

[35] The World Federation of Music Therapy. Definition of music therapy[EB/OL]. (2011-09-01)[2018-07-02]. <http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQMusicTherapy.html>.

[36] Massaia M, Reano A, Luppi C, et al. Receptive music interventions improve apathy and depression in elderly patients with dementia[J]. *Geriatr Care*, 2018, 4(1): DOI:10.4081/gc.2018.7248.

[37] Goris E D, Ansel K N, Schutte D L. Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia[J]. *J Adv Nurs*, 2016, 72(11):2612-2628.

[38] 葛高琪,王晶晶,齐冲,等. 多感官刺激疗法的临床研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2018, 35(6):51-55.

[39] Sanchez A, Marante-Moar M P, Sarabia C, et al. Multi-sensory stimulation as an intervention strategy for elderly patients with severe dementia: a pilot randomized controlled trial[J]. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 2016, 31(4):341-350.

[40] Staal J A, Sacks A, Matheis R, et al. The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit[J]. *Int J Psychiatry Med*, 2007, 37(4):357-370.

[41] 刘艳存,吴小佳,周同. 团体怀旧疗法对老年痴呆患者影响的 Meta 分析[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(21):4-9.

[42] 李琳,葛兆霞,邓小岚. 怀旧疗法在老年痴呆患者中的应用研究[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(19):1-4.

[43] Inel M A, Simsek N. The effect of reminiscence therapy with internet-based videos on cognitive status and apathy of older people with mild dementia[J]. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2019, 32(2):104-113.

[44] Hsieh C, Chang C, Su S, et al. Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia[J]. *J Exp Clin Med*, 2010, 2(2):72-78.

[45] Manera V, Abrahams S, Aguera-Ortiz L, et al. Recommendations for the nonpharmacological treatment of apathy in brain disorders[J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2020, 28(4):410-420.

[46] Theleritis C, Siarkos K, Politis A A, et al. A systematic review of non-pharmacological treatments for apathy in dementia[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2018, 33(2):e177-e192.

(本文编辑 宋春燕)

决策辅助在痴呆护理中的应用进展

陈园园¹,杨潇潇¹,孟繁洁²

A literature review of decision aids to support decision making in dementia care Chen Yuanyuan, Yang Xiaoxiao, Meng Fanjie

摘要: 总结决策辅助的内涵、内容、开发步骤、质量评价体系以及在痴呆护理中的应用范围、方式、效果,并提出我国痴呆护理决策辅助发展的启示,以期为我国开展相关研究提供借鉴。

关键词: 痴呆; 决策辅助; 护理; 综述文献

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.02.109

痴呆是一种以获得性认知功能损害和精神行为异常为核心的慢性、进行性、不可逆的神经退行性疾病,可大致分为早期、中期、晚期 3 个阶段^[1]。早期痴呆患者主要表现为短期记忆障碍,但仍有独自生活和一定的判断以及决策能力,随着疾病的进展,中晚期痴呆患者将逐渐丧失独立生活和决策能力,完全依赖于照护者^[2]。WHO 调查显示,目前全球大约有 5 000 万痴呆患者,每年新发病例约 1 000 万,据预测,到 2030 年痴呆患者总数将达 8 200 万,到 2050 年将达 1.52 亿^[3]。痴呆已成为全球重大的公共健康问题,给患者家庭及其照护者带来巨大压力,但目前并没有能够治愈痴呆或改变其病程发展的治疗方案^[3]。因此,改善患者生活质量、减轻照护者负担至关重要。

作者单位:天津中医药大学 1. 研究生院 2. 健康科学与工程学院(天津, 301617)
陈园园,女,硕士在读,学生
通信作者:孟繁洁, mfj127@tjutcm.edu.cn
收稿:2020-07-10;修回:2020-09-15

