

# 江苏省镇江市患者就医参与行为及影响因素分析

李心怡<sup>1</sup>, 陈家应<sup>1</sup>, 朱 亚<sup>2</sup>

1.南京医科大学医政学院,2.健康江苏研究院,江苏 南京 211166

**摘要:**以江苏省镇江市为例,采用自行设计问卷对912名患者进行调查,采用描述性分析和 Logistic 回归分析对就医参与现状及其影响因素进行分析。患者参与诊疗服务的总体体验较好。“患者告知病情”的程度最高[(4.14 ± 0.68)分],“患者参与治疗方案制定”的程度最低[(3.68 ± 0.69)分]。单因素分析和无序多分类 Logistic 回归分析等结果可知患者就医参与程度在患者类型、患者年龄、疾病类型等方面存在差异。对于不同参与能力和参与意愿的患者,医务人员应识别其价值观及偏好,赋予不同的参与形式,同时转变观点,建立医患沟通新模式。

**关键词:**患者参与;治疗决策;医患关系;诊疗服务

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2018)06-426-004

doi:10.7655/NYDXBSS20180603

患者就医参与指患者直接参与一系列诊疗服务,包括医患(doctor-patient)之间的医疗信息沟通,与医生共享治疗决策以及检查治疗配合,离开医院后仍然需要投入精力、体力的各种按医嘱服药或遵医嘱改正对疾病有影响的不良生活行为等<sup>[1]</sup>。患者就医参与和医患共同决策作为技术层面的医患沟通,被认为是现代医学的重要趋势,也是改善医患关系、提升医疗质量的关键环节。本研究在公立医院改革绩效评估基础上,探索江苏省门诊和住院患者参与临床诊疗过程的现状,分析不同特征患者参与诊疗服务的程度,为规范患者参与和改善患者就医体验提出建议,以达到促进患者安全、医患关系和谐发展的目的。

## 一、对象和方法

### (一)研究对象

采用典型抽样方法,在江苏省公立医院改革试点城市中,将镇江市作为样本地点,选取一所三甲医院作为城市医院样本;同时,在镇江市县级公立医院中,选取一所三乙医院、一所二甲医院作为县级医院样本。

采用方便抽样方法,每所样本医院分别调查300例就医患者,其中门诊患者约200例,住院患者

约100例。纳入标准:①门诊患者为当日完成整个就医流程或者近期有过就医的患者或患者家属;②住院患者为完成治疗准备出院或即将出院的患者,或者虽未出院但住院7天以上的患者或患者家属;③患者意识清楚,无沟通障碍,知情同意,愿意配合本研究调查。

### (二)调查工具

由研究团队在前期研究的基础上开发患者就医体验调查问卷,包括人口学特征和患者就医体验两部分,后者共计4个条目。条目1:患者告知疾病相关情况的程度;条目2:患者参与治疗方案制定的程度;条目3:医生介绍疾病相关信息(病情、治疗方案)的程度;条目4:医生告知后续用药、康复、健康教育等事项的程度。本调查将患者就医参与的评价分为程度很高(5分)、程度较高(4分)、程度一般(3分)、程度较低(2分)、程度很低(1分)五个等级,由患者根据其在诊疗过程中的感受和体会,选择最符合的参与程度等级。某条目得分越高,表明患者的参与程度越高。

### (三)调查方法

由统一培训后的调查员进行现场调查。调查开始前,调查员向患者详细解释研究目的,取得患者及家属同意后,调查员采用统一指导语逐一询问

**基金项目:**国家自然科学基金“基于患者体验的公立医院改革绩效评估研究”(71473129);南京市哲学社会科学规划项目“南京市浦口区家庭医生签约和分级诊疗体系构建策略研究”(17C06);江苏省哲学社会科学优秀创新团队

**收稿日期:**2018-09-03

**作者简介:**李心怡(1993—),女,浙江温州人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策与卫生服务研究;朱亚(1978—),女,江苏镇江人,副教授,研究方向为健康传播与管理、医学社会学、卫生事业管理,通信作者。

患者,患者根据其就医体验选择一项最符合的答案后,由调查员代为填写。剔除内容不完整等无效问卷后,本次调查共获得有效问卷912份,应答率100%。

(四)统计学方法

采用EpiData3.1软件对资料双轨录入,采用SPSS21.0软件对数据进行t检验和方差分析,组间两两比较采用Dunnnett T3法。无序多分类Logistic回归进行影响因素分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

