

• 康复护理 •

我国残疾人康复服务领域关键问题确认

邵涵,黄晓彤,许心蕊,王琼,杨晓,吴炳义

摘要:目的 分析当前我国残疾人康复服务领域存在的问题,通过界定关键问题,为政策方案提供解决思路。**方法** 以“卫生系统宏观模型”为框架,检索、评阅涉及我国残疾人康复服务领域的核心期刊论文,形成问题系统;计算各问题的严重性、重要性及优先解决性指数,采用四象限法、变异系数法综合确认关键问题。**结果** 纳入 237 篇核心期刊论文,形成 25 类问题清单;我国残疾人康复服务领域的问题主要集中于结构和过程子模;效果($R=0.178$)、机制问题($R=0.068$)、人力数量($R=0.064$)、技术和知识($R=0.058$)是我国残疾人康复服务领域现存的关键问题。**结论** 我国残疾人康复服务供需不平衡的根源是康复理念及理论研究不足,提示改变残疾人康复意识、完善管理机制以及提高康复人才价值是下一步研究的重点,也是促进康复服务可及性的必要手段。**关键词:**残疾人; 康复服务; 关键问题; 卫生系统宏观模型; 机制问题; 文献分析

中图分类号: R47; R492 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.10.094

Identification of key issues in the field of rehabilitation services for people with disabilities in China Shao Han, Huang Xiaotong, Xu Xinrui, Wang Qiong, Yang Xiao, Wu Bingyi. Nursing School, Weifang Medical University, Weifang 261053, China

Abstract: **Objective** To analyze the current problems in the field of rehabilitation services for persons with disabilities in China, and to provide ideas for policy solutions by defining critical issues. **Methods** Using the "Macro model of health system" as a framework, we searched and reviewed journal papers related to the field of rehabilitation services for persons with disabilities in China, and formed a problem system; we calculated the severity, importance and priority index of each problem, and Use a combination of the four quadrant method and the coefficient of variation method to identify critical issues. **Results** The final inclusion of 237 core journal papers resulted in a list of 25 categories of problems; the problems in the field of rehabilitation services for people with disabilities in China were mainly focused on the structure and process submodules; effectiveness ($R=0.178$), mechanism problems ($R=0.068$), manpower quantity ($R=0.064$), technology and knowledge ($R=0.058$) were the critical existing issues in the field of rehabilitation services for people with disabilities in China. **Conclusion** The root cause of the imbalance between supply and demand of rehabilitation services for the disabled in China is the lack of rehabilitation concepts and theoretical research, which suggests that changing the awareness of rehabilitation among people with disabilities, improving the management mechanism and increasing the value of rehabilitation talents are the next research. It is also a necessary means to promote the accessibility of rehabilitation services.

Key words: disabilities; rehabilitation services; critical issues; Macro model of health system; mechanism problems; literature analysis

残疾是普遍存在的,几乎每个人都可能在生命某个时点经历某种形式的暂时或长期残疾^[1]。全球约有超过 10 亿残疾人,相当于每 7 个人中就有 1 个,其中 80% 生活在发展中国家,我国每年新增残疾人约 200 万,每 16 人中就有 1 名残疾人^[2]。世界各国面临着大量和持续增加的康复服务需求,但现实情况是,很少有国家能为残疾人提供足够的高质量服务^[3]。残疾人在全生命历程中获取康复服务时普遍存在障碍,为确保实现公平可获得的高质量、负担得起的康复服务^[4],我国从“十三五”的“人人享有基本康

复服务”到“十四五”的“提升康复服务质量”,不断提高对康复服务的要求。近些年关于残疾人康复服务的研究成为了多个学科领域关注的重点,但由于信息来源和认知水平的差异,不同研究者对问题的表达形式不同,目前研究无法系统回答我国残疾人康复服务领域存在的 key 问题。因此,本研究以“卫生系统宏观模型”为理论框架,通过科学合理的文献分析,系统地界定出我国残疾人康复服务领域现存的关键问题并探寻问题产生的根源及作用机制,找出直接影响因素和促发因素,以期在全生命周期和全民健康覆盖中满足残疾人日益增长的康复需求,更好地为残疾人及其家庭解决康复服务过程中存在的问题。