2018NICE《痴呆的评估和管理指南》提出要提供以患者为中心的个性化照护,鼓励痴呆患者阐明自我价值观与照护意愿,让痴呆患者参与到护理决策中,同时为照护者提供支持^[4]。研究表明,痴呆患者参与决策能够提升其幸福感、增加疾病控制感,减轻照顾者负担、降低决策冲突^[5]。决策辅助(Decision Aids)是一种基于证据的结构化工具,旨在帮助患者及其照护者作出符合其价值观和偏好的明智的、审慎的选择^[6]。决策辅助的应用能够促进痴呆患者积极参与决策,践行“以人为本”的护理理念。目前,国外已有较多关于决策辅助在痴呆患者护理中应用的研究,国内尚无相关报道。本研究就国外决策辅助在痴呆患者中应用的现状进行综述,以期为我国开展相关研究提供借鉴。

1 决策辅助概述

1.1 决策辅助的内涵 决策辅助通过向患者和照护者提供个性化的治疗护理选择及相应选择的利弊、结局等相关信息,帮助患者阐明个人价值观与偏好,从

而促使患者和照护者作出高质量的决策^[7]。其通常用于患者因面对多个医疗照护选择而无法确定最佳方案时,或当患者、医务人员、照护者等对医疗照护选择有不同的价值偏好时,目前被广泛应用于疾病筛查(前列腺癌、结肠癌等)、治疗护理方案的选择等方面^[7]。研究表明,决策辅助的应用能够增加患者和照护者对各项治疗、护理方案的利弊以及相应结果的理解,促进患者及照护者参与决策,加强医患沟通,提高决策质量,改善患者生活质量,降低医疗成本决策^[7-8]。

1.2 决策辅助的内容 决策辅助的实施主要通过视频、纸质资料、音频或者网络等传播媒介。它通常包含3个要素^[9]:①提供基于高质量证据的最新临床信息。主要包括疾病相关知识、备选治疗或护理方案的利弊、结果的可能性和不确定性。所呈现的临床信息应客观,不偏向于任何选项,并且足够详细以便患者及照护者能够理解、判断各个备选选项。②帮助患者理清其价值观。通过其他决策辅助的案例帮助患者了解其价值观如何影响决策;也可以通过平衡量表等工具帮助其直接阐明价值观。③引导患者思考,促进患者及照护者与医护人员进行交流。指导患者参与决策的步骤,及其如何向照护者和医护人员传递价值观和个人问题,有助于提高患者沟通的信心和技能。决策辅助是医患互动的辅助工具,患者及照护者可以在临床咨询前独立使用。

1.3 决策辅助的开发步骤 决策辅助的开发主要包括6个步骤^[10-11]。①组建工作小组:工作小组一般包含临床专家、方法学专家和患者。②确定决策需求:研究人员首先应确定需求评估目标并选择有代表性的参与者参与,然后采用问卷、访谈等形式对患者、照护者、医护人员等进行需求评估。③研制工具:决策辅助工具的研制可基于渥太华决策支持框架形成决策辅助的核心要素,然后通过系统的文献检索形成具体内容,并根据用户喜好确定决策辅助的形式。工具的质量评价应遵守国际患者决策辅助协作组织发布的质量评价标准。④测试决策辅助:决策辅助的测试可分为两大阶段。第一阶段主要是患者评估决策辅助是否具有可读性以及临床专家评估其专业性及临床适用性。第二阶段主要是在临床情境测试决策辅助的可行性。⑤修订决策辅助:工作小组根据决策辅助测试结果进行讨论、修订。⑥定稿。

1.4 决策辅助的质量评价 决策辅助的使用可能会对患者的预后、生活质量等产生影响,因此需要严格的质量评价体系。国际患者决策辅助标准(IPDAS)协作组织成立于2003年,该组织致力建立决策辅助质量评价体系,为决策辅助系统的开发、使用、评价提供一整套基于循证医学的框架体系^[12]。它主要从以下几个方面评估决策辅助:①是否提供了足够详细的信息;②提供信息是否客观公正;③是否使用最新的

证据;④是否揭示利益冲突;⑤是否包括澄清价值观和偏好的方法;⑥是否为沟通提供结构化的指导;⑦语言是否简洁明了;⑧内容是否具有针对性;⑨能否帮助使用者根据自身情况和价值观进行权衡,作出有效且正确的决策^[13]。目前该组织已经开发多个质量评测工具,其中IPDASi(v4.0)被认为是决策辅助认证的最低标准,该版本包含合格标准、认证标准、质量标准三大类,共44个条目^[14]。

