

# 安宁疗护质量量表的汉化及信效度检验

郑杏,王艾君,曹英娟

(1.山东大学齐鲁医院 化疗科,山东 济南 250012;2.山东大学齐鲁医院 护理部)

**【摘要】 目的** 引进、汉化适用于肿瘤患者自评的安宁疗护质量自评量表(quality care questionnaire- palliative Care, QOQ-PC),并对 QCQ-PC 量表的信效度进行检验。**方法** 采用 Beaton 简洁六步法对 QCQ-PC 量表进行翻译和跨文化调试,形成中文版 QCQ-PC 量表,采取便利抽样法,选取山东省济南市某三所三级甲等医院的 289 名符合纳入标准的肿瘤患者进行调查,对 QCQ-PC 量表的信效度进行检验。**结果** QCQ-PC 量表的重测信 0.86,Cronbach’s  $\alpha$  系数为 0.84,全体一致性内容效度指数为 0.94,平均内容效度指数为 0.96,探索性因子分析共提取 4 个公因子,累计方差贡献率为 69.92%。**结论** 中文版 QCQ-PC 量表的信效度较好,可以用于测评肿瘤患者安宁疗护的质量。

**【关键词】** 肿瘤;安宁疗护;跨文化调试

**doi:**10.3969/j.issn.1008-9993.2021.05.011

**【中图分类号】** R471 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-9993(2021)05-0041-04

## Translation and Validation of the Chinese version of the Quality Care Questionnaire-Palliative Care

ZHENG Xing, WANG Aijun, CAO Yingjun (1. Department of Chemotherapy, Qilu Hospital of Shandong University, Qingdao 250012, Shandong Province, China; 2. Department of Nursing, Qilu Hospital of Shandong University)

Corresponding author: CAO Yingjun, Tel: 0531-82109840

**【Abstract】 Objective** To develop the Chinese version of quality care questionnaire-palliative care (QCQ-PC) for patient-reported assessment, and to examine its reliability and validity. **Methods** The QCQ-PC scale was translated and cross-cultural debugged by Beaton’s simple six-step method. Then, the Chinese version of the QCQ-PC scale was formed. By convenience sampling method, 289 cancer patients who met the inclusion criteria in a tertiary hospital in Jinan City were selected, and the reliability and validity of the QCQ-PC scale were tested. **Results** The test-retest reliability of QCQ-PC was 0.86, the Cronbach’s  $\alpha$  coefficient was 0.84, the universal agreement scale-level content validity index was 0.94, the average scale-level content validity index was 0.96. Four factors were extracted by exploratory factor analysis, which contributed to 69.92% of the variance. **Conclusion** The Chinese version of QCQ-PC scale was proved to be a good instruction with acceptable reliability and validity, and it is qualified to assess the quality of palliative care among Chinese patients with cancer.

**【Key words】** Cancer; palliative care; cross-cultural adaptation

[Nurs J Chin PLA, 2021, 38(5): 41-44]

安宁疗护是指从生理、心理、社会、精神等方面对罹患有危及生命疾病的患者及家属提供支持性照护服务<sup>[1]</sup>,我国每年需要安宁疗护服务的人群约 750 万<sup>[2]</sup>,对肿瘤患者早期实施安宁疗护不仅可以提高生活质量,并且可以延长其生存时间<sup>[3-4]</sup>。如何开展安宁疗护,首先需要应用可靠的评估工具对安宁疗护质量进行评估,目前国内外主要是通过家庭

照顾者及医务人员对安宁疗护质量进行评价<sup>[5-6]</sup>,广泛使用的通过患者自评的方式进行评价的工具是姑息照护结局量表<sup>[7]</sup>,但仅包含心理及照护质量两个维度,缺乏文化及精神等维度,2018 年 Yun 等<sup>[8]</sup>人研制的患者自评安宁疗护质量量表(quality care questionnaire- palliative care, QOQ-PC)包含了安宁疗护所有的核心要素,目前该量表仅在韩国部分癌症患者中开展使用。因此,本研究旨在对 QCQ-PC 进行汉化,并在肿瘤患者中信效度进行检验,为临床评估肿瘤患者安宁疗护的质量提供可靠的工具。

