

香港青年精神健康

香港青少年精神健康流行病學研究
(HK-YES)

2019 - 2022 調查報告

陳友凱 王名彥 編著
陸志文 余善翔 王名彥 中譯

2023 年 6 月

香港青年精神健康

香港青少年精神健康流行病學研究
(HK-YES)

2019 - 2022 調查報告

陳友凱 王名彥 編著

陸志文 余善翔 王名彥 中譯

2023 年 6 月

責任編輯：羅國洪

封面設計：張錦良

香港青年精神健康：
香港青少年精神健康流行病學研究（HK-YES）
2019-2022 調查報告

陳友凱 王名彥 編著

中 譯：陸志文 余善翔 王名彥

出 版：匯智出版有限公司

香港九龍尖沙咀赫德道2A首邦行8樓803室

電話：2390 0605 傳真：2142 3161

網址：<http://www.ip.com.hk>

印 刷：陽光(彩美)印刷有限公司

版 次：2023年6月初版

國際書號：978-988-76912-2-8

版權所有・翻印必究

目錄

主編簡介	7
序	9
摘要	11
香港青年精神健康	15
1. 引言	17
1.1 青年精神健康的重要	17
1.2 青年萌發期的大腦和思維轉變	18
1.3 當今青年精神健康狀況：國際及本地的研究結果	19
1.4 求助障礙	21
1.5 大型香港青年精神健康研究的需要	22
1.6 「HK-YES」的研究目的	23
1.7 針對新冠疫情的研究範圍更新	24
2. 研究方法	25
2.1 研究設計	25
2.1.1 子研究範疇及程序	25
2.1.2 抽樣框架	26
2.1.3 培訓與質素控制	27
2.1.4 樣本大小估算	28
2.1.5 倫理考慮	30
2.2 評估及程序	30

2.3 數據處理與統計分析	39
2.3.1 香港青年人口的精神疾病盛行率	39
2.3.2 特質與症狀的維度評估	39
2.3.3 重型抑鬱症發作的相關因素	40
2.3.4 抑鬱發作對功能、生活質素與精神健康的影響	40
2.3.5 本地青年人口的求助行為	41
2.3.6 2019 至 2022 年新冠疫情不同階段 12 個月 重型抑鬱的變化趨勢	41
3. 研究結果	43
A. 香港青年人口的精神疾病盛行率	45
A1. 情緒障礙、焦慮症與躁狂抑鬱症的盛行率	45
A2. 思覺過敏與思覺失調的盛行率	47
A3. 精神疾病整體盛行率：分層人口特徵	48
B. 人格特質與症狀的維度評估	52
B1. 症狀的維度評估	52
B2. 香港青年人口的思覺失調類似經歷	54
B3. 香港青年人口的嚴重困擾	58
B4. 發展障礙	61
專注力不足/過度活躍症的症狀	61
自閉症譜系障礙的症狀	62
B5. 人格障礙	63
一般人格障礙的症狀	63
類思覺失調型人格的症狀	65
B6. 自殺意念與行為	66
香港青年人口自殺意念與行為的盛行率	66

自殺意念、計劃及企圖的關係	67
抑鬱發作與自殺意念、計劃及企圖的關聯	68
C. 抑鬱發作的風險因素	71
C1. 家庭空間：家庭與環境的影響	74
C2. 個人心態：性格因素與心理因素的影響	74
C3. 數碼生活：電子科技與日常生活模式的影響	75
C4. 逆境轉化：壓力源頭和反覆思考的影響	75
D. 精神疾病對功能與生活質素的影響	79
D1. 抑鬱發作與「尼特族」的關係	79
D2. 精神健康與輟學青年	80
E. 治療漏洞	83
E1. 受精神疾病影響的青年尋求協助的比率	83
E2. 抑鬱發作青年尋求協助的相關因素	86
F. 新冠疫情對精神健康的影響	90
4. 討論	93
4.1 與亞洲及其他人口比較	93
4.2 抑鬱症的比率有否隨時間增加？	95
4.2.1 新冠疫情前的研究數據	96
4.2.2 新冠疫情的附加影響	97
4.3 青年的自殺意念與自殺行為	98
4.4 精神疾病的相關風險因素	99
4.5 精神疾病對功能、生活質素與健康的影響	101
4.6 治療漏洞	102
4.7 研究的優點與限制	103

5. 研究結果摘要	105
6. 建議	109
治療漏洞及未來的服務設計：以青年為本、青年參與及青年主導	109
針對風險因素及高危組別	110
及早辨認青年精神健康狀況及需要	111
未來的研究方向	112
7. 結論	113
出版及進一步計劃	115
已出版的同行評審文章	115
會議演講文稿	117
進一步數據發佈計劃	117
參考文獻	119
鳴謝	113

主編簡介

陳友凱教授 (Eric Yu-hai Chen)

香港大學臨床醫學院精神醫學系講座教授及包玉星基金教授席^{1,2}

eyhchen.hk@gmail.com

王名彥博士 (Stephanie Ming-yin Wong)

香港大學臨床醫學院精神醫學系專職研究員¹

steph.my.wong@gmail.com

1 香港大學李嘉誠醫學院臨床醫學學院精神醫學系

2 腦與認知科學國家重點實驗室 (香港大學)

序

「香港青少年精神健康流行病學研究」(HK-YES)是香港首個以住戶為基礎的大型流行病學研究，聚焦於整體香港青年人口的精神健康狀況。研究於2018年12月由香港特別行政區政府醫務衛生局醫療衛生研究基金委託，並於2019年6月30日招募研究對象。鑑於2019年新冠疫情(COVID-19)爆發，「HK-YES」遂修改研究的設計、完成日期及樣本大小。上述修改於2020年5月獲接納。

「HK-YES」的研究團隊包括具豐富研究經驗、來自不同背景的本地及國際研究員，其中包括首席研究員陳友凱教授(香港大學李嘉誠醫學院臨床醫學學院精神醫學系講座教授)，以及其他13位合作研究員，他們分別是：許麗明博士(香港大學精神醫學系)、陳喆燁醫生(香港大學精神醫學系)、沈伯松教授(香港大學精神醫學系)、林翠華教授(香港中文大學精神科學系)、張穎宗醫生(香港大學精神醫學系)、李浩銘醫生(香港大學精神醫學系)、Peter Jones教授(劍橋大學精神醫學系)、Craig Morgan教授(倫敦國王學院精神醫學、心理學及神經科學研究院)、Patrick McGorry教授(墨爾本大學青年精神健康中心)、Sarah McGhee教授(香港大學公共衛生學院)、Jim van Os教授(馬斯特里赫特大學醫學中心精神醫學及心理學系)、林大慶教授(香港大學公共衛生學院)及David McDaid教授(倫敦政治經濟學院健康政策學系)。

除了首席研究員及合作研究員，其他研究員、臨床工作者及研究助理對這研究亦作出重大貢獻，其中包括：王名彥博士(研究主任)、黃秀雯博士(研究助理教授)、孫伊南博士(研究助理教授)、張朝敦博士(研究

主任)、黃德興教授(精神科醫生)、陳啟泰醫生(精神科醫生),以及一眾研究人員: Mr. Eric Tang、Mr. Charlie Ip、Ms. Winky Ho、Ms. Melody So、Ms. Terry Lau、Mr. Torres Chan、Ms. Alison Chau、Ms. Melody Wong、Ms. Charlotte Yau、Ms. Sonia Lo、Ms. Venus Ng、Mr. Alvah Lai、Ms. Kyra Chow、Mr. Anson So、Ms. Queenie Huen、Ms. Natalie Wong、Ms. Olivia Choi、Ms. Samantha Tsang、Mr. Terrence Yu、Ms. Vivian Cheung、Ms. Candice Chan、Mr. Caleb Tai、Ms. Anna Yuen、Mr. Tommy Chung、Ms. Dorothy Chan、Ms. Yandy Li、Ms. Charlotte Chan、Mr. Wesley Tang、Mr. Jonathan Ma、Ms. Erin Lei、Mr. Ezmond Cheung、Mr. Bosco Kam、Mr. Mathew Chan、Ms. Crystal Ling, Ms. Cherry Lam, Ms. Andrea Huang、Ms. Gabbie Wong、Ms. Janet Lei、Ms. Yanni Ip、Ms. Ruby Lau 及 Ms. Natalie Ching。

摘要

精神疾病是其中一項於青年階段出現而對健康影響深遠的狀況。如得不到適當治療，精神疾病可能對青年會帶來深遠的影響。環顧全球，在青年階段出現抑鬱症與思覺失調是引致殘疾的其中一個主要原因。然而，青年人因為精神健康問題而尋求協助的比率，卻寥寥可數。本地及海外的研究一同反映，在過去十年，甚至在新冠疫情前，青年人的精神健康已呈現惡化趨勢。此外，加上近年的各種大型社會轉變，以及「人工智慧時代」的來臨，青年人的精神健康在未來進一步惡化乃意料中事。有見及此，社會各界必須盡早有針對性並有策略性地處理青年人的精神健康需要。在這背景之下，團隊在 2019 年至 2022 年間進行本地首次以流行病學方式進行「香港青少年精神健康流行病學研究」(HK-YES)，以更深入了解的精神病盛行率、求助不足率及精神危機的風險因素。

「HK-YES」的主要研究目的包括：

1. 評估 15 至 24 歲香港青年的精神疾病盛行率，其中包括抑鬱發作 (major depressive episode; MDE)、廣泛性焦慮症 (generalised anxiety disorder; GAD)、驚恐症 (panic disorder)、躁狂抑鬱症 (包括躁狂及輕度躁狂；bipolar disorder) 及思覺失調 (psychotic disorder)。
2. 辨識與精神疾病相關的風險與保護因素。
3. 檢視精神疾病對青年人的功能及生活質素的影響。
4. 檢視尋求協助和治療比率，以及相關因素。
5. 檢視在新冠疫情不同階段，香港青年人口的精神疾病盛行率的潛在轉變。

研究設計及研究方法

「HK-YES」採用分層集群抽樣方式，向居於香港、年齡介乎 15 至 24 歲的青年人口發出邀請信。抽樣地址來自香港特區政府政府統計處，並根據區域及樓宇類別（公共住宅或私人住宅）進行集群抽樣。然後，我們採用由訪談員評分的統一臨床評估方法（即複合性國際診斷訪談篩查量表（CIDI-SC））向同意接受訪談的參加者安排面談。「HK-YES」針對常見的精神健康狀況的盛行率進行評估，其中包括抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症，以及自殺意念及行為。盛行率的數據來自 3,340 位完成訪談的受訪對象。此外，我們就着完成詳細研究部分的 3,030 位參加者，他們的性格特徵、心理因素、生活模式、家庭關係，以及個人與人口層面的壓力源經歷，進行評估。我們亦針對以下的範疇進行進一步的評估：(i) 思覺過敏（ARMS）及思覺失調的盛行率；(ii) 輟學青年的精神疾病盛行率；(iii) 受精神疾病影響的青年的求助行為。

主要研究結果

香港青年人口出現任何精神疾病（即 12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症或思覺失調）的加權盛行率為 16.6%（置信區間 = 15.3–17.8）。在上述精神健康狀況中，抑鬱發作最為普遍（12 個月盛行率為 13.7%，置信區間 = 12.5–14.8）。至於可能有躁狂抑鬱症的 12 個月盛行率則為 2.3%（置信區間 = 1.8–2.9），情況亦值得注意。而可能有思覺失調的盛行率為 0.6%（置信區間 = 0.3–0.8）；至於思覺過敏與近來思覺失調類似經歷的盛行率，則分別為 2.1%（置信區間 = 1.6–2.6）及 10.0%（置信區間 = 8.9–11.2）。除了上述精神健康狀況，出現自殺意念、計劃或企圖的 12 個月盛行率分別為 19.4%（置信區間 = 18.1–20.8）、5.0%（置信區間 = 4.3–5.8）及 1.5%（置信區間 = 1.1–1.9）。本研究亦發現，發展

障礙(例如專注力不足/過度活躍症)及人格障礙,與12個月抑鬱發作呈現顯著共病性。

另外,此研究辨別出12個月抑鬱發作相關的四大主要風險領域,包括(i)家庭空間(例如家庭功能不佳、缺乏私人空間)、(ii)個人心態(例如神經質特質、韌力較低、自尊較低、孤獨感、絕望感、負面未來展望)、(iii)數碼生活(例如睡眠素質差、過度使用智能電話、網絡欺凌、不定時早餐習慣、衝動性),以及(iv)逆境轉化(例如事件和抑鬱相關的反覆思考、個人及大型壓力事件、整體壓力知覺、學業壓力)。

重要的是,出現12個月抑鬱發作亦與自殺意念和行為的比率、較差的日常功能(包括社交和職業功能、生產力損失或降低)、「尼特族」狀態(NEET,即不在學、沒有就業和訓練),以及較差的生活質素(指身體和精神健康)和幸福感息息相關。

然而,在出現精神疾病的青年中,現正接受精神科服務或心理服務的青年,比率亦只有17.7%;而正接受其他服務(例如社工、職業治療等)的亦只有8.2%。這亦代表,74.1%有精神疾病的青年,沒有為他們的精神健康需要尋求任何形式的服務。

隨着社會事件與其後五波的新冠疫情爆發,抑鬱發作的盛行率在這期間亦出現變化:由2020年1月至7月的12.4%,上升至2020年7月至11月的16.4%;雖然其後出現下降趨勢(由2020年11月至2021年3月的15.3%,下降至2021年3月至12月的11.8%),但抑鬱發作的盛行率在進行研究的各個階段,仍相對高於亞洲地區的同類研究估值。

結論及建議

「HK-YES」收集的全面數據具一定代表性,期望能加深社會對香港青年

人口精神健康狀況的了解。我們發現，大約 6 個青年人中，便有 1 人經歷精神疾病，這比率明顯高於其他亞洲地區相關青年的研究。抑鬱發作是香港青年人中最常見的精神健康問題。

大規模的環境因素與內在及個人層面的因素，可以同時增加青年人出現精神疾病的風險和比率。雖然隨着新冠疫情踏入第三波（始於 2020 年 11 月），抑鬱發作呈現逐漸下降趨勢；但青年人如何回應疫情後在香港以至全球出現的變化，仍有待進一步的研究確認。

當社會出現醫療漏洞，很多受精神疾病影響的青年可能未被察覺，也沒有及時得到合適的治療；這對青年人的生命帶來了深遠的影響。因此，青年精神健康需放在香港醫療及社區服務的首位。此外，向青年人推廣精神健康及提供介入渠道極為重要。社會宜採取友善、跨專業及實證為本的策略，並讓年青人參與服務設計的整個過程。本研究對如何推行介入計劃，提供了參考的篩選機制和介入目標。我們建議未來必須繼續針對青年精神健康議題，進行縱向的跟進研究或持續的流行病學研究，以釐清精神疾病的發展軌跡和確認本研究發現的風險因素的預測效度及因果方向，期望能幫助社會進一步了解精神疾病對青年人帶來的長遠影響。

鳴謝

研究由香港特別行政區政府醫務衛生局醫療衛生研究基金委託。

香港青年精神健康

香港青少年精神健康流行病學研究 (HK-YES)
2019-2022 調查報告

1 引言

1.1 青年精神健康的重要

青年階段不但是大腦邁向成熟的重要階段，更是個人潛能得以實現的成長階段。透過生活經驗的累積，加上與生活機遇產生互動，個人的潛能得以落實在生活中。因此，青年階段可以視為踏入「成年萌發期」（emerging adulthood）的重要階段。

有別於身體疾病，大約 75% 的成年精神疾病在 25 歲之前已經初現（Kessler et al., 2005）。值得注意的是，精神疾病（尤其當出現在 10 至 24 歲的發育時期）是引致全球疾病和殘疾負擔的主要原因之一（Lim et al., 2012; Vos et al., 2019）。除了直接開支，間接成本（例如生產力損失和降低）更是前者的五倍（Knapp et al., 2016; Muir et al., 2009）。考慮到青年精神健康問題給醫療系統及經濟帶來的長遠負擔，近年社會各界亦強烈呼籲，應優先針對青年精神健康，採取積極行動，進行系統性研究和介入（Kieling et al., 2022; McGorry et al., 2022）。

縱使精神疾病給青年帶來深遠的影響，青年人的求助比率卻不成比例地處於偏低水平。在香港，過往的數據指出只有 15% 患有精神疾病的青年，曾接受任何形式的專業協助（參考「香港精神健康調查」（HKMMS）2010–2013 提供的數據）。當青年人的精神健康問題沒得到適當處理，家人、社會和整體經濟亦會承受沉重的負擔；延誤醫治更會引致青年長遠功能及身心障礙。面對精神疾病帶來的惡果，實在有需要針對本地青年

人口的精神健康狀況，進行深入調查，並為青年精神健康訂立有效的風險指標。

可惜的是，針對青年精神健康進行的代表性研究十分缺乏，特別是亞洲地區。在香港，針對青年人進行的精神健康流行病學研究，屈指可數。「香港青少年精神健康流行病學研究」(HK-YES)採用了以住戶為基礎的研究設計，並建立在過往的研究數據之上，期望為社會和業界提供最新和具代表性的流行病學資訊，以掌握香港青年精神健康的實況。一個具本地背景特色、系統性及詳盡的研究，不但有助釐清香港青年面對的精神健康風險因素和保護因素，更可以為未來相關的政策釐訂及服務設計，提供一定指引。

