

· 心理护理 ·

癌症患者失志综合征现状及影响因素分析

欧娜¹, 蔡三阳², 胡小萍³, 谭荆星⁴, 熊蓉¹

摘要:目的 了解癌症患者失志综合征发生现状及影响因素,为癌症患者失志综合征的干预提供参考。方法 选取 250 例癌症患者为研究对象,采用中文版失志量表-II 及埃德蒙顿症状评估量表进行调查。结果 癌症患者失志综合征得分为 10.0(7.0,12.0)分,中度、重度失志综合征发生率分别为 47.20%、4.00%。多元线性回归分析结果显示,性别、受教育程度、月均收入、疼痛、疲乏、抑郁、焦虑、幸福感下降是癌症患者失志综合征的主要影响因素($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 癌症患者失志的发生率较高。临床医务人员应针对失志综合征的影响因素,制订合适的干预措施,降低癌症患者失志水平,提高其生活质量。

关键词:癌症; 失志综合征; 疼痛; 疲乏; 抑郁; 焦虑; 幸福感

中图分类号:R473.74;R473.73 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.22.066

The level and factors associated with demoralization syndrome in cancer patients Ou Na, Qi Sanyang, Hu Xiaoping, Tan Jingxing, Xiong Rong. 1st Division, Department of Oncology, The Affiliated Nanhua Hospital, Hengyang Medical School, University of South China, Hengyang 421000, China

Abstract: **Objective** To investigate the current status and influencing factors of demoralization syndrome in cancer patients. **Methods** A total of 250 cancer patients were surveyed by utilizing the Chinese version of the Demoralization Scale II (DS-II) and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). **Results** The median (P_{25} and P_{75}) of demoralization score was 10.0 (7.0, 12.0). The incidence of moderate and severe demoralization syndrome was 47.20% and 4.00% respectively. Multiple linear regression indicated that gender, education level, monthly average income, pain, tiredness, depression, anxiety and decreased well-being were the influencing factors of demoralization syndrome in cancer patients ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion** The prevalence of demoralization syndrome was relatively high in cancer patients. Medical staff should take targeted measures to reduce the demoralization level of cancer patients and improve their quality of life.

Key words: cancer; demoralization syndrome; pain; fatigue; depression; anxiety; well-being

随着科学技术的发展,癌症治疗水平有了较大提高,癌症患者的生存期也在不断延长。生存期延长伴随而来的心理问题也不断增多。有研究指出,癌症患者精神心理疾病的发病率是普通人群的 3 倍^[1]。失志综合征(Demoralization Syndrome)是由一系列负性生活事件引发的一种心理痛苦状态,患者表现为一段时间内持续无法应对,继而表现出无助感、无望感、无意义感、主观无能以及自尊受损^[2]。失志综合征的出现常常伴随焦虑、抑郁、绝望等心理问题,造成患者睡眠障碍、自尊心下降、预期生存时间缩短、家庭和社会负担增加等^[3]。其基本特征是丧失生命意义和生存意志。多项研究表明,失志综合征与患者自杀意念存在着重要联系^[4-6]。为了解我国癌症患者失志综合征的发生现状及其影响因素,本研究进行横断面调查,以期对癌症患者失志综合征的干预提供参考。

