

• 心理护理 •
• 论 著 •

基于健康信念模式的青少年抑郁症患者就医延迟行为机制的质性研究

闵佳琪¹, 王淑娟², 李雅慧³, 胡春风⁴, 满文¹, 徐晓宁¹, 侯秀梅⁵, 时忠丽⁶

摘要:目的 探讨青少年抑郁症患者就医延迟的主观体验及其影响机制,为青少年抑郁症患者就医延迟的早期识别及护理干预提供参考。方法 采用目的抽样法,选取13例就医延迟的青少年抑郁症患者进行半结构式访谈,运用内容分析法并结合健康信念模式进行理论映射。结果 提炼出4个主题及11个亚主题:疾病感知模糊与认知偏差(症状感知的躯体化表达与日常化归因、症状归因的防御性与多重性、疾病威胁的灾难化认知);就医决策中的感知益处与感知障碍(治疗益处的理想化期待、多维度的就医障碍感知、就医路径中的现实障碍);社会支持系统对就医行为的双重影响(社会支持的促进与阻碍作用、专业资源可及性与信息获取偏差、关键行动线索对就医行为的触发作用);就医行为中自我效能的动态变化(求助行为的能动性差异表现、健康信念的动态调整)。结论 青少年抑郁症患者就医延迟是健康信念模式多维度失衡与社会生态因素交互作用的结果。护理人员可通过强化心理健康教育、家庭支持干预及连续护理管理,提高青少年对疾病风险的认知,降低就医障碍,促进其及时就医。

关键词:青少年; 抑郁症; 就医延迟; 就医决策; 健康信念模式; 症状感知; 心理护理; 质性研究

中图分类号:R473.74;B849 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.16.104

Qualitative study on the mechanisms underlying delays in seeking medical care among adolescents with depression based on the Health Belief Model

Min Jiaqi, Wang Shujuan, Li Yahui, Hu Chunfeng, Man Wen, Xu Xiaoning, Hou Xiumei, Shi Zhongli. School of Nursing, Shandong Second Medical University, Weifang 261053, China

Abstract: **Objective** To explore the subjective experiences and underlying mechanisms of delays in seeking medical care among adolescents with depression, and to provide evidence for the early identification of delayed healthcare seeking and the development of targeted nursing interventions. **Methods** A purposive sampling strategy was employed to recruit 13 adolescents with depression who had experienced delayed healthcare seeking. Semi-structured interviews were conducted, and the data were analyzed using content analysis. The findings were subsequently mapped to the Health Belief Model for theoretical interpretation. **Results** Four themes and 11 subthemes were identified. The first theme, vague illness perception and cognitive bias, comprised somatic expression and normalization attribution of symptoms, defensive and multifaceted symptom attribution, and catastrophic perceptions of disease severity. The second theme, perceived benefits and perceived barriers in healthcare-seeking decision-making, included idealized expectations of treatment benefits, multidimensional perceptions of barriers to healthcare seeking, and practical obstacles encountered along the healthcare-seeking pathway. The third theme, the dual influence of the social support system on healthcare-seeking behavior, encompassed the facilitating and hindering roles of social support, accessibility of professional resources and biases in information acquisition, and the triggering effect of cues to action on healthcare-seeking behavior. The fourth theme, dynamic changes in self-efficacy during healthcare seeking, included variations in the initiative of help-seeking behavior and the dynamic adjustment of health beliefs. **Conclusion** Delays in seeking medical care among adolescents with depression result from the interaction between multidimensional imbalances in Health Belief Model constructs and social-ecological factors. Nursing professionals can facilitate timely healthcare seeking by strengthening mental health education, enhancing family support interventions, and implementing continuous nursing management to improve adolescents' awareness of disease-related risks and reduce barriers to healthcare seeking.

Keywords: adolescents; depression; delayed healthcare seeking; healthcare-seeking decision-making; Health Belief Model; symptom perception; psychological nursing; qualitative research

目前我国儿童青少年心理健康形势仍不容乐

作者单位:1. 山东第二医科大学护理学院(山东 潍坊, 261053);2. 山东省戴庄医院心理八病室;3. 山东中医药大学护理学院;4. 山东省戴庄医院儿童青少年心理科一病室;5. 山东省戴庄医院护理部;6. 济宁医学院护理学院精神与心理护理学教研室

通信作者:时忠丽, shizhongli1977@163.com

闵佳琪:女,硕士在读,学生,2547498923@qq.com

科研项目:山东省医药卫生健康科技计划项目(202314050556)

