

• 社区护理 •
• 论 著 •

慢性病共病疾病感知量表的汉化及信效度检验

董晓蓓^{1,2}, 吴金球^{1,2}, 周建妹², 孙丹丹^{1,2}

摘要:目的 汉化英文版慢性病共病疾病感知量表(Multimorbidity Illness Perceptions Scal, MULTIPLEs),并在慢性病共病患者中检验其信效度。**方法** 获得原作者授权后,按照 Brislin 模式翻译、回译和检译英文版量表。通过专家咨询、3 轮认知性访谈及预调查形成中文版 MULTIPLEs。采用便利抽样法,对上海市 1 所三甲医院就诊的 403 例慢性病共病患者进行调查。**结果** 探索性因子分析提取 5 个公因子(情感表达、活动限制、优先级、因果关系、治疗负担),累计方差贡献率达 64.378%。验证性因子分析构建一阶 5 因子模型结果显示,模型适配度在可接受范围($\chi^2/df=2.138$, RMSEA=0.073, TLI=0.878, CFI=0.897, IFI=0.899)。量表水平与条目水平的内容效度指数均为 1.000;总量表 Cronbach's α 系数为 0.893,重测信度系数为 0.813。**结论** 中文版 MULTIPLEs 信效度良好,可用于评估中国文化背景下慢性病共病患者疾病感知水平。

关键词: 慢性病; 共病; 疾病感知; 量表汉化; 信度; 效度; 慢性病护理

中图分类号: R473.5 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.17.110

Translation and validation of the Chinese version of Multimorbidity Illness Perceptions Scale

Dong Xiaobei, Wu Jinqiu, Zhou Jianmei, Sun Dandan. School of Nursing, Fudan University, Shanghai 200032, China

Abstract: **Objective** To translate and validate the Multimorbidity Illness Perceptions Scale (MULTIPLEs) into Chinese, and to test its reliability and validity in a Chinese sample with chronic multimorbidity. **Methods** After obtaining authorization from the original author, the Brislin model was used to translate, back-translate and verify the English version of the scale. The Chinese version of MULTIPLEs was formed through expert consultation, three rounds of cognitive interviews and a pre-survey. A convenience sampling method was used to investigate 403 patients with chronic multimorbidity who visited a tertiary hospital in Shanghai. **Results** Exploratory factor analysis extracted five common factors (emotional expression, activity limitation, priority, causality, treatment burden), with a cumulative variance contribution rate of 64.378%. Confirmatory factor analysis constructed a first-order five-factor model, and the model fit indices were within the acceptable range ($\chi^2/df=2.138$, RMSEA=0.073, TLI=0.878, CFI=0.897, IFI=0.899). The content validity index at both scale and item levels were 1.000; the Cronbach's α coefficient of the total scale was 0.893, and the test-retest reliability coefficient was 0.813. **Conclusion** The Chinese version of MULTIPLEs has good reliability and validity and can be used to assess the disease perception level of patients with chronic multimorbidity in Chinese context.

Keywords: chronic disease; multimorbidity; disease perception; scale translation; reliability; validity; nursing care of chronic diseases

慢性病共病指在同一个体中同时存在 2 种或 2 种以上慢性疾病^[1]。我国患者常见的慢性病共病组合为高血压慢性病共病其他慢病,如高血压与糖尿病、关节炎等组合,发生率为 27.4%~37.4%^[2-4]。疾病感知指个体健康受威胁时,基于自身心理特征和所处环境形成对疾病的认知及情绪,唤起心理应对反应并不断调节对疾病的理解,进而影响就医行为和健康结局,包括正性疾病感知和负性疾病感知^[5]。研究表明,慢性病共病患者存在较多的负性疾病感知,阻碍患者健康结局的实现^[6-7]。而且,由于慢性病共病的损害性、长期性及反复性,慢性病共病患者的正性疾病感知更易转化为负性疾病感知^[8]。多个研究证明,

