·论　　著·

心脏起搏器植入患者社会融合障碍体验的质性研究

尹秀迪[1,2]，宋红霞[2]，宋慈[1,3]，孙悦[1,2]

摘要：目的 基于自我决定理论探讨社交媒体活跃的心脏起搏器植入患者术后社会融合障碍体验，为构建以患者需求为导向、激发其内在动机的个性化护理干预方案提供参考。**方法** 采用目的抽样结合滚雪球抽样法，于2026年1—4月选取社交媒体平台活跃的行初次植入心脏起搏器的21例患者为研究对象，通过腾讯会议与微信平台进行半结构式深度访谈。采用描述性质性研究法及主题分析法对资料进行整理与分析。**结果** 提炼出3个主题以及9个亚主题，即自主行动受限与个体社交退缩（日常决策让渡、医疗被动参与、行为自我限制），胜任感下降与角色功能弱化（身体功能减退、信息寻求与回避的矛盾、家庭角色弱化），外部社交壁垒与社会联结危机（社会联结困境、职场边缘化、同伴支持的现实局限）。**结论** 社交媒体活跃的心脏起搏器植入术后患者社会融合面临多种困境，医护人员应通过构建信息支持阶梯、优化医疗共同决策、促进同伴正向连接等策略，激发患者内在动机，助力其实现更高水平的社会融合与常态回归。

关键词：起搏器植入；　社会融合；　自我决定理论；　自主需求；　胜任感；　质性研究

中图分类号：R473.5；R318.11　　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.19.018

Qualitative research on the experience of social integration barriers in patients with permanent pacemakers

Yin Xiudi, Song Hongxia, Song Ci, Sun Yue. School of Nursing, Shandong First Medical University, Jinan 250117, China

Abstract: Objective To explore the experience of social integration barriers among socially-active patients after permanent pacemaker implantation based on self-determination theory, and to provide evidence for developing patient-oriented personalized nursing interventions that stimulate patients′ intrinsic motivation. **Methods** Purposive sampling combined with snowball sampling was adopted. Twenty-one first-time permanent pacemaker recipients active on social media platforms were recruited from January to April 2026. In-depth semi-structured interviews were conducted via Tencent Meeting and WeChat. Descriptive qualitative research and thematic analysis were used for data organization and analysis. **Results** Three main themes and nine sub-themes were identified: limited autonomous action and individual social withdrawal (concession of daily decision-making, passive participation in medical care, and self-restriction of behavior); decreased sense of competence and weakened role function (decline in physical function, contradiction between information seeking and avoi-dance, and weakening of family roles); and external social barriers and social connection crisis (social connection dilemma, workplace marginalization, and the practical limitations of peer support). **Conclusion** Patients with active social media presence after permanent pacemaker implantation face various challenges in social integration. Healthcare professionals should adopt strategies including constructing a stepped information support framework, optimizing shared medical decision-making, and facilitating positive peer connection to stimulate patients′ intrinsic motivation and help them achieve a higher level of social integration and return to normal life.

Keywords: permanent pacemaker implantation; social integration; self-determination theory; need for autonomy; sense of competence; qualitative research

心脏起搏器植入术是治疗缓慢性心律失常的有效手段，可显著降低患者病死率、改善临床症状[1]。但患者术后需适应体内植入装置，同时完成从病患角色向正常社会生活的回归，面临生理、心理、社会行为多维度的双重适应挑战[2-3]。社会融合是指患者在患病后，仍可维持良好社交关系、参与社会活动、履行社会角色，进而获得高质量生活的状态[4]。目前针对心脏起搏器植入患者的研究，多聚焦于术后并发症、生活质量、心理状态及自护能力等方面[5]。近年已有研究关注心脏植入器械患者的心理体验与慢性病患者社会融合现状，证实患者存在社交回避、角色适应困难等问题[6]。然而，上述研究多停留于社会融合受损的外在表现，未触及行为背后的心理驱动机制。社交回避与角色退缩受内在动机调节，起搏器患者因植入装置带来的身心困扰可致内在动机受抑，进而出现社会参与下降与角色适应障碍。但未有研究从内在动机视角深入剖析起搏器植入患者社会融合障碍的深层原因。自我决定理论[7]提出，自主、胜任、归属是人类三大基本心理需求，而需求的缺失，会抑制患者内在动机，减少主动社会参与行为，严重阻碍其社会融合进程。社交媒体活跃患者更愿意借助网络平台袒

