

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.21.033

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220725.1735.030.html\(2022-07-26\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220725.1735.030.html(2022-07-26))

社会支持对癌症患者医患共同决策的影响:医患关系与医疗决策参与期望的链式多重中介作用*

吴秀梅¹,彭美芳²,缪景霞³,林静静⁴,肖霖^{4△}

(1.南方医科大学中西医结合医院护理部,广州 510315;2.广州医科大学附属肿瘤医院肿瘤内科,广州 510095;3.南方医科大学南方医院肿瘤内科,广州 510515;4.南方医科大学护理学院,广州 510515)

[摘要] 目的 探讨社会支持、医患关系、医疗决策参与期望对癌症患者医患共同决策的作用机制。方法 采用中文版领悟社会支持量表、中文版医患关系量表、患者参与医疗决策期望量表、中文版医患共同决策问卷患者版(SDM-Q-9)对来自 4 所三甲医院的 458 例癌症患者进行调查,构建结构方程模型探讨各变量之间的关系。结果 癌症患者的领悟社会支持量表得分、SDM-Q-9 得分、患者参与医疗决策期望量表得分、医患关系量表得分间均呈正相关($P < 0.01$)。社会支持可以直接正向预测医患共同决策,也可以分别通过医患关系、医疗决策参与期望正向预测医患共同决策,还可以通过医患关系和医疗决策参与期望的链式中介正向预测医患共同决策。模型拟合良好(RMSEA=0.054,CFI=0.953,TLI=0.948),总中介效应量为 80.52%,其中链式中介效应量为 27.53%。结论 癌症患者的社会支持越高,医患共同决策水平越高。医患关系和医疗决策参与期望在社会支持与医患共同决策关系中起链式中介作用。

[关键词] 癌症;社会支持;医患关系;医疗决策参与期望;医患共同决策;结构方程模型;链式中介效应**[中图分类号]** R473.73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2022)21-3771-06

癌症患者参与医疗决策是国际上近 30 多年来大量研究的主题之一。大部分癌症患者对参与医疗决策持积极态度,希望能够参与医疗决策^[1-3],但患者实际参与医疗决策的情况尚未能满足其期望的参与需求,癌症患者的参与意向与参与行为之间的不一致现象在国内尤甚^[3-4]。研究显示患者参与医疗决策对治疗结果具有积极的影响^[5-8],如改善患者治疗结局、降低医疗费用、增加患者的满意度、改善医疗服务质量。鉴于癌症患者参与行为显著低于其参与意向,患者的参与意向与其实际参与行为之间的转化机制亟待探究。

MICHIE 等^[9]提出了一个行为改变,其核心为能力、机会、动机-行为(capacity, opportunity, motivation-behavior, COM-B)模型。该模型认为行为改变的条件包括能力、机会与动机,能力与机会二者可以直接影响行为,也可通过动机间接影响行为。能力指个体从事相关活动的心理和身体能力,包括具备必要的知识和技能;动机被定义为激发及引导行为发生的大脑活动过程,本研究中主要映射为患者参与医疗决策期望;机会指促进个体行为发生的外部因素。癌症患者的健康素养作为衡量患者参与能力的主要指标,

既往已有众多研究探讨了健康素养与患者参与医疗决策行为的关系^[10-12]。研究提示,除了个人因素之外,还应从临床实践中挖掘影响患者参与医疗决策的外部机会性因素^[13]。刘俊荣等^[14]的研究发现国内多数人群倾向于“医生+患者+家属”的医疗决策模式。社会支持尤其是家属支持、医患关系是影响个体参与医疗决策的主要外部因素,研究显示,社会支持是癌症患者参与医疗决策的促进因素^[15],医患关系也与患者参与医疗决策水平相关^[16]。另外,有研究显示社会支持对促进医患关系具有积极的影响^[17],但二者作用于个体参与医疗决策行为的路径尚不清楚。因此,基于已有的文献研究及 COM-B 模型,本研究将探讨社会支持、医患关系、医疗决策参与期望对医患共同决策的作用路径,以期为促进癌症患者参与医疗决策制订有效的干预措施提供参考,改善医疗服务质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法,选取于 2020 年 5—12 月在广州市 2 所三甲综合性医院及 2 所三甲肿瘤专科医院住院的 458 例癌症患者作为研究对象。纳入标准:经病理诊断为恶性肿瘤;年龄 ≥ 18 岁;3 个月内经历过