干预能够降低患者的负性疾病感知,而准确评估患者疾病感知是实施护理干预的基础,也是促进正性疾病感知形成的关键步骤^[9-11]。目前国内尚缺乏有关慢性病共病患者疾病感知的研究量表。Gibbons 等^[12]研制的慢性病共病疾病感知量表(Multimorbidity Illness Perceptions Scale, MULTIPLEs),可直接用于测量慢性病共病患者疾病感知,目前在英国、印度等国家已被证明具有良好的信效度并广泛应用于科研和临床^[13-14]。本研究旨在汉化 MULTIPLEs 量表,检验其在中国慢性病共病人群中的适用性,形成适合我国慢性病共病患者疾病感知评估的测量工具。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 专家资料 入选标准为:①研究领域为慢病管理;②工作时间 ≥ 10 年;③本科及以上学历;④副高及以上职称。纳入专家共 6 人,其中 5 名女性、1 名男性,工作年限 15~33(25.16 $\pm$ 6.74)年。研究领域

作者单位:1. 复旦大学护理学院(上海,200032);2. 复旦大学附属华东医院

通信作者:吴金球, wujinqiu@163.com

董晓蓓:女,硕士在读,学生, dongxiaobei00@163.com

科研项目:复旦大学复星护理科研基金资助项目(FNF202246)

收稿:2025-04-01;修回:2025-05-23

涉及内科护理学、内分泌科、心血管科、神经内科、呼吸科等;分别来自上海市、北京市、杭州市、郑州市;博士 1 名,硕士 3 名,本科 2 名;正高级职称 5 名,副高级 1 名。

1.1.2 调查对象 采取方便抽样法,选取 2022 年 10 月 1 日至 2023 年 1 月 1 日于上海市复旦大学附属华东医院住院部就诊且符合纳入标准的慢性病共病患者。患者入选标准:①患有高血压、糖尿病、心脏病、慢阻肺、关节炎、抑郁症等慢病,且至少共存以上 6 种慢性病中的 2 种;②年龄 ≥ 18 岁;③了解研究目的,愿意参与本次调查。排除标准:①认知障碍;②癌症患者。由于 MULTIPLEs 量表研制时未充分考虑癌症患者的相关特点,比如大部分癌症患者需要放化疗,放化疗的患者疾病感知与未放化疗患者不同,且量表未涉及与放化疗相关的评估,会导致测量结果不准确^[12],因此,本研究排除癌症、慢性病共病的患者。考虑到探索性因子分析(样本量为条目数 5~10 倍)与验证性因子分析(≥ 200 例)数据不重复,以及 10% 的失访率,计算出理论样本量为 242~484。本研究最终收集 403 例有效样本,其中女 158 例,男 245 例;年龄 < 60 岁 50 例,60~80 岁 260 例, > 80 岁 93 例;初中及以下学历 151 例,高中 94 例,专科 80 例,本科 71 例,硕士及以上 7 例;病程 < 10 年 256 例,10~20 年 98 例, > 20 年 49 例;共病情况,2 种 145 例,3~4 种 225 例, ≥ 5 种 33 例。本研究已获得复旦大学附属华东医院伦理委员会批准(2022k201)。

1.2 原量表介绍 Gibbons 等^[12]以自我调节理论为理论框架,遵循多阶段研究设计的混合方法论研究范式研制出 MULTIPLEs 量表,总量表 Cronbach's α 系数为 0.810,重测信度为 0.700,包括疾病感知和情绪感知两大部分,共 5 个维度 22 个条目,疾病感知包括因果关系、优先级、活动限制和治疗负担维度;情绪感知则通过情感表达维度测量。量表可以对慢性病共病患者疾病感知过程进行全面测量。情感表达维度按照 6 分制评分,其中 0="强烈反对",1="反对",2="有点反对",3="有点同意",4="同意",5="非常同意";其他维度按照 4 分制评分,其中 0="强烈反对",1="反对",2="同意",3="非常同意"。总分 0~78 分,分数越高表示患者负性感知越多,感受疾病症状越严重,对多种疾病的感知越差。

1.3 量表汉化

1.3.1 翻译 通过电子邮件取得原量表作者的授权后,按照 Brislin 双人翻译的模式成立翻译小组,遵循流程进行正译、回译和检译。①正译:由熟悉汉英双语和医学专业背景的 2 位译者(A 和 B)独立翻译,A 和 B 母语均为汉语,其中 B 有海外留学经历。研究者整合 2 个翻译版本,意见不同处共同讨论修改,形成翻译版量表。②回译:由 2 名未看过原量表的译者(C 和 D)对翻译版量表进行回译,其中 C 通过英语专业