作者单位：1.山东第一医科大学护理学院（山东 济南，250117）；2.山东第一医科大学第一附属医院护理部；3.山东第一医科大学附属省立医院保健呼吸科

通信作者：宋红霞，xysong1983@foxmail.com

尹秀迪：女，硕士在读，学生，1418846671@qq.com

科研项目：山东省人文社会科学课题（ZDZX-2025-004）

收稿：2026-05-10；修回：2026-07-14

露真实感受、倾诉适应过程中的困扰，能够提供丰富且深入的质性研究资料，且线上社交与现实参与之间的矛盾，能够集中反映自主、胜任、归属需求受挫特征[8]。因此，本研究以自我决定理论为支撑，采用描述性质性研究方法，探究社交媒体活跃的初次植入心脏起搏器患者术后社会融合的障碍体验，剖析其需求受阻的具体表现，为构建精准化的心理与社会支持干预方案提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法，于 2026 年 1—4 月，通过社交媒体平台（新浪微博、小红书）招募心脏起搏器植入术后患者，进一步采用滚雪球抽样法，邀请已纳入的受访者推荐其认识的、符合纳入标准的其他起搏器植入病友参与研究，开展半结构式访谈。纳入标准：①年龄≥18 岁；②初次植入性心脏起搏器；③具备清晰的言语表达和沟通能力；④术后康复期间，每周至少在社交媒体平台发布或评论与自身病情或生活相关的内容 1 次以上，且持续 1 个月及以上；⑤自愿参与本研究并签署线上知情同意书。排除标准：①并存其他严重躯体疾病或精神障碍；②无法熟练使用线上会议软件。当连续访谈 3～4 例受访者，再未出现新主题时，认为资料饱和。最终纳入 21 例患者，一般资料见表 1。本研究已通过山东第一医科大学伦理委员会审查（R202511040485）。

表 1 纳入患者一般资料

编号	性别	年龄（岁）	文化程度	职业状态	起搏器类型	起搏器植入原因	植入时间（月）	自评植入前社会活跃度	家庭经济水平	心功能分级	合并症
P1	男	45	本科	在职	双腔	二度Ⅱ型房室传导阻滞	27	较少	中等	Ⅰ	多发性硬化
P2	女	27	本科	在职	双腔	三度房室传导阻滞	65	较少	中下	Ⅰ	无
P3	男	24	硕士	学生	单腔	心动过缓	2	中等	中下	Ⅱ	无
P4	女	25	大专	在职	双腔	三度房室传导阻滞	7	较多	中上	Ⅰ	无
P5	女	35	本科	在职	双腔	心动过缓	8	较多	中等	Ⅱ	心力衰竭
P6	女	30	本科	在职	双腔	三度房室传导阻滞	2	较多	中等	Ⅱ	房颤
P7	女	24	本科	学生	双腔	心动过缓	1	较多	中上	Ⅱ	无
P8	女	30	本科	在职	双腔	心律失常	3	较少	中下	Ⅱ	无
P9	男	66	中专	退休	双腔	二度Ⅱ型房室传导阻滞	20	较少	中等	Ⅱ	高血压
P10	女	58	小学	无业	三腔	心力衰竭	29	较多	中等	Ⅳ	高血压、冠心病
P11	女	38	本科	在职	单腔	三度房室传导阻滞	9	中等	中上	Ⅰ	无
P12	女	27	本科	在职	单腔	室性心动过速	12	较多	中上	Ⅱ	心律失常
P13	女	40	本科	在职	双腔	三度房室传导阻滞	10	中等	中等	Ⅱ	无
P14	男	60	初中	退休	三腔	心力衰竭	14	较少	较低	Ⅲ	低血压
P15	女	75	小学	无业	三腔	心力衰竭	8	中等	较低	Ⅲ	高血压、冠心病
P16	男	32	硕士	在职	双腔	三度房室传导阻滞	30	中等	中等	Ⅰ	无
P17	男	19	本科	学生	双腔	肥厚性心肌病	26	较多	中上	Ⅱ	无
P18	女	30	硕士	在职	双腔	肥厚性心肌病	6	较少	中等	Ⅰ	无
P19	男	28	硕士	在职	双腔	心动过缓	17	较多	中等	Ⅰ	心肌炎
P20	女	30	大专	在职	双腔	三度房室传导阻滞	11	较少	中等	Ⅲ	无
P21	女	48	硕士	在职	双腔	心脏骤停	5	中等	中下	Ⅰ	无

