

全程健康教育对人工耳蜗植入儿童 听觉功能、心理状态的影响

张雅婷¹, 陈惠¹, 曾识¹, 刘静²

【摘要】 目的:探讨全程健康教育对人工耳蜗植入儿童听觉功能、心理状态的影响。方法:选取人工耳蜗植入儿童102例,参照随机数字表法分为对照组与研究组,每组51例。对照组施以常规健康教育,研究组施以全程健康教育,比较2组听觉功能、心理状态、生活质量及依从性。结果:随访6个月,研究组儿童的听觉功能评分、生活质量评分均高于对照组($P < 0.05$),心理状态评分低于对照组($P < 0.05$),研究组儿童的总依从率高于对照组($P < 0.05$)。结论:全程健康教育可增强人工耳蜗植入儿童治疗依从性,改善心理状态,提升其听觉功能及生活质量。

【关键词】 全程健康教育;人工耳蜗植入;听觉功能;心理状态;生活质量

【中图分类号】 R49;R493;R762 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2026.05.010

The impact of comprehensive health education on the auditory function and psychological state of children with cochlear implants

Zhang Yating¹, Chen Hui¹, Zeng Zhi¹, Liu Jing²

1. Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Chengdu Third People's Hospital, Chengdu 610000, China; 2. Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Leshan People's Hospital

【Abstract】 **Objective:** To explore the impact of continuous health education on auditory function and psychological status in children with cochlear implants. **Methods:** A total of 102 children who underwent cochlear implantation were selected and divided into a control group and a study group according to a random number table method, with 51 cases in each group. The control group received routine health education, while the study group received comprehensive health education. The auditory function, psychological status, quality of life, and compliance of the two groups were compared. **Results:** At the 6-month follow-up, the auditory function scores of children in the study group were higher than those in the reference group ($P < 0.05$); the psychological status scores of children in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$); the quality of life scores of children in the study group were higher than those in the reference group ($P < 0.05$); the overall compliance rate of children in the study group was higher than that of the reference group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Comprehensive health education can enhance treatment adherence in children with cochlear implants, improve their psychological well-being, and enhance their auditory function and quality of life.

【Key words】 comprehensive health education; cochlear implant; auditory function; psychological status; quality of life

人工耳蜗植入术是治疗重度或极重度感音神经性耳聋的首选方案,也是此类患儿实现听觉功能重建的唯一有效手段,该技术通过将声学信号转化为电信号刺激残存听觉神经,帮助患儿恢复部分听觉功能^[1-3]。然而,人工耳蜗尚无法完全替代正常耳蜗功能,其获取的听觉信息仍存在一定局限性。研究表明,术后强化健康教育,进行系统的言语康复训练对改善听力水平

至关重要,但常规健康教育模式存在一定局限性,如未能充分考虑患儿的个体化需求、缺乏有效的出院后随访指导体系、干预措施连续性不足等,这些因素将影响患儿治疗依从性和最终康复效果^[4-5]。这一现象在儿童群体中尤为突出,由于儿童存在理解能力有限、易产生术后抗拒心理,加之其好动、模仿力强但专注力差的行为特点,常规健康教育往往难以达到预期效果^[6-7]。为此,我院创新性地组建多学科协作团队,实施涵盖入院、住院、出院及院外长期随访的全周期阶段性健康教育方案,通过多元化干预手段,在提高儿童治疗依从性的同时,显著提升听觉功能恢复效果。现将具体实施方案报告如下。

基金项目:四川省卫生健康科研课题普及项目(19PJ213)

收稿日期:2025-01-01

作者单位:1. 成都市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科,成都 610000; 2. 乐山市人民医院耳鼻咽喉科

作者简介:张雅婷(1995-),女,主管护师,主要从事耳鼻咽喉头颈外科的研究。

通讯作者:陈惠,904145005@qq.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究样本量选取依据公式 $n1 = n2 = 2 \times [(t_{\alpha/2} + t_{\beta}) \times s / \delta]^2$, 参考既往研究将研究组干预后症状自评量表(symptom checklist 90, SCL-90)评分设置为(137.53±16.30)分、对照组为(149.21±15.75)分, 据此计算出组间差值 $\delta = 11.68$ 、合并标准差 $s = 16.02$, 设定 $\alpha = 0.05$ 、 $\beta = 0.1$, 计算得出 $n = 40$, 考虑到 20% 的潜在失访率, 结合本院实际情况, 每组纳入 51 例样本。收集 2022 年 2 月~2024 年 12 月成都市第三人民医院和乐山市人民医院耳鼻咽喉头颈外科人工耳蜗植入儿童为研究对象 102 例。入选标准: 双侧极重度感音神经性耳聋; 年龄范围 6~12 周岁; 听力损失持续时间超过 12 个月; 符合 2013 版《人工耳蜗植入工作指南》规定的手术适应证^[8]; 监护人签署知情同意书。排除标准: 存在显著内耳结构畸形; 确诊脑部发育异常; 近期(1 年内)遭遇重大心理应激事件; 合并智力发育迟缓; 伴有听神经系统病变; 随访资料不完整或中途脱落病例。本研究获取成都市第三人民医院伦理委员会审查(2022-Y0114.1)。本研究纳入 102 例人工耳蜗植入儿童, 参照随机数字表法分为对照组和研究组各 51 例, 符合样本量统计需求。2 组一般资料比较差异无统计学意义。见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

组别	n	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	性别(例, %)		参加语言康复学校 (例, %)	
				男	女	参加	未参加
研究组	51	9.22±1.24	3.98±1.21	26(50.98)	25(49.02)	8(15.69)	43(84.31)
对照组	51	9.18±1.21	4.01±1.29	24(47.06)	27(52.94)	7(13.73)	44(86.27)
t/χ^2		0.165	0.121	0.157		0.078	
P		0.869	0.904	0.692		0.780	

1.2 方法

1.2.1 对照组 施以常规围手术期健康教育: 向儿童及家长讲解手术流程、术后注意事项及康复要点; 在术前及术后提供心理疏导, 缓解儿童及家长的焦虑情绪; 指导儿童适应人工耳蜗, 培养正确的听觉康复习惯; 定期安排复诊, 监测听力恢复情况。教育方式以口头宣教为主, 单次干预时间不固定。

1.2.2 研究组 在对照组基础上施以全程健康教育: 成立人工耳蜗植入多学科健康教育团队, 成员包括 1 名科室主任、1 名护士长、2 名临床医师及 5 名专科护士。所有团队成员均需完成人工耳蜗植入专项培训, 确保干预的专业性。团队采用层级管理模式: 科室主任担任总负责人负责整体质量控制, 护士长作为执行组长负责统筹协调团队工作, 医师负责制定个性化治疗方案并解答患儿疑问, 专科护士则负责儿童及家长的全程健康宣教, 重点加强儿童家庭随访管理和护患

沟通优化。①入院后健康教育: 入院第 1 天, 为帮助儿童适应环境, 由责任护士开展卡通角色引导式宣教, 利用患儿喜爱的卡通形象介绍病区环境, 如进行病区导览卡通探索游戏, 在护士站设置米奇医生卡通立牌, 治疗室门口张贴汪汪队消毒卫士卡通海报, 走廊地面设置超级飞侠导航脚印, 每完成一个区域探索, 奖励对应卡通徽章贴纸。入院第 2~4 天, 通过定制卡通版检查流程图协助完成听力学(“会唱歌的派大星”声音敏感度测试游戏)、影像学(播放“小猪佩奇做检查”动画短片)等检查, 全套检查完成后奖励对应卡通徽章贴纸。②术前健康教育: 发放卡通插图版“人工耳蜗小勇士”术前健康宣教手册(含感音性耳聋原因、手术流程卡通图解、术前准备清单等)、播放健康教育互动视频(含 3D 动画演示手术原理, 重点讲解手术工作原理、意义及人工耳蜗植入后可能产生的不良影响), 术前由护理人员与患儿进行个体化互动, 通过玩具互动、情景模拟等游戏化干预手段与儿童建立信任关系, 允许患儿携带指定安抚玩偶进入术前准备区, 以确保患儿以良好的情绪配合手术治疗。③术后健康教育: 采用“康复知识连连看”互动游戏形式, 将人工耳蜗植入手术相关知识、心理健康指导、用药规范及听觉康复训练等内容融入其中。护理人员根据患儿游戏中的连线匹配情况, 实施个性化健康教育。采用情绪天气可视化系统, 晴天=愉快/平静、雨天=悲伤/低落、雷电=愤怒/急躁、彩虹=惊喜/兴奋、雾天=困惑/不安, 记录每日心情变化生成“情绪天气图”, 指导患儿通过深呼吸游戏平息情绪雷电、正念练习驱散迷雾、收集快乐碎片重建心情花园; 采用“卡通姿势模仿”游戏设计进行康复体位指导, 通过“用药管家”小程序制定用药提醒(选择患儿喜欢的卡通角色语音), 定制“听力小英雄”闯关游戏进行声音反应训练, 指导家长观察儿童术后对不同声源的敏感度变化, 如识别动物叫声、环境音, 辨别简单词汇和短句, 通过游戏化训练模式, 逐步建立听力障碍儿童的听觉语言认知体系; ④出院健康教育: 对家长进行设备使用与维护培训, 发放设备保养日历, 用于记录每日/周/月维护情况, 发放故障处理手册, 帮助解决设备使用中常见问题; 基于人工耳蜗植入术后语言康复标准, 为每位儿童设计定制化听觉言语训练方案, 开发“人工耳蜗小卫士”系列互动小程序, 根据患儿听力水平、语言基础, 推荐合适的语言训练游戏模块, 如词语冒险岛(词汇积累)、句子建筑师(语法训练)、对话小超人(情景模拟)等, 生成阶段性训练目标; 借助微信平台实施卡通伙伴远程随访计划, 每周 1 次, 共随访 6 个月, 家长可将儿童训练视频分享至平台, 对于训练存在的问题, 由虚拟卡通医生进行在线指导; 每月举行 1 次

家长培训会,团队成员收集患儿本月高频问题研讨解决方案,同时邀请康复训练动作达标、阶段进步较快的患儿家长分享成功案例,强化家庭康复支持。

1.3 评定标准 2组患儿分别于入院当天及出院后6个月,进行以下评估:①采用听觉整合问卷(meaningful auditory integration scale, MAIS)测评听觉功能,问卷包括信心(2项)、警觉(4项)、意义(4项),每项0~4分,得分越高,听觉功能越好^[9]。②使用Nijmegen人工耳蜗植入量表(Nijmegen cochlear implantation questionnaire, NCIQ)测评生活质量,涵盖生理(30项)、心理(10项)和社会功能(20项),各项1~5分,各维度均采用百分制,评分越高生活质量越佳^[10]。③参照SCL-90测评心理状态,该量表包含90个条目,涵盖强迫症状、抑郁、焦虑及躯体化等10个心理维度,总分范围90~450分,评分越低,心理社会适应能力状况越好^[11]。④依从性:主动配合治疗护理纳入完全依从,经安抚后配合纳入部分依从,持续抗拒需强制约束纳入不依从,总依从率=完全依从率+部分依从率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采取配对 t 检验,计数资料以例(%)表示, χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组干预前后MAIS评分比较 干预前,2组信心、警觉、意义评分比较差异无统计学意义;随访6个月,2组各项评分均升高,且研究组高于对照组($P < 0.01$)。见表2。

2.2 2组干预前后NCIQ评分比较 干预前,2组生理、心理、社会功能评分比较差异无统计学意义;随访6个月,2组各项评分均升高,且研究组高于对照组

($P < 0.01$)。见表3。

2.3 2组干预前后SCL-90评分比较 干预前,2组SCL-90评分比较差异无统计学意义;随访6个月,2组SCL-90评分均降低,且研究组低于对照组($P < 0.01$)。见表4。

表4 2组干预前后SCL-90评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	干预前	随访6个月	t	P
研究组	51	215.20±31.17	127.88±18.31	17.250	<0.001
对照组	51	219.48±30.59	169.56±20.22	9.722	<0.001
t		0.700	10.912		
P		0.486	<0.001		

2.4 2组依从性比较 研究组总依从率94.12%高于对照组78.43%($P < 0.05$)。见表5。

表5 2组依从性比较 例(%)

组别	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
研究组	51	29(56.86)	19(37.25)	3(5.88)	48(94.12)
对照组	51	17(33.33)	23(45.10)	11(21.57)	40(78.43)
χ^2					5.299
P					0.021

3 讨论

统计数据显示,截至2013年,我国听力障碍人群总数超2000万,其中儿童约200万,给患儿家庭带来显著心理压力和经济损失^[12-13]。遗传性耳聋尚无根治手段,多数患儿依赖助听器或人工耳蜗重建听觉功能,全球已有逾30万例人工耳蜗植入患儿重获听力,但术后仍需长期、系统的言语康复训练,且效果受训练方法及家庭支持等因素影响^[14-15]。因此,针对人工耳蜗植入术儿童的特点开展系统化、个性化的健康教育,以提升康复效果,已成为当前医疗领域亟待解决的关键问题。

全程健康教育是一种基于人文关怀理念的创新型干预模式,其核心特征包括双向互动、多维度健康知识

表2 2组干预前后MAIS评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	信心				警觉				意义			
		干预前	随访6个月	t	P	干预前	随访6个月	t	P	干预前	随访6个月	t	P
研究组	51	4.14±0.80	5.82±0.97	9.542	<0.001	6.95±1.12	12.74±1.35	23.573	<0.001	6.37±1.05	11.85±1.26	23.861	<0.001
对照组	51	4.09±0.85	4.94±0.93	4.818	<0.001	7.07±1.16	10.08±1.24	12.659	<0.001	6.45±1.09	9.50±1.34	12.610	<0.001
t		0.306	4.677			0.531	10.363			0.377	9.124		
P		0.760	<0.001			0.596	<0.001			0.707	<0.001		

表3 2组干预前后NCIQ评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	生理功能				心理功能				社会功能			
		干预前	随访6个月	t	P	干预前	随访6个月	t	P	干预前	随访6个月	t	P
研究组	51	49.85±7.60	67.54±8.22	11.285	<0.001	45.71±6.38	69.32±8.14	16.303	<0.001	45.17±6.39	61.12±6.83	12.178	<0.001
对照组	51	50.47±7.44	59.14±9.20	5.233	<0.001	44.96±6.52	57.68±7.09	9.431	<0.001	45.95±6.44	53.79±7.08	5.850	<0.001
t		0.416	4.862			0.587	7.701			0.614	5.321		
P		0.678	<0.001			0.558	<0.001			0.541	<0.001		

覆盖和全程化干预等,能够有效提升患儿及照护者的健康认知水平,并促进健康行为的形成^[16-18]。彭婷^[19]的研究指出,术后延续性健康教育的不足是影响人工耳蜗植入儿童言语表达能力的重要因素。李洁等^[20]的研究同样表明,突发性耳聋患儿对诊疗方案和护理要点的认知水平将直接影响其听觉功能的康复进程。本研究的6个月随访数据显示,研究组听觉功能评分、总依从率均显著高于对照组,这一结果进一步证实,全程健康教育能够提高人工耳蜗植入儿童依从性,促进听觉功能康复。分析其原因,全程健康教育通过系统化的康复知识体系构建,包括术前借助“人工耳蜗小勇士”健康宣教手册和健康教育互动视频讲解感音性耳聋原因、手术流程、人工耳蜗植入后不良反应等,术后设计“康复知识连连看”游戏强调遵医用药、听觉训练相关知识,向家长讲解人工耳蜗设备维护方法,每月开展1次家长培训会,强化家庭康复支持,使儿童及家长能够更科学地参与康复过程,减少因认知不足导致的错误行为,同时邀请康复成效良好的患儿家长分享经验,增强坚持训练的动机,提高儿童依从性,促进听觉功能恢复。此外,本研究设计的全程健康教育6个月随访周期精准覆盖人工耳蜗适应关键期,推动短期行为向长期习惯转化,有效弥补延续性教育断层,突破“效果平台期”瓶颈。既往研究显示,听力障碍青少年心理健康水平普遍低于全国青少年平均水平,因此针对这一群体开展心理干预具有重要的现实意义^[21]。本研究6个月的随访结果显示,接受全程健康教育的研究组生活质量评分显著优于对照组,同时其SCL-90评分较低,表明该干预措施有助于优化人工耳蜗植入患儿的心理健康状况并提升其整体生活质量。赵斐斐等^[22]研究发现,应用心理干预结合常规言语训练及健康教育可提高听力障碍青少年生活质量,促进其身心健康发展,与本研究结果相似。究其原因,本研究在全程健康教育中创新引入情绪管理模块,依托情绪天气可视化系统生成个性化“情绪天气图”,帮助医护与家长直观、及时掌握儿童心理波动,基于评估结果实施针对性干预,如深呼吸游戏平息情绪雷电、正念练习驱散情绪迷雾,有效缓解负面情绪。每周更新的“情绪天气图”便于团队动态识别情绪变化趋势与潜在心理问题,保障心理支持的及时性与精准性,这恰是传统健康教育的薄弱环节。同时,通过系统化听觉康复训练改善生理功能,依托情绪可视化管理优化心理状态,强化家庭—社会支持体系促进社会功能发展,实现生理康复与心理社会适应的协同提升,显著改善人工耳蜗植入儿童生活质量。

综上,全程健康教育可提高人工耳蜗植入儿童治

疗依从性,提升听觉功能,改善心理状态及生活质量。但本研究存在样本量有限、部分指标主观性强等局限,结论有待扩大样本、引入更客观量化指标进一步验证。同时,护理干预措施亦需系统优化。此外,为推动听力康复专业化、规范化发展,后续研究建议如下,健全康复技术操作规范,科学界定各阶段核心干预要点与质控标准;构建涵盖听觉功能、心理状态及社会适应能力的多维康复效果评价体系,提升评估全面性与敏感性;优化全流程服务模式,强化家长教育与心理支持机制,实现专业服务与家庭照护有机协同。通过推进操作标准化、评估精细化与服务衔接一体化,持续提升康复服务质量,并深入探讨全程健康教育模式的长期效果与可持续价值,切实增强研究成果的科学性、实用性与临床指导意义。

【参考文献】

- [1] Shin TJ, Totten DJ, Tucker BJ, et al. Cochlear implant electrode misplacement: a case series and contemporary review[J]. *Otol Neurotol*, 2022, 43(5): 547-558.
- [2] 于杰, 赵杨, 田旭, 等. 人工耳蜗植入手术入路及机器人人工耳蜗通道钻制进展[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2022, 57(11): 1363-1367.
- [3] Lam CM, Cornwall HL, Chaudhry A, et al. Cochlear implant outcomes in patients with otosclerosis: a systematic review[J]. *Otol Neurotol*, 2022, 43(7): 734-741.
- [4] 孔颖, 张李芳, 陆思萌, 等. 听神经发育不良儿童人工耳蜗植入术后听觉言语能力发展规律及特点[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2023, 31(2): 117-121.
- [5] Okuba T, Lystad RP, Boisvert I, et al. Health service use, health outcomes and treatment costs of adults with a cochlear implant: a retrospective cohort study[J]. *BMC Public Health*, 2025, 25(1): 1695.
- [6] 冯清源, 曹永茂, 陶泽璋. 家庭支持力度与听障儿童康复效果相关性的研究进展[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2024, 32(2): 172-175.
- [7] Homans NC, Vroegop JL, Pauw RJ, et al. Effectiveness of 3D animation tools in patient education on cochlear implantation[J]. *Am J Otolaryngol*, 2025, 46(5): 104653.
- [8] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会, 中国残疾人康复协会听力语言康复专业委员会. 人工耳蜗植入工作指南(2013)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2014, 49(2): 89-95.
- [9] 胡瑞瑶, 欧雪雁. 听障儿童术前听觉意识与术后听觉康复效果的相关性研究[J]. *中国听力语言康复科学杂志*, 2017, 15(6): 475-477.
- [10] 董瑞娟, 刘博, 彭晓霞, 等. Nijmegen 人工耳蜗植入量表中文版信度和效度评价[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010, 45(10): 818-823.
- [11] Xu YJ, Wang Q, Su L, et al. Analysis of scores of SCL-90 of patients with traumatic subdural effusion[J]. *Journal of forensic medicine*, 2020, 36(2): 223-228.

- [12] 杨焯,高珺岩,姜耀锋,等.人工耳蜗植入儿童听觉效果的远期获益[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2023,37(3):197-200,205.
- [13] 许欣然,孙家强,管锐瑞,等.基于事件相关电位评估语前聋儿童人工耳蜗植入者的早期语音加工能力[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2024,59(7):705-713.
- [14] Caragli V, Luppi L, Tegmeyer NC, et al. Cochlear implant challenges in children with ichthyosis: a systematic review[J]. Genes (Basel), 2025, 16(2):129.
- [15] Büchner A. App-basierte anpassung des cochlea-implantats durch den patienten empowering patients through app-based cochlear implant self-adjustment[J]. HNO, 2025, 73(2):83-94.
- [16] 周子濡,卞俊.全程健康教育对人工耳蜗植入儿童的康复效果分析[J].中国听力语言康复科学杂志,2023,21(2):192-195.
- [17] 赵晓燕,骆雪,马洪升.日归手术患者健康教育全程管理模式初探[J].华西医学,2024,39(2):275-278.
- [18] 吴永珍,吴晓燕,叶荣,等.健康教育对糖尿病患者康复的疗效[J].中国康复,2012,27(3):225-226.
- [19] 彭婷.人工耳蜗术后患儿听觉言语发育影响因素[J].护理实践与研究,2022,19(19):2854-2859.
- [20] 李洁,伍群丽,刘威,等.个体化全程健康教育对突发性聋伴糖尿病患者血糖及听力预后的影响[J].听力学及言语疾病杂志,2021,29(3):307-311.
- [21] 梁瑞,马珊,张智凤.听力障碍青少年情绪与心理行为的关系:基于内隐态度的中介效应分析[J].全科护理,2023,21(14):1891-1894.
- [22] 赵斐斐,赵静,徐檬,等.听力障碍青少年治疗过程心理干预对患儿语言能力恢复和心境状态的影响[J].现代生物医学进展,2022,22(5):900-904.

作者·读者·编者

关于启用“科技期刊学术不端文献检测系统”的公告

为杜绝学术不端行为,净化学术研究环境,提高本刊刊登论文的质量,禁止抄袭、伪造、剽窃、不当署名、一稿多投等学术不端行为在本刊出现,本编辑部已从2012年1月正式启用“科技期刊学术不端文献检测系统”对投稿到本刊的论文进行检测。

学术不端行为是指:

- ① 抄袭剽窃他人成果。在论文、研究报告、著作等科研成果中抄袭剽窃他人的实验数据、图表分析甚至大段的文字描述。
- ② 伪造篡改实验数据。在实验数据、图表分析中,随意编造数据或有选择性地采用数据证明自己的论点。
- ③ 随意侵占他人科研成果。利用职权在自己并无贡献的论文或成果上署名,把他人科研成果据为己有;将通过会议、评审等过程获得的特殊信息和思想随意传播;在论文被录用或成果获奖后任意修改作者排序和著作权单位;为论文顺利发表或成果获奖私自署上知名科学家名字;为完成科研任务或求得职称晋升,无关的同事、同学、亲友间相互挂名。
- ④ 重复发表论文。论文一稿两投甚至一稿多投;将某一刊物已发表的文章原封不动或改头换面后重新投到另一刊物;将国外刊物以外文形式发表的论文以中文作为原创性论文在国内发表而不注明。
- ⑤ 学术论文质量降低和育人不负责任。部分学者为提高论文数量,将可用一篇完整论文发表的科研成果分为多篇投稿,降低论文质量并破坏研究工作的系统性、完整性;论文发表中引用文献注释不明确;部分教授为完成科研任务招收几十名甚至上百名研究生为自己工作、挂名发表大量论文,而无法全面有效教育培养研究生,使研究生素质大面积滑坡,这些情况造成科研资源包括生产资料资源、智力资源的极大浪费。
- ⑥ 学术评审和项目申报中突出个人利益。
- ⑦ 过分追求名利,助长浮躁之风。

“科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)”以《中国学术文献网络出版总库》为全文比对数据库,可检索多种形式的学术不端文献。该系统检测文献后自动生成检测结果报告,包括①重合文字来源文献信息:系统详细列出重合文字来源文献信息,这些文献都是真实存在、公开发表或得到发表确认的;②比对信息:检测文献和来源文献的详细比对信息;③检测指标:该指标体系从多个角度对检测文献中的文字复制情况进行描述;④诊断类型:系统根据指标参数及其他元数据相关信息,自动给出一个预判的诊断类型;⑤检测报告:检测系统自动生成一个检测报告单,详细列出检测文献的学术不端行为检测情况;最后生成终审报告。

本刊已正式启用该系统对所有来稿进行检索,进一步严格执行编辑初审制度,一旦发现学术不端行为的稿件,将实行初审退稿制,并做出相应处理。

感谢各位作者及专家对我刊的大力支持,期待您的投稿!