

个体健康责任的内涵阐释、作用机制及培育路径研究 ——基于慢性病患者实证检验

【摘要】目的：面向传统被动诊疗模式难以适配慢性病全周期防控需求的现实困境，填补个体健康责任内涵阐释、作用机制及培育路径的缺口。方法：基于范围界定综述方法提炼概念内涵，运用结构方程模型和 Bootstrap 法实证检验其影响慢性病患者健康状况的作用机制。结果：个体健康责任包括“认知—行为—协同”三个层面，并通过主动健康管理行为改善了慢性病患者健康状况（非标准化效应值分别为 0.663、0.017， $P < 0.05$ ）。结论：个体健康责任培育需从认知内化、行为转化、协同支持三方面着手，未来应积极开展教育嵌入、互动塑造与话语转型，提升个体健康责任的行动力，构建政府、社会、个体联动的健康责任体系。

【关键词】个体健康责任、慢性病、作用机制、培育路径

Research on the Connotation, Mechanism of Action, and Cultivation Paths of Individual Health Responsibility: An Empirical Examination Based on Patients with Chronic Diseases

Abstract: Objective This study aims to address the research gaps in the connotation interpretation, functional mechanism, and cultivation pathways of individual health responsibility, against the realistic dilemma that the traditional passive diagnosis and treatment model is difficult to adapt to the needs of full-cycle prevention and control of chronic diseases under the Healthy China strategy. **Methods** The connotation of the concept was refined using a scoping review method. Structural equation modeling (SEM) and the Bootstrap method were employed to empirically test the mechanism through which individual health responsibility influences the health status of patients with chronic diseases. **Results** Individual health responsibility encompasses three dimensions: cognition, behavior, and improves the health status of patients with chronic diseases via active health management behaviors (non-standardized effect sizes = 0.663 and 0.017; $P < 0.05$). **Conclusion** The cultivation of individual health responsibility should focus on three aspects: cognitive internalization, behavioral transformation, and collaborative support. In the future, efforts should be made to actively promote education embedding, interactive shaping, and discourse transformation, enhance the actionable capacity of individual health responsibility, and construct a health responsibility system featuring linkage among the government, society, and individuals.

Keywords: Individual health responsibility; Chronic diseases; Mechanism of action; Cultivation paths

1 引言

随着人口老龄化进程加速，慢性病预防与控制成效直接关乎全民健康与公共卫生治理现代化水平^[1]。传统以临床诊疗为核心的供给模式，已难以适配慢性病全周期防控需求，亟须从理念到实践的系统性革新。在此背景下，“健康责任”应运而生。2019年，《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第六十九条明确提出“公民是自己健康的第一责任人”；同年，国务院《关于实施健康中国行动的意见》（国发〔2019〕13号）通过健康知识普及、全民健身等一系列专项行动安排，为个人履行健康责任提供了清晰方向与实践路径。上述两项重要文件奠定了个体健康责任的法理基础与实践框架，此后数年间，我国健康中国战略始终将激发个人健康自觉、夯实健康责任作为政策延伸的重要脉络。2025年，国家卫生健康委员会正式倡导健康责任理念，建议树立和践行对自己健康负责的健康管理理念，主动学习健康知识，加强健康管理^[2]。2026年3月，十四届全国人大四次会议重申了“健康第一”的发展导向，教育部明确提出“健康第一既是理念又是责任”，与卫生健康领域的发展需求高度契合^[3]。由此可见，健康责任作为连接个体健康行为与公共健康治理的关键纽带，其培育与践行是推动慢性病健康管理范式转型的核心抓手。

