

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2025.06.012

我国癌症患者失志综合征现状及相关因素的 Meta 分析

王历刚¹ 杨柳² 郑旭彤³ 游爱君⁴ 王雅娇¹ 陈柳茵⁵ 邱吓花⁶ 黄碧春² 圣夏² 林桂娇²¹ 厦门大学附属心血管病医院护理部, 厦门 361000; ² 福建中医药大学护理学院, 福州 350122;³ 中国医科大学护理学院, 沈阳 110000; ⁴ 复旦大学附属中山医院厦门医院急诊科, 厦门 361000;⁵ 龙岩市第二医院肿瘤内科, 龙岩 362300; ⁶ 龙岩医疗安全数据监控中心, 龙岩 362300)

摘要 **目的** 系统评价我国癌症患者失志综合征的发生率及影响因素。**方法** 计算机检索中国知网、维普、万方、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane Library 和 Web of Science 各中英文电子数据库建库至 2023 年 12 月 23 日收录的关于我国癌症患者失志综合征发生率及影响因素的研究, 采用 Stata 16.0 软件对符合纳入标准的文献进行 Meta 分析。**结果** 共纳入 26 篇横断面研究, 涉及 5 692 例患者; Meta 分析结果显示, 我国癌症患者失志综合征总体发生率为 58.1%, 失志量表均分为 32.39(95%CI:30.49~34.29)。影响因素涉及性别、婚姻状况、学历、年龄、付费方式、治疗方式、肿瘤分期、地理位置、面对、回避、屈服、希望、焦虑、抑郁、社会支持和生活质量 16 个影响因素。相关性分析显示, 失志状态与面对应对方式(summary $r=-0.30$, 95%CI: -0.44~-0.15)、回避应对方式(summary $r=-0.11$, 95%CI: -0.17~-0.05)、社会支持水平(summary $r=-0.52$, 95%CI: -0.59~-0.44)、希望水平(summary $r=-0.51$, 95%CI: -0.69~-0.29)及生活质量(summary $r=-0.58$, 95%CI: -0.77~-0.31)呈负相关, 与屈服应对方式(summary $r=0.52$, 95%CI: 0.38~0.64)、焦虑(summary $r=0.51$, 95%CI: 0.41~0.61)、抑郁(summary $r=0.59$, 95%CI: 0.53~0.66)呈正相关(均 $P<0.001$)。**结论** 我国癌症患者失志综合征发生率较高, 其水平与屈服应对、抑郁、焦虑及社会支持等因素存在中等强度关联。临床应优先针对这些强相关因素, 对女性、无配偶、低学历、晚期肿瘤等高危人群开展早期风险评估, 制定并实施个性化干预策略, 以降低失志风险、提升患者生活质量。

关键词 癌症; 失志综合征; 影响因素; Meta 分析; 循证护理

中图分类号: R473.73 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2025)12-548-08

A meta-analysis of the prevalence and associated factors of demoralization syndrome in Chinese cancer patients

WANG Ligang¹, YANG Liu², ZHENG Xutong³, YOU Aijun⁴, WANG Yajiao¹,
CHEN Liuyin⁵, QIU Xiaohua⁵, HUANG Bichun², SHENG Xia², LIN Guijiao²¹ Department of Nursing, Xiamen Cardiovascular Hospital of Xiamen University, Xiamen 361000, China;² School of Nursing, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350122, China;³ School of Nursing, China Medical University; Shenyang 110000, China;⁴ Emergency Department, Xiamen Branch Zhongshan Hospital of Fudan University, Xiamen 361000, China;⁵ Department of Oncology, The Second Hospital of Longyan, Longyan 362300, China;⁶ Longyan Medical Treatment Security Data Monitoring Center, Longyan 362300, China)

Abstract: Objective To systematically evaluate the incidence and influencing factors of demoralization syndrome in Chinese patients with cancer. **Methods** A comprehensive computer search for literature about incidence and influencing factors of demoralization syndrome in Chinese patients with cancer was conducted from CNKI, VIP, WanFang Data-

[基金项目] 国家级大学生创新创业训练计划项目(202010393004); 福建中医药大学 2021 年校管课题学科专项(X2021006-学科)

[通信作者] 杨柳, E-mail: 94493607@qq.com

base, PubMed, Cochrane Library and Web of Science. The retrieval time was from the establishment of the databases to December 23, 2023. The Stata 16.0 software was used for meta-analysis. **Results** A total of 26 cross-sectional studies involving 5,692 patients were included; Meta-analysis results revealed that the overall prevalence of demoralization syndrome among Chinese patients with cancer was 58.1%, with a average score of 32.39 (95% CI: 30.49 to 34.29) on the loss of hope scale. Sixteen influencing factors were identified: gender, marital status, educational attainment, age, payment method, treatment modality, tumor stage, geographic location, coping style, hope, anxiety, depression, level of social support, and quality of life. Correlation analysis showed that the severity of demoralized was negatively correlated with confrontation coping (summary $r = -0.30$, 95% CI: $-0.44 \sim -0.15$), avoidance coping (summary $r = -0.11$, 95% CI: $-0.17 \sim -0.05$), social support level (summary $r = -0.52$, 95% CI: $-0.59 \sim -0.44$), hope level ($r = -0.51$, 95% CI: $-0.69 \sim -0.29$), and quality of life ($r = -0.58$, 95% CI: $-0.77 \sim -0.31$). It was positively correlated with the acquiescence coping (summary $r = 0.52$, 95% CI: $0.38 \sim 0.64$), anxiety (summary $r = 0.51$, 95% CI: $0.41 \sim 0.61$), and depression (summary $r = 0.59$, 95% CI: $0.53 \sim 0.66$) (all $P < 0.001$). **Conclusion** The prevalence of demoralization syndrome is high among Chinese cancer patients, with moderate-strength associations observed between its severity and factors such as yielding coping, depression, anxiety, and social support. Clinicians should prioritize addressing these strongly correlated factors by conducting early risk assessments for high-risk populations-including women, unmarried individuals, those with lower education levels, and patients with advanced-stage tumors-and implementing personalized intervention strategies to reduce the risk of loss of will and improve patients' quality of life.