1.2 青年萌發期的大腦和思維轉變

成年早期階段是個人發展的關鍵階段。從發展的角度，青年人可視為「萌發中的成年人」，並透過一連串的社會心理轉變 (psychosocial transitions)，一步步踏進成年階段 (Arnett, 2014)。這階段重要之處，在於它處於進入成年階段的過渡時期。如青年人未能滿足一些基本的成長任務，進入成人階段後便有可能處於長期殘疾的狀態。有學者指出，在青年階段處於「尼特族」(NEET) 狀態 (不在學、沒有就業及沒有接受訓練) 強烈預示成年階段的功能障礙 (Knapp et al., 2016)。另外一個重要的成長任務是發展自我身份。年青人透過社交互動 (例如觀察社交暗示，以調節自己的情緒反應，並學習思考別人的心理狀態)，逐步發展自己的社交認知技巧。不過，處於這階段的青年人亦容易受朋輩的影響。加上現代數碼化的世界和網上社交媒體平台，帶來溝通模式的不斷變化，年青人有機會出現不穩定的的心理狀態，並經歷內心的情緒風暴 (Arnett, 2006)。

其次，在青年階段，大腦會出現一連串協調的變化，其中包括：(i) 大腦的髓鞘化，令軸突的傳導能力得到提升；(ii) 抑制和控制能力漸趨成熟；(iii) 多巴胺系統的成熟，有助調節顯著性感知 (salience perception) 及獎賞和動機系統 (Wahlstrom et al., 2010)；(iv) 前額葉皮層的發展，有助協調決策、專注、計劃及複雜的心理活動；(v) 樹突修剪及髓鞘化，讓前額葉皮層重新佈線 (Giedd, 2004)；(vi) 胼胝體白質的增生，也有助增強左右腦之間的信息傳遞能力。這些大腦的變化，會對青年人的發展有深遠影響。第一，多巴胺的變化可能是青年人尋求新奇和冒險行為的基礎；第二， γ -氨基丁酸神經元及多巴胺系統的失調，亦與思覺失調、成癮、衝動控制障礙，以及專注力不足/過度活躍症息息相關。的確，不少研究指出，大腦的轉變會增加青年人患上各種精神疾患的風險 (Sales & Irwin, 2009)。

1.3 當今青年精神健康狀況：國際及本地的研究結果

近年國際社會愈來愈重視青年的精神健康，以及針對青年人的流行病學研究 (Kieling et al., 2022; McGorry et al., 2022)。世界衛生組織曾於 2001 年至 2007 年，在 18 個國家進行一項名為「世界精神健康調查計劃」的研究，發現 12 個月抑鬱發作的盛行率在高收入國家約為 5.5%，在低至中等收入國家則約為 5.9%。值得注意的，數據顯示尤其是高收入國家中 18 至 34 歲組群的盛行率最高 (7.0%) (Kessler et al., 2010)。在過去十年，全球整體青年人口的精神健康狀況呈現惡化趨勢 (Twenge, 2020; Subramaniam et al., 2020)。雖然不同國家都曾針對人口的精神疾病盛行率，進行流行病學研究，不過採用嚴格訪談形式的工具，例如複合性國際診斷訪談 (CIDI)，以評估精神疾病盛行的研究始終十分缺乏；採用這訪談工具，在亞洲地區進行並針對 15 至 24 歲青年人口的流行病學研

究，更是寥寥可數。CIDI 複合性國際診斷訪談建立在精神疾病診斷與統計手冊（DSM）的標準之上，是一套國際認可的精神疾病篩選量表，極具參考價值。

在亞洲，有數個採用統一診斷系統評估青年人口精神疾病的研究，不過研究對象如果不是針對 15 歲以下的兒童或青少年（例如南韓在 2005 至 2006 年期間，曾進行一個針對 6 至 12 歲在學兒童的研究，發現 12 個月抑鬱發作的盛行率為 0.1%（Park et al., 2015）），便是針對 18 歲或以上的成年（例如中國在 2001 至 2002 年期間，曾進行一個在大都市取樣針對抑鬱發作的研究，發現 12 個月抑鬱發作的盛行率為 1.8%（Lee et al., 2009）；而新加坡在 2016 年，亦曾進行一個全國性、具代表性的研究，發現 12 個月抑鬱發作的盛行率為 2.3%（Subramaniam et al., 2020））

另外一些研究，雖然採用精神疾病診斷與統計手冊（DSM）作為診斷標準，但卻聚焦於某類人口樣本。例如，一項在 2004 至 2005 年在新加坡進行有關尼古丁依賴的研究，對象為新加坡男性（平均年齡 19 歲）。研究發現，與沒有尼古丁依賴的樣本相比，有尼古丁依賴的樣本的 12 個月抑鬱發作的盛行率顯著更高（9.6% vs 0.4%）（Subramaniam et al., 2009）。

在香港本地，過去數年亦不時有意見認為精神健康呈現惡化趨勢。然而，過往並沒有調查以隨機抽樣形式針對全港青年的精神健康作研究。數十年前的「香港精神健康調查」（2010–2013）都是以本港整體人口（16 至 75 歲）作研究對象；青年的精神健康狀況亦只佔研究內容的一小部分。

縱使不同研究採用了不同的採樣方法和研究設計，但這些研究結果仍有助我們了解香港青年的精神健康發展趨勢；而本地的研究結果，大致與

海外的研究結果吻合，並發現下列風險因素與青年精神健康惡化息息相關，其中包括：個人層面與人口層面的壓力事件（例如：過去數年的新冠疫情）、個人的脆弱性（例如：韌力較低）、人際與家庭關係、數碼化（例如：過度使用智能電話或網絡成癮）（Chang et al., 2021; Shek et al., 2022; Wong et al., 2022; Yuen et al., 2019）。

此外，本地一個縱向研究花了六年時間（由 2009/2010 學年至 2014/2015 學年），追蹤來自 28 間香港中學 3,328 位中學生的生活及心理狀況，發現這些年青人的生活滿足感普遍呈現下降趨勢，伴隨的卻是絕望感的增加，這反映出香港青年的精神健康普遍呈現下降趨勢（Shek & Liang, 2018）；上述研究另一值得留意的地方，是發現家庭功能對年青人的生活滿足感和絕望感影響巨大，並具縱向預測作用（Shek & Liang, 2018）。家庭功能亦與網絡成癮息息相關，構成反比關係。由此可見，家庭功能與網絡及手機成癮，對青年人的精神健康發揮關鍵影響作用（Yu & Shek, 2013）。

1.4 求助障礙

在香港，愈來愈多人關注年青人的精神健康及自殺的問題。世界各地不同研究，包括一個早前在本地的心理解剖研究（Chen et al., 2006），亦發現精神疾病是自殺的重要因素。因此，及早預防精神疾病與提供適當的介入服務，仍然是自殺預防策略的基石。的確，大量研究證據顯示，對精神疾病作出及早預介入能有效改善結果，包括減低自殺率（Chan et al., 2018; Chang et al., 2015）。可惜的是，據我們的觀察，青年人甚少尋求專業協助。在社區中，要對潛在的精神疾病作出偵測，往往受不同疾病因素和家庭因素所影響。縱使政府致力透過密集式的大型宣傳，向市民推廣精神健康與及早預防的重要性，亦有大量機構在社區推行精神

疾病「去污名化」的工作；他們對增加青年人求助意欲的作用始終成疑（Chan et al., 2016）。近年亦有一些在學校推行的精神健康活動倡議（例如：思動計劃、好心情@HK）和提倡青年友好的精神健康服務（例如：賽馬會平行心間計劃），期望能給予年青人更直接精神健康支援。不過，我們對社會某些青年群組精神健康需求的了解，例如已離學或輟學的青年，相比下卻知之甚少。

如能及早辨別不同年青人精神疾病的早期徵兆，將有助本地及國際業界，建立更有效和有針對性的預防和介入服務。我們團隊之前的研究，已證實採用生活模式的介入方法（例如運動），可以改善精神疾病患者的大腦功能；而持續接受治療，長遠來說更是預防疾病復發其中一個重要因素。不幸的是，年青人普遍對治療缺乏依從性。進一步了解年青人的照護途徑、生活模式，以及對精神健康的態度，可幫助掌握青年人的需要和習慣，並更有效地規劃未來的精神健康服務。

1.5 大型香港青年精神健康研究的需要

十年前進行的「香港精神健康調查」，無疑有助對香港人的精神健康狀況加深了解；但可惜的是，「香港精神健康調查」的青年樣本數目不多，不足以全面反映香港青年精神健康的實況。正如前文談到，當青年人處於青年階段，會出現各種心理社會的持續變化，他們容易受朋輩的影響，大腦的發育也會發生變化。如果我們缺乏以青年為本、針對青年人獨特處境的流行病學研究數據，便會錯失幫助青年人的大好機會。而未來的精神健康介入和規劃，亦會因為缺乏聚焦的資訊，舉步維艱。為了更深入了解青年精神健康狀況，特別是精神疾病對青年人的功能和生活質素的影響，我們有需要針對青年人的精神健康狀況，作出系統性研究和評估。研究亦有助訂立未來服務的優先次序，提供適當指引。

近年香港以至全球，都出現大規模人口層面的變化。我們收集的數據亦因此要考慮這些人口層面的變化，例如疫情、社會轉變、移民、經濟及地緣不穩、氣候相關災難、急速的技術進步和人工智慧時代的來臨，它們如何影響青年人的身心發展及精神健康。我們明白到這些大規模的轉變已經在年青人的生命中留下不可磨滅的烙印；但唯有掌握這些環境壓力源與青年精神健康的關係，以及它們與個人脆弱性和特質的互動關係，才能裝備這一代（甚至未來一代）的年青人，面對未來的變化和挑戰。

1.6 「HK-YES」的研究目的

基於上述背景因素，我們進行了這項「HK-YES」研究。這個以香港青年精神健康為題的大型流行病學研究，對象是 15 至 24 歲的香港青年。「HK-YES」在 2019 年至 2022 年期間進行，目的是深入了解處於「成年萌發期」的香港青年，他們怎樣經歷這階段的變化。我們希望針對一系列青年人常見的精神疾病，估算它們在香港青年人口的最新盛行率。我們也希望從研究分析中，能發掘到與青年精神疾病相關的風險因素和保護因素，並掌握受精神疾病影響的青年的求助比率。這些研究數據有助釐清香港青年的精神健康狀況，並釐訂有效的未來介入策略，以提升香港青年的整體精神健康。

本研究的主要目的如下：

1. 評估 15 至 24 歲香港青年的精神疾病盛行率。
2. 檢視精神疾病對香港青年的功能及生活質素的影響。
3. 辨識與精神疾病相關的風險因素和保護因素。
4. 檢視出現精神疾病的青年人，他們的求助和治療比率及相關因素。

本研究作出了一些假設，就是下列因素是精神疾病的風險因素，其中包括：較低社會經濟地位、較差家庭關係、經歷童年逆境、不健康的生活模式（例如：缺乏運動、吸煙及不定時進餐）、過分依賴智能電話。此外，我們預計大部分出現精神疾病的青年人沒有接受專業協助。

1.7 針對新冠疫情的研究範圍更新

隨着新冠疫情爆發，我們對研究計劃作出數項更新，並於 2020 年中獲授權方批准，其中包括：樣本減少，以及計劃完成日期由 2022 年 3 月延至 2022 年 9 月。研究計劃更新後，2020 年初Omicron爆發，疫情升級對招募參加者構成重大挑戰，採樣人數最終修訂為 3,340 人（詳情可參考 2.1.1 採樣框架部分）。

回應疫情升級，我們把數個附加目的整合至「HK-YES」中，其中包括：

- 檢視一系列環境因素，其中包括個人層面的生活壓力源及人口層面的壓力源，以及這些因素對精神疾病的影響。
- 檢視新冠疫情的不同階段與香港青年人口的精神疾病盛行率的關係。

2 研究方法

2.1 研究設計

「HK-YES」採用分層集群抽樣設計，類似於「香港精神健康調查」的研究設計，目的是確保取樣接近香港人口的統計數據。研究由受過臨床訓練的非專業研究員進行，他們採用統一的臨床訪談方法，評估本地青年人口常見的精神疾病（例如：抑鬱發作、廣泛性焦慮症及自殺行為等）的盛行率。接着，富經驗的精神科醫生針對思覺過敏及思覺失調進行深入的確認評估。

2.1.1 子研究範疇及程序

「HK-YES」包括調查精神疾病盛行率的核心部分，也包括數個附加研究部分。

1. 盛行率核心部分：根據上述採樣方法，收集「HK-YES」的所有參加者數據，目的是建立本地青年人口主要精神疾病的盛行率。
2. 思覺過敏臨床核實部分：思覺過敏是一種臨床狀況，出現思覺過敏的患者會有較高風險演變為全面的思覺失調（約 30%），本研究檢視出現思覺過敏青年的盛行率及相關因素。
3. 思覺失調臨床核實部分：針對核心面談中診斷患有思覺失調的參加者，並進行診斷核實，以檢視思覺失調的盛行率。
4. 輟學青年部分：檢視綴學青年中患有精神疾病的比率。

5. 尋求協助部分：評估患有精神疾病的青年，他們尋求協助的比率。

2.1.2 抽樣框架

2019 年 5 月至 2022 年 9 月，「HK-YES」成功招募 3,340 位受訪者，並向他們收集數據。本報告的研究成果，來自上述 3,340 位受訪者的完整資料數據及分析；我們再根據這些數據，估算香港青年人口精神疾病的盛行率。

我們從政府統計處收集住戶地址，並透過分層隨機抽樣方法，選取其中包括 15 至 24 歲住戶成員的地址（根據 2016 年中期人口統計，住戶成員年齡介乎 12 至 21 歲的住宅地址），並按照地域（即 18 區）及樓宇類別（分為公共住宅和私人住宅）進行分層抽樣。最後，我們向抽樣住戶寄出邀請信，邀請他們參與研究計劃。我們從多種途徑收集受邀者的回應，其中包括：熱線、用作查詢的電郵地址、傳真號碼、可透過網上表格進行登記的連結，以及用作收集回覆便條並貼上郵票的信封。由於一些地址最後被證實為無效地址（例如地址錯誤、地址不存在或單位空置而未能郵遞邀請信），在經核實的有效地址中（即郵局沒有退回的邀請信），有 14.6% 表示住戶成員中沒有合資格的年青人。最終，3,460 位參加者（66.5%）同意參與研究計劃。在所有同意參加研究計劃的參加者中，3,340 人（96.5%）完成用作評估盛行率的複合性國際診斷訪談篩查量表，3,030 人（87.6%）完成了整套評估工具。

面談由受訓的非專業研究員負責，所有研究員皆受過臨床訓練，並定期接受指導。研究對象的納入標準如下：(i) 招募時年齡介乎 15 至 24 歲；(ii) 如住戶有多於一位合資格的參加者，選取生日日期接近首次接觸日期的那位；(iii) 取得參加者的同意，如參加者年齡在 18 歲以下，

必須獲得父母或監護人同意。如參加者不能提供完整資料（例如因為語言障礙、感官或智力殘障），家人或監護人可代為提供資料。

面談開始前，所有參加者都會給予詳細的計劃介紹，並清楚告知參與完全出於自願性質，隨時可以退出；而參加者必須示意知情同意。完成核心部分後，參加者會獲發港幣 500 元，以示謝意。完成臨床核對部分，參加者會再獲發港幣 300 元。研究員會按照參加者選擇的時段和地點，為參加者安排一個 2 至 3 小時的面對面會談（在新冠疫情期間，則透過線上視像會議進行，但跟從同一程序）。

2.1.3 培訓與質素控制

研究啟動前，一些準備工作已展開，目的是確保評估和程序的準確性和可靠性。複合性國際診斷訪談是「HK-YES」的核心評估工具，目的是建立青年人口的精神疾病盛行率。計劃統籌員會參加培訓計劃，學習如何操作複合性國際診斷訪談；研究助理則接受定期和密集式訓練，學習如何操作全部評估工具。

進行研究期間，研究團隊每星期會舉行例行會議，以確保成員遵從評估程序協定，並即時解決成員遇到的各種操作問題。定期會議可以發揮下列功能和作用：(i) 對研究的時間線進行監控，並持續量度進展；(ii) 履行全面的監察框架；(iii) 針對收集資料的過程及操守問題進行調解；(iv) 預備及製作中期和最後報告。研究的整體流程和進展，由計劃統籌員作出持續監督。此外，「HK-YES」也採用了電腦輔助面訪（CAPI）（Baker, 1992）進行資料收集（由研究助理透過輕觸式螢幕設備進行評估）。電腦輔助面訪一方面可保障受訪者的私隱，另一方面有助減低社會期許誤差，減少訪談者的偏見和評分者之間的差異。總括而言，數碼化面訪有下列優點：(i) 縮減面談時間；(ii) 減低因人為錯誤而引致的

缺失反應；(iii) 核對邏輯上的錯謬。

所有參與臨床核實模組的精神科醫生，都是富經驗的精神科醫生，他們曾接受訓練，懂得使用結構性臨床會談（SCID）作為精神診斷的臨床核實工具。結構性臨床會談的評分，最終會由一位或以上的高級研究精神科醫生（擁有十年以上的精神醫學臨床經驗的醫生）核實。

2.1.4 樣本大小估算

「HK-YES」原本打算招募 6,000 位參加者，但其後由於新冠疫情爆發，樣本大小最終修訂為 4,500 人，並於 2020 年 5 月獲授權方同意。「HK-YES」按照一般流行病學研究的採樣程式，估算樣本大小（研究沒有進行有限母體校正，只假設無限母體）：

$$n = \frac{Z^2 P(I-P)}{d^2} \times DEFF, \text{ where:}$$

n = 樣本大小

$Z_{0.95}$ = 對應信賴區間 Z 統計 (95% = 1.96)

P = 預計精神疾病盛行率

D = 對應效率值的精確度要求

DEFF = 設計效應

我們參考「香港精神健康調查」(HKMMS) 的數據，並計算出 16 至 25 歲常見精神疾病（抑鬱症、焦慮症及混合焦慮抑鬱症）的盛行率為 11.3%。最後，以 1% 絕對精確度和 95% 信賴區間，計算出 4,500 人的樣本大小。此外，我們亦針對樣本大小（即人數 = 3,340）進行了功效計算，高盛行率的精神疾病（例如終生抑鬱發作）的精確度為 0.017，低盛行率的精神疾病（例如思覺失調）的精確度為 0.006。

