

• 论著 •

基于 5 步共情模型干预方案在急性脑梗死患者中的应用效果观察

黄秀 金清河 翁杰 王爱霞

温州医科大学附属第二医院急诊科, 浙江温州 325088

通信作者: 王爱霞, Email: hxhxx246@163.com

【摘要】 目的 评估基于 5 步共情模型(5-SEM)干预方案对急性脑梗死(ACI)患者负性情绪、心理应激反应和睡眠质量的应用效果。**方法** 选择 2022 年 11 月至 2023 年 4 月温州医科大学附属第二医院收治的 100 例 ACI 住院患者作为研究对象。按住院时间将患者分为对照组与观察组, 每组 50 例。对照组采用常规护理方法, 观察组在对照组的基础上采用 5-SEM 共情干预方案。具体方案为: 组建干预团队, 成立共情干预方案管理小组, 该小组由有 5 年以上工作经验且学历为本科及以上的主治医师、心理医生、主管护师和护师组成; 干预团队基于中国知网、万方数据库、美国国立医学图书馆 PubMed 数据库、荷兰医学文摘 EMBase 数据库等检索并整理相关文献, 由心理医生评估患者情况, 形成基于 5-SEM 患者共情干预方案最终稿, 主管护师负责 5-SEM 干预方案落实, 由护师实施干预。采用阿森斯失眠量表(AIS)评估患者的睡眠质量; 采用医院焦虑抑郁量表(HADS)评估患者的焦虑抑郁程度; 采用心理应激反应问卷(SRQ)评估心理应激反应干预效果。**结果** 两组干预后睡眠质量评分、焦虑抑郁评分、心理应激反应评分均较干预前明显降低[睡眠质量评分(分): 对照组为 6.74 ± 1.77 比 12.08 ± 2.94 , 观察组为 4.84 ± 2.04 比 11.90 ± 2.80 ; 焦虑评分(分): 对照组为 7.14 ± 2.20 比 8.58 ± 2.38 , 观察组为 6.06 ± 2.47 比 8.34 ± 2.03 ; 抑郁评分(分): 对照组为 7.28 ± 2.12 比 8.72 ± 2.34 , 观察组为 6.26 ± 2.03 比 8.82 ± 2.80 ; 躯体反应评分(分): 对照组为 17.72 ± 4.29 比 22.94 ± 3.73 , 观察组为 16.10 ± 3.19 比 22.62 ± 3.25 ; 情绪反应评分(分): 对照组为 21.82 ± 2.98 比 26.80 ± 3.21 , 观察组为 20.60 ± 2.45 比 26.32 ± 4.32 ; 行为反应评分(分): 对照组为 12.68 ± 1.75 比 15.46 ± 3.18 , 观察组为 11.16 ± 1.98 比 14.90 ± 2.24 ; 心理应激反应评分(分): 对照组为 55.40 ± 4.89 比 69.46 ± 6.28 , 观察组为 50.98 ± 4.68 比 68.08 ± 6.18 , 均 $P < 0.05$], 且干预后观察组各项评分均明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。**结论** 基于 5-SEM 的共情干预方案能缓解 ACI 患者焦虑抑郁和心理应激反应, 改善睡眠质量。

【关键词】 5 步共情模型; 共情干预; 急性脑梗死; 焦虑抑郁; 心理应激反应; 睡眠质量**基金项目:** 浙江省温州市科技局项目(Y2020538)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.06.019

Application of empathy intervention based on 5-step empathetic model in patients with acute cerebral infarction

Huang Xiu, Jin Qinghe, Weng Jie, Wang Aixia

Department of Emergency, the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325088, Zhejiang, China

