

肺癌患者失志综合征的评估及相关因素研究进展

李天丽, 谭零丽, 郝 琴*

延安大学延安医学院, 陕西 延安

收稿日期: 2026年7月18日; 录用日期: 2026年8月11日; 发布日期: 2026年8月20日

摘 要

肺癌患者在确诊、治疗及康复过程中常面临较重的症状负担、预后不确定性和心理社会压力, 部分患者可出现以无助、无望、意义丧失及主观应对无能为主要表现的失志综合征, 并与较低的治疗信心、疾病适应不良及生活质量下降相关。本文围绕肺癌患者失志综合征的概念、常用评估工具、发生现状及相关因素进行综述, 重点梳理人口社会学特征、疾病与治疗因素、症状负担、心理认知资源、家庭功能、社会支持及应对方式等与失志水平的关系, 并总结潜在类别及多因素关联路径的研究进展。现有研究仍存在评估工具与分界值不统一、横断面研究占比较高、肺癌特异性证据不足以及动态变化研究缺乏等局限。未来应开展多中心、纵向研究, 完善肺癌患者失志的动态评估和高危人群识别, 为临床护理人员实施针对性心理支持和分层护理提供依据。

关键词

肺癌, 失志综合征, 失志量表, 相关因素, 护理

Research Progress on the Assessment and Associated Factors of Demoralization Syndrome in Patients with Lung Cancer

Tianli Li, Lingli Tan, Qin Hao*

Yan'an Medical College of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

Received: July 18, 2026; accepted: August 11, 2026; published: August 20, 2026

Abstract

Patients with lung cancer often experience substantial symptom burden, prognostic uncertainty,

*通讯作者。

文章引用: 李天丽, 谭零丽, 郝琴. 肺癌患者失志综合征的评估及相关因素研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 1737-1745. DOI: 10.12677/acm.2026.1682956

and psychosocial distress throughout diagnosis, treatment, and rehabilitation. Some patients may develop demoralization syndrome, characterized primarily by helplessness, hopelessness, loss of meaning, and a perceived inability to cope, which is associated with lower treatment confidence, poorer adjustment to illness, and reduced quality of life. This review summarizes the concept, commonly used assessment instruments, current status, and associated factors of demoralization syndrome in patients with lung cancer. Particular attention is given to the relationships of sociodemographic characteristics, disease- and treatment-related factors, symptom burden, psychological and cognitive resources, family functioning, social support, and coping styles with demoralization. Recent advances in latent class analyses and multivariable association pathways are also reviewed. Current evidence is limited by inconsistent assessment instruments and cutoff values, the predominance of cross-sectional designs, insufficient lung cancer-specific evidence, and a lack of longitudinal research. Future studies should adopt multicenter and longitudinal designs to improve dynamic assessment and the identification of high-risk patients, thereby providing evidence for targeted psychological support and stratified nursing care.

Keywords

Lung Cancer, Demoralization Syndrome, Demoralization Scale, Associated Factors, Nursing

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肺癌是全球疾病负担最重的恶性肿瘤之一。GLOBOCAN 2022 数据显示, 全球肺癌新发病例约 250 万例, 死亡病例约 180 万例, 分别占全球癌症新发病例和死亡病例的 12.4% 和 18.7% [1]。在诊疗过程中, 肺癌患者不仅承受咳嗽、呼吸困难、疼痛、疲乏及治疗不良反应等躯体负担, 还需面对疾病进展、预后不确定、社会角色改变和经济压力, 因而易出现不同程度的情绪问题。研究显示, 肺癌患者的情绪问题与症状负担和生活质量相关[2]。

失志综合征是严重疾病患者常见的一种存在性心理痛苦状态, 其核心表现为持续的主观应对无能, 并可伴有无助、无望、意义丧失和失败感等体验[3] [4]。失志与抑郁既相互关联, 又具有不同的核心内涵: 失志更强调患者虽希望改变困境, 却认为自身缺乏有效的应对方法; 抑郁则主要表现为持续性情绪低落、兴趣减退和快感缺失[3] [5]。失志水平较高可能削弱患者的疾病控制感、目标感和治疗信心, 因此, 及时识别肺癌患者的失志状态具有重要的临床意义。

