

进食障碍患者家庭顺应量表的汉化及信效度检验

郑雪雪¹,施忠英²,党金³,刘玥⁴

摘要:**目的** 汉化进食障碍患者家庭顺应量表,并检验其信效度。**方法** 根据 Brislin 翻译模式将量表翻译成中文,通过专家函询和预调查对量表进行文化调适和修订。将量表应用于 300 例进食障碍患者照顾者检验信效度。**结果** 中文版进食障碍患者家庭顺应量表的量表水平内容效度指数为 0.918。探索性因子分析结果显示 5 个因子可解释总变异量的 49.862%。量表的各维度得分与量表总分呈中高度相关,各维度得分之间呈中低度相关或不相关。量表总 Cronbach's α 为 0.877,重测信度为 0.883。**结论** 中文版进食障碍患者家庭顺应量表具有较好的信效度,可用于测量进食障碍患者的家庭顺应情况。

关键词:进食障碍; 神经性厌食症; 神经性贪食症; 照顾者; 家庭顺应; 量表; 信度; 效度

中图分类号:R473.74 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.18.079

Translation and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders Zheng Xuexue, Shi Zhongying, Dang Jin, Liu Yue. School of Nursing, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200025, China

Abstract: Objective To translate the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) from English into Chinese, and to test its reliability and validity. **Methods** The English version AESED was translated into Chinese according to the Brislin's translation model, which was culturally adjusted and revised through experts' consultations and preinvestigation. Then it was utilized to investigate 300 family caregivers of patients with eating disorders to test its reliability and validity. **Results** The S-CVI/ave of the Chinese version Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED-C) was 0.918. Exploratory factor analysis showed that, five factors could explain 49.862% of the total variation. Each dimension score of AESED-C were moderately and highly correlated with its total score, and each dimension score were moderately or lowly or not correlated with each other. The Cronbach's α coefficient was 0.877, and its test-retest reliability was 0.883. **Conclusion** The AESED-C has good reliability and validity, and it can be used to measure family accommodation of the patients with eating disorders.

Key words: eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; caregiver; family accommodation; scale; reliability; validity

进食障碍(Eating Disorders, ED)是一种以反常的进食行为和心理紊乱为特征,并伴发显著体质量改变和生理功能紊乱、病死率高的一组慢性难治性精神障碍^[1-2],主要包括神经性厌食症(Anorexia Nervosa, AN)、神经性贪食症(Bulimia Nervosa, BN)。进食障碍患者的家庭常存在关系纠缠、过度保护、回避冲突、僵化等特点^[1]。其主要照顾者不仅承受着疾病高治疗费用和大量时间付出,还深陷严重的精神压力之中,如自责、抑郁、焦虑等^[3-6]。照顾者为缓解家庭冲突和压力,通常会对患者的症状行为妥协、迁就^[7],即家庭顺应(Family Accommodation, FA)。本研究家庭中家庭顺应是指家庭成员(父母、伴侣等)为了帮助患有精神疾病的亲属回避或减轻疾病带来的痛苦,而对自己的行为做出改变^[8]。家庭顺应在短期内缓解了当下困境,却促使照顾者长期的回避行为和患者对照顾者顺应的持续依赖,易造成患者疾病症状的维持甚至

恶化,进而加重家属的痛苦,最终导致更大程度的家庭顺应。可见家庭顺应不利于患者的治疗和照顾者的身心健康。因此,基于评估的进食障碍患者家庭顺应有管理对促进患者的康复尤为重要。进食障碍患者家庭顺应量表(Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders, AESED)^[9]是西方国家用于测量进食障碍患者家庭顺应的常用量表,具有良好的信效度,已被翻译成西班牙语版^[10]。本研究对进食障碍患者家庭顺应量表汉化,并检测其在进食障碍患者照顾者中的信效度,旨在为进食障碍患者的家庭顺应评估提供专业的、标准化测量工具,为进一步干预提供依据。

1 资料与方法

1.1 基本资料

1.1.1 照顾者及患者基本资料 2020 年 10 月至 2021 年 7 月,采用方便抽样法选取上海市精神卫生中心住院和门诊就诊的进食障碍患者的主要照顾者为调查对象。患者纳入标准:①符合进食障碍诊断标准^[11];②病程≥3 个月;③知情同意。患者排除标准:并存重性精神疾病,有严重并发症(如严重电解质紊乱、酸碱平衡紊乱等)和器官功能衰竭。家庭照顾者纳入标准:①年龄 18~70 岁;②与患者有亲缘关系的父母、配偶、子女、兄弟姐妹及其他家属,近半年内

