

DOI:10.16781/j.CN31-2187/R.20220723

· 论 著 ·

心境障碍知晓情况调查：一项四城市多中心研究

王萍¹, 黄茹燕¹, 黄乐萍¹, 吴志国², 刘修军³, 刘丽萍⁴, 张迎黎⁵, 刘涛生⁶, 汪作为^{1,6*}

1. 上海市虹口区精神卫生中心, 上海 200083
2. 上海市杨浦区精神卫生中心、上海健康医学院精神卫生临床研究中心, 上海 200093
3. 华中科技大学同济医学院附属武汉市精神卫生中心, 武汉 430030
4. 哈尔滨市第一专科医院精神医学临床研究室, 哈尔滨 150056
5. 深圳市精神卫生中心、深圳市康宁医院抑郁障碍科, 深圳 518020
6. 海军军医大学(第二军医大学)心理系精神医学教研室, 上海 200433

[摘要] **目的** 调查上海、武汉、哈尔滨、深圳四地社区居民对心境障碍知识的知晓情况及对心境障碍治疗的态度。**方法** 2017年6月至2019年12月招募上海、武汉、哈尔滨、深圳四地精神专科医院及社区卫生服务中心的门诊患者为调查对象,以随机抽样方式调查。采用自编心境障碍知晓率调查问卷调查被试心境障碍相关知识的知晓率及对治疗态度。所有参与者都参加了面对面的采访,评估员指导被试下载“心情温度计”手机移动终端(APP),被试在线完成问卷填写。问卷中关于心境障碍的知晓情况以多选题形式展开调查,采用多重响应分析中的频率和交叉表法进行分析。**结果** 共收到有效问卷1289份。被试对于心境障碍疾病名称的知晓频率由高到低依次为抑郁症(87.9%, 1133/1289)、忧郁症(57.3%, 739/1289)、躁狂症(50.7%, 653/1289)、躁狂症(40.1%, 517/1289)、双相情感障碍(23.6%, 304/1289)、躁狂抑郁症(23.1%, 298/1289)、心境障碍(22.6%, 291/1289)、躁狂发作(21.3%, 275/1289)、双相障碍(14.4%, 185/1289)、轻躁狂(14.0%, 180/1289)。被试对于抑郁症和躁狂症典型案例的识别率分别是61.5%(793/1289)及41.9%(540/1289),精神专科门诊、女性、学生及在职、离异/分居、文化程度较高的被试对于抑郁症和躁狂症的识别率较高。被试获悉心境障碍知识的主要途径有网络、电视广播、杂志书籍、亲戚朋友和社区宣传。对于获取心境障碍知识的必要性,66.2%(853/1289)的被试认为有必要,30.7%(396/1289)认为没必要,3.1%(40/1289)未做选择。对于心境障碍治疗方式的态度,62.2%(802/1289)的被试认为需要心理治疗和药物治疗,13.9%(179/1289)认为只需要心理治疗(或心理咨询),4.8%(62/1289)认为不治疗;不同性别、职业、婚姻状况和文化程度的被试对心境障碍治疗方式的态度差异均有统计学意义(P 均 <0.01),其中女性、在职、已婚/同居、文化程度较低的被试多认为不仅需要心理治疗,还需要药物治疗。**结论** 上海、武汉、哈尔滨、深圳四地居民对心境障碍尤其是躁狂症和双相障碍知识的总体知晓水平并不乐观,仍应加强对心境障碍知识的普及和宣传力度,以提高心境障碍的早期识别和规范诊治水平。

[关键词] 心境障碍; 抑郁症; 躁狂症; 知晓率; 治疗态度

[引用本文] 王萍, 黄茹燕, 黄乐萍, 等. 心境障碍知晓情况调查: 一项四城市多中心研究[J]. 海军军医大学学报, 2023, 44(12): 1435-1444. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20220723.

Awareness of mood disorders: a 4-city multicenter study

WANG Ping¹, HUANG Ruyan¹, HUANG Leping¹, WU Zhiguo², LIU Xiujun³, LIU Liping⁴, ZHANG Yingli⁵, LIU Taosheng⁶, WANG Zuwei^{1,6*}

1. Mental Health Center of Hongkou District, Shanghai 200083, China
2. Mental Health Center of Yangpu District & Clinical Research Center of Mental Health, Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 200093, China

[收稿日期] 2022-09-09 **[接受日期]** 2023-02-21

[基金项目] 国家重点研发计划(2016YFC1307105),上海市医学重点专科建设计划(ZK2019A06),上海市精神心理疾病临床医学研究中心项目(19MC1911100),上海市卫生健康委员会科研课题(202040318),上海市虹口区卫生健康委员会临床重点扶持专科项目(HKZK2020A11),上海市虹口区卫生和计划生育委员会重点科研课题(虹卫1602-11),上海市虹口区精神卫生中心优秀人才培养计划(2023XKDTR01)。Supported by National Key Research and Development Program of China (2016YFC1307105), Shanghai Medical Key Specialty Construction Program (ZK2019A06), Shanghai Clinical Research Center Project for Mental Disorders (19MC1911100), Scientific Research Project of Shanghai Municipal Health Commission (202040318), Clinical Key Supporting Project of Shanghai Hongkou District Health Commission (HKZK2020A11), Key Scientific Research Project of Health and Family Planning Commission of Shanghai Hongkou District (Hongwei 1602-11), and Excellent Talent Training Program of Mental Health Center of Shanghai Hongkou District (2023XKDTR01).