* 基金项目:国家自然科学基金项目(72004088)。 作者简介:吴秀梅(1982—),主管护师,学士,主要从事中西医结合肿瘤护理研究。 △

通信作者,E-mail:757462438@qq.com。

医疗决策;精神状况正常,无认知和阅读障碍;自愿参与本研究。排除标准:家属要求病情保密者。本研究获得了南方医科大学伦理委员会的审批,受试者在调查过程中均征得知情同意。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 中文版领悟社会支持量表

采用姜乾金^[18]于 2001 年修订的中文版领悟社会支持量表进行评价,包括家庭支持(4 个条目)、朋友支持(4 个条目)、其他支持(4 个条目)3 个维度,共 12 个条目,评估个体感受到的不同来源的社会支持。采用 7 级评分法,每个条目从“极不同意”到“极同意”计 1~7 分。总分范围为 12~84 分,分数越高表示个体领悟社会支持程度越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.944。

1.2.1.2 中文版医患关系量表

由荷兰学者于 2004 年设计^[19],国内学者杨慧等^[20]于 2011 年修订而成,在原量表的基础上删除了 2 个条目,最终包括患者对医生的满意度(6 个条目)、医生的平易近人(7 个条目)2 个维度,共 13 个条目。采用 5 级评分法,每个条目从“相当不同意”到“相当同意”计 1~5 分。总分范围为 13~65 分,分数越高表示个体感知的医患关系越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.963。

1.2.1.3 患者参与医疗决策期望量表

由国内学者徐小琳等^[21]于 2012 年编制,包含信息需求(3 个条目)、交流需求(6 个条目)和决策需求(3 个条目)3 个维度,共 12 个条目。采用 Likert 5 级评分法,每个条目从“非常不同意”至“非常同意”分别计 1~5 分,其中第 10、11 和 12 个条目为反向计分。总分范围为 12~60 分,得分越高表示患者参与医疗决策的期望越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.961。

1.2.1.4 中文版医患共同决策问卷患者版(SDM-Q-9)

由国外学者 KRISTON 等^[22]于 2010 年编制,用于评估患者感知的医患共同决策水平,为单一维度结构,包含 9 个条目,每个条目评分采用 Likert 6 级评分法,从“完全不同意”到“完全同意”分别计 0~5 分,总计 0~45 分,作者建议量表总分按照原始分数 $\times 20/9$ 转换为 0~100 分,以便于比较。国内学者罗碧华等^[23]于 2019 年将其翻译为中文版并进行了信效度检验,中文版量表 Cronbach's α 系数为 0.946,探索性因子分析及验证性因子分析结果保留了原量表的 9 个条目,并与原量表的理论框架一致,为单一维度结

构。本研究中量表的 Cronbach's α 系数为 0.978。

1.2.2 调查方法

首先对资料收集人员进行统一培训,由病房护理人员协助筛选符合要求的癌症患者,并征得受试者知情同意,然后由资料收集人员采用统一指导语向受试者说明本次调查的目的、意义、方法及保密原则,并指导受试者以不记名的方式填写问卷。问卷填写完成后当场收回,资料收集人员及时检查、核对问卷。

1.3 统计学处理

采用 SPSS23.0 软件对数据进行统计分析, Pearson 相关分析法分析各变量间的关系,并对研究工具进行内部一致性检验;中介效应分析采用 AMOS 23.0 软件构建结构方程模型,选择最大似然法拟合优度,采用 Bootstrap 法进行验证。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象的一般资料及医患共同决策现状

共回收 458 份有效问卷。受试者年龄 18~85 岁,平均(49.29 \pm 13.78)岁。145 例患者(31.6%)诊断为呼吸系统肿瘤,143 例患者(31.2%)诊断为消化系统肿瘤,108 例患者(23.6%)诊断为生殖系统肿瘤,62 例患者(13.6%)诊断为其他系统肿瘤,所有患者一般资料见表 1。本研究中,癌症患者 SDM-Q-9 量表总分 ≤ 33 分、34~66 分、 ≥ 67 分分别有 128 例(27.96%)、173 例(37.79%)、157 例(34.27%)。

表 1 受试者的社会人口学特征与临床疾病特征($n=458$)

项目	<i>n</i>	占比(%)
性别		
女	225	49.13
男	233	50.87
婚姻状况		
未婚	41	8.95
已婚	389	84.94
离异或丧偶	28	6.11
文化程度		
小学及以下	121	26.42
初中	168	36.68
高中	99	21.62
专科及以上	70	15.28
居住地		
农村	194	42.36
城镇/城市	264	57.64
癌症分期		
0~I 期	26	5.67