**【收稿日期】** 2021-01-08 **【修回日期】** 2021-04-02

**【基金项目】** 山东省社科联年度课题(17-ND-SH-2)

**【作者简介】** 郑杏,硕士;主管护师,主要从事肿瘤护理和护理教育工作

**【通讯作者】** 曹英娟,电话:0531-82109840

## 1 资料与方法

1.1 调查工具 QCQ-PC 量表由 Yun 等<sup>[8]</sup>于 2018 年编制,是通过患者自评方式对接受到的安宁疗护质量进行评价,调查对象为韩国 4 所医院中确诊为不可治愈的或治疗时间>5 年的癌症患者。该量表最初为韩语版,随后由原作者将其翻译为英语版。该量表最初为 43 个条目,经过信效度检测后删减为 32 个条目,包括与医疗保健专业人员适当的沟通(10 个条目)、讨论生命价值与护理目标(9 个条目)、对整体护理需求的支持与咨询(7 个条目)、护理的可获得性和可持续性(6 个条目)等 4 个维度,总量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.97,各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数在 0.89~0.94 之间,聚合效度(0.568~0.995),区分效度(0.472~0.869),信效度尚可。与 EORTC QLQ-C15-PAL, MQOL, SAT-SF 及 DCS 量表具有明显相关性。

1.2 量表的翻译和跨文化调试 本研究参照 Beat-on<sup>[9]</sup>的简洁六步法对 QCQ-PC 量表进行翻译,前译:在征得原量表作者的同意后,由 2 名研究生(1 名为课题组成员,另 1 名没有医学背景并且未接触过 QCQ-PC 量表)独立将原量表的内容翻译为中文版 T1 和 T2。合成:采取小组讨论形式对 T1、T2 进行合成,小组成员包括 2 名译者、1 名临床医师、1 名护理学教授、1 名研究方向为安宁疗护的副教授,将 T1 和 T2 逐字逐句进行对比,若存在不同之处,则与原量表内容进行核对,从而选取最佳的翻译形成,最终形成中文版 T12;回译:由 1 名护理学博士和 1 名临床医学博士独立对 T12 进行回译,回译前均未告知有关 QCQ-PC 量表的相关内容,形成回译版本 BT1 和 BT2。回译审阅:回译审阅采取小组讨论形式进行,小组成员包括 4 名译者、1 名临床医师、2 名护理学教授、1 名护理学副教授,对 T1、T2、BT1 及 BT2 四个版本在结合原量表的基础上进行逐字逐句对比分析,从而形成 QCQ-PC 中文版 I。专家咨询:本研究邀请 2 名临床医师及 3 名护理专家进行咨询,5 名专家均是副高级职称及以上、硕士研究生学历及以上,工作年限均>10 年,并且从事过安宁疗护工作或熟悉肿瘤安宁疗护的相关内容(目前 1 名护理人员从事护理管理工作),对 QCQ-PC 量表的相关性、清晰性及综合性等内容进行评价。采取 4 级评分法(4=非常相关,1=完全不相关)综合所有专家意见,结合原量表内容,形成 QCQ-PC 中文版 II。

### 1.3 预实验及正式调查

1.3.1 研究对象 (1)预实验:本研究采取便利抽样

选取山东省某三级甲等医院肿瘤化疗科的 10 名患者作为 QCQ-PC 量表预实验的研究对象,询问患者在回答过程中是否存在疑问及不理解的内容,将所有问题进行汇总分析,从而形成最终的 QCQ-PC 中文版 III。(2)正式调查:本研究采取便利抽样法,选取山东省济南市三所三级甲等综合医院 289 名肿瘤患者作为研究对象,纳入标准:病理诊断为恶性肿瘤;疾病分期均为 IV 期,伴有远处转移;具有一定理解及中文书写能力;④自愿参与本研究。排除标准:精神异常、理解能力异常;病情危重无法完成调查。

1.3.2 调查方法 由研究者自行设计一般人口学调查表(年龄、性别、学历、诊断等)及 QCQ-PC 量表进行资料收集。由研究者本人及另外 2 名经过培训的数据采集员进行资料收集,资料收集前对研究对象进行统一的问卷填写指导,征得科室领导的同意后,对山东省济南市三所三级甲等医院的 300 名肿瘤患者进行上述资料的收集,现场发放问卷,现场进行问卷填写并及时收回。

