

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2022.02.033

❖ 护理 ❖

心理暗示结合共享决策方案对老年稳定性冠心病患者心理弹性、决策冲突及自我效能的影响

吴丽娜, 杨睿

(淮南朝阳医院护理部, 安徽 淮南 232000)

【摘要】目的: 探讨心理暗示结合共享决策方案对老年稳定性冠心病患者心理弹性、决策冲突及自我效能的影响。**方法:** 选取 90 例老年稳定性冠心病患者为研究对象, 依据护理干预方式不同分为对照组和观察组, 每组各 45 例。对照组给予常规护理干预; 观察组在对照组的基础上结合心理暗示 + 共享决策方案护理干预。干预后 6 个月比较两组患者健康行为、心理弹性、决策冲突、自我效能、生活质量。**结果:** 干预后, 两组患者健康行为能力自评量表(SRAHP)中运动、营养、健康责任和心安适维度评分、中文版康纳-戴维森韧性量表(CD-RISC)中乐观、自强和坚韧维度评分、慢性病自我效能量表(CDSES)中症状管理和疾病共性管理维度评分及总分、西雅图心绞痛量表(SAQ)中躯体受限程度、心绞痛稳定状况、心绞痛发作频率、疾病认知程度及治疗满意度评分均升高($P < 0.05$), 且观察组高于对照组($P < 0.05$); 决策冲突量表(DCS)中感知有效决策、决策不确定性、导致决策不确定性的因素评分及总分均降低, 且观察组低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 在常规护理的基础上联合心理暗示 + 共享决策方案, 有利于改善对老年稳定性冠心病患者健康行为及心理弹性, 降低决策冲突, 提升其自我效能及生活质量。

【关键词】 心理暗示; 共享决策方案; 老年; 冠心病; 心理弹性; 决策冲突; 自我效能

【中图分类号】 R541.4; R473.5 **【文献标志码】** A

Effects of psychological suggestion combined with shared decision-making scheme on psychological elasticity, decision-making conflict and self-efficacy in elderly patients with coronary heart disease

WU Li-na, YANG Rui

(Department of Nursing, Huainan Chaoyang Hospital, Huainan 232000, Anhui, China)

【Abstract】 Objective: To investigate the effects of psychological suggestion combined with shared decision-making scheme on psychological elasticity, decision-making conflict and self-efficacy in elderly patients with coronary heart disease. **Methods:** 90 elderly patients with stable coronary heart disease were divided into control group and observation group according to the different nursing intervention methods, and 45 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, and the observation group was combined with psychological suggestion + shared decision-making scheme intervention on the basis of the control group. After 6 months of continuous intervention, the health behavior, psychological elasticity, decision-making conflict, self-efficacy and quality of life of the two groups were compared. **Results:** After 6 months of intervention, the scores of exercise, nutrition, health responsibility and psychological well-being in Self-rated abilities health practices scale (SRAHP), the scores of optimism, self-improvement and tenacity in the Chinese version of Connor- Davidson resilience scale (CD-RISC), the scores and total scores of symptom management and disease commonness management in the Chronic disease self-efficacy scale (CDSES), and the degree of physical restriction, stable state of angina pectoris, attack frequency of angina pectoris, disease cognition and treatment satisfaction scores in Seattle angina pectoris scale (SAQ) increased in the two groups ($P < 0.05$), and the observation group was higher than the control group ($P < 0.05$). The scores and total scores of perceived effective decision-making, decision uncertainty, factors leading to decision uncertainty in the Decision conflict scale (DCS) decreased in the two groups, and the observation group was lower than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** On the basis of routine nursing, combined with psychological suggestion + shared decision-making scheme, it is conducive to improve the health behavior and psychological elasticity of elderly patients with stable coronary heart disease, reduce decision-making conflict, and improve their self-efficacy and quality of life.

【Key words】 Psychological suggestion; Shared decision-making scheme; Old age; Coronary heart disease; Psychological elastic-

