

• 专科护理 •
• 论 著 •

门诊肺结节患者疾病不确定感潜在剖面分析及预测指标研究

喻静, 刘林, 龚卫娟

摘要:目的 探索肺结节患者疾病不确定感的潜在类别,并分析不同潜在类别的影响因素。方法 采用方便抽样法选取 487 例肺结节患者作为研究对象,采用一般资料调查问卷、疾病不确定感量表、领悟社会支持量表、简易应对方式问卷和疾病感知问卷进行调查,对研究对象的疾病不确定感特征进行潜在剖面分析,并通过单因素分析、方差分析和 logistic 回归分析探索不同类别间的预测指标。结果 肺结节患者疾病不确定感分为 3 个潜在类别,分别是低水平-复杂性组(28.3%)、中等水平-不可预测性组(35.5%)、高水平-不明确性-信息缺乏组(36.2%);logistic 回归分析结果显示,社会支持高、积极应对、40~59 岁、已戒烟的患者发展为低水平-复杂性组的可能性更大;消极应对的患者发展为其他两组的可能性更大;离异/丧偶、自费、磨玻璃结节的患者更容易归入高水平-不明确性-信息缺乏组。结论 门诊肺结节患者疾病不确定感存在明显不同的分类特征,后续对于肺结节患者的情绪管理应根据不同类别特征实施针对性的精准干预。

关键词:肺结节; 疾病不确定感; 领悟社会支持; 应对方式; 疾病感知; 潜在剖面分析; 预测指标

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.13.022

Illness uncertainty in outpatients with pulmonary nodules: the latent profile analysis and predictors

Yu Jing, Liu Lin, Gong Weijuan. School of Nursing, School of Public Health, Yangzhou University, Yangzhou 225000, China

Abstract: Objective To explore the latent classes of illness uncertainty in outpatients with pulmonary nodules, and to analyze influencing factors of each latent class. **Methods** A total of 487 outpatients with pulmonary nodules were selected using convenient sampling, then they were investigated by utilizing a general information questionnaire, the Mishel Uncertainty in Illness Scale, the Perceived Social Support Scale, the Simplified Coping Style Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire. The latent profile analysis was conducted to identify latent classes of participants' illness uncertainty, and predictors of each class were explored by conducting univariate analysis, ANOVA and logistic regression analysis. **Results** Three latent classes of the participants' illness uncertainty were identified, namely low level complexity group (28.3%), medium level unpredictability group (35.5%), and high level uncertainty combined with deficient information group (36.2%). The results of logistic regression analysis showed that, the patients with high social support, active coping, 40—59 years old, and have quitted smoking were more likely to develop into the low level complexity group, while the patients with negative coping were prone to be divided into the other two groups; in addition, the divorced/widowed, self funded patients and those with ground glass pulmonary nodules were inclined to be classified into the high level uncertainty combined with deficient information group. **Conclusion** The outpatients with pulmonary nodule have significantly different classification characteristics of illness uncertainty, and targeted and precise emotion management should be implemented based on their characteristics of different categories in the future.

Key words: pulmonary nodules; illness uncertainty; perceived social support; coping styles; illness perception; latent profile analysis; predicting indicators

肺结节是早期肺癌最常见的影像学表现形式^[1]。近年来,随着胸部低剂量螺旋 CT 的普及以及人们体检意识的提高,肺结节的检出率从 8%大幅度提升至 51%^[2]。因肺结节的检出、诊断不明确、不了解疾病知识以及无法预测肺结节的发展和预后,患者易产生

疾病不确定感。肺结节患者疾病不确定感发生率达 78%^[3]。疾病不确定感属于认知范畴,指当患者没有足够的线索和信息,缺乏对疾病相关事件有效认知和判定的能力,无法对疾病结局进行恰当分类和准确预测时,疾病不确定感便会产生^[4]。疾病不确定感的出现会引起焦虑、抑郁、心理痛苦等不良情绪^[5-7],影响患者的随访依从性、生活质量和健康结局^[8]。因此,对肺结节患者疾病不确定感的精准识别与有效管理至关重要。由于肺结节疾病特征及个体心理应激缓冲和承受能力的不同,肺结节患者疾病不确定感存在不同特征的组群。但是,目前研究仅以临界值来划分肺结节患者的疾病不确定感,忽略了患者群体间的内