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 基于自我决定理论的三大基本心理需求，结合研究目的，通过系统文献回顾[9-10]形成访谈提纲初稿。对 4 例患者进行预访谈，并结合 2 名具有 10 年以上心血管疾病临床经验的专家意见再次修改，形成正式访谈提纲。包括①自从植入起搏器后，您觉得在日常生活方面，自己做决定的自由度和以前相比有什么变化？②在随访、复查与康复过程中，您感觉自己在多大程度上能参与并表达自己的想法？能具体说说当时的情况吗？③在回归日常生活时，您遇到的身体或精力上的挑战是什么？您是如何应对的？④在您外出或参与社会活动时，您最担心哪些问题？⑤关于起搏器，您觉得自己在哪方面的知识或技能最充足？在哪方面最不确定或最想学习？⑥植入起搏器后，您感觉与家人、朋友、同事之间的关系发生了变化吗？⑦您觉得心脏病患者或起搏器患者这个身份，对您作为伴侣、父母、员工、朋友等原有社会角色产生影响了吗？⑧您觉得与其他起搏器病友的交流对您有帮助吗？

1.2.2 资料收集方法 访谈前，研究者通过社交媒体私信与潜在的受访者进行初步交流，确定访谈时间，并向其发送电子版《受访者知情同意书》，内容包括研究目的、访谈时长、录音要求、数据匿名化处理原则、自愿参加以及随时退出原则等信息。受访者在通读并确认理解上述内容的基础上，在电子文档中输入电子签名并回传。所有访谈均通过腾讯会议与微信平台，采用安静、非打扰的隐私视频会议形式，在 2 名接受过质性研究系统训练的研究人员的访谈及记录下完成，1 人主导提问，另 1 人同步记录非语言信息与研究反思，并通过技术测试与暖场交流建立信任关系。为弥补线上访谈缺乏物理在场感的潜在局限，特别强化了对语气、停顿等非语言信息的记录，并采用

积极倾听、即时确认等技巧保障互动深度。每次访谈持续 20～40 min。访谈过程全程录音，并同步记录重要的非语言信息及研究者的反思笔记。

1.2.3　资料分析方法　访谈结束后 24 h 内，由 2 名研究者将录音逐字转录为文本，双人核对确保准确性。将文本导入 NVivo12 软件进行资料管理与辅助编码。资料分析采用主题分析法对访谈文本进行归纳式分析，2 名具备质性研究经验的研究者独立审阅文本并提取主题。遵循 Braun 等[11]提出的反思性主题分析框架，通过反复阅读以熟悉文本内容，并系统生成初始编码，将相关编码归类并初步形成主题，通过不断对照原始文本对主题进行审查与调整，以明确界定并命名各主题，最终结合典型语例撰写分析报告。对主题提取中的不一致，征求质性研究方法学家意见。为保证研究可靠性，采用研究者交叉验证、原始资料互证及成员核查等方法进行验证。

