

• 论 著 •

居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表的编制及信效度检验

熊雪¹, 陈黎玉¹, 张虹², 廖晓艳¹, 欧洋利¹, 罗兰月¹, 王益鑫¹, 李森³, 沈军¹, 赵庆华¹

摘要:目的 编制居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表并进行信效度检验, 为开展相关评估提供工具。方法 以自我决定理论中的自主性及《国际功能、残疾和健康分类》作为量表构建的概念框架。通过文献回顾、半结构化访谈、德尔菲法形成量表初稿。于2024年7—10月采用分层随机抽样法选取重庆市6个社区的489名居家照护者作为调查对象, 对量表进行项目分析和信效度检验。结果 探索性因子分析提取6个公因子, 累计方差贡献率为76.142%。验证性因子分析显示, $\chi^2/df=1.174$, $GFI=0.830$, $CFI=0.977$, $TLI=0.974$, $IFI=0.978$, $RMSEA=0.037$, $SRMR=0.046$, 模型拟合良好。条目水平的内容效度指数为0.875~1.000, 量表水平的内容效度指数为0.931。总量表的Cronbach's α 系数为0.944, 折半信度为0.857, 重测信度为0.981。最终形成的居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表包括营养、休息和睡眠、清洁和修饰、移动、安全、社会活动6个维度, 共28个条目。结论 居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表信效度良好, 可有效评估居家照护者自主性照护实践水平。

关键词:老年人; 失能; 居家照护; 照护者; 自主性照护; 信度; 效度; 社区护理

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.04.010

Development and validation of the Autonomy Care Practices Assessment Scale for Caregivers of the disabled elderly at home

Xiong Xue, Chen Liyu, Zhang Hong, Liao Xiaoyan, Ou Yangli, Luo Lanyue, Wang Yixin, Li Miao, Shen Jun, Zhao Qinghua. Nursing Department, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

Abstract: Objective To develop the Autonomy Care Practices Assessment Scale for Caregivers of the disabled elderly at home, and to test its reliability and validity, so as to provide a tool for conducting relevant assessment. Methods The autonomy in Self-Determination Theory (SDT) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) were used as the conceptual framework for scale development. A draft scale was formed after literature review, semi-structured interview and the Delphi technique. Then from July to October 2024, a stratified random sampling method was utilized to select 489 home-based caregivers of disabled elderly from 6 communities in Chongqing to test the reliability and validity of the scale. Results Six common factors were extracted through exploratory factor analysis, the cumulative variance contribution rate was 76.142%. The results of confirmatory factor analysis showed that $\chi^2/df=1.174$, $GFI=0.830$, $CFI=0.977$, $TLI=0.974$, $IFI=0.978$, $RMSEA=0.037$, $SRMR=0.046$, indicating a good model fit. The content validity index at item level and scale level was 0.875—1.000 and 0.931. The Cronbach's α coefficient, split-half reliability and test-retest reliability of the total scale were 0.944, 0.857 and 0.981, respectively. The final Autonomy Care Practices Assessment Scale for Caregivers of the disabled elderly at home consisted of 6 dimensions (nutrition, resting and sleeping, cleanliness and grooming, mobility, safety, and social activities) and 28 items. Conclusion The Autonomy Care Practices Assessment Scale for Caregivers of the disabled elderly at home has good reliability and validity, so it can be used to assess the level of autonomous care practices of home-based caregivers effectively.

Keywords: the elderly; disability; home care; caregiver; autonomy care; reliability; validity; community nursing

失能老年人自主性照护是指通过尊重其独立决策权、保障日常生活的选择自由, 并在照护人员支持下结合个体能力与环境适应性, 维护其尊严与生活质量的多维度照护实践^[1]。它不仅是健康老龄化的核心要求, 也是提升居家失能老年人生活质量和照护满意度的重要保障^[2-3]。自主性照护的缺失可导

