



method. The patients in the control group received corresponding conventional drug treatment according to their condition. The patients in the observation group were given comprehensive value-oriented intervention on the basis of conventional treatment in the control group, including general psychological intervention, cognitive intervention, mindfulness therapy and value-oriented therapy; the treatment cycle was 3 months. Before intervention and at 3 months after intervention, the attitudes and measures taken by the elderly patients when they encountered problems in daily life were evaluated by the simplified coping style questionnaire (SCSQ-19), including positive coping dimension and passive coping dimension; the quality of life of patients was evaluated by the World Health Organization's quality of life scale (WHOQOL-BREF), including overall quality of life and physiological function domain, psychological function domain, environment domain and social relation domain; the subjective well-being of the patients was evaluated by the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH), including dimensions of positive affect and negative affect. **Results** There was no significant difference in the scores of positive coping dimension and negative coping dimension of patients in the control group at 3 months of intervention compared with those before intervention ( $P > 0.05$ ); the positive coping dimension score of the patients in the observation group at 3 months of intervention was significantly higher than that before intervention, and the negative coping dimension scores was significantly lower than that before intervention ( $P < 0.05$ ); at 3 months of intervention, the positive coping dimension score of patients in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the negative coping dimension score was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the overall quality of life and physiological function, psychological function, environment domain and social relation domain scores of patients in the control group at 3 months of intervention compared with those before intervention ( $P > 0.05$ ); the overall quality of life and physiological function, psychological function, environment domain and social relation domain scores of patients in the observation group at 3 months of intervention were significantly higher than those before intervention ( $P < 0.05$ ); at 3 months of intervention, the overall quality of life and physiological function, psychological function, environment and social relation domain scores of patients in the observation group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the positive emotion score, negative emotion score and MUNSH total score of patients in the control group at 3 months of intervention compared with those before intervention ( $P > 0.05$ ); the positive emotion score and MUNSH total score of patients in the observation group at 3 months of intervention were significantly higher than those in the control group, and the negative emotion score was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** On the basis of conventional drug therapy, comprehensive value-oriented intervention can help elderly depression patients to cope with depression correctly, and significantly improve their quality of life and subjective well-being.

**Key words:** elderly; depressive disorder; value-oriented; quality of life; subjective well-being

随着人口老龄化问题越来越突出,与之相关的心理疾病逐渐引起全社会的重视。抑郁症是老年人最常见的心理疾病之一,其在老年人中的发病率呈逐年上升趋势<sup>[1-2]</sup>。老年抑郁症患者通常合并躯体疾病,致使其社会功能及活动能力受限,更易出现烦躁、焦虑、压抑、自责等负性情绪,从而进一步影响其心理健康,加重抑郁症状<sup>[3-4]</sup>。老年抑郁症患者经治疗后,抑郁症状虽然能够得到改善,但仍存在多种社会心理易感性,若不能得到有效持续的康复指导,则容易引起抑郁症状反复,影响患者的晚年生活质量和幸福感,严重者还会出现自杀行为,给家庭和社会带来了沉重的精神和经济负担<sup>[5-6]</sup>。因此,对老年抑郁症患者治疗好转后的专业持续康复干预显得尤为重要。价值取向是指基于自己的价值观下,面对或处理各种矛盾、冲突、关系时所持的基本价值立场、价值态度以及所表现出来的行为倾向,对人们行为方式有着深刻的影响,但综合干预应用于临床中的

研究报道较少。本研究旨在探讨价值取向综合干预措施对老年抑郁症患者生活质量及主观幸福感的影响,以期为进一步研究老年抑郁症患者预后改善方面提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2018 年 1 月至 2019 年 9 月新乡医学院第二附属医院收治的老年抑郁症患者为研究对象。病例纳入标准:(1)符合抑郁症的诊断标准<sup>[7]</sup>;(2)入院时汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)<sup>[8]</sup>评分 $\geq 17$ 分;(3)年龄 60 ~ 74 岁;(4)受教育程度为初中及以上且言语交流无障碍;(5)病情稳定,能坚持服用抗抑郁药物维持治疗。排除标准:(1)伴严重躯体性疾病或合并脑器质性疾病者;(2)酒精及药物等滥用者;(3)严重自杀倾向者;(4)不能按医嘱服药者;(5)中途不配合或退出研究者。本研究共纳入老年抑郁症患者 86