ity; Decision conflict; Self efficacy

冠心病属于心血管系统常见疾病之一,好发于中老年人群^[1]。近年来,受人口老龄化、城市化进程加速及饮食习惯、生活压力等因素的影响,冠心病的发病率呈上升趋势^[2]。虽然,全球范围内针对冠心病的治疗药物及血循环重建技术的不断发展在一定程度上提升了治疗的效果,但仍是威胁人类健康、生活乃至生命的主要疾病之一^[3]。目前,冠心病患者入院后主要由医生结合患者检查结果制定诊疗方案,虽然需要患者的知情同意,但很大一部分患者缺乏相关医疗知识,只能处于被动接受状态,无法真正参与到最终的医疗决策过程中^[4]。共享决策指医护人员通过向患者介绍疾病相关信息及其多种诊疗方案的优劣,从而使患者积极主动地参与自身疾病的医疗决策过程,最终结合患者意愿确定诊疗方案,现已在产科及心血管疾病患者的护理中得以应用^[5-6]。研究^[7]表明,冠心病患者由于心血管系统长期处于内分泌和自主神经失调状态下,加之受长期服药、担心病情反复等因素的影响,患者可能出现不良情绪,有必要对其采取心理干预措施。心理暗示法属于心理治疗方式之一,是指采用表情、语言、肢体动作等形式对患者情绪产生积极影响,从而纠正其对事物错误认知,从而发挥治疗效果^[8]。本研究旨在探讨心理暗示结合共享决策方案对老年稳定性冠心病患者心理弹性、决策冲突及自我效能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月至2020年12月淮南市朝阳医院收治的90例老年稳定性冠心病患者为研究对象,依据护理干预方式不同分为对照组和观察组,每组各45例。对照组中,男性21例,女性24例;平均年龄(72.38±5.10)岁;NYHA心功能分级:II级19例,III级18例,IV级8例;病变血管0~3条,平均(1.09±1.24)条;合并症:高血压33例,高血脂症8例,糖尿病14例。观察组中,男性17例,女28例;平均年龄(72.18±5.97)岁;NYHA心功分级:II级17例,III级22例,IV级6例;病变血管0~3条,平均(1.07±1.16)条;合并症:高血压32例,高血脂症8例,糖尿病17例。本研究经医院伦理委员会批准,患者自愿参加试验并签署知情同意书。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:(1)符合《稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)》^[9]中诊断标准;(2)年龄≥60岁,性别不限;(3)纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级为II~IV级;(4)临床资料

完整。排除标准:(1)严重精神类疾病患者;(2)合并恶性肿瘤患者;(3)严重肝、肾功能不全、肺部感染、全身系统疾病患者;(4)认知功能、语言功能障碍,无法配合问卷调查者;(5)3个月内接受手术、滥用吗啡类药物、酗酒患者。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理:患者入院后对其进行全面检查与评估,根据患者情况选择药物治疗或经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)。对患者进行常规护理,给其饮食、运动指导及疾病相关知识介绍。观察组在对照组的基础上结合心理暗示+共享决策方案:(1)心理暗示:①表情暗示,在对患者实施护理管理时,通过保持微笑表情,缓解其紧张、焦虑的负性心理;②环境暗示,确保病房内干净、整洁、明亮,可通过适当摆放绿植、鲜花或播放舒缓音乐等方式,缓解患者心情;③社会支持暗示,实施护理管理时,通过沟通的方式了解患者需求并尽量使其得到满足,告知患者家属对患者表达关心,使患者感受到理解与支持;④成功病例暗示,为患者介绍同类型患者治疗成功的案例,或邀请已经康复的患者亲自为患者讲解自身经历,提升其治疗信心。(2)共享决策方案:①成立干预团队,团队成员包括心内科主任及主治医生各1名、护士长1名、护士4名,团队成员均经过培训且通过考核;②共享决策干预表制定:团队成员通过查阅国内外相关文献、参考冠心病治疗指南、结合临床经验等方式,制定决策方案表;③共享决策方案选择:患者入院后,护士为其介绍医院及病房环境,主治医生为其讲解检查结果及疾病进程,并告知其当前冠心病的治疗方案、共享决策的定义及当前应用情况。护士为患者发放决策方案表,主治医生告知患者当前病情可供选择的治疗方案包括哪几种,并告知其每种治疗方案的利弊,包括治疗效果、并发症或不良反应、治疗费用、住院时间等,为患者提供1~3d的考虑时间可与家属商议,在此期间解答患者提出的问题,决策方案表填写完毕后,确定治疗方案。

1.3 观察指标

(1)健康行为能力:采用中文版健康行为能力自评量表(self-rated abilities health practices scale, SRAHP)^[10]评估,包括运动、营养、健康责任及心理安适4个维度,共28个条目,每个条目0~4分,分数越高表示健康行为能力越强;(2)心理弹性:采用康纳-戴维森韧性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)^[11]评估,包括乐观、自强及坚韧3个维度,共25个条目,每个条目0~4分,分数越高