致失能老年人产生习得性无助、抑郁及认知功能加速退化等严重后果, 不仅降低其生活质量, 还使其更加依赖照护者, 从而进一步加重家庭和社会负担^[4-5]。世界卫生组织在多份报告中明确指出, 维护老年人在长期照护中的自主性, 是实现健康老龄化的关键要素^[6]。第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示, 我国失能老年人约3 500万, 预计到2050年将突破5 800万^[7]。在传统文化影响下, 居家养老仍是失能老年人的主流选择^[8], 但受孝文化中代际责任观念^[9]、家长式决策模式^[10]和“年龄歧视”^[11]的影响, 照护者容易产生替代决策行为, 严重损害了失能老年人的自主性。尽管自主性照护的重要性得到广泛认可, 但国外现有评估工具主要基于

作者单位: 1. 重庆医科大学附属第一医院护理部(重庆, 400016); 2. 重庆护理职业学院实训中心; 3. 首都医科大学附属北京天坛医院护理部

通信作者: 沈军, 793096729@qq.com

熊雪: 女, 硕士在读, 护士, 1072580355@qq.com

科研项目: 国家社会科学基金资助项目(22BRK010)

收稿: 2025-08-12; 修回: 2025-10-16

个人主义文化背景,侧重于独立决策能力评估,无法充分反映中国文化情境下家庭“参与式自主”的特点^[12]。国内相关研究仍处于起步阶段,主要集中于理论探讨和质性研究^[13],缺乏标准化的评估工具来量化照护者的自主性照护实践水平。因此,本研究旨在编制适用于居家失能老年人照护者且充分体现自主性照护内涵的评估量表,为我国居家失能老年人自主性照护质量提供评估工具。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 访谈对象 2024 年 4 月,采用方便抽样法,在重庆市渝中区选取 3 个社区的居家失能老年人照护者进行半结构式访谈,样本量根据资料饱和原则确定^[14]。抽样过程中注重家庭结构多样性,包括照护者与失能老人同住、核心家庭、扩展家庭(含主干家庭和联合家庭)^[15],确保样本的社会生态代表性。纳入标准:①照护对象为失能老年人(《老年人能力评估标准》^[16]得分 <90 分);②照护环境为家庭;③年龄 ≥ 18 岁;④调查期前 1 年内,照护时间合计 6 个月及以上,且每周照护总时间 >35 h^[17];⑤知情同意并自愿参加本研究。剔除访谈过程中因疾病或其他个人原因无法完成者。当访谈到 12 名居家照护者时,达到信息饱和,停止访谈。访谈对象中男 4 名,女 8 名;年龄 34~70(48.5 \pm 11.2)岁;小学及以下 5 名,初中 3 名,高中 2 名,大专 2 名;照护时间 <1 年 4 名(3 个月、5 个月、8 个月、10 个月),1~ <3 年 4 名(1 年 8 个月、2 年 3 个月、2 年 4 个月、2 年 6 个月),3~ <5 年 2 名(3 年 6 个月、4 年), ≥ 5 年 2 名(7 年 8 个月、12 年)。

1.1.2 函询专家 2024 年 5—6 月,选取专家对量表初稿进行函询。纳入标准:从事老年护理、社区护理、老年康复、健康管理、养老管理,工作年限 ≥ 10 年;具有本科及以上学历;中级及以上职称;自愿参与本研究。剔除不能全程参与本研究的专家。共邀请 15 名专家参与函询,14 名专家完成 2 轮函询。14 名专家分别来自重庆市、四川省、北京市;其中男 3 人,女 11 人;年龄 32~61[42.0(35.5,55.5)]岁;工作年限 10~42[24.0(13.0,37.0)]年;正高级职称 5 名,副高级 6 名,中级 3 名;老年护理 8 名,健康管理 3 名,社区护理 2 名,康复护理 1 名。

1.1.3 调查对象 2024 年 7—10 月,选取重庆主城区失能老年人的居家照护者为研究对象,纳入和排除标准同质性访谈。《重庆市国土空间总体规划(2021—2035 年)》^[18]根据经济等因素将重庆主城区的 22 个区划分为中心城区、渝西地区和渝东新城 3 大区域。本研究采用分层随机抽样法,分别从 3 大区域中通过简单随机抽样法各抽取 1 个代表性城区,共 3 个城区。在每个城区内使用随机数字法各抽取 1 个镇街,共 3 个镇街。在每个抽中的镇街中,使用随