2　结果

提炼出 3 个主题以及 9 个亚主题。

2.1　自主行动受限与个体社交退缩

2.1.1　日常决策让渡　大部分患者的日常自主决策常因医源性的建议与家庭成员的过度保护而受到明显限制。P6："医生建议我静养，所以我就再也没有自己开车了。"P7："想去旅行、锻炼、聚会时得先问医生，医生说可以才敢尝试，家人也会时刻盯着我。大部分时候为了安全，我干脆直接放弃想做的事。"

2.1.2　医疗被动参与　受专业知识不足的限制，受访者们在医疗参与过程中多数比较被动，难以真正参与到治疗和决策中。P5："基本医生怎么说，我就会怎么做，没有自己的意见。"P6："我觉得医生是专业的，我只是个外行人。但是他说的有些地方我不太理解。"P11："基本上没有什么参与度。医生帮我调整参数，我就负责坐着不动。"

2.1.3　行为自我限制　由于对设备安全的顾虑，受访者普遍出现一系列回避行为，包括拒绝高强度运动、避开特定交通工具与公共场所等。这些行为缩小了患者的活动半径与社会接触频率，导致主动社交隔离。P1："有同学邀请我爬山，我以前经常爬山，但现在肯定不能去。"P8："我会倾向于坐公交多过地铁，也不会选飞机。因为地铁每次都要安检，我不想过多接触安检设备。"P11："我会更注意，尽量不去高原地区；出行会关注周围有没有辐射源。"

2.2　胜任感下降与角色功能弱化

2.2.1　身体功能减退　大部分受访者表示，起搏器植入术后普遍经历过体力下降、活动受限以及容易疲劳等问题，使其难以维持或恢复术前的日常活动水平。P1："如果上完一天课再去散步，心脏会有些不太舒服。"P4："以前喜欢跳操，但现在手不能伸直，就没再跳了。前段时间试过，但不太理想。"P15："以前我手脚麻利，家里地里都能顶得上，现在走两步就心慌、胸口疼、头晕，啥也干不了。"

2.2.2　信息寻求与回避的矛盾　受访者既渴望通过提升疾病认知来获得心理安全感与自我管理的掌控感，又存在因专业知识的理解困难、疾病忧虑等问题产生回避的矛盾心理。P1："我最想知道起搏器电池的工作原理，还有哪些技术能让电池工作时间更长，这样能让我觉得以后可能不用面临太多次更换。"P16："我会跟工程师一起调参数，这样会更了解一些（起搏器知识），也会安心一些。"P4："我觉得了解太详细可能会对它产生恐慌。现在就是一知半解，知道它能救我的命就够了。"

2.2.3　家庭角色弱化　家庭角色执行能力的弱化使得患者在家庭与亲密关系中经历着从责任承担者到被动依赖者的身份转变，造成家庭内部的分工失衡与关系紧张，削弱了其作为社会成员的基本价值感与归属感。P6："我现在什么活都不干，基本上家里面很多事都是我丈夫去做的，我能感觉到他压力很大。"P14："对家里人来说，我虽然花自己的钱，不用他们负担经济，但总归是个病人，还是给他们添了累赘。"P15："自从做完手术，我不能种地、不能做饭、不能看孩子，帮不上一点忙，还花了家里好多钱。"

2.3　外部社交壁垒与社会联结危机

2.3.1　社会联结困境　亲友支持的质量与方式影响着受访者的社会联结体验。适度关心与帮扶能够给予患者心理慰藉，但亲友的过度保护、刻意回避，阻碍了患者正常社交参与，造成原有人际网络逐步萎缩。P13："亲戚们都小心翼翼地看着我，生怕我累着、碰着。"P7："朋友、同事慢慢也很少约我出门，怕我出意外，关系越来越淡。"P15："以前我朋友还喊我一起去赶集，自从我做了手术她也不敢喊我一起了。"