作者单位:扬州大学护理学院·公共卫生学院(江苏 扬州, 225000)

喻静:女,硕士在读,学生

通信作者:龚卫娟, wjgong@yzu.edu.cn

科研项目:江苏省科技计划专项资金(重点研发计划社会发展)项目(BE2022775)

收稿:2023-02-15;修回:2023-04-18

部差异性。目前,潜在剖面分析模型(Latent Profile Analysis,LPA)以个体为中心的分析技术^[9],将具有相似反应模式者归为同一类别以研究变量中心无法观察到的不同类别人群特点,帮助研究者更好地了解各潜在类别的共性特征。鉴此,本研究通过潜在剖面分析深入探讨肺结节患者的疾病不确定感特征,并以应激作用过程理论^[10]探讨不同潜在类别患者的影响因素,旨在为后续对肺结节患者制定更合理化、个性化的干预措施提供证据支持。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究为横断面研究,采用方便抽样法于 2021 年 7 月至 2022 年 6 月选取扬州市 2 所三级甲等医院胸外科门诊的肺结节患者为研究对象。纳入标准:①CT 影像并结合《肺结节诊治中国专家共识》^[11]确诊为肺结节的患者;②年龄 ≥ 18 岁;③意识清楚,具有一定的阅读理解能力,能理解问卷内容。排除标准:①既往有其他肿瘤病史;②先天智力不足或有认知障碍、精神病史;③近 3 个月内经历严重心理创伤,如亲人离世、重大家庭变故等。根据横断面研究样本量计算公式: $n = 4u\alpha^2 s^2 / \delta^2$,本研究取 $\alpha = 0.05$, $u_{0.05}^2 = 1.96$,本研究的标准差 $s = 2.39$, $\delta = 0.54$,代入公式得出 $n \approx 301$,考虑到 20% 的样本脱落率,估算需要样本量为 377 例^[12]。本研究已通过扬州大学护理学院伦理委员会审查(YZUHL2021002),所有研究对象签署知情同意书,自愿参加本研究。

1.2 调查工具 ①一般资料调查表。自行设计,包括肺结节患者的年龄、性别、宗教信仰、文化程度、婚姻状况、医疗报销方式、自觉医疗负担等基本信息;以及结节发现时长、肺结节个数、结节大小、结节类型等疾病相关资料。②疾病不确定感量表(Mishel Uncertainty in Illness Scale, MUIS)。采用由许淑莲等^[13]翻译并修订的自评量表。该量表共 33 个条目,分为不明确性(13 个条目)、复杂性(9 个条目)、信息缺乏性(5 个条目)和不可预测性(5 个条目)4 个维度,每个条目采用 Likert 5 级评分法,从“强烈不同意”到“强烈同意”依次评 1~5 分,其中复杂性和不可预测性维度反向计分,条目 15 不计入总分,总分 32~160 分,得分越高表明疾病不确定感水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.727。③领悟社会支持量表(Perceived Social Support Scale, PSSS)。由 Zimet 等^[14]编制,姜乾金^[15]修订,用于反映个体对社会支持的自我理解以及自我感受,包括家庭支持(4 个条目)、朋友支持(4 个条目)和其他支持(4 个条目)3 个维度,共 12 个条目,采用 Likert 7 级评分法,从“极不同意”到“极同意”,依次评 1~7 分。总分 12~84 分,得分越高表明患者的社会支持水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.922。④简易应对方式问卷(Simplified Coping Style Ques-

tionnaire, SCSQ)。由解亚宁^[16]修订,共 20 个条目,包括积极应对(1~12 条目)和消极应对(13~20 条目)2 个维度,采用 4 级评分法(0~3 分)。积极应对分值越高提示患者越倾向于积极应对,消极应对分值越高提示患者越倾向于消极应对。本研究中该量表的 Cronbach's α 为 0.806。⑤简易版疾病感知问卷(Brief Illness Perception Questionnaire, BIPQ)。采用梅雅琪等^[17]汉化的版本,评估患者对疾病的感受和认知。问卷由 8 个条目以及 1 个开放性问题(列举 3 个自认为最重要的患病因素)组成,除开放性问题不计分以外,其余条目均采用 0(毫无影响)~10(严重影响)计分法,其中条目 3、4、7 反向计分,总分 0~80 分,得分越高表示患者的负性疾病感知越多,本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.738。

