

晚期肺癌患者生存痛苦现状及其影响因素的研究

倪思遥^{1,2},刘兆革¹,姚敏²,张六一¹

(1.湖南师范大学 护理学院,湖南 长沙 410013;2.中南大学湘雅二医院 肿瘤科,湖南 长沙 410011)

【摘要】 目的 了解晚期肺癌患者生存痛苦现状及其影响因素,为降低肺癌患者的生存痛苦水平提供依据。方法 2024 年 2—12 月,采用便利抽样法选取湖南省 2 所三级甲等医院肿瘤科收治的 333 例晚期肺癌患者为调查对象。采用一般资料调查表、生存痛苦量表(existential distress scale,EDS)、简易疾病感知问卷(brief illness perception questionnaire,B-IPQ)、安德森症状评估量表肺癌模块(lung cancer module of M.D.Anderson symptom inventory,MDASI-LC)、自我同情量表(self-compassion scale,SCS)和数字评分量表对其进行调查。结果 晚期肺癌患者生存痛苦总分为 6.00(2.00,14.00)分。多重线性回归分析结果显示,自我同情、疼痛程度和疾病感知是影响晚期肺癌患者生存痛苦的重要因素(均 $P < 0.05$)。结论 晚期肺癌患者的生存痛苦处于较低水平,其中价值感缺失较强烈。医护人员应尽早识别晚期肺癌患者的生存痛苦水平,并针对影响因素,采取个性化的干预措施。

【关键词】 肺癌;生存痛苦;疾病感知;自我同情;影响因素

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.09.007

【中图分类号】 R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)09-0028-04

Analysis of Current Status and Influencing Factors of Existential Distress in Patients with Advanced Lung Cancer

NI Siyao^{1,2}, LIU Zhaoping¹, YAO Min², ZHANG Liuyi¹ (1.School of Nursing, Hunan Normal University, Changsha 410013, Hunan Province, China; 2.Department of Oncology, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410011, Hunan Province, China)

Corresponding author: ZHANG Liuyi, Tel:0731-88912416

【Abstract】 Objective To investigate the current status and influencing factors of existential distress in patients with advanced lung cancer, and to provide evidence for reducing the level of their existential distress.

Methods From February to December 2024, 333 patients with advanced lung cancer from two tertiary A hospitals in Hunan Province were conveniently sampled and surveyed using General Information Questionnaire, Existential Distress Scale (EDS), Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), Lung Cancer Module Of M.D.Anderson Symptom Inventory (MDASI-LC), Self-Compassion Scale (SCS), and Numerical Rating Scale. **Results** The total existential distress score of advanced lung cancer patients was 6.00 (2.00, 14.00). The multiple linear regression analysis showed that self-compassion, pain level, and illness perception were significant influential factors of existential distress in advanced lung cancer (all $P < 0.05$). **Conclusions** Patients with advanced lung cancer experience relatively low levels of existential distress overall, but report strong feelings of worthlessness. Healthcare providers should early identify existential distress levels and implement personalized interventions targeting influencing factors to alleviate patients' suffering.

【Key words】 lung cancer; existential distress; illness perception; self-compassion; influencing factor

[Mil Nurs, 2025, 42(09):28-31]

2022 年全球肺癌新发病例约 248 万例,死亡病例约 182 万例^[1]。由于疾病的诊断与治疗,患者经历心理疾病和生存挑战等问题,可能会引发生存痛苦^[2]。生存痛苦指患者长期面对压力会感到无望、

无助、无价值感和生活意义丧失^[3],不仅影响患者的睡眠质量和食欲,加重抑郁程度,甚至导致自杀意念或行为^[2]。在临床上,由于生存痛苦与其他精神症状易混淆,常被医护人员忽视,患者常承受生存痛苦,会影响治疗的依从性和疾病预后^[4]。研究^[5-6]表明,生存痛苦与自我同情和疾病感知存在相关性。根据心理应激多因素作用系统理论^[7],在疾病应对过程中,患者的疾病感知、症状耐受阈值以及自我同情能力,共同构成应对生存痛苦的核心资源网络。

【收稿日期】 2025-05-11 **【修回日期】** 2025-08-04

【基金项目】 湖南省卫生健康委科研计划项目(202214013919)

