

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2025.02.013

急性缺血性脑卒中患者桥接治疗代理决策者 决策延迟的影响因素

王爱民^{1,2} 王宪苓² 王爱敏¹¹ 青岛大学护理学院, 青岛 266003; ² 济宁市第一人民医院介入放射科, 济宁 272011)

摘要 **目的** 探讨急性缺血性脑卒中 (acute ischemic stroke, AIS) 患者桥接治疗 (bridging therapy, BT) 代理决策者决策延迟的影响因素。**方法** 采用便利抽样法招募研究对象, 于 2022 年 8 月至 2024 年 8 月选取 AIS 患者 BT 代理决策者 269 例, 运用多种问卷调查工具 (包括一般资料调查问卷、多维感知社会支持量表、特质应对方式问卷和维克森林医师信任量表等), 探究代理决策者决策延迟的影响因素。**结果** 共收集有效问卷 269 份, 其中代理决策延迟者 139 人 (51.7%)。代理决策者年龄、性别、是否为本次医疗付费、维克森林信任分数以及患者月收入是影响代理决策者决策延迟的独立因素 ($P < 0.05$)。**结论** 大多数 AIS 患者 BT 代理决策者存在决策延迟, 医疗机构应针对代理决策者决策延迟的危险因素适当优化决策流程, 医护人员应针对不同代理决策者的特征采用适当的沟通技巧提供决策辅助。

关键词 急性缺血性脑卒中; 桥接治疗; 代理决策者; 决策延迟

中图分类号: R473.74 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2025)04-162-05

Factors influencing delayed decision-making among surrogate decision-makers in acute ischemic stroke patients undergoing bridging therapy

WANG Aimin^{1,2}, WANG Xianling², WANG Aimin¹¹ School of Nursing, Qingdao University, Qingdao 266003, China;² Department of Interventional Radiology, Jining First People's Hospital, Jining 272011, China)

Abstract: Objective To investigate the factors influencing delayed decision-making among surrogate decision-makers for acute ischemic stroke (AIS) patients undergoing bridging therapy (BT). **Methods** This study employed a convenience sampling method to recruit 269 participants undergoing BT from August 2022 to August 2024, using multiple questionnaire tools (including a general demographic questionnaire, multidimensional scale of perceived social support, trait coping style questionnaire, and wake forest physician trust scale) to explore the factors influencing delayed decision-making among surrogate decision-makers. **Results** A total of 269 valid questionnaires were collected, of which 139 (51.7%) were delayed in proxy decision-making. Surrogate decision maker's age, gender, whether or not they paid for this medical treatment, wake forest trust score, and patient's monthly income were independent influences on surrogate decision-making delays ($P < 0.05$). **Conclusion** Most BT surrogate decision-makers of AIS patients have decision-making delays. Healthcare institutions should prioritize decision-making processes by addressing risk factors, while healthcare professionals should adopt tailored communication strategies to provide decision support for surrogate decision-makers with different characteristics.

Keywords: Acute ischemic stroke; Bridging therapy; Surrogate decision maker; Delayed decision

急性缺血性脑卒中 (acute ischemic stroke,

AIS) 由于血管阻塞 (如血栓或栓塞) 引起大脑部分区域血流突然中断, 从而导致细胞损伤、死亡以及神经功能缺失^[1]。研究显示, AIS 约占所有脑卒中的 80%^[2], 已成为中国成人死亡和长期致残的主

要原因之一^[3]。我国每年约有 150 万至 200 万新发脑卒中患者^[3]。由于人口老龄化和生活方式变化,脑卒中整体诊疗负担仍在增加^[4],及时有效治疗对改善患者预后至关重要。桥接治疗(bridging therapy, BT),结合了静脉溶栓和机械取栓,已被广泛认为是改善脑卒中患者健康结局的关键策略^[5],但需要在发病“黄金时间窗”内迅速做出治疗决策并执行^[6]。决策延迟是影响 BT 效果重要因素之一。特别是在患者无法自主作出医疗决定,需要代理决策者参与的情况下,决策过程复杂性显著增加。任何延误都可能导致脑组织进一步损伤,降低治疗效果^[7]。基于此,本研究对 AIS 患者 BT 代理决策者决策延迟原因进行分析,旨在优化临床决策过程,为制定更为有效的健康政策提供支持。