2 痴呆护理决策辅助

2.1 决策辅助在痴呆患者护理中的应用情境 痴呆患者及其照护者在疾病进展过程中必须作出很多具有挑战性的决策,决策在痴呆护理网络(包括痴呆患者、照护者和医务人员)中具有复杂性的特点。痴呆早期患者仍然有参与决策的能力,其需要阐明自身价值观和治疗护理意愿,并与照护者和医务人员就当前症状以及未来进行规划,如提早退休、财政计划、安全问题等^[15]。随着病情的进展,决策会变得更加有挑战,需要照护者和医务人员结合患者自身价值观和意愿进行代理决策,作出包括临终关怀、治疗选择等决定^[16]。痴呆患者应用决策辅助的情境大致分为三类,即日常生活、治疗护理、临终关怀,以下为具体应用情境。

2.1.1 饮食/喂养方式选择 晚期痴呆患者的一个显著特征是饮食依赖,86%的患者会出现进食问题^[17]。吞咽困难可导致患者出现体质量减轻、脱水或营养不良等问题,并降低其生活质量。照护者在情感上难以作出继续辅助经口进食或考虑使用管饲的决定,并且研究显示他们常常高估管饲的好处^[18]。为了解决这个临床难题,Hanson等^[18]开发了以照护者为中心的视频决策辅助工具,该工具包含有关痴呆症患者进食选择的有用信息以及管饲与经口喂养的优缺点对比;该决策辅助工具还探讨了终生喂养的舒适性问题,并肯定了照护者在决策中的作用。

2.1.2 照护地点选择 目前大多数痴呆患者仍由1名或多名家属进行家庭照护,随着疾病的进展,照护者面临的照护负担与日俱增。这种负担会导致照护者抑郁、焦虑、死亡风险增加,降低护理质量^[19]。将患者交由照护中心照护或选择暂托服务,可减轻照护者的体力及情绪负担。THE GOLD BOOK^[20]是一个专门为减轻澳大利亚痴呆照护者负担而开发的纸质决策辅助工具。共由四部分组成:①详细向照护者介绍不同托管服务的信息以及各种托管服务的优缺点,但不偏向任何一种托管服务模式;②通过指南指导照护者一步步思考哪些因素可能影响其使用托管服务,并引导其对自己的选择变得更加清晰和自信;③展示一些其他照护者使用托管服务的短篇故事,以消除照护者对托管服务的顾虑;④向照护者介绍痴呆症的相关知识并提供照护者压力测试量表和相应的痴呆服务热线。

2.1.3 停止驾驶的决定 许多痴呆患者早期症状并

不明显,可能会在一段时间内被忽视。随着疾病进展,患者安全驾驶能力最终会丧失,然而,许多人在被诊断为痴呆后继续开车^[21]。因此,目前迫切需要协助痴呆患者作出停止驾驶的决定。Carmody 等^[22]针对痴呆驾驶员开发了决策辅助工具,采用不同颜色的字体,配有生动的图片以及各种简洁明了的表格,简短介绍痴呆患者驾驶的安全问题,并对替代交通方式等进行重点介绍。痴呆驾驶者可以通过手册提供的 4 个关键步骤作出决定:明确决策和价值观;决策需求和支持;考虑方案;将自己的决定告知他人。

2.1.4 护理目标选择 痴呆早期患者可以通过与医生、照护者提前探讨他们的护理目标来参与决策,减轻照护者压力,提升生活质量^[2]。中晚期痴呆患者沟通以及思考能力逐渐丧失,并极有可能出现多种危及生命的医疗问题,包括吸入性肺炎、压疮和吞咽困难等,需完全依赖照护者照护^[23]。而针对晚期痴呆患者,其照护者可根据患者意愿并结合实际情况与医生共同作出符合患者需求的高质量决策。Volandes 等^[24]开发 1 个 2 min 的视频决策辅助,该视频通过展示 1 名 80 岁的老年痴呆晚期女性患者和她的两个女儿在养老院的场景,来描述痴呆晚期主要症状以及问题,以帮助痴呆早期患者规划未来。Goals Of Care (GOC)^[25]是一个用于帮助照护者进行决策的视频决策辅助,共 18 min,描述照护者的作用,终末期痴呆患者的预后、可选择的治疗、护理方案及其相应的结果和利弊以及指导照护者确定 5 种治疗方法的选择:心肺复苏、人工喂养、抗生素、医院和临终关怀。