思覺過敏與思覺失調的臨床核實

根據「世界精神健康調查計劃」的跨國數據，在 18 個國家中，約有 5.8% 受訪者，在複合性國際診斷訪談中最少出現一項或以上與思覺失調相關的篩選症狀；參考上述數據，我們一共邀請 261 位參加者（即 4,500 位參加者的 5.8%），加入思覺過敏與思覺失調模組，我們預計反應率為 60%，樣本大小為 157 人。

此外，我們也參考了「香港精神健康調查」的樣本；樣本中，1.1% 在自我評估中表示，他們曾受思覺失調的影響，並接受過抗精神病藥的治療（即 5.8% 樣本表示，在複合性國際診斷訪談中，最少出現一項或以上與思覺失調相關的症狀）；我們根據上述數據，從 4,500 位參加者中，邀請 311 位參加者加入臨床核實模組，並預計整體反應率為 60%，樣本大小為 187 人。

輟學模組

參考之前收集的本地研究數據，最多有 1,500 個年青人，在 15 歲或以前輟學；我們於是從樣本中招募 10% 參加者，加入這個模組（即 150 人）。

尋求協助與負擔模組

參考「香港精神健康調查」的數據，我們估計約有 12% 至 15% 樣本可能出現精神疾病，即等同於 540 個個案（4,500 位參加者的 12.0%）；參考上述分析，我們將 540 個患有精神疾病的青年，以及 540 個健康的控制組青年（基於年齡、性別和教育程度進行配對）歸入這個模組。

2.1.5 倫理考慮

此研究計劃在啟動前，經香港大學及醫管局港島西醫院聯網研究倫理委員會倫理批准（參考編號：UW19-017），證明研究計劃採用的評估工具或程序一律不具入侵性。此外，研究員進行面談前，也獲得參加者簽字同意；如參加者的年齡在 18 歲以下，則要獲得家長或監護人同意方可進行。在樣本篩選的過程中，如發現參加者被診斷患有精神疾病，但仍未接受臨床工作者的正式評估；在參加者或監護人同意下，參加者會被轉介至公立醫療機構再作跟進。

2.2 評估及程序

全部結構性訪談由受訓的研究員採用電腦輔助的面訪模式（Baker, 1992）進行，並針對一系列精神狀況進行診斷和評估。除了精神疾病以外，其他評估範圍包括：日常功能、生活質素、精神困擾、其他個人及環境的風險和保護因素。所有訪談會提供中文與英語兩個版本，以確保所有青年人的參與機會均等。

1. 社會人口特徵：包括年齡、性別、最高教育程度、就業、政府支援及出生地點。
2. 生活模式特徵：包括吸煙、飲酒、睡眠模式及睡眠質素、體能活動模式、飲食、體格測量（例如：身高、體重、身體質量指數（BMI））；並利用匹茲堡睡眠質量指數（PSQI）量度睡眠質素（Tsai et al., 2005），利用失眠嚴重度量表（ISI）量度失眠症狀（Yeung et al., 2009），利用國際身體活動量表（IPAQ）量度體能活動（Macfarlane et al., 2007）。
3. 精神科診斷：這部分利用世界衛生組織的複合性國際診斷訪談

篩查量表 (CIDI-SC)，並由訪談員評分，以量度精神疾病的盛行率 (Kessler et al., 2013a)；複合性國際診斷訪談篩查量表是一個全面、全結構性、非專業操作的精神評估工具，它參考精神疾病診斷與統計手冊第四版 (DSM-IV) 對一系列精神疾病的定義，同時包括一組內嵌於原先複合性國際診斷訪談 (CIDI) 的認可篩選標準 (Kessler & Üstün, 2004)，涵蓋一系列核心精神健康狀況 (其中包括抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐突襲、驚恐症、躁狂抑鬱症 (躁狂及輕躁狂))，並具備良好的心理測量特性。「HK-YES」進行規劃期間，複合性國際診斷訪談篩查量表正密鑼緊鼓，籌劃出版完整新版 (第五版)，相關的認證正緊密進行中 (但仍未完工) (來自與 R. Kessler 的個人通訊，R. Kessler 是「世界精神健康調查計劃倡議」及世界衛生組織複合性國際診斷訪談工具的首席研究員)。因應其他大型同類研究亦採用複合性國際診斷訪談篩查量表作為研究工具 (Kessler et al., 2013b) (其中包括「世界衛生組織世界心理健康國際大學生倡議」(WMH-ICS) (Cuijpers et al., 2019))，「HK-YES」亦採用複合性國際診斷訪談篩查量表作為核心評估工具。

複合性國際診斷訪談篩查量表的內容包括篩選部分，亦包括獨立的診斷部分 (根據參加者對篩選項目的回應，進行跟進面談，這部分由受訓的研究員負責)。此外，我們亦參考了世界衛生組織「世界心理健康國際大學生倡議」的研究數據，辨別對大學生造成最大角色損害的精神健康狀況 (Auerbach et al., 2018)，這些狀況包括：抑鬱發作、廣泛性焦慮症、重複或未觸發的驚恐突襲 (沒有驚恐症)、驚恐症、躁狂抑鬱症、躁狂及輕躁狂，並給參加者進行評估。在本研究中，我們把躁狂與輕躁狂歸入躁狂抑鬱症這更為廣泛的精神疾病類別。此外，我們也採用複合

性國際診斷訪談第三版，作為思覺失調的附加篩選工具（臨床核實程序由富經驗的精神科醫生負責，詳情請參考臨床核實模組部分）。

與世界衛生組織的「世界心理健康國際大學生倡議」類似（Cuijpers et al., 2019），「HK-YES」採用了飲酒與健康篩查問卷（AUDIT）（Allen et al., 1997）作為對酒精依賴程度的評估工具。10 題的飲酒與健康篩查問卷由世界衛生組織開發，目的是檢視參加者過去 12 個月有否出現有害酒精使用行為。飲酒與健康篩查問卷的內容十分全面，其中包括：酒精消耗的平均頻率、每次酒精消耗的酒精單位、酒精消耗對日常功能的影響、酒精消耗對人際關係的影響、酒精消耗引致的內疚和懊悔等（Allen et al., 1997）；總分在 8 分或以上，代表參加者出現危險程度的酒精依賴。

4. 精神健康的症狀維度：除了採用診斷類別作為精神疾病的分類，我們也採用症狀維度作為精神疾病的量度方法，目的是全面反映香港青年人口的症狀嚴重程度及分佈，並檢視症狀維度對香港青年的功能和生活質素的影響。

針對參加者的症狀維度，我們採用了凱斯立心理困擾量表（K6）（Kessler et al., 2002）量度參加者過去一個月的整體困擾（K6 $\geq$ 13 代表出現嚴重困擾），其餘量度症狀維度嚴重程度的工具還包括：病人健康狀況問卷（PHQ-9），量度參加者過去兩星期有否出現根據 DSM 列出的抑鬱症狀（PHQ-9 $\geq$ 10 代表出現嚴重症狀）（Wang et al., 2014）；廣泛性焦慮量表（GAD-7），量度參加者過去兩星期出現根據 DSM 列出的焦慮症狀（GAD-9 $\geq$ 10 代表出現嚴重症狀）（Tong et al., 2016）；李氏社交焦慮量表（LSAS），量度參加者的一般社交焦慮症狀（LSAS $\geq$ 90 代表

極有可能出現社交焦慮) (Pan et al., 2006)；心理體驗社區評估 (CAPE-P15)，量度參加者過去一個月有否出現類似思覺失調經歷 (PLEs) (CAPE-P15 $\geq$ 1.57 代表出現類似思覺失調經歷) (Mark & Touloupoulou, 2017)；耶魯布朗強迫症量表 (Y-BOCS)，量度參加者的一般強迫症症狀 (Y-BOCS $\geq$ 16 代表可能出現強迫症症狀) (Goodman et al., 1989; Storch et al., 2015)；創傷應激量表 (TSQ)，量度參加者過去一個月創傷後壓力症候群症狀 (TSQ $\geq$ 6 代表可能出現創傷後壓力症候群) (Brewin et al., 2002; Walters et al., 2007)；飲食失調調查問卷 (EDE-Q)，量度參加者過去一個月飲食失調症狀 (EDE-Q $\geq$ 2.8 代表可能出現飲食失調) (Luce & Crowther, 1999)。

我們亦透過成人ADHD自填量表 (ASRS) (Kessler et al., 2005) 量度參加者過去 6 個月專注力不足/過度活躍症的症狀。成人 ADHD 自填量表亦在世界衛生組織「世界心理健康國際大學生倡議」(WHO World Mental Health Surveys International College Student Project) 中廣泛使用，而倡議中所涵蓋的九個地區亦包括香港 (Mak et al., 2022)。在成人ADHD自填量表中，14 分以上代表參加者可能出現專注力不足/過度活躍症的症狀。此外，我們也利用 10 題的自閉症光譜量表 (AQ-10) 評估一般自閉症的症狀 (Allison et al., 2012; Leung et al., 2022)；6 分以上代表代表出現自閉症譜系障礙。我們留意到這些量度工具的效度曾被質疑 (Bertrams & Shah, 2021)。我們使用上述量度工具，目的只是探索自閉症譜系障礙症狀在香港青年人口的分佈。

「HK-YES」進行初期，一般人格障礙評估並不是我們研究範圍的一部分；但由於愈來愈多人關注這種精神狀況對青年人帶來的長遠影響 (Ayodeji et al., 2015; Catthoor et al., 2015; Newton-

Howes et al., 2015; Quirk et al., 2015)，因此由 2019 年 10 月起，我們也採用人格障礙嚴重程度標準化評估（SASPD），量度參加者人格障礙的嚴重程度（Moran et al., 2003; Olajide et al., 2018）。人格障礙嚴重程度標準化評估參考了國際疾病與相關健康問題統計分類第 11 版對人格障礙的診斷標準。量表共有 9 條題目，並以李克特量表（Likert scale）的方式進行（包括 4 個選項，從「沒有」到「嚴重」；從「對於信任別人，我沒有出現任何困難」到「不信任任何人」）。10 分或以上代表可能出現人格障礙。最後，我們也採用思覺失調型人格簡短量表（SPQ-B）量度參加者有否出現類思覺失調型人格的症狀（Ma et al., 2015; Raine & Benishay, 1995），17 分或以上代表可能出現了類思覺失調型人格。

5. 自殺相關結果：哥倫比亞自殺嚴重程度量表（C-SSRS）過去曾用於大型自殺研究計劃，亦經常用作偵測人口層面的自殺風險（Andreotti et al., 2020）。

- 自殺意念（終生、12 個月、過去 30 天）：「在你一生中，你有沒有曾經希望自己死去、或者一睡不醒？」和「有沒有試過有殺了自己（自殺）的念頭？」。
- 自殺計劃（終生、12 個月）：「有沒有想過或者計劃如何自殺？」。
- 自殺企圖（終生、12 個月）：「有沒有曾經真的試過企圖自殺？」（企圖的意思是有目的地傷害自己並帶有一些死亡的意向）。

6. 日常功能、生活質素及整體幸福感

- 功能：功能是指參加者在工作、學業或其他日常生活責任中，因精神症狀或精神困擾而損失或減低生產力。訪談員

會利用由訪談員評分的社會和職業功能評估量表（SOFAS）（American Psychiatric Association, 2000），針對參加者過去 30 天損失或減低生產力的日子，進行評分。

- 健康相關生活質素（QoL）：這部分採用歐洲五維度生命質量量表（EQ-5D-5L）（Rabin & Charro, 2001）及 12 項健康調查簡表（SF-12）進行（Lam et al., 2005）。
- 整體心理幸福感：這部分採用世界衛生組織的幸福指數量表（WHO-5）進行（Kong et al., 2016）。

7. 風險因素與保護因素：風險和保護因素：全面評估一系列的風險和保護因素，以期及早識別潛在目標並作出介入。上述因素包括：

- 人口與背景因素：就業狀況、社會經濟地位、精神病歷、移民歷史、童年逆境。
- 人格特質與症狀：利用包括 44 題的五大人格特質量表（BFI）量度人格特質（Leung et al., 2013）；利用人格障礙嚴重程度標準化評估（SASPD）量度人格障礙的症狀（personality disorder symptoms）（Olajide et al., 2018）；利用分裂型人格簡短量表（SPQ-B）量度分裂型人格特質（schizotypal personality）（Ma et al., 2015; Raine & Benishay, 1995）。
- 個人心理因素：利用包括 10 題的簡短版復原力量表（CD-RISC-10）量度韌力（resilience）（Yu & Zhang, 2007）；利用 Barratt 衝動量表（BIS）量度衝動特質（impulsivity）（Yao et al., 2007）；利用加州大學洛杉磯分校孤獨感量表量度孤獨感（loneliness）（Hamid & Lok, 2000）；利用羅斯伯自尊感量表（RSES）量度自尊感（self-esteem）（Tsang, 1997）；利

用貝克絕望量表（BHS）量度絕望感（hopelessness）（Kong, 2007）；利用未來展望量表（FOI）量度未來展望（future outlook）（Gunn & Pearman, 1970）。

- 反覆思考（於 2021 年初新增）：採用反覆思考反應量表（Ruminative Response Scale（RRS）量度抑鬱性反覆思考（depressive rumination）（Treynor et al., 2003）；採用相關事件反覆思考量表（Event-related Rumination Inventory（ERRI）（Cann et al., 2011）量度與個人壓力事件、社會事件及新冠疫情相關的反覆思考（event-based rumination）。
- 數碼化因素：利用陳氏網路成癮量表修訂版（CIAS-R）的改編版本量度過度使用智能電話的症狀（smartphone overuse）（Chen et al., 2003）；利用網絡欺負量表修訂版（CBI）的受害分量表，量度網上欺凌經歷（受害經歷）（Wong et al., 2014）。
- 家庭關係：利用簡短家庭關係量表（BFRS）量度家庭功能（family functioning）（Fok et al., 2014）。
- 生活環境：查詢參加者的私人空間足夠度及生活空間滿意度。
- 感知壓力與壓力源：利用主觀壓力水平單項測量（SLS-1）量度感知壓力（Wong et al., 2021）；利用一條問題詢問參與者認為上課需費力的程度（李克特五點尺度量表，從「一點也不」到「非常」）（“how effortful are classes”）量度學業壓力；利用威脅經歷列表（List of Threatening Experiences; LTE）量度個人生活壓力事件（SLEs）（Brugha et al., 1985）。此外，我們亦分別使用列表形式量度與社會事件相關的壓力事件（選項包括被集體驅散經歷、被逮捕或拘留的

經歷，以及在媒體看到他人受人身攻擊的經歷）和與新冠疫情相關的壓力事件（選項包括缺乏保護裝備、因遙距工作或學習引致個人與休息時間減少、因遙距工作或學習引致家庭衝突增加、因遙距工作或學習引致工作或學習時間增）。就以上三種壓力源頭中，曾經歷兩項或以上的壓力事件，則反映外在壓力高企。

8. 尋求協助行為：查詢參加者因精神健康需要而使用的服務類別，其中包括服務性質及服務使用時間。

臨床核實模組：思覺過敏與思覺失調

被邀請加入思覺過敏模組的參加者，是那些出現思覺失調經歷（即在複合性國際診斷訪談中，過去 12 個月最少出現一項或多於一項思覺失調相關症狀），但未達到思覺失調診斷標準的參加者。此外，我們也採用高危精神狀態綜合評估（CAARMS）作為工具（Yung et al., 2005），辨識那些出現思覺過敏的青年參加者。高危精神狀態綜合評估要求參加者最少滿足下列三項的其中一項：（i）出現輕型精神病症狀（APS）；（ii）出現短暫和間歇性思覺失調症狀（BLIPS）；（iii）直系親屬曾出現思覺失調或類思覺失調人格障礙的病歷。除此以外，還包括當事人的心理社交功能出現明顯下降（即屬於脆弱組群）。如參加者被確診出現思覺失調，則不會被歸入思覺過敏模組。除思覺過敏，如參加者滿足下列診斷標準的其中一項，則被歸類為思覺失調個案：（i）滿足最少一項複合性國際診斷訪談的思覺失調篩選症狀；（ii）臨床診斷患有思覺失調；（iii）過去或現在接受抗精神病藥物治療。最後，那些被辨識為思覺過敏或思覺失調的個案，會由富經驗的精神科醫生作進一步核實，核實程序會透過精神疾病診斷與統計手冊的結構性臨床會談（SCID）進行。

輟學模組

在香港，兒童及青年會被強制接受六年小學教育及三年中學教育。2017年的數據顯示，排除那些離開香港的兒童及青年，約有 0.4% 青年提早離校，他們並沒有完成初中教育（香港社會指標，2022）。在 2006 至 2007 年，年齡 15 歲或以下的青年人中，離校人數估計達 1,500 人。在 2015 至 2016 年，年齡 15 歲或以下的離校青年，人數則估計達 1,000 人（Wu & Chan, 2018）。精神健康問題可能是青年輟學的其中一個促成原因，也是輟學模組關注的議題。香港政府通常透過非政府組織開辦的服務，處理離校和逃學青年的問題。在本研究中，輟學模組的篩選標準，與核心部分的篩選標準相同；但加了一些項目，這些項目主要圍繞青年輟學的理由。