例,根据治疗方法将患者分为对照组( $n=42$ )和观察组( $n=44$ )。对照组:男 22 例,女 20 例;年龄 60~74 ( $67.48 \pm 4.45$ ) 岁;病程 1~9 ( $4.74 \pm 1.71$ ) a;受教育程度:初中 17 例,高中及中专 20 例,大专及以上 5 例;婚姻状况:已婚 36 例,丧偶或离异 6 例;居住状况:夫妻同住 33 例,与子女同住 5 例,其他 4 例。观察组:男 24 例,女 20 例;年龄 60~74 ( $65.84 \pm 4.37$ ) 岁;病程 1~9 ( $5.09 \pm 1.64$ ) a;受教育程度:初中 20 例,高中及中专 18 例,大专及以上 6 例;婚姻状况:已婚 37 例,丧偶或离异 7 例;居住状况:夫妻同住 35 例,与子女同住 7 例,其他 2 例。2 组患者的性别、年龄、病程、文化程度、婚姻状况、居住状况比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究获得医院伦理委员会批准,患者及监护人签署书面知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者根据病情接受相应的常规药物治疗。观察组患者在对照组常规治疗基础上进行价值取向综合干预,内容包括:(1)一般性心理干预:以专题讲座、视频录像及现场讲解的形式进行,内容涵盖疾病相关知识教育、居家自我护理方式、兴趣培养及指导、心理疏导下合理宣泄情绪和积极应付逆境、怀旧疗法或亲情连线;干预时间 40~60 min。(2)认知干预:采用心理剧、角色表演和案例教育等形式探讨不良认知和正性认知分别对疾病的影响,客观地认识事件、想法及情绪的关系,重建认知和行为模式,体验通过努力后采取积极应对带来的愉悦感;干预时间 20~30 min。(3)正念治疗:认识正念,帮助患者了解当下的身体状况,指导患者在日常生活中养成正念冥想的习惯,在冥想基础上进行放松练习,并分享训练后感受;干预时间 20~30 min。(4)价值取向治疗:大声说出自己和熟悉的同伴的 5~10 个优点,促进自我肯定;在游戏中通过传递感受、求助、寻找支持、互相合作等方式完成整个活动,提高成就感;以生活化场景为基础,贯穿社交礼仪、交往技巧,提高和谐相处幸福感;精选健康、红色、激人奋进的诗词进行阅读,选一句喜欢并能激励自己的诗句作为座右铭,提高自我认同感,从而建立建设性的价值取向;干预时间 20~30 min。价值取向综合干预共 4 个模块内容,1 周 1 次,治疗周期为 3 个月。

1.3 观察指标

**1.3.1 问题应对态度和措施** 分别于干预前、干预 3 个月时,采用简易应对方式问卷(simplified coping style questionnaire, SCSQ-19)<sup>[9]</sup> 评估患者在日常生活

中遇到问题时所采取的态度和措施,问卷由积极应对和消极应对 2 个维度组成,共 20 个条目,采用 0~3 分 4 级评分法。积极应对维度由条目 1~12 组成,总分为 0~36 分;消极应对维度由条目 13~20 组成,总分为 0~24 分;积极应对维度分值越高、消极应对维度分值越低表示患者在日常生活遇到问题时所采取的态度和措施越好。

**1.3.2 生存质量** 分别于干预前、干预 3 个月时,采用世界卫生组织生存质量测定量表简表(World Health Organization's quality of life scale, WHOQOL-BREF)<sup>[10]</sup> 评估患者的生存质量。WHOQOL-BREF 由世界卫生组织编制,包含总体生存质量及生理功能、心理功能、环境领域和社会关系 4 个领域,得分越高说明患者生存质量越好。

**1.3.3 主观幸福感** 分别于干预前、干预 3 个月时,采用纽芬兰纪念大学幸福度量表(Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness, MUNSH)<sup>[11]</sup> 评价患者的主观幸福感,包含正性情感和负性情感 2 个维度,共 24 个条目,采用 0~2 分 3 级评分法。正性情感量表总分 0~26 分,负性情感量表总分 0~22 分。MUNSH 总分为正性情感总分减去负性情感总分,分值越高表明患者主观幸福感水平越高。

