

【循证护理】

住院冠心病患者心理护理专家共识

陈凌,申铁梅,赖敏华,郭金花,廖瑶姬,黄晶,李惠平
(广东省人民医院 广东省医学科学院,广东 广州 510080)

[摘要] **目的** 形成住院冠心病患者心理护理专家共识,规范对冠心病患者的心理护理。**方法** 系统查阅国内外文献,组织多家医疗机构及院校领域相关专家进行评议,通过专家会议法和德尔菲专家函询法,结合文献查询结果,进行整理和总结,形成最终共识。**结果** 该共识包括住院冠心病患者心理护理的相关心理危险因素、心理筛查、心理评估工具选择、评估流程、评估技巧、评估记录以及心理护理干预。**结论** 该共识可为住院冠心病患者心理护理提供规范和指引。

[关键词] 冠心病; 住院; 心理护理; 焦虑; 抑郁; 专家共识

[中图分类号] R473.54 **[文献标识码]** A **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2021.22.045

Expert Consensus on Psychological Nursing of Hospitalized Patients with Coronary Heart Disease

CHEN Ling, SHEN Tie-mei, LAI Min-hua, GUO Jin-hua, LIAO Yao-ji, HUANG Jing, LI Hui-ping

(Guangdong Provincial People's Hospital, Guangdong Academy of Medical Sciences, Guangzhou 510080, China)

Abstract: **Objective** To establish an expert consensus on psychological nursing for patients with coronary heart disease (CHD) and standardize the psychological nursing for patients with CHD. **Methods** Literature at home and abroad was systematically consulted, and relevant experts in many medical institutions and universities were organized for the evaluation of selected literature. Expert meeting and Delphi expert letter consultation method were adopted to summarize the literature, and the final consensus was formed. **Results** The consensus included psychological risk factors, psychological screening, psychological assessment tool selection, assessment process, assessment skills, assessment records and psychological nursing intervention. **Conclusion** The consensus could provide standardization and guidance for psychological nursing of hospitalized patients with CHD.

Key words: coronary heart disease; hospitalization; psychological nursing; anxiety; depression; expert consensus

全球死亡原因和疾病负担分析报告指出,全球冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary heart disease, CHD)(简称冠心病)年总死亡人口超过700万,在200多个单病种的死亡原因中排第一位^[1]。心理问题与心血管疾病之间的相互影响越来越受到普遍关注。焦虑、抑郁等负性情绪是心血管事件的独立危险因素,同时也是冠心病患者预后结局的心理预测因素^[2-4]。2014年1项关于中国冠心病合并抑郁症患病率的Meta分析中纳入了27项研究,包括了23项研究的5236例住院患者和4项研究的1353例社区患者,结果显示冠心病伴有抑郁症的患病率在住院占51%,社区占34.6%~45.8%,其中冠心病伴有重度抑郁症的患病率占3.1%~11.2%^[5]。此外,研究显示,抑郁情绪是导致心血管疾病患者再住院率增加的重要影响因素^[6]。焦虑情绪是冠心病和心力衰竭

的危险因素^[7]。1项关于冠心病合并焦虑情绪的患者生理和心理症状调查显示,焦虑与身体因素相关,焦虑症患者可在无任何体育运动的情况下出现心悸、脸部发怒和发红、心跳异常、肌肉紧张等身体症状,增加罹患冠心病的风险^[8]。

目前我国临床工作中对冠心病患者心理问题的识别率和治疗率仍很低。护士是与患者接触最多的医务人员之一,指导护士关注冠心病患者的身心健康,对促进住院冠心病患者尽早地恢复到正常社会生活状态,提高患者生存率和改善生活质量等方面具有重要临床意义。广东省护理学会心血管护理专业委员会通过成立课题组,组织10余所医院、学校的心血管医学、心血管护理、精神心理专家、方法学专家,共同编写《住院冠心病患者心理护理专家共识》(简称《共识》),旨在为住院冠心病患者的心理护理提供指引,促进心理护理的实质性落实和规范化开展。

[收稿日期] 2021-04-14

[基金项目] 中华护理学会科研课题基金(ZHKY201807);广东省医学科学技术研究基金(A2019019);广东省护理学会护理科研课题(gdhlxueh2019zl005)

[作者简介] 陈凌(1964-),女,广东广州人,本科学历,主任护师,护理部主任,硕士研究生导师。

[通信作者] 申铁梅(1981-),女,山西长治人,硕士研究生学历,副主任护师,护理部副主任。E-mail:meimeirshen@163.com

1 《共识》形成

1.1 《共识》编写委员会的构成 本《共识》由广东省护理学会心血管护理专业委员会发起,与来自全国高校学院及三级甲等医院的17名护理专家、5名精神心理专家、2名“双心”(心脏-心理)医学专家、

