

# 肝硬化失代偿期患者失志综合征现状及影响因素分析

舒馨<sup>1,2</sup>, 熊如秀<sup>1</sup>, 仇彩良<sup>2</sup>, 贺毓彪<sup>2</sup>, 李雪<sup>2</sup>, 李贵妃<sup>1</sup>

(1. 湖南师范大学医学院 护理系, 湖南长沙, 410013;

2. 中南大学湘雅二医院 感染科, 湖南长沙, 410011)

**摘要:** **目的** 分析肝硬化失代偿期患者失志综合征现状及其影响因素。**方法** 通过方便抽样方法从湖南省长沙市4所三级甲等医院选取444例肝硬化失代偿期患者作为调查对象。采用一般资料调查表、中文版失志综合征量表、社会支持评定量表、中文版简易疾病感知问卷和简易应对方式问卷进行调查。**结果** 肝硬化失代偿期患者失志综合征发生率为71.62%, 失志综合征量表总分平均为(38.21 ± 14.34)分。多元线性回归分析结果显示, 原发疾病、并发症数量、Child-Pugh分级、应对方式、疾病感知、社会支持是肝硬化失代偿期患者失志综合征的影响因素( $P < 0.05$ )。**结论** 肝硬化失代偿期患者的失志综合征处于重度水平, 其主要影响因素为原发疾病、并发症数量、Child-Pugh分级、社会支持、疾病感知及应对方式。医护人员应定期评估肝硬化失代偿期患者的失志综合征水平, 并采取针对性干预措施, 以改善患者的心理状态。

**关键词:** 肝硬化失代偿期; 失志综合征; 社会支持; 疾病感知; 应对方式

中图分类号: R 749.2; R 575.2; R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2024)17-120-07 DOI: 10.7619/jcmp.20241282

## Current status and influencing factors of demoralization syndrome in patients with liver cirrhosis at the decompensated stage

SHU Xin<sup>1,2</sup>, XIONG Ruxiu<sup>1</sup>, QIU Cailiang<sup>2</sup>, HE Yubiao<sup>2</sup>, LI Xue<sup>2</sup>, LI Guifei<sup>1</sup>

(1. Department of Nursing, School of Medicine of Hunan Normal University, Changsha, Hunan, 410013;

2. Department of Infection, Xiangya Second Hospital of Central South University, Changsha, Hunan, 410011)

**Abstract: Objective** To analyze the current status and influencing factors of demoralization syndrome in patients with liver cirrhosis at the decompensated stage. **Methods** A total of 444 patients with liver cirrhosis at the decompensated stage were selected as study subjects from four tertiary hospitals in Changsha, Hunan Province using a convenient sampling method. The survey was conducted using a general information questionnaire, the Chinese version of the Demoralization Scale, the Social Support Rating Scale, the Chinese version of the Brief Illness Perception Questionnaire, and the Simplified Coping Style Questionnaire. **Results** The incidence of demoralization syndrome in patients with liver cirrhosis at the decompensated stage was 71.62%, with a mean total score of (38.21 ± 14.34) for the Demoralization Scale. Multiple linear regression analysis showed that primary disease, the number of complications, Child-Pugh classification, coping style, illness perception, and social support were influencing factors of demoralization syndrome in patients with liver cirrhosis at the decompensated stage ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The demoralization syndrome in patients with decompensated cirrhosis is at a severe level, and its main influencing factors are primary disease, the number of complications, Child-Pugh classification, social support, illness perception, and coping style. Healthcare professionals should regularly assess the level of demoralization syndrome in patients with liver cirrhosis at decompensated stage and adopt targeted interventions to improve their psychological status.

**Key words:** liver cirrhosis at decompensated stage; demoralization syndrome; social support; illness perception; coping style

收稿日期: 2024-03-28 修回日期: 2024-05-27

基金项目: 湖南省创新平台与人才计划基金资助项目(2023SK4009)