Corresponding author: Wang Aixia, Email: hxhxx246@163.com

【Abstract】 Objective To evaluate the effect of an empathy intervention program based on 5-step empathetic model (5-SEM) on stress response, anxiety and depression, and sleep quality among patients with acute cerebral infarction. **Methods** The 100 participants were admitted to the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University from November 2022 to April 2023. According to the admission time, they were divided into two groups, with 50 cases in each group. The patients in the control group received normal care, while those in the observation group underwent an empathy intervention program based on 5-SEM. This program includes the establishment of an empathetic intervention team, comprised of physicians, psychologists, head nurses, and nurses with more than 5 years of work experience and a bachelor's degree or higher. The intervention team, based on searches and collation of relevant literature from databases such as CNKI, Wanfang Data, the National Library of Medicine's PubMed database, and the Dutch medical abstracts EMBase database, is responsible for assessing patient conditions. A final draft of the empathetic intervention plan based on the 5-SEM is then formed by the supervising nurse. Nurses in the empathetic intervention team was responsible for implementing the 5-SEM intervention plan. The outcomes were evaluated by Athens insomnia scale (AIS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and stress response questionnaire (SRQ). **Results** After intervention, the scores for sleep quality, anxiety and depression, and stress response in both groups showed a significant decrease compared to pre-intervention [sleep quality scores: control group was 6.74 ± 1.77 vs. 12.08 ± 2.94 , observation group was 4.84 ± 2.04 vs. 11.90 ± 2.80 ; anxiety scores: control group was 7.14 ± 2.20 vs. 8.58 ± 2.38 , observation group was 6.06 ± 2.47 vs. 8.34 ± 2.03 ; depression scores: control group was 7.28 ± 2.12 vs. 8.72 ± 2.34 , observation group was 6.26 ± 2.03 vs. 8.82 ± 2.80 ; physical reaction scores: control group was 17.72 ± 4.29 vs. 22.94 ± 3.73 , observation group was 16.10 ± 3.19 vs. 22.62 ± 3.25 ; emotional reaction scores: control group was 21.82 ± 2.98 vs. 26.80 ± 3.21 , observation group was 20.60 ± 2.45 vs. 26.32 ± 4.32 ; behavioral reaction scores: control group was 12.68 ± 1.75 vs. 15.46 ± 3.18 , observation group was 11.16 ± 1.98 vs. 14.90 ± 2.24 ; stress response scores: control group was 55.40 ± 4.89

vs. 69.46 ± 6.28 , observation group was 50.98 ± 4.68 vs. 68.08 ± 6.18 , all $P < 0.05$], post-intervention, the scores in the observation group were significantly lower than those in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** The empathy intervention program based on the 5-SEM could alleviate anxiety, depression, and stress responses among patients with acute cerebral infarction, while also improving sleep quality.

【Key words】 5 step empathetic model; The empathy intervention; Patients with acute cerebral infarction; Anxiety and depression; Stress response; Sleep quality

Fund program: Wenzhou Science and Technology Bureau Project, Zhejiang Province (Y2020538)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.06.019

急性脑梗死 (acute cerebral infarction, ACI) 是指由于脑供血动脉粥样硬化或血栓形成, 或由于异物沿着血管进入脑动脉或颈动脉, 引起急性脑功能不全或脑组织局部坏死或软化而导致的血管狭窄或闭塞^[1], 对老年人的健康危害极大^[2]。发展中国家 ACI 患者的病死率和致残率高达 75%^[3]。ACI 患者失眠的患病率及心理应激反应水平较高^[4-5], 常伴有焦虑、抑郁等负性情绪^[6]。因此, 有必要进行干预帮助患者改善心理健康状况, 缓解睡眠障碍。共情干预可有效缓解急诊消化道出血患者心理应激反应, 改善心理状态及睡眠质量^[7]。5 步共情模型 (5-step empathetic model, 5-SEM) 是由 Ordit^[8] 在 2022 年提出的, 包括认知、积极倾听、共情评估、重复和最终共情评估, 共情是一种积极有效的人际沟通方式, 通过共情沟通可以鼓励患者分享信息、听从建议和遵循处方治疗, 缩短与患者建立信任和合作所需时间, 促进患者有效地遵循治疗原则。本研究观察基于 5-SEM 干预方案在 ACI 患者睡眠质量、负性情绪和心理应激反应中的应用效果, 从而能为 ACI 患者负性情绪的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象: 选取 2022 年 11 月至 2023 年 4 月本院收治的 100 例 ACI 患者作为研究对象, 按患者住院时间进行分组, 将 2022 年 12 月至 2023 年 1 月收治的 50 例住院患者作为对照组, 2023 年 2 月至 4 月收治的 50 例住院患者作为观察组。