1.3 资料收集方法 研究者在取得医院相关部门的同意后,采用统一指导语对胸外科门诊确诊为肺结节的患者进行随访登记和问卷调研介绍,向调查对象说明研究目的、问卷填写方法及保密原则,征得知情同意后由患者自行填写问卷,对调查对象填写过程中提出的疑问给予不加暗示的解答。若患者文化程度低或视力差,则由研究者采取问答的形式协助填写。问卷现场发放并回收。共发放问卷 520 份,回收有效问卷 487 份,有效回收率为 93.65%。

1.4 统计学方法 采用 Epidata3.1 软件双人录入数据,运用 Mplus8.3、SPSS26.0 软件进行数据处理。对疾病不确定感量表得分进行 z-score 标准化处理,以便观察不同类型的差异并命名。使用 Mplus8.3 软件对肺结节患者疾病不确定感进行潜在剖面分析,从单类别模型开始逐步增加类别的数量,综合对比找出拟合数据最好的模型。模型拟合指数包括赤池信息准则(Akaike Information Criteria, AIC)、贝叶斯信息准则(Bayesian Information Criteria, BIC)、校正 BIC(adjusted BIC, aBIC)、罗蒙代尔-鲁本校正似然比(Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test, LMR-LRT)和基于 Bootstrap 的似然比检验(Bootstrapped likelihood ratio test, BLRT)及熵(Entropy)。最优模型的判定标准包括:AIC、BIC、aBIC 小于其他竞争模型;熵(Entropy)指数 > 0.7 ;LMR-LRT、BLRT 的显著性 $P < 0.05$ 。LMR-LRT 和 BLRT 用于比较 k 类模型与 $k-1$ 类模型之间的拟合差异。采用 SPSS26.0 软件对数据进行数据处理与统计分析,符合正态分布的计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,计数资料采用频数和百分比表示。疾病不确定感不同潜在类别患者的一般资料分布差异分析,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法;运用单因素方差分析分析领悟社会支持量表、简易应对方式问卷和疾病感知问卷得分在不同潜在类别患者间的得分差异。采用多元 logistic 回归分析肺结节患者潜在类别的影响因素。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 共同方法偏差检验 采用 Harman 单因子法^[18]检验共同方法偏差。结果表明,未旋转主成分分析共有 18 个因子的特征值大于 1,最大因子方差解释的变异量 12.46%,小于临界值 40%,提示本研究不存在明显的共同方法偏差。

2.2 研究对象的一般资料 本研究纳入 487 例完成所有量表的患者资料进行分析。女 295 例,男 192 例;年龄 18~82(46.90±13.41)岁;480 例汉族;154 例来自农村;210 例初中以下文化程度;273 例在职;387 例已婚;245 例有多个肺结节,254 例肺结节 1~6 mm;58 例有肺癌家族史。

2.3 肺结节患者疾病不确定感、领悟社会支持、应对方式和疾病感知得分 肺结节患者疾病不确定感得分为(95.72±10.57)分,不明确性、复杂性、信息缺乏性和不可预测性 4 个维度得分分别为(39.00±

8.00)、(23.00±2.88)、(21.12±3.26)和(12.60±2.49)分;社会支持中家庭支持、朋友支持和其他支持 3 个维度得分分别为(22.70±4.08)、(18.91±4.10)和(18.91±3.96)分;应对方式中的积极应对、消极应对 2 个维度得分分别为(20.43±5.72)和(10.53±3.69)分;疾病感知得分为(41.52±10.63)分。