通信作者: 李贵妃, E-mail: liguifeimed@hunnu.edu.cn

肝硬化失代偿期也称终末期肝病(ESLD),以门静脉高压和肝功能减退为特征性表现<sup>[1]</sup>。据估计,全球约有 1.2 亿例肝硬化患者,其中约 1 060 万例患者处于失代偿期,且每年有 5%~7% 的新病例进展至此期<sup>[2]</sup>。目前,肝硬化失代偿期尚无根治手段,主要治疗策略为积极控制原发病和针对病因管理症状。肝移植是治疗 ESLD 最有效的方法,但由于供体短缺及费用高昂等问题<sup>[3]</sup>,这一治疗手段受到限制。该病的预后普遍较差,严重影响患者的生活质量和生存期,晚期失代偿患者的 1 年病死率甚至达到 60%~80%<sup>[1]</sup>。此外,肝硬化失代偿期患者面临着来自经济和社会等层面的压力,常出现绝望、沮丧及挫败等负面情绪<sup>[4]</sup>。失志综合征由 CLARKE D M 等<sup>[5]</sup>于 2002 年提出,指患者在长期承受压力的情况下,由于缺乏有效的心理调适策略,产生持续性的无助感、无望感、无意义感、应对无能以及自尊缺失。研究<sup>[6]</sup>表明,27.4%~59.1% 的慢性病患者存在不同程度的失志综合征。失志程度高会导致患者治疗依从性下降,进而影响疗效、预后及生活质量,严重时甚至引发自杀意念或自杀行为<sup>[4]</sup>。本研究探讨肝硬化失代偿期患者的失志综合征现状及其影响因素,以期为医护人员制订针对性心理干预策略提供参考依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

采用方便抽样方法,选取 2023 年 7—11 月在湖南省长沙市 4 所三级甲等医院接受治疗的肝硬化失代偿期患者作为调查对象。纳入标准:① 临床确诊为肝硬化失代偿期<sup>[1]</sup>者;② 年龄 $\geq 18$  岁者;③ 神志清楚,以及精神状态和智力正常者;④ 本人及家属对研究知情同意且自愿参与者。排除标准:① 存在严重听力或视力障碍等妨碍交流情况者;② 近期遭遇重大生活事件者,如交通事故、亲人去世等。根据统计学原则,样本量应至少为自变量数量的 10~20 倍<sup>[7]</sup>,考虑到可能出现 10%~15% 的无效问卷,故本次调查所需的样本量至少为 319 例。本次调查实际纳入 444 例患者,其中男 322 例,女 122 例;年龄 18~90 岁,平均(53.56 $\pm$ 13.06)岁。本研究已获得湖南师范大学生物医学研究伦理委员会审批(审批号 2023337),且调查对象均签署知情同意书。

### 1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表:该表由研究者自行编

制,包括性别、年龄、居住地、婚姻状况、居住类型、家庭人均月收入、原发疾病、并发症数量、合并症情况、病程、因本病住院次数和 Child-Pugh 分级<sup>[1]</sup>等。

1.2.2 中文版失志综合征量表(DS-MV):该量表由 KISSANE D W 等<sup>[8]</sup>于 2004 年编制,由洪晓琪等<sup>[9]</sup>于 2010 年进行信效度检验,适用于评估患者过去 2 周内的失志程度。该量表包括无意义感、情绪不安感、无助感、沮丧感及失败感这 5 个维度,共 24 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”至“非常同意”分别计 0 至 4 分,总分范围为 0~96 分,得分越高表示失志水平越高。DS-MV 得分 $< 30$  分为轻度水平,30~35 分为中度水平, $> 35$  分为重度水平,而中重度水平具有临床意义<sup>[10]</sup>。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.92。

1.2.3 社会支持评定量表(SSRS):该量表由肖水源<sup>[11]</sup>于 1986 年编制,适用于评估各类人群获得的社会支持水平。量表包括客观支持、主观支持及支持利用度这 3 个维度,共 10 个条目,总分范围为 12~66 分,得分越高表明患者得到的社会支持越多。社会支持总分 12~22 分为低水平,23~44 分为中等水平,45~66 分为高水平。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.90。

1.2.4 简易疾病感知问卷(Brief-IPQ):由 BROADBENT E 等<sup>[12]</sup>于 2006 年编制,用于测评个体对自身疾病的感知情况。本研究采用由梅雅琪等<sup>[13]</sup>于 2015 年翻译修订的中文版 Brief-IPQ,问卷包括认知、情绪及理解能力这 3 个维度,共有 8 个条目和 1 个开放性问题,总分为 0~80 分,得分越高表明患者对疾病的负性感知越多。疾病感知总分 $< 32$  分为低水平,32~48 分为中等水平, $> 48$  分为高等水平。该问卷的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.945。

