

閱讀重點：

- 1.瞭解各種決策模式之特質與優缺點
- 2.你的個案參與決策的程度為何？
- 3.SDM於實務應用上，可能遭遇之困難。

## 共同決策於臨床醫學之應用

許維邦<sup>1、2</sup>、張瑞月<sup>3、4、6</sup>、呂美君<sup>5</sup>、周明智<sup>7-10</sup>、蕭培靜<sup>8、11</sup>

澄清綜合醫院 家庭醫學科<sup>1</sup>、國立台中科技大學 護理系<sup>2</sup>、嘉義基督教醫院 心臟內科<sup>3</sup>、  
內科部<sup>4</sup>、醫學研究部<sup>5</sup>、崇仁醫護管理專科學校 老人服務事業管理科<sup>6</sup>、  
中山醫學大學 醫學研究所<sup>7</sup>、醫學系<sup>8</sup>、中山醫學大學附設醫院 胸腔外科<sup>9</sup>、外科部<sup>10</sup>、內科部<sup>11</sup>

### 摘要

醫療決策的品質攸關整體醫療品質和病人的福祉，目前臨床最常見有三種醫療決策模式：(1) 父權決策模式，(2) 告知決策模式，(3) 共同決策模式，其中共同決策模式最能夠凸顯以病人為中心照護之精神。我們先就父權決策模式和告知決策模式，做一個概括性的論述，再深入探討共同決策模式，就其定義、臨床應用、臨床試驗是否適合或必須適用和其執行障礙等面相加以探討。依其定義而言我們主要採用Charles C等學者之定義並增添一項病患在參與共同決策模式時，於資訊交換該階段，和醫師一樣，可提出對醫療計畫之建議。希望本篇文章有助於共同決策模式之推廣，進而提升醫療品質，造福病患，將以病患為中心的照護精神發揚光大。

### 前言

醫療品質可以切割為兩個面相：醫療決策品質和執行決策品質，沒有優質的決策品質，絕不可能孕育出圓滿的診療結果。醫療決策之演變由最早的父權決策模式 (paternalistic decision-making model)，由醫師代為決定病患的一切醫療決策，然而醫師所片面代為決定之決策，是否真正能夠反應出病患所想要的醫療服務？是否符合病患最佳利益？且其後果卻將由病患獨自承擔。隨著知識的普及，以病人為中心的照護理念的抬頭，美國Institute of Medicine這一機構更指出在以病人為中心之理念下，病人的價值觀必須導引所有臨床決策，同時相關倫理與法律的規範也逐步建構成型和消費者意識高漲等等因素，因而漸漸轉移至告知決策模式 (informed decision-making model)。醫師負責告知病患所有診療相關的醫學知識，然後退居第二線，由病患單獨 (或和相關人士) 擬定醫療決策，再委由醫師執行。表面上好像落實以病患為中心的醫療，但其問題在於一病患是否能夠在短時間內了解所有相關醫學知識再融入自己的喜好，並做出最佳醫療決策，這不無疑慮。本著醫病關係必須建立於信任、愛心、以病人為中心和提供最好的醫學知識，因而介於父權決策模式和告知決策模式的共同決策模式 (shared decision-making model: SDM model) 慢慢興起 (表一) [1-5]，在各種不同的醫療決策模式當中，SDM更被譽為是“以病人為中心照護”理念的最佳闡述[6-8]。