[作者简介] 王萍. E-mail: benefit111@sina.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-56660458, E-mail: wzwhk@163.com

3. Mental Health Center of Wuhan, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, Hubei, China
4. Clinical Research Laboratory of Psychiatry, The First Psychiatric Hospital of Harbin, Harbin 150056, Heilongjiang, China
5. Department of Depressive Disorders, Shenzhen Mental Health Center & Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen 518020, Guangdong, China
6. Department of Psychiatry, Faculty of Psychology, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China

[Abstract] **Objective** To investigate the knowledge of mood disorders and attitude towards the treatment of mood disorders among community residents in Shanghai, Wuhan, Harbin and Shenzhen. **Methods** From Jun. 2017 to Dec. 2019, outpatients from psychiatric hospitals and community health centers in Shanghai, Wuhan, Harbin and Shenzhen were recruited as the survey subjects, and were investigated by random sampling. A self-designed questionnaire on awareness of mood disorders was used to investigate the knowledge of mood disorders and attitude towards the treatment. In a face-to-face interview, the evaluators instructed the participants to download the “mood thermometer” mobile terminal (APP), and the participants completed the survey online. The awareness of mood disorders was investigated by multiple-choice questions. The frequency and cross-tabulation methods in multiple response analysis were used for analysis. **Results** The survey received a total of 1 289 valid questionnaires. The frequency of knowing the name of mood disorders from high to low was major depressive disorder (87.9%, 1 133/1 289), melancholic depression (57.3%, 739/1 289), mania psychosis (50.7%, 653/1 289), mania (40.1%, 517/1 289), bipolar affective disorder (23.6%, 304/1 289), manic-depressive disorder (23.1%, 298/1 289), mood disorder (22.6%, 291/1 289), manic episode (21.3%, 275/1 289), bipolar disorder (14.4%, 185/1 289), and hypomania (14.0%, 180/1 289). The recognition rates for typical cases of depressive disorder and mania were 61.5% (793/1 289) and 41.9% (540/1 289), respectively. Specialist clinics, women, students and on the job, divorce/separation and higher education level were associated with high recognition rates of depressive disorder and mania. The participants learned about the mood disorder knowledge through the Internet, television broadcasting, magazines and books, relatives and friends, and community publicity. Regarding the necessity of acquiring knowledge of mood disorders, 66.2% (853/1 289) of the participants thought that it was necessary, 30.7% (396/1 289) considered it was unnecessary, and 3.1% (40/1 289) chose not to answer. Regarding the attitude towards mood disorder treatment strategies, 62.2% (802/1 289) of the participants thought that psychotherapy and medication were needed, 13.9% (179/1 289) thought that psychotherapy only (or counseling) was needed, and 4.8% (62/1 289) thought that there was no treatment. There were significant differences in the attitudes towards the treatment strategies of mood disorders among the participants with different genders, occupations, marital statuses and education levels (all $P < 0.01$). The female, working, married/cohabiting, and lower educated participants believed that not only psychotherapy was needed, but also medication. **Conclusion** The overall awareness level of community residents in Shanghai, Wuhan, Harbin and Shenzhen on mood disorders, especially mania and bipolar disorder, is unsatisfactory. It is still necessary to strengthen the popularization and publicity of mood disorder knowledge, so as to improve the early recognition and standard diagnosis and treatment of mood disorders.

[Key words] mood disorder; depression; mania; awareness rate; treatment attitude

[Citation] WANG P, HUANG R, HUANG L, et al. Awareness of mood disorders: a 4-city multicenter study[J]. Acad J Naval Med Univ, 2023, 44(12): 1435-1444. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20220723.

近年来,以抑郁障碍为主的心境障碍疾病患病率呈上升趋势^[1],2019年发布的流行病学调查数据显示,抑郁症终身患率为2.1%,据此推算我国有约3 000万抑郁症患者^[2]。据WHO报道,全球抑郁症患者超过3亿,约占全球总人口的4.4%^[3-4]。抑郁障碍是一类具有高患病率、高复发率、高自杀率和高致残性等特点的常见的精神疾病,也愈发成为一个严重的公共卫生问题。值得关注的是,虽然心境障碍疾病能被有效防治,但仍有部分患者因缺乏相关精神卫生知识,导致疾病初期未得到正确判断,轻则延误病情,重则引发严重后果^[5-6]。我国

抑郁障碍患者未就诊率和未治疗率分别高达92%和95%^[4],其中近90%接受了可能不恰当的非精神科治疗^[7-8],而且患者平均延迟6个月以上才首次接受精神科诊断^[9],抑郁症整体诊治不足^[10]。本研究探讨了人群心境障碍知识的知晓水平及其对此类疾病治疗的态度,旨在提高心境障碍的早期识别和规范诊治水平。

1 对象和方法

1.1 研究对象 2017年6月至2019年12月从全国各区域较有代表性的4个城市,即上海市虹口区

精神卫生中心(华东地区)、武汉市精神卫生中心(华中地区)、深圳市精神卫生中心(华南地区)、哈尔滨市第一专科医院(华北地区)4家精神专科医院及辖区内社区卫生服务中心招募门诊患者。纳入标准:(1)年龄为18~65岁;(2)当前主诉为情绪低落、焦虑体验和/或睡眠障碍。排除标准:患有精神障碍、躯体疾病或因认知水平限制而不能理解调查内容。所有参与者都采取面对面的访谈,签署书面知情同意书。本研究通过上海市虹口区精神卫生中心医学伦理委员会审批[2016第(A2)号]。