【作者简介】 倪思遥,硕士,主管护师,电话:0731-85295183

【通信作者】 张六一,电话:0731-88912416

这些内在调节机制与外在压力源持续交互影响,塑造出具有个体特异性的生存痛苦状态。为此,本研究对晚期肺癌患者生存痛苦的现状及其影响因素进行探讨,以期为制订个性化干预措施提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2024年2—12月,采用便利抽样法选取湖南省2所三级甲等医院肿瘤科收治的333例晚期肺癌患者为研究对象。纳入标准:经组织病理学确诊为Ⅲ期或Ⅳ期的肺癌患者;知晓疾病诊断、病情及治疗;年龄 ≥ 18 岁;知情同意且自愿参与本研究。排除标准:合并其他恶性肿瘤者;存在沟通障碍、认知受损或精神病史者。据《医学统计学》^[8]中多因素分析的样本量估算方法,样本量是自变量数的5~10倍。本研究自变量为27项,考虑到20%的无效问卷,所需样本量为169~338例,最终本研究纳入患者333例。本研究通过学校伦理委员会批准(2022-420)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 经查阅文献自行设计,包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、职业状况、医疗费用支付方式、家庭月收入、宗教信仰、病理类型、疾病分期、转移情况、疼痛程度、治疗方案和确诊时间等。

1.2.1.2 生存痛苦量表(existential distress scale, EDS) 用于测量晚期癌症患者的生存痛苦水平,由Lo等^[9]于2017年编制,肖惠敏等^[10]于2022年汉化,包括孤独感(3个条目)、无价值感(4个条目)和无意义感(3个条目)3个维度共10个条目。采用Likert 5级评分法,从“无痛苦”至“难以承受的痛苦”依次计0~4分。总分0~40分,得分越高,说明患者的生存痛苦水平越高。本研究中该量表的Cronbach's α 系数为0.91。

1.2.1.3 简易疾病感知问卷(brief illness perception questionnaire, B-IPQ) 用于评估患者对疾病的感知和情绪状况,由Broadbent等^[11]于2006年编制,梅雅琪等^[12]于2015年汉化,包括疾病认知(5个条目)、患者情绪(2个条目)和疾病了解(1个条目)3个维度共9个条目。条目9用于陈述重要病因,不参与计分,其余条目均采用0~10分计分。总分0~80分,得分越高,表明患者的负性疾病感知越多。本研究中该问卷的Cronbach's α 系数为0.77。

1.2.1.4 安德森症状评估量表肺癌模块(lung cancer module of M.D. Anderson symptom inventory, MDASI-LC) 安德森癌症中心于2011年研制肺癌症状特异性模块^[13],2013年张立力等^[14]对其进行汉化,包括咳嗽、咳痰、咯血、胸闷、便秘和体重下降6个条目。从“无症状”至“最严重的症状”依次计0~10分。总分

0~60分,评分越高,表明患者的症状困扰越重。本研究中该量表的Cronbach's α 系数为0.81。

1.2.1.5 自我同情量表(self-compassion scale, SCS) 用于评估患者面对痛苦时调整心理状态的能力,由Neff^[15]于2003年编制,陈健等^[16]于2011年汉化,包括自我友善(5个条目)、自我批判(5个条目)、普遍人性感(4个条目)、孤独感(4个条目)、正念(4个条目)和过度认同(4个条目)6个维度共26个条目。采用Likert 5级评分法,从“几乎没有”至“总是”依次计1~5分,其中自我批判、孤独感和过度认同维度采用反向计分法,总分26~130分。得分越高,表示患者的自我同情水平越高。本研究中该量表Cronbach's α 系数为0.79。

1.2.1.6 数字评分量表(numeric rating scale, NRS)

基于患者主观体验对疼痛程度进行量化评估^[17]。采用0~10分计分,0分为无痛,1~3分为轻度,4~6分为中度,7~10分为重度。

1.2.2 资料收集方法 经医院及科室同意后,选取2名护士担任调查人员,由项目负责人对其进行培训、考核,使其能做出准确一致的解释。调查人员在发放问卷前,解释研究目的、内容、填写所需时间及保密性,经患者同意后签署知情同意书。若无书写能力,则由调查人员逐条询问代为填写,问卷当场收回并检查其完整性。本研究发放问卷335份,回收有效问卷333份,有效回收率为99.40%。

