

• 中医护理 •  
• 论 著 •

# 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜在剖面及与权力距离的关系

韩晶, 冒鑫娥, 郭晓娟, 陈应柱

**摘要:****目的** 了解老年慢性病患者中医护理技术接受度的群体异质性, 分析与权力距离的关系, 为制订提高老年慢性病患者中医护理技术接受度的措施提供参考。**方法** 便利选取老年科门诊 224 例老年慢性病患者为研究对象, 采用中医护理技术接受情况调查表、患者权力距离量表进行调查。识别老年慢性病患者中医护理技术接受度的潜在剖面, 运用 logistic 回归分析其影响因素, 并比较不同中医护理接受度剖面患者的权力距离水平。**结果** 老年慢性病患者中医护理技术接受度分为 3 个潜在剖面: 低感知-高顾虑-意愿消极组(23.66%)、中感知-中顾虑-意愿平衡组(35.27%)、高感知-低顾虑-意愿积极组(41.07%)。3 个潜在剖面老年慢性病患者权力距离总分及情感交流、决策参与 2 个维度得分比较, 差异有统计学意义(均  $P<0.05$ )。logistic 回归分析结果显示, 文化程度、收入、社区是否开展中医技术项目、家庭有无中医操作用具及权力距离是老年慢性病患者不同中医护理接受度剖面的影响因素(均  $P<0.05$ )。**结论** 老年慢性病患者中医护理技术接受度存在明显异质性, 且老年慢性病患者权力距离特征与中医护理技术接受度关联。建议根据影响因素对不同类别中医护理接受度老年慢性病患者进行干预, 提升其中医护理技术接受度。

**关键词:** 老年人; 慢性病; 中医护理技术; 接受度; 权力距离; 影响因素; 潜在剖面分析; 中医护理

**中图分类号:** R47; R247 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.01.072

## Latent profile analysis of traditional Chinese medicine nursing technique acceptance and the relationship with power distance among elderly patients with chronic disease

Han Jing, Mao Xin'e, Guo Xiaojuan, Chen Yingzhu. Department of Geriatrics, Northern Jiangsu People's Hospital, Yangzhou 225001, China

**Abstract:** **Objective** To understand the group heterogeneity in the acceptance of Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing techniques among elderly patients with chronic diseases, and to analyze its relationship with power distance, so as to provide references for formulating strategies to improve their acceptance of TCM nursing techniques. **Methods** A total of 224 elderly patients with chronic diseases were conveniently selected from the geriatrics outpatient department, then they were investigated by using the TCM Nursing Technique Acceptance Questionnaire and the Patient Power Distance Scale. The latent profiles of TCM nursing technique acceptance among the participants were identified; multiple logistic regression was conducted to analyze its influencing factors, and the power distance scores across different TCM nursing acceptance profiles were compared. **Results** The acceptance of TCM nursing techniques among the participants was divided into 3 latent profiles: the low perception-high concern-negative willingness group (23.66%), the medium perception-medium concern-balanced willingness group (35.27%), and the high perception-low concern-positive willingness group (41.07%). There were statistically significant differences in the total score of power distance and its two subscale scores of emotional communication and decision-making participation among the three groups (all  $P<0.05$ ). Logistic regression analysis results indicated that, educational background, income, whether the living community offers TCM technology programs, whether the household has TCM operation tools, and power distance were influencing factors for different TCM nursing acceptance profiles (all  $P<0.05$ ). **Conclusion** There is obvious heterogeneity in the acceptance of TCM nursing techniques among elderly patients with chronic diseases, which is associated with their power distance characteristics. It is recommended to implement targeted interventions for different TCM nursing acceptance groups based on the influencing factors, so as to improve their acceptance of TCM nursing techniques.