作者单位:1. 上海交通大学护理学院(上海,200025);上海交通大学医学院附属精神卫生中心 2. 护理部 3. 心理咨询门诊 4. 心身科
郑雪雪:女,硕士在读,学生
通信作者:施忠英,ssc.1@163.com
科研项目:上海市精神卫生中心特色学科建设项目(2017-TSXK-04);上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划(2020—2022 年)项目(GWV-5)
收稿:2022-04-13;修回:2022-06-11

与患者同居,是患者健康照顾、情感支持的主要提供者;③知情同意、自愿参加本研究;④能够独立或在研究者指导下完成问卷填写。有效调查照顾者 300 人,男 67 人,女 233 人;年龄 31~70(46.06 ± 5.82)岁。婚姻状况:已婚 277 人,离异/分居 20 人,丧偶 3 人。文化程度:小学 16 人,初中或高中 71 人,中专或大专 97 人,本科 101 人,硕士及以上 15 人。居住地:城市 229 人,县镇 49 人,农村 22 人。职业状况:在职 209 人,无业 31 人,退休 27 人,其他 33 人。与患者的关系:母亲 233 人,父亲 57 人,祖父母或兄弟姐妹 5 人,配偶 5 人。每天与患者的接触时间: <3 h 67 人, $3 \sim 6$ h 97 人, >6 h 136 人。患者疾病诊断:神经性厌食症 187 例,神经性贪食症 81 例,暴食症 24 例,其他非典型进食障碍 8 例。病程 <1 年 141 例, $1 \sim 5$ 年 134 例, >5 年 25 例。

1.1.2 专家基本资料 选取 7 名专家对量表进行文化调适及内容效度评价。纳入标准:①从事精神心理医疗护理或教学工作 10 年及以上;②具有本科及以上学历背景;③副高及以上职称;④熟悉测量工具的发展和心理测量学特征的测定方法。学历:本科 2 人,硕士 2 人,博士 3 人。职称:副高级 5 名,正高级 2 人。工作年限 10~35(22.86 ± 8.53)年。

1.2 方法

1.2.1 进食障碍患者家庭顺应量表 由 Sepulveda 等^[9] 基于家庭顺应量表(Family Accommodation Scale,FAS)^[12] 研制,用于评估过去 1 个月内对进食障碍患者症状行为的容忍和迁就程度。量表包含视而不见(4 个条目)、回避和修改家庭常规(10 个条目)、进餐仪式(7 个条目)、家庭控制(4 个条目)、寻求保证(8 个条目)5 个维度共 33 个条目。除第 24 个条目使用 0~10 分直观模拟标度尺法计分外,其余条目计分方式采用 Likert 5 级评分法(0~4 分),0 分表示从不或没有,4 分表示每天或非常严重,总分 0~132 分,得分越高表明家庭对患者症状的顺应程度越高。量表总的 Cronbach's α 值为 0.92,各维度 Cronbach's α 值为 0.77~0.90。

1.2.2 量表汉化 ①翻译。通过邮件联系作者并取得量表翻译授权,根据 Brislin 模式^[13-14] 翻译量表。首先由 1 名研究方向为精神心理护理的研究生和另 1 名从事多年英语教学的大学教师各自独立将英文版量表翻译成中文初版 A1 和 A2,由课题组人员对 2 个版本的翻译进行比较、讨论和修改,综合形成翻译版 A。再由 1 名有海外留学经历的英语专家和另 1 名母语为英语的医学博士将中文版 A 回译成英语版本 B1、B2(2 名回译人员不曾接触原量表),课题组成员对 2 个回译版本比较,对不一致的地方讨论和修改,综合形成回译版本 B。再由 2 名双语专家对回译版本 B 和原量表进行比较,对其进行修改和评价,评价的内容包括量表所包含条目的相关概念、语义、思想

等,然后对量表进行修改、完善,形成 AESED 量表初版 C。②跨文化调适:根据跨文化调适指南^[15],邀请 7 名专家根据其专业理论知识、实践经验等对量表各条目的翻译、能够反映所测概念的程度、词句是否适合或是否符合中文表达习惯、内容相关性作出评价(评价量表各条目与研究内容的相关程度,采用 4 级评分法,3 分或 4 分表示条目与维度相关,1 分或 2 分表示条目与维度不相关)。③预调查:选取 20 名进食障碍患者的主要照顾者进行测试,以深入了解受试者对 AESED 量表语句的理解,根据研究对象的反馈结合专家建议修订 AESED 的语言及内容,以保证正式调查时,研究对象能准确理解量表条目,减少由于量表设计问题可能出现的错误。