机数字法各抽取 2 个社区,共 6 个社区。通过社区网格员了解社区失能老年人的照护基本情况,选取符合条件的对象进行调查。探索性因子分析的样本量为条目数的 5~10 倍^[19],验证性因子分析所需样本量应 >200 ^[20]。本量表调查版共 28 个条目,另考虑 10%的缺失率,计算所需总样本量为 378~534。本研究共纳入居家照护者 489 人。男 79 人,女 410 人;年龄 20~81(55.02 \pm 16.14)岁;小学及以下 105 人,初中 182 人,高中 52 人,大专及以上 150 人;照护时间 <1 年 245 人,1~ <3 年 171 人,3~ <5 年 33 人, ≥ 5 年 40 人。采用 SPSS 软件将总样本按照随机选择个案方式分为 2 个样本集:样本集 1 进行项目分析、探索性因子分析和信度分析($n=229$),样本集 2 用于验证性因子分析($n=260$)。本研究已通过我院伦理委员会批准(2023-035),研究对象均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 理论依据及概念框架 本研究以自我决定理论(Self-Determination Theory, SDT)^[21]中的自主性及《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)^[22]作为量表构建的概念框架。自我决定理论由 Deci 等^[21]提出,是解释人类动机和行为的重要理论。该理论认为人类行为受自主性(Autonomy)、胜任力(Competence)和归属感(Relatedness)三大基本心理需求驱动。其中,自主性是指个体根据自身意愿和价值观进行选择 and 决策的需求。在失能老年人居家照护情境中,自主性支持体现为:尊重老年人的决策参与权、保持其日常生活习惯、提供生理功能补偿并维护人格尊严。这要求照护者采取支持性而非控制性的照护行为。ICF 是世界卫生组织于 2001 年发布的健康状况分类体系,提供了“身体功能-活动参与-环境因素”的多维度评估框架^[22]。

本研究将自我决定理论中的自主性与 ICF 的功能评估框架相结合,形成居家失能老年人照护者自主性照护实践的概念框架(见附件 1)。概念框架呈现“放射状”的分层结构:内层代表自主性内涵,包括决策参与、功能代偿、人格尊严和生活延续 4 个核心要素;外层展示 ICF 的 3 个维度,即身体功能、活动参与和环境因素;相关维度的连接点形成了具体的评估领域。这一框架既保持了理论的完整性,又充分考虑了中国文化情境下“家庭参与式自主”的特点。基于上述概念框架,结合文献分析和专家讨论,本研究将自主性照护定义为:在满足失能老年人基本生活保障与医疗保健需求的基础上,维护其决策参与、生活习惯延续、生理功能代偿性支持及人格尊严的综合性照护模式。

1.2.2 文献分析 采用文献分析法。中文检索词:失能;老人,老年,老年人;自主性照护;居家照护者,家庭照顾者。英文检索词:disabled, disability, people

with disabilities, physically disabled, frail/frail elderly, frail elders, frail older adults, functional impairment, functionally-impaired elderly, handicapped; aged, older, elderly, elders, seniors, older adults; autonomy care, autonomy-supportive care, self-directed care; home caregiver, domestic caregiver, family caregiver, informal caregiver, home carer. 检索中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、PubMed、Web of Science、BMJ Best Practice、UpToDate 等数据库。检索时限为建库至 2024 年 11 月,共检索到 12 477 篇文献。通过 EndNote 软件剔除重复文献,经过纳入、排除标准筛选及追踪其参考文献,最终纳入 19 篇文献。深入阅读纳入的文献,整理、提炼形成条目,系统收集并整理条目,依据概念框架,对条目进行汇总、分析和归纳,构建 29 个条目的量表初始条目池。