二、结果

(一)一般资料

共调查患者912例,门诊患者622例,住院患者290例;市级医院患者302例,县级医院患者610例;年龄范围为0~94岁,平均年龄为(45.82±20.79)岁;已婚者693例,占76.0%;患者学历在大专及以上学历的占25.5%,大专以下的占74.5%;家庭年收入以3~8万为主,占46.9%,30万以上的仅有3.3%;参加基本医疗保险的患者721例,占79.0%,完全自费患者151例,占16.6%;急性病患者占55.4%,慢性病患者占30.7%;43.2%患者表示疾病严重程度高,32.7%患者表示疾病严重程度一般,24.1%患者认为疾病严重程度低。

(二)患者就医参与的评价结果与差异分析

把患者就医参与评价结果中程度很高、较高归为程度高,程度较低、很低归为程度低。70%以上的患者对4个条目参与程度高,各条目的平均分为3.68~4.14分,显示患者参与诊疗服务的总体体验较好(表1)。

表1 患者就医参与评价结果

条目	程度高 [n(%)]	程度一般 [n(%)]	程度低 [n(%)]	得分 (分, $\bar{x}\pm s$ )
条目1	816(89.5)	76(8.3)	20(2.2)	4.14±0.68
条目2	740(81.1)	56(6.1)	116(12.7)	3.68±0.69
条目3	683(74.8)	144(15.8)	85(9.3)	3.83±0.88
条目4	743(81.5)	84(9.2)	85(9.3)	3.93±0.89

采用t检验或单因素方差分析,分别比较医院级别、患者类别、患者年龄、疾病类型、疾病严重程度对患者就医参与程度的影响。其中,在患者告知疾病相关情况方面(条目1),不同就诊类型、年龄的患者差异有统计学意义( $P<0.01$ );在患者参与治疗决策方面(条目2),不同医院级别、就诊类型的患者差异有统计学意义( $P<0.05$ );在医生介绍病情方面(条目3),不同就诊类型、年龄患者的参与程度差异有统计学意义( $P<0.05$ );在医生告知后续用药、康复、健康教育等事项(条目4)的程度上,就诊类型、患者年龄、疾病类型、疾病严重程度的差异有统计学意义( $P<0.05$ ,表2)。

(三)患者就医参与程度与影响因素的回归分析

本研究中,患者就医参与程度是有序变量,但

表2 患者就医参与行为的差异分析 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

条目	项目	参与程度得分	t/F值	P值	
条目1	就诊类型		-8.425	<0.001	
	门诊	4.02 ± 0.69			
	住院	4.39 ± 0.57			
	年龄		5.345	0.005	
	≤35岁	4.07 ± 0.68			
	35~65岁	4.14 ± 0.66			
	>65岁	4.27 ± 0.69			
	条目2	医院级别		3.306	0.037
		三甲	3.76 ± 0.57		
三乙		3.63 ± 0.75			
	二甲	3.66 ± 0.71			
	就诊类型		-4.220	<0.001	
		门诊	3.63 ± 0.73		
住院		3.81 ± 0.55			
条目3	就诊类型		-10.454	<0.001	
	门诊	3.65 ± 0.91			
	住院	4.20 ± 0.65			
	年龄		4.429	0.012	
	≤35岁	3.72 ± 0.91			
	35~65岁	3.88 ± 0.86			
	>65岁	3.91 ± 0.83			
	条目4	就诊类型		-9.555	<0.001
		门诊	3.77 ± 0.93		
住院		4.30 ± 0.69			
	年龄		3.737	0.024	
	≤35岁	3.85 ± 0.90			
	35~65岁	3.94 ± 0.90			
	>65岁	4.08 ± 0.86			
	疾病类型		4.445	0.012	
		急性病	3.87 ± 0.97		
慢性病		3.96 ± 0.80			
	不确定疾病类型	4.13 ± 0.72			
	疾病严重程度		5.733	0.003	
		高	3.98 ± 0.92		
一般		3.80 ± 0.91			
	低	4.04 ± 0.80			

发现未通过平行线检验,因此使用无序多分类Logistic模型。患者就医参与程度有三个水平,以“程度高”为对照水平,其他水平都与其相比。考虑到各个解释变量之间可能存在相关性,因此先进行多重共线性检验。结果显示,模型不存在严重的多重共线性问题。同时,通过总模型的似然比检验,显示模型是有意义的( $P<0.01$ )。将单因素分析有差异的医院级别、就诊类型、年龄、疾病类型、疾病严重程度作为影响因素进行无序多分类Logistic回归,变量中医院级别以二甲医院为对照,就诊类别以住院为对照,患者年龄以>65岁为对照,疾病类型以急性病为对照,疾病严重程度以程度高为对照。