關鍵詞：共同決策、以病人為中心照護

通訊作者：蕭培靜  
通訊地址：臺中市南區建國北路一段110號  
E-mail：h195819@yahoo.com.tw  
電話：04-24730022

### SDM決策模式之探討

SDM目前並無全世界統一的操作型定義，本篇

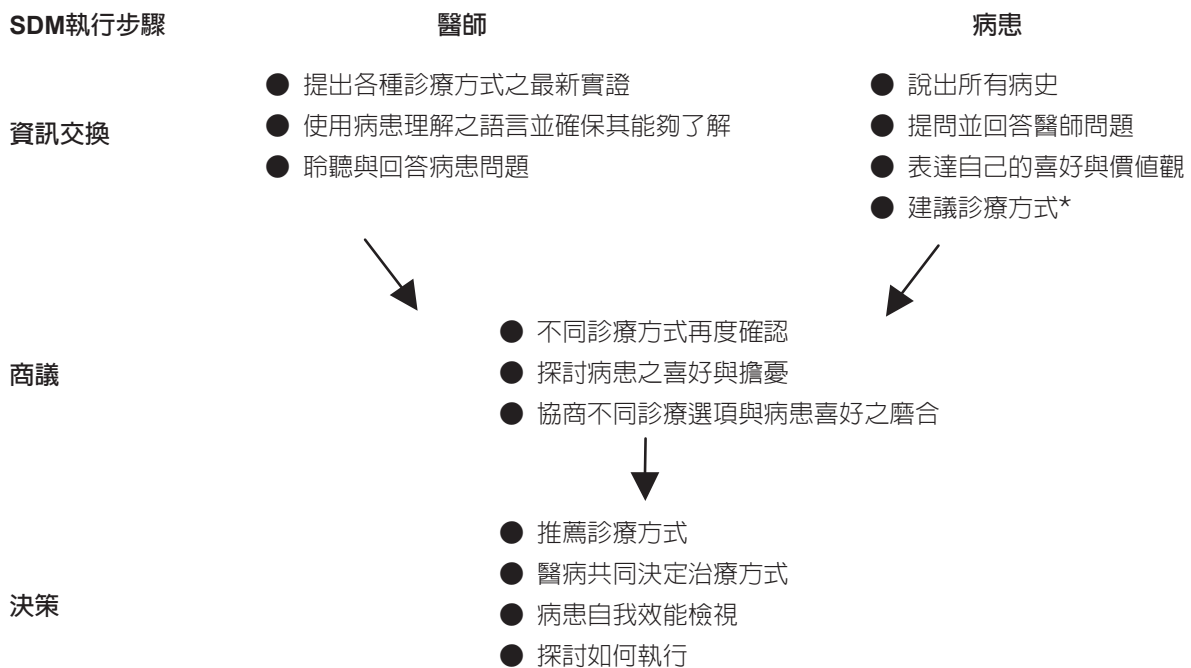
文章對於SDM之定義，以Charles C之定義為骨幹[2]，將其定義如下：包括了3個特徵：(1) 至少有醫師和病患雙方共同參與，(2) 醫師提出各種不同診療處置方案之實証資料，病患提出個人喜好和價值觀，並且彼此交換資訊和討論，(3) 經過醫病之溝通和討論，共同達成對病患目前狀況最佳並可行之治療選項，也就是兼具知識、溝通和尊重此三元素[13,14]，另外我們建議在醫病互動的決策過程當中融入了病患也可提出醫療計畫之建議(圖一)，如此將更能夠呼應並反應網路資訊時代，醫療知識的普及與易於獲取之醫療現況，更可突顯出病患是扮演著積極主動參與者

的角色，甚至有機會提出負責診療醫師尚未觸及的診療選項，補足醫師所提出診療選項的最後一里路。另外為提昇醫師告知病患相關醫學知識之效率並使病人使能，可針對不同的臨床議題，建議由各專科醫學會召集相關領域專家學者，發展出各式各樣的臨床決策輔助工具 (decision aids)，其形式可以以衛教單張、手冊、圖表和影音多媒體教材等方式呈現，且可透過電腦與網路傳播，將有助於病患相關知識的快速獲得並拉近醫病雙方醫學知識的落差、降低做決策時病患內心的衝突和更能夠主動積極投入參與共同決策並達到結論[9-12]。

表一 常見3種醫療決策模式之比較

醫療決策模式	父權決策*	共同決策†	告知決策‡
方向	單向 (大部分)	雙向	單向 (大部分)
流向	醫師→病人	醫師↔病人	醫師→病人
內容	醫學	醫學和病人價值觀	醫學
最低要求	合乎法律底線	任何和決策相關資訊	任何和決策相關資訊
商議階段	醫師	醫師和病人	病人
決策參與者	(其他醫療同仁)	(可能有其他相關者)	(可能有其他相關者)
決策者	醫師	醫師和病人	病人

