

医患共同决策对老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量的影响

熊巨洋* 朱璇 马赫

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】目的:深入剖析医患共同决策水平对老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量的作用路径,为推动慢性病健康管理、改善患者就医体验感和签约服务质量提供参考。方法:在武汉市和贵阳市采取多阶段随机抽样方法对 599 名老年慢性病共病患者及其对应的 63 名签约医生开展问卷调查,借助分层回归模型分析医患共同决策水平对签约服务质量的作用路径。结果:我国中西部地区老年慢性病共病患者的医患共同决策得分为 32.07 ± 6.46 ,家庭医生签约服务质量得分为 95.20 ± 8.73 ,其中经济性和纵向连续性维度得分较低。分层回归模型分析结果显示医患共同决策水平对签约服务质量产生正向影响($\beta=0.369, P<0.05$),家庭医生对签约患者的信任程度起到正向调节作用($\beta=0.548, P<0.05$)。结论:我国中西部地区老年慢性病共病患者的医患共同决策水平和家庭医生签约服务质量均处于中等水平且有待提升,医患共同决策显著提升签约服务质量,对签约患者的信任程度强化共同决策对服务质量的正向效应。今后应加强医患共同决策、规范慢性病患者转诊服务、强化医患沟通信任,切实提升家庭医生签约服务质量。

【关键词】医患共同决策;慢性病共病;家庭医生;签约服务;服务质量

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.08.001

The influence of shared decision making on the quality of family doctor contracted service for Multimorbidity among the elderly population

XIONG Ju-yang, ZHU Xuan, MA He

School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College of Huazhong University of Science & Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: To deeply analyze the effect path of shared decision making (SDM) level on the quality of family doctor contracted service for multimorbidity among the elderly population, and to provide reference for promoting the health management of chronic diseases, improving the patient's medical experience and the quality of contracted service. Methods: A multi-stage random sampling method was used to conduct a questionnaire survey on 599 elderly patients with multimorbidity and their corresponding 63 contracted doctors in Wuhan and Guiyang. The hierarchical regression model was used to analyze the effect of SDM level on the quality of contracted services. Results: The score of SDM in elderly patients with multimorbidity in the central and western regions of China was 32.07 ± 6.46 , and the score of family doctor contracted service quality was 95.20 ± 8.73 , among which the scores of economy and vertical continuity were lower. The results of hierarchical regression model analysis showed that the level of SDM had a positive impact on the quality of contracted services ($\beta=0.369, P<0.05$), and family doctors had a positive moderating effect on the degree of trust in contracted patients ($\beta=0.548, P<0.05$). Conclusion: The level of SDM and the quality of contract service for elderly patients with multimorbidity in the central and western regions of China are at a medium level and still need to be improved. Shared decision-making significantly improves the quality

* 基金项目:华中科技大学 2023 年自主创新基金文科重点项目资助(2023WKYXZD005);华中科技大学 2024—2026 学科建设项目资助(数智技术支持下慢性病共病医疗卫生服务动态监测和协同干预研究)

作者简介:熊巨洋(1975 年—),男,副教授,硕士生导师,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:xiongjuyang@hust.edu.cn

of contracted service. The degree of trust in contracted patients strengthens the positive effect of SDM on service quality. In the future, we should strengthen the SDM, standardize the referral service of patients with chronic diseases, strengthen the communication and trust between doctors and patients, and effectively improve the quality of family doctor contracted service.

【Key words】 Shared decision making; Multimorbidity; Family doctor; Contracted service; Service quality

1 引言

随着人口老龄化加剧和慢性病患病率居高不下,慢性病健康管理成为全球公共卫生面临的严峻挑战。慢性病的病情特征、人群疾病谱与生活方式的转变促使慢性病中衍生出慢性病共病(Multimorbidity)现象,慢性病健康管理迎来新的挑战。慢性病共病是指在同一个体内同时存在两种及其以上的慢性病,此类患者往往面临着复杂的医疗需求和较高的多重疾病负担。^[1]家庭医生签约服务通过建立长期稳定的医患关系,旨在推动基层首诊的有序就医格局形成、优化居民疾病健康管理,是满足居民基本医疗需求、降低患者就医负担和提升医疗服务连续性的重要策略。家庭医生签约服务在我国基层实施多年,对推动疾病防控关口前移、改善医疗卫生资源配置等具有显著作用。^[2-3]现有研究主要从慢性病管理^[4-5]、服务质量^[6]、医患满意度^[7]等不同角度对家庭医生签约服务进行分析,针对家庭医生签约服务质量多是单向度地调查患者或医务人员,较少在调查中结合医患双方探讨服务质量问题。

