

偏远县城青少年抑郁障碍基于知识转化模式的健康管理模式构建及应用效果

卢和丽^{1*}, 刘云², 黄泽文¹, 郭明¹, 黄筱琴¹, 徐茜¹,
王碧漪¹, 董香丽¹, 李冠华¹, 胡飞虎¹



扫描二维码
查看原文

【摘要】 背景 近年来,青少年抑郁障碍患病率持续上升,偏远县城青少年抑郁障碍患者家庭对疾病认知度普遍较低,常难以完成全程治疗。目的 探讨基于知识转化模式(KTA)的健康管理模式在偏远县城青少年抑郁障碍患者中的应用效果。方法 选取南昌大学第二附属医院2020年6—12月收治的90例偏远县城青少年抑郁障碍患者为研究对象,采用随机数字表法分为常规组($n=45$)和KTA组($n=45$)。常规组患者入组后接受常规健康管理模式干预,KTA组患者入组后接受基于KTA的健康管理模式干预,所有患者入组后持续观察12周。于干预前及入组后12周,以青少年非自杀性自伤行为问卷评估患者非自杀性自伤行为;以青少年手机使用依赖自评问卷(SQAPMPU)评估患者手机依赖情况;以儿童焦虑性情绪障碍筛查量表(SCARED)评估患者焦虑情绪;以儿童抑郁障碍自评(DSRS)评估患者抑郁情绪。结果 干预前两组患者青少年非自杀性自伤行为问卷得分、SQAPMPU各维度得分及总分、SCARED得分、DSRS得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组患者入组后12周青少年非自杀性自伤行为问卷得分、SQAPMPU各维度得分及总分、SCARED得分、DSRS得分均低于干预前($P<0.05$)。KTA组青少年非自杀性自伤行为问卷得分、SQAPMPU各维度得分及总分、SCARED得分、DSRS得分低于常规组($P<0.05$)。结论 基于KTA的健康管理模式有效减少了偏远县城青少年抑郁障碍患者的非自杀性自伤行为和手机依赖情况,减轻了患者的焦虑、抑郁情绪,能较好地应用于偏远县城青少年抑郁障碍的门诊管理中。

【关键词】 抑郁症;青少年;知识转化模式;非自杀性自伤行为;健康教育

【中图分类号】 R 749.41 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.01.417

卢和丽,刘云,黄泽文,等.偏远县城青少年抑郁障碍基于知识转化模式的健康管理模式构建及效果[J].中国全科医学,2022,25(11):1373-1377,1382.[www.chinagp.net]

LU H L, LIU Y, HUANG Z W, et al. Development and application effect of knowledge-to-action framework-based health management in adolescents with depressive disorder in remote counties [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (11) : 1373-1377, 1382.

Development and Application Effect of Knowledge-to-action Framework-based Health Management in Adolescents with Depressive Disorder in Remote Counties LU Heli^{1*}, LIU Yun², HUANG Zewen¹, GUO Ming¹, HUANG Xiaojin¹, XU Xi¹, WANG Biyi¹, DONG Xiangli¹, LI Guanhua¹, HU Feihu¹

1. Department of Psychosomatic Medicine, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China

2. Department of Mental Psychology, Tianhe District People's Hospital, Guangzhou 510660, China

*Corresponding author: LU Heli, Attending physician, Psychotherapist; E-mail: luheli0902@163.com

【Abstract】 **Background** The prevalence of depressive disorder in adolescents is increasing. Adolescents with depressive disorder in remote counties and their families have a low awareness of the disease, and often are difficult to complete the whole treatment. **Objective** To explore the application effect of knowledge-to-action (KTA) framework-based health management in adolescents with depressive disorder in remote counties. **Methods** Ninety-four adolescents with depressive disorder coming from remote counties were recruited from the Second Affiliated Hospital of Nanchang University from June to December 2020. They were randomly divided into a routine group (receiving a 12-week routine health management) and a KTA group (receiving a 12-week KTA framework-based health management). At the time of enrollment and 12 weeks after intervention, the status of non-suicidal self-injury was assessed by the Adolescent Non-suicidal Self-injury Assessment Questionnaire (ANSAQ), mobile phone use was evaluated by the Self-rating Questionnaire for Adolescent Problematic Mobile