**1.4 质量控制** 本研究干预小组由老年精神科主治及以上医师、防治科医师、精神康复治疗师和护士长各 1 名及老年精神专科护士 5 名组成。干预前,小组成员统一接受相关知识、干预方案和相关量表的测评方法培训,并完成考核。

**1.5 统计学处理** 应用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,两两比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料以例数和百分率表示,两两比较采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 2 组患者 SCSQ 评分比较** 结果见表 1。干预前,2 组患者的积极应对维度、消极应对维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。对照组患者干预 3 个月时的积极应对维度、消极应对维度评分与干预前比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。观察组患者干预 3 个月时的积极应对维度评分显著高于干预前,消极应对维度评分显著低于干预前,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预 3 个月时,观察组患者的积极应对维度评分显著高于对照组,消极应对维度评分显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 2 组患者 SCSQ 评分比较

Tab.1 Comparison of the SCSQ scores of patients between the two groups

组别	n	SCSQ 评分	
		积极应对维度	消极应对维度
对照组	42		
干预前		17.17 ± 6.72	14.02 ± 3.50
干预 3 个月		18.55 ± 5.14	12.76 ± 3.53
观察组	44		
干预前		16.73 ± 3.43	14.11 ± 2.76
干预 3 个月		20.84 ± 4.06 <sup>ab</sup>	10.77 ± 2.46 <sup>ab</sup>

注:与干预前比较<sup>a</sup>*P* < 0.05;与对照组比较<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.2 2 组患者 WHOQOL-BREF 评分比较 结果

表 2 2 组患者 WHOQOL-BREF 评分比较

Tab.2 Comparison of the WHOQOL-BREF scores of patients between the two groups

组别	n	WHOQOL-BREF 评分				
		总体生存质量	生理功能	心理功能	社会关系	环境领域
对照组	42					
干预前		74.64 ± 10.23	12.04 ± 2.22	11.63 ± 2.92	12.19 ± 3.05	12.20 ± 2.16
干预 3 个月		77.36 ± 11.26	12.59 ± 2.16	11.63 ± 2.92	12.57 ± 3.24	12.38 ± 2.56
观察组	44					
干预前		74.45 ± 8.99	11.97 ± 1.77	11.73 ± 2.76	12.30 ± 2.59	12.11 ± 2.30
干预 3 个月		85.00 ± 8.09 <sup>ab</sup>	13.66 ± 1.63 <sup>ab</sup>	14.09 ± 2.47 <sup>ab</sup>	13.91 ± 2.58 <sup>ab</sup>	13.40 ± 2.04 <sup>ab</sup>

注:与干预前比较<sup>a</sup>*P* < 0.05;与对照组比较<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 2 组患者 MUNSH 评分比较 结果见表 3。

干预前,2 组患者的正性情感评分、负性情感评分、MUNSH 总分比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。对照组患者干预前与干预 3 个月的正性情感评分、负性情感评分、MUNSH 总分比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。观察组患者干预 3 个月的正性情感评分、MUNSH 总分均显著高于干预前,负性情感评分显著低于干预前,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。观察组患者干预 3 个月时的正性情感评分、MUNSH 总分显著高于对照组,负性情感评分显著低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 3 2 组患者 MUNSH 评分比较

Tab.3 Comparison of the MUNSH scores of patients between the two groups

组别	n	MUNSH 评分		
		正性情感维度	负性情感维度	总分
对照组	42			
干预前		13.60 ± 3.87	9.19 ± 4.30	4.40 ± 5.84
干预 3 个月		14.10 ± 4.37	8.98 ± 3.61	5.12 ± 6.11
观察组	44			
干预前		13.70 ± 3.52	8.89 ± 3.42	4.82 ± 4.66
干预 3 个月		16.07 ± 4.54 <sup>ab</sup>	6.73 ± 2.91 <sup>ab</sup>	9.34 ± 5.38 <sup>ab</sup>

注:与干预前比较<sup>a</sup>*P* < 0.05;与对照组比较<sup>b</sup>*P* < 0.05。

3 讨论

老年抑郁症患者具有高复发、高致残的特点,严重威胁着患者的身心健康和生活质量。近年来,患有抑郁症的老年人群自杀率呈上升趋势<sup>[12]</sup>。常规

见表 2。干预前,2 组患者的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。对照组患者干预 3 个月时的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分与干预前比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。观察组患者干预 3 个月时的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分均显著高于干预前,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。干预 3 个月时,观察组患者的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分均显著高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