医患共同决策(Shared Decision Making,SDM)是指医生与患者共同参与至就医全过程中,医生基于自身专业知识、适宜的医学手段及充分的利弊论证,并综合患者疾病状况与偏好特征后二者共同选择出最适合患者健康需求的治疗方案。^[8-10]作为强调“以患者为中心”的医疗决策模式,医患共同决策被认为是提升医疗服务质量和患者就医体验的关键要素。既往研究表明,医患共同决策能够增强患者治疗信心和依从性,减少非必要医疗资源浪费^[11-12],同时促进医患沟通降低矛盾发生率,不断优化治疗方式,达到减轻负担、改善服务质量的目的^[13]。患者的人口学特征(如年龄、学历、性别)对其参与共同决策有显著影响,年龄越大、学历越低的患者参与共同决策的主动性较弱,女性相较于男性更愿意参与到共同决策中。^[14-16]部分随机对照实验表明医患共同决策可

提升患者对疾病的认知程度,改善药物依从性和治疗效果。^[17-19]对此,不少学者建议将医患共同决策纳入到医疗保健过程当中,医务人员应采取措施支持患者参与共同决策,减少决策冲突,提升医疗服务质量及患者满意度。^[20,21]然而,关于医患共同决策与家庭医生签约服务间的作用机制探讨较少,尤其是在慢性病共病患者群体中的效应关系尚缺乏深入研究。

基于此,为深入剖析在慢性病共病患者中医患共同决策水平现状及其对家庭医生签约服务质量的影响。本研究选取老年慢性病共病患者为研究对象,测量其与签约医生的共同决策水平和所享有的签约服务质量,借助分层回归模型分析医患共同决策水平与家庭医生签约服务质量间的影响,为促进慢性病共病健康管理、改善居民就医体验和健康结局提供参考。

2 对象与方法

2.1 研究对象

采用多阶段随机抽样,于2023年7—9月在我国湖北省武汉市和贵州省贵阳市开展调查。首先从武汉市和贵阳市分别随机抽取1个中心城区和1个非中心城区,再从4个城区各随机抽取3家社区卫生服务中心,最后从选中的12家社区卫生服务中心随机抽取60周岁以上、患有2种及以上慢性病的居民及其所签约的家庭医生作为研究对象。

本研究中患者人口学特征变量共7项,自感健康状况、签约服务利用情况、对家庭医生信任程度、患者决策参与偏好、医患共同决策水平得分、家庭医生签约服务质量得分各1项,变量总计13项。按照Kendall设定的“样本量应为变量数的10~20倍”标准,为减少误差再增加20%样本量,故本研究所需患者样本量至少为 $13 \times 20 \times 120\% = 312$ 。

通过面对面询问填写的方式开展问卷调查,共发放患者问卷604份,有效患者问卷599份,问卷回

收率为 99.17%。共发放家庭医生问卷 63 份,均为有效问卷。所有研究对象均知情同意。

2.2 变量与方法

老年慢性病共病患者的基本情况调查内容包括性别、年龄、学历、婚姻状况、户籍、平均月收入、医保类型、自评健康状况、近一个月是否利用过签约服务、对家庭医生的信任程度及患者决策偏好类型。家庭医生的基本情况调查内容则包含性别、年龄、婚姻状况、学历、职称、聘用类型、平均从业年限、平均月收入、平均每天工作时长、工作劳累程度感知、对签约患者的信任程度、是否了解共同决策。其中婚姻状况参考祁静等^[22]、司明舒等^[23]的分类方法,以患者当前是否具有法定夫妻关系分为在婚和非在婚。家庭医生职称参照孔国书等^[24]、陈锦等^[25]的分类方法分为初级及以下、中级、副高级和高级。工作劳累程度感知为家庭医生在实际工作中所感受到的劳累程度,参考丛新霞等^[26]的分类方法分为较低、一般和较高三个水平。家庭医生对患者信任程度分类参考陈静纯等^[2]的分类将其分为不信任、一般和信任。各变量具体赋值与说明如表 1 所示。

本研究将医患共同决策界定为家庭医生与老年慢性病共病患者共同基于患者病情、临床诊疗规范和决策偏好平等参与签约服务决策过程并作出适宜患者的诊疗方案。采用 Kriston 等^[27]开发并经国内学者罗碧华^[28]汉化的医患共同决策量表 (SDM-Q-9) 来评估老年慢性病共病患者在接受家庭医生签约服务过程中所感知到的医患共同决策水平。该量表为单向度结构,Cronbach's α 系数为 0.945,包括 9 个条目,采用 0 分(完全不同意)~5 分(完全同意)的计分方式,总得分越高说明医患共同决策水平越高。