1.2.5 简易应对方式问卷(SCSQ):由解亚宁<sup>[14]</sup>于 1998 年编制,用于评估个体面对困难或挫折时所采取的态度和做法。该问卷包括积极应对、消极应对这 2 个维度,共 20 个条目,采用 Likert 4 级评分法,从“不采取”至“经常采取”分别计 0 至 3 分,积极应对维度总分为 36 分,消极应对维度总分为 24 分,得分越高表明在该维度上倾向越明显。该问卷的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.90。

### 1.3 资料收集方法

研究者于患者入院 24~48 h 后、病情稳定时发放问卷。调查前,向患者说明本研究的目的和意义,并确保患者签署知情同意书。采用统一指

导用语说明填写要求及注意事项,填写时间约 30 min,当场回收、核实并编码问卷,如有错填、漏填项,应及时补充。对于无法独立完成问卷的患者,由研究者协助填写。

#### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 27.0 软件对数据进行统计学分析。计数资料采用 $[n(\%)]$ 描述,符合正态分布的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,组间比较采用单因素方差分析或独立样本  $t$  检验。采用 Pearson 相关分析法探讨肝硬化失代偿期患者社会支持、疾病感知、应对方式与失志综合征的相关性。采用多元线性回归分析探讨肝硬化失代偿期患者失志综合征的影响因素。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 肝硬化失代偿期患者失志综合征水平

本研究共发放问卷 450 份,回收有效问卷 444 份,有效回收率为 98.67%。肝硬化失代偿期

患者失志综合征总分平均为 $(38.21 \pm 14.34)$ 分 $[318$ 例患者 $(71.62\%)$ 存在失志综合征(总分 $\geq 30$ 分)],其中情绪不安感维度得分为 $(9.70 \pm 3.89)$ 分,沮丧感维度得分为 $(8.52 \pm 3.91)$ 分,失败感维度得分为 $(7.74 \pm 3.12)$ 分,无助感维度得分为 $(6.18 \pm 2.99)$ 分,无意义感维度得分为 $(6.07 \pm 3.35)$ 分;社会支持总分为 $(41.01 \pm 7.20)$ 分;疾病感知总分为 $(45.36 \pm 11.53)$ 分;积极应对维度得分为 $(19.54 \pm 6.90)$ 分,消极应对维度得分为 $(8.89 \pm 3.93)$ 分。

### 2.2 肝硬化失代偿期患者失志综合征的单因素分析

单因素分析结果显示,不同年龄、居住类型、家庭人均月收入、文化程度、原发疾病、临床表现种类、并发症数量、合并症情况、病程、因本病住院次数、Child-Pugh 分级的肝硬化失代偿期患者失志综合征得分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1-1、表 1-2。

表 1-1 肝硬化失代偿期患者失志综合征的单因素分析 $(\bar{x} \pm s)[n(\%)]$

因素	分类	构成比	失志综合征得分/分	$t/F$	$P$
性别	男	322(72.52)	37.75 $\pm$ 13.64	-1.023	0.308
	女	122(27.48)	39.43 $\pm$ 16.06		
年龄	$\leq 30$ 岁	16(3.60)	30.44 $\pm$ 13.02	2.684	0.046
	31~50岁	154(34.68)	36.95 $\pm$ 15.41		
	51~60岁	151(34.01)	39.79 $\pm$ 14.72		
	>60岁	123(27.70)	38.85 $\pm$ 12.19		
居住地	农村	284(63.96)	39.16 $\pm$ 14.94	1.939	0.053
	城镇	160(36.04)	36.52 $\pm$ 13.09		
婚姻状况	未婚	33(7.43)	37.30 $\pm$ 14.81	0.303	0.823
	已婚	372(83.78)	38.11 $\pm$ 14.47		
	离异	16(3.60)	38.75 $\pm$ 15.22		
	丧偶	23(5.18)	40.78 $\pm$ 11.22		
居住类型	与配偶同住	128(28.83)	37.09 $\pm$ 13.15	2.769	0.027
	与子女同住	34(7.66)	39.00 $\pm$ 13.45		
	与配偶和子女同住	210(47.30)	37.53 $\pm$ 14.75		
	独居	46(10.36)	44.65 $\pm$ 13.82		
	其他	26(5.86)	36.73 $\pm$ 16.62		
家庭人均月收入	<1 000 元人民币	138(31.08)	41.79 $\pm$ 12.77	4.067	0.001
	1 000~<2 000 元人民币	55(12.39)	39.29 $\pm$ 16.40		
	2 000~<3 000 元人民币	71(15.99)	38.07 $\pm$ 16.58		
	3 000~<4 000 元人民币	69(15.54)	36.74 $\pm$ 14.16		
	4 000~5 000 元人民币	44(9.91)	32.20 $\pm$ 11.90		
	>5 000 元人民币	67(15.09)	35.55 $\pm$ 13.06		
文化程度	小学	142(31.98)	41.19 $\pm$ 14.46	4.523	0.001
	初中	155(34.91)	38.35 $\pm$ 14.12		
	高中及中专	82(18.47)	37.33 $\pm$ 13.32		
	大专及本科	59(13.29)	32.92 $\pm$ 14.52		
	硕士及以上	6(1.35)	28.00 $\pm$ 12.13		