基金项目:江西省教育厅科学技术研究项目(GJJ190150;GJJ190078);江西省卫生计生委科技计划项目(202130474) 1.330006 江西省南昌市,南昌大学第二附属医院心身医学科 2.510660 广东省广州市天河区人民医院精神心理科

*通信作者:卢和丽,主治医师,心理治疗师;E-mail:luheli0902@163.com

本文数字出版日期:2022-02-17

Phone Use (SQAPMPU), the anxiety was evaluated with the score of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), and the depression was assessed by the Depression Self-Rating Scale for Childhood (DSRS). **Results** Two groups had no significant differences in mean total scores of ANSAQ, SQAPMPU, SCARED, and DSRS before receiving intervention ($P>0.05$). Two groups had no significant differences in each dimension score of SQAPMPU before receiving intervention ($P>0.05$). After the 12-week intervention, the mean total scores of ANSAQ, SQAPMPU, SCARED, and DSRS decreased significantly in both groups ($P<0.05$), and they were lowered more significantly in the KTA group ($P<0.05$), the each dimension score of SQAPMPU decreased significantly in both groups ($P<0.05$), and they were lowered more significantly in the KTA group ($P<0.05$). **Conclusion** KTA framework-based health management could effectively reduce the incidence of non-suicidal self-injury and the problematic use rate of mobile phones, relieve the anxiety and depression in adolescents with depressive disorder in remote counties, indicating that this type of health management may have good applicability as an outpatient management in this group.

【Key words】 Depressive disorder; Adolescent; Knowledge to action framework; Non-suicidal self-injury behavior; Health education

我国学龄期儿童及青少年心理异常发生率达 15.6%^[1], 其中以抑郁障碍发生率最高, 儿童抑郁障碍发生率约为 2.8%、青少年抑郁障碍发生率约为 5.6%^[2]。抑郁障碍严重影响患者心理健康和人格发展, 甚至危及患者生命^[3]。若想取得治疗抑郁障碍的最佳效果, 则需对患者进行完整的全程治疗^[4], 但目前国内精神卫生从业人员较少, 难以满足患者诊断、治疗需求。偏远县城患者到省会城市就诊路途遥远, 耗时耗力, 更难以获得相应医疗资源。帮助偏远县城青少年抑郁障碍患者及时获取正确的干预和治疗对推动患者学会自我管理有重要意义。

知识转化模式(KTA)是一种医疗人员通过建立“知识-应用循环圈”、强化患者对专业知识的了解、纠正患者消极态度、进而帮助患者建立特定行为方式、最终引导患者改变原有行为并能自觉保持新建立行为方式的治疗方法^[5-6]。XU等^[7]基于KTA建立了支持关节置换术患者自我管理的“4KT策略”, 结果发现KTA提升了医疗服务质量。既往研究也表明, KTA能够促使患者加深对自身疾病的认知, 改正原有错误观念, 最终影响自身行为^[8-9]。目前, KTA已在痉挛型脑性瘫痪、手部烧伤、关节置换术等领域中应用并取得了良好效果^[7, 10-11], 但少见有关KTA应用于青少年抑郁障碍患者效果的报道。本研究选择偏远地区青少年抑郁障碍患者为研究对象, 构建并评估基于KTA的健康管理模式在患者中的应用效果, 以期获得可满足偏远县城青少年抑郁障碍患者个性化治疗需求的自我管理实施方案。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择南昌大学第二附属医院心身医学科门诊2020年6—12月收治的94例青少年抑郁障碍患者为研究对象, 采用随机数字表法分为常规组和KTA组, 每组47例。纳入标准: (1)符合《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》^[12]中的“抑郁障碍”诊断标准; (2)经心身医学科两名临床医生评估达到“重度抑郁”

本研究价值:

本研究探究基于知识转化模式的健康管理模式在青少年抑郁障碍患者中的应用效果, 对改善患者焦虑抑郁情绪、减少患者非自杀性自杀行为和手机使用依赖有一定指导和借鉴作用, 对偏远县城抑郁障碍患者的门诊治疗效果尤为出色。基于知识转化模式的健康管理模式巧妙借助了互联网平台的优点, 能让身处偏远县城的青少年抑郁障碍患者便捷地获取专业团队的专业指导和帮助, 减少了患者往返途中人力和物力的耗费。

本研究局限性:

本研究未对患者长期疗效进行随访评估, 后续需不断优化抑郁障碍患者健康管理方案, 并对其长期疗效的观察, 以期对抑郁障碍患者提供更优质的医疗服务。

标准^[12]; (3) 14~18岁; (4) 首次确诊为抑郁障碍; (5) 出现非自杀性自伤行为; (6) 来自莲花县等距离南昌路程较远的偏远县城; (7) 愿意接受药物治疗。排除标准: (1) 有强烈的自杀念头或自杀行为者; (2) 既往已接受过抑郁障碍相关知识培训者; (3) 中途主动要求退出者。本研究患者及其监护人均签署知情同意书; 本研究已获南昌大学第二附属医院生物医学研究伦理委员会批准〔伦审号: 研临审【2020】第(037)号〕。

1.2 研究方法

1.2.1 常规组干预方式 常规组患者入组后接受本研究项目组心理治疗师的常规健康管理干预, 1次/月, 45 min/次, 具体包括: (1) 记录患者基本情况; (2) 为患者讲解抑郁障碍的流行病学、临床症状、治疗原则、药物常见不良反应、药物起效时间、门诊诊治中注意事项等疾病知识。

1.2.2 KTA组干预方式 KTA组患者入组后接受健康管理团队基于KTA的健康管理、健康教育, 具体如下。

1.2.2.1 基于KTA的健康管理模式构建 (1) 组建健康管理团队: 团队遵循自愿原则, 由2名心理治疗师、2名主任医师、1名主治医师、4名住院医师、1名心理学研究生组成。(2) 提出具体方案: 经团队所有成员讨论后, 共同决定基于KTA的健康管理模式具体实施方案;(3) 成员分工: 由熟悉KTA的心理治疗师对组员进行培训; 住院医师参与讨论健康管理、健康教育的具体实施方案; 主治医师和心理治疗师负责健康管理、健康教育的实施与效果评估; 主任医师负责统筹、监督患者健康管理进程。

1.2.2.2 基于KTA的健康管理模式实施步骤 (1) 知识获取: 团队系统检索各大数据库、查阅文献、咨询临床专家, 并对获得的相关证据进行讨论, 学习抑郁障碍相关知识、正念冥想技巧和认知行为干预技术, 采用线上认知行为治疗进行基于KTA的健康管理及教育。(2) 知识运用: ①明确患者困惑: 第1~4周, 心理治疗师在门诊诊疗中通过访谈法了解患者在自身健康管理中的困惑, 确定患者急需解决的问题(如抑郁障碍病因、抗抑郁药物使用注意事项等); 同时每周为患者提供1次线上认知行为治疗, 以建立咨访关系, 明确患者病情, 并坚定患者改变不合理信念的信心。②将知识引入特定情境: 第5~8周, 心理治疗师每周为患者提供1次线上认知行为治疗, 了解每位患者临床症状和医疗需求, 并采用垂直下降技术识别患者不合理信念, 以改变患者对己、对人、对事的看法与态度, 并最终改变患者思维、行为模式。线上治疗过程中, 心理治疗师同时根据患者个人特点制订并实施基于KTA的个性化健康管理计划。③评估障碍因素: 第1~8周, 主治医师、心理治疗师、患者三方不定期讨论患者临床症状和情绪行为管理能力, 并从人力、财力、物力等维度就患者基于KTA的健康管理模式实施中所遇到的问题进行分析。④监测、评价和维持知识应用: 第9~12周, 心理治疗师每周2次通过网上诊室与患者进行电话沟通, 了解在新的认知行为模式实施过程中患者遇到的困难, 并为患者提供持续性心理技术支持, 落实基于KTA的健康管理方案。另外, 患者可通过网上诊室与心理治疗师保持联系, 并在遇到困惑时主动反馈信息给心理治疗师, 听取心理治疗师给予的指导意义, 协助调整基于KTA的健康管理模式的具体实施方案。