1.3.3 统计学处理 本研究采用 SPSS 21.0 对数据进行统计学分析,分类变量采取频数、百分比方式表示;数值变量且符合正态分布的数据用数据  $\bar{x} \pm s$  表示;使用专家测评的方法进行内容效度的检测,内容效度包括全体一致性及平均内容效度指数;采取探索性因子分析法对 QCQ-PC 量表的结构效度进行检验;采用 Cronbach's  $\alpha$  系数检验 QCQ-PC 量表的内部一致性;采用重测信度检验 QCQ-PC 量表的稳定性。

## 2 结果

2.1 研究对象的一般资料 本研究能够发放问卷 300 份,其中 2 名研究对象中途退出,3 份问卷填写不符合实际情况;6 份问卷有漏项且调查对象拒绝补全,共回收有效问卷 289 份,有效回收率为 96.33%。QCQ-PC 量表完成时间 6~20 min。调查对象一般资料:年龄( $56.08 \pm 11.91$ )岁;性别:男 160 例,女 129 例;诊断:肺癌 75 例,胃癌 27 例,结直肠癌 28 例,肝癌 13 例,乳腺癌 48 例,妇科恶性肿瘤 21 例,胰腺癌 35 例,其他 42 例;婚姻状况:已婚 275 例,未婚 14 例;医保类型:居民医保 124 例,职工医保 145 例,自费 20 例;既往史:有既往史 237 例,无既往史 52 例。

### 2.2 中文版安宁疗护质量量表效度检验结果

2.2.1 内容效度 本研究由 2 名肿瘤科医师(临床医学博士、副主任医师、临床工作年限>10 年)、1 名护理管理专家(博士、主任护师、临床工作年限>30 年)、1 名护理教育专家(博士、教授、从事护理教育年限>20 年)、1 名肿瘤临床护理专家(硕士、副主任护师、临床工作年限>30 年)组成的专家团队

各自对量表内容进行评价,根据专家对各条目的评定结果进行统计计算,该量表各条目水平内容效度指数在 0.81~1.00 之间,其中全体一致内容效度指数为 0.94,平均内容效度指数为 0.96。

2.2.2 结构效度 本研究探索性因子分析中中文版 QOQ-PC 量表的 KMO 值为 0.53,Bartlett 球形检验统计量  $\lambda^2$  值为 1956.65, $P<0.001$ ,适合进行探索性

因子分析。本研究采取主成分分析,共提取 4 各公因子,分别解释变量 26.49%、19.37%、14.24% 及 9.86%,累计方差贡献率为 69.92%,由于因子 5 及因子 6 均只包含一个条目,因此予以删除。进一步采取最大方差旋转法对数据进行正交旋转,各因子载荷结果详见表 1。

表 1 中文版安宁疗护质量量表探索性因子分析各因子载荷( $n=289$ )