表 1-2 肝硬化失代偿期患者失志综合征的单因素分析( $\bar{x} \pm s$ )[ $n(\%)$ ]

因素	分类	构成比	失志综合征得分/分	$t/F$	$P$
职业	工人	36( 8.11)	41.50 ± 13.67	0.684	0.686
	农民	189(42.57)	38.52 ± 14.79		
	公务员	7( 1.58)	33.14 ± 13.47		
	教师	9( 2.03)	43.11 ± 11.77		
	企业人员	30( 6.76)	36.70 ± 14.61		
	个体户	51(11.49)	37.63 ± 15.52		
	退休	56(12.61)	37.27 ± 10.46		
	其他	66(14.86)	37.33 ± 15.70		
医疗费用支付方式	自费	12(2.70)	38.67 ± 16.79	1.446	0.237
	城乡居民医保	314(70.72)	38.91 ± 14.71		
	职工医保	118(26.58)	36.29 ± 13.00		
原发疾病	肝炎后肝硬化	266(59.91)	39.64 ± 13.98	2.955	0.020
	酒精性肝硬化	94(21.17)	38.07 ± 14.02		
	胆汁淤积性肝硬化	30( 6.76)	35.17 ± 15.81		
	肝淤血性肝硬化	3( 0.68)	40.33 ± 10.21		
	其他类型	51(11.49)	32.69 ± 14.97		
临床表现种类	≤3 种	151(34.01)	34.25 ± 12.99	11.479	<0.001
	4~6 种	249(56.08)	39.50 ± 14.42		
	≥7 种	44( 9.91)	44.48 ± 15.10		
并发症数量	0 种	231(52.03)	34.65 ± 12.72	17.897	<0.001
	1 种	151(34.01)	39.78 ± 14.82		
	2 种	45(10.14)	45.07 ± 12.16		
	≥3 种	17( 3.83)	54.47 ± 16.86		
合并症	无	317(71.40)	37.27 ± 14.62	-2.187	0.029
	有	127(28.60)	40.55 ± 13.41		
病程	<1 年	156(35.14)	35.24 ± 12.96	3.907	0.009
	1~<6 年	165(37.16)	39.28 ± 15.11		
	6~10 年	79(17.79)	41.30 ± 15.30		
	>10 年	44( 9.91)	39.16 ± 12.80		
因本病住院次数	<5 次	332(74.77)	36.54 ± 13.82	10.479	<0.001
	5~10 次	80(18.02)	41.88 ± 15.58		
	>10 次	32( 7.21)	46.38 ± 12.25		
Child-Pugh 分级	A 级	203(45.72)	35.17 ± 13.08	15.161	<0.001
	B 级	168(37.84)	38.69 ± 13.78		
	C 级	73(16.44)	45.56 ± 16.26		

### 2.3 肝硬化失代偿期患者失志综合征与社会支持、疾病感知、应对方式的相关性分析

Pearson 相关分析法结果显示,肝硬化失代偿期患者失志综合征与社会支持( $r = -0.362$ )、积极应对维度( $r = -0.355$ )呈负相关( $P < 0.001$ ),与疾病感知( $r = 0.418$ )、消极应对维度( $r = 0.101$ )呈正相关( $P < 0.05$ )。

### 2.4 肝硬化失代偿期患者失志综合征的多元线性回归分析

以失志综合征总分为因变量,以社会支持、疾病感知、积极应对维度、消极应对维度及单因素分析中差异有统计学意义的变量( $P < 0.05$ )为自变量(赋值方式见表 2),进行多元线性回归分析。分析结果显示,原发疾病、并发症数量、Child-Pugh

