

中国农村居民心理健康素养

ZHONGGUO NONGCUN JUMIN XINLI JIANKANG SUYANG

李凤兰 著



 武汉理工大学出版社
WUTP Wuhan University of Technology Press

中国农村居民心理健康素养

李凤兰 著

武汉理工大学出版社

· 武汉 ·

内容简介

本书反映了作者近十年来对国内外心理健康素养相关文献及理论的系统梳理和深入研究的心得。全书基于2010年至2018年作者对中国农村居民心理健康素养相关主题的多项深入访谈与问卷调查的资料,系统全面地描述了中国农村居民的心理意识、心理疾病观念、对心理疾病患者的态度及心理疾病应对行为的观念;深入分析了中国农村居民心理健康素养的特点及其对心理疾病应对行为的影响;以期为我国农村居民心理健康促进工作的实施、农村心理健康服务系统的建构提供参考。

图书在版编目(CIP)数据

中国农村居民心理健康素养/李凤兰著. —武汉:武汉理工大学出版社, 2018. 8
ISBN 978-7-5629-5875-8

I. ①农… II. ①李… III. ①农村-居民-心理保健-研究-中国 IV. ①R161.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第187102号

项目负责人:田高

责任编辑:夏冬琴

责任校对:张明华

封面设计:芳华时代

出版发行:武汉理工大学出版社

社址:武汉市洪山区珞狮路122号

邮编:430070

网址:<http://www.wutp.com.cn>

经销:各地新华书店

印刷:崇阳文昌印务股份有限公司

开本:787×960 1/16

印张:12.25

字数:247千字

版次:2018年8月第1版

印次:2018年8月第1次印刷

定价:56.00元

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页等印装质量问题,请向出版社发行部调换。

本社购书热线:027-87384729 87664138 87785758 87165708(传真)

· 版权所有,盗版必究 ·

目 录

导论	(1)
一、研究背景	(1)
二、研究意义	(7)
第一章 心理健康素养概述	(9)
第一节 心理健康素养概念及其内涵	(9)
一、心理健康素养概念的提出	(9)
二、心理健康素养概念的涵义	(9)
第二节 心理健康素养的评估	(12)
一、心理健康素养评估的内容	(12)
二、心理健康素养的评估方法	(16)
三、心理健康素养评估的疾病种类	(17)
第三节 公众心理健康素养现状研究	(19)
一、心理疾病的识别	(19)
二、心理疾病原因的认识	(21)
三、心理疾病应对方法的认识	(23)
四、公众对心理疾病患者的态度	(26)
第四节 心理健康素养的干预	(32)
第二章 内容框架及研究方法	(35)
第一节 问题的提出及研究目的	(35)
一、问题的提出	(35)
二、研究的目的	(38)
第二节 内容框架及思路	(38)
一、资料来源	(38)
二、主要内容	(39)
三、章节安排	(40)
第三节 研究方法	(40)
一、农村居民心理健康服务需要问卷调查	(41)
二、农村居民心理疾病认识团体访谈	(43)

三、农村居民心理健康意识与心理疾病观念个案访谈	(44)
四、农村居民心理健康素养个案访谈——基于情景案例描述材料	(45)
五、农村居民心理健康素养问卷调查——基于情景案例描述材料	(47)
六、城乡居民心理健康素养调查研究	(52)
七、农村居民心理疾病应对行为个案访谈——基于现实案例	(56)
第三章 农村居民心理健康服务需要	(59)
第一节 农村居民的心理健康状况	(60)
一、农村居民心理健康状况的主观评价	(60)
二、农村居民心理健康状况的客观评定	(62)
三、心理健康状况的主观评价与客观评定的关系	(64)
第二节 农村居民心理问题求助经历	(66)
一、总体情况	(66)
二、求助经历的人口学变量差异	(67)
三、心理健康状况客观评定欠佳的农村居民的求助经历	(68)
第三节 农村居民的心理服务需要	(70)
一、农村居民心理健康服务需要的意愿与类型	(70)
二、农村居民寻求心理健康服务的目的	(72)
三、农村居民寻求心理健康服务的原因	(74)
四、农村居民心理健康服务满足的途径	(76)
五、农村居民心理健康服务需要满足的影响因素	(78)
第四节 主要结论	(82)
第四章 农村居民对心理疾病的识别	(84)
第一节 农村居民心理疾病识别的基本状况	(85)
一、农村居民对心理疾病的问题知觉	(85)
二、农村居民对心理疾病的问题界定	(89)
第二节 农村居民对心理疾病识别的特点——基于心理疾病识别的 城乡比较	(95)
第三节 主要结论	(96)
第五章 农村居民对心理疾病原因的认识	(99)
第一节 农村居民心理疾病原因认识的基本状况	(100)
一、农村居民对精神分裂症的原因认识	(100)
二、农村居民对抑郁症的原因认识	(103)
三、农村居民心理疾病原因认识的疾病类型差异	(105)
四、农村居民心理疾病原因认识的人口学差异	(106)
第二节 农村居民心理疾病原因认识的特点——基于与城市居民的	