1名方法学专家共同参与。经过2轮专家会议和2次专家函询,根据专家咨询结果进行修改和调整,请精神心理学专家进行审阅,最终达成一致形成《共识》。《共识》包括住院冠心病患者心理护理的相关心理危险因素、心理筛查、心理评估工具选择、评估流程、评估技巧、评估记录以及护理干预。

1.2 《共识》的适用人群 根据冠心病疾病诊断标准确诊为冠心病,且住院接受治疗、意识清楚能合作的患者。

1.3 专家邀请与遴选 选取与本研究领域相关的专家,纳入标准:(1)专业领域为心血管护理、精神心理护理、心血管临床医生、精神心理医生、“双心”门诊医生、循证中心教授/主任;(2)专科工作年限 ≥ 10 年;(3)大专及以上学历;(4)中级及以上职称;(5)自愿参与本研究。

1.4 专家函询及咨询会 根据文献回顾及心血管护士访谈,编制专家函询问卷。函询问卷的第1部分内容交代了本《共识》编写的背景、意义及目的;第2部分是函询步骤,问卷包括《共识》函询表、函询专家基本情况、判断依据及熟悉程度调查表。《共识》函询表包括对每条推荐意见的重要性评价、可行性评价及修改意见,采用Likert 5级评分法,1~5分分别表示“非常重要”~“非常重要”或“非常不可行”~“非常可行”。本研究共进行2轮专家函询。

1.5 形成最终版《共识》 小组成员综合2轮专家函询和2次专家论证会的专家意见,对《共识》初稿内容进行修改和调整,并且通过专家论证会对每条推荐意见的推荐强度达成共识,最终形成《共识》终稿。

2 专家函询结果

2.1 专家一般资料 共邀请25名专家进行函询,来自全国的三级甲等医院或医学高校。包括主任医师3名、护理学教授2名、主任护师8名、副主任医师4名、副主任护师7名、主管护师1名。专家的年龄为(49.38 \pm 7.17)岁,工作年限为(27.40 \pm 7.95)年。其中,博士10名,硕士2名。

2.2 专家积极系数及意见协调程度 2轮函询专家积极系数均为100%。每个条目的变异系数 < 0.25 ,且等级比(Si)均 > 27.5 ,满分为(Ki) $> 50\%$ 。专家权威系数均为0.84。第1轮专家函询后,有15名专家针对7个条目提出删减及修改意见。第2轮专家函询后,有3名专家对3个条目提出修改意见,最终形成共识内容。

3 共识要点

3.1 冠心病患者常见的心理问题 冠心病是常见的心血管疾病,发病率高、致死率高,是WHO公认的一种心身疾病。与冠心病相关的危险因素有高血压、糖耐量异常和糖尿病、吸烟史、肥胖、A型性格、心理因素(焦虑、抑郁等)等^[9]。其中,心理因素贯穿在冠心病患者的整个发病、发展和预后过程中,其主要心理反应包括抑郁、焦虑等情绪,对冠心病患者的病程进展和预后结局起着不可忽视的作用^[10]。

3.1.1 抑郁 抑郁情绪或抑郁症的患者,因抑郁可以影响体内炎症因子水平及自主神经功能等方式而导致冠状动脉硬化的发生、发展^[11-12]。抑郁患者较无抑郁情绪的患者更容易罹患心血管疾病,患者如未能及时诊治可能造成基础疾病或心理疾病的病情加重,不仅增加冠心病发病率,还可以导致再入院率增加,增加心血管疾病治疗负担^[6,13-15]。

3.1.2 焦虑 焦虑与身体因素相关,焦虑症患者可在无任何体育运动的情况下出现心悸、脸部发怒和发红、心跳异常、肌肉紧张等身体症状,增加罹患冠心病的风险^[8]。焦虑情绪和冠心病的关联在女性身上更加突出,焦虑症状越明显的女性罹患冠心病的风险越高。焦虑与冠心病患者的健康状况、身体症状和预后结局亦有着密切联系^[16]。研究显示焦虑不仅增加患者冠心病的发生,还可增加冠心病患者预后死亡及心血管不良事件的发生率^[17]。

3.1.3 其他心理社会危险因素 不论性别,社会支持缺乏都被认为是冠心病发病、预后和死亡的重要预测指标。缺乏社会支持的女性罹患冠心病的风险增加2~3倍,而男性增加3~5倍^[7,18]。社会孤立、缺乏社会支持与冠心病之间的联系存在于不同国家、不同年龄段的受试者中^[19]。拥有良好的应对方式和社会支持可以减少患者情绪激动,使患者更容易参加专业人士所推荐的保健服务项目和兴趣活动,更迫切需要寻求社会支持和新的应对方式^[19]。研究显示各种生理-心理-社会因素引起的应激反应可以增加心肌缺血,导致心肌灌注不足,导致应激性心肌缺血,不仅影响患者生活质量,还可恶化临床结局,使患者死亡风险增加^[20]。由此可见,社会支持、心理应激等因素对于心脏病患者的疾病发展和预后也有着重要影响。