条 目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4
P24 医务人员为我和我的家人克服社会危机提供支持	0.767	−0.386	−0.098	−0.016
P12 我能够和医务人员谈论我生命的价值	0.689	−0.329	0.057	0.244
P13 在与医务人员交谈时,我能够回想起什么是实现人生价值和目标的重要因素	0.675	0.386	−0.228	0.166
P31 我能够在轻松的氛围中与医务人员交谈	0.674	0.295	0.061	−0.274
P25 医务人员为我和我的家人解决精神问题提供支持	0.665	−0.409	−0.224	−0.138
P5 我对医务人员的沟通方式感到满意	0.627	−0.044	0.032	0.119
P10 医务人员对我感兴趣的术语进行了解释	0.619	0.184	−0.251	−0.164
P22 我和我的家人得到了医务人员的心理支持	0.594	−0.394	−0.040	−0.281
P23 医务人员与我和我的家人沟通顺畅	0.450	0.252	−0.022	−0.014
P14 我能够表达我和我的家人对照护的期望	0.438	0.376	0.289	−0.206
P15 我的家人和我接受到了有助于照护的宣教	0.119	0.815	0.174	0.257
P26 医务人员知道我想要什么	0.086	0.790	0.215	−0.158
P16 我制定的照护计划中包括我自己认为可以能够尝试的事情	−0.099	0.614	−0.496	0.283
P8 医务人员采取的治疗措施会支持我的照护计划	0.154	0.612	0.250	0.041
P19 当我对治疗的需求发生变化时,我能够修改我的计划	0.571	0.601	−0.190	0.224
P28 我能够在我想要的地点得到照护服务	0.052	−0.586	0.439	0.158
P20 医务人员定期确认我的照护目标和计划	0.267	−0.581	0.058	0.231
P9 家人和我本人的意见能够在我的医疗计划中体现	0.291	0.563	−0.028	−0.271
P18 医务人员根据我的生命价值提出了适当的照护计划	0.018	0.564	0.166	0.007
P11 医务人员会不定期检查我能否实现我的目标	−0.288	0.563	0.334	0.276
P2 我对医护人员细心的态度感到满意	0.453	−0.232	0.699	−0.022
P3 我能够得到我所要求的医疗保健服务	0.518	−0.046	0.638	−0.157
P1 我能从医务人员那里得到足够的照护	0.495	−0.143	0.564	−0.232
P6 我听了并且也理解(医务人员)对我病情进展的准确描述	0.449	0.175	−0.497	0.382
P7 我听了并且也理解(医务人员)对我照护计划的准确描述	0.420	0.383	−0.436	0.287
P17 在制定与照护有关的具体目标遇到困难时,我能够从医务人员那里得到足够的帮助	0.323	−0.265	0.130	0.789
P27 我的照护所需的服务由各自领域的专家提供	0.058	−0.359	0.451	0.585
P4 我理解照护的目的	0.469	0.336	−0.164	0.556
P30 门诊治疗和电话咨询在指定时间毫不拖延地完成	0.324	−0.204	0.153	−0.511
P32 我有足够的时间接受门诊治疗和电话咨询	0.137	0.410	0.129	0.503

2.3 中文版安宁疗护质量量表信度检验结果

2.3.1 重测信度 本研究符合纳入标准的 30 名研究对象进行第一次调查 14 天后再次进行电话随访,再次对 QCQ-PC 量表进行填写,根据重复测量结果计算该量表的重测信度为 0.86,各维度的重测信度详见表 2。

2.3.2 内部一致性信度 根据对 289 名研究对象计算 QOQ-PC 量表的 Cronbach’s  $\alpha$  系数为 0.84,各维度的 Cronbach’s  $\alpha$  系数详见表 2。

3 讨论

3.1 中文版癌症患者安宁疗护质量量表具有良好的效度 本研究中 QCQ-PC 量表各条目水平内容效

度指数在 0.81~1.00 之间,其中全体一致内容效度指数为 0.94,平均内容效度指数为 0.96,虽然达到了 Polit 等<sup>[9]</sup>人提出的平均内容效度大于 0.9 可认为该量表的内容效度较好的标准,但由于本研究选取的专家数量较少,可能对结果有一定的影响。其中专家咨询结果显示 P17 及 P11 的内容效度低于 0.9,因此经过专家讨论并结合原文,对上述两个条目进行适当修改,使其更符合中国人的思维模式。本研究共提取出 4 个公因子,即与医务人员的沟通、讨论治疗照护的目标计划、整体照护的支持与评价、照护的持续性,可解释总变异量的 69.92%,虽然原量表也包含 4 个因子<sup>[10]</sup>,但本研究中各因子中包含的条目



与原量表存在一定的差异,各因子的命名亦有所不同,可能与不同国家之间医疗制度体系、文化、制度、理解等差异存在很大关系。虽然,如载荷最高的条目 24“医务人员为我和我的家人克服各种危机提供支持”,在本研究中划分在与因子 1“医务人员沟通的因子”中,但在原量表中却划分在因子 3“对整体照护的需求与支持”中,可能与文化差异、医疗运行模式、安宁疗护的发展现状等很多因素存在一定的关系,目前国内医务人员工作量相对较大,医务人员与患者及家属的沟通内容相对较单一,并且国内安宁疗护尚处于起步阶段,无论是医务人员还是患者或家属对安宁疗护的理念较为缺乏<sup>[11]</sup>。虽然各维度具体条目存在一定差别,但四个因子的内容与目前许多研究中强调的安宁疗护核心内容是非常一致的<sup>[12]</sup>,但与目前肿瘤治疗护理规范存在较大的差别<sup>[13]</sup>,能够较好地对安宁疗护的质量进行评价。