续表 1 受试者的社会人口学特征与临床疾病特征 (n=458)

项目	n	占比 (%)
Ⅱ期	68	14.85
Ⅲ期	187	40.83
Ⅳ期	177	38.65

2.2 各变量得分及相关性分析结果

中文版领悟社会支持量表总分、中文版医患关系量表总分、中文版 SDM-Q-9 量表总分、患者参与医疗决策期望量表总分分别为 (60.99±12.19)、(48.03±10.61)、(40.93±11.98)、(61.05±27.74) 分, Pearson 相关分析结果显示, 4 个变量两两间均呈正相关 (P<0.01), 见表 2。

表 2 各变量得分及相关性分析 (r 值)

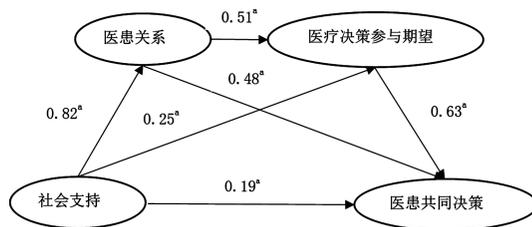
变量	社会支持	医患关系	医疗决策参与期望	医患共同决策
社会支持	1.000			
医患关系	0.691 ^a	1.000		
医疗决策参与期望	0.679 ^a	0.716 ^a	1.000	
医患共同决策	0.706 ^a	0.783 ^a	0.828 ^a	1.000

^a: P<0.01。

2.3 各变量得分之间的中介效应检验

由 2.2 可知, 社会支持、医患关系、医疗决策参与期望、医患共同决策均存在相关性, 符合中介效应检验的基本条件。采用 AMOS 23.0 对上述 4 个变量的关系进行结构方程模型分析, 采用极大似然法对结构

方程模型进行拟合估计, 结果显示模型拟合指标良好: 绝对拟合指标如卡方自由度比 (CMIN/DF)=2.331 (<3)、渐进残差均方和平方根 (RMSEA)=0.054 (<0.08); 相对拟合指标如比较拟合指数 (CFI)=0.953、规范适配指数 (NFI)=0.921、非规范拟合指数 (TLI)=0.948、相对拟合指数 (RFI)=0.912、递增拟合指数 (IFI)=0.953, 均大于 0.900。提示极大似然估计运算得出的路径系数能够真实反映变量之间的关系, 所有的路径系数均显著 (P<0.001), 见图 1。采用 Bootstrap 法 (取样数为 2 000), 对医患关系和医疗决策参与期望在社会支持与医患共同决策之间的链式多重中介效应进行检验, 各中介路径的效应值与中介效应量见表 3。从社会支持到医患共同决策的直接效应是 0.189; 总间接效应即总中介效应为 3 条中介路径的中介效应之和, 即 0.781; 总效应为直接效应与总中介效应之和, 即 0.970。效应量为各路径效应值除以总效应, 3 条中介路径的效应量分别是 31.34%、21.65%、27.53%。



^a: P<0.001。

图 1 社会支持预测医患共同决策的链式多重中介模型

表 3 社会支持作用于医患共同决策的路径及效应分析

效应	路径关系	效应值	95%CI	效应量 (%)
直接效应	社会支持→医患共同决策	0.189	0.075~0.230	19.48
中介效应	社会支持→医患关系→医患共同决策	0.304	0.214~0.401	31.34
	社会支持→医疗决策参与期望→医患共同决策	0.210	0.142~0.289	21.65
	社会支持→医患关系→医疗决策参与期望→医患共同决策	0.267	0.200~0.356	27.53
总中介效应		0.781	0.664~0.924	80.52
总效应		0.970	0.847~1.107	100

3 讨论

3.1 癌症患者医患共同决策水平的现状分析

根据 HAHLOWEG 等^[24]对 SDM-Q-9 量表总分的划分标准: 总分≤33 分、34~66 分、≥67 分, 分别表示个体感知的医患共同决策程度低、中、高。本次调查中, 癌症患者感知的医患共同决策平均分为 (61.05±27.74) 分, 说明受试癌症患者的医患共同决策处于中等水平。

