

## 精神卫生服务评估的基本框架\*

肖水源<sup>®</sup> 刘飞跃

(中南大学公共卫生学院, 长沙 410078 @通信作者 E-mail xiaosy@gnail.com)

【关键词】 精神卫生服务; 评估; 框架

中图分类号: 文献标识码: A 文章编号: 1000-6729(2010)012-0887-06

doi 10.3969/j.issn.1000-6729.2010.12.002

精神卫生服务 (mental health service) 是“提供有效精神卫生干预的各种措施”<sup>[1]</sup>。随着社会经济的发展和健康状况的转变, 精神障碍作为我国重大的公共卫生问题<sup>[2-3]</sup>, 引起了社会各界的广泛关注和重视。近年来, 我国各级政府已出台一系列精神卫生政策<sup>[4]</sup>, 以满足社会对精神卫生服务不断增长的需求。

对精神卫生服务进行系统和科学的评估, 是一个国家、一个地区精神卫生服务良性发展的重要基础。世界卫生组织为推动各国对精神卫生系统的评估, 于2003年发布了用于评估精神卫生系统的专用工具 WHO - A M S (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems), 并在以后做了多次修订<sup>[5]</sup>; 世界各国, 包括我国对精神卫生服务的需要与需求、精神卫生服务的利用进行了大量的研究<sup>[6-7]</sup>。

精神卫生服务评估的内容除了精神障碍的治疗形式和结构外, 还包括精神卫生服务的结构、可及性、质量、利用、价格和有效性等<sup>[8-9]</sup>。本文根据我国的实际情况, 从精神卫生服务的供方 (精神卫生系统及其提供的服务) 和需方 (公众对精神卫生服务的需要、需求和利用) 两个方面提出一个基本框架, 为我国的精神卫生服务评估和研究提供参考。具体评估指标可在这个框架的基础上, 根据实际需要进行设计, 本文不予详细讨论。

### 1 精神卫生系统及其提供的服务

世界卫生组织将精神卫生系统 (mental health system) 定义为以促进、恢复和维持精神健康为主要目的的所有活动, 包括以改善精神健康为目标的所有组织和资源<sup>[5]</sup>。2005年版的 WHO - A M S<sup>[5]</sup>将精神

卫生系统及其服务分为6个维度进行评估, 即: ①政策与立法框架, 包括精神卫生政策、计划、立法, 人权监督和培训, 精神卫生服务筹资等; ②精神卫生服务, 包括精神卫生服务的组织整合、门诊设施、日间治疗设施, 社区为基础的住院机构、社区居住设施、精神病院、司法住院设施、其他居住设施、精神卫生机构社会心理治疗的可利用性 (availability)、基本精神药物的可利用性、获得精神卫生服务的可及性等; ③初级卫生保健中的精神卫生, 包括初级卫生保健机构医生与其他职员接受精神卫生培训、与精神卫生专业机构的联系、精神药物的可用性、与传统治疗者或民间治疗者的互动等; ④人力资源, 包括人力资源的数量, 精神卫生专业人员的培训、精神卫生服务使用者及其家庭成员组织和活动等; ⑤公众教育及与其他系统的联系, 包括精神卫生公众教育与知晓行动、与其他系统的合作与互动等; ⑥监测与研究, 包括精神卫生服务的监测和精神卫生服务研究等。

根据我国的实际情况, 建议目前将精神卫生系统及其服务的评估分为以下几个部分。

#### 1.1 精神卫生政策与计划

精神卫生政策通过确定精神卫生的蓝图、价值取向、原则和目标, 通过建立达到该蓝图的行动模式而提供对精神卫生服务的全面指导<sup>[10]</sup>。精神卫生计划则明确实现政策目标的详细策略和需要实施的各项活动。过去二十多年间, 世界卫生组织一直倡导和鼓励各成员国发展自己的精神卫生政策和计划, 对政策和计划进行监测和评估, 并于2007年提出了一个监测和评估精神卫生政策与精神卫生计划的指南<sup>[10]</sup>。完整的精神卫生政策和计划的评估应该包括对政策和计划制定过程、实施过程和结局的评估3个部分。