2.3.2　职场边缘化　部分受访者表示在职业场域中的社会融合面临多重障碍，身体限制导致的直接工作能力丧失，同事的过度保护性边缘化，隐性剥削导致的边缘化，客观限制与潜在歧视阻碍了其职业流动。P11："我现在的工作有时候会用到小型核磁仪器，但装了起搏器之后就没办法参与这部分工作了。"P4："同事不会给我安排太繁重或重要的工作，会刻意让我多休息。"P3："老板也知道这个情况，但仍会给你安排更多工作和责任，却不涨薪，因为知道你顾虑跳槽。市场上合适我的岗位也没那么多。"P8："我最大的担心是工作上会有歧视，怕以后找新工作受影响，一般体检就能查出来。"

2.3.3　同伴支持的现实局限　同伴交流虽可带来一定情感慰藉与经验参考，但支持质量参差不齐，同时存在诱发心理压力、信息价值有限等问题；部分患者尚未获得同伴交流渠道，存在强烈的同伴沟通需求。P5："和别的病友可以互相倾诉、彼此安慰，但很多现实难题依旧没法依靠病友解决。"P1："他们能提供的

就是这些参考信息，没有实质性的帮助，只是能作为参考而已。”P20：“……太让人焦虑了，我在群里待了一段时间就觉得压力大。”

3 讨论

3.1 构建渐进式自主赋权体系，重建行为掌控感

本研究发现，心脏起搏器植入患者普遍存在自主感缺失，进而引发主动社交退缩，对应体现在日常决策让渡、医疗参与被动、行为自我限制三类现实困境，与马巧平等[12]研究结论相似。手术创伤与起搏器依赖使得患者对躯体信号高度警觉，将日常活动视为潜在风险，单向医学告知、流程化随访模式压缩患者参与诊疗与决策的空间，加之患者对安检设备等外部环境存在持续顾虑，放大了设备安全相关恐惧；亲友过度保护进一步收窄患者活动空间，患者逐步将外部医疗限制内化为自我约束，形成患者角色强化。依据自我决定理论，自主需求长期得不到满足将削弱个体内在行动动机，表现为出于恐惧被动服从或是主动回避各类社会活动[11]。焦剑等[13]也提出，自主选择权被剥夺，会使个体难以维持正常社会成员的角色实践。由此提示，干预重心应当聚焦打破患者被动接受的状态，建立以患者自我管理为核心的支持策略。可搭建与起搏器诊疗周期同步的渐进式自主赋权体系：术前借助专科护士引导，纳入患者参与起搏器类型、植入侧别的选择；术后住院阶段提供日常活动安全清单，清晰划分可开展、谨慎尝试与需避免的行为，把模糊的未知恐惧转化为可把握的安全边界；随访阶段引入最小化共同决策模式，医患共同制订个体化运动、随访方案；长期康复阶段引入同伴支持导航员[14]，依托线上线下小组分享社会融入经验，辅以脱敏式行为演练工作坊[15]。针对中青年群体，增设职业环境安全评估、雇主沟通指导；面向老年患者，重点协助其与家属协商照护边界，在安全前提下保留自主决策空间，减少日常活动的被动让渡。

3.2 构建阶梯式能力重建体系，提升自我效能

本研究发现，心脏起搏器植入患者在生活中存在身体失能与知识迷茫下的自我效能危机，导致其胜任感不足。这与相关研究结论[16]类似。术后患者面临体力与活动耐力减退的困境，阶段性恢复指标的缺失强化了患者的无能感，而专业医学知识的理解困难与碎片化，使患者缺乏设备安全边界的相关认知，也无法预估自身能力的恢复上限，亲友及社会的过度保护性反馈，持续传递出其无能力的负面评价，与胜任需求所需的正向效能反馈相悖。此外，本研究显示，患者对健康知识同时存在渴望与回避的矛盾心理。这与 Birati 等[17]对老年人使用数字健康工具的研究结论相近。Baumeister 等[18]提出的自我损耗理论认为，当个体预判环境威胁超出自身心理应对能力时，会通过主动回避无法掌控的信息来保护残余的自我效能感。因此，应开展提高客观能力和主观安全感的综合干预，可设计分阶段的成就感康复方案，将回归日常、重返社交的长远目标拆解为分层、可达成的阶段性小目标，依靠持续正向反馈逐步重建客观胜任体验[19]。实行分层化健康信息供给，将内容划分为基础安全须知、操作指南、深度原理三类，允许患者自主选择信息获取深度，配套梳理各类风险场景与应对办法，将未知威胁转化为可控风险；辅以简化版接纳承诺疗法，面向中青年患者开展价值导向的行为激活，针对老年患者设计立足角色保留的微行动训练，缓解回避式自我设限，逐步改善角色功能弱化现状。