1 对象与方法

1.1 对象

于济宁市第一人民医院急诊卒中中心,采用便利抽样法招募 2022 年 8 月至 2024 年 8 月就诊的 AIS 患者 BT 代理决策者。患者纳入标准:1) 患者首次 AIS 发作,符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》诊断标准^[8];2) 患者符合 BT 指征^[9],并接受治疗;3) 患者未合并其他严重器质性或精神性疾病;4) 治疗后 48h 内患者意识清晰,能够理解调查内容并自主签署知情同意;若治疗后 48h 内患者意识不清晰,由患者合法代理决策者签署知情同意后参加本研究。患者排除标准:1) 既往脑出血、脑动静脉畸形、颅内动脉瘤或其他颅脑疾病病史;2) 存在 BT 禁忌证;3) 患者拒绝参与研究,或因昏迷、严重认知障碍等原因无法配合研究,且无合法代理人同意。代理决策者纳入标准:1) 具备患者直系亲属身份或法定监护人资格;2) 年龄 ≥ 18 周岁;3) 具有完全民事行为能力;4) 能够理解本研究目的并自愿签署知情同意书;5) 直接参与过患者 BT 的决策过程。代理决策者排除标准:1) 有精神疾病或严重心理障碍病史;2) 拒绝参与本研究;3) 因语言或沟通障碍无法完成调查;4) 与患者关系不明确或不具备合法代理资格。为确定本研究样本量,我们使用 EPV(events per variable)理论,以评估样本量对研究结果的影响^[10]。本研究按照 10 EPV 计算最小阳性样本量(代理决策延迟人数),纳入 13 个自变量,计算最小阳性样本量为 130 例。共计发放问卷 300 份,回收有效问卷 269

份,有效问卷回收率 89.7%。最终纳入研究的代理决策者中,男性 143 人(53.2%),女性 126 人(46.8%),年龄(48.0 \pm 9.7)岁,决策延迟者 139 人(51.7%)。本研究已通过济宁市第一人民医院科研伦理审查委员会审批(2024-IIT-快 035)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 1) 一般资料调查问卷。由研究者自行设计,收集患者性别、年龄、月收入等资料以及代理决策者一般资料,如性别、年龄、文化程度等。2) 多维感知社会支持量表(multidimensional scale of perceived social support, MSPSS)^[11]。用于评估代理决策者从 3 个维度包括家庭、朋友和重要他人(如伴侣或密切伙伴)感知到的支持程度。3 个维度涉及 12 个条目,采用 Likert 7 级评分法。量表总分越高,说明个体感知到的社会支持程度越高。12~36 分为低水平支持,37~60 分为中水平支持,61~84 分为高水平支持。本研究中该量表 Cronbach's α 为 0.907。3) 特质应对方式问卷(trait coping style questionnaire, TCSQ)^[12]。用于评估代理决策者面对困难时的应对方式,量表涵盖积极应对及消极应对 2 个维度,各 10 个条目,采用 Likert 7 级评分法。量表得分范围为 10~70 分,得分越高的维度表明个体越倾向于采用该类应对方式。本研究中该量表 Cronbach's α 为 0.927。4) 维克森林医师信任量表(wake forest physician trust scale, WFPTS)^[13]。用于评估代理决策者对医生信任程度。该量表 10 个条目组成,采用 Likert 4 级评分法。得分越高代表对医师信任程度越高。本研究中该量表 Cronbach's α 为 0.868。5) 改良 Rankin 量表(modified rankin scale, mRS)^[14]。用于评估卒中患者 BT 后的功能恢复情况。该量表共计 7 个选项,评分范围为 0 至 6 分。量表得分越高,表示个体功能障碍程度越严重,恢复能力相对较弱。当患者出院时,mRS 评分 ≤ 2 分为结局良好,评分 >3 分为结局不良。