3.2 冠心病患者心理筛查 焦虑、抑郁情绪在住院冠心病患者中发生率较高^[2-3],目前在中国约有50%的冠心病住院患者并发不同程度的焦虑和(或)抑郁症状^[5],且影响着患者的预后及生活质量^[4],心血管

护士应具备对冠心病患者焦虑和抑郁情绪的初步识别能力。

3.2.1 筛查对象 对所有意识清楚能合作的住院冠心病患者在入院 24 h 内筛查其是否存在焦虑、抑郁情绪。

3.2.2 筛查工具

3.2.2.1 抑郁筛查 临床护士可采用包含 2 个条目的患者健康问卷 (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) 进行冠心病患者基本的抑郁筛查。2 个问题是:(1)做事时提不起劲或没有兴趣;(2)感到心情低落,沮丧或绝望。每项均采用 0~3 分 4 级评分法。如果患者 PHQ-2 得分 ≥ 2 分,则建议护士采用包含 9 个条目的患者健康问卷 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) 进一步评估患者的抑郁情绪程度^[21]。

3.2.2.2 焦虑筛查 临床护士可采用广泛性焦虑障碍 2 项 (Generalized Anxiety Disorder, GAD-2)^[22-23] 进行冠心病患者焦虑筛查。2 个问题是:(1)感觉紧张、焦虑以及着急;(2)不能够停止的着急和担忧。每项均采用 0~3 分 4 级评分法。对于得分 ≥ 2 分的患者,则建议临床护士采用广泛性焦虑障碍 7 项 (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7) 进一步评估患者的焦虑情绪程度^[24]。

3.2.3 筛查资质 心血管护士应进行心理学基础知识、心理评估技能、沟通技巧、心理护理技能相关培训^[7,25-27]。专家建议培训考核合格后,心血管护士可对患者进行心理自评量表的筛查,不建议未经培训的护士使用他评心理测量量表。建议建立多学科协作护理工作队伍^[23],对冠心病患者的抑郁、焦虑情绪进行常规筛查,注意评估患者心理及社会危险因素^[28],筛查结果阳性的患者应由具有抑郁症诊断和治疗资格的专业人员进行评估^[29-31]。

3.2.4 筛查流程 推荐护士进行心理筛查时采用六步标准沟通流程 (CICARE 沟通流程) 即“一看、二引、三告知、四问、五答、六再见”,有助于建立良好的护患关系^[32]。(1)C(connect):接触患者,核实患者身份,使用患者喜欢的称呼称谓患者。(2)I(introduce):自我介绍,介绍自己的姓名、职责范围。(3)C(communicate):向患者说明筛查的目的及意义,告知患者配合的注意事项,取得患者的理解和配合。(4)A(ask):采用 PHQ-2 对患者进行抑郁筛查,采用 GAD-2 对患者进行焦虑筛查。对于年老、视力或文化程度较低患者,由护士协助完成筛查。询问患者有何不适,有何担心、需要解决的问题,需要什么帮助。(5)R(response):回答患者提出的问题及给予相关的护理措施及指导。(6)E(exit):有礼貌地离开,并

说明是否需要进一步的心理评估;PHQ-2 得分 ≥ 2 分患者继续进行 PHQ-9 评估,对 GAD-2 得分 ≥ 2 分患者继续进行 GAD-7 评估。心理状态较好患者,筛查即完成。

3.3 冠心病患者的心理评估 对于初筛结果阳性的患者,应进行深入的心理评估,包括患者存在心理问题的性质、程度及其发生因素。考虑到临床护士的工作量及评估效率问题,建议使用较为简洁有效的评估工具。

3.3.1 评估对象 患者 PHQ-2 得分 ≥ 2 分,则需进行进一步评估;GAD-2 得分 ≥ 2 分,则需进行进一步评估。

3.3.2 评估工具 可采用 2 种工具:(1)PHQ-9 是由 9 个条目即 9 个抑郁症状组成,它们分别是:愉快感丧失,心情低落,睡眠障碍,精力缺乏,饮食障碍,自我评价低,集中注意力困难,动作迟缓和消极观念^[33]。每个条目的分值如下:0 分=一点没有,1 分=有几天,2 分=超过一周,3 分=几乎每天都是。总分 0~4 分:无抑郁;5~9 分:轻度抑郁症状;10~14 分:中度抑郁症状;15~19 分:中重度抑郁症状,20~27 分:重度抑郁症状。其中条目 9 单项阳性患者存在自杀风险。(2)GAD-7 由 7 个条目组成,用来了解患者在过去 2 个星期,有多少时间受到包括“难以放松”、“对各种各样问题担忧过多”等 7 个问题的困扰^[34]。每个条目的分值如下:0 分=从来没有,1 分=偶尔几天有,2 分=经常有,过去 2 周多于 1 周时间有,3 分=几乎天天有,总分为各条目得分的总和。0~4 分:无焦虑;5~9 分:轻度焦虑症状;10~14 分:中度焦虑症状;15~21 分:重度焦虑症状。