1 资料与方法

1.1 资料来源 以中国知网、万方数据、维普中文期刊数据库作为检索平台,检索核心期刊相关论文。检索式为 $SU=“残疾人+残疾患者”AND SU=“康$

作者单位:潍坊医学院护理学院(山东 潍坊)
邵涵:女,硕士在读,学生
通信作者:吴炳义, wuby369@163.com
科研项目:国家社会科学基金一般项目(18BRK013);中国残联研究课题(21&ZC014)
收稿:2022-11-19;修回:2023-02-26

复” AND SU=“问题+现状+评价+缺点+缺陷+弊端+对策+策略+效果+评价”,检索时间从建库至 2021 年 12 月,经反复筛选,排除重复文献以及与研究主题不符合文献,共得到核心期刊论文 237 篇。

1.2 方法

1.2.1 问题库的形成 采用个人独立评阅和课题小组内部讨论相结合的方法,形成文献分析集,并建立文献评阅库。文献评阅库包含文献的基本信息(文献题目、发表时间、期刊名称、第一作者单位级别等),研究问题的摘录(研究问题、问题的覆盖地域、问题涉及的地域范围、研究主要针对的领域、问题的严重性、重要性论述情况与提及程度等)。

1.2.2 关键问题的确认

利用四象限分类法和变异系数法进行关键问题的确认。首先,根据问题严重性指数的归一化指标与我国康复服务领域内各问题同等严重性平均归一化指标的比较来判断问题是否严重,问题是否重要也按上述方法进行判断。然后,以重要性为横轴,以严重性为纵轴,将问题编号分别归入 4 个象限内。最后,采用变异系数法计算问题的优先解决指数,将重要且严重的问题中优先解决指数大于均值的问题界定为关键问题。

1.2.2.1 问题的严重性指数计算 严重性是指问题对社会造成的不良影响以及问题受社会关注的程度,一般通过问题影响的广度和深度计算严重性指数^[5-6]。本研究根据问题的提及频率、研究问题涉及的地域范围、研究者单位级别以及研究主要针对的领域综合计算问题的严重性指数。其中研究问题涉及的地域范围包括全国、省(市)、地(市)、县(区)、乡(镇);研究者单位级别包括国家级、省(市)级、地(市)级、县(区)级、乡(镇)级。研究主要针对领域包括:农村、城市、农村和城市、农村为主涉及城市、城市为主涉及农村。问题*i*的严重性指数计算公式为 $S_i = \sum_n (d_i \times c_i \times l_i)$,其中*n*表示问题*i*的提及次数,*d_i*表示问题*i*涉及的地域范围,*c_i*表示提及问题*i*的研究者单位层次,*l_i*表示问题*i*主要针对的领域^[6]。

1.2.2.2 问题的重要性指数计算 重要性是指问题在实现系统目标过程中的影响力,可以表示问题的主次关系^[6]。依据“三分度评分法”的思路,将问题的重要程度划分为非常重要、比较重要、不重要,并进行相应赋分。问题*i*重要性指数的计算公式 $l_i = \frac{\sum_{n=1}^n 1(v_i)}{n}$,*I_i*表示问题*i*重要程度的平均值,*n*表示提及单个问题的文献数量,*v_i*表示问题*i*的重要程度分值^[7]。

1.2.2.3 问题的优先解决指数计算 问题的严重性和重要性指数是计算优先解决指数的重要指标。本

研究采用变异系数法计算问题的优先解决指数,问题*i*的优先解决指数*R_i*计算公式为 $R_i = I_i W_i + S_i W_s$, $W_i = CV_i / (CV_i + CV_s)$, $W_s = CV_s / (CV_i + CV_s)$,其中*I_i*为重要性指数,*S_i*为严重性指数,*W_i*为重要性指数的权重,*W_s*为严重性指数的权重,*CV_i*为重要性指数的变异系数,*CV_s*为严重性指数的变异系数,变异系数是标准差与均数之比^[8]。