本研究将家庭医生签约服务质量界定为老年慢性病共病患者实际感知到的基本医疗、基本公共卫生等签约服务的质量。采用赵盼盼等^[29]编制的家庭医生签约服务质量评价量表测量老年慢性病共病患者的家庭医生签约服务质量。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.910,KMO 系数为 0.880,包括 24 个条目,分为可及性、综合性、技术性、经济性、横向连续性、纵向连续性这 6 个维度,采用 5 分(非常好)~1 分(非常差)的计分方式,总得分越高表明家庭医生签约服务质量越好。

表 1 变量赋值与说明

变量说明	赋值
患者	
性别	0 = 女,1 = 男
年龄(岁)	0 = 60 ~ ,1 = 80 ~
学历	0 = 小学及以下,1 = 初中,2 = 高中/中专,3 = 大专及以上
婚姻状况	0 = 非在婚,1 = 在婚
户籍	0 = 农村,1 = 城市
平均个人月收入(元)	0 = 0 ~ ,2 = 3 000 ~ ,3 = 4 000 ~
医保类型	0 = 城镇职工基本医保,1 = 城乡居民基本医保
自评健康状况	0 = 不健康,1 = 一般,2 = 健康
近一个月主动利用签约服务	0 = 否,1 = 是
家庭医生信任度	0 = 不信任,1 = 信任
患者决策参与偏好	0 = 主动决策型,1 = 合作决策型,2 = 被动决策型
家庭医生	
性别	0 = 女,1 = 男
年龄(岁)	连续型变量
婚姻状况	0 = 非在婚,1 = 在婚
学历	0 = 大专及以下,1 = 本科,2 = 硕士及以上
职称	0 = 初级及以下,1 = 中级,2 = 副高级,3 = 高级
聘用类型	0 = 正式在编,1 = 人事代理,2 = 合同制,3 = 临时聘请,4 = 退休返聘
家庭医生从业年限	连续型变量
从事家庭医生岗位	连续型变量
税后月均收入(元)	连续型变量
每天工作小时数	连续型变量
工作劳累程度感知	0 = 较低,1 = 一般,2 = 较高
对签约患者信任度	0 = 不信任,1 = 一般,2 = 信任
共同决策了解程度	0 = 不了解,1 = 一般了解,2 = 很了解

此外,考虑到研究对象为认知能力较弱的社区老年群体,在问卷设计过程中邀请基层卫生领域专家和借助专题小组讨论的方法对各条目表达方式、适宜场景等进行优化,使其更加符合老年慢性病共病患者签约服务使用语境。

2.3 统计分析

使用 Epidata 3.0 软件导入调查数据形成数据库,采用软件 SPSS 25.0 和 R4.3.3 进行数据清洗与统计分析。其中,研究对象基本情况采用描述性统计分析,由于共同决策水平对家庭医生签约服务质

量的数据具有“患者个体—医生”多层次嵌套特征，为充分剖析不同层级数据对签约服务质量的影响效应，采用分层线性回归模型分析共同决策水平对签约服务质量的影响，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 基本情况

599 名老年慢性病共病患者中，女性 395 人，占 65.94%；60~79 岁居多，占 71.12%；多为初中学历，占 38.40%；在婚者为 450 人，占 75.12%；大多数为城市户籍，占比超过 85%；超过一半的人月收入集中在 3 000 元以内；享有城镇职工医保 459 人，占 76.63%；自评健康状况为一般和健康的居多，占比分别为 45.24% 和 44.91%；超过 95% 的人表示对家庭医生持信任态度；近 80% 的患者表示近一个月主动利用过家庭医生签约服务；405 人的决策参与偏好为被动决策型，占比为 67.61%（表 2）。

表 2 老年慢性病共病患者基本情况

变量	类别	样本量(n, %)
性别	女	395(65.94)
	男	204(34.06)
年龄(岁)	60~79	426(71.12)
	80~	173(28.88)
学历	小学及以下	156(26.04)
	初中	230(38.40)
	高中或中专	146(24.37)
	大专及以上学历	67(11.19)
婚姻状况	在婚	450(75.12)
	非在婚	149(24.88)
户籍	城市	524(87.48)
	农村	75(12.52)
个人月收入(元)	0~	306(51.09)
	3 000~	164(27.38)
	4 000~	129(21.54)
	5 000~	100(16.69)
医保类型	城镇职工医保	459(76.63)
	城乡居民医保	140(23.37)
自评健康	不健康	59(9.85)
	一般	271(45.24)
	健康	269(44.91)
近一个月主动利用签约服务	是	479(79.97)
	否	120(20.03)
家庭医生信任度	不信任	22(3.67)
	信任	577(96.33)
决策参与偏好	主动决策型	63(10.52)
	合作决策型	131(21.87)
	被动决策型	405(67.61)