近年来, 肺癌患者失志问题逐渐受到关注。研究显示, 失志水平与经济状况、医疗费用支付方式、化疗次数、症状负担、身体功能、社会支持及应对方式等因素相关[6]。与此同时, 相关研究已由失志总分及单一因素分析逐步拓展至潜在类别和多因素关联路径, 不同患者在症状负担、心理韧性、家庭功能及应对方式等方面呈现不同的组合特征[7] [8]。然而, 现有证据主要来源于横断面调查, 变量之间的时间顺序和因果方向仍有待纵向研究进一步验证。

既往综述已从积极心理学视角对肺癌患者失志的概念、现状、影响因素、评估及干预进行总结[9], 但对评估工具的临床适用性、肺癌患者失志的发生特点以及近年来新增相关因素和关联路径的整合仍显不足。因此, 本文对肺癌患者失志综合征的概念、评估工具、发生现状及相关因素进行综述, 并在此基础上提出护理启示, 以期临床护理人员规范评估失志水平、识别心理脆弱患者和制定针对性护理措施

提供参考。

2. 失志综合征概述

2.1. 失志综合征的概念

失志是个体在重大疾病或持续压力情境下,因原有应对方式失效而产生的一种心理痛苦状态,其核心表现为主观应对无能[5]。Kissane 等进一步提出失志综合征,认为其主要特征包括无助、无望、失败感、生命意义丧失及目标受损,常见于癌症及其他进展性疾病患者[3][4]。与单纯的情绪低落不同,失志更强调患者虽希望改变困境,却认为自身缺乏应对疾病和生活压力的有效方法。需要指出的是,量表得分反映的是连续性的失志水平,并不等同于临床诊断。因此,本文在描述量表结果时使用“失志水平”,在讨论具有临床意义的综合表现时使用“失志综合征”。

2.2. 失志综合征与相关心理问题的鉴别

失志综合征与抑郁、绝望、焦虑及一般心理痛苦在无助、无望和负性情绪等表现上存在一定交叉,但其核心内涵并不相同。失志主要表现为个体面对困境时的主观应对无能、意义丧失和目标受损;抑郁则更突出持续性情绪低落、兴趣减退和快感缺失[3][5]。De Figueiredo 指出,失志患者常因不知道应采取何种行动而感到无能,而抑郁患者即使明确行动方向,也可能缺乏行动动机[5]。研究显示,具有临床意义的失志可独立存在于无心境障碍或焦虑障碍的癌症患者中。因此,仅使用抑郁或焦虑量表可能遗漏部分具有临床意义的失志患者,不能完全替代失志专项评估[10][11]。

绝望主要表现为对未来结果的消极预期,是失志的重要组成部分;但失志还涵盖应对失败、生命意义丧失及目标受损等更广泛的存在性体验[3][4]。焦虑主要表现为对疾病进展、治疗效果及未来威胁的担忧、紧张和恐惧。一般心理痛苦是涵盖情绪、认知、社会、精神及躯体困扰的广义概念[12],而失志更聚焦于主观应对无能、无望和意义丧失[3][4]。因此,护理人员在评估焦虑、抑郁和总体心理痛苦的同时,还应关注患者是否持续存在应对无能、无意义感和目标缺失,必要时采用失志量表进行专项评估。

3. 肺癌患者失志综合征的评估

3.1. 失志量表

失志量表(Demoralization Scale, DS)由 Kissane 等于 2004 年编制,主要用于评估癌症及进展性疾病患者的失志程度。该量表包含 24 个条目,分为意义丧失、情绪不良、沮丧、无助感和失败感 5 个维度,各条目采用 0~4 级评分,总分越高表示失志程度越严重[13]。DS 能够较全面地反映患者在情绪、认知、应对及生命意义等方面的失志表现,但其条目相对较多,可能增加症状较重、身体功能较差或注意力不易集中的患者的作答负担。

洪晓琪等对 DS 进行了中文翻译和文化调适,并在 214 例癌症患者中检验其信效度。中文版量表总体 Cronbach's α 系数为 0.928,保留原量表的 5 个维度,具有较好的内部一致性,可用于中文语境下癌症患者失志水平的评估[14]。但该量表的验证对象为癌症总体人群,目前尚缺少其在不同肺癌分期、治疗阶段及文化背景人群中的测量学验证,使用时应结合具体研究对象和评估目的审慎解释结果。