收稿:2026-03-30;修回:2026-05-22

观^[1]。相关调查显示,我国青少年抑郁症患病率为15%~20%,已成为影响青少年身心健康的重要公共卫生问题^[2]。研究表明,抑郁症患者若能在早期获得规范治疗,可显著降低复发及自杀风险,并改善其长期社会功能^[3-4]。然而,全球范围内仅1/3的抑郁症患者能够获得有效治疗,其中青少年群体的治疗缺口尤为突出^[5-6]。就医延迟是影响抑郁症治疗效果的重要因素之一,通常指患者从症状出现到首次就诊之间的时间间隔 ≥ 90 d^[7-9]。既往研究发现,青少年抑郁症患者普遍存在就医延迟现象,该行为与性别、病耻

感、社会支持及健康认知等多种因素相关^[10]。然而,现有研究多以量化研究为主,虽能够识别相关影响因素,但难以深入揭示个体在就医决策过程中的主观体验与认知机制。健康信念模式(Health Belief Model, HBM)是解析健康行为决策的经典理论框架,主要包括感知易感性、感知严重性、感知益处、感知障碍、自我效能及行动线索等核心维度^[11-12]。该模型强调个体对疾病威胁的认知及对行为收益与障碍的评估在健康决策中的关键作用,能够较好解释个体是否采取健康行为。因此,本研究以健康信念模型为理论框架,通过描述性质性研究方法探讨青少年抑郁症患者就医延迟的主观体验及影响机制,为制订针对性的护理干预策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,于 2025 年 11 月至 2026 年 1 月在山东省某三级甲等精神专科医院选取青少年抑郁症患者作为研究对象。纳入标准:①符合 ICD-11 抑郁症诊断标准^[13],患者本人知晓诊断及病情;②年龄 10~19 岁^[14];③汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评分>17 分^[15];④症状出现至就诊时间≥90 d;⑤具备良好的听说理解能力并自愿参与本研究。排除标准:①当前或既往有其他精神障碍;②存在明显智力发育障碍,视力、听力或语言障碍;③患有严重躯体疾病或神经系统疾病。在样本选择过程中综合考虑患者年龄、性别、户籍类型及受教育阶段等因素,以保证最大差异化。访谈至第 10 例时资料达到饱和,继续访谈 3 例后未出现新的主题或编码,最终纳入 13 例患者,以 P1~13 表示,患者一般资料见表 1。本研究已通过医院医学伦理委员会审查(202511KS-1),患者均签署知情同意书。

表 1 患者一般资料

序号	年龄 (岁)	性别	居住地	文化 阶段	就诊延迟 时间(月)
P1	15	女	县城	初中	6
P2	15	男	县城	高中	4
P3	16	女	城市	初中	13
P4	13	女	农村	初中	5
P5	17	女	城市	高中	13
P6	13	女	城市	初中	14
P7	17	男	农村	高中	13
P8	17	女	县城	高中	14
P9	14	男	县城	初中	9
P10	17	女	县城	高中	8
P11	11	女	县城	初中	5
P12	14	女	县城	初中	17
P13	13	女	农村	初中	17

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 采用描述性质性研究方法。以健康信念模型为理论框架,通过文献回顾及研究团队讨论拟订访谈提纲,并选取 3 例符合标准的患者进行预访谈,根据结果对提纲进行修订,最终形成正式

访谈提纲。具体内容如下:①你第一次感到身体或情绪上有不适时是如何理解这些变化,是否怀疑过自己可能得了抑郁症?②在最初感到不适的那段时间,为什么没有及时就医?③你当时认为,如果去医院的话,可能会发生什么?④作为青少年,你怎么看待“自己去医院看病”这件事?⑤你从纠结犹豫到选择就医经历了怎样的过程,期间有哪些人或事带来了影响?⑥家人、朋友或老师对你就医的态度如何?⑦学校是否提供了心理健康资源,你是否曾利用这些资源?⑧除了以上信息,你还有什么要补充的吗?