\* 基金项目: 美国中华医学基金会 (MB-09-988和 CMB-G16916402资助)

### 1.1.1 精神卫生政策和计划制定过程的评估

应在启动制定过程之前就开始进行,并贯穿于整个制定过程中。基本的评估框架应包括3个方面:

(1) 政治上的正确性。任何一项公共政策都体现一定的价值观,代表着政府的执政理念。在一个国家或社会中,政策的政治正确性在很大程度上决定了该政策是否能够最终发布和执行。作为一个相对抽象的概念,政治正确性的可测量性并不强,但它仍然是可以评估的。例如,制定的或将要制定的精神卫生政策,包括其具体内容和实施计划,是否能够体现“以人为本”、“建设和谐社会”、“促进精神文明的建设和发展”、“代表最广大人民群众的利益”等党和政府执政的核心理念,是否与相关的法律、法规保持一致。(2) 内容的完整性。一项精神卫生政策及其相应的计划应包括产生背景、目标和目的、针对的重点人群和重点精神卫生问题、组织方式、实施策略和方案、监测和评估指标、反馈和修订机制等方面。(3) 执行的可操作性。可操作性是指执行者能够将政策和计划付诸具体行动的程度。在制定精神卫生政策和计划时,第一应考虑社会经济发展水平、民俗文化观念、精神卫生资源、健康保障体系等宏观环境是否能够支撑政策和计划的有效执行;第二要考虑政策和计划覆盖的区域和部门执行和接受监测、评估的意愿;第三要考虑实施过程中可能存在的问题及解决的机制;第四要明确政策和计划执行的策略、活动内容和形式、监测和评估指标的可测量性等。

### 1.1.2 精神卫生政策与计划实施过程的评估

与督导过程密切联系在一起,重点是政策和计划在执行过程中存在的问题及其产生的原因,以促进计划的实施或根据情况对计划做出必要的调整。其主要内容包括:(1) 是否按要求完成了相关的投入(如人力资源和经费投入),即投入评估(input evaluation);(2) 计划中规定的主要行动是否得到了实施,即过程评估(process evaluation);(3) 是否实现了各种主要行动的预期产出,即产出评估(output evaluation);(4) 是否实现了政策和计划的目标,即影响评估(impact evaluation)。

### 1.1.3 结局评估

是否实现了精神卫生政策与计划中所规定的蓝图和目标是结局评估的重点,评估的内容主要是精神卫生结局,如是否提高了目标人群的精神健康水平,是否提高了公众对精神卫生的重视程度,是否提高了精神障碍患者的就诊率和治疗率等,具体指标因政策目标的不同而不同。除此之外,结局评估可能还需要包

括一些其他的内容(如成本-效益等经济学指标),以帮助政策制定部门总结经验和教训,制定更为合适的精神卫生政策和计划。

## 1.2 精神卫生系统

精神卫生系统是精神卫生服务的提供者或精神卫生服务资源,可从以下5个方面进行评估。

### 1.2.1 完整性

即各类精神卫生机构及其服务的齐备程度。一个国家或地区的精神卫生系统必须为公众提供不同层次、不同内容的精神卫生服务,所以其精神卫生系统除了精神卫生专业机构外,还应包括其他提供精神卫生服务的机构或资源,如疾病预防与控制机构,综合性医院,初级卫生保健机构,社区、学校、军队、收容所、养老院、监狱等机构的精神卫生服务部门。在服务内容方面,应包括社区精神障碍患者的早期发现;精神障碍患者的诊断、治疗、康复和管理;精神障碍的三级预防,包括与心理障碍密切相关行为问题(如自杀、伤害)的预防;针对不同人群的心理健康教育 and 心理健康促进等内容。

### 1.2.2 整合性

即各类精神卫生服务提供者有机地联系在一起的程度,主要是精神卫生专业机构与社区精神卫生服务提供者、非专业精神卫生机构之间分工和合作的程度,包括信息共享、双向转诊、技术指导、合作行动等方面。

