

本文引用:刘迎春,齐红.癌症患者对预先指示认知状况的调查研究[J].新乡医学院学报,2014,31(9):763-765.

【临床研究】

癌症患者对预先指示认知状况的调查研究

刘迎春¹, 齐红²

(1. 新乡医学院护理学院, 河南 新乡 453003; 2. 新乡医学院第一附属医院门诊手术室, 河南 卫辉 453100)

摘要: **目的** 调查癌症患者对预先指示的认知状况、接受程度及其影响因素。**方法** 对120例癌症患者采用“癌症患者对预先指示认知状况”问卷进行调查,分析其一般资料、疾病状况与健康水平、对预先指示的认知状况等对癌症患者能否接受预先指示的影响。**结果** 癌症患者是否接受预先指示与患病时间、是否有并发症、病情的严重程度、是否有疼痛经历、欧洲五维健康量表评分、对预先指示的认知状况、危重患者接触史等因素有关($P < 0.05$)。**结论** 癌症患者是否接受预先指示受其健康状况和认知状况的影响。在容易接受预先指示的癌症患者中,一部分认为医师在做医疗决策时,应当尊重患者的自主权,并且认为在疾病的晚期,应放弃一些治疗,减轻患者痛苦,提高患者的生存质量。

关键词: 癌症患者;预先指示;生存质量

中图分类号: R473.73 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2014)09-0763-03

Research on the cognitive condition of cancer patients to advance directives

LIU Ying-chun¹, QI Hong²

(1. School of Nursing, Xinxiang Medical University, Xinxiang 453003, Henan Province, China; 2. Outpatient Operation Room, the First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University, Weihui 453100, Henan Province, China)

Abstract: **Objective** To explore the cognitive condition, the acceptance level and the influencing factor of cancer patients to advance directives (ADS). **Methods** The survey was done in 120 cases of cancer patients with "the cognitive condition of cancer patients to ADS" questionnaire, and the effect of general data, sick state, the health level and the cognitive condition to ADS on the acceptance level of the cancer patients. **Results** The acceptance of ADS had something to do with the sick time, the complication, the severity level, the pain suffering, the European quality of life 5-dimensions evaluation and the cognitive condition to ADS ($P < 0.05$). **Conclusion** The acceptance of ADS is influenced by the health state and the cognitive condition. Among the patients who are inclined to accept ADS, some hold that their autonomy right should be respected. They also believe that in the terminal stage, some treatments can be abandoned to relieve the patients' suffering and to promote their quality of life.

Key words: cancer patient; advance directives; quality of life

癌症近年来发病率逐年升高,而且趋向年轻化,成为影响人类健康最重要的疾病之一。随着中国传统医学模式的转变、人文医学的出现、姑息医学和临终关怀的发展,患者的生存质量和自主权越来越受到人们的重视,预先指示(advance directives, ADS)在中国的文化背景和医疗环境下的发展也越显得有实际意义。ADS是指有决定能力的患者对自身将来丧失表意能力时接受医疗照护而事先做出的一种合理、合法的安排和指示^[1]。本研究以癌症患者为研究对象,在中国文化背景和经济状况下研究ADS,调查癌症患者对ADS的认知状况、接受程度及其接受程度的影响因素,为临床决策时充分发挥

患者自主权提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取新乡医学院第一附属医院和新乡医学院第三附属医院肿瘤科120例符合标准的住院患者。入选标准:(1)临床病理诊断为癌症的住院患者;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)具备完整的认知和行为能力,有阅读文字的能力;(4)知情同意,自愿参加。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 采用自行设计的“癌症患者对ADS认知状况”问卷进行调查。研究者采取一对一的形式,亲自发放问卷,并解释患者在填写问卷时提出的问题,问卷采取不记名的填写方式。

