

• 健康教育 •
• 论 著 •

脑卒中患者健康行为决策潜在剖面分析及影响因素

何晶晶¹, 蔡秀群², 梁宇婷³, 潘瑞清⁴, 王玲玲⁵, 陈淑丽⁶

摘要:目的 探讨脑卒中患者健康行为决策的潜在剖面类别特征及影响因素,为制订个性化干预措施提供依据。方法 以便利抽样法选取 203 例脑卒中患者,采用一般资料调查表、脑卒中患者行为决策评估量表、脑卒中自我效能问卷、脑卒中患者复发风险感知评估量表和社会支持评定量表进行调查,并进行潜在剖面分析,采用单因素分析和多因素 logistic 回归分析识别潜在剖面类别的影响因素。结果 脑卒中患者健康行为决策得分为(105.90±20.11)分,可分为被动犹豫决策组(67.98%)和主动决策组(32.02%)2 个潜在剖面类别。logistic 回归分析显示年龄、合并症数量、复发风险感知评分、自我效能评分、社会支持评分是脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 脑卒中患者健康行为决策存在异质性,可分为 2 个潜在剖面类别。医护人员可根据不同潜在剖面类别的影响因素实施个体化干预,以提升脑卒中患者健康行为决策水平,改善患者预后。

关键词:脑卒中; 健康行为; 健康行为决策; 复发风险感知; 自我效能; 社会支持; 潜在剖面分析

中图分类号:R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.04.106

Latent profile analysis and the influencing factors of health behavior decision-making among stroke patients

He Jingjing, Cai Xiuqun, Liang Yuting, Pan Ruiqing, Wang Lingling, Chen Shuli, Nursing School, Quanzhou Medical College, Quanzhou 362200, China

Abstract: Objective To explore the latent classes and influencing factors of health behavior decision-making in stroke patients, thereby providing evidence for formulating personalized intervention measures. **Methods** A convenience sampling approach was adopted to enroll 203 stroke patients. Then they were investigated by using a general information questionnaire, the Stroke Patient Behavior Decision-making Assessment scale, the Stroke Self-efficacy Questionnaire (SSEQ), the Stroke Recurrence Risk Perception Assessment subscale (SRRPA), and the Social Support Rating Scale (SSRS). Latent profile analysis was conducted to identify latent classes of health behavior decision-making, then univariate analysis and multivariate logistic regression analysis were performed to determine the influencing factors of latent profiles. **Results** The score of health behavior decision-making in stroke patients was (105.90 ± 20.11) points, which could be divided into two latent groups: passive hesitant decision-making group (67.98%) and active decision-making group (32.02%). Multivariate logistic regression analysis showed that, age, number of comorbidities, score of SRRPA, SSEQ and SSRS were influencing factors of latent classes of health behavior decision-making in stroke patients (all $P < 0.05$). **Conclusion** There is heterogeneity in health behavior decision-making among stroke patients, which can be divided into two latent classes. Healthcare providers can implement individualized interventions according to the influencing factors of different latent classes, so as to improve the health behavior decision-making level and clinical outcomes of stroke patients.

Keywords: stroke; health behavior; health behavior decision-making; recurrence risk perception; self-efficacy; social support; latent profile analysis

脑卒中作为全球第二大死亡原因,在中国呈现出高发病率、高致残率、高复发率、高病死率及年轻化趋势的严峻态势^[1]。在此背景下,脑卒中的二级预防对于降低复发风险,改善患者功能结局,提升生存质量具有重要意义。《脑血管病防治指南(2024年版)》^[2]明确将健康行为干预列为二级预防核心策略。然而,临床实践表明,我国脑卒中患者的健康行为及其依从性整体处于中低水平^[3-4]。健康行为的改变依赖科学的健康行为决策,而健康行为决策并非简单的“知行”转化过程,而是受到个体的疾病认知、心理状态、