### 1.2.3 可及性

可及性可以定义为目标人群能够利用精神卫生系统提供的精神卫生服务的程度。评估可及性的指标主要有两大类。其一是精神卫生系统的地理分布,可用居民与精神卫生服务机构之间的距离、获得精神卫生服务所需要的时间进行评估。其二是居民能够支付和负担精神卫生服务费用的能力,可用精神卫生服务费用水平、医疗保险覆盖比例(包括病种覆盖和人群覆盖)、居民自付费用比例、居民精神卫生服务负担比率等。

### 1.2.4 公平性

即平等地为所在地区居民提供精神卫生服务的程度。包括的主要内容有:精神卫生服务设施、技术力量分布的公平性;精神卫生服务筹资的公平性;精神卫生服务负担的公平性;精神卫生服务过程的公平性等。

### 1.2.5 可接受性

即相关机构提供的精神卫生服务为公众接受的程度。估计目前公众对精神卫生机构提供的专业服务的

接受程度远低于其他医疗服务,但这个问题从来没有得到过系统的评估和研究。

### 1.3 精神卫生服务能力和水平

精神卫生服务能力指能够提供的各类精神卫生服务量,包括精神卫生专业机构的数量和规模,常用指标如床位数、年住院人次/年出院人次等;社区精神卫生设施,包括社区精神卫生服务中心、中转站、日间站、夜间站等;人力资源,包括如精神科医生、护士、临床心理学家、心理咨询师、社会工作者等各类相关人员数量及质量等指标;非专科医务工作者接受精神卫生专业培训的情况;基础条件,包括房屋、必备医疗技术设备等;各类精神卫生设施维持、运转和发展所需要的经费及其来源等。

精神卫生服务水平,即各类相关机构能够提供的精神卫生服务类别,主要包括3个方面:其一是常用精神药物(psychotropic medicines)的可及性,评估的重点应放在非专业精神卫生服务机构,如综合性医院和初级卫生保健机构;其二是心理社会干预(psychosocial intervention),如心理治疗、社会支持、心理咨询、康复指导、心理技能训练、心理健康教育等,可用病人(住院、门诊、社区等)接受这类服务的百分数进行评估;其三是精神科急症处理能力,如精神卫生专业机构、初级卫生保健和综合性医院处理自杀、暴力、药物严重副作用的能力。

由于缺乏对精神障碍的正确认识、对精神障碍患者存在严重的社会歧视、精神卫生服务缺乏可及性等原因,世界各国都有大量精神障碍患者求助于初级卫生保健机构和综合性医院的医生,因此,评估这些医生识别和处理精神障碍的能力具有重要的意义。目前可以使用的评估方法主要有3类,第1类是使用自评问卷,观察评估对象掌握精神卫生知识的程度;第2类是由经过培训的精神科医生使用统一的诊断标准对患者进行再诊断,观察这些医生对精神障碍的识别率;第3类则是使用标准化病人(standardized patient)检验这些医生对精神障碍的识别和处理能力。这些方法各有优缺点,可根据评估的实际需要选用。

### 1.4 精神卫生服务的人力资源

广义的精神卫生服务人力可以大致分为3大类。第1类是提供精神卫生服务的专职人员,如精神科医生、护士、社会工作者、临床心理学家、心理治疗师、心理咨询师等;第2类是提供精神卫生服务的非专职人员,如初级卫生保健机构和综合性医院的医生、护士、社会工作者,在非医疗机构工作但涉及精神卫生服务的人员;第3类是为精神卫生服务提供支

持的人员,如技术辅助人员、行政管理人员等。

精神卫生服务人力资源的数量及其分布:通常用每千人口、一定地理区域内各类精神卫生服务人员的数量作为指标。

精神卫生服务人力资源的结构:包括人力资源的年龄、性别、教育程度、专业背景等方面的构成。我国缺乏系统和严格的精神科专科医师、护士培训制度,所以对精神卫生服务人力资源的教育程度评估具有非常重要的意义。