3.3 构建多层次关系支持体系，提升归属感

本研究表明，患者在术后社交重建过程中遭遇多重关系张力：亲友过度关怀、职场隐性排斥固化“病人”单一身份，破坏平等双向的互动关系，使患者难以获得真正的归属感，与靖杰等[20]研究结论一致。自我决定理论指出，健康的关系需求建立在相互理解、平等协作之上，单纯保护性照料容易让患者感知负担与疏离；同伴支持同样存在现实局限，若仅停留在信息交换、充斥负面叙事，会不断强化患者身份标签，诱发替代性焦虑，难以发挥情感支持价值。亲友圈层萎缩、职场边缘化、同伴支持供给失衡共同构成患者社会联结障碍。因此，需要搭建覆盖家庭、职场、病友群体的多层次结构化支持体系。面向核心家属开展沟通工作坊，引导家属由过度保护转向赋能协作，采用支持性对话替代包办式照料[21]；对于家庭互动失衡的患者，借助客观功能评估明确其可承担的家庭事务，推动家庭分工重新调整，避免持续边缘化。制订起搏器植入者职业功能沟通指引，专科医护结合程控结果、活动耐力评估出具个性化安全工作建议，协助患者与用人单位协商工作内容，为求职患者提供体检应对、权益科普，缓解职场融入阻碍。同时发展规范化同伴支持模式[22]，护理人员承担群组引导与氛围监管职责，筛选融合状态良好的康复者作为志愿者，设置问题解决、正向经验分享固定议程；区分人群需求，中青年小组重点回应职业竞争、婚恋生育顾虑，老年群体侧重恢复家庭决策参与、社区活动参与；暂不具备线下条件的地区开设线上交流平台，明确群组信息发布规范，减少恐慌信息传播，推动病友社群转变为策略共创、情感认同的安全空间[23]。

4 结论

本研究依托自我决定理论，分析社交媒体活跃的心脏起搏器植入患者术后社会融合障碍体验。研究发现，患者面临自主行动受限、胜任感降低、社会联结受阻多重困境，医患沟通模式、亲友过度保护、信息供需矛盾、职场融入障碍、同伴支持效能不足等因素加剧患者自我约束与社交隔离。提示临床护理应整合自主赋权、分层康复、多元关系支持策略，畅通患者诊

疗共同决策渠道，实施个体化康复指导，并优化家庭、职场与同伴支持环境，减轻患者回避行为，帮助患者重建生活掌控感，推动术后持续社会融合。本研究存在一定局限性：受访者均来源于社交媒体平台，这部分人群多为中青年且具备一定的网络素养，导致老年患者以及不活跃于社交媒体的起搏器植入人群代表性不足。未来研究可扩大样本来源，结合纵向追踪设计，更全面、动态地研究起搏器植入患者的社会融合轨迹。

参考文献：

[1] 白井双，底瑞青，黄峥，等. 心脏起搏治疗患者基于运动危险分层康复方案的构建与实施[J]. 护理学杂志，2023，38(11)：33-37.

[2] Nicmanis M, Arcangeli O, Chur-hansen A, et al. Examining the effectiveness of psychosocial interventions for patients with a cardiac implantable electronic device: a systematic review and meta-analysis[J]. Heart Rhythm, 2026, 23(1): 158-168.

