

医护人员对中晚期肿瘤患者选择姑息支持和临终关怀的态度倾向

The Preference of Palliative and Hospice Care for Patients with Advanced Cancer in Medical Personnel//ZHOU Tian, ZHANG Pei-tong, MO Jue-fei, et al.

周 天^{1,2}, 张培彤¹, 莫爵飞¹, 时金华¹, 王 娜³, 田 宁⁴, 瞿 彬⁵, 雒海燕⁶, 张明辉², 冯艳丽⁷, 任为民⁸, 杨 栋², 于婧洁², 江保中²

(1.中国中医科学院广安门医院,北京 100053;2.北京中医药大学,北京 100029;3.临沂市兰山区计划生育妇幼保健服务中心,山东 临沂 276000;4.天津市南开医院,天津 300100;5.中国人民解放军第二炮兵总医院,北京 100088;6.甘肃中医学院附属医院,甘肃 兰州 730000;7.北京普祥中医肿瘤医院,北京 100176;8.河南省中医药研究院,河南 郑州 450004)

摘要: [目的] 了解医护人员对姑息支持和临终关怀的选择倾向。 [方法] 采用调查问卷法对 108 位医护人员对中晚期肿瘤患者进行姑息支持和临终关怀的倾向进行不记名调查。 [结果] 对于治疗恶性肿瘤一般医疗方案, 56.9%医生和 66.7%护士第 1 位考虑生存期延长因素。对于极优组合医护选择率分别是 100.0%和 98.2%, 对于极劣组合医护选择率分别是 3.9%和 5.3%。对于应该给予姑息支持和临终关怀方案的案例,在粗略选择中仅 45.1%的医生和 52.6%的护士选择该方案,在给出 7 方面 24 种细节性影响因素后,医生组 9 项选择率显著上升,护士组 12 项显著上升,两组均无显著下降项。医生组对该方案选择率最高值为 75.5%,出现在患者有相关个人经历时;护士组选择率最高值为 88.9%,出现在患者有宗教信仰时。 [结论] 医护人员对于恶性肿瘤一般医疗方案选择时通常认为生存期延长最重要,护士态度稳定,医生态度具多层面性。医护人员对大部分选择的期望值比较现实,但对极端选项热情甚高。对于姑息支持和临终关怀方案选择,第一反应选择率低,考虑到复杂因素后部分变化。护士比医生更倾向于该方案,医生态度谨慎,外来支持意见有助其显示对该方案的选择意愿,患者知情情况、家属的选择态度、主管医生的选择态度、患者个人相关经历及宗教信仰都对医护人员的选择倾向产生影响。

关键词: 肿瘤;中晚期;医护人员;姑息;临终关怀;影响因素

中图分类号: R73-31 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2012)02-0156-05

医护人员,尤其是医生群体,常是患者选择医疗方案的主要信息来源^[1],由于其专业性和权威性,这个群体的观念对医疗决策更具权重^[2]。医护人员的个人态度,很容易被患者和家属当成不容置疑的“最后的真实”。恶性肿瘤患者适时选择姑息支持和临终关怀方案是有益的,但并非每位医生都会和患者讨论这个方案。为此,美国多个州甚至以立法的方式要求医生为所有晚期患者提供姑息支持和临终关怀方面的信息和咨询,包括预后、风险和获益^[3]。但正如在所有领域一样,法律监督行为,却无法主宰观念,长于惩戒却短于教益。因此,先行者的刚性探索既迎来了鲜花、也惹出了争议。可不管怎样,医护人员作

为专业人士,其强大的公众引导作用是毋庸置疑的。要充分发挥这种引导力,我们首先需要了解这些专业人士的态度现状。本研究即旨在了解在我国社会文化背景下,医护人员对中晚期恶性肿瘤患者选择姑息支持和临终关怀的态度倾向,为下一步工作打下基础。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究对象为中国中医科学院广安门医院(三级甲等)和北京普祥中医肿瘤医院(二级甲等)的医护人员 108 名。其中,男性 26 人,女性 82 人;医生 51 人,平均年龄 33 岁(23~57 岁);护士 57 人,平均

