

web-based shared decision-making tool for fertility preservation among reproductive-age women with breast cancer:an action research approach[J]. J Med Internet Res,2021,23(3):e24926.

[30] 陈江涛. 决策后悔的特征与形成机制研究[D]. 杭州:浙江大学,2010.

[31] Goossens J, Delbaere I, Beeckman D, et al. Communication difficulties and the experience of loneliness in patients with cancer dealing with fertility issues:a qualitative study[J]. Oncol Nurs Forum,2015,42(1):34-43.

[32] Chang H L, Li F S, Lin C F. Factors influencing implementation of shared medical decision making in patients with cancer [J]. Patient Prefer Adherence, 2019, 13: 1995-2005.

[33] Linnane S, Quinn A, Riordan A, et al. Women's fertility decision-making with a diagnosis of breast cancer: a qualitative evidence synthesis[J]. Int J Nurs Pract,2022, 28(4):e13036.

[34] Wang Y, Logan S, Stern K, et al. Supportive oncofertility care, psychological health and reproductive concerns:a qualitative study[J]. Support Care Cancer,2020, 28(2):809-817.

[35] Bradford A, Woodard T L. Novel psychological intervention for decision support in women considering fertility preservation before cancer treatment [J]. J Adolesc Young Adult Oncol,2017,6(2):348-352.

(本文编辑 赵梅珍)

• 论 著 •

痛风患者症状群评估量表的编制及信效度检验

孟菲,周云平,徐颜红,周黎雪,于鹏丽,姜云霞

摘要:目的 编制痛风患者症状群评估量表,为临床医护人员有效评估痛风患者症状提供工具。方法 以症状经历模型为理论框架,通过文献回顾、半结构式访谈、2轮德尔菲专家函询形成预试量表。选取30例痛风患者进行预调查,根据患者反馈进一步修订量表。第1轮、第2轮正式调查分别便利选取170例、272例痛风患者进行调查检验量表信效度。结果 最终形成的痛风患者症状群评估量表包括22个症状条目,探索性因子分析提取6个公因子(关节症状群、活动受限症状群、心理-睡眠症状群、泌尿系统症状群、全身表现症状群、痛风石症状群),累积方差贡献率为67.301%。验证性因子分析提示模型拟合良好($\chi^2/df=2.680$ 、 $SRMR=0.076$ 、 $RMSEA=0.079$ 、 $CFI=0.903$ 、 $TLI=0.884$)。条目水平的内容效度指数为0.833~1.000,量表水平的内容效度指数为0.889。总量表Cronbach's α 系数为0.863,折半信度为0.836,2周重测信度为0.947。结论 痛风患者症状群评估量表具有良好的信效度,适用于痛风患者的症状群评估。

关键词:痛风; 症状群; 量表; 信度; 效度; 症状评估; 关节症状; 活动受限

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.11.044

Development and validation of Symptom Cluster Assessment Scale for Gout Patients Meng Fei, Zhou Yunping, Xu Yanhong, Zhou Lixue, Yu Pengli, Jiang Yunxia. School of Nursing, Qingdao University, Qingdao 266100, China

Abstract: Objective To develop the Symptom Cluster Assessment Scale for Gout Patients and to provide a tool for clinical professionals to effectively assess the symptoms of gout patients. **Methods** Based on the Symptoms Experience Model, we developed the first draft of the scale through literature review, semi-structured interviews and Delphi expert consultation. Thirty patients with gout were selected for pilot test, and the scale was further revised according to patient feedback. Respectively 170 and 272 patients with gout were conveniently selected for the first and second round of survey to test the reliability and validity of the scale. **Results** The final version of the Symptom Cluster Assessment Scale for Gout Patients included 22 items. Six common factors (joint symptom cluster, movement limitation symptom cluster, psycho-sleep symptom cluster, urinary system symptom cluster, systemic manifestation symptom cluster, gouty stone symptom cluster) were extracted by exploratory factor analysis, accounting for 67.301% of the total variance. Confirmatory factor analysis indicated that factor structure of the scale was good ($\chi^2/df=2.680$, $SRMR=0.076$, $RMSEA=0.079$, $CFI=0.903$, $TLI=0.884$). The item-level content validity index was 0.833-1.000, and the scale-level content validity index was 0.889. Cronbach's α , split-half reliability and test-retest reliability coefficients were 0.863, 0.836, and 0.947 respectively. **Conclusion** The Symptom Cluster Assessment Scale for Gout Patients has good reliability and validity and it is suitable for symptom assessment in gout population.

Key words: gout; symptom clusters; scale; reliability; validity; symptom assessment; joint symptoms; limited activity

作者单位:青岛大学护理学院(山东 青岛,266100)

孟菲:女,硕士在读,学生

通信作者:姜云霞,yunxia.j@163.com

收稿:2023-01-07;修回:2023-03-11

痛风是由嘌呤代谢障碍以及血尿酸增高引发并具有家族易感性的代谢性疾病。该病的全球患病率为0.1%~10%,且有明显的上升和年轻化趋势^[1]。

痛风在我国的患病率为 1%~3%^[2],已成为第 2 大代谢性疾病^[3]。痛风患者长期受关节红肿热痛、功能障碍等的困扰,症状反复发作、难以治愈^[4]。此外,痛风患者往往并存慢性肾脏病、高血压、糖尿病等多种疾病,加重了症状负担,严重影响患者的生活质量^[5]。因此,亟须对痛风患者开展有效的症状管理。症状管理的首要环节是全面、准确地获取症状信息。既往研究多关注痛风患者的单个症状,而在临床中患者往往多个症状之间协同强化,不仅是叠加单个症状的影响。常见的多症状、多维度的症状评估量表多用于癌症领域^[6-7],难以准确评估痛风患者的症状情况。本研究编制痛风患者症状群评估量表并检验其信效度,旨在为临床医护人员有效评估痛风患者症状,制定最优症状群管理策略提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 专家基本资料 纳入标准:①本科及以上学历;②有 10 年及以上痛风医疗、护理或教育相关工作经验;③中级及以上职称;④对科研热情较高,自愿参与本研究。完成 2 轮咨询的专家 23 名,男 10 人、女 13 人;来自山东省、广东省、上海市、湖南省、陕西省、辽宁省。临床医生 13 名,临床护士 8 名,护理管理者 1 名,护理教育者 1 名。年龄 31~64(45.8±8.9)岁;工作年限 10~40(22.0±9.3)年;中级职称 7 人,副高级及以上职称 16 名;本科 10 人,硕士及以上学历 13 名。

1.1.2 调查对象基本资料 纳入标准:①符合痛风诊断标准^[8];②年龄≥18 岁;③知情同意,沟通能力和配合度良好。排除标准:①并存其他严重躯体疾病;②同时参与其他课题研究。2021 年 11~12 月,考虑最大差异化原则,采用目的抽样法选取山东省痛风病临床医学中心就诊的 15 例痛风患者进行访谈。男 13 例,女 2 例;年龄 24~77(46.5±14.2)岁。文化程度:小学及以下 2 例,初中 2 例,高中或中专 3 例,大专 3 例,本科 4 例,研究生 1 例。急性关节期 7 例,间歇期 3 例,慢性关节炎期 4 例,肾病期 1 例。2022 年 3~7 月便利抽取山东省痛风病临床医学中心就诊的痛风患者进行 2 轮正式调查。2 轮调查分别获得有效样本 170 例、272 例,共 442 例患者。男 425 例,女 17 例;年龄 13~86(44.8±15.4)岁。小学及以下 10 例,初中 65 例,高中或中专 90 例,大专 125 例,本科 139 例,研究生及以上 13 例;急性关节期 189 例,间歇期 161 例,慢性关节炎期 84 例,肾病期 8 例。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 研究小组共 9 名成员,由 2 名痛风专科医师、1 名护士长、1 名护士、1 名医学统计专家、1 名护理管理者、1 名护理教育专家、2 名护理研究生组成。本科学历 1 名,硕士 6 名,博士 2 名。研究小组的主要任务为查阅文献,拟订、筛选量表条

目池;遴选和联系函询专家,发放和收取函询问卷及调查问卷;整理数据、分析结果。

1.2.2 理论模型 本研究以症状经历模型^[9]为量表构建的理论框架。该模型认为人口学特征、疾病特征和个体特征是患者症状体验不同的前因,症状体验包括症状的发生频率、强度、困扰程度和意义,症状表现为功能和认知活动的变化,包括疾病适应、生活质量、情绪和功能状态等。此外,该模型提出症状通常不是单独出现,而是以“症状群”的形式并存,症状群对机体的影响远大于单个症状的简单相加,多呈协同作用^[9-10]。目前该模型已在多种疾病中应用^[11-12]。本研究旨在从症状群角度探讨痛风患者的症状经历,编制痛风患者症状群评估量表。考虑到患者对症状的主观感受不适合进行量化评估,本研究从症状发生的频率、严重程度和困扰程度 3 个方面拟定各条目维度。

1.2.3 构建量表条目池 以“hyperuricemia, gout, 痛风, 高尿酸血症, 高嘌呤”和“symptom, symptom cluster, 症状, 症状群”为主题词和关键词,系统检索 PubMed、Web of Science、中国知网、万方数据库与痛风症状、症状群及症状管理相关的文献(自建库至 2021 年 12 月 5 日)。检索共获得文献 1 907 篇,经初筛、复筛剩余 40 篇,提取 41 个症状条目。研究小组讨论确定访谈提纲,对 15 例痛风患者进行面对面半结构式访谈,了解其症状体验。访谈提纲:①您确诊痛风后经历过哪些症状?请详细描述。②这些症状出现的频率高吗?每次发作会持续多久?③症状发作时程度如何?④症状对您的生活、情绪产生了怎样的影响?⑤您是如何应对这些症状的?对访谈资料进行内容分析,共提取 29 个不适症状,新增“口干、体质量下降、精力不足”3 个条目。结合文献回顾、半结构式访谈结果,经研究小组成员头脑风暴,形成共 44 个条目的初始条目池。各条目以 Likert 5 级评分法计分,症状频率从“从未发生”到“几乎一直”,严重程度从“完全不严重”到“非常严重”,困扰程度从“完全没有”到“非常多”,依次计 0~4 分(若症状频率选择“从未发生”,则停止对该症状进行评估,默认该条目为 0 分)。各条目得分为该症状出现的频率、严重程度和困扰程度得分的平均值^[12],得分越高,提示患者症状越严重。

1.2.4 专家函询 分别于 2021 年 12 月、2022 年 1 月,采用电子邮件形式向函询专家发放 2 轮函询问卷。专家函询问卷包括 4 部分:填表说明、条目评价筛选表、专家基础信息表和专家自评表。条目重要程度依据 Likert 5 级评分法进行赋分,“非常没有必要”至“非常有必要”依次赋 1~5 分。设置修改备注栏以及建议增添条目项。本研究依据量表条目重要性得分均值>3.0 分且变异系数<0.3 为标准筛选条目。第 1 轮发放问卷 28 份,回收有效问卷 25 份,有效回

收率为 89.3%。专家权威系数为 0.911,肯德尔和谐系数为 0.420($P < 0.001$)。对 16 个不符合保留标准的条目予以删除,同时综合 11 名(44.0%)专家修改意见和研究小组评议,修改 3 个条目的表达方式,合并 9 个条目为 4 条,新增 5 个条目,修订后量表共 28 个条目。间隔 2 周发放第 2 轮问卷 25 份,有效回收问卷 23 份,有效回收率 92.0%。专家权威系数 0.906,肯德尔和谐系数 0.426($P < 0.001$)。删除“腰痛或酸胀不适、体质量增加、口干”3 个不符合保留标准的条目,修改 1 个条目的表达方式,合并 2 个条目为 1 条,修订后量表共 24 个条目。

1.2.5 预调查 2022 年 2 月选取在山东省痛风病临床医学中心就诊的痛风患者 30 例进行预调查,检验量表条目的可读性和编排的合理性,根据患者的反馈进一步调整和修订。调查员告知患者本研究目的和意义,患者同意后发放纸质版问卷。若患者无法独立完成问卷,由调查员宣读题目和备选答案,患者口头回答后代填。问卷填写时间为 10~15 min。问卷填写完毕,调查员现场回收问卷并收集反馈意见,将存在明显答题规律或不符合逻辑的问卷剔除。预调查结果显示,患者能够正确理解大多数的条目,但部分条目词语表达模糊、理解困难。经小组评议,对 5 个条目进行了补充说明,如“异常步态是指步长、步速、步频均有所降低,步行时踝足关节活动度减小等”,无条目增加及删减,形成测试版量表。

1.2.6 正式调查 探索性因子分析样本量不少于条目数的 5~10 倍^[13],验证性因子分析样本量至少 200 例,或为条目数的 10~20 倍^[13]。本研究第 1 轮、第 2 轮正式调查各发放问卷 180 份、280 份,分别有效回收 170 份、272 份问卷,有效回收率分别为 94.4%、97.1%。采用横断面问卷调查,研究工具为一般资料调查表、痛风患者症状群评估预试量表、痛风影响量表。痛风影响量表由 Hirsch 等^[14]于 2008 年编制,唐敏婕^[15]2018 年对该量表进行汉化,用于评估痛风患者健康相关生活质量,共有 3 个分量表、5 个维度、24 个条目,量表 Cronbach's α 系数为 0.916。该量表作为效标关联效度测量量表。问卷发放、回收方法同预调查。本研究已通过青岛大学医学部伦理委员会审批(QDU-HEC-2021152)。

1.2.7 统计学方法 项目分析和探索性因子分析使用第 1 轮正式调查数据,验证性因子分析使用第 2 轮正式调查数据。①项目分析。根据临界比值法、相关系数法、信度检验法、离散趋势法筛选条目。②效度检验。内容效度计算总量表和各个条目的内容效度指数进行检验。结构效度采用探索性因子分析、内在相关性检验进行评价。效标关联效度根据中文版痛风影响量表得分与本量表得分的相关性进行分析。采用验证性因子分析验证量表结构。③信度检验。选取 Cronbach's α 系数和折半信度评价内部一致性信

度。首轮问卷回收 2 周后,根据预留的联系方式便利选取 30 例患者进行重测以分析重测信度。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 项目分析 ①临界比值分析:条目 13 高分组与低分组间差异无统计学意义($P = 0.114$);②相关系数分析:条目 5 和 13 得分与总分相关性 < 0.4 ($r = 0.264, 0.239$,均 $P < 0.05$);③信度检验分析:在删除条目 5 和 13 后,总量表 Cronbach's α 系数由 0.863 上升为 0.868 和 0.866,不符合保留标准;④离散趋势分析:各条目的标准差为 1.421~4.140,均 > 0.8 。综上,项目分析共删除条目 5“关节腔积液”、条目 13“发热”2 个条目,保留 22 个条目。

2.2 效度检验

2.2.1 内容效度 各条目的内容效度指数为 0.833~1.000,量表的内容效度指数为 0.889。

2.2.2 结构效度 量表 KMO 值为 0.825, Bartlett's 球形检验 χ^2 值为 1 807.627(自由度为 231, $P < 0.05$),提示可进行探索性因子分析^[16]。采用主成分分析和方差最大化正交旋转法,按因子特征值 > 1 、累积方差贡献率 $> 50\%$ 、因子载荷 > 0.45 为标准^[17],共提取 6 个公因子,累积方差贡献率为 67.301%,碎石图也提示保留 6 个公因子适宜。“关节功能受限”条目在 2 个公因子上载荷量分别为 0.599、0.492。根据专业知识的判断和临床患者访谈的结果,该条目对于评估痛风患者症状有重要意义,小组讨论将其保留在载荷量较高的公因子中。各条目在相应因子上的载荷量为 0.539~0.899。本研究将 6 个因子命名为关节症状群、活动受限症状群、心理-睡眠症状群、泌尿系统症状群、全身表现症状群、痛风石症状群,见表 1。各因子之间相关系数为 0.127~0.530,上述因子与量表总分的相关系数分别为 0.826、0.744、0.655、0.481、0.470、0.521(均 $P < 0.05$)。一阶验证性因子模型显示, $\chi^2/df = 2.680$ 、标准根均方残差(SRMR) = 0.076、近似误差均方根(RMSEA) = 0.079、非规范拟合指数(TLI) = 0.884、比较拟合指数(CFI) = 0.903。各条目的标准化因子荷载 0.645~0.932,各维度平均方差提取值(AVE)0.515~0.747,组合信度(CR)0.761~0.936。维度之间相关性达到显著水平,且均小于所对应的 AVE 平方根($P < 0.05$),初始模型拟合度良好。

2.2.3 效标关联效度 量表总分、各因子得分与痛风影响量表总分的相关系数为 0.119~0.489(均 $P < 0.001$)。

2.3 信度检验 量表整体的 Cronbach's α 系数为 0.863,折半信度为 0.836,各因子的 Cronbach's α 系数为 0.622~0.929,折半信度为 0.672~0.838,内部一致性较好。间隔 2 周重测结果显示,总量表重测信度为 0.947,各因子重测信度为 0.846~0.987,稳定

性较好。

表 1 痛风患者症状群评估量表因子载荷量($n=170$)

症状	关节症状群	活动受限 症状群	心理-睡眠 症状群	泌尿系统 症状群	全身表现 症状群	痛风石 症状群
1. 关节发热	0.899	0.080	0.124	0.056	-0.017	0.136
2. 关节肿胀	0.892	0.166	0.177	0.084	-0.021	0.082
3. 关节疼痛	0.852	0.252	0.173	0.052	0.028	0.050
4. 关节发红	0.851	0.168	0.215	0.065	0.006	0.074
5. 关节功能受限	0.599	0.492	0.229	0.076	0.071	0.185
6. 异常步态	0.264	0.831	0.113	0.148	0.051	0.044
7. 躯体自主活动受限	0.285	0.828	0.171	0.111	0.026	0.058
8. 全身乏力或疲倦	0.156	0.609	0.265	0.029	0.277	0.129
9. 焦虑	0.151	0.028	0.815	0.096	0.019	-0.086
10. 情绪低落	0.202	0.090	0.794	0.055	0.005	0.118
11. 急躁易怒	0.122	0.181	0.752	-0.003	0.074	0.084
12. 睡眠不佳	0.263	0.294	0.539	0.012	0.080	0.098
13. 夜尿增多	0.051	0.227	0.085	0.814	0.067	0.069
14. 小便色黄	0.102	0.207	0.116	0.800	0.239	0.047
15. 有肾结石	0.071	-0.121	-0.029	0.781	0.140	-0.009
16. 血压偏高	-0.047	-0.170	-0.017	0.141	0.758	-0.041
17. 食欲下降	-0.053	0.117	0.020	-0.024	0.649	0.030
18. 手/脚麻木或刺痛	0.026	0.121	0.186	0.186	0.634	0.012
19. 四肢水肿	0.128	0.218	-0.041	0.190	0.581	0.186
20. 有痛风石	0.126	0.033	0.014	0.150	0.104	0.794
21. 皮肤破溃	0.126	-0.045	0.119	-0.113	-0.062	0.784
22. 关节畸形	0.054	0.357	0.027	0.073	0.120	0.647
特征值	6.508	2.546	1.669	1.587	1.304	1.194
累积方差贡献率(%)	17.326	29.090	40.509	50.122	58.969	67.301

3 讨论

3.1 痛风患者症状群评估量表编制方法具有严谨性

症状经历模型强调了症状的非独立性和多维度,评估症状时需从症状发生的频率、强度、困扰度及意义 4 个方面进行。本研究选用症状经历模型作为量表编制的理论框架。量表编制过程中,以系统的文献检索和临床患者访谈为基础,结合小组成员头脑风暴,构建了较为全面的初始条目池。23 名专家完成 2 轮专家咨询,专家来自 6 个不同省市,涵盖临床医学与护理等多个领域,在地域和专业上都有一定的代表性、权威性;并通过 30 例患者预调查,使量表条目的表述更加易于理解,内容更加贴近临床患者。此外,采用项目分析、探索性因子分析等方法层层筛选,由 44 个初始条目调整为含 22 个条目的正式版量表,符合初始条目池至少为最终条目数 2 倍量表编制要求^[16]。因此,本研究编制的痛风患者症状群评估量表严谨性、科学性较高,可应用于我国痛风患者症状群的评估。

3.2 痛风患者症状群评估量表具有较好的信效度

本研究各条目的内容效度指数高于 0.7,量表的内容效度指数高于 0.8,表明条目内容和分布较为合理。6 个公因子累积方差贡献率为 67.301%,各条目在相

应公因子上载荷量为 0.539~0.899,表明量表有较好的结构效度。痛风由尿酸盐结晶在关节内沉积引起,导致关节和周围组织疼痛性炎症反应,直接影响关节活动功能^[18],因此将“关节功能受限”归于关节症状群具有合理性。各因子之间相关系数为 0.127~0.530,各因子与量表总分相关系数为 0.470~0.826,量表具有较高的内在相关性。验证性因子分析中,拟合指标均处于可接受范围内,提示模型拟合良好。因子载荷 >0.5 , $AVE > 0.5$,组合信度 >0.7 ,说明模型聚敛效度较好。每一维度 AVE 平方根均显著大于这一维度与其他维度的相关系数,说明模型区分效度较好。本量表总分、各因子得分与痛风影响量表总分均呈显著正相关,表明效标关联效度良好。量表整体和各因子的 Cronbach's α 系数、折半信度均属较佳范围,提示量表具有较高的可信度。总量表重测信度和各因子重测信度均高于 0.7,表明量表稳定性良好,可作为评估痛风患者症状群的可靠工具。

3.3 痛风患者症状群评估量表具有较高的临床应用价值

选择合适的评估工具精准识别痛风患者的临床症状是实施最优症状群管理的前提。然而,症状群评估工具不同易导致评估结果不同^[19]。单一症状评

估量表如疼痛视觉模拟评分法评估疼痛程度^[20],医院焦虑抑郁量表评估焦虑、抑郁症状^[21],只能了解痛风患者某一方面的症状,且忽略了症状之间的相关性。生活质量量表的部分维度中含有对痛风患者症状的评估条目,如痛风石影响问卷 20 条、痛风评估问卷 2.0^[22],但此类量表侧重评估患者整体健康状况而不是疾病本身,且篇幅过长,针对症状评估的临床实用性欠佳。目前,尚缺乏针对痛风患者多症状、多维度的症状群评估工具。本研究构建的痛风患者症状群评估量表以症状群为基础,将症状群视作干预单位,以一种干预措施应对多种关联症状,从而减轻痛风患者的症状负担,提升医护人员症状管理效率。此外,本研究探索性因子分析结果显示关节症状群方差贡献率最高(17.326%),与之前研究结果^[23]一致,表明该症状群是痛风患者最先需要干预的核心症状群,提示医护人员应当重点关注痛风患者关节症状群的护理,减轻患者的不适感。