1.2.3 评价方法 于干预前及入组后12周由心理治疗师对患者进行面对面问卷调查, 调查内容包括: (1) 青少年非自杀性自伤行为: 采用青少年非自杀性自伤行为问卷^[13]进行评价。问卷共2个维度、12个条目, 每个条目设置“没有、偶尔、有时、经常、总是”5个选项, 采用Likert 5级评分法进行“0~4分”的评分, 各条目评分累加为问卷总分, 总均分为问卷总分除以条目

数, 总均分越高表明患者非自杀性自伤行为越严重。问卷Cronbach's α 系数为0.92, 分半信度为0.85, 重测信度为0.84。(2) 青少年手机使用依赖状况: 采用青少年手机使用依赖自评问卷(SQAPMPU)^[14]进行评价。问卷共3个维度、13个条目, 每个条目设置“从不、偶尔、有时、经常、总是”5个选项, 采用Likert 5级评分法进行“1~5分”的评分。各条目评分累加为问卷总分, 总分越高表明患者对手机依赖程度越严重。问卷Cronbach's α 系数为0.87, 分半信度为0.80。

(3) 焦虑情绪: 采用儿童焦虑性情绪障碍筛查量表(SCARED)^[14]进行评价。量表共41个条目, 每个条目设置“没有、有时有、经常有”3个选项, 按照“0~2分”评分, 各条目评分累加为问卷总分, 总分 ≥ 23 分认为存在焦虑, 总分越高表明焦虑情绪越严重。量表Cronbach's α 系数为0.89, 半个月重测信度为0.61。(4) 抑郁情绪: 采用儿童抑郁障碍自评量表(DSRs)^[14]进行评价。量表共18个条目, 每个条目设置“没有、有时有、经常有”3个选项, 每个条目按“0~2分”计分(1、2、4、7、8、9、11、12、13、16项为反向计分), 各条目评分累加为问卷总分, 以总分 ≥ 15 分为存在抑郁, 总分越高表明抑郁情绪越严重。量表Cronbach's α 系数为0.73, 分半信度为0.72, 间隔2周重测信度为0.65。
1.3 统计学方法 采用SPSS 23.0软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 两组间比较采用成组 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料以相对数表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 剔除失访及未坚持治疗病例后, 纳入研究的KTA组患者共45例, 常规组患者共45例。两组性别、年龄、文化程度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表1。

2.2 两组干预前及入组后12周非自杀性自伤行为问卷得分比较 两组患者干预前非自杀性自伤行为问卷得分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 入组后12周, KTA组患者非自杀性自伤行为问卷得分低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者入组后12周非自杀性自伤行为问卷得分均低于干预前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组干预前及入组后12周SQAPMPU得分比较 两组患者干预前SQAPMPU各维度(戒断症状、渴求性、身心影响)得分及总分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 入组后12周, KTA组患者SQAPMPU各维度得分及总分均低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者入组后12周SQAPMPU各维度得分及总分均低于干预前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组一般资料比较

Table 1 Comparison of general demographics between depressive disorder adolescents of two groups

组别	例数	性别 [n (%)]		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	文化程度 [n (%)]			
		男	女		小学及以下	初中	高中或中专	大专及以上
常规组	45	22 (48.9)	23 (51.1)	15.6 ± 1.2	1 (2.2)	20 (44.4)	22 (48.9)	2 (4.5)
KTA 组	45	24 (53.3)	21 (46.7)	15.5 ± 1.2	2 (4.5)	18 (40.0)	24 (53.3)	1 (2.2)
$\chi^2 (t)$ 值		0.178		0.521 ^a	0.859			
P 值		0.673		0.604	0.835			

注: KTA= 知识转化模式; ^a 为 t 值

表2 两组干预前及入组后 12 周非自杀性自伤行为问卷得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 2 Comparison of the mean total score of the Adolescent Non-suicidal Self-injury Assessment Questionnaire between depressive disorder adolescents of two groups before and after a 12-week intervention

