

居民就医障碍量表编制及信效度分析*

王小雨^①, 贾玉晟^①, 张金穗^①, 陈文^①, 胡敏^①

摘要 目的: 开发居民就医障碍量表并验证其信效度, 以期认识我国居民就医需求现状, 缓解居民就医难题, 为改革医疗卫生服务提供理论支持与实证工具。方法: 通过文献研究法、半结构化访谈法及专家咨询法等形成量表初稿; 采用分层多阶段抽样法开展调研并进行信效度检验分析, 对量表进行验证。结果: 经分析得到与理论相一致的量表框架结构, 共包含6个维度及31个条目。各因子与总得分的相关系数在0.783~0.888 ($P<0.01$), Cronbach's α 系数及折半信度分别为0.974和0.915。结论: 就医障碍量表信效度良好, 可提供多维度测量需方视角下就医障碍的工具, 具有理论及实践价值。

关键词 居民就医障碍量表; 量表编制; 信度; 效度

中图分类号 R1-9; R-012 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)10-0004-06

Analysis on the Developing and Testing the Reliability and Validity of the Barriers to Health Care Scale/Wang Xiaoyu, Jia Yusheng, Zhang Jinsui, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):4-9

Abstract Objective: To develop an instrument for measuring residents' barriers to health care, and to verify its reliability and validity, so as to provide theoretical support and empirical tools for understanding the current situation of residents' health care needs in the new era, alleviating residents' health care challenges, and further reforming health care delivery. **Methods:** The first draft of the scale was developed through literature research, semi-structured interviews, and Delphi method; using a stratified multi-stage sampling method, a survey was conducted, and the scale was validated using reliability test analysis. **Results:** The framework of the scale was consistent with the theory after analysis, including 6 dimensions and 31 entries. The correlation coefficients between each factor and the total score ranged from 0.783 to 0.888 ($P<0.01$), and the Cronbach's α coefficients and half-reliability were 0.974 and 0.915, respectively. **Conclusion:** It developed a good reliability and validity of the barriers to health care scale, which is of theoretical and practical value, and can provide a multidimensional tool for measuring barriers to health care from the demand-side perspective.

Keywords residents' barriers to health care scale; scale development; reliability; validity

First-author's address School of Public Health, Fudan University, Shanghai, 200030, China

Corresponding author Hu Min, E-mail: humin@fudan.edu.cn

提升人民群众看病就医的获得感是当前医疗卫生服务体系改革的重要目标。随着人民生活水平的不断提高, 居民医疗卫生服务需求变化加速, 人们不仅希望看得上病、看得起病, 还能够享受更加丰富、高质量、个性化的医疗卫生服务^[1]。然而卫生服务的提供与居民需求仍有差距, 人们在看病就医的过程中反映出各种形式的难题^[2]。这些存在于就医全过程的难题可归为就医障碍范畴, 与患者延迟确诊疾病、减少预防性服务及中断治疗服务等卫生服务利用不充分的表现密切相关, 进而可能导致需方不良的健康结果及卫生系统服务提供的低效率^[3]。因此, 对就医障碍的识别、测量、分析和报告是对现有卫生服务过程评估、改进及有效纠正并施行干预措施的重要环节。

目前, 就医障碍界定与测量尚不统一和明确, 国内相关研究常使用“看病难”来表述居民存在的就医

障碍, 研究中重点关注居民住所与医疗机构之间的地理距离、医院病床与医护数量等医疗卫生资源情况、个人卫生支出在卫生总费用中的占比等客观指标^[4,5]。然而, 相较于上述客观数据的变化, 人们通常更关注寻医问诊过程中的实际体验。产生就医障碍的原因可能是极其复杂的, 作为患者为主体的个人行为, 就医行为发生与否, 是否连续接受服务等受到多种因素的影响, 在这个过程中, 患者的情绪、态度、满意度等内隐信息很难被客观测量并表达^[6]。

相对而言, 量表作为一种具有理论基础且反映主观态度的测量工具, 可以弥补客观测量难以覆盖的内隐因素, 将相对抽象的、不可观测的现象转化为具体的、可观测的结果。基于此, 本研究通过构建居民就医障碍量表, 从需方视角出发, 多维度测量居民存在的就医困难与挑战, 为以患者为导向改善医疗卫生环境服务, 为进一步提升居民看病就医获得感提供支持。