1.2.3 半结构式访谈 课题组在查阅文献并拟订初稿后,组织 4 名老年护理专家、2 名社区护理专家、1 名老年康复专家和 2 名社会学专家召开专家小组会议,确定半结构式访谈提纲。访谈提纲包括:①您在生活中经常帮助老年人完成哪些事?这些事您认为老年人实际可以独立或者在他人协助下完成吗?②老年人做哪些事您会以容易受伤或太麻烦为由而直接代劳或拒绝?③您认为老年人尽力完成自己能做或想做的事,对双方有什么影响?④您照护的老年人主动采取过哪些措施保持健康?如果不主动,您会如何应对?⑤您认为老年人主动保持健康的动力和阻碍因素是什么?对 12 名居家失能老年人照护者共访谈 252 min,转录 22 506 个字,采用定向内容分析法对转录的访谈记录进行分析编码。基于半结构式访谈,补充 2 个条目,修改 3 个条目,初步拟订居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表,包括 6 个维度(营养、休息和睡眠、清洁卫生、移动、社会活动、安全),共 31 个条目。

1.2.4 专家函询 采用电子邮件形式进行函询,邀请专家根据 Likert 5 级评分对量表条目的重要性、条目与所测量内容的相关性进行评价,每轮函询时间为 2 周,间隔时间为 2 周。以条目重要性评分均值 ≥ 3.5 和变异系数 ≤ 0.25 ,且满分率 $\geq 20\%$ 为条目纳入标准。结合专家意见及小组讨论对内容进行修改和增减。经过 2 轮专家函询后,专家意见趋于一致,结束专家函询。第 1 轮共发放 15 份,回收 14 份,有效回收率为 93.3%。第 2 轮发放 14 份,回收 14 份,有效回收率为 100.0%。2 轮专家的权威系数分别为 0.868、0.900,肯德尔和谐系数分别为 0.257、0.398 (均 $P < 0.05$),专家意见的协调程度较好。2 轮专家函询条目重要性评分的均值分别为 2.43~3.86 分、3.50~3.93 分,满分比分别为 14.3%~78.6%、57.1%~85.7%,变异系数分别为 0.11~0.30、0.17~0.25。结合 2 轮专家函询建议及课题组讨论后,共修改 1 个维

度名称,删除 2 个条目,增加 2 个条目,将 5 个条目合并为 2 个条目,修改 2 个条目。最终修订后量表包含营养、休息和睡眠、清洁和修饰、移动、安全、社会活动 6 个维度,共 28 个条目。

1.2.5 预调查 2024 年 6 月,采用方便抽样法,在重庆市渝中区大坪街道某社区选取 30 名居家失能老年人照护者进行预调查,记录填写量表所用时间,并收集受试者对条目的反馈意见。30 名居家照护者完成量表的时间为 4.93~13.20(5.88 \pm 1.29) min。居家照护者均表示量表内容通俗易懂、无歧义,故未对量表进行修改。对量表的整体结构和内容再次进行审核后,仍维持 6 个维度、28 个条目。

1.2.6 正式调查 调查工具包括自行编制的一般情况调查表、居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表 2 部分。一般情况调查表包括性别、年龄、文化程度、收入状况、照护时间、老年人失能程度、自主性培训、自主性了解程度、适老化改造等。居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表包括 6 个维度,28 个条目,各条目采用 Likert 5 级评分,从“从不”至“总是”依次计 1~5 分。量表总分 28~140 分,得分越高表示居家照护者为失能老年人提供的自主性照护实践水平越高。调查前,对 5 名老年护理方向的研究生开展统一培训。鉴于居家照护者在年龄与文化程度上存在差异,研究生需熟练掌握与居家照护者的沟通技巧,并熟知正式测验过程中可能出现的问题。由调查对象自行填写量表,对于文化程度低、视力受限等无法自行填写量表的调查对象,可由调查人员口述,调查对象理解后予以代填。所有问卷当场发放并回收,资料整理与录入采取双人协同合作方式,严格执行复查制度以确保数据的准确性。正式调查时,对同意参与重测的 30 名居家照护者留存联系方式,并于正式调查 2 周后进行再次调查,计算量表的重测信度。