Keywords: Cancer; Demoralization syndrome; Influencing factors; Meta-analysis; Evidence-based nursing

2002年由澳大利亚学者 Clarke 和 Kissane 提出的失志综合征是指由一系列负性生活事件引发的一种心理痛苦状态,一种持续经历的无能为力,包括无助感、无望感、无意义感、主观无能感和自尊心下降^[1]。国外研究显示癌症患者失志综合征的发生率为 49.5%~57.7%^[2]。失志综合征不仅是诱发焦虑、抑郁等负性情绪的重要诱因,而且可能引发患者的自杀意念或行为^[3],已成为亟待关注的问题。尽管国外多项研究^[4-5]证实人口社会学、疾病和心理因素等多种因素均与失志发生相关;但由于中西方在经济文化、医疗保险制度上的差异,使国外研究结论难以直接适用于我国患者;而目前我国关于癌症失志综合征患者的研究多局限于分散、小样本的调查,尚缺乏对发生率和影响因素的整体性评估与分析。本研究将通过对我国癌症失志综合征患者的发生率和影响因素的相关文献进行 Meta 分析,明确我国癌症患者失志综合征的发生率及其影响因素,以期为临床开展失志筛查与针对性干预提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 检索策略

检索词采用主题词与自由词结合方式,其中中文检索词包括“癌/肿瘤/失志综合征/志气缺失综合征/志气缺失/失志症候群/失志量表/中文版失志量表”等;英文检索词包括“cancer/tumor/demoralization/demoralization syndrome/demoralization scale/The demoralization scale/Demoralization Scale-Mandarin Version/China/Taiwan/Hongkong/Macau”等;计算机检索中国知网、维普、万方、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane Library 和 Web of Science 电子数据库,检索时限为各数据库建库至 2023 年 12 月 23 日。辅助

手工检索的方式补充检索灰色文献。中文检索策略如下: SU=(癌+肿瘤+肿+瘤) AND SU=(失志综合征+志气缺失综合征+志气缺失+失志症候群+失志量表+中文版失志量表),英文检索策略如图 1 所示。

```
#1 Demoralization[MeSH Terms]
#2 (((Demoralization[Title/Abstract]) OR (Demoralization syndrome[Title/Abstract])) OR (demoralization scale[Title/Abstract]) OR (The demoralization scale[Title/Abstract])) OR (Demoralization Scale-Mandarin Version[Title/Abstract])
#3 #1 OR #2
(((Demoralization[Title/Abstract]) OR (Demoralization syndrome[Title/Abstract])) OR (demoralization scale[Title/Abstract])) OR (The demoralization scale[Title/Abstract])) OR (Demoralization Scale-Mandarin Version[Title/Abstract]) OR Demoralization[MeSH Terms]
#4 Neoplasms[MeSH Terms]
#5 ((Neoplasms[Title/Abstract]) OR (tumor[Title/Abstract])) OR (Cancer[Title/Abstract])
#6 #4 OR #5
((Neoplasms[Title/Abstract]) OR (tumor[Title/Abstract])) OR (Cancer[Title/Abstract]) OR Neoplasms[MeSH Terms]
#7 ((((((China[MeSH Terms]) OR (China[Title/Abstract])) OR (Chinese[Title/Abstract])) OR (Taiwan[MeSH]) OR (Taiwan[Title/Abstract])) OR (Hongkong[MeSH Terms]) OR (Hongkong[Title/Abstract])) OR (Macau[MeSH]) OR (Macau[Title/Abstract]))
#8 #3 AND #6 AND #7
```

图 1 英文检索策略

1.2 文献纳入与排除标准

纳入标准:1)研究对象符合临床诊断标准确诊的中国癌症患者;2)研究内容为中国癌症患者失志现状及影响因素的研究;3)研究设计类型为观察性研究(包括队列研究、病例对照研究和横断面研究);4)研究指标:使用经过信效度检验的有关失志综合征相关量表进行评定;5)报告失志综合征的发生水平或至少提及一个与癌症患者失志相关变量并报告相关系数(r)。

排除标准:1) 综述、会议论文;2) 数据不一致的研究;3) 文献质量被评估为低质量的研究;4) 重复发表的文献。

1.3 文献筛选与资料提取

由 2 名研究人员严格独立按照纳入标准和排除标准筛选文献和资料提取,并进行交叉核对,资料提取主要内容包括第一作者、发表年份、研究类型、肿瘤类型、研究地区、样本量、测量工具、失志量表评分、相关影响因素及相关系数 r 值。意见不一致时,请第三位研究者参与讨论解决。

1.4 文献质量评价

按照美国卫生保健研究和质量机构(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)推荐的横断面研究评价标准^[6]对纳入研究进行文献质量评价,该标准含 11 个条目;每个条目评估为“是”记“1”分;评估为“否”或“不清楚”记“0”分。根据评估结果总分把纳入研究列为高质量(8~11 分)、中等质量(4~7 分)和低质量(0~3 分)。由 2 名研究人员独立进行文献质量评价并进行交叉核对,意见不一致时请第三位研究者参与讨论解决。