然而，当前理论研究与实践推进仍存在明显不足，核心症结在于健康责任的概念建构不足。理论上健康责任应当涵盖政府、社会与个体三个维度，三者相辅相成，共同构成完整的健康责任体系^[4]。但当前政府与社会健康责任层面已形成较为明确的责任框架，其中政府集中于制度供给与资源保障，社会通过医疗机构、社区、企业等组织提供健康促进与支持，个体健康责任却相对模糊。一是对个体健康责任的概念界定与内涵研究不充分，多从公共健康责任伦理进行定义^[5]；二是对个体健康责任边界划分不清晰，多是在职业健康或企业责任下对比分析^[6]，或在健康中国等宏观理论探讨中附带提及^[7]，都未能深入揭示其本质层次。三是量化层面存在明显缺口，多数成果仍停留于理念阐释或个案分析，未能系统研究个体健康责任影响慢性病患者健康状况的效果与作用机制。综上，理论建构的薄弱与量化研究的缺失，不仅导致“每个人是自己健康第一责任人”的政策理念难以在个体认知与行为层面真正落地，也使健康中国建设在实践中呈现出“上热下冷”的潜在张力，成为制约我国慢性病防控体系从单向管理向系统治理深层次转型的关键瓶颈。

基于此，本研究首先系统梳理个体层面健康责任的概念内涵，其次选取慢性病患者作为研究对象，实证检验个体健康责任影响其健康状况的具体效果与内在作用机制，为优化慢性病防控、培育居民个体健康责任提供实证支撑与决策参考。

2 个体健康责任的概念与内涵

2.1 个体健康责任的概念界定与层次划分

本文选择 Arksey 和 O'Malley 提出的范围界定综述（Scoping Review）五步法进行个体健康责任的概念界定与层次划分^[8]，五步分别为确定研究问题、梳理相关研究、文献纳入与筛选、数据绘制以及整理、总结并报告结果。范围界定综述法的核心优势是能全面梳理研究领域文献、厘清概念边界、识别概念缺口，适配当前个体健康责任研究界定模糊、内涵不清、研究分散、缺乏系统整合的现实困境。同时，范围界定综述五步法可帮助全面捕捉个体健康责任的概念层次，厘清其与政府、社会的责任边界。2016年10月，中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》，从国家战略层面首次明确提出“强化个人健康责任”。因此，本文以2017年1月为文献检索起点，截至2026年3月，以确保文献检索的时效性与完整性。选取“健康责任”“individual health responsibility”“personal health responsibility”等关键词检索CNKI、PubMed、Web of Science、Google Scholar中的核心文献462篇，筛选后最终纳入文献184篇，筛选流程见图1。

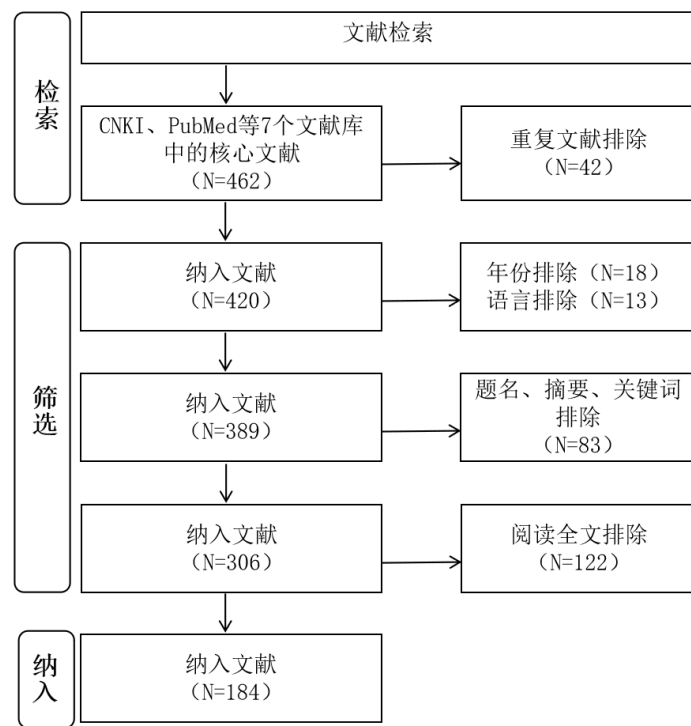


图1 文献筛选流程

研究从特征、来源、性质、形态、构成等方面层层递进展开分析，首先“个体应为自己的健康行为负责”是个体健康责任概念的重要起点^[9]。从责任特征看，个体健康责任具有日常性、渐进性与个体化特征^[10]。从责任来源看，个人健康责任既源于患者自身的内在认知，也会在与家人、医生的互动行为中形成，还被视作公民应尽的民事义务之一^[11]。从法理性质看，个体健康责任应属于预期责任，是群体视角下法律对个人的赋权，旨在要求行为人通过积极、