1.2.2 代理决策延迟指标 根据急性缺血性卒中患者早期管理指南推荐^[5]:入院至溶栓时间应控制在 60min。AIS 患者到达医院急诊至医生 CT 结果判读应控制在 45min 以内,即医生与患者及代理决策者交代 BT 相关事宜、做出决策并签署知情同意书需在 15min 时间内完成。本研究将代理决策者 BT 决策时间 >15 min 定义为决策延迟。

1.2.3 资料收集与质量控制 在患者治疗后 48h

内完成床旁问卷。问卷调查人员经过严格的心理测评培训,保证问卷收集标准化。调查前依次、详细地向研究对象解释问卷中每一项内容,直至其理解其含义为止,并协助患者、代理决策者逐一填写每项调查内容。患者资料尽可能由其本人填写,并与代理决策者进行核实。针对治疗后 48h 内有意识障碍、失语、痴呆等无法调查的患者,可由代理决策者代替。代理决策者资料则由其本人填写完成。所有问卷当场发放,在填写完毕后当场收回并及时检查问卷有无错填、漏填项。调查过程中始终对研究对象个人资料保密。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计分析。使用 χ^2 检验评估分类变量组间差异。根据直方图或 Kolmogorov-Smirnov 检验验证正态性后,使用 t 检验或 U 检验比较连续变量的组间差异。将研究涉及的所有自变量纳入 logistic 回归模型,以评估各因素对决策延迟影响。所有统计检验均为双侧检验, $P < 0.05$ 被认为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间影响代理决策延迟的单因素分析

所有代理决策者决策耗时为 (26.3 ± 18.9) min, 未决策延迟组耗时 (10.1 ± 2.3) min, 决策延迟组耗时 (41.5 ± 14.5) min。两组间婚姻状态、月收入以及代理决策者年龄、性别、维克森林医师信任差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 影响代理决策延迟的多因素分析

代理决策者年龄大、性别为女性以及代理决策者为本次医疗付费且经济压力较大是影响代理决策者决策延迟的危险因素 ($P < 0.05$)。而患者月收入 3000 元及以上、代理决策者维克森林信任分数高是影响代理决策者决策延迟的保护因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

虽然 BT 能有效减少缺血区域并通过清除血栓降低死亡和残疾率^[15],但在临床实践中常见治疗延迟的情况。本研究结果提示 AIS 患者 BT 代理决策者决策延迟比例超过 50%。通过多因素分析,我们发现代理决策者年龄较大、性别为女性以及经济压力较大是代理决策者决策延迟的危险因素,而患者月收入较高和代理决策者对医师信任度