组别	人数	干预前	入组后 12 周
常规组	45	1.5 ± 0.8	1.0 ± 0.4 ^a
KTA 组	45	1.4 ± 0.7	0.7 ± 0.2 ^a
t 值		0.445	3.738
P 值		0.657	<0.001

注: ^a 表示与干预前比较, $P < 0.001$

见表 3。

2.4 两组干预前及入组后 12 周 SCARED、DSRS 得分比较 两组患者干预前 SCARED、DSRS 得分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 入组后 12 周, KTA 组患者 SCARED、DSRS 得分均低于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。入组后 12 周两组患者 SCARED、DSRS 得分均低于干预前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

近年来, 青少年抑郁障碍患病率呈现上升趋势, 但偏远县城青少年抑郁障碍患者家庭对疾病认知度普遍较低, 患者及其家属对药物治疗有很多顾虑, 常难以完成全病程治疗。全病程治疗单靠门诊时间难以完成, 由于青少年患者自控能力较差, 因此完成全病程治疗还需要患者家属共同参与。抑郁障碍具有高患病率、高复发率、高致残率、低服药依从性等特点, 给患者及其家庭造成了严重影响。相关研究表明, 基于 KTA 的健康管理模式在青少年抑郁障碍患者父母、双相障碍 II 型抑郁相患儿及其父母中的应用减轻了患者及其父母的负性情绪及家庭负担, 促进患者全面康复^[15-16]。

本研究选取偏远县城的青少年抑郁障碍患者为研究对象, 对其进行基于 KTA 的健康管理, 结果发现: 入组后 12 周 KTA 组患者的 SCARED 得分、DSRS 得分均低于常规组及干预前, 这与本研究项目组既往研究^[15]结果一致。本研究结果可能与以下因素有关: (1) 患者从团队获得抑郁障碍疾病专业知识后, 能在专业团队指导下将知识更有效地应用于生活, 并能以更加平和的

表3 两组干预前及入组后 12 周 SQAPMPU 得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 3 Comparison of the mean total score of the Self-rating Questionnaire for Adolescent Problematic Mobile Phone Use between depressive disorder adolescents of two groups before and after a 12-week intervention

组别	例数	戒断症状		渴求性		身心影响		总分	
		干预前	入组后 12 周	干预前	入组后 12 周	干预前	入组后 12 周	干预前	入组后 12 周
常规组	45	19.4 ± 7.2	13.6 ± 2.4 ^a	7.7 ± 2.7	6.2 ± 2.0 ^a	11.6 ± 4.19	9.5 ± 1.5 ^a	38.7 ± 12.6	29.3 ± 4.6 ^a
KTA 组	45	19.1 ± 6.5	10.3 ± 1.7 ^a	8.2 ± 2.5	4.8 ± 1.3 ^a	11.6 ± 3.44	6.6 ± 1.4 ^a	38.9 ± 11.3	21.8 ± 3.2 ^a
t 值		0.169	7.511	0.853	3.749	0.053	9.467	0.070	8.994
P 值		0.866	<0.001	0.396	<0.001	0.958	<0.001	0.944	<0.001

注: SQAPMPU= 青少年手机使用依赖自评问卷; ^a 表示与干预前比较, $P < 0.05$

表4 两组干预前及入组后 12 周 SCARED、DSRS 得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 4 Comparison of mean total scores of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and Depression Self-Rating Scale for Childhood between depressive disorder adolescents of two groups before and after a 12-week intervention

组别	例数	SCARED 得分		DSRS 得分	
		干预前	入组后 12 周	干预前	入组后 12 周
常规组	45	58.7 ± 13.6	38.3 ± 10.8 ^a	27.0 ± 3.4	18.84 ± 3.6 ^a
KTA 组	45	59.3 ± 13.6	32.0 ± 9.2 ^a	27.2 ± 3.4	15.44 ± 3.8 ^a
t 值		0.193	2.951	0.399	4.373
P 值		0.847	0.004	0.691	<0.001