理性的作为方式来促进自我健康、避免疾病和伤害的发生^[12]。从责任形态看，个体健康责任包括对自身健康问题的主动担当，也包含主动接受医疗帮助与社会支持的各类行为^[13]。从责任构成看，一是自身健康的自主管理责任，即作为健康第一责任人，主动开展生活方式干预、疾病自我监测、规范遵医嘱治疗及健康信息获取等行为；二是公共健康治理的参与责任，个人健康责任应当在个人及其所处社会间协作努力^[4]，参与社区健康促进、服务协同、政策反馈等公共健康事务。

研究依据范围界定综述的结果，将个体层面的健康责任界定为：个体作为健康治理的核心参与主体，以实现自身健康改善与公共健康促进为目标，以明确的规范性态度关注健康^[13]，并基于对自身健康的主体认同，形成并践行的一套个体层面责任体系。该体系以主动履责与协同共治为导向，既包含个体对自身健康的管理与维护，也涵盖其在公共健康治理中的有序参与。这一界定突破了传统研究将健康责任简单等同于行为依从或道德义务的局限^[14]，换言之，即个体健康责任不仅是“能力”（如健康素养）或“行动”（如健康行为），更是一种基于角色认同的内在驱动力与道德承诺，即“我应当为自己的健康负责”，避免概念泛化。据此，本研究进一步梳理范围界定综述的结果，将个体健康责任划分为三个层次：一是认知层面，二是行为层面，三是协同层面。

2.1.1 认知层：个体健康责任的主体意识确立

认知层是责任建构的起点。指个体在观念层面形成自身是健康管理主导者的主体认知，认同个人是健康的重要责任方^[5]，而非被动依赖医疗系统或外部环境。个体能够将健康状况与自身行为选择建立认知关联，并从内心认可参与自身健康决策和公共健康治理的责任与价值。

2.1.2 行为层：个体健康责任的具体践行与行动落地

行为层是连接健康责任认知与实际履责行为的关键环节，是责任从理念转化为实践的载体。这一层次是个体健康责任意识直接外化表现，这种行为可通过健康教育、参与实践和社会支持逐步培育与提升^[15]。例如表现为主动获取并运用健康信息的行为、自觉执行疾病自我管理任务（如定期健康监测、规范遵医嘱用药）的行为，以及在健康相关决策中主动权衡、积极配合的行为。

2.1.3 协同层：健康责任的多元协同与共治参与

协同层是个体健康责任在多元主体互动中的集中体现，聚焦个体与其他主体的协作关系与参与行为。该层次强调个体以参与者身份，主动与医护人员、社区组织、家庭及病友群体等多方主体开展沟通、协作与互动，共同推进健康管理与健康治理^[16]。具体表现为参与诊疗共同决策、加入病友支持团体开展互助交流、向医疗机构与社区反馈服务需求、参与社区健康促进活动及公共健康事务讨论等。

2.2 个体健康责任的同类概念辨析

在明确个体健康责任的内涵与层次后，发现健康责任的认知层、行为层、协同层可能分别与健康素养、健康行为、患者参与等概念存在交叉，研究针对性辨析概念边界进一步针对性辨析概念边界以防避免概念泛化（见表1）。

健康责任的认知层与健康素养存在联系，二者都关注个体对健康知识的理解与运用能力。然而，健康素养主要属于能力范畴，强调获取、理解和应用健康信息的具体技能，其测量一般使用规范的健康素养量表（HLS-SF）^[17]。而健康责任的认知层则进一步深入到价值认同与角色自觉层面，其核心在于个体对自身是健康责任主体这一身份的内在承认与意识建立。