毕业后教育:精神卫生服务相关人员需要不断地接受培训才能掌握精神卫生专业的新概念、新理论、新技术和新方法,因此需要对精神卫生服务提供者接受各类毕业后教育的情况进行评估,可用每类人员每年接受正式培训的天数作为评估指标。

非专职人员接受精神卫生服务培训的情况:包括工作在初级卫生保健、综合性医院、监狱、警察局、收容所、养老院、媒体、社区等有可能接触精神障碍患者的工作人员接受精神卫生服务培训的情况。

精神卫生人力资源的补充:每年毕业的精神科医生和护士、临床心理学家、心理治疗师、心理咨询师、社会工作者的数量。

精神卫生人力资源的规划和管理:精神卫生人力资源的规划及规划的依据;精神卫生人力资源的管理、监督、指导和激励措施等。

### 1.5 精神卫生服务的监测与研究

精神卫生服务监测,是通过精神卫生机构收集和报送资料,形成精神卫生服务系统信息系统。对精神卫生服务监测的评估指标主要包括:①精神卫生服务信息系统的建设情况及其资料收集、报送和管理制度;②精神卫生服务设施报送资料的完整性和及时性;③将精神卫生服务监测提供的信息应用于发展精神卫生系统、提高精神卫生服务水平的程度。

精神卫生服务研究主要是指在精神卫生服务领域投入的人力和经费,主要包括4个方面:①各级政府的经费投入,包括投入的绝对数(金额和项目数等)和相对数(精神卫生服务研究投入金额占所有卫生服务研究金额的比例,占精神卫生领域研究总经费的比例等);②专业人员参与精神卫生服务研究的程度,主要是精神科医生和护士、临床心理学家、社会工作者主持或参与精神卫生服务研究的比例;③精神卫生服务论文、著作的出版情况,可用过去五年中论文和著作的数量代表;④精神卫生服务研究的范围,评估相关研究是否涵盖了精神卫生服务的主要内容。

## 2 精神卫生服务的需要、需求与利用

精神卫生服务需要 (need) 是指取决于居民实际精神健康状况与理想精神状况之间的差距而提出的对精神卫生服务的客观需要; 精神卫生需求 (demand) 是从经济和价值观出发, 在一定时期内、一定价格水平上人们愿意而且有能力消费的精神卫生服务量。因此, 有需要不一定有需求, 而没有需要也可能寻求精神卫生服务。

### 2.1 精神卫生服务的需要

精神卫生服务的需要是居民精神健康状况的实际反映, 可以通过筛查和精神障碍流行病学调查进行评估。评估精神卫生服务需要的指标主要有以下 3 大类。

#### 2.1.1 精神障碍频度

主要是患病率 (prevalence rate) 和发病率 (incidence rate)。在有关精神障碍频度的评估中, 由于采用的方法不同 (特别是筛查和诊断工具不同), 不同研究间的结果可能会存在较大的差异。

患病率: 患病率是某一特定时间内某病新旧病例占调查总人数的比例, 又分为时点患病率和期间患病率两种。当观察时间为某一具体时点时称为时点患病率, 当观察时间为某一特定观察期时称为期间患病率。时点患病率的观察时间通常不超过一个月, 而期间患病率的观察区间通常超过一个月。由于大多数精神障碍都表现为慢性病程, 所以在相关研究中更多地使用期间患病率 (如年患病率、终生患病率等) 作为评估指标。

发病率: 是指一定时段内新发病例人数占调查总人数的比例, 代表某时期研究人群发生某种疾病危险性的大小。由于很多精神障碍起病潜隐, 患者本人及患者家属不一定能准确地报告起病时间, 因此在精神卫生服务需要评估中, 其实际价值不及患病率。