63 名家庭医生中，女性为 47 人，占 75.80%；平均年龄为 40 岁；在婚者 57 人，占 90.50%；本科学历居多，占 74.60%；50.80% 的人为副高级职称；聘用类型中合同制最多，占 66.10%；平均从业年限为 8 年；平均月收入为 5 500 元；平均每天工作 9 小时；超 80% 的家庭医生表示工作劳累程度在一般及以上；40 人(63.50%) 表示对签约患者的信任程度一般；超过一半的人很了解共同决策（表 3）。

表 3 签约家庭医生基本情况

变量	类别	样本量(n, %)
性别	女	47(75.80)
	男	15(24.20)
年龄 ^a (岁)	-	40.00[36.00, 45.00]
婚姻状况	在婚	57(90.50)
	非在婚	6(9.50)
学历	大专及以下	11(17.46)
	本科	47(74.60)
	硕士及以上	5(7.94)
职称	初级	1(1.60)
	中级	21(33.30)
	副高级	32(50.80)
	正高级	9(14.30)
	聘任类型	
聘用类型	正式在编	10(16.10)
	人事代理	8(12.90)
	合同制	41(66.10)
	临时聘请	1(1.60)
	退休返聘	2(3.20)
家庭医生从业年限 ^a	连续型变量	8.00[3.50, 13.00]
从事家庭医生岗位税后月均收入 ^a (元)	连续型变量	5 500[5 000, 6 000]
每天工作小时数 ^a	连续型变量	9.00[8.00, 10.00]
工作劳累程度感知	较低	11(17.50)
	一般	39(61.90)
	较高	13(20.60)
对签约患者信任度	信任	18(28.60)
	一般	40(63.50)
	不信任	5(7.90)
共同决策了解程度	很了解	38(60.30)
	一般了解	25(39.70)

注：^a 采用中位数与四分位间距描述。

3.2 医患共同决策水平与签约服务质量得分情况

研究发现，老年慢性病共病患者的医患共同决策量表(SDM-Q-9) 总得分为 32.06 ± 6.46 分。老年慢性病患者的家庭医生签约服务质量总得分为 95.28 ± 8.73 分，各条目均分最高为可及性维度，其次为横向连续性维度，最低为纵向连续性维度，量表各条目及维度得分情况见表 4。

表 4 医患共同决策水平和签约服务质量得分情况 ($\bar{x} \pm s$)

变量	得分	排序
医患共同决策水平总表	32.06 ± 6.46	—
1. 家庭医生曾帮助您理解所有相关信息	3.92 ± 0.85	1
2. 我和家庭医生就后续的治疗安排已达成共识	3.91 ± 0.80	2
3. 家庭医生说过要拿出一个明确的治疗疾病方案	3.75 ± 0.85	3
4. 这次治疗方案是家庭医生和我共同确定的	3.47 ± 0.92	4
5. 家庭医生准确地解释了不同治疗风险和好处	3.46 ± 0.98	5
6. 家庭医生问过我最想选什么样的治疗方案	3.43 ± 0.89	6
7. 家庭医生和我充分讨论了不同的治疗方案	3.40 ± 0.92	7
8. 家庭医生问过我有多想参与这次方案的制定	3.36 ± 0.90	8
9. 家庭医生告诉我有不同治疗方案可供选择	3.32 ± 0.95	9
签约服务质量总表	95.28 ± 8.73	—
可及性	4.37 ± 0.56	1
横向连续性	4.28 ± 0.70	2
综合性	4.18 ± 0.58	3
技术性	3.97 ± 0.62	4
经济性	3.97 ± 0.70	5
纵向连续性	3.19 ± 0.47	6

3.3 医患共同决策水平与签约服务质量的相关性分析

经检验,医患共同决策水平总得分不满足正态分布与方差齐性假设,故采用 Spearman 相关性分析检验医患共同决策水平与家庭医生签约服务质量及

其各维度的相关性(表 5)。老年慢性病共病患者的医患共同决策水平与家庭医生签约服务质量呈现显著的正相关关系,且与签约服务质量各维度也呈现显著的正相关关系($P < 0.05$)。