代表心理弹性越好; (3) 决策冲突水平: 采用决策冲突量表 (decision conflict scale, DCS)^[12] 评估, 包括感知有效性决策、决策不确定性以及导致决策不确定性因素 3 个维度, 共 16 个条目, 每个条目 0~4 分, 总分 = 全部条目分数相加/16 × 25, 分数越高表示决策冲突水平越高; (4) 自我效能: 采用慢性病自我效能量表 (chronic disease self-efficacy scale, CD-SES)^[13] 评估, 包括症状管理、疾病共性管理两个方面, 共 6 个条目, 每个条目 1~10 分, 分数越高表示自我效能水平越高; (5) 生活质量: 采用西雅图心绞痛量表 (seattle angina questionnaire, SAQ)^[14] 评估, 包括躯体受限程度、心绞痛稳定状况、心绞痛发作频率、疾病认知程度及治疗满意度 5 个维度, 各维度分

别为 0~100 分, 分数越高表示生活质量越好。

1.4 统计学分析

采用 SPSS23.0 软件对数据进行分析与处理。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以 [*n* (%)] 表示, 采用 χ^2 分析。 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者健康行为能力比较

干预前, 两组患者 SRAHP 各维度评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 干预后, 两组患者 SRAHP 各维度评分均升高 (*P* < 0.05), 且观察组高于对照组。见表 1。

表 1 两组患者健康行为能力比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	运动		营养		健康责任		心理安适	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (<i>n</i> = 45)	12.81 ± 2.35	15.85 ± 3.12 *	17.24 ± 3.45	20.10 ± 4.25 *	18.78 ± 3.98	21.80 ± 4.69 *	17.20 ± 3.36	19.66 ± 4.10 *
观察组 (<i>n</i> = 45)	12.37 ± 2.58	17.96 ± 3.77 *	16.99 ± 3.40	22.71 ± 4.51 *	19.11 ± 3.69	26.75 ± 5.01 *	17.11 ± 3.19	24.19 ± 4.25 *
<i>t</i> 值	0.846	2.892	0.346	2.825	0.408	4.839	0.130	5.146
<i>P</i> 值	0.400	0.005	0.730	0.006	0.684	<0.001	0.897	<0.001

* *P* < 0.05, 与组内干预前相比。

2.2 两组患者心理弹性比较

干预前, 两组患者 CD-RISC 各维度评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 干预后, 两组患者

CD-RISC 各维度评分均升高 (*P* < 0.05), 且观察组高于对照组 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者心理弹性比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	乐观		自强		坚韧	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (<i>n</i> = 45)	9.45 ± 2.30	13.15 ± 2.65 *	22.03 ± 4.15	24.20 ± 4.80 *	27.90 ± 5.35	33.46 ± 5.14 *
观察组 (<i>n</i> = 45)	9.72 ± 2.12	14.97 ± 2.84 *	21.78 ± 4.27	26.22 ± 4.46 *	28.15 ± 4.90	35.77 ± 5.42 *
<i>t</i> 值	0.579	3.143	0.282	2.068	0.231	2.075
<i>P</i> 值	0.564	0.002	0.779	0.042	0.818	0.041

* *P* < 0.05, 与组内干预前相比。

2.3 两组患者决策冲突水平比较

干预前, 两组患者 DCS 各维度评分及总分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 干预后, 两组

患者 DCS 各维度评分及总分均降低 (*P* < 0.05), 且观察组低于对照组 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 DCS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	感知有效决策		决策不确定性		导致决策不确定性的因素		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (<i>n</i> = 45)	11.12 ± 2.67	9.36 ± 2.15 *	9.68 ± 1.50	7.80 ± 2.33 *	20.32 ± 5.09	14.81 ± 3.68 *	60.28 ± 6.43	42.51 ± 6.14 *
观察组 (<i>n</i> = 45)	11.20 ± 2.88	6.04 ± 2.45 *	9.40 ± 1.44	5.57 ± 1.90 *	20.63 ± 5.37	10.67 ± 2.10 *	59.86 ± 7.29	34.20 ± 5.53 *
<i>t</i> 值	0.137	6.833	0.903	4.976	0.281	6.555	0.290	6.746
<i>P</i> 值	0.892	<0.001	0.369	<0.001	0.779	<0.001	0.773	<0.001

* *P* < 0.05, 与组内干预前相比。

2.4 两组患者自我效能比较

干预前, 两组患者 CDESES 各维度评分及总分比

较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者 CDESES 各维度评分及总分均升高($P < 0.05$),且