分级、社会支持、疾病感知、应对方式是肝硬化失代偿期患者失志综合征的影响因素( $P < 0.05$ ),见表 3。

## 3 讨论

### 3.1 肝硬化失代偿期患者失志综合征现状

本研究中,肝硬化失代偿期患者失志综合征总分平均为( $38.21 \pm 14.34$ )分,处于重度水平,与李丽等<sup>[15]</sup>研究结果相近,略高于高兴等<sup>[16]</sup>对慢性心力衰竭患者的研究结果。本研究还发现,患者的失志综合征发生率为 71.62%,与蒋娟等<sup>[17]</sup>对消化道肿瘤患者的调查结果(67.72%)相当,表明肝硬化失代偿期患者的失志发生率较高。分析原因:①本研究的研究对象以中年患者为

表 2 自变量赋值方法

自变量	赋值方法
年龄	≤30 岁 = 1, 31 ~ 50 岁 = 2, 51 ~ 60 岁 = 3, >60 岁 = 4 与配偶同住 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 与子女同住 ( $Z_1 = 1, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 与配偶和子女同住 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 1, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 独居 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 1, Z_4 = 0$ ), 其他 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 1$ )
居住类型	女同住 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 1, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 独居 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 1, Z_4 = 0$ ), 其他 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 1$ )
家庭人均月收入	<1 000 元人民币 = 1, 1 000 ~ <2 000 元人民币 = 2, 2 000 ~ <3 000 元人民币 = 3, 3 000 ~ <4 000 元人民币 = 4, 4 000 ~ 5 000 元人民币 = 5, >5 000 元人民币 = 6
文化程度	小学 = 1, 初中 = 2, 高中及中专 = 3, 大专及本科 = 4, 硕士及以上 = 5 肝炎后肝硬化 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 酒精性肝硬化 ( $Z_1 = 1, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 胆汁淤积性肝硬化 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 1, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 肝瘀血性肝硬化 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 1, Z_4 = 0$ ), 其他类型 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 1$ )
原发疾病	积性肝硬化 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 1, Z_3 = 0, Z_4 = 0$ ), 肝瘀血性肝硬化 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 1, Z_4 = 0$ ), 其他类型 ( $Z_1 = 0, Z_2 = 0, Z_3 = 0, Z_4 = 1$ )
临床表现种类	≤3 种 = 1, 4 ~ 6 种 = 2, ≥7 种 = 3
并发症数量	0 种 = 0, 1 种 = 1, 2 种 = 2, ≥3 种 = 3
合并症情况	无 = 0, 有 = 1
病程	<1 年 = 1, 1 ~ <6 年 = 2, 6 ~ 10 年 = 3, >10 年 = 4
因本病住院次数	<5 次 = 1, 5 ~ 10 次 = 2, >10 次 = 3
Child-Pugh 分级	A 级 = 1, B 级 = 2, C 级 = 3
社会支持	以原始值输入
积极应对维度	以原始值输入
消极应对维度	以原始值输入
疾病感知	以原始值输入

表 3 肝硬化失代偿期患者失志综合征影响因素的多元线性回归分析

因变量	自变量	B	SE	$\beta$	t	P
失志综合征总分	常量	46.841	5.982	—	7.830	<0.001
	原发疾病(参照组 = 肝炎后肝硬化)					
	酒精性肝硬化	-2.558	1.382	-0.073	-1.851	0.065
	胆汁淤积性肝硬化	-3.157	2.192	-0.055	-1.440	0.151
	肝瘀血性肝硬化	-1.596	6.580	-0.009	-0.243	0.808
	其他类型	-4.177	1.762	-0.093	-2.370	0.018
	并发症数量	3.701	0.755	0.210	4.904	<0.001
	Child-Pugh 分级	1.972	0.877	0.101	2.249	0.025
	疾病感知	0.290	0.054	0.232	5.406	<0.001
	积极应对维度	-0.398	0.093	-0.192	-4.282	<0.001
	消极应对维度	0.489	0.146	0.134	3.336	<0.001
	社会支持	-0.531	0.095	-0.267	-5.594	<0.001

