DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2026.05.004

中老年慢性病患者共享决策现状及其与健康焦虑、慢性病资源利用及自我效能感的相关性

刘蕙蕙[1]　刘欢[2]　王嘉怡[3]　王瑞[3]　黎怡凡[3]　王翠珍[2]　周志庆[4]
([1]皖南医科大学研究生学院,芜湖 241000;[2]皖南医科大学第一附属医院(弋矶山医院)血液净化中心,芜湖 241001;
[3]皖南医科大学护理学院,芜湖 241000;[4]皖南医科大学第一附属医院(弋矶山医院)护理部,芜湖 241001)

摘　要　目的　调查中老年慢性病患者共享决策现状,并分析其与健康焦虑、慢性病资源利用及自我效能感的相关性。**方法**　采用便利抽样法,选择 2025 年 1 月—2026 年 3 月皖南医科大学第一附属医院(弋矶山医院)、合肥市第二人民医院和浙江大学医学院附属第二医院共 886 名中老年慢性病患者作为调查对象,采用一般资料调查表、健康焦虑量表、慢性病资源利用量表和慢性病自我效能感量表进行调查。**结果**　中老年慢性病患者共享决策总得分 71.11(60.00,80.00)分,健康焦虑得分 21.00(16.00,27.00)分、慢性病资源利用得分 57.00(52.00,61.00)分、慢性病自我效能感得分 40.00(35.00,44.00)分;相关性分析显示共享决策与健康焦虑呈负相关($r=-0.282$,$P<0.01$);与慢性病资源利用和慢性病自我效能感呈正相关($r=0.229$、0.305,P 均<0.05);多元线性回归分析显示,互联网使用时长:6 年~($\beta=0.090$,$P=0.028$)、11 年~($\beta=0.171$,$P<0.001$)、16 年~($\beta=0.276$,$P<0.001$)、健康焦虑($\beta=-0.073$,$P=0.036$)、慢性病资源利用($\beta=0.204$,$P<0.001$)和慢性病自我效能感($\beta=0.156$,$P<0.001$)是中老年慢性病患者共享决策的影响因素。**结论**　中老年慢性病患者共享决策处于中等偏上水平,医护人员可采取相应措施,进一步提升中老年慢性病患者共享决策参与度,改善慢性病管理结局。

关键词　中老年患者;慢性病;共享决策;健康焦虑;慢性病资源利用;慢性病自我效能感
中图分类号:R395.1　　**文献标识码**:A　　**文章编号**:1000-9760(2026)10-405-06

A study on the current status of shared decision-making among middle-aged and older patients with chronic diseases and its correlation with health anxiety, utilisation of chronic disease resources and self-efficacy

LIU Yiyi[1], *LIU Huan*[2], *WANG Jiayi*[3], *WANG Rui*[3], *LI Yifan*[3], *WANG Cuizhen*[2], *ZHOU Zhiqing*[4]
([1]*Graduate School of Wannan Medical University, Wuhu* 241000, *China*; [2]*Hemodialysis Center, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical University (Yijishan Hospital), Wuhu* 241001, *China*; [3]*School of Nursing, Wannan Medical University, Wuhu* 241000, *China*; [4]*Nursing Department, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical University (Yijishan Hospital), Wuhu* 241001, *China*)

Abstract: Objective　To investigate the current status of shared decision-making among middle-aged and older patients with chronic diseases, and to analyse its correlations with health anxiety, utilisation of chronic disease resources, and self-efficacy. **Methods**　Convenience sampling was used to recruit 886 middle-aged and older patients with chronic diseases from the First Affiliated Hospital of Wannan Medical University (Yijishan Hospital), Hefei Second People's Hospital and the Second Affiliated Hospital of Zhejiang University from January 2025 to March 2026. Data were collected using a demographic questionnaire, the Health Anxiety Scale, the Chronic Disease Resource Utilisation Scale and the Chronic

[基金项目]安徽省教育厅重大课题(2024AH040381);中华医学会杂志社 2025 年护理学科研究课题(CMAPH-NRD2025044);大学生创新创业训练计划项目(202410368042)
[通信作者]周志庆,E-mail:1274467404@qq.com