1.2.3 资料收集方法 征得科室负责人的同意后,由研究者本人负责量表的发放和回收。调查前向研究对象解释调查的目的、意义和注意事项,并签署知情同意书。填写完毕检查问卷填写的完整性、有无规律性填写、漏填现象,如发现问题及时请其修改或补充。共发放问卷 347 份,回收 347 份,剔除 47 份不合格问卷,有效回收问卷 300 份,有效回收率 86.46%。重测信度选取 30 名研究对象间隔 2 周后重测。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件对数据进行分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差描述,计数资料采用频数和百分比描述。项目分析:采用临界比值法(将得分前 27%的受试者为高分组,后 27%的受试者为低分组,对两组行独立样本 t 检验, t 值表示临界比值即 CR 值)和同质性检验法(即求出各条目与总分的积差相关系数)。效度分析:内容效度采用条目水平的内容效度指数($I-CVI$)和量表平均内容效度指数($S-CVI/Ave$);采用探索性因子分析其结构效度;计算 AESED 各维度得分的 Pearson 相关系数。信度分析:内部一致性采用 Cronbach's α 系数;采用 Pearson 相关系数分析重测信度。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 项目分析 临界比值法结果显示,两组各条目间 CR 值为 4.483~10.888(均 $P<0.05$),表示所有条目具有一定的区分度。同质性检验法结果显示,各条目与总分呈正相关($r=0.329 \sim 0.588$,均 $P<0.05$)。因此,保留所有条目。

2.2 效度分析

2.2.1 内容效度 条目 12 和条目 19 为 0.429、条目 15 为 0.571、条目 11 和条目 23 为 0.714,其余为 0.857~1.000。测得总量表 $S-CVI/Ave$ 为 0.918,表明量表内容效度较好。

2.2.2 结构效度 对中文版 AESED 量表的 33 个条目进行探索性因子分析,结果显示 $KMO=0.816$,Bartlett 球形检验的 χ^2 值为 3 829.477($P<0.001$),证明量表适合做因子分析。采用主成分分析法提取特征值 >1 的公因子有 5 个,因子 1 避免和修改家庭

常规(条目 24~33)、因子 2 寻求保证(条目 5~10、18)、因子 3 进餐仪式(条目 11~17、条目 19)、因子 4 视而不见(条目 20~23)、因子 5 家庭控制(条目 1~

4)累计方差贡献率为 49.862%。各因子成分矩阵见表 1。

表 1 中文版 AESED 旋转后的因子载荷(n=300)