患者告知疾病相关情况的程度上(条目1),两

个模型中,门诊患者和住院患者的差异均有统计学意义,且回归系数均为正,这表明门诊患者告知疾病相关情况的程度低于住院患者。门诊患者选择告知疾病相关情况程度低的概率是住院患者的11.832倍,程度一般的概率是住院患者的3.433倍。患者参与治疗方案制定的程度上(条目2),模型一结果显示,三甲医院患者与二甲医院患者参与情况的差异有统计学意义,且回归系数为负。从患者类型看,门诊患者判断参与治疗方案制定“程度低”的概率是住院患者的2.206倍,“程度一般”的概率是住院患者的2.244倍。医生介绍疾病相关信息(病情、治疗方案)的程度上(条目3),两个模型中,门诊患者和住院患者的差异均有统计学意

义,且回归系数均为正,这表明住院患者认为医生介绍疾病相关信息(病情、治疗方案)的程度较门诊患者高。从患者年龄看,≤35岁的患者和35~65岁的患者选择“参与程度一般”的概率分别是>65岁患者的1.941倍和1.847倍,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。医生告知后续用药、康复、健康教育等事项的程度上(条目4),两个模型中,门诊患者和住院患者的差异也均有统计学意义,且回归系数也均为正,这表明住院患者认为医生告知后续用药、康复、健康教育等事项的程度较门诊患者高。疾病类型也影响患者的就医参与,急性病患者认为“医生告知后续用药、康复、健康教育等事项的程度”较低(表3)。

表3 患者就医参与行为的无序多分类 Logistic 回归分析

条目	变量	模型一:程度低 vs. 程度高			模型二:程度一般 vs. 程度高		
		回归系数	P值	OR值	回归系数	P值	OR值
条目1	门诊	2.471	0.017	11.832	1.234	0.001	3.433
	≤35岁	-0.54	0.401	0.583	0.351	0.336	1.421
	35~65岁	<0.001	0.999	1.000	0.049	0.896	1.051
条目2	三甲医院	-0.672	0.015	0.511	0.485	0.134	1.624
	三乙医院	0.178	0.433	1.195	-0.298	0.444	0.743
	门诊	0.791	0.002	2.206	0.808	0.020	2.244
条目3	门诊	2.547	<0.001	12.775	0.920	<0.001	2.509
	≤35岁	-0.250	0.427	0.779	0.663	0.031	1.941
	35~65岁	-0.367	0.268	0.693	0.613	0.042	1.847
条目4	门诊	1.904	<0.001	6.710	0.927	0.004	2.528
	≤35岁	0.067	0.856	1.069	0.758	0.057	2.135
	35~65岁	0.208	0.553	1.231	0.528	0.165	1.696
	不确定疾病类型	-1.617	0.010	0.199	0.479	0.187	1.614
	慢性病	-0.509	0.078	0.601	0.240	0.393	1.271
	疾病严重程度低	-0.446	0.239	0.640	-0.601	0.091	0.548
	疾病严重程度一般	0.227	0.401	1.255	-0.305	0.291	0.737

注:变量中医院级别以二甲医院为对照,就诊类别以住院为对照,患者年龄以>65岁为对照,疾病类型以急性病为对照,疾病严重程度以程度高为对照。

### 三、讨 论

#### (一) 患者对就医参与的总体体验较好

患者就医参与很多时候是双向的,即主动参与和被动参与,无论主动被动,其结果都是提高了患者的参与度。本次调查中,“患者告知病情”的程度最高,分值为(4.14 ± 0.68)分,“患者参与治疗方案制定”的程度最低,分值为(3.68 ± 0.69)分。这说明患者参与诊疗服务的总体体验较好,大多数患者关心自己病情,与医生主动交流的意愿较强烈,但在治疗方案决策方面,更愿意让医生做决策,这与其他研究结论相符<sup>[2-3]</sup>。

#### (二) 不同特征患者的就医参与程度不同

三甲医院患者、住院患者的就医参与程度较高。其原因可能在于镇江市作为江苏省省级综合

医改试点先行先试地区和国家公立医院综合改革首批省级示范城市,对城市公立医院的改革力度较大,包括建立公立医院补偿新机制、加强公立医院监管和绩效评估,这些措施有利于改善医患沟通、提升医疗服务质量,相应改革成效也较为显著<sup>[4]</sup>。而相比于住院患者,我国门诊患者接受服务内容、就诊时间不一致,加之由于我国门诊患者数量巨大、不合理的就医格局,使得门诊医生与患者充分沟通交流具有一定的难度<sup>[5]</sup>,提示门诊服务中需通过合理引流等方式,降低医生门诊工作量,增加医患沟通时间。患者年龄影响“医生介绍疾病相关情况”的程度。随着年龄的增加,患者实际感知参与程度越高,这可能是老年患者的情感体验更强烈,而看病次数多,对医生的工作状态更了解<sup>[6]</sup>。也可能是由于老年人认知功能下降,医生往往花更多时