表 2 中文版安宁疗护质量量表信度检验结果

项目	重测信度	Cronbach's α 系数
维度 1:与医务人员的沟通	0.88	0.86
维度 2:讨论治疗照护的目标计划	0.81	0.67
维度 3:整体照护的支持与评价	0.75	0.70
维度 4:照护的持续性	0.70	0.59
总量表	0.86	0.84

3.2 中文版癌症患者安宁疗护质量量表具有良好的信度 本研究中 QCQ-PC 量表的重测信度为 0.86,各维度的重测信度在 0.7~0.9 之间,均达到了万崇华等<sup>[9]</sup>提出的重测信度应>0.7 的要求,说明本量表的稳定性较高;总量表的 Cronbach's α 系数为 0.84,亦达到了 0.8 的要求<sup>[10]</sup>,说明该量表总体的平均一致性较高,其中与医务人员的沟通、讨论治疗照护的目标计划、整体照护的支持与评价等三个维度的 Cronbach's α 系数均>0.6,基本符合分量表达的要求<sup>[10]</sup>。但其中照护的持续性维度的 Cronbach's α 系数仅为 0.59,可能与本研究选取的调查对象所处的医疗机构中涉及到安宁疗护的部分较少有很大关系,其次目前各三级甲等医院日门诊量很大,医务人员难以有足够的时间与患者及家属进行沟通交流;各三级甲等医院病床数有限,预约住院的病人很难再规定的时间内住院接受治疗等;并且国内院外随访、延续护理等发展尚未成熟等,可能由于上述诸多原因,造成住院服务与院外门诊服务之间存在一定的不一致性。

4 结论

虽然本研究经过严谨的翻译和文化调试,但仍

存在不足和有待改进和提升之处:如研究对象中有可能没有接受规范的安宁疗护的人群,使得有些条目在中国并未实施,研究结果可能会受到一定的影响,因此本研究结果的可推广性可能受到限制,后来学者可以不断的对该量表进行修正,使其更趋于成熟。

【参考文献】

[1] BLOCK S.Moving towards universal access to high-quality serious illness care [EB/OL]. (2017-11-06). <https://www.palliativepractice.org/Palliative-pulse/palliative-pulse-september-2017/moving-towards-universal-access-high-quality-serious-illness-care/>.

[2] 宁晓红.中国大陆应该大力发展安宁缓和医疗事业—北京协和医院的经验体会[J].中国医学伦理学,2019,32(3):293-298.

[3] TEMEL J S,GREER J A,JAWAHRI E I,et al.Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a rancomiaed clinical trial[J].J Clin Oncol,2016,35(8):834-841.

[4] BAKITAS M A,TOSTESON T D,Li Z,et al.Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial[J]. J Clin Oncol,2015,33(13):1438-1445.

[5] ANHANG P R,STUCKY B,PARAST L,et al.Development of valid and reliable measures of patient and family experiences of hospice care for public reporting[J].J Palliat Med,2018,21(7):924-934.

[6] HAKONSEN G D,HUDSON S,LOENNECHEN T.Design and validation of a medication assessment tool for cancer pain management[J].Pharm World Sci,2007,28(6):342-351.

[7] HEARN J,HIGGINSON I J.Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review[J].J Public Health Med,1997,19(2):193-199.

[8] YUN Y H,KANG E K,LEE J,et al.Development and validation of the quality care questionnaire -palliative care (QCQ-PC): patient-reported assessment of quality of palliative care[J].BMC Palliat Care,2018;17(1):40-48.

[9] POLIT DF,BECK CT.The content validity index;are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [J].Wiley Inter Science,2006,29(5):489-497.

[10] 万崇华,罗家洪.高等医学统计学[M].北京:科学出版社,2014:425-435.

[11] 吴洪寒,周宁,陈湘玉,等.终末期癌症安宁疗护患者照顾者照护负担与需求的质性研究[J].中国医学伦理学,2019,32(12):1566-1570.

[12] FERREL B R,TEMEL J S,TEMIN S,et al.Intergration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update[J].J Clin Oncol,2017,35(1):96-112.

[13] HECKEL M,BUSSMANN S,STIELS,et al.Validation of the German version of the quality of dying and death questionnaire for informal caregivers (QODD-D-Ang) [J].J Pain Symptom Manag,2015,50(3):402-413.

(本文编辑:陈晓英)