2.2 痴呆患者决策辅助的形式及效果

2.2.1 视频 视频决策辅助具有形象、生动、可视化、直观性强、可传播性强等优势,适用于阅读能力低下的人群。Volandes 等^[24]将视频决策辅助用于早期痴呆患者显示,与那些只听口头描述的患者相比,视频决策辅助组对晚期痴呆症状更加了解,更有可能选择舒适护理作为他们的护理目标,并且更有可能与决策代理人在临终偏好问题上达成一致。

2.2.2 纸质资料 基于纸质资料的决策辅助具有简便、低成本、易获取等优势。它们大部分采用不同颜色、大小的字体,并配有生动的图片以及各种简洁明了的表格,适用于有一定阅读能力的人群。Stirling 等^[26]将 THE GOLD BOOK 应用于 31 名痴呆照护者,与对照组相比,决策辅助组照护者照护负担、决策冲突水平更低。Carmody 等^[22]在 12 例患有痴呆的驾驶者中使用手册形式的决策辅助工具,有效帮助患者作出停止驾驶的决定、减少决策冲突,并且使用者认为该手册简便、易懂。

2.2.3 网络 网站形式的决策辅助提供信息方式多样,可以组合文本、图像、音频和视频等数字媒体,社交网络工具,在线游戏,动画以及其他可以交互和个

性化的功能,具有广大应用前景。Span 等^[27]开发了交互式网络决策辅助,用于促进痴呆护理网络(包括痴呆患者、家属和医务人员)共享决策,有 3 个功能:①聊天,可以方便网络成员之间的交流;②共同决策,能够逐步帮助使用者作出决策;③通过 8 个与痴呆相关的生活领域调查问卷来帮助痴呆患者表达个人观点。结果显示此网络决策辅助的应用能为照护者、患者提供结构化的决策方式,促进照护者、医务人员、患者之间的沟通。

2.2.4 多种形式结合 痴呆患者决策辅助形式多样,每种形式都有各自的优势。因此,使用者需根据自身需求选择合适的形式,必要时可将多种形式结合使用。Snyder 等^[28]将音频和纸质版相结合的视听决策辅助形式用于 255 名晚期痴呆患者照护者,与对照组相比,视听决策辅助组照护者决策冲突水平更低,知识得分更高并更确定经口服喂养方式是最佳护理。Hanson 等^[18]将 GOC 视频和与其内容相同的纸质版联合使用,结果显示,决策辅助能够改善照护者与医护人员之间沟通和提高姑息治疗质量。

3 启示

随着我国人口老龄化的加剧,痴呆发病率和患病率正加速上升^[29],但目前我国缺乏对痴呆患者及其照护者提供支持的策略。因此,决策辅助在我国痴呆患者护理中有着广阔的发展前景。但我国在未来探索和实施过程中需要注意以下几点。

3.1 需要制定符合我国国情的高质量痴呆患者决策辅助 我国痴呆患者决策辅助的制定可以借鉴国外先进经验,但在开发过程中还需要充分考虑国情。与国外推崇个人自主权不同,我国习惯于以家庭为中心的决策模式^[2],多数痴呆患者在家庭由亲人或看护人照护,因此,我国在开发过程中不能过度强调患者决策自主权,要更加侧重于对照护者提供支持与帮助。我国还存在着医护人员工作负荷重,痴呆患者以及照护者健康观念陈旧、缺乏痴呆相关知识的问题^[30],因此在开发过程不仅要追求疾病相关知识介绍全面、简单易懂,还要注重医护人员、照护者、患者使用的便捷性。同时我国决策辅助的研发还必须遵循渥太华决策支持框架,基于最新循证知识,参照决策辅助的质量评价标准,并注重后期维护及更新。