表 5 医患共同决策水平与签约服务质量及其各维度的相关性分析

变量	医患共同决策水平	签约服务质量	可及性	横向连续性	综合性	技术性	经济性	纵向连续性
医患共同决策水平	1.000							
签约服务质量	0.392 ***	1.000						
可及性	0.103 *	0.506 ***	1.000					
横向连续性	0.311 ***	0.747 ***	0.307 ***	1.000				
综合性	0.306 ***	0.721 ***	0.201 ***	0.490 ***	1.000			
技术性	0.340 ***	0.610 ***	0.158 ***	0.352 ***	0.415 ***	1.000		
经济性	0.205 ***	0.581 ***	0.186 ***	0.264 ***	0.293 ***	0.380 ***	1.000	
纵向连续性	0.218 ***	0.371 ***	0.085 *	0.209 ***	0.125 **	0.121 **	0.106 **	1.000

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

3.4 医患共同决策水平与签约服务质量的回归分析

将前述研究对象各变量与签约服务质量总得分进行单因素分析,结果显示,患者的决策参与偏好、近 1 个月是否利用签约服务、对家庭医生信任程度与签约服务质量具有显著的相关性($P < 0.05$)。

以单因素分析中具有统计学意义的变量为控制变量,以家庭医生签约服务质量得分为因变量,以医患共同决策水平总得分为自变量,以家庭医生对患者信任程度为调节变量依次纳入分层回归模型。模型 1 将近一个月是否利用签约服务、对签约医生信任程度、患者决策参与偏好作为控制变量纳入分析,结果显示,近一个月是否利用签约服务、对签约医生信任程度及患者决策参与偏好

对签约服务质量总得分差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。模型 2 在模型 1 的基础上增加了自变量共同决策水平总得分,结果显示对签约医生的信任程度、共同决策水平总得分对签约服务质量得分差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。模型 3 在模型 2 的基础上增加调节变量即家庭医生对签约患者信任程度,以及其与共同决策水平的交互项。结果显示,共同决策水平总得分、调节变量及其交互项均对签约服务质量得分差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。对 3 个模型依次进行多重共线性诊断,结果显示纳入模型的变量及交互项的方差膨胀因子(VIF)数值均小于 5,故认为变量间不存在多重共线性(表 6)。

表 6 医患共同决策对家庭医生签约服务质量影响的分层回归分析

变量	模型 1 (VIF)	模型 2 (VIF)	模型 3 (VIF)
近一个月是否利用签约服务(参照组 = 否)			
是	0.128 ** (1.029)	0.067 (1.074)	0.073 * (1.078)
对签约医生信任度(参照组 = 不信任)			
信任	0.195 *** (1.035)	0.159 *** (1.051)	0.165 *** (1.056)
患者决策参与偏好(参照组 = 合作决策型)			
主动决策型	-0.049 (1.345)	0.007 (1.419)	0.009 (1.419)
被动型决策	-0.094 * (1.359)	-0.012 (1.434)	-0.004 (1.437)
共同决策水平		0.369 *** (1.154)	0.441 *** (1.170)
对签约患者信任度(参照组 = 不信任)			
一般			0.284 (3.192)
信任			-0.578 ** (3.082)
共同决策水平 × 对签约患者一般信任			-0.132 (3.317)
共同决策水平 × 对签约患者信任			-0.548 ** (3.244)
边际 R ²	-0.073	-0.201	-0.217
条件 R ²	-0.171	-0.283	-0.294
AIC	4 234.616	4 150.701	4 147.319
BIC	4 274.173	4 194.653	4 208.853
家庭医生层面随机误差	-7.471	-6.223	-5.898
签约患者层面随机误差	62.896	54.573	53.614

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

从模型 1 到模型 3,可发现边际 R^2 由 0.073 增加到 0.217,条件 R^2 由 0.171 增加到 0.294,表明医患共同决策水平逐渐增加对家庭医生签约服务质量变异的解释程度,且共同决策水平对签约服务质量产生显著的正向影响($\beta = 0.369, P < 0.05$)。同时,在不同模型中医患共同决策水平对签约服务质量的正向影响始终具有统计学意义($P < 0.05$),且模型拟合优度指标 AIC 随着 R^2 的升高而降低,表明模型具有

较好的稳健性。此外,在模型 3 中加入调节变量家庭医生对签约患者信任程度,及其与医患共同决策水平的交互项,发现对签约患者的信任程度在医患共同决策水平对签约服务质量的影响中产生正向的调节作用($\beta = 0.548, P < 0.05$)。相较于不信任签约患者而言,家庭医生对签约患者持信任态度将增强医患共同决策水平对签约服务质量的正向影响(图 1)。