药物治疗在短期内可改善患者的情绪,但对患者行为方面改善不显著。为维持老年抑郁症患者治疗效果,进一步改善其问题应对态度和措施、增强主动行为、提高晚年生活质量和主观幸福感,有必要探索一些行之有效的干预措施。

应对方式是个体面对应激事件及其带来的情绪困扰时所采取的认知和行为策略。积极应对可以通过转变思维、寻求社会支持、主动解决问题等方式来缓解抑郁情绪,而消极应对则会让患者采取压抑、回避、听天由命、自责等方式,甚至以自伤、自杀方式来伤害自己,直接影响到患者生活质量和主观幸福感<sup>[13-14]</sup>。本研究结果显示,观察组患者干预 3 个月时的 SCSQ 积极应对维度评分显著高于干预前,SCSQ 消极应对维度评分显著低于干预前;干预 3 个月时,观察组患者 SCSQ 积极应对维度评分显著高于对照组,SCSQ 消极应对维度评分显著低于对照组;说明本研究所用价值取向综合干预措施能帮助老年抑郁症患者改变应对方式,积极应对生活。价值取向综合干预是从根本上采取措施,根据老年人生理心理特点,给予心理疏导,引导其积极应对自然衰老现象,正确面对自身疾病,并根据个体情况,制定个性化日常生活安排表,鼓励患者主动倾诉、宣泄心中情感,分析所经历的生活事件,并给出参考性建议,解决心理困扰,提高其应激能力。认知不良加重抑郁情绪产生,本研究采用价值取向综合干预措施中的认知干预疗法来帮助患者识别错误的信念,纠

正负性思维,在角色扮演中寻找问题的根源,引导患者采用多种方法解决问题和处理情绪,学会自我调适,从生活化场景训练中真实地感受积极应对方式带来的良性结果和愉悦体验。本研究所采用的价值取向综合干预措施中的正念疗法可帮助患者正确接纳不良情绪,主动进行身心调节,在疾病康复过程中起着良性循环效果。此外,本研究的价值取向综合干预措施还包括价值取向治疗,价值取向治疗是一种短程心理治疗方法,通过让患者主动参与社交活动,从外源性价值感逐渐转向自我价值感,学会以建设性的应对方式去对待生活,发现自己和他人的优点,不仅懂得赞扬他人,还敢于推销自己,使自我价值得到肯定,在面对压力与挫折时更易采取积极的应对方式<sup>[15-16]</sup>。积极的应对方式能增强患者的心理调适能力,对疾病康复起着正性促进作用,与生活质量呈正相关<sup>[17]</sup>。

主观幸福感是个体对自身生活满意度和情感体验的综合认知、判断和评价,是衡量生活质量的重要指标。本研究结果显示,观察组患者干预 3 个月时的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分均显著高于干预前;干预 3 个月时,观察组患者的总体生存质量及生理功能、心理功能、社会关系、环境领域评分均显著高于对照组;观察组患者干预 3 个月的正性情感得分、MUNSH 总分均显著高于干预前,负性情感得分显著低于干预前;观察组患者的正性情感得分、MUNSH 总分显著高于对照组,负性情感得分显著低于对照组;这与罗婧等<sup>[17]</sup>的研究结果相似,表明经过专业团队连续、主动的价值取向综合干预,可显著提高老年抑郁症患者的主观幸福感及生存质量。在价值取向综合干预中帮助老年抑郁症患者增强治疗疾病的决心,知晓生活中不安全因素,提高自理能力,养成健康行为习惯和良好生活方式,能使其保持良好的生理和精神状态,也能降低患者自杀的风险<sup>[18]</sup>。娱乐活动不仅能增强老年抑郁症患者体质,促进手、眼、足的协调锻炼,增强身体灵活性和适应能力,还能愉悦心境、减轻抑郁情绪,也能有效锻炼患者社交能力,使其更好地融入社会、获取归属感。认知干预、正念治疗及价值取向治疗对患者思维、情绪的感知和改变,使其在生理或心理层面保持健康及相对独立,促进身心健康。有研究显示,子女对父母的代际支持不够充分,疏于沟通与陪伴,使其感觉被冷落<sup>[19]</sup>。本研究价值取向综合干预措施中的一般性心理干预包括怀旧疗法或亲情连线邀请家属参与获取亲情支持。怀旧疗法让患者正确对待对子女的情感依赖,感受到亲人对自己的关心和理解,重新认识在家庭中的重要性,家属的

