转变对共同决策的认知,引导医患共同决策

医患共同决策呼吁患者和医生在充分沟通的基础上,医生清楚阐明决策的目标和内容,权衡患者的偏好和价值选择,共同讨论治疗选项,作出决策判断<sup>[13]</sup>。而恶性肿瘤疾病更需要医患共同决策,以提升治疗效果,提高患者对治疗的满意度,延长患者生命周期。因此,随着医患共同决策理论在国内被广泛认可,医生需要明确决策定位,改变认知,积极将患者纳入决策范畴;患者也需要转变被动接受的思维,积极与医生探讨病情,提出自己的考量和建议,及时提供病情变化信息,共同选择适合的治疗方案。

#### 参考文献

- [1] 洪霞. 医患共同决策[J]. 协和医学杂志, 2018, 9(3): 277-280
- [2] CHARLES C, GAFNI A, WHELAN 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
- [3] 吴悦, 仲飞. 癌症住院患者对医患交流体验的质性分析[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(15): 2497-2499
- [4] GLASER B G, STRAUSS A L. The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research [M]. Chicago: Aldine Pub.Co, 1967: 95
- [5] 张鑫, 宁宁, 钱瑜, 等. 基于扎根理论的医疗挤兑危机成因及影响因素研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(1): 61-64
- [6] MAKOUL G, CLAYMAN M L. An integrative model of shared decision making in medical encounters [J]. Patient Educ Couns, 2006, 60(3): 301-312
- [7] 王仙雅, 慕静. 高校科研团队国际化成果产出的动力机制——基于扎根理论的探索性研究[J]. 高教文摘, 2018(1): 86-90
- [8] 张学海. 高校体育教师工作满意度影响因素及路径选择——基于扎根理论的质性分析[J]. 浙江体育科学,

- 2023,45(4):85-92
- [9] STRAUSS A, CORBIN J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques [M]. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1990: 116
- [10] 杨林宁, 郑红颖, 王贝贝, 等. 医患共享决策影响因素的质性研究[J]. 中国医学伦理学, 2022, 8(7): 755-763
- [11] 曹茹, 王锦帆. 基于扎根理论与核心文献的医患关系影响因素模型分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(9): 664-667, 671
- [12] 彭将鑫, 张雪梅, 徐宸韵, 等. 健康素养、感知医患共情与患者依从性的关系[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(3): 260-265
- [13] 郑红颖, 杨林宁, 尤婷婷, 等. 乳腺癌患者参与共享决策阻碍及促进因素的描述性质性研究[J]. 中国护理管理, 2020, 6(10): 1492-1496
- (本文编辑: 姜 鑫)

## Construction of influencing factors model of doctor-patient shared decision-making in malignant tumor disease

CHEN Zhangxiao, LU Fang

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

**Abstract:** To explore the current application status and influencing factors of doctor-patient shared decision-making in treating malignant tumor diseases, this study aimed to construct a theoretical model of these influencing factors. The semi-structured interview method was used to conduct in-depth interviews with doctors and patients in a sizable top-three hospital in Jiangsu Province. Based on the grounded theory, the interview text was coded at the three-level coding by Nvivo 20.0 software, resulting identifying, 47 concepts, 20 sub-categories, and 9 main categories summarized and sorted out. Four core categories identified with “environment” “patient” “doctor” and “decision”, and nine external environment categories were healthcare system, patient participation willingness, personal characteristics, decision-making cost, decision-making ethics, decision-making information, and doctors’ attitude ability. These factors form the theoretical model of influencing factors of doctor-patient shared decision-making in treating malignant tumor diseases. The implementation of doctor-patient shared decision-making is affected by multiple factors. The government needs to create favorable information environment through laws and regulations, and effectively communicate between doctors and patients to deeply understand the demands of both sides and therefore respect the rights and interests of patients, and gradually bridge the gap caused by information inequality to improve medical satisfaction.

**Key words:** grounded theory; malignant tumor; shared decision making; influencing factor