

本文引文格式:李文慧,银萍,渠苹. 育龄期稽留流产患者心理痛苦现状的多因素分析:
基于社会支持、应对方式及自我效能感的视角[J]. 右江民族医学院学
报,2025,47(3):531-535.

【临床护理】

育龄期稽留流产患者心理痛苦现状的多因素分析: 基于社会支持、应对方式及自我效能感的视角

李文慧¹, 银萍², 渠苹¹

(1. 安徽中医药大学护理学院, 安徽 合肥 230012;
2. 安徽省第二人民医院护理部, 安徽 合肥 230011)

摘要:目的 探讨育龄期稽留流产患者心理痛苦现状并分析其相关因素,为缓解患者心理痛苦提供参考。方法 采用便利抽样法,选取2023年10月至2024年10月于安徽省某三甲医院诊治的260例稽留流产患者为研究对象,采用一般资料调查表、凯勒斯心理困扰量表、领悟社会支持量表、医学应对方式问卷及一般自我效能感量表对患者进行问卷调查。结果 最终共纳入260例患者,75.00%的患者存在不同程度的心理痛苦,260例患者的心理痛苦总得分为(21.78±8.68)。社会支持、一般自我效能感、医学应对方式的面对维度对心理痛苦呈负相关,医学应对方式中的回避维度、屈服维度对心理痛苦呈正相关(P 均 <0.001)。多重线性回归分析结果显示:年龄、文化程度、家庭人均月收入、现有孩子数、是否为计划妊娠、面对、屈服、家庭支持、他人支持、自我效能感是患者心理痛苦的独立影响因素($P < 0.05$)。结论 育龄期稽留流产患者心理痛苦水平较高,医护人员应加强对患者心理状况的重视,提升患者的社会支持水平及自我效能感,并积极引导患者采取积极的应对策略,鼓励患者勇敢表达真实感受,从而改善患者的心理痛苦水平,促进其家庭功能及生活质量的提升。

关键词:育龄期;流产;稽留;心理痛苦;影响因素

中图分类号:R473.71 文献标识码:C 文章编号:1001-5817(2025)03-0531-05
doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2025.03.027

稽留流产(missed abortion, MA)又称过期流产,指胚胎或胎儿死亡后数天或数周仍滞留在宫腔内未能及时自然排出,是自然流产的一种特殊类型^[1]。随着三孩生育政策的开放及生育要求的增加,稽留流产的发病率呈逐年上升趋势,在确诊为早期妊娠的妇女中高达15%~20%^[2-3],已成为不容忽视的妇产科疾病之一。心理痛苦是指个体在面临压力性生活事件时,心理适应能力不足,多被用于描述癌症患者及慢性病患者的心理感受^[4],可能会对患者应对疾病的能力及治疗产生影响。育龄期女性身处特殊时期,受自身激素水平影响,当遭遇稽留流产,导致成为母亲的希望破灭时,容易经历一系列负面情绪,如悲伤、恐惧、焦虑和抑郁等,这些情绪可能会持续很长时间,导致长期的心理痛苦。OBROCHTA C A等^[5]研究显示,心理痛苦

经常发生在女性的生育年龄,怀孕和产后由于新的挑战和生理、心理、社会变化更容易发生或复发心理痛苦的时期。研究表明^[4],稽留流产会导致患者出现沉重的心理痛苦,患者在治疗过程中往往会经历躯体和精神的双重压力,严重影响其生活质量。目前国内外有关心理痛苦的研究多聚焦于癌症、慢性病患者,对育龄期稽留流产患者心理痛苦现状以及影响因素缺乏系统全面的探讨。因此,本研究通过调查育龄期稽留流产患者心理痛苦现状,并分析相关影响因素,旨在为临床工作者制定针对性干预方案,改善患者状况提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,选取于2023年10月至2024年10月在安徽省某三甲医院就诊的稽留流产患者为研究对象。纳入标准:①年龄18~45岁;②

基金项目:安徽省高校自然基金项目(ZR2021B009)