2 结果

2.1 文献的基本信息 本研究纳入的 237 篇核心期刊论文涉及 76 本期刊,发文量排前 3 位的分别是《中国康复理论与实践》(68 篇)、《中国康复医学杂志》(33 篇)、《残疾人研究》(19 篇)。纳入文献的发表时间为 1992~2021 年,年发文量呈现出先上升后下降的趋势。研究对象涉及到各个年龄段的残疾人,其中老年残疾人占 20 篇、儿童残疾人占 9 篇。另外,对于肢体残疾人康复服务研究最多(24 篇),其次为智力残疾(9 篇)、精神残疾(8 篇)、视力残疾(7 篇)、听力残疾(2 篇),其余文献均未具体区分残疾人类型。使用最多的论述方法是定性分析法(97 篇),研究应用了帕森斯的社会行动理论、协同社会治理理论等。

2.2 问题评阅的饱和曲线图 对 237 篇文献进行评阅,汇总问题条目数共 504 条。然后,按照“卫生系统宏观模型”中“子模—概念—指标”对问题进行分类,最终归纳为 25 类问题。运用文献边界分析,绘制出问题的饱和曲线图,当评阅至 96 篇文献时,出现的问题数达到最高点,再次进行评阅时问题的数量不再增加,可以认为我国残疾人康复服务领域收集的问题已经达到饱和状态。见图 1。

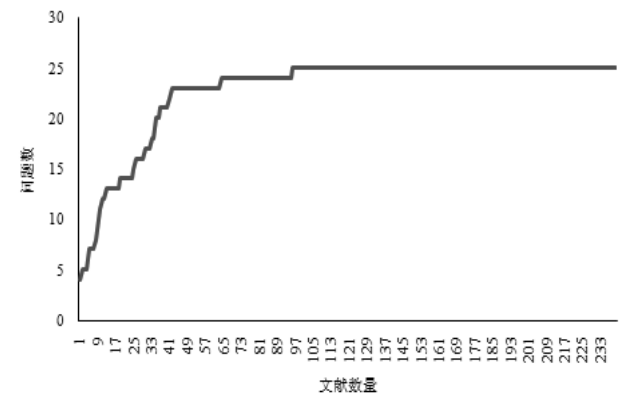


图 1 残疾人康复服务问题评阅饱和曲线

2.3 形成的问题系统 在“卫生系统宏观模型”中,外部子模包括人口需要、经济、政治、文化、环境,内部子模包括结构、过程、系统结果,其中,结构还包括资源、组织、行政。将 25 类问题逐个纳入相应的子模中,最终形成我国残疾人康复服务的问题系统。其中内部子模占 18 个,外部子模占 7 个,在内部子模的 18

个问题中属于结构层面的问题高达 13 个,4 个属于过程层面的问题,仅有 1 个属于结果层面的问题。综上所述,我国残疾人康复服务领域的问题主要集中于结构和过程子模。见表 1。