比较	(108)
一、农村居民对精神分裂症原因认识与城市居民的差异	(108)
二、农村居民对抑郁症原因认识与城市居民的差异	(109)
第三节 主要结论	(110)
第六章 农村居民对心理疾病后果的认识	(112)
第一节 农村居民心理疾病后果认识的基本状况	(113)
一、农村居民对精神分裂症后果的认识	(113)
二、农村居民对抑郁症后果的认识	(115)
三、农村居民心理疾病后果认识的疾病类型差异	(117)
四、农村居民心理疾病后果认识的人口学差异	(118)
第二节 农村居民心理疾病后果认识的特点——基于与城市居民的 比较	(122)
第三节 主要结论	(124)
第七章 农村居民心理疾病应对方法效用评价及行为倾向	(125)
第一节 农村居民心理疾病应对方法效用评价的基本状况	(125)
一、对精神分裂症应对方法的效用评价	(125)
二、对抑郁症应对方法的效用评价	(128)
三、心理疾病应对方法效用评价在疾病类型上的差异	(130)
四、对心理疾病应对方法效用评价的人口学差异	(131)
第二节 农村居民心理疾病应对方法效用评价的特点——基于与 城市居民比较	(133)
第三节 农村居民心理疾病应对行为倾向	(134)
一、农村居民对精神分裂症的应对行为倾向	(135)
二、农村居民对抑郁症的应对行为倾向	(136)
三、农村居民心理疾病应对行为倾向的疾病类型差异	(137)
四、农村居民心理疾病应对行为倾向的人口学差异	(137)
第四节 主要结论	(139)
第八章 农村居民对心理疾病患者的态度	(142)
第一节 农村居民对心理疾病患者态度的基本状况	(142)
一、农村居民对精神分裂症患者的态度	(143)
二、农村居民对抑郁症患者的态度	(144)
三、农村居民对心理疾病患者态度在疾病类型上的差异	(146)
四、农村居民对心理疾病患者态度在人口学变量上的差异	(148)
第二节 农村居民对心理疾病患者态度的特点——基于与城市居民的 比较	(151)

第三节 主要结论	(153)
附录一 农村居民心理健康服务需要调查问卷	(154)
附录二 农村居民心理疾病认识团体访谈提纲	(158)
附录三 农村居民心理健康意识与心理疾病观念个案访谈提纲	(159)
附录四 农村居民心理健康素养个案访谈提纲	(160)
附录五 农村居民心理健康素养调查问卷	(161)
附录六 国民心理疾病观念调查问卷	(169)
附录七 农村居民心理疾病应对行为个案访谈提纲	(175)
后记	(176)
参考文献	(178)

导 论

“有的可能走了,有的可能死了,具体说不清楚。这个疯子经常来,就在街上。像要死了,彻底死了,没有力气了,躺在那里,就是抽搐。被别人用大衣裹得紧紧的,第二天又活过来了。好多人看到,像个死人,第二天又爬起来了,我觉得那种人生命力蛮强的”。

一个农村居民描述她见到的精神病人

以上是一位 21 世纪的中国农民对她所见到的心理疾病患者进行的描述,可视为本书的最大背景。谁都无法否认,经历几代人、几十年的努力奋斗,新中国取得了举世瞩目的伟大成就。这样的一份成绩单足以证明中国道路是正确的,体现了中国人民的伟大智慧,彰显了中国文化的巨大力量。然而,在我们幸福地享受着社会进步带来的繁荣果实时,在我们满怀期望地憧憬着未来社会发展的美好画卷时,这样的画面是不是多少有些刺眼和令人心颤?纵然,我们知道“那些患有精神疾病的人,他们的历史是社会医学史中令人悲痛的篇章”(西格里斯特,2009)。我们也清楚,心理疾病的应对至今依然是世界范围内的难题,没有任何一个国家可以拍着胸脯说在他们那里绝没有这样的画面。但是,“每个人的自由发展是一切人的自由发展的条件”(《共产党宣言》),谁能说这不是人类对于理想的共同体生活的最根本渴望。这样的画面与理想太不一致!正是这样的一幅幅画面引导我们去寻求未来发展的方向,推动社会一步步朝文明与理想前进。