$r = 0.653, R^2 = 0.426, \Delta R^2 = 0.398, F = 14.907, P < 0.001$ 。

主,其正处于生命发展的重要阶段,承担着重要的家庭和社会责任,对患病的心理准备度低,确诊后易产生剧烈的心理反应,甚至出现自伤、自杀等失志行为;慢性心力衰竭患者以老年人为主,对疾病预期较低,更容易接受当前的治疗效果,从而感知更多的生活意义。② 肝硬化失代偿期常具有高传播性、高致病性等特点,导致患者存在较深的病耻感<sup>[18]</sup>;肝脏炎症因子水平持续增高亦可加重焦虑、抑郁等负性情绪<sup>[19]</sup>,进而增加失志综合征的发生风险。因此,临床医护人员应该加强对肝硬化失代偿期患者失志心理的识别,并采取意义疗法、情绪宣泄法等干预措施,以降低患者失志

综合征的程度。

### 3.2 肝硬化失代偿期患者失志综合征受多种因素影响

3.2.1 并发症数量:本研究显示,并发症数量是肝硬化失代偿期患者失志综合征发生的影响因素 ( $P < 0.05$ )。研究<sup>[20]</sup>表明,并发症数量 ≥ 3 的患者更容易发展为失志高风险者。并发症数量越多,患者承受的疾病负担越重,治疗信心缺失,易产生沮丧、绝望等失志心理。医务人员应采取慢性疾病个性化延伸护理、基于前馈控制的针对性护理等措施,使患者并发症数量减少和失志程度减轻。

3.2.2 Child-Pugh 分级:本研究显示,Child-Pugh

分级越高,患者越容易出现失志综合征,与高兴等<sup>[16]</sup>研究结果一致。Child-Pugh 分级越高,提示患者肝功能越差,病情越重。Child-Pugh C 级患者处于临终期,对死亡的应对能力有限,常出现恐惧、悲观心理,导致生存意志丧失,甚至产生自杀念头。相比之下,早期患者身体症状较轻,对疾病持乐观态度,心理状态相对稳定。因此,医务人员应针对 Child-Pugh 分级较高的患者开展积极的临终关怀,使其正视生命的意义,改善心理状态。

**3.2.3 社会支持:** 本研究表明,肝硬化失代偿期患者社会支持水平越高,发生失志综合征的风险越小。良好的社会支持不仅能为患者提供经济或物质支持,还能在面对应激事件时作为其精神和心理支柱,给予其归属感、安全感和自我价值感,维持良好的情绪体验<sup>[11]</sup>。本研究中,肝硬化失代偿期患者的社会支持总分为 $(41.01 \pm 7.20)$ 分,处于中等水平,说明其社会支持水平仍有待提高。在中国传统观念的影响下,配偶、子女及兄弟姐妹等家庭成员是患者社会支持的重要提供者。研究<sup>[21]</sup>表明,缺乏家庭支持会导致 30% ~ 35% 的患者产生失志心理。因此,医务人员可通过开展“医院-社区-家庭”三元联动等措施,充分调动患者的家庭社会支持系统,让家人共同面对疾病,以减轻其压力,提升其生命意义感,还可在科室内实施同伴支持、榜样作用等干预策略,帮助患者获得希望和信心,减少失志综合征的发生。

**3.2.4 疾病感知:** 本研究中,肝硬化失代偿期患者的疾病感知总分为 $(45.36 \pm 11.53)$ 分,且与失志综合征水平呈正相关,与刘薇等<sup>[22]</sup>研究结果相似。疾病感知指患者面对自身疾病时,利用已有的认知和经验,理解和解释疾病的发生、治疗和预后等情况,从而形成适当应对方式的过程<sup>[23]</sup>。患者负性感知越多,情绪越消极,治疗依从性越差,康复可能性越低<sup>[21]</sup>。肝硬化失代偿期患者常伴有顽固性腹水、肝性脑病等严重并发症,当疾病治疗效果不佳时,易失去治疗信心,陷入无助、无望状态,以消极的方式来应对,甚至产生“一死了之”的想法。由此提示,医务人员应及时发现并纠正患者的错误认知,通过认知重构、问题导向等干预措施,重塑患者的自我价值感,从而降低其失志水平。

