

• 研究荟萃 •

患者沟通模式量表的汉化及其在我国癌症人群中的信效度检验

肖霖<sup>1</sup>,彭美芳<sup>2</sup>,缪景霞<sup>3</sup>,刘亚玮<sup>1</sup>,张立力<sup>1</sup>

- (1.南方医科大学护理学院 南方医科大学护理与助产循证中心,广东 广州 510515;  
2.广州医科大学附属肿瘤医院 肿瘤内科,广东 广州 510095;  
3.南方医科大学南方医院 肿瘤内科,广东 广州 510515)

**【摘要】 目的** 汉化患者沟通模式量表(patient communication pattern scale,PCPS)并在癌症人群中检验其信效度。**方法** 遵循 Brislin 翻译模型对 PCPS 进行翻译、回译,通过专家咨询和预测试对中文版 PCPS 进行文化调适。于 2020 年 8—12 月采用便利抽样法对广州市 2 所三甲综合性医院住院的 258 例癌症患者进行调查,评价量表的信效度。**结果** 中文版 PCPS 共保留了 11 个条目,量表条目水平的内容效度指数和量表水平的内容效度指数均为 1。探索性因子分析提取出“疾病及治疗信息沟通”及“情绪表达”2 个公因子,累计方差贡献率为 74.367%。总量表的 Cronbach’s α 系数为 0.938、折半信度为 0.912,两个维度的 Cronbach’s α 系数分别为 0.944、0.890。**结论** 中文版 PCPS 具有较好的信度和效度,可用于评估国内癌症患者在治疗决策过程中的沟通状况。

**【关键词】** 患者沟通模式量表;癌症;信度;效度

**doi:**10.3969/j.issn.1008-9993.2021.11.012

**【中图分类号】** R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-9993(2021)11-0046-04

Translation of Patient Communication Pattern Scale and Its Reliability and Validity Testing among Cancer Patients

XIAO Lin<sup>1</sup>, PENG Meifang<sup>2</sup>, MIAO Jingxia<sup>3</sup>, LIU Yawei<sup>1</sup>, ZHANG Lili<sup>1</sup> (1.Evidence-Based Nursing and Midwifery Practice Center, School of Nursing, Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong Province, China; 2.Department of Internal Oncology, Affiliated Cancer Hospital and Institute of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510095, Guangdong Province, China; 3.Department of Internal Oncology, Nanfang Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong Province, China)

Corresponding author: ZHANG Lili, Tel: 020-61648340

**【Abstract】 Objective** To translate the Patient Communication Pattern Scale (PCPS) into Chinese and test its reliability and validity among cancer patients. **Methods** PCPS was translated according to Brislin forward-backward model and adjusted through expert consultation and a pilot study. The reliability and validity of the Chinese version of PCPS were tested among 258 cancer patients recruited in two tertiary hospitals by convenience sampling from August 2020 to December 2020. **Results** The Chinese version of PCPS consisted of 11 items. The scale-level content validity index and the item-level content validity index were both 1. Two factors named “disease and treatment information communication”, “emotional expression”, were extracted by exploratory factor analysis. The cumulative variance contribution rate was 74.367%. The Cronbach’s α coefficient of the Chinese version of PSPP was 0.938 and the half-reliability was 0.912. The Cronbach’s α coefficients for two domains were 0.944, 0.890, respectively. **Conclusions** The Chinese version of PCPS has good reliability and validity, and can be applied to evaluate cancer patients’ communication pattern during treatment decision making.