1.2.2 资料收集方法 采用面对面半结构式访谈收集资料。访谈前向患者说明研究目的及访谈内容,建立信任关系,并取得录音许可。访谈在安静、私密环境中进行,以确保患者感到安全与尊重。访谈过程中采用提问、反问、澄清等技巧鼓励受访者充分表达,对模糊表述及时追问核实,并同步记录其非语言信息,确保信息完整。每例访谈时间 20~50 min。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束 24 h 内将录音逐字转录形成文本资料,并由 2 名研究者独立进行编码与分析。随后,将整理后的访谈结果反馈给患者进行核实,以确保资料的准确性。采用内容分析法,并借助 NVivo 软件进行资料管理、编码与归类,首先对文本进行逐句阅读与开放编码,其次将相似编码进行归类形成类别,最终提炼主题及亚主题,并不断与原始资料进行比较修订。

1.2.4 质量控制方法 为保证研究结果的可信度,在资料分析过程中采用研究者三角验证,对编码及主题提炼结果进行反复讨论以减少个人偏倚,同时通过成员核查方式向部分受访者反馈分析结果,以确认其真实性。

2 结果

提炼出 4 个主题及 11 个亚主题:疾病感知模糊与认知偏差(症状感知的躯体化表达与日常化归因、症状归因的防御性与多重性、疾病威胁的灾难化认知);就医决策中的感知益处与感知障碍(治疗益处的理想化期待、多维度的就医障碍感知、就医路径中的现实障碍);社会支持系统对就医行为的双重影响(社会支持的促进与阻碍作用、专业资源可及性与信息获取偏差、关键行动线索对就医行为的触发作用);就医行为中自我效能的动态变化(求助行为的能动性差异表现、健康信念的动态调整)。

2.1 疾病感知模糊与认知偏差

2.1.1 症状感知的躯体化表达与日常化归因 ①躯体形式掩盖心理痛苦。部分患者以非特异性躯体症状作为首发表现,掩盖了情绪问题的实质,未将其与心理问题建立联系,从而延迟了对抑郁症的识别。P3:“一开始胃疼得难受,饭也吃不下,认为是胃病,胃药也吃了,也去医院做了胃镜也没查出什么问题。根本没往心理上想,直到后来疼得没办法正常上课,亲戚建

议看精神心理科,就医之后才知道是抑郁症。”P7:“当时我身体出现不受控的抽搐,越来越严重,一开始去综合性医院看病,打针吃药都没什么效果,后来才来的精神医院治疗。”②负性情绪的常态化归因。患者倾向于将情绪低落、易怒等核心症状归因于学业压力或身体疲劳,忽视其病理性特征,进一步弱化了感知易感性。P5:“高中学习压力大,其实我知道自己就是存在很难受的情绪,但没有在意,觉得忍忍就好了。”

2.1.2 症状归因的防御性与多重性 ①外归因引发的自我防御。部分患者将心理困扰完全归因于外部环境,这种外归因方式虽在短期内发挥了一定的心理防御作用,但使其将问题的根源定位于环境而非自身,进一步降低对自身患病的感知易感性,从而导致就医延迟。P6:“我是重组家庭,所以家庭方面就会比较复杂,后爸以及后爷爷奶奶对我不是很好,什么事我都憋在心里,后来情绪越来越差。”P7:“我初中经历过校园霸凌,大家都不跟我说话,看不起我,我心里很难受,当时就感觉我自己可能会有这种状况。”②内归因引发的病耻感。部分患者将抑郁症状归结为个人性格缺陷,引发强烈的自我贬低与病耻感,进一步抑制感知易感性的建立。P6:“我很自卑,有点内向,感觉自己可能不是学习这块料,并且我感觉总是说错话,让别人生气,我也嘴笨,不太会解释。”P10:“我感觉我的病万一被同学知道了,他们肯定会嘲笑我,说我有精神病。”这种病耻感源于社会对精神疾病的刻板印象,使患者在寻求帮助前陷入强烈的心理冲突,进而延迟就医。

2.1.3 疾病威胁的灾难化认知 ①对疾病预后的灾难化想象。尽管存在感知易感性缺失,但患者对疾病的发展趋势与治疗结局存在明显的灾难化认知,这种对感知严重性的过度放大与感知易感性的不足形成矛盾,进一步加剧就医延迟。P3:“要是病情严重一些的话,我感觉有可能会疯掉。”P5:“如果说不及时接受干预治疗的话,我觉得我可能会自杀。”②对社会功能受损的恐惧。患者对疾病可能导致的社会功能衰退存在强烈恐惧,这种恐惧使其陷入回避治疗、症状加重、功能受损的担忧循环。P10:“担心这些症状会持续,并且严重影响学习和生活。”P7:“疾病会导致我与外界隔绝,自己一个人待着,不跟任何人接触。”