尋求協助與負擔模組

我們在核心樣本中，隨機抽取一些沒有受精神疾病影響的參加者，組成對照組（按年齡、性別與教育程度進行配對）；並與那些出現精神疾病的參加者進行比較分析。參加者會被問到一生中有否因為精神健康需要、在過去或現在尋求協助；例如向下列服務提供者尋求協助：(i) 精神科醫生；(ii) 臨床心理學家；(iii) 精神科社康護士；(iv) 非精神科護士；(v) 社會工作者；(vi) 職業治療師；(vii) 傳統中醫從業員；(ix) 宗教服務；(x) 日間中心；(xi) 其他。此外，參加者也會被問到過去三個月的住院日數、接受門診服務次數、與私人服務提供者（包括精神科醫生、心理學家、輔導心理學家、社會工作者及職業治療師）的接觸次數，以評估參加者因精神疾病產生的開支。

2.3 數據處理與統計分析

研究亦對「HK-YES」收集的最終樣本（人數 = 3340）進行數據分析，以建立盛行率數據。為進一步檢視精神疾病及精神困擾對個人與社會影響，以及相關的風險因素，我們亦針對「HK-YES」的子樣本（人數 = 3030），進行數據分析。這些子樣本涵蓋一系列變項，且數據完整。此外，子樣本與全部樣本在精神疾病盛行率上沒有顯著差別（ $p > 0.05$ ）。

2.3.1 香港青年人口的精神疾病盛行率

我們參考最新人口統計報告（香港政府統計署，2022）提供的年齡與性別數據，對整體樣本（人數 = 3340）進行加權調整，務求令「HK-YES」樣本與最新人口統計數據貼近，我們針對不同精神疾病的盛行率進行了初步評估。我們根據「HK-YES」樣本的年齡、性別、教育程度、住宅類別及區域，進行分層的盛行率估算。本研究的精神疾病定義，是指參加者出現情緒障礙、焦慮症、躁狂抑鬱症或思覺失調。其次，研究也針對出現酒精依賴或出現危險程度酒精依賴的樣本，進行加權與非加權的盛行率估算；並透過自助抽樣法，計算出 95% 置信區間與標準差。

2.3.2 特質與症狀的維度評估

除了針對臨床狀況進行類別評估，我們亦透過檢視一系列精神健康維度，評估參加者在多個主要精神健康狀況的嚴重程度，以及這些精神健康狀況對參加者的功能和生活質素的影響。這些維度包括：發展障礙（專注力不足/過度活躍症、自閉症譜系障礙）、人格障礙（人格障礙、類思覺失調型人格）。其他症狀維度則包括：抑鬱、焦慮、社交焦慮、思覺失調類似經歷、強迫症、創傷後壓力症候群及飲食失調。其次，我們

也針對最近出現思覺失調類似經歷的樣本（CAPE-P15 ≥ 1.57 ）（Sun et al., 2022），以及出現嚴重困擾的樣本（K6 ≥ 13 ）（Kessler et al., 2003），進行盛行率估算。

最後，我們根據上述程序及加權調整，建立終生和 12 個月自殺意念、自殺計劃及自殺企圖的盛行率；並針對 30 天自殺意念，進行盛行率估算。其次，我們針對不同自殺現象，檢視這些現象與出現 12 個月抑鬱發作和沒有出現 12 個月抑鬱發作的關係，並進行比較分析。

2.3.3 重型抑鬱症發作的相關因素

為了發掘未來的介入機會，我們檢視了一系列與 12 個月重型抑鬱症發作相關的風險因素和保護因素。我們針對多種連續變項和類別變項，進行獨立的曼-惠特尼U檢定（Mann-Whitney U test）及卡方檢定（Chi-square test）；這些變項包括：（i）社會人口因素和背景因素（例如：年齡、性別、就業狀況、個人和家庭的精神病歷、出生地點、吸煙習慣）；（ii）性格因素（例如：神經質特質、外向特質、出現人格障礙症狀、出現類思覺失調型人格症狀）；（iii）心理因素（例如：韌力、衝動、孤獨與絕望感）；（iv）數碼化（例如：過度使用智能電話、網上欺凌的受害者）；（v）睡眠、體能活動和飲食；（vi）生活環境；（vii）家庭關係；（viii）知覺的壓力及暴露於壓力中。

2.3.4 抑鬱發作對功能、生活質素與精神健康的影響

我們採用曼-惠特尼U檢定（Mann-Whitney U test），檢視出現 12 個月抑鬱發作的樣本與沒有出現 12 個月抑鬱發作的樣本，在功能、健康相關生活質素（HR-QoL）和整體精神健康的分別。我們採用的量度工具包括：（i）社會和職業功能評估量表（SOFAS，評估青年人的精神和身體狀

況，以及社交與職業功能表現)。此外，我們亦透過計算青年人因精神症狀在過去 30 天損失和減低生產力的日數(即出現減效出席和曠工的日數)，評估青年人的職業功能表現；(ii) 歐洲五維度生命質量量表(EQ-5D)，量度健康相關生活質素；(iii) 12 項健康調查簡表(SF-12)，量度健康相關生活質素；(iv) 世界衛生組織的幸福感知數量表(WHO-5)，量度整體精神健康。此外，我們也檢視了抑鬱發作與「尼特族」(NEET，即不在學、不就業及不接受訓練)的關係。

2.3.5 本地青年人口的求助行為

我們檢視了樣本中，那些面對精神疾病的青年，他們的精神健康需要，其中包括；(i) 求助比率；(ii) 使用的服務類別。此外，我們也針對每一種精神疾病，計算出不同精神疾病的求助比率。接着，我們將面對精神疾病的青年的求助比率，與對照組進行比較(控制組由 2,966 個樣本組成，根據樣本的背景進行配對)。最後，我們從 3,030 個子樣本中，檢視出現 12 個月重型抑鬱的青年，他們的求助行為和相關因素。

2.3.6 2019至2022年新冠疫情不同階段12個月重型抑鬱的變化趨勢

「HK-YES」進行時，正值香港發生社會事件；而 2019 至 2022 年，香港及全球更爆發新冠疫情，其後實施持續的封城措施。我們檢視了下列六個階段，樣本中患上 12 個月重型抑鬱的比率：

1. 階段 1 (新冠疫情前)：2019 年 5 月 17 日至 2020 年 1 月 22 日
(人數 = 313)
2. 階段 2 (新冠疫情期間)：2020 年 1 月 23 日至 2020 年 7 月 4 日
(人數 = 545)

3. 階段 3 (新冠疫情期間)：2020 年 7 月 5 日至 2020 年 11 月 22 日
(人數 = 606)
4. 階段 4 (新冠疫情期間)：2020 年 11 月 23 日至 2021 年 3 月 21 日
(人數 = 654)
5. 階段 5 (新冠疫情期間)：2021 年 3 月 22 日至 2021 年 12 月 30 日
(人數 = 1140)
6. 階段 6 (新冠疫情期間)：2021 年 12 月 31 日至 2022 年 7 月 19 日
(人數 = 82)

全部統計分析皆採用SPSS與R，雙側檢測的統計顯著性達 0.05 水平。

3 研究結果

在表 1 中，我們將本研究樣本的特徵，與 2022 年中香港人口統計數據的人口特徵並列，以作比較。整體而言，「HK-YES」樣本的平均年齡為 19.8 歲（標準差 = 2.80），57.7% 屬女性。在這研究中，大部分的參加者均為學生（75.8%，人數 = 2533）：28.9% 正接受中學教育（人數 = 964），13.5% 正就讀副學士/銜接學位/高級文憑課程（並沒就業）（人數 = 451），31.0%（人數 = 1035）就讀學士學位課程（並沒就業），而 2.5% 則正就讀碩士/哲學博士研究課程（人數 = 83）。此外，大約 20.3% 正在從事某種形式的工作（人數 = 677）。與此同時，3.9% 屬無業、不在學或並非受培訓（「尼特族」）（人數 = 130）；其中，61.5% 已畢業或轉職中（人數 = 80），3.1% 屬家庭主婦/夫（人數 = 4），35.4% 因其他理由處於無業狀況（人數 = 46）。所有參加者都接受過小學或以上教育。

研究採樣的大部分青年於香港出生（80.3%，人數 = 2682）。至於樣本的種族分類，大部分表示自己為華人（98.1%，人數 = 3275），有 1.3%（人數 = 42）表示自己屬於其他族裔（包括 18 名印度人；6 名尼泊爾人；5 名菲律賓人；6 名白種人；3 名巴基斯坦人；2 名菲律賓和巴基斯坦混合族裔；1 名印尼人；1 名菲律賓和白種人混合族裔）。0.7% 沒有表明自己的種族（人數 = 23）。

表 1 「HK-YES」樣本及香港整體人口的主要人口特徵

	「HK-YES」樣本 (n=3340)		香港青年人口 (15–24歲)
	人數	百分比	百分比
年齡			
15–18	1140	34.1	38.3
19–21	1107	33.1	27.3
22–24	1093	32.7	34.4
性別			
男	1413	42.3	50.7
女	1927	57.7	49.3
最高教育程度			
沒有接受教育/小學前	0	0.0	0.2
小學	20	0.6	7.0
初中	341	10.2	53.0
高中	1852	55.5	39.7
專上 (文憑/學位)	1127	33.8	
住宅類別 ^a			36.5
公共租住房屋	1244	37.5	13.0
資助居者有其屋	564	17.0	49.2
私人永久住宅	1496	45.1	–
臨時住宅	–	–	1.0
住宿照顧院舍	12	0.4	0.4
區域			
香港島	573	17.2	13.8
九龍	1123	33.6	31.1
新界	1644	49.2	55.2

^a 其中 24 位參加者沒有提供住宅類別。

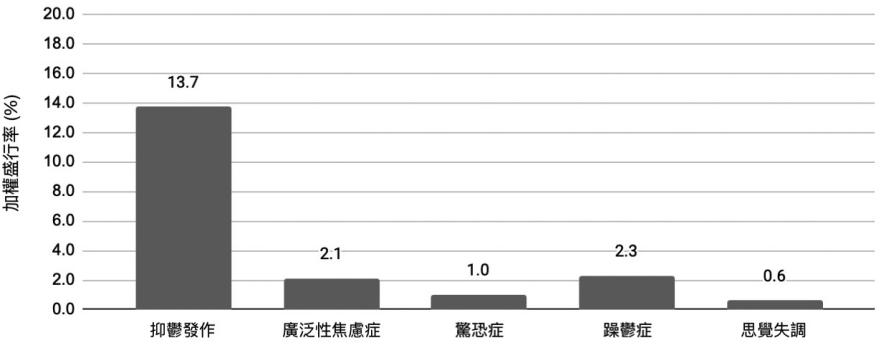
A. 香港青年人口的精神疾病盛行率

A1. 情緒障礙、焦慮症與躁狂抑鬱症的盛行率

表 2 列出不同類別精神疾病的終生和 12 個月盛行率、30 天重型抑鬱和廣泛性焦慮症的（加權與非加權）盛行率，以及依賴酒精的風險水平。至於圖 1 則顯示不同精神疾病的 12 個月盛行率的整體概況；而圖 2 至圖 6（參考A3 部分）則根據主要區域分層，顯示不同區域的患病比率。除了非加權盛行率，我們也參考 2022 年中的人口統計數據，提供接近青年人口年齡和性別的加權分析。

經過加權調整，青年人口中 17.1%達「過去 12 個月出現情緒障礙、焦慮症或躁狂抑鬱症」的標準（95%，置信區間 = 15.8–18.4）。12 個月抑鬱發作和 30 天抑鬱發作的加權盛行率，則分別為 13.7%（置信區間 = 12.5–14.8）和 2.9%（置信區間 = 2.3–3.5）。由此可見，抑鬱發作是香港青年最常見的精神健康問題。此外，12 個月出現廣泛性焦慮症和 30 天廣泛性焦慮症的加權盛行率，分別為 2.1%（置信區間 = 1.6–2.6）和 1.7%（置信區間 = 1.3–2.1）。其他 12 個月出現其他精神健康問題的加權盛行率如下：重複或未觸發的驚恐突襲（沒有出現驚恐症）為 1.7%（置信區間 = 1.3–2.2）；驚恐症為 1.0%（置信區間 = 0.7–1.4）；躁狂抑鬱症I 型或 II 型為 2.3%（置信區間 = 1.8–2.9）；躁狂或輕度躁狂分別為 1.4%（置信區間 = 1.0–1.7）和 0.9%（置信區間 = 0.6–1.3）。小部分參加者在 12 個月內達到酒精依賴的風險水平（0.9%，置信區間 = 0.6–1.2）。

圖 1 香港青年人口 12 個月精神疾病加權盛行率



註：盛行率數據基於「HK-YES」3340 個樣本，並經加權調整。

表 2 香港青年人口情緒障礙、焦慮症與躁狂抑鬱症的非加權與加權盛行率

	時間 框架	「HK-YES」參加者 (人數 = 3340)					
		非加權			加權		
		百分比	標準差	95% 置信區間	百分比	標準差	95% 置信區間
抑鬱發作 (MDE)	終生	24.5	0.7	23.2–26.1	23.4	0.7	22.0–24.8
	12個月	14.6	0.6	13.5–15.9	13.7	0.6	12.5–14.8
	30天	3.0	0.3	2.5–3.7	2.9	0.3	2.3–3.5
廣泛性焦慮症 (GAD)	終生	3.1	0.3	2.6–3.8	3.1	0.3	2.6–3.7
	12個月	2.2	0.2	1.7–2.7	2.1	0.2	1.6–2.6
	30天	1.7	0.2	1.3–2.2	1.7	0.2	1.3–2.1
重複或未觸發的恐慌突襲 (沒有出現驚恐症)	終生	2.5	0.3	2.0–3.1	2.4	0.3	1.9–2.9
	12個月	1.8	0.2	1.4–2.2	1.7	0.2	1.3–2.2
驚恐症	終生	1.6	0.2	1.1–2.1	1.4	0.2	1.1–1.8
	12個月	1.1	0.2	0.8–1.5	1.0	0.2	0.7–1.4
躁狂抑鬱症 (I型或II型)	終生	4.2	0.3	3.5–4.9	4.2	0.4	3.6–4.9
	12個月	2.3	0.3	1.8–2.9	2.3	0.2	1.8–2.9
任何情緒疾病、焦慮症或 躁狂抑鬱症	終生	28.7	0.7	27.2–30.2	27.6	0.8	26.0–29.2
	12個月	18.1	0.6	16.8–19.4	17.1	0.7	15.8–18.4
一種疾病	終生	22.0	0.7	20.6–23.4	21.2	0.7	19.9–22.6
	12個月	14.4	0.6	13.1–15.5	13.6	0.6	12.5–14.8
兩種疾病	終生	4.9	0.4	4.1–5.6	4.7	0.4	4.0–5.4
	12個月	2.6	0.3	2.1–3.1	2.5	0.3	1.9–3.0
三種或以上疾病	終生	1.8	0.2	1.4–2.2	1.7	0.2	1.3–2.1
	12個月	1.1	0.2	0.8–1.5	1.1	0.2	0.7–1.4

A2. 思覺過敏與思覺失調的盛行率

思覺過敏與思覺失調的盛行率分別為 2.1%和 0.6%，表 3-4 則分表顯示兩種狀況的非加權及加權盛行率，以及其人口面貌特徵。另一方面，圖 1-6 則比較思覺失調與其他情緒疾病、焦慮症和躁狂抑鬱症的盛行率。

在確認有思覺失調的樣本中，幾乎全部（95.0%）在一生中，曾接受某種形式的精神健康服務，而大部分（85.0%）曾接受精神科或心理服務，詳細服務類別請參考E部分表 23 關於治療漏洞和求助情況。

表 3 「HK-YES」思覺過敏樣本與思覺失調樣本的盛行率

	「HK-YES」參加者 (人數 = 3340)						
	非加權				加權		
	百分比	標準差	95% 置信區間		百分比	標準差	95% 置信區間
思覺過敏 (ARMS)	2.0	0.2	1.6–2.5		2.1	0.2	1.6–2.6
思覺失調	0.6	0.1	0.3–0.9		0.6	0.1	0.3–0.8

表 4 「HK-YES」思覺過敏樣本與思覺失調樣本的人口特徵

	思覺過敏 (人數 = 67)		思覺失調 (人數 = 20)	
	人數	百分比	人數	百分比
年齡				
15–19	26	38.8	4	20.0
20–24	41	61.2	16	80.0
性別				
男	32	47.8	9	45.0
女	35	52.2	11	55.0
最高教育程度				
沒有接受教育/小學前	0	0.0	0	0.0
小學	0	0.0	1	5.0
初中	14	20.9	5	25.0
高中	34	50.7	10	50.0
大專(文憑/學位)	19	28.4	4	20.0
住宅類別 ^a				
公共租住房屋	33	50.8	6	30.0
資助居者有其屋	7	10.8	5	25.0

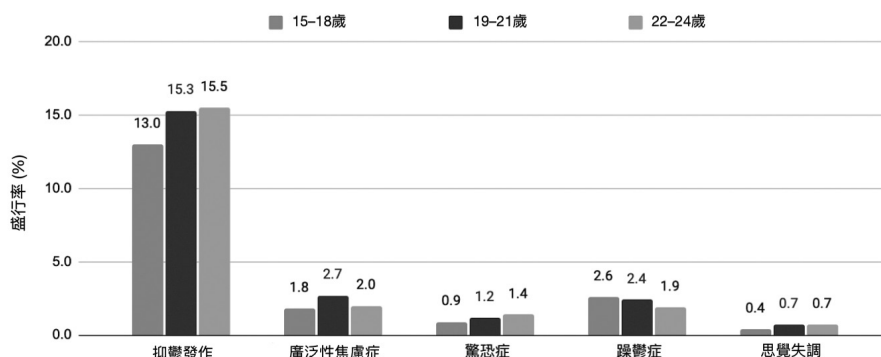
私人永久住宅	25	38.4	9	45.0
臨時住宅	0	0.0	0	0.0
住宿照顧院舍	0	0.0	0	0.0
區域				
香港島	13	19.4	2	10.0
九龍	15	22.4	6	30.0
新界	39	58.2	12	60.0