Disease Self-Efficacy Scale. **Results** The total score for shared decision-making among middle-aged and older patients with chronic diseases was 71.11(60.00,80.00) points; the score for health anxiety was 21.00(16.00,27.00) points; the score for utilisation of chronic disease resources was 57.00(52.00,61.00) points; and the score for self-efficacy regarding chronic diseases was 40.00 (35.00,44.00) points; Correlation analysis revealed that shared decision-making was negatively correlated with health anxiety ($r=-0.282$, $P<0.01$); it was positively correlated with the utilisation of resources for chronic diseases and self-efficacy regarding chronic diseases ($r=0.229$, 0.305, $P<0.05$); Multivariate linear regression analysis showed that duration of internet use: 6 years ~ ($\beta=0.090$, $P=0.028$), 11 years ~ ($\beta=0.171$, $P<0.001$), 16 years ~ ($\beta=0.276$, $P<0.001$), health anxiety ($\beta=-0.073$, $P=0.036$), utilisation of resources for chronic diseases ($\beta=0.204$, $P<0.001$) and self-efficacy regarding chronic diseases ($\beta=0.156$, $P<0.001$) were factors associated with shared decision-making among middle-aged and older patients with chronic diseases. **Conclusion** Shared decision-making among middle-aged and older patients with chronic diseases is at a moderate-to-high level. Healthcare professionals may implement appropriate measures to further enhance the participation of these patients in shared decision-making and improve chronic disease management outcomes.

Keywords: Middle-aged and older patients; Chronic diseases; Shared decision-making; Health anxiety; Utilisation of chronic disease resources; Self-efficacy for chronic diseases

随着人口老龄化进程加速,我国中老年慢性病患者数量持续攀升,慢性病已成为威胁中老年人群健康的重大公共卫生问题[1]。据调查[2],我国中老年人慢性病患病率约 44.46%。慢性病病因复杂、病程迁延难愈,逐渐降低患者认知程度与机体活动度[3],且因其并发症多,导致高复发率与高住院率,中老年慢性病患者在诊疗决策中常处于被动地位,其共享决策参与水平对慢性病管理质量具有重要影响[4]。共享决策是指以患者为中心的医疗决策模式,医护人员与患者共同参与制定诊疗方案[5],将专业医学证据与患者个人偏好、价值观整合,能够有效提升患者治疗依从性和满意度,是慢性病管理的核心策略之一。

依据社会认知理论,个体的健康行为是个体认知、情绪与环境因素动态交互的结果,其中自我效能感是决定行为发动的核心机制。在慢性病管理中,健康焦虑属于个体情绪因素,过度的焦虑情绪可能削弱患者参与医疗决策的信心与意愿;慢性病资源利用属于环境支持因素,体现了患者获取医疗与社会支持的现实条件,是促进患者参与决策的外部助力;自我效能感作为个体核心认知因素,是连接情绪、环境与共享决策行为的关键枢纽。目前三者与共享决策的关联尚未在中老年人群中得到系统验证。因此,本研究调查中老年慢性病患者共享决策现状,并分析其与健康焦虑、慢性病资源利用及自我效能感间的相关性,为制定针对性护理干预方案提供参考依据。

1　研究对象与方法

1.1　调查对象

本研究采用便利抽样法,于 2025 年 1 月至 2026 年 3 月对安徽省皖南医科大学第一附属医院(弋矶山医院)、合肥市第二人民医院和浙江大学医学院附属第二医院共 886 名中老年慢性病患者进行研究。纳入标准:1)年龄≥45 岁;2)符合慢性病诊断[6];3)知情同意参与本研究;排除标准:1)全身严重器质性疾病者;2)认知功能障碍,无法沟通交流。本研究已通过皖南医学院第一附属医院医学伦理委员会审核[2024 伦理第(181)号]。

1.2　调查工具

1.2.1　一般资料调查表　由研究者基于文献分析自行设计,主要包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、个人月收入等。