一、研究背景

(一)世界范围内心理疾病的高流行率

随着经济的发展,生活水平的提高,人们对自身健康问题越来越关注。世界卫生组织(WHO)在“阿拉木图”宣言中提出:健康是躯体、心理和社会适应的良好状况。因此,健康不仅是指躯体健康,它还包括心理健康。躯体不健康,具有明显的外在的或躯体的表现,而且它会导致直接的、明显的、特定的后果。心理健康问题却有所不同,许多情况下,它不具有明显的症状表现或器质性病变。而且心理不健康导致的结果具有不确定性。心理健康问题,就像一个巨大的黑箱,人们对其的了

解程度以及相关的知识较身体疾病要少得多。这导致人们无法客观理性地对待心理健康问题以及心理疾病人群。然而,世界范围内心理疾病的高流行率是一个不容忽视的事实。世界卫生组织认为,在许多国家有超过三分之一的人们在一生中的某个时间被诊断为心理健康障碍(时点患病率)(Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa, Gasquet& Kovess, 2004)。来自美国的调查显示,心理疾病的终生流行率是 50%(Wittchen& Jacobi, 2005)。浙江省 2001 年以《12 项一般健康问卷(12-item General Health Questionnaire, GHQ-12)》和美国的《精神障碍诊断和统计手册第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, DSM-IV)》为筛查和诊断工具的流行病学调查结果显示,浙江省 15 岁以上的公民心理疾病总时点患病率为 17.3%(石其昌,章健民,徐方忠,等,2005)。广州地区 2006 年以中文版的《复合性国际诊断交谈表-3.0 (the Composite International Diagnostic Interview, co-reversion-3.0, CIDI-3.0)》为筛查工具的流行病学调查结果显示,各类精神障碍加权时点患病率为 4.33%,加权终生患病率为 15.76%(赵振环,黄悦勤,李洁,等,2009)。另一使用同样工具的调查结果显示,广西壮族自治区 2007 年 15 岁以上城乡居民各类心理疾病的总时点患病率和总终生患病率分别为 2.16%和 2.54%(韦波,陈强,冯启明,等,2010)。

(二)世界范围内沉重的心理疾病负担

世界范围内的高终生流行率使心理疾病成为一个重要的全球性公共卫生问题。心理疾病不仅影响个体的心理、身体、经济,也给家庭带来沉重的心理和经济压力,成为国家的重要社会经济负担。疾病给病人个体、家庭及社会造成的影响及后果通常用疾病负担(burden of disease)来衡量。据估计,英国每年心理疾病的疾病负担大约是 22.5 亿英镑(McCrone, Dhanasiri, Patel, Knapp& Lawton-Smith, 2008)。根据 1990 年世界卫生组织公布的资料,全球疾病负担排序抑郁症排在第五位,而到 2020 年,抑郁症将成为继冠心病后的第二大疾病负担源。调查显示,1990 年神经心理疾病的疾病负担占我国疾病总负担的 14.2%,1998 年为 15.1%,均高于全球平均水平,如果加上自杀/自伤这一指标,则高达 19.3%(张明园, 2001),预测 2020 年精神障碍与自杀所占比重将达到 20.2%(排在第一位),而抑郁症是精神疾病中流行率最高的心理疾病之一。因此,心理疾病已经开始受到越来越多的关注。

(三)心理健康素养影响心理疾病应对

虽然,国家与社会层面对心理健康问题越来越关注,但是心理疾病患者的就医率依旧较低。世界卫生组织调查显示,发达国家和发展中国家中分别有 50.3%和 85.4%的严重心理疾病患者在接受调查前的一年内没有得到治疗(Demyttenaere, et al., 2004)。总之,在世界范围内,仍然有许多心理疾病患者承受着心理疾病症状的困扰,但都未得到及时、有效的专业帮助(Wang, 等, 2007)。从医学的角度来