^a 數據中，兩位患有思覺過敏的參加者沒有提供住宅類別。

A3. 精神疾病整體盛行率：分層人口特徵

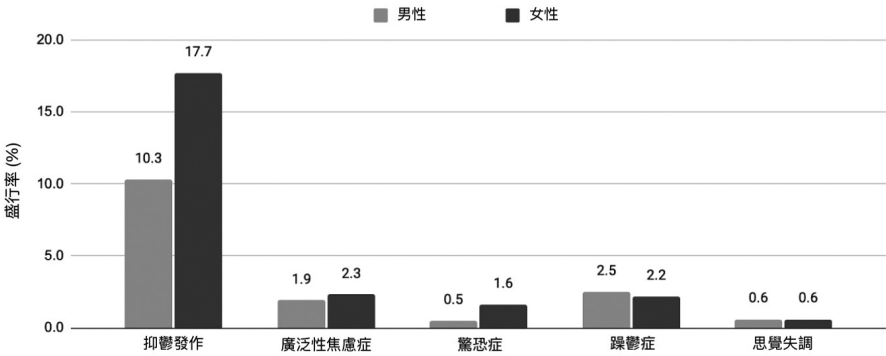
在香港青年人口中，曾出現下列其中一種精神狀況，其中包括 12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症或思覺失調，盛行率為 16.6%（置信區間 = 15.3–17.8）。圖 2-6 根據人口特徵，列出各種精神疾病盛行率的分佈。

圖 2 12 個月精神疾病青年盛行率的年齡分佈



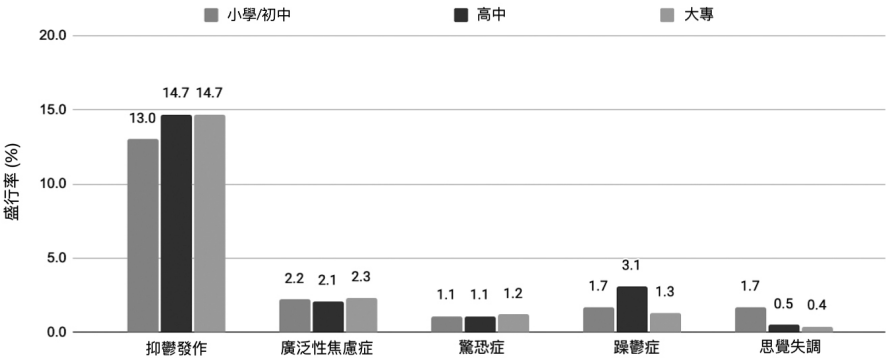
註：盛行率數據根據「HK-YES」3340 個非加權樣本；12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症基於複合性國際診斷訪談 (CIDI) 收集的數據；思覺失調的診斷經研究團隊中一些富經驗的精神科醫生核實。

圖 3 12 個月精神疾病青年盛行率的性別分佈



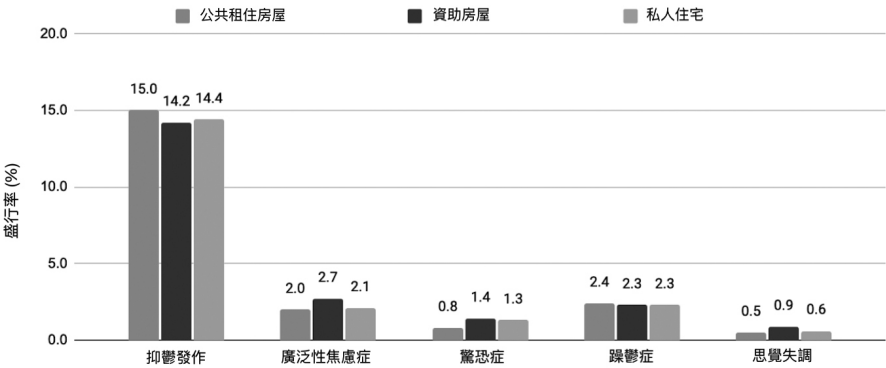
註：盛行率數據根據「HK-YES」3340 個非加權樣本；12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症基於複合性國際診斷訪談 (CIDI) 收集的數據；思覺失調的診斷經研究團隊中一些富經驗的精神科醫生核實。

圖 4 12 個月精神疾病青年盛行率的最高教育程度分佈



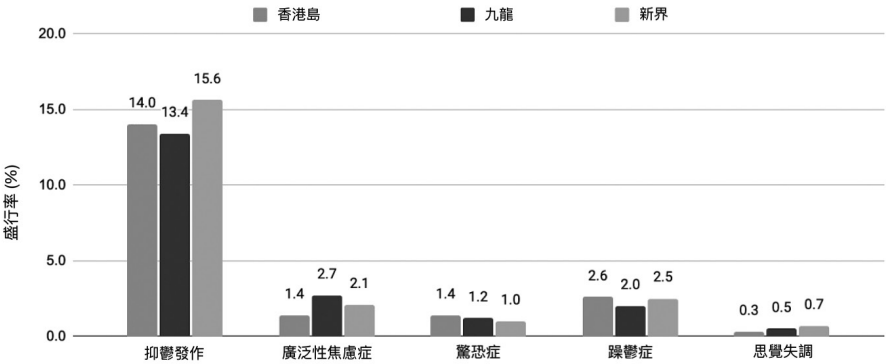
註：盛行率數據根據「HK-YES」3340 個非加權樣本；12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症基於複合性國際診斷訪談 (CIDI) 收集的數據；思覺失調的診斷經研究團隊中一些富經驗的精神科醫生核實。

圖 5 12 個月精神疾病青年盛行率的住宅類別分佈



註：盛行率數據根據「HK-YES」3340 個非加權樣本；12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症基於複合性國際診斷訪談 (CIDI) 收集的數據；思覺失調的診斷經研究團隊中一些富經驗的精神科醫生核實。

圖 6 12 個月精神疾病青年盛行率的區域分佈



註：盛行率數據根據「HK-YES」3340 個非加權樣本；12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症基於複合性國際診斷訪談 (CIDI) 收集的數據；思覺失調的診斷經研究團隊中一些富經驗的精神科醫生核實。

小結

- 每 6 個青年便有最少 1 人患上精神疾病（16.6%）。
- 抑鬱發作是香港最常見的單一精神健康問題（13.7%）；上述盛行率的統計，乃基於統一的面談方式（即複合性國際診斷訪談）。與其他亞洲地區的盛行率比較，香港的盛行率仍普遍較高；與採用類似研究方法的其他研究比較，香港的盛行率甚至是全球之冠。過去十年，香港的抑鬱症比率持續攀升；在社會事件發生時，以及新冠疫情爆發初期，盛行率更進一步上升。
- 參考本研究的樣本數據，思覺失調的盛行率為 0.6%，躁狂抑鬱症的盛行率為 2.3%，廣泛性焦慮症的盛行率為 2.2%，驚恐症的盛行率為 1.1%，思覺過敏的盛行率為 2.1%。

B. 人格特質與症狀的維度評估

B1. 症狀的維度評估

在這一部分，我們進一步分析一系列主要精神健康症狀的嚴重程度，以及他們與日常功能和生活質素的關係。以下的分析結果基於 3,030 的個子樣本（參考表 5）。

表 5 「HK-YES」子樣本的社會人口特徵

變項	樣本 (人數 = 3030)	
	平均值/人數	標準差/%
年齡 (平均值, 標準差)	19.85	2.78
性別		
男	1267	41.8%
女	1763	58.2%
最高教育程度		
初中或以下	312	10.3%
高中	1689	55.7%
專上	1029	34.0%
就業狀況		
在學	2302	76.0%
在職	619	20.4%
經歷童年逆境	1075	35.5%
個人精神病歷	265	8.7%
家人精神病歷	387	12.8%
接受政府援助	287	9.5%
香港出生	2437	80.4%

註：除指明，所有數值以人數和百分比（%）方式呈現。

我們採用維度測量方法，計算出現嚴重症狀或高危精神疾病症狀的加權盛行率。以下是一些統計結果：24.3% 出現高危抑鬱症狀（PHQ-9 ≥ 10）；14.1% 出現高危廣泛性焦慮症狀（GAD-7 ≥ 10）；2.3% 出現高危社交焦慮為（LSAS ≥ 90）；10.0% 出現思覺失調類似經歷（CAPE-P15 ≥ 1.57；詳情請參考 B2 部分）；3.0% 出現高危強迫症症狀（Y-BOCS ≥ 16）；3.1% 出現高危創傷後壓力症症狀（TSQ ≥ 6），而 6.1% 則出現高危飲食失調症狀（EDE-Q ≥ 2.8）。

表 6 症狀嚴重程度與功能及生活質素的關聯

「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)							
功能	抑鬱症狀 (PHQ-9)	廣泛性焦慮症狀 (GAD-7)	社交焦慮症狀 (LSAS)	思覺失調類似經歷 (CAPE-P15)	強迫症狀 (Y-BOCS)	創傷後壓力症候群症狀 (TSQ)	飲食失調症狀 (EDE-Q)
社交及職業功能 (SOFAS)	-0.36***	-0.32***	-0.20***	-0.16***	-0.15***	-0.15***	-0.11***
減低生產力日數	0.36***	0.36***	0.21***	0.21***	0.09***	0.13***	0.13***
喪失生產力日數	0.26***	0.26***	0.15***	0.12***	0.07***	0.12***	0.14***
健康相關生活質素							
整體健康相關生活質素 (EQ-5D)	-0.35***	-0.37***	-0.20***	-0.25***	-0.09***	-0.14***	-0.13***
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	-0.19***	-0.17***	-0.15***	-0.13***	-0.04*	-0.06**	-0.07***
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	-0.60***	-0.58***	-0.31***	-0.27***	-0.10***	-0.17***	-0.23***
整體精神幸福 (WHO-5)	-0.52***	-0.46***	-0.26***	-0.21***	-0.04*	-0.13***	-0.15***

註：CAPE-P15 = 社區心理體驗極量表；EDE-Q = 飲食失調調查問卷；EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；GAD-7 = 廣泛性焦慮量表；LSAS = 李氏社交焦慮量表；PHQ-9 = 病人健康狀況問卷；SF12-PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12-MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；TSQ = 創傷應激量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數量表；Y-BOCS = 耶魯-布羅強迫症量表。

*p < 0.05；**p < 0.01；***p < 0.001

總括來說，症狀維度的症狀嚴重與功能及健康相關生活質素欠佳息息相關（全部 $p < 0.001$ ）（參考表 6）。上述症狀維度的分析，可以為精神疾病與嚴重困擾對青年的影響，提供補充說明。

B2. 香港青年人口的思覺失調類似經歷

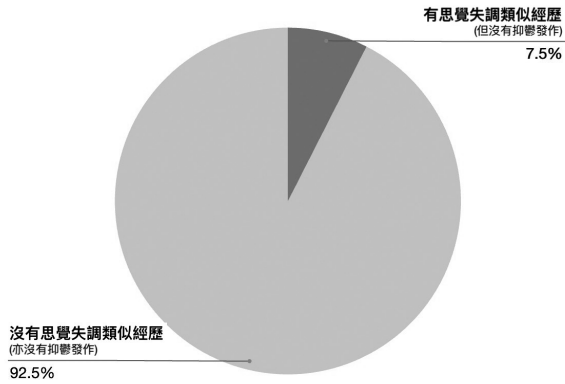
過去的研究發現，青年人出現思覺失調類似經歷（PLEs），會增加患上思覺失調和其他精神疾病的風險，我們針對上述症狀進行了研究分析。這部分的分析基於 3,030 位參加者（參考上文）。而出現思覺失調類似經歷，是指社區心理體驗積極量表（CAPE-P15）的切點在 1.57 或以上。

在「HK-YES」樣本中，我們發現 10.0%（加權樣本）最近出現了思覺失調類似經歷（標準差 = 0.57，置信區間 = 8.9–11.2）。較年輕的參加者，較容易出現思覺失調類似經歷（平均值 = 19.49，標準差 = 2.95 vs 平均值 = 19.89，標準差 = 2.76， $p = 0.025$ ）（參考表 7）。男性（10.7%）相較於女性（8.6%），較容易出現思覺失調類似經歷，趨勢顯著性為 0.059。思覺失調類似經歷的相關風險因素的詳情，可參考表 7 至表 8；至於思覺失調類似經歷對參加者功能和生活質素的影響，請參考表 9。

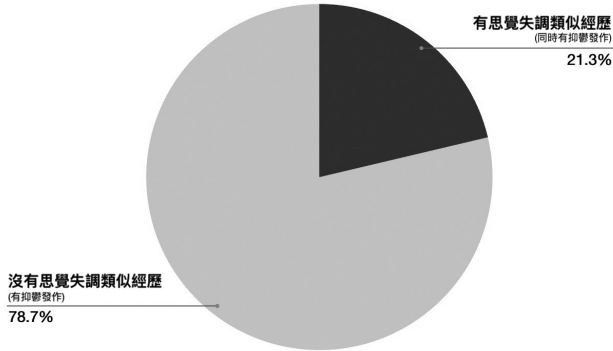
圖 7 顯示出現思覺失調類似經歷與出現 12 個月抑鬱發作的關係；而出現 12 個月抑鬱發作的樣本，相對於沒有出現 12 個月抑鬱發作的樣本，較容易出現思覺失調類似經歷，而且非常顯著（21.3% vs 7.5%, $p < 0.001$ ）（參考圖 7）。

圖 7 出現思覺失調類似經歷與 12 個月抑鬱發作的比率

(a) 沒有出現 12 個月抑鬱發作的樣本中，出現思覺失調類似經歷的比率 (人數 = 2594)



(b) 出現 12 個月抑鬱發作的樣本中，出現思覺失調類似經歷的比率 (人數 = 436)



註：盛行率基於「HK-YES」3030 個非加權樣本。

表 7 出現思覺失調類似經歷樣本的社會人口相關因素

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				p
	沒有出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 < 1.57) (人數 = 2743)		出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 ≥ 1.57) (人數 = 287)		
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
社會人口背景					
年齡 (平均值, 標準差)	19.89	2.76	19.49	2.95	0.025
性別					0.059
男	1132	41.3%	135	47.0%	
女	1611	58.7%	152	53.0%	
最高教育程度					0.38
初中或以下	278	10.1%	34	11.8%	
高中	1524	55.6%	165	57.5%	
大專	941	34.3%	88	30.7%	
就業狀況					
在學	213	74.2%	2089	76.2%	0.46
在職	557	20.3%	62	21.6%	0.60
經歷童年逆境	916	33.4%	159	55.4%	<0.001
個人精神病歷	218	7.9%	47	16.4%	<0.001
家人精神病歷	333	12.2%	54	18.8%	0.001
接受政府援助	238	8.7%	49	17.1%	<0.001
香港出生	531	19.4%	62	21.6%	0.36
身體質量指數					0.53
體重過輕 (<18.5)	1813	66.3%	185	64.7%	
正常 (18.5–24.9)	627	22.9%	64	22.4%	
體重過重 (≥25)	294	10.8%	37	12.9%	

註：除指明，所有數值以人數和百分比 (%) 方式呈現。

表 8 出現思覺失調類似經歷樣本的個人、心理社會和環境相關因素

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				p
	沒有出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 < 1.57) (人數 = 2743)		出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 ≥ 1.57) (人數 = 287)		
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
	性格				
BFI-外向性	24.13	5.57	22.87	5.80	<0.001
BFI-親和性	31.74	4.68	29.09	5.07	<0.001
BFI-盡責性	26.22	5.29	24.69	5.59	<0.001
BFI-神經質	25.25	5.64	28.67	5.29	<0.001
BFI-開放性	32.68	6.38	33.85	6.78	0.004
人格障礙症狀 (SASPD) ^a	5.41	3.13	8.09	3.45	<0.001
類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B)	5.81	4.44	10.68	4.98	<0.001
心理因素					
韌力 (CD-RISC-10)	24.23	6.19	22.10	6.77	<0.001
衝動 (BIS)	63.08	8.33	67.64	8.53	<0.001

孤獨 (UCLA)	43.26	8.77	50.17	8.84	<0.001
自尊 (RSES)	26.62	4.35	24.60	5.08	<0.001
絕望感 (BHS)	6.52	3.95	9.05	4.43	<0.001
未來展望 (FOI)	54.27	7.91	50.31	8.51	<0.001
數碼化					
過度使用智能電話 (CIAS-R)	60.11	11.76	66.01	13.04	<0.001
網上欺凌 (CBI-受害者)	17.81	5.1	20.85	7.04	<0.001
睡眠、體能活動、飲食					
睡眠質素欠佳 (PSQI)	5.49	3.19	7.46	3.68	<0.001
出現失眠 (ISI ≥ 10) (人數, 百分比)	574	20.9%	121	42.2%	<0.001
做運動的日子 (過去一星期)	1.70	1.56	1.80	1.56	0.19
進食早餐習慣 (人數, 百分比)	1192	43.5%	94	32.9%	0.001
吸煙者 (曾經/現在) (人數, 百分比)	188	6.9%	30	10.5%	0.025
居住環境					
私人空間不足 (人數, 百分比)	584	21.3%	93	32.4%	<0.001
對生活空間感到不滿	2.24	0.71	2.44	0.82	<0.001
家庭關係					
家庭功能較差 (BFRS)	19.33	6.98	23.00	7.84	<0.001
感知的壓力和壓力源					
感知的壓力 (SLS-1)	5.68	2.15	6.81	1.71	<0.001
≥2 個人生活壓力事件 (人數, 百分比)	570	20.8%	104	36.2%	<0.001
≥2 新冠疫情壓力源 (人數, 百分比)	939	36.1%	113	42.2%	0.049

a 結果基於 2854 位參加者的數據；人格障礙的數據透過人格障礙嚴重程度標準化評估 (SASPD)，收集 3030 位參加者的數據。

註：除指明，所有數值以平均值和標準差方式呈現。BFI = 五大人格特質量表；BFRS = 簡短家庭關係量表；BHS = 貝克絕望量表；BIS = Barratt衝動量表；CBI = 網絡欺負量表修訂版；CAPE-P15 = 社區心理體驗積極量表；CD-RISC-10 = 簡短版復原力量表；CIAS-R = 陳氏網路成癮量表修訂版；FOI = 未來展望量表；PSQI = 匹茲堡睡眠質量指數；RSES = [HYPERLINK "https://www.nwcss.edu.hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf"](https://www.nwcss.edu.hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf) \h羅斯伯自尊感指標；SASPD = 人格障礙嚴重程度標準化評估；SLS-1 = 主觀壓力水平單項測量；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；SPQ-B = 思覺失調型人格簡短量表；UCLA = 加州大學洛杉磯分校孤獨感量表。