较高则为保护因素。

表 1 患者、代理决策者特征及代理决策延迟的单因素分析

变量	总例数 (n=269)	未决策延迟组 (n=130)	决策延迟组 (n=139)	$\chi^2/Z/t$	P
患者性别(n/%)					
男	131/48.7	65/50.0	66/47.5	0.170	0.680
女	138/51.3	65/50.0	73/52.5		
患者婚姻(n/%)					
已婚	221/82.2	115/88.5	106/76.3	6.823	0.009
未婚及其他	48/17.8	15/11.5	33/23.7		
患者月收入/(元,n/%)					
0~	79/29.4	29/22.4	50/36.0	18.413	<0.001
1000~	45/16.7	18/13.8	27/19.4		
2000~	53/19.7	22/16.9	31/22.3		
3000~	92/34.2	61/46.9	31/22.3		
医保类型(n/%)					
城镇	143/53.2	73/56.2	70/50.4	1.248	0.536
职工	101/37.5	47/36.2	54/38.8		
自费及其他	25/9.3	10/7.6	15/10.8		
代理决策者性别(n/%)					
男	143/53.2	80/61.5	63/45.3	7.093	0.008
女	126/46.8	50/38.5	76/54.7		
代理决策者文化程度(n/%)					
初中及以下	53/19.7	25/19.3	28/20.1	0.077	0.962
高中	89/33.1	44/33.8	45/32.4		
大学及以上	127/47.2	61/46.9	66/47.5		
代理决策者是否为本次医疗付费(n/%)					
是,经济压力较小	109/40.5	52/40.0	57/41.0	0.129	0.938
是,经济压力较大	113/42.0	56/43.1	57/41.0		
否	47/17.5	22/16.9	25/18.0		
代理决策者角色(n/%)					
独立决策者	100/37.2	50/38.5	50/36.0	0.178	0.673
主要参与者之一	169/62.8	80/61.5	89/64.0		
应对方式(n/%)					
积极	146/54.3	72/55.4	74/53.2	0.125	0.724
消极	123/45.7	58/44.6	65/46.8		
患者结局(n/%)					
良好	122/45.4	70/53.8	52/37.4	7.322	0.007
不好	147/54.6	60/46.2	87/62.6		
患者年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	63.3 ± 12.7	63.1 ± 13.0	63.4 ± 12.5	-0.120	0.904
代理决策者年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	48.0 ± 9.7	44.9 ± 8.2	50.8 ± 10.2	-5.227	<0.001
感知社会支持(分, $\bar{x} \pm s$)	52.0 ± 11.7	52.0 ± 12.1	52.0 ± 11.4	-0.131	0.896
维克森林医师信任(分, $\bar{x} \pm s$)	29.5 ± 5.6	31.9 ± 6.3	27.3 ± 3.6	-6.172	<0.001
决策时间(min, $\bar{x} \pm s$)	26.3 ± 18.9	10.1 ± 2.3	41.5 ± 14.5	-14.182	<0.001

表 2 代理决策者决策延迟的多因素分析

变量	B	SB	Wald χ^2	P	OR	95%CI
患者性别(男为对照)						
女	0.012	0.320	0.001	0.971	1.012	0.541-1.894
患者年龄/岁(25~为对照)						
50~	-0.117	0.513	0.052	0.819	0.890	0.326-2.430
70~	-0.251	0.532	0.222	0.637	0.778	0.274-2.207
患者婚姻(已婚为对照)						
未婚及其他	0.580	0.432	1.807	0.179	1.786	0.767-4.163
患者月收入/元(0~为对照)						
1000~	0.040	0.491	0.007	0.935	1.041	0.398-2.724
2000~	-0.793	0.537	2.185	0.139	0.452	0.158-1.295
3000~	-1.916	0.520	13.578	<0.001	0.147	0.053-0.408
医保类型(城镇为对照)						
职工	0.489	0.402	1.480	0.224	1.631	0.742-3.584
自费及其他	0.690	0.651	1.123	0.289	1.993	0.557-7.135
代理决策者性别(男为对照)						
女	0.847	0.330	6.574	0.010	2.333	1.221-4.457
代理决策者文化程度(初中及以下为对照)						
高中	-0.186	0.453	0.169	0.681	0.830	0.342-2.017
大学及以上	0.300	0.440	0.465	0.495	1.349	0.570-3.194
代理决策者是否为本次医疗付费						
是,经济压力较小	-	-	-	-	-	-
是,经济压力较大	1.039	0.458	5.150	0.023	2.827	1.152-6.934
否	0.664	0.573	1.345	0.246	1.943	0.632-5.969
代理决策者角色(独立决策者为对照)						
主要参与者之一	-0.478	0.418	1.305	0.253	0.620	0.273-1.408
应对方式(积极为对照)						
消极	-0.200	0.394	0.257	0.612	0.819	0.366-1.784
代理决策者年龄/岁(25~为对照)						
50~	1.420	0.396	12.846	<0.001	4.139	1.903-8.999
70~	2.040	0.583	12.229	<0.001	7.688	2.451-24.114
感知社会支持(低支持为对照)						
中支持状态	-1.148	0.690	2.770	0.096	0.317	0.082-1.226
高支持状态	-0.783	0.724	1.168	0.280	0.457	0.111-1.890
维克森林医师信任	-0.233	0.038	37.106	<0.001	0.792	0.735-0.854