看,许多心理疾病都能够通过及时且适当的专业干预而得到治愈或有效的控制。患者的早期求助非常重要,早期求助不仅增加了早期干预的机会,可减少治疗的成本,同时也可以提高长期治疗的效果(Cl Clarke, et al., 2006)。多数心理疾病患者没有得到及时、适当的专业治疗,有客观和主观两方面的原因。从客观原因看,精神卫生服务资源的匮乏,以及服务系统的不健全,使得精神卫生服务的可及性低,导致患者难以获得专业帮助。从主观原因看,患者缺乏求助动机和接受帮助的意愿,这使得即便是在精神医学较发达、精神卫生服务资源较丰富的区域,也依然有大量心理疾病患者没有得到专业帮助。

影响心理疾病患者专业求助动机的因素是多方面的,其中最主要的便是公众的心理健康素养。心理健康素养被定义为,个体所具有的有助于识别、管理和预防心理疾病的知识和观念(Jorm, et al., 1997)。这些知识包括对心理疾病本身的认识,也包括对专业服务的认识。一方面,当个体遭遇心理疾病的症状时,如果缺乏心理疾病知识,这些症状可能不被识别为某种疾病,不会激发个体专业求助的动机。或者,一些个体认为问题可以自己解决,或是不需要处理也会自然消失,因此也不会向专业机构求助(Coles, Heimberg & Weiss, 2013)。另一方面,对专业服务缺乏了解、对专业治疗效果缺乏信心,也会阻碍求助行为的产生(Wrigley, et al., 2005)。因此,低心理健康素养是影响专业求助的重要原因之一。

目前,学术界已经逐渐开始关注心理健康素养这一领域。国外对心理健康素养领域的研究开始于20世纪90年代,但是我国对该领域的研究是近几年才开始的,相关研究较少。在研究对象方面,国内研究目前主要涉及的是学生和城市居民,对于农村居民心理健康素养的关注相对缺乏。但是,我国是农业人口占多数的国家,广大的农村地区恰恰是心理疾病流行率更高的区域,同时也是心理健康服务资源最缺乏的地区。因此,农村居民的心理素养是值得关注的。

(四)我国农村居民的心理健康问题

1. 我国农村心理疾病的流行率

(1)心理疾病在农村的整体流行率较高

总体上来说,我国农村心理疾病的整体流行率处于较高水平,农村心理疾病患者的数量大。据最新中国精神卫生调查结果显示(该调查2012年起始,历时6年,覆盖了大陆地区31个省、自治区、直辖市,调查样本为32552人),农村成年人各类精神障碍12月的患病率分别为:心境障碍4.27%、焦虑障碍4.88%、酒精药物障碍1.79%、间歇性爆发性障碍1.27%、精神分裂及其他精神病性障碍1.13%、老年痴呆6.61%(黄悦勤,2017)。据国家统计局数据统计,截止到2016年年底,我国乡村人口达58973万人,以此推算,我国农村存在着庞大的心理疾病患者人群。

(2)一些病种的流行率农村高于城市

此外,受地理位置、经济发展水平、医疗卫生资源分布等多种因素影响,农村心

理疾病的整体流行率远高于城市,众多学者的调查研究也证实了这一观点。如河北省、杭州市、南通市、延安市等省市的精神疾病流行病学调查显示农村患病率高于城市(孙秀丽,栗克清,等,2010;薛梦觉,1990;王丽娟,陆范仁,赵佩瑚,1995;高丽,陈青萍等,2011)。研究还显示中国农村的自杀率为城市的3.27倍,85%的自杀者生活在农村或者乡镇(Phillips, et al., 2002)。

(3)农村心理疾病的流行率有上升趋势

随着时间的推移和社会的发展,农村心理疾病的流行率呈上升趋势。根据《2013年中国卫生统计年鉴》,2003年我国城市和农村的精神疾病患病率分别为0.24%和0.18%,2008年分别为0.23%和0.20%,可以看出城市的精神疾病患病率在下降,而农村却在上升。