1.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 和 AMOS27.0 软件进行数据分析。对缺失值小于 15% 的数据采用多重插补法处理。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,计数资料采用频数、百分比描述。专家函询的可靠性通过积极系数、权威系数、肯德尔和谐系数评价;量表效度采用因子分析、内容效度指数评价;信度采用 Cronbach's α 系数、Spearman-Brown 折半信度、重测信度评价。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 项目分析 ①临界比值法:对调查对象的总分从高至低排序,运用独立样本 t 检验比较高分组(得分前 27%)和低分组(得分后 27%)的差异,各条目决断值均 > 3.00 ($t = 7.694 \sim 22.202$, 均 $P < 0.001$)。②相关系数法:对每个条目得分和量表总分进行 Pearson 相关性分析,相关系数的绝对值 0.584~

0.894(均 $P < 0.001$)。③Cronbach's α 系数法:量表总的 Cronbach's α 系数为 0.944,删除量表中的任何 1 个条目均未见 Cronbach's α 增加。④离散趋势法:各条目得分的标准差(1.192~1.444),均 > 0.80 。综合上述方法,未删除条目。

2.2 效度分析

2.2.1 结构效度

2.2.1.1 探索性因子分析 采样充足度 KMO 测定和 Bartlett 球形检验结果显示,KMO=0.895,Bartlett's 球形检验的 $\chi^2 = 2\,703.509, P < 0.001$,表明适宜进行因子分析。采用主成分分析法和最大方差正交旋转法提取公因子,基于量表理论框架预设的 6 个维度,并且碎石图在第 6 个因子后坡度明显趋于平缓,因此限定提取特征值 > 1 的公因子 6 个,累计方差贡献率为 76.142%。各条目因子载荷为 0.738~0.853(均 > 0.4),无双重载荷现象,条目归属与量表

初始结构吻合。6 个公因子分别命名为营养(5 个条目)、休息和睡眠(5 个条目)、清洁和修饰(6 个条目)、移动(4 个条目)、安全(4 个条目)、社会活动(4 个条目),见表 1。

2.2.1.2 验证性因子分析 以探索性因子分析提取的 6 个公因子作为潜变量,28 个条目作为观察变量,采用最大似然估计法进行模型拟合,构建一阶 6 因子模型,结果显示, $\chi^2/df = 1.174, GFI = 0.830, CFI = 0.977, TLI = 0.974, IFI = 0.978, RMSEA = 0.037, SRMR = 0.046$,模型拟合在可接受范围内。6 因子标准化路径图见附件 2。

2.2.2 量表聚合效度与区分效度指标 见表 2。

2.2.3 内容效度 量表条目水平的内容效度指数(ICVI)为 0.875~1.000,量表平均水平的内容效度指数(S-CVI/Ave)为 0.931。

2.3 量表总体和各维度的信度 见表 3。

表 1 居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表的因子载荷($n = 229$)