1.2 研究方法 编制心境障碍知晓率调查问卷,详见附录A,嵌入“心情温度计”APP。主要调研内容包括社会人口学信息和心境障碍知晓情况,后者涉及心境障碍疾病名称知晓情况、抑郁症和躁狂症典型案例及临床表现鉴别、精神健康知识的获取途径和需求、对心境障碍治疗的态度等。采用随机抽样(3:1)、在线调查的方式,通过被试手机客户端终端下载安装的“心情温度计”APP采集社会人口学信息及心境障碍知晓率调查问卷填写信息。所有被试都独立完成问卷调查,如果被试在理解问题或答案选项上有困难,专门为本项目受训的评估员被允许使用普通话或地方方言进行灵活的解释,但不允许帮助参与者作出任何选择。如果被试没有个人智能手机,可以使用评估员的智能手机在线填写。

1.3 统计学处理 使用“心情温度计”APP移动终端后台导出Excel数据库,利用SPSS 21.0软件进行描述性统计分析。心境障碍知晓率调查问卷中

以多选题形式进行调查的问题,采用Pearson χ^2 检验及多重响应分析中的频率和交叉表法进行数据分析。检验水准(α)为0.05。

2 结果

2.1 被试的社会人口学特征 共收到有效问卷1289份,其中867人(67.3%)来自社区门诊、422人(32.7%)来自精神专科门诊;男397人(30.8%)、女892人(占69.2%);18~35岁的被试占43.1%(556/1289),36~50岁的被试占25.8%(333/1289),51~65岁的被试占31.0%(400/1289)。从职业情况来看,在职的被试占53.9%(695/1289),退休的被试占23.6%(304/1289),学生占8.7%(112/1289),无业的被试占13.7%(177/1289),1人(0.1%)数据缺失。从婚姻状况来看,未婚被试占26.1%(336/1289),已婚/同居被试占68.1%(878/1289),离异/分居被试占3.9%(50/1289),丧偶被试占1.6%(20/1289),5人(0.3%)数据缺失。从受教育程度来看,大专/本科以下的被试占58.8%(758/1289),大专/本科的被试占35.7%(460/1289),研究生及以上的被试占3.4%(44/1289),27人(2.1%)数据缺失。

2.2 被试心境障碍疾病名称的知晓情况 经多重响应分析,被试对于心境障碍疾病名称的知晓频率由高到低依次为抑郁症、忧郁症、躁狂症、躁狂症、双相情感障碍、躁狂抑郁症、心境障碍、躁狂发作、双相障碍、轻躁狂,3.7%(48/1289)的被试没有听说过上述心境障碍疾病名称。见表1。

表1 被试对心境障碍疾病名称的知晓频率

Tab 1 Awareness rate of names of mood disorders

Disease name	Number of selected cases, <i>n</i>	Percentage of selected cases in total selected cases/%, <i>N</i> =4 623	Percentage of selected cases in survey cases/%, <i>N</i> =1 289
Major depressive disorder	1 133	24.5	87.9
Melancholic depression	739	16.0	57.3
Mania psychosis	653	14.1	50.7
Mania	517	11.2	40.1
Bipolar affective disorder	304	6.6	23.6
Manic-depressive disorder	298	6.4	23.1
Mood disorder	291	6.3	22.6
Manic episode	275	5.9	21.3
Bipolar disorder	185	4.0	14.4
Hypomania	180	3.9	14.0
None of the above	48	1.0	3.7

2.3 被试对抑郁症和躁狂症的正确识别率 设计了2个临床典型案例,一个是抑郁症案例,一个是躁狂症案例。1 289名被试对抑郁症案例和躁狂症案例的正确判别率分别是61.5% (793/1 289)、41.9% (540/1 289),对抑郁症核心临床表现(情绪低落、心情压抑)的总体识别率为70.1% (904/1 289),其中精神专科门诊77.5% (327/422)、社区门诊66.6% (577/867),女73.9% (659/892)、男61.7% (245/397),大专/本科以下66.1% (501/758)、大专/本科78.0% (359/460)、研究生及以上86.4%

(38/44),见表2。被试对躁狂症核心临床表现(情感高涨)的总体识别率为51.1% (659/1 289),其中精神专科门诊53.6% (226/422)、社区门诊49.9% (433/867),女55.2% (492/892)、男42.1% (167/397),大专/本科以下43.4% (329/758)、大专/本科63.3% (291/460)、研究生及以上75.0% (33/44),见表3。精神专科门诊就诊、女性、学生及在职、离异/分居、文化程度较高的被试对于抑郁症和躁狂症的正确识别率较高。

表2 被试对抑郁症典型表现的识别率的交叉表分析

Tab 2 Cross-tabulation analysis of recognition rate of typical manifestations of depression