2. 我国农村心理疾病患者的生存状况

综合以往的研究,无论是宏观的普查,还是具体的个案分析,或是相关的新闻报道,农村心理疾病患者乃至其整个家庭都面临着糟糕的生存状况,陷入物质和精神双重困境中。对唐山市精神病院215例精神疾病患者生存质量的调查显示,精神疾病患者生存质量4个领域得分均低于中国常模,不仅生理功能减退,而且心理和社会机能均受到极大影响,而农村患者在各个领域的得分更低(李丹,窦娜,等,2014)。对广西壮族自治区652例农村精神分裂症病情稳定患者的相关调查显示,农村精神分裂症患者的平均生存质量总分为118.78分,说明农村患者的生活质量极低(陈鹤扬,黎燕宁,冯启明,等,2016)。对杭州市萧山区1108例困难家庭精神分裂病人(其中农村患者1039例)的调查显示,其生存质量仅是普通人群的45%~50%,大体功能只保持普通人群的55%左右,残疾程度按国家残疾人精神疾病残疾水平评定标准,平均已达到2~3级的程度(杜凌阳,郑亚丽,等,2014)。

农村心理疾病患者生存状况堪忧主要体现在以下几个方面:一是农村心理疾病患者家庭贫困程度深。家庭丧失劳动力,收入来源少,经济负担重,难以承担患者高昂的治疗费用(王海容,向令,2012;李鹏程,罗媛,石小娣,2013;陈鹤扬,黎燕宁,冯启明,等,2016)。二是受心理疾病长期性及反复性特点、家庭贫困、传统落后观念、精神卫生医疗资源城乡分布不均等多种因素的影响,农村心理疾病患者难以得到持续、稳定的治疗,甚至大量农村心理疾病患者从未得到过正规的治疗(张明园,2001;沈调英,陈正平,2005),一些严重的患者被长期关锁或被抛弃流浪(麦恩明,2001;韩彦超,栗克清,等,2013;李鹏程,罗媛,等,2013)。三是农村心理疾病患者社会功能受损严重。社会关系破裂,社会交往减少,社会保障、社会支持、社会福利单薄,已康复心理疾病患者就业问题突出,难以回归社会(宋宝安,刘婧娇,2012;夏莹,2016)。四是农村心理疾病患者及其家庭遭受社会的严重歧视和巨大的舆论压力。心理疾病患者多被视为“疯子”“定时炸弹”“怪物”等,难以被理解和关心,患者具有强烈的病耻感,多被排斥、嘲笑、攻击、边缘化等,其各项合法权利无法得到

保障(花菊香,2008;黄悦勤,2011;田志鹏,刘峰,2016)。

3. 我国农村居民心理疾病的应对

影响我国农村地区心理疾病患者生存状况的重要因素是农村居民心理疾病的应对。应对资源的不足和应对能力的局限都极大地影响着农村居民心理疾病的应对效率。

(1) 应对资源的不足

在我国,农村医疗卫生基础设施远落后于城市。根据《2013年中国卫生统计年鉴》,2012年我国城市和农村每千人口卫生技术人员数分别为8.54和3.41,反映了农村人均医疗卫生资源量与城市的巨大差距。由此导致许多的农村心理疾病患者得不到及时的专业帮助和治疗。2008年城市居民和农村居民的精神疾病两周就诊率分别为0.09%和0.08%。这是影响农村心理疾病患者生存状况的重要因素之一,也是造成农村心理疾病患者死亡率高于城市的重要原因。2012年我国城市和农村的精神疾病患者死亡率分别为2.9%和3.1%。

(2) 应对能力的局限

农村居民对于心理疾病的应对能力的局限首先反映在农村居民心理卫生知识的缺乏方面。心理卫生知识是关于预防和应对心理疾病的知识,也被称为精神卫生知识。许多研究显示,农村居民心理卫生知识知晓率低。调查显示,郑州市农村居民心理卫生知识平均知晓率仅为57.03%(阎琳,2013);保定市农村居民心理卫生知识总知晓率仅为55.55%(田梅,张勇,等,2011);兰州市农村居民心理卫生知识平均知晓率仅为54.6%(杨小龙,霍小宁,等,2016);福建省农村居民心理卫生知识基本知晓率仅为7.3%、部分知晓率为53.8%、较少知晓率为39.0%(方向,熊端华,陈旭先,等,2010);潍坊市农村居民心理卫生知识基本知晓率仅为11.66%、部分知晓率为31.98%、较少知晓率为56.36%(胥爱萍,葛茂宏,张功法,等,2010)。而且这些调查中均显示农村居民心理卫生知识的知晓率低于城市,与理想的水平相去甚远。由于心理卫生知识的缺乏,导致农村居民对心理疾病的识别率低。浏阳市农村成年人对酒精所致精神障碍、抑郁症、急性焦虑发作的识别率分别为48.4%、14.9%、13.1%,对三种精神障碍都识别正确的仅为2.8%(刘奕,2014)。心理疾病的识别率低是导致农村许多心理疾病患者未治疗或延缓治疗的重要原因。调查显示,阜阳市农村家属对患者精神分裂症、情感性精神障碍、精神发育迟滞的未识别率分别为14.3%、42.1%、16.9%,未治率分别为45.7%、63.2%、61.4%,总未识别率为18.6%、总未治率为55.2%(张岩,王世纪,韦学斌,等,2002)。