1.2.3 统计学处理 采用SPSS 26.0统计软件。符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述,非正态分布的数据采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,分类资料采用频数、构成比进行描述。采用单因素分析、Spearman相关性分析及多重线性回归分析进行数据分析,以 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 共同方法偏差检验 为排除共同方法偏差对研究效度的影响,采用Harman单因子检验法进行筛查。结果显示11个公因子特征值大于1,其中首项因子方差贡献率为16.71%,低于40%的经验阈值,表明数据不存在严重的共同方法偏差,适合进行后续分析。

2.2 晚期肺癌患者生存痛苦、疾病感知、症状困扰和自我同情得分 晚期肺癌患者的生存痛苦得分为6.00(2.00, 14.00)分,其中无价值感维度得分较高[3.00(1.00, 6.00)分];疾病感知、症状困扰、自我同情得分分别为(43.96 \pm 8.33)、13.00(7.00, 21.00)、(87.10 \pm 12.24)分。

2.3 晚期肺癌患者生存痛苦的单因素分析 不同

文化程度、职业状况和疼痛程度晚期肺癌患者的EDS得分差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。本研究仅呈现有统计学意义的项目,见表1。

表1 晚期肺癌患者生存痛苦的单因素分析[分, $M(P_{25}, P_{75})$]

项目	例数 [n(%)]	生存痛苦得分	H 或 Z	P
文化程度				
初中及以下	179(53.75)	6.00(2.00,14.00)	6.351	0.042
高中、中专或大专	131(39.34)	7.00(3.00,14.00)		
本科及以上学历	23(6.91)	3.00(2.00,10.00) ^{ab}		
目前职业状况				
在职	43(12.91)	7.00(2.00,20.00)	11.279	0.010
无业	70(21.02)	8.00(2.75,17.00)		
退休	132(39.64)	5.00(2.00,10.75) ^{ab}		
其他(自由职业者等)	88(26.43)	8.00(2.00,13.75) ^c		
疼痛程度				
无痛	186(55.86)	5.00(2.00,11.25)	13.815	0.003
轻度疼痛	104(31.23)	8.50(3.00,14.75) ^a		
中度疼痛	31(9.31)	10.00(4.00,20.00) ^a		
重度疼痛	12(3.60)	10.50(4.25,16.25) ^a		

a: $P < 0.05$,与第1层比较;b: $P < 0.05$,与第2层比较;c: $P < 0.05$,与第3层比较

2.4 晚期肺癌患者生存痛苦与疾病感知、症状困扰及自我同情的相关性分析 生存痛苦与疾病感知($r = 0.283, P < 0.001$)、症状困扰($r = 0.195, P < 0.001$)呈正相关,与自我同情($r = -0.305, P < 0.001$)呈负相关,见表2。

表2 晚期肺癌患者生存痛苦与疾病感知、症状困扰及自我同情的相关性分析($n = 333, r$)

项目	生存痛苦	疾病感知	症状困扰	自我同情
生存痛苦	1.000	—	—	—
疾病感知	0.283 ^a	1.000	—	—
症状困扰	0.195 ^a	0.419 ^a	1.000	—
自我同情	-0.305 ^a	-0.194 ^a	-0.236 ^a	1.000

a: $P < 0.01$

2.5 晚期肺癌患者生存痛苦影响因素的多元线性回归分析 以生存痛苦得分为因变量,单因素和相关性分析中有统计学意义的变量为自变量,构建多元线性逐步回归模型。结果显示,自我同情、疼痛程度和疾病感知是晚期肺癌患者生存痛苦的重要影响因素(均 $P < 0.05$)。见表3。

表3 晚期肺癌患者生存痛苦影响因素的多元线性回归分析结果($n = 333$)

变量	b	Sb	b'	t	P
常数项	15.422	4.038	—	3.820	< 0.001
自我同情	-0.155	0.034	-0.244	-4.605	< 0.001
疼痛程度	1.297	0.512	0.134	2.535	0.009
疾病感知	0.132	0.050	0.142	2.624	0.012