注: SCARED= 儿童焦虑性情绪障碍筛查量表, DSRS= 儿童抑郁障碍自评量表; ^a 表示与干预前比较, $P < 0.05$

心态看待生活中的各类事件。患者看待事件的态度转变后,行为方式也随之发生变化,有效减少了患者的负性情绪。(2)患者接受专业团队提供的个性化线上认知行为治疗后,其个人困惑能得到个性化帮助,且在实施线上认知行为治疗过程中心理治疗师也不断对治疗方案进行“调整-评估-调整”的动态修正,心理治疗师和患者建立了合作、互动关系^[17],不断优化患者看问题的角度和行为方式,有效改善了患者负性情绪。(3)团队心理治疗师利用空闲时间主动对患者进行线上干预,改变了线下心理干预过程中患者主动寻求心理治疗才能获得帮助的情况。本项目组心理治疗师变被动为主动,提高了患者的治疗依从性,明显改善患者负性情绪。(4)在为期12周的干预过程中,心理治疗师不断引导患者识别、尝试纠正患者的不合理信念,促使患者将新习得的看问题的角度和方式、方法应用于生活,逐渐改变并顺应全新的认知行为模式,使其更加理性地面对生活中的各类事件,有效改善了患者负性情绪。

本研究还发现:在进行了12周的干预后,KTA组患者SQAPMPU的戒断症状得分、渴求性得分、身心影响得分、总分和非自杀性自伤行为问卷得分均低于常规组,且两组患者SQAPMPU的戒断症状得分、渴求性得分、身心影响得分、总分和非自杀性自伤行为问卷得分均低于干预前。这可能与以下因素有关:在个性化线上认知行为治疗过程中,心理治疗师会引导每个患者思考自己的认知评价系统影响下的思维方式和行为模式,引导患者采用大众化发泄情绪的方式和大众化的娱乐方式来面对生活中的负性事件,使患者在认知和行为上产生积极变化,最终减少了患者对手机的依赖,也减少了非自杀性自伤行为,逐渐回归正常生活,这与畅临亚等^[18]研究结果一致。畅临亚等^[18]研究发现对轻症抑郁患者进行线上结构化团体认知行为治疗,不仅临床疗效与面对面干预治疗相当,而且患者对治疗的依从性较好。本研究中研究对象为重度抑郁患者,考虑到这类患者疾病成因可能包含心理社会因素,且症状更重,故选择一对一的个性化线上认知行为治疗,结果表明手机使用依赖情况和非自杀性自伤行为均能得到改善。可见基于KTA的健康管理模式能广泛应用于抑郁障碍患者的门诊治疗,也可应用于偏远县城的患者。

综上所述,基于KTA的健康管理模式有效改善了青少年抑郁障碍患者焦虑抑郁情绪,减少了其非自杀性自伤行为和手机使用依赖情况,且尤其适用于偏远县城的患者。在基于KTA的健康管理模式中,巧妙借助了互联网平台,极大减少了患者往返治疗途中耗费的人力、物力,使得身处偏远县城的青少年抑郁障碍患者能更加便捷地获得专业团队的指导和帮助。