3.2 癌症患者社会支持、医患关系、医疗决策参与期望与医患共同决策的相关性分析

3.2.1 癌症患者的社会支持与医患共同决策的相关性分析

本研究结果显示, 社会支持与医患共同决策呈正相关 (P<0.01), 提示社会支持水平越高的患者, 其医患共同决策参与度越高, 与既往研究结果相似^[15]。社会支持是建立在各社会网络机构上的各种社会关系

对个体主观/客观的影响力。个体是社会家庭中的一员,在以血缘亲属、朋友、同事为紧密联系方式的社会关系构成中,个体在参与医疗决策过程中往往会接收到各方的意见与建议。受中国传统文化的影响,特别针对癌症患者,医护人员担忧患者不能接受病情造成不良后果,多采用保护性的医疗制度^[25]。患者知情权大多数情况下取决于家属决定,家属在国内疾病决策参与过程中起着非常重要的作用。患者也期待亲属参与医疗决策过程,以获取相应的心理支持,家庭支持已成为影响患者参与医疗决策的一个关键因素。

3.2.2 癌症患者感知的医患关系与医患共同决策的相关性分析

本研究结果显示,患者感知的医患关系越好,医患共同决策程度越高($P < 0.01$),与既往研究结果一致^[16]。医患相互信任是临床上实施医患共同决策的基石,医患之间融洽的氛围使得医护人员更愿意主动去询问患者的情况,使得患者敢于表达自己的偏好、意见等,以促进医患之间的沟通与交流。而医患有效沟通是实现医患共同决策的前提^[26-27],因此,医患关系对癌症患者参与医患共同决策具有正向影响作用。

3.2.3 癌症患者的医疗决策参与期望与医患共同决策的相关性分析

本研究结果显示,患者越期望参与医疗决策,其感知的医患共同决策程度越高。研究中采用的患者参与医疗决策期望量表包括信息需求、交流需求及决策需求 3 个维度,评估患者了解病情信息、疾病知识,与医务人员进行交流并共同做出决策的期望,该期望对应于 COM-B 模型中的动机,可激发及引导患者参与医疗决策行为。本研究中该量表的平均分为(40.93±11.98)分,提示受试癌症患者的医疗决策参与期望处于中等水平,而本研究中患者感知的医患共同决策水平亦处于中等水平,亦可解释两者之间的关联。

3.3 癌症患者的社会支持与医患共同决策间的中介效应分析

本研究构建的社会支持影响癌症患者医患共同决策的多重中介模型,总中介效应量为 80.52%,大于直接效应量 0.189(19.48%),说明中介效应对解释社会支持影响医患共同决策具有重要意义。模型显示社会支持通过 4 条途径对癌症患者医患共同决策产生影响。一是社会支持直接影响医患共同决策,在医疗决策过程中,癌症患者得到来自亲属、朋友等的信息支持、情感支持等越多,越有信心参与做出适合自己的医疗决策,从而促进其医患共同决策。二是社会支持通过促进医患关系间接对医患共同决策产生影

响。研究显示社会支持水平越高的患者对医患关系的评价越好,社会支持对改善医患关系具有积极的影响^[17],因此,社会支持首先正向促进个体感知的医患关系,接着社会支持与良好医患关系的正向结合作用共同作用于医患共同决策,这一中介路径的效应量最大,达 31.34%。三是社会支持通过提高患者的医疗决策参与期望间接对医患共同决策产生影响。癌症患者的社会支持主要包括家庭支持、同伴支持、医方支持。家庭支持是影响患者参与医疗决策积极性的一个关键因素,同伴支持提供的信息和情感支持可以增强患者对疾病的控制感,医护人员提供的支持能让患者在医疗决策中从被动转变为主动的角色,提高患者的医疗决策参与期望,进而提高患者的医患共同决策水平。四是社会支持通过医患关系和医疗决策参与期望的整体作用对医患共同决策产生影响,这说明医患关系与医疗决策参与期望之间发挥作用的方向基本相同。研究显示,医患关系影响患者的医疗决策参与意愿,医患关系越融洽,患者参与医疗决策期望越高^[16,28]。一方面,良好的医患关系能促使医护人员更主动、更耐心地向患者详细解释各项治疗选项的利弊,提供专业建议,并邀请患者参与其中。另一方面,良好的医患关系能促使患者主动地告知自己的观点、顾虑等,很大程度上能提高患者的医疗决策参与期望,进而让患者更可能参与到决策中,这一链式中介路径的效应量达 27.53%。因此,在医疗决策过程中,医护人员应注意评估患者的社会支持水平,帮助患者建立和利用有效的社会支持系统;在医疗活动过程中,与患者建立良好的医患关系,尊重癌症患者的参与医疗决策的需求和愿望,促进患者参与医疗决策行为。