1.2.2　共享决策量表(9-item Shared Decision Making Questionnaire, SDM-Q-9)　由 Kriston 等[7]于 2010 年编制,中国学者罗碧华和肖水源[8]汉化,该量表是单一维度,共 9 个条目;采用 Likert 6 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 0~5 分,总分 0~45 分,原作者建议按原始分数×20/9,得到 0~100 的标准化评分,分数越高表明在临床实践中患者共享决策水平越高。该量表的 Cronbach's α 为 0.945。

1.2.3　中文版简式健康焦虑量表(Chinese Version of Short Health Anxiety Inventory, CSHAI)　该量表由 Salkovskis 等[9]编制、Zhang 等[10]汉化并修订,包含害怕生病的可能性(条目 1~14)和害怕生病的消极后果(条目 15~18)2 个维度,共 18 个条目;采用

Likert 4 级评分法，从“从不”到“总是”依次计 0~3 分，总分 0~54 分。得分越高表明患者健康焦虑程度越深，15 分为筛选健康焦虑的阈值。该量表的 Cronbach′s α 为 0.742。

1.2.4 慢性病资源利用量表（Chronic Illness Resource Survey，CIRS）该量表由 Glasgow 等[11]编制，钟慧琴[12]汉化。包含医护团队、家人和朋友、个体应对、邻里或社区、媒体与政策和组织机构 6 个维度，共 19 个条目；采用 Likert 5 级评分法，从“从来没有”到“非常多”分别计 1~5 分，总分 19~95 分，患者得分越高表明资源利用状况越佳，总分达到或超过 57 分表明慢性病资源利用情况较为理想。该量表的 Cronbach′s α 为 0.845。

1.2.5 慢性病自我效能感量表（Chronic Disease Self-Efficacy Scale，CDSES）该量表由美国学者 Lorig 等[13]编制，后经我国学者林蓓蕾等[14]汉化。包含症状管理（条目 1~4）和疾病共性管理（条目 5~6）2 个维度，共 6 个条目；采用 1~10 分的计分方式，“1”=“完全没有信心”，“10”=“完全有信心”，总分 6~60 分。得分越高表明患者自我效能感越好。该量表的 Cronbach′s α 为 0.96。

1.3 资料收集与质量控制方法

本研究由经专业培训且考核合格的课题组成员进行问卷发放与回收。调查期间，调查员严格按照纳入和排除标准选取研究对象，使用统一规范的话术，向研究对象详细说明研究目的，在获得知情同意后，采取一问一答形式客观记录数据，并现场解答患者相关疑问。问卷完成后当场回收，对存在选项矛盾、逻辑明显错误的问卷予以剔除，采用双人复核与录入方式，确保问卷数据的真实性与完整性。本次共发放问卷 900 份，回收有效问卷 886 份，有效回收率为 98.44%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 27.0 统计分析。对连续变量进行正态性检验，结果显示共享决策得分等计量资料不服从正态分布（$P<0.05$），采用 $M(P_{25},P_{75})$ 描述；两组间比较采用 Mann-Whitney U 检验，多组间比较采用 Kruskal-Wallis H 检验。采用 Spearman 相关分析共享决策与健康焦虑、慢性病资源利用和慢性病自我效能感之间的相关性。采用多元线性回归分析探讨中老年慢性病患者共享决策的影响因素，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中老年慢性病患者共享决策现状

本研究共纳入中老年慢性病患者 886 例，其中共享决策得分 71.11（60.00，80.00）分，健康焦虑得分 21.00（16.00，27.00）分，慢性病资源利用得分 57.00（52.00，61.00）分，慢性病自我效能感得分 40.00（35.00，44.00）分。