1.2.2 调查工具 调查问卷分为患者的一般资料、疾病状况与健康水平、ADS认知部分3个维度23个条目。其中对疾病状况与健康水平的调查中联合应

DOI:10.7683/xyxyxb.2014.09.029

收稿日期:2014-06-20

作者简介:刘迎春(1968-),女,山东茌平人,硕士,主管护师,研究方向:心理护理的临床应用。

通信作者:齐红(1973-),女,河南延津人,学士,护师,主要从事外科护理工作。

用了欧洲五维健康量表 (European quality of life 5-dimensions, EQ-5D), 对 ADS 认知部分的参考了 Akabayashi^[2]、Tay 等^[3]编制的对 ADS 认知态度的调查问卷, 调查内容包括: 你认为医疗决策应该由谁来决定 (Q1); 在做医疗决策时, 你认为谁的意见最重要 (Q2); 有无危重患者接触史 (Q3); 对病情难以逆转的重症患者, 你认为是否应当淡化治疗, 强调减轻患者的痛苦和提供尊严 (Q4); 你是否认为对病情难以逆转或在疾病晚期的患者, 应该放弃一些治疗 (Q5); 你认为对病情难以逆转或在疾病晚期的患者是生存质量重要还是生存时间重要 (Q6); 在此调查之前你是否听说过 ADS (Q7); 在此调查之前你是否听说过生前预嘱 (Q8); 在此调查之前你是否听说过预立医疗代理人 (Q9); 如果你对 ADS 有所了解, 你是否同意签署 ADS (Q10)。患者疼痛程度采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分^[4]。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 13.0 软件进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 差异有统计学意义的单因素作为自变量进行多因素非条件 logistic 回归分析, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 120 例癌症患者人口学资料 结果见表 1。本次调查中患者年龄 45~81 岁; 男性占 55.8%, 女性占 44.2%; 有配偶者占 77.5%, 无配偶者占 22.5%; 具有小学和初中文化程度者较多, 分别占 35.0% 和 29.2%; 职业为农民者占 43.3%; 无宗教信仰者占 71.7%。

表 1 120 例癌症患者人口学资料

Tab. 1 Demographic data of 120 cases of cancer patients

项目	n	构成比/%
年龄		
<50 岁	25	20.8
50~60 岁	38	31.7
60~70 岁	35	29.2
>70 岁	22	18.3
性别		
男	67	55.8
女	53	44.2
婚姻状况		
有配偶	93	77.5
无配偶	27	22.5
文化程度		
小学	42	35.0
初中	35	29.2
高中	14	11.7
大学	20	16.7
硕士或博士	9	7.5
职业		
农民	52	43.3
工人	40	33.3
干部	28	23.3
信仰		
佛教	18	15.0
基督教	13	10.8
伊斯兰教	2	1.6
天主教	1	0.8
无	86	71.7

2.2 疾病状况与健康水平对是否接受 ADS 的影响因素分析

2.2.1 单因素分析 χ^2 检验显示是否接受 ADS 与患病时间、是否有并发症、病情的严重程度、是否有疼痛经历、EQ-5D 评分有关 ($P < 0.05$); 见表 2。

表 2 疾病状况与健康水平对预先指示的影响

Tab. 2 Effect of the sick state and the health level on pre-designation

项目	n	接受	不接受	χ^2	P
诊断					
肺癌	29	15	14	10.166	0.071
肝癌	15	14	1		
结肠癌	13	10	3		
乳腺癌	20	14	6		
食管癌	26	18	8		
胃癌	17	14	3		
患病时间					
<3 个月	35	13	22	28.197	0.000
3~9 个月	38	31	7		
9~12 个月	21	17	4		
>1 a	26	24	2		
并发症					
否	52	30	22	36.143	0.000
有	68	63	5		
病情严重程度					
轻微	20	4	16	37.764	0.000
中度	28	17	11		
较重	72	64	8		
疼痛经历					
有	97	73	24	4.795	0.029
否	23	12	11		
EQ-5D					
≤6	30	15	15	8.447	0.015
6~10	52	40	12		
>10	38	30	8		
VAS					
≤60	56	50	6	20.315	0.000
60~80	29	19	10		
>80	35	16	19		

2.2.2 多因素分析 结果见表 3。患病时间、是否有并发症、病情严重程度及 VAS 评分进入 logistic 回归方程, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 疾病状况与健康水平对 ADS 影响的非条件 logistic 回归分析

Tab. 3 Unconditional logistic regression analysis of the effect of the sick state and the health level on ADS

项目	回归系数	标准误差	Wald χ^2	P	95% CI
患病时间分组	0.749	0.307	5.961	0.015	2.115 (1.159, 3.857)
并发症	1.315	0.664	3.925	0.048	3.727 (1.014, 13.694)
病情	0.851	0.403	4.456	0.035	2.342 (1.063, 5.161)
VAS 分组	-0.966	0.375	6.632	0.01	0.381 (0.183, 0.794)

2.3 120 例癌症患者 ADS 的认知状况 在此调查之前听说过 ADS 的患者中, 能够接受 ADS 者占 85.3%, 不能够接受 ADS 者占 14.7%; 在未听说过 ADS 的患者中, 能够接受 ADS 者占 65.1%, 不能够接受 ADS 者占 34.9%。听说过生前预嘱的患者中, 能够接受 ADS 者占 85.0%, 不能够接受 ADS 者占 15.0%; 在未听说过生前预嘱的患者中, 能够接受

ADS 者占 63.8%,不能够接受 ADS 者占 36.3%。听说过预立医疗代理人的患者中,能够接受 ADS 者占 87.1%,不能够接受 ADS 者占 12.9%;在未听说过预立医疗代理人的患者中,能够接受 ADS 者占 65.2%,不能够接受 ADS 者占 34.8%。