社会环境等多维度、多层次因素交织影响的复杂决策系统^[5]。此外,部分患者虽能严格遵循药物治疗,却在饮食控制或康复训练中表现消极;而另一些患者可能因社会支持不足或健康信念薄弱,难以持续执行健康行为^[6]。这种差异现象提示,脑卒中患者的健康行为决策可能存在潜在的群体差异。然而,目前国内外针对健康行为决策的研究将脑卒中患者视为同质群体,忽略了患者群体内部健康行为决策差异。基于此,本研究拟采用潜在剖面分析方法,识别脑卒中患者健康行为决策的潜在剖面特征,并进一步探讨其影响因素,为精准识别高风险行为模式群体,设计并实施分层、分类、高效的个性化健康管理及二级预防干预方案提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 以便利抽样法,选取晋江市医院晋南分院神经内科 2024 年 5—12 月收治的脑卒中患者为调

作者单位:1. 泉州医学高等专科学校护理学院(福建 泉州, 362200);晋江市医院晋南分院 2. 副院长办公室 3. 护理部 4. 内科 5. 科教科 6. 老年科

通信作者:蔡秀群,女 505529489@qq.com

何晶晶:女,硕士,副主任护师,18859503182@163.com

收稿:2025-09-17;修回:2025-11-15

查对象。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;符合脑卒中诊断标准^[1],根据颅脑 CT 或 MRI 成像确诊为脑卒中,病情稳定;意识清楚,理解本研究内容,自愿参与本研究。排除标准:罹患其他严重慢性基础疾病;存在认知障碍或精神障碍。本研究涉及 15 个自变量,按照样本量应为自变量数 10~20 倍的经验原则,并考虑到实际调查中可能出现 15% 的无应答率,理论所需样本量为 177~353。最终本研究纳入调查对象 203 例。此研究已通过医院伦理委员会审批(2024JNFY001)。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 在查阅相关文献的基础上,结合本研究的实际需求自行编制,涵盖性别、年龄、文化程度、既往或目前职业、家庭月收入、婚姻状况、饮酒史、吸烟史、居住地、卒中类型、是否为首次发病、合并症数量。

1.2.2 脑卒中患者行为决策评估量表 由林蓓蕾等^[7]编制,涵盖行为改变动机(10 个条目)、行为改变意向(9 个条目)、决策因素(5 个条目)及决策平衡(6 个条目)4 个维度,共计 30 个条目。采用 Likert 5 级计分,从“非常不同意”到“非常同意”依次赋 1~5 分,总分 30~150 分。得分越高表明患者的健康行为决策能力越强。量表的 Cronbach's α 系数为 0.934,本研究中为 0.897。

1.2.3 脑卒中自我效能问卷 (Stroke Self-Efficacy Questionnaire, SSEQ) 由 Jones 等^[8]编制,郭启云等^[9]汉化。该问卷涵盖活动功能(8 个条目)与自我管理(5 个条目)2 个维度共 13 个条目,采用 11 级计分标准,从“毫无信心”至“完全充满信心”依次赋 0~10 分,总分 0~130 分。总分越高,表明患者自我效能感越强。该问卷的 Cronbach's α 系数为 0.972,本研究中为 0.831。

1.2.4 脑卒中患者复发风险感知评估量表 由林蓓蕾等^[10]编制,包含视觉模拟和复发风险感知水平 2 个评估模块。本研究仅采用复发风险感知水平评估模块,该模块包括复发疾病危险因素感知(4 个条目)、复发行为危险因素感知(6 个条目)和复发严重性感知(7 个条目)3 个维度共 17 个条目。每个条目采用 Likert 3 级计分,从“不同意”至“同意”依次计 1~3 分,总分 17~51 分。总分越高,表明患者对复发风险的感知能力越强。该评估模块的 Cronbach's α 系数为 0.850,本研究中为 0.831。

1.2.5 社会支持评定量表 (Social Support Rating Scale, SSRS) 由肖水源^[11]编制,量表涵盖主观支持(4 个条目)、客观支持(3 个条目)以及社会支持利用度(3 个条目)3 个维度共 10 个条目。其中 7 个单选题条目按 4 个选项分别计 1~4 分;主观支持维度中的条目 5,从“无”到“全力支持”分别计 1~4 分;客观支持维度中的条目 6~7,若回答“无任何来源”则计 0 分,若回答“下列来源”,则根据来源数量计分,总分为 12~66 分。

量表总分越高,表示社会支持度越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.896,本研究中为 0.876。