2.2 就医决策中的感知益处与障碍

2.2.1 治疗益处的理想化期待 ①症状缓解与情绪稳态的渴望。尽管存在诸多阻力,但对症状缓解、恢复正常生活的渴望构成了感知益处的核心内容,成为就医的潜在推力。P2:“我希望情绪上会有所改善,身体上不会再那么难受、胸闷了。”将特定躯体症状的改善作为重要诉求。P9:“我希望我能够把学业完成,能自己控制住情绪。”②自我概念的重构与接纳。随着病程发展,部分患者开始经历自我概念的重构,从抗拒患病转向接纳自我,这种认知转变提升了对治疗益处的感知。P5:“以前觉得天大的事,后来慢慢想通

了,其实人生有很多种活法,现在就是想开了。”这种认知转变让他们跳出必须治愈才能正常生活的固有思维,减少了因患病产生的自我否定。P11:“调解自己的情绪,让自己更好地面对自己的情绪,更好地帮助自己。”这种与疾病和解的认知转变为主动就医奠定了心理基础。

2.2.2 多维度的就医障碍感知 ①心理层面的逃避与否认。患者常通过直接否认病情或低估病情严重程度来逃避现实,形成核心感知障碍。P4:“我一直不愿意承认自己有精神类疾病。”P11:“当时我觉得可能自己没那么严重,不用来医院治疗。”②现实层面的时间与经济冲突。学业时间成本与家庭经济负担构成实际感知障碍,进一步阻碍就医。P6:“我可能更担心来医院会耽误我的学习时间,所以我不太想来医院。”将学业优先级置于健康之上。P7:“我们家经济条件不好,我害怕来医院治疗耽误了时间、浪费了钱,还没什么效果。”P13:“我害怕花钱太多,给家里带来麻烦。”③社会层面的被标签化担忧。对同伴排斥或视为异类的恐惧,成为了重要的社会感知障碍。P5:“当时就是不敢说,害怕说出去同学们会不会排斥我。”

2.2.3 就医路径中的现实障碍 ①诊疗流程的低效与断裂。从就诊渠道选择、诊疗实施到后续跟进的全流程中,信息壁垒与服务断层加剧了患者的就医阻力,抑制自我效能的发挥。P7:“一开始在综合医院看病,打针吃药都没什么效果。”②医疗资源获取的空间阻隔与妥协。跨区域就医增加了交通、住宿等经济成本,使许多患者因精力或经济受限而推迟就医。P5:“之前我有跑过上海北京的综合医院看病,但后来复发了,我感觉太远了,我可以忍忍的。”

2.3 社会支持系统对就医行为的双重影响

2.3.1 社会支持的促进与阻碍作用 ①社会支持的促进作用。来自家庭、同伴及专业人员的情感支持、信息引导与实际帮助,构成重要的行动线索,有效提升患者的就医意愿与自我效能。P1:“在得知我患有抑郁症之后,朋友的鼓励和建议更多一些,给了我很多帮助,让我更有信心去接受治疗。”P5:“家人和老师都很支持我的决定。”②社会支持的感知障碍。家庭关爱的缺失、亲子沟通的暴力化以及校园支持系统的缺位,加剧了患者的孤立感,成为重要的外部感知障碍。P6:“我们家有偏心的问题,感觉父母对我妹妹更上心,可能不太在乎我的事情。”P13:“有时候家人情绪会很激动,说气话的时候对我来说影响非常大。”

2.3.2 专业资源可及性与信息获取偏差 ①校园心理服务的形式主义困境,外部感知障碍的强化。受访者反映校园心理服务存在“理论宣讲多、实质干预少”及“反馈机制缺失”等问题,使其作为第一道防线的功能失效,强化了外部感知障碍。P7:“学校偶尔会开两个心理教育课,光讲些没用的,不能从根源上解决问题。”P8:“老师只会让我去填那种问卷,然后做完上交

之后没有任何反馈。”②网络健康信息与自我诊疗。互联网成为患者获取信息的主要渠道,既可能通过自测促进疾病觉察,也可能因信息误导引发自我诊疗,从而替代正规就医。P10:“上网查相关症状,让我感觉最近不舒服,可能就是因为这个病。”P11:“我借助网络自查题目做了抑郁症的一些问卷,测出来结果得分比较高,就感觉不对劲。”