3.3.3 心理评估流程 护士采用六步标准沟通流程^[32]进行评估。(1)尽可能创造安静、舒适的环境,注意保护患者隐私,向患者解释心理评估的目的及相关配合要点,取得患者同意;(2)采用 PHQ-9 及 GAD-7 量表进行自评,对于年老、视力或文化程度较低患者,由护士协助完成筛查;(3)根据评估结果,确定冠心病患者是否存在焦虑、抑郁情绪,并对其程度进行界定;(4)对 PHQ-9 ≥ 10 分、GAD-7 ≥ 10 分的中度抑郁、焦虑患者,进一步评估患者焦虑、抑郁的原因,并询问患者是否有精神障碍病史,患者与他人的关系、经济状况、社会支持等,并报告管床医生,做好记录。(5)对 PHQ-9 ≥ 15 分、GAD-7 ≥ 15 分的重度抑郁、重度焦虑患者建议医生转介心理科医生进行干预。(6)PHQ-9 条目 9 单项阳性者,需进一步评估其自杀风险,并做好防自伤、防自杀措施。

3.3.4 心理评估技巧 患者主诉是评估的核心关

键,护士对患者进行心理评估时应以患者的主诉为依据,相信和尊重患者的感受和主诉,并如实记录和填写量表。对患者进行心理评估需注意:(1)距离及角度。通常情况下,保持0.5~1.5 m距离,护患双方120°左右的夹角,尽可能保持和患者高度相同,避免产生过高的权威感,并减少患者内心隔阂;(2)表情及眼神交流:保持微笑,眼神柔和,在交流时,每分钟约有30 s的时间保持眼神交流;(3)在评估患者焦虑、抑郁情绪原因时尽可能使用开放式问题,适当停顿3 s,给患者充分的时间表达,鼓励患者继续谈论。

3.4 记录 心理评估是一个连续的过程,应遵循动态评估的原则,即评估、干预、再评估。护士应及时记录结果。护士接诊患者后需要进行心理负性情绪的识别和筛查,没有心理情绪障碍的患者在入院评估单应记录心理筛查结果“无异常”。若存在异常的患者,应在入院评估单记录相应的量表评估分值,报告医生,并记录相应的护理措施。对于长期存在心理、情绪问题的患者,本研究的专家咨询结果推荐护士可每周复评1次。

3.5 心理护理干预

3.5.1 识别负性情绪,改变认知行为 认知因素是决定患者心理反应的关键性因素,包括患者对病因和疾病结果的态度,对治疗预期作用的态度等,研究显示^[26],提高患者对慢性疾病及心理健康问题的认识,有助于改善患者心理状况。苏格兰校际指南网(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)《急性冠脉综合征》指南建议医务人员提供及时、持续的心理健康教育^[35],内容可包含:(1)入院。借助心理评估工具,正确区别胸痛等心血管症状与焦虑、抑郁情绪等心理问题症状;(2)治疗期。为患者讲解精神心理障碍对疾病发生和发展的不良影响,鼓励患者参与到心理健康管理中;教育内容以患者的信息需求为前提,了解其产生负性情绪的根源,例如疾病知识缺乏所引起的焦虑感;提供心理健康教育前应先评估患者和家属的理解能力,以确保教育效果;当患者不能理解时给予足够的耐心和时间,使其有机会表达内心真实感受。(3)出院前。再次进行心理评估,评估患者的负性情绪是否改善,加重者及时告知医生,转介至心理科专科护士及心理专科医生进一步处理^[35,37]。

3.5.2 运用心理护理技术,提供心理疏导 研究发现^[38],冠心病患者的心理痛苦水平较高,存在心理问题的冠心病患者往往有大量主诉,反复就医却得不到明显缓解,同时患者常会感到自己的病症得不到护士的重视和家人理解^[23]。因此,护理人员对冠心病