八级考试,D 为有海外留学经历的临床博士。③检译:请 1 名双语专家(E)和 1 名高级职称的护理专家(F)对比回译稿与原量表的等同性,确保回译稿的格式、内容和语义尽可能接近原量表,一致率超过 90%。将异议较大的词句进行整理,以供专家小组评审。通过正译、回译和检译 3 个过程,对条目 3 和 4 进行修改,形成中文版 MULTIPLEs 翻译稿。

1.3.2 文化调适 课题组将中文版 MULTIPLEs 翻译稿与原量表整理打包,并细致陈述争议部分,供专家组讨论和修订。使用专家函询表收集并整理各专家对各条目的意见和评分,研究小组讨论修订后再次发送各位专家,3 轮专家咨询后,各专家没有进一步的修改意见,结束专家咨询。研究者根据咨询结果修改完善条目,形成中文版 MULTIPLEs 咨询稿,并测评内容效度。最终对条目 5、8、16、17、22 进行修改。

1.3.3 认知性访谈 2022 年 7—8 月使用中文版 MULTIPLEs 咨询稿进行 3 轮认知性访谈,共纳入 20 例患者,访谈框架包括患者对量表整体、具体应答条目、回答选项以及指导语的认识。访谈时将有声思考和追问 2 种方法相结合,使患者用自己的话解释特定词汇、复述条目含义,再请其对整体内容和格式提出修改建议。根据患者意见,最终对 3 个条目进行修订,包括对长难句表述的调整、对存在多重释义的条目措辞的纠正、对选项形式设置的修订。

1.3.4 预调查 2022 年 9—10 月在上海市复旦大学附属华东医院住院部采用便利抽样法选取 30 例符合纳入标准的慢性病共病患者,应用中文版 MULTIPLEs 进行预调查,结果显示,所有患者均能正确理解各个条目内容和含义,问卷填写时间为 6~11 min,量表内容适合中国文化背景,不需要再次修改条目内容。

1.3.5 正式调查

1.3.5.1 调查工具 ①患者一般资料问卷,包括患者人口学资料:性别、年龄、婚姻状况、职业、文化程度、医保类型、医疗负担情况等。疾病相关资料:疾病种类、慢性病共病数量、病程、疾病严重程度等。②中文版 MULTIPLEs,共包含 5 个维度 22 个条目,分别为治疗负担、因果关系、情感表达、优先级、活动限制维度,条目计分与原量表一致,总分 0~78 分,分数越高表示患者负性感知越多,感受疾病症状越严重,对多种疾病的感知越差。

1.3.5.2 资料发放与收集 获得被调查医院相关部门及科室负责人同意后,由同 1 研究者负责发放问卷。发放问卷前,向调查对象详细阐述调查目的和意义、保密措施以及填写要求等内容。获得调查对象知情同意后发放问卷,填写完成后,研究者现场回收问卷并仔细核对,在得到患者配合的前提下及时补充漏填项。本研究共发放 430 份问卷,回收有效问卷 403 份,有效回收率为 93.72%。

1.4 统计学方法 将数据录入 Excel2016 软件,经课题组另外 1 名成员进行核对后导入 SPSS22.0、AMOS28.0 软件进行统计分析。使用 SPSS22.0 软件随机抽取 187 份问卷用于项目分析和探索性因子分析,剩余 216 份问卷用于验证性因子分析。

1.4.1 项目分析 ①临界比值法:将量表总分按照高低顺序排列,筛选出总分前 27% 和后 27%,分别归入高分组和低分组,两组各个条目得分的差异进行两独立样本 t 检验, $t>3$, $P<0.05$,说明条目的鉴别度好^[15]。②相关系数法:将量表各条目得分与总分进行 Pearson 相关性分析,相关系数 >0.4 且 $P<0.05$,说明条目鉴别力达标^[15]。③Cronbach's α 系数法:删除条目后,量表的整体 Cronbach's α 系数低于删除之前的数值,表明量表内部一致性好。④共同性和因子载荷量法:采用探索性因子分析法,限定抽取 5 个因子,若共同性 <0.2 或者因子载荷值 <0.4 ,考虑删除该条目。