Factor	N	n (%)							
		YYZ1	YYZ2	YYZ3	YYZ4	YYZ5	YYZ6	YYZ7	YYZ8
Source									
Community clinic	867	577 (66.6)	308 (35.5)	296 (34.1)	320 (36.9)	563 (64.9)	279 (32.2)	190 (21.9)	53 (6.1)
Specialist clinic	422	327 (77.5)	208 (49.3)	185 (43.8)	176 (41.7)	252 (59.7)	183 (43.4)	122 (28.9)	29 (6.9)
Gender									
Male	397	245 (61.7)	150 (37.8)	141 (35.5)	139 (35.0)	221 (55.7)	122 (30.7)	73 (18.4)	42 (10.6)
Female	892	659 (73.9)	366 (41.0)	340 (38.1)	357 (40.0)	594 (66.6)	340 (38.1)	239 (26.8)	40 (4.5)
Occupation ^a									
Working	695	494 (71.1)	273 (39.3)	217 (31.2)	270 (38.8)	475 (68.3)	250 (36.0)	148 (21.3)	47 (6.8)
Retired	304	199 (65.5)	131 (43.1)	143 (47.0)	114 (37.5)	170 (55.9)	112 (36.8)	83 (27.3)	19 (6.2)
Educated	112	78 (69.6)	39 (34.8)	45 (40.2)	40 (35.7)	72 (64.3)	39 (34.8)	35 (31.2)	4 (3.6)
Unemployed	177	132 (74.6)	73 (41.2)	76 (42.9)	72 (40.7)	97 (54.8)	61 (34.5)	46 (26.0)	12 (6.8)
Marital status ^b									
Unmarried	336	246 (73.2)	134 (39.9)	129 (38.4)	129 (38.4)	224 (66.7)	126 (37.5)	90 (26.8)	12 (3.6)
Married/cohabiting	878	598 (68.1)	353 (40.2)	322 (36.7)	338 (38.5)	546 (62.2)	305 (34.7)	201 (22.9)	68 (7.7)
Divorced/separated	50	42 (84.0)	24 (48.0)	23 (46.0)	21 (42.0)	29 (58.0)	21 (42.0)	18 (36.0)	0
Widowed	20	14 (70.0)	5 (25.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	12 (60.0)	7 (35.0)	3 (15.0)	2 (10.0)
Education level ^c									
Below junior college/bachelor	758	501 (66.1)	280 (36.9)	292 (38.5)	281 (37.1)	451 (59.5)	243 (32.1)	170 (22.4)	45 (5.9)
Junior college/bachelor	460	359 (78.0)	205 (44.6)	162 (35.2)	189 (41.1)	324 (70.4)	191 (41.5)	122 (26.5)	36 (7.8)
Postgraduate or above	44	38 (86.4)	28 (63.6)	25 (56.8)	23 (52.3)	37 (84.1)	28 (63.6)	19 (43.2)	0

^a: Missing data in 1 subject; ^b: Missing data in 5 subjects; ^c: Missing data in 27 subjects. YYZ1: Depressed mood or depression; YYZ2: Difficulty in concentrating and decision-making; YYZ3: Less words or actions than before; YYZ4: Recalls or nightmares; YYZ5: Helpless, hopeless, or endless of wanting to hurt yourself or die; YYZ6: Losing weight against your will in a short time, with no appetite; YYZ7: Somatic pain or unexplained physical discomfort; YYZ8: I don't know.

2.4 被试心境障碍知识的获取途径与需求 被试获悉心境障碍知识的途径主要为网络、电视广播、杂志书籍、亲戚朋友和社区宣传,见表4。对于获取心境障碍知识的必要性,66.2% (853/1 289)的被试认为有必要,30.7% (396/1 289)认为没必要,3.1% (40/1 289)未做选择。

2.5 被试对心境障碍治疗方式的态度 对于上述2个典型案例(抑郁症和躁狂症)如何治疗,62.2% (802/1 289)的被试认为不仅需要心理治疗,还需要药物治疗;55.7% (718/1 289)认为需

要药物治疗,病情缓解后需要继续服药巩固疗效;15.7% (202/1 289)认为需要药物治疗,病情缓解后停止服药;13.9% (179/1 289)认为只需要心理治疗(或心理咨询);8.3% (107/1 289)选择不知道;4.8% (62/1 289)不治疗,见表5。不同性别、职业、婚姻状况及文化程度的被试对心境障碍治疗方式的态度差异均有统计学意义(P 均 <0.01),其中女性、在职、已婚/同居、文化程度较低的被试多认为不仅需要心理治疗,还需要药物治疗,见表6。

表 3 被试对躁狂症典型表现的识别率的交叉表分析

Tab 3 Cross-tabulation analysis of recognition rate of typical manifestations of mania

Factor	N	n (%)							
		MANIA1	MANIA2	MANIA3	MANIA4	MANIA5	MANIA6	MANIA7	MANIA8
Source									
Community clinic	867	433 (49.9)	402 (46.4)	234 (27.0)	280 (32.3)	353 (40.7)	299 (34.5)	495 (57.1)	63 (7.3)
Specialist clinic	422	226 (53.6)	200 (47.4)	121 (28.7)	174 (41.2)	193 (45.7)	119 (28.2)	219 (51.9)	80 (19.0)
Gender									
Male	397	167 (42.1)	160 (40.3)	107 (27.0)	124 (31.2)	161 (40.6)	122 (30.7)	182 (45.8)	52 (13.1)
Female	892	492 (55.2)	442 (49.6)	248 (27.8)	330 (37.0)	385 (43.2)	296 (33.2)	532 (59.6)	91 (10.2)
Occupation ^a									
Working	695	375 (54.0)	329 (47.3)	171 (24.6)	231 (33.2)	287 (41.3)	246 (35.4)	420 (60.4)	56 (8.1)
Retired	304	131 (43.1)	137 (45.1)	99 (32.6)	115 (37.8)	139 (45.7)	94 (30.9)	143 (47.0)	48 (15.8)
Educated	112	64 (57.1)	55 (49.1)	36 (32.1)	39 (34.8)	47 (42.0)	29 (25.9)	71 (63.4)	6 (5.4)
Unemployed	177	88 (49.7)	80 (45.2)	49 (27.7)	69 (39.0)	73 (41.2)	49 (27.7)	80 (45.2)	33 (18.6)
Marital status ^b									
Unmarried	336	200 (59.5)	175 (52.1)	92 (27.4)	129 (38.4)	146 (43.5)	88 (26.2)	209 (62.2)	22 (6.5)
Married/cohabiting	878	417 (47.5)	386 (44.0)	247 (28.1)	305 (34.7)	366 (41.7)	312 (35.5)	460 (52.4)	111 (12.6)
Divorced/separated	50	31 (62.0)	30 (60.0)	12 (24.0)	16 (32.0)	23 (46.0)	9 (18.0)	31 (62.0)	6 (12.0)
Widowed	20	8 (40.0)	7 (35.0)	3 (15.0)	4 (20.0)	10 (50.0)	7 (35.0)	12 (60.0)	3 (15.0)
Education level ^c									
Below junior college/bachelor	758	329 (43.4)	313 (41.3)	212 (28.0)	254 (33.5)	309 (40.8)	254 (33.5)	385 (50.8)	89 (11.7)
Junior college/bachelor	460	291 (63.3)	256 (55.7)	125 (27.2)	171 (37.2)	203 (44.1)	150 (32.6)	292 (63.5)	51 (11.1)
Postgraduate or above	44	33 (75.0)	29 (65.9)	18 (40.9)	27 (61.4)	29 (65.9)	12 (27.3)	32 (72.7)	1 (2.3)