3.2. 失志量表II

为降低患者作答负担并改善原量表的测量性能,Robinson 等于 2016 年编制了失志量表II (Demoralization Scale-II, DS-II)。该量表包含 16 个条目,由“意义与目标”和“困扰与应对能力”2 个维度组成,每个维度各含 8 个条目,采用 0~2 级评分,总分为 0~32 分,得分越高表示失志程度越严重[15][16]。原

版 DS-II 具有良好的测量学性能,且条目较少,在临床评估时间有限时具有一定的操作便利性;但现有证据尚不足以认定其更适用于身体状况较差的肺癌患者。

欧娜等对 DS-II 进行了汉化,并在 410 例住院癌症患者中开展信效度检验。中文版 DS-II 的内容效度指数为 0.94, Cronbach's α 系数为 0.877,量表结构与原版一致,具有较好的信效度[17]。与 DS 相比,DS-II 条目较少、操作相对简便,可作为肺癌患者失志初步筛查的候选工具;但其肺癌特异性分界值、筛查效能及在不同治疗阶段的适用性仍需进一步验证,临床判断不能仅依据量表得分。

3.3. 评估中存在的问题

目前,肺癌患者失志研究主要采用癌症患者通用量表,尚缺少肺癌特异性评估工具。不同研究在量表选择、失志分级标准及评估时点方面存在差异,限制了研究结果的横向比较。量表均数能够反映样本总体失志水平,但不能直接等同于具有临床意义失志的发生率。此外,现有研究多采用单一时间点评估,难以反映患者失志在确诊、手术、系统治疗、疾病进展及姑息治疗等不同阶段的动态变化。综合来看,DS 维度较细,可用于科研调查或较为全面的评估;DS-II 条目较少,在临床初筛及动态复评中可能更具操作便利性,但尚不能据此认定其整体优于 DS [13]-[17]。未来应比较两种工具在不同肺癌分期和治疗阶段中的筛查效能、反应度及最佳分界值,并在疾病关键节点开展连续、动态评估。

4. 肺癌患者失志综合征的发生现状

现有肺癌特异性研究提示,部分肺癌患者存在不同程度的失志,但不同研究报告的失志水平差异较大。Kang 等[6]对 289 例中国肺癌患者进行调查,结果显示中文版失志量表总分为 (49.27 ± 15.19) 分。该结果反映的是样本的平均失志得分,不能直接等同于具有临床意义失志的发生率,其严重程度仍需结合研究所采用的分界值和分级标准进行判断。

近年来,肺癌患者失志研究逐渐由总分比较转向个体异质性分析。Hong 等[7]采用潜在类别分析发现,肺癌患者可分为高失志组、中度失志-心理困扰与无助组及低失志组,分别占 14.8%、37.2%和 48.0%。超过半数患者被归入中度或高失志特征类别,提示肺癌患者的失志表现并非单一模式,不同患者可能具有不同的心理脆弱特征和护理需求。

不同研究结果的差异可能与患者年龄、疾病分期、治疗阶段、症状负担、样本来源以及评估工具和分界值不同有关。目前,相关研究多采用横断面设计和单一时间点评估,尚不能充分反映患者失志在确诊、治疗、疾病稳定、复发及进展等阶段的动态变化。然而,上述研究样本多集中于中老年或混合分期患者,针对老年晚期、早期手术治愈性治疗及长期带瘤生存等特定亚群体的失志现状报道尚不充分,其真实发生率及严重程度仍有待进一步分层调查。因此,现阶段不宜简单比较不同研究的均数或比例。未来应逐步统一结果报告方式,并开展多中心纵向研究,以明确肺癌患者失志的发展轨迹及高风险阶段。

5. 肺癌患者失志综合征的相关因素

肺癌患者在诊疗过程中承受疾病进展、症状困扰、治疗不良反应及经济负担等多重压力,这些因素构成理解其失志水平的重要临床背景。肺癌患者失志水平与人口社会学特征、疾病及症状负担、心理认知资源和家庭社会环境等多类因素相关。需要说明的是,本文所述相关因素主要来源于横断面研究,反映的是变量之间的统计关联,尚不能据此判定因果关系。现有研究已由单一因素分析逐渐拓展至潜在类别以及中介、调节关联路径探索,但相关模型仍需纵向研究或干预研究进一步验证。