**【Key words】** patient communication pattern scale; cancer; reliability; validity

[Nurs J Chin PLA, 2021, 38(11): 46-49]

**【收稿日期】** 2021-05-26 **【修回日期】** 2021-08-13  
**【基金项目】** 2020 年国家自然科学基金青年项目(72004088)  
**【作者简介】** 肖霖, 博士在读, 讲师, 从事循证护理与慢病管理研究  
**【通信作者】** 张立力, 电话: 020-61648340

随着医患关系的处理方式从家长式模式演变为知情模式再到医患合作模式, 患者的价值观及偏好在医疗决策中的重要性备受关注。2003 年, WHO

对欧洲 12 个国家进行医疗服务质量调查中,就将是是否尊重患者参与医疗决策的意愿作为医疗服务质量的重要评估指标之一<sup>[1]</sup>。我国新发癌症病例在 2020 年居全球第一<sup>[2]</sup>,这些癌症患者首先面临或将长期面临的是对其具有重要影响的治疗决策问题。大部分癌症患者对参与治疗决策持积极态度<sup>[3]</sup>,但其实际参与情况并未满足其参与需求,国内尤甚<sup>[3-4]</sup>。医患有效沟通是实现医患共同决策的前提<sup>[5]</sup>,研究<sup>[6-7]</sup>显示诸多因素阻碍了医患共同决策的实施,如医方信息提供不足、难以讨论患者的偏好等,鲜有报道患者的沟通模式。2016 年 Ilan 等<sup>[8]</sup>研制了患者沟通模式量表(patient communication pattern scale, PCPS)用于评估治疗决策过程中患者的沟通模式。本研究汉化该量表,并评价其在癌症患者中的信效度,旨在为测评国内癌症患者在治疗决策过程中的沟通模式提供工具。

## 1 资料与方法

1.1 调查工具 (1)PCPS:该量表由 Ilan 等<sup>[8]</sup>于 2016 年基于文献回顾并结合质性访谈而研制,用于评估患者在治疗决策过程中医患互动时的沟通模式。量表包括 14 个条目,分为 5 个维度:提供信息(2 个条目)、澄清信息(2 个条目)、请求信息(4 个条目)、表达治疗偏好(4 个条目)、情绪表达(2 个条目)。采用 Likert 6 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 1~6 分,其中条目 10 为反向计分,总分 14~84 分,得分越高,表明患者的沟通模式越好。原量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.78。(2)中文版医患共同决策问卷患者版(9-item shared decision making questionnaire, SDM-Q-9)。由国外学者 Kriston 等<sup>[9]</sup>于 2010 年编制,用于评估患者感知的医患共同决策水平,为单一维度结构,包含 9 个条目,采用 Likert 6 级评分法,从“完全不同意”到“完全同意”分别赋值 0~5 分,原始总分范围为 0~45 分,作者建议量表总分按照原始分数 $\times 20/9$ 转换为 0~100 分,以便于比较。国内学者<sup>[10]</sup>于 2019 年将其翻译为中文版并进行了信效度检验,结果显示中文版量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.946。本研究中量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.977。(3)一般资料问卷:包括患者的社会人口学资料如年龄、性别、婚姻状况、文化程度、居住地,患者的临床特征如癌症类型、分期及病程。

1.2 PCPS 汉化、文化调试及预测试 本研究获得原量表作者授权后,遵循 Brislin<sup>[11]</sup>翻译-回译原则将 PCPS 汉化。具体步骤如下:(1)直译,由 1 名具有国外留学经验的博士和 1 名通过英语六级的护理专业

研究生对原量表全部条目进行单独翻译,再由另外 1 名硕士研究生对 2 个翻译版本进行比较,组织前 2 名翻译者参与讨论修订条目,形成初始中文版 PCPS;(2)回译,由 2 名英文熟练的博士研究生进行回译及讨论,形成最终版本,并返回给原作者。(3)文化调适,邀请与本研究领域相关的 3 位专家及熟悉量表研制方法学的 2 位专家,对量表条目的适用性、完整性进行评价,同时评定内容效度,使量表语言表达符合我国文化背景。(4)预调查,便利抽样选取 15 位癌症患者进行预调查,根据受试者对问卷条目的反应,收集量表填写中出现的问题,并咨询在肿瘤科工作的临床医务人员的意见,根据建议对语言进行调整,形成最终的中文版 PCPS。