第一作者:李文慧,在读硕士研究生,研究方向:临床护理,E-mail:2979374384@qq.com

通讯作者:银萍,硕士,主任护师,研究方向:护理管理、护理心理,E-mail:992640281@qq.com

入院经 B 超明确诊断为稽留流产;③近 3 个月未经历重大应激事件(丧亲、离异、患病等);④患者了解自身病情,知情同意后自愿参加本研究;⑤意识清楚,无精神疾病,有阅读或言语表达能力,交流无障碍。排除标准:①存在内分泌异常、生殖道感染、接触放射线史者;②合并妇科恶性肿瘤、肝肾等器质性疾病者;③已存在心理失衡,正在接受心理治疗者。本研究已经安徽省第二人民医院伦理委员会审查同意,伦理号为[(R)2023-024]。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者在查阅文献和与课题组共同讨论后制定,包括年龄、职业、文化程度、家庭人均月收入、居住地、医疗费用支付方式、婚姻状态、现存子女数、既往发生稽留流产次数、孕周、婚龄、是否为计划妊娠。

1.2.2 凯勒斯心理困扰量表(the Kessler psychological distress scale, K10) 该量表由 KESSLER R C 等^[6]编制,周成超等^[7]将其汉化,量表包含焦虑和抑郁两个因子,共 10 个条目。采用 Likert 5 级评分法,每个条目从几乎没有到所有时间分别赋值 1~5 分,总分 10~50 分,得分越高说明心理困扰越严重,10~15 分为几乎无心理困扰,16~21 分为轻度心理困扰,22~29 分为中度心理困扰,30~50 分为重度心理困扰。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.80。

1.2.3 领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS) 由 ZIMET G D 等^[8]编制,姜乾金等^[9]汉化,量表共 12 个条目,包括家庭支持、朋友支持、他人支持 3 个维度,每个维度 4 个条目。采用 Likert 7 级计分法,从极不同意到极同意分别赋值 1~7 分,总分 12~84 分,总分越高,感知到的社会支持水平越高,12~36 分低支持状态,37~60 分中支持状态,61~84 分高支持状态。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.94。

1.2.4 医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ) 由 FEIFEL H 等^[10]编制,沈晓红等^[11]将其汉化。中文版 MCMQ 共 20 个条目,包括为面对(8 个条目)、回避(7 个条目)、屈服(5 个条目)3 个维度,采用 Likert 4 级计分法,由低到高分别计 1~4 分,部分条目为反向计分,维度得分越高,表明研究对象越容易采用该种应对方式。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.84。

1.2.5 一般自我效能感量表(general self-efficacy scale, GSES) 由德国心理学家 SCHWARZER 等人编制,我国学者与原作者合作汉化形成中文版^[12],量表共 10 个条目,采用 Likert 4 级评分法,总分 10~40 分,得分越高,自我效能感水平越强,<20 分为一般自

我效能感水平偏低,20~30 分为中等一般自我效能感,>30 分为较高一般自我效能感。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.91。

1.3 资料收集 本研究遵循自愿参与及保密原则,由 3 名经过培训的调查员向患者详细说明研究目的及意义,取得患者知情同意后发放问卷,填写完毕后当场回收并检查是否存在漏项和规律作答的条目。本次调查共发放问卷 270 份,有效问卷 260 份,问卷的有效回收率为 96.30%。

1.4 统计学方法 所有问卷经双人核对无误后采用 Excel 软件进行数据录入整理,使用 SPSS 27.0 进行数据分析。计量资料符合正态分布者采用($\bar{x} \pm s$)描述;计数资料采用频数(n)、百分比(%)描述;单因素分析采用 t 检验或 F 检验;采用 Pearson 相关分析各变量之间的相关性;多因素分析采用多重线性回归方程,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 稽留流产患者心理痛苦得分 研究结果显示,育龄期稽留流产患者心理痛苦得分范围为 10~48 分,总得分为(21.78±8.68)分。对患者的心理痛苦等级进行划分,结果显示,无心理痛苦的育龄期稽留流产患者为 65 例(25.00%),轻度心理痛苦的患者为 75 例(28.85%),中度心理痛苦的患者为 73 例(28.08%),重度心理痛苦的患者为 47 例(18.08%)。