作者单位:南华大学衡阳医学院附属南华医院 1. 肿瘤一科 3. 护理部(湖南 衡阳,421000);2. 衡阳市第二人民医院老年康复科;4. 南华大学护理学院

欧娜:女,硕士,主管护师

通信作者:蔡三阳,348548570@qq.com

收稿:2021-05-25;修回:2021-07-27

1 对象与方法

1.1 对象 本研究采用便利抽样的方法,于 2020 年 4~6 月选取衡阳市 3 所三级甲等医院的住院癌症患者进行问卷调查。纳入标准为:①病理学确诊为癌症;②意识清楚,无精神疾病,能够进行基本的沟通交流;③年满 18 岁,且自愿参加此次研究并签署知情同意书。排除标准:①由于语言、视力、听力、智力障碍等原因导致不能理解或不能完成自我评估;②对自身诊断不知情的保护性医疗者。本研究采用样本量粗略计算公式,样本量为量表条目数的 5~10 倍。以中文版 DS-II 量表^[7]和埃德蒙顿症状评估量表(The Edmonton Symptom Assessment System, ESAS)^[8]为估算依据,共计 26 个条目,再考虑 20%的无效以及回收中遗失的问卷,共需样本量为 163~325 例。本研究获取有效调查对象 250 例,男 149 例,女 101 例;年龄 22~66(63.33±11.03)岁。婚姻状态:已婚 188 例,未婚 10 例,离婚或丧偶 52 例。职业状态:在职 43 例,无业 99 例,退休 108 例。居住状态:与家人居住 215 例,独居 28 例,养老机构 7 例。医疗费用支付方式:城乡居民医保 129 例,职工医保 121 例。是否需要赡养老人小孩:是 125 例,否 125。有宗教信仰 14 例,无 236 例。KPS 评分:<50 分 9 例,50~70 分 90

例, >70 分 151 例。癌症分期: I 期 18 例, II 期 70 例, III 期 132 例, IV 期 30 例。患病时长: <1 年 136 例, 1~3 年 67 例, >3 年 47 例。合并疾病: 有 133 例, 无 117 例。癌症诊断: 肺癌 84 例, 乳腺癌 17 例, 鼻咽癌 32 例, 胃癌 14 例, 肝癌 39 例, 食管癌 25 例, 结/直肠癌 13 例, 宫颈癌 6 例, 淋巴瘤 10 例, 其他 10 例。目前治疗方式: 手术 29 例, 放疗 36 例, 化疗 142 例, 靶向治疗 26 例, 保守治疗 17 例。BMI < 18.5 者 99 例, 18.5~者 125 例, ≥24.0 者 26 例。血清白蛋白 < 35 g/L 79 例, ≥35 g/L 171 例。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查问卷。自行编制, 包含人口学一般资料和疾病相关资料部分。人口学一般资料包括性别、年龄、职业状态、受教育程度、婚姻状态、居住状态、经济状况、医疗费用支付方式、是否需要赡养老人或小孩、宗教信仰。疾病相关资料包括 KPS 评分、疾病诊断、主要治疗方式、患病时长、有无伴随其他疾病。②中文版 DS-II 量表。DS-II 是 Robinson 等^[7]于 2016 年在失志量表(the Demoralization Scale, DS)的基础上进行改良而成。由研究者获得授权后本人进行汉化和信效度检验。中文版 DS-II 包含 2 个维度和 16 个条目。各条目采用 Likert 3 级评分, 0~2 分分别为“从不”“有时”“经常”。量表总分 0~32 分, 总分 < 9 分为轻度失志, 10~19 分为中度失志, >20 分为重度失志。中文版 DS-II 量表的 Cronbach's α 系数为 0.877, 意义和目的以及痛苦和应对能力维度的 Cronbach's α 分别为 0.915 和 0.899。③ESAS。主要用于评估癌症患者常见的躯体和心理症状。它从 9 个既定症状和 1 个可选症状进行评估, 9 个既定症状为: 疼痛、疲乏、嗜睡、恶心、食欲不振、气短、抑郁、焦虑、幸福感下降, 分别反映患者的生理、心理以及幸福感状态。1 个可选症状为其他即患者出现除上述 9 种症状外的其他症状^[8]。各条目采用 0~10 分的数字评分法, 0 表示无症状, 10 表示所能想象到的最严重程度, 患者选择一个最能代表自己主观感受的数字, 数字越大表示症状越严重。1~3 分为轻度, 4~6 分为中度, 7~9 分为重度。其 Cronbach's α 系数为 0.72。

1.2.2 资料收集 本研究经南华大学伦理委员会审批通过, 在得到患者知情同意的情况下, 由研究者本人和经过统一培训的研究员在衡阳市 3 所三甲医院的住院病房发放纸制问卷进行资料收集, 疾病相关资料则由研究者通过医院电子病历系统进行收集。调查问卷由研究对象独立完成, 如研究对象因文化程度受限或视力障碍, 导致阅读困难者, 则可由研究者朗读问卷条目及选项协助其完成。问卷回收后, 研究者仔细检查问卷填写有无缺项、错项及初步审查问卷的可靠性, 如遇缺项、错项及时请研究对象进行补充或