[3] Nicmanis M, Chur-hansen A, Oxlad M. The psychological, social, and quality of life outcomes of people with a cardiac implantable electronic device: an umbrella review [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2024, 23(5): 441-451.

[4] Jung W, Thompson H J, Byun E. Social integration: a concept analysis[J]. Nurs Forum, 2022, 57(6): 1551-1558.

[5] 马芳芳，杨丽潇，何叶，等. 心脏起搏器植入患者出院指导质量与出院后生活质量的现状调查及相关性分析[J]. 中华全科医学，2026，24(1)：63-66，159.

[6] 丁喜凤，刘赵朋，钟颖琦，等. 心脏起搏器植入术后患者心理体验质性研究的 Meta 整合[J]. 心理月刊，2025，20(13)：16-19.

[7] Andrews H E, Hedley D, Bury S M. The relationship between autistic traits and quality of life: investigation of indirect effects through self-determination[J]. Autism Adulthood, 2024, 6(2): 177-191.

[8] Bailey E R, Matz S C, Youyou W, et al. Authentic self-expression on social media is associated with greater subjective well-being[J]. Nat Commun, 2020, 11 (1): 4539.

[9] 巩雪，张雪琪，柴卓，等. 自我决定理论视角下冠心病患者参与心脏康复动机的质性研究[J]. 中华急危重症护理杂志，2025，6(11)：1316-1320.

[10] Patrick H, Knee C R, Canevello A, et al. The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: a self-determination theory perspective[J]. J Pers Soc Psychol, 2007, 92(3): 434-457.

[11] Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis [J]. Qual Res Sport Exerc Health, 2019, 11(4): 589-597.

[12] 马巧平，谢玲女. 癌症患者社会融合的研究进展[J]. 护理学杂志，2025，40(6)：114-119.

[13] 焦剑，王天秀. 患者的自主与同一性分析[J]. 医学与哲学，2024，45(20)：1-5.

[14] Stampe K, Kishik S, Müller S D. Mobile health in chronic disease management and patient empowerment: exploratory qualitative investigation into patient-physician consultations[J]. J Med Internet Res, 2021, 23(6): e26991.

[15] Mathiesen A S, Zoffmann V, Lindschou J, et al. Self-determination theory interventions versus usual care in people with diabetes: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis[J]. Syst Rev, 2023, 12(1): 158.

[16] 李晶. 心脏起搏器植入患者心理社会适应现状及影响因素研究[D]. 郑州：河南大学，2024.

[17] Birati Y, Tzemah-shahar R. Barriers to digital health adoption in older adults: scoping review informed by innovation resistance theory[J]. J Med Internet Res, 2026, 28: e75591.

[18] Baumeister R F, Vohs K D, Tice D M. The strength model of self-control[J]. Curr Dir Psychol Sci, 2007, 16(6): 351-355.

[19] Qiu X, Liang J G, Luo L, et al. Patterns of social participation among older adults with chronic multimorbidity in the community: a qualitative study[J]. Int J Nurs Stud, 2026, 174: 105279.

[20] 靖杰，芮冶昊，李沫晗，等. 癌症患者社会再融合体验质性研究的 Meta 整合[J]. 护理学杂志，2025，40(15)：43-48.

[21] Koenders N, Van O R, Conijn D, et al. Patient needs regarding cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-ethnographic synthesis[J]. J Am Heart Assoc, 2025, 14(18): e040588.

[22] Shen Z, Zheng F, Zhong Z, et al. Effect of peer support on health outcomes in patients with cardiac pacemaker implantation: a randomized, controlled trial[J]. Nurs Health Sci, 2019, 21(2): 269-277.

[23] Zhang Y, He H, Zhang Y, et al. A peer-led, nurse-involved blended online and offline peer support program (PNO2PSP) for psychosocial adjustment in young- to middle-aged patients with breast cancer: cluster randomized clinical trial[J]. J Med Internet Res, 2026, 28: e86097.

（本文编辑　黄辉，吴红艳）