1.1.1 纳入标准: ① 年龄 ≥ 65 岁; ② 符合世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 对 ACI 的定义: 具有突发的局灶性或全面神经功能缺损的临床征象, 经头颅 CT 或磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 检查明确诊断^[9]; ③ 自愿参与并签署知情同意。

1.1.2 排除标准: ① 有精神病史或痴呆症; ② 有严重焦虑抑郁 [焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) ≥ 69 分, 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) ≥ 73 分] 并服用抗抑郁药等; ③ 有短暂性脑缺血; ④ 存在认知障碍无法沟通。

1.1.3 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准, 已获得医院伦理委员会批准 (审批号: LCKY2020-385), 对患者采取的治疗和护理均取得患者或家属知情同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组: 实施常规护理, 入院后遵医嘱给予吸氧并协助患者绝对卧床休息, 密切监测体温、心率等生命体征变化; 确保患者处于舒适体位, 避免转移、推拉等不适刺激, 定时更换体位; 鼓励进食易消化食物, 如小米粥; 增加纤维素摄入量, 避免便秘等发生; 向患者及家属解释用药目的、方法及注意事项; 患者出现不良情绪反应给予语言安慰。

1.2.2 观察组: 在常规护理基础上接受基于 5-SEM 的共情干预方案。具体方案如下: ① 组建干预团队: 成立共情干预方案管理小组, 包括主治医师 1 名, 心理医生 1 名, 主管护师 1 名以及护师 3 名, 均自愿参与本研究, 有 5 年以上工作经验且具有本科及以上学历; ② 方案制订: 以“5-步共情模型”“急性脑梗死”“共情”为中文关键词, 以“5-SEM”“acute cerebral infarction”“empathetic”为英文关键词, 在中国知网、万方数据库、美国国立医学图书馆 PubMed 数据库、荷兰医学文摘 EMBASE 数据库等中英文数据库检索并汇总整理相关文献; 心理医生结合患者情况, 通过观察、心理分析等方式评估患者的共情能力, 在主治医师评估基础上, 根据 5-SEM, 通过小组成员集中修订, 形成基于 5-SEM ACI 患者共情干预方案最终稿 (表 1); ③ 方案实施: 主管护师负责 5-SEM 干预方案的落实, 对 3 名护师进行干预方案的培训, 考核通过后进行干预。住院期间待病情稳定后, 由护师 1 对患者睡眠质量、焦虑抑郁和心理应激反应进行首次评估, 由患者或家属协助填写问卷; 护师 2 对患者实施干预方案; 患者出院前由护师 3 再次评估; 两组患者干预周期均为患者出院前, 2 次问卷发放均全部收回。

1.3 观察指标及方法

1.3.1 睡眠质量: 阿森斯失眠量表 (athens insomnia scale, AIS) 由 Soldatos 等^[10] 基于国际疾病分类-10 (international classification of diseases-10, ICD-10) 失

