

• 论 著 •

治疗依从性问卷在精神分裂症患者中的信效度及测量等值性检验

张灵慧, 陈宇斌, 周郁秋, 宇虹, 张佳媛, 李棋

(哈尔滨医科大学 护理学院, 黑龙江 大庆 163319)

【摘要】目的 对治疗依从性问卷(treatment adherence questionnaire, TAQ)进行汉化, 并检验其在精神分裂症(schizophrenia, SZ)患者中的信效度及测量等值性。方法 经正译、回译、文化调试和预调查后, 形成中文版治疗依从性问卷。采用便利抽样法选取 2023 年 8—11 月黑龙江省某三级甲等精神专科医院收治的 252 例 SZ 患者正式进行调查, 并检验其信效度和测量等值性。结果 中文版 TAQ 包括 3 个维度(治疗维持、随访与治疗参与、目标与责任)共 16 个条目。内容效度为 0.857~1.000, 问卷得分与药物依从性量表呈正相关($r=0.581\sim0.771$, 均 $P<0.01$); 量表的 Cronbach's α 系数为 0.931, 分半信度为 0.842。群组验证性因素分析表明, 治疗依从性具有跨性别、跨年龄和跨病程的测量等值性。结论 中文版 TAQ 具备良好信效度, 可作为我国 SZ 患者治疗依从性的测量工具。

【关键词】精神分裂症; 问卷; 治疗依从性; 信度; 效度

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.01.013

【中图分类号】R473.74 【文献标识码】A 【文章编号】2097-1826(2025)01-0050-05

Reliability and Validation of the Treatment Adherence Questionnaire Among Schizophrenia Patients and Measurement Invariance Test

ZHANG Linghui, CHEN Yubin, ZHOU Yuqiu, YU Hong, ZHANG Jiayuan, LI Qi (Department of Nursing, Harbin Medical University, Daqing 163319, Heilongjiang Province, China)

Corresponding author: ZHOU Yuqiu, Tel: 0459-8153066

【Abstract】Objective To provide the Chinese version of the Treatment Adherence Questionnaire, and to assess its reliability, validity, and measurement invariance among schizophrenia patients. Methods The Chinese version of the Treatment Adherence Questionnaire was formed after translation, back-translation, cultural adaptation, and pre-survey. The convenience sampling method was used to select 252 schizophrenia patients from a tertiary A psychiatric hospital in Heilongjiang Province from August to November 2023 for formal investigation. Its reliability, validity and measurement invariance were examined. Results The Chinese version of the TAQ consisted of 16 items across 3 dimensions: treatment maintenance, follow-up and treatment participation, and goal and responsibility. The content validity index ranged from 0.857 to 1.000, and the scale scores were positively correlated with the Medication Adherence Rating Scale ($r=0.581-0.771$, all $P<0.01$). The Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.931, and the split-half reliability was 0.842. Cohort confirmatory factor analysis indicated that treatment adherence had measurement invariance across gender, age, and disease duration. Conclusions The Chinese version of the Treatment Adherence Questionnaire exhibits strong reliability and validity, making it a suitable tool for assessing treatment adherence of Chinese patients with schizophrenia.

【Key words】schizophrenia; scale; treatment adherence; reliability; validity

[Mil Nurs, 2025, 42(01): 50-54]

精神分裂症(schizophrenia, SZ)是一种依赖于长期持续治疗的重型精神障碍^[1]。治疗依从性指患者遵循医疗及护理方案的程度和配合度^[2]。良好的依

从性能够改善临床症状, 降低复发率, 提高患者预后和生活质量^[3]。然而, 由于认知功能受损及自知力缺乏等因素, SZ 患者治疗不依从率高达 58%^[4]。准确评估治疗依从性助于临床决策优化和干预措施设计^[5]。国内对 SZ 患者依从性评估局限于药物依从性, 无法反映其整体依从性状况^[1]。国外已开发用于精神障碍患者的治疗依从性问卷(treatment adherence questionnaire, TAQ), 并在研究中证实其具有良好的