1 就医障碍量表的构建

1.1 就医障碍量表构建理论

就医障碍的概念起源于卫生服务可及性相关研究, 学者们在研究中发现, 存在着阻碍卫生服务可及

* 基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (72074049); 上海市浦江人才项目 (2020PJC013)。

① 复旦大学公共卫生学院 上海 200030

作者简介: 王小雨 (1998—), 女, 硕士学位; 研究方向: 医疗保障、卫生经济学; E-mail: 20211020209@fudan.edu.com。

通信作者: 胡敏, E-mail: humin@fudan.edu.cn。

性实现的因素，即人们实现合理就医的障碍。就医障碍是卫生服务可及性的反面，表示患者就医需求与医疗卫生服务系统供给不匹配，是影响患者卫生服务利用的因素，而卫生服务可及性模型有助于概括就医障碍的范围^[7]。

有学者提出的医疗卫生服务供需适配度模型在医疗卫生服务可及性研究领域颇具影响力，被较为广泛应用于就医障碍的测量与归纳中。学者通常运用该模型构建问卷或是访谈提纲，以获得某一特定人群的就医障碍信息^[8-10]。该理论模型论证了可及性维度形成的基本原理，即可及性维度形成于供需适配的过程，构建了多层次的可及性概念维度^[11]。该多层次分类方式提供了分析供需不匹配情况下产生的就医障碍框架，并且各构成维度与可及性概念具有内在逻辑性，适用于开发量表工具的研究。

近年来，该模型也得到不断丰富与发展。有研究指出，需补充第6个维度“可感知性”^[12]并提示患者与服务提供方之间有效沟通以及患者自身的健康意识应成为提升卫生服务可及性、减少就医障碍的关键因素。因此，本研究基于改良后的供需适配度模型，从供需不匹配的6个维度构建就医障碍概念模型，包括不可感知性、不可获得性、不可接近性、不可适应性、不可负担性、不可接受性（图1）。

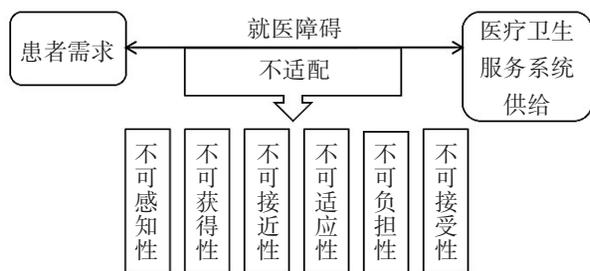


图1 就医障碍概念模型

根据供需适配度模型各个维度的理论内涵，结合本研究量表的开发目的和专家咨询意见，现对几个维度做出如下定义：不可感知性是指患者与医疗服务提供者彼此无法达到信息的交互和有效沟通，包括患者对自身健康的感知及对医疗服务相关信息的认知不足；不可获得性是指患者的数量和需要与现有医疗服务及其资源的数量与类型之间不匹配；不可接近性是指患者无法在合理的时间和距离范围内到达他想去的医疗机构，获得所需要的医疗服务。不可适应性是指医疗服务提供者不具有良好的服务组织及提供方式（包括营业时间、预约方式及设施结构），使患者无法较好地使用和接受医疗服务；不可负担性是指患者的收入、支付能力及医疗保障水平与医疗服务的价格和费用之间不匹配；不可接受性是指患者与医疗服务提

供者在自身的社会和文化背景下对彼此的态度存在矛盾，包括医生对患者的尊重、患者对医生的信任不足等。

1.2 就医障碍量表条目池的形成

基于上述理论基础与就医障碍概念模型，收集文献及政策文件等资料，归纳并整理国内外与就医障碍相关的测度研究，梳理得到可被采纳的相关条目。采用半结构化访谈法，访谈员根据提纲与居民深入交流，以印证与补充条目。待有效信息饱和，最终纳入与12名居民访谈的结果。在12人中，9名为老年人，2名为农村户口，男女比例为7:5。对访谈结果分析归纳后得到7个应补充的条目信息，包括：不可感知性（如医保政策信息的缺失）、不可适应性（如报销或获得补助的手续繁琐、看病流程麻烦、需要帮助、没有时间看病、就诊流程无法适应）以及不可接受性（如害怕感染其他疾病、担心不必要的检查或处方）。综合文献及访谈结果，形成就医障碍初始条目池，共包括6个维度31个条目。