5.1. 人口社会学因素

经济状况及医疗费用支付方式是目前肺癌患者失志研究中相对较明确的人口社会学相关因素。Kang

等[6]对 289 例中国肺癌患者进行调查,结果显示医疗费用支付方式及家庭月收入均与失志水平相关。经济状况较差的患者在承担长期检查、治疗和照护费用时,可能面临更大的经济压力和无力感,从而与较高失志水平相关。年龄、性别等因素与失志水平的关联证据有限,暂不宜将其作为稳定的风险分层依据。

5.2. 疾病、治疗及症状相关因素

治疗经历、症状负担及功能状态可能构成肺癌患者失志的重要疾病相关背景。Kang 等[6]发现,化疗次数、症状评分、总体健康状况及功能评分均与失志水平相关。疾病进展及治疗效果的不确定性可能与患者消极预期、疾病控制感下降和治疗信心不足相伴随。目前关于 TNM 分期与失志水平关系的证据仍较有限。Kang 等[6]的多因素分析未报告 TNM 分期为失志的独立相关因素;在一项泛癌种研究中,Vehling 等[18]亦发现肿瘤分期的独立预测作用不显著,而身体问题数量与失志关系更为稳定。现有研究尚难明确 TNM 分期对失志水平的独立影响,这可能与不同研究在患者分期构成、评估时点及统计调整因素方面存在差异有关;此外,TNM 分期常与症状负担、身体功能及治疗状态相互关联,也增加了判断其独立作用的难度。

多项研究较为一致地提示,症状负担与肺癌患者失志水平相关。呼吸困难、疼痛、疲乏、睡眠障碍及食欲下降等症状不仅直接造成身体不适,还可能限制患者的日常活动和社会参与,使其自主性和生活控制感下降。Zhang 等[8]发现,症状负担与肺癌患者失志水平存在直接关联,并在横断面模型中通过家庭功能、心理韧性和接受-屈服应对呈现间接关联。Hong 等[7]的潜在类别分析也显示,症状负担与不同失志类别的归属有关。因此,肺癌患者失志不能被单纯视为心理问题,持续或严重的症状困扰可能构成较高失志水平的重要临床背景。

目前,关于手术、放疗、化疗、靶向治疗及免疫治疗与失志关系的研究仍较有限。现有证据主要提示治疗次数、治疗不良反应及疗效不确定性与失志水平相关,尚不足以证明某一种治疗方式本身会直接导致失志。后续研究应进一步区分治疗方式、治疗阶段、治疗效果及治疗相关症状的独立作用,并关注患者在治疗方案调整前后的失志变化。

5.3. 心理与认知因素

应对方式是肺癌患者失志的重要心理相关因素。Kang 等[6]发现,回避和屈服应对与较高失志水平相关。屈服应对者倾向于认为疾病不可控制,可能降低其主动解决问题和参与治疗的意愿;回避应对虽可暂时减轻情绪冲击,但长期回避疾病信息和现实困难可能削弱患者的适应能力。Hong 等[7]进一步发现,屈服应对与肺癌患者失志潜在类别有关,提示不同应对方式可能参与失志异质性的形成。然而,应对方式与失志之间也可能相互影响,其方向性仍需纵向研究确认。

心理韧性和自我效能是肺癌患者应对疾病压力的重要心理资源。心理韧性较高的患者通常能够更有效地调动内部和外部资源,在疾病压力下维持目标感和适应能力;自我效能则反映患者对症状管理、治疗参与及解决疾病相关问题的信心。Hong 等[7]发现,心理韧性是区分不同失志类别的重要因素。Ping 等[19]对 418 例肺癌患者的研究显示,社会支持可能通过自我效能与较低失志水平相关,而症状困扰可能削弱社会支持与自我效能之间的正向关联。这提示护理人员在提供一般性支持的同时,还应关注患者能否将外部支持转化为实际的疾病管理信心和应对能力。

疾病感知是近年来受到关注的认知因素。患者对疾病严重程度、病程、后果、可控制性及治疗效果的理 解,可能影响其情绪反应和疾病应对。He 等[20]发现,肺癌患者存在低、中、高 3 类疾病感知特征,自我超越在疾病感知与失志之间呈现部分统计中介效应。负性疾病感知可能增强患者的疾病威胁感,而自我超越有助于其超越当前身体和环境限制,重新建立生命目标和意义。因此,疾病感知、自我超越与