收稿日期:2011-08-12;修回日期:2011-09-06

通讯作者:张培彤,E-mail:zhangpeitong@sohu.com

年龄 30 岁(20~55 岁);肿瘤科 54 人,外科 21 人,麻醉科、手术室 33 人;医生职业身份分布:在读硕士研究生 29.4%, 在读博士研究生 2.0%, 住院医师 17.6%,主治医师 31.4%,副主任医师 17.6%,主任医师 2.0%;护士职业身份分布:护士 47.4%,护师 36.8%,主管护师 15.8%;医生受教育程度:大专 2.0%,本科 39.2%,硕士 47.1%,博士 11.8%;护士受教育程度:高职/中专 12.3%,大专 59.6%,本科 28.1%。

1.2 研究方法

采用调查问卷法,对医护人员进行不记名调查。问卷设计参考了大量国外文献与相关专家意见,并根据预调查情况进行多次修改后应用。该问卷针对医护人员设计,旨在了解在面对按照临终关怀定义和标准应给予姑息支持治疗和临终关怀的情况下是否愿意选择该方案的意向调查。问卷包括接受调查的医生或护士的个人基本信息、工作状况、生活质量及情绪自评,随后问卷中描述了一个病例(该病例按照临终关怀定义和标准应停止积极地、攻击性的治疗,给予临终关怀),首先请接受调查者指出对于广泛意义上某一种治疗方案的副作用大小、肿块缩小程度、生存期延长时间和经济压力大小 4 方面按重要程度排序,其次将这 4 方面的 16 种组合列出,请接受调查者选出可以接受的方案组合并选出其中值得选择此方案的生存期延长时间,接下来请接受调查者给出粗略判断,作为专业人士,问卷所描述的患者是否应该选择姑息支持和临终关怀方案(是或否),最后在详细给出多方面可能影响选择的因素后,请接受调查者对同一问题重新表明细致选择倾向(采用 0~7 分度法,0 表示非常应该选择姑息支持和临终关怀,7 代表完全不应选择)。为避免“姑息”“临终”等汉字在字义上的负面诱导作用,问卷全篇未出现这些字眼,而用“舒适方案”替代姑息支持和临终关怀方案。问卷为不记名式,以尽可能增加回答真实性和避免不必要的敏感。

1.3 统计学处理

应用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析。

2 结果

2.1 对影响医疗方案选择的 4 个主要因素的排序

2.1.1 医生的排序

第 1 位考虑因素及选择率:生存期延长时间 56.9%(即 56.9%的被调查者第 1 位考虑生存期延长因素),副作用大小 31.4%,经济压力大小 9.8%,肿块缩小程度 2.0%。

第 2 位考虑因素及选择率:副作用大小 33.3%,生存期延长时间 27.5%,经济压力大小 25.5%,肿块缩小程度 13.7%。

第 3 位考虑因素及选择率:经济压力大小 37.3%,副作用大小 29.4%,肿块缩小程度 23.5%,生存期延长时间 9.8%。

第 4 位考虑因素及选择率:肿块缩小程度 60.8%,经济压力大小 27.5%,副作用大小 5.9%,生存期延长时间 5.9%。

2.1.2 护士的排序

第 1 位考虑因素及选择率:生存期延长时间 66.7%,经济压力大小 14.0%,副作用大小 10.5%,肿块缩小程度 8.8%。

第 2 位考虑因素及选择率:肿块缩小程度 33.3%,生存期延长时间 24.6%,经济压力大小 24.6%,副作用大小 17.5%。

第 3 位考虑因素及选择率:副作用大小 38.6%,肿块缩小程度 28.1%,经济压力大小 17.5%,生存期延长时间 15.8%。

第 4 位考虑因素及选择率:经济压力大小 36.8%,肿块缩小程度 29.8%,副作用大小 26.3%,生存期延长时间 7.0%。

2.2 对 4 因素 16 种不同组合的选择率

对于副作用大小、肿块缩小程度、生存期延长时间和经济压力大小这 4 方面的 16 种不同组合效应,接受调查的医护人员认为可以选择该方案的比例如表 1。

2.3 粗略选择倾向

对于问卷中给出的病例(按照临终关怀定义和标准应停止积极攻击性的治疗,而改予临终关怀),接受本次调查的临床医生和护士中,45.1%(23 人)的医生和 52.6%(30 人)的护士在二分法粗略选择中认为应该选择姑息支持和临终关怀方案。