同时，本研究针对量表拟定了具体的填答情景。就医障碍存在于各级各类医疗卫生机构卫生服务的全过程，是居民对就医全过程的综合反馈，不局限于某一次医疗卫生服务，也不局限于某一种类型的服务，因此，设置了相应的情景为“基于目前居民的身体健康状况，在大多数情况下看病就医过程中的体验”，以尽量消除居民针对某一次服务的特殊性回答。

2 研究方法

2.1 专家咨询法

本研究运用派生德尔菲专家咨询法，将经典德尔菲法与专家会议法相结合，使专家能够更详尽地了解量表构建的意图、维度及条目，从而提高咨询结果的准确性。采用目的抽样法，共邀请国内外医疗卫生政策、卫生服务研究等相关领域专家15名。开展专家咨询会，在介绍量表开发的理论及具体条目后，专家轮流发表意见并讨论。会后，由专家匿名填写咨询表，对初始量表的维度与条目的重要性进行评估与建议，经过两轮咨询后得到较为一致的结论。根据重要性评分及专具体建议进行条目增删及表述修改，对重要性打分中低于4分或变异系数高于0.3的条目予以删除或做重大调整^[13]。

2.2 量表检验与修订

2.2.1 样本人群。采用多阶段分层抽样方法：首先，按照地区经济发展水平，抽取上海市4个有代表性的辖区作为调研地点；其次，按照人口规模将各辖区的街道/镇分为3组，每组随机抽取1个街道，最终抽取每个辖区中3个具有代表性的街道作为调研地；最后，在每个街道随机选取2~3个规模较大的社区/村（居民人数在1 000人以上），根据设定的目标样本量及上海市居

民的年龄结构情况,采用便利抽样法抽取相应数量的居民。当居民符合以下条件时被纳入调查:①年龄 ≥ 18 岁且 < 80 岁;②无认知障碍、无阅读能力障碍、无听力障碍,能独立完成测量;③常住地(指居住半年以上)为上海市;④自愿并知情同意。本研究采用线上调研方式进行问卷调查,同时在设置逻辑检验、陷阱题等方式控制问卷质量。最终共调查2 147名居民,其中有效问卷2 009份,有效率为93.57%。

2.2.2 条目筛选及检验方法。根据调研结果,对就医障碍量表的维度及条目进行筛选和信效度检验,修订及完善量表。条目筛选采用项目分析,包括临界比值法、相关系数法、离散趋势法和初步因子分析。信效度检验采用结构效度(将调查数据随机分成两份分别进行探索性因子分析和验证性因子分析)、内容效度和

内部一致性信度检验。

3 结果

3.1 专家咨询结果

本研究选择15名国内外相关领域专家召开2轮专家讨论会。专家均为博士学历,平均年龄为41.5岁,其中5人从业15年以上。两轮专家咨询的积极系数均为100%,权威程度分别为0.926和0.843,表明纳入专家权威性较好。综合两轮咨询结果及具体反馈建议,以重要性打分均数(M)、条目水平的内容效度指数(I-CVI)、变异系数(CV)作为筛选原则,对 $M < 4$, $I-CVI < 0.78$, $CV > 0.3$ 的条目予以删除或做重大调整。共删除或合并3个条目,修改4个条目,增加3个条目,并对剩余条目的语言进行进一步修正。修订后得到就医障碍量表初始版,共包括6个维度32个条目(表1)。