2.2 中老年慢性病患者共享决策的单因素分析

单因素分析结果显示，不同年龄、文化程度、医保类型、互联网使用时长与中老年慢性病患者共享决策得分比较，差异具有统计学意义（$P<0.05$）。见表 1。

表 1　影响中老年慢性病患者共享决策的单因素分析

项目	例数 [n(%)]	得分 [分，$M(P_{25},P_{75})$]	Z/H 值	P 值
性别			-0.907	0.365
男	535(60.38)	71.00(60.00,80.00)		
女	351(39.62)	71.00(58.00,80.00)		
年龄/岁			26.984	<0.001
45~	255(28.78)	76.00(62.00,82.00)		
60~	288(32.51)	71.00(62.00,80.00)		
70~	260(29.35)	69.00(56.00,80.00)		
80~	83(9.37)	64.00(53.00,76.00)		
婚姻状况			-0.931	0.352
无配偶	62(7.00)	69.00(60.00,76.50)		
有配偶	824(93.00)	71.00(60.00,80.00)		
居住地			1.002	0.606
农村	299(33.75)	69.00(58.00,80.00)		
城镇	300(33.86)	71.00(60.00,80.00)		
城市	287(32.39)	73.00(60.00,80.00)		
个人月收入/元			6.577	0.254
0~	105(11.85)	69.00(56.00,78.00)		
1 000~	80(9.03)	70.00(58.00,80.00)		
2 000~	172(19.41)	71.00(58.00,80.00)		
3 000~	199(22.46)	73.00(60.00,80.00)		
4 000~	142(16.03)	71.00(60.00,80.00)		
5 000~	188(21.22)	73.00(62.00,80.00)		
医保类型			-2.704	0.007
非职工医保	667(75.28)	71.00(60.00,80.00)		
职工医保	219(24.72)	73.00(62.00,82.00)		
文化程度			11.186	0.025
文盲	98(11.06)	64.00(53.00,80.00)		
小学	273(30.81)	71.00(60.00,80.00)		
初中	279(31.49)	71.00(62.00,80.00)		
高中/中专	172(19.41)	71.00(60.00,80.00)		
大专及以上	64(7.22)	76.00(60.50,80.00)		

表 1　影响中老年慢性病患者共享决策的单因素分析(续表)

项目	例数 [n(%)]	得分 [分, $M(P_{25}, P_{75})$]	Z/H 值	P 值
互联网使用时长/年			120.208	<0.001
0~	184(20.77)	67.00(51.50,80.00)		
6~	307(34.65)	67.00(56.00,76.00)		
11~	290(32.73)	73.00(62.00,80.00)		
16~	105(11.85)	80.00(78.00,84.00)		

2.3　中老年慢性病患者共享决策与健康焦虑、慢性病资源利用和慢性病自我效能感的相关性

Spearman 相关分析显示,共享决策总分与健康焦虑总分呈负相关($r=-0.282$, $P<0.01$);与慢性病资源利用和慢性病自我效能感总分呈正相关($r=0.229$、0.305, $P<0.01$)。见表 2。

表 2　共享决策与健康焦虑、慢性病资源利用和慢性病自我效能感的相关性

项目	共享决策总分	
	r	P
健康焦虑	−0.282	<0.01
慢性病资源利用	0.229	<0.01
慢性病自我效能感	0.305	<0.01

2.4　中老年慢性病患者共享决策的多元线性回归分析

以中老年慢性病患者共享决策总分为因变量,单因素和相关分析中有统计学意义的变量为自变量,进行多元线性回归分析,自变量赋值方式见表 3。结果显示,互联网使用时长、健康焦虑、慢性病资源利用和慢性病自我效能感是中老年慢性病患者共享决策的影响因素($P<0.05$)。见表 4。

3　讨论

3.1　中老年慢性病患者共享决策处于中等偏上水平

本研究结果显示,中老年慢性病患者共享决策处于中等偏上水平,低于王磊磊等[15]针对中青年糖尿病患者的研究结果,分析原因可能为本研究对象为中老年慢性病患者,受传统就医观念影响,更倾向被动接受决策,且部分老年患者文化水平有限,难以理解专业医疗知识,参与决策能力较低。目前我国慢性病管理正在向全周期的健康管理转变,共享决策作为以患者为中心的核心实践模式,在慢性病长期管理中具有重要意义,中老年慢性病患者的共享决策水平仍存在进一步提升空间。建议医护人员在临床工作中继续重视中老年慢性病患者的共享决策实践,采取针对性干预措施提升患者决策参与度。