2.2 不同特征稽留流产患者心理痛苦总分比较 不同年龄、家庭居住地、文化程度、家庭人均月收入、现育孩子数、既往稽留流产次数、是否为计划妊娠患者心理痛苦总分差异具有统计学意义($P < 0.05$);而不同职业、医疗费用支付方式、婚姻状态、孕周、婚龄患者心理痛苦总分差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 不同人口学特征的稽留流产患者心理痛苦的单因素分析 ($n = 260$)

项目	n	得分/分	F/t	P
年龄/岁			301.200 ^b	<0.001
18~25	95	13.85±1.92		
26~35	108	22.66±4.92		
>35	57	33.35±7.20		
职业			1.468 ^b	0.212
医务工作者	21	21.62±7.41		
教育类人员	12	19.67±8.64		
职员	80	20.48±7.62		
其他	83	21.88±9.37		
无业	64	23.75±9.25		
家庭居住地			3.543 ^a	<0.001
城市或城镇	212	20.90±8.36		
农村或郊区	48	25.71±9.07		
文化程度			244.773 ^b	<0.001
初中及以下	89	30.58±7.87		
高中或中专	76	21.33±3.51		
大专及以上	95	13.91±1.93		

表 1(续) 不同人口学特征的稽留流产患者心理痛苦的单因素分析 ($n=260$)

项目	n	得分/分	F/t	P
医疗费用支付方式			1.404 ^a	0.162
医疗保险	165	21.21±8.71		
自费	95	22.78±8.60		
家庭人均月收入/元			168.001 ^b	<0.001
<5 000	77	31.48±7.32		
5 000~10 000	150	18.67±5.37		
>10 000	33	13.30±1.79		
婚姻状态			2.549 ^b	0.080
未婚	7	14.71±2.69		
已婚	249	22.02±8.78		
离异	4	19.75±0.96		
现育孩子数/个			43.442 ^b	<0.001
0	106	26.58±6.37		
1	98	20.21±9.08		
≥2	56	15.45±6.53		
既往稽留流产的次数/次			21.277 ^b	<0.001
0	122	18.43±7.29		
1	92	22.58±8.43		
2	31	29.52±7.22		
≥3	15	28.20±9.11		
确诊时的孕周/周			0.645 ^a	0.519
<12	232	21.66±8.76		
12~28	28	22.79±8.12		
婚龄/年			2.419 ^b	0.091
0~3	112	22.33±7.59		
4~7	84	22.62±9.18		
>7	64	19.73±9.58		
是否为计划妊娠			19.845 ^a	<0.001
是	126	28.79±7.20		
否	134	15.19±2.80		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②a表示独立样本 t 检验,b表示单因素方差分析。

2.3 稽留流产患者社会支持、应对方式、一般自我效能感得分情况及相关性分析 本组稽留流产患者社会支持总分为(51.92 ± 10.80),面对维度得分为(18.67 ± 5.34),回避维度得分为(18.72 ± 4.91),屈服维度得分为(13.35 ± 4.08),自我效能感得分为(21.77 ± 6.94)。Pearson 相关分析结果显示,稽留流产患者心理痛苦总分与社会支持总分及其 3 个维度呈负相关($r = -0.837, -0.816, -0.768, -0.815$,均 $P < 0.001$);与面对维度呈负相关($r = -0.820, P < 0.001$);与回避维度、屈服维度得分呈正相关($r = 0.772, 0.736$,均 $P < 0.001$);与自我效能感得分呈负相关($r = -0.825, P < 0.001$)。

2.4 稽留流产患者心理痛苦多重线性回归分析 本研究以患者心理痛苦总分为因变量,将单因素分析和 Pearson 相关性分析中有统计意义的变量作为自变量,进行多重线性回归分析,分析前对自变量进行赋值,具体见表 2。多重线性回归结果显示:年龄、文化程度、家庭人均月收入、现育孩子数、是否为计划妊娠、面对、屈服、家庭支持、他人支持、GSES 总分 10 个变量进入回归方程。决定系数 $R^2 = 0.832$,调整后决定系数 $R^2 = 0.823$,表明进入回归方程的 10 个变量共解释了育龄期稽留流产患者心理痛苦 83.2% 的总变异度。各自变量的方差膨胀因子 VIF 均 < 10 ,表明各自变量之间无明显共线性。检验模型得出 $F = 86.813, P < 0.001$,说明建立的回归模型具有统计学意义。详见表 3。