**Keywords:** the elderly; chronic disease; traditional Chinese medicine nursing technique; acceptance; power distance; influencing factors; latent profile analysis; traditional Chinese medicine nursing

《2022 年度国家老龄事业发展公报》显示, 我国作者单位: 江苏省苏北人民医院老年医学科(江苏 扬州, 225001)  
通信作者: 冒鑫娥, 1442042579@qq.com  
韩晶: 女, 硕士, 副主任护师, 1909444289@qq.com  
科研项目: 2023 年江苏省中医药科技发展计划面上项目 (MS2023139)  
收稿: 2025-08-10; 修回: 2025-10-23

大于 60 周岁人口占总人口的 19.8%<sup>[1]</sup>, 而我国老年  
人多重慢性病患率达 30.3%<sup>[2]</sup>, 增加了老年患者  
再入院率和病死率<sup>[3]</sup>。为应对老年慢性病患者健康  
问题, 《“十四五”健康老龄化规划》<sup>[4]</sup> 明确将中医药老  
年健康服务的发展纳入重点工作部署范畴。传统中  
医护理技术凭借操作简便、疗效确切、应用灵活、易于  
推广等显著优势, 在老年健康服务领域具备独特价  
值<sup>[5]</sup>, 广泛应用于老年慢性病预防、治疗、康复等方

面<sup>[6]</sup>。然而,本课题组前期研究显示,老年患者对中医护理技术的感知效益、风险顾虑以及行为意愿等方面存在着显著差异<sup>[7]</sup>,中医护理技术在老年慢性病患者群体中的应用推广面临阻碍。中医护理技术体系具有较强的传统权威性,其技术应用常与专家经验绑定,在技术意愿决策上受到医患间关系影响。权力距离是指患者在医务人员职业权威及自主性背景下,感知到与医务人员之间权力分配不平的程度差异<sup>[8]</sup>。作为中医护理技术重要受益群体,老年慢性病患者在医疗参与过程中有其独特行为模式<sup>[9]</sup>,其对医务人员的权威感知与自主决策之间的权衡可能会影响该人群对中医护理技术的接受度。因此,本研究采用潜在剖面分析(Latent Profile Analysis,LPA)对老年慢性病患者中医护理技术接受度内在特征进行划分,分析不同剖面类型与权力距离的关系,为采取针对性干预措施提高老年慢性病患者中医护理技术接受度提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2023 年 10 月至 2024 年 5 月,采用方便抽样法以我院老年科门诊就诊患者作为研究对象。纳入标准:①年龄≥60 周岁;②患有慢性疾病;③意识清楚,能准确表达个人意愿;④自愿参与本调查。排除标准:①患有精神类疾病;②病情危重,无法配合调查;③患者医疗决策主要由照顾者主导。根据样本估算法<sup>[10]</sup>,样本量取自变量的 10 倍,考虑 20% 的样本流失。本研究共涉及 16 个自变量,计算所需样本量为 200。本研究共有效调查 224 例老年慢性病患者。本研究经江苏省苏北人民医院伦理委员会批准(2022ky070),患者均签署知情同意书。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 主要包括一般社会人口学资料(性别、年龄、文化程度、既往职业、婚姻、月收入、健康自评、就医偏好、就医支付方式、居住社区是否开展中医项目、是否接受过中医适宜技术、家人是否接受过中医适宜技术、是否有火罐艾灸条等中医护理操作用具)。

1.2.2 社区中老年居民中医护理技术接受情况调查表 采用洪雪珮等<sup>[11]</sup>基于技术接受模型设计的社区中老年居民中医护理技术接受情况调查表。包含感知有用性(5 个条目)、感知易用性(9 个条目)、关键人物影响(4 个条目)、使用顾虑(8 个条目)、行为态度(5 个条目)、行为意愿(5 个条目)6 个维度,共 36 个条目。以 Likert 5 级计分,由“完全不同意”到“完全同意”依次赋 1~5 分,总分 36~180 分,得分越高研究对象接受度越好;使用顾虑维度计算总分时需进行反向计分。在社区老年人群中应用,量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.914<sup>[11]</sup>。本研究中量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.804。

1.2.3 患者权力距离量表 由王吟雨等<sup>[12]</sup>基于文化维度理论中权力距离理论框架编制。包含权威感

知(7 个条目)、情感交流(5 个条目)、决策参与(4 个条目)3 个维度共 16 个条目。采用 Likert 5 级计分,总分 16~80 分,得分越高权力距离越高,即患者感知与医务人员之间权力分配不均的程度越大。该量表总体 Cronbach's  $\alpha$  系数 0.908,本研究中为 0.773。本研究采用四分位数(Q1 为 49 分,Q2 为 53 分,Q3 为 56 分)作为分界节点,划分为低、中、较高及高 4 个水平。