【收稿日期】2024-07-09 【修回日期】2024-12-27

【基金项目】国家自然科学基金项目(72074063); 哈尔滨医科大学研究生科研和实践创新项目(YJSCX2023-300HYD)

【作者简介】张灵慧, 硕士在读, 电话: 0459-8153066

【通信作者】周郁秋, 电话: 0459-8153066

信效度,能较为全面地反映患者治疗过程中的依从性状况^[5-6]。本研究旨在对 TAQ 进行汉化,并在我国 SZ 患者中进行信效度检验;同时,通过测量等值性检验(measurement invariance test, MIT),评估其在不同特征亚组间的测量稳定性^[7],从而为临床及护理研究者提供可靠的 SZ 患者治疗依从性评估工具。

1 资料与方法

1.1 量表介绍 TAQ 是 Ahmadizadeh 等^[5]于 2019 年基于概念分析和混合模型法开发的自评量表,旨在全面评估精神障碍患者的治疗依从性。TAQ 包括治疗维持、随访和治疗参与、目标和责任 3 个维度共 17 个条目,其中 4 个条目为反向计分^[5]。采用 Likert 5 级评分法,从“从不”到“总是”依次计 1~5 分,总分范围为 17~85,得分越高表明治疗依从性水平越高。TAQ 的 Cronbach's α 系数为 0.92^[5],在国外精神障碍患者中具有良好的信效度^[6]。

1.2 量表汉化及文化调试

1.2.1 量表的汉化 经原作者授权后,遵循 Brislin 模型^[8]对量表进行汉化。(1)正译:由 1 名硕士和 1 名博士将原量表独立翻译为中文,译者专业均为护理学且通过大学英语六级考试,研究者对 2 份中文翻译进行比较并对不同之处商讨整合后形成正译稿。(2)回译:由未接触过原量表的 1 名从事精神科研究和临床工作的护理硕士和 1 名从事护理心理学教研且具有海外访学经历的护理博士独立将一稿回译为英文,研究者对其进行对比整理,不同处与回译者讨论,经课题组会议讨论后形成回译稿。(3)综合:由所有参与汉化的译者及研究者讨论,并邀请 1 名英语专业八级且具有副高级职称的英语硕士教师对所有翻译审核后,咨询量表原作者,最后召开课题组会议对分歧处进行商讨修订,整合形成中文版 TAQ 初稿。

1.2.2 文化调试 邀请精神病学、心理学和护理学领域共 7 名专家对中文版 TAQ 初稿条目进行逐一评分建议。专家年龄 34~45 岁,平均(40.43±4.16)岁;工作年限 9~23 年,平均(14.86±5.43)年;男性 3 名、女性 4 名;精神科主任 3 名、心理学教师 1 名、心理咨询师 1 名、护理专家 2 名;硕士 4 名、博士 3 名;高级职称 4 名、副高级职称 3 名。形成中文版 TAQ 预调查稿。修改内容:条目 1“出现并发症时”改为“出现病情波动时”;条目 2“我没有去看医生就更更新处方”改为“我没有去看医生就更改用方案”;条目 3“我买了医生开的全部药物”,专家提出我国治疗过程中,医生处于“权威”地位,患者大多被动接受,按照就医流程患者都会购买医生开具的药物,不具有区分度,考虑删除;条目 4“我在旅游、参加聚会

或离开家时会随身携带药物”改为“我外出时会随身携带药物”;条目 5“每当我觉得药物不够有帮助时,我会没有咨询医生就停药”改为“每当我觉得药物不够有效时,我会在未经医生同意的情况下停药”;条目 7“我曾因治疗计划调整了日常安排”改为“我曾为了看病调整了我自己的日常安排(例如生活、学习和工作等)”;条目 15“我只去看自己的医生,不去看其他医生”改为“我每次看病或者咨询只找同一位医生”;条目 17“我参加与我的疾病相关的课程”改为“我关注与我疾病相关的信息”。