1.5 统计学方法

采用 Stata 16.0 软件对提取的数据进行统计检验,对失志量表评分进行合并。异质性通过 χ^2 检验和 I^2 统计量判断,当 $I^2 \geq 50\%$ 且 $P \leq 0.10$,采用随机效应模型,反之采用固定效应模型分析。在进行失志综合征相关系数的 Meta 分析前,对结局变量为 r 值的数据,采用公式换算出 Fisher's Z 值和标准误(SE)然后计算得出 summary Fisher's Z 值,最后算得 summary r 值,综合性评价其相关性。根据 summary r 绝对值取值范围判断两者间的关联强度,小于 0.2 为极弱相关,0.2~0.4 为弱相关,0.4~0.6 为中等程度相关,0.6~0.8 为强相关,>0.8 为极强相关。具体转换公式为^[7]:

1) Fisher's $Z = 0.5 \ln(1+r/1-r)$; 2) $v_z = 1/(n-3)$; 3) $SE = \sqrt{v_z}$; 4) summary $r = e^{2z-1} / e^{2z+1}$ (V_z 为 Z 的方差; Z 为 summary Fisher's Z 值)。

2 结果

2.1 文献检索结果

根据检索策略进行文献检索共检索出文献 171 篇,通过去除重复文献,阅读标题、摘要及进一步阅读全文,最后得到 26 篇符合纳入标准文献,其中中文文献 19 篇,英文文献 7 篇。文献筛选流程见图 2。

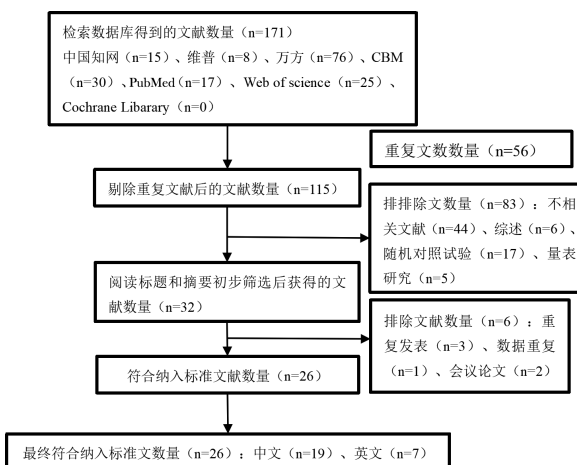


图 2 文献筛选流程图

2.2 纳入文献基本特征及质量评价

纳入的 26 篇文献发表时间横跨 2012 年—2022 年,其中 2020 年—2022 年发表 17 篇文献;总的样本量为 5 692 例。纳入的文献均为横断面研究,10 项研究^[8,12-15,21,23,25-27,30] AHRQ 评分 ≥ 8 分,评为高质量研究;16 项研究^[1-3,9-11,13,16-20,22,24,28-29] AHRQ 评分为 4~7 分,评为中质量研究;癌症类型以混合型为主,调查对象以住院患者为主;调查地区涉及我国华东、华中、华北、华南、西北和西北地区;纳入文献基本信息及质量评价见表 1。

表 1 纳入文献基本特征及质量评价

作者	研究类型	癌症类型	人群来源	地区	样本量	测量工具	影响因素	质量等级评价
欧娜等 ^[8]	横断面研究	混合型	住院患者	湖南	250	DS-II	性别、文化程度、月收入、疼痛、疲乏、焦虑、抑郁	高
朱亚飞等 ^[9]	横断面研究	乳腺癌	住院患者	河北	327	失志量表	年龄、居住地、文化程度、职业、家庭人均月收入、婚姻状况、自我感受负担、社会支持水平、疾病分期	中
蔡希等 ^[10]	横断面研究	胰腺癌	住院患者	浙江	162	失志量表	年龄、性别、学历、婚姻状况、家庭人均月收入、疾病分期、治疗方式、自我感受负担、社会支持水平	中
罗春苗等 ^[11]	横断面研究	宫颈癌	住院患者	广西	280	失志量表	年龄、文化程度、月收入、治疗时长、并发症、疾病分期、恐惧疾病进展水平、癌症患者未满足需求水平	中

表 1 纳入文献基本特征及质量评价(续表)