1.3 资料收集方法 面对面发放纸质版问卷,主要由患者自填,对于文化程度低或者不方便自评者由研究者辅助逐条朗读后按照患者的意愿填写。共发放 268 份问卷,回收有效问卷 224 份,有效回收率 83.58%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行统计描述、 $\chi^2$  检验、Kruskal-Wallis  $H$  检验、logistic 回归分析。使用 Mplus8.3 软件进行潜在剖面分析,模型拟合指标包括艾凯克信息准则(AIC)值、贝叶斯信息准则(BIC)值、样本校正的贝叶斯信息准则(aBIC)值。AIC、BIC、aBIC 值越小代表模型拟合越好。采用罗梦戴尔-鲁本校正似然比检验(LMRT)、基于 Bootstrap 似然比检验(BLRT)评价不同潜在剖面模型拟合差异, $P<0.05$  表明第  $k$  个类别模型优于  $k-1$  个类别模型。确定最佳潜在剖面后,采用单因素方差分析比较不同中医护理技术接受度组别老年慢病患者的权力距离。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 老年慢性病患者中医护理技术接受度及权力距离 老年慢性病患者划分为低、中、较高及高权力距离水平分别有 60 例(26.79%)、65 例(29.02%)、50 例(22.32%)、49 例(21.88%)。老年慢性病患者中医护理技术接受度及权力距离得分见表 1。

表 1 老年慢性病患者中医护理技术接受度及权力距离得分( $n=224$ )

项目	总分	条目均分
中医护理技术接受度	100.79±15.22	2.80±0.42
感知有用性	11(5,20)	2(1,3)
感知易用性	22.85±5.18	2.54±0.58
关键人物影响	11(9,14)	3(2,4)
使用顾虑	25(11,37)	3(2,4)
行为态度	15.40±3.36	3.08±0.67
行为意愿	14.97±3.95	2.99±0.79
权力距离	52.53±5.65	3.28±0.35
权威感知	28.57±3.35	4.08±0.48
情感交流	9(5,12)	2(1,3)
决策参与	14.57±3.12	3.64±0.78

2.2 老年慢性病患者中医护理技术接受度的潜在剖面分析结果 本研究以中医护理技术接受情况调查量表 6 个维度为外显指标,依次选取 1~5 个潜剖面

进行探索性潜剖面分析,见表 2。其中第 3 个潜剖面时,AIC、BIC、aBIC 最小,且 LMRT、BLRT 达显著水平(均  $P<0.05$ ),表明 3 个潜剖面模型能较好解释老年慢性病患者中医护理技术接受度的类别信息,其剖面特征分布见图 1。C1 组在中医护理技术有用性与易用性感知得分最低,使用顾虑最高,使用意愿最低,反映出该组患者中医护理技术接受度偏低,命名为低

感知-高顾虑-意愿消极组(53 例,23.66%);C2 组感知易用性、行为意愿、使用顾虑均处于中等水平,命名为中感知-中顾虑-意愿平衡组(79 例,35.27%);C3 组感知易用性、行为意愿最高,使用顾虑最低,反映出该组患者接受中医护理技术接受度较好,命名为高感知-低顾虑-意愿积极组(92 例,41.07%)。

表 2 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜剖面模型拟合指标

剖面数	AIC	BIC	aBIC	Entropy	P		类别概率(%)
					LMRT	BLRT	
1	7 623.399	7 664.334	7 626.309				100.00
2	7 407.345	7 472.167	7 411.153	0.844	<0.001	<0.001	33.72/66.28
3	7 361.392	7 450.095	7 367.697	0.767	0.047	<0.001	23.66/35.27/41.07
4	7 328.930	7 441.514	7 336.931	0.768	0.277	<0.001	34.74/22.28/19.91/23.07
5	7 295.926	7 432.392	7 305.625	0.819	0.375	<0.001	3.13/33.54/23.71/13.35/22.27