1.2.3 预调查 采用便利抽样法选取黑龙江省某三级甲等精神卫生中心门诊和病房各 15 例 SZ 患者,共 30 例。纳入标准:符合国际疾病分类编码第 10 版诊断标准^[9];处于临床缓解标准,近 1 个月症状稳定^[10];能够理解量表内容;配合良好。排除标准:攻击倾向;合并其他精神疾病、严重躯体疾病或神经系统疾病;近期参与其他研究。收集整理患者填表感受及改进意见,经课题组会议讨论并咨询专家及量表原作者后,对条目进一步优化,形成中文版 TAQ 终稿,见表 1。

表 1 中文版治疗依从性问卷

维度	条 目
治疗维持	1.出现病情波动时,我会向医护人员寻求帮助
	2.我没有去看医生就更改用方案
	3.我外出时会随身携带药物
	4.每当我觉得药物不够有效时,我会在未经医生同意的情况下停药
	5.在过去的 1 个月里,当我感觉病情得到缓解就减少/停止服药
随访与治疗参与	6.在过去的 1 个月里,我曾为了看病调整了我自己的日常安排(例如生活、学习和工作等)
	7.在过去的 1 个月里,坚持正确遵医嘱治疗对我来说很重要
	8.我很好地履行了我为治疗所承担的责任
	9.我对每个治疗过程都设定特定目标
	10.在过去的 1 个月里,我有明确的计划和目标来康复我的疾病
目标与责任	11.在过去的 1 个月里,我一直在接受非药物治疗(心理治疗等)
	12.我按时去复诊
	13.在过去的 1 个月里,我需要别人来提醒我按计划进行治疗(例如服药,看病或检查)
	14.我每次看病或咨询只找同一位医生
	15.我积极配合医生对我的治疗,并说出我的想法
	16.我关注与我的疾病相关的信息

1.3 信效度检验

1.3.1 研究对象 2023 年 8—11 月,采用便利抽样法选取黑龙江省某三级甲等专科医院 1 个开放病房和 7 个封闭病房的 SZ 患者进行调查,纳排标准同预

调查。根据样本量为条目数 5~10 倍原则计算,考虑无效量表 20.00%,估算得样本量至少 100~200 例^[11]。本研究已获医科大学伦理委员会审批(HMUDQ20231116216),研究对象自愿参与并签署知情同意书。

1.3.2 研究工具 (1)一般资料调查表:包括性别、年龄、婚姻状况、户籍、工作、教育程度及病程等;(2)中文版 TAQ;(3)药物依从性量表 (medication adherence rating scale, MARS):2008 年由 Fialko 等^[12]开发的旨在评估 SZ 患者药物依从性的单维度自评量表,共 10 个条目;均为是非题,除第 7、8 个条目选择“是”计 1 分外,其他条目选择“否”均计 1 分,得分越高代表依从性越好。该量表在 SZ 患者中的 Cronbach's α 系数为 0.800^[11],本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.866。

1.3.3 资料收集 由 2 名经培训的研究者现场进行问卷调查,对无法填写或有疑问的患者,提供口头指导和解释。问卷填写时间控制在 15~20 min。实际发放问卷 260 份,回收有效问卷 252 份,问卷的有效回收率为 96.923%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 25.0、AMOS 24.0 统计软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以频数和百分比描述。信度检验采用 Cronbach's α 系数和分半信度评估。内容效度通过条目水平内容效度指数(item-level content validity index, I-CVI),全体一致性效度指数(scale-level-content validity index/universal agreement, S-CVI/UA)和平均内容效度指数(scale-level-content validity index/Ave, S-CVI/Ave)评估,结构效度通过探索性因子分析(exploratory factor analysis, EFA)和验证性因子分析(confirmatory factor analysis, CFA)检验。效标效度通过计算与 MARS 的相关系数评估。MIT 分析 TAQ 在不同群体或条件中是否具有一致性和比较性^[7]。