作者	研究类型	癌症类型	人群来源	地区	样本量	测量工具	影响因素	质量等级评价
李丹 ^[12]	横断面研究	结直肠癌	住院患者	湖北	80	失志量表	性别、年龄、月均收入、疼痛、疲乏、焦虑、抑郁、幸福感	高
王源和刘东英 ^[13]	横断面研究	前列腺癌	住院患者	河南	140	失志量表	年龄、文化程度、家庭月收入、治疗时长	中
邓莉莎等 ^[14]	横断面研究	混合型	住院患者	北京	296	失志量表	文化程度、屈服、面对方式	高
梁寅寅等 ^[15]	横断面研究	混合型	住院患者	四川	523	失志量表	文化程度、职业、家庭月收入、付费方式、居住地、疾病分期、抑郁、应对方式	高
安冬等 ^[16]	横断面研究	结直肠癌	住院患者	江西	212	失志量表	年龄、性别、文化程度、个人经济月收入、造口、并发症、疾病分期、术后时长、社会支持、应对方式	中
黄琴等 ^[17]	横断面研究	胃癌	住院患者	江西	120	失志量表	婚姻状况、文化程度、家庭人均月收入、文化程度、疾病分期、主要照顾者、屈服应对、客观支持	中
靳玉源等 ^[18]	横断面研究	肺癌	住院患者	浙江	216	失志量表	性别、年龄、文化程度、宗教信仰、化疗、肿瘤分期、焦虑	中
张利霞等 ^[19]	横断面研究	妇科肿瘤	住院患者	河南	161	失志量表	年龄、文化程度、职业、疾病分期、住院次数、经验性回避	中
杨培金和张弘娟 ^[20]	横断面研究	肝癌	住院患者	河南	102	失志量表	焦虑、抑郁、希望水平	中
刘培培 ^[21]	横断面研究	肝癌	住院患者	陕西	116	失志量表	工作状态、月收入、疾病了解程度、抑郁、焦虑、心理痛苦水平	高
肖雪等 ^[22]	横断面研究	乳腺癌	住院患者	吉林	192	失志量表	年龄、婚姻状态、文化程度、癌症分期、术后时间、放/化疗疗程、医学应对方式、社会支持	中
王菁和毛秋瑾 ^[23]	横断面研究	胃癌	住院患者	江苏	140	失志量表	健康信念水平、医学应对方式	高
高伟伟等 ^[24]	横断面研究	胃癌	住院患者	河南	132	失志量表	文化程度、付费方式、月收入、疾病分期、社会支持、生活质量	中
林家慧和王枝灿 ^[25]	横断面研究	混合型	住院患者	台湾	60	失志量表	疼痛	高
Lee 等 ^[26]	横断面研究	混合型	门诊患者	台湾	234	失志量表	月收入、肿瘤部位、治疗方式	高
Li 等 ^[27]	横断面研究	混合型	住院患者	台湾	411	失志量表	婚姻状况、文化程度、月收入、疾病状况、治疗方式	高
Tang 等 ^[1]	横断面研究	混合型	住院患者	北京	296	失志量表	年龄、教育水平、家庭月收入、自我感知的社会支持、疾病分期	中
Wu 等 ^[28]	横断面研究	混合型	住院患者	天津	296	DS-II	性别、婚姻状况、教育水平、家庭月收入	中
Chang 等 ^[29]	横断面研究	口腔癌	住院患者	台湾	155	失志量表	自杀意念、全球健康状况生活质量、精神需求	中
Ko 等 ^[3]	横断面研究	混合型	住院+ 门诊患者	台湾	113	失志量表	性别、文化程度、肿瘤类型、抑郁、自杀意念痛苦水平	中
Jla 等 ^[30]	横断面研究	乳腺癌	住院患者	湖南	375	失志量表	文化程度、家庭成员情况、付费方式	高
Xu 等 ^[2]	横断面研究	混合型	住院患者	湖北	303	失志量表	文化程度、居住地、治疗满意度、焦虑、抑郁	中

注:失志量表(DS:Demoralization Scale),原量表由澳大利亚学者 Kissane 等编制,后经中国台湾地区学者洪晓琪等汉化;DS-II:中文版 DS-II 量表

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 癌症患者失志综合征总体发生率 Meta 分析

7 项原始研究^[1,8,9,14,21,29-30]报道了癌症患者失志综合征的发生率,森林图异质性结果显示各研究间异质性结果较大

($I^2 = 99.4, P < 0.10$),故采用随机效应模型进行 Meta 分析,合并效应量后得到我国癌症患者失志综合征的发生率为 58.1%。详见图 3。

2.3.2 癌症患者失志综合征评分的 Meta 分析

24 项原始

研究报道了失志综合征评分的均数,故将均数作为效应量进行合并。森林图异质性结果显示各研究间异质性结果较大($I^2 = 96.76\%$, $P < 0.001$),采用随机效应模型进行 Meta 分析,合并效应量后得到失志综合征评分均分为 32.39(95% CI:30.49~34.29),见图 4。

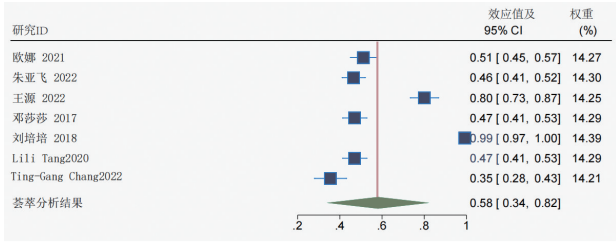


图 3 癌症患者失志综合征发生率 Meta 分析森林图

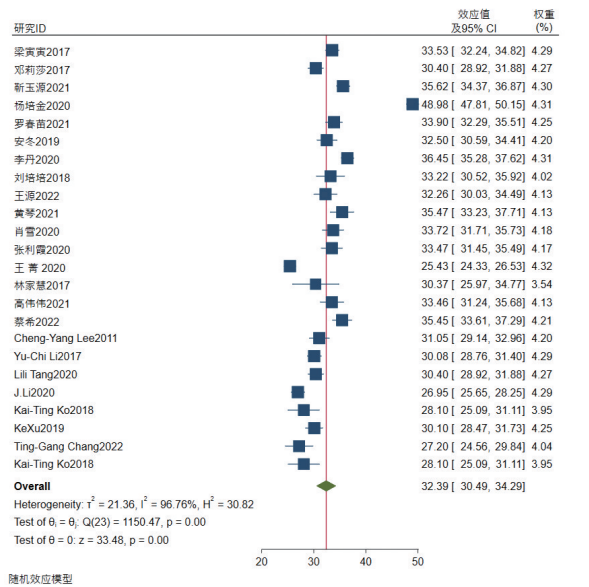


图 4 癌症患者失志综合征评分森林图

2.3.3 亚组分析 以性别、婚姻状况、学历、年龄、付费方式、治疗方式、肿瘤分期、地理位置等为分组依据进行亚组分析。结果显示,以性别进行亚组分析,女性患者失志水平高于男性患者;以婚姻状况进行亚组分析,无配偶患者的失志水平高于有配偶患者;以学历进行亚组分析,失志水平与学历程度呈负相关,学历水平越高失志水平越低;以年龄进行亚组分析,年龄与失志水平呈正相关,年龄越大,失志水平越高;以费用支付方式进行亚组分析,新农合患者的失志水平高于城镇医保和自费患者;以治疗方式进行亚组分析,非手术患者失志水平高于手术患者;以国内地理分区进行亚组分析,各个地区的患者失志水平不同:华中>华东>华北。详见表 2。