条目	清洁和修饰	营养	休息和睡眠	社会活动	安全	移动
A1 失能老年人能选择进食/饮水的类型和量	0.183	0.833	0.176	0.134	0.101	0.075
A2 失能老年人能选择进食/饮水的时间和频次	0.157	0.794	0.197	0.127	0.155	0.208
A3 失能老年人能独立或在必要时接受协助,完成将饭菜送入口、咀嚼、吞咽等进食步骤	0.206	0.777	0.158	0.096	0.173	0.170
A4 在现有饮食的基础上,失能老年人能选择增加其他营养品	0.149	0.815	0.214	0.131	0.124	0.091
A5 对于具有营养不良风险的失能老年人,他们能参与决定安置胃管、空肠管或静脉输入营养液	0.155	0.820	0.107	0.137	0.125	0.108
B1 失能老年人能自己选择睡眠环境,包括安静的环境及适宜的光线、温度等	0.185	0.278	0.802	0.011	0.144	0.168
B2 失能老年人能选择睡眠的时间及时长	0.175	0.202	0.842	0.062	0.120	0.202
B3 失能老年人能选择暂停照护/活动进行休息	0.185	0.176	0.758	0.158	0.048	0.217
B4 失能老年人能选择睡前活动,如阅读、看电视等	0.260	0.270	0.747	0.065	0.013	0.194
B5 对于入睡困难的失能老年人,他们能参与决定使用助眠措施或睡眠药	0.135	0.014	0.773	0.109	0.148	0.216
C1 失能老年人能独立或在必要时接受协助,完成日常身体清洁及修饰,包括沐浴、盆浴、坐浴、床上洗头、床上擦浴及洗脸、刷牙、梳头、刮脸、修剪指(趾)甲等	0.783	0.183	0.139	0.101	0.151	0.208
C2 失能老年人能选择日常身体清洁的时间和频次	0.818	0.137	0.078	0.154	0.224	0.137
C3 失能老年人能选择服饰类型	0.738	0.207	0.219	0.172	0.094	0.177
C4 失能老年人能独立或在必要时接受协助,完成穿(脱)衣	0.767	0.163	0.157	0.237	0.039	0.215
C5 对于大/小便失禁的失能老年人,他们能参与决定使用纸尿裤、尿管或安置尿管	0.745	0.195	0.227	0.174	0.104	0.124
C6 失能老年人能独立或必要时接受协助,完成在厕所、床上或床边排便	0.754	0.098	0.213	0.218	0.080	0.136
D1 失能老年人能选择使用辅助移动器具的类型	0.189	0.188	0.310	0.165	0.118	0.748
D2 失能老年人在移动过程中能选择使用辅助移动器具	0.278	0.189	0.242	0.184	0.012	0.767
D3 失能老年人能选择居住楼层或楼栋以外的活动范围	0.304	0.127	0.286	0.181	0.076	0.744
D4 失能老年人能独立或在必要时接受协助,进行室内或室外的移动	0.190	0.170	0.243	0.169	0.158	0.791
E1 失能老年人能选择使用智能定位/安全监测设备	0.113	0.189	0.235	0.032	0.778	0.057
E2 失能老年人能独立保管并使用个人钱财/物品	0.172	0.138	0.031	0.003	0.838	0.092
E3 失能老年人能独立保管并正确使用常规药物	0.145	0.134	0.066	0.023	0.853	0.150
E4 对于具有发生意外事件风险的失能老年人,他们能参与决定使用身体保护性/约束性措施	0.060	0.092	0.067	0.163	0.844	0.011
F1 失能老年人能选择参与集体活动	0.176	0.034	0.092	0.845	0.037	0.118
F2 失能老年人能选择交往/接触的对象	0.183	0.081	0.149	0.842	0.075	0.210
F3 失能老年人能独立或在必要时接受协助,完成购买日常生活必需品	0.290	0.236	0.082	0.770	0.027	0.114
F4 失能老年人能独立或在必要时接受协助,处理社会事务或进行社会活动,如外出办事等	0.212	0.275	0.023	0.803	0.116	0.144
特征值	11.303	2.621	2.406	2.086	1.674	1.230
累计方差贡献率(%)	15.617	29.880	43.553	54.742	65.697	76.142

表 2 量表聚合效度与区分效度

项目	相关系数						AVE	AVE平方根	组合信度
	营养	休息和睡眠	清洁和修饰	移动	安全	社会移动			
营养	1.000						0.707	0.841	0.924
休息和睡眠	0.535	1.000					0.687	0.829	0.916
清洁和修饰	0.513	0.532	1.000				0.663	0.814	0.921
移动	0.503	0.649	0.623	1.000			0.709	0.842	0.907
安全	0.401	0.330	0.384	0.325	1.000		0.655	0.809	0.884
社会活动	0.445	0.338	0.561	0.519	0.243	1.000	0.696	0.834	0.901

表 3 量表总体和各维度的信度

项目	条目数	Cronbach's α 系数	折半信度	重测信度
营养	5	0.923	0.878	0.920
休息和睡眠	5	0.913	0.882	0.945
清洁和修饰	6	0.922	0.926	0.945
移动	4	0.906	0.918	0.921
安全	4	0.883	0.900	0.843
社会活动	4	0.901	0.881	0.938
总体	28	0.944	0.857	0.981