1.4.2 效度检验

1.4.2.1 结构效度 采用探索性因子分析及验证性因子分析法检验量表结构效度^[16]。

1.4.2.2 内容效度 ①条目水平的内容效度指数(I-CVI):专家人数 ≤ 5 时, $I-CVI=1$;专家人数 >5 时, $I-CVI\geq 0.780$ 。②平均量表水平的内容效度指数(S-CVI/Ave): >0.900 比较好^[17]。

1.4.3 信度检验 ①内部一致性信度:吴明隆^[15]综合国内外多位学者的观点,认为分量表的 Cronbach's α 系数要在 0.500 以上,最好可以高于 0.600,总量表的 Cronbach's α 系数要在 0.700 以上,最好能够高于 0.8。符合以上要求说明量表内容较为可靠,内部一致性较好。②折半信度:采用 Spearman-Brown 系数评价,一般认为总量表 Spearman-Brown 系数在 0.700 以上量表的内部一致性较好,分量表大于 0.400 可以被接受^[18]。③重测信度:随机抽取 30 例患者,并记录联系方式,1 周后,用同样的量表对该 30 例患者进行重复测量,2 次得分相关系数(r) >0.700 ,说明量表的外在稳定性好。

2 结果

2.1 项目结果分析 ①临界比值法: $t=9.783\sim 30.293(P<0.001)$ 。②相关系数法:条目 9 的 r 为 0.311($P<0.05$),其余条目 $r=0.408\sim 0.876$ (均 $P<0.05$)。③Cronbach's α 系数法:中文版 MULTIPLEs 的 Cronbach's α 系数为 0.882,删除条目 5 和条目 9,量表总体 Cronbach's α 系数升高,分别为 0.886 和 0.889。④共同性和因子载荷量法:条目 5 的共同性为 0.174,条目 9 的共同性为 0.006,其他条目为 0.332 $\sim$ 0.882;条目 9 的因子载荷量为 0.080,其余条目为 0.417 $\sim$ 0.891。根据统计分析结果,删除条目 5 和条目 9。

2.2 效度

2.2.1 结构效度

2.2.1.1 探索性因子分析 初次探索性因子分析结果显示, Bartlett 球形检验 $\chi^2=1\,775.416(P<0.001)$, KMO 检验值为 0.842, >0.8 ,证明各变量间关联性较强,适合进行因子分析。参考碎石图,采用最大变异法进行直交转轴,提取特征根 >1 的公因子 5 个,累计方差贡献率为 64.378%。20 个条目在对应维度上的因子载荷为 0.434 $\sim$ 0.855(见表 1),均 >0.400 。条目 11 和条目 14 在 2 个维度上的因子载荷 >0.4 ,分析原因可能为样本量小时($n<200$),因子载荷的估计误差较大,容易将接近阈值的载荷误判为双载荷。条目 11“我的疾病相互影响”可以反映患者疾病之间有无相互作用情况;条目 14“我的其中一种疾病对我的生活影响更大”,某一种疾病更容易对日常生活、心理状态或社会功能产生更显著的负面影响,更需要优先处理。经课题组讨论,并从量表结构稳定层面和条目自身意义两方面出发,本研究决定保留条目 11 和 14。各条目的维度归属与原量表一致,5 个维度分别命名为治疗负担、优先级、因果关系、活动限制、情感表达。

2.2.1.2 验证性因子分析 构建一阶 5 因子模型验证量表的结构效度,模型拟合指标为 $\chi^2/df=2.138$, RMSEA=0.073, TLI=0.878, CFI=0.897, IFI=0.899,处于可接受范围。条目 7 因子载荷为 0.440,其余条目的因子载荷均在 0.500 以上。条目 7“各个疾病服用不同的药物,给我造成了麻烦或困扰”反映不同药物相互作用、药物不良反应、用药途径复杂性会给患者造成困扰,考虑慢性病共病患者多重用药非常普遍,且一阶 5 因子模型拟合指标在可接受范围内,因此保留条目 7。