表 3　自变量赋值情况

项目	赋值方法
年龄(参照组:45 岁~)	哑 1:60 岁~=1,其他=0;哑 2:70 岁~=1,其他=0;哑 3:80 岁~=1,其他=0
文化程度(参照组:文盲)	哑 1:小学=1,其他=0;哑 2:初中=1,其他=0;哑 3:高中/中专=1,其他=0;哑 4:大专及以上=1,其他=0
是否为职工医保	非职工医保=0;职工医保=1
互联网使用时长(参照组:0 年~)	哑 1:6 年~=1,其他=0;哑 2:11 年~=1,其他=0;哑 3:16 年~=1,其他=0
健康焦虑总分	原值代入
慢性病资源利用总分	原值代入
慢性病自我效能感总分	原值代入

表 4　影响中老年慢性病患者共享决策的多元线性回归分析

项目	B 值	SE 值	β 值	t 值	P 值	VIF
(常量)	33.106	4.600	—	7.197	<0.001	
互联网使用时长						
6 年~	2.813	1.276	0.090	2.204	0.028	1.857
11 年~	5.404	1.320	0.171	4.094	<0.001	1.932
16 年~	12.657	1.694	0.276	7.470	<0.001	1.510
健康焦虑	−0.138	0.066	−0.073	−2.095	0.036	1.350
慢性病资源利用	0.365	0.059	0.204	6.190	<0.001	1.209
慢性病自我效能感	0.326	0.075	0.156	4.317	<0.001	1.441

注:$R^2=0.216$,调整后 $R^2=0.203$, $F=16.007$, $P<0.001$。

3.2　中老年慢性病患者共享决策的影响因素

研究结果表明,互联网使用时长、健康焦虑、慢性病资源利用及慢性病自我效能感均会对中老年慢性病患者共享决策产生影响。4 个因素中,互联网使用时长的影响最大,健康焦虑的影响相对较小但有统计学意义。健康焦虑对共享决策的独立解释力有限,可能与患者即便存在焦虑仍会在医患互动中被动配合有关,其效应可能通过自我效能感等中介变量间接传递,下面分别对各影响因素展开分析。

3.2.1　互联网使用时长　本研究结果显示,与互联网使用时长≤5 年的患者相比,互联网使用时长越长的中老年慢性病患者其共享决策参与度越高,与 Ichikawa 等[16]研究结果一致,该研究指出,患者

的线上健康信息搜寻行为，能够提升疾病认知和优化医患沟通效率，进而促进共享决策的实施。互联网使用时间较长的患者，能够通过线上医疗平台获取更多疾病相关知识和医疗信息，提升对疾病的认知水平，为参与决策提供信息基础；其次，互联网使用时间更长的患者参与决策的渠道更畅通，其熟悉操作线上沟通工具，能够实时与医护人员交流、咨询治疗方案来更好地管理慢性病。鉴于此，临床护理应注重数字赋能。一方面，可开发和推广适老化的线上健康科普与医患沟通平台，降低中老年患者的技术使用门槛；另一方面，护士可利用线上平台主动推送个性化的健康信息，并鼓励家属协助患者进行线上互动。通过提升患者的数字健康素养，引导其合理利用互联网资源，进而转化为共享决策的实际能力。

3.2.2　健康焦虑　本研究结果显示，中老年慢性病患者共享决策水平与健康焦虑呈负向关联（$\beta=-0.073$，$P=0.036$），健康焦虑水平越高，患者共享决策水平越低。既往研究发现[17]，过度的健康焦虑会影响患者及其家属的认知和判断能力，难以理性看待治疗方案，更倾向于被动地接受医护人员的安排，无法主动表达自身需求；而患者在参与共享决策的过程中，通过与医护人员的充分沟通，能够全面了解疾病和治疗信息，减少信息不对称带来的不确定性，缓解健康焦虑。因此，建议在临床中实施焦虑分层管理，在患者入院时进行常规心理评估，识别健康焦虑水平。对于轻度焦虑患者，可通过线上科普、同伴支持等方式进行早期干预；对于中重度焦虑患者，责任护士应加强心理疏导，通过引导其参与治疗方案的讨论，帮助患者客观评估病情，纠正负性认知，从而在沟通与决策中逐步减轻健康焦虑。