^a: Missing data in 1 subject; ^b: Missing data in 5 subjects; ^c: Missing data in 27 subjects. MANIA1: Hyperthymia; MANIA2: Pressure of speech; MANIA3: Various changes of planning; MANIA4: Delusion of grandeur; MANIA5: Reckless behavior; MANIA6: Feeling unsafe or persecutory delusion; MANIA7: Mania, bad temper, or hurtful impulsiveness; MANIA8: I don't know.

表 4 被试心境障碍知识的获悉来源频度分析

Tab 4 Frequency analysis of sources of mood disorder-related knowledge sources

Sources of mental health related knowledge	Number of selected cases, n	Percentage of selected cases in total selected cases/%, N=2 227	Percentage of selected cases in survey cases/%, N=1 289
Network	548	24.6	42.5
Television broadcast	508	22.8	39.4
Magazines and books	438	19.7	34.0
Relatives and friends	426	19.1	33.0
Community publicity	307	13.8	23.8

表 5 被试认为心境障碍需要的治疗方式频度分析

Tab 5 Frequency analysis of treatment strategies required for mood disorders

Type of treatment strategies needed	Number of selected cases, n	Percentage of selected cases in total selected cases/%, N=2 070	Percentage of selected cases in survey cases/%, N=1 289
Medication and psychotherapy	802	38.7	62.2
Medication with consolidation therapy after remission	718	34.7	55.7
Medication with discontinuance after remission	202	9.8	15.7
Psychotherapy only (or counseling)	179	8.6	13.9
I don't know	107	5.2	8.3
It can't be cured, giving up treatment	33	1.6	2.6
No treatment is needed	29	1.4	2.2

表6 不同社会人口学特征的被试认为心境障碍需要的治疗方式

Tab 6 Treatment strategies required for mood disorders of subjects with different sociodemographic characteristics

								N=1 289, n	
Factor	TREAT1	TREAT2	TREAT3	TREAT4	TREAT5	TREAT6	TREAT7	χ^2 value	P value
Gender								30.218	<0.001
Male	9	53	231	79	187	9	41		
Female	20	125	570	123	530	24	66		
Occupation ^a								44.171	0.002
Working	14	91	447	102	405	12	54		
Retired	7	53	182	60	173	13	27		
Educated	3	13	75	19	65	1	7		
Unemployed	5	20	97	20	74	7	19		
Marital status ^b								42.105	0.004
Unmarried	13	40	208	45	171	3	18		
Married/cohabiting	14	118	555	144	507	30	80		
Divorced/separated	1	14	28	10	27	0	6		
Widowed	1	4	7	2	10	0	3		
Education level ^c								39.856	<0.001
Below junior college/bachelor	17	121	466	144	425	27	59		
Junior college/bachelor	10	52	294	55	260	6	45		
Postgraduate or above	2	3	34	3	28	0	1		

^a: Missing data in 1 subject; ^b: Missing data in 5 subjects; ^c: Missing data in 27 subjects. TREAT1: No treatment is needed; TREAT2: Psychotherapy only (or counseling); TREAT3: Medication and psychotherapy; TREAT4: Medication with discontinuance after remission; TREAT5: Medication with consolidation therapy after remission; TREAT6: It can't be cured, giving up treatment; TREAT7: I don't know.

3 讨论

本研究利用问卷调查数据,采用多重响应分析中的频率和交叉表方法,分析了上海、武汉、哈尔滨、深圳四地居民对心境障碍知识的知晓情况和对心境障碍治疗的态度,旨在为心境障碍的综合防治提供参考。研究结果显示,抑郁症的知晓和识别率较高,因为抑郁症的患病率比其他疾病高,社会公众给予关注较多,抑郁症被证明是正确识别率最高的精神疾病之一^[11]。在本研究中,被试对抑郁症案例的正确判别率和对核心临床表现的总体识别率分别是61.5% (793/1 289)和70.1% (904/1 289),与澳大利亚的全国心理健康素养调查结果(75%)^[12]相比存在一定差距。文献报道,与中国香港(13.9%)和澳大利亚墨尔本(14.0%)相比,上海居民正确判断抑郁症的比例(12.2%)较低^[13]。在北京和湖南浏阳进行的调查研究发现,抑郁症的正确判断率分别为25.5%和16.1%^[11]。

双相障碍(包括躁狂症)一直是识别率最低的精神疾病之一。在一项212名中国参与者的调查研究中,双相情感障碍的正确诊断率只有5.7%^[11]。本团队此前在上海市虹口区社区卫生服务中心老年

