

• 营养护理 •

晚期癌症患者饮食相关困扰量表的汉化及信效度检验

卢晶晶¹, 武丽华^{1,2}, 陈星宇², 曹鲜娟², 高洋², 曹茉莉¹

摘要:目的 对晚期癌症患者饮食相关困扰量表(QERD-P)进行汉化并检验其在晚期癌症患者中的信效度。方法 根据 Brislin 翻译模式对 QERD-P 英文版原量表进行正译、综合、回译、文化调适,通过预调查形成中文版 QERD-P。采用便利抽样的方法选取晚期癌症患者 428 例作为调查对象,其中 170 例用以检验中文版 QERD-P 的信效度,258 例用于验证性因子分析。结果 中文版 QERD-P 包括 7 个维度,共 20 个条目。量表总的 Cronbach's α 系数为 0.897,重测信度为 0.837,探索性因子分析提取出 7 个公因子(饮食摄入减少、饮食异常的原因、身体衰弱、营养摄入知识不足、家庭内部食物冲突、外貌及体型改变、与家人相处的时间),各条目因子载荷为 0.770~0.923,累计方差贡献率 86.076%。验证性因子分析显示, $\chi^2/df=2.440$,RMSEA=0.075,CFI=0.955,TLI=0.942,IFI=0.955,RFI=0.906,GFI=0.878。结论 中文版 QERD-P 具有良好的信效度,可作为评估晚期癌症患者饮食相关困扰的可靠工具。

关键词:癌症; 晚期; 饮食相关困扰; 量表汉化; 营养; 食物冲突; 信度; 效度

中图分类号:R473.73;R459.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.20.102

Translation and validation of the Chinese version of the Questionnaire for Eating-Related Distress among Patients with advanced cancer

Lu Jingjing, Wu Lihua, Chen Xingyu, Cao Xianjuan, Gao

Yang, Cao Moli, School of Nursing, Shanxi University of Chinese Medicine, Jinzhong 030619, China

Abstract: **Objective** To translate and test the reliability and validity of the Chinese version of the Questionnaire for Eating-Related Distress among Patients with advanced cancer (QERD-P). **Methods** The QERD-P was translated and adapted to Chinese culture according to the Brislin translation model, and the Chinese version of the QERD-P was formed through a pre-survey. A total of 428 patients diagnosed with advanced cancer were selected by convenience sampling as the participants for the survey. Among them, 170 cases were used to test the reliability and validity of the Chinese version of QERD-P and 258 cases were used for confirmatory factor analysis. **Results** The Chinese version of the QERD-P consists of 7 dimensions with 20 entries. The Cronbach's α of the scale was 0.897, and the retest reliability coefficient was 0.837. Exploratory factor analysis extracted 7 factors (reduced dietary intake, causes of dietary disorders, physical weakness, insufficient knowledge of nutritional intake, intra-family food conflict, changes in appearance and body shape, time with family), and the factor loadings of each entry ranged from 0.770 to 0.923. The 7 factors combined could explain 86.076% of the total variance. Confirmatory factor analysis showed that, $\chi^2/df=2.440$, RMSEA=0.075, CFI=0.955, TLI=0.942, IFI=0.955, RFI=0.906, GFI=0.878. **Conclusion** The Chinese version of the QERD-P has acceptable reliability and validity, and can be used as a reliable tool to assess eating-related distress in advanced cancer patients.