研究表明,女性通常在家庭中承担护理责任,并且在紧急医疗决策中更注重患者的长期生存质量^[16]。面对紧急情况时,女性代理决策者可能倾向于寻求更多的信息,深入讨论,并对治疗长期效果产生较多关注^[17]。她们可能会在治疗方案上进行更多权衡,尤其是在面对高风险的治疗选择时。因此,在急诊治疗过程中,除了提高信息透明度、提供详细的治疗方案解释,还应为女性代理决策者提供更多的情感支持和关怀,帮助她们减少决策中不确定感,进而提升决策效率。

年龄较大的代理决策者对医疗体系和治疗选

项的了解可能不如年轻人。缺乏相关知识使他们在决策前需要更多时间来获取和处理信息^[18]。随着年龄增长,认知功能如处理速度、记忆力和执行功能常会出现衰退,影响他们在紧急情况下的决策能力^[18]。此外,由于依赖性增强和社会权威感减弱,年龄较大的人可能在紧急情况下更加依赖他人的意见和帮助^[19]。公共卫生部门可以优化决策支持系统,例如简化信息界面和引入预设应急决策模板,协助决策者更迅速地理解信息并做出明智的决策。

研究发现,经济条件较差的个体可能对医疗成本高度敏感,这使得他们在决策前需要花费更多时间权衡财务负担,甚至可能寻找替代的、经济负担较轻的治疗方案^[20]。这种对费用的担忧可能延迟治疗决策,甚至影响到治疗选择质量^[21-22]。因此,减轻患者经济压力、提供经济援助或明确的费用透明度,能够帮助减少因经济因素带来的决策延迟。

缺乏信任会增加个体对潜在负面后果的敏感度,尤其是在涉及健康风险的紧急决策中。Thom等^[23]研究显示,信任度低的患者更可能过分强调医疗风险而非潜在治疗益处。当决策者怀疑医生专业能力或诚信度时,他们可能会要求更多的诊断测试和治疗确认,通过额外时间用于寻求第二意见、对照医生提供信息的准确性或探索其他治疗选项,从而延长决策时间^[24]。医生需要表现出对患者情感的理解和关心,并在交流时间有限的情况下,态度严谨、简单明了的解释治疗方案利弊,快速增强决策者信任感。

4 结论与展望

本研究 AIS 患者的 BT 代理决策者决策延迟的比例超过 50%。代理决策延迟受到多种因素的影响,其中代理决策者年龄较大、性别为女性、经济压力较大等因素显著增加了决策延迟的风险,而患者月收入较高和代理决策者对医师信任度较高则有助于降低这一风险。通过根据代理决策者的性别、年龄等特征采取个性化的沟通策略,提升治疗费用的透明度,并以关怀与同理心增进医患信任,可以优化决策流程,减少代理决策的延迟,从而提高临床治疗的有效性。然而,本研究仅在济宁市的 1 家三甲医院进行便利抽样,样本的局限性可能影响结果的普遍性。因此,未来的研究应建立多中心数据库,以提高样本的代表性,全面、细致地了解

AIS 患者在 BT 中的代理决策延迟情况,并建立有效的决策支持系统,以便更好地支持患者和其代理决策者。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