3 讨论

3.1 量表研制过程科学严谨 本研究以自我决定理论中的自主性及 ICF 作为量表构建的概念框架,系统地构建了居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表。研究过程中,严格依照科学原则与流程开展相关工作。按照规范的文献分析与半结构式访谈拟定量表初稿,而后采用德尔菲专家函询法对初稿进行修订。参与本次函询中的 14 名专家均具有丰富的老年人照护经验;2 轮专家函询的积极系数分别为 93.3% 和 100%,说明专家具有较高的积极性;专家权威系数为 0.868、0.900,肯德尔和谐系数分别为 0.257、0.398(均 $P < 0.05$),函询结果可靠,专家意见集中程度较好。课题组依据专家建议开展多次讨论,对量表条目予以修订。通过对 30 名居家照护者进行预调查以及对 489 名居家照护者的大样本调查,再经过项目分析及信效度检验得以进一步优化,从而保证了量表的科学性与可靠性。

3.2 量表具有较好的信效度 信度反映量表的可靠性和稳定性^[23]。本研究量表的 Cronbach's α 系数为 0.944,折半信度为 0.857,表明该量表的内部一致性信度较好^[24]。同时,量表的重测信度为 0.981,表示量表具有跨越时间稳定性较高^[24]。效度反映量表的有效性和正确性^[25]。本量表的 I-CVI 为 0.875~1.000,S-CVI/Ave 为 0.931,量表内容效度较好,证明专家普遍认可量表条目能够准确反映居家失能老年人照护者自主性照护实践能力。量表的各维度 AVE 值均 > 0.500 ,组合信度值均 > 0.600 ,且各维度的 AVE 平方根值大于与其他维度相关系数的绝对值,表明该量表具有良好的聚合效度和区分效度。探索性因子分析共提取 6 个特征值 > 1 的公因子,与原设定维度一致;累计方差贡献率为

76.142%,反映了量表所包含的信息能够较为全面地覆盖居家失能老年人照护者自主性照护实践的核心维度;各条目因子载荷均 > 0.4 ,无多重载荷,说明量表的结构稳定性较好。验证性因子分析结果表明量表的模型拟合度较好,说明量表具有良好的结构效度。此外,各条目与总量表的相关系数为 0.584~0.894($P < 0.05$),证实该量表的同质性较好,能够一致地评估居家失能老年人照护者自主性照护实践情况。

3.3 量表具有较好的可操作性 本量表条目数量适中,内容表达通俗易懂,易于调查对象填写(预调查中平均完成时间为 5.88 min),现实可操作性强。本研究以自我决定理论中的自主性内涵及 ICF 作为量表构建的概念框架,将其重要内涵及相关理念融入量表,转化为可观测的居家自主性照护行为指标。“失能老年人能独立或在必要时接受协助,完成将饭菜送入口、咀嚼、吞咽等进食步骤”“对于入睡困难的失能老年人,他们能参与决定使用助眠措施或睡眠药”等条目关注照护者支持失能老年人的基本身体功能及健康状况管理的情况;“失能老年人能选择进食/饮水时间和频次”“失能老年人能选择交往/接触的对象”等条目量化照护者对失能老年人在日常活动和社区参与中维持自主性的能力;“失能老年人能选择使用辅助移动器具”“失能老年人能选择使用智能定位/安全监测设备”等条目反映了照护者维护失能老年人功能代偿及人格尊严的能力。本量表从营养、休息和睡眠、清洁和修饰、移动、安全、社会活动 6 个维度全面评估居家照护者自主性照护实践水平,能够为提升我国居家失能老年人自主性照护质量及个性化干预方案提供依据。

4 结论

本研究编制的居家失能老年人照护者自主性照护实践评估量表包括营养、休息和睡眠、清洁和修饰、移动、安全、社会活动 6 个维度,共 28 个条目,量表具有良好的信效度,能够有效地评估居家照护者自主性照护实践水平。本研究存在的局限性:①鉴于该量表目前尚未存在合适的量表作为效标,故未进行效标关联度验证;②研究对象集中于重庆市,使区域代表性受限。未来可开展多中心、大样本的调

查研究,扩大研究对象的选取范围,涵盖不同省份、不同地域特征的人群,以增强量表的地区代表性,从而对该量表进行优化,以便在老年护理领域得到广泛的应用。

附件 1 居家失能老年人照护者自主性照护实践的概念框架
附件 2 6 因子标准化路径图
请用微信扫码查看



附件 1 概念框架



附件 2 标准化路径图

参考文献:

[1] Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, et al. Older people's perceived autonomy in residential care: an integrative review[J]. *Nurs Ethics*, 2021, 28(3): 414-434.