2.3.3 关键行动线索对就医行为的触发作用 ①危机事件的驱动。危机事件是推动青少年结束就医延迟、主动寻求治疗的最强行动线索。P3:“胃疼导致没办法正常生活、正常吃饭。”P10:“我当时突然晕倒了,病得比较严重。”②他人的干预性推动。家人、学校及医护人员等通过主动发现、积极建议、直接带领等方式,有效弥补了青少年自身就医动力不足的短板。P1:“是妈妈提出带我来医院看医生接受专业治疗的。”P7:“我妈强烈建议带我到医院看病。”P13:“当时学校老师建议父母带我来看医生,后来父母就带我来了。”③明确疾病属性。当青少年对自身心理状态形成清晰认知、明确疾病属性并意识到治疗必要性时,会突破既往的就医抵触,主动启动就医行为,形成内生性行动线索。P5:“突然间就觉得自己该治了。”P8:“有意识到自己可能患上这类精神疾病。”

2.4 就医行为中自我效能的动态变化

2.4.1 求助行为的能动性差异表现 ①依从型:高自我效能的主动实践。此类患者具有较高的健康素养与求助意愿,自我效能感强,能主动识别症状并利用多元资源进行干预。P5:“积极参与一对一的心理治疗、神经调控治疗。”P6:“主动提出来就诊,自己就可以完成就医并督促自己。”展现出较强的治疗自主性。P7:“遭遇校园霸凌后主动找学校的老师寻求安慰。”不回避自身需求。②被动型:低自我效能的被动顺从。此类患者自我效能感低,缺乏内生动力,就医行为完全由危机事件或他人主导。P4:“我没有注意到,是家人注意到我的情况,带我看医生。”P5:“我对抑郁不是很了解,当时不是很想来医院。”③矛盾型:自我效能感动态波动。患者始终处于“求治”与“畏治”的冲突中,自我效能感呈现动态波动。一方面因痛苦难以忍受而产生就医冲动,另一方面因对不良反应、诊断结果的恐惧而止步不前。P8:“精神类药那些副作用,让我有点担心。”不确定感让其在“是否需要就医”的判断中摇摆。P11:“害怕自己病得很严重,或者是根本没有什么病。”

2.4.2 健康信念的动态调整 ①就医前:认知匮乏引发的就医延迟。青少年对疾病的认知模糊、症状误判及属性误解,使其难以及时识别问题,自我效能感低下。P9:“我一开始也不知道自己是得了抑郁症。”P3:“我一开始认为是胃病,因此去看了消化科。”②就医后:正向体验强化的持续治疗依从。就医后获得的症状改善成为持续治疗的核心驱动力,促进健康信念

重构与自我效能提升。P1:“情绪变得更稳定,身心都舒畅一些,不再每天闷闷不乐。”P3:“治疗后胃疼确实是减少了,情绪上也缓和了很多。”

3 讨论

3.1 感知易感性与严重性不足是就医延迟的认知起点 本研究发现,躯体化症状的日常化归因构成青少年抑郁症感知易感性缺失的重要机制,也是就医延迟的首要关卡。青少年抑郁症患者普遍以躯体化症状为首表现,将其归因于躯体疾病或日常情境因素,这种认知偏差构建了坚固的认知屏障,使其难以识别心理疾病的本质,与既往研究结果^[15]一致。分析原因,一方面青少年处于自我认同构建阶段,倾向于维持“正常”的自我形象,通过躯体化转换与日常化归因,可避免面对心理异常的自我认知;另一方面,以躯体不适作为求助理由往往比承认心理困扰更容易获得周围人的理解与支持,这种社会反馈进一步强化了躯体化表达模式。根据健康信念模式,个体的健康行为受其对疾病威胁的认知、对行为益处与障碍感知及行动线索的共同影响^[16-17]。该发现进一步验证了健康信念模式中“感知易感性”和“感知严重性”在健康行为形成中的关键作用。青少年对抑郁症的认知匮乏,导致其对疾病威胁的感知不足,而躯体化症状的日常化归因则进一步弱化了其就医动机。这提示:①加强非精神科医护人员的培训,提升其对青少年隐匿性抑郁的识别能力,对于反复查无实据的躯体症状,应警惕心理问题的可能并及时转诊;②开展面向青少年及其家长、教师的精神卫生科普教育,针对青少年心理健康的反污名化干预能够显著改善心理疾病认知、态度以及求助意愿^[18],同时,利用社交媒体推动反污名化社会宣传,降低青少年求助心理成本^[19];③对存在病耻感的抑郁症青少年进行认知行为干预,帮助青少年患者纠正消极认知、学会合理表达抑郁情绪,进而促进社会功能与人际适应能力的恢复^[20-21]。