3.2 加强医护人员关于痴呆患者决策辅助应用的培训 医护人员是痴呆患者决策辅助顺利实施的重要保障,但是目前大部分医护人员未接受过相关培训,对痴呆患者决策辅助认识不足,缺乏实施决策辅助的能力。可以通过举办讲座、培训班、比赛等方式,帮助医护人员了解决策辅助的内涵,转变固有观念,引导痴呆患者、照护者积极参与决策,以发挥其在痴呆照护中的作用,践行“以患者为中心”的护理理念。

3.3 拓宽痴呆患者决策辅助应用的形式 目前痴呆患者决策辅助大都采用视频、音频、纸质资料、视听结

合的形式,而网络技术利用不足^[5]。利用网络技术的决策辅助信息容量大、提供信息形式多样、更加直观、互动性强,具有其他方式无可比拟的优势。因此,可以结合微信等平台利用网络技术开发适用于我国的移动应用程序或网站等。

参考文献:

- [1] van der Steen J T, Radbruch L, Hertogh C M, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care[J]. *Palliat Med*, 2014, 28(3): 197-209.
- [2] 王守碧, 陈柳柳, 张江辉, 等. 痴呆患者预立医疗照护计划的研究进展[J]. *医学与哲学*, 2019, 40(11): 26-30.
- [3] World Health Organization. Dementia[EB/OL]. (2019-05-14) [2019-09-21]. <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- [4] 王伟, 高凤乔, 张瀚文, 等. 重视痴呆的诊断和生活质量提高——2018NICE《痴呆的评估和管理指南》解读[J]. *中国全科医学*, 2018, 21(33): 4037-4040.
- [5] Davies N, Schiowitz B, Rait G, et al. Decision aids to support decision-making in dementia care: a systematic review[J]. *Int Psychogeriatr*, 2019, 31(10): 1403-1419.
- [6] O'Connor A M, Fiset V, DeGrasse C, et al. Decision aids for patients considering options affecting cancer outcomes: evidence of efficacy and policy implications[J]. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 1999(25): 67-80.
- [7] Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): CD001431.
- [8] Trenaman L, Stacey D, Bryan S, et al. Decision aids for patients considering total joint replacement: a cost-effectiveness analysis alongside a randomised controlled trial [J]. *Osteoarthritis Cartilage*, 2017, 25(10): 1615-1622.
- [9] O'Connor A M, Llewellyn-Thomas H A, Flood A B. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2004, 23 (Suppl Variation): VAR63-VAR72.
- [10] 史润泽, 郝云霞, 范秀云, 等. 基于 Ottawa 决策支持框架的植入型心律转复除颤器患者决策辅助工具编制[J]. *护理学报*, 2019, 26(5): 35-40.
- [11] 牟玮, 翟静波, 李杰, 等. 中医临床证据的转化策略——决策辅助工具的研制[J]. *世界中医药*, 2017, 12(6): 1261-1267.
- [12] Tian P, Wang T, Wang B H, et al. A review on the International Patient Decision Aid Standards (IPDAS): history, development and application[J]. *TMR Integrat Med*, 2018, 2(3): 121-132.
- [13] Lopez-Olivo M A, Suarez-Almazor M E. Digital patient education and decision aids[J]. *Rheum Dis Clin North Am*, 2019, 45(2): 245-256.
- [14] 杨林宁, 杨艳, 胡嘉乐, 等. 决策辅助工具用于乳腺癌患者的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(2): 110-112, 封3.
- [15] Carmody J, Traynor V, Steele A. Dementia, decision aids and general practice[J]. *Aust Fam Physician*, 2015, 44(5): 307-310.
- [16] Mathew R, Davies N, Manthorpe J, et al. Making decisions at the end of life when caring for a person with dementia: a literature review to explore the potential use of heuristics in difficult decision-making[J]. *BMJ Open*, 2016, 6(7): e10416.
- [17] Mitchell S L, Teno J M, Kiely D K, et al. The clinical course of advanced dementia[J]. *N Engl J Med*, 2009, 361(16): 1529-1538.
- [18] Hanson L C, Carey T S, Caprio A J, et al. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2011, 59(11): 2009-2016.
- [19] Cheng S T. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis[J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2017, 19(9): 64.
- [20] Stirling C, Lloyd B, Vickers J, et al. The GOLD book for carers: guiding options for life with dementia—a respite decision aid[M/OL]. [2020-05-20]. Tasmania: The Print Centre, 2009. <https://eprints.utas.edu.au/22429/1/The%20Gold%20Book.pdf>.
- [21] Carter K, Monaghan S, O'Brien J, et al. Driving and dementia: a clinical decision pathway[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015, 30(2): 210-216.
- [22] Carmody J, Potter J, Lewis K, et al. Development and pilot testing of a decision aid for drivers with dementia [J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2014, 14: 19.
- [23] Xie B, Berkley A S, Kwak J, et al. End-of-life decision making by family caregivers of persons with advanced dementia: a literature review of decision aids[J]. *SAGE Open Med*, 2018, 6: 2105849517.
- [24] Volandes A E, Paasche-Orlow M K, Barry M J, et al. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial[J]. *BMJ*, 2009, 338: b2159.
- [25] Einterz S F, Gilliam R, Lin F C, et al. Development and testing of a decision aid on goals of care for advanced dementia[J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2014, 15(4): 251-255.
- [26] Stirling C, Leggett S, Lloyd B, et al. Decision aids for respite service choices by carers of people with dementia: development and pilot RCT[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2012, 12: 21.
- [27] Span M, Smits C, Jukema J, et al. An interactive web tool for facilitating shared decision-making in dementia-care networks: a field study[J]. *Front Aging Neurosci*, 2015, 7: 128.
- [28] Snyder E A, Caprio A J, Wessell K, et al. Impact of a decision aid on surrogate decision-makers' perceptions of feeding options for patients with dementia[J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2013, 14(2): 114-118.
- [29] Jia J, Wang F, Wei C, et al. The prevalence of dementia in urban and rural areas of China[J]. *Alzheimers Dement*, 2014, 10(1): 1-9.
- [30] 王湘, 邓瑞皎. 老年性痴呆患者护理模式的国内外比较及其启示[J]. *解放军护理杂志*, 2006, 23(1): 44-46.