2.4 考虑更多复杂因素时的细致选择情况

对问卷中给出的同一病例,当需要考虑到患者知情情况、患者和配偶、子女、父母的亲疏关系、对医生信任与否以及患者是否照顾过晚期肿瘤患者和宗教信仰等 7 类 24 种不同情况时,对该患者是否应该选择姑息支持和临终关怀的态度倾向。选择倾向以“0~7”分 8 度标示,请接受调查者圈出能代表自己想法的数字。采用偶数个标示度,以表明态度倾向。“0”表示“非常应该选择”姑息支持和临终关怀方案,“7”表示“完全不应选择”姑息支持和临终关怀方案。

2.4.1 细致选择倾向信度分析

医生问卷细致选择部分克朗巴哈 α 系数为 0.968,护士问卷细致选择部分克朗巴哈 α 系数为

表 1 医护人员对治疗方案的副作用、肿块缩小程度、生存期延长时间和经济压力 4 因素 16 种组合的选择情况

治疗方案 4 个主效应的不同组合				医生		护士	
				选择率(%)*	生存期延长须达到(月)**	选择率(%)*	生存期延长须达到(月)**
副作用大	有效,能使肿块缩小或稳定	生存期延长	经济压力大	45.1	12(1~>24)	49.1	>24(6~>24)
			经济压力小	98.0	12(1~>24)	98.2	24(6~>24)
		生存期缩短	经济压力大	3.9		5.3	
			经济压力小	25.5		22.8	
	无效,肿块变大	生存期延长	经济压力大	31.4	12(1~>24)	19.3	12(3~>24)
			经济压力小	62.7	9(1~>24)	38.6	24(1~>24)
		生存期缩短	经济压力大	3.9		5.3	
			经济压力小	19.6		21.1	
副作用小	有效,能使肿块缩小或稳定	生存期延长	经济压力大	60.8	18(1~>24)	57.9	>24(3~>24)
			经济压力小	100.0	12(1~>24)	98.2	24(6~>24)
		生存期缩短	经济压力大	5.9		5.3	
			经济压力小	31.4		31.6	
	无效,肿块变大	生存期延长	经济压力大	39.2	12(1~>24)	31.6	24(3~>24)
			经济压力小	62.7	12(1~>24)	45.6	18(3~>24)
		生存期缩短	经济压力大	3.9		7.0	
			经济压力小	19.6		24.6	