2 结果

2.1 一般资料 252 例 SZ 患者,男 134 例(53.175%),女 118 例(46.825%);年龄 16~76 岁,平均(46.69 $\pm$ 12.60)岁,其中 $\leq$ 45 岁 109 例(43.254%), $>$ 45 岁 143 例(56.746%);已婚 50 例(19.841%),单身 127 例(50.397%),离异 75 例(29.762%);户籍:城镇 163 例(64.683%),农村 89 例(35.317%);有工作 87 例(34.524%),无工作 158 例(62.698%),学生 7 例(2.778%);教育程度:小学及以下 38 例(15.079%),初中 158 例(62.698%),大专及以上 56 例(22.222%);病程 $\leq$ 15 年 100 例(39.683%), $>$ 15 年 152 例(60.317%)。

2.2 项目分析 (1)校正后的题总相关法:3 个维度

各项目校正后的题总相关为 0.581~0.794,0.782~0.825 和 0.481~0.747,均 $P<0.01$ 。(2)决断值法:根据被试在各维度得分的前后各 27.000%^[11]处高低分组,以独立样本 t 检验比较各项目高低分组的得分(均 $P<0.01$),见表 2。

表 2 校正后的题总相关(r)、独立样本 t 检验和探索性因素分析结果

条目	条目得分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	r	t	Cronbach's α 系数*	维度		
					治疗 维持	随访与 治疗参与	目标 与责任
1	2.89 $\pm$ 1.22	0.737 ^a	19.380 ^a	0.926	0.740	—	—
2	2.96 $\pm$ 1.53	0.693 ^a	30.283 ^a	0.923	0.742	—	—
3	2.27 $\pm$ 1.32	0.581 ^a	15.374 ^a	0.924	0.658	—	—
4	3.36 $\pm$ 1.45	0.794 ^a	28.637 ^a	0.926	0.848	—	—
5	2.95 $\pm$ 1.48	0.775 ^a	25.501 ^a	0.926	0.839	—	—
6	2.63 $\pm$ 1.19	0.793 ^a	23.388 ^a	0.926	—	0.781	—
7	2.96 $\pm$ 1.42	0.825 ^a	35.581 ^a	0.927	—	0.710	—
8	2.96 $\pm$ 1.33	0.782 ^a	24.120 ^a	0.930	—	0.674	—
9	2.27 $\pm$ 1.28	0.824 ^a	20.901 ^a	0.927	—	0.861	—
10	2.25 $\pm$ 1.32	0.824 ^a	22.020 ^a	0.927	—	0.870	—
11	2.87 $\pm$ 1.10	0.710 ^a	19.717 ^a	0.928	—	—	0.807
12	2.99 $\pm$ 1.30	0.705 ^a	19.890 ^a	0.927	—	—	0.721
13	2.78 $\pm$ 1.27	0.481 ^a	12.907 ^a	0.930	—	—	0.472
14	3.01 $\pm$ 1.36	0.491 ^a	13.251 ^a	0.932	—	—	0.688
15	3.14 $\pm$ 1.25	0.747 ^a	23.169 ^a	0.924	—	—	0.666
16	2.62 $\pm$ 1.29	0.696 ^a	19.145 ^a	0.927	—	—	0.728

a: $P<0.01$; * 逐一剔除各个项目后量表的 Cronbach's α 系数

2.3 效度检验

2.3.1 内容效度 根据专家评价结果计算, I-CVI 为 0.857~1.000; S-CVI/UA 为 0.875; S-CVI/Ave 为 0.982。

2.3.2 结构效度 EFA 揭示 TAQ 初始结构, Kaiser-Meyer-Olkin 测量值为 0.913, Bartlett 球度 χ^2 值为 2920.934 ($P<0.01$)。最大方差法进行主成分分析,确定 3 个因素,解释 66.130%的总方差。CFA 检验 3 因素模型的拟合优度。结果良好,详见表 3。