健康责任的行为层与健康行为相近，二者都指向个体为维护健康所采取的具体行动。但健康行为一般侧重于对行为类型的现象描述或与健康相关的行为本身，例如吸烟、饮酒等^[18]；而健康责任的行为表现层则突出行为背后的责任驱动与行为支撑系统。更强调相关行为是源于责任意识的自觉、并凭借可培养的责任认知转化为可实践的、具有目的性与持续性的行动输出。因此，这一层次更侧重于揭示从认知到行动的责任转化机制。

健康责任的协同层与患者参与概念存在交叉，二者均聚焦患者在健康事务中的角色定位。英国医学会将患者与公众参与定义为“公民、患者、照护者及其代表积极参与医疗服务的发展，并作为自身医疗的合作伙伴”^[19]。相较而言，健康责任的协同共治层既涵盖了患者可以参与临床诊疗、个体健康管理等医疗服务环节的内容，又将责任视野延伸至更广泛的公共健康治理网络，更加强调患者作为能动治理主体的角色价值与责任属性。

表1 健康责任各维度与相近概念的辨析

维度	相近概念	概念交叉点	概念核心差异
认知层	健康素养	对健康知识的理解与运用能力	认知层在健康素养理解与运用的基础上更强调患者对于责任的内在承认与意识建立
行为层	健康行为	个体为健康所采取的具体行动	行为层在具体健康行为的基础上强调行为背后的责任意识支撑与可持续转化过程
协同层	患者参与	患者参与医疗卫生服务与基层健康治理	二者概念边界相似，但健康责任协同层更强调患者的角色价值与责任属性

（表格来源：作者基于文献自制。）

综上所述，本文已从理论层面系统界定了个体健康责任的概念内涵、层次结构与概念边界，明晰了其在认知、行为与协同层面的核心要义。需说明的是，理论层面界定个体健康责任的目的是为开发新量表提供依据，而是为同一个测量工具赋予一个更深刻的理论解释框架，即把原本偏描述性的“健康责任”得分，解读为个体内在规范性责任意识的外在表现。基于这一理论建构，本文后续的实证检验与培育路径设计遵循如下逻辑主线：在实证检验层面，在健康中国建设与慢性病综合防控的现实场景中，个体健康责任的履行具有不可替代的

核心作用。特别是慢性病的长期性、系统性特征，使个体健康责任对健康状况的作用路径更清晰，这使其既成为考察个体健康履责机理的良好研究场域，也构成了检验健康责任理念落地成效的代表性研究对象。因此研究选取慢性病患者为具体研究对象，进一步通过实证研究探讨个体健康责任是否通过主动健康行为改善健康结果对其健康状况的影响效应与作用机制。在培育路径层面，则以三层次为框架，分别回应如何筑牢责任自觉（认知内化）、如何提升行动能力（行为转化）以及如何构建支持系统以降低协同门槛（协同支持），从而实现从理论到机制再到实践的贯通。

3 研究设计与假设

3.1 研究设计

3.1.1 数据来源

本研究利用中国人民大学医改研究中心于 2025 年 2 至 5 月在 A 省 B 市、J 省 Y 市、F 省 S 市开展的健康中国居民参与调查（Health China Residents Participation Survey, HCRPS）数据。调查问卷遵照《“健康中国 2030”规划纲要》等政策文件提出的行动目标和任务要求，围绕健康中国行动涉及全方位干预健康因素，调查我国居民健康参与现状。调查组以第七次人口普查数据为参照，采用 PPS 抽样、分层抽样和随机抽样相结合的方法分别在三市随机抽取 10~11 个社区或村庄，每个社区或村庄依照样本结构调查居民 43~47 名，三地共调查 1431 名城乡居民，其中慢性病患者共 625 例。