1.3 资料收集与质量控制 由 2 名经过统一培训的调查人员于下午时段对患者进行一对一纸质问卷调查。调查人员首先向调查对象阐明本次研究的目的和意义,并详细解读规范的填表说明。患者签署知情同意后独立完成问卷,对于填写困难者,则由调查人员根据其选择的选项代为填写。所有问卷现场回收。共发放问卷 210 份,其中 203 份通过有效性审核,有效回收率为 96.67%。

1.4 统计学方法 使用 Mplus8.3 软件进行潜在剖面分析,选用的拟合指标有艾凯克信息准则(AIC)、贝叶斯信息准则(BIC)、样本校正的贝叶斯信息准则(aBIC)、信息熵(Entropy)、罗-梦戴尔-鲁本校正似然比(LMR)及基于 Bootstrap 的似然比检验(BLRT)。运用 SPSS27.0 软件处理数据。计数资料采用频数及百分比(%)描述,服从正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 χ^2 检验、 t 检验,多因素分析采用 logistic 回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 脑卒中患者一般资料 203 例脑卒中患者中,男 109 例,女 94 例;年龄 42~95(66.80 \pm 9.26)岁,其中年龄 < 60 岁 43 例, ≥ 60 岁 160 例。婚姻状况:未婚、离异或丧偶 28 例,已婚 175 例。居住地:农村 132 例,城市 71 例。既往或目前职业:体力劳动 82 例,脑力劳动 92 例,体力及脑力劳动 29 例。吸烟史 93 例,饮酒史 83 例。卒中类型:缺血性 157 例,出血性 46 例。首次发病 143 例,再次发病 60 例。

2.2 脑卒中患者健康行为决策、复发风险感知、自我效能及社会支持评分 见表 1。

表 1 脑卒中患者健康行为决策、复发风险感知、自我效能及社会支持评分($n=203$) 分, $\bar{x} \pm s$

项目	总分	条目均分
健康行为决策	105.90 \pm 20.11	3.53 \pm 0.67
行为改变动机	33.70 \pm 7.70	3.37 \pm 0.77
行为改变意向	30.69 \pm 5.31	3.41 \pm 0.59
决策因素	14.35 \pm 3.10	2.87 \pm 0.62
决策平衡	19.56 \pm 4.32	3.26 \pm 0.72
复发风险感知	20.09 \pm 3.71	1.18 \pm 0.22
自我效能	36.17 \pm 6.26	2.78 \pm 0.48
社会支持	41.76 \pm 8.70	4.18 \pm 0.87

2.3 脑卒中患者健康行为决策的潜在剖面分析 以脑卒中患者健康行为决策的行为改变动机、行为改变意向、决策因素、决策平衡 4 个维度的条目均分作为外显变量,共拟合 4 个潜在剖面模型(见表 2)。当模型类别数增加到 2 时,Entropy 为 0.998,最接近 1;且 LMR 检验和 BLRT 检验差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。而当模型类别数继续增加到 3 和 4 时,AIC、BIC、aBIC 的减幅很小,Entropy 变小,且 LMR 检验

差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。因此,综合考虑后,潜在剖面模型 2 为最佳拟合模型。根据脑卒中患者健康行为决策各维度得分情况对 2 个潜在剖面类别进行命名,2 个潜在剖面类别特征见图 1。C1 组脑卒中患者共 138 例(67.98%),此组患者的健康行为决策 4 个维度得分均相对较低,健康行为决策的内在驱动力较弱,另外,其行为改变意向维度得分略高于本身的行为动机得分,说明其行为改变意愿可能源于外界压力而非内在驱动,决策启动依赖于外部推动。

表 2 脑卒中患者的健康行为决策的潜在剖面模型的拟合指标

模型	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR(P)	BLRT(P)	类别概率(%)
1	1 669.672	1 696.178	1 670.832	1.000			
2	1 441.416	1 483.321	1 465.437	0.998	<0.001	<0.001	67.98/32.02
3	1 352.159	1 402.342	1 387.052	0.816	0.056	<0.001	38.92/31.53/29.56
4	1 295.902	1 393.471	1 309.457	0.784	0.436	0.188	25.12/21.18/30.54/23.15