患者进行心理疏导时应综合运用倾听、共情、无条件积极关注、接纳、肯定化技术等心理护理技术,消除患者心理顾虑,增强战胜疾病的信心^[23]。(1)首先要与患者建立良好的护患关系,沟通过程中体现护士对患者的关注与尊重,礼貌地称呼患者,保持与患者眼神接触,适当运用微笑、点头等肢体语言表达对患者的认可;(2)耐心倾听患者主诉,除了心血管症状外,要尽可能询问疾病对患者造成的心理负担,给予患者充足的时间思考,充分了解患者患病经过与心理压力来源,在倾听过程中要及时作出反馈,但不打断患者的发言,不作价值评判;(3)表达对患者病情的理解,鼓励患者情感表达;(4)及时给予患者语言和非语言的反馈,当遇到不明白的地方及时沟通或复述确认,可以说“您刚才的意思……”“你前面说...是这样吗?”;(5)接纳患者,并引导患者自我接纳,对患者的任何情绪均不排斥或否定;(6)积极关注,肯定患者在治疗过程中的努力,适时举例说明疾病的可愈性,从而消除恐惧心理与顾虑,恢复其治疗信心^[34,36]。

3.5.3 调动冠心病患者社会支持系统 社会支持对冠心病患者心理健康有直接促进作用,能保护其在应激状态下维持良好的情绪体验及平衡心态,减少抑郁情绪发生。同时,良好的家庭社会支持,对疾病康复起到促进作用^[35]。因此,护士应充分调动冠心病患者的支持系统,为患者创造有利的康复条件:发挥家庭支持作用,对患者家属进行健康教育,鼓励其多与患者沟通交流,让患者感受到家庭关爱^[39];促进冠心病病友间的良性交往^[40],开展病友座谈会,邀请已康复的冠心病患者现身说法;促进亲属、亲友、邻里及同事间的友好交往,加强对患者的心理支持^[41]。

3.5.4 指导冠心病患者行放松训练 放松训练是一种通过训练患者有意识地放松全身肌肉,从而使整个机体活动水平降低,最终达到心理上松弛的治疗措施,有助于减轻冠心病患者的焦虑和抑郁症状,是心脏康复的重要成分^[42]。较为普遍的放松训练有呼吸放松法、肌肉放松法、想像放松法、冥想放松法、生物反馈法等,放松训练也可与音乐疗法相结合。护士在指导患者进行放松训练前,向患者简单介绍放松训练的基本原理和有效性,增强患者练习的主动性,建议采用真人或录像形式逐步讲解示范放松训练的要点,在完成指导后应了解患者的掌握情况,最初的训练应在护士指导和帮助下进行,直到患者能熟练掌握并自行操作,适时鼓励患者加强练习,并告知坚持练习的重要性。渐进式肌肉放松训练在临床应用较广,具体方法为^[42]:选择安静的环境,患者舒适、自然、放松地仰卧,手臂平放于身体两侧,两腿稍分开,

双目轻闭。护士用轻慢舒缓的语言引导其循着躯体从上至下渐次对各部位的肌肉先收缩 5~10 s,同时深吸气,体验紧张的感觉,再松弛 30~40 s,同时深呼吸,体验松弛的感觉。每日进行 3~4 次,使肌肉充分放松。

3.5.5 及时评估,适时转介 护士应将重度焦虑、抑郁情绪障碍或出现更复杂心理问题的患者报告上级医生,并请心理科医生、心理科专科护士进行会诊评估,提供适当的专科治疗方法。护士应与心理专科医生、心理专科护士共同讨论患者的治疗方案,必要时转介至专业心理机构或心理、精神科继续治疗。同时了解患者所服用的精神科药物,熟悉其作用、不良反应,观察药物对于心血管疾病的影响^[43],加强患者服用精神类药物的依从性。患者住院期间每周进行心理评估,连续 3 周评估结果为轻度,则可停止评估及记录,若患者在出院时仍存在心理情绪障碍,在出院前应告知患者及家属如何寻求支持,为患者提供心理科就诊途径和资讯,同时为患者建立随访档案,追踪其心理问题变化^[39,44-45]。冠心病患者心理护理模式流程图见图 1。