3.1.2 变量测量

本研究解释变量为个体健康责任，采用《健康促进生活方式量表 II》（Health Promoting Lifestyle Profile-II, HPLP-II）中的健康责任子量表进行测量。共包含 11 个条目，采用 Likert 4 点计分（1=从来不会，4=一定会），得分越高代表个体健康责任水平越高。被解释变量为慢性病患者的健康状况，包括慢性病患者的自评健康状况、疾病控制结果和抑郁症状。（1）自评健康状况：询问所有受访者“您认为自己的健康状况如何”测量自评健康，回答“极差”“差”“一般”“好”“极好”依次为 1~5 分；（2）疾病控制结果：询问所有受访者“最近一年，您的病情是否得到控制或有所好转”进行测量，回答“明显恶化”“稍有恶化”“基本控制”“有所改善”“明显改善”依次为 1~5 分；（3）抑郁症状：采用简版流行病学研究中心抑郁量表（CESD-10）评估受访者的抑郁症状，量表总分为 0~30 分，得分越高，抑郁症状越严重。中介变量为慢性病患者主动健康行为，来源于我国学者编制的慢性病患者主动健康行为量表^[20]，共 13 个条目，每个题目赋值 0~3，总分 0~33 分，得分越高，主动健康行为越好。控制变量包括性别、年龄、户口类型、受教育程度以及婚

姻状况等基本人口学特征。

3.1.3 研究方法

研究采用 stata15.0 软件对数据进行描述性分析，运用 R.4.3.0 软件构建结构方程模型，采用最大似然估计方法对模型参数进行估计与检验。使用偏差校正的 Bootstrap 方法对中介效应进行检验，通过重复抽样 5000 次计算间接效应的置信区间，检验水准设定为 $\alpha=0.05$ 。

3.2 研究假设

现有研究表明，个体健康责任通过人们选择接受、执行并跟进日常活动中的行动，可以帮助改善其健康状况^[21]，这一观点在慢性病患者群体中同样适用。慢性病患者的健康状况并不仅由生理因素决定，其疾病的产生、发展与预后和患者的行为方式高度相关，且受自身健康行为与医疗资源配置、社区支持体系及政策环境等多元因素的共同影响^[22]。据此本文提出研究假设：个体健康责任能够通过促进其主动健康管理行为，进而对其健康状况产生正向影响。

4 个体健康责任对慢性病患者健康状况的影响与机制分析

4.1 样本基本特征描述

研究共纳入 625 个慢性病患者，女性占 57.72%，平均年龄 60.81 岁，农村居民占 50.24%，拥有农业户口者占比达 58.56%，受教育程度以小学及以下为主（38.72%），已婚者占 85.28%，样本构成特征与我国慢性病人群的基本特征相符，具有较好的代表性（见表 2）。

表 2 样本基本特征描述 (N=625)

变量	例数 (人)	频数 (%) / 均值 (SD)
性别		
男	265	42.28
女	360	57.72
居住地		
农村	314	50.24
城镇	311	49.76
户口类型		
农业户口	366	58.56
非农业户口	250	40.00
其他	9	1.44
受教育水平		
小学及以下	242	38.72
初中	167	26.72
高中	100	16.00
本科及以上	116	18.56
婚姻状况		
未婚/丧偶	92	14.72
已婚	533	85.28

4.2 机制检验结果

研究对初始模型进行多轮修正与调整，最终获得拟合度较为理想的修正模

型（见图2）。模型拟合结果显示，近似误差均方根（RMSEA）为0.048（90% CI: 0.033-0.063），塔克-刘易斯指数（TLI）为0.958，比较拟合指数（CFI）为0.931，TLI和CFI均高于推荐阈值0.90，表明模型整体拟合良好。