表 2 多重线性回归分析自变量赋值说明表

自变量	赋值方法
年龄(X1)	1=18~25岁;2=26~35岁;3=>35岁
家庭居住地(X2)	1=城市;2=城镇;3=农村或郊区
文化程度(X3)	1=初中及以下;2=高中或中专;3=大专及以上
家庭人均月收入(X4)	1=<5 000元;2=5 000~10 000元;3=>10 000元
现育孩子数(X5)	1=0个;2=1个;3=≥2个
既往稽留流产次数(X6)	1=1次;2=2次;3=≥3次;4=0次
是否计划妊娠(X7)	1=是;2=否
家庭支持(X8)	以原值输入
朋友支持(X9)	以原值输入
他人支持(X10)	以原值输入
面对(X11)	以原值输入
回避(X12)	以原值输入
屈服(X13)	以原值输入
GSES 总分(X14)	以原值输入

表 3 育龄期稽留流产患者心理痛苦的多重线性回归分析 ($n=260$)

自变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
常量	60.942	6.083	—	10.018	<0.001
年龄	2.461	0.680	0.213	3.618	<0.001
文化程度	-1.840	0.621	-0.179	-2.961	0.003
家庭人均月收入	-2.225	0.561	-0.161	-3.966	<0.001
现有孩子数	-0.501	0.419	0.169	4.579	<0.001
是否计划妊娠	-2.882	0.932	-0.166	-3.092	0.002
家庭支持	-0.463	0.142	-0.246	-3.254	0.001
他人支持	-0.457	0.162	-0.177	-2.826	0.005
面对	-0.286	0.131	-0.176	-2.187	0.030
屈服	0.736	0.142	-0.303	-4.541	<0.001
GSES 总分	-0.265	0.099	-0.212	-2.679	0.008

3 讨论

3.1 育龄期稽留流产患者心理痛苦发生率较高 本研究结果显示,育龄期稽留流产患者存在着不同水平的心理痛苦,患者的心理痛苦得分为(21.78±8.68),这一研究结果与杨侠等^[13]针对社区老年多重慢病患者心理痛苦的研究结果相似,但略高于陈婷婷等^[14]针对老年女性冠心病患者心理痛苦的调查结果,这可能与育龄期女性正面临结婚生子的人生大事有关,生育被看作维系家庭关系的重要纽带,当发生稽留流产时,患者的心理负担加重加上缺乏自我表露及社会支持等因素,导致患者的心理痛苦水平略高。本研究结果显示有 120 例(46.15%)患者的心理痛苦得分 ≥ 22 分,由此可知育龄期稽留流产患者心理痛苦处于中等偏上水平,这一结果与梁冰等^[15]对复发性流产患者心理痛苦的研究结果基本一致。研究表明,心理痛苦不仅对治疗依从性产生影响,还会影响患者的家庭关系及心理健康^[16]。当稽留流产患者长期处于心理痛苦状态时,会增加再次不良妊娠结局的风险^[17]。因此,医护人员在为育龄期稽留流产患者进行治疗护理时,应密切关注患者的心理变化,通过合理干预和主动交流沟通激发患者的积极心理,引导患者建立表露意愿,鼓励其“敞开心扉”,主动与家人、朋友及其他病友进行交流,从而提高患者的自我表露水平。同时应加强对疾病相关知识、预后及再次妊娠注意事项等专业知识的宣教,增强患者面对疾病的信心,提高其认知水平,减轻疾病不确定感,从而缓解患者心理痛苦程度。

3.2 育龄期稽留流产患者心理痛苦受多种因素影响

3.2.1 社会支持对心理痛苦水平的作用 多重线性回归结果表明,家庭支持及他人支持维度对稽留流产患者的心理痛苦水平有显著的负向影响,社会支持水平高的患者心理痛苦水平明显低于社会支持水平低的患者,这与 HENRY C J 等^[18]报道的研究结果相似。社会支持是指个体所能感知且可利用的来自于社会各方面的物质或精神层面的帮助与支持^[19]。对个体而言,良好的社会支持,不仅可以提高患者的精神信念和面对困难的勇气,还能有效缓冲应激事件的不良影响,