作者贡献:卢和丽负责项目实施、评估、撰写论文、

成文并对文章负责;卢和丽、黄泽文、刘云负责质量控制与审校;董香丽、徐茜、王碧漪、李冠华负责资料整理;卢和丽、黄筱琴、郭明、胡飞虎负责文章构思与设计、可行性分析。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] RAO W W, XU D D, CAO X L, et al. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: a meta-analysis of observational studies [J]. *Psychiatry Res*, 2019, 272: 790-796. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.133.
- [2] NAVEED S, WAQAS A, CHAUDHARY A M D, et al. Prevalence of common mental disorders in South Asia: a systematic review and meta-regression analysis [J]. *Front Psychiatry*, 2020, 11: 573150. DOI: 10.3389/fpsy.2020.573150.
- [3] EIKELENBOOM M, BEEKMAN A T F, PENNINX B W J H, et al. A 6-year longitudinal study of predictors for suicide attempts in major depressive disorder [J]. *Psychol Med*, 2019, 49 (6): 911-921. DOI: 10.1017/S0033291718001423.
- [4] KUNAS S L, LAUTENBACHER L M, LUEKEN P U, et al. Psychological predictors of cognitive-behavioral therapy outcomes for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2021, 278: 614-626. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.092.
- [5] MOORE J L, VIRVA R, HENDERSON C, et al. Applying the knowledge-to-action framework to implement gait and balance assessments in inpatient stroke rehabilitation [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2020: S0003-S9993 (20) 31255-7. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.10.133.
- [6] 陈凌华, 林文璇, 颜斐斐, 等. 基于KTA知识转化模式的择期支气管镜检查患儿术前管理循证实践 [J]. *护理学杂志*, 2021, 36 (18): 91-94. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.18.091.
CHEN L H, LIN W X, YAN F F, et al. Evidence-based practice of preoperative management in children undergoing selective bronchoscopy based on knowledge-to-action framework [J]. *Journal of Nursing Science*, 2021, 36 (18): 91-94. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.18.091.
- [7] XU Y P, LI S, ZHAO P Y, et al. Using the knowledge-to-action framework with joint arthroplasty patients to improve the quality of care transition: a quasi-experimental study [J]. *J Orthop Surg Res*, 2020, 15 (1): 31. DOI: 10.1186/s13018-020-1561-7.
- [8] RAMOS-MORCILLO A J, HARILLO-ACEVEDO D, RUZAFAMARTINEZ M. Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: a qualitative study [J]. *J Nurs Manag*, 2020, 28 (7): 1670-1685. DOI: 10.1111/jonm.13123.
- [9] WHITE M C, DAYA L, KAREL F K B, et al. Using the knowledge to action framework to describe a nationwide implementation of the WHO surgical safety checklist in Cameroon [J]. *Anesth Analg*, 2020, 130 (5): 1425-1434. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004586.
- [10] LEE C, HO K. Knowledge to action framework for home health monitoring [J]. *Health Manage Forum*, 2019, 32 (4): 183-187. DOI: 10.1177/0840470419855364.

(下转第1382页)

- [9] BROWN T, NAUMAN VOGEL E, ADLER S, et al. Bringing virtual reality from clinical trials to clinical practice for the treatment of eating disorders: an example using virtual reality cue exposure therapy [J]. *J Med Internet Res*, 2020, 22 (4): e16386. DOI: 10.2196/16386.
- [10] 邢佳, 董斐, 张迎, 等. 慢性失眠症诊断与团体心理行为治疗的研究进展 [J]. *中国全科医学*, 2019, 22 (30): 3762-3767.
XING J, DONG F, ZHANG Y, et al. Advances in diagnosis and group psychological behavioral therapy for chronic insomnia [J]. *Chin Gen Pract*, 2019, 22 (30): 3762-3767.
- [11] LIN-STEPHENS S. Visual stimuli in narrative-based interventions for adult anxiety: a systematic review [J]. *Anxiety Stress Coping*, 2020, 33 (3): 281-298. DOI: 10.1080/10615806.2020.1734575.
- [12] LI J, THENG Y L, FOO S. Game-based digital interventions for depression therapy: a systematic review and meta-analysis [J]. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 2014, 17 (8): 519-527. DOI: 10.1089/cyber.2013.0481.
- [13] DENG W R, HU D, XU S, et al. The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2019, 257: 698-709. DOI: 10.1016/j.jad.2019.07.086.
- [14] BOTELLA C, FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ J, GUILLÉN V, et al. Recent progress in virtual reality exposure therapy for phobias: a systematic review [J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2017, 19 (7): 42. DOI: 10.1007/s11920-017-0788-4.
- [15] DELLAZIZZO L, POTVIN S, BAHIG S, et al. Comprehensive review on virtual reality for the treatment of violence: implications for youth with schizophrenia [J]. *NPJ Schizophr*, 2019, 5 (1): 11. DOI: 10.1038/s41537-019-0079-7.
- [16] BASHIRI A, GHAZISAEEDI M, SHAHMORADI L. The opportunities of virtual reality in the rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder: a literature review [J]. *Korean J Pediatr*, 2017, 60 (11): 337-343. DOI: 10.3345/kjp.2017.60.11.337.
- [17] FANG Q, AIKEN C A, FANG C, et al. Effects of exergaming on physical and cognitive functions in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review [J]. *Games Health J*, 2019, 8 (2): 74-84. DOI: 10.1089/g4h.2018.0032.
- [18] 李佳, 熊敏, 刘继红, 等. 虚拟现实技术物理疗法改善脑卒中患者失眠的效果研究 [J]. *现代医药卫生*, 2019, 35 (24): 3758-3761.
LI J, XIONG M, LIU J H, et al. Efficacy of virtual reality technology physical therapy on insomnia in stroke patients [J]. *J Mod Med Heal*, 2019, 35 (24): 3758-3761.
- [19] 杨明红, 杨振华, 罗丹, 等. 睡眠质量与VR虚拟环境的设计与实践 [J]. *数码世界*, 2020 (1): 27.
- [20] 高明柯, 李旭波, 白利娟, 等. 基于沉浸式VR的失眠障碍心理治疗系统和方法: CN109646784A [P]. 2019-04-19.
(收稿日期: 2021-12-08; 修回日期: 2021-12-16)
(本文编辑: 程圣)