表 1 我国残疾人康复服务问题系统

类别	问题描述	概念或维度	提及次数
结构-资源	1 康复人力资源数量不足	人力数量	34
	2 康复人力资源学历、服务质量较低	人力质量和质保	15
	3 康复服务机构数量少,缺乏辅助设备	物力之量	16
	4 残疾人康复服务基础设施薄弱,专业设备不够先进	物力之质	22
	5 建设康复机构、开发辅助器具缺乏支持	物力质量保证	2
结构-组织	6 残疾人康复服务管理模式单一,监督机制不健全	管理与监控机制	41
	7 评价制度不够完善,尚未形成统一的准入标准	计划与评价机制	12
	8 残疾人康复服务资金投入不足,尤其是基层资金较为短缺	财务与补偿机制	8
	9 由政府主导、市场运作、社会支持、全民参与的立体网络协调机制不健全	协调与持续机制	18
	10 康复人员工作认可度低;队伍配置不合理,专业康复人才所占比例较少	职业队伍特征	5
	11 我国残疾人康复服务存在地区差异性,康复资源分布、服务发展不均衡	公平性特征	10
	12 残疾人对康复服务的接受度低,康复观念亟待改变	适宜性特征	23
	13 尚有许多项目未列入基本医疗保险的报销范围,现行的医保支付政策不健全	政策工具使用	9
结构-行政过程	14 康复医疗费用负担高,服务覆盖范围小,可及性差	可及性	22
	15 残疾人社会参与不足,获取社会资源困难	伦理问题	14
	16 我国现行的康复服务机制尚未完全形成,自上而下的行动机制容易脱离基层	机制问题	33
	17 目前康复服务存在基层治理困境,服务利用率低	质量保证	6
系统结果	18 康复服务手段单一、能力不足,无法满足残疾人需求	效果	99
人口需要	19 多数残疾人教育水平低、身体状况差、心理问题多	人口需要	50
社会经济	20 康复机构经费匮乏,康复人力资源待遇较低	直接影响	5
	21 经济发展不平衡,残疾人收入水平低,医疗救助力度不平衡	间接影响	12
政治	22 康复服务现行的法律法规泛化,缺乏无缝隙的社会保障制度	间接影响	5
社会文化	23 康复理念宣传不到位,理论研究不够深入、实操技术不够先进	技术和知识	31
	24 社会认可度低,助残意识淡薄,残疾人难以融入社会	社会价值观	10
环境	25 政策环境建设发展不平衡	环境	2

2.4 残疾人康复服务关键问题的界定

2.4.1 问题的严重性、重要性以及优先解决指数的排序 根据公式计算我国残疾人康复服务领域 25 个问题的严重性、重要性以及优先解决性指数,分别进行归一化处理,最后进行排序。结果显示,我国残疾人康复服务问题严重性程度排前 3 位的分别是:效果($S=0.201$)、管理与监控机制($S=0.095$)、人口需要($S=0.084$);重要性程度排前 3 位的问题分别是:间接影响(政治)($I=0.201$)、协调与持续机制($I=0.054$)、质量保证($I=0.050$);优先解决指数排前 3 位的分别是:效果($R=0.178$)、管理与监控机制($R=0.087$)、人口需要($R=0.077$)。

2.4.2 问题的四象限图 根据问题严重性和重要性指数的均值对 25 个问题进行分类,大于均值的为严重(重要)问题,小于均值的为不严重(不重要)问题。然后,以重要性为横轴、严重性为纵轴,将问题编号分别归入 4 个象限。第一象限为重要且严重的问题;第二象限为严重但不重要的问题;第三象限为不重要不严重的问题;第四象限为重要但不严重的问题。本研究 25 类残疾人康复服务问题中属于严重问题的有 8 个、重要性问题有 11 个。见表 2、图 2。

2.4.3 界定的关键问题 根据关键问题的确认原

则,在第一象限(重要且严重的问题)中优先解决指数大于均值的问题属于关键问题,其中优先解决指数居于前 3 位的可以称为焦点问题;另外,有学者认为发掘重要但不严重的问题可以防患于未然,也是政策问题确认的难点^[7-8]。因此,需要随时关注的是第四象限(重要但不严重的问题),其中可能存在潜在的关键问题或焦点问题。综合界定出我国残疾人康复服务的关键问题为:效果($R=0.178$)、机制问题($R=0.068$)、人力数量($R=0.064$)、技术和知识($R=0.058$)。其中,效果、机制问题和人力数量均属于焦点问题。需要随时关注的问题有:协调与持续机制($R=0.036$)、伦理问题($R=0.035$)、社会价值观($R=0.022$)、质量保证($R=0.020$)、财务与补偿机制($R=0.016$)、间接影响(政治)($R=0.015$)、物力质量保证($R=0.012$)。

3 讨论

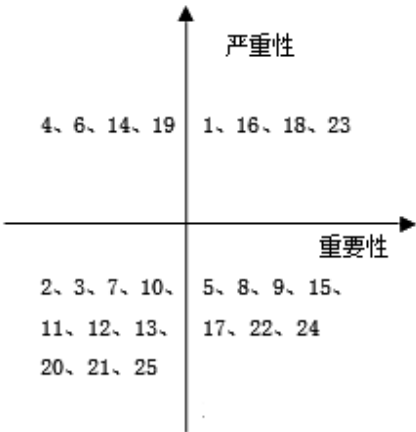
3.1 我国残疾人康复服务的关键问题 一是残疾人康复服务供需不平衡。目前我国康复服务手段单一,多数机构只能提供基本的手法康复和传统中医康复项目,康复工作者的服务能力十分有限^[9-11]。特别是在贫困残疾人救助方面差距明显,很难实现精准应对残疾人的康复需求^[12]。另外,针对具有残疾和年老双重特征的老

年残疾人,现有康复治疗不能完全满足其迫切需求^[13-14]。二是康复服务机制不够健全。我国现行的社会保障体系不健全,针对残疾人的特殊保障手段和救助机制不够完善,全国统一的赔付机制、社会化筹资渠道以及针对性的保障政策尚未完全建立^[15]。同时,康复人才培养机制有待完善。不仅缺乏合理有效的绩效及奖励机制,还存在基层康复专业人员职业取向不明确、岗位待遇较低、晋升机制不完善等问题^[16-17]。三是康复人力资源匮乏。我国现有康复人才较为短缺,主要表现在缺乏高端人才、学科带头人以及兼具预防、社区、职业康复的复合型人才^[18]。另外,基层康复专业技术人员和管理人员更是较为匮乏,尤其是具有康复服务资格的治疗师缺乏最为突出^[19]。因此,目前康复服务人员少、任务重的矛盾日益突显。四是康复服务理论研究不深入、理念宣传不到位。我国目前很少有学者能从功能、内容、评价方式等方面认识康复的内涵,缺少对身心全面康复的研究和实践,如从语言、感知、心理等多方面出发进行的综合性研究^[20]。同时,康复政策的宣传和落实方面差距明显,表明我国康复服务领域存在科普力度不够的问题,特别是农村残疾人对自身的康复需求了解不足^[21]。

表 2 我国残疾人康复服务问题的重要性、严重性
以及优先解决性的排序

问题编号	严重性指数		重要性指数		优先解决指数	
	S_i	排序	I_i	排序	R_i	排序
1	0.067	5	0.044	7	0.064	5
2	0.031	12	0.036	19	0.032	12
3	0.029	13	0.038	14	0.030	13
4	0.045	8	0.037	16	0.044	7
5	0.006	24	0.045	5	0.012	23
6	0.095	2	0.038	13	0.087	2
7	0.026	14	0.038	15	0.027	14
8	0.012	20	0.042	9	0.016	20
9	0.033	11	0.054	2	0.036	9
10	0.011	21	0.030	22	0.014	22
11	0.022	16	0.030	23	0.023	16
12	0.033	10	0.040	12	0.034	11
13	0.022	15	0.037	17	0.024	15
14	0.045	7	0.033	21	0.043	8
15	0.033	9	0.043	8	0.035	10
16	0.073	4	0.040	11	0.068	4
17	0.015	19	0.050	3	0.020	19
18	0.201	1	0.042	10	0.178	1
19	0.084	3	0.037	18	0.077	3
20	0.008	23	0.036	20	0.012	24
21	0.019	17	0.030	24	0.020	18
22	0.009	22	0.055	1	0.015	21
23	0.060	6	0.048	4	0.058	6
24	0.018	18	0.045	6	0.022	17
25	0.004	25	0.030	25	0.008	25

注: S_i 严重性指数; I_i 重要性指数; R_i 优先解决指数。



注:图中数字为问题编号

图 2 我国残疾人康复服务问题严重性和重要性聚类分析象限图

3.2 我国残疾人康复服务关键问题作用机制分析
按照“卫生体系宏观模型”的理论框架,外部子模是问题产生的根源,沿着“结构-过程-结果”的逻辑链影响内部子模间的运行,同时内部子模之间又相互制约^[6]。从外部子模看,当前我国康复服务领域最需要解决的问题是康复理念宣传不到位。从内部子模看,在“结构”子模中我国存在康复人力资源数量少、质量低和队伍配置不合理等问题,当前卫生系统提供康复服务的能力较弱,这与以往研究结果类似^[18]。在“过程”子模中的问题是康复人员提供服务和残疾人获得服务均存在障碍,主要原因是康复政策落实不到位,这可能与我国主张自上而下的行动机制有关^[22]。上述子模相互作用,最终在“结果”子模形成的问题是我国康复服务供需不平衡。因此,导致我国康复服务供需不平衡的根源是康复理念的落后;促发因素是康复人力资源匮乏和康复服务机制不健全。

3.3 我国残疾人康复服务关键问题确认的价值
通过系统收集和评阅我国残疾人康复服务领域的 237 篇核心期刊论文,建立问题评阅库。以问题的重要性、严重性和可解决性作为评价指标,综合计算各个问题的优先解决指数,最终界定出我国残疾人康复服务领域现存的关键问题并进行论证。这些问题具有重要的理论和实践价值:一方面,可以帮助研究者了解我国残疾人康复服务领域面临的问题数量并分析问题间的作用机制,从而把握研究重点、分析潜在热点和研究存在的空白。另一方面,依据关键问题的优先解决顺序,找出目前我国残疾人康复服务政策中存在的问题及其原因,在一定程度上避免政策制定者在该领域产生偏差,从而使关键问题优先进入到政策议程中成为政策问题,为研究者和政策制定者建立起协同努力的发展目标。

按照上述问题作用机制,解决我国康复服务供需

不平衡问题,一是应加大康复服务理念的宣传力度,积极开展康复服务的现场咨询活动;二是鼓励学者进行理论研究,努力提高康复专业人员的技术水平;三是改进康复服务的管理制度,稳步加快康复政策的落实;四是完善康复人才培养机制,提高康复人才的社会地位和工作待遇。另外,由于上述关键问题的直接及间接因素相互影响形成的作用机制错综复杂,针对本研 究 所 得 到 主 要 思 路 和 观 点,依 据 “政 策 制 定 科 学 程 序”,还需要进行定性定量的多重论证,把各种可能性的建议细化为具体可行的量化指标,最终达到标本兼治的目的。

本研究仅基于中文文献进行评阅和分析,存在一定局限性:一方面由于本文关注的是我国残疾人康复服务领域的关键问题,所采用的中文文献数量基本满足研究目标;另一方面是中英文文献的评阅标准不一致,如果将两者混合评阅,很难对评阅结果进行标准化处理。因此,英文文献未纳入本文的评阅范围,后续可单独进行英文文献的评阅研究。

参考文献:

[1] 世界卫生组织. 2014~2021 年全球残疾问题行动计划: 增进所有残疾人的健康[J]. 中国康复理论与实践, 2014, 20(7): 601-610.

[2] 艾诚. 联合国大会关注全球 10 亿残疾人[J]. 中国残疾人, 2013-10-1.

[3] Seelman K D. The World Health Organization/World Bank's first World Report on Disability[J]. Int J Telerehabil, 2011, 203(2): 11-14.

[4] Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030; a call for action"[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2017, 53(2): 155-168.

[5] 陈皓阳, 李翔逸, 闫如玉, 等. 文献分析视角下影响家庭医生签约服务的问题及其严重性研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(7): 789-794.

[6] 郝模. 卫生政策学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 28-59.