- [1] Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. *Stroke*, 2013, 44 (7): 2064-2089. DOI: 10.1161/STR.0b013e318296aeca.
- [2] Johnson W, Onuma O, Owolabi M, et al. Stroke: a global response is needed [J]. *Bull World Health Organ*, 2016, 94 (9): 634-634A. DOI: 10.2471/BLT.16.181636.
- [3] Wang W, Jiang B, Sun H, et al. Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China: results from a nationwide population-based survey of 480~687 adults [J]. *Circulation*, 2017, 135 (8): 759-771. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025250.
- [4] Liu M, Wu B, Wang WZ, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies [J]. *Lancet Neurol*, 2007, 6 (5): 456-464. DOI: 10.1016/S1474-4422(07)70004-2.
- [5] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. *Stroke*, 2019, 50 (12): e344-e418. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.
- [6] Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials [J]. *Lancet*, 2016, 387 (10029): 1723-1731. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00163-X.
- [7] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. *Stroke*, 2018, 49 (3): e46-e110. DOI: 10.1161/STR.0000000000000158.
- [8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51 (9): 666-682. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2018.09.004.
- [9] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 中华医学会神经病学分会神经血管介入协作组. 中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南 2018 [J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51 (9): 683-691. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2018.09.005.
- [10] Riley RD, Ensor J, Snell K, et al. Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model [J]. *BMJ*, 2020, 368: m441. DOI: 10.1136/bmj.m441.
- [11] 刘丽, 苏明珠, 邵颀, 等. 中文版感知社会支持量表在老年癌症患者中的信效度分析 [J]. *现代预防医学*, 2022, 49 (18): 3369-3373. DOI: 10.20043/j.cnki.MPM.202203150.
- [12] 张磊, 张景霞, 许文娟, 等. 特质应对方式问卷 (TCSQ) 用于中国军人心理应激调查的信度与效度评价 [J]. *中华疾病控制杂志*, 2010, 14 (11): 1135-1137.
- [13] 董恩宏, 鲍勇. 维克森林医师信任量表中文修订版的信效度 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2012, 26 (3): 171-175. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2012.03.003.
- [14] 霍晓川, 高峰. 急性缺血性卒中血管内治疗中国指南 2023 [J]. *中国卒中杂志*, 2023, 18 (6): 684-711.
- [15] Li Q, Abdalkader M, Siegler JE, et al. Mechanical thrombectomy for large ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis [J]. *Neurology*, 2023, 101 (9): e922-e932. DOI: 10.1212/WNL.0000000000207536.
- [16] Schumkler AG. In a different voice: psychological theory and women's development. Essay review [J]. *Trans Stud Coll Physicians Phila*, 1983, 5 (2): 157-161.
- [17] Lighthall NR, Mather M, Gorlick MA. Acute stress increases sex differences in risk seeking in the balloon analogue risk task [J]. *PLoS One*, 2009, 4 (7): e6002. DOI: 10.1371/journal.pone.0006002.
- [18] O'Neill T, Jinks C, Ong BN. Decision-making regarding total knee replacement surgery: a qualitative meta-synthesis [J]. *BMC Health Serv Res*, 2007, 7: 52. DOI: 10.1186/1472-6963-7-52.
- [19] Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging [J]. *Annu Rev Psychol*, 2010, 61: 383-409. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100448.
- [20] Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction [J]. *Med Care*, 1981, 19 (2): 127-140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.
- [21] Peters E, Dieckmann N, Dixon A, et al. Less is more in presenting quality information to consumers [J]. *Med Care Res Rev*, 2007, 64 (2): 169-190. DOI: 10.1177/10775587070640020301.
- [22] Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2011, 30 (12): 2437-2448. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0923.
- [23] Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2004, 23 (4): 124-132. DOI: 10.1377/hlthaff.23.4.124.
- [24] Peek ME, Gorawara-Bhat R, Quinn MT, et al. Patient trust in physicians and shared decision-making among African-Americans with diabetes [J]. *Health Commun*, 2013, 28 (6): 616-623. DOI: 10.1080/10410236.2012.710873.

(收稿日期 2024-11-04)

(本文编辑: 甘慧敏)