条 目	避免和 修改常规	进餐仪式	寻求保证	视而不见	家庭控制
1 患者控制你购买食物的选择	0.110	0.191	0.007	0.060	0.732
2 患者控制家庭其他成员在厨房里做什么及待多长时间	0.050	0.112	0.132	0.127	0.692
3 患者控制使用的烹饪方式和配料	0.181	0.168	0.117	−0.054	0.725
4 患者控制家庭其他成员的饮食	0.062	0.016	0.191	−0.041	0.620
5 患者反复询问她/他是否会变胖	0.055	−0.013	0.768	0.077	−0.054
6 患者反复谈论某些食物是否安全或者是否可以接受	0.177	0.052	0.702	−0.037	0.306
7 患者反复询问家庭成员以确认她/他穿某些衣服是否显胖	0.055	0.093	0.777	0.058	−0.038
8 患者反复谈论食物的成分和含量及这些成分可能的替代品	0.187	0.115	0.603	−0.161	0.251
9 患者反复谈论有关消极的想法和感受	0.198	0.012	0.472	0.209	0.229
10 患者反复谈论关于自我伤害	0.168	−0.074	0.366	0.310	0.054
11 家庭成员迁就患者对厨具的选择	0.124	0.632	0.059	0.011	0.148
12 家庭成员迁就患者清洗厨具的方式	0.054	0.722	−0.009	0.094	−0.028
13 家庭成员迁就患者吃食物的时间	0.153	0.545	−0.094	0.091	0.268
14 家庭成员迁就患者吃食物的地点	0.125	0.609	0.015	0.059	0.292
15 家庭成员迁就患者清理厨房的方式	0.066	0.780	0.017	0.012	−0.040
16 家庭成员迁就患者储存食物的方式	0.051	0.648	0.133	0.151	0.086
17 家庭成员迁就患者的日常锻炼习惯	0.108	0.417	0.284	0.049	0.172
18 家庭成员迁就患者经常检查自己的体型和体质量	0.189	0.267	0.504	0.075	0.085
19 家庭成员迁就患者如何打扫和整理房间	−0.038	0.579	0.127	0.250	−0.041
20 因患者的进食问题导致食物消失了,你会选择让自己和其他家人忽略和容忍	0.026	0.179	0.029	0.705	0.040
21 因患者的进食问题导致钱被拿走了,你会选择让自己和其他家人忽略和容忍	−0.035	0.065	0.086	0.751	0.063
22 因患者的进食问题导致厨房一片凌乱,你会选择让自己和其他家人忽略和容忍	0.090	0.178	0.024	0.823	0.031
23 因患者的进食问题导致浴室一片脏乱,你会选择让自己和其他家人忽略和容忍	0.117	0.173	0.051	0.809	−0.030
24 你认为患者在多大程度上控制着家庭的生活和活动	0.467	0.152	0.019	0.245	0.340
25 你卷入到患者的强迫行为当中	0.560	−0.033	0.050	0.108	0.206
26 你帮助患者回避可能使他/她焦虑的事情	0.601	0.012	0.098	−0.002	0.136
27 你因患者的进食障碍而回避做一些事或回避去一些地方或者回避和别人待在一起	0.645	0.125	0.180	0.035	0.006
28 你因患者的进食障碍症状而改变家庭习惯	0.687	0.177	0.147	0.081	0.077
29 你因照顾患者的需要而调整工作安排	0.705	0.131	−0.089	−0.172	0.049
30 你因照顾患者的需要而改变娱乐活动	0.724	0.141	−0.004	−0.126	0.089
31 你用上述方式帮助患者是否使你感到痛苦	0.647	0.064	0.185	0.006	−0.059
32 当你没有满足患者的需求时,患者是否会变得苦恼/焦虑	0.646	0.048	0.220	0.230	0.087
33 当你没有满足患者的需求时,患者是否会因此愤怒/攻击你	0.603	−0.029	0.269	0.215	0.004
特征值	4.330	3.517	3.097	2.931	2.579
方差贡献率(%)	13.123	10.657	9.386	8.881	7.815
累计方差贡献率(%)	13.123	23.779	33.165	42.047	49.862

2.2.3 AESED 各维度与总分的相关性 见表 2。

表 2 AESED 各维度与总分的相关性						r
项 目	家庭 控制	寻求 保证	进餐 仪式	视而 不见	避免和 修改常规	
家庭控制	1.000	—	—	—	—	
寻求保证	0.326*	1.000	—	—	—	
进餐仪式	0.325*	0.268*	1.000	—	—	
视而不见	0.109	0.194*	0.307*	1.000	—	
避免和修改常规	0.309*	0.398*	0.284*	0.176*	1.000	
量表总分	0.578*	0.661*	0.695*	0.481*	0.761*	

注: * P<0.05。

2.3 信度分析 见表 3。

表 3 中文版 AESED 量表及各维度的信度		
项目	内部一致性 (n=300)	重测信度值 (n=30)
家庭控制	0.740	0.905
寻求保证	0.774	0.758
用餐仪式	0.799	0.755
视而不见	0.830	0.684
避免和修改常规	0.848	0.838
总量表	0.877	0.883

3 讨论

3.1 中文版 AESED 的临床应用价值 近年来随着我国进食障碍患病率的增长,其家庭顺应得到医护人员的重视,家庭顺应与患者的进食障碍症状严重程度、治疗效果及照顾者自身的身心健康密切相关。临

床医护人员及时对患者的家庭顺应情况进行评估,不仅可以动态了解家庭顺应程度、形式以及主要照顾者的心理状况,还可在一定程度预测患者的治疗效果,从而制订相应的护理措施及健康教育方案,有效改善患者的疾病结局。本研究通过严格汉化流程形成中文版 AESED,量表具有较好的信效度。量表经过文化调适及预调查后对条目修订,进食障碍患者家属更易理解,完成测试时间在 15 min 内,可用于评估进食障碍患者的家庭顺应情况。同时进食障碍患者家庭顺应量表的引入可推动我国进食障碍患者家庭顺应相关研究的开展。

3.2 量表信度分析 本研究中文版 AESED 的整体 Cronbach's α 值为 0.877,各维度值为 0.740~0.848,内部一致性值与原量表(各维度 0.77~0.90,总量表 0.92)接近,说明量表具有较好的内部一致性。重测信度值显示除视而不见维度 <0.70 外,其余维度和总量表均在 0.70 以上,说明量表跨时间稳定性较好。视而不见维度的重测信度较低可能与家属的心态调整有关,本研究在收集重测信度样本时,部分进食障碍患者的主要照顾者即本研究对象在医院接受过家属团体干预,团体干预可能会影响照顾者的心理状态,从而导致照顾者对患者的态度和行为改变。今后将在家属团体心理干预前后施测以进一步验证。