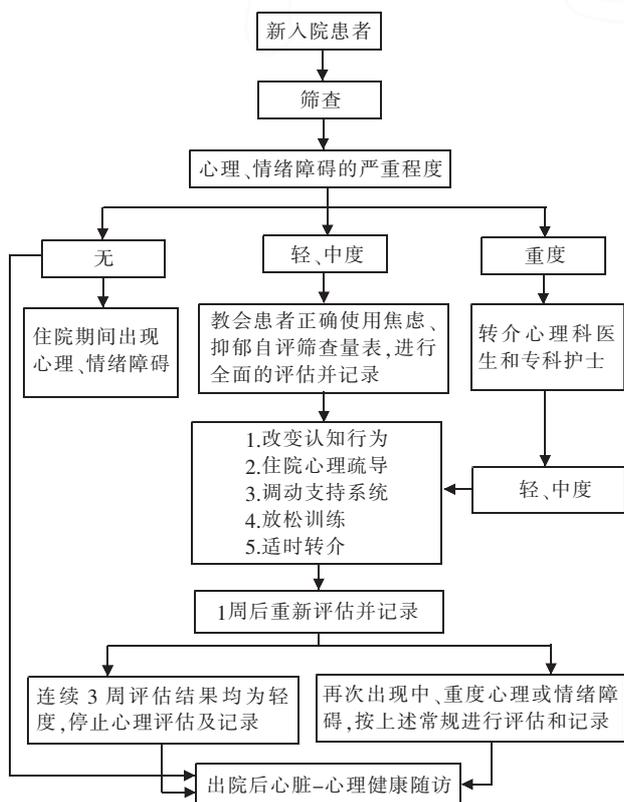


图 1 冠心病患者心理护理模式流程图

3.5.6 心脏-心理健康状况随访 冠心病患者的全程管理中,出院随访是重要组成部分。出院随访包括 2 个方面,一是对心脏健康状况进行信息收集,及时了解患者出院后的疾病发展情况、服药情况、饮食、

运动、睡眠、生活方式改变情况;二是对心理健康状况进行信息收集,及时了解患者心理情绪问题,并给予相应的健康指导。出院时,护士应与患者、家属共同制定随访计划,随访时间为出院后 1~2 周,提供心脏-心理健康咨询电话,若有长期心理情绪障碍的患者应安排定期到心脏-心理门诊(双心门诊)随访,护士可通过电话、视频、手机 APP 的形式提供随访服务。

利益冲突声明 《共识》小组成员均无相关利益冲突。

专家组成员(按姓氏拼音排序):陈凌(广东省人民医院),崔虹(广东省人民医院),董再全(华西医院心理卫生中心),邓少娟(广州中医药大学第一附属医院),郭兰(广东省人民医院心血管病研究所),侯桂华(北京大学第一医院),梁爱琼(中国人民解放军南部战区总医院),李立华(广东省人民医院精神卫生研究所),林丽霞(广东省人民医院心血管病研究所),李明子(北京大学),林小丽(广东省中医院),刘海洪(广东省人民医院),李荣(中国医学科学院阜外医院深圳医院),马欢(广东省人民医院心血管病研究所),孟宪东(华西医院心理卫生中心),毛晓群(中山大学孙逸仙纪念医院),盘瑞兰(东莞市人民医院),谌红献(中南大学湘雅二医院),滕中华(南方医科大学南方医院),王丽姿(南方医科大学珠江医院),王宁(南方医科大学护理学院),王文菁(广东省人民医院精神卫生研究所),谢永标(广东省人民医院),严凤娇(中山大学附属第一医院),杨满青(广东省人民医院心血管病研究所)。

[参考文献]

[1] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and Regional Mortality from 235 Causes of Death for 20 Age Groups in 1990 and 2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859): 2095-2128. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61728-0.

[2] 邓必勇,崔建国,李春坚. 住院冠心病患者 1083 例心理状况的调查与相关分析[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 702-705. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2010.08.006.

[3] Zhou M, Wang H, Zhu J, et al. Cause-specific Mortality for 240 Causes in China during 1990-2013: A Systematic Sub-national Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Lancet, 2016, 387(10015):251-272. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00551-6.

[4] Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid Health Ransition in China,1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2013, 381(9882):1987-2015. DOI:10.1016/S0140-6736(13)61097-1.

[5] Ren Y, Yang H, Browning C, et al. Prevalence of Depression in Coronary Heart Disease in China: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. Chin Med J (Engl), 2014, 127(16): 2991-2998. DOI:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20140036.