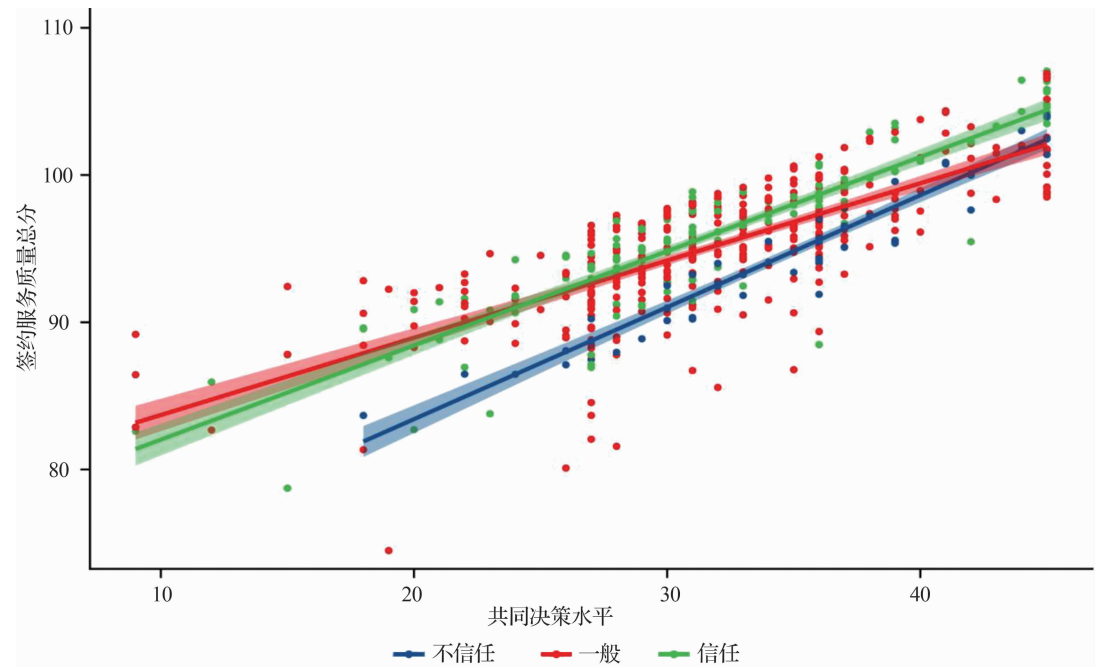


图 1 医生对患者的信任度在共同决策对签约服务质量影响中的调节效应

4 讨论

4.1 老年慢性病共病患者的医患共同决策处于中等水平

老年慢性病共病患者的医患共同决策水平得分为 32.06 ± 6.46 分(满分为 45 分),处于中等水平,与林梦等^[30]、肖霖等^[31]的研究结果相近。表明大部分老年慢性病共病患者愿意与家庭医生共同参与医疗决策过程中,但问卷条目中“家庭医生告诉我有不同治疗方案可供选择”“家庭医生问过我有多想参与这次方案的制定”得分较低,可能是医患之间存在信息不对等,家庭医生较易根据自身经验和能力作出诊疗决策而忽视患者的健康需求,在为老年慢性病共病患者提供健康服务的过程中并未真正践行医患共同决策。其次可能是老年慢性病共病患者具有高龄、文化程度较低、病情复杂的特征,对疾病认知和健康敏感度较弱,不足以支撑其作出关于自身疾病治疗的决策,而倾向于依赖家庭医生的治疗意见。^[32-33]因此,家庭医生在服务过程中应当主动告知患者病情及可选治疗方式的适宜性,重视患者健康需求助力医患共同决策。同时社区应当倡导医患共同决策理念,以海报、短视频、公众号等方式开展健康宣教来提升患者对自身病情和医患共同决策的认知,为患者参与医患共同决策赋能。

4.2 老年慢性病共病患者的家庭医生签约服务质量有待提高

老年慢性病共病患者的家庭医生签约服务质量总得分为 95.20 ± 8.73 分(满分为 120 分),总体处于良好水平,但纵向连续性维度和经济性维度得分较低,与欧晏辰等^[34]、马天娇等^[35]、柳松艺等^[36]的研究结果相一致。这表明在我国的家庭医生签约服务中存在慢性病患者的服务连续性较差以及患者疾病经济负担较重等问题。从具体条目中发现老年慢性病共病患者在填写转诊单、帮助预约挂号、联系转诊等服务上满意度较低,反映出基层医疗机构中慢性病患者的转诊服务不到位、转诊渠道不畅通,部分患者无法享受到应有的转诊待遇而自行前往上级医疗机构就诊,导致患者疾病经济负担增加。2024 年我国深化医药卫生体制改革的重点工作任务之一,是要进一步加强基层医疗卫生能力建设,家庭医生签约服务是其重要抓手。因此,在今后的家庭医生签约服务建设中应重点强化转诊服务、完善转诊规