表 3 验证性因素分析结果

模型	χ^2/df	RMSEA	SRMR	CFI	IFI	TLI
三因素模型	1.976	0.066	0.052	0.960	0.960	0.952
性别						
男	1.961	0.085	0.074	0.930	0.931	0.915
女	1.659	0.075	0.052	0.955	0.955	0.946
年龄						
低($\leq$ 45)	1.853	0.079	0.059	0.942	0.942	0.930
高($>$ 45)	1.668	0.069	0.066	0.949	0.950	0.939
病程						
短($\leq$ 15)	1.870	0.084	0.060	0.936	0.937	0.923
长($>$ 15)	1.695	0.068	0.062	0.952	0.952	0.942

注:RMSEA: 均方根残差(root mean square error of approximation, RMSEA), 标准化均方根残差(standardized root mean square residual, SRMR), 比较拟合指数(comparative fit index, CFI), 增量拟合指数(incremental fit index, IFI), 非规范拟合指数(tucker-lewis index, TLI)

2.3.3 效标效度 采用 MRAS 检验 TAQ 的聚合效度。结果见表 4,TAQ 各维度均与服药依从性均呈正相关(均 $P<0.01$)。

表 4 TAQ 与 MARS 间相关系数(r)

变量	治疗维持	随访与治疗参与	目标与责任	MRAS
治疗维持	—	—	—	—
随访与治疗参与	0.618 ^a	—	—	—
目标与责任	0.581 ^a	0.670 ^a	—	—
MRAS	0.771 ^a	0.657 ^a	0.655 ^a	0.866 [#]

a: $P<0.01$;#:本研究中 MRAS 的 Cronbach's α 系数

2.4 信度检验 中文版 TAQ 的 Cronbach's α 系数为 0.931,各维度 Cronbach's α 系数分别为 0.865、

0.927 和 0.849,分半信度为 0.842,见表 2。

2.5 测量等值性 采用 Howard 等^[13]的年龄分组方法,将年龄以 45 岁为界划分为低和高 2 个年龄组;借鉴 Xiao 等^[14]的病程分组标准,将病程以 15 年为界分为短和长 2 个病程组。性别、病程及年龄分组的 CFA 结果见表 3。MIT 比较基线模型与嵌套模型拟合度差异来分析,除常用的 χ^2 、拟合度指标(goodness-of-fit index,GFI)、CFI 和 RMSEA 等拟合指数外,还使用增量拟合指标评估模型间的差异^[7],结果表明,各嵌套模型比较中的 $\Delta GFI<0.020$ 和 $\Delta CFI<0.010$ (见表 5),说明 TAQ 具备跨性别、跨年龄和跨病程的测量等值性。

表 5 测量等值性检验结果

Model	Type	χ^2	df	GFI	CFI	RMSEA	ΔGFI	ΔCFI
性别								
TAQ	Model 1	397.10 ^a	201	0.836	0.930	0.062	—	—
	Model 2	415.01 ^a	214	0.829	0.929	0.061	-0.007	-0.001
	Model 3	429.90 ^a	220	0.824	0.926	0.062	-0.012	-0.004
	Model 4	488.47 ^a	236	0.817	0.921	0.065	-0.019	-0.009
年龄								
TAQ	Model 1	360.28 ^a	201	0.852	0.943	0.056	—	—
	Model 2	374.43 ^a	214	0.846	0.942	0.055	-0.006	-0.001
	Model 3	387.19 ^a	220	0.842	0.940	0.055	-0.010	-0.003
	Model 4	411.95 ^a	236	0.835	0.937	0.055	-0.017	-0.006
病程								
TAQ	Model 1	360.19 ^a	201	0.855	0.943	0.062	—	—
	Model 2	378.03 ^a	214	0.850	0.941	0.061	-0.005	-0.002
	Model 3	391.70 ^a	220	0.849	0.939	0.065	-0.006	-0.004
	Model 4	430.36 ^a	236	0.846	0.936	0.067	-0.009	-0.007

a: $P<0.01$;Model 1:基线模型,各参数自由估计;Model 2:Model 1 基础上,限制组间因素载荷相等;Model 3:Model 2 基础上,限制组间因素方差-协方差相等;Model 4:Model 3 基础上,限制组间测量残差相等;自由度(degree of freedom,df)