人群中开展的调查显示,抑郁症和躁狂症的正确判别率分别是65.9%和26.6%^[6]。本研究结果表明,被试对躁狂症案例的正确判别率和对核心临床表现的总体识别率分别是41.9% (540/1 289)和51.1% (659/1 289),与抑郁症相比偏低,但与既往研究^[6]相比有所提高。研究结果的差异可能归因于研究人群不同。Yu等^[14]的研究招募了来自农村地区的参与者,与上海等大城市相比,农村地区的心理健康资源和信息少很多。造成差异的另一个可能原因是,近年来专业机构、社会组织和公共媒体付出了巨大的努力,在医院、学校、社区、企业、机构和不同类型的设施中增加了关于心理健康知识的宣传,城市社区居民的心理健康素养确实有所提高^[5]。此外,这还可能与我国经济社会高速发展、信息技术手段不断完善使精神卫生服务的可及性大幅提高密不可分^[15-16]。本研究结果显示被试获悉心境障碍知识的途径主要有网络、电视广播、杂志书籍、亲戚朋友和社区宣传。上海市社区心理健康服务需求调查结果显示,获取心理健康知识的来源近一半为亲戚朋友,其次有个人经验和媒体报道,最后为社区和医疗机构的科普宣传栏^[17]。本研究中被试的获取途径发生较大变化,人们对健康资源的获取

已越来越多地转向更具时空便利性的网络。所以将互联网及相关技术手段应用于精神卫生服务、相关信息知识的推广及医疗领域的综合防治也是时代发展的趋势。

本研究结果显示 62.2% (802/1 289) 的被试认为心境障碍(抑郁症、躁狂症)的治疗不仅需要心理治疗,还需要药物治疗。武汉的一项调查发现 6.5% 的社区居民可被确诊为抑郁症^[18],其中仅有 3.9% (4人)就其情绪问题求助过精神卫生专业人员。吕扬等^[19]对老年抑郁症患者的研究发现,该人群感知服药的必要性要高于对服药的担心,但对药物的维持治疗有顾虑,服药完全依从率仅为 37.8%。心境障碍患者实际就诊率低、药物依从性偏低、考虑就诊意愿和就诊率有一定差距等与精神疾病的病耻感、顾虑药物不良反应等有关,对该人群的精神疾病发生率、实际就诊率及药物服用情况需进一步研究。

综上所述,上海、武汉、哈尔滨、深圳四地居民对心境障碍尤其是躁狂症和双相障碍知识的总体知晓水平并不乐观,仍应加强对心境障碍知识的普及和宣传力度。可利用新媒体和数字技术进行精神疾病筛查、健康促进、疾病预防、早期干预、复发预防及宣传教育等,提高心境障碍的早期识别和规范诊治水平,从而促进良性就医,推进恰当的治疗护理干预、完善精神卫生服务体系和拓展服务路径。

本研究存在以下局限性:(1)是横断面研究;(2)所有数据均来自问卷调查,方法相对局限;(3)样本量有限,样本主要来源于社区门诊及精神专科门诊。下一步希望能够增加样本量,并且纳入健康被试,采用纵向研究分析变量间的关系,进一步验证研究结果。

[参考文献]

- [1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 抑郁症基层诊疗指南(2021年)[J]. 中华全科医师杂志,2021,20:1249-1260. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20211020-00778.
- [2] HUANG Y, WANG Y, WANG H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.
- [3] LIU C C, WU Y F, FENG G M, et al. Plasma-metabolite-biomarkers for the therapeutic response in depressed patients by the traditional Chinese medicine formula Xiaoyaosan: a ¹H NMR-based metabolomics approach[J]. *J Affect Disord*, 2015, 185: 156-163. DOI: 10.1016/j.jad.2015.05.005.
- [4] TRAN B X, HA G H, NGUYEN D N, et al. Global mapping of interventions to improve quality of life of patients with depression during 1990-2018[J]. *Qual Life Res*, 2020, 29(9): 2333-2343. DOI: 10.1007/s11136-020-02512-7.
- [5] REARDON D C. Suicide rates in China[J]. *Lancet*, 2002, 359(9325): 2274. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09267-X.
- [6] HUANG L, HUANG R, FEI Y, et al. Lower health literacy of mania than depression among older people: a random survey of a community healthcare service center[J]. *Front Psychiatry*, 2021, 12: 512689. DOI: 10.3389/fpsy.2021.512689.
- [7] 刘霞,杨金华,高玉娥. 影响抑郁症患者精神专科门诊治疗的相关因素研究[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(17): 1613-1616. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2009.17.004.
- [8] 韩彦超,宗艳红,张彦恒,等. 117例抑郁症患者的躯体症状和首诊情况调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(12): 874-877. DOI: 10.3321/j.issn:1000-6729.2008.12.003.
- [9] 王萍,汪作为,蒋学萍. 抑郁症患者首次至精神科首次就诊的特征[J]. 临床精神医学杂志, 2011, 21(5): 331-332.
- [10] HIRSCHFELD R M. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression[J]. *JAMA*, 1997, 277(4): 333-340. DOI: 10.1001/jama.277.4.333.
- [11] GONG A T, FURNHAM A. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China[J]. *PsyCh J*, 2014, 3(2): 144-158. DOI: 10.1002/pchj.55.
- [12] REAVLEY N J, JORM A F. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma[J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2011, 45(11): 947-956. DOI: 10.3109/00048674.2011.621060.
- [13] WONG D F, HE X, POON A, et al. Depression literacy among Chinese in Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and Chinese in Hong Kong[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012, 47(8): 1235-1242. DOI: 10.1007/s00127-011-0430-4.
- [14] YU Y, HU M, LIU Z W, et al. Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample: a cross-sectional study[J]. *BMC Psychiatry*, 2016, 16: 93. DOI: 10.1186/s12888-016-0802-0.
- [15] 吴志国,朱元贵,陈俊,等. 电子化精神卫生应用与研究新进展[J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24(6): 422-424.
- [16] 冯威,吕大伟,吴文源. 移动医疗在精神卫生领域的应用[J]. 中华精神科杂志, 2015, 48(3): 188-190. DOI:

10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2015.03.018.
 [17] 汪依帆,王伟,何燕玲,等.上海市社区就诊居民心理健康服务需求调查[J].医学与社会,2014,27(4):82-85. DOI: 10.3870/YXYSH.2014.04.026.
 [18] 刘修军,周洋,董玲,等.武汉地区老年人群抑郁症的患病率调查[J].中国心理卫生杂志,2017,31(11):851-856. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2017.11.004.
 [19] 吕扬,李峥,韩美英,等.门诊老年抑郁症患者服药依从性的影响因素分析[J].中华护理杂志,2015,50(10):1203-1206. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2015.10.010.