表1 经两轮专家咨询修订后的居民就医障碍量表维度及其条目

维度	条目
不可感知性	(1) 我通常不了解自己的健康状况,不知道是否应该去看病
	(2) 我通常担心自己看病时会被诊断为重大疾病
	(3) 我通常不清楚根据自己的症状应该选择哪个医院、科室或医生(如到哪里就诊、看什么科室及医生等)
	(4) 我通常无法理解医生的专业术语
	(5) 就诊后,我通常不了解自己的病情,不知道是否需要复查或者进一步治疗
	(6) 我通常不了解医保政策信息(如报销水平、报销范围、可报销的医院、医疗救助申请办法等)
不可获得性	(7) 我通常觉得我所在城市中医院的数量不足
	(8) 我通常觉得我所在城市中医院的医生、护士等工作人员数量不足
	(9) 我通常觉得我所在城市中医院的设施或设备数量不足(如缺乏床位、超声机等)
	(10) 我通常觉得我所在城市中医疗质量高、水平好的医院或医生数量不足
	(11) 我通常觉得我所在城市中我想要的治疗服务类型(如中医治疗、肿瘤治疗等)不足
不可接近性	(12) 我通常觉得居住地离医院太远
	(13) 我通常觉得没有合适的交通工具去看病
	(14) 我通常觉得前往医院看病的路途需要花费的时间太长
	(15) 我通常觉得前往医院看病的路途中不方便(如需要家人陪同或是行动不便)
不可适应性	(16) 我通常觉得医院内科室、楼层等排布不合理、指示牌不清楚
	(17) 我通常不能适应网上挂号、院内电子化等一系列新式就诊流程
	(18) 我通常觉得医院的服务方式不佳(如回诊、取药不便、挂号付费重复、没有就医导诊等)
	(19) 我通常觉得医生提供的服务时间不足,无法满足我的问诊需求
	(20) 我通常需要经过或等待很长时间(挂号、检查、配药等一系列就诊流程)才能看完病
	(21) 我通常觉得医保报销或者获得补助的手续繁琐
不可负担性	(22) 就诊前,我通常觉得看病很贵
	(23) 就诊时,我通常觉得我和我家庭的支付能力不够负担全程的医疗费用
	(24) 就诊后,经过医保报销和医疗救助(如有),我和我的家庭通常仍有较重的经济负担
	(25) 我和我的家庭通常无法负担看病带来的附加费用(包括食宿费、护工费、交通费、误工费等)
不可接受性	(26) 我通常对医生的技术水平有不信任的感觉
	(27) 我通常觉得医生会给我开具不必要的检查或药品
	(28) 我通常不愿意去我不熟悉的医生那里看病
	(29) 我通常会担忧在医院感染上其他疾病
	(30) 我通常觉得医生对我的态度很差
	(31) 我通常对医生提供的治疗方案(如吃药、做检查等)感到担忧(如担心副作用、疼痛等)
	(32) 我通常觉得自己在医院看病不受尊重

3.2 调研样本人群特征

本研究样本人群平均年龄为43.1岁，男性989人(49.2%)；沪籍人口1 615人(80.4%)；城镇户口1 633人(81.3%)；初中及以下学历264人(13.1%)，高中或中专学历359人(17.9%)，大专或本科学历1 257人(62.6%)，硕士研究生及以上学历129人(6.4%)；在职1 293人(64.4%)，离退休494人(24.6%)，学生75人(3.7%)，其余处于失业、无业状态147人(7.3%)。

3.3 项目分析

项目分析主要评判研究结果是否可以有效区分出被访者的不同水平。临界比值法要求具有鉴别度的条目在高低分组(前27%、后27%)的得分应具有显著差异($P>0.05$)。对被访者所得总分进行排序比较，结果显示，32个条目临界值均 >3 且有显著差异($P<0.001$)。离散趋势法提示条目在人群中的区分度，需要

删除离散趋势过小的条目，结果显示，32个条目标准差均远 >0.85 。相关系数法检验题目与总分之间的相关程度，结果显示，相关系数 r 值均 >0.4 ，且32个条目与总分的 r 均 >0.4 且取值范围为0.609~0.807。同质性检验依靠Cronbach's α 系数判断，若删除某一条目后新量表的信度上升，则表明此条目可能对量表的信度产生负面影响，考虑删除。结果显示，量表Cronbach's α 系数为0.975，没有条目删除后新量表内部一致性系数上升。对32个条目做降维因子分析，条目17在各维度的因子载荷 <0.4 ，予以删除。其余31个条目共同度 >0.5 ，KMO值为0.973，Bartlett球形检验值为33 928.84， $P<0.01$ ，表明条目之间具有共同度，满足进行因子分析的要求^[14]。

3.4 效度分析

3.4.1 结构效度。(1)探索性因子分析(表2)。将全

表2 就医障碍量表探索性因子分析结果 ($n=1 005$)