[2] Gebremariam K M, Sadana R. On the ethics of healthy ageing: setting impermissible trade-offs relating to the health and well-being of older adults on the path to universal health coverage[J]. *Int J Equity Health*, 2019, 18(1): 140.

[3] Krings M F, van Wijngaarden J, Yuan S, et al. China's Elder Care Policies 1994-2020: a narrative document analysis[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(10): 6141.

[4] Woolford M H, de Lacy-Vawdon C, Bugeja L, et al. Applying dignity of risk principles to improve quality of life for vulnerable persons[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2020, 35(1): 122-130.

[5] Schenell R, Ozanne A, Strang S, et al. Balancing between maintaining and overriding the self: staff experiences of residents' self-determination in the palliative phases[J]. *Int J Older People Nurs*, 2019, 14(4): e12255.

[6] Rudnicka E, Napierala P, Podfigurna A, et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing[J]. *Maturitas*, 2020, 139: 6-11.

[7] 中国老龄科学研究中心. 第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查基本数据公报[EB/OL]. (2024-10-17)[2025-03-22]. <http://www.crca.cn/index.php/19-data-resource/life/1117-2024-10-17-08-01-05.html>.

[8] 孙榕, 郑秉文. 养老金融应重点投向居家和社区养老[N/OL]. *金融时报*, https://www.financialnews.com.cn/2024-10/23/content_410602.html.

[9] Huang V, Fiocco A J. Measuring perceived receipt of filial piety among Chinese middle-aged and older adults[J]. *J Cross Cult Gerontol*, 2020, 35(2): 195-208.

[10] Pourgholam N, Shoghi M, Borimnejad L. Patients' lived experiences of the paternalistic care behavior: a qualita-

tive study[J]. *J Caring Sci*, 2022, 11(3): 163-171.

[11] Heide S K. Autonomy, identity and health: defining quality of life in older age[J]. *J Med Ethics*, 2022, 48(5): 353-356.

[12] Fang W, Phung H, Olley R, et al. The major domains of comprehensive assessment tools for older adults requiring home-based aged care services: a systematic review[J]. *Healthcare (Basel)*, 2024, 12(23): 2468.

[13] 张虹, 沈军, 贾倩颖, 等. 主动健康视角下养老机构失能老年人“给予式照护”困境的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(22): 2761-2768.

[14] Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization[J]. *Qual Quant*, 2018, 52(4): 1893-1907.

[15] 姚兆余, 陈日胜, 蒋浩君. 家庭类型、代际关系与农村老年人居家养老服务需求[J]. *南京大学学报(哲学·人文科学·社会科学)*, 2018, 55(6): 34-42.

[16] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 老年人能力评估规范[S]. 北京: 中国社会科学出版社, 2022: 1-7.

[17] 余华, 许虹, 楼妍, 等. 美国英国及澳大利亚家庭照顾者支持项目的比较[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(8): 93-96.

[18] 重庆市规划和自然资源局. 重庆市国土空间总体规划(2021-2035年)[EB/OL]. (2024-06-18)[2025-03-21]. https://www.cq.gov.cn/zwgk/zfxxgkzl/fdzdgknr/ghxx/gtkjgh/202406/t20240618_13606059.html.

[19] 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: 61, 167.

[20] 吴明隆. 结构方程模型: AMOS 的操作与应用[M]. 2 版. 重庆: 重庆大学出版社, 2010: 37, 52-53.

[21] Deci E L, Ryan R M. Self-determination Theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness[M]. New York: Guilford Press, 2017: 10-11.

[22] World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF [R]. Geneva: World Health Organization, 2001.

[23] 李灿, 辛玲. 调查问卷的信度与效度的评价方法研究[J]. *中国卫生统计*, 2008, 25(5): 541-544.

[24] 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: 226-244.

[25] 史静琚, 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.

(本文编辑 赵梅珍)