2.2.2 内容效度 中文版 MULTIPLEs S-CVI/Ave 为 1.000, I-CVI 均为 1.000。

2.3 信度 中文版 MULTIPLEs 信度及重测系数,见表 2。

3 讨论

3.1 量表的翻译和汉化过程具有科学性和语义对等性 本研究严格遵循 Brislin 跨文化调适模型^[19]对 MULTIPLEs 进行翻译、回译和检译。每个阶段的 2 个翻译小组成员中,至少 1 个有临床医学背景,6 名译者均了解慢性病共病的基础知识储备,对疾病感知的概念较为熟悉,均熟练掌握英文,其中 2 名译者在英语为母语的国家有 2 $\sim$ 4 年的访学经历。在翻译过程中,译者均未提前查看过源英文量表,译者之间没有交流,均为独立工作,避免了交叉影响。在文化调适过程中,成立了来自于医疗、护理、慢病管理等领域的 6 位专家,对中文版 MULTIPLEs 各条目的内容、概念、语义方面是否对等及其与研究内容间的相关程

度进行评议,同时给予专家修改意见。在多轮修订条目过程中,研究团队结合了专家意见和患者意见,并于所有条目均能被患者正确理解时完成量表的修订。

表 1 中文版 MULTIPLEs 各条目因子载荷矩阵($n=187$)

条目	情感表达	活动限制	优先级	因果关系	治疗负担
16. 患有多种疾病让我更焦虑	0. 840	0. 196	0. 109	0. 150	0. 101
17. 患有多种疾病让我生气或沮丧	0. 812	0. 129	0. 220	0. 029	0. 119
19. 患有多种疾病让我更易怒	0. 781	−0. 057	0. 059	0. 038	0. 185
18. 患有多种疾病让我感到伤心	0. 759	0. 249	0. 136	0. 045	0. 211
20. 在我感到悲伤或沮丧时,控制病情会很困难	0. 729	0. 106	0. 060	0. 032	0. 068
15. 患有多种疾病让我不开心	0. 716	0. 225	0. 152	0. 320	0. 186
13. 花时间控制病情减少了我的社交生活	0. 114	0. 855	0. 059	0. 173	0. 163
5. 花时间控制病情限制了我的活动	0. 148	0. 817	0. 176	0. 129	0. 185
2. 花时间控制病情,让我的日常活动更难进行	0. 293	0. 755	0. 093	−0. 085	0. 105
10. 我的其中一种疾病为主导地位	0. 150	0. 008	0. 746	0. 307	0. 018
1. 在我患有的疾病中,其中一种疾病比其他的疾病更严重	0. 129	0. 110	0. 742	0. 106	0. 166
14. 我的其中一种疾病对我的生活影响更大	0. 003	0. 418	0. 560	0. 297	0. 042
6. 我的其中一种疾病比其他的疾病更让人担心	0. 333	0. 161	0. 534	0. 084	0. 201
9. 我的一种疾病引起了另一种疾病	0. 050	0. 110	0. 197	0. 801	0. 172
4. 我的这些疾病的病因是有关联的	0. 196	0. 071	0. 228	0. 697	0. 000
11. 我的疾病相互影响	0. 166	0. 096	0. 188	0. 588	0. 485
7. 针对我的各个疾病服用不同的药物,给我造成了麻烦或困扰	0. 115	0. 074	0. 181	0. 257	0. 675
12. 患有多种疾病使我很难获得更有效的治疗	0. 194	0. 073	0. 253	0. 065	0. 640
8. 患有多种疾病会减弱我的治疗效果	0. 350	0. 029	0. 290	0. 023	0. 547
3. 其中一种疾病的治疗超出了我的负荷,让我很难去控制其他任何一种疾病	0. 197	0. 299	0. 357	−0. 342	0. 434
特征根值	6. 767	2. 067	1. 715	1. 188	1. 139
累计方差贡献率(%)	33. 834	44. 170	52. 746	58. 685	64. 378