条目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
不可感知性(1)	0.897	0.064	0.020	-0.263	0.021	0.070
不可感知性(2)	0.755	-0.043	-0.037	0.023	0.056	0.069
不可感知性(3)	0.945	0.053	0.009	0.006	-0.124	-0.025
不可感知性(4)	0.864	-0.021	0.010	0.055	-0.043	-0.004
不可感知性(5)	0.826	-0.028	0.039	-0.037	0.085	0.036
不可感知性(6)	0.706	-0.026	-0.024	0.289	0.057	-0.108
不可获得性(1)	0.016	0.872	0.106	-0.135	0.013	0.049
不可获得性(2)	-0.019	0.927	0.005	0.028	0.009	-0.008
不可获得性(3)	-0.006	0.944	-0.037	0.063	0.017	-0.042
不可获得性(4)	0.024	0.870	-0.006	0.006	-0.024	0.074
不可获得性(5)	0.013	0.881	-0.028	0.085	0.024	-0.012
不可接近性(1)	0.006	0.089	0.895	-0.072	0.081	-0.096
不可接近性(2)	-0.003	0.098	0.830	-0.128	0.027	0.117
不可接近性(3)	-0.007	-0.057	0.933	0.073	0.011	-0.010
不可接近性(4)	0.056	-0.008	0.793	0.140	-0.002	-0.004
不可适应性(1)	0.071	0.104	0.237	0.424	-0.102	0.199
不可适应性(3)	0.017	0.031	0.201	0.649	-0.065	0.131
不可适应性(4)	-0.053	-0.001	0.071	0.782	-0.002	0.148
不可适应性(5)	-0.041	-0.007	-0.062	0.976	0.028	-0.030
不可适应性(6)	0.015	0.051	-0.093	0.783	0.183	-0.022
不可负担性(1)	0.092	-0.017	-0.075	0.272	0.733	-0.057
不可负担性(2)	0.008	0.022	0.035	0.068	0.879	-0.037
不可负担性(3)	-0.017	0.005	0.056	-0.045	0.876	0.102
不可负担性(4)	-0.033	0.038	0.096	-0.075	0.844	0.118
不可接受性(1)	0.006	0.118	-0.072	0.079	0.000	0.799
不可接受性(2)	0.006	0.074	-0.002	0.036	0.029	0.799
不可接受性(3)	0.072	-0.047	-0.043	-0.044	0.084	0.806
不可接受性(4)	0.055	-0.055	-0.089	0.022	0.154	0.760
不可接受性(5)	-0.032	-0.045	0.064	-0.002	-0.051	0.939
不可接受性(6)	0.027	0.005	-0.017	0.005	-0.001	0.898

样本分成两份。使用第1部分样本 (n=1 005), 采用主成分分析法, 经最优斜交法分析后, 提取固定因子数6个, 累积方差贡献率为80.39%, 各条目负荷值与理论构建的所属维度结构一致, 符合假设。(2) 验证性因子分析。采用第2部分样本 (n=1 004), 对量表进行验证性因子分析。经2次修正后的模型(图2), 各项拟合指数如下: 卡方自由度比为4.606, 近似误差均方根为0.06, 调整的拟合优度指数>0.8, 比较拟合指数>0.9, 增值拟合指数>0.9, 这说明模型拟合度良好, 验证了本研究构建的居民就医障碍量表在结构上成立, 且与数据有较高匹配程度^[13](表3)。(3) 相关系数分析。就医障碍量表各维度间及其与总分之间的相关系数见表4。结果显示, 各维度之间的相关系数为0.543~0.759, 呈中等程度相关, 说明各维度分别测量就医障