再者,对心理疾病及其患者的严重污名态度是影响农村居民心理疾病应对的重要因素。普通公众对心理疾病及其患者的偏见性态度自古有之。在西方历史上,心理疾病患者曾经被视为魔鬼附体,是上帝对道德背叛者的惩罚。他们不仅被

排除在正常社会群体之外,并且被当作野兽一样用铁链锁在高墙内,遭到鞭打、火刑等残忍对待。在中国历史上,心理疾病被称为“疯病”“废疾”“笃疾”,属于身体残疾之列。中医疾病思想中将身体视为道德原则的承载者,故心理疾病患者被视为心灵无法有效控制身体行为的道德失败者,他们要为自己的行为负责。即使是在法律最开明、最宽容的唐朝也无法完全免去精神病人的法律责任(李亚明,2013)。自清朝以来,对心理疾病患者施行“报官锁固”制度,即在报官后要求对精神病人实施亲属锁管或邻右锁管,对杀人的疯病患者“永远锁固,虽或痊愈,不准释放”(郝秉键,2002)。

伴随精神医学的不断发展和社会思想的进步,人们已在一定程度上认识到,心理疾病患者也是病人,需要给予理性的对待和适当的治疗。然而,这并没有彻底消除公众乃至患者本人对待心理疾病及其患者的偏见与歧视。如一位被精神科大夫诊断为疑病症的患者所言:“我宁可得我所怀疑的那个病,也不愿意得这个”。这样的偏见,成为心理疾病患者回避与延迟治疗的重要原因(Henderson&Montplaisir, 2013)。对于老百姓而言,将一个人判断为心理疾病患者是一件非常严重的大事。即便是发现自己的亲人有心理疾病的症状,人们也很可能因为担心遭遇歧视,而尽量回避进行医学诊断与治疗。因此,许多原本有可能得到治愈或控制的心理疾病,因未及时就诊和干预而大大增加了治疗难度,降低了治愈水平。

公众对心理疾病及其患者的偏见性态度,不仅影响心理疾病患者的治疗,也使得心理疾病患者在社会生活中的基本权益得不到保障。2013年7月11日,《新京报》题为“中国‘笼中人’:数十万精神病人被家属锁住”的文章向人们讲述了心理疾病患者的遭遇。据报道显示,依然有相当数量的心理疾病患者被家人用铁链锁起来或被关在铁笼子里,过着非人的生活。这不禁让人感叹,在被誉为文明时代的今日社会,心理疾病患者的遭遇依然和过去一样令人心痛。2012年10月26日,全国人大常委会表决通过了《中华人民共和国精神卫生法》,并于2013年5月1日开始实施。该法总则第一条明确表述“为维护精神障碍患者的合法权益制定本法”。然而,在一个心理疾病被普遍误解的社会中,保障心理疾病患者的合法权益可能遭遇的社会障碍是可想而知的。偏见与误解不仅阻碍了患者的治疗,也深深地影响着人们对待心理疾病患者的态度和行为。这是心理疾病患者权益难以得到保障的根本原因。

这些对心理疾病及其患者的偏见性态度依然还比较严重地存在于广大的中国农村地区。许多农民对精神疾病依然持消极态度。例如调查显示,浏阳市农村居民分别有39.5%、30.6%的人对精神疾病持中立态度和消极态度(刘奕,2014)。从求助方式来看,大多数农村居民遇到心理疾病时的求助方式不科学。研究显示,阜阳市29.7%的精神疾病患者接受过巫医等迷信方式的治疗(张岿,王世纪,等,2003)。