综上所述,癌症患者的社会支持、医患关系、医疗决策参与期望和医患共同决策两两之间均存在相关性,医患关系和医疗决策参与期望在社会支持与医患共同决策之间起链式多重中介作用。因此,需要关注和重视癌症患者的社会支持系统,通过家属、朋友、病友等多种途径向社会支持系统较弱的患者及时提供帮助,以促进患者参与医疗决策。还可以通过中介因素入手,改善医患关系,提高患者医疗决策参与期望,以推动医患共同决策顺利进行。

参考文献

- [1] HUANG J L, CHAGPAR A. Active participation in decision-making in contralateral prophylactic mastectomy for patients with breast cancer

- er[J]. *J Surg Res*, 2019, 242:129-135.
- [2] MOTH E B, KIELY B E, MARTIN A, et al. Older adults' preferred and perceived roles in decision-making about palliative chemotherapy, decision priorities and information preferences [J]. *J Geriatr Oncol*, 2020, 11(4):626-632.
- [3] 缪爱云. 原发性肝癌患者参与治疗方式决策现状及影响因素的研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2015.
- [4] SINGH J A, SLOAN J A, ATHERTON P J, et al. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the control preferences scale[J]. *Am J Manag Care*, 2010, 16(9):688-696.
- [5] SHAY L A, LAFATA J E. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes[J]. *Med. Decis Making*, 2015, 35(1):114-131.
- [6] LAM W W, KWOK M, CHEN M, et al. Does the use of shared decision-making consultation behaviors increase treatment decision-making satisfaction among Chinese women facing decision for breast cancer surgery? [J]. *Patient Educ Couns*, 2014, 94(2):243-249.
- [7] KEHL K L, LANDRUM M B, ARORA N K, et al. Association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality of care: shared decision making in cancer care[J]. *JAMA Oncol*, 2015(1):50-58.
- [8] 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.
- [9] MICHIE S, VAN STRALEN M M, et al. The behavior change wheel: A new method for characterizing and designing behavior change interventions[J]. *Implement Sci*, 2011, 6:42.
- [10] SONG L, TATUM K, GREENE G, et al. Health literacy and partner involvement in treatment decision making for men with newly diagnosed localized prostate cancer [J]. *Oncol Nurs Forum*, 2017, 44(2):225-233.
- [11] DUMENCI L, MATSUYAMA R, RIDDLE D L, et al. Measurement of cancer health literacy and identification of patients with limited cancer health literacy[J]. *J Health Commun*, 2014, 19(Suppl 2):205-224.
- [12] AMALRAJ S, STARKWEAHTER C, NGUYEN C, et al. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients[J]. *Oncology*, 2009; 23(4):369-375.
- [13] JOSEPH-WILLIAMS N, WILLIAM D, WOOD F, et al. A descriptive model of shared decision making derived from routine implementation in clinical practice ("Implement-SDM"): qualitative study[J]. *Patient Educ Couns*, 2019, 102(10):1774-1785.
- [14] 刘俊荣, 吴开, 谢汉春. 医疗决策模式与决策主体的选择倾向研究[J]. *医学与哲学(A)*, 2018, 39(10):14-20.
- [15] 全舒萍, 刘晓岭, 王玲. 医护患共同决策的影响因素及实施路径-以乳腺癌为例[J]. *医学与哲学*, 2020, 41(4):7-10.
- [16] 苑娜, 刘春娥, 于克玲, 等. 外科手术病人参与护理决策现状及其影响因素分析[J]. *护理研究*, 2017, 31(4):507-510.
- [17] 邹学晴, 孙月吉, 王凡, 等. 患者心理因素影响医患关系评价结构方程模型研究[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2016, 25(8):723-727.
- [18] 姜乾金. 领悟社会支持量表[J]. *中国行为医学科学*, 2001, 10(10):41-43.
- [19] FELTZ-CORNELIS C, OPPEN P V, MARWIJK H, et al. A Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004, 26(2):115-120.
- [20] 杨慧, 王洪奇. 医患关系量表 PDRQ-15 中文译本的信度和效度评价[J]. *中国医学伦理学*, 2011, 24(3):350-353.
- [21] 徐小琳, 毛捷, 王继龙, 等. 患者参与医疗决策期望量表的编制策略及条目筛选[J]. *中国当代医药*, 2012, 19(18):162-164.
- [22] KRISTON L, SCHOLL I, HLZEL L, et al. The 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample[J]. *Patient Educ Couns*, 2010, 80(1):94-99.
- [23] 罗碧华, 肖水源. 中文版医患共同决策问卷患者版的信效度[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2019, 44(7):823-828.
- [24] HAHLEWEG P, KRISTON L, SCHOLL I, et

al. Cancer patients' preferred and perceived level of involvement in treatment decision-making: an epidemiological study[J]. Acta Oncol, 2020, 59(8): 967-974.