注:条目已重新排序。

表 2 中文版 MULTIPLEs 信度及重测系数

维度	条目数	Cronbach's α 系数	折半信度系数	重测系数
优先级	4	0. 721	0. 694	0. 723
因果关系	3	0. 732	0. 682	0. 753
活动限制	3	0. 811	0. 826	0. 764
情感表达	6	0. 901	0. 893	0. 821
治疗负担	4	0. 568	0. 489	0. 772
总量表	20	0. 893	0. 827	0. 813

3.2 中文版 MULTIPLEs 具有良好的信效度 本研究中,中文版 MULTIPLEs Cronbach's α 系数为 0. 893。优先级、因果关系、活动限制、情感表达 4 个维度 Cronbach's α 系数为 0. 721~0. 901,均 $>0. 7$;而治疗负担维度 Cronbach's α 系数为 0. 568,回顾原版量表,其治疗负担维度 Cronbach's α 系数为 0. 870,Cronbach's α 系数差异大的原因可能为在汉化过程中删除治疗负担维度中不适合中国文化背景的 2 个条目,使原有的 6 个条目降为 4 个条目,致使治疗负担维度 Cronbach's α 系数下降,蒋小花等^[20]认为,量表条目数目的多少会影响 Cronbach's α 系数,量表条目减少,Cronbach's α 系数会随之降低。为与原量表理论结构一致,本研究保留该维度。中文

翻译小组人员选择的科学性、咨询专家的专业性及翻译模式和方法的适用性共同保证了中文版 MULTIPLEs 翻译与汉化过程中的科学性与语义对等性。

版 MULTIPLEs Spearman-Brown 折半信度系数为 0. 827, $>0. 7$,各维度系数 0. 489~0. 893,均 $>0. 4$,可以接受。总量表重测信度系数为 0. 813,维度为 0. 723~0. 821,提示量表具有时间稳定性。本研究选择医疗、护理、慢性病管理等领域有代表性的 6 位专家从多角度评价量表条目,专家均认为修订后的中文版 MULTIPLEs 能够较好地评估和反映慢性病共病患者的疾病感知情况,测得的 I-CVI 为 1. 000,S-CVI/Ave 为 1. 000,说明中文版 MULTIPLEs 能够反映所要测量的内容。探索性因子分析提取特征根大于 1 的公因子 5 个,累计方差贡献率为 64. 378%,表明提取的公因子能较好地解释量表内容。验证性因子分析中,除了条目 7,其余条目的因子载荷均在 0. 5 以上,一阶 5 因子模型拟合度在可接受范围内,借鉴杨腊梅^[21]、蒋梦瑶^[22]、刘娜^[23]的经验,从条目自身意义出发,条目 7 反映多重用药对患者造成的困扰,予以保留条目 7。

3.3 中文版 MULTIPLEs 的应用前景与意义 越来越多的证据表明,旨在改变疾病感知的干预措施可以改善患者的健康结局^[24-25]。疾病感知评估作为疾病

感知管理的首步措施,能够对疾病感知管理起到指导性作用,使用合适、全面的疾病感知评估工具是极其必要的。目前国内常使用单病疾病感知评估工具对慢性病患者疾病感知进行评估,但单一疾病感知评估工具未能针对性评估多种疾病之间病因的联系、疾病之间的协同作用、拮抗作用、多种疾病对活动限制的叠加效应等。中文版 MULTIPLEs 仅包含 20 个条目,涉及治疗负担、因果关系、优先级、活动限制、情感表达 5 个维度,评估内容全面且简洁,患者易于接受,仅耗时 3~4 min 即可完成量表填写,能够动态追踪和评估慢性病共病患者之间和患者自身疾病感知变化情况,评价各种干预措施是否对慢性病共病患者的健康管理有效,具有较强的实用性及可操作性。

4 结论

中文版 MULTIPLEs 共 20 个条目,信效度良好,从治疗负担、优先级、因果关系、活动限制、情感表达 5 个维度全面评估共病患者疾病感知,可用于中国文化背景下慢性病共病患者疾病感知的测量。但本研究对象绝大多数为老年慢性病共病患者,缺少其他年龄层面的样本,也未能展开更大的多中心研究,抽样范围较窄。未来需要增加研究中心数量,扩大样本量,在不同地区、不同等级的医院进行抽样,获取更加全面的临床数据,进一步验证中文版 MULTIPLEs 在中国人群中的结构。