结构路径来看，在控制相关协变量后，慢性病患者的健康责任通过主动健康管理行为对其健康状况产生间接影响。具体而言，健康责任对主动健康管理行为具有正向影响（非标准化效应值 = 0.663，95% CI: 0.584–0.741, $P < 0.05$ ），而主动健康管理行为进一步正向影响健康状况（非标准化效应值 = 0.017，95% CI: 0.003~0.032, $P < 0.05$ ）。相较之下，健康责任对健康状况的直接路径效应不显著（效应值 = 0.011），提示主动健康管理行为在健康责任与健康状况之间发挥完全中介作用。

在测量模型层面，慢病患者的健康状况能够被多个观测指标较好刻画。其中，健康状况与自评健康状况（效应值 = 0.591, $P < 0.05$ ）、疾病控制效果（效应值 = 0.361, $P < 0.05$ ）及抑郁症状（效应值 = 1.466, $P < 0.05$ ）之间均存在显著关联，表明该潜变量在生理、功能及心理维度上具有良好的综合解释力。

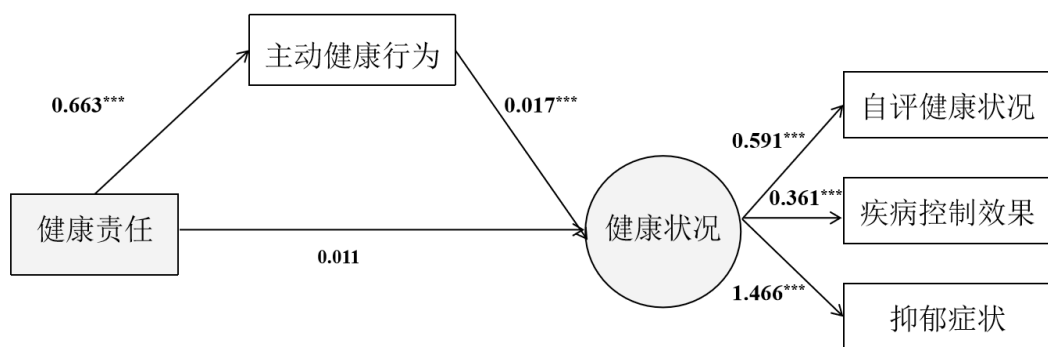


图2 慢性病患者健康责任对其健康状况影响的结构方程模型路径图

5 个体健康责任的培育路径

健康中国行动以普及健康生活、防控重大慢性病、提高人均健康预期寿命为核心目标，强调关口前移、预防为主，明确每个人是自身健康第一责任人。实证结果显示，个体健康责任对健康状况改善具有积极意义，因此培育个体健康责任应当成为推动慢性病防控、改善个体健康和公共健康的关键举措。立足健康中国建设要求与慢性病长期管理特点，结合个体健康责任的基本概念，构建认知内化、行为转化、协同支持培育路径，推动个体健康责任落地，助力慢性病综合防控。

5.1 深化价值认知：锚定健康第一责任人，通过教育嵌入、互动塑造与话语转型筑牢责任自觉根基

个体健康责任对主动健康管理行为具有较强驱动作用（非标准化效应值 = 0.663），个体责任意识是触发有效健康行为的重要前提。因此，培育个体健

康责任，首要任务是唤醒其主体意识，实现从被动接受责任到主动认同责任的转变。

一是优化健康教育内容，增加责任意识培育环节。将健康责任认知纳入国家基本公共卫生服务健康教育内容，摒弃当前仅侧重健康知识、缺乏价值引导的模式，参考家风建设经验，征集健康责任践行的成功案例，用身边人的故事展现履责对疾病控制、健康改善的实际价值；或是在糖尿病、高血压等慢病宣教中增设健康责任模块，将抽象责任转化为可感知的个体体验，强化主体认同。二是依托医患互动塑造健康认知。医护人员应主动引导患者明确自身在健康管理中的责任角色，通过共同决策、设定阶梯式健康目标（如每日多步行5分钟）与正向反馈，帮助患者建立低门槛履责体验，强化主动负责的主体认同。三是引导公共话语转型，营造权利与责任对等的健康文化。公共健康传播应摒弃简单倡导或行为规训，强调履行个人健康责任既是对自身健康的投资，也是对公共健康资源可持续的贡献，将健康责任从外在道德负担，转化为赋能个体、增益群体的内在价值。根据健康中国行动中“健康知识普及行动”提出建立并完善国家级、省级健康科普专家库和资源库的要求，引导入库专家开发“慢病患者健康责任”系列科普材料（如短视频、折页、音频），重点面向老年慢性病患者及其照护者，强调履行个人健康责任既是对自身健康的投资，也是对公共健康资源可持续的贡献，将健康责任从外在道德负担，转化为赋能个体、增益群体的内在价值。