* 接受调查者认为该方案可以选择的比例;** 选择需要满足的生存期延长时间取的是中位数,括号内为最小值、最大值。

表 2 医护人员考虑各种影响因素后对姑息支持和临终关怀方案的细致选择情况

选择涉及因素			选择均值(0~7 分度)		医护选择有差异项目的 P 值	细致选择率(%)		粗略选择与细致选择有差异项目的 P 值	
			医生	护士		医生	护士	医生	护士
患者对自己疾病的知情情况	知道患恶性肿瘤	知道处于晚期	2.51	1.79		68.6	80.7	0.011	<0.001
		不知道处于晚期	2.55	2.36		68.6	68.4	0.014	
	不知道患恶性肿瘤	知道病情较重	2.96	1.86	0.005	58.8	78.9		<0.001
		不知病情较重	2.86	2.68		66.7	57.9	0.016	
患者与配偶关系	较密切	配偶希望选择	2.27	1.67		68.6	80.7	0.007	0.001
		配偶不希望选择	3.90	3.28		37.3	51.8		
	较疏远	配偶希望选择	3.00	1.94	0.005	60.8	76.8		<0.001
		配偶不希望选择	3.41	2.77		49.0	58.9		
患者与子女关系	较密切	子女希望选择	2.33	1.78		70.6	80.7	0.003	0.001
		子女不希望选择	3.84	3.33		41.2	53.6		
	较疏远	子女希望选择	3.02	1.90	0.003	64.7	78.6	0.033	0.001
		子女不希望选择	3.53	3.01		52.9	53.6		
患者和父母关系	较密切	父母希望选择	2.57	1.53	0.015	62.7	84.2		<0.001
		父母不希望选择	3.92	3.14	0.035	33.3	62.5		
	较疏远	父母希望选择	3.00	1.67	<0.001	58.8	85.7		<0.001
		父母不希望选择	3.76	2.93	0.017	39.2	57.1		
患者和大夫关系	较信任大夫	大夫认为应该选择	2.10	1.35		72.5	86.0	0.004	<0.001
		大夫认为不应该选择	4.31	3.73		31.4	44.6		
	不太信任大夫	大夫认为应该选择	3.20	2.23	0.012	51.0	64.3		
		大夫认为不应该选择	3.61	3.30		35.3	44.6		
患者是否照顾过晚期肿瘤的亲人	是,看到过他们患病和治疗的经过		2.31	1.35	0.018	75.5	85.2	0.002	<0.001
	否		3.12	2.76		59.2	61.8		
患者是否有宗教信仰	有		2.47	1.19	0.001	74.5	88.9	0.005	<0.001
	没有		2.94	2.14	0.043	62.0	69.1		0.039

0.967,表明细致选择部分信度均良好。

2.4.2 医护人员细致选择倾向均值及从粗略选择到细致选择的态度变化

医护人员各项选择均值及医护间差异见表 2。

将给出各种影响因素后的细致选择表 (0~7 分度表)按二分法划分选择倾向,即“0~3”为选择姑息支持和临终关怀,“4~7”为不选择。计算调查对象的选择率并与粗略选择率比较(两相关样本 Wilcoxon

表 3 4 因素三优一劣组合及医护选择率

4 因素三优一劣组合				选择率(%)	
副作用大小	肿块有无缩小	生存期延长与否	经济压力大小	医生	护士
-	+	+	+	98.0	98.2
+	+	+	-	60.8	57.9
+	+	-	+	31.4	31.6
+	-	+	+	62.7	45.6

检验),具体选择率和差异有统计学意义的项目 P 值见表2。

3 讨 论

3.1 医护人员对于恶性肿瘤一般医疗方案选择的基础情况

生存期延长时间最为重要,护士态度稳定,医生态度具多层面性、观念在更新。从4个因素排序看,无论医生还是护士,大多数都是将生存期延长时间放在首位。但另三方面因素的权重却有所区别,医生中将副作用大小和经济压力大小分列第2、3位、最后考虑肿块有无缩小者最多,而护士中将肿块有无缩小放在第2位、其后再考虑副作用和经济压力者最多。

在4个因素16种组合选择中,我们将“副作用小”、“生存期延长”、“肿瘤缩小”和“经济压力小”4个有利选项标记为“优”(+) ,将相反的选项标记为“劣”(-) ,那么,在三优一劣(表3)的情况下,护士的让步顺序为副作用、经济压力、肿块缩小程度、生存期延长时间,与4因素排序大体吻合;医生的态度则出现变化,最先牺牲的因素是副作用大小,其次是肿块缩小程度,再次是经济压力大小,最后是生存期延长时间(副作用的重要程度在4个因素排序中位列第2)。另外,从具体选择率看,医护人员一致的规律是:第一,只要出现“肿块缩小+生存期延长+经济压力小”,无论副作用大小,选择率皆为最高值或次高值;第二,只要出现“生存期缩短+经济压力大”,无论另两方面因素如何,选择率皆为最低值或次低值。

可见,对于一般医疗方案的副作用、肿块缩小程度、生存期延长时间、经济压力,护士态度前后吻合、比较稳定,医生的态度则表现出多层面性,只考虑单一因素时强调副作用,混杂因素权衡时副作用不占主导地位。