观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者干预前后 CDESES 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	症状管理		疾病共性管理		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组($n=45$)	20.30 ± 3.50	29.62 ± 3.65 *	11.24 ± 2.81	15.23 ± 3.01 *	31.56 ± 5.14	44.28 ± 7.13 *
观察组($n=45$)	19.89 ± 3.27	32.46 ± 3.80 *	11.68 ± 2.63	17.10 ± 3.22 *	31.22 ± 5.60	48.97 ± 7.69 *
t 值	0.574	3.616	0.767	2.846	0.300	3.000
P 值	0.567	<0.001	0.445	0.006	0.765	0.004

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。

2.5 两组患者生活质量比较

干预前,两组患者 SAQ 各维度评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者 SAQ

各维度评分均升高($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者干预前后 SAQ 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	躯体受限程度		心绞痛稳定状况		心绞痛发作频率		疾病认知程度		治疗满意度	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组($n=45$)	58.44 ± 6.76	69.31 ± 8.20 *	55.28 ± 7.21	68.74 ± 9.24 *	51.73 ± 5.35	65.63 ± 7.15 *	60.17 ± 8.52	74.28 ± 9.10 *	60.35 ± 5.14	73.22 ± 7.50 *
观察组($n=45$)	58.03 ± 7.13	74.29 ± 8.83 *	55.50 ± 7.86	73.69 ± 8.35 *	52.40 ± 5.79	69.80 ± 6.94 *	60.39 ± 7.98	80.32 ± 9.77 *	59.85 ± 6.20	79.43 ± 9.81 *
t 值	0.280	2.772	0.138	2.666	0.570	2.807	0.126	3.035	0.416	3.374
P 值	0.780	0.007	0.890	0.009	0.570	0.006	0.900	0.003	0.678	0.001

* $P < 0.05$,与组内干预前相比。

3 讨论

心理弹性又称为复原力,是一个相对较新的概念,最初是从技术科学引入心理学和精神病学,是指个体面对逆境、创伤、悲剧、威胁或其他重大压力的良好适应过程^[15-16]。心理弹性属于保护性因素,心理弹性高则表示个体对导致积极发展结果的不良事件更有抵抗力^[17]。在本研究中,干预后 6 个月,观察组患者 CD-RISC 量表及 SRAHP 量表评分均优于干预前及对照组($P < 0.05$),提示心理暗示 + 共享决策方案有效提升了患者心理弹性及健康行为能力,分析作用机制可能为暗示是人类最简单、最典型的条件反射,心理暗示属于心理治疗方式,从心理机制上讲,它是一种被主观意愿肯定的假设。心理暗示采用乐观积极的理念指导患者,从表情暗示、环境暗示、社会支持暗示及成功病例暗示 4 个方面,有效改善了患者不良心境状态、使其感受到理解与支持、并提升了其对治疗信心,进而提升了心理弹性,促进其健康行为形成^[18-19]。金冰青等^[20]以老年冠心病伴糖尿病患者为研究对象,提示心理暗示联合限食疗法可有效改善其心理弹性,促进患者疾病恢复。

弊相当、需要与患者自身价值观相结合以进行权衡与选择的情况下,则可能产生决策冲突。一旦患者决策冲突水平较高,则可能出现对决策表示、不满意对医疗决策过程等情况,进而导致其对医护人员产生责怪心理、引起医患矛盾^[22]。在本研究中,观察组患者干预后 DCS 量表及 CDESES 量表评分各维度评分均优于干预前及对照组($P < 0.05$),提示该干预方式有效降低了决策冲突,提升了患者自我效能,作用机制可能是在实施共享决策方案时,患者感受到与医生、护士处于平等状态,不再是被动的接受,而转变成主动参与,提升了自我效能。此外,通过听取护士、医生介绍,患者了解了自身病情及相应治疗方案,通过结合医生介绍的不同治疗方案的利弊,结合自身经济状况,亲自参与到治疗方案的选择中,提升了自身参与感与面对治疗的信心,提升了满意度、避免了医患矛盾的产生,决策冲突降低^[23-24]。吴玲玉^[25]提出,共享决策干预可有效降低冠心病患者治疗决策冲突、提升决策满意度,与研究结论基本一致。此外,本研究中,观察组患者 SAQ 量表评分均优于干预前及对照组($P < 0.05$),原因可能是由于心理暗示结合共享决策方案通过改善患者心境状态、促进其保持健康行为、降低决策冲突、提升自我

研究^[21]表明,当存在两种及以上医学上认为利

效能等方式改善生活质量。

综上所述,在常规护理的基础上联合心理暗示+共享决策方案,有利于改善对老年稳定性冠心病患者健康行为及心理弹性,降低决策冲突,提升其自我效能及生活质量,值得在临床中推广应用。

参考文献

[1] Agrawal H, Choy HK, Liu J, *et al.* Coronary Artery Disease[J]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2020, 40(7): e185 - e192.