注: $R^2 = 0.127$,调整后的 $R^2 = 0.119, F = 15.938, P < 0.001$

3 讨论

3.1 晚期肺癌患者的生存痛苦处于较低水平 本研究显示,晚期肺癌患者的生存痛苦处于较低水平,与Lin等^[18]的研究结果相似。可能与精准医疗发展、癌症治疗手段丰富以及社会对癌症群体关注度提升相关。靶向、免疫等新型治疗延长了患者的生存期,社会的关怀与支持也日益增多,有效地降低了部分患者的生存痛苦水平。另外,本研究中无价值感维度得分较高,可能与治疗不良反应、决策压力和社会角色丧失等有关。因此,医护人员应为患者实施个性化的症状管理,向患者普及预立医疗照护计划知识,及早讨论治疗目标,减少决策冲突。还应主动倾听患者感受,用非评判性语言表达共情,使用认知行为疗法帮助患者识别并纠正负面思维^[19],实施以意义为中心的心理辅导方案能引导患者回顾人生成就,重新定义生命意义^[20]。

3.2 晚期肺癌患者生存痛苦的影响因素分析

3.2.1 在职或无业、文化程度较低的患者易出现生存痛苦 本研究显示,在职或无业的患者易发生生存痛苦,与 Tecuta等^[21]的研究结果一致。在职的患者扮演着双重角色,癌症相关性症状影响患者的工作效率,部分患者因担心遭受歧视而隐瞒病情,而公开病情的患者面临着过度关注或疏离,进一步加深孤独感。无业的患者也易发生生存痛苦,癌症治疗费用高昂,无业后收入来源中断,家庭经济负担加重,患者因无法履行家庭责任和社会角色缺失而丧失自我价值,引发了生存焦虑。本研究也证实,文化程度较低的患者易发生生存痛苦。因此医护人员应通过心理咨询帮助患者重建身份认同,缓解病耻感,同时向公众普及癌症知识,减少疾病误解,营造包容的职场环境。医护人员还应协调多学科团队制订连贯治疗计划,根据患者经济状况和病情调整治疗方案;组织患者成立互助小组,促进病友间经验分享;提倡患者参与癌症康复志愿者服务,以增强其社会归属感。

3.2.2 癌痛程度较高的患者更易出现生存痛苦 本研究显示,癌痛程度较高的患者更易发生生存痛苦。癌痛多为慢性、进行性加重的持续疼痛,尤其晚期癌症患者会出现爆发痛或难治性疼痛,对神经系统造成长期刺激,导致身体机能和心理耐受力崩溃。癌痛的持续折磨引发患者对疾病治疗无效和病情恶化的恐惧,进而产生生命无意义感。因此,医护人员需联合多学科团队采取个体化的疼痛管理策略,准确评估癌痛的程度与性质,结合药物治疗和非药物干预,为患者有效缓解癌痛,减轻生存痛苦。

3.2.3 患者的负性疾病感知越高,其生存痛苦水平越高 本研究发现,疾病感知与生存痛苦呈正相关。

患者负性疾病感知处于中上水平,分析原因可能与疾病灾难化认知、症状感知敏感和回避型应对有关。疾病感知指个体对相同的健康问题会产生积极或消极的疾病感知,直接影响其健康行为、治疗依从性和心理适应能力^[22]。负性疾病感知会放大患者对躯体症状的主观感受,倾向采用逃避社交等消极应对方式,影响医患之间的沟通效率,从而延误病情与治疗。因此,医护人员应与患者建立信任的关系,主动倾听、共情并回应患者的需求,帮助患者识别负面思维;了解患者对疾病及治疗预后的误解,用研究数据纠正错误认知,分阶段传递科学信息。

3.2.4 患者的症状困扰程度越重,其生存痛苦水平越高 本研究显示,症状困扰与生存痛苦呈正相关,与 An 等^[4]的研究结果一致。症状困扰指因疾病本身或治疗相关症状所引发身体和心理上的主观不适体验^[23]。肿瘤的持续性消耗不仅引发癌因性疲乏、代谢紊乱及恶病质等全身性症状,更在晚期伴随骨转移引发的病理性骨折等顽固性疼痛。这些难以缓解的躯体痛苦与功能衰退形成恶性循环,导致患者的日常活动能力受限、社会角色逐渐丧失。医护人员应整合医学治疗与人文关怀护理,精准评估和动态监测症状变化,优化症状控制方案;提供营养与症状康复支持,帮助患者恢复身体机能,提高生活质量。

3.2.5 患者的自我同情水平越高,其生存痛苦水平越低 本研究发现,自我同情与生存痛苦呈负相关。患者自我同情处于中等水平,与刘月^[24]研究结果相似,提示晚期肺癌患者的自我同情水平仍有待提高。自我同情作为一种积极的情绪应对策略,有助于患者正视和接受痛苦,积极调整疾病状态,以降低生存痛苦水平^[5]。因此,医护人员应帮助患者了解自我同情的重要性,降低疾病羞耻感;通过冥想来加强对于当下体验的非评判性觉察,减少灾难化思维;使用叙事疗法鼓励患者重构疾病故事,赋予其意义感,以改善自我同情水平,提升其心理适应能力。