表 1 基于 5-SEM ACI 患者的共情干预方案

步骤	解释	干预目的	干预内容
认知	确认患者的感受和 需求,让他们 感到被重视	增强患者的信任感	与患者建立联系,让他们感受到被关注和关心;了解患者对当前身体状况的感受和体验;明确患者的主要问题和需求,如询问患者是否有焦虑、抑郁、失眠等不适症状,评估 ACI 导致的情绪状态
积极倾听	听取患者的内心独白,表现出充分理解和关心	增强患者的自我表达和信任感	以积极的态度倾听患者的讲述;使用肢体语言和非语言,如点头、微笑等表达同情和关注;用开放式问题引导患者讲述自己的经历和感受,如“我能理解你现在的感受,这一定很难受。”
共情评估	表达对患者情感和体验的理解和认同,让他们感到被理解和支持	增强患者的自尊心 和情感连接	通过回应患者讲述的内容来表达理解和同情;认同患者的情感和需求;与患者一起制定目标和计划,如“你现在感觉非常焦虑和不安,有这些感觉会很难受。”
重复	确认和巩固患者的 情感体验和需求	强化患者的信任感和感受到被关注的程度	了解患者是否需要额外支持,进一步与患者建立信任,如“你可以继续和我分享你的经历和感受,我会一直在这里支持你。”
最终共情评估	通过再次共情评估,提供更准确和更具针对性的支持和建议	增强患者应对压力的能力	纠正患者的错误认知;提供更精准且个性化的共情支持,如“我想和你一起探讨缓解焦虑和改善睡眠的方法,你觉得如何?”

眠诊断标准编制,自测过去 1 个月内的睡眠质量及失眠情况。共 8 个条目,得分范围 0~3 分,分别代表“无”到“严重”。AIS 总分范围为 0~24 分,得分越高,代表患者的睡眠质量越差。

1.3.2 焦虑抑郁:医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)由 Zigmond 等^[11]编制,用于评估患者的焦虑抑郁程度。共 14 个条目,包括焦虑、抑郁 2 个维度,各条目得分范围 0~3 分,抑郁或焦虑总分为 0~21 分,得分越高,代表患者的焦虑抑郁程度越重。

1.3.3 心理应激反应:心理应激反应问卷(stress response questionnaire, SRQ)由姜乾金^[12]编制,可用于评估个体对于现存应激源的躯体、心理反应。共 28 个条目,包括躯体反应、情绪反应和行为反应 3 个维度以及条目 2(吃得比过去少)和条目 16(抽烟或饮酒增加)。各条目得分范围为 1~5 分,分别代表肯定是(5 分)、肯定不是(1 分),总分范围 28~140 分,得分越高,代表患者心理应激反应程度越高。

1.4 统计学分析:使用 SPSS 24.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例(百分数)表示,组间比较采用 χ^2 检验,组内比较采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料的比较(表 2):两组患者性别、年龄、文化程度等基线资料比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),有可比性。

2.2 两组患者干预前后睡眠质量评分的比较(表 3):干预前两组患者睡眠质量评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后均较干预前明显降低,且以观察组的下降更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 不同护理方法两组 ACI 患者基线资料的比较

组别	例数 (例)	性别〔例(%)〕		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度〔例(%)〕		
		男性	女性		初中及以下	高中/中专	大专及以上学历
对照组	50	25 (50.0)	25 (50.0)	71.46 $\pm$ 4.45	12 (24.0)	19 (38.0)	19 (38.0)
观察组	50	24 (48.0)	26 (52.0)	72.06 $\pm$ 4.65	12 (24.0)	24 (48.0)	14 (28.0)
t/χ^2 值		0.040		-0.658	1.339		
P 值		0.841		0.512	0.512		

表 3 不同护理方法两组 ACI 患者干预前后睡眠质量评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	睡眠质量评分(分)		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	50	12.08 $\pm$ 2.94	6.74 $\pm$ 1.77	12.202	<0.001
观察组	50	11.90 $\pm$ 2.80	4.84 $\pm$ 2.04	14.944	<0.001
t 值		0.313	4.968		
P 值		0.755	<0.001		