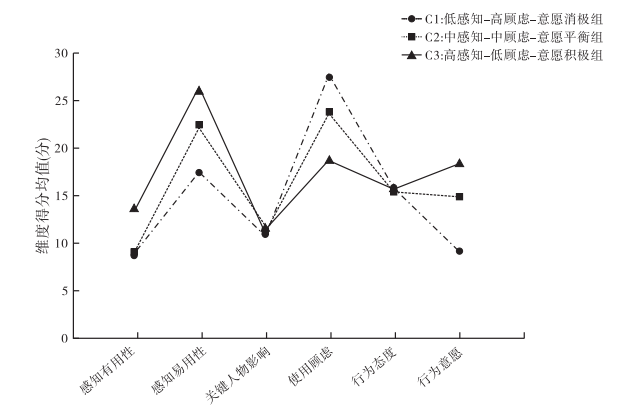


图 1 老年慢性病患者中医护理技术接受度 3 个潜剖面的类别特征

2.3 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜剖面的单因素分析 见表 3。

表 3 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜剖面的单因素分析

项目	例数	C1 (n=53)	C2 (n=79)	C3 (n=92)	$\chi^2$	P
性别					3.607	0.165
男	126	25	43	58		
女	98	28	36	34		
年龄(岁)					24.930	<0.001
60~<70	141	24	61	56		
70~<80	70	20	16	34		
≥80	13	9	2	2		
文化程度					41.460	<0.001
小学及以下	66	9	25	32		
初中	68	15	32	21		
高中/职高	52	8	11	33		
大专及以上	38	21	11	6		
既往职业					14.713	0.023
单位管理者	22	5	6	11		
一般业务员工	61	15	29	17		
专业技术人员	92	17	26	49		
工人/农民	49	16	18	15		
婚姻					72.689	<0.001
未婚	18	7	5	6		
离婚	25	12	5	8		
已婚,伴侣健在	126	4	52	70		
已婚,丧偶	55	30	17	8		

续表 3 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜剖面的单因素分析

项目	例数	C1 (n=53)	C2 (n=79)	C3 (n=92)	$\chi^2$	P
月收入(元)						0.008 *
<2 000	12	4	1	7		
2 000~<5 000	64	12	20	32		
5 000~<10 000	38	3	18	17		
>10 000	110	34	40	36		
健康自评						<0.001 *
差	2	0	0	2		
不好	65	12	13	40		
一般	53	1	28	24		
较好	79	26	27	26		
很好	25	14	11	0		
就医偏好					5.821	0.213
西医	94	29	28	37		
中医	54	10	19	25		
中西医结合	76	114	32	30		
就医支付方式					10.956	0.027
公费	14	6	3	5		
自费	53	19	18	16		
医保	157	28	58	71		
居住社区开展中医项目					17.653	<0.001
否	94	33	36	25		
是	130	20	43	67		
接受过中医适宜技术					2.835	0.242
否	61	19	18	24		
是	163	34	61	68		
家人接受过中医适宜技术					10.382	0.006
否	121	32	51	38		
是	103	21	28	54		
中医操作用具					7.511	0.023
无	159	38	64	57		
有	65	15	15	35		
权力距离					27.421	<0.001
低权力距离	60	8	16	36		
中权力距离	65	13	22	30		
较高权力距离	50	13	17	20		
高权力距离	49	19	24	6		

注:\* 为 Fisher 精确概率法。

2.4 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜在剖面类别的多因素分析 以接受度潜在剖面类别为因变量,以 C3 组作为参照,一般资料中有统计学意义的指标作为自变量进行无序多分类 logistic 回归分析。对