註：\*Paternalistic model; †Shared model; ‡Informed model



圖一 Charles C等提出的醫病共同決策模式

\* 為本篇作者建議新增項目

SDM為臨床決策模式之一種，其特色為提供專業諮詢的醫師，尊重病患的價值觀並和病患共同做出可行且對病患最有利的醫療決策。那些臨床情境建議採納SDM模式？目前的看法是：“醫療不確定性”（medical uncertainty）的成分比重越大者、目前尚無明確之實證結果、越嚴重致命疾病、可能有重大身心功能或形像改變或併發症之手術、藥物、診斷和處置和需長期服用之藥物等這些臨床情境，就應該要考慮採行融入病人好惡的SDM決策模式（表二）[3]。就以預防醫學為例，癌症篩檢長久以來一直有兩大疑慮：（1）敏感度和特異性的問題，（2）早期介入之效益如何，也就是如何區隔出假病（pseudo-disease），美國U.S. Preventive Service Task Force（USPSTF）建議臨床醫師在執行疾病篩檢和藥物預防疾病時，可依照USPSTF對於種種疾病篩檢方法和藥物預防疾病之實證位階給予不同的決策模式，如果歸類為實證等級A和B—即對於接受篩檢或藥物預防之參與者，顯然地利遠大於弊，在此種情境以採用告知之醫療決策模式即可，得以避開冗長且無意義的討論。對於實證等級C（些微益處）、D（沒有益處甚至有害）、I（實證品質不良）之篩檢或藥物預防，如果病患有所須求時，建議必須執行SDM診療模式[13]，2014年美國癌症醫學會更建議子宮內膜癌、攝護腺癌和肺癌的篩檢採行SDM的診療模式[14-16]。自從1997年第一篇SDM相關的隨機臨床研究發表了之後，臨床有關於SDM應用之研究，就陸續有多篇文章發表，涵蓋臨床各部科，探討內容有癌症的診療、乳房重建手術、上呼吸道感染與抗生素的使用、流產手術、神經外科加護病房照護和骨科手術等多篇文章，其結論都給予SDM正面評價，可協助提昇醫療品質，降低醫療費用[17-23]，甚至護理界也開始注意此一議題[20,24]。那些臨床情境可能不適合或不須要執行SDM診療模式？（1）具有實證基礎之臨床常規：如子宮頸抹片檢查、戒菸、不安全性行為和使用汽車安全帶上等項目大費周章，使用SDM的決策模式；但如果病患依然有所質疑時，當下醫護人員仍然可以更開放的胸襟，深入病患和相關人員之內心世界，了解其價值觀和意願，以解開病患心中的疑惑，（2）須緊急處置之突發危害生命狀況：於急診室、加護病房、洗腎中心、產房和手術室之突

發危急狀況（表三），然而某些急診情境，SDM似乎也有揮灑的空間[25]。

表二 建議採用“共同決策”之臨床情境

1. “醫療不確定性”比重愈大者：複雜、多重選擇。
2. 目前尚無明確實證結果之處置與用藥。
3. 越嚴重致命疾病。
4. 可能有重大身心功能、形像改變或併發症之處置與用藥。
5. 需長期服用之藥物。

表三 不適合或不須要執行“共同決策”之臨床情境

1. 具有實證基礎之臨床常規：子宮頸抹片檢查、戒菸、不安全性行為和使用汽車安全帶等。
2. 須緊急處置之突發危害生命狀況：急診室、加護病房、洗腎中心、產房和手術室之突發危急狀況。

## 臨床試驗是否適合或必須適用SDM？

臨床試驗往往隱藏著很多未知的風險，尤其是新藥物、新器材和新技術相關的臨床試驗。然而臨床試驗為消除採樣之偏差，其研究設計往往盡可能採取隨機取樣模式，而忽視、不尊重個人的喜好或感受，是否唯有如此才合乎科學？科學始終來自於人性又該如何解讀？以病人為中心的醫療，是否遇到了臨床試驗就須要退縮轉彎？受試者個人的喜好是否可歸為另一個獨立變項？在臨床試驗的分組，為了探索一個充滿變數的結果而犧牲了受試者個人的喜好，這樣的研究結果是否真正能夠反應實際的醫療現況？或是不同人生價值觀的受試者經過了SDM的決策模式，受試者選擇了符合自己人生觀的治療模式，這樣的結果是否更貼切醫療現況且才是真正研究成果。例如有一個針對肺癌的臨床試驗區分為放射治療和化學治療兩組，可能有些受試者就是恐懼放射治療，有些受試者就是不願意化學治療，經過了SDM的決策模式之後（在決策過程當然也可適時藉助於決策輔助工具，以提升受試者相關知識並節省時間），這些適合接受化學治療或放射治療之受試者，依個人意願分別參與了各自喜歡的治療方式，這樣的研究結果難道不是更貼近真理嗎？這樣的模式是否窒礙難行或是會增加大量研發經費，這議題我們也正在做研究中，並已獲得澄清綜合醫院人體試驗委員會通過（人體試驗



編號HP140041)，應該很快會有初步成果[26]。

## SDM執行之障礙

SDM的診療模式是一個正在萌芽發展當中的臨床診療模式，其在各相關領域的實施，無可避免將會面對許多困難與挑戰，尤其是時間、技巧與態度[27]。首先就時間而言，在執行SDM之資訊交換、商議和決策這三階段時，須要醫病雙方（和其相關者）共同付出一段不算短的時間，醫師必須準備呈現一個中性且涵蓋該診療議題全面相關醫學知識，這對於臨床醫師而言，何嘗不是一個挑戰與負擔。雖然臨床決策輔助工具的開發有助於減輕醫師的負擔，但是它並不見得適用於所有病患和情境。另一個要注意的面相是醫病溝通的技巧與藝術，SDM的診療模式對於醫病雙方而言，都是一個嶄新的體驗，可考慮將SDM相關課程和醫病溝通技巧融入醫師再教育課程，甚至納入醫學院授課內容[28,29]，病患這一端，可能不同的個性與人格特質，對於SDM的診療模式有不同的接受度，相關研究指出年輕族群和教育程度較高者，比較能夠接受SDM的診療模並且能夠較為主動積極參與[24,27,28,30]，另外可能有些病人甚至也弄不清楚自己的喜惡，或是害怕做了不對的決策，或是中國人保守的民族性，不善於表達自己的意見，尤其針對某些特殊敏感的議題（如性行為），更是羞於啟齒。目前可透過多媒體宣達SDM的理念和病人的權利和義務，使一般民眾能夠了解此種新的醫療決策模式，於必須參與執行SDM時可欣然接受並積極參與SDM的診療模式。另外就健保給付制度而言，針對適合SDM的臨床情境，設計出適當的誘因，胡蘿蔔與棍子雙管齊下，也絕對有助於SDM診療模式的推廣，其實目前的全人照護個案討論會就有點SDM診療模式的精神。

## 結論

以病人為中心照護是現代醫學的主流，然就臨床診療而言，告知決策模式僅守住道德與法律規範之底線，SDM之醫療決策模式是將以病人為中心之理念推進發展至另一嶄新的境界，但SDM僅是常見三種醫療決策模式的一種，並不是臨床診療的萬靈丹，且其執行有一定技術門檻與限制。醫師如果能夠養成平時用心聆聽，仔細觀察推敲病患內心世界和其喜好與價值觀，縱使在採用其它醫療決策模式時，醫師仍

然能夠本於行善原則，協助病患做出對其最有利且傷害最少的醫療抉擇。臨床上決定採用何種臨床決策模式須取決於當下臨床情境、病患想法和醫師態度，但無論如何都必須謹守法律規範之底線和醫學倫理的要求，盡可能提供病患所最須要與最想要的醫療服務，提高病患執行診療計畫的順從度，以達到病患所期待的醫療處置結果。

## 參考文獻

1. Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49(5): 651-661.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tangle). *Soc Sci Med* 1997; 44(5): 681-692.
3. Frosch DL, Kaplan RM: Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 1999; 17(4): 285-294.
4. Charles C, Whelan T, Gafni A: What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319(7212): 780-782.
5. Coulter A: Paternalism or partnership? *BMJ* 1999; 319(7212): 719-720.
6. Barry M, Edgman-Levitan S: Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366(9): 780-781.
7. Weston WW: Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *JAMC* 2001; 165(4): 438-439.
8. Oshima Lee E, Emanuel EJ: Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med* 2013; 368(1): 6-8.
9. Stancy D, Legare F, Col NF, et al.: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1: CD001431.
10. Ninh AQ: DoBot: a novel clinical decision support algorithm. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2014; 6290-6293.
11. Volk RJ, Shokar NK, Leal VB, et al.: Development and pilot testing of an online case-based approach to shared decision making skills training for clinicians. *BMC Med Intern Decis Mak* 2014; 14: 95.
12. Ronda G, Grispen JE, Ickenroth MH, et al.: The

effects of a web-based decision aid on the intention to diagnostic self-testing for cholesterol and diabetes: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014; 14: 921.

13. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH: Shared decision making about screening and chemoprevention. *Am J Prev Med* 2004; 26(1): 56-66.
14. Kaplan RM: Shared medical decision making-a new tool for preventive medicine. *Am J Prev Med* 2004; 26(1): 81-83.
15. Smith RA, Manassiram-Baptiste D, Brooks D, et al.: Cancer screening in the United States, 2014: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2014; 64(1): 30-51.
16. Politic MC, Wolin KY, Legare F: Implementing clinical practice guideline about health promotion and disease prevention through shared disease model. *J Gen Intern Med* 2013; 28(6): 838-844.
17. Basch E: Toward patient-centered drug development in oncology. *N Engl J Med* 2013; 369(5): 397-400.
18. Legare F, Labrecque M, Cauchon M, et al.: Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012; 184(13): e726-e734.
19. Temple-Oberle C, Ayeni O, Webb C, et al.: Shared decision-making: applying a person-centered approach to tailored breast reconstruction information provides high satisfaction across a variety of breast reconstruction options. *J Surg Oncol* 2014; 110(7): 796-800.
20. Kawasaki Y: Consultation technique using shared decision making for patients with cancer and their families. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18(6): 701-706.
21. Strauss K, Benvenuto A, Battan B, et al.: Promoting shared decision making to strengthen outcome of young children with autism spectrum disorders: the role of staff competence. *Res Dev Diabil* 2014; 38: 48-63.
22. Park SG, Derman M, Dixon LB, et al.: Factors associated with shared decision-making preferences among veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2014; 65(12): 1409-1413.
23. Washington K, Shacklady C: Patients' experience of shared decision making using an online patient decision aid for osteoarthritis of the knee — a service evaluation. *Musculoskeletal Care* 2014.
24. 林美伶, 葉莉莉, 陳清惠: 影響病人參與醫療決策之論述。 *護理雜誌* 2009; 56(3): 83-87。
25. Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, et al.: Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision-making: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2012; 19(8): 959-967.
26. Eichler HG, Petavy F, Pignatti F, et al.: Access to patient-level trial data—A boon to drug developers. *N Engl J Med* 2013; 369(17): 1577-1579.
27. Gravel K, Legare F, Graham ID: Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perception. *Implement Sci* 2006; 1: 16.
28. Towle A, Godolphin W: Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319(7212): 766-771.
29. Zeuner R, Frosch DL, Kuzemchak MD, et al.: Physicians' perceptions of shared decision-making behaviors: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice. *Health Expect* 2014.
30. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J: What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch intern med* 1996; 156(13): 1414-1420.

# Shared Decision Making in Clinical Practice

Wei-Pang Hsu<sup>1,2</sup>, Rei-Yeuh Chang<sup>3,4,6</sup>, Mei-Chun Lu<sup>5</sup>,  
Ming-Chih Chou<sup>7-10</sup>, Pei-Ching Hsiao<sup>8,11</sup>

Division of Family Medicine<sup>1</sup>, Cheng Ching General Hospital; Department of Nursing<sup>2</sup>, National Taichung University of Science and Technology; Division of Cardiology<sup>3</sup>, Department of Internal Medicine<sup>4</sup>, Department of Medical Research<sup>5</sup>, Chia-Yi Christian Hospital; Department of Senior Citizen Management<sup>6</sup>, Chung Jen Junior College of Nursing, Health Sciences and Management; Institute of Medicine<sup>7</sup>, School of Medicine<sup>8</sup>, Chung Shan Medical University; Division of Thoracic Surgery<sup>9</sup>, Department of Surgery<sup>10</sup>, Department of Internal Medicine<sup>11</sup>, Chung Shan Medical University Hospital, Taiwan

## Abstract

The quality of medical decision-making affects both quality of medical care and welfare of patients. Paternalistic, informed and shared decision-making models are three of the most adopted medical decision-making models. Among them, the shared decision-making model can best reflect the essence of patient-centered care. We first made a general description of paternalistic and informed decision-making. Then detailed descriptions of the definition, applications in clinical trials and obstacles of the shared decision-making were presented. In addition to the definition of Charles C and et al., we added that patients, as doctors, can present medical care options during the stage of information exchange while participating in shared decision-making. The purpose of this study is to promote the application of shared decision-making, improve the quality of medical care, benefit patients' overall medical experience and highlight the importance of patient-centered care.

**Keywords :** *Shared decision making, Patient centered care*

Received: January 2015; Accepted: February 2015