共病 (comorbidity) 的发生情况: 包括不同精神障碍共同存在的情况和精神障碍与躯体障碍共同存在的情况。前者的例子有精神分裂症患者同时患有精神活性物质所致精神障碍; 后者如抑郁症患者同时患有慢性躯体疾病等。由于精神障碍的诊断和分类比较复杂, 目前有关共病的定义在学术界还没有完全统一。

#### 2.1.2 精神障碍的严重程度

评估的指标比较多。用于一般慢性疾病严重程度的评估指标大致有两类, 一类是用人群中某种功能障碍人数的比例, 如卧床率、活动受限率、休工 (学) 率、失能率、残障率、病死率等; 另一类用人群中活

动受限的天数来代表, 如卧床天数、休工天数、休学天数等。除这些指标外, 在精神卫生领域还采用精神障碍对社会功能和生活质量的影响进行评估。

近年来, 潜在寿命损失年 (potential years of life lost PYLL)、伤残调整寿命年 (disability adjusted life year DALY)、健康寿命年 (health life year Healy)、质量调整寿命年 (quality adjusted life year QALY) 等评估疾病负担的指标得到了广泛的应用, 可以较好地衡量精神障碍对生活质量产生的影响, 间接地反映精神卫生服务的需求。例如, 20 世纪 90 年代世界卫生组织、世界银行、哈佛大学联合进行的全球疾病负担研究, 根据各种疾病从发生到死亡所损失的全部健康寿命年 (即 DALY), 发现精神障碍占整个疾病负担的 13% 以上, 在全世界范围内促进了对精神障碍的关注和重视<sup>[11]</sup>。

#### 2.1.3 人群精神卫生素养

精神卫生素养 (mental health literacy) 可以定义为帮助认知、处理和预防精神障碍的知识和信念<sup>[12]</sup>。提高人群的精神卫生素养是精神卫生服务的重要组成部分, 而精神卫生素养的高低间接地反映人群对精神卫生服务的需要程度。在人群精神卫生素养评估中, 目前存在的主要问题是难以定义普通公众需要掌握的精神卫生知识, 因而缺乏可靠的评估工具。一般采用精神卫生知识和态度自评问卷调查, 其效度方面存在比较明显的缺陷。2009 年, 卫生部疾控局精神卫生处在组织有关单位测试的基础上, 推荐了“精神卫生与心理保健知识问卷”、“精神卫生素养病例测验”、“精神疾病相关态度问卷”、“中学生心理卫生知识问卷”等工具, 并提出了抽样建议和使用方法, 可作为研究人群精神卫生素养的基本工具<sup>[13]</sup>。

### 2.2 精神卫生服务的需求与利用

精神卫生服务利用 (mental health service utilization) 是指居民实际利用精神卫生服务的数量, 即精神卫生服务的有效需求量。其评估的指标主要有 3 类: (1) 门诊服务利用。包括对精神卫生专业机构、综合性医院、初级卫生保健、心理咨询机构等提供的门诊精神卫生服务的利用。其常用的指标为 ① 就诊率, 即调查前两周内因精神卫生问题就诊的人 (次) 数与调查人数之比; ② 两周患者就诊率, 即调查前两周内精神障碍患者就诊的人数与两周患者总例数之比; ③ 两周患者未就诊率, 即调查前两周内精神障碍患者未就诊的人数与两周患者总例数之比。(2) 住院服务利用。评估社区居民因精神障碍住院的人数、天数等指标了解居民对住院服务的利用。(3) 急诊

服务利用。评估居民因精神卫生问题而利用急诊服务的情况。

对心理健康教育、心理技能训练等促进心理健康措施的利用情况,可根据实际情况确定评估指标。

### 3 精神卫生服务及其影响因素的综合评估

对精神卫生服务的利用是由需求和供给两方面决定的,所以必须进行综合分析才能反映其真实情况。在这里,我们推荐使用求助延误、诊断延误、治疗延误和康复延误作为精神卫生服务利用的综合评估指标<sup>[15]</sup>。