回归模型进行似然比检验, $P<0.001$ 。结果显示,文化程度、月收入、社区是否开展中医技术项目、家庭有无中医操作用具及权力距离是老年慢性病患者中医

护理接受度不同组别的显著影响因素(均  $P<0.05$ ),见表 4。

表 4 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜剖面类别的 logistic 回归分析

项目	参照值	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$	P	OR(95%CI)
C1 vs. C3						
文化程度						
高中/职高	大专及以上	-3.367	1.574	4.573	0.032	0.035(0.002~0.755)
月收入(元)	>10 000					
<2 000		-5.135	2.144	5.735	0.017	0.006(0.000~0.394)
2 000~<5 000		-4.320	1.491	8.396	0.004	0.013(0.001~0.247)
居住社区开展中医技术项目						
否	是	3.729	1.219	9.353	0.002	41.638(3.816~45.314)
权力距离	高权力距离					
低权力距离		-3.186	1.234	6.664	0.010	0.041(0.004~0.464)
中权力距离		-2.670	1.171	5.198	0.023	0.069(0.007~0.688)
C2 vs. C3						
文化程度						
高中/职高	大专及以上	-2.360	1.060	4.957	0.026	0.094(0.012~0.754)
月收入	>10 000					
<2 000		-7.855	3.146	6.233	0.013	0.000(0.000~0.185)
中医操作用具						
无	有	2.077	0.637	10.621	<0.001	7.981(2.288~27.830)
权力距离	高权力距离					
低权力距离		-3.090	0.929	11.054	<0.001	0.046(0.007~0.281)
中权力距离		-2.528	0.903	7.836	0.005	0.080(0.014~0.469)
较高权力距离		-2.027	0.915	4.902	0.027	0.132(0.022~0.792)

注:C1,低感知-高顾虑-意愿消极组;C2,中感知-中顾虑-意愿平衡组;C3,高感知-低顾虑-意愿积极组。

2.5 不同中医护理技术接受度老年慢性病患者权力距离评分比较 见表 5。

表 5 不同中医护理技术接受度老年慢性病患者权力距离评分比较 分, $\bar{x}\pm s$

组别	例数	权威感知	情感交流	决策参与	总分
C1	53	29.15±3.21	9.38±3.55	16.00±2.75	54.53±5.00
C2	79	28.32±3.74	10.78±4.84 <sup>a</sup>	14.72±2.97 <sup>a</sup>	53.82±6.19
C3	92	28.45±3.06	8.22±3.27 <sup>b</sup>	13.61±3.14 <sup>ab</sup>	50.27±4.71 <sup>ab</sup>
F		1.085	8.955	10.895	14.232
P		0.340	<0.001	<0.001	<0.001

注:<sup>a</sup>与 C1 比较, $P<0.05$ ;<sup>b</sup>与 C2 比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 老年慢性病患者中医护理技术接受度水平及剖面分析 本研究结果显示,老年慢性病患者中医护理技术接受度条目均分为(2.80±0.42)分,处于中等偏上水平。感知有用性得分低 2(1,3)分,这与洪雪佩等<sup>[11]</sup>在社区老年居民中的研究结果感知有用性得分最高(4.08±0.64)不一致。这表明老年慢性病患者对中医护理技术在改善健康问题上的实际作用感知不足。可能因为洪雪佩等<sup>[11]</sup>的研究对象为普通社区人群,对技术有用性的判断侧重于日常健康维护,而本研究聚焦老年慢性病患者,长期患病使其对疾病控制有更具体、迫切的需求。因此,在对中医护理技术有用性的感知上存在差异。

本研究中老年慢性病患者中医护理技术接受度分

为 3 个潜在剖面,其中从图 1 可知关键人物影响与行为态度维度在三组中没有明显差异。中感知-中顾虑-意愿平衡组占 35.27%,高感知-低顾虑-意愿积极组占 41.07%,说明 76.34%老年慢性病患者的中医护理技术接受度处于中、高水平。这与张丽丹等<sup>[13]</sup>对老年科患者愿意接受中医适宜技术的调查结果相似。这部分老年慢性病患者认为中医护理技术简单易用、效果显著,同时顾虑较低,表现出较为积极的使用意愿。低感知-高顾虑-意愿消极组占 23.66%,该组患者对中医护理技术操作便捷性及效用价值认知不足,对技术的安全性和疗效存在担忧,表现出相对消极的使用意愿。因此,在老年慢性病人群中进行中医护理技术推广时,应着重于加强中医护理技术操作流程及疗效的认知,降低其对安全性的疑虑,切实提升中医护理技术在老年慢性病群体中的接受度与应用意愿。