**3.2.5 应对方式:** 应对方式是个体处理应激事件、维护和促进身心健康的重要手段,可在一定程度上反映个体的人生态度、观念及处事能力<sup>[24]</sup>。

本研究结果显示,采用积极应对方式的患者失志水平较低,采用消极应对方式的患者失志水平较高,与朱亚飞等<sup>[25]</sup>研究结果一致。积极应对方式可使肝硬化失代偿期患者在治疗过程中主动了解疾病治疗的相关知识并寻求他人帮助,降低个体负性认知水平,提高对疾病的掌控感,更坦然面对疾病,从而降低失志水平。消极应对方式则会加重肝硬化失代偿期患者的负性情绪,降低疾病治疗信心,导致治疗依从性下降,病程延长,甚至引起疾病复发、恶化甚至死亡。相关研究<sup>[26]</sup>表明,失志本质上属于应对失败,而治疗的关键在于给予患者治疗信心和生命希望。因此,医务人员应引导患者采取积极应对方式面对疾病,以降低其失志综合征水平。

### 3.3 结论

本研究局限性: ① 本研究仅纳入长沙市 4 所三甲医院的肝硬化失代偿期患者,可能存在选择性偏倚。② 本研究采用横断面调查方法,在特定时段了解肝硬化失代偿期患者失志综合征的现状及其影响因素,无法探索变量与时间变化的关系。未来的研究应采用纵向研究设计,结合多种统计学方法,以探索失志综合征的发展轨迹和内在发生机制。

综上所述,肝硬化失代偿期患者的失志综合征处于重度水平,其主要影响因素为原发疾病、并发症数量、Child-Pugh 分级、社会支持、疾病感知及应对方式。医务人员在临床工作中应重点关注并发症数量多、Child-Pugh 分级高、社会支持不足、疾病感知水平低及消极应对的患者,尽早采取针对性的干预措施,以降低患者的失志综合征水平,改善其心理状态及预后。医务人员还应充分重视肝硬化失代偿期患者的失志综合征,将失志综合征作为心理健康的常规筛查项目,以便早期发现高失志综合征患者,并提供针对性的支持措施。

### 参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国肝硬化临床诊治共识意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2023, 39(9): 2057-2073.
- [2] MILLER K, BARMAN P, KAPPUS M. Palliative care and end of life care in decompensated cirrhosis[J]. Clin Liver Dis, 2023, 22(1): 10-13.
- [3] 窦科峰, 张玄, 杨志鹏. 中国肝移植的发展与挑战[J]. 中华外科杂志, 2024, 62(1): 1-5.
- [4] CHYTAS V, COSTANZA A, MAZZOLA V, et al. Demoralization and suicidal ideation in chronic pain patients[J]. Psychol Res Behav Manag, 2023, 16: 611-617.
- [5] CLARKE D M, KISSANE D W. Demoralization: its phenom-

enology and importance[J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2002, 36(6): 733-742.

[6] 罗敏, 赵莉, 李倩儿, 等. 慢性病患者失志综合征的研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2023, 29(28): 3911-3916.

[7] 颜艳, 王彤. *医学统计学*[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 836-836.

[8] KISSANE D W, WEIN S, LOVE A, *et al.* The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation[J]. *J Palliat Care*, 2004, 20(4): 269-276.

[9] 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.

[10] 王源. 前列腺癌根治术后患者症状负担与失志综合征的关系[D]. 郑州: 郑州大学, 2022.

[11] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. *临床精神医学杂志*, 1994(2): 98-100.

[12] BROADBENT E, PETRIE K J, MAIN J, *et al.* The brief illness perception questionnaire[J]. *J Psychosom Res*, 2006, 60(6): 631-637.

[13] 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.

[14] 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(2): 53-54.

[15] 李丽, 师文楷, 王丹. 原发性肝癌行经导管动脉栓塞术患者失志综合征与死亡焦虑的关系: 基于潜在剖面模型[J]. *中国实用护理杂志*, 2023, 39(15): 1151-1159.

[16] 高兴, 底瑞青, 李星丹, 等. 慢性心力衰竭患者失志状况及影响因素分析[J]. *中国实用护理杂志*, 2024, 40(2): 123-129.

[17] 蒋娟, 刘利, 毕颖, 等. 消化道癌症患者失志综合征现状及影响因素分析[J]. *重庆医学*, 2023, 52(23): 3675-3680.

[18] 袁媛, 李思雨. 失代偿期肝硬化患者及其配偶回归家庭二元疾病管理体验的质性研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2023, 39(22): 1709-1714.

[19] 赵文艳, 胡营营, 周玉亮, 等. 慢性低度炎症与焦虑、抑郁状态的相关性分析[J]. *联勤军事医学*, 2023, 37(10): 866-870.