### 1.3 信效度检验

1.3.1 调查对象 于 2020 年 8—12 月采用便利抽样法,选取广州市 2 所三甲综合性医院住院的 258 例癌症患者作为研究对象。纳入标准:经病理诊断为癌症;年龄 $\geq 18$ 岁;3 个月内经历过治疗决策;精神状况正常,无认知和阅读障碍;自愿参与本研究。排除标准:家属要求病情保密者。受试者在调查过程中均征得知情同意并自愿参加本研究。根据样本量为条目的 5~10 倍<sup>[12]</sup>并考虑 20% 的脱落率,原量表条目数为 14,样本量应为 175 例,本研究最终纳入 258 例。本研究获得了南方医科大学伦理委员会的审批。

1.3.2 资料收集方法 首先对调查人员进行统一培训,由病房护理人员协助筛选符合要求的癌症患者并取得知情同意,然后由调查人员采用统一指导语向调查对象说明本次调查的目的、意义和方法,并指导患者以不记名的方式填写问卷。调查人员当场回收问卷并检查、核对问卷。本研究共发放 280 份问卷,回收有效问卷 258 份,有效回收率为 92.15%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  描述,不符合正态分布的计量资料用  $M(P_{25}, P_{75})$  描述,计数资料采用频数、构成比描述。采用决断值法和条目总分 Pearson 相关系数进行量表项目分析;采用内容效度指数、效标关联效度和探索性因子分析法(exploratory factor analysis, EFA)来评价量表的效度;用 Cronbach's  $\alpha$  系数、折半信度来评价量表的信度。以  $P < 0.05$  或  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 患者沟通模式量表文化调适及预测试结果 部分条目的表述不当,将条目 2“我直截了当地向医生说明我的问题”更改为“我直截了当地向医生清楚

地说明了我的问题”;将条目 4“我问医生每种治疗方式及其副作用”更改为“我问医生每种治疗方案如何进行及有哪些副作用”。另外,在预测试阶段,有些患者对“治疗决策”的理解度差,经过课题组讨论,在语言表达通俗易懂方面,将将条目 8“我充分参与了治疗决策”更改为“我充分参与了治疗方案的决定过程”。

2.2 项目分析及信效度检验结果 正式调查共回收 258 例有效问卷,受试者的平均年龄为 48.04 岁,其中:男 145 例(52.2%)、女 133 例(47.8%);呼吸系统肿瘤 101 例(39.2%)、消化系统肿瘤 88 例(34.1%)、生殖系统肿瘤 39 例(15.1%)、其他系统肿瘤 30 例(11.6%)。

2.2.1 项目分析结果 将中文版 PCPS 总分从高到低排序,前 27%为高分组,后 27%为低分组,采用独立样本 *t* 检验确定两组受试者在各条目上的差异,结果显示,两组间差异均具有统计学意义(均 *P* < 0.05),除条目 10 的临界比值小于 3 (CR 值 =

2.514),其余条目的临界比值范围为 11.484 ~ 21.962。条目与量表总分的相关系数分析中,条目 10 与总分的相关系数为 0.141,其余条目与总分的相关系数为 0.560~0.780。当条目与量表总分的相关系数 *r* < 0.3 或 > 0.8 时,应考虑删除条目<sup>[13]</sup>。条目 10 同时达到了 CR 值与相关系数的删除标准。

2.2.2 效度分析结果 (1)内容效度:当条目水平的内容效度指数(I-CVI)不低于 0.78 和量表水平的内容效度指数(S-CVI/Ave)不低于 0.9 时提示内容效度较好<sup>[14]</sup>。本研究结果显示 I-CVI 和 S-CVI/Ave 均为 1。(2)结构效度:结果显示,KMO 值为 0.910, Bartlett 球形检验  $\chi^2$  值为 3574.177(*P* < 0.001),适合做因子分析,因子载荷矩阵见表 1。(3)效标关联效度:采用中文版医患共同决策问卷患者版(SDM-Q-9)作为校标问卷。一般认为校标关联效度相关系数 ≥ 0.7 较好,本研究中 PCPS 总分与 SDM-Q-9 总分间的相关系数 *r* = 0.820(*P* < 0.001),表明中文版 PCPS 校标关联效度较好。