范及流程,建议将转诊前的准备工作、转诊后患者的服务评价纳入家庭医生绩效考核范围,以此驱动家庭医生为患者妥善安排好转诊事务,进一步减轻患者就医负担和提升转诊服务效能。同时依托区域内的医联体或医共体,各级医疗机构应当制定明确的转诊规范及流程并达成共识,上级医疗机构应预留一定量的转诊号源和开通上转患者绿色转诊通道,优化签约服务在连续性和经济性上的质量与效率,促进分级诊疗的有序就医格局形成。

4.3 医患共同决策显著提升老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量

医患共同决策能够有效改善患者健康结局、提升其生活质量和幸福感。本研究重点探讨医患共同决策对家庭医生签约服务质量的影响,并发现在老年慢性病共病患者中医患共同决策水平对家庭医生签约服务质量起到促进作用。在共同决策过程中,患者与医生充分沟通诊疗意见,患者的个人偏好和意愿受到医生的充分尊重,医生提出的专业治疗方案和健康指导意见被患者采纳,双方的有效互动产出高水平的签约服务质量和患者就医体验感。2023 年 5 月国家卫健委等部门联合发布了《改善就医感受 提升患者体验主题活动方案(2023—2025 年)》,着重强调要将“以患者为中心”贯穿于医疗服务全过程。医患共同决策是增强患者就医体验感的有效途径,但目前我国对于医患共同决策尚未出台明确的指导意见或管理规范,今后应加强政策法规的扶持力度,卫生行政部门应当明确医患共同决策在签约服务中的重要性,出台相关政策营造支持性环境^[37],提升医患共同决策在实施过程中的顺畅程度,为持续提升签约服务质量奠定稳固基础。

4.4 对患者持信任态度强化医患共同决策对签约服务质量的正向效应

家庭医生对签约患者的信任程度在医患共同决策对签约服务质量的影响中起到正向调节作用。医生对患者的信任是医患间有效互动的重要基础,医生对患者持信任态度可引导医生将注意力更集中于患者身上,依据患者病情和偏好意愿制订治疗方案,从而提升医疗服务质量和患者满意度。但现实中医患信任关系不稳定,信息不对称和专业壁垒使得医生较少听取患者的意见。其次是家庭医生工作强度较大、工作环境较为紧张,参与调查的家庭医生中超 80% 感到工作劳累,而且老年慢性病共病患者

病情较为复杂,医生在高强度工作下可能一时无法确定最佳治疗方式,对构建医患间良好信任关系造成阻碍。^[38]沟通是强化医患间彼此信任的利器,社区应当让患者多了解签约医生的工作职责与贡献,打破医患间信息壁垒,提升患者对签约医生的理解与配合,间接提升医生对患者的信任程度。^[39]同时改善家庭医生福利待遇与执业环境,定期组织业务培训,促成良好的医患信任关系形成,切实强化医患共同决策对签约服务质量的正向影响。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 陈鸣声,司磊. 慢性病共病对患者门诊次数、住院床日与灾难性卫生支出的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(11): 17-24.

[2] 陈静纯,袁春锋,谈芳,等. 基于倾向评分匹配法家庭医生签约对居民医疗健康服务获得感的影响[J]. 现代预防医学, 2023, 50(18): 3347-3351, 3366.

[3] 刘丹丹,秦敬柱,王海鹏,等. 糖尿病患者对家庭医生签约服务的满意度及其影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(8): 1435-1440.

[4] 张福云. 家庭医生签约服务模式对高血压患者健康管理的效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(15): 180-181.

[5] Li L L, He X T, Zhang C H. The impact of public policy of family doctor contracting on medical expenses from the perspective of residents at community level in China[J]. Frontiers in Psychology, 2022, 13: 972904.

[6] Feng S, Cheng A, Luo Z, et al. Effect of family doctor contract services on patient perceived quality of primary care in southern China[J]. BMC Family Practice, 2020, 21(1): 218.

[7] 张晓峥,谢富元,庞越胜,等. 南京市签约服务老年慢性病患者家庭医生工作满意度调查[J]. 卫生软科学, 2023, 37(11): 87-94.

[8] 张渊. 患者偏好与医患共同决策[J]. 协和医学杂志, 2019, 10(6): 679-684.

[9] 伍松柏,吕爱莲. “共同决策模式”在ICU医患沟通中的应用价值[J]. 医学与哲学, 2019, 40(6): 25-27, 77.

[10] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model[J]. Social Science & Medicine, 1999, 49(5): 651-661.

[11] 孙芬. 新医改背景下医院投诉的原因分析及对策研究[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(18): 28-31.