积极参与能有效提升患者的心理素质,使其重获幸福体验。主观幸福感高的老年患者能更客观地对待自己的身体状态,合理规划老年生活。价值取向综合干预涉及到健康科普、行为干预、社交活动、情感交流等内容,兼顾了患者的生理、心理、社会、环境等方面的需求,能有效提高其生活质量和主观幸福感,这与卢柳青<sup>[20]</sup>研究结果相一致。

综上所述,价值取向综合干预措施融合了来自医院、社区、家庭等多方面的支持,从健康知识、生活指导、心理、认知、行为等多方面进行干预,可显著提高患者生活质量和主观幸福感,对老年抑郁症患者院外持续康复管理提供有效参考。本研究不足之处是样本量少,干预周期短,此为以后研究改进的重点。

参考文献:

[1] 李甲森,马文军. 中国中老年人抑郁症状现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2017,33(2):177-181.  
LI J S, MA W J. Prevalence and influencing factors of depression symptom among middleaged and elderly people in China[J]. *Chin Public Health*, 2017, 33(2):177-181.

[2] 王玲. 中国老年抑郁症流行病学研究现状[J]. 临床心身疾病杂志,2016,22(6):121-123.  
WANG L. Present epidemiologic study situation of Chinese senile depression[J]. *J Clin Psychosom Dis*, 2016, 22(6):121-123.

[3] GROVER S, DALLA E, MEHRA A, et al. Physical comorbidity and its impact on symptom profile of depression among elderly patients attending psychiatry services of a tertiary care hospital[J]. *Indian J Psychol Med*, 2017, 39(4):450-456.

[4] LAI F T T, MA T W, HOU W K. Multimorbidity is associated with more subsequent depressive symptoms in three months: a prospective study of community-dwelling adults in Hong Kong[J]. *Int Psychogeriatr*, 2019, 31(9):1367-1371.

[5] VOROS V, FEKETE S, TENYI T, et al. Untreated depressive symptoms significantly worsen quality of life in old age and may lead to the misdiagnosis of dementia: a cross-sectional study[J]. *Ann Gen Psychiatry*, 2020;19:52.

[6] ARSLANOGLU E, BANERJEE S, PANTELIDES J, et al. Negative emotions and the course of depression during psychotherapy in suicidal older adults with depression and cognitive impairment. [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2019, 27(12):1287-1295.

[7] 郝伟,于欣. 精神病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2013:115-116.  
HAO W, YU X. Psychiatry (7<sup>th</sup> Edition) [M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2013;115-116.

[8] PARK S C, J ANG E Y, KIM J M, et al. Clinical validation of the psychotic depression assessment scale, hamilton depression rating scale-6, and brief psychiatric rating scale-5: results from the clinical research center for depression study[J]. *Psychiatry Investig*, 2017, 14(5):568-576.

[9] 朱宇航,郭继志,罗盛,等. 简易应对方式问卷在老年人群体中的修订及信效度检验[J]. 中国卫生统计,2016,33(4):660-664.

ZHU Y H, GUO J Z, LUO S, *et al.* Revision and reliability and validity of the simplified coping style questionnaire in the elderly population[J]. *Chin J Health Statist*, 2016, 33(4):660-664.

[10] SKEVINGTON S M, LOTFY M O, CONNELL K A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial; a report from the WHOQOL group[J]. *Qual Life Res*, 2004, 13(2):299-310.

[11] 戴晓阳. 常用心理评估量表手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2014:226-231.

DAI X Y. Handbook of common psychological assessment scales [M]. Beijing: People's Military Medical Press, 2014:226-231.

[12] FASSBERG M M, VANAELST B, JONSON M, *et al.* Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: from old to very old age in the Gothenburg H70 birth cohort studies[J]. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2019, 29:e26.