附录 A 心境障碍知晓率调查问卷

变量名称	导出变量名称	导出变量格式
1. 居住地:	RESID	1=城市 2=农村
2. 您是否曾因精神/心理问题就诊?	HELP	0=否,1=是
3. 您是否曾被诊断为某种精神或心理疾病?	DIAG	0=否,1=是
4. (如上一题选择“是”)您曾被诊断为_____	CBDIAG	
5. 您认为长时间(持续超过1~2周或更长时间)的情绪明显波动是一种心理或精神疾病吗?	AWARE	1=不知道,2=可能是,3=肯定是,4=根据个人具体情况而定
6. 您听说过以下疾病名称吗?(可多选)		
①抑郁症	HEAR1	未选择=0,选择此项=1
②忧郁症	HEAR2	未选择=0,选择此项=1
③躁狂症	HEAR3	未选择=0,选择此项=1
④躁狂症	HEAR4	未选择=0,选择此项=1
⑤躁狂抑郁症	HEAR5	未选择=0,选择此项=1
⑥躁狂发作	HEAR6	未选择=0,选择此项=1
⑦轻躁狂发作	HEAR7	未选择=0,选择此项=1
⑧双相情感障碍	HEAR8	未选择=0,选择此项=1
⑨双相障碍	HEAR9	未选择=0,选择此项=1
⑩心境障碍	HEAR10	未选择=0,选择此项=1
⑪以上全都没有听说过	HEAR11	未选择=0,选择此项=1
7. 您认为以下哪些名称是正规的医学名词?(可多选)		
①抑郁症	JUDG1	未选择=0,选择此项=1
②忧郁症	JUDG2	未选择=0,选择此项=1
③躁狂症	JUDG3	未选择=0,选择此项=1
④躁狂症	JUDG4	未选择=0,选择此项=1
⑤躁狂抑郁症	JUDG5	未选择=0,选择此项=1
⑥躁狂发作	JUDG6	未选择=0,选择此项=1
⑦轻躁狂发作	JUDG7	未选择=0,选择此项=1
⑧双相情感障碍	JUDG8	未选择=0,选择此项=1
⑨双相障碍	JUDG9	未选择=0,选择此项=1
⑩心境障碍	JUDG10	未选择=0,选择此项=1
⑪不知道	JUDG11	未选择=0,选择此项=1
8. 长时间(持续超过1~2周或更长时间)显著的情绪波动可能是一种心理/精神疾病,被称为“心境障碍”,包括抑郁症、躁狂发作、双相障碍(又称双相情感障碍)等。您听说过吗?(可多选)		
①从没听说过	MOOD0	未选择=0,选择此项=1
①听说过,从亲戚朋友	MOOD1	未选择=0,选择此项=1
②看到过,从网络	MOOD2	未选择=0,选择此项=1
③听说过,从电视广播	MOOD3	未选择=0,选择此项=1
④看到过,在杂志书籍	MOOD4	未选择=0,选择此项=1
⑤听说过,社区宣传	MOOD5	未选择=0,选择此项=1
9. 您认为心境障碍可能是下列哪些因素造成的?(可多选)		
①心境障碍是一种遗传性疾病	REAS1	未选择=0,选择此项=1
②太疲劳造成的	REAS2	未选择=0,选择此项=1
③性格问题造成的	REAS3	未选择=0,选择此项=1
④压力太大造成的	REAS4	未选择=0,选择此项=1
⑤自己想不开造成的	REAS5	未选择=0,选择此项=1
⑥受到刺激或打击造成的	REAS6	未选择=0,选择此项=1
⑦心境障碍是一种脑部疾病	REAS7	未选择=0,选择此项=1
⑧心境障碍是中邪着魔了	REAS8	未选择=0,选择此项=1
⑨不知道	REAS9	未选择=0,选择此项=1

附录 A 心境障碍知晓率调查问卷(续)