表 1 中文版患者沟通模式量表的因子载荷矩阵

条 目	第 1 次 EFA		第 2 次 EFA	
	因子 1	因子 2	因子 1	因子 2
1.我向医生提供了有关自己躯体症状的全部信息	0.783	—	0.782	—
2.我直截了当地向医生清楚地说明了我的问题	0.857	—	0.867	—
3.我问医生关于自身疾病的所有可能的治疗方法	0.809	—	0.826	—
4.我问医生每种治疗方案如何进行及有哪些副作用	0.809	—	0.827	—
5.我问医生每种治疗方法的康复机会有多大?	0.627	0.425	0.644	0.422
6.当我对谈话内容有不清楚的地方时,我请求医生进行解释	0.861	—	0.873	—
7.我向医生清楚地表达了什么对我更重要(生活质量还是延长生命)	0.720	—	—	—
8.我充分参与了治疗方案的决定过程	0.771	0.461	0.794	0.431
9.在与医生交谈时,我问了医生问题	0.713	—	0.725	—
11.我和医生讨论了我的恐惧和忧虑	—	0.885	—	0.917
12.在与医生谈话过程中,我是第一个提及我的情绪的人	—	0.890	—	0.901
13.在与医生谈话过程中,我是第一个提及我的治疗偏好的人	0.621	0.536	—	—
14.我向医生清楚地表达了,现在对我来说什么是最重要的特征值	0.627	0.529	—	—
	8.142	1.291	6.942	1.238
累计方差贡献率	62.631	72.559	63.111	74.367

2.2.3 信度分析 中文版 PCPS 的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.938,各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.944、0.890;总量表的折半信度为 0.912,均有统计学意义(*P* < 0.05)。

3 讨论

3.1 中文版患者沟通模式量表的项目分析 项目分析的主要目的在于测验条目的适切性或可靠程度,其结果可作为条目筛选或修改的依据。本研究同质性检验中,条目 10 与总分的相关系数小于 0.3,表明条目 10 与总量表的内同质性较低。条目区分度检验一般以临界比值(CR 值) > 3 作为条目筛选的

依据,对 CR 值未达到显著性的条目考虑删除<sup>[15]</sup>。本研究结果显示,条目 10 的 CR 值 < 3,表明条目 10 的区分度差,其余条目的 CR 值均 > 3,显示良好的区分度。条目 10“我没问医生我的康复机会有多大,我还能活多久”传达的内容与死亡有关,可能原因与国内外对死亡话题态度的文化差异有关,结合同质性检验和区分度检验的结果,删除条目 10。

3.2 中文版 PCPS 具有较好的效度 效度是研究能真正反映所期望研究的概念的程度,可以用内容效度、结构效度、校标关联效度等指标来反映。该量表的 I-CVI 和 S-CVI/Ave 均为 1,说明内容效度良好。



采用探索性因子分析评价结构效度,通过主成分分析法,第1次提取出2个公因子,可解释总变异的72.559%。其中条目5和条目8在两个公因子上的因子载荷 $>0.4$ ,且差值 $>0.2$ ,结合专业知识及条目的实际临床意义,将条目归属于因子载荷较高的维度。条目13和条目14亦在两个公因子上的因子载荷 $>0.4$ ,但差值 $<0.2$ ,这两个条目与条目7、条目8共同归属于原量表的表达治疗偏好维度。由于条目13、条目14与条目7传达的内容近似,结合因子分析的结果,删除条目13和条目14。第2次探索性因子分析亦提取出2个公因子,可解释总变异的74.367%,其中第1个公因子是在原量表4个维度(提供信息、澄清信息、请求信息、表达治疗偏好)的基础上删除条目10、条目13、条目14后组成,包含9个条目,条目内容均是患者围绕自身疾病及治疗与医务人员进行沟通,重新命名为“疾病与治疗信息沟通”,第2个公因子由原量表“情绪表达”维度的两个条目组成,命名保持不变。最终中文版PCPS包括2个维度,共11个条目,具有较好的结构效度。