#### 3.1 精神障碍求助的延误

医学人类学家 Kleinman 提出<sup>[14]</sup>,一个人有了不适的主观体验后,首先通过其家人及密切的社交圈子确定是什么性质的问题,是由什么原因引起的,是否需要向外界寻求帮助,以及到哪里寻求帮助。在精神卫生领域,由于人们对精神卫生问题的认知和归因在很大程度上受到社会文化的影响,所以其求助行为 (help-seeking behavior) 及求助途径进行评估研究具有特别重要的意义。评估的主要问题有两个方面,其一是在特定人群所有精神障碍者中,有多大比例曾经寻求帮助? 决定精神障碍患者求助或者不求助的主要因素有哪些? 其二是在曾经求助的精神障碍患者中,有多大比例求助于超自然力量、民间治疗、初级卫生保健机构或综合性医院以及精神卫生专业机构? 影响这些选择的主要因素有哪些? 如果患者首诊于初级卫生保健机构或综合性医院,有多大比例的患者被转诊到精神卫生专业机构? 哪些因素影响是否转诊和转诊的途径?

及时和正确的求助行为是精神障碍患者获得早期诊断和治疗的决定性因素之一。求助延误 (delay of help-seeking) 是指患者及其家属确定精神不正常后寻求帮助,特别是寻求专业帮助的时间。可以用某人群精神障碍患者求助于精神卫生专业机构的百分数和求助延误的时间进行评估。决定求助延迟的主要因素包括: ①精神障碍的严重程度、病程特点(急性或慢性起病)、症状特点(症状是否容易认知)等。②患者所在社区文化对精神障碍的归因 (attribution)。对引起精神障碍原因的认识在很大程度上是由患者所在社区的文化决定的,归因不同,求助途径就不一样。③医疗保障、患者及其家庭的经济支付能力。④初级卫生保健机构、综合性医院对精神障碍的识别和处理能力。⑤精神卫生专业机构的可及性。⑥社会对精神障碍患者及家属的歧视程度。

#### 3.2 精神障碍诊断的延误

广义的诊断延误 (delay of diagnosis),是指患者从产生症状到获得正确诊断之间的延迟;狭义的诊断延误指患者就诊于医疗机构后,获得正确诊断之间的延迟,可用百分数和延误时间描述。影响诊断延误的主要因素有: ①精神障碍本身的特点。大多数精神障碍起病较慢,缺乏客观的生物学标志 (biological marker) 作为诊断依据,因此即使患者在出现精神症状后立即求助于专业机构,也需要一定的时间才能获得正确的诊断。事实上,不论是美国《精神障碍诊断与统计手册第四版 (DSM-IV)、世界卫生组织《国际疾病及相关健康问题分类第十版, ICD-10》还是《中国精神疾病分类与诊断标准第三版 (CCMD-3)》均对常见的精神障碍的诊断确定了病程标准。②精神卫生专业服务的可及性,如精神障碍患者到专业机构求治所需要的时间、支付专业服务费用的能力。③初级卫生保健机构和综合性医院对精神障碍识别的能力,以及将患者转诊于精神卫生专业机构的及时程度。④部分精神障碍患者反复辗转于不同的专业或非专业医疗机构求助,也是导致诊断延误的重要原因。

#### 3.3 精神障碍治疗的延误

广义的治疗延误 (delay of treatment) 是指患者从产生症状到接受治疗的延迟,狭义的治疗延误则是指从获得正确诊断到接受系统治疗的延迟。可用人群中精神障碍患者的治疗率、未治率、延误的时间等指标进行评估。仅仅评估患者是否接受过任何抗精神病治疗是比较容易的,但其意义有限;如果要评估患者是否接受过系统的治疗,则需要对“系统的治疗”做出明确的、可操作、可测量的定义。影响治疗延误的主要因素包括医疗保障、患者及其家庭的经济支付能力、对医嘱的遵守程度、医疗机构特别是精神卫生专业机构的服务态度和服务水平等。

#### 3.4 精神障碍康复的延误

精神障碍作为一类慢性疾病,康复是使病人恢复社会功能、重返社区的重要一环。康复延误 (delay of rehabilitation) 是指患者没有接受康复服务的比例和/或从合适接受到实际接受康复治疗的时间延误。影响康复延误的主要因素包括医疗机构和社区提供康复服务的能力、康复服务的设施及其可及性等。

### 参考文献

- [1] The World Health Organization Organization of services for mental health [R]. Geneva: WHO, 2003.