2.4 肺结节患者疾病不确定感潜类别模型分析 基于肺结节患者疾病不确定感测评结果拟合潜在类别。从单类别模型开始,依次增加模型中的类别个数,模型随着分类增加,AIC 和 BIC 值均不断减小,分成 3 类时 Entropy 值较高,且 LMR-LRT 和 BLRT 均达到显著水平。综合比较各个模型间的拟合指数,最终确定模型 3 为最佳拟合模型,模型拟合指标见表 1。疾病不确定感 3 个潜类别的归属概率分别为 89.3%、86.3%、93.8%,均大于 80%,表示潜在类别模型分类结果可靠。

表 1 门诊肺结节患者疾病不确定感潜在类别模型拟合指标

类别	k	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMP-LRT(P)	BLRT(P)	类别概率(%)
1	8	5 540.180	5 573.687	5 548.295				
2	13	5 327.028	5 381.476	5 340.214	0.746	<0.001	<0.001	0.517/0.483
3	18	5 278.533	5 353.922	5 296.791	0.773	<0.001	<0.001	0.283/0.355/0.362
4	23	5 259.757	5 356.087	5 283.086	0.737	0.116	<0.001	0.133/0.166/0.353/0.347
5	28	5 240.553	5 357.825	5 268.954	0.767	0.305	<0.001	0.115/0.047/0.341/0.175/0.322

2.5 肺结节患者疾病不确定感潜在类别的特征及命名 门诊肺结节患者疾病不确定感潜在类别组特征分布,见图 1。根据 3 个潜在类别的特点分别命名,类别 1 患者的复杂性维度得分最高,将该类别患者命名为“低水平-复杂性组”,138 例(28.3%);类别 2 患者疾病不确定感呈中等水平,仅不可预测性维度得分较高,将该类别患者命名为“中等水平-不可预测性组”,173 例(35.5%);类别 3 的患者疾病不确定感总得分处于较高水平,且不明确性和信息缺乏维度得分最高,命名为“高水平不明确性-信息缺乏组”,176 例(36.2%)。

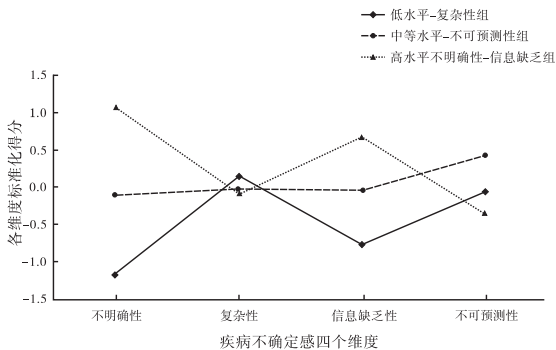


图 1 门诊肺结节患者疾病不确定感潜在类别组特征分布

2.6 不同组别患者一般资料比较 3 个潜在类别患者性别、民族、家庭住址、职业状态、结节个数、结节大

小、亚实性肺结节和肺癌家族史比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$);差异有统计学意义的项目,见表 2。

2.7 三组领悟社会支持、应对方式、疾病感知得分比较 见表 3。

2.8 肺结节患者疾病不确定感潜在类别的多元 logistic 回归分析结果 将疾病不确定感潜在类别作为因变量(低水平-复杂性组=1,中等水平-不可预测性=2,高水平不明确性-信息缺乏组=3)。将有统计学意义的项目作为自变量,自变量赋值:年龄(18~39 岁=1,40~59 岁=2,60~82 岁=3);文化程度(初中以下=1,高中及中专=2,大专及以上=3);婚姻状况(未婚=1,离异或丧偶=2,已婚=3);吸烟状况(吸烟=1,已戒烟=2,从不吸烟=3);领悟社会支持、应对方式和疾病感知以实测值代入。结果显示,积极、消极应对方式,社会支持,疾病感知,40~59 岁,离异/丧偶,自费,已戒烟以及磨玻璃结节是肺结节患者疾病不确定感潜在类别的影响因素,见表 4。

3 讨论

3.1 门诊肺结节患者疾病不确定感可分为 3 个潜在类别 本研究基于潜在剖面模型指标综合判断确定肺结节患者疾病不确定感存在 3 个潜在类别,与既往关于焦虑情绪潜在类别研究结果^[19]相似。3 个潜在类别患者表现出不同的疾病不确定感特征,可帮助临