促进个体心理健康。研究表明,家庭支持不仅是社会支持的重要组成部分,亦是患者重要的情感支持,良好的家庭支持与关怀能有效减轻患者的负面情绪,提高疾病应对能力^[20]。此外,来自于医护人员的专业支持以及同伴之间的沟通交流对患者来说也是不可或缺的社会支持来源的一部分,医患沟通可以为患者提供专业信息支持,提高患者的认知水平,而同伴支持可以减轻患者的孤独感,均有利于缓解患者的心理痛苦水平。因此,临床医护人员在为患者提供基本诊疗的同时应重视患者的社会支持资源及社会支持水平,鼓励患者家属、朋友等多关心安慰患者,同时指导患者充分运用个体社会支持系统,从而形成个体身心健康、家庭和睦、有效社会支持三者之间的良性循环。

3.2.2 不同应对方式对心理痛苦水平的影响 结果显示,面对维度与患者心理痛苦总分存在负的线性关系,即采取积极面对方式及回避策略的患者,心理痛苦水平低,与 HENRY C J 等^[18]研究结果一致。分析原因可能是,面对属于积极健康的应对策略,可以正视患病事实,积极调整心态,主动利用个体有效资源,寻求家庭及他人的帮助,减轻疾病不确定感,能积极参与疾病治疗和护理,在此过程中减轻了心理痛苦水平。而屈服维度与稽留流产患者的心理痛苦得分存在正向的线性关系,即采取屈服策略的患者,心理痛苦水平高。究其原因,“屈服”属于消极的应对策略,会加重心理应激,患者往往不愿意采取措施去调节负性情绪而是放任消极情绪的外溢,对疾病的治疗预后呈消极态度,不愿配合治疗护理,会直接影响疾病的恢复及身心健康^[21]。提示临床医护人员应密切关注患者的内心需求,动态评估患者的应对方式,鼓励患者表达内心想法,引导其采用积极的应对策略对待疾病,让患者共同参与自身的健康管理中,帮助患者正确对待疾病的治疗及预后,从而缓解心理痛苦程度,改善身心健康水平。

3.2.3 一般自我效能感对心理痛苦的影响 本研究结果显示,一般自我效能感水平与患者的心理痛苦存在负的线性关系,患者的一般自我效能感越高,心理痛

苦水平越低,这与王卫宁等^[22]研究结果相似。自我效能感是指个体对其行为能力的认知及评价,与心理痛苦关系密切^[23],自我效能感越高越有利于促进个体选择积极的应对方式,增强应对疾病的信心,从而减轻心理痛苦水平,改善患者生活质量^[24]。高水平自我效能感的患者主观能动性较强,能积极调整状态适应疾病,往往采取积极面对的策略应对疾病,治疗护理依从性较高,此外,较高自我效能感的人在面临负性事件时,通常更乐于主动寻求个体所拥有的社会支持资源,从而极大程度缓解负性心理体验。而自我效能感低水平的患者主观能动性较差,不愿主动寻求策略缓解负性心理,也不愿意挖掘个体所能获得的支持性资源,因此心理痛苦水平较为严重。因此,建议临床医护人员应重视自我效能感对心理痛苦的影响,提高患者对疾病的参与度和管理疾病的信心,积极引导患者通过同伴交流、自我暗示等方式提升个体自我效能感,以降低患者的心理痛苦程度。

4 小结

本研究显示,育龄期稽留流产患者的心理痛苦水平较高,心理负担较重,需要医护人员进行针对性干预。提示医护人员不仅要关注患者的人口学及疾病相关资料,还要注意及早识别易发生心理痛苦的高危患者,评估患者的社会支持水平,帮助其采取的积极应对策略及提升自我效能感水平,以缓解稽留流产女性的心理痛苦水平,促进其生殖健康及健康意识的提升。本研究存在一定局限性,仅调查了1所医院,结果的代表性不足。此外,心理痛苦是动态变化的指标,未来可开展多中心、纵向研究,以便更全面、动态地了解患者不同阶段心理痛苦的变化及影响因素。

参考文献:

[1] EMMER R, AJNE G, PAPADOGIANNAKIS N. Missed abortion in the 11-21-week period: fetal autopsy and placental histopathological analysis of 794 cases [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2024, 296: 158-162.