变量名称	导出变量名称	导出变量格式
10. 琳琳最近一段时间表现出心情很压抑、不时哭泣、整天觉得累,不想动,不愿说话,对什么都不感兴趣,吃不下、睡不好,体重减轻了10 kg,觉得自己没用,感觉生不如死,甚至想要伤害自己。您认为最可能的是:	LINLIN	1=没有异常 2=内科疾病 3=恶劣心境 4=神经衰弱 5=焦虑症 6=抑郁症 7=不知道
11. 大伟最近变得特别活跃,每天只睡两三个小时,仍然觉得精神很好,声称自己发明了新燃料,马上会成为亿万富翁,要出国去领诺贝尔奖。家人劝阻,他就发脾气,砸东西。您认为最可能的是:	DAWEI	1=没有异常 2=内科疾病 3=神经衰弱 4=焦虑症 5=躁狂发作 6=精神分裂症 7=不知道
12. 如果发现自己或周围人出现上述病例(第10、11题)中的情况,您认为应该如何处理?(可多选)		
①多休息,不需要特殊处理	DEAL1	未选择=0,选择此项=1
②找可靠的亲戚朋友说说自己的痛苦	DEAL2	未选择=0,选择此项=1
③有人开导开导就好了	DEAL3	未选择=0,选择此项=1
④出去旅游散散心	DEAL4	未选择=0,选择此项=1
⑤中医科就诊	DEAL5	未选择=0,选择此项=1
⑥内科就诊	DEAL6	未选择=0,选择此项=1
⑦神经科就诊	DEAL7	未选择=0,选择此项=1
⑧精神科就诊	DEAL8	未选择=0,选择此项=1
⑨找心理咨询	DEAL9	未选择=0,选择此项=1
13. 您认为以下情况中属于抑郁症表现的有哪些?(可多选)		
①情绪低落,心情压抑	YYZ1	未选择=0,选择此项=1
②脑子转得很慢,难以集中注意力,很难做决定	YYZ2	未选择=0,选择此项=1
③说话或动作明显比过去缓慢	YYZ3	未选择=0,选择此项=1
④反复回忆或做噩梦重现痛苦场景	YYZ4	未选择=0,选择此项=1
⑤无助,无望,反复想要伤害自己或希望自己死去	YYZ5	未选择=0,选择此项=1
⑥没有刻意节食,但是胃口变差,体重短时间内明显下降	YYZ6	未选择=0,选择此项=1
⑦躯体疼痛感或莫名的躯体不适	YYZ7	未选择=0,选择此项=1
⑧不知道	YYZ8	未选择=0,选择此项=1
14. 您认为以下情况中属于躁狂发作表现的有哪些?(可多选)		
①情绪高涨(超乎寻常的欢欣鼓舞、得意洋洋、兴高采烈)	MANIA1	未选择=0,选择此项=1
②精力充沛、言语滔滔不绝且无法打断、语速太快导致别人难以理解	MANIA2	未选择=0,选择此项=1
③不断变化的计划和目标	MANIA3	未选择=0,选择此项=1
④自我感觉极好,严重超出实际情况	MANIA4	未选择=0,选择此项=1
⑤行为莽撞,不考虑风险和后果	MANIA5	未选择=0,选择此项=1
⑥感觉周围不安全,怀疑有人要伤害自己	MANIA6	未选择=0,选择此项=1
⑦狂躁、乱发脾气、冲动伤人	MANIA7	未选择=0,选择此项=1
⑧不知道	MANIA8	未选择=0,选择此项=1
15. 心境障碍可能会给患者带来什么严重影响?(可多选)		
①自杀	CONSE1	未选择=0,选择此项=1
②长期酗酒	CONSE2	未选择=0,选择此项=1
③长期吸毒	CONSE3	未选择=0,选择此项=1
④慢性疼痛	CONSE4	未选择=0,选择此项=1
⑤躯体疾病	CONSE5	未选择=0,选择此项=1
⑥扰乱治安、伤害他人、毁坏财物等	CONSE6	未选择=0,选择此项=1
⑦遭人偏见、歧视或排斥	CONSE7	未选择=0,选择此项=1
⑧不知道	CONSE8	未选择=0,选择此项=1

附录 A 心境障碍知晓率调查问卷(续)

变量名称	导出变量名称	导出变量格式
16. 您认为心境障碍应该如何治疗?(可多选)		
①不需要任何治疗	TREAT1	未选择=0,选择此项=1
②只需要心理治疗(或心理咨询)	TREAT2	未选择=0,选择此项=1
③不仅需要心理治疗,还需要药物治疗	TREAT3	未选择=0,选择此项=1
④药物治疗,病情缓解后立即停止服药	TREAT4	未选择=0,选择此项=1
⑤药物治疗,病情缓解后需要继续服药巩固疗效	TREAT5	未选择=0,选择此项=1
⑥不能治愈,索性不治疗了	TREAT6	未选择=0,选择此项=1
⑦不知道	TREAT7	未选择=0,选择此项=1
17. 您认为自己有朝一日是否有可能患以上某种心境障碍?	SUFFER	1=不可能 2=有可能 3=我曾经被诊断过以上某种心境障碍
18. 您认为是否有必要了解一些心境障碍相关的知识和信息?	NECESS	1=没有必要 2=有必要(进入第19~20题)
19. 您希望了解以下哪些方面关于心境障碍的知识和信息?(可多选)		
①关于抑郁症	WISH1	未选择=0,选择此项=1
②关于躁狂发作	WISH2	未选择=0,选择此项=1
③关于双相障碍	WISH3	未选择=0,选择此项=1
④发病原因	WISH4	未选择=0,选择此项=1
⑤如何预防	WISH5	未选择=0,选择此项=1
⑥如何治疗	WISH6	未选择=0,选择此项=1
⑦如何自我调节和自助	WISH7	未选择=0,选择此项=1
⑧如何发现身边潜在的心境障碍患者	WISH8	未选择=0,选择此项=1
⑨如何帮助身边的患者	WISH9	未选择=0,选择此项=1
20. 您希望通过哪些途径了解以上关于心境障碍的知识和信息?(可多选)		
①报纸、杂志等	ACCESS1	未选择=0,选择此项=1
②电视节目	ACCESS2	未选择=0,选择此项=1
③影视作品	ACCESS3	未选择=0,选择此项=1
④网络	ACCESS4	未选择=0,选择此项=1
⑤手机应用(APP)	ACCESS5	未选择=0,选择此项=1
⑥微信	ACCESS6	未选择=0,选择此项=1
⑦社区宣传栏	ACCESS7	未选择=0,选择此项=1
⑧医疗机构的科普宣传栏	ACCESS8	未选择=0,选择此项=1

[本文编辑] 杨亚红