3.2.3　慢性病资源利用　本研究结果显示，中老年慢性病患者共享决策水平与慢性病资源利用能力呈正向关联。慢性病资源利用是指患者在长期自我管理过程中对多元支持资源的整合与使用情况，其不仅包含家庭、亲友及同事等社会支持，还进一步延伸至医护专业团队、个体自我管理能力、媒体与政策环境、社区邻里及各类相关组织机构提供的多层面支持资源[18]。有研究指出[19]，对慢性病资源的有效利用可以帮助患者建立和维持良好的健康行为，其能够主动通过社区随访、健康讲座、康复指导等渠道获取疾病管理知识，提升对疾病的认知，为参与决策提供能力基础；因此，建议将传统的入院宣教升级为系统的资源导航。护士在宣教时，应向患者及家属详细梳理并介绍医保政策、社区随访、康复指导等多元支持资源；同时，可建立医院、社区与家庭的资源信息共享清单，帮助患者打通信息壁垒。通过提升患者对多维资源的整合与利用能力，为其参与共享决策提供持续的环境支持与资源保障。

3.2.4　慢性病自我效能感　本研究结果显示，中老年慢性病患者共享决策水平与慢性病自我效能感呈正向关联，与张爱淋[20]研究结果一致。慢性病自我效能是指在特定状态和环境内，对于自身能否完成某项行为的主观判断及感知[21]。高自我效能感的患者，在面对疾病挑战时能够保持更积极的心态[22]，也敢于主动向医务人员表达自身的治疗偏好和顾虑，积极参与决策过程；同时，参与共享决策的过程也能让患者感受到自身在疾病管理中的价值，进一步提升自我效能感，形成良性循环。因此，建议在实施数字赋能、焦虑分层管理与资源导航的过程中，同步嵌入自我效能感的提升策略。例如，通过数字平台分享成功案例、在资源导航中提供个性化指导、结合同伴支持等方式，不断增强患者参与疾病管理与共享决策的信心。内在效能感的提升能够有效激发患者的主观能动性，促使其由被动配合治疗转向主动参与决策。

4　小结

综上所述，本研究中老年慢性病患者的共享决策处于中等偏上水平，互联网使用时长、健康焦虑、慢性病资源利用和慢性病自我效能感均为中老年慢性病患者共享决策的影响因素。互联网使用时长为患者获取多元慢性病资源提供数字化渠道，资源利用的过程又能够不断强化患者的慢性病自我效能感；而健康焦虑作为负向心理因素，既可直接削弱患者主动参与决策意愿，也可通过降低自我效能感，间接弱化互联网信息获取、资源利用带来的积极作用。因此中老年慢性病患者共享决策是数字条件、外部资源、个体心理与自我信念共同作用的综合结果，提示临床不能仅针对单一因素开展干预，应综合考虑多因素联动关系，完善信息支持、资源对接、情绪疏导与效能提升的综合干预方案，帮助中老年慢性病群体更好地参与共享决策，改善其生活质量与健康结局。未来研究可结合客观评价

指标,引入中介模型剖析各变量间的内在传导机制,为开发针对性的综合干预策略提供有力的实证支撑。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

[1] 李菲,邵迪,代文翀. 我国中老年人慢性病患病率区域差异及可达性的相关性研究[J]. 中国卫生事业管理,2026,43(1):96-101. DOI:10. 3969/j. issn. 1004-4663. 2026. 01. 019.

[2] 刘影,姜俊丞,景汇泉. 我国中老年人群慢性病患病率及患病种类区域差异与医疗卫生资源的相关性研究[J]. 中国全科医学,2024,27(12):1452-1459. DOI:10. 12114/j. issn. 1007-9572. 2023. 0365.