3 讨论

3.1 中文版 TAQ 的信效度评价 信度用于测量量表可靠程度。中文版 TAQ 总体和各维度 Cronbach's α 系数、分半信度均 >0.800 ,与原量表结果相近,具备较好内部一致性和稳定性^[5]。效度用于评估量表准确测量目标对象的程度。中文版 TAQ 的 I-CVI、S-CVI/UA、S-CVI/Ave 均大于 0.800,表明其良好的内容效度,中文版 TAQ 与 MARS-10 量表呈正相关,表明其具有良好的聚合效度,能够较好反映 SZ 患者的治疗依从性。MIT 结果说明中文版 TAQ 在不同特征群体中具有一致的心理结构和测量效能,可有效区分不同特征组别间的测量结果。因此,中文版 TAQ 与原量表结构基本一致,信效度较好,可有效测量我国 SZ 患者的治疗依从性。

3.2 中文版 TAQ 的文化适应性 本研究严格遵循 Brislin 翻译法,对 TAQ 量表逐步直译、回译、文化

调试和预调查,充分考虑我国文化背景下的适用性。各条目修改均经业内专家和课题组反复讨论,确保内容和语言表达的准确性。预调查结合调查对象反馈,确保受试者能够准确理解量表。最终中文版 TAQ 保留 16 个条目。较原量表删除 1 个条目:条目 3“我买了医生开的全部药物”在我国医疗环境中缺乏辨别力,因患者通常就医后会直接购买全部药物,导致该条目无法有效区分患者依从性水平^[15]。其余条目仅做翻译文化调试,如原量表中条目 1“当出现并发症时”,在我国文化背景下“并发症”一词可能不易被患者理解,将其改为“当病情波动时”,表达更贴近患者认知习惯。考虑到我国文化中对家庭责任和社会关系的重视,对“目标与责任”维度部分条目进行了文化适应性调整,将涉及个人责任的表达方式修订得更符合我国患者的价值观和文化背景,使患者更容易理解和接受^[7]。综上,经严谨汉化过

程和文化调试,中文版 TAQ 具有较好文化适应性,能准确反映我国 SZ 患者的治疗依从性。我国患者依从性还深受集体价值观影响^[16]。因此,后续研究可进一步结合我国文化特征,对量表进行修订和完善,使其更好地服务于临床实践。

3.3 中文版 TAQ 的应用价值与特点 全面评估 SZ 患者的治疗依从性在临床实践中具有重要意义。然而,国内尚缺乏针对该群体的全面的测量工具。中文版 TAQ 填补了该空白,与传统药物依从性量表不同^[1],TAQ 从多个维度出发,全面评估患者在治疗维持、随访与治疗参与以及目标与责任等方面的依从性。助于及时发现患者在治疗过程中的潜在问题。量表共 16 个条目,条目数量适中,语言简洁明了,便于患者理解和填写,可操作性较高。

3.4 中文版 TAQ 使用说明 中文版 TAQ 适用于评估 SZ 患者治疗依从性,属自评量表。填写过程中,应确保被试者充分理解每个条目的含义,如有疑问,可由调查人员客观解释,但不得引导或影响其回答。

3.5 研究局限性 本研究样本以住院患者为主,缺乏社区数据,而后者依从性受更复杂外部因素影响^[4]。未来需在不同治疗环境下进一步验证量表适用性。

【参考文献】

- [1] 王晓庆,王宇,于凯,等.精神分裂症患者积极度的潜在类别与药物依从性的关系[J].军事护理,2022,39(10):44-48.
- [2] 赵静怡,郭瑜洁,阙文倩,等.感恩干预在癌症患者中应用的范围综述[J].军事护理,2024,41(10):92-95.
- [3] 王正君,周郁秋,杨军,等.精神科护士主导的依从性干预对精神分裂症患者临床结局影响的 Meta 分析[J].中华护理杂志,2017,52(8):958-966.
- [4] MISDRAHI D, DUPUY M, DANSOU Y, et al. Predictors of medication adherence in a large 1-year prospective cohort of individuals with schizophrenia: insights from the multicentric FACE-SZ dataset[J]. Transl Psychiatry, 2023, 13(1): 1-10.
- [5] AHMADIZADEH M J, EBADI A, SIRATI NIR M, et al. Devel-

opment and psychometric evaluation of the treatment adherence questionnaire for patients with combat post-traumatic stress disorder[J/OL]. [2019-03-22]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30962678/>. DOI:10.2147/PPA.S175353.