[2] JIANG W Z, YANG X L, LUO J R. Risk factors for missed abortion: retrospective analysis of a single institution's experience [J]. *Reprod Biol Endocrinol*, 2022, 20(1): 115.

[3] YUAN G H, LV B H, DU X, et al. Prediction model for missed abortion of patients treated with IVF-ET based on XGBoost: a retrospective study [J]. *PeerJ*, 2023, 11: e14762.

[4] 胡立娜. 稽留流产夫妻双方的心理困扰及其相关因素分析[J]. *安徽医药*, 2019, 23(8): 1586-1590.

[5] OBROCHTA C A, CHAMBERS C, BANDOLI G. Psychological distress in pregnancy and postpartum [J]. *Women Birth*, 2020, 33(6): 583-591.

[6] KESSLER R C, BARKER P R, COLPE L J, et al. Screening for serious mental illness in the general population [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60(2): 184-189.

[7] 周成超, 何江江, 徐凌忠, 等. Kessler10量表在我国老年人心理健康测评中的初次应用[J]. *中国临床心理学杂志*, 2009, 17(6): 761-763.

[8] 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.

[9] 姜乾金. 医学心理学: 理论, 方法与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 576-578.

[10] FEIFEL H, STRACK S, NAGY V T. Coping strategies and associated features of medically ill patients [J]. *Psychosom Med*, 1987, 49(6): 616-625.

[11] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版701例测试报告[J]. *中国行为医学科学*, 2000, 9(1): 18-20.

[12] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. *应用心理学*, 2001, 7(1): 37-40.

[13] 杨侠, 于卫华, 张雨溪, 等. 377例社区老年多重慢病患者心理困扰现状及影响因素分析[J]. *护理学报*, 2024, 31(18): 50-55.

[14] 陈婷婷, 宣秀琳, 刘欣, 等. 老年女性冠心病患者心理困扰现状及影响因素调查[J]. *浙江临床医学*, 2023, 25(9): 1343-1345, 1348.

[15] 梁冰, 李新梅, 杨絮. 复发性流产患者心理痛苦及影响因素的调查研究[J]. *山西医药杂志*, 2022, 51(20): 2319-2322.

[16] 石习习, 王静, 杨雪琴. 癌症患者心理痛苦预测模型的构建及验证[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(11): 1330-1336.

[17] 刘睿. 不良妊娠结局史再次妊娠孕妇的心理痛苦状况及其影响因素[J]. *临床医学研究与实践*, 2024, 9(4): 66-69.

[18] HENRY C J, KELLY U, DUNLOP A L, et al. Relationships between strong black woman belief, coping behaviors, perceived social support, and psychological distress symptoms for black mothers after stillbirth [J]. *J Midwifery Womens Health*, 2024, 69(2): 249-257.

[19] 刘幼华, 刘桂英, 杨傑, 等. 慢性病家庭照顾者健康赋权相关研究进展[J]. *中国老年学杂志*, 2022, 42(12): 3107-3111.

[20] 孔培培, 翟清华, 陈颖, 等. 肺癌患者希望水平在家庭功能与心理痛苦间的中介作用[J]. *中国健康心理学杂志*, 2019, 27(5): 712-714.

[21] 李晓雅. 下肢慢性伤口患者自我感受负担现状及影响因素研究[D]. 湖州: 湖州师范学院, 2021.

[22] 王卫宁, 马凤艳, 刘燕. 自我效能在肺癌患者社会支持与心理痛苦间的中介效应[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2024, 31(4): 249-256.

[23] 武宝平, 胡秀娟, 曹靖惠. 社会支持与自我效能对颅脑创伤伴面部组织挫伤患者术后瘢痕修复意愿和心理状态的影响[J]. *中国美容医学*, 2022, 31(6): 156-159.

[24] 张睿莹, 王恒旭, 刘丽华. 自我效能感在农村中老年人社会支持与痴呆恐惧间的中介效应[J]. *中华现代护理杂志*, 2024, 30(9): 1218-1223.

收稿日期: 2025-01-19; 修回日期: 2025-03-17

(本文编辑 钟琳)