3.3 研究局限性 本研究样本代表性不足,未来可扩大样本量,纳入不同地域、医疗层级的机构,以增强研究结论的普适性和代表性。另外本研究只纳入部分生存痛苦的影响因素,其全面性较为欠缺,未来有待多方面探讨晚期肺癌患者生存痛苦的影响因素及开展纵向研究追踪患者生存痛苦的轨迹变化。

【参考文献】

[1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3): 229-263.
[2] ROBINSON S, KISSANE D W, BROOKER J, et al. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with pro-

gressive disease and cancer: a decade of research[J]. J Pain Symptom Manage, 2015, 49(3): 595-610.
[3] CHEN W, CHEN Y, XIAO H. Existential distress in cancer patients: a concept analysis[J]. Cancer Nurs, 2022, 45(2): E471-E486.
[4] AN E, LO C, HALES S, et al. Demoralization and death anxiety in advanced cancer[J]. Psychooncology, 2018, 27(11): 2566-2572.
[5] 韩双嵘, 李秋芳, 罗浩月, 等. 肺癌化疗患者自我同情的潜在剖面分析及其与失志的关系[J]. 护理学报, 2024, 31(2): 65-69.
[6] 刘梦瑶, 李霞, 丁维娜, 等. 自我同情在宫颈癌患者疾病感知与失志间的中介效应[J]. 军事护理, 2024, 41(9): 46-49.
[7] 姜乾金. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 100-120.
[8] 孙振球. 医学统计学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 809.
[9] LO C, PANDAY T, ZEPPIERI J, et al. Preliminary psychometrics of the existential distress scale in patients with advanced cancer[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2017, 26(6): 1-8.
[10] 肖惠敏, 林晓丹, 吴红, 等. 晚期癌症患者生存痛苦量表的汉化及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2022, 37(9): 74-77.
[11] BROADBENT E, PETRIE K J, MAIN J, et al. The brief illness perception questionnaire[J]. J Psychosom Res, 2006, 60(6): 631-637.
[12] 梅雅琪, 李惠萍, 杨妮娟, 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.
[13] MENDOZA T R, WANG X S, LU C, et al. Measuring the symptom burden of lung cancer: the validity and utility of the lung cancer module of the M.D. Anderson symptom inventory[J]. Oncologist, 2011, 16(2): 217-227.
[14] 张立力, 臧瑜. MD安德森症状评估量表肺癌模块的修订和考评[J]. 肿瘤, 2013, 33(5): 434-438.
[15] NEFF K D. The development and validation of a scale to measure self-compassion[J]. Self Identit, 2003, 2(3): 223-250.
[16] 陈健, 燕良弼, 周丽华. 中文版自悯量表的信效度研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2011, 19(6): 734-736.
[17] DWORKIN R H, TURK D C, FARRAR J T, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations[J]. Pain, 2005, 1(13): 9-19.
[18] LIN X D, XU G R, CHEN G J, et al. Self-perceived burden predicts lower quality of life in advanced cancer patients: the mediating role of existential distress and anxiety[J]. BMC Geriatr, 2022, 22(1): 803-811.
[19] PARK S Y, LIM J W. Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: a systematic review of the literature[J]. BMC Cancer, 2022, 22(1): 217-225.
[20] VEHLING S, PHILIPP R. Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship[J]. Curr Opin Support Palliat Care, 2018, 12(1): 46-51.
[21] TECUTA L, TOMBA E, GRANDI S, et al. Demoralization: a systematic review on its clinical characterization[J]. Psychol Med, 2015, 45(4): 673-691.
[22] MA H, HU K, WU W, et al. Illness perception profile among cancer patients and its influencing factors: a cross-sectional study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2024, 69(10): 25-26.
[23] DHINGRA L K, LAM K, CHEUNG W, et al. Variation in symptom distress in underserved Chinese American cancer patients[J]. Cancer, 2015, 121(18): 3352-3359.
[24] 刘月. 肺癌患者自我同情水平现状及影响因素研究[D]. 南京: 南京医科大学, 2022.