- [6] TEKTAS H. The relationship between nurse and migrant with post-traumatic stress disorder and therapeutic adherence[D]. Ticino: University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland, 2019.
- [7] 陈宇斌,张灵慧,张佳媛,等.精神分裂症患者诊疗参与量表的汉化与信效度检验[J].军事护理,2024,41(11):30-34.
- [8] BRISLIN R W. Back-translation for cross-cultural research[J]. J Cross Cult Psychol, 1970, 1(3): 185-216.
- [9] World Health Organization. ICD-10 Version; 2019 [EB/OL]. [2019-10-01]. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
- [10] ANDRADE C. Transcranial direct current stimulation for negative symptoms of schizophrenia: why the reader must choose a clinically relevant outcome[J/OL]. [2024-02-08]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023365/>. DOI:10.4088/JCP.20f13256.
- [11] 冷娟娟,廖爱群,彭芳,等.血液透析跌倒风险指数量表的汉化及信效度检验[J].军事护理,2023,40(9):31-34.
- [12] FIALKO L, GARETY P A, KUIPERS E, et al. A large-scale validation study of the medication adherence rating scale (MARS) [J]. Schizophr Res, 2008, 100(3): 53-59.
- [13] HOWARD R, RABINS P V, SEEMAN M V, et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group[J]. Am J Psychiatry, 2000, 157(2): 172-178.
- [14] XIAO J, MI W, LI L, et al. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China [J/OL]. [2015-05-08]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26056450/>. DOI:10.2147/NDT.S72367.
- [15] WANG X, ZHANG W, MA N, et al. Adherence to antipsychotic medication by community-based patients with schizophrenia in China: a cross-sectional study[J]. Psychiatr Serv, 2016, 67(4): 431-437.
- [16] 张灵慧,陈宇斌,孙玉静,等.初次确诊精神分裂症患者就医体验的质性研究[J].军事护理,2024,41(8):78-81.

(本文编辑:沈园园)

(上接第 41 页)

- [16] LORD S, MOORE C, BEATTY M, et al. Assessment of bereaved caregiver experiences of advance care planning for children with medical complexity[J/OL]. [2024-04-13]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7388020/>. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10337.
- [17] FAHNER J C, THÖLKING T W, RIETJENS J A C, et al. Towards advance care planning in pediatrics: a qualitative study on envisioning the future as parents of a seriously ill child[J]. Eur J Pediatr, 2020, 179(9): 1461-1468.
- [18] MITCHELL S, SPRY J L, HILL E, et al. Parental experiences of end of life care decision-making for children with life-limiting conditions in the paediatric intensive care unit: a qualitative interview study[J/OL]. [2024-04-13]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6528052/>. DOI:10.1136/bmjopen-2018-028548.

- [19] LOTZ J D, DAXER M, JOX R J, et al. "Hope for the best, prepare for the worst": a qualitative interview study on parents' needs and fears in pediatric advance care planning[J]. Palliat Med, 2017, 31(8): 764-771.
- [20] 商君婷,赵军亚,陈燕,等.代理决策者参与预立医疗照护计划的研究进展[J].军事护理,2024,41(11):95-98.
- [21] BASU M R, PARTIN L, REVETTE A, et al. Clinician identified barriers and strategies for advance care planning in seriously ill pediatric patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2021, 62(3): 100-111.
- [22] FLIEDNER M, HALFENS R, KING C R, et al. Roles and responsibilities of nurses in advance care planning in palliative care in the acute care setting: a scoping review[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2021, 23(1): 59-68.

(本文编辑:沈园园)