Keywords: cancer; end-stage; eating-related distress; scale translation; nutrition; food conflict; reliability; validity

晚期癌症患者是指癌症已扩散到远离原发部位的其他器官或组织,且疾病进展迅速,治疗效果有限,生存期较短的患者^[1]。由于疾病进展和治疗的不良反应,晚期癌症患者常常伴随着严重的症状和复杂的疼痛,对患者及其家人造成了巨大的心理和经济负担^[2-3]。饮食相关困扰(Eating-Related Distress, ERD)是一种由于饮食习惯改变导致的自我感知障碍的消极情绪,表现为患者对食欲减退、无法经口进食、体质量增加能力丧失等问题应对无效而产生的焦虑、恐惧、抑郁等,不仅会对患者身体功能造成威胁,还会破坏情绪健康、人际关系和社会生活^[4]。相关研究发现,高达 80% 晚期癌症患者会出现与饮食有关的体

质量减轻和食欲不振,并伴随一系列焦虑、抑郁等负性心理症状,严重影响患者的生命质量^[5-6]。因此,评估和量化晚期癌症患者的饮食相关困扰,制定针对性的干预措施尤为重要。然而,目前我国在晚期癌症患者饮食相关困扰特异性评估工具的研制和引进方面,尚未取得进展。Amano 等^[7]于 2020 年编制并于 2023 年修订验证的晚期癌症患者饮食相关困扰量表(Questionnaire for Eating-Related Distress among Patients with advanced cancer, QERD-P),主要用于测量晚期癌症患者经历的饮食相关困扰。本研究旨在对 QERD-P 进行本土化调适及信效度检验,以期为我国临床评估晚期癌症患者饮食相关困扰提供可靠工具。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 函询专家 纳入标准:①工龄 10 年以上;②具有肿瘤医学、营养学、心理学、临床护理、护理科研、安宁疗护等相关经验;③本科及以上学历,中级以上

作者单位:1. 山西中医药大学护理学院(山西 晋中, 030619);2. 山西白求恩医院(山西医学科学院同济山西医院),山西医科大学第三医院

卢晶晶:女,硕士在读,学生,15335437826@163.com

通信作者:武丽华, sxdywylh@163.com

收稿:2024-05-09;修回:2024-07-02

职称;④知情同意,熟悉此领域且能够如期完成专家咨询。纳入 10 名专家,男 1 名,女 9 名;年龄 35~58 (42.70±6.68)岁。工作年限 12~38(20.00±7.90)年;研究领域涉及肿瘤护理 5 名,心理护理 2 名,临床肿瘤内科学 2 名,肿瘤中西医结合防治 1 名;省内专家 7 名,省外专家 3 名,分别来自太原市、无锡市、郑州市、南宁市;博士 1 名,硕士 4 名,本科 5 名;副高级 7 名,高级 3 名。

1.1.2 调查对象 便利选取山西白求恩医院肿瘤中心晚期癌症的患者。纳入标准:①年龄≥18 岁;②组织学或细胞学诊断为恶性肿瘤(TNM 分期为Ⅲ期或Ⅳ期)^[8];③对疾病诊断完全知情且有一定的读写能力;④自愿参与并签署知情同意书。排除标准:①因疾病原因(如恶性肠梗阻、吞咽困难等)禁食;②口腔癌、喉癌、鼻咽癌、食管癌、胃肠道肿瘤或伴有严重消化道疾病;③既往有精神病史。考虑到探索性因子分析(样本量为条目数 5~10 倍,即 105~210 例)与验证性因子分析(≥200 例)数据不重复,样本量 305~410 例。本研究分 2 轮进行调查,第 1 轮调查时间为 2023 年 8—9 月,第 2 轮时间为 2023 年 10—11 月。2 轮共获得有效样本 428 例,男 183 例,女 245 例;年龄<40 岁 29 例,40~60 岁 179 例,>60 岁 220 例。文化程度:小学及以下 173 例,初中 121 例,高中或中专 86 例,大专及以上 48 例。工作状态:在职 71 例,离休或退休 79 例,下岗或待业 109 例,学生 3 例,自由职业者 166 例。婚姻状况:已婚 355 例,未婚 18 例,离异 22 例,丧偶 33 例。家庭人均月收入:<2 000 元 229 例,2 000~<4 000 元 68 例,4 000~<6 000 元 100 例,6 000~<8 000 元 22 例,≥8 000 元 9 例。居住地:城镇 268 例,农村 160 例。医疗费用支付形式:自费 25 例,新农合 138 例,居民医保 155 例,职工医保 110 例。癌症类型:肺癌 137 例,乳腺癌 103 例,前列腺癌 31 例,淋巴瘤 25 例,肝癌 45 例,宫颈癌 38 例,卵巢癌 30 例,恶性黑色素瘤 19 例。癌症病程:<3 年 356 例,3~5 年 41 例,>5 年 31 例。治疗状态:化疗 139 例,放疗 99 例,同步放化疗 104 例,从未治疗 20 例,既往治疗(不包括放化疗)66 例。主要照护者:父母 36 例,配偶 200 例,儿女 177 例,其他 15 例。本研究已获得山西中医药大学护理学院伦理委员会的审查(2023LL085)。