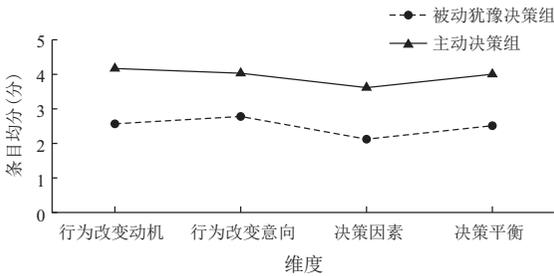


图 1 脑卒中患者的健康行为决策潜在剖面特征

2.4 脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的单因素分析 研究结果显示,不同潜在剖面类别患者的性别、婚姻状况、居住地、既往或目前职业状况、吸烟史、饮酒史、卒中类型、是否首次发病情况比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),差异有统计学意义的项目,见表 3。

2.5 脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的 logistic 回归分析 以健康行为决策为因变量(以被动犹豫决策组为参照),以单因素分析差异有统计学意义的项目为自变量进行 logistic 回归分析,进入回归方程的变量有年龄(<60 岁 = 0, ≥ 60 岁 = 1)、合并症数量(<2 种 = 0, ≥ 2 种 = 1)、复发风险感知(原值输入)、自我效能(原值输入)及社会支持评分(原值输入),结果见表 4。

3 讨论

3.1 脑卒中患者健康行为决策现状 本研究结果显示,脑卒中患者健康行为决策处于中等偏上水平,表明脑卒中患者具备一定的健康管理主动性与决策自主性,可能与近年来脑卒中诊疗领域的健康宣教普及相关^[12]。各级医院逐步完善脑卒中急性期及恢复期的健康教育体系,通过医护人员一对一指导、康复课程培训、病友互助小组等多种形式,向患者传递疾病康复知识、健康行为标准及决策判断依据,有效提升了患者对健康行为的认知深度与决策意愿^[13]。其中

此外,决策因素维度得分最低,且与行为改变意向形成明显落差,说明此类患者即使有初步改变意向,也会存在犹豫纠结,不敢做决策的障碍心理,因此将 C1 组命名为被动犹豫决策组。C2 组脑卒中患者共 65 例(32.02%),行为决策各维度得分及总分均处于高位。行为改变动机维度和行为改变意向维度得分均处于较高水平,体现患者从“想改变”到“准备行动”的内在驱动力强,具有主动发起健康行为决策的倾向,因此将 C2 组命名为主动决策组。

表 3 脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的单因素分析

项目	例数	被动犹豫决策组 (n=138)	主动决策组 (n=65)	t/χ ²	P
年龄[例(%)]				35.713	<0.001
<60 岁	43	13(30.2)	30(69.8)		
≥60 岁	160	125(78.1)	35(21.9)		
文化程度[例(%)]				23.851	<0.001
初中及以下	70	60(85.7)	10(14.3)		
高中或中专	72	50(69.4)	22(30.6)		
大专及以上	61	28(45.9)	33(54.1)		
家庭月收入[例(%)]				14.607	<0.001
<5 000 元	99	80(80.8)	19(19.2)		
≥5 000 元	104	58(55.8)	46(44.2)		
合并症数量[例(%)]				19.913	<0.001
<2 种	110	60(54.5)	50(45.5)		
≥2 种	93	78(83.9)	15(16.1)		
复发风险感知 (分, $\bar{x} \pm s$)	17.3 ± 3.9	26.3 ± 3.5		16.158	<0.001
自我效能(分, $\bar{x} \pm s$)	30.8 ± 6.6	47.5 ± 6.0		17.406	<0.001
社会支持(分, $\bar{x} \pm s$)	37.5 ± 7.2	50.8 ± 6.2		12.811	<0.001

表 4 脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的 logistic 回归分析

自变量	β	SE	Wald χ ²	P	OR	95%CI
常量	-9.797	2.825	12.027	0.001		
年龄	-0.077	0.026	9.078	0.003	0.926	0.879~0.976
合并症数量	-0.923	0.214	18.552	<0.001	0.397	0.262~0.601
复发风险感知	1.008	0.253	15.912	<0.001	2.741	1.669~4.502
自我效能	0.215	0.054	15.777	<0.001	1.240	1.115~1.378
社会支持	0.315	0.051	7.061	0.008	1.145	1.035~1.266