2.4 ADS 认知状况对是否接受 ADS 的影响 结果见表 4。 χ^2 检验显示是否接受 ADS 与 Q1、Q2、Q3、Q4、Q5、Q6、Q7、Q8、Q9、Q10 有关 ($P < 0.05$)。其中 75 例 (62.5%) 患者认为在做医疗决策时,应该由自己做决定。

表 4 ADS 认知状况对是否接受 ADS 的影响
Tab.4 Effect of the cognitive condition to ADS on the acceptance of ADS

项目	接受	不接受	χ^2	P
Q1				
自己	60	15	25.469	0.000
家属	7	17		
医生	18	3		
朋友	0	0		
亲戚	0	0		
Q2				
自己	16	7	22.951	0.000
家属	9	17		
医生	60	11		
朋友	0	0		
亲戚	0	0		
Q3				
无	41	28	10.236	0.000
有	44	7		
Q4				
是否	74	24	5.659	0.017
	11	11		
Q5				
是否	67	21	4.492	0.034
	18	14		
Q6				
生存质量重要	68	20	6.623	0.010
生存时间重要	17	15		
Q7				
是否	29	5	4.802	0.028
	56	30		
Q8				
是否	34	6	5.829	0.016
	51	29		
Q9				
是否	27	4	5.351	0.021
	58	31		

3 讨论

医学科学技术的进步,给癌症患者带来了生命的希望。但是考虑到风险收益、未知结果、时间问题、生存率和生活质量等因素,癌症患者的临床决策过程变得越来越复杂。虽然医疗水平有了很大的提高,但并不是所有癌症均能完全治愈。在普通人眼里,听见癌症 2 个字,仍然是充满了畏惧和恐怖。手术、大量的化学治疗和放射治疗,使患者背上了沉重的包袱,也更加增加了其痛苦,严重影响了患者的生活质量。

本研究通过对 120 例癌症患者采用“癌症患者

对 ADS 认知状况”问卷进行调查,了解癌症患者对 ADS 的认知状况、接受程度及其影响因素。结果显示,是否接受 ADS 与患病时间、是否有并发症、病情的严重程度、是否有疼痛经历、EQ-5D 评分有关 ($P < 0.05$);logistic 回归分析显示有并发症、自觉病情较重、患病时间较长的患者中接受 ADS 者较多,分析原因可能与下列因素有关:(1)患病时间长、病情较重的患者花费较多;(2)癌症具有治疗困难且预后差的特点,尤其是晚期癌症患者的疼痛、一系列并发症降低了患者的生存质量;(3)患病时间长、病情较重加重了照顾者的负担;(4)人为延长患者生存时间的同时,给患者身体和心理带来极大的痛苦。这与 Tay 等^[3]的调查基本相符。

本研究结果显示,是否接受 ADS 与 Q1、Q2、Q3、Q4、Q5、Q6 有关,由此可以看出,在能够接受 ADS 的患者中,62.5% 的患者认为在做医疗决策时,应该由自己做决定,应当尊重患者的自主权,并且多数认为在疾病的晚期,应该放弃一些治疗,减轻患者的痛苦,提高患者的生存质量。对 ADS 的认知状况也同样对是否接受 ADS 有一定的影响。

近 30 a 来,随着恩格尔医学模式在我国推行,以人为本的医学理念日渐深入人心^[5],患者的自主权开始受到重视,ADS 也随着人文医学的出现、缓和医学和临终关怀的发展,渐渐被人们所重视^[6]。因此,非常有必要在中国文化背景和经济状况下研究 ADS,分析其相关影响因素、患者的接受程度,全面认识、科学评价 ADS,为临床实践中患者制定临床决策时充分发挥自主权奠定基础。同时 ADS 的研究对于临终患者护理中的人性关怀、维护临终患者的尊严也有重要的现实指导意义,值得医护人员进一步研究。

参考文献:

[1] 蔡昱.对我国医事法律中患者自主决策权相关规定的质疑与建议[J].法学杂志,2009,30(2):117-119.
[2] Akabayashi A,Slingsb B T,Kai I. Perspectives on advance directives in Japanese society:a population-based questionnaire survey [J]. *BMC Med Eth*,2003,4:5.
[3] Tay M,Chia S E,Sng J. Knowledge, attitudes and practices of the advance medical directive in a residential estate in singapore [J]. *Ann Acad Med Singapore*,2010,39(6):424-428.
[4] 廖玉巍,吴兴茂.右美托咪定对舒芬太尼术后自控镇痛的影响 [J]. 新乡医学院学报,2012,29(11):856-858.
[5] 杨晓煜,黄燕芳. 医学模式与哲学 [J]. 医学与社会,2000,13(4):13-15.
[6] Yang C L,Chiu T Y,Hsiung Y F, et al. Which factors have the greatest influence on bereaved families' willingness to execute advance directives in Taiwan [J]. *Cancer Nurs*,2011,34(2):98-106.

(本文编辑:王 燕 英文编辑:王 燕)