农村居民心理健康素养低,严重制约了农村居民对心理疾病的应对效率,影响了农村心理疾病患者的康复和生存质量。因此,农村居民心理健康素养的提升是农村心理健康促进工作中极其重要的基础性工作,任重而道远。

二、研究意义

对于一个人来说,没有健康就失去了人生幸福的基础。

对于一个国家来说,没有人民的健康就是失去了社会发展的基本动力。

在新中国成立半个多世纪后,在全面实现小康社会的关键时刻,在朝着“两个一百年”奋斗目标和实现中华民族伟大复兴的中国梦而努力奋进的伟大征程中,我们更加清醒地意识到,“没有全民健康,就没有全面小康”(习近平,2016),我们要“努力全方位、全周期保障人民健康,为实现‘两个一百年’奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础”(习近平,2016)^①。

人的健康并不仅仅只是身体的健康,而是一种“在身体、心理和社会适应的完满状态”(WHO,1948)。心理健康是人的健康的重要组成部分。

随着社会的发展,人们对于心理健康的重视与日俱增,国民的心理健康与国家社会发展之间的密切联系也日渐清晰地为社会各界所认识。以下列举近几年来我国涉及心理健康的一些重要文件与讲话,以见证党和国家领导层面对心理健康问题的高度重视。

2013年5月1日,《中华人民共和国精神卫生法》发布实施。这是中华人民共和国第一部精神卫生法。

2015年6月4日,国务院办公厅发布《全国精神卫生工作规划(2015—2020年)》。

2016年3月18日,《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》颁布,其中数次提到“心理健康”。如“加强国民营养计划和心理健康服务”、“加强未成年人心理健康引导。有效预防未成年人犯罪。鼓励青少年更多参与志愿服务和社会公益活动”、“健全社会心理服务体系,加强对特殊人群的心理疏导和矫治”、“深化教育改革,增强学生社会责任感、法治意识、创新精神、实践能力,全面加强体育卫生、心理健康、艺术审美教育,培养创新兴趣和科学素养”。

2016年8月19日,习近平同志在全国卫生与健康大会上特别指出,“要加大心理健康问题基础性研究,做好心理健康知识和心理疾病科普工作,规范发展心理治疗、心理咨询等心理健康服务,加强心理健康专业人才培养”。

2016年10月25日,由中共中央、国务院印发并实施的《“健康中国2030”规划纲要》提出“加大全民心理健康科普宣传力度,提升心理健康素养。加强对抑郁症、

^① 习近平,全国卫生与健康大会讲话,2016年8月19日。

焦虑症等常见精神障碍和心理行为问题的干预,加大对重点人群心理问题早期发现和及时干预力度。加强严重精神障碍患者报告登记和救治救助管理。全面推进精神障碍社区康复服务。提高突发事件心理危机的干预能力和水平。到2030年,常见精神障碍防治和心理行为问题识别干预水平显著提高”。

2016年12月30日,国家卫生计生委、中宣部等22个部门联合印发《关于加强心理健康服务的指导意见》。明确“心理健康是影响经济社会发展的重大公共卫生问题和社会问题”,提出“加强心理健康服务、健全社会心理服务体系是改善公众心理健康水平、促进社会心态稳定和人际和谐、提升公众幸福感的关键措施,是培养良好道德风尚、促进经济社会协调发展、培育和践行社会主义核心价值观的基本要求,是实现国家长治久安的一项源头性、基础性工作”。就加强我国心理健康服务、健全社会心理服务体系提出明确的指导意见。

可见,国家层面已经将心理健康工作作为整个社会治理中的一项重要工作。而公众的心理健康素养的提升则是整个心理健康工作中基础性、源头性工作。我国农村地区是全社会心理健康服务工作薄弱的地区,是心理健康问题对个体与社会生活影响严重的地区,是公众心理健康素养不足而迫切需要提升的地区。因此,农村居民心理健康素养研究的意义不言而喻。