床工作者识别患者特征差异,以便开展个性化的护理措施。低水平-复杂性组患者疾病不确定感总水平最低,但复杂性维度得分最高。此类患者可能认为肺结节疾病复杂,难以了解。中水平-不可预测性组患者不可预测性维度得分最高,这可能是由于肺结节依靠 CT 检出,无明显特异性症状,患者对肺结节的疾病进展、诊断治疗难以预测。高水平不明确性-信息缺乏

组患者疾病不确定感主要体现在疾病的不明确性及信息缺乏性,由于肺结节疾病本身特点,一次 CT 检查难以断定结节的良恶性,患者在疾病随访过程中经验或信息缺乏时,常出现认知上的模糊及不一致感,导致高水平疾病不确定感产生。建议医护人员普及肺结节疾病相关知识,还需关注其心理变化,及时心理学评估并实施综合干预措施以减轻不确定感。

表 2 不同组别患者一般资料比较

例(%)

组别	例数	年龄(岁)			文化程度			婚姻状况		
		18~39	40~59	60~82	初中及以下	高中及中专	大专及以上	未婚	离异或丧偶	已婚
低水平-复杂性组	138	50(36.2)	73(52.9)	15(10.9)	48(34.8)	31(22.5)	59(42.8)	11(8.0)	10(7.2)	117(84.8)
中等水平-不可预测性组	173	57(32.9)	89(51.4)	27(15.6)	74(42.8)	37(21.4)	62(35.8)	15(8.7)	13(7.5)	145(83.8)
高水平不明确性-信息缺乏组	176	46(23.1)	87(49.4)	43(24.4)	88(50.0)	43(24.4)	45(25.6)	19(10.8)	32(18.2)	125(71.0)
χ^2			9.296			10.599			14.827	
<i>P</i>			0.010			0.005			0.005	

组别	例数	医疗报销方式		吸烟状态			实性结节		磨玻璃结节	
		自费	医保	吸烟	已戒烟	从不吸烟	有	无	有	无
低水平-复杂性组	138	29(21.0)	109(79.0)	23(16.7)	13(9.4)	102(73.9)	46(33.3)	92(66.7)	81(58.7)	57(41.3)
中等水平-不可预测性组	173	42(24.3)	131(75.7)	39(22.5)	14(8.1)	120(69.4)	55(31.8)	118(68.2)	104(60.1)	69(39.9)
高水平不明确性-信息缺乏组	176	92(52.3)	84(47.7)	20(11.4)	7(4.0)	149(84.7)	37(21.0)	139(79.0)	133(75.6)	43(24.4)
χ^2			44.123		13.045			7.350		12.898
<i>P</i>			<0.001		0.011			0.025		0.002

表 3 三组领悟社会支持、应对方式、疾病感知得分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	领悟社会支持	应对方式		疾病感知
			积极应对	消极应对	
低水平-复杂性组	138	63.49±10.08	20.92±7.02	9.26±3.78	41.08±12.39
中等水平-不可预测性组	173	59.83±12.06	21.53±5.65	10.60±3.94	40.13±11.80
高水平不明确性-信息缺乏组	176	58.88±8.23	18.98±4.18	11.47±3.03	43.24±7.20
<i>F</i>		8.427	9.677	14.733	3.966
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	0.020

表 4 肺结节患者疾病不确定感潜在类别无序多分类 logistic 回归分析

变量	β	SE	Wald χ^2	<i>P</i>	OR	95%CI
中等水平-不可预测性组 vs. 低水平-复杂性组						
常数项	1.195	1.056	1.279	0.258		
社会支持	-0.036	0.012	9.648	0.002	0.964	0.942~0.987
消极应对	0.098	0.033	8.881	0.003	1.103	1.034~1.177
高水平不明确性-信息缺乏组 vs. 低水平-复杂性组						
常数项	0.447	1.220	0.134	0.714		
社会支持	-0.040	0.013	9.174	0.002	0.961	0.936~0.986
积极应对	-0.076	0.026	8.614	0.003	0.927	0.881~0.975
消极应对	0.201	0.039	26.161	<0.001	1.222	1.132~1.320
疾病感知	0.025	0.013	3.919	0.048	1.026	1.000~1.051
40~59 岁	-0.931	0.407	5.224	0.022	0.394	0.178~0.876
离异/丧偶	1.136	0.467	5.928	0.015	3.114	1.248~7.769
自费	1.221	0.290	17.733	<0.001	3.391	1.921~5.986
已戒烟	-1.143	0.553	4.273	0.039	0.319	0.108~0.942
磨玻璃结节	0.809	0.365	4.913	0.027	2.245	1.098~4.588

3.2 门诊肺结节患者疾病不确定感潜在类别的影响因素 本研究结果显示,高水平社会支持、积极应对、40~59 岁、已戒烟患者发展为低水平-复杂性组的可能性更大。Borges 等^[20]研究指出,许多肺结节患者

的心理问题是由家庭及社会方面的压力造成。低水平-复杂性组患者的社会支持总分较高,疾病不确定感水平低,来自多方面的鼓励和支持帮助患者缓解不良情绪困扰,积极地面对疾病,增强治愈疾病的信心,

提高健康相关生活质量。因此,在临床护理实践中医护人员与患者家属共同合作,多重视肺结节患者的内心需求,治疗过程中需要在情感上给予更多的理解与尊重,同时鼓励患者积极寻求社会支持,提高其对社会支持的主观感知度。低水平-复杂性组患者积极应对得分最高,而消极应对得分最低。积极应对方式以问题解决为中心,这种应对策略鼓励患者识别压力源、积极主动地寻求策略解决问题,进而缓解疾病不确定感。40~59岁者相对于60~82岁者,发展为低水平-复杂性组的可能性更大。原因可能是中青年患者相对于老年患者身体健康状态较好,自我效能更好,面对突如其来的疾病诊断虽略感复杂,但依然能良好应对。已戒烟者相对于从不吸烟者,发展为低水平-复杂性组的可能性更大,这与既往研究 Brain 等^[21]结果一致,戒烟能够有效降低疾病发生风险,进而缓解疾病不确定感。

消极应对的患者发展为其他两组的可能性更大。消极应对方式主要以情绪调节为直接目的,它常常会加深或恶化个体的心理不适。已有干预性研究表明,通过提升患者的积极应对技巧能明显改善其心理负担^[22]。因此,医护人员应及时评估患者的应对方式,了解患者需求,及时满足其知识或心理等需求。研究表明,基于焦点解决模式的应对方式培训^[23]能使消极的应对方式向积极面对转化,可用于肺结节患者应对干预策略,从而缓解其疾病不确定感水平。

本研究发现,疾病感知 $OR 95\% CI$ 包含 1,但 P 接近 0.05,因此,疾病感知水平是否是高水平不明确性-信息缺乏组的预测因素还有待进一步探讨。有研究指出,当患者缺乏其病情的信息或知识、症状或结果不可预测、知识不足以为患者提供疾病控制感时,疾病不确定感会增加^[24-25]。因此,医护人员需重视患者对疾病各方面的看法,采取针对性的措施来改善患者的负性疾病感知。离异/丧偶以及自费的患者发展为高水平不明确性-信息缺乏组的可能性更大,这与 Zhang 等^[26]的研究结果类似。这可能是因为结节随访评估需多次 CT 复查,昂贵的复查费用使患者自觉医疗负担加重,尤其是缺乏配偶经济支持及自费患者。因此,健全相关医疗保险政策以减轻肺结节患者的医疗负担,对减少肺结节患者的负性情绪感受、提高生活质量具有重要意义。磨玻璃结节是高水平不明确性-信息缺乏组的预测指标。患者没有准确的疾病信息,对肺结节疾病知识、随访及预后缺乏清晰的认知和判定的能力,误认为磨玻璃结节进展为肺癌的风险更大,过高评估结节的肺癌风险,更易产生疾病不确定感。因此,医护人员需在肺结节随访治疗过程中提供个性化的疾病相关知识、随访计划指导、癌症风险评估等方面的健康教育,并结合互联网平台^[27]等新形式加强信息支持,为患者提供准确且有效的疾病知识信息,重视患者的随访、复查等工作,疏导患者