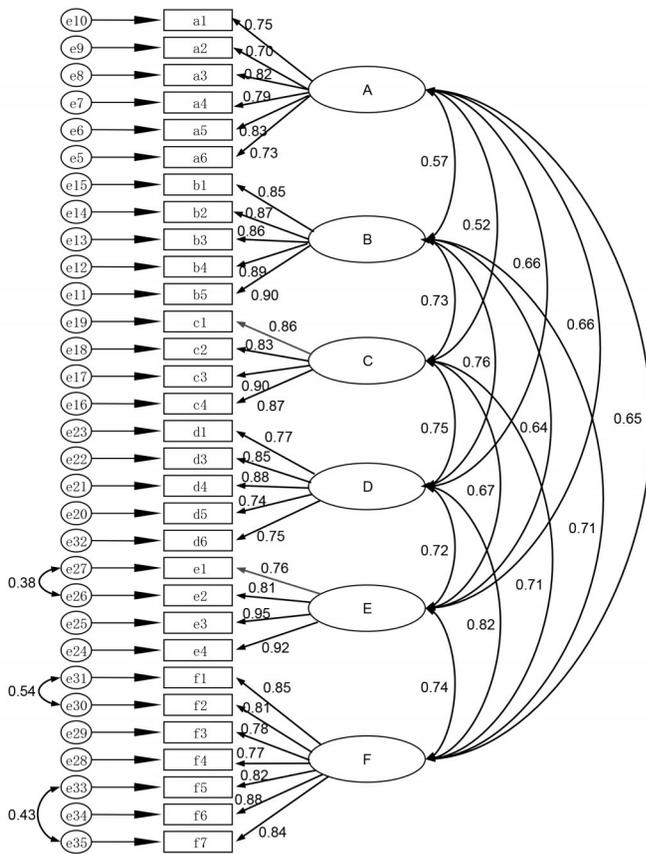


图2 经两次修正后就医障碍量表验证性因子模型

表4 量表各维度及总分相关性情况

维度	不可感知性	不可获得性	不可接近性	不可适应性	不可负担性	不可接受性
不可感知性	1.000	0.543*	0.602*	0.621*	0.649*	0.613*
不可获得性	0.543*	1.000	0.726*	0.705*	0.624*	0.689*
不可接近性	0.602*	0.726*	1.000	0.723*	0.664*	0.691*
不可适应性	0.621*	0.705*	0.723*	1.000	0.741*	0.759*
不可负担性	0.649*	0.624*	0.664*	0.741*	1.000	0.711*
不可接受性	0.613*	0.689*	0.691*	0.759*	0.711*	1.000

注: *示在0.01级别相关性显著。

表3 修正前后模型适配度检验摘要 (n=1 004)

统计检验量	适配的标准 或临界值	检验结果数据	
		修正前	修正后
绝对适配指数			
标准化均方根残差	<0.05	0.037	0.037
近似误差均方根	<0.08	0.070	0.060
调整的拟合优度指数	>0.80	0.823	0.858
增值适配度指数			
规范拟合指数	>0.90	0.915	0.935
增值拟合指数	>0.90	0.929	0.948
非规范适配指数	>0.90	0.921	0.942
比较拟合指数	>0.90	0.928	0.948

碍的不同方面。而各维度与总得分之间的相关系数为0.783~0.888, 高于各维度之间的相关且同时达到显著水平, 表明各维度能反映出想要测量的总体就医障碍, 具有较好的结构效度^[15]。

3.4.2 内容效度。内容效度表示量表条目内容反映量表构建概念的程度。专家就条目与维度之间的关联性进行评议。本研究专家咨询结果显示, 量表水平的内容效度指数(S-CVI)为0.924。各条目内容效度指数(I-CVI)在0.78~1.00之间, 表明构建的量表具有良好的内容效度。

3.5 信度分析

内部信度体现研究数据稳定性, 采用Cronbach's α 系数法和折半信度法来评价。一般认为Cronbach's α 系数>0.7时信度较好, >0.8时非常可信, >0.9时则十分可信; 折半信度可参考该标准^[16]。结果显示, 量表31个条目总体的Cronbach's α 系数为0.974, 6个维度的Cronbach's α 系数均>0.9, 计算随机分成等数量的两部分的条目与总分的Spearman-Brown相关系数, 结果显示, 折半系数均>0.8, 说明本研究构建的量表具有较好的内部一致性。

4 讨论

4.1 从需方视角出发, 为多维度测量居民就医障碍提供工具

本研究运用国际通行医疗卫生服务供需适配度模型, 构建了我国居民就医障碍量表, 填补了国内就医

障碍测量方面的空白,提供了从需方视角认识居民就医难题的有效手段。与过往研究相比,本研究量表采用6个维度理论框架,较好地覆盖了居民获取医疗卫生服务全过程中所涉及的多方面障碍。在关注传统的经济、地理障碍因素的基础上,更关注到需方视角下服务可接受性、可适应性等因素,与当前时代背景下的就医环境、居民就医需求以及卫生政策导向更加相符。同时,该量表所提供的多维度就医障碍信息能为公共政策和干预措施的开发提供更具针对性的实证参考。

4.2 就医障碍量表的设计注重测量的准确性

为使测量结果更好地反映居民与个人需求相联系的就医障碍,量表设置通用填答情景,不局限于测量某一次或是某一类的服务,一定程度上消除了个别现象和特殊情况对结果的影响。此外,量表的条目设计注重语言的通俗性、内容的易读性,如条目句式保持统一、对部分条目名词含义进行举例说明等,提高了被试者对于条目理解的一致程度。