3.2 老年慢性病患者中医护理技术接受度潜在剖面的影响因素

3.2.1 月收入低和高中/高职文化程度是中医护理技术接受度的保护因素 本研究发现,月收入低(<2 000 元、2 000~5 000 元)的老年慢性病患者进入高感知-低顾虑-意愿积极组概率更高。从经济层面来看,老年慢性病患者护理服务消费决策深受其经济状况制约<sup>[11]</sup>,低收入群体在选择医疗服务时更倾向于高性价比。中医护理技术包含大量可居家实施的干



预手段,其所需用具具有低单价、可重复使用的特征,从而提高了低收入人群对中医护理技术的接受度。本研究中,月收入高( $>10\,000$ 元)老年慢性病患者对中医护理技术表现出更高的顾虑,这可能与部分中医技术的非标准化操作与经验性疗效的特点有关。良好经济基础的老年慢性病群体对自身健康状况关注更好<sup>[14]</sup>,对医疗服务的需求也更多元和高阶<sup>[15]</sup>。因此,在中医护理技术推广中应识别老年慢性病患者不同收入差异。对高收入群体,相关部门需注重中医护理技术的标准化与循证化建设,降低风险顾虑;对低收入群体,则需维持并强化医保政策对中医护理技术的覆盖与倾斜,突出中医护理技术的低成本优势与资源积极性,切实减轻老年慢性病患者经济顾虑<sup>[16]</sup>,以维持中医护理技术接受度。

本研究中,文化程度为高中/职高的老年慢性病患者更可能属于高感知-低顾虑-意愿积极组,大专及以上学历的老年慢性病患者更易进入低感知-高顾虑-意愿消极组、中感知-中顾虑-意愿平衡组。可能是因为大专及以上学历的老年慢性病患者具备较高的健康素养,对中医护理技术的评价更依赖现代医学证据<sup>[17]</sup>。在中医护理技术认知及态度维度中,技术认可度、知晓度是较为重要的预测因子<sup>[18]</sup>。因此,建议对文化程度高的老年慢性病人提供中西医结合循证指南,弥合理论鸿沟,提升其对中医理论科学性的信任度,激活其使用需求,充分发挥中医护理在疾病防控和健康维护中的独特价值。

**3.2.2 社区中医项目覆盖不足和家庭中医用具缺失是中医护理技术接受度的危险因素** 本研究中,社区未开展中医技术项目是老年慢性病患者更容易归属入低感知-高顾虑-意愿消极组( $P<0.05$ ),未覆盖中医服务社区的老年慢性病患者归入低感知-高顾虑-意愿消极组的概率是已覆盖社区的41.638倍。这可能与慢性疾病需要长期调理、老年人行动能力受限,寻求健康保健服务时更依赖就近的医疗体系有关。同时,中医强调个性化辨证、定期施治,若社区缺乏相关服务支持,则难以坚持疗程。因此,中医护理技术普及需着眼于缩短中医服务距离,实现便捷可持续服务。本研究中家庭缺少中医操作用具是中感知-中顾虑-意愿平衡组的突出特征( $P<0.05$ ),该组老年慢性病患者对中医护理技术存在顾虑但已经建立一定的认知。当家庭环境中缺少相关中医器具时,老年慢性病患者可能会止步对中医护理技术的进一步尝试,导致意愿停滞于平衡阶段。因此,需从家庭支持与社区服务支持方面协同提高中医护理技术的可获得性与可持续性,突出其“简、便、验、廉”,从而在老年慢性病健康维护中发挥作用。

**3.3 权力距离是老年慢性病患者中医护理技术接受度的负面影响因素** 本研究中老年慢性病患者权力距离得分 $3.28\pm0.35$ ,略高于刘贵竹等<sup>[19]</sup>的研究结果。权力距离本质是弱势方对强势方的依赖程度<sup>[12]</sup>,在医