表 9 思覺失調類似經歷對功能和健康相關生活質素的影響

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				
	沒有出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 < 1.57) (人數 = 2743)		出現思覺失調類似經歷 (CAPE-P15 ≥ 1.57) (人數 = 287)		p
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
	功能				
社交與職業功能 (SOFAS)	83.10	7.42	78.54	9.15	<0.001
生產力減低的日子數	1.96	4.45	4.40	6.13	<0.001
生產力損失的日子數	0.31	1.82	1.24	3.68	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.95	0.07	0.90	0.11	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.75	6.80	49.89	8.14	<0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	42.17	11.20	33.79	11.73	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	55.42	18.75	45.60	19.00	<0.001

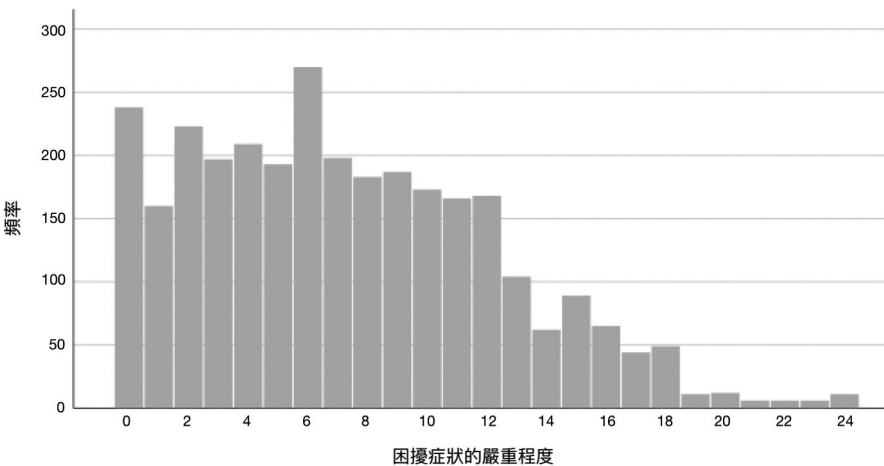
註：CAPE-P15 = 社區心理體驗積極量表；EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數量表。

B3. 香港青年人口的嚴重困擾

針對青年精神疾病的評估，我們除了採用訪談者評分的類別量度工具，也使用凱斯立心理困擾量表（ $K6 \geq 13$ ），以評估香港青年人口嚴重困擾的分佈及其相關因素。凱斯立心理困擾量表是一種在人口健康調查中經常採用的工具。圖 8 顯示樣本中（人數=3030）出現嚴重症狀和嚴重困擾的頻率分佈。

在加權樣本中，有 15.2%（標準差 = 0.63，置信區間 = 14.0–16.5）參加者，表示他們在過去一個月曾經歷嚴重困擾，平均分達 7.16（標準差 = 5.07）。表 10 及表 11 列出與嚴重困擾相關的風險因素和保護因素。此外，功能和健康相關生活質素欠佳，亦與嚴重困擾息息相關（參考表 12）。

圖 8 凱斯立心理困擾量表下香港青年人口困擾症狀的嚴重程度和頻率分佈



註：困擾症狀嚴重程度的數據基於「HK-YES」3030 個樣本。

表 10 出現嚴重困擾樣本的社會人口相關因素

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				p
	正常至中等困擾 (K6 < 13) (人數 = 2565)		嚴重困擾 (K6 ≥ 13) (人數 = 465)		
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
社會人口背景					
年齡 (平均值, 標準差)	19.82	2.79	20.04	2.76	0.13
性別					0.005
男	1100	42.9%	167	35.9%	
女	1465	57.1%	298	64.1%	
最高教育程度					0.28
初中或以下	273	10.6%	39	8.40%	
高中	1430	55.8%	259	55.7%	
大專	862	33.6%	167	35.9%	
就業狀況					
在學	2089	76.2%	213	74.2%	0.46
在職	557	20.3%	62	21.6%	0.60
經歷童年逆境	822	32.0%	253	54.4%	<0.001
個人精神病歷	187	7.3%	78	16.8%	<0.001
家人精神病歷	300	11.7%	87	18.7%	<0.001
接受政府援助	226	8.8%	61	13.1%	0.003
香港出生	2063	80.4%	374	80.4%	1.00
身體質量指數					
體重過輕 (<18.5)	582	22.8%	109	23.6%	0.14
正常 (18.5–24.9)	1707	66.7%	291	63.0%	
體重過重 (≥25)	269	10.5%	62	13.4%	

註：除指明，所有數值以人數和百分比（%）方式呈現。K6 = 凱斯立心理困擾量表。

表 11 出現嚴重困擾樣本的個人、心理社會和環境相關因素

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				p
	正常至中等困擾 (K6 < 13) (人數 = 2565)		嚴重困擾 (K6 ≥ 13) (人數 = 465)		
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
性格					
BFI-外向性	24.49	5.50	21.41	5.46	<0.001
BFI-親和性	31.84	4.61	29.55	5.23	<0.001
BFI-盡責性	26.44	5.27	24.08	5.27	<0.001
BFI-神經質	24.57	5.31	31.07	4.48	<0.001
BFI-開放性	32.81	6.34	32.68	6.92	0.76
人格障礙症狀 (SASPD) ^a	5.15	3.00	8.35	3.20	<0.001
類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B)	5.64	4.38	9.77	4.94	<0.001
心理因素					
韌力 (CD-RISC-10)	24.87	5.90	19.40	6.29	<0.001
衝動 (BIS)	62.77	8.11	67.58	9.15	<0.001
孤獨 (UCLA)	42.50	8.35	51.69	8.49	<0.001
自尊 (RSES)	27.10	3.98	22.69	5.08	<0.001

絕望感 (BHS)	6.11	3.69	10.33	4.23	<0.001
未來展望 (FOI)	54.96	7.60	48.01	7.90	<0.001
數碼化					
過度使用智能電話 (CIAS-R)	59.82	11.73	65.32	12.52	<0.001
網上欺凌 (CBI-受害者)	17.79	5.03	19.74	6.78	<0.001
睡眠、體能活動、飲食					
睡眠質素欠佳 (PSQI)	5.28	3.06	7.88	3.62	<0.001
出現失眠 (ISI ≥ 10) (人數, 百分比)	478	18.6%	217	46.7%	<0.001
做運動的日子 (過去一星期)	1.74	1.56	1.51	1.51	<0.001
進食早餐習慣 (人數, 百分比)	1121	43.7%	165	35.5%	<0.001
吸煙者 (曾經/現在) (人數, 百分比)	166	6.5%	52	11.2%	<0.001
居住環境					
私人空間不足 (人數, 百分比)	519	20.3%	158	34.0%	<0.001
對生活空間感到不滿	2.23	0.71	2.45	0.78	<0.001
家庭關係					
家庭功能較差 (BFRS)	19.07	6.90	23.03	7.56	<0.001
感知的壓力和壓力源					
感知的壓力 (SLS-1)	5.51	2.10	7.31	1.65	<0.001
≥2 個人生活壓力事件 (人數, 百分比)	525	20.5%	149	32.0%	<0.001
≥2 新冠疫情壓力源 (人數, 百分比)	832	34.4%	220	49.3%	<0.001

a 結果基於 2854 位參加者的數據；人格障礙的數據透過人格障礙嚴重程度標準化評估 (SASPD)，收集 3030 位參加者的數據。

註：除指明，所有數值以平均值和標準差方式呈現。BFI = 五大人格特質量表；BFRS = 簡短家庭關係量表；BHS = 貝克絕望量表；BIS = Barratt衝動量表；CBI = 網絡欺凌量表修訂版；CAPE-P15 = 社區心理體驗積極量表；CD-RISC-10 = 簡短版復原力量表；CIAS-R = 陳氏網路成癮量表修訂版；FOI = 未來展望量表；PSQI = 匹茲堡睡眠質量指數；RSES = [HYPERLINK "https://www.nwcss.edu.hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf"](https://www.nwcss.edu.hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf) 羅斯伯自尊感知指標；SASPD = 人格障礙嚴重程度標準化評估；SLS-1 = 主觀壓力水平單項測量；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；SPQ-B = 思覺失調型人格簡短量表；UCLA = 加州大學洛杉磯分校孤獨感量表。

表 12 嚴重困擾對功能與健康相關生活質素的影響

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3030)				p
	正常至中等困擾 (K6 < 13)		嚴重困擾 (K6 ≥ 13)		
	(人數 = 2565)		(人數 = 465)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	83.70	7.01	76.96	8.85	<0.001
生產力減低的日數	1.52	3.60	5.90	7.47	<0.001
生產力損失的日數	0.19	1.27	1.54	4.23	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.96	0.07	0.90	0.11	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.77	6.60	50.87	8.66	<0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	43.81	9.87	27.92	10.62	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	57.62	17.73	37.24	16.25	<0.001

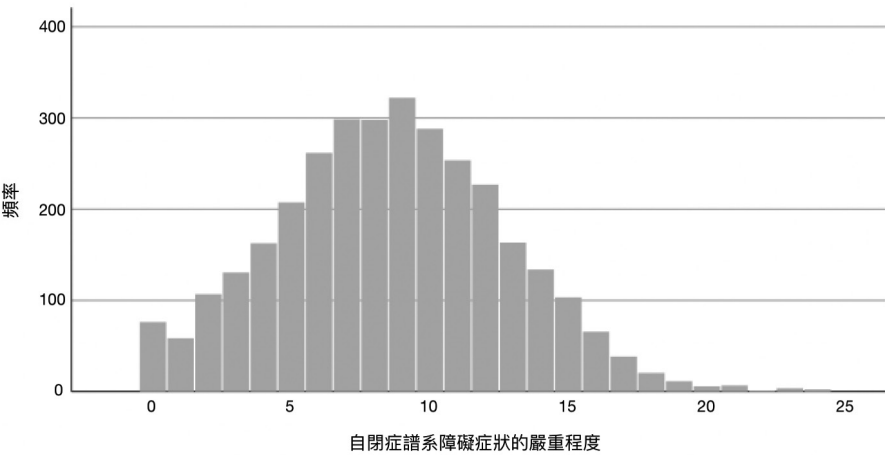
註：EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；K6 = 凱斯立心理困擾量表；SF12-PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12-MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數量表。B4. 發展障礙

B4. 發展障礙

專注力不足/過度活躍症的症狀

圖 9 顯示「HK-YES」樣本中，出現專注力不足/過度活躍症症狀的頻率分佈。整體來說，12.1%樣本達到專注力不足/過度活躍症的診斷標準（在成人ADHD自填量表中，ASRS ≥ 14 ）。上述參加者同時出現其他精神疾病（36.5% vs 14.7%）以及 12 個月抑鬱發作（31.9% vs 12.1%）的比率亦更高。此外，專注力不足/過度活躍症亦與功能和生活質素欠佳相關（請參考表 13）。

圖 9 香港青年人口專注力不足/過度活躍症症狀的頻率分佈



註：專注力不足/過度活躍症症狀嚴重程度的數據基於「HK-YES」3245 個樣本。

表 13 專注力不足/過度活躍症對功能和健康相關生活質素的影響

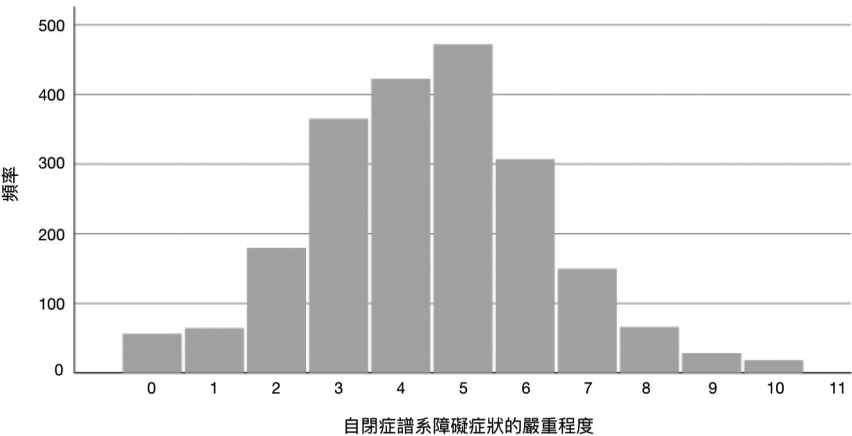
變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3245)				p
	沒有出現專注力不足/過度活躍症 (ASRS < 14) (人數 = 2853)		出現專注力不足/過度活躍症 (ASRS ≥ 14) (人數 = 392)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	82.81	7.72	79.60	8.58	<0.001
生產力減低的日數	1.98	4.36	4.15	6.96	<0.001
生產力損失的日數	0.35	1.93	0.90	3.28	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.95	0.07	0.92	0.11	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.67	6.73	50.95	8.43	<0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	42.27	11.11	34.64	12.24	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	55.45	18.78	47.09	19.15	<0.001

註：ASRS = 成人ADHD自填量表；EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數量表。

自閉症譜系障礙的症狀

圖 10 顯示「HK-YES」樣本中，自閉症譜系障礙的嚴重程度和頻率分佈。整體上，26.8%樣本達到自閉症譜系障礙的診斷標準（在自閉症光譜量表中，AQ-10 ≥ 6）。自閉症譜系障礙症狀與其他精神疾病或 12 個月抑鬱發作，並沒有呈現明顯的關係（p > 0.05）；與功能和生活質素欠佳，亦不存在顯著關係（可參考表 14）。

圖 10 香港青年人口自閉症譜系障礙症狀的嚴重程度與頻率分佈



註：自閉症譜系障礙症狀嚴重程度的數據基於「HK-YES」2123 位參加者。

表 14 自閉症譜系障礙對功能與健康相關生活質素的影響

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 2123)				p
	沒有出現自閉症譜系障礙 (AQ-10 < 6) (人數 = 1541)		出現自閉症譜系障礙 (AQ-10 ≥ 6) (人數 = 582)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	81.95	7.93	81.57	8.02	0.50
生產力減低的日數	2.16	4.55	2.20	4.76	0.62
生產力損失的日數	0.39	2.15	0.41	2.06	0.32
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.95	0.08	0.95	0.08	0.90
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.45	7.20	52.00	7.10	0.19
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	41.30	11.73	40.76	11.83	0.42
整體精神幸福 (WHO-5)	55.10	18.88	53.18	19.48	0.066

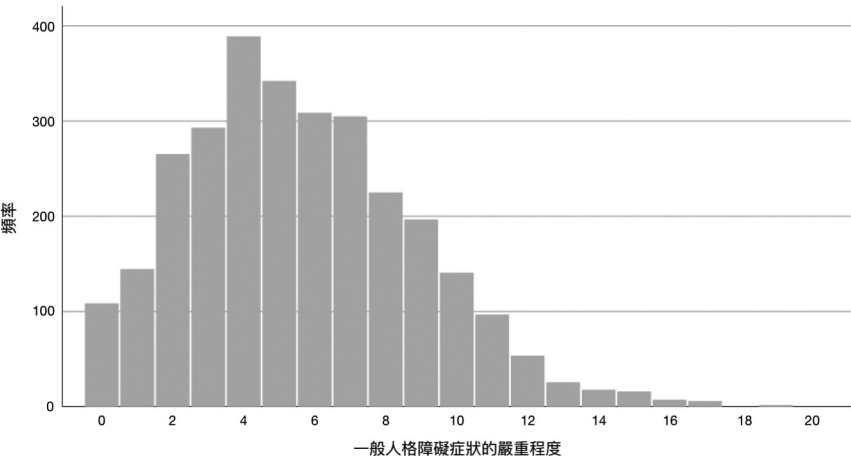
註：AQ-10 = 自閉症光譜量表；EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數數量表。

B5. 人格障礙

一般人格障礙的症狀

圖 14 顯示「HK-YES」樣本中，一般人格障礙症狀的嚴重程度和頻率分佈。整體來說，12.4%樣本達到人格障礙的診斷標準（在人格障礙嚴重程度標準化評估中，SASPD ≥ 10），患有人格障礙的參加者較容易與其他精神疾病產生共病性（38.7% vs 14.3%），亦容易與 12 個月抑鬱發作產生共病性（34.1% vs 11.7%），兩者關係非常顯著（p < 0.001）。此外，人格障礙與功能和生活質素欠佳，亦存在明顯關係（可參考表 15）。