[13] 苏苗苗, 谢雯. 抑郁症患者总体幸福感与社会支持和应对方式的相关性[J]. 四川精神卫生, 2020, 33(2):146-149.

SU M M, XIE W. Correlation between general well-being, social support and coping style of patients with depression[J]. *Sichuan Mental Health*, 2020, 33(2):146-149.

[14] 韩俊霞. 基于积极心理学理论的阳性强化行为护理对抑郁症患者应对方式及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(18):138-140.

HAN J X. Effects of positive reinforcement behavioral nursing on coping style and quality of life in patients with depression based on positive psychological theory [J]. *Nurs Res Pract*, 2017, 14(18):138-140.

[15] 王长虹, 高昶. 突发应急事件公众心理应对指南系列丛书 [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2021:57-78.

WANG C H, GAO C. A series of books on public psychological coping guidelines for emergencies [M]. Beijing: China Medical Electronic Audio and Video Publishing House, 2021:57-78.

[16] LAIRD K T, LAVRETSKY H, PAHOLPAK P, *et al.* Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression[J]. *Int Psychogeriatr*, 2019, 31(2):193-202.

[17] 罗婧, 刘瑶, 罗玉茹, 等. 医养结合照护模式对老年人健康相关生存质量影响的 Meta 分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(17):2075-2083.

LUO J, LIU Y, LUO Y R, *et al.* The effect of elderly care and medical services integration model on quality of life in elderly people: a meta-analysis [J]. *Chin Gen Pract*, 2019, 22(17):2075-2083.

[18] 蔡利强, 游亚凤, 魏丽丽, 等. 老年抑郁症患者自杀观念与多导睡眠图参数的相关性分析[J]. 浙江大学学报(医学版), 2020, 49(4):462-467.

CAI L Q, YOU Y F, WEI L L, *et al.* Correlation between suicidal ideation and polysomnography parameters in late-life depression patients[J]. *J Zhejiang Univ (Med Sci)*, 2020, 49(4):462-467.

[19] 周坚, 何梦玲. 代际支持对老年人生活满意度的影响——基于 CLHLS2014 年数据的实证分析[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(7):1730-1734.

ZHOU J, HE M L. The effect of intergenerational support on life satisfaction of the elderly: an empirical analysis based on CLHLS 2014 data[J]. *Chin J Geront*, 2019, 39(7):1730-1734.

[20] 卢柳青. 首发抑郁症患者幸福指数和社会支持及生活质量的相关性[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(20):119-121.

LU L Q. Correlation between happiness index and social support and quality of life in first-episode depressive patients[J]. *Nurs Res Pract*, 2017, 14(20):119-121.

( 本文编辑: 郭 潇 )

## 发表学术论文“五不准”

中国科协、教育部、科技部、卫生计生委、中科院、工程院、自然科学基金会联合印发《发表学术论文“五不准”》(科协发组字[2015]98号,2015年11月23日)

1. 不准由“第三方”代写论文。科技工作者应自己完成论文撰写,坚决抵制“第三方”提供论文代写服务。
2. 不准由“第三方”代投论文。科技工作者应学习、掌握学术期刊投稿程序,亲自完成提交论文、回应评审意见的全过程,坚决抵制“第三方”提供论文代投服务。
3. 不准由“第三方”对论文内容进行修改。论文作者委托“第三方”进行论文语言润色,应基于作者完成的论文原稿,且仅限于对语言表达方式的完善,坚决抵制以语言润色的名义修改论文的实质内容。
4. 不准提供虚假同行评审人信息。科技工作者在学术期刊发表论文如需推荐同行评审人,应确保所提供的评审人姓名、联系方式等信息真实可靠,坚决抵制同行评审环节的任何弄虚作假行为。
5. 不准违反论文署名规范。所有论文署名作者应事先审阅并同意署名发表论文,并对论文内容负有知情同意的责任;论文起草人必须事先征求署名作者对论文全文的意见并征得其署名同意。论文署名的每一位作者都必须对论文有实质性学术贡献,坚决抵制无实质性学术贡献者在论文上署名。

本“五不准”中所述“第三方”指除作者和期刊以外的任何机构和个人;“论文代写”指论文署名作者未亲自完成论文撰写而由他人代理的行为;“论文代投”指论文署名作者未亲自完成提交论文、回应评审意见等全过程而由他人代理的行为。