(本文编辑 宋春燕)

《护理学杂志》稿约

《护理学杂志》是由中华人民共和国教育部主管,华中科技大学同济医学院主办,是国内外公开发行的全国性护理学术期刊。为中国科技核心期刊、《中文核心期刊要目总览》期刊、中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技论文统计源期刊、全国高校优秀科技期刊、湖北最具影响力十大自然科学学术期刊、湖北省精品科技期刊、华中科技大学权威期刊。国际标准开本,半月刊,每月5日、25日出版。

1 办刊宗旨

立足护理科研前沿,及时传递护理学科发展的新动向及新信息,交流护理经验;突出护理学科的科学性、理论性、实用性及创新性;注重理论与实践相结合。以各级护理人员及护理专业院校师生为读者对象。

2 主要栏目

重点关注、专科护理、手术室护理、中医护理、基础护理、护理管理、护理教育、心理护理、健康教育、康复护理、老年护理、社区护理、循证护理、安宁疗护、人文护理、信息化护理、互联网+护理、静脉治疗、药物监护、医院感染、预防保健、饮食与营养、国际视野、论坛、综述、述评等栏目。

3 稿件要求

文稿应具有创新性、科学性、真实性、实用性,内容务求论点明确、论据充分、论证合理、数据准确、逻辑推理正确,文章结构严谨、层次清楚、重点突出、文字精练、图表规范。严禁抄袭。如论文为国家级或省部级及其他级别的科研基金资助项目或攻关课题,请注明科研项目名称及编号;专利则请注明专利号,并将科研课题批文复印件连同论文上传至本刊投稿系统。

3.1 文题 力求简明、醒目,能准确反映文章主题,尽量使用专指性较强的词汇,不宜使用缩略语。中文题名不宜超过20个汉字,英文题名不宜超过10个实词。

3.2 作者署名和单位 作者署名排序按照研究工作参与度和贡献大小排列。同时附第一作者姓名、性别、最高学历、职称、职务、电子邮箱、联系电话;如有通信作者,还应附通信作者姓名及电子邮箱。编排过程中作者署名不应再作改动,确需改动时必须补寄单位证明。