2.3.4 相关因素的 Meta 分析 6 篇文献^[14-17,22,30] 阐述了应对方式中的面对方式与失志水平的相关性,其 summary r 值为 -0.30 (95% CI: $-0.44 \sim -0.15$), $P < 0.001$,差异具有统计学意义;5 篇文献^[14,15,17,22,30] 阐述了应对方式中的屈服方式

与失志水平的相关性,其 summary r 值为 0.52 (95% CI: $0.38 \sim 0.64$), $P < 0.001$,差异具有统计学意义;3 篇文献^[15,24,29] 阐述了生活质量与失志水平的相关性,其 summary r 值为 -0.58 (95% CI: $-0.77 \sim -0.31$),差异具有统计学意义 ($P < 0.001$)。详见表 3。

2.4 敏感性分析和发表偏倚

对纳入文献按质量等级(高质量 10 篇^[8,12-15,21,23,25-27,30]、中质量 16 篇^[1-3,9-11,13,16-20,22,24,28-29])进行敏感性分析,结果显示失志综合征发生率在高质量组为 55.8%,中质量组为 59.3%,均数评分在高质量组为 31.89,中质量组为 32.71,关键影响因素的相关系数方向与总体一致,异质性无显著变化(I^2 均>95%),研究质量未显著影响结果稳定性。通过

表 2 亚组分析结果(均数)

变量	纳入研究数量	样本量(例)	合并后均数及 95% CI	效应模型	I^2 (%)	P
性别						
男	12	1454	32.61(31.25~33.97)	随机效应模型	80.40	<0.001
女	12	1351	33.57(31.79~35.35)	随机效应模型	82.10	<0.001
婚姻状况						
有配偶	9	1822	32.29(30.61~33.96)	随机效应模型	87.00	<0.001
无配偶	9	350	33.18(30.29~36.06)	随机效应模型	78.40	<0.001
学历						
小学及以下	2	170	33.86(31.76~35.95)	固定效应模型	0.00	<0.001
初中	2	94	32.94(30.51~35.37)	固定效应模型	0.00	<0.001
高中	2	57	28.17(25.26~31.09)	固定效应模型	0.00	<0.001
大专	2	23	24.46(20.83~28.08)	固定效应模型	0.00	<0.001
年龄/岁						
18~	4	183	31.6(29.49~33.71)	固定效应模型	0.00	<0.001
45~	4	387	33.11(31.11~35.11)	固定效应模型	44.30	<0.001
60~	4	321	35.07(33.55~36.59)	固定效应模型	0.00	<0.001
付费方式						
城镇医保	3	155	33.51(31.72~35.31)	固定效应模型	0.00	<0.001
新农合	3	191	36.62(34.84~38.41)	固定效应模型	0.00	<0.001
自费	3	68	32.16(24.24~40.08)	随机效应模型	86.60	<0.001
治疗方式						
手术	2	255	30.93(24.72~37.15)	随机效应模型	93.70	<0.001
非手术	2	318	35.00(27.31~42.70)	随机效应模型	93.30	<0.001
肿瘤分期						
I	4	55	32.99(23.71~42.26)	随机效应模型	87.30	<0.001
II	4	233	31.29(23.04~36.54)	随机效应模型	91.20	<0.001
III	4	247	35.21(31.93~38.5)	随机效应模型	81.70	<0.001
IV	4	129	39.25(37.12~41.39)	固定效应模型	5.10	<0.001
地理位置						
华北	4	1028	26.17(14.09~38.24)	随机效应模型	99.70	<0.001
华东	11	2015	31.40(28.89~33.91)	随机效应模型	95.30	<0.001
华中	7	1293	34.54(28.09~40.98)	随机效应模型	99.20	<0.001

表 3 相关系数 Meta 分析结果

变量名称	使用量表	研究数量	summary r 值 (95%CI)	相关强度	I ² (%)	P
面对	MCMQ	6	-0.30(-0.44~-0.15)	弱相关	90.40	<0.001
回避	MCMQ	5	-0.11(-0.17~-0.05)	极弱相关	15.60	<0.001
屈服	MCMQ	5	0.52(0.38~0.64)	中等相关	91.40	<0.001
社会支持	SSRS	5	-0.52(-0.59~-0.44)	中等相关	51.70	<0.001
抑郁	PHQ-9	3	0.59(0.53~0.66)	中等相关	26.40	<0.001
焦虑	GAD-7	2	0.51(0.41~0.61)	中等相关	0.00	<0.001
希望	HHI	2	-0.51(-0.69~-0.29)	中等相关	74.00	<0.001
生活质量	MQOL	3	-0.58(-0.77~-0.31)	中等相关	95.00	<0.001

注:MCMQ:Medical Coping Modes Questionnaire 医学应对问卷;SSRS:Social Support Rate Scale 社会支持评定量表;PHQ-9:Patient Health Questionnaire 患者健康问卷抑郁量表;GAD-7:Generalized Anxiety Disorder-7 广泛性焦虑量表;HHI:Herth 希望量表 Herth Hope Index;MQOL:McGill 生存质量问卷 McGill Quality of Life Questionnaire