3.2 家庭与社会层面的感知障碍叠加效应 青少年的就医决策高度依赖家庭支持,家庭认知偏差与社会病耻感共同构成就医行为的重要障碍。这一发现从患者视角印证了外部环境对个体心理与行为的影响机制。王兰等^[22]研究发现,组织氛围可以通过影响个体的心理资本和应对方式,进而影响其疏离感。对于青少年患者,家庭和学校构成了其成长过程中最核心的“组织氛围”。本研究中,部分家长对疾病的忽视直接加剧了患者的孤立感与病耻感,导致其倾向于采取回避而非求助的方式处理心理困扰。提示改善家庭的“组织氛围”,提升父母的心理支持能力,是增强青少年心理资本、促使其采取积极就医行为的重要干预靶点。与成人抑郁症患者不同,部分家长将青少年的抑郁症状归因于青春期叛逆或学业压力,忽视其病理性特征,甚至对精神科治疗存在抵触情绪,这种家庭认知成为就医行为的重要阻碍。这与 Zhao 等^[23]

研究结果一致,家庭功能失调、亲子沟通不良会加剧患者的孤独感与病耻感,削弱其求助动力。同时,社会层面的病耻感与资源可及性不足进一步强化了感知障碍,校园心理服务的形式主义使其难以发挥早期识别与干预功能,精神卫生资源的地域分布不均增加了就医的时间与经济成本,网络上的虚假信息则误导患者进行自我诊疗。因此,降低感知障碍需从家庭与社会层面协同发力:①护理人员可将家庭作为干预单元,通过家庭治疗改善家庭功能,引导父母建立良好的亲子沟通模式,提升其对青少年心理问题的识别能力与支持能力,营造包容理解的家庭氛围,减少家庭层面的就医阻碍;②打破心理服务的形式主义,建立实质性的心理危机筛查与干预机制,加强心理咨询师的专业培训与伦理教育,保障咨询的保密性,同时构建“家—校—医”三级联动转介通道^[24],确保及时转诊;③加强精神卫生医疗资源的均衡配置,推广远程医疗与互联网诊疗服务,降低跨区域就医的时间与经济成本。规范网络健康信息传播,严禁无资质账号生产发布专业医疗科普内容,精准推送正规心理援助、就医渠道。

3.3 治疗感知益处模糊与行动线索匮乏限制 主动就医青少年对治疗益处的认知模糊与行动线索的单一性,进一步加剧了就医延迟。由于缺乏对抑郁症治疗的科学认知,部分患者认为“心理问题无需治疗”或“治疗不良反应大”,导致感知益处水平较低。同时,青少年的就医行动线索多为被动触发,缺乏主动就医的内在动力,主要依赖危机事件或重要他人的推动,反映了当前青少年精神卫生服务利用的滞后性与被动性,这与 Edbrooke-Childs 等^[25]的研究相符,即痛苦程度必须达到“阈值”才能突破心理阻力。对此,应采取针对性措施:①卫生保健人员在学校与社区心理健康服务中加强抑郁症治疗科普,通过定期筛查和健康宣教提供主动式行动线索,促进早期就医;②在学校与社区设立心理健康筛查点,定期开展心理健康评估,主动发现潜在患者,提供主动式行动线索;③培训教师与家长识别青少年抑郁症的早期信号,使其成为主动干预的行动线索提供者,实现早发现、早干预。

3.4 自我效能的动态变化为护理干预提供契机 本研究发现,青少年抑郁症患者的就医自我效能呈现动态波动特征,表现为不同的就医能动性类型,且就医后的正向体验可显著提升自我效能,这为干预提供了重要契机。提升青少年的就医自我效能,对于促进主动就医与持续治疗至关重要:①通过差异化护理干预策略,强化治疗正向体验,有助于提升青少年就医自我效能;②在接诊初期,关注患者的改变动机,根据其认知水平与心理状态开展针对性的健康教育,帮助其正确认识疾病与治疗,缓解对治疗的顾虑,提升治疗信心;③灵活调整治疗方案,根据青少年的学业安排优化治疗时间,选择合适的治疗方式,在控制症状的