- [6] Jiang W, Krishnan Rr, O'connor Cm. Depression and Heart Disease: Evidence of A Link, and Its Therapeutic Implications[J]. *CNS Drugs*, 2002, 16(2):111-127. DOI:10.2165/00023210-200216020-00004.
- [7] Roest Am, Martens Ej, Jonge P, et al. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-analysis[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2010, 56(1):38-46. DOI:10.1016/j.jacc.2010.03.034.
- [8] Suls J, Bunde J. Anger. Anxiety and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: the Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions[J]. *Psychol Bull*, 2005, 131(2):260-300. DOI:10.1037/0033-2909.131.2.260.
- [9] 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [10] Raphael S, Peter Michelle L, Meyer Ute Mons, et al. Long-term Trajectories of Anxiety and Depression in Patients with Stable Coronary Heart Disease and Risk of Subsequent Cardiovascular Events[J]. *Depression and Anxiety*, 2020, 37(7):1-9. DOI:10.1002/da.23011.
- [11] Zorn J V, Schür R R, Boks M P, et al. Cortisol Stress Reactivity across Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. *Psychoneuroendocrinology*, 2017(77): 25-36. DOI:10.1016/j.psyneuen.2016.11.036.
- [12] Nasiowska-Barud A, Zapolski T, Barud M, et al. Overt and Covert Anxiety as A Toxic Factor in Ischemic Heart Disease in Women: The Link Between Psychological Factors and Heart Disease[J]. *Med Sci Monit*, 2017(23):751-758. DOI: 10.12659/MSM.902544.
- [13] Huffman JC, Millstein RA, Mastromauro CA, et al. A Positive Psychology Intervention for Patients with An Acute Coronary Syndrome: Treatment Development and Proof-of-Concept Trial[J]. *J Happiness Stud*, 2016, 17(5):1985-2006. DOI:10.1007/s10902-015-9681-1.
- [14] Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, et al. Early-onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease: 37-year Follow-up of 49,321 Young Swedish Men[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2010, 56(1):31-37. DOI:10.1016/j.jacc.2010.03.033.
- [15] Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the Heart of the Matter: Do Negative Emotions Cause Coronary Heart Disease?[J]. *J Psychosom Res*, 2000, 48(4-5):323-337. DOI:10.1016/S0022-3999(99)00091-4.
- [16] 王海珍, 江庆, 伍万仕. 负性情绪对冠心病 PCI 手术患者预后的影响[J]. *心血管康复医学杂志*, 2015, 24(2):130-133. DOI:10.3969/j.issn.1008-0074.2015.02.04.
- [17] Wang Y, Liu W, Xiao Y, et al. Association of Apelin and Apelin Receptor Polymorphisms with the Risk of Comorbid Depression and Anxiety in Coronary Heart Disease Patients [J]. *Frontiers in Genetics*, 2020(11):1-9. DOI:10.3389/fgene.2020.00893.
- [18] Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. "Stress" and Coronary Heart Disease: Psychosocial Risk Factors[J]. *Med J Aust*, 2003, 178(6):272-276. DOI:10.5694/j.1326-5377.2003.tb05193.
- [19] Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, et al. Social Support, Depression, and Mortality during the First Year after Myocardial Infarction[J]. *Circulation*, 2000, 101(16):1919-1924.
- [20] 中国医师协会全科分会双心(心脏心理)学组. 心理应激导致稳定性冠心病患者心肌缺血的诊断与治疗专家共识[J]. *中华心血管病杂志*, 2016, 44(1):12-18. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2016.01.005.
- [21] Brooke Levis, Ying Sun, Chen He, et al. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination with the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression Systematic Review and Meta-analysis[J]. *JAMA*, 2020, 323(22):2290-2300. DOI:10.1001/jama.2020.6504.
- [22] Donker T, Van Steran A, Marks I, et al. Quick and Easy Self-rating of Generalized Anxiety Disorder: Validity of the Dutch Web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI[J]. *Psychiatry Res*, 2011, 188(1):58-64. DOI:10.1016/j.psychres.2011.01.016.
- [23] 中国康复学会心血管病专业委员会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 在心血管科就诊患者的心理处方-中国专家共识[J]. *中华心血管病杂志*, 2014, 42(1):6-13.
- [24] 王历, 陆凯, 王长鹰, 等. GAD-2 和 GAD-7 在心血管门诊焦虑筛查中的信度与效度分析[J]. *四川精神卫生*, 2014, 27(3):198-201.
- [25] Charlotte R Garrett, Linda L Gask, Rebecca Hays, et al. Accessing Primary Health Care: A Meta-ethnography of the Experiences of British South Asian Patients with Diabetes, Coronary Heart Disease or A Mental Health Problem[J]. *Chronic Illness* 2012, 8(2):135-155. DOI:10.1177/1742395312441631.
- [26] Alide D. Pols, Karen Schipper, Debbie Overkamp, et al. Process Evaluation of A Stepped-care Program to Prevent Depression in Primary Care: Patients' and Practice nurses' Experiences[J]. *BMC Fam Pract*, 2017, 18(26):1-14. DOI:10.1186/s12875-017-0583-7.
- [27] Yang YL, Liu L, Wang Y, et al. The Prevalence of Depression and Anxiety among Chinese Adults with Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. *BMC Cancer*, 2013, 13(1):393. DOI:10.1186/1471-2407-13-393.
- [28] 颜红兵. AHA 女性急性心肌梗死科学声明解读[J]. *中国循环杂志*, 2016, 31(Z2):34-35.
- [29] Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research[J]. *Circulation*, 2012, 4(10):1-8. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769.
- [30] Vaccarino V, Badimon L, Bremner Jd, et al. Depression and Coronary Heart Disease: 2018 ESC Position Paper of the Working Group of Coronary Pathophysiology and Microcirculation Developed under the Auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines[J]. *Eur Heart J*, 2019, 1(28):1-15. DOI:10.1093/eurheartj/ehz811.
- [31] Rutledge T, Redwine LS, Linke SE, et al. A Meta-Analysis of Mental Health Treatments and Cardiac Rehabilitation for Improving Clinical Outcomes and Depression Among Patients With Coronary Heart Disease[J]. *Psychosom Med*, 2013, 75(4):335-349. DOI:10.1097/PSY.0b013e318291d798.
- [32] 宋剑平, 金静芬, 俞申妹. 六步标准沟通流程在提高护士沟通能力中的应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(1):63-66. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2017.01.013.