失志之间可能形成“疾病认知-意义建构-失志”的关联路径，但其时间顺序仍需进一步验证。

焦虑和抑郁常与失志同时存在，但三者的概念及核心表现并不相同。焦虑和抑郁可能与患者的消极疾病认知共同出现，也可能是严重失志的伴随表现或后续心理结果。由于现有研究多为同一时间点的调查，尚难明确三者之间的时间顺序。因此，在分析焦虑、抑郁与失志的关系时，应注意量表条目内容重叠及反向关联的可能性，避免将失志简单等同于抑郁。

5.4. 家庭与社会因素

社会支持是肺癌患者失志研究中较为一致的保护性相关因素。Kang 等[6]发现，较高的社会支持水平与较低的失志水平相关。来自家庭、朋友和医务人员的情感、信息及实际支持，能够帮助患者获取疾病信息、解决现实困难并减轻孤立感，从而增加其应对疾病的可用资源。Ping 等[19]进一步提示，社会支持可能通过自我效能与较低失志水平相关，且这一关联可能受到症状困扰的影响。

家庭功能与患者获得支持的程度相关，并可能参与症状负担与失志之间的关联过程。Zhang 等[8]发现，家庭功能、心理韧性及接受-屈服应对在症状负担与失志之间呈现统计中介效应。当家庭成员沟通不充分、角色分工紊乱或问题解决能力不足时，患者可能难以及时获得情感支持和照护帮助，进而加重无助感。Hong 等[7]也发现，家庭功能与肺癌患者不同失志类别有关，提示评估失志时不能仅关注患者个人心理状态，还应了解其家庭支持系统和实际照护能力。文化情境也可能影响失志的表达、量表作答和干预接受度。部分患者可能以“担心拖累家人”“无法履行家庭责任”等方式表达无助或意义受损，家庭参与决策和疾病信息沟通方式亦可能影响其控制感。虽然中文版 DS 和 DS-II 已完成信效度检验[14][17]，但现有验证对象主要为癌症总体人群，不同地区、家庭决策模式及疾病信息沟通方式可能影响患者对量表条目的理解与作答。因此，不同人群量表得分的差异既可能反映失志水平的差异，也可能受到文化表达方式的影响。未来可结合质性访谈和测量等值性检验，进一步分析文化情境对失志表达及量表结果的影响，并在尊重患者意愿和信息偏好的基础上确定家庭参与程度。

5.5. 各相关因素之间的关联路径

近年来的研究提示，肺癌患者失志与多种因素相关，并可能呈现多条相互关联的统计路径：症状负担可能通过家庭功能、心理韧性及接受-屈服应对与失志水平产生间接联系[8]；社会支持可能通过自我效能与较低失志水平相关，且这一保护性关联可能受到症状困扰的影响[19]；负性疾病感知可能通过自我超越与失志水平相关[20]。此外，潜在类别研究显示，肺癌患者在症状负担、心理韧性、家庭功能和应对方式方面存在不同的组合特征，提示患者失志具有明显的个体异质性[7]。需要强调的是，上述路径主要基于横断面数据，应理解为统计关联，而非已经证实的因果机制。

综上，肺癌患者失志与经济状况、症状负担、身体功能、疾病感知、心理韧性、自我效能、应对方式、家庭功能及社会支持等因素相关，TNM 分期等疾病严重程度指标的独立效应仍需进一步验证。现有研究已开始由单一因素分析转向关联路径和患者分型，为识别心理脆弱患者提供了新的视角。然而，不同因素之间可能相互影响，且多数研究缺乏时间维度。未来应开展多中心纵向研究，明确不同因素在疾病诊断、治疗、复发及姑息阶段与失志动态变化的关系。

6. 现有研究的不足及护理启示

6.1. 现有研究的不足

目前，肺癌患者失志综合征研究仍处于发展阶段。首先，现有研究多数采用横断面设计和便利抽样，样本主要来源于中国部分地区的三级医院，研究对象集中于中老年或中晚期患者。此类研究能够揭示失

志与症状负担、心理韧性、社会支持及应对方式等变量在同一时间点的关联,但难以明确其时间顺序和因果关系。虽然中介、调节效应及潜在类别分析能够进一步描述变量之间的复杂联系,但基于横断面数据建立的路径仍需纵向研究验证。癌症患者纵向研究显示,失志水平及其核心症状可随诊断后时间发生变化,提示单一时间点评估难以反映患者失志的动态过程[21]。