疗活动中即患者对医护人员的依赖程度。多元logistic回归分析表明,与高权力距离相比,低、中权力距离的老年慢病患者更倾向于进入高感知-低顾虑-意愿积极组,该组患者对医护人员的知识技术依赖较少,健康决策时更为自主。高感知-低顾虑-意愿积极组的情感交流得分最低,表明该组老年慢性病患者在情感交流上需求较低,或者更满意现有沟通方式,而中感知-中顾虑-意愿平衡组可能需要医护人员给予更多的情感支持和引导,以维系其对中医护理技术的行为意愿。低感知-高顾虑-意愿消极组权力距离总分、决策参与维度得分最高。当个体对权力距离感知更强时,往往更倾向于遵循权威指令,并主动维持层级差异<sup>[20]</sup>。表明对中医护理技术认知模糊、顾虑较多且接受意愿消极的老年慢病患者,在权力距离感知上更为突出,他们或许习惯依赖权威决策,对技术的自主探索与接纳受权威束缚更强。决策参与主要体现的是对医护人员专业知识方面的依赖,意愿消极组在中医护理技术决策过程中更需要医护人员提供系统、专业的中医护理知识讲解与技术指导。因此,中医护理技术推广中需关注不同潜剖面群体权力距离特征,如对低感知-高顾虑-意愿消极组可通过权威引领降低其因权力距离产生的技术顾虑;对高感知-低顾虑-意愿积极组可以强化技术的平等互动以巩固接纳意愿。后续研究可明确权力距离作用路径,为构建更有效的中医护理技术推广策略、提升老年慢性病照护质量提供基础。

## 4 结论

老年慢性病患者中医护理技术接受度分为低感知-高顾虑-意愿消极组、中感知-中顾虑-意愿平衡组、高感知-低顾虑-意愿积极组3个潜剖面。文化程度、收入、社区是否开展中医技术项目、家庭有无中医操作用具及权力距离是老年慢性病患者不同中医护理接受度类别的影响因素。识别权力距离特征是在老年慢性病患者中进行中医护理技术个性化推广的重要切入点。但本研究样本量较小,且集中于单一区域,可能限制结论外推性。同时本研究未控制疾病类型对技术偏好的影响,未来需结合老年慢性病患者临床特征细化分析。

## 参考文献:

- [1] 赵星月. 2022年度国家老龄事业发展公报[N]. 健康报, 2023-12-29(01).
- [2] 李欣茹,陈慧雯,陈一鸣,等. 多重慢病老年人健康状况差异的分解研究:基于健康双因素的多层模型[J]. 中国全科医学, 2024, 27(17): 2138-2144.
- [3] 王萧冉,张丹. 慢性病共病对我国老年人焦虑症状的影响研究:基于倾向性评分匹配[J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 3622-3627.
- [4] 中华人民共和国中央人民政府. “十四五”健康老龄化规划. [EB/OL]. (2022-02-07) [2025-03-02]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/01/content\\_5676342.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/01/content_5676342.htm).

- [10] Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation[J]. J Adv Nurs, 1992,17(10):1251-1259.
- [11] 赵海平,王健. 血液透析患者的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志,2000,35(5):306-308.
- [12] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of Perceived Social Support[J]. J Pers Assess, 1990, 55(3-4): 610-617.
- [13] 黄丽,姜乾金,任蔚红. 应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J]. 中国心理卫生杂志,1996,10(4):160-161.
- [14] Cousineau N, McDowell I, Hotz S, et al. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale[J]. Med Care,2003,41(1):110-118.
- [15] 张庆娜. 癌症患者自我感受负担的测量工具评价及影响因素研究[D]. 合肥:安徽医科大学,2013.
- [16] Mishel M H. The measurement of uncertainty in illness[J]. Nurs Res,1981,30(5):258-263.
- [17] 叶增杰,余颖,梁木子,等. 中文版 Mishel 疾病不确定感量表的重新修订及其在中国恶性肿瘤患者中的信效度检验[J]. 中国全科医学,2018,21(9):1091-1097.
- [18] 马艳玲. 原发性肝癌介入术后患者心理危机与生活质量的相关性分析[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [19] 姜丽梅,李丹丹,牛晨霞. 生物-心理-社会医学模式在乳腺癌患者放疗期间的应用[J]. 国际护理学杂志,2024,43(23):4318-4321.
- [20] Karczmarek-Borowska B, Tobiasz M, Bukala A. Acceptance of the disease in patients with lung cancer[J]. Pol Merkur Lekarski,2016,40(236):89-93.
- [21] 冉倬睿,孙睿歆,贾婧怡,等. 癌症患者人生目标调整能力及其对身心健康影响的研究新进展[J]. 中国全科医学,2024,27(23):2822-2828.
- [22] 陈艳红. 乳腺癌转移患者负性情绪与情绪调节策略关系的研究[D]. 济南:山东大学,2021.
- [23] 何玉峰,孙婷,胡林燕,等. 乳腺癌患者社会、心理因素与癌症复发恐惧感的关系[J]. 国际精神病学杂志,2024,51(6):1877-1879.
- [24] Aydın Sayılan A, Demir Doğan M. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer[J]. Eur J Cancer Care (Engl),2020,29(4):e13252.
- [25] 彭帆,韩立敏. 心理危机的保护性因素研究进展(综述)[J]. 中国健康心理学杂志,2023,31(3):326-330.
- [26] Dos Santos A C M, Farias K F de. Hope is a crucial factor for patients facing cancer treatment[J]. Evid Based Nurs,2022,25(1):33.
- [27] Broadhurst K, Harrington A. A mixed method thematic review; the importance of hope to the dying patient[J]. J Adv Nurs,2016,72(1):18-32.
- [28] Butt C M. Hope in adults with cancer: state of the science[J]. Oncol Nurs Forum,2011,38(5):E341-E350.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第 76 页)