1.2 方法

1.2.1 量表简介 QERD-P 由日本国立癌症中心医院姑息医学科 Amano 等^[7]于 2023 年在 2018 年研制的癌症恶液质患者饮食相关困扰量表(包括应对饮食问题的困难、饮食相关困扰、家庭内部与食物相关的冲突 3 个维度,12 个条目)^[9-10]基础上,将维度和条目更加细化并增加 3 个维度,旨在评估晚期癌症患者饮食相关困扰的程度。该问卷分为 7 个维度 21 个条目,饮食摄入减少(3 个条目),无法进食的原因(3 个

条目),身体衰弱(3 个条目),信息不足(3 个条目),家庭内部食物冲突(3 个条目),外貌改变(3 个条目),与家人相处的时间(3 个条目)。总体 Cronbach's α 系数为 0.84,重测信度为 0.82,该量表采用 Likert 7 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”赋值 1~7 分,总分 21~147 分,得分越高,饮食相关困扰程度越高。

1.2.2 量表翻译 在获得 QERD-P 作者 Amano 授权后,按照 Brislin 翻译模式^[11]进行翻译和跨文化调适。①正译:由 1 名母语为中文的临床肿瘤内科学博士(有海外留学经历,肿瘤科工作 10 年以上)和 2 名在读护理硕士研究生(通过英语六级)独立将原量表翻译为 3 个中文版本 A1、A2、A3。②综合:由另 1 名课题组成员(护理硕士研究生,通过英语六级)对比 3 份正译量表,同时与 3 名正译人员讨论修改分歧之处,形成中文版本 A。③回译:由另 2 名未接触过原量表的肿瘤内科学博士(有海外留学经历,肿瘤科工作 5 年以上)独立将 QERD-P 中文版本 A 回译为英文版本 B1、B2。④综合:由 2 名课题组成员(1 名护理学教授,1 名肿瘤学博士)对英文版本 B1、B2 进行整理、调整,形成英文版本 B。将正译、综合、回译所有环节的资料整理,通过邮件发送给量表原作者 Amano 团队,根据其意见继续修改,最终达成一致,形成 QERD-P 中文初始版 C。

1.2.3 文化调适 2023 年 4—5 月,采用德尔菲法对纳入的 10 名专家进行 QERD-P 中文版本 C 文化调适^[12]。邀请专家根据自己的专业知识及临床实践,对量表条目的明确性、语言习惯的适合性以及内容的关联性进行评价。经课题组成员讨论、整理专家意见,对量表的修改如下:条目 1.1 中“吃的不多”修改为“不能多吃”;条目 3.2“失去肌肉的力量”修改为“引起其他疾病”;饮食摄入减少维度增加条目“当我想吃东西的时候,看到食物却没有胃口,这让我很苦恼”;无法进食的原因维度中删除了条目“我不明白我为什么吃的很少”;与家人相处的时间维度删除了条目“由于不与家人一起吃饭,我和他们交流的时间变少了”,最终形成包括 7 个维度,20 个条目的 QERD-P 中文版 D。