逐个剔除纳入文献和改变效应模式,森林图异质性结果和合并效应值结果无显著性变化,结果具有可靠性。

对于发表偏倚评估,首先选用失志量表均数绘制漏斗图(共纳入 24 篇文献),结果显示漏斗图基本对称,提示初步无明显发表偏倚;同时考虑到纳入研究数量较少(部分分析维度纳入研究<10 篇),仅依赖漏斗图评估发表偏倚存在局限性,故补充采用 Stata 16.0 软件进行 Egger's 检验进一步验证。结果显示,失志综合征发生率分析的 Egger's 检验 $t = 1.03, P = 0.332$;失志评分分析的 Egger's 检验 $t = 1.21, P = 0.238$;关键相关因素(如屈服应对、社会支持、抑郁)分析的 Egger's 检验 P 值均 >0.05 ,提示本研究不存在显著发表偏倚,结果可靠性进一步得到验证。详见图 5。

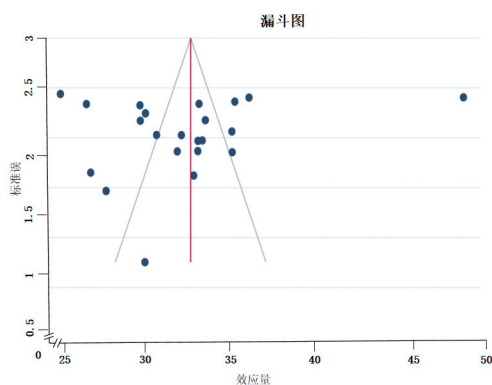


图 5 发表偏倚风险评估图

3 讨论

近三年我国对失志报道文献发表数量趋势明显增加,癌症失志问题愈发引起国内学者关注。本研究采用简化版失志量表(demoralization scale)作为失志评估工具,以 Robinson 等学者^[31]提出以 30 分作为分界值,评估分数越高,失志程度越严重。本文结果显示我国癌症患者失志评分均分

32.39(95%CI:30.49~34.29);失志发生率为 58.1%(95%CI:33.8~82.4),我国癌症患者失志发生率处于较高的水平^[13,26-27,32]。

影响我国癌症患者失志水平的个人主要影响因素为性别、学历、年龄、婚姻状况。女性患者失志水平高于男性,女性患者相对更感性,当在面对失志压力性应激事件时,更容易产生负面情绪^[33],医护人员在未来的临床工作中要重视对女性患者的关怀。文化程度越高,癌症患者失志程度越低,这与 Bailey 等^[34]的研究结果一致。受教育程度高的患者其认知结构和体系相对完善,对疾病能有一个良好的认知;在肿瘤确诊后低学历的患者却无法充分调动自身心理资源去面对疾病^[21],在遇到疾病给自己造成的困难时易造成忧虑、恐慌,容易产生失志心理问题。医护人员要关注受教育低的患者,面对这类患者时要采取通俗易懂的方式介绍疾病和治疗方案,鼓励患者增加应对疾病的信心。无配偶患者失志水平高于有配偶患者,主要原因是夫妻间亲密关系、夫妻间的支持可有效减轻患者的心理压力^[35];配偶及家属承担了患者的主要照顾责任,医护人员要教育配偶及家属给予患者更多的陪伴,关注心理诉求。

影响我国癌症患者失志水平的疾病主要影响因素有治疗方式、肿瘤分期。以治疗方式行亚组分析结果显示非手术方式癌症患者失志水平更高,而放/化疗作为主要的非手术治疗方式,其在治疗过程中引起的胃肠道反应、骨髓抑制及疲乏等不良反应,均可能诱发失志^[21,34],医护人员要积极控制癌症治疗相关症状,同时建议医护人员做好治疗前失志预评估,强化症状管理与心理干预,以降低失志的发生。癌症患者疾病分期越高,失志水平越高,癌症分期在一定程度上反映癌症的进展情况,中晚期肿瘤易转移、易复发。对于晚期患者,除失志筛查外,还应整合姑息治疗与心理社会支持,包括临床关怀需求评估^[36]。

影响我国癌症患者失志水平的主要环境因素有地区差异和经济水平。国内癌症患者失志水平存在一定的地区差异,综合考虑各个地区的经济发展水平不同,家庭低收入的患者更容易进入癌症、低收入和失志的恶性循环;未来的研究仍需关注经济欠发达地区的癌症患者的失志水平情况。医护人员要重点关注经济状况差的癌症患者。并应尽早识别和筛查患者存在的失志状态,给予患者、配偶及家属相关的健康指导;在经济方面,通过评估患者的经济状况,对经济困难的患者,可鼓励他们共同参与治疗方案的制定和实施,还可以通过公益募捐等渠道帮助低收入患者缓解经济负担,还可协助他们对接政府救援政策,慈善机构资源。

本文结果显示我国癌症患者失志水平与应对方式中的面对方式、回避和生活质量水平呈负相关,与应对方式中的屈服应对呈正相关。面对作为一种积极的应对方式,医护人员要鼓励失志患者主动关注疾病发展,积极寻求家庭、社会的支持和帮助;屈服作为一种消极的应对方式,在癌症治

疗过程中采取屈服应对不仅不能缓解患者的负性情绪,还增加其心理负担,加重患者的失志水平。医护人员要密切关注屈服评分高的患者,协助家属引导患者采取积极乐观主动的面对方式,提供有效的心理支持,增加患者信心,积极配合治疗。失志程度与社会支持水平呈负相关,与徐宝兰等^[37]研究结果类似;充分调动患者亲属、朋友和社会组织等社会支持系统可缓解患者内心的不适。生活质量作为癌症治疗和康复效果的重要指标,癌症的进展和治疗带来的不良反应给患者造成持续性压力;如癌因性疲乏、癌性疼痛和肿瘤相关性失眠等不良症状显著影响患者生活质量,易加重患者失志的程度。医护人员在临床工作中要积极改善患者身体不良症状进而提高患者生活质量。失志程度与希望水平呈现负相关;采取积极的态度、行动和与他人亲密的关系都能有效降低患者失志水平。叙事疗法^[38]和希望疗法等^[23]都能有效增加癌症患者希望和自我信念水平,减轻患者焦虑、恐惧等负性情绪,值得医护人员考虑借鉴。失志程度与焦虑、抑郁水平呈正相关,抑郁会增加失志患者自杀的风险。医护人员在为患者治疗疾病的同时,同时关注其伴随的心理社会需求,通过早期识别和疏导,增强治疗信心,促进其身心健康发展。医护人员还需注意观察患者在面对肿瘤时选择的应对方式,引导鼓励患者采取积极的面对方式,以积极的心态克服焦虑抑郁等负性情绪,提高希望水平,降低失志发生风险。