近年慢性病领域均开始注重患者生活质量,癌

症也是慢性病的一种,其治疗的副作用与患者的生活质量密切相关。尽管副作用只在医生的单因素考虑中受到重视,实际工作中未必已经很好的实现,但至少这个重要群体的观念正在更新。另外,近年如5-羟色胺3受体拮抗剂、重组人粒

细胞集落刺激因子等一大批缓解、改善治疗副作用的新药问世,给曾被难以耐受的治疗副作用束缚手脚的医生以空前信心,使他们在综合考虑治疗各方面利益与风险时,有了腾出手来打理更重要问题的可能。

医护人员对大部分非极优极劣选择的期望值比较现实。对于极优组合(副作用小+肿块缩小+生存期延长+经济压力小)医护选择率分别是100.0%和98.2%,极劣组合(副作用大+肿块变大+生存期缩短+经济压力大)医护选择率分别是3.9%和5.3%,与极值非常接近,符合“理性选择原则”。

对于其余14项非极优极劣组合,各项考虑接受治疗方案的生存期延长条件期望值都较患者^[4]和护理者^[5]来得现实,多为一年或不到一年(中位数),尽管这一点结合临床实际来看,期望和现实仍有差距,但毕竟作为专业人士,此观点离现实可能已经接近了许多。

医护人员对极端选项热情高。现状常如历史一样富于幽默,通常被认为最能理性对待医疗决策的专业人士,恰恰表现出对极端选项的最大热情。对于“副作用大+肿块变大+生存期延长”这样事实上存在可能性很小的两个极端组合,尤其当经济压力小时,62.7%的医生和38.6%的护士愿意选择,医生在该项的选择率是患者的近3倍^[4],护理者的近2倍^[5]。当我们看到患者和护理者过分强调“生存期延长”这一单一因素的同时,也应看到,这种趋势的形成,除了任何人都具有想要“活得更长”的本能以外,还有一些强有力的手在促成。正如人的思想受时代风格影响,学术思维同样为同期学术风格所塑造,大量现行恶性肿瘤领域临床研究的评价标准中,无病生存期、无进展生存期、中位生存期和总生存期通常是一项研究核心价值的体现,很大程度上,正是这些广谱应用的研究价值准绳,无形中将医生们的视野局限在“时间”上,也让他们自觉或不自觉将自己有力的手,指向了同一个方向。

3.2 考虑姑息支持和临终关怀选择时的情况

对于问卷中给出的病例,参与调查的医护人员

对姑息支持和临终关怀的粗略选择率并不高,医生仅45.1%,护士略高,为52.6%,也就是说过半的医生和近半数的护士第一反应是不接受这一方案的。

在进一步给出现实生活中可能出现的7方面24种细节性影响因素后,医生组9项选择率显著上升,护士组12项显著上升,两组均无显著下降项。仔细分析这一变化过程,我们又能从中发现以下7个特点和规律:

①医护人员选择有差异的全部11项都显示,护士比医生更倾向于姑息支持和临终关怀方案,且态度偏向清晰。国外也有研究认为,护士对患者病情的判断经常比医生更接近实际^[6](问卷中的案例预计生存期仅6个月,按照标准应给予姑息支持和临终关怀),而医生更愿意保持一种可进可退的近似中立、略微偏向临终关怀方案的模糊态度。

②医生对是否选择该方案的观点较护士波动小,在全部24种因素中,医生只有9项显著变化,护士有12项。

③患者知情情况影响医护人员态度。对于医生,只要当患者知道患癌症(问卷中的“完全知情”或“知道患癌症,但不知道处于晚期”)或者完全不知情时,都更倾向姑息支持和临终关怀方案;对于护士,患者完全知情或不知患癌症,只知病情较重时,更倾向该方案。