[12] 张健. 新时期我国医患矛盾的现状和防治对策[J]. 劳动保障世界, 2020(12): 32.

[13] 邹琛,周莹. 颌面外科重症患者不同营养治疗的共同决策分析[J]. 继续医学教育, 2023, 37(10): 169-172.

[14] Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, et al. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire--physician version (SDM-Q-Doc) [J]. Patient Education and Counseling, 2012, 88(2): 284-290.

[15] Shields C G, Franks P, Fiscella K, et al. Rochester Participatory Decision-Making Scale (RPAD): Reliability and Validity[J]. Annals of Family Medicine, 2005, 3(5): 436.

[16] Eldh A C, Ekman I, Ehnfors M. A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions[J]. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2010.

[17] Brown L, Gardner G, Bonner A. A randomized controlled trial testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease [J]. Journal of Advanced Nursing, 2019, 75(11).

[18] Johnson R A, Huntley A, Hughes R A, et al. Interventions to support shared decision making for hypertension: A systematic review of controlled studies [J]. Health Expectations, 2018, 21.

[19] 张宏伟,侯晓婷,柏冬丽,等. 恶性肿瘤患者参与医疗及护理决策满意度现状的调查研究[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(23): 5.

[20] 方汉萍,刘洪娟,蔡纯,等. 乳腺癌患者参与护理决策的现况调查[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(7): 525-529.

[21] 王雅星,徐蕊芳,关志,等. 痴呆患者参与决策及决策辅助的研究进展[J]. 护理学报, 2019, 26(13): 38-43.

[22] 祁静,茅彦彦. 健康干预对农村中老年人健康知识、态度和行为的影响[J]. 人口学刊, 2018, 40(2): 34-47.

[23] 司明舒,艾迪,黄泉,等. 生活行为方式对中国城市老年人心理健康的影响研究: 基于 CHARLS2018 的实证研究[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(7): 552-556.

[24] 孔国书,钟明航,张福康. 社会人口学特征对基层家庭医生工作满意度影响: 基于中西部三省份的实证调查数据[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(11): 49-56.

[25] 陈锦,柏杨,李燕,等. 家庭医生脑卒中预防康复胜任力现状及影响因素分析[J]. 中国医院管理, 2022, 42(12): 82-86.

- [26] 丛新霞, 徐凌忠, 马效恩, 等. 泰安市签约家庭医生工作压力现状及其影响因素[J]. 医学与社会, 2023, 36(7): 122-127.
- [27] Kriston L, Scholl I, Hlzel L P, et al. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample[J]. Patient Education and Counseling, 2009, 80(1): 94-99.
- [28] 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): 823-829.
- [29] 赵盼盼, 王屹亭, 林振平, 等. 农村家庭医生签约服务质量评价量表的编制和信效度检验[J]. 中国全科医学, 2021, 24(7): 812-817.
- [30] 林梦, 赵益. 卵巢癌患者医患共同决策现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2023, 38(12): 9-12.
- [31] 肖霖, 彭美芳, 刘亚玮, 等. 癌症患者参与能力对其感知医患共同决策水平的影响[J]. 护理学杂志, 2022, 37(20): 42-45.
- [32] 徐梦亚, 武江华, 王文婷. 结直肠癌病人权力距离对医患共同决策的影响[J]. 护理研究, 2024, 38(9): 1632-1637.
- [33] Cullati S, Courvoisier D S, Charvet-Bérard A I, et al. Desire for autonomy in health care decisions: A general population survey[J]. Patient Education & Counseling, 2011, 83(1): 134-138.
- [34] 欧晏辰, 谢月英, 王振邦, 等. 基于供方感知视角的家庭医生签约服务质量评价及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(22): 2773-2779.
- [35] 马天娇, 李晶华, 张莉, 等. 基于 TOPSIS 法和 RSR 法的长春市某区基层医疗卫生服务质量评价[J]. 医学与社会, 2019, 32(3): 49-52.
- [36] 柳松艺, 孟文奇, 彭海波, 等. 签约居民对家庭医生签约服务连续性的评价及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(34): 4312-4317.
- [37] Song K, Wu D. Shared decision-making in the management of patients with inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(26): 3092-3100.
- [38] 池上新. 医疗暴力事件如何影响医患信任: 基于认知与归因的视角[J]. 社会科学, 2022(11): 160-173.
- [39] Sa'at H, Lee Y K, Yoon S Y, et al. The needs of Southeast Asian BRCA mutation carriers considering risk-reducing salpingo-oophorectomy: A qualitative study[J]. Fam Cancer, 2022, 21(1): 21-33.

[收稿日期:2024-06-16 修回日期:2024-07-11]

(编辑 薛云)