- [33] 金涛. 病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在社区老年人群中的应用——信度与效度分析[D]. 杭州:浙江大学医学院, 2010.
- [34] 曲娜, 胜利. 广泛性焦虑量表在综合医院心理科门诊筛查广泛性焦虑障碍的诊断试验[J]. 中国心理卫生杂志, 2015, 29(12):939-944. DOI:10.3969/j.issn.1000-6729.2015.12.010.
- [35] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute Coronary Syndrome. Edinburgh: SIGN[EB/OL]. [2016-04-01]. <http://www.sign.ac.uk>.
- [36] 中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会, 《中国老年保健医学》杂志编辑委员会. 老年人心理健康评估指南(草案)[J]. 中国老年保健医学, 2018, 16(3):40-41.
- [37] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Stable Angina. Edinburgh: SIGN[EB/OL]. [2018-04-01]. <http://www.sign.ac.uk>.
- [38] 龚青霞, 范润平, 王宇, 等. 冠心病患者心理痛苦现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2017, 24(12):1-4. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2017.12.001
- [39] 周丽娟, 卢天舒, 徐凤. 临床心理护理指导手册[M]. 北京:人民军医出版社, 2015:32-34.
- [40] 彭晓芸. 病友同伴支持互助干预对冠心病患者自我效能水平的影响[J]. 护理学报, 2018, 25(10):67-69. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.10.067.
- [41] Van Dixhoorn J, White A. Relaxation Therapy for Rehabilitation and Prevention in Ischaemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2005, 12(3):193-202. DOI:10.1097/01.hjr.0000166451.38593.de
- [42] 蔡霜, 杨庆玲, 张玲玲, 等. 渐进式肌肉放松训练对肺癌放疗患者焦虑情绪的影响[J]. 广东医学, 2016, 37(15):2363-2365. DOI:10.13820/j.cnki.gdyx.20160809.014.
- [43] 谌晶晶, 杨波, 梁锦军, 等. SSRI 舍曲林治疗冠心病合并抑郁患者的 Meta 分析[J]. 职业与健康, 2011, 27(18):2060-2064. DOI:10.13329/j.cnki.zyyjk.2011.18.049.
- [44] 刘莉莉, 林平, 赵振娟. 自我效能、社会支持及应对方式对急性心肌梗死患者心理弹性影响的路径分析[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1):21-25.
- [45] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk Estimation and the Prevention of Cardiovascular Disease. Edinburgh: SIGN[EB/OL]. [2017-07-01]. <http://www.sign.ac.uk>.

[本文编辑:吴艳妮]

【信息】

关于“《护理学报》版面费、征订费、审稿费只接收银行汇款”的通知

《护理学报》版面费、征订费(编辑部订购)、审稿费只接收银行账号汇款,不接收邮局地址汇款,请各位读者、作者务必按以下要求到银行柜台或网上银行汇款。

1 汇款银行信息

户名:南方医科大学南方医院

账号:635 357 745 047

开户行:广东省广州市中国银行同和支行

2 缴费注意事项

2.1 审稿费 从银行柜台、网银或手机银行汇审稿费,30元/篇,请务必在备注注明“护理学报+稿件编号”。

2.2 版面费 银行汇款付款人姓名务必为第一作者,否则编辑部无法核实;在附言内注明:“护理学报+稿号xxxxxxx”,文章状态显示为待发表时,请务必在网站上点击“发票信息”一栏,填写需要开发票的单位抬头、单位税务登记号、详细的收件地址、收件电话号码、收件人等相关信息。

2.3 征订费 在银行汇款单附言内注明收款单位、杂志邮寄地址、邮编、征订类别,如“附言:护理学报,xx市中医院护理部,528000,5人全年杂志”,并发送邮寄杂志的详细地址、邮编、收件人姓名、收件人联系电话等相关信息至本刊邮箱(hlxb@smu.edu.cn)。收件人默认为汇款人,征订费开具发票抬头将默认为杂志邮寄单位,如有更改,均请发邮件说明。

发票开具后无法修改,如因汇款人未注明清楚导致发票开具错误,责任自负。

注意:投稿成功后,由于系统设计原因且无法更改,其默认会给所有作者都发送提示邮件,请作者之间沟通后确定由1人进行汇款并注明稿件编号(最好是第一作者本人),审稿费只交1次即可,重复汇款的费用无法进行退款,敬请谅解。

审稿费一般6~10天收到,并不定时更新网站稿费缴纳情况,无需催促查费,每周送审一次稿件,在送审时会更改当前稿件的状态。