同时最大限度减少对学业与生活的影响,以正向治疗体验提升自我效能。

4 结论

本研究基于健康信念模式,构建了青少年抑郁症就医延迟的行为机制解释框架。研究从质性视角深化了健康信念模式在青少年精神卫生领域的应用,对完善心理健康服务早期干预路径具有重要理论与实践意义。未来应从个体、家庭、学校及社会多层面开展综合干预,以促进青少年抑郁症患者及时就医。本研究样本来源于 1 所医院,未来可扩大研究范围,并结合量化研究进一步验证相关机制,为制订青少年抑郁症早期干预策略提供更充分的证据。

参考文献:

- [1] 李凌云. 青少年精神障碍患者家庭功能对其自伤行为的作用机制[D]. 北京:北京协和医学院,2025.
- [2] 光明网.《2022 国民抑郁蓝皮书》:94% 的患者接受线上问诊[EB/OL]. (2022-08-03)[2026-04-15]. <https://health.gmw.cn>.
- [3] Chan R C F, Chen M, Chan J L M, et al. Long-term effect of cognitive behavioral therapy in managing sub-clinical depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *Depres Anxiety*, 2025;1610909.
- [4] De Santiago-Díaz A I, Barrio-Martínez S, Gómez-Ruiz E, et al. Effectiveness of early and intensive intervention on suicide prevention: CARS programme[J]. *Psych Res*, 2024;338:115964.
- [5] Borges G, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, et al. Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: a regional report from the World Mental Health Surveys[J]. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2019;29:e53.
- [6] Mekonen T, Chan G C K, Connor J P, et al. Estimating the global treatment rates for depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2021;295:1234-1242.
- [7] WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): depressive disorder[EB/OL]. (2025-01-31)[2026-04-15]. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/86061003>.
- [8] Zhou Y H, Leung D, Lin J K, et al. Experiences of seeking and accessing medical care among persons with major depression: a qualitative descriptive study of persons with depression in China[J]. *Front Psych*, 2023, 14;1092711.
- [9] Hasin D S, Sarvet A L, Meyers J L, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States[J]. *JAMA Psychiatry*, 2018;75(4):336-346.
- [10] 张晓娜,董酒芹,范秀珍. 抑郁症患者就医延迟现状及影响因素分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(4):104-107.
- [11] Becker M H. The health belief model and personal health behavior[J]. *Health Edu Monog*, 1974;2:324-473.
- [12] Rosenstock I M, Strecher V J, Becker M H. Social learning theory and the health belief model[J]. *Health Edu Quart*, 1988;15(2):175-183.

参考文献:

[1] Liu J, Huang Z D, Huang H Z, et al. Malnutrition in patients with coronary artery disease: prevalence and mortality in a 46, 485 Chinese cohort study[J]. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*,2022,32(5):1186-1194.

[2] 惠宁,张文杰,吴蓓蓓. 106 例慢性心力衰竭患者营养及膳食结构调查[J]. *中华护理杂志*,2020,55(9):1335-1340.

[3] 丁华,李朝凤,程钰,等. 慢性心力衰竭患者衰弱变化轨迹及其影响因素[J]. *护理学杂志*,2024,39(3):39-44.

[4] 吴和梅,陶明,陈玉,等. 老年心力衰竭患者社会衰弱现状及影响因素研究[J]. *护理学杂志*,2024,39(3):82-87.

[5] 王思义. 慢性心衰患者及家庭照顾者对自我护理影响因素的主客体效应分析[D]. 青岛:青岛大学,2023.

[6] Veldorale-Griffin A, Darling C A. Adaptation to parental gender transition: stress and resilience among transgender parents[J]. *Arch Sex Behav*,2016,45(3):607-617.

[7] 饶雪,王海欣,施冰梓,等. 基于 ABC-X 模型的乳腺癌患者情绪表达冲突现状及影响因素的混合方法研究[J]. *护理学杂志*,2026,41(4):85-90.

[8] 梁枫. 基于 ABC-X 模型下克罗恩病家庭肠内营养照顾者照护能力现状及影响因素的调查研究[D]. 南京:南京大学,2020.

[9] Li Y L, Zhu F, Ren D M, et al. Establishment of in-hospital nutrition support program for middle-aged and elderly patients with acute decompensated heart failure [J]. *BMC Cardiovasc Disord*,2024,24(1):259.

[10] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. *中华心血管病杂志*,2024,52(3):235-275.

[11] 谢鹏,万彬,曾艳,等. 基于 ABC-X 模型的育龄期 HIV/AIDS 患者生育忧虑的质性研究[J]. *中国艾滋病性病*,2024,30(4):382-386.