- [5] 袁雯,周霄云,张雅丽. 中医护理技术对冠心病患者心理状况、生活质量及睡眠质量的影响[J]. 中华全科医学, 2020,18(1):150.
- [6] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委关于印发《全国护理事业发展规划(2021—2025 年)》的通知[EB/OL]. (2022-04-29)[2025-06-24]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202205/5c2dc667011449428655582e19a6c9bd.shtml>.
- [7] 韩晶,冒鑫娥,郭晓娟. 健康信息素养、感知效益和感知风险对老年居民中医护理技术使用意愿的影响[J]. 实用临床医药杂志,2024,28(2):109-113.
- [8] Wang Y Y, Gu Y F, Yu H P. Correlation between patients power distance and their willingness to participate in patients' safety: a cross-sectional study[J]. J Nurs Manage,2022,30(5):1345-1354.
- [9] Grimes T. Is it time for greater patient involvement to enhance transitional medication safety? [J]. BMJ Qual Saf, 2022,31(4):247-250.
- [10] 倪平,陈京立,刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):378-380.
- [11] 洪雪珮,庞书勤,陈锦秀,等. 社区中老年居民对中医护理技术接受情况调查[J]. 中华护理教育,2021,18(7):650-654.
- [12] 王吟雨,俞海萍,顾艳芬,等. 病人权力距离量表的编制与信效度检验[J]. 护理研究,2022,36(11):1937-1944.
- [13] 张丽丹,邬思繁. 老年人中医适宜技术接受现状及其影响因素[J]. 中医药管理杂志,2024,32(24):36-38.
- [14] Corwin E J, Brewster G, Dunbar S B, et al. The metabolic underpinnings of symptom burden in patients with multiple chronic conditions[J]. Biol Res Nurs,2021,23(2):270-279.
- [15] 沈蓝君,夏露,程云. 老年日间手术患者延续护理需求现状及影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2022,57(21):2622-2628.
- [16] 叶越仙,杨梅,吴小娟,等. 基于县域医共体模式下的基层中医护理适宜技术推广应用[J]. 中国乡村医药,2024,31(5):47-49.
- [17] Ghosh S, Choi W Y, Williams A, et al. Burden on caregivers of adultswith multiple chronic conditions: intersectionality of age, gender, education level, employment status, and impact on social life[J]. Can J Aging,2020, 39(3):456-467.
- [18] 张晓兰,徐妍,叶梦华,等. 老年慢性病患者居家中医护理技术需求预测[J]. 中国护理管理,2024,24(9):1292-1298.
- [19] 刘贵竹,曾梦琴,陈澜玲,等. 权力距离在老年慢性病患者健康素养和参与用药安全行为间的中介作用[J]. 护理学杂志,2024,39(8):107-110.
- [20] Arrindell W A. Culture' s consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations[J]. Behav Res Ther,2003,41(7):861-862.

(本文编辑 韩燕红)