3.3 量表效度分析 本研究对中文版 AESED 的内容效度、结构效度进行评价。内容效度显示总量表内容效度指数较高,说明量表整体内容效度较好,但有 5 个条目内容效度指数低于 0.80。个别条目的内容效度值低可能与部分专家对进食障碍的症状特点及患者的家庭特征不了解有关,仅根据理论及经验判断可能会影响条目的内容效度^[16]。鉴于原作者已对进食障碍患者家庭顺应量表因子多次提取精选,且为达到以尽量少的因子解释原始数据中绝大部分的变异效果,因此采取限定因素抽取法提取公因子。探索性因子分析提取特征值大于 1 的 5 个公因子,共解释总方差变异量的 49.862%,接近于 50%的最低要求。提取的各个因子均能解释 7%以上方差,根据 Hair 等^[17]的观点,本研究抽取的共同因素的解释变异均大于 5%,无需舍弃任一因子。5 个公因子所包含的条目和原量表整体相似,因此采用原量表对各维度的命名方法。条目 17 在进餐仪式维度上载荷量最大,因此将条目 17 归属在进餐仪式维度,而原量表^[9]和西班牙语版^[10]将其归属在寻求保证维度,这可能与国内进食障碍患者的运动作为餐后清除行为有关。条目 10 的因子载荷量为 0.366,与西班牙语版载荷量 0.376 相似,可能与国内进食障碍患者的自我伤害较少以语言表达有关,或相对于国外进食障碍患者,国内患者的自我伤害行为较少有关。研究考虑到条目经过原作者精选,且为方便同类研究结果对比,因此决定保留条目 10。量表各维度得分与量表总分呈中高度相关,而

量表各维度得分之间呈中低度相关或不相关,量表各维度得分与总得分间的相关系数均大于各维度得分间的相关系数,与 Sepulveda 等^[9]的研究结果类似,说明量表各维度与总量表的聚集性和各维度之间的区分性较好。

3.4 局限与展望 本研究的样本量不足以再做验证性因子分析,今后可进行大样本的验证性因子分析,使该量表更适合推广和使用。此外,在调查中发现量表对作答者的文化程度有一定要求,小学以下人群可能会对量表条目内容难以理解。条目 10 因子载荷量稍低,今后还有待深入研究,以期进一步提高量表的测量学性能。量表缺乏对评定结果进行等级划分^[18],今后还需对进食障碍患者的家庭顺应等级进行划分,为临床制订更精细化干预策略提供参考。

4 小结

中文版 AESED 信效度良好,施测方便,为评估国内进食障碍患者的家庭顺应提供了有效工具。医护人员可根据进食障碍患者的家庭顺应情况评估结果制订干预措施,以促进患者康复和照顾者心理健康。但研究样本存在局限性,因目前从事进食障碍专业领域的专家有限,因此建议未来从足够丰富的进食障碍领域选择专家以继续研究量表内容效度,以期提高量表的内容效度。

(本研究得到 Ana R Sepulveda 教授授权,特此感谢!)

参考文献:

- [1] 陈珏. 进食障碍[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:1.
- [2] 王向群,王高华. 中国进食障碍防治指南[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2015:5-6.
- [3] Toulany A, Wong M, Katzman D K, et al. Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives [J]. CMAJ Open, 2015,3(2):E192-E197.
- [4] Rhind C, Salerno L, Hibbs R, et al. The objective and subjective caregiving burden and caregiving behaviours of parents of adolescents with anorexia nervosa[J]. Eur Eat Disord Rev,2016,24(4):310-319.
- [5] Ohara C, Komaki G, Yamagata Z, et al. Factors associated with caregiving burden and mental health conditions in caregivers of patients with anorexia nervosa in Japan[J]. Biopsychosoc Med,2016,10(21):1-9.
- [6] Schwarte R, Timmesfeld N, Dempfle A, et al. Expressed emotions and depressive symptoms in caregivers of adolescents with first-onset anorexia nervosa:a long-term investigation over 2.5 years[J]. Eur Eat Disord Rev,2017,25(1):44-51.
- [7] Winn S, Perkins S, Walwyn R, et al. Predictors of mental health problems and negative caregiving experiences in carers of adolescents with bulimia nervosa[J]. Int J Eat Disord,2007,40(2):171-178.
- [8] Shimshoni Y, Shrinivasa B, Cherian A V, et al. Family accommodation in psychopathology:a synthesized review