其次,现有研究使用的评估工具、失志分界值及评估时点尚未统一。DS 和 DS-II 均为癌症患者通用量表,尚缺少专门针对肺癌患者的评估工具。不同研究对象在年龄、疾病分期和治疗阶段方面存在明显差异,且部分研究分别报告均数、分级比例或潜在类别比例,结果呈现形式不一致,限制了研究间的直接比较。此外,现有研究虽已识别众多相关因素,但各因素在不同研究中的回归模型调整变量不统一,导致核心预测因子(如疾病分期、化疗周期、症状负担及身体功能)的独立效应缺乏跨研究验证,且部分研究报告侧重总分比较,未报告具有临床意义的失志分级比例,降低了研究间的可比性。现有样本对初诊、老年晚期、早期手术、靶向治疗、免疫治疗及长期生存患者的关注相对不足,研究结果的外部适用性仍需进一步验证。

再次,现有研究虽然已识别多种相关因素,但评估结果向临床护理决策的转化仍显不足。潜在类别、中介模型及调节模型有助于识别不同的心理脆弱特征,但尚缺少经过多中心验证且便于临床应用的风险分层标准。同时,针对肺癌患者失志的干预研究相对有限,现有干预证据主要来自泛癌症患者。系统评价共纳入 14 项干预研究,其中 10 项报告失志水平有所改善,但干预类型和研究质量存在较大差异[22]。因此,现阶段尚不能将泛癌症人群中的干预方案直接、整体推广至肺癌患者,仍需开展肺癌特异性的高质量干预研究。

6.2. 护理启示

6.2.1. 建立多阶段动态评估机制

护理人员应将失志评估纳入肺癌患者心理护理的重要内容。除在入院或确诊后进行初次筛查外,还可在治疗方案调整、症状明显加重、疾病复发或进展以及转入姑息治疗等关键阶段开展复评。NCCN 心理痛苦管理指南强调识别癌症患者的心理社会问题,并为存在显著心理痛苦的患者提供评估、转介和干预指导,该理念可为肺癌患者失志的动态评估提供参考[12]。动态评估不仅应比较量表总分,还应关注无助、无望、意义丧失和主观应对无能等核心表现是否持续或加重。

临床可根据患者的身体状况、认知能力和评估目的选择 DS 或 DS-II。DS-II 条目较少,可作为初步筛查的候选工具,但其肺癌特异性分界值和筛查效能仍需进一步验证。对于量表得分较高或出现明显无助、无望和意义丧失的患者,应进一步评估抑郁、焦虑、自伤或自杀意念、症状负担及社会支持状况,避免仅依据单一量表得分作出临床判断。

6.2.2. 实施症状与心理联合管理

肺癌患者失志与症状负担相关[6]-[8],并与总体健康状况及功能评分相关[6]。因此,失志护理不能局限于情绪安慰和心理疏导,还应加强症状监测与管理。护理人员可评估呼吸困难、疼痛、疲乏和睡眠障碍等症状的严重程度,以及日常生活活动能力和症状对社会参与的影响,并依据临床规范实施相应的症状管理。对于症状改善后仍持续存在应对无能、目标缺失或意义丧失的患者,应进一步开展心理及存在性需求评估,实现症状管理与心理支持的有机结合。

尤其应关注呼吸困难这一肺癌核心症状对失志的特殊影响。呼吸困难不仅造成躯体不适,其发作时的窒息感和失控感可能加重患者的应对无能体验。护理人员应在评估呼吸困难诱因、可逆原因及血氧状态的基础上,依据适应证实施气道管理、氧疗及呼吸训练,并同步评估患者对呼吸困难的主观恐惧程度和失控感,将症状控制与心理支持整合于同一护理计划中。

6.2.3. 根据心理资源开展分层护理

对于心理韧性、自我效能较高且社会支持良好的患者,可提供常规疾病教育、症状管理指导和定期复评;对于负性疾病感知者,可通过个体化疾病教育和疾病认知重构,帮助患者识别并调整绝对化或不合理的疾病认知,共同制定可实现的管理目标;对于自我效能较低者,可通过任务分解、成功经验反馈和同伴示范开展自我管理教育;对于回避或屈服应对者,可采用问题解决训练和渐进式目标设定;对于心理韧性不足者,可通过优势识别、分阶段目标设定和积极反馈增强其资源调动能力;对于意义丧失者,可在专业人员指导下开展生命回顾或尊严疗法。上述护理建议主要依据相关因素研究提出[19][20]。系统评价及随机对照研究提示,心理社会干预和护士主导尊严疗法可能改善癌症患者失志水平[22][23],但肺癌特异性证据仍有限。对于持续处于较高失志水平、合并明显抑郁或出现自伤、自杀意念的患者,应及时转介至心理科、精神科或心理肿瘤团队,避免以一般性心理安慰替代专业评估和治疗。