行为改变意向维度条目得分均值最高,这可能源于患者对健康行为改变的迫切需求。脑卒中作为高致残性疾病,患者在经历疾病打击后,对康复和健康维持的愿望较为强烈,这种内在需求推动其形成改变健康行为的意向。而决策因素条目得分均值最低,这可能是脑卒中患者由于疾病影响,认知功能可能存在不同程度的损伤,尤其是涉及信息整合、多因素权衡的决策认知能力,这使得患者在考量健康行为决策的各类

因素时,难以进行全面、深入的分析。因此,医疗机构应持续强化健康教育的针对性,结合各维度特点优化教育内容与形式,进一步提升患者健康行为决策的全面性与科学性。

3.2 脑卒中患者健康行为决策存在异质性 本研究通过潜在剖面分析发现,脑卒中患者的健康行为决策存在明显的异质性,分为被动犹豫决策组(67.98%)与主动决策组(32.02%)2个潜在剖面类别。与周辰茜等^[14]构建的脑卒中患者主动健康行为概念框架相呼应,该框架指出患者健康行为涵盖内在动机、生活方式管理、社会行为等多维度特征,不同个体在健康行为表现上存在本质差异。被动犹豫决策组患者的行为动机得分处于低水平,说明患者的健康行为决策的内在驱动力较弱。此外,行为改变意向维度得分略高于本身的行为动机得分,说明患者的行为改变意愿可能源于外界压力而非内在驱动,决策启动依赖于外部推动,缺乏主动性。此外,决策因素维度得分最低,且与行为改变意向形成明显落差,这说明此类患者即使有初步改变意向,也会因为不知如何选、不敢做决定而犹豫停滞。被动犹豫决策组占比 67.98%,这反映出多数脑卒中患者在疾病管理中存在决策延迟或依赖倾向。这种现象极有可能是因为大部分患者在患病之后,面对身体功能的急剧变化以及疾病所带来的沉重心理压力,对自身在健康行为方面的决策能力缺乏足够的信心,主动性严重不足。

主动决策组行为决策 4 个维度的评分均较高,说明此类患者在健康行为决策中表现出高动机、高意向、强平衡能力,其“动机一意向一决策依据一利弊权衡”4 个环节未出现脱节。此类患者通常对自身的健康状况具备更为清晰、准确的认知,同时具有较强的自我效能感和主观能动性,积极主动地通过各种渠道获取健康知识,并充分展现出参与自身健康行为决策过程的强烈意愿^[15]。主动决策组占比较低,提示临床实践中主动决策行为的激发仍存在提升空间。基于脑卒中患者健康行为决策的异质性,临床实践需实施针对性分层干预,对被动犹豫决策组应强化决策动机激活,对主动决策组应注重决策行为维持的支持,从而实现脑卒中患者健康行为决策实现从群体普适到个体精准的转换,推动整体健康管理质量的提升。

3.3 脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的影响因素

3.3.1 年龄越大、合并症数量越多的脑卒中患者归于被动犹豫决策的可能性更高 本研究结果显示,年龄越大的患者易归于被动犹豫决策组,可能与老龄患者身体机能衰退、疾病知识获取能力下降,对健康行为的理解和执行动力受限有关^[16-17]。Park 等^[18]的研究显示,较低的主观记忆能力的老年患者在健康决策中承担被动角色的可能性更高。此外,长期的生活经验使老年人在健康决策上趋于保守,他们更倾向于依

赖传统的健康观念和习惯,而非尝试新的健康管理方法^[19]。保守决策风格使得老年患者在面对新的健康管理方式时,常表现出决策犹豫和决策延迟。因此,针对老年脑卒中患者,医护人员需采用更通俗、重复的健康教育方式,并定期开展家属沟通会,指导家属协助老年患者参与健康行为决策,提升老年患者决策参与度与主动性。