的不良情绪,降低疾病不确定感。

3.3 研究的局限性 本研究为横断面研究,仅收集了单个时间点数据,无法确定不同时期患者疾病不确定感水平以及不同类别与上述影响因素间的因果关系,后续应积极开展纵向研究,并引入潜在转变分析,以探究患者疾病不确定感随时间发展的变化与规律,并进一步明确疾病不确定感的风险预测指标。此外,本研究纳入患者疾病相关因素有限,后期应全面探讨疾病相关因素对不同类别的预测作用。最后,本研究采取便利抽样而非随机抽样,仅选择扬州市 2 所三级甲等医院的门诊肺结节患者,可能存在一定的选择偏倚,后期应扩大研究范围,增大样本量,以保障研究结果的准确性。

4 结论

本研究采用潜在剖面模型识别出肺结节患者 3 个疾病不确定感潜在类别,分别为低水平-复杂性组、中等水平-不可预测性组和高水平不明确性-信息缺乏组。其中消极应对、离异/丧偶、自费、磨玻璃结节的患者更易发展为高水平不明确性-信息缺乏组,是医护人员应重点关注的群体。对于肺结节患者的疾病不确定感管理,建议在深入了解患者不同类别特征基础上,加强对高水平不明确性-信息缺乏患者的早期识别和预测,并实施以患者为中心的精准化干预。

参考文献:

- [1] Eggert J A, Palavanzadeh M, Blanton A. Screening and early detection of lung cancer[J]. *Semin Oncol Nurs*, 2017,33(2):129-140.
- [2] Yang L, Zhang Q, Bai L, et al. Assessment of the cancer risk factors of solitary pulmonary nodules[J]. *Oncotarget*, 2017,8(17):29318-29327.
- [3] Freiman M R, Clark J A, Slatore C G, et al. Patients' knowledge, beliefs and distress associated with detection and evaluation of incidental pulmonary nodules for cancer: results from a multicenter survey[J]. *Thorac Oncol*, 2016,11(5):700-708.
- [4] Mishel M H. Uncertainty in illness[J]. *Image J Nurs Sch*, 1988,20(4):225-232.
- [5] Cui C, Li Y, Wang L. The association of illness uncertainty and hope with depression and anxiety symptoms in women with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study of psychological distress in systemic lupus erythematosus women[J]. *Clin Rheumatol*, 2021,27(8):299-305.
- [6] Slatore C G, Wiener R S, Golden S E, et al. Longitudinal assessment of distress among veterans with incidental pulmonary nodules[J]. *Ann Am Thorac Soc*, 2016,13(11):1983-1991.
- [7] Kassem K, Shapiro M, Gorenstein L, et al. Evaluation of high-risk pulmonary nodules and pathologic correlation in patients enrolled in a low-dose computed tomography (LDCT) program[J]. *Thorac Dis*, 2019,11(4):

1165-1169.

[8] Roberts T J, Lennes I T, Hawari S, et al. Multidisciplinary management of pulmonary nodules can streamline care and improve adherence to recommendations[J]. *Oncologist*, 2020, 25(5):431-437.

[9] Conley S. Symptom cluster research with biomarkers and genetics using latent class analysis[J]. *West J Nurs Res*, 2017, 39(12):1639-1653.

[10] 姜乾金. 应激(压力)系统模型:理论与实践[C]. 北京:第十七届全国心理学学术会议, 2014.

[11] 张晓菊, 白莉, 金发光, 等. 肺结节诊治中国专家共识(2018年版)[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2018, 41(10):763-771.

[12] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(4):378-380.

[13] 王文颖. 中文版疾病不确定感家属量表的修订及在 CCU 患者家属的应用[D]. 天津:天津医科大学, 2012.

[14] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. *J Pers Assess*, 1990, 55(3-4):610-617.

[15] 黄丽, 姜乾金, 任蔚红. 应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 1996, 10(4):160-161.

[16] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 1998, 6(2):53-54.