修正。本研究在 3 家医院各发放了 90 份问卷, 共发放了 270 份, 最终回收的有效问卷为 250 份。其中, 问卷填写不真实(全部为正向回答或反向回答)10 份; 问卷填写不完全, 无法进行完善 5 份; 因体力原因患者中途拒绝填写 5 份。问卷回收有效率为 92.59%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS 24.0 软件由双人录入数据并进行描述性分析、秩和检验、Spearman 相关性分析及多元线性回归分析。检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 住院癌症患者失志综合征现状 住院癌症患者中文版 DS-II 总分为 10.0(7.0, 12.0)分, 意义和目的、痛苦和应对能力维度得分分别为 5.0(3.0, 7.0)分、4.0(3.0, 6.0)分。中度失志 47.20%, 重度失志 4.00%。

2.2 住院癌症患者失志综合征的单因素分析 以住院癌症患者一般人口学资料及疾病相关资料为自变量, 以中文版 DS-II 总分为因变量进行单因素分析, 结果显示, 不同性别、受教育程度、家庭月收入的患者 DS-II 量表得分存在统计学差异(P < 0.05, P < 0.01), 见表 1。

表 1 癌症患者失志的单因素分析

项目	例数	DS-II 总分 [P ₅₀ (P ₂₅ , P ₇₅)]	Z/Hc	P
性别				
男	149	8.0(6.0, 10.5)	7.443	0.000
女	101	11.0(10.0, 15.0)		
受教育程度				
小学以下	72	11.0(7.5, 16.5)	30.232	0.000
中学	158	10.0(7.0, 12.0)		
大专以上	20	5.5(4.00, 7.8)		
家庭月收入(元)				
<3000	91	10.0(8.0, 16.0)	19.255	0.000
3000~5000	89	10.0(7.0, 12.0)		
>5000	70	9.0(4.8, 10.3)		

2.3 住院癌症患者症状与失志的相关性分析 见表 2。

表 2 ESAS 量表得分及与中文版 DS-II 的相关性分析 r

项目	ESAS 得分 [P ₅₀ (P ₂₅ , P ₇₅)]	DS-II 总分	意义和目的	痛苦和应对能力
ESAS 总分	23.0(19.0, 28.0)	0.623*	0.536*	0.502*
疼痛	2.0(1.0, 3.0)	0.542*	0.449*	0.475*
疲乏	3.0(2.0, 4.0)	0.615*	0.566*	0.464*
嗜睡	2.0(1.0, 3.0)	0.103	0.038	0.087
恶心	3.0(1.0, 3.0)	0.003	0.056	-0.021
食欲不振	3.0(2.0, 4.0)	0.034	0.079	-0.052
气短	2.0(1.0, 2.0)	0.158	0.116	0.116
抑郁	3.0(2.0, 4.0)	0.575*	0.464*	0.498*
焦虑	3.0(2.0, 4.0)	0.542*	0.421*	0.500*
幸福感下降	3.0(2.0, 5.0)	0.480*	0.367*	0.449*

注: * P < 0.01。

2.4 住院癌症患者失志综合征的多因素分析 以中文版 DS-II 总得分为因变量(虽然 DS-II 总分为偏态分布,但满足残差为正态分布、残差之和为 0、等方差的条件),并将单因素分析有统计学意义的自变量纳入回归方程并进行多元线性回归。自变量选择采用前进法, $\alpha_{\text{入}} = 0.05$, $\alpha_{\text{出}} = 0.10$ 。结果显示:性别、受教育程度、月均收入、疼痛、疲乏、抑郁、焦虑、幸福感下降可解释失志综合征总变异的 70.80%,见表 3。

表 3 癌症患者失志综合征影响因素的回归分析($n=250$)

自变量	B	SE	β	t	P
常量	2.569	0.983	—	2.614	0.010
性别	1.341	0.343	0.148	3.908	0.000
受教育程度	-0.663	0.285	-0.085	-2.328	0.021
月均收入	-0.447	0.206	-0.080	-2.171	0.031
疼痛	0.585	0.133	0.195	4.385	0.000
疲乏	0.619	0.103	0.280	6.000	0.000
抑郁	0.505	0.147	0.160	3.444	0.000
焦虑	0.432	0.140	0.148	3.097	0.002
幸福感下降	0.350	0.105	0.137	3.346	0.001

注: $R^2=0.717$,调整 $R^2=0.708$; $F=76.303$, $P<0.01$ 。自变量赋值:性别,男=1,女=2;受教育程度,小学以下=1,中学=2,大专以上=3;月均收入, $<3\ 000$ 元=1,3 000~5 000元=2, $>5\ 000$ 元=3;疼痛、疲乏、抑郁、焦虑、幸福感下降均纳入实测值。

3 讨论

3.1 癌症患者失志综合征的现状 失志常发于患有重大疾病的患者,如癌症以及其他危重患者^[9-10]。癌症患者失志程度会直接影响其生活信念和治疗信心。本研究中,癌症患者失志综合征的总得分为 10.0(7.0,12.0),中度失志 47.20%,重度失志 4.00%。中重度失志综合征的发生率略高于西班牙学者 Belar 等^[11]的研究结果(33%)。究其原因,可能是研究对象文化背景不同所致。国外对死亡教育的开展较早,对癌症相关知识的宣教也较普及。而在中国,受传统文化的影响,人们对死亡较避讳,死亡教育的开展较为艰难,再加上人们谈癌色变,所以癌症相关知识的普及也有限。

3.2 癌症常见症状 本研究中,幸福感下降、抑郁、焦虑是得分较高的癌症常见症状,三者均属于心理症状群的范畴。癌症是一种恶性肿瘤,其预后较差,同时癌症也是一种慢性病,其治疗的经济消耗很大,经济付出的同时病情也在不断恶化,加上化疗的一些不良反应,因此,焦虑、抑郁等心理症状是大多数癌症患者的共性问题。本研究纳入的是各类型的癌症患者,体现了癌症的共性症状。

3.3 癌症患者失志综合征的影响因素分析

3.3.1 性别 研究结果显示,女性癌症患者失志程度显著高于男性($P<0.01$)。这与 Vehling

等^[12]的结果相同。女性患者较男性心理承受能力弱。在面对压力性应激事件时,她们更容易产生负性情绪,且更容易出现应对不能。

3.3.2 受教育程度 本研究结果显示,受教育程度越低,失志程度越高($P<0.05$)。这与 Bailey 等^[13]的研究结果一致。受教育为应对严重疾病提供了有效资源,特别是在提高疾病相关健康素养方面,起到了至关重要的作用。受教育程度低,往往使患者获取疾病相关知识、应对疾病所致症状的能力较低,同时受教育程度低可能意味着较低的收入,难以负担高昂的治疗费用,因而更容易出现更高的失志水平。

3.3.3 月均收入 本研究结果显示,患者月均收入越高,失志程度越轻,反之则越重($P<0.05$)。有研究显示,患者的月均收入即经济水平直接决定了癌症治疗方式的选择和医疗费用的负担能力^[14]。经济基础较好的患者有能力负担较昂贵且治疗效果较好的治疗方式和手段。他们能充分利用国内外医疗资源和服务,延长伴癌生存期,提高生活质量,进而降低疾病所带来的身心压力,增强生活信念和康复信心,因而失志程度较轻。

3.3.4 疼痛、疲乏 疼痛和疲乏与失志的严重程度呈正相关(均 $P<0.01$)。Lin 等^[15]、Robinson 等^[3]、Tecuta 等^[16]的研究也证实了这个结果。疼痛是继体温、脉搏、呼吸、血压后的第五大生命体征。晚期癌症患者在疾病过程中会经历不同程度的疼痛。疼痛会增加患者的身心痛苦,降低治疗依从性和康复信念,导致患者出现无助感、无望感、无意义感等。疼痛会继发疲乏,癌因性疲乏持续时间长,经过足够的睡眠或休息后都无法缓解^[17],降低患者生活质量和自理能力,对患者身心健康均会造成严重影响。

3.3.5 抑郁、焦虑 本研究结果显示,抑郁、焦虑症状程度越重,失志水平越高(均 $P<0.01$)。这与 Mehnert 等^[18]、Juliao 等^[10]的研究结果一致。癌症患者抑郁、焦虑与很多因素有关,例如,治疗费用高、治疗效果欠佳、治疗不良反应大或治疗后恐惧复发等,患者难以应对各种情况,进而导致失志的发生。

3.3.6 幸福感下降 幸福感包括主观幸福感和客观幸福感。本研究是以癌症患者以其自身标准评价其主观感受和精神状态,包括生活满意度、积极和消极情感等方面。本研究中幸福感下降越多,失志水平越高($P<0.01$)。患癌后,患者面临的应激事件增多,如治疗费用高昂却没有明显的效果,因治疗以及各种癌症伴发症状使患者难以承担家庭角色和责任等,患者容易悲观、绝望、怨天尤人^[17],进而出现应对无能,而失志综合征正是

由于患者在面临一系列应激事件时出现的应对不能的一种心理状态。

4 小结

癌症患者中重度失志的发生率较高,性别、受教育程度、月均收入、疼痛、疲乏、抑郁、焦虑、幸福感下降是影响癌症患者失志综合征的主要因素。临床医务人员在临床工作中需重点关注经济负担重、受教育程度低的女性癌症患者。同时对癌痛患者需实行规范化、全程化、科学化的癌痛管理,采取积极心理干预方案降低患者负性情绪,提高其生活质量,降低癌症患者失志水平。

参考文献:

[1] Tsai W C Y, Shi H Y, Huang C M. Prediction models of anxiety and depressive disorders among gynecologic cancer patients[J]. *J Healthc Manag*, 2017, 18(4): 335-353.

[2] Brewer B W, Caspari J M, Youngwerth J, et al. Demoralization in medical illness: feasibility and acceptability of a pilot educational intervention for inpatient oncology nurses[J]. *Palliat Support Care*, 2018, 16(5): 503-510.

[3] Robinson S, Kissane D W, Brooker J, et al. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2015, 49(3): 595-610.

[4] Vehling S, Kissane D W, Lo C, et al. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer[J]. *Cancer*, 2017, 123(17): 3394-3401.

[5] Robinson S, Kissane D W, Brooker J, et al. The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: a multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2017, 53(2): 243-249.

[6] Fang C K, Chang M C, Chen P J, et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2014, 22(12): 3165-3174.

[7] Robinson S, Kissane D W, Brooker J, et al. Refinement

and revalidation of the Demoralization Scale: The DS- II - internal validity[J]. *Cancer*, 2016, 122(14): 2251-2259.

[8] 沈小平,王骏,许方蕾. 新编当代护理学(下册)[M]. 上海:复旦大学出版社,2018:1451.

[9] 安冬,魏清风,欧阳敏,等. 结直肠癌术后患者失志症候群及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2019, 29(15): 74-77.

[10] Julião M, Nunes B, Barbosa A. Prevalence and factors associated with demoralization syndrome in patients with advanced disease: results from a cross-sectional Portuguese study[J]. *Palliat Support Care*, 2016, 14(5): 468-473.

[11] Belar A, Arantzamendi M, Rodriguez-Nunez A, et al. Multicenter study of the psychometric properties of the new Demoralization Scale (DS- II) in Spanish-speaking advanced cancer patients[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2019, 57(3): 627-634.

[12] Vehling S, Oechsle K, Koch U, et al. Receiving palliative treatment moderates the effect of age and gender on demoralization in patients with cancer[J]. *PLoS One*, 2013, 8(3): e59417.

[13] Bailey C, Doyle Z, Dearin J, et al. Demoralization and chronic illness in rural Australia: a cross-sectional survey[J]. *Palliat Support Care*, 2020, 18(3): 271-276.

[14] 郝萍,付菊芳,王波,等. 243 例乳腺癌患者配偶照顾负担及影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(8): 718-721.

[15] Lin C H, Wang C T. The Relationship between pain and demoralization in cancer patients [J]. *Hu Li Za Zhi*, 2017, 64(1): 51-60.

[16] Tecuta L, Tomba E, Grandi S, et al. Demoralization: a systematic review on its clinical characterization[J]. *Psychol Med*, 2015, 45(4): 673-691.

[17] 刘宇,余一彤,史铁英,等. 癌症患者主观幸福感的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(16): 110-113.

[18] Mehnert A, Vehling S, Hocker A, et al. Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2011, 42(5): 768-776.

(本文编辑 赵梅珍)

为适应我国信息化建设需要,扩大作者学术交流渠道,本刊已入网“万方数据知识服务平台”“中国知网”“维普网”。故凡向本刊投稿并录用的稿件,将一律由编辑部统一纳入以上数据库,进入因特网提供信息服务。作者著作权使用费与本刊稿酬一次性给付。如作者不同意将文章编入上述数据库,请在来稿时声明,本刊将做适当处理。

《护理学杂志》编辑部