[3] 邵明,张欣,杨丹,等. 中老年慢性病患者社会支持、淡漠及创伤后应激障碍与生活质量的相关性[J]. 济宁医学院学报,2026,49(1):25-30. DOI:10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2026. 01. 005.

[4] 刘宇丹,张彩云,郭明媚,等. 慢性病共病病人共享决策研究进展[J]. 循证护理,2024,10(5):831-836. DOI:10. 12102/j. issn. 2095-8668. 2024. 05. 012.

[5] Elwyn G. Shared decision making:what is the work? [J]. Patient Educ Couns,2021,104(7):1591-1595. DOI:10. 1016/j. pec. 2020. 11. 032.

[6] World Health Organization. ICD-11 Reference Guide[EB/OL]. (2023-02-16)[2026-04-15]. https//icdcdn. who. int/icdiireferencequide/en/ml/index. html.

[7] Kriston L, Scholl I, Hölzel 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. DOI:10. 1016/j. pec. 2009. 09. 034.

[8] 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. DOI:10. 11817/j. issn. 1672-7347. 2019. 180316.

[9] Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, et al. The health anxiety inventory:development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis[J]. Psychol Med, 2002,32(5):843-853. DOI:10. 1017/s0033291702005822.

[10] Zhang Y, Liu R, Li G, et al. The reliability and validity of a Chinese-version Short Health Anxiety Inventory:an investigation of university students [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2015, 11: 1739-1747. DOI:10. 2147/NDT. S83501.

[11] Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, et al. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management:the chronic illness resources survey[J]. J Behav Med,2000,23(6):559-583. DOI:10. 1023/a:1005507603901.

[12] 钟慧琴. 社区糖尿病患者慢性病资源利用、自我效能及自我管理行为研究[D]. 石河子:石河子大学,2015.

[13] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease[J]. Eff Clin Pract, 2001,4(6):256-262.

[14] 林蓓蕾,张振香,康佳迅,等. 社区脑卒中患者自我效能水平影响因素及对策[J]. 中国老年学杂志,2015,35(2):451-454. DOI:10. 3969/j. issn. 1005-9202. 2015. 02. 075.

[15] 王磊磊,张兴,杜伟,等. 中青年糖尿病患者共享决策现状及影响因素的路径分析[J]. 护理学杂志,2024,39(10):46-50. DOI:10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2024. 10. 046.

[16] Ichikawa T, Kishida D, Shimojima Y, et al. Impact of online health information-seeking behavior on shared decision-making in patients with systemic lupus erythematosus: the TRUMP2-SLE project[J]. Lupus, 2023, 32(11):1258-1266. DOI:10. 1177/09612033231200104.

[17] 黄桃英. ICU 病人家属共享决策参与能力现状及影响因素分析[J]. 全科护理,2023,21(9):1285-1288. DOI:10. 12104/j. issn. 1674-4748. 2023. 09. 033.

[18] 陈梦奇,迟晨汝,杨丹,等. 老年慢性病患者健康素养现状及其影响因素[J]. 济宁医学院学报,2024,47(1):36-40. DOI:10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2024. 01. 008.

[19] 杜若飞,赵文艳,王莹,等. 基于健康生态学模型的老年类风湿关节炎病人自我管理现状及影响因素分析[J]. 全科护理,2026, 24(3): 550-554. DOI: 10. 12104/j. issn. 1674-4748. 2026. 03. 032.

[20] 张爱淋. 共享决策对脑卒中患者功能锻炼依从性的影响研究[D]. 延吉:延边大学,2021.

[21] 李青,徐婉清,张锦云. 慢性病自我效能在糖尿病患者心理弹性与医学应对方式间的中介效应[J]. 中国医药导报,2024,21(16):36-38. DOI:10. 20047/j. issn1673-7210. 2024. 16. 09.

[22] 吴红伦,钟颖嫦,王海燕,等. 老年糖尿病患者社会疏离感现状及其影响因素研究[J]. 中华护理教育,2023,20(5):594-598. DOI:10. 3761/j. issn. 1672-9234. 2023. 05. 015.

(收稿日期　2026-04-15)

(本文编辑:甘慧敏)