3.3 医学名词 以全国自然科学名词审定委员会审定公布的《医学名词》为准,未审定公布的参照《英汉医学词汇》。汉字的书写以最新版《新华字典》为准。药物名称以最新版《中华人民共和国药典》为准,并参照《药名词汇》。药物名称应使用其学名;药物计量单位请用法定计量单位。

3.4 图表 凡是用文字能表达清楚的内容,尽量不用图和表。采用三线表,注明表序、表题、栏头、栏目、共用单位、数字及表注。表格中不应有空格,未取得数据用“…”表示,未做用“—”表示。插图请用专业制图软件绘制,要求线条清晰;照片要求清晰。若附图引自其他书刊,应标注出处。

3.5 参考文献 参考文献仅限作者阅读过的并与讨论内容相关的近年发表的文献。著录格式执行GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》。书写格式如下。

期刊文献 析出文献主要责任者.析出文献题名[文献类型标识].连续出版物题名;其他题名信息,年,卷(期):起讫页码.示例:

[1] 李运,秦琼,孟爽,等.医学生团体照护服务对养老机构失

能老年人幸福度的影响[J].护理学杂志,2019,34(1):1-4.

[2] Robstad N, Westergren T, Siebler F, et al. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients[J]. J Adv Nurs, 2019, 75(12):3631-3642.

专著 主要责任者.题名;其他题名信息[文献类型标识].其他责任者.版本.出版地:出版者,出版年:引用页码.示例:

[1] 杨艳杰,曹枫林.护理心理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2017:10-12.

[2] Eliopoulos C. Gerontological nursing[M]. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014:71-85.

[3] 泰勒.整形外科学[M].陈策,赵世光,译.北京:人民卫生出版社,2011:30-35.

专著中的析出文献 析出文献主要责任者.析出文献题名[文献类型标识]//专著主要责任者.专著题名;其他题名信息.版本.出版地:出版者,出版年:引用页码.示例:

[1] 孙荣.儿童营养[M]//崔焱.儿科护理学.北京:人民卫生出版社,2002:94-105.

电子文献 主要责任者.题名;其他题名信息[文献类型标识/文献载体标识].出版地:出版者,出版年:引用页码(发布或更新日期)[引用日期].获取和访问路径.示例:

[1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.新型冠状病毒肺炎防控方案(第七版)[S/OL].(2020-09-15)[2020-12-02].<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202009/318683cbfaee4191aee29cd774b19d8d.shtml>.

4 投稿事项

本刊使用稿件远程处理系统(<http://www.hlxxz.com.cn>;<http://www.chmed.net>)接受网上投稿。网上投稿作者,首先登录本刊网站,点击在线投稿,按照提示即可完成投稿过程。作者可随时点击在线查稿,了解稿件的审阅情况。投稿完成后将单位对技术及保密审核的单位介绍信上传至投稿系统,作者单位需负责稿件的真实性和保密性,确保不一稿多投。凡有关稿件事宜,编辑部均与第一作者联系。在稿件审阅期间,如作者欲改投他刊,请及时与本刊联系,如2个月未与作者联系,作者可自行处理稿件。

5 稿件的处理

来稿经初审、复审、终审,决定采用即通知作者,按标准向第一作者收取版面费。收取版面费后作者又要求撤稿的论文,版面费不予退回。若退修稿件1个月作者未按期返回按自动退稿处理,所收取的版面费不予退回。论文刊登前作者会收到版面费发票开具邮件,请仔细阅读邮件内容,根据要求在本刊投稿系统自行开具版面费发票。

依照《著作权法》有关规定,本刊有权对刊用论文进行文字修改和删节。来稿一经录用,作者须亲笔签名“著作权专有权许可使用授权书”并扫描后发送至责任编辑邮箱,作者自愿将所刊载论文的著作权及相关财产权独家转让给《护理学杂志》编辑部。本刊刊登的所有论文,均以纸载体和网络版形式同时出版。论文刊登后,本刊向作者赠阅当期杂志2本。

本刊地址:武汉市解放大道1095号《护理学杂志》编辑部;邮政编码:430030;电话027-83662666;E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn。