

年将上升至疾病总负担的 1/4^[2]。

实际上,大部分属于轻度的心理疾病患者,只要通过积极的心理调适就能得到缓解。但是,目前,我国对于轻度心理疾病相应的心理健康救助体系还不完善,在日常生活中难以满足人们对于心理健康保健的需求。有研究表明,我国到 2007 年才在卫生部疾病预防控制局设立了精神卫生处,大多数省(市)自治区没有专门的精神卫生领导机构,仅有少数发达地区开展了社区心理健康服务;同时,心理健康服务资源分布极不平衡,2006 年底,我国共有精神卫生专业机构 1 124 家,大多分布在东部地区和城市。全国有 37 个地市(主要分布在西部)近 1/3 的国土面积上没有精神卫生机构,4 190 万人口在所在地区找不到心理健康服务人员^[3]。

因此,如何使人们心理更加健康、如何使心理学更好地为公众服务,缓解人们日益加剧的心理问题,日渐成为政府部门、研究机构以及相关学者探讨的问题。本研究试图引入心理健康素养这一概念及其评价体系,借鉴国际各国为提高心理健康素养、促进心理健康采取的各种措施,为提高中国公众尤其是弱势群体的心理健康素养提出相关的意见和建议。

1 国外对公众心理健康素养的研究

心理健康问题不仅仅关系到人们健康的生活,还关系到社会稳定、和谐。因此,如何缓解人们的心理压力、减少心理疾病的发生率则是政府与学术界需要关心的问题。有专家指出,如果公众具有较高的心理健康素养,那么他将会更早地认识心理问题并且更容易采取适当的干预措施,以减少和缓解心理问题。

“心理健康素养”(Mental Health Literacy)

这一概念于 1997 年由澳大利亚国立大学心理健康研究中心的焦尔姆教授(Anthony F. Jorm)根据“健康素养”的概念延伸出来的。世界卫生组织(WHO)认为健康素养代表人的认知和社会技能,这些技能决定了个体具有动机和能力去获取和理解、利用健康信息,并通过这些途径能够促进和维护健康^[4]。

焦尔姆教授根据这一定义拓展和延伸出“心理健康素养”的概念。他认为,心理健康素养可以理解为人们认识、处理和预防心理问题的相关知识和观点的能力。心理健康素养包括识别特定心理问题的能力、如何获取心理健康信息、认识心理问题产生的原因的能力、自我治疗和专业帮助的知识的获取能力和人们对于心理问题的态度等方面^[5]。

澳大利亚统计局在 1995 年 8 月开始了关于评估人口心理健康素养的调查,并且作为人口调查监测的一部分。该调查是一个覆盖澳大利亚全国的抽样入户调查,主要包括城市和农村地区(不包括人烟稀少的地区),以结构性访谈为主。调查区分了专业人士和非专业人士,关于他们对心理健康素养各项指标的理解情况进行了比较。访谈是通过向被访者出示一个有心理问题的人的描述卡片,来进行情景进入的。卡片上对于心理问题患者的描述是以美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版(DSM-IV)和国际疾病分类第 10 版(ICD-10)诊断为抑郁症(案例描述 1: vignette1^①)和精神分裂症(案例描述 2: vignette2^②)的临床特征为根据的。给一部分被调查者展示案例 1,给另一部分被调查者展示案例 2。被访者理解案例上所描述的内容之后,访员开始结构性访谈。通过结构性访谈的问题来测度心理健康素养的指标,见表 1。

①约翰/玛丽,30 岁。近几个星期来他/她觉得非常难过和悲伤,总是感觉到累,几乎每晚都有失眠。他/她不想吃饭,而且体重也下降了。上班时难以将精神集中在工作上,并且难以做出决定,甚至于日常工作也应付不了。这引起了她/他的领导的注意。

②约翰/玛丽,24 岁。他/她与父母一起生活,上完学后做过几次短工,但现在没有工作。过去的 6 个月他/她不再见朋友,并开始把自己锁在卧室里,拒绝与家人一起吃饭,也不洗澡。晚上他/她的父母上床后听见他/她在卧室里走来走去,虽然知道他/她是一个人,但听见他/她在喊叫和争吵,就好像有人在他/她房间里。父母鼓励他/她活跃点,约翰/玛丽小声说,他/她不能离开房间,因为他们的邻居正在监视他/她。他/她的父母知道他/她不吸毒。

表1 心理健康素养评估指标与对应的测度问题

心理问题的识别能力	你能说说约翰或者玛丽有什么问题吗?
心理问题解决方法	你觉得帮助约翰或者玛丽最好的办法是什么呢?
对于解决心理问题的人的认识	各种能够获取帮助的人(每类人员对解决心理问题是否有益、有害或既无益也无害)
对于解决心理问题方法的认识	各种可能的解决方法(每种解决心理问题的方法是否有益、有害,或既无益也无害)
对于心理治疗后的认识	对于预后的知识
心理问题产生原因的认识	心理问题产生原因
对于心理问题的态度	对于心理问题的偏见与歧视

目前,澳大利亚、加拿大、日本等国以及一些发展中国家关于心理健康素养的评价指标体系都是基于焦尔姆关于“心理健康素养”的定义和指标,再结合本国国情制定相应的测量工具,进行大规模的心理健康素养调查研究,了解本国国民的心理健康素养情况,并针对具体问题提出相应的解决措施^[6]。

2 中国对公众心理健康素养的研究

由于国际上关于心理健康素养的概念是从健康素养的概念引申而来,因此,笔者试图从中国健康素养的研究中探索关于心理健康素养的研究。2008年1月中国卫生部发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》公告^[1]。公告界定公民健康素养包括基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能三方面,一共有66条。但是,通过对卫生部组织专家编写的《中国公民健康素养——基本知识与技能释义》^①的考查发现健康素养的66条中仅有3条涉及到心理健康方面^②,从中可见在我国的政策层面上对于公众健康素养的关注主要集中在生理健康方面,而对心理健康的关注还有待于加强。

2008年,卫生部根据《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》公告内容建立了中国公众健康素养评价体系,形成中国

公众健康素养调查问卷,从而在全国范围内进行了中国居民健康素养调查,于2009年形成首次中国居民健康素养调查报告。报告中只在第一部分“基本知识与理念”中的“心理卫生”这一项指标涉及到健康素养的心理健康方面。通过3个问题,即“每个人一生的各个阶段中都会遇到心理卫生问题”、“心理健康与人际关系有很大的关系”和“心理问题不算病,没必要去看医生”,测度公众对心理卫生的理解情况。调查结果显示,中国公众对心理卫生的正确理解率为40.57%。由此可见,该项全国调查中关于心理健康素养的研究还处于公众对心理健康的理解的认知程度上。

目前,我国学术界有学者将心理健康素养理解为精神卫生认识能力或精神健康素养,指公众具备的对精神卫生的认识、管理和预防的知识^[7]。近年来,上海、西安、河北、厦门等城市,在《中国精神卫生工作规划(2002—2010年)》(以下简称《规划》)的指标和卫生部组织制定的《精神卫生工作指标调查评估方案》的指导下,对各地公众的心理健康知识知晓情况进行调查,试图为进一步有针对性地开展宣传教育、普及精神卫生知识提供依据^[8]。通过相关研究发现,我国学术界对于心理健康素养的研究主要还集中在对心理健康知识知晓率的研究上,而对于心理健康素养的内涵的理解还需

①为全面落实公告的基本精神和各项要求,充分发挥医疗卫生系统在推行健康素养基本知识与技能工作中的骨干作用,卫生部组织专家编写了《中国公民健康素养——基本知识与技能释义》,对健康素养的66条内容分别作了简明扼要的阐释。

②第1条,健康不仅仅是没有疾病或虚弱,而且是身体、心理和社会适应的完好状态;第3条,健康生活方式主要包括合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡4个方面;第21条,应该重视和维护心理健康,遇到心理问题时应主动寻求帮助。

要有深刻的认识。因为,心理健康素养作为人们认识、处理和预防心理问题的相关知识和观点的能力,不仅仅只包含人们对于知识方面的了解,还需要包含其他的方面。

心理健康素养作为健康素养的一个主要方面,是心理学向公众普及和促进公众心理健康的重要基础。因此,了解和掌握我国公民心理健康素养的情况,有助于制定和完善我国的心理健康保健制度,及早及时地针对公众采取有效的干预措施,预防和缓解公众的心理健康问题,从而促进中国公众身心的健康发展。但是,目前我国对心理健康素养还没有明确的定义以及符合我国国情的心理健康素养评估体系。

3 构建公众心理健康素养体系

根据以上对于心理健康素养体系的分析和理解,笔者试图结合国内外相关调查与研究,对我国心理健康素养体系的构建做出探索性研究。本研究沿用焦尔姆教授对心理健康素养的定义,即人们认识、处理和预防心理问题的相关知识和观点的能力。结合我国公民健康素养所包括的三方面内容——基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能,可以将心理健康素养理解为三个维度,即人们所掌握的心理健康相关知识、科学解决心理问题的方法、公众对心理问题的认识。

心理健康知识了解程度,包括对心理健康基础知识的掌握程度、对心理问题的识别程度。当人们受到心理问题困扰的时候,常常处于一种非正常的状态,而对于这种状态的识别人们往往根据自身的经验或者知识体系作为评判标准。人们掌握了一定的心理健康相关的基础知识,就很容易识别出自己存在的问题是否属于心理问题,甚至是心理问题中哪一种具体问题,比如抑郁。人们具备了对心理问题的自我察觉能力,就容易找到缓解这种问题的相应的方法。

科学解决心理问题的方法,主要包括专业求助和自我帮助两种。专业求助是指,人们在意识到自己产生心理问题之后,向心理健康服

务机构或者心理专家寻求专业有效的心理干预措施,例如了解心理健康相关的信息与知识、心理咨询或心理治疗等。自我帮助则是指,人们通过自身的努力获取心理健康相关的信息,并且采取一些能够促进心理健康的心理调节手段,例如进行娱乐活动、通过倾诉的方法缓解压力等自我调节的方法。

公众对心理问题的认识,包括对心理问题的产生原因的认识以及人们对心理问题的态度。这一指标在人们识别心理问题和寻求心理帮助等方面都有很大的影响^[9]。如果人们对于产生心理问题原因有所了解,那么追本溯源,通过解决产生心理问题的根源,就会缓解心理问题所带来的不良状态。比如,人们发现由于工作方面带来的巨大压力而产生一些心理问题,那么他就可以通过改善工作情况来减少自己所受到的心理方面的困扰。当前中国社会文化中,人们对心理疾病的看法普遍存在偏见。在当前社会中,提到心理疾病,人们往往想到的就是重度的精神疾病,在日常生活中将这些人称为“疯子”,具有歧视含义。因此,即使有些人意识到自己的问题属于心理问题,他们也不倾向于采用科学的解决方式,以免周围的人将他们也归于传统意义上的心理疾病患者。其次,人们对于精神卫生机构的职能了解有限,目前对其的理解还处于对重症心理疾病患者的治疗功能上;进行过心理治疗或者心理咨询的人,在社会中很容易被其他人认为存在严重的心理疾病。因此,人们对心理问题的认识也影响人们采取科学的解决心理问题的方法。

研究中:根据国内对心理健康知晓率的研究形成量表,测量公众掌握心理健康素养基本知识情况;结合焦尔姆的心理健康评估方法,运用案例1对抑郁状态的描述将被访者带入情景,从而测度人们对心理问题的识别能力、产生心理问题原因的认识以及采取的相应的解决方法;根据《卫生部办公厅印发精神卫生工作指标调查评估方案》以及相关研究中关于心理问题态度的测量制定态度量表,测量公众对心理问题的态度情况。

4 公众心理健康素养的实证研究

笔者将以上指标量化为调查问卷,对北京家政服务员这一心理问题高危群体进行小样本的案例研究,试图为我国心理健康素养的实证研究做探索性调查。家政服务员作为城市外来务工人员的主要群体之一,巨大的城乡生活差异给她们造成极大的心理冲击。另一方面,由于家政服务行业的特殊性,务工者需要参与到城市家庭的日常生活中,生活空间与工作空间的重合,使她们承受的心理压力比其他行业的从业者的压力大很多。因此,笔者选取城市中这群急需舒解心理压力的群体作为研究对象,考查其心理健康素养情况,为心理健康素养体系的完善给出数据支持。

2011年11月到12月,笔者在北京市爱依家政培训学校,通过抽样对82名家政服务员进行心理健康素养调查。受访者均为女性;平均年龄为41岁,主要来自甘肃、黑龙江、河南、河北、山东、山西、四川等地的农村妇女和城市下岗女工;文化程度近半数处于初中学历,1/4高中学历,教育水平偏低。

4.1 心理健康知识了解程度,包括对心理健康基本知识的掌握、对心理问题的识别程度,以及对心理问题的归因

4.1.1 家政服务员对心理健康基本知识的掌握

如图1数据显示,被访者普遍比较关心心理健康方面的话题,并且80.0%以上的人认为心理障碍是可以治愈的,心理障碍普遍性接受度较高(男女老少都可能产生心理障碍),达到80.0%;但是对于健康和心理健康含义的理解不够准确,只有不到30.0%的被访者能够回答正确。该群体对心理健康日、精神专科医院以及免费心理咨询热线的知晓率普遍较低,这显示出人们对于专业的求助途径了解不多。

4.1.2 对心理问题的识别程度

向被访者展示选定的案例,并通过“你认为张三的主要问题是什么”以及“他的问题可能是什么”两个问题,测量被访者对心理问题的识别能力。第一个问题主要考查被访者是否能够区分心理问题与其他方面的问题,第二个问题考查被访者对具体心理问题的识别能力。从表2中可见,有61.0%的被访者认为案例描述的人存在心理问题,这说明大部分人是能够区分心理问题与生理问题的,但是仍然有11.0%和14.6%的人认为案例描述的人是生理问题。对于具体心理问题的认识,只有32.9%的被访者能够识别出案例描述的是抑郁状态的特征,有近2/3的人不能识别出具体的心理问题。

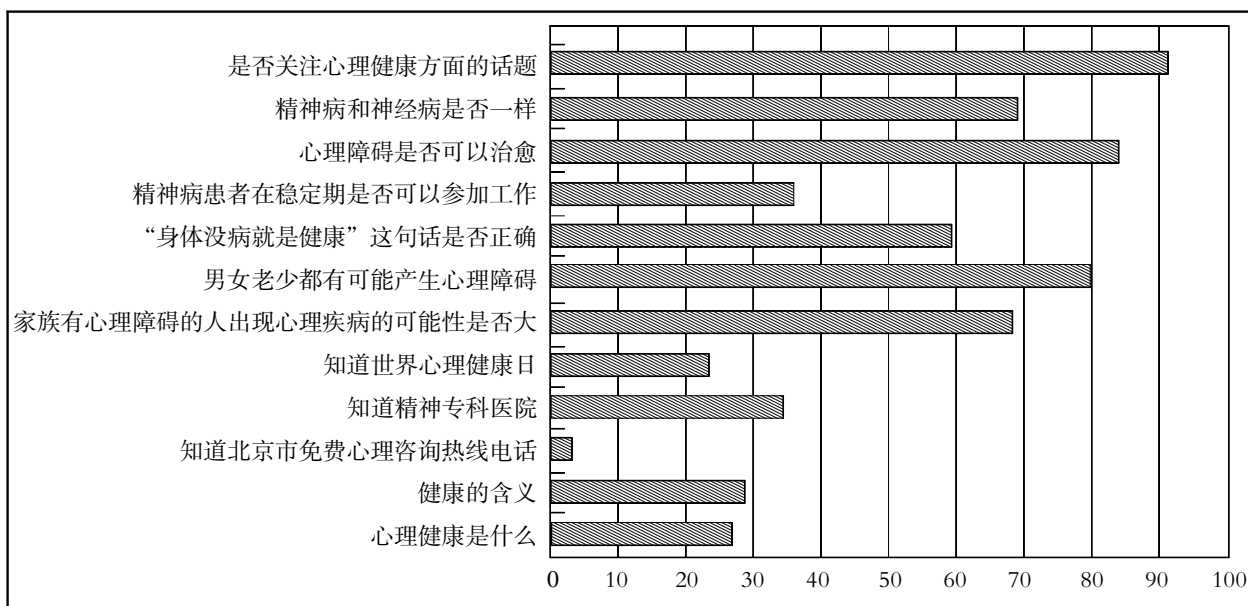


图1 北京家政服务人员心理健康知识了解程度图 (%)

表2 心理问题识别与具体心理问题识别

是否是心理问题			具体心理问题		
	个数	百分比 (%)		数量	百分比 (%)
过度疲劳	12	14.6	身体虚弱	11	13.4
身体有问题	9	11.0	神经衰弱	22	26.8
心理有问题	50	61.0	抑郁	27	32.9
有效值	71	86.6	强迫	1	1.2
缺失值	11	13.4	精神分裂	5	6.1
总计	82	100.0	其他	2	2.4
			有效值	68	82.9
			缺失值	14	17.1
			总计	82	100.0

本研究通过 SPSS 统计分析软件中的卡方检验来检验单变量的分布与理论分布是否一致。从对于识别案例问题和心理问题识别情况的卡方检验的结果 (见表 3) 可以看出, 案例存在问题的卡方值 (Chi-Square) 为 36.4, 显著性水平 (Asymp. Sig.) 为 0.0; 心理问题识别情况的卡方值为 27.5, 显著性水平为 0.0。

表3 检验统计

	识别案例存在问题	心理问题识别情况
卡方值	36.4 ^a	27.5 ^b
卡方分布的自由度	2	4
显著性水平	0.0	0.0

注:表3卡方值与显著性水平的数据显示,调查结果与理论分布的差异是显著的。

a: 表示“识别案例存在问题”的变量分析中有 0 个格值 (占总格值数的%) 的期望频次小于 5。最小期望频次为 15.0。

b: 表示“心理问题识别情况”的变量分析中有 0 个格值 (占总格值数的%) 的期望频次小于 5。最小期望频次为 8.4。

由于,卡方检验要求期望频次小于 5 的格值数不应超过 25%,这两个变量的检验满足要求,卡方检验的结果是有效的。

表4 识别案例存在问题

	观测值的频次	理论频次	残差频次
过度疲劳	4.0	15.0	-11.0
身体有问题	7.0	15.0	-8.0
心理有问题	34.0	15.0	19.0
总计	45.0		

表5 心理问题识别情况

	观测值的频次	理论频次	残差频次
身体虚弱	7.0	8.4	-1.4
神经衰弱	9.0	8.4	0.6
抑郁	21.0	8.4	12.6
精神分裂	3.0	8.4	-5.4
其他	2.0	8.4	-6.4
总计	42.0		

注:表4、表5分别为“识别案例存在问题”和“心理问题识别情况”单变量的样本观测值的频次,理论频次和残差频次。

由此可见,调查结果与理论分布的差异是显著的。结合表4与表5的数据结果中所显示的“识别案例存在问题”和“心理问题识别情况”单变量的样本观测值的频次,理论频次和残差频次数据可以看出,调查结果显示实际上被访者对心理问题识别与具体心理问题识别的比例比理论分布要低得多。

4.2 解决心理问题的方法

调查数据显示 (见表6), 该群体更倾向于通过倾诉的方式来缓解心理问题, 有 36.6% 的被访者会建议案例中的人找朋友家人说说心事, 而在问及她们解决自身心理问题的方法时, 8.7% 会向家人求助, 14.0% 的人 would 向老乡求助, 19.3% 的人 would 向同事求助, 22.7% 的人 would 找客户沟通, 18.7% 的人 would 向培训学校的教师求助。由此可见, 被访者解决自身的心理问题通常通过人际关系, 希望得到身边人的支持, 来缓解心理压力。但是, 另一种科学解决心理问题的方法——去专门的心理健康机构进行心理治疗或者心理咨询, 人们却很少采用。只有不到 10.0% 的被访者建议案例中的人进行心理治疗和拨打免费心理咨询热线, 而被访者自己拨打心理咨询热线和找相关心理健康机构所占的百分比更少, 只有 2.0%。

4.3 对心理问题的认识

4.3.1 对心理问题产生原因的认识

被访者对于心理问题产生原因, 有 29.3% 的被访者认为由于家庭问题导致产生心理问题, 20.7% 被访者认为由于工作问题产生心理问题, 生理疾病和受到歧视分别各占 12.2% 和

13.4%。由于心理问题产生原因与个人的生活经历以及知识体系有关,所以不同群体对其表现的特点不同。由于本研究的调查对象是家政服务员群体,这一群体均是已婚的、在

表6 解决心理问题的方法

案例适用的求助方法		
	个数	百分比(%)
找家人朋友说说心事	30	36.6
多休息,不需要采取特别的措施	10	12.2
看西医内科医生	4	4.9
看中医	1	1.2
去看心理医生	8	9.8
做心理治疗	8	9.8
拨打免费心理咨询热线	3	3.7
有效值	64	78.0
系统缺失值	18	22.0
总计	82	100.0

解决自身心理问题的方法

	个数	百分比(%)
自己闷着,没有办法	6	4.0
找家人	13	8.7
找老乡	21	14.0
找一起打工的姐妹(同事)	29	19.3
找客户沟通	34	22.7
找工作单位(包括培训学校的老师)	28	18.7
自己看书、看报,上网寻找解决办法	13	8.7
拨打心理咨询热线	3	2.0
找心理健康相关的机构	3	2.0
总计	150	100.0

外务工的女性,家庭因素对其影响非常大,所以调查数据表现出以上特点。

4.3.2 对心理问题的态度

本研究通过一组10个问题测量被访者对心理问题的人的态度,以及对看过心理医生的人的态度,了解人们对心理问题以及向专业人员求助的态度。分别将表中各种态度赋值,1、2、3、4、7、8、9题采取正向赋值,即完全同意赋值为5分、完全不同意为1分、不知道为0分;5、6、10题采取负向赋值,即完全同意赋值1分、完全不同意为5分、不知道为0分。

将每一项的分数求和再除以10,得出每一题的平均分数;再通过统计分析,得出北京家政服务员对心理问题态度的平均分数。北京家政服务员对于心理问题的态度,最低分为0.1,最高分为4.4,平均分是2.1,表明对心

表7 心理问题产生原因

	数量	百分比(%)	有效百分比(%)
身体疾病(感冒、癌症)	10	12.2	14.5
家庭出现问题	24	29.3	34.8
工作出现问题	17	20.7	24.6
受到排挤,被人看不起	11	13.4	15.9
不知道	7	8.5	10.1
有效值	69	84.1	100.0
缺失值	13	15.9	
总计	82	100.0	

表8 对心理问题的态度

问题	完全同意	基本同意	不好说	基本不同意	完全不同意
1. 我愿意和有心理问题的人交朋友。	5	4	3	2	1
2. 我觉得有心理问题的人和普通人智力差不多。	5	4	3	2	1
3. 我认为有心理问题的人和普通人一样值得信任。	5	4	3	2	1
4. 我相信,有过心理问题的人可以担任公立学校教师。	5	4	3	2	1
5. 我认为去看心理医生是个人失败的标志。	1	2	3	4	5
6. 一个看过心理医生的人,我可能会看不起他。	1	2	3	4	5
7. 我会雇佣一个有过心理问题的人。	5	4	3	2	1
8. 在我的生活中,我会像对待其他人一样对待有过心理问题的人。	5	4	3	2	1
9. 我不愿意和一个有过心理问题的人约会。	5	4	3	2	1
10. 一个看过心理医生的人说的话,我不会当真。	1	2	3	4	5

理问题的态度呈现负面评价（见表 9）。

通过针对这一群体的实证研究数据可以发现，心理健康素养体系包含的三个方面——心理健康知识、心理问题的解决方法以及对心理问题的认识，三者是密不可分、相互联系的。

首先，公众对心理健康知识的理解是心理健康素养的基础，人们只有掌握相关的知识，才能够很容易识别出自身存在的问题。心理健康知识了解程度的数据显示，被访者对于一般常识性的知识回答正确率比较高，如“心理障碍是可以治愈的”、“男女老少都可能产生心理障碍”和“精神病与神经病不一样”等问题。因此，基于这些基本知识的掌握，有 61.0% 的被访者可以将案例中描述的心理问题与生理疾病区分开。但是，调查者对健康和心理健康等问题的回答正确率不高，人们对于健康和心理健康的涵义的理解有限，只限于日常基本知识，因此涉及到具体的心理问题识别，该群体由于相关知识的了解不够所以很难将案例描述的抑郁状态与其他心理问题区分。

其次，心理健康知识对于人们解决心理问题的手段也有影响。调查中显示，被访者对于关于世界心理健康日、精神专科医院和免费心理咨询热线的了解程度较低，说明这些心理专业相关信息没有到达这一群体，从而导致他们采取的心理干预的手段倾向于自我帮助、通过人际关系寻求心理支持，而很少考虑到向专业机构和人员求助。

再次，公众对心理问题的认识也会影响人们对心理问题的识别以及采取解决问题的方法。调查数据显示，该群体中近 30.0% 的被访者认为心理问题产生的原因是由于家庭问题、20.0% 的被访者认为是工作问题，这一特点与该群体的特殊背景密切相关。这一群体为 40 岁左右的已婚妇女，家庭占据其日常生活的

主要部分，工作又是其经济的主要来源，所以在该群体的生活范畴内，日常生活中的问题主要来源于家庭和工作这两个方面。中国人受到“家丑不可外扬”观念的影响，故被访者对源于家庭问题的心理问题的解决方法往往求助于人际关系的调节，不希望为陌生人所知。另一方面，该群体对心理问题的态度的平均得分偏低，表明人们对于心理问题存在偏见和歧视，这也是人们向专业机构和专业人员求助的障碍之一。对于心理问题的歧视与偏见是社会文化长久以来在人们的态度层面上形成的，这种偏见不仅是心理问题患者寻求专业帮助的障碍，也影响精神卫生机构和心理健康保健部门的宣传效果。因此，需要针对这一问题提出相应的措施，从而减少文化观念上的障碍。

最后，这一小样本案例研究是笔者对心理健康素养评价体系的一个探索性研究，其科学性和准确性还需要以后继续探讨。另一方面，此案例研究样本数量较小，其代表性还有待商榷。此研究虽然不能代表目前我国公民心理健康素养情况，但是管中窥豹、略见一斑，还是可以为以后的研究提供一些宝贵的实证研究基础，起到抛砖引玉的作用。

5 结语

近年来，越来越多的数据表明，西方国家公众的心理健康素养水平在提高。美国、澳大利亚和德国的研究已经表明，通过对于公众的心理健康教育与培训，人们已经能够更好地识别心理问题，而且在关于心理问题产生原因和治疗手段方面公众的理解与心理专家之间的观点也越来越接近^[10]。由此可见，西方国家通过提高国民心理健康素养水平而达到预防和缓解公众的心理问题方面，是取得了一些成效的。

我国作为发展中的世界经济大国，公众的

表 9 家政服务员对心理问题态度的统计分析

	数量	最小值	最大值	均值	标准差
分数	82	0.0	4.4	2.2	1.6

（下转第 50 页）

参考文献

- [1] 社论. 我们期待政治家的正确选择[N/OL]. 经济观察报, 2009-12-07[2011-12-10]. http://www.eeo.com.cn/ob-server/pop_commentary/2009/12/06/157441.shtml.
- [2] 人民日报社概况[EB/OL]. [2011-12-10]. <http://www.people.com.cn/GB/50142/104580/index.html>.
- [3] 龙一春. 日本传媒体制创新[M]. 广州: 南方日报出版社, 2006: 3.
- [4] 琼恩·基顿, 邓建国, 张国良. 传播研究方法[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2009: 77.
- [5] 贾鹤鹏. 全球变暖、科学传播与公众参与——气候变化科技在中国的传播分析[J]. 科普研究, 2007(3):

39-45.

- [6] Maxwell T. Boykoff, Jules M. Boykoff. Balance as Bias: Global Warming and the US Prestige Press [J]. Global Environmental Change, 2004, 14, 125-136.
- [7] 高俊霞. 新闻话语中的引语研究[D]. 上海: 华东师范大学, 2006.
- [8] 计划生育为减排做出重要贡献[N/OL]. 新华网, 2009-12-11[2011-09-10]. http://news.xinhuanet.com/video/2009-12/11/content_12628608.htm
- [9] 董宇翔, 曲小敏. 读图时代的科学传播现状及策略[J]. 科普研究, 2011(4): 26.

(责任编辑 颜燕)

(上接第41页)

心理健康情况应该得到重视。为促进公众心理健康, 国外很多国家都建立了适合本国国民的心理健康素养评估体系, 从而进行相关的实证研究, 为制定和完善心理健康促进运动政策提供具有针对性和说服力的理论基础。因此, 我国不仅需要借鉴国外的研究经验, 还需要从我国当前的社会环境为立足点, 构建符合我国实际情况的心理健康素养研究体系, 进行深入的理论与实践调研, 从而为我国的心理健康素养的提升提供准确的方向。心理健康素养的提高不仅有利于人们了解更多心理健康的基本知识和对心理问题的正确认识, 还有利于消除和减弱人们对心理疾病的歧视与偏见, 及早发现和预防心理疾病的发生, 对促进中国公众身心健康发展具有重要的意义。

参考文献

- [1] 中国政府网. 中科院公布 2007 年我国国民心理健康状况研究报告[EB/OL]. (2008-04-15)[2012-11-12]. http://www.gov.cn/gzdt/2008-04/15/content_945123.htm.
- [2] 卫生部, 民政部, 公安部, 中国残疾人联合会. 中国精神卫生工作规划 (2002—2010 年) [Z]. 卫疾控发[2002]96 号, 2002.
- [3] 郭岩, 范肖东, 简伟研, 等. 全国精神卫生专业机构资源配置研究报告[G]/ 卫生部疾病预防控制局. 精

神卫生政策研究报告汇编. 北京: 人民卫生出版社, 2008.

- [4] 李新华. 《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》的界定和宣传推广简介[J]. 中国健康教育, 2008, 24 (5): 385-388.
- [5] Anthony F. Jorm, Ailsa E. Korten, Patricia A. Jacomb, Helen Christensen, Bryan Rodgers, Penelope Pollitt. "Mental Health Literacy": A Survey of the Public's Ability to Recognize Mental Disorders and Their Beliefs about the Effectiveness of Treatment[J]. MJA, 1997(166): 182.
- [6] Jianli Wang, Daniel Lai. The Relationship between Mental Health Literacy, Personal Contacts and Personal Stigma against Depression[J]. Journal of Affective Disorders, 2008 (110): 191-196.
- [7] 孙建胜, 骆宏, 姚娟娟. 国外公众的精神卫生认识现状[J]. 中国健康教育, 2002, 4(18): 263-264.
- [8] 孟国荣, 李学海, 姚新伟, 朱紫青. 1783 名普通人群精神卫生知识知晓率调查结果及分析[J]. 上海精神医学, 2005(S1): 17, 19-20.
- [9] Robert D. Goldney, Laura J. Fisher, David H. Wilson. Mental Health Literacy: An Impediment to the Optimum Treatment of Major Depression in the Community [J]. Journal of Affective Disorders, 2001 (64): 277-284.
- [10] M. C. Angermeyer, A. Holzinger, H. Matschinger. Mental Health Literacy and Attitude towards People with Mental Illness: A Trend Analysis Based on Population Surveys in the Eastern Part of Germany [R]. European Psychiatry, 2009 (24): 225-232.

(责任编辑 颜燕)