第一章 心理健康素养概述

第一节 心理健康素养概念及其内涵

一、心理健康素养概念的提出

就实际的研究历史而言,学界关于心理健康素养的研究可以追溯至 20 世纪 40 年代,尤其是二战以后,美国社会为减少公众对于心理疾病的误解和降低对心理疾病患者的不良态度,开始积极推进心理健康教育项目的开展。在这种背景之下,开始有一些学者对公众实际所持有的针对心理疾病的观念和态度进行研究。在接下来的几十年中研究不断深入,主题也越来越广泛。最初的研究主要涉及公众对于心理疾病的一般认识、观念及态度,其中最为突出的是心理疾病污名(stigma of mental illness)的研究。到 20 世纪 70 年代,Furnham 提出了精神病学的通俗理论(lay theories of psychopathy),探讨普通公众对心理疾病的通常的认识。

“心理健康素养”这一概念来自“健康素养”。而“健康素养(Health Literacy, HL)”这一概念由美国学者 Simonds 于 1974 年在国际健康教育大会上首次提出(Simonds, 2014)。Simonds 认为学校的教育应该帮助学生获得健康方面的素养,就像他们在历史与科学方面获得素养一样。之后 Jorm 等人“健康素养”概念的基础上于 1997 年提出了“心理健康素养(mental health literacy)”的概念,反映人们有关心理健康问题的知识和信念,它可以引导人们认识、处理和预防心理健康问题(Jorm, Korten & Jacomb, 1997)。

二、心理健康素养概念的涵义

在讲心理健康素养的涵义之前要先搞清楚健康素养的涵义。

最开始,健康素养主要被视为获得和处理与健康相关的信息的能力。Medline 认为健康素养是获得或使用某种信息的能力,这种信息可以促进或保持健康(Medline, 1993)。世界卫生组织也指出健康素养代表着与健康相关的认知和社会技能,这些认知和社会技能决定了个体具有动机和能力去获得、理解和利用信息,

并通过这些途径能够促进和维持健康。

理论上讲,健康素养应该包含个体具有获取、理解和处理基本的健康信息和服务,并运用这些信息和服务做出正确判断和决定,维护和促进健康的能力(Nutbeam,1993;WHO,2017;侯艳丽,2011)。中国学界关于健康素养的概念出现相对较晚。2008年我国卫生部发布《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》公告,指出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。但是,后来健康素养这一概念被美国医药学会狭义化为患者能够读懂药瓶上的处方说明和能够预约医生等其他重要的与健康相关的事宜的能力。这样的定义被后来的研究者视为将健康素养狭义化为仅以患者的依从性为目标。

Jorm等人提出“心理健康素养”这一概念时,将其定义为:“帮助人们认识、处理或者预防精神障碍的相关的知识和信念”,明确心理健康素养包含六个方面(Jorm,Korten&Jacomb,1997),分别是:

- (1)识别不同心理疾病或不同类型心理问题的能力;
- (2)关于心理疾病产生的风险因素或原因的知识或信念;
- (3)关于心理疾病自助干预的知识或信念;
- (4)关于心理疾病可获得的专业帮助的知识或信念;
- (5)促进人们识别心理疾病和寻求合适帮助的态度;
- (6)寻求心理健康信息的知识。

而后续的绝大多数关于心理健康素养的研究都主要依据Jorm等人的定义,把心理健康素养操作为以下几个维度,即心理疾病识别、心理疾病原因认识、心理疾病专业干预方法的认识及态度。显然,Jorm等人关于心理健康素养的定义在一定程度上受狭义的健康素养的影响。其一,把心理健康素养的对象范围圈定在只针对心理疾病的范围;其二,把心理健康素养的内容范围侧重于与心理疾病相关的知识与观念。

然而,目前关于健康素养的涵义范围,比较一致的看法是,要基于健康促进的目标考虑给出一个健康素养的涵义范围。于是健康素养被界定为包含与健康相关的知识、态度、动机、行为倾向、个人技能和自我效能(Tones,2002)。所以,笔者认为Jorm等人关于心理健康素养的定义的确有便于操作的优势,但是其根本的局限也是显而易见的,既在理论上难以描述清楚心理健康素养的真正含义,在实践中也难以全面、有效地指导心理健康促进工作的开展。因此,近来的研究又开始逐步探索和力图重新构架心理健康素养的涵义及内容维度。

理论上讲,“心理健康素养”概念的涵义需要拓宽,使其至少在对象上包含促进健康和应对疾病两个方面,在内容上包含与此相关的知识、观念态度和行为技能。但是,实际研究中如何对这样一个概念进行操作化处理?着实存在诸多困难。例如,我国学者李珺等人结合卫生部提出的健康素养的三个方面和Jorm等人的定