(上接第 1377 页)

- [11] NORTON T C, RODRIGUEZ D C, WILLEMS S. Applying the Theoretical Domains Framework to understand knowledge broker decisions in selecting evidence for knowledge translation in low-and middle-income countries [J]. *Health Res Policy Syst*, 2019, 17 (1): 60. DOI: 10.1186/s12961-019-0463-9.
- [12] 张道龙, 姚成龙, 陈斌惠, 等. 精神障碍诊断与统计手册 [M]. 5版. 北京: 北京大学出版社, 2015, 5: 80-82.
- [13] 万宇辉, 刘婉, 郝加虎, 等. 青少年非自杀性自伤行为评定问卷的编制及其信效度评价 [J]. *中国学校卫生*, 2018, 39 (2): 170-173. DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2018.02.005.
WAN Y H, LIU W, HAO J H, et al. Development and evaluation on reliability and validity of Adolescent Non-suicidal Self-injury Assessment Questionnaire [J]. *Chinese Journal of School Health*, 2018, 39 (2): 170-173. DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2018.02.005.
- [14] 杨玉凤. 儿童发育行为心理评定量表 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019, 1: 347-349, 442.
- [15] 卢和丽, 李睿灵, 黄泽文, 等. 双相障碍患儿父母基于知识转化模式的健康管理实践 [J]. *护理学杂志*, 2021, 36 (11): 65-68. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.11.065.
LU H L, LI R L, HUANG Z W, et al. Effect of knowledge to action (KTA) framework-based health management on parents of children with bipolar II disorder [J]. *Journal of Nursing Science*, 2021, 36 (11): 65-68. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.11.065.
- [16] 卢和丽, 孙伟铭, 董香丽, 等. 信息-动机-行为技巧模型在抑郁患儿父母健康教育中的应用效果研究 [J]. *中国全科医学*, 2020, 23 (23): 2933-2937. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.158.
LU H L, SUN W M, DONG X L, et al. Effect of information-motivation-behavioral skills model-based health education in parents of children with depressive disorders [J]. *Chinese General Practice*, 2020, 23 (23): 2933-2937. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.158.
- [17] 卢静芳, 畅临亚, 王宇, 等. 轻症抑郁患者结构化团体认知行为治疗后的病耻感变化 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2021, 35 (10): 807-813. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2021.10.002.
LU J F, CHANG L Y, WANG Y, et al. Self-stigma changes in patients with mild depression after structured group cognitive behavioral therapy [J]. *Chinese Mental Health Journal*, 2021, 35 (10): 807-813. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2021.10.002.
- [18] 畅临亚, 丁菲, 卢卫红, 等. 线上结构化团体认知行为治疗对轻症抑郁患者的有效性和可行性探索 [J]. *中华精神科杂志*, 2020, 53 (1): 35-41. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2020.01.007.
CHANG L Y, DING F, LU W H, et al. A pilot-study to assess the effectiveness and feasibility of Internet-based structured group cognitive behavior therapy in patients with mild depressive disorder [J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 2020, 53 (1): 35-41. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2020.01.007.
(收稿日期: 2021-12-14; 修回日期: 2022-01-23)
(本文编辑: 程圣)