[12] 张经纬,陈雨婷,刘香玉,等. 成骨不全症患者家庭照顾者照护体验的 Meta 整合[J]. *护理学杂志*,2025,40(19):96-100.

[13] 陈亚亚,丁劲,蒯英博,等. 慢性心力衰竭患者容量管理的最佳证据总结[J]. *护理学杂志*,2022,37(21):42-46.

[14] 胡梦,张丽萍. 心力衰竭病人出院准备度量表编制及信效度检验[J]. *全科护理*,2025,23(21):4133-4138.

[15] Zhang H Y, Yin M, Nan X, et al. In-home respite care in dementia: an evolutionary concept analysis[J]. *Int J Nurs Sci*,2025,12(4):352-360.

[16] 张俊贤,杨爱萍,岳娜,等. 失能老年人家庭照顾者照顾负担及喘息服务需求调查[J]. *护理学杂志*,2022,37(21):89-92.

[17] 李月霞,俞峰,沈丽娟,等. 二元心力衰竭护理在慢性心力衰竭病人及其照顾者中的研究进展[J]. *全科护理*,2025,23(3):446-449.

[18] 何仁富. 善生与善终:中国生命文化的安宁追求[J]. *协和医学杂志*,2024,15(1):18-23.

[19] 王宇,何梦雨,祁明昊,等. 慢性心力衰竭患者照顾者家庭护理准备现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*,2024,39(11):105-108.

[20] 徐雅楠,袁玲,王丹若,等. 安宁疗护患者家庭照顾者出院过渡期照护困境的质性研究[J]. *护理学杂志*,2024,39(10):16-19.

(本文编辑 钱媛)

(上接第 108 页)

[13] Treede R D, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases(ICD-11)[J]. *Pain*,2019,160(1):19-27.

[14] WHO. Orientation programme on adolescent health for health-care providers[EB/OL]. (2006-05-17)[2026-04-15]. <https://www.who.int/publications/i/item/9241591269>.

[15] Hamilton M. A rating scale for depression[J]. *J Neuro Psych*,1960,23(1):56.

[16] Salmon M, Sibeoni J, Harf A, et al. Systematic review on somatization in a transcultural context among teenagers and young adults: focus on the nosography blur[J]. *Front Psych*,2022,13:897002.

[17] 方嘉列,陈婉莉,王静雅,等. 基于健康信念模型(HBM)的社区冠心病患者遵医行为影响因素的横断面研究[J]. *复旦学报(医学版)*,2020,47(3):378-384.

[18] Crockett M A, Núñez D, Martínez P, et al. Interventions to reduce mental health stigma in young people: a systematic review and meta-analysis[J]. *JAMA Network Open*,2025,8(1):e2454730.

[19] 张福艳,张雪芹,翟捷,等. 青少年抑郁症患者疾病感受与体验质性研究的 Meta 整合[J]. *护理学杂志*,2025,40(16):79-84.

[20] Langford K, McMullen K, Bridge L, et al. A cognitive behavioural intervention for low self-esteem in young people who have experienced stigma, prejudice, or discrimination: an uncontrolled acceptability and feasibility study[J]. *Psychol Psychother*,2022,95(1):34-56.

[21] 邹燕翔,王绎茹,肖彤,等. 青少年抑郁症患者抑郁情绪在自我表露潜在剖面与社会疏离间的中介作用[J]. *护理学杂志*,2026,41(2):109-113.

[22] 王兰,刘翠翠,赵志娇,等. 精神科护理组织氛围对护士工作疏离感影响的路径分析研究[J]. *中华护理杂志*,2025,60(19):2397-2403.

[23] Zhao Y, Li Y, Zhao J. A qualitative study of the reasons for delayed medical treatment in adolescents with depression based on the health ecology model[J]. *Front Public Health*,2023,11:1124397.

[24] Stiles-Shields C, Bobadilla G, Reyes K, et al. Digital mental health screening, feedback, and referral system for teens with socially complex needs: protocol for a randomized controlled trial integrating the Teen Assess, Check, and Heal System into pediatric primary care[J]. *JMIR Res Prot*,2025,14(1):e65245.

[25] Edbrooke-Childs J, Deighton J. Problem severity and waiting times for young people accessing mental health services[J]. *B J Psych Open*,2020,6(6):e118.

(本文编辑 丁迎春)