[20] 宋佳, 章旺, 邵雅娟, 等. 基于潜类别增长模型分析中青年维持性血液透析患者失志综合征纵向变化轨迹[J]. *中国实用护理杂志*, 2023, 39(14): 1072-1078.

[21] 官轩禹, 宋甜田, 李菲菲, 等. 癌症患者失志综合征风险预测模型的构建与验证[J]. *中国护理管理*, 2023, 23(3): 380-385.

[22] 刘薇, 高敏, 仲伟楠, 等. 慢性心力衰竭患者生命意义感现状及影响因素分析[J]. *实用临床医药杂志*, 2023, 27(3): 40-45.

[23] 贾星玲, 孙嘉, 陈静, 等. 慢性病患者疾病感知评估工具的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(11): 1397-1402.

[24] PARK S A, SUNG K M. Effects on stress, problem solving ability and quality of life of as a stress management program for hospitalized schizophrenic patients: based on the stress, appraisal-coping model of Lazarus & folkman[J]. *J Korean Acad Nurs*, 2016, 46(4): 583-597.

[25] 朱亚飞, 彭艳婷, 宋晓梅, 等. 积极应对在乳腺癌术后化疗患者心理弹性与失志综合征间的中介作用[J]. *华北理工大学学报: 医学版*, 2022, 24(4): 301-306.

[26] GOSTOLI S, SUBACH R, GUOLO F, *et al.* Demoralization in acute coronary syndrome: treatment and predictive factors associated with its persistence[J]. *Int J Clin Health Psychol*, 2024, 24(1): 100444.

(本文编辑: 陆文娟 钱锋; 校对: 周娟)

(上接第 119 面)

[24] HERRMAN H, STEWART D, DIAZ-GRANADOS N, *et al.* What is resilience[J]. *Can J Psychiatry*, 2011, 56: 258-265.

[25] YU F, RAPHAEL D, MACKAY L, *et al.* Personal and work-related factors associated with nurse resilience: a systematic review[J]. *Int J Nurs Stud*, 2019, 93: 129-140.

[26] AL BARMAWI M A, SUBIH M, SALAMEH O, *et al.* Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses[J]. *Brain Behav*, 2019, 9(4): e01264.

[27] 姚秀钰, 林雨洁, 张畅. ICU 护士的心理资本和应对方式对工作压力的影响分析[J]. *工业卫生与职业病*, 2022, 48(1): 30-33.

[28] 罗有红, 温惠莉, 姚兆莉. 护士岗位胜任能力、应对方式与工作倦怠的关系研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(3): 323-326.

[29] ZANDER M, HUTTON A, KING L. Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses[J]. *J Pediatr Oncol Nurs*, 2010, 27(2): 94-108.

[30] 王宁, 廖可怡, 郑婉清, 等. 疫情防控常态化下临床护士应对方式与替代性创伤的相关性[J]. *护理实践与研究*, 2022, 19(24): 3665-3670.

[31] 陈晓容, 郭盛丽, 夏美燕, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情下援鄂医疗队员替代性创伤状况及影响因素[J]. *中国健康心理学杂志*, 2020, 28(10): 1472-1476.

[32] 程敏琼, 秦嘹, 陈慧, 等. 宫颈癌放疗患者自我调节疲惫与应对方式的研究[J]. *实用临床医药杂志*, 2022, 26(6): 63-66, 71.

[33] 朱可可, 张思森, 张芬, 等. 临床护理人员积极应对方式在心理弹性与心理健康间的中介作用[J]. *河南医学研究*, 2022, 31(16): 2916-2920.

[34] 张世娟, 罗有娟. 应对方式在心理弹性与负性情绪间的中介效应[J]. *大理大学学报*, 2021, 6(7): 121-128.

[35] 鲁浩, 章雅青, 王琳. 护士心理弹性的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(4): 93-96.

[36] 周露, 李婷, 周成莉, 等. 心理弹性在急诊护士应激(压力)反应与应对方式之间的中介效应[J]. *全科护理*, 2023, 21(35): 5002-5005.

[37] 黎黎, 彭丽丽, 汪丰, 等. 积极心理干预对 90 后护士心理弹性及总体幸福感的影响[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(14): 82-85.

[38] MA X C, WU D M, HOU X F. Positive affect and job performance in psychiatric nurses: a moderated mediation analysis[J]. *Nurs Open*, 2023, 10(5): 3064-3074.

(本文编辑: 吕振宇 钱锋; 校对: 陆文娟)