圖 14 香港青年人口人格障礙症狀的嚴重程度和頻率分佈



註：一般人格障礙症狀嚴重程度的數據基於「HK-YES」2945 位參加者。

表 15 人格障礙對功能和健康相關生活質素的影響

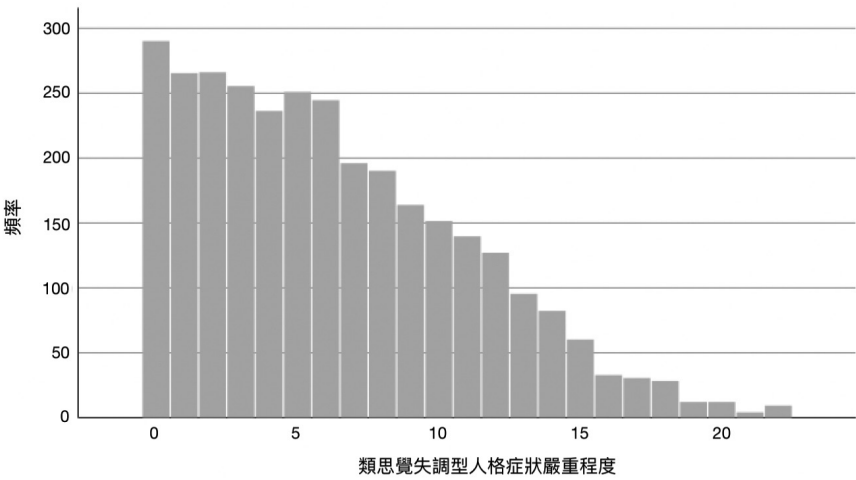
變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 2945)				p
	沒有出現人格障礙 (SASPD < 10) (人數 = 2581)		出現人格障礙 (SASPD ≥ 10) (人數 = 364)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	83.06	7.47	78.47	8.89	<0.001
生產力減低的日數	1.97	4.51	3.96	6.16	<0.001
生產力損失的日數	0.29	1.79	1.41	4.23	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.96	0.07	0.91	0.11	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.85	6.76	49.65	8.55	0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	42.55	10.98	32.15	11.18	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	56.32	18.42	41.73	17.77	<0.001

註：EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SASPD = 人格障礙嚴重程度標準化評估；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數量表。

類思覺失調型人格的症狀

圖 15 顯示「HK-YES」樣本中，類思覺失調型人格症狀的嚴重程度和頻率分佈。整體上，3.1%樣本達到人格障礙的診斷標準（在類思覺失調型人格簡短量表中，SPQ-B ≥ 17 ）。出現類思覺失調型人格症狀的參加者，較容易與其他精神疾病產生共病性（38.5% vs 16.3%），亦容易與 12 個月抑鬱發作產生非常顯著的共病性（35.4% vs 13.5%），兩者的 $p < 0.001$ 。此外，類思覺失調型人格與功能和生活質素欠佳亦存在明顯關係（請參考表 16）。

圖 15 香港青年人口類覺失調型人格症狀的嚴重程度和頻率分佈



註：類思覺失調型人格症狀嚴重程度的數據基於「HK-YES」3146 位參加者。

表 16 類思覺失調型人格對功能和健康相關生活質素的影響

變項	「HK-YES」子樣本 (人數 = 3146)				p
	沒有出現類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B < 17) (人數 = 3050)		出現類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B ≥ 17) (人數 = 96)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	82.76	7.66	76.63	9.74	<0.001
生產力減低的日子數	2.12	4.62	4.83	6.51	<0.001
生產力損失的日子數	0.39	2.11	1.18	3.07	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.95	0.08	0.89	0.12	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.62	6.93	48.50	7.93	0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	41.70	11.32	31.35	12.02	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	54.96	18.80	39.25	18.88	<0.001

註：EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SPQ-B = 思覺失調型人格簡短量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數數量表。

B6. 自殺意念與行為

香港青年人口自殺意念與行為的盛行率

除了精神疾病，我們也針對本地青年人口的自殺意念及自殺行為，建立盛行率數據，並對各種相關因素進行分析。表 17 列出 12 個月自殺意念、計劃與企圖的非加權和加權盛行率，以及 30 天自殺意念的非加權和加權盛行率。

數據反映，差不多一半參加者（46.5%）表示，在一生中曾出現一次或多於一次的自殺意念，12 個月自殺意念的加權盛行率為 19.4%（置信區間 = 18.1–20.8），30 天自殺意念的加權盛行率為 9.9%（置信區間 = 8.9–10.9）。至於自殺計劃，終生與 12 個月加權盛行率分別為 14.9%（置信區間 = 13.7–16.1）及 5.0%（置信區間 = 4.3–5.8）。最後，自殺企圖的終生與 12 個月加權盛行率分別為 5.4%（置信區間 = 4.7–6.2）及 1.5%（置信區間 = 1.1–1.9）。

表 17 香港青年人口自殺意念與自殺行為的非加權與加權盛行率

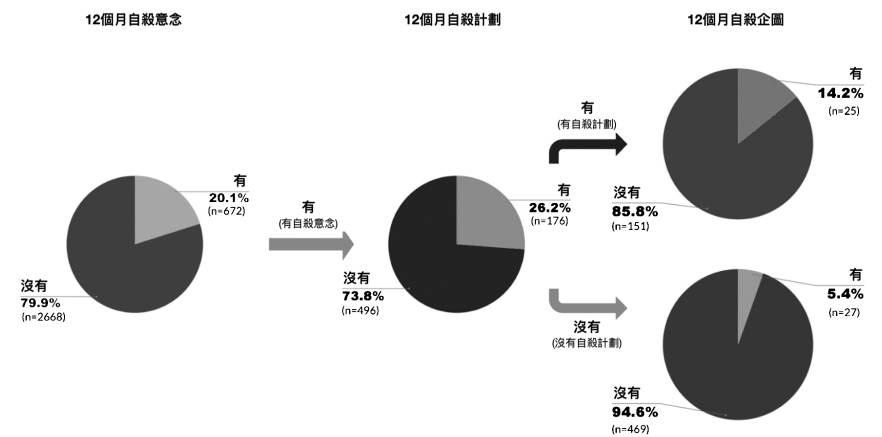
時間框架		「HK-YES」參加者 (n = 3340)					
		未加權			加權		
		百分比	標準差	95% 置信區間	百分比	標準差	95% 置信區間
自殺意念	終生	47.9	0.90	46.3–49.7	46.5	0.87	44.9–48.3
	12個月	20.1	0.70	18.8–21.5	19.4	0.70	18.1–20.8
	30天	10.4	0.50	9.5–11.6	9.9	0.52	8.9–10.9
自殺計劃	終生	15.5	0.60	14.4–16.7	14.9	0.59	13.7–16.1
	12個月	5.3	0.40	4.5–6.0	5.0	0.38	4.3–5.8
自殺企圖	終生	5.7	0.40	4.9–6.5	5.4	0.38	4.7–6.2
	12個月	1.6	0.20	1.2–2.0	1.5	0.21	1.1–1.9

自殺意念、計劃及企圖的關係

為了清楚辨識自殺意念、計劃及企圖的內在關係，我們嘗試以流程圖的形式（參考圖 16），展示參加者中曾出現自殺計劃和企圖的比例。

過去 12 個月曾有自殺意念的參加者中，26.2%表示曾進而計劃自殺；另外，在過去 12 個月曾有自殺計劃的參加者中，有 14.2%曾企圖自殺；而在沒有自殺計劃的參加者中，亦有 5.4%曾進而企圖自殺（參考圖 16）。

圖 16 青年自殺流程圖（香港青年在過去 12 個月出現自殺意念、計劃及企圖的比例與關聯）

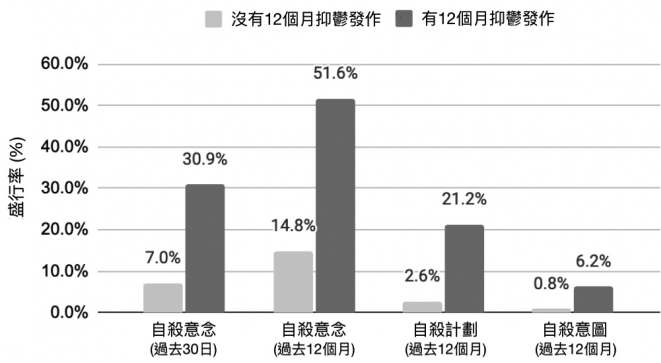


註：盛行率數據基於 3340 個「HK-YES」非加權樣本。

抑鬱發作與自殺意念、計劃及企圖的關聯

我們亦進一步分析了 30 天自殺意念及 12 個月自殺意念、計劃和企圖與抑鬱發作的關聯（請參考圖 17）。上述比較反映出，過去 12 個月曾出現抑鬱發作的參加者，他們出現自殺意念或自殺行為的比率非常顯著（全部 $p < 0.001$ ）。

圖 17 12 個月抑鬱發作與自殺意念和自殺行為的關聯



註：盛行率數據基於「HK-YES」3340 個非加權樣本。

小結

(i) 精神健康的維度評估

- 除了精神疾病，我們的研究發現，當症狀維度出現較高嚴重程度，特別是出現抑鬱和焦慮症狀（其次是社交焦慮、思覺失調類似經歷、創傷後壓力症候群、飲食失調與強迫症的症狀），與較差的功能與生活質素存在非常顯著的關係。
- 此外，採用維度方法檢視精神健康狀況，可以彌補傳統診斷方法的不足（即只判斷出現或沒有出現某種精神疾病類別），特別對那些出現輕微至中度風險的年青人來說，維度方法對他們較

具吸引力，有助推動他們參與及早介入計劃。

(ii) 思覺失調類似經歷

- 香港青年人口最近出現思覺失調類似經歷的盛行率為 10.0%。
- 思覺失調類似經歷不但與思覺失調相關，與一般的精神健康問題也息息相關，並對功能與生活質素產生顯著影響。但要對上述現象作進一步澄清，必須透過研究或臨床環境，並針對這些症狀進行檢視。

(iii) 嚴重困擾

- 香港青年人口最近出現嚴重困擾的盛行率為 15.3%。
- 除了臨床狀況（例如：抑鬱發作），嚴重症狀困擾與下列狀況顯著相關，其中包括：功能欠佳、生活質素欠佳、整體精神健康。在未來的評估中，對困擾的嚴重程度作出評估，可以為臨床診斷面談提供補充資訊。

(iv) 發展與人格障礙特質

- 我們的研究發現，發展障礙（例如：專注力不足/過度活躍症）及人格障礙（例如：一般人格障礙及類思覺失調型人格），與抑鬱發作呈現高共病性，並對功能和生活質素產生顯著影響。相反的是，我們發現出現自閉症譜系障礙特質，與出現嚴重精神健康狀況的關係，則顯著性較低。值得注意的是，在青年人口中，出現專注力不足/過度活躍症與出現一般人格障礙特質的比率十分高，前者為 12.1%，後者為 12.4%。至於出現類思覺失調型人格特質的比率則為 3.1%，比率較低。

(v) 自殺意念與自殺行為

- 我們的研究發現，大概 5 人中便有 1 人（19.4%）在過去 12 個月出現一次或以上自殺意念；另外，12 個月自殺計劃及自殺企圖的比率則分別為 5.0%與 1.5%。這比率高於之前針對全球大學生

進行的研究。

- 有抑鬱發作的青年較顯著反映，在過去 12 個月曾出現自殺意念、計劃或企圖；因此，針對精神症狀與精神疾病作出介入，對預防自殺可發揮正面影響。

C. 抑鬱發作的風險因素

抑鬱發作是「HK-YES」樣本中最廣泛出現的單一精神健康狀況。此外，抑鬱發作更是全球主要的疾病之一。我們於是針對 12 個月抑鬱發作及相關風險因素，進行了聚焦分析。詳細結果請參考表 18 及表 19。

表 18 12 個月抑鬱發作與個人背景因素的關聯

變項	沒有出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 2594)		出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 436)		p
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
個人背景因素					
年齡 (平均值, 標準差)	19.81	2.81	20.1	2.64	0.055
性別					<0.001
男	1144	44.1%	123	28.2%	
女	1450	55.9%	313	71.8%	
最高教育程度					0.70
初中或以下	272	10.5%	40	9.2%	
高中	1444	55.7%	245	56.2%	
大專	878	33.8%	151	34.6%	
就業狀況					
在學	1984	76.5%	318	72.9%	0.11
在職	527	20.3%	92	21.1%	0.71
經歷童年逆境	820	31.6%	255	58.5%	<0.001
擁有個人精神病理	152	5.9%	113	25.9%	<0.001
擁有家人精神病理	276	10.6%	111	25.5%	<0.001
接受政府援助	243	9.4%	44	10.1%	0.62
香港出生	2087	80.5%	350	80.3%	0.93
身體質量指數					
					0.45
體重過輕 (<18.5)	583	22.6%	108	24.8%	
正常 (18.5–24.9)	1721	66.6%	277	63.5%	
體重過重 (≥25)	280	10.8%	51	11.7%	

註：除指明，所有數值以平均值和標準差方式呈現。

背景因素是指基因和過去發生的事件，這些涉及遙遠過去的因素（例如：性別、家庭精神病歷和童年逆境），並不容易改變。但辨識這些背景因素，有助偵測容易患上精神疾病的高風險子群。長遠來說，改善人

表 19 12 個月抑鬱發作與個人、心理社會及環境因素的關聯

變項	沒有出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 2594)		出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 436)		p
	平均值/人數 標準差/%		平均值/人數 標準差/%		
性格					
BFI-外向性	24.29	5.53	22.37	5.73	<0.001
BFI-親和性	31.70	4.65	30.24	5.35	<0.001
BFI-盡責性	26.34	5.26	24.53	5.50	<0.001
BFI-神經質	24.77	5.43	30.34	4.88	<0.001
BFI-開放性	32.67	6.35	33.51	6.84	0.010
人格障礙症狀 (SASPD) ^a	5.30	3.08	7.77	3.41	<0.001
類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B)	5.80	4.50	9.04	4.99	<0.001
心理因素					
韌力 (CD-RISC-10)	24.68	5.98	20.17	6.62	<0.001
衝動 (BIS)	63.06	8.32	66.19	8.75	<0.001
孤獨 (UCLA)	42.94	8.60	49.70	9.20	<0.001
自尊 (RSES)	26.89	4.20	23.69	4.96	<0.001
絕望感 (BHS)	6.31	3.83	9.42	4.41	<0.001
未來展望 (FOI)	54.58	7.83	49.80	8.13	<0.001
反覆思考 ^b					
抑鬱相關的反覆思考 (RRS)	18.91	6.05	24.68	6.24	<0.001
抑鬱相關的反覆思考 (ERRI)	12.24	13.79	24.27	19.82	<0.001
數碼化					
過度使用智能電話 (CIAS-R)	60.00	11.70	64.66	13.06	<0.001
網上欺凌 (CBI-受害者)	17.83	5.13	19.65	6.46	<0.001
睡眠、體能活動、飲食					
睡眠質素欠佳 (PSQI)	5.28	3.01	8.04	3.834	<0.001
出現失眠 (ISI ≥ 10) (人數, 百分比)	482	18.6%	213	48.9%	<0.001
做運動的日數 (過去一星期)	1.74	1.57	1.50	1.45	0.002
進食早餐習慣 (人數, 百分比)	1133	43.7%	153	35.1%	0.001
吸煙者 (曾經/現在) (人數, 百分比)	169	6.5%	49	11.2%	<0.001
居住環境					
私人空間不足 (人數, 百分比)	537	20.7%	140	32.1%	<0.001
對生活空間感到不滿	2.24	0.70	2.40	0.84	<0.001
家庭關係					
家庭功能較差 (BFRS)	19.07	6.77	23.30	8.19	<0.001
感知的壓力和壓力源					
感知的壓力 (SLS-1)	5.60	2.12	6.90	1.90	<0.001
學業壓力	2.05	0.72	2.38	0.82	<0.001
≥2 個人生活壓力事件 (人數, 百分比)	527	20.3%	147	33.7%	<0.001
≥2 社會事件壓力源 (人數, 百分比)	469	18.1%	107	24.5%	<0.001
≥2 新冠疫情壓力源 (人數, 百分比)	870	35.3%	182	44.9%	<0.001

a 結果基於 2854 位參加者的數據；人格障礙的數據透過人格障礙嚴重程度標準化評估 (SASPD)，收集 3030 位參加者的數據。

b 有關反覆思考的數據在 2021 年初開始收集；結果基於 1287 位參加者的數據。

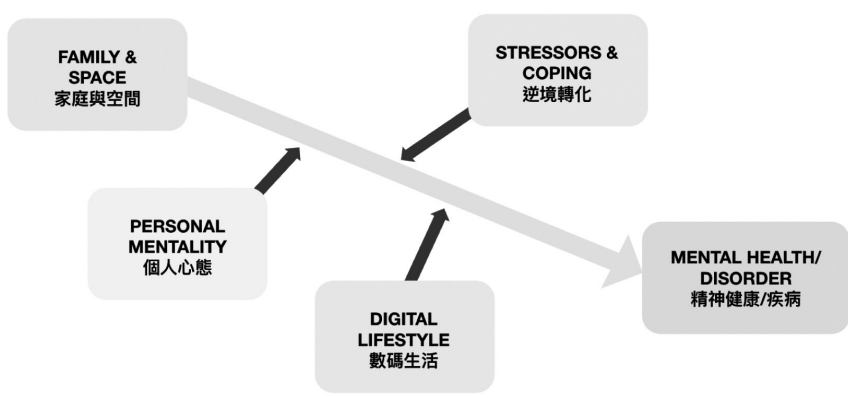
註：BFI = 五大人格特質量表；BFRS = 簡短家庭關係量表；BHS = 貝克絕望量表；BIS = Barratt衝動量表；CBI = 網絡欺凌量表修訂版；CAPE-P15 = 社區心理體驗積極量表；CD-RISC-10 = 簡短版復原力量表；CIAS-R = 陳氏網路成癮量表修訂版；ERRI = 相關事件反覆思考量表；FOI = 未來展望量表；PSQI = 匹茲堡睡眠質量指數；RRS = 反覆思考反應量表；RSES = HYPERLINK "https://www.nwcss.edu.hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf" \h 羅斯伯自尊感指標；SASPD = 人格障礙嚴重程度標準化評估；SLS-1 = 主觀壓力水平單項測量；SPQ-B = 思覺失調型人格簡短量表；UCLA = 加州大學洛杉磯分校孤獨感量表。