1.2.4 预调查 于 2023 年 6—7 月在山西白求恩医院肿瘤中心便利选取符合纳入和排除标准的 30 例患者填写 QERD-P 中文版 D。患者量表填写完成后,与其沟通、了解填写过程中的感受并记录意见和建议。有 3 例患者对条目 4.1、4.2 中“营养素”提出疑问,经课题组讨论,为了易于理解将“营养素”修改为“哪类食物”,形成 QERD-P 施测版。

1.2.5 正式调查

1.2.5.1 调查工具 ①患者一般资料调查表:自行设计,包括性别、年龄、工作状态、文化程度、婚姻状况、居住地、家庭人均月收入、医疗费用支付形式、癌症类型、癌症病程、治疗状态、主要照护者。②QERD-

P 施测版:包括饮食摄入减少(4 个条目),无法进食的原因(2 个条目),身体衰弱(3 个条目),信息不足(3 个条目),家庭内部食物冲突(3 个条目),外貌改变(3 个条目),与家人相处的时间(2 个条目)7 个维度,条目计分方式与原量表相同,总分 20~140 分。③肿瘤患者厌食/恶病质功能评价量表(Anorexia/Cachexia Subscale-12, A/CS-12):是 Ribaud 等^[13]在厌食/恶液质治疗功能评估量表的基础上简化得到,用于定量评价癌性厌食患者的食欲及饮食摄入情况。该量表各条目采用 Likert 5 级评分法,对应得分为 0~4 分(0=完全没有;1=一点点;2=有点;3=相当多;4=非常多),总分为 0~48 分。得分 ≤ 24 分可认为患者存在厌食。A/CS-12 已在不同肿瘤人群中进行了测试,均有较高的信效度^[14-15]。本研究使用 Yang 等^[16]2021 年的汉化版并将其调查结果作为效标。

1.2.5.2 资料发放与收集 由经过统一培训的 2 名护理研究生对各病区符合纳入标准的研究对象面对面发放纸质版问卷。问卷填写前统一指导语,向患者介绍本次研究的意义、目的;现场发放、回收问卷,当场对不完整、不清晰的资料予以核实,对研究对象不理解的地方进行指导,减少无效问卷;一般资料调查表、中文版 QERD-P 和 A/CS-12 填写总时长为 5~10 min。本研究共发放问卷 470 份,回收有效问卷 428 份,有效问卷回收率为 91.06%。

1.3 统计学方法

将数据录入 Excel,经课题组另外 1 名成员进行核对后导入 SPSS25.0、AMOS28.0 软件进行统计分析。第 1 轮调查收集的 170 份问卷用于项目分析和探索性因子分析,第 2 轮收集的 258 份问卷用于验证性因子分析。

1.3.1 项目分析 采用临界比决断值法和相关系数法,删除检验结果未达显著性水平($P>0.05$)或相关系数 <0.4 的条目^[17]。

1.3.2 效度检验 ①内容效度:邀请本研究的 10 名专家小组成员,对条目水平的内容效度指数(Item-level CVI, I-CVI)和量表水平的内容效度指数(Scale-level CVI, S-CVI)进行评价^[18]。②结构效度。探索性因子分析采用主成分分析法和最大方差正交旋转法,以因子载荷 ≥ 0.4 作为各条目因子归属的标准,将量表中因子载荷 <0.4 或多重载荷的条目予以删除^[19]。验证性因子分析采用极大似然法对模型适配度进行评价。聚合效度:用 AVE 值(Average Variances Extracted)和 CR(Composite Reliability)两个指标评价,AVE 值与 CR 值均大于 0.7,说明具有良好的聚合效度。区分效度:以 AVE 的平方根值大于该因子与其他因子间的相关系数来评价^[20]。③效标关联效度:采用 Pearson 相关性分析,以 A/CS-12 作为效标工具^[19]。