[17] 梅雅琪, 李惠萍, 杨娅娟, 等. 中文版疾病感知问卷简化版在女性乳腺癌患者中的信效度检验[J]. *护理学报*, 2015, 22(24):11-14.

[18] 史松奇. 共同方法偏差的统计检验与控制方法研究[J]. *现代经济信息*, 2019(16):352.

[19] Liu Z, Liu R, Zhang Y, et al. Latent class analysis of depression and anxiety among medical students during COVID-19 epidemic[J]. *BMC Psychiatry*, 2021, 21(1):498.

[20] Borges E L, Franceschini J, Costa L H, et al. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life[J]. *J Bras Pneumol*, 2017, 43(1):18-23.

[21] Brain K, Lifford K J, Carter B, et al. Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening: results of the UK Lung Cancer Screening randomised controlled trial[J]. *Thorax*, 2016, 71(11):996-1005.

[22] 尹誉霏, 童永胜, 李静雯, 等. 歌曲治疗技术对精神分裂症患者应对方式及症状改善作用的随机对照试验[J]. *中国心理卫生杂志*, 2019, 33(4):260-266.

[23] 石跃, 武翌, 杜红娣, 等. 基于焦点解决模式改善初次诊断肿瘤患者情绪及应对方式的应用研究[J]. *癌症进展*, 2021, 19(23):2461-2465.

[24] 袁颖, 刘琪, 刘彦林, 等. 创伤性截肢术后患者疾病感知及影响因素调查分析[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(3):27-30.

[25] 刘桂霞, 张慧, 孟云. 化疗肺癌患者自我感受负担与疾病感知、疾病不确定感、心理弹性的关系[J]. *中国心理卫生杂志*, 2019, 33(11):816-821.

[26] Zhang N, Tang X Q, Lu K, et al. Illness uncertainty, self-perceived burden and quality of life in patients with chronic myeloid leukaemia: a cross-sectional study[J]. *J Clin Nurs*, 2022, 31(19-20):2935-2942.

[27] 何静婷, 代艺, 罗洋, 等. 自助式健康教育网站在胸外科肿瘤患者中的应用[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(9):83-86.

(本文编辑 钱媛)

(上接第 9 页)

[12] Maslach C, Jackson S E. The measurement of experienced burnout[J]. *J Occup Behav*, 1981, 2(2):99-113.

[13] 李超平, 时勘. 分配公平与程序公平对工作倦怠的影响[J]. *心理学报*, 2003, 35(5):677-684.

[14] 温涵, 梁韵斯. 结构方程模型常用拟合指数检验的实质[J]. *心理科学*, 2015, 38(4):987-994.

[15] 钱新毅, 李建军, 张燕, 等. 老年病医院护士休闲活动参与现状及影响因素[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(16):77-78.

[16] 龚玉枝, 钱新毅, 张燕, 等. 老年病医院护士休闲态度及其影响因素调查[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(15):49-51.

[17] Sonnentag S. Work, recovery activities, and individual well-being: a diary study[J]. *J Occup Health Psychol*, 2001, 6(3):196-210.

[18] 黄慧敏, 陈永侠, 杨秀木. 工作压力及应对方式对临床护士工作绩效的影响[J]. *蚌埠医学院学报*, 2017, 42(1):18-22.

[19] Petrou P, Bakker A B, van den Heuvel M. Weekly job crafting and leisure crafting: implications for meaning-making and work engagement[J]. *J Occup Organ Psychol*, 2017, 90(2):129-152.

[20] 林琳. 职场变革情境下的工作与工余塑造:基于自我认同理论的双路径模型[J]. *心理科学进展*, 2021, 29(5):773-786.

[21] Chen C, Meier S T. Burnout and depression in nurses: a systematic review and meta-analysis[J]. *Int J Nurs Stud*, 2021, 124:104099.

[22] 于敬芬. 临床护士组织公平感与工作绩效的关系及中介调节效应研究[D]. 开封:河南大学, 2022.

[23] 岳国峰, 董靖德, 杨天婷. 伦理型领导对护士工作绩效影响研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2020, 37(8):577-580.

(本文编辑 吴红艳)