5.2 推动行为转化：聚焦慢病实操赋能，落实健康生活方式行动，提升个体健康责任的行动力

个体健康责任需通过主动健康管理行为间接作用于健康状况，这说明单靠认知层面的健康责任培育无法直接发挥作用，同时健康中国行动明确要求的三减三健、合理膳食等健康生活方式以及慢性病长期性、系统性特点，都决定行为转化需精准化、可操作、可持续，因此需聚焦行为层面的责任赋能，提升个体健康行动力。

一是做实家庭医生签约服务中的“主动健康管理”服务包，针对不同慢病类型与病程阶段，开展血糖血压监测、规范用药、膳食运动指导等实操训练，替代单一知识讲授，降低自我管理难度，适配基层慢病规范管理服务要求。二是借鉴各地试点经验，逐步推开慢性病患者健康行为积分机制，搭建低门槛履责行为激励，例如将健康履责行为纳入健康积分、体检优惠等激励体系，对接健康中国18项专项行动，以持续正向反馈巩固健康行为，推动健康生活方式常态化。三是搭建长效支撑机制，结合健康城市与社区健康支持性环境建设，将健康责任指标纳入健康城市、健康社区等健康细胞的评价体系中，完善健身设施与便民健康服务，让健康选择更便捷，为个体践行健康责任提供环境保障。

5.3 完善协同支持：构建政府、社会、个体联动的健康责任体系，助

力健康中国共建共享

2025年《The Lancet》提出将健康责任关注点从个人转向系统^[23]，强调个体健康责任的有效履行，并非单纯依赖个体自觉，而是需要构建政府、社会、个体联动的健康责任体系，这也印证了健康责任具有多层次、系统性的特征。建议将健康责任协同指标纳入将健康融入所有政策（[Health in All Policies, HiAP](#)）[实施机制](#)。一是推动健康责任制度化。国家层面将认知、行为、协同三维健康责任融入基层公共卫生、家庭医生签约等制度设计，畅通患者参与社区健康规划、服务反馈的渠道，完善全生命周期健康治理格局。二是优化外部支持场景，降低健康责任的履责成本。例如简化健康服务流程，在医疗机构、社区服务中心直接为个体提供即时的健康行为指导，为个体履责提供专业技术与服务保障。三是强化社会支持，积极培育病友支持团体、社区健康志愿组织等社会力量，为其提供资源支持与规范引导。[依据《志愿服务条例》等设立“慢性病患者互助组织培育专项”，提供小额资金、活动场地、培训指导，支持病友团体的规范化建设](#)。慢性病患者可在同伴互助中获得实用管理技能与情感支撑，通过相互监督、经验分享强化行为坚持，将个体独立履责转变为群体协同履责，提升个体健康责任履行的持续性与稳定性。

[作者贡献：赵阳负责研究设计与实施、数据整理与分析、论文撰写与修改；王虎峰负责论文审校与指导。](#)