1.3.3 信度检验 ①内部一致性信度:采用 Cronbach's α 系数评价总量表及各个维度的内部一致性信度^[21]。②折半信度:采用 Spearman-Brown 系数评价。③重测信度:记录第 1 次调查时同意参与信效度检验调查的 30 例晚期癌症患者的联系方式,2 周后邀请其再次填写中文版 QERD-P,以 2 次评估结果的相关性来评价量表的重测信度。

2 结果

2.1 项目分析 ①临界比决断值法:高、低分两组各条目得分比较结果显示,CR=4.621~16.956(均 $P<0.05$)。②相关系数法:Pearson 相关分析结果显示,每个条目得分与总分均呈正相关, $r=0.401\sim 0.775$ (均 $P<0.05$)。因此,所有条目均保留。

2.2 效度分析

2.2.1 结构效度

2.2.1.1 探索性因子分析 第 1 次探索性因子分析结果显示,KMO 值为 0.786, Bartlett's 球形检验 χ^2 值为 2 853.725, $P<0.001$,提示该量表适合做因子分析。采用主成分分析法和最大方差正交旋转法提取出特征值 ≥ 1 的 5 个公因子,因子载荷均 >0.4 ,解释总变异的 77.166%,但维度划分与原量表不同。为尽量与原量表保持一致,尝试将提取因子数设为 7,进行第 2 次探索性因子分析,结果显示 7 个公因子共解释总变异的 86.076%,各条目因子载荷为 0.770~0.923。提取的 7 个公因子中,除公因子 1 中新增条目 4,公因子 6、7 中均删除 1 个条目外,其余各条目在每个维度的归属同原量表一致(见表 1)。最终形成的中文版 QERD-P 包括 7 个维度 20 个条目,经课题组成员讨论后,将 7 个维度分别命名为饮食摄入减少、家庭内部食物冲突、外貌及体型改变、身体衰弱、营养摄入知识不足、饮食异常的原因、与家人相处的时间。

2.2.1.2 验证性因子分析 构建一阶模型以验证结构效度,模型适配度指标: $\chi^2/df=2.440$, RMSEA=0.075, CFI=0.955, TLI=0.942, IFI=0.955, RFI=0.906, GFI=0.878,各项拟合指标接近适配值,提示模型拟合度可接受。

2.2.2 聚合效度和区分效度 中文版 QERD-P 各维度平均方差萃取值(AVE)为 0.672~0.844,组合信度值(CR)为 0.859~0.950,7 个维度的 AVE 平方根为 0.820~0.919,各维度与其他维度的相关系数(r)为 0.256~0.755,均小于该维度的 AVE 平方根。

2.2.3 效标关联效度 A/CS-12 总分与中文版 QERD-P 总分及各维度的相关系数分别为 0.669、0.324~0.629(均 $P<0.001$)。

2.2.4 内容效度 中文版 QERD-P 的 S-CVI 值为 0.975, I-CVI 值为 0.800~1.000。

2.3 中文版 QERD-P 信度指标 见表 2。

表 1 中文版 QERD-P 各条目因子载荷矩阵(*n* = 170)