2.3 两组患者干预前后焦虑抑郁评分的比较(表 4):干预前两组患者焦虑抑郁评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后均较干预前明显降低,且以观察组的下降更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 不同护理方法两组 ACI 患者干预前后焦虑抑郁评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	焦虑评分(分)		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	50	8.58 $\pm$ 2.38	7.14 $\pm$ 2.20	3.412	0.001
观察组	50	8.34 $\pm$ 2.03	6.06 $\pm$ 2.47	6.014	<0.001
t 值		0.541	2.303		
P 值		0.589	0.023		
组别	例数 (例)	抑郁评分(分)		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	50	8.72 $\pm$ 2.34	7.28 $\pm$ 2.12	3.180	0.003
观察组	50	8.82 $\pm$ 2.80	6.26 $\pm$ 2.03	5.206	<0.001
t 值		-0.193	2.447		
P 值		0.847	0.016		

表 5 不同护理方法两组 ACI 患者干预前后心理应激反应评分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	躯体反应评分(分)		t 值	P 值	情绪反应评分(分)		t 值	P 值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	50	22.94 ± 3.73	17.72 ± 4.29	6.233	<0.001	26.80 ± 3.21	21.82 ± 2.98	7.553	<0.001
观察组	50	22.62 ± 3.25	16.10 ± 3.19	9.441	<0.001	26.32 ± 4.32	20.60 ± 2.45	7.577	<0.001
t 值		0.457	2.140			0.630	2.230		
P 值		0.649	0.035			0.530	0.028		

组别	例数 (例)	行为反应评分(分)		t 值	P 值	心理应激反应评分(分)		t 值	P 值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	50	15.46 ± 3.18	12.68 ± 1.75	5.282	<0.001	69.46 ± 6.28	55.40 ± 4.89	12.394	<0.001
观察组	50	14.90 ± 2.24	11.16 ± 1.98	8.870	<0.001	68.08 ± 6.18	50.98 ± 4.68	14.455	<0.001
t 值		1.017	4.059			1.107	4.611		
P 值		0.312	<0.001			0.271	<0.001		

2.4 两组患者干预前后心理应激反应评分的比较(表 5): 干预前两组患者心理应激反应及各维度得分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$); 干预后均较干预前明显降低, 且以观察组的下降更明显, 差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。

3 讨论

ACI 发病较急, 多需要急诊抢救和护理^[13], 患者短时间内无法适应疾病的发展, 容易引起心理不适及情绪方面的改变, 进而影响睡眠质量^[5]。基于 5-SEM 的共情干预方案可以缓解 ACI 患者的心理应激反应和焦虑抑郁, 改善睡眠质量。

本研究结果显示, 两组干预后睡眠质量和焦虑抑郁评分均较干预前明显降低, 且干预后观察组明显低于对照组。分析原因可能是: 5-SEM 强调建立情感联系和理解对方感受。这种情感联系可减轻患者压力和焦虑, 使人更容易进入放松状态, 进而有助于改善睡眠质量; 其次, 5-SEM 强调积极倾听和反馈, 帮助患者更好地理解自己的情感和需要, 增强情感的自我调节能力, 自我调节能力对于改善睡眠非常重要^[14]; 5-SEM 重视培养自我同情和自我关怀。自我同情可以帮助人们更好地理解自己的需求, 为自己提供足够的照顾和关爱, 减轻压力和焦虑, 有助于改善睡眠质量^[15]。

本研究结果显示, 两组干预后心理应激反应评分均明显低于干预前, 且干预后观察组明显低于对照组。分析原因可能是: 通过 5-SEM 干预可帮助患者更深入地了解他们的压力源, 通过与医护人员深入沟通, 患者可获得社会支持。研究表明, 社会支持可有效减轻患者心理应激反应^[16]。另外, 患者可获得解决问题的能力, 有效地应对压力。研究表明, 提高解决问题的能力, 个人能更主动地应对压力, 调节疾病带来的压力对心理应激反应的影响^[5]。

4 小结

基于 5-SEM 的共情干预方案能有效缓解 ACI 患者的焦虑抑郁和心理应激反应, 改善睡眠质量。护理人员可从共情沟通角度与患者建立情感联系, 帮助其增强应对压力的能力, 减轻因 ACI 引起的不良情绪和心理应激反应, 改善睡眠质量, 从而提高患者的康复率和生活质量。

本研究的局限性为根据患者入院时间分组, 今后研究应设计随机

对照试验减少混杂因素的干扰; 仅纳入 ACI 患者, 缺乏研究对象的多样性, 今后应将该方案应用到其他群体, 检验该方案的外推性。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Regenhardt RW, Das AS, Lo EH, et al. Advances in understanding the pathophysiology of lacunar stroke: a review [J]. JAMA Neurol, 2018, 75 (10): 1273–1281. DOI: 10.1001/jamaneurol.2018.1073.
- [2] Chen L, Han Z, Gu JJ. Early path nursing on neurological function recovery of cerebral infarction [J]. Transl Neurosci, 2019, 10: 160–163. DOI: 10.1515/tnsci-2019-0028.
- [3] Zhou G, Li MH, Tudor G, et al. Remote ischemic conditioning in cerebral diseases and neurointerventional procedures: recent research progress [J]. Front Neurol, 2018, 9: 339. DOI: 10.3389/fneur.2018.00339.
- [4] Baylan S, Griffiths S, Grant N, et al. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: a systematic review and meta-analysis [J]. Sleep Med Rev, 2020, 49: 101222. DOI: 10.1016/j.smrv.2019.101222.
- [5] 秦成, 泮露萍, 陈秋月, 等. 精益管理在卒中中心脑梗死单病种费用控制中的应用研究 [J]. 中华危重病急救医学, 2019, 31 (5): 637–640. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2019.05.023.
- [6] 王洁, 周佩洋, 赛金萍. 护理流程优化对急性脑梗死患者溶栓成功率及抢救时间的影响 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2019, 26 (6): 713–715. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2019.06.020.
- [7] 方闯, 向莉, 李伟, 等. 结构化共情干预对急诊消化道出血患者心理应激反应及睡眠质量的影响 [J]. 武汉大学学报(医学版), 2023, 44 (7): 879–883. DOI: 10.14188/j.1671-8852.2021.0991.
- [8] Ordit T. A 5 step empathetic model (5-SEM) for doctor patient communication [J]. Glob Bioeth Enq J, 2022, 10: 70–74.
- [9] 邵华. 不同生化指标在脑梗死患者中的表达及对神经功能损伤程度和预后的评估价值 [J]. 实用检验医师杂志, 2020, 10 (2): 65–68. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2020.02.001.
- [10] Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens insomnia scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria [J]. J Psychosom Res, 2000, 48 (6): 555–560. DOI: 10.1016/s0022-3999(00)00095-7.
- [11] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale [J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67 (6): 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
- [12] 姜乾金. 医学心理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 75–81.
- [13] 梁钟琴, 吴月峰. 优化急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效果的研究 [J]. 中华全科医学, 2019, 17 (4): 682–685. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000766.
- [14] 董维. 大学生短视频成瘾对睡眠质量的影响: 自我调节和睡眠拖延的链式中介作用 [D]. 长春: 吉林大学, 2022.
- [15] 王芸萍, 朱麟, 杜慧, 等. 自我同情和睡眠质量的关系: 积极和消极情绪与自我控制的中介作用 [J]. 心理科学, 2022, 45 (4): 785–793. DOI: 10.16719/j.cnki.1671-6981.20220403.
- [16] 朱平, 汤洪, 盛逸成. 老年上消化道出血患者心理应激反应与社会支持的探讨 [J]. 心理月刊, 2021 (13): 113–114. DOI: 10.19738/j.cnki.psy.2021.13.050.

(收稿日期: 2023-07-25)

(责任编辑: 邸美仙)