[7] 霍大柱, 李程跃, 蔡伟芹, 等. 我国慢性病预防与控制体系

关键问题确认[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(5): 392-396.

[8] 张光鹏. 我国卫生监督职能落实的焦点问题与策略研究[D]. 上海: 复旦大学, 2005.

[9] 李令岭, 刘垚, 敖丽娟. 我国残疾人社区康复存在问题与发展探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(2): 213-216.

[10] 王旦, 冯莺, 黄雪燕, 等. 中医康复护士中医护理能力及培训需求调查[J]. 护理学杂志, 2019, 34(6): 65-68.

[11] 谢家兴, 胡燕利, 魏丽巍, 等. 我国 31 个省市自治区护士康复护理知识态度及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(7): 101-104.

[12] 周沛. “十康复”残疾人精准扶贫模式及其运作路径研究——基于协同治理视角[J]. 社会科学研究, 2017(3): 97-103.

[13] 罗盛, 高航, 王祥, 等. 老年脑卒中患者社区康复护理服务需求及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(4): 74-77.

[14] 徐卫平, 陶太珍, 金海华, 等. “送康复服务上门”服务模式对社区残疾人群康复效果的评价研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(10): 1143-1145.

[15] 张金明, 赵梯尊. 中国残疾人社区康复 30 年回顾与展望[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(11): 1357-1360.

[16] 黎颖强, 张翔, 毛振中, 等. 深圳市残疾人融合康复研究[J]. 中国康复理论与实践, 2014, 20(9): 808-811.

[17] 傅青兰, 方玉飞, 俞德鹏, 等. 残疾人社区康复管理的问题与对策研究[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(6): 563-567.

[18] 陶慧芬, 江传曾, 唐利娟. 中国特色残疾人康复事业发展道路探析[J]. 残疾人研究, 2018(2): 21-29.

[19] 张玲. “医教结合”: 教育康复人才培养的创新路径与对策[J]. 广西师范大学学报(哲学社会科学版), 2016, 52(3): 120-125.

[20] 罗遐, 卜普. 农村残疾人接受康复治疗行为的影响因素研究[J]. 安徽大学学报(哲学社会科学版), 2013, 37(4): 128-134.

[21] 吴世彩. 康复医学的伦理性设定及其实践研究[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(2): 125-130.

[22] 密忠祥, 张金明, 程军, 等. 残疾人社区康复发展中关键问题的探讨[J]. 残疾人研究, 2017(4): 30-34.

(本文编辑 颜巧元)

(上接第 93 页)

[22] 赵雯倩, 李璐璐, 张蒙悦, 等. 术后化疗期乳腺癌患者心理痛苦及其心理僵化相关影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(13): 65-68.

[23] Hamer M, Chida Y, Molloy G J. Psychological distress and cancer mortality[J]. J Psychosom Res, 2009, 66(3): 255-258.

[24] Andersen B L, Rowland J H, Somerfield M R. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer; an American Society of Clinical Oncology Guideline adaptation [J]. J Oncol Pract, 2015, 11(2): 133-134.

[25] Carlson L E, Waller A, Mitchell A J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations[J]. J Clin Oncol, 2012, 30(11): 1160-1177.

[26] Mitchell A J, Lord K, Slattery J, et al. How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? [J]. Cancer, 2012, 118(24): 6260-6269.

[27] Jacobsen P B. Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities[J]. J Clin Oncol, 2007, 25(29): 4526-4527.

[28] Donovan K A, Jacobsen P B. Progress in the implementation of NCCN guidelines for distress management by member institutions[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2013, 11(2): 223-226.

[29] 杜叶会, 裴菊红, 颜辉, 等. 心理痛苦评估工具的研究进展[J]. 护理学杂志, 2021, 36(17): 104-107.

[30] Tang L L, Zhang Y N, Pang Y, et al. Validation and reliability of distress thermometer in Chinese cancer patients[J]. Chin J Cancer Res, 2011, 23(1): 54-58.

(本文编辑 王菊香)