条目	饮食摄入	家庭内部	外貌及	身体	营养摄入	饮食异常	与家人相处
	减少	食物冲突	体型改变	衰弱	知识不足	的原因	的时间
1. 尽管我想多吃点,但却不能多吃,这让我很苦恼	0. 852	0. 079	0. 210	0. 123	0. 059	0. 179	0. 205
2. 我无法享受进食的乐趣,这让我很苦恼	0. 854	0. 126	0. 236	0. 077	0. 125	0. 085	0. 125
3. 我吃得很少且很快就饱了,这让我很苦恼	0. 835	0. 090	0. 051	0. 181	0. 003	0. 202	0. 223
4. 当我想吃东西时,看到食物却又没有胃口,这让我很苦恼	0. 846	0. 118	0. 015	0. 197	0. 037	0. 251	0. 114
5. 我想知道我为什么不能进食	0. 336	0. 021	−0. 073	0. 233	0. 038	0. 838	0. 123
6. 我想知道我为什么没有食欲	0. 277	0. 012	−0. 071	0. 185	0. 072	0. 891	0. 085
7. 我担心如果不能进食,会加重我的病情	0. 188	0. 054	−0. 050	0. 800	0. 213	0. 229	0. 145
8. 我担心如果不能进食,我的体质会减轻	0. 105	0. 001	0. 034	0. 923	0. 111	0. 076	−0. 046
9. 我担心如果不能进食,会引起其他疾病	0. 201	0. 074	−0. 076	0. 846	0. 195	0. 141	0. 156
10. 我不了解应该优先摄入哪类食物	0. 086	0. 112	0. 216	0. 184	0. 770	0. 034	0. 055
11. 我不了解应该避免哪类食物	0. 050	0. 048	0. 007	0. 128	0. 839	−0. 006	0. 097
12. 我不了解应该摄入哪些营养补充剂	0. 032	0. 125	0. 093	0. 139	0. 923	0. 090	0. 077
13. 我和家人因食物问题有过争执	0. 008	0. 913	0. 166	−0. 035	0. 143	0. 050	0. 040
14. 我的家人好像在强迫我吃东西,我感到很困扰	0. 204	0. 900	0. 098	0. 049	0. 066	−0. 036	0. 147
15. 在吃饭问题上,家人对我的态度,我感到很沮丧	0. 137	0. 884	0. 245	0. 117	0. 090	0. 030	0. 140
16. 我消瘦以后,外表也发生了很大的变化,这让我很难过	−0. 011	0. 119	0. 871	0. 004	0. 206	−0. 010	0. 115
17. 其他人觉得我看起来很瘦,我感到很难过	0. 226	0. 182	0. 895	−0. 010	0. 008	−0. 041	0. 095
18. 就算自己尽力进食后,依然看起来很瘦,这让我很难过	0. 211	0. 206	0. 881	−0. 081	0. 096	−0. 092	0. 039
19. 我和家人一起享受进餐的时间更少了	0. 350	0. 141	0. 083	0. 130	0. 111	0. 081	0. 866
20. 由于不能吃饭,我和家人日常生活相处的时间更少了	0. 311	0. 251	0. 237	0. 104	0. 191	0. 173	0. 779
特征值	3. 532	2. 682	2. 675	2. 512	2. 405	1. 778	1. 631
累计方差贡献率(%)	17. 660	31. 073	44. 446	57. 005	69. 032	77. 921	86. 076

表 2 中文版 QERD-P 信度指标

项目	Cronbach's α	Spearman-Brown	重测
	系数	折半信度系数	信度
饮食摄入减少	0. 932	0. 913	0. 944
饮食异常的原因	0. 900	0. 900	0. 859
身体衰弱	0. 894	0. 904	0. 851
营养摄入知识不足	0. 850	0. 938	0. 848
家庭内部食物冲突	0. 929	0. 941	0. 939
外貌及体型改变	0. 915	0. 939	0. 927
与家人相处的时间	0. 893	0. 898	0. 871
总表	0. 897	0. 628	0. 837