本研究结果显示,合并症数量越多,患者越倾向被动犹豫决策。既往研究结果显示,多病共存可能导致决策犹豫^[20]。可能是由于多个合并症增加疾病管理复杂度,患者需兼顾多种疾病健康行为,如服药、饮食、运动等协调难度大,易产生挫败感,从而降低决策主动性。此外,长期管理多种疾病可能导致决策疲劳,即患者在频繁的健康决策中感到疲惫,从而倾向于选择维持现状或减少主动干预^[21]。对于合并多种疾病的脑卒中患者,临床可建立多学科协作健康管理团队,整合各疾病健康需求,为患者制订全面健康行为方案,简化决策内容;同时定期组织多学科联合随访,动态调整方案,减轻患者决策负担。

3.3.2 疾病复发风险感知越高的患者归于主动决策的可能性更高 风险感知是健康行为改变心理模型中的常见预测因子^[22]。本研究结果显示,脑卒中患者复发风险感知评分越高的患者越易归于主动决策组。何福培等^[5]的研究指出,脑卒中患者对自身复发风险的担忧越强,其健康行为决策倾向也越明显。保护动机理论指出个体在抉择是否改变行为时,会同时衡量疾病威胁的严重程度与自身应对效能^[23]。卒中患者正是基于对再发风险的主观估计、自我调控能力的信心及外部支持条件三者的综合考量,才最终做出健康决策。因此,当患者深刻感知脑卒中复发的高风险、严重后果,会激发其健康行为改变动机,主动采取预防措施。临床可通过定期开展脑卒中复发风险专题讲座、公众号推送复发案例等形式,强化患者对疾病复发风险感知;同时,为患者制订个性化复发风险评估与监测计划,让患者直观了解自身复发风险变化,驱动其主动采取健康行为。

3.3.3 自我效能感及社会支持越高的患者归于主动决策的可能性更高 自我效能反映患者对自身执行健康行为能力的信念,脑卒中患者自我效能高,意味着相信自己能完成如规律康复训练、健康饮食等行为,决策时更具主动性^[5]。本研究结果显示,自我效能感评分越高的患者,越易归于主动决策组。自我效能是健康行为决策与执行的核心动力,高自我效能患者在面对疾病管理挑战时,更愿主动探索、落实健康行为^[24]。医护人员可通过设定小目标、阶梯式康复训练等方式提升患者自我效能感;同时,树立康复成功案例典范,组织病友分享会,让患者直观看到他人通过积极健康行为实现康复,增强自我效能信念。

本研究发现社会支持评分越高,患者决策越主

动。这可能是由于社会支持为患者提供物质、情感与信息资源,家人鼓励、医护人员指导等支持,能增强患者健康管理信心,降低决策时的孤独感与无助感。良好的社会支持网络可促进患者主动参与疾病管理决策,因外部支持转化为内在决策动力,帮助患者更积极应对健康行为选择。医院可搭建脑卒中患者社会支持平台,如组织家属交流护理与支持经验,联合社区开展为患者提供上门康复指导等实际支持;同时,鼓励患者参加脑卒中康复团体活动,借助社会支持网络推动患者主动决策。

3.4 研究的局限性 ①本研究属于横断面调查,无法对患者健康行为决策的变化过程进行动态追踪;难以判定影响因素与潜在剖面类别的因果关系。②单一医院来源样本量有限,代表性和外推性可能不足。③由于实际研究条件受限,本研究纳入影响因素不够全面。未来可考虑开展多中心、大样本的纵向调查,拓展更多研究变量(如健康素养、家庭功能、焦虑抑郁心理等),构建更全面的预测模型,以进一步完善本研究结论。

4 结论

本研究发现,脑卒中患者在健康行为决策上存在显著异质性。年龄、合并症数量、复发风险感知、自我效能以及社会支持是脑卒中患者健康行为决策潜在剖面类别的影响因素。研究结果有助于临床精准识别高风险行为模式群体,并积极采取针对性干预措施。未来研究可着重开发基于上述影响因素的有效干预方案,旨在提升患者的健康行为决策质量,从而优化其健康结局和生活质量。

参考文献:

[1] 《中国脑卒中防治报告》编写组,王陇德.《中国脑卒中防治报告 2021》概要[J]. 中国脑血管病杂志,2023,20(11):783-792.