- [ 2 ] The World Health Organization. The global burden of disease 2004 updated [ R ] . Geneva WHO, 2008.
- [ 3 ] 肖水源 . 我国精神卫生服务面临的重要挑战 [ J ] . 中国心理卫生杂志, 2009, 23 ( 12): 844- 847.
- [ 4 ] 马弘, 刘津, 于欣 . 中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读 [ J ] . 中国心理卫生杂志, 2009, 23 ( 12): 840- 843.
- [ 5 ] The World Health Organization. Assessment instrument for mental health systems WHO - A M S 2. 2 [ R ] . Geneva WHO, 2005.
- [ 6 ] Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States [ J ] . Annual Review of Public Health, 2008, 29: 115 - 129.
- [ 7 ] Phillips MR, Zhang JX, Shi QC, et al Prevalence, treatment and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001 - 05: an epidemiological survey [ J ] . The Lancet, 2009, 373: 2041- 2053.
- [ 8 ] Polgar M, Morrissey J. Mental health services and systems [ M ] // Aneshensel CS & Phelan JC ( eds ) . Handbook on the Sociology of Mental Health. New York: Kluwer Academic Publishers, 1999: 461- 462.
- [ 9 ] National Institute of Mental Health ( NIMH ) . Caring for people with severe mental disorders: a national plan of research to improve service ( ADM ) 91 - 1762 [ M ] . Washington: Department of Health and Human Services, 1991.
- [ 10 ] The World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policy and plans [ R ] . Geneva WHO, 2007.
- [ 11 ] Murray CJL, Lopez AD. Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 [ M ] . Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- [ 12 ] Jorm AE, Korten AE, Jacomb PA, et al " Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment [ J ] . The Medical Journal of Australia, 1997, 166: 182.
- [ 13 ] 卫生部办公厅 . 关于印发精神卫生工作指标调查评估方案的通知 [ OL ] . [ 2010 - 10 - 07 ] <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohjyfkz/j/s5888/201003/46198.htm>.
- [ 14 ] Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture [ M ] . Berkeley: University of California Press, 1980.
- [ 15 ] 肖水源 . 精神卫生流行病学 . // 谭红专 . 现代流行病学 [ M ] . 2版 . 北京: 人民卫生出版社, 2008: 577- 598.

编辑: 张卫华

2010- 09- 25收稿, 2010- 10- 15录用

(上接第 886页)

- [ 6 ] 李松, 胡胜勇 . 试论我国公共卫生体系的危机与重建 [ J ] . 中国卫生事业管理, 2004, 20 ( 1): 335- 337.
- [ 7 ] 中央人民政府 . 温家宝在全国防治非典工作会议上发表重要讲话 ( 2003 - 07 - 28 ) [ OL ] . ( 2006 - 08 - 05 ) [ 2010 - 10 - 10 ] . [http://www.gov.cn/ztl/content\\_355339.htm](http://www.gov.cn/ztl/content_355339.htm).
- [ 8 ] 杨文英, 苏琳, 王海军, 等 . 市民与精神卫生工作者对精神病人态度的对比研究 [ J ] . 临床精神医学杂志, 1998, 8 ( 6): 7- 9.
- [ 9 ] Phillips MR, Zhang JX, Shi QC, et al Prevalence, treatment and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001 - 05: an epidemiological survey [ J ] . Lancet, 2009, 373 ( 9680): 2041 - 2053.
- [ 10 ] 马弘, 刘津, 于欣 . 我国近十年重要精神卫生政策的发展与解读 [ J ] . 中国心理卫生杂志, 2009, 23 ( 12): 840- 843.

编辑: 靖华

2010- 10- 10收稿, 2010- 10- 21录用