6.2.4. 强化家庭参与和社会支持

Zhang 等[8]和 Ping 等[19]的研究提示,家庭功能和社会支持与失志水平相关,并可能参与症状负担、心理资源与失志之间的关联过程。护理人员应评估家庭沟通、照护分工、照护能力及患者实际获得的支持,不能仅根据婚姻状况判断其支持水平。可指导家属采用倾听、共情和共同决策的方式与患者沟通,并在尊重患者知情偏好、决策能力和文化背景的前提下减少不必要的信息隐瞒。对于经济困难、照护资源不足或社会联系薄弱的患者,应及时链接医疗救助、社会工作和社区护理资源。

6.2.5. 推动多学科和个体化护理

肺癌患者失志涉及身体症状、疾病认知、家庭关系、社会支持和生命意义等多个方面,单一学科难以满足其全部需求。护理人员应发挥连续评估和协调作用,与肿瘤科医师、心理治疗师、精神科医师、姑息护理人员及社会工作者建立清晰、可执行的转介机制。未来可根据患者的失志水平、症状负担、心理资源及家庭支持特征构建分层护理路径,并通过多中心研究验证其可行性、有效性和长期效果。

7. 小结

肺癌患者在疾病诊断、治疗及康复过程中面临较重的症状负担和心理社会压力,易出现以无助、无望、意义丧失及主观应对无能为主要表现的失志。DS 和 DS-II 是目前评估肺癌患者失志水平的常用工具,但两者均为癌症通用量表,且不同研究在量表选择、分界值及评估时点方面尚未统一。现有证据提示,肺癌患者失志与经济状况、症状负担、身体功能、疾病感知、心理韧性、自我效能、应对方式、家庭功能及社会支持等多种因素相关;TNM 分期等疾病严重程度指标的独立作用尚需进一步验证。不同因素之间还可能存在中介、调节及交互关联。由于现有研究在时间维度上证据不足,变量间的动态关系及关键节点的识别仍有待纵向设计加以阐明。未来应开展多中心、纵向研究,明确肺癌患者失志的发展轨迹及高风险阶段,建立规范化的动态筛查和风险分层体系,并根据患者的症状负担、心理资源及家庭社会支持状况实施个体化护理,以改善其心理适应和生活质量。

参考文献

- [1] Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Soerjomataram, I., *et al.* (2024) Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, **74**, 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- [2] Morrison, E.J., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Yang, P., Patten, C.A., Ruddy, K.J., *et al.* (2017) Emotional Problems, Quality of Life, and Symptom Burden in Patients with Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer*, **18**, 497-503. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.02.008>
- [3] Clarke, D.M. and Kissane, D.W. (2002) Demoralization: Its Phenomenology and Importance. *Australian & New Zealand*