[2] 国家卫生健康委员会. 脑血管病防治指南(2024年版)[EB/OL]. (2024-12-31) [2025-04-15]. <https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202412/ba037e931fff4870930f65ff667ea9ed.shtml>.

[3] 于冰,陈梦霞,王梦迪,等. 脑卒中患者复发风险感知和健康行为的关系:自我效能和电子健康素养的链式中介作用[J]. 实用医学杂志,2025,41(4):600-606.

[4] 邓曼,于卫华,张世晴,等. 老年脑卒中患者症状群与健康行为的相关性研究[J]. 护理学杂志,2025,40(5):26-32.

[5] 何福培,林蓓蕾,刘雪婷,等. 缺血性脑卒中患者健康行为决策现状及其影响因素分析 [J]. 中华护理杂志,2024,59(18):2222-2229.

[6] 龙鑫伶,杨鸣春,邹爱容. 中老年缺血性脑卒中患者健康行为现状调查及影响因素分析[J]. 中西医结合护理(中英文),2023,9(4):141-147.

[7] 林蓓蕾,张振香,梅永霞,等. 脑卒中患者行为决策评估量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志,2022,57(13):1605-1610.

[8] Jones F, Partridge C, Reid F. The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke[J]. J Clin Nurs,2008,17

(7b):244-252.

[9] 郭启云,郭沐洁,张林,等. 脑卒中患者自我效能问卷中文版的信效度研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(3):273-275.

[10] 林蓓蕾,张振香,郭云飞,等. 脑卒中患者复发风险感知评估量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志,2021,56(11):1666-1671.

[11] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志,1994,2(2):98-100.

[12] 李彤,张芬,张会聪,等. 引导式教育用于脑卒中患者康复训练效果观察[J]. 护理学杂志,2022,37(17):1-4,17.

[13] 范彩英,洪翠芹,宋斌,等. 介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体功能障碍患者康复的影响[J]. 护理学杂志,2023,38(6):116-120.

[14] 周辰茜,林蓓蕾,唐尚锋,等. 脑卒中患者主动健康行为概念框架的构建研究 [J]. 中国全科医学,2025,28(5):534-540.

[15] Keij S M, de Boer J E, Stiggelbout A M, et al. How are patient-related characteristics associated with shared decision-making about treatment? A scoping review of quantitative studies [J]. BMJ Open, 2022, 12 (5): e057293.

[16] Park M, Kim H, Kim J, et al. Decision-making competence in health behavior among rural older adults with cognitive decline [J]. Alzheimer's Dementia, 2024, 20 (Suppl 4):e088579.

[17] Hameed M, Sani N, Sharif A, et al. Ecological factors influencing decision-making among middle-aged and older adults: a neurocognitive approach [J]. Cureus, 2025, 17 (4):e82598.

[18] Park M, Kim J, Kim H, et al. Relationship between health decision-making roles and subjective memory ability among older adults in rural community [J]. Alzheimer's Dementia, 2024, 20 (Suppl 4):e088473.

[19] King L, Harrington A, Linedale E, et al. A mixed methods thematic review: health-related decision-making by the older person [J]. J Clin Nurs, 2018, 27 (7-8): e1327-e1343.

[20] Ie K, Machino R, Albert S M, et al. Proactive deprescribing among older adults with polypharmacy: barriers and enablers [J]. Ann Fam Med, 2025, 23(3):207-213.

[21] Grignoli N, Manoni G, Gianini J, et al. Clinical decision fatigue: a systematic and scoping review with meta-synthesis [J]. Fam Med Community Health, 2025, 13 (1): e003033.

[22] Riedinger C, Campbell J, Klein W M P, et al. Analysis of the components of cancer risk perception and links with intention and behaviour: a UK-based study [J]. PLoS One, 2022, 17(1):e0262197.

[23] 王崇梁,曹锦丹,王珅,等. 信息框架对健康风险认知和行为改变决策的影响 [J]. 图书情报工作,2020,64(4):68-77.

[24] Sheeran P, Maki A, Montanaro E, et al. The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: a meta-analysis [J]. Health Psychol, 2016, 35(11):1178-1188.