本研究 Meta 分析显示,我国癌症患者失志综合征发生率 58.1%,失志评分为 32.39,各纳入研究间均存在较高异质性;其主要来源包括以下三方面:量表版本不统一,多数研究采用洪晓琪汉化版失志量表,少数使用 DS-II 中文版,条目与评分差异影响结果可比性;肿瘤类型混杂,混合癌种与单一癌种并存,不同癌种的疾病进展、治疗及预后差异导致效应量波动;地区文化与经济水平不一,各地医疗资源、保险政策及患者认知负担存在差异,进一步加剧了研究间的异质程度。

基于本研究结果,建议在临床护理中规范早期筛查,于患者入院早期采用中文版 DS-II 量表进行失志综合征筛查,对评分 ≥ 30 分者纳入重点关注并定期复评;针对女性、无配偶、低学历及晚期肿瘤等高危人群,应实施个性化干预,包括加强心理沟通、提供社会支持、采用通俗方式宣教及联合心理医师开展临终关怀,同时可将希望疗法、叙事护理及症状管理等多元干预手段融入日常护理,以提升患者心理适应能力,减轻失志风险。

本研究纳入的文献均为横断面研究,未能反映患者各个阶段的失志状况,建议未来更多开展前瞻性纵向研究深入探讨癌症患者失志的一个发展情况;以地区行亚组分析华南、西南和西北地区仅各纳入一篇文献,受地域局限和文献数量无法进行数据合并影响,建议未来的研究要开展多中心、大样本的横断面研究对结果予以补充和验证,继续探索癌症失志水平的其他影响因素;本研究纳入的癌症类型

以混合型为主,可能会对研究结果造成一定影响,建议在未来的研究中要制定严格的纳入标准,统一肿瘤类型。

综上所述,我国癌症患者失志水平较高;性别、婚姻状况、学历、年龄、肿瘤分期、付费方式、治疗方式和地理位置是癌症患者失志的影响因素;癌症患者失志状态与面对、回避应对方式、社会支持、希望水平和生活质量呈负相关,与屈服应对方式、焦虑和抑郁状态呈正相关。临床医护人员需加强失志的早期识别与综合管理,结合高危人群特征(女性、无配偶、低学历、晚期癌症患者)制定个性化干预方案(如融合希望疗法、叙事护理),以降低失志对癌症患者的影响,提高生活质量。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

- [1] Tang L, Li Z, Pang Y. The differences and the relationship between demoralization and depression in Chinese cancer patients [J]. *Psychooncology*, 2020, 29 (3): 532-538. DOI: 10.1002/pon.5296.
- [2] Xu K, Hu D, Liu Y, et al. Relationship of suicidal ideation with demoralization, depression, and anxiety: a study of cancer patients in mainland China [J]. *J Nerv Ment Dis*, 2019, 207 (5): 326-332. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000974.
- [3] Ko K, Lin C, Pi S, et al. Demoralization syndrome among elderly patients with cancer disease [J]. *Int J Gerontol*, 2018, 12 (1): 12-16. DOI: 10.1016/j.ijge.2018.01.001.
- [4] Mehnert A, Vehling S, Höcker 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. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.013.
- [5] 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. DOI: 10.1371/journal.pone.0059417.
- [6] 曾宪涛, 刘慧, 陈曦, 等. Meta 分析系列之四: 观察性研究的质量评价工具 [J]. *中国循证心血管医学杂志*, 2012, 4 (4): 297-299. DOI: 10.3969/j.1674-4055.2012.04.004.
- [7] Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, et al. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of pearson correlations [J]. *Prim Care Respir J*, 2011, 20 (3): 257-268. DOI: 10.4104/perj.2011.00029.
- [8] 欧娜, 蔡三阳, 胡小萍, 等. 癌症患者失志综合征现状及影响因素分析 [J]. *护理学杂志*, 2021, 36 (22): 66-69. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.22.066.
- [9] 朱亚飞, 马素慧, 彭艳婷, 等. 乳腺癌患者失志综合征的影响因素分析 [J]. *护理学杂志*, 2022, 37 (6): 77-80. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.06.077.
- [10] 蔡希, 章华丽, 陈晶晶, 等. 胰腺癌患者失志现状及影响因素研究 [J]. *中华全科医学*, 2022, 20 (4): 688-690, 707. DOI: 10.