3 讨论

3.1 中文版 QERD-P 量表的内涵 中文版 QERD-P 量表提取出 7 个公因子,条目在每个维度的归属同原量表一致,基本涵盖了晚期癌症患者饮食相关困扰评价的主要元素。饮食摄入减少维度指患者因癌症本身、治疗不良反应、食欲不振、消化不良等原因导致的饮食减少,护理人员及时了解患者的饮食摄入情况可以帮助他们制定更适合的营养计划,确保患者获得足够的营养支持。饮食异常的原因维度关注患者饮食困难的具体原因,涉及心理、生理或治疗引起的不良反应等,护理人员应指导患者选择合适的饮食方式和食物,提供心理支持和鼓励,改善患者的饮食体验。身体衰弱维度评估患者身体的整体状况和衰弱程度,护理人员掌握患者的整体健康状况,可以制定相应的护理计划并及时调整护理措施。营养摄入知识不足指患者对营养需求和相关信息的认知不足,可能会影响他们的饮食选择和营养摄入,护理人员可以通过提供相关营养知识指导,帮助患者更好地满足营养需求。外貌及体型改变维度关注患者因癌症治疗或疾病本身导致的外貌和体型改变对患者的心理健康和自我形象造成的影响,护理人员应通过提供心理支持和相关咨询帮助患者应对外貌和体型改变带来的困扰。家庭内部食物冲突指患者在家庭中因饮食问题而引发的冲突或不适,护理人员应协助患者和家人进行沟通,缓解饮食方面的矛盾,利于患者的康复和心理健康。与家人相处的时间包括饮食时间和沟通交流等,护理人员应帮助患者和家人建立更好的沟通和支持体系,增进彼此间的关系,提供更全面的护理服务。汉化后的量表与原量表整体结构基本一致,能准确评估晚期癌症患者饮食相关困扰程度。

3.2 中文版晚期癌症患者饮食相关困扰量表具有良好的信效度 内容效度是通过专家评估量表中各条目的适用性和代表性来评价其内容的有效性^[18]。内容效度分析过程中邀请了有丰富临床经验和科研基础的肿瘤学专家、肿瘤护理专家、心理护理专家,测得中文版 QERD-P 的 S-CVI 为 0. 975,I-CVI 为 0. 800~1. 000,表明该量表具有良好的内容效度,与原量表内容等同性较高。结构效度是指测量工具是否能够准确地测量出我们所感兴趣的概念或结构^[19]。在结构效度分析过程中,遵循探索性因子分析步骤测得各条目因子载荷均>0. 4,且没有双重载荷,饮食异常的原因和与家人相处的时间维度均只有 2 个条目,结构一般不稳定,但验证性因子分析各指标达到了可接受范围,模型拟合较好,分析原因可能是:①根据原量表来指定模型结构,限制了因子间的关系,使得模型较为稳定。②相比探索性因子分析,使用了更大的样本量,减少了因子结构不稳定性的影响。聚合效度强调同一个潜在变量下的测量项的相关性,区分效度强调

潜在变量之间的区分性,其结果显示可接受,说明该量表具有良好的结构效度。效标关联效度是通过分析量表与其他相关测量工具的关联性来评估其测量概念的准确性^[19]。本研究测得 A/CS-12 总分与中文版 QERD-P 量表总分及各维度的相关系数为 0.669、0.324~0.629 均呈正相关,说明该量表与 A/CS-12 在一定程度上有同等的测量癌症患者食欲及饮食摄入情况的效果。中文版 QERD-P 量表及各维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.897、0.850~0.932,折半信度分别为 0.628、0.898~0.941,重测信度系数分别为 0.871、0.848~0.944,与原量表信度检验结果相近,表明该量表具有较好的内部一致性和稳定性。

3.3 中文版晚期癌症患者饮食相关困扰量表具有良好的可行性和实用性 本研究在汉化和信效度检验的过程中,严格遵循 Brislin 翻译模式对翻译和文化调适人员进行筛选。在翻译和文化调适阶段,按照我国文化表达习惯修改了不适用的内容,使得中文版量表更加清晰、易于理解。在预调查阶段,研究对象能够快速理解并回答量表中的问题,每份量表完成时间为 3~5 min,回收率为 91.06%,表明量表的语言和内容对研究对象来说是可接受的,具有较强的可行性。其次,经检验中文版 QERD-P 信效度良好,表明汉化后的 QERD-P 量表可以更加深入地了解晚期癌症患者饮食相关困扰的需求,以便医护人员针对性地提供支持 and 干预措施,缓解其饮食相关困扰,提高生存质量。此外,量表的应用还可以帮助研究人员在不同人群中比较饮食相关困扰的差异,并为进一步改进临床实践提供参考,具有较强的实用性。

4 小结

中文版 QERD-P 包括 7 个维度,共 20 个条目,信效度良好,可作为测量晚期癌症患者饮食相关困扰的可靠工具。但本研究的所有调查对象均为山西某三甲医院患者,且未考虑不同治疗状态对患者饮食相关困扰的影响。因此,未来需进一步提高样本来源的多样性、扩大样本规模,探索量表与其他影响因素之间的关联。

参考文献:

- [1] 詹永佳,李永红,黄润勤,等.晚期癌症患者预后沟通策略的证据总结[J]. 护理学杂志,2022,37(13):77-80.
- [2] Henson L A, Maddocks M, Evans C, et al. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue[J]. J Clin Oncol, 2020, 38(9): 905-914.
- [3] Greer J A, Applebaum A J, Jacobsen J C, et al. Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer[J]. J Clin Oncol, 2020, 38(9): 915-925.
- [4] Koji A, Tatsuya M, Saori K, et al. Eating-related distress in advanced cancer patients with cachexia and family members: a survey in palliative and supportive care set-

- tings[J]. Support Care Cancer, 2019, 27(8): 2869-2876.
- [5] 王琪,吕利明,薄纯圆,等.肿瘤患者癌性厌食评估与干预的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2023, 38(23): 25-29.
- [6] Amano K, Baracos V E, Hopkinson J B. Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2019, 143: 117-123.
- [7] Amano K, Morita T, Miura T, et al. Development and validation of questionnaires for eating-related distress among advanced cancer patients and families[J]. J Cachexia Sarcopenia Muscle, 2023, 14(1): 310-325.
- [8] Pineros M, Parkin D M, Ward K, et al. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information[J]. Lancet Oncol, 2019, 20(2): e103-e111.
- [9] Amano K, Morita T, Koshimoto S, et al. Eating-related distress in patients with advanced cancer cachexia and family members: a survey in palliative and supportive care settings[J]. Support Care Cancer, 2019, 27(8): 2869-2876.
- [10] Amano K, Morita T, Miyashita M. Potential measurement properties of a questionnaire for eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia: preliminary findings of reliability and validity analysis[J]. J Palliat Care, 2022, 37(2): 107-112.
- [11] 王晓娟,夏海鸥.基于 Brislin 经典回译模型的新型翻译模型的构建及应用[J]. 护理学杂志, 2016, 31(7): 61-63.
- [12] Beaton D E, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2000, 25(24): 3186-3191.
- [13] Ribaudo J M, Cella D, Hahn E A, et al. Re-Validation and Shortening of the Functional Assessment of Anorexia/Cachexia Therapy (FAACT) Questionnaire[J]. Qual Life Res, 2000, 9(10): 1137-1146.
- [14] LeBlanc T W, Samsa G P, Wolf S P, et al. Validation and real-world assessment of the Functional Assessment of Anorexia-Cachexia Therapy (FAACT) scale in patients with advanced non-small cell lung cancer and the cancer anorexia-cachexia syndrome (CACS)[J]. Support Care Cancer, 2015, 23(8): 2341-2347.
- [15] 熊照玉,李素云,郭潇,等.成人恶性肿瘤患者膳食管理的最佳证据总结[J]. 护理学报, 2022, 29(15): 54-58.
- [16] Yang Z, Luo Y, Lu H, et al. Validation of the Functional Assessment of Anorexia/Cachexia Therapy Instrument to assess quality of life in maintenance hemodialysis patients with cachexia[J]. Semin Dial, 2022, 35(4): 330-336.
- [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: 158.
- [18] 史静琰,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): 49-52.
- [19] 胡雁,王志稳. 护理研究[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 121-126.
- [20] 吴明隆. 结构方程模型: AMOS 的操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2010: 39-58.
- [21] 刘宇. 护理研究[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2010: 112-116.