参考文献:

- [1] WHO. The world health report 2008:primary health care now more than ever[R]. Geneva:World Health Organization,2008.
- [2] 廖佳星,龚放华,黄娟,等.老年慢性病患者多病共存的研究现状与进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(28):3569-3573.
- [3] 王佳,贾音,王慧丽.北京市海淀区社区老年慢性病多病共存状况的调查研究[J].同济大学学报(医学版),2021,42(5):692-697.
- [4] 季燕,丁静,巫继东,等.基层家庭医生签约高血压患者多病共存现状调查[J].中华全科医师杂志,2021,20(12):1269-1274.
- [5] 张红伟.2型糖尿病患者疾病感知、社会支持、应对方式与益处发现的关系研究[D].济南:山东大学,2022.
- [6] Slattery W, Oconnor L, Haugh S, et al. Prevalence, impact and cost of multimorbidity in a cohort of people with chronic pain in Ireland: a study protocol[J]. BMJ Open,2017,7(1):112-131.
- [7] 曾丽,范天丽,庄泽香,等.老年共病住院患者健康促进行为与疾病感知、健康信念的相关性[J].护理实践与研究,2021,18(17):2534-2537.
- [8] 朱先尚,曾泓钰,吕凤丽,等.甘肃省 60 岁及以上老年人慢性病共病现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2025,28(10):1193-1199.
- [9] Fann W, Hung C, Chaboyer W, et al. Effectiveness of a

nurse delivered intervention on illness perceptions and quality of life in patients with injury[J]. J Nurse Res, 2021,29(4):147-163.

- [10] Mulhauser S, Bonhote Borner M, Saner H, et al. The Impact of motivational interviewing on illness perception in patients with stable coronary artery disease. A randomized controlled study[J]. Pflege,2018,31(2):75-85.
- [11] Daliti Z, Bayazi M H. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and psychological symptoms in patients with rheumatoid arthritis[J]. Complement Ther Clin Pract,2019,34(2):139-144.
- [12] Gibbons C J, Kenning C, Coventry P A, et al. Development of a multimorbidity illness perceptions scale (MULTIPLEs)[J]. PLoS One,2013,8(12):881-852.
- [13] Ogunrinde B J, Adetunji A A, Muiyib S A, et al. Illness perception amongst adults with multimorbidity at primary care clinics in Southwest Nigeria[J]. Afr J Prim Health Care Fam Med,2021,13(1):e1-e8.
- [14] Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity:cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease[J]. BMJ,2015,350:36-38.
- [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,2010:204-244.
- [16] 胡雁,王志稳. 护理研究[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2017:121-126.
- [17] 张晨,周云仙. 我国护理测量工具文献中内容效度指数应用误区分析[J]. 护理学杂志,2020,35(4):86-88.
- [18] Robert F D. 量表编制理论与应用[M]. 魏勇刚,龙长权,宋武,译. 2 版. 重庆:重庆大学出版社,2004:31-42.
- [19] 王晓娇,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.
- [20] 蒋小花,沈卓之,张楠楠,等. 问卷的信度和效度分析[J]. 现代预防医学,2010,37(3):429-431.
- [21] 杨腊梅. 冠状动脉疾病教育问卷(CADE-QSV)的汉化及信效度评价[D]. 重庆:重庆医科大学,2021.
- [22] 蒋梦瑶. 常态化措施发展工具的汉化及信效度研究[D]. 兰州:兰州大学,2021.
- [23] 刘娜. 乳腺癌意识量表的汉化及信、效度检验[D]. 长春:吉林大学,2020.
- [24] Aguera Z, Riesco N, Valenciano Mendoza E, et al. Illness perception in patients with eating disorders:clinical, personality, and food addiction correlates[J]. Eat Weight Disord,2021,26(7):2287-2300.
- [25] Liu Y, Wei M, Guo L, et al. Association between illness perception and health behavior among stroke patients: the mediation effect of coping style[J]. J Adv Nurse, 2021,77(5):2307-2318.

(本文编辑 赵梅珍)