[2] Modarressi T. Assessing stable coronary artery disease[J]. *Cleve Clin J Med*, 2020, 87(12): 713.

[3] Moscarella E, Gragnano F, Cesaro A, *et al.* Coronary Physiology Assessment for the Diagnosis and Treatment of Coronary Artery Disease[J]. *Cardiol Clin*, 2020, 38(4): 575 - 588.

[4] 陈佳, 秦秀芳, 马春燕, 等. 共享决策干预方案在稳定性冠心病决策困境患者中的应用研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2021, 37(17): 1314 - 1321.

[5] Begley K, Daly D, Panda S, *et al.* Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters[J]. *J Eval Clin Pract*, 2019, 25(6): 1113 - 1120.

[6] Backman WD, Levine SA, Wenger NK, *et al.* Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease[J]. *Clin Cardiol*, 2020, 43(2): 196 - 204.

[7] Askin L, Uzel KE, Tanrıverdi O, *et al.* The relationship between coronary artery disease and depression and anxiety scores[J]. *North Clin Istanbul*, 2020, 7(5): 523 - 526.

[8] 魏娟, 史文莉. 积极心理暗示联合放松训练对 PPH 术后患者焦虑抑郁情绪及疼痛的影响[J]. *医学临床研究*, 2019, 36(3): 621 - 623.

[9] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 稳定性冠心病基层诊疗指南(2020 年)[J]. *中华全科医师杂志*, 2021, 20(3): 265 - 273.

[10] 胡蕴绮, 周兰姝. 中文版健康行为能力自评量表的信效度研究[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47(3): 261 - 262.

[11] Bezdjian S, Schneider KG, Burchett D, *et al.* Resilience in the United States Air Force: Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)[J]. *Psychological assessment*, 2017, 29(5): 479 - 485.

[12] 王露, 陈英, 崔金锐, 等. 中文版决策冲突量表在直肠癌患者术式决策中应用的信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(3): 31 - 34.

[13] Brady TJ. Measures of self-efficacy: Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Arthritis Self-Efficacy Scale-8 Item (ASES-8), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSES), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), and Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE)[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011, 63 (Suppl 11): S473 - S485.

[14] Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, *et al.* Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease[J]. *J Am Coll Cardiol*, 1995, 25(2): 333 - 341.

[15] Babič R, Babič M, Rastović P, *et al.* Resilience in Health and Illness[J]. *Psychiatr Danub*, 2020, 32 (Suppl 2): 226 - 232.

[16] Mahmoud NN, Rothenberger D. From Burnout to Well-Being: A Focus on Resilience[J]. *Clin Colon Rectal Surg*, 2019, 32(6): 415 - 423.

[17] Kim GM, Lim JY, Kim EJ, *et al.* Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review[J]. *Health Soc Care Community*, 2019, 27(4): 797 - 807.

[18] 詹舟茹, 李婉珊, 陈时锋. 积极心理暗示对骨科全身麻醉患者希望水平与应激反应的影响[J]. *护理实践与研究*, 2021, 18(5): 657 - 661.

[19] 吴晶晶, 韩雪, 郑岚. 积极心理暗示联合一对一协同家庭支持对围绝经期女性住院患者的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2021, 27(3): 154 - 156.

[20] 金冰青, 姜晖晖, 李宗平. 心理暗示联合限食疗法对老年冠心病伴糖尿病患者的影响[J]. *中国实用护理杂志*, 2020, 36(16): 1259 - 1264.

[21] Garvelink MM, Boland L, Klein K, *et al.* Decisional Conflict Scale Use over 20 Years: The Anniversary Review[J]. *Med Decis Making*, 2019, 39(4): 301 - 314.

[22] Jayadevan R, Amighi A, Mills S, *et al.* Decisional Conflict and Knowledge Among Patients With Varicocele Seeking Treatment for Infertility[J]. *Urology*, 2019, 112(3): e24.

[23] Nelson KE, Oppedisano S, Patel ML, *et al.* Caregiver Decisional Conflict Before and After Consultation About Gastrostomy Tube Placement[J]. *Hosp Pediatr*, 2020, 10(10): 829 - 835.

[24] Raghuram P P, Prows CA, Martin LJ, *et al.* Decisional conflict among adolescents and parents making decisions about genomic sequencing results[J]. *Clin Genet*, 2020, 97(2): 312 - 320.

[25] 吴玲玉. 共享决策干预对冠心病患者治疗决策冲突与决策满意度的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2020, 26(1): 9 - 12.

(收稿日期: 2021 - 09 - 01

修回日期: 2021 - 09 - 29)