参考文献：

- [1] 王虎峰. 健康中国：政策体系与发展进路[J]. 人民论坛, 2024(5): 14-19.
- [2] 国家卫健委. 倡导健康责任理念：每一个人都是自己健康的第一责任人[EB/OL]. (2025-04-14)[2026-01-22]. https://life.gmw.cn/2025-04/14/content_37965707.htm.
- [3] 中国政府网. 十四届全国人大四次会议举行民生主题记者会：让大家生活更加健康，生命更有质量_中国政府网[EB/OL]. [2026-03-11]. https://www.gov.cn/zhuanti/2026nztj/2026qglh/yw/202603/content_7061643.htm.
- [4] RESNIK D B. Responsibility for health: personal, social, and environmental[J]. Journal of Medical Ethics, 2007, 33(8): 444-445.
- [5] 周山东, 王泽应. 突发公共卫生事件中公民健康责任的伦理分析[J]. 东南学术, 2020(4): 96-102.
- [6] 王彦斌. 协同共治:职业健康服务与企业社会责任[J]. 深圳大学学报（人文社会科学版）, 2017, 34(5): 93-98.
- [7] 高庆勇. 大健康视域下高等体育院校助力健康中国建设：责任与路径[J]. 沈阳体育学院学报, 2025, 44(6): 74-80.
- [8] ARKSEY H, O'MALLEY L. Scoping studies: towards a methodological framework[J]. International Journal of Social Research Methodology, 2005, 8(1): 19-32.
- [9] HAG HAMED D, DANIEL M. The influence of fatalistic beliefs on health beliefs among diabetics in Khartoum, Sudan: a comparison between Coptic Christians and Sunni Muslims[J]. Global Health Promotion, 2019, 26(3): 15-22.
- [10] HANNA K M, DECKER C L. A Concept Analysis: Assuming Responsibility for Self-Care among Adolescents with Type 1 Diabetes[J]. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2010, 15(2): 99-110.
- [11] TABRIZI J S, KHOSH MARAM N, DOSHMANGIR L, et al. Related Factors to Health Promoting Self-Care Behaviors among Adolescents[J]. Taşvîr-i salâmat, 2019,9(4):282-291.
- [12] 杨雯. 个人健康责任的法理及其适用限度[J]. 医学与社会, 2025, 38(7)[2026-03-10].

- [13] KJELLSTRÖM S, GOLINO H. Mining concepts of health responsibility using text mining and exploratory graph analysis[J]. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2019, 26(6): 395-410.
- [14] SCHMIDT H. Personal responsibility for health: conceptual clarity, and fairness in policy and practice[J]. *Journal of Medical Ethics*, 2019, 45(10): 648-649.
- [15] 尤芮可, 赵阳, 王虎峰. 赋权视角下家庭开展健康教育的基本逻辑与优化路径[J]. *中国卫生政策研究*, 2025, 18(9): 8-14.
- [16] CASTRO E M, VAN REGENMORTEL T, VANHAECHT K, et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review[J]. *Patient Education and Counseling*, 2016, 99(12): 1923-1939.
- [17] 李浩淼, 吴一波, 孙菊, 等. 家庭健康与慢性病控制: 健康素养、健康行为与基层服务信任度的中介作用[J]. *人口与发展*, 2023, 29(5): 145-160.
- [18] 王红波, 宫佳宁. 医疗保险中的事前道德风险真的存在吗?——基于健康态度和健康行为的系统 GMM 检验[J]. *中国卫生政策研究*, 2021, 14(12):51-59.
- [19] FREDRIKSSON M, SAMPAIO F, MOBERG L. The impact of patient and public involvement in healthcare services: A conceptual review spanning social sciences and health sciences[J]. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2025, 7: 100517.
- [20] 陈超亿, 冯占春, 谈芳, 等. 慢性病患者主动健康行为量表编制和信效度评价[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2024, 33(4): 362-368.
- [21] KULIK A, KAJKA N, DACKA M. Processes of a Transformation of Young Drivers' Responsibility for Health—Carpe Diem[J]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(7): 3634.
- [22] WHO. 健康问题的社会决定因素[EB/OL]. (2025)[2026-01-12]. <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>.
- [23] TUBEUF S, VALDIVIA A, TAVOSCHI L, et al. The responsibility of health: shifting the focus from individuals to systems[J]. *The Lancet Public Health*, 2025, 10(3): e170.