4.3 居民就医障碍量表表现出良好的信效度

本研究中量表的编制与评价符合量表开发规范。本研究在理论研究、居民访谈和专家咨询的基础上,在上海市大样本人群中开展问卷调查,验证量表的有效性和可靠性。信效度检验结果显示,量表的信度、效度都表现出良好水平,说明量表维度及条目的设计不仅与理论框架相一致,同时能够较稳定和合理地反映出居民的就医障碍情况。在效度分析中,结构效度与内容效度均高于推荐值,说明测量结果与真实情况较为符合;在信度分析中,信度值均 >0.8 ,说明量表具有较好的一致性与可靠性。

总体而言,本研究设计的居民就医障碍量表包含6个维度共31个条目,可用于不同地区、不同人群就医障碍的测量和比较,也可描述居民就医障碍的时序变化,为制定提升居民健康水平和获得感的医药卫生政策提供了更多支撑。

参 考 文 献

- [1] 韦倩晨,徐进,袁蓓蓓,等.美好健康生活需要指标体系构建[J].中国卫生政策研究,2022,15(9):6-10.
- [2] 王慧,康正,李远雷,等.农村居民患重大疾病时的就医意向及其关注因素分析[J].中国卫生经济,2019,38(3):59-62.
- [3] CARRILLO J E, CARRILLO V A, PEREZ H R, et al. Defining and targeting health care access barriers[J]. Journal of health care for the poor and underserved, 2011,22(2):562-575.
- [4] 邢影影,李勇.我国“看病难”问题研究进展[J].中国药物评价,2019,36(6):401-405.
- [5] 杜颖,刘瑶,何清湖,等.湖南省老年人就医难现状及对策研究[J].中国医药导报,2016,3(27):75-78.
- [6] 代佳欣.可及性的概念、测度及影响因素研究:文献综述[J].学习与实践,2017(4):86-94.
- [7] SHENGELIA B, TANDON A, ADAMS O B, et al. Access, utilization, quality, and effective coverage:An integrated conceptual framework and measurement strategy[J]. Social science & medicine, 2005,61(1):97-109.
- [8] ALESHIRE M E, HATCHER J, ADEGBOYEGA B, et al. Access to care as a barrier to mammography for black women[J]. Policy politics & nursing practice, 2020,22(3):28-40.
- [9] IRFAN F B, IRFAN B B, SPIEGEL D A. Barriers to accessing surgical care in Pakistan:healthcare barrier model and quantitative systematic review[J]. The journal of surgical research, 2012,176(1):84-94.
- [10] BAUER M S, WILLIFORD W O, MCBRIDE L, et al. Perceived barriers to health care access in a treated population[J]. International journal of psychiatry in medicine, 2005,35(1):13-26.
- [11] PENCHANSKY R, THOMAS J W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction[J]. Medical care, 1981,19(2):127-140.
- [12] SAURMAN E. Improving access:modifying Penchansky and Thomas's theory of access[J]. Journal of health services research & policy, 2016,21(1):36-39.
- [13] 罗伯特·F·德威利斯.量表编制:理论与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2016.
- [14] 王之惠,任永霞,史宇红,等.弱视儿童视功能相关生活质量量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2022,57(20):2507-2514.
- [15] 张金穗,胡敏,陈文.参保人对医保监管制度感知威慑力的测量工具开发与信效度分析:基于威慑理论的研究[J].中国卫生事业管理,2023,40(2):104-108,116.
- [16] GULLICKSON T. Review of scale development:theory and applications[J]. Contemporary psychology:a journal of reviews, 1992,37(4):385-385.
- [17] 司燕会,李顺平,杨惠芝,等.EQ-5D量表附加维度及应用述评[J].中国卫生经济,2021,40(1):17-21.
- [18] 王方舟,李洪超,马爱霞.效用量表在中国人人群中的应用研究综述[J].中国药物评价,2015,32(4):244-247.
- [19] 伍红艳,孙利华.两种常用EQ-5D量表效用值积分体系的比较及其对成本效用分析结果的影响探讨[J].中国卫生经济,2012,31(7):9-11.

[收稿日期:2023-08-14] (编辑:高非)