- 16766/j.cnki.issn.1674-4152.002431.
- [11] 罗春苗,杨苗苗,覃敏静,等. 宫颈癌患者的失志症候群状况及影响因素分析[J]. 广西医学,2021,43(24):3021-3025. DOI:10.11675/j.cnki.issn.0253-4304.2021.24.26.
- [12] 李丹. 结直肠癌术后患者失志综合征的高危因素分析[J]. 护理实践与研究,2020,17(8):18-20. DOI:10.3969/j.cnki.1672-9676.2020.08.006.
- [13] 王源,刘东英. 前列腺癌根治术后患者失志综合征现状及影响因素分析[J]. 智慧健康,2022,8(7):175-177,184. DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2022.07.054.
- [14] 邓莉莎,庞英,何毅,等. 恶性肿瘤患者志气缺失的发生及影响因素分析[J]. 医学与哲学,2017,38(8):75-79. DOI:10.12014/j.cnki.1002-0772.2017.04b.20.
- [15] 梁寅寅,甘秀妮,王玉琼. 癌症患者失志状况及影响因素研究[J]. 重庆医科大学学报,2017,42(9):1178-1182. DOI:10.13406/j.cnki.cyx.001376.
- [16] 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,2019,34(15):74-77. DOI:10.3870/j.cnki.1001-4152.2019.15.074.
- [17] 黄琴,时艳霞,朱海萍. 胃癌患者志气缺失综合征的影响因素分析[J]. 南昌大学学报(医学版),2019,59(3):82-86. DOI:10.13764/j.cnki.ncdm.2019.03.020.
- [18] 靳玉源,郑凯曦,蒋妍. 肺癌患者志气缺失综合征现状及影响因素分析[J]. 护理与康复,2021,20(5):12-15. DOI:10.3969/j.cnki.1671-9875.2021.05.003.
- [19] 张利霞,张贤贤,贾智慧,等. 中青年妇科癌症患者失志水平及影响因素研究[J]. 现代预防医学,2020,47(7):1215-1218. DOI:10.20043/j.cnki.mpm.2020.07.017.
- [20] 杨培金,张弘娟. 肝癌介入术后患者失志综合征与其焦虑、抑郁及希望水平的关系[J]. 国际精神病学杂志,2020,47(6):1231-1233. DOI:10.13479/j.cnki.jip.2020.06.042.
- [21] 刘培培. 肝癌患者失志综合征与社会支持和应对方式的相关性研究[D]. 延安:延安大学,2018.
- [22] 肖雪,傅兰,李婷,等. 中青年女性乳腺癌患者根治术后化疗期间失志症候群现状及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(15):2005-2010. DOI:10.3760/cma.j.cn115682-20200102-00024.
- [23] 王菁,毛秋瑾. 胃肠肿瘤患者术后失志症候群现状及其与健康信念、医学应对的相关性[J]. 护理实践与研究,2020,17(24):37-39. DOI:10.3969/j.cnki.1672-9676.2020.24.009.
- [24] 高伟伟,翟清华,单秋菊,等. 失志综合征在进展期胃癌术后患者领悟社会支持和生活质量间的中介效应研究[J]. 河南外科学杂志,2021,27(6):71-74. DOI:10.16193/j.cnki.hnwk.2021.06.025.
- [25] 林家惠,王枝灿. 探讨癌症病人疼痛与失志状态之关系[J]. 护理杂志,2017,64(1):51-60.
- [26] Lee CY, Fang CK, Yang YC, et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan [J]. Support Care Cancer, 2012,20(10):2259-2267. DOI:10.1007/s00520-011-1332-4.
- [27] Li YC, Ho CH, Wang HH. Demoralization in cancer patients and related factors in Taiwan [J]. Cancer Nurs, 2017,40(1):E54-E60. DOI:10.1097/NCC.0000000000000352.
- [28] Wu W J, Quan M M, Gao L, et al. Demoralization and depression in Chinese cancer patients [J]. Support Care Cancer, 2021,29(11):6211-6216. DOI:10.1007/s00520-021-06195-9.
- [29] Chang TG, Huang PC, Hsu CY, et al. Demoralization in oral cancer inpatients and its association with spiritual needs, quality of life, and suicidal ideation: a cross-sectional study [J]. Health Qual Life Outcomes, 2022,20(1):60. DOI:10.1186/s12955-022-01962-6.
- [30] Jla B, Xla C, Lxa B, et al. Current status of demoralization and its relationship with medical coping style, self-efficacy and perceived social support in Chinese breast cancer patients [J]. Eur J Psychiatry, 2020,34(4):211-218. DOI:10.1016/j.ejpsy.2020.06.007.
- [31] 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. DOI:10.1002/cncr.30015.
- [32] Lin CH, Wang CT. The relationship between pain and demoralization in cancer patients [J]. Hu Li Za Zhi, 2017,64(1):51-60. DOI:10.6224/JN.64.1.51.
- [33] 陈龙霞,侯云霞,于立娟. 239 例肺癌青年已婚女性患者生育忧虑现状及影响因素分析[J]. 护理学报,2020,27(11):57-60. DOI:10.16460/j.cnki.1008-9969.2020.11.057.
- [34] 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. DOI:10.1017/S1478951519000841.
- [35] Gremore TM, Brockstein B, Porter LS, et al. Couple-based communication intervention for head and neck cancer: a randomized pilot trial [J]. Support Care Cancer, 2021,29(6):3267-3275. DOI:10.1007/s00520-020-05848-5.
- [36] 罗弦,王小文,李永红,等. 晚期癌症患者临终需求现状及影响因素分析[J]. 护士进修杂志,2022,37(9):857-860. DOI:10.16821/j.cnki.hsjx.2022.09.020.
- [37] 徐宝兰,石冬梅,曹华华,等. 康复俱乐部人文关怀模式在肿瘤患者中的实践[J]. 护理学杂志,2019,34(2):46-48. DOI:10.3870/j.cnki.1001-4152.2019.02.046.
- [38] 李细珍,曹美嫦,邓菊英,等. 叙事疗法对鼻咽癌患者癌症复发恐惧与希望水平的影响[J]. 护理学报,2020,27(11):71-74. DOI:10.16460/j.cnki.1008-9969.2020.11.071.

(收稿日期 2024-05-16)

(本文编辑:石俊强)