3.3 中文版PCPS具有较好的信度 量表的信度是指测量工具的稳定性和一致性,信度系数越大,表示测量的可信程度越高。一般认为Cronbach's  $\alpha$  系数 $>0.9$ 表示内部一致性非常理想,Cronbach's  $\alpha$  系数为 $0.6\sim0.8$ 表示较好;分半信度应在 $0.70$ 以上<sup>[19]</sup>。本研究总量表的Cronbach's  $\alpha$  系数为 $0.938$ ,折半信度为 $0.912$ ,各维度的Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 $0.944$ 、 $0.890$ ,说明量表各个条目之间的内部一致性高。

3.4 中文版PCPS与原量表的差异 中文版PCPS量表在原量表的基础上删除了3个条目。条目10“我没问医生我的康复机会有多大,我还能活多久”此条目涉及死亡相关话题,国内多数癌症患者对死亡话题持回避态度,在项目分析时,此条目的区分度差,与量表的同质性较低。条目7“我向医生清楚地表达了什么对我更重要(生活质量还是延长生命)”与条目14“我向医生清楚地表达了,现在对我来说什么是最重要的”传递内容相似,对癌症患者来说,生活质量与延长生命抉择是临床上常见的问题,条目7更具体及符合临床情境。条目13“在与医生谈话过程中,我是第一个提及我的治疗偏好的人”,旨在了解受试者对治疗偏好的表达,而国内癌症患者在治疗决策过程中对治疗偏好的表达主要聚焦生活质量与延长寿命,与条目7相似,另外,结合探索性因子分析的结果,删除了条目13、14。

3.5 中文版PCPS的意义及局限性 中文版PCPS

为自评量表,仅11个条目,便于理解,具有较好的可操作性,受试者在5 min内即可完成。但在信效度检验阶段,由于癌症患者接受放化疗的住院周期一般为 $7\sim10$  d,本研究未能获取重测样本对量表进行重测信度检验,在后续的研究中应对量表的稳定性进行测评。

【参考文献】

[1] KERSSENS J J, GROENEWEGEN P P, SIXMA H J, et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries[J]. Bull World Health Organ, 2004, 82(2): 106-114.

[2] International Agency for Research on Cancer. Latest global cancer data; Cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020 questions and answers (Q&A) [EB/OL]. [2021-02-23]. <https://www.iarc.fr/faq/latest-global-cancer-data-2020-qa/>.

[3] 缪爱云. 原发性肝癌患者参与治疗方式决策现状及影响因素的研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2015.

[4] SINGH J A, SLOAN J A, ATHERTON P J, et al. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the control preferences scale[J]. Am J Manag Care, 2010, 16(9): 688-696.

[5] Gulbrandsen P. Shared decision making: improving doctor-patient communication[J]. BMJ, 2020(368): m97.

[6] VARMA M, SHAH V. Shared decision making in cancer care requires better communication and understanding of pathology reports [J]. BMJ, 2019(367): l6561.

[7] GUSTAFSON A. Reducing patient uncertainty: implementation of a shared decision-making process enhances treatment quality and provider communication [J]. Clin J Oncol Nurs, 2017, 21(1): 113.

[8] IIAN S, CARMEL S. Patient communication pattern scale: psychometric characteristics [J]. Health Expect, 2016, 19(4): 842-853.

[9] KRISTON L, SCHOLL I, HÖLZAL L, et al. The 9-item shared decision making questionnaire (SDM-Q-9) development and psychometric properties in a primary care sample[J]. Patient Educ Couns, 2010, 80(1): 94-99.

[10] 罗碧华, 肖水源. 中文版医患共同决策问卷患者版的信效度[J]. 中南大学学报: 医学版, 2019, 44(7): 823-828.

[11] BRISLIN R W. Back-translation for cross-cultural research[J]. J Cross Cult Psychol, 1970, 1(3): 185-216.

[12] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估算[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4): 378-380.

[13] 邱皓政. 量化研究与统计分析: SPSS 中文视窗版数据分析范例解析[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2009: 313-316.

[14] 史静净, 莫显昆, 孙振球. 量表编制中内容效度指数的应用[J]. 中南大学学报: 医学版, 2012, 37(2): 152-155.

[15] 吴明隆. 问卷统计分析实务——SPSS 操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2018: 237-245.

(本文编辑: 陈晓英)