间与他们交流。疾病类型影响患者就医参与程度。患者需要有足够的时间获取相关信息,并在做出医疗决定时需要获得足够的支持,在紧急情况下难以满足这些要求。因此急性病患者依赖于医生做出决策。相比于病情较轻的患者,危重、病程长的疾病给患者带来身心折磨,对工作和生活产生影响,因此后续用药、康复指导、健康教育等不可或缺,医生对于此类患者往往更加注重后续的诊疗指导与健康教育<sup>[7]</sup>。

(三)转变医务人员角色,识别患者偏好,建立医患沟通新模式

在医患沟通中尊重患者,根据其病情、理解能力、经济水平、心理压力等情况对患者进行评估,有侧重地告知,给予患者更多的耐心和知情权,有助于医患关系的和谐<sup>[8]</sup>。对于年轻患者,应该针对其在诊疗服务过程中产生的疑问及时沟通,与其形成共识。对于治疗方法多样化、治疗效果不确定、治疗规范指南缺失的疾病,患者在治疗过程中可能面临着治疗决策的难题,医护人员应及时了解患者的需求和期望,在充分考虑患者意愿的前提下帮助患者获得最佳治疗决策方案。

随着我国经济、文化、社会的快速发展,居民美好生活需要在日益增长,健康卫生需要在不断提升,因此人们对如何更好地保持健康,如何更好地获得健康服务,以及对所接受的健康服务的质量、服务体验等,均会有更高的要求<sup>[9]</sup>。因此在卫生服务提供过程中,医务工作者应改变自身观点和信念,识别患者偏好和意愿,考虑患者实际就医需求,

建立新的沟通原则,包括承认患者作为个体具有健康信息需求、积极聆听与沟通、探索并共同决定治疗方案、给予患者支持,从而突破医患沟通障碍环节,以适应新的医患沟通模式。

#### 参考文献

- [1] 李家伟,张瑞华,杨莉. 患者就医参与行为研究:维度、动机及其对策[J]. 医学与哲学(A),2014,35(8):46-49
- [2] 国实,王国平,葛明贵,等. 医患认知视角下医患沟通行为的期望分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2017,17(1):44-46
- [3] 赵燕,张倩,梁立智.“患者参与”临床决策的理论与实践问题研究[J]. 中国医学伦理学,2018,31(6):799-803
- [4] 熊婷. 公立医院改革政策对患者体验的影响研究[D]. 南京:南京医科大学,2018
- [5] 国实,王国平,徐朋辉,等. 医患双方对沟通认知差异的调查分析与对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2016,16(1):48-50
- [6] 朱晶晶,王锦帆. 江苏省医患关系患方评价研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2017,17(1):36-39
- [7] 潘庆霞,梁立波,吴群红,等. 公立医院医患关系紧张的原因及对策探讨——基于医患双方视角的分析[J]. 中国医院管理,2016,36(5):68-70
- [8] 陈永祥,刘虹. 基于理论的医疗告知研究[J]. 中国医院管理,2016,36(11):62-64
- [9] 朱亚,陈家应. 建设新时代中国特色健康事业[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(5):335-338

## The status of patients involved in medical service and its influencing factors in Zhenjiang, Jiangsu

Li Xinyi<sup>1</sup>, Chen Jiaying<sup>1</sup>, Zhu Ya<sup>2</sup>

1. School of Health Policy and Management, 2. Institute of Healthy Jiangsu Development,  
Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

**Abstract:** A survey with self-made questionnaire was undertaken to 912 randomly selected patients in Zhenjiang, Jiangsu Province. Descriptive analysis and Logistic regression analysis were used to analyze the status quo of medical participation and its influencing factors. The degree of patients' overall experience and participation was relatively high. The highest score and lowest score were  $4.14 \pm 0.68$ ,  $3.68 \pm 0.69$ , respectively, in dimensions of notification and participation of treatment decision-making. The results of single factor analysis and unordered multi-class Logistic regression analysis showed that there were differences in patient type, age of patients, type of disease, and etc. Medical institutions should identify patients' preferences and personality, and then encourage their participation. Medical staff and the general public should transform traditional conceptions, and establish a new mode of doctor-patient communication.

**Key words:** patient engagement; treatment decision-making; doctor-patient relationship; medical service