[25] 胡容容, 章德林, 王晓宁. 患者知情同意权与医方保护性医疗的冲突问题研究[J]. 法制博览, 2015, 12(36): 112-113.

[26] GULBRANDSEN P. Shared decision making: improving doctor-patient communication [J]. RMD Open, 2020, 368: m97.

[27] CARNAJAL D N, KLYUSHNENKOVA E, BARNET B. Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care[J]. Patient Educ Couns, 2021, 104(9): 2159-2164.

[28] 丁媛. 中国患者参与治疗决策影响因素论述研究[J]. 东方企业文化, 2011, 5(22): 166.

(收稿日期: 2022-06-10 修回日期: 2022-08-22)

• 临床护理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2022.21.034

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220626.2002.002.html> (2022-06-27)

基于保护动机理论的 IST 再生障碍性贫血患者健康教育方案*

郭洁^{1,2}, 赵馨², 黄雪丽², 李昕砾², 张清^{1△}

(1. 天津医科大学护理学院 300070; 2. 中国医学科学院血液病医院/中国医学科学院血液学研究所/实验血液学国家重点实验室/国家血液系统疾病临床医学研究中心/细胞生态海河实验室, 天津 300020)

[摘要] **目的** 以保护动机理论为指导, 构建行免疫抑制治疗(IST)再生障碍性贫血患者的健康教育方案。**方法** 通过查阅文献、对患者进行半结构式访谈, 运用德尔菲法对 15 名专家进行函询, 最终确定健康教育方案。**结果** 2 轮函询中, 专家的问卷应答率均为 100%; 专家的权威系数分别为 0.828、0.880; 肯德尔协调系数为 0.406~0.559; 第 2 轮指标赋值均数为 3.80~4.87; 变异系数为 0.07~0.14, 分值均符合要求。最终构建了含有 2 个一级指标、7 个二级指标和 31 个三级指标的健康教育方案。**结论** 本研究所构建的健康教育方案具有科学性、可靠性, 为患者及护理人员提供理论指导框架, 为提高患者自我管理奠定基础。

[关键词] 再生障碍性贫血; 免疫抑制治疗; 健康教育; 德尔菲法; 保护动机理论

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2022)21-3776-05

再生障碍性贫血是一种骨髓造血功能衰竭综合征, 该病病情重, 进展快, 病死率高。针对没有同胞供者的年轻患者和 >40 岁的患者, 免疫抑制治疗(insulin shock therapy, IST) 是首选治疗方案^[1]。在 IST 期间可能发生血清病反应, 会有发热、超敏反应和关节疼痛等表现, 易发生感染和出血等严重并发症, 而合并感染是再生障碍性贫血者死亡的主要原因之一^[2]。保护动机理论由美国学者 ROGERS 等^[3] 在健康信念理论基础上创立的, 它强调患者对疾病及治疗不良反应的威胁性评估和对自我能力的应对评估 2 个过程进行认知, 从而激发自我保护动机, 主动参与自我管理。目前, 针对再生障碍性贫血患者临床中多

采取对症护理措施^[4], 患者被动接受健康指导, 未主动参与治疗及护理过程, 可能导致不必要的不良反应, 影响疗效^[5-6]。本研究在保护动机理论指导下, 运用德尔菲法专家咨询法构建行 IST 的再生障碍性贫血患者健康教育方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入 15 名长期从事血液内科临床、护理及护理管理的专家对本研究所构建的再生障碍性贫血患者健康教育方案进行评价。纳入标准: (1) 具备大学本科及以上学历; (2) 中级及以上的技术职称; (3) 具备 10 年以上相关工作经验; (4) 对本研究有所

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(81900127); 中国医学科学院血液病医院(中国医学科学院血液学研究所)第三批管理类研究项目(GL2106)。作者简介: 郭洁(1988-), 主管护师, 在读硕士研究生, 主要从事血液内科护理工作。△ 通信作者, E-mail: snzhangqing@126.com。