- Journal of Psychiatry*, **36**, 733-742. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
- [4] Kissane, D.W., Clarke, D.M. and Street, A.F. (2001) Demoralization Syndrome—A Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, **17**, 12-21. <https://doi.org/10.1177/082585970101700103>
 - [5] de Figueiredo, J.M. (1993) Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, **34**, 308-311. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90016-w](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90016-w)
 - [6] Kang, T., Liu, F., Jiang, Q., Han, J. and Guo, R. (2023) Risk Factors of Demoralization among Lung Cancer Patients in Mainland China. *American Journal of Health Behavior*, **47**, 588-594. <https://doi.org/10.5993/ajhb.47.3.16>
 - [7] Hong, Y.T., Ye, B.Q., Lin, J.L., Chen, Q.H., Zhang, J., Chen, W., *et al.* (2024) Characteristics and Influencing Factors of Demoralization in Patients with Lung Cancer: A Latent Class Analysis. *Psycho-Oncology*, **33**, e6312. <https://doi.org/10.1002/pon.6312>
 - [8] Zhang, C., Wang, F., Kang, Z., Hong, Y., Arbing, R., Chen, W., *et al.* (2025) Effect of Symptom Burden on Demoralization in Chinese Lung Cancer Patients: The Mediating Roles of Family Function, Resilience, and Coping Behaviors. *Psycho-Oncology*, **34**, e70102. <https://doi.org/10.1002/pon.70102>
 - [9] 吴帆, 黎琴, 覃婷婷, 等. 积极心理学视角下对肺癌失志患者干预的研究进展[J]. 心理月刊, 2022, 17(20): 234-237.
 - [10] Vehling, S., Kissane, D.W., Lo, C., Glaesmer, H., Hartung, T.J., Rodin, G., *et al.* (2017) The Association of Demoralization with Mental Disorders and Suicidal Ideation in Patients with Cancer. *Cancer*, **123**, 3394-3401. <https://doi.org/10.1002/cncr.30749>
 - [11] Mehnert, A., Vehling, S., Höcker, A., Lehmann, C. and Koch, U. (2011) Demoralization and Depression in Patients with Advanced Cancer: Validation of the German Version of the Demoralization Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, **42**, 768-776. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.013>
 - [12] Fann, J.R., Vanderlan, J., Brewer, B.W., Corbett, C., Keller, J., Lahijani, S., *et al.* (2026) NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 1.2026. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, **24**, e260018. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2026.0018>
 - [13] Kissane, D.W., Wein, S., Love, A., Lee, X.Q., Kee, P.L. and Clarke, D.M. (2004) The Demoralization Scale: A Report of Its Development and Preliminary Validation. *Journal of Palliative Care*, **20**, 269-276. <https://doi.org/10.1177/082585970402000402>
 - [14] 洪晓琪, 陈虹汶, 张义芳, 等. 癌症病人失志量表中文版之信效度检测[J]. 内科学志, 2010, 21(6): 427-435.
 - [15] Robinson, S., Kissane, D.W., Brooker, J., Michael, N., Fischer, J., Franco, M., *et al.* (2016) Refinement and Revalidation of the Demoralization Scale: The DS-II—Internal Validity. *Cancer*, **122**, 2251-2259. <https://doi.org/10.1002/cncr.30015>
 - [16] Robinson, S., Kissane, D.W., Brooker, J., Hempton, C., Michael, N., Fischer, J., *et al.* (2016) Refinement and Revalidation of the Demoralization Scale: The DS-II—External Validity. *Cancer*, **122**, 2260-2267. <https://doi.org/10.1002/cncr.30012>
 - [17] 欧娜, 胡小萍, 綦三阳, 等. 失志综合征量表II的汉化及在癌症患者中的信效度检验[J]. 中国全科医学, 2021, 24(23): 2998-3004.
 - [18] Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., *et al.* (2012) Is Advanced Cancer Associated with Demoralization and Lower Global Meaning? The Role of Tumor Stage and Physical Problems in Explaining Existential Distress in Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, **21**, 54-63. <https://doi.org/10.1002/pon.1866>
 - [19] Ping, Z., He, C., Liu, S., Tan, R. and Hu, D. (2025) Social Support and Demoralization among Patients with Lung Cancer in China: A Moderated Mediation Model of Self-Efficacy and Symptom Distress. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, **12**, Article ID: 100749. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2025.100749>
 - [20] He, C., Liu, S., Ding, X., Zhang, Y., Hu, J., Yu, F., *et al.* (2025) Exploring the Relationship between Illness Perception, Self-Transcendence, and Demoralization in Patients with Lung Cancer: A Latent Profile and Mediation Analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, **12**, Article ID: 100638. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100638>
 - [21] Liu, S.T., Zhang, X.Y., Su, Q., Yang, Z.H. and Zhang, L.L. (2025) A Longitudinal Observational Study of Demoralization within 6 Months Following Cancer Diagnosis: A Cross-Lagged Panel Network Analysis. *Supportive Care in Cancer*, **33**, Article No. 645. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09698-x>
 - [22] Wang, Y., Sun, H., Ji, Q., Wei, J. and Zhu, P. (2023) Systematic Review of Interventions for Demoralization in Patients with Cancer. *Journal of Nervous & Mental Disease*, **211**, 314-326. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001615>
 - [23] Soleimani, M.A., Alimoradi, Z. and Kazemi, S. (2025) The Impact of Dignity Therapy on Demoralization Syndrome in Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial Exploring a Nurse-Led Psychotherapeutic Approach in Oncology Care. *European Journal of Oncology Nursing*, **77**, Article ID: 102934. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102934>