④医护人员态度深受与患者关系密切的人(配偶、子女和父母)选择态度的影响,表现在只要有家人认为应该选择姑息支持和临终关怀方案,医生和护士对该方案的选择率就出现明显上升,尤其医生也不再维持不置可否的模糊态度,态度转向清晰(细致选择过程中医生表现得非常谨慎,但从其变动方向上看,医生很大程度上是赞同该方案的,只是似乎很需要外来赞成力量或支持证据以助其表达自身的选择态度),而医生和护士的区别只在护士受患者父母意见的影响比医生明显。这里我们还可以看到三个影响趋势:第一,家人“选择”比“不选”对医护人员态度的影响力更大。第二,家人的选择态度,在与患者关系亲密时比与患者关系疏远时,对医护人员的影响更大(例外:父母的意见对护士的选择态度的影响与此相反,但优势微弱)。第三,不同角色的家人对医护人员影响力不同:对于医生,当家人同为“选择”该方案时,三类家人影响力子女>配偶>父母,当家人同为“不选”时,影响力父母>配偶>子女,与关系亲疏无关;对于护士,当家人同为“选择”该方案时,三类家人影响力父母>子女>配偶,当家人同为“不选”时,影响力子女>父母,配偶的位置比较特殊,关系亲密时其影响力最大,关系疏远时其影响力最小。

⑤医护人员都很尊重患者的主管医生的选择态度,这一点护士比医生更明显。

⑥医护人员考虑到患者有过相关的个人经历(照顾过肿瘤晚期的亲人或关系密切的人)时,对姑息支持和临终关怀方案选择率大幅上升,医生组选择率最高值出现在此,护士组选择率为组内第4高值。

⑦人力无法对抗的忧患和痛苦使人更容易求助于宗教。国外研究显示有虔诚宗教信仰的患者要求延长生命的愿望较小^[7-9],对姑息支持和临终关怀的接受程度较高。当医护人员考虑到患者有宗教信仰时,对该方案选择率同样大幅上升,医生组选择率为组内第2高值,护士组选择率最高值出现在此。

综上,医护人员对于一般医疗方案选择时通常认为生存期延长最重要,护士态度稳定,医生态度则具有多层面性、但观念正在更新。医护人员对大部分非极优极劣选择的期望值比较现实,但对极端选项热情甚高。对于姑息支持和临终关怀方案选择,第一反应选择率低,考虑到复杂因素后部分变化,有自身的特点和规律。护士比医生更倾向于姑息支持和临终关怀方案,医生态度谨慎,外来支持意见有助其显示对姑息支持和临终关怀方案的选择意愿,患者知情情况、家人对此问题的选择态度、主管医生的选择态度、患者个人相关经历及宗教信仰都对医护人员的选择倾向产生影响。

参考文献:

- [1] Clemmens DA, Knafl K, Lev EL, et al. Cervical cancer: patterns of long-term survival [J]. *Oncology Nursing Forum*, 2008, 35(6):897-903.
- [2] 周天, 张培彤. 晚期肺癌患者选择姑息支持和临终关怀的影响因素[J]. *中国肿瘤*, 2010, 19 (2):125-130.
- [3] Astrow AB, Popp B. The palliative care information act in real life[J]. *N Engl J Med*, 2011, 364:1885-1887.
- [4] 周天, 张培彤, 莫爵飞, 等. 中晚期肿瘤患者对姑息支持和临终关怀的选择倾向研究[J]. *中国肿瘤*, 2011, 20(10): 741-745.
- [5] 周天, 张培彤, 王娜, 等. 中晚期肿瘤患者护理者对姑息支持和临终关怀的选择倾向 [J]. *中国肿瘤*, 2011, 20(11): 825-829.
- [6] Morita T, Shima Y, Miyashita M, et al. Physician-and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer[J]. *J Palliat Med*, 2004, 7(5):683-693.
- [7] Lo B, Ruston D, Kates L, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians[J]. *J Am Med Assoc*, 2002, 287 (6): 749-754.
- [8] Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers [J]. *J Am Med Assoc*, 2000, 284 (19): 2476-2482.
- [9] Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy D. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations[J]. *Am J Med*, 2001, 110 (4): 283-287.