4 小结

本研究编制的痛风患者症状群评估量表共 22 个条目,具有较好的信度和效度,可作为评估痛风患者症状群的测量工具,为医护人员制定和实施症状群管理措施提供依据。研究仅选取来自山东省痛风病临床医学中心的患者,未来可扩大样本量及样本来源进一步验证该量表的稳定性和适用性。

参考文献:

- [1] 李会仿,朱雪梅,马晓波,等.高尿酸血症及痛风患者饮食控制知行量表的编制及验证[J].护理学杂志,2018,33(3):31-35.
- [2] 徐东,朱小霞,曾学军,等.痛风诊疗规范[J].中华内科杂志,2020,59(6):421-426.
- [3] 中华医学会内分泌学分会.中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)[J].中华内分泌代谢杂志,2020,36(1):1-13.
- [4] Fu T, Cao H, Yin R, et al. Associated factors with functional disability and health-related quality of life in Chinese patients with gout; a case-control study[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2017, 18(1): 429.
- [5] 王雨卢,倪志宏.痛风患者治疗依从性量表的编制及信效度检验[J].护理学杂志,2021,36(17):9-12.
- [6] 胡小冬,李洋,彭玉晓,等.癌症患者症状群研究进展[J].护理管理杂志,2020,20(3):195-200.
- [7] 顾嘉鑫,王冷,刘晓黎,等.白血病患者症状群评估工具的研究进展[J].中华护理杂志,2021,56(8):1261-1266.
- [8] 张冰清,盛峰,谷俊杰,等.《2015年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》摘译[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2015,9(4):333-336.
- [9] Armstrong T S. Symptoms experience: a concept analysis [J]. Oncol Nurs Forum, 2003, 30(4): 601-606.
- [10] 郇杭婷,吴筱莲,王丽娜,等.异基因造血干细胞移植供者症状评估量表的编制和信效度检验[J].中华护理杂志,2022,57(13):1611-1618.
- [11] Wang H, Du C, Liu H, et al. Exploration of symptom experience in kidney transplant recipients based on symptoms experience model[J]. Qual Life Res, 2020, 29(5): 1281-1290.
- [12] 顾芳臣,林征,尚星辰,等.炎症性肠病患者症状群评估量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2020,55(12):1819-1824.
- [13] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J].中华护理杂志,2010,45(4):378-380.
- [14] Hirsch J D, Lee S J, Terkeltaub R, et al. Evaluation of an instrument assessing influence of gout on health-related quality of life[J]. J Rheumatol, 2008, 35(12): 2406-2414.
- [15] 唐敏婕.中文版痛风影响量表修订及应用研究[D].天津:天津医科大学,2018.
- [16] 罗伯特·F·德威利斯.量表编制:理论与应用[M].席仲恩,杜珏,译.3版.重庆:重庆大学出版社,2016:72-74.
- [17] 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,2010:199-204.
- [18] 莫守崎,许百洁,李依蓝,等.苯溴马隆和非布司他治疗痛风合并高尿酸血症的疗效比较[J].中国处方药,2022,20(6):46-48.
- [19] 李京京,何红叶,刘杉杉,等.癌症患者症状群管理效果的 Meta 分析[J].护理学杂志,2020,35(13):90-94.
- [20] 张嫣然,苗秀欣,刘婷,等.疼痛与疾病感知对男性痛风患者生活质量的影响[J].医学信息,2021,34(3):102-107.
- [21] 陈秋志,李燕,刘静,等.痛风患者焦虑和抑郁症状现状及相关因素分析[J].现代预防医学,2021,48(24):4432-4436.
- [22] 柳旭.痛风患者生命质量测定量表 QLICD-GO(V2.0)的研制及 MCID 的制定[D].广州:广东医科大学,2017.
- [23] Dalbeth N, Gosling A L, Gaffo A, et al. Gout[J]. Lancet, 2021, 397(10287): 1843-1855.

(本文编辑 赵梅珍)