口層面的因素，可減低整體人口的精神疾病風險；可行的措施包括改善居住環境、如父母有精神病歷或出現精神健康狀況，應為他們的孩子提供協助，以及對容易造成心理傷害的事件提高警覺（例如家庭虐兒事件）

表 19 列出一系列與抑鬱發作有關的風險和保護因素。我們隨後透過「網路分析」（network analysis）進一步嘗試找出較主要影響抑鬱發作的因素。數據顯示反覆思考（與抑鬱及事件相關）、睡眠質素欠佳、過度使用智能電話、家庭功能、神經質人格特質、韌力低，以及自尊低與抑鬱發作有更直接的關係。辨識這些因素有助我們及早偵測有精神健康風險的年青人。

另外，我們的分析亦識別出精神危機的四大風險領域，其中包括（i）家庭空間、（ii）個人心態、（iii）數碼生活及（iv）逆境轉化（參考圖 18）。

圖 18 香港青年人口的精神疾病四大風險領域



C1. 家庭空間：家庭與環境的影響

不同研究亦曾指出家庭和居住環境對青年精神健康的影響。在本地，由於大多數青年人與家人同住，確保家庭功能健康對青年人的長期發展至為重要。在參與「HK-YES」的青年中，有 34% 認為在家裏不能暢所欲言，33.1% 認為不能輕鬆地展開討論，亦有 16.0% 認為在家庭沒有互相支持的感覺。

另外，過去十年的報告顯示，香港的離婚率顯著上升（防止自殺研究中心，2014；香港特別行政區政府，2022），這為青年精神健康狀況在這段時間顯著惡化提供了另一個可能的解釋。因此，提高父母或監護人對精神健康的了解，為他們提供支援，令他們更能以適當的方式滿足自己及年青人的心理需求，極為重要的。

在這項研究中，我們亦發現缺乏私人空間不單與家庭關係息息相關，而且與抑鬱發作有關聯。所以，提供能讓青年人感到安全和放鬆的「第三空間」（third place）是很重要的。

C2. 個人心態：性格因素與心理因素的影響

這組別的因素涉及一些與精神疾病相關的個人風險因素，其中包括性格和心理特質。性格特質一般被視為相對難以改變的因素，但當兒童進入青年階段，他們的性格會處於浮動狀態，並可能產生改變。採用以正向心理學、強項為本的方式為介入，針對不同心理範疇（例如增強韌力、自尊），能協助年青人發掘和識別自己的技能，並應付日常生活壓力源頭，從而減低精神病發風險，避免病情進一步惡化。這方面的工作可以針對特定的高風險群體，同時亦可以更廣泛地提供給青年人（例如將之融入教育系統）。

C3. 數碼生活：電子科技與日常生活模式的影響

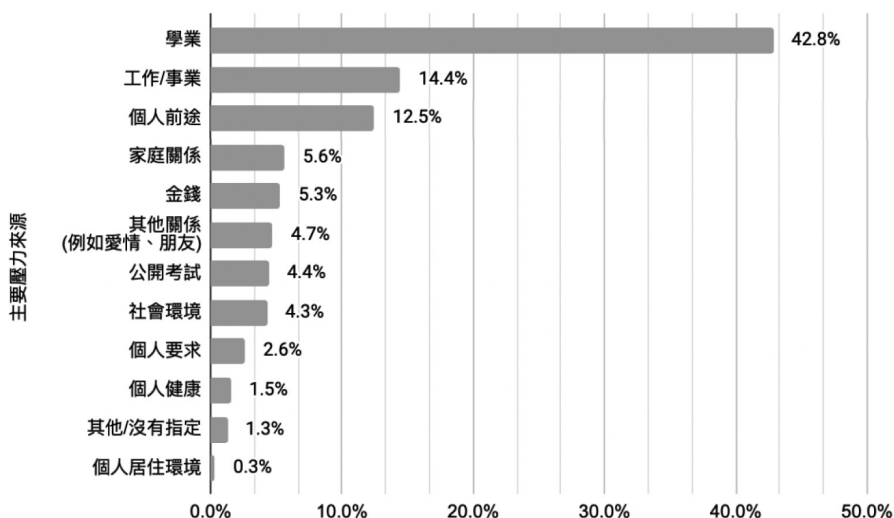
不同的生活模式往往透過外在行為展現，當中涉及社交互動、溝通和自我管理；這些因素較容易受急速的環境變化影響。在各種生活模式中，本研究發現與精神疾病息息相關的因素之一，是智能電話的過度使用。不過，與「長時間使用」不同，「過度使用」會令用家的忍耐力和功能受損，亦會出現退縮行為（De-Sola Gutiérrez et al., 2016; Haug et al., 2015）。有些學者亦會稱這種現象為「手機成癮」（smartphone addiction）。在未來的介入工作中，我們可以考慮與青年人一同尋找健康使用智能電話的方法，以免產生過度依賴。推廣「線上禮儀」與「線上安全」，亦能有助締造健康的線上環境，並助預防網上欺凌。

此外，各種生活模式中，睡眠質素欠佳與失眠，亦與精神健康息息相關。因此，有一些研究嘗試探索改善睡眠，以提升精神健康是否可行（Gee et al., 2019; Howland, 2011）；另一些研究則已證實，以運動為基礎的介入方法能有效改善精神健康（Damme et al., 2022; Firth et al., 2019; Jazayeri et al., 2022）。由此可見，介入青年的生活模式，例如改善睡眠質素、培養做運動與進食早餐的習慣，除了可發揮去污名化作用，更可推動青年人積極參與精神健康活動，並盡早識別社區內的精神疾病風險。

C4. 逆境轉化：壓力源頭和反覆思考的影響

這組因素顯示，精神健康除了受個人因素影響，亦可能與外來壓力有關。我們的數據顯示，精神疾病風險除了源自個人生活壓力源頭外，自我感知的學業壓力也是重要成因。如圖 19 所示，儘管本地和全球都持續出現大規模變化，但學業壓力仍然是青年報告的首要壓力來源，其次為事業及個人前途。

圖 19 青年人的最主要壓力來源



須提出的是，雖然對有較多抑鬱症狀和其他精神狀況的青年而言，上課可能需要付出更多努力 (Hysenbegasi et al., 2005)，但學業積累的壓力亦可能加劇青年的精神困擾，並可能與抑鬱症其他風險因素有關 (例如自尊、未來展望、睡眠質素和家庭關係)。眾多其他社會，尤其是亞洲社會，亦出現這趨勢 (Ho et al., 2022; Jayanthi et al., 2015; Zhang et al., 2022)。要改善情況，與學生討論他們的長處及他們在校內面對的挑戰，會有助提升他們在課堂上自我感知的能力和解難技巧。

研究亦發現，大規模人口層面的壓力源頭會影響青年的精神健康。而香港持續的社會和經濟轉變，與社會動盪相關的事件、新冠疫情和緊接的圍封措施，都對青年的精神健康構成負擔，情況更可能逐漸加劇。過去十年，青年精神健康惡化可能與持續的改變有關，例如家庭關係轉變，以及使用數碼工具。不同層面的變化與個人生活事件和遠端風險因素之間的互相作用，有機會對青年精神健康有着長遠的影響。

研究另外的一項重要發現顯示，除了抑鬱相關的反覆思考（即反覆思考個人的抑鬱症狀、自己的不足等），反覆思考外來的壓力事件亦與抑鬱發作有重大關係。以往的研究已指出，反覆思考是一個致使外在事件影響精神健康的重要因素（McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Wong, Hui, et al., 2022）。另外，數個研究亦提出初步證據，顯示針對反覆思考的認知行為療法（rumination-focused cognitive-behavioural therapy）和以靜觀為基礎的介入措施（mindfulness-based therapy），都能有效減少反覆思考（Hilt & Pollak, 2012; Hvenegaard et al., 2020; Perestelo-Perez et al., 2017）。本地日後的精神疾病預防工作可考慮加入這些治療元素。

綜合上述遠端、近端、內在及外在風險因素，建立一個全面的發展框架，可以個人化青年的精神健康狀況和風險，以便適時介入個別青年的情況。

小結

總括而言，與 12 個月抑鬱發作相關的各項風險和保護因素，可歸納為以下四大領域：

- 家庭空間：家庭精神病歷、童年逆境經歷、家庭功能欠佳、缺乏私人空間。
- 個人心態：神經質特質、韌力較低、自尊較低、孤獨感、絕望感、負面未來展望。
- 數碼生活：睡眠素質欠佳、過度使用智能電話、網絡欺凌、不定時吃早餐、高衝動性。
- 逆境轉化：與事件和抑鬱相關的反覆思考、感知的壓力、學業壓力、個人及人口層面的壓力事件、吸煙。

重要的是，透過進一步的「網路分析」(network analysis)，我們發現反覆思考(抑鬱及事件相關)、睡眠質素、過度使用智能電話、家庭功能欠佳、神經質人格特質、韌力較低，以及自尊較低與抑鬱發作有更直接的影響。同時，上述各項因素亦明顯互有關聯。辨識這些因素，有助偵測年青人的精神健康風險，以便日後設計有針對性的介入。

不過，同時必須注意的是，精神健康轉差與一些風險因素(例如：過度使用智能電話)的關係，並不是簡單的單向因果關係：兩者可能是雙向的，並會互相強化。無論如何，針對一些風險因素作出介入，有助預防精神健康問題惡化。當然，外在壓力源頭(例如：大規模的公共健康危機)，往往不可預測，也難以預防；但我們仍可以裝備青年人面對和適應轉變，以減低這些壓力源頭對青年精神健康的影響。

D. 精神疾病對功能與生活質素的影響

除了抑鬱發作的相關因素，我們也探討了 12 個月抑鬱發作對青年人日常功能與生活質素的影響。總括而言，受 12 個月抑鬱發作影響的青年人，整體功能和生活質素顯著較差，當中包括社交及職業功能較差、生產力損失和減低的日數較多，以及身體和精神健康的生活質素較差（上述項目全部 $p < 0.001$ ）（可參考表 20）。

表 20 12 個月抑鬱發作相關的功能變化及健康相關生活質素變化

變項	沒有出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 2594)		出現 12個月抑鬱發作 (人數 = 436)		p
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	83.60	7.19	77.09	8.35	<0.001
生產力減低的日數	1.63	3.80	5.53	7.35	<0.001
生產力損失的日數	0.19	1.31	1.64	4.29	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.96	0.07	0.90	0.11	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	52.84	6.69	50.38	8.24	<0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	43.10	10.54	31.17	11.77	<0.001
整體精神幸福 (WHO-5)	56.82	18.15	40.64	17.97	<0.001

註：EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數數量表。

D1. 抑鬱發作與「尼特族」的關係

值得注意的是，「尼特族」狀況（即不在學、不就業、不接受訓練的青年人）與 12 個月抑鬱發作顯著相關（6.0%）， $p = 0.004$ ；沒有出現 12 個月抑鬱發作的樣本，與「尼特族」的關聯只是 3.2%。即使減去尼特族中家庭主婦的樣本，上述模式仍沒有出現明顯變化（5.7% vs 3.1%）， $p = 0.005$ 。

D2. 精神健康與輟學青年

「HK-YES」在 2019 年 5 月至 2022 年 7 月招募了一群屬於輟學模組的參加者（人數 = 70），並收集他們的盛行率完整數據（輟學模組的樣本詳細特徵請參考表 21）。樣本中，52.9% 屬女性，平均年齡為 16.57 歲（標準差 = 1.22）（表 21）。參加者大多完成中三課程（平均值 = 9.27 年，標準差 = 2.05），三分一表示有犯罪紀錄（人數 = 21）。最常見的輟學原因包括：「不喜歡學習」（44.3%，人數 = 31）、「學業成績差」（17.1%，人數 = 12）及「精神疾病」（15.7%，人數 = 11）。

表 21 輟學模組的樣本特徵

	「HK-YES」輟學模組 (人數 = 70)	
	平均值/人數	標準差/%
年齡		
15	13	18.6%
16	19	27.1%
17	18	25.7%
18	20	28.6%
性別		
男	33	47.1%
女	37	52.9%
接受教育的年期 (平均值, 標準差)	9.27	2.05
區域		
香港島	2	2.9%
九龍	16	22.9%
新界	52	74.3%
離島	0	0.0%
有犯罪紀錄	21	30.0%
輟學理由 ^a		
精神疾病	11	15.7%
不喜歡學習	31	44.3%
學業成績差	12	17.1%
被欺凌的受害人	9	12.9%
紀律或品行問題	7	10.0%
學業壓力	5	7.1%
罪行相關問題	5	7.1%

感覺老師不公平對待	4	5.7%
人際關係問題	4	5.7%
其他醫療問題(例如懷孕)	3	4.3%
功能		
社交與職業功能 (SOFAS), 平均值 (標準差)	58.60	9.80

a 由參加者自我報告，並容許多個選項。
 註：除特別標明，所有數值以人數和百分比 (%) 方式呈現。SOFAS = 社會和職業功能評估量表。

有精神疾病青年的輟學比例

表 22 列出輟學青年的精神疾病類別，以及不同精神疾病的非加權終生盛行率和非加權 12 個月盛行率。整體來說，樣本中 42.9%符合過去 12 個月出現任何形式的情緒障礙、焦慮症或躁狂抑鬱症的標準（置信區間 = 40.0–62.9）。在輟學群組中，12 個月抑鬱發作是最常見的精神健康狀況，12 個月抑鬱發作的盛行率為 35.7%（置信區間 = 24.3–47.1），30 天抑鬱發作的盛行率為 17.1%（置信區間 = 8.6–25.7）。

表 22 輟學青年的非加權精神疾病盛行率

		「HK-YES」輟學模組 (人數 = 70)		
	時間框架	人數 (百分比 %)	SE	95% 置信區間
抑鬱發作	終生	30 (42.9)	5.9	31.4–54.3
	12個月	25 (35.7)	5.7	24.3–47.1
	30天	12 (17.1)	4.5	8.6–25.7
廣泛性焦慮症	終生	5 (7.1)	3.1	1.4–14.3
	12個月	4 (5.7)	2.8	1.4–11.4
	30天	3 (4.3)	2.4	0.0–10.0
重複/沒有觸發的恐慌突襲 (沒有出現驚恐症)	終生	9 (12.9)	3.7	2.9–17.1
	12個月	7 (10.0)	4.0	5.7–21.4
驚恐症	終生	3 (4.3)	2.4	0.0–10.0
	12個月	3 (4.3)	2.4	0.0–10.0
躁狂抑鬱症 (I型或II型)	終生	6 (8.6)	3.4	1.9–15.3
	12個月	6 (8.6)	3.4	1.9–15.3
任何情緒障礙、焦慮症或躁狂抑鬱症	終生	36 (51.4)	5.9	40.0–62.9
	12個月	30 (42.9)	5.9	31.4–55.7
一種障礙	終生	23 (32.9)	5.7	22.9–44.3
	12個月	18 (25.7)	5.2	15.7–37.1
兩種障礙	終生	5 (7.1)	3.1	1.4–14.3
	12個月	5 (7.1)	3.1	1.4–14.3
三種或以上障礙	終生	8 (11.4)	3.7	4.3–20.0
	12個月	7 (10.0)	3.6	4.3–17.1

小結

- 出現 12 個月抑鬱發作與下列狀況顯著相關，其中包括：日常功能（包括社交及職業功能，亦涉及生產力損失或降低）和健康相關的生活質素欠佳。此外，抑鬱發作亦與尼特族 (NEET) 的狀態相關。
- 值得注意的是，抑鬱發作除了與「尼特族」狀況明顯相關，更會給年青人帶來顯著和長遠的影響。
- 此外，在輟學子模組中，差不多有一半樣本（42.9%）符合 12 個月情緒障礙、焦慮症或躁狂抑鬱症的診斷標準。精神疾病更是引致參加者輟學其中一個主要理由。

E. 治療漏洞

E1. 受精神疾病影響的青年尋求協助的比率

表 23 列出有不同精神健康狀況的參加者終生尋求協助的比率。我們將出現精神疾病的參加者（包括 12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症或思覺失調，人數 = 513）的求助比率，與年齡、性別及教育程度配對之健康對照組（人數 = 513）的求助比率進行比較，表 24 列出他們使用服務的詳細類別。

表 23 受精神疾病影響的青年終生使用服務的比率核實

服務種類	終生服務使用				
	抑鬱發作 ^b	廣泛性焦慮症 ^b	驚恐症 ^b	躁狂抑鬱症 ^b	思覺失調 ^b
	(人數 = 486)	(人數 = 72)	(人數 = 38)	(人數 = 78)	(人數 = 20)
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)
服務種類					
精神科/心理服務	148 (30.5%)	28 (38.9%)	18 (47.4%)	23 (29.5%)	17 (85.0%)
只使用其他服務 ^a	139 (28.6%)	21 (29.2%)	8 (21.1%)	15 (19.2%)	2 (10.0%)
沒有	199 (40.9%)	23 (31.9%)	12 (31.6%)	40 (51.3%)	1 (5.0%)
服務提供者					
精神科醫生	127 (26.1%)	24 (33.3%)	16 (42.1%)	22 (28.2%)	17 (85.0%)
心理學家	76 (15.6%)	14 (19.4%)	11 (28.9%)	11 (14.1%)	12 (60.0%)
精神科社康護士	1 (0.2%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
全科/家庭醫生(私人)	22 (4.5%)	3 (4.2%)	6 (15.8%)	4 (5.1%)	1 (5.0%)
非精神科臨床或護理服務	9 (1.9%)	1 (1.4%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
社會工作者 (公營)	187 (38.5%)	31 (43.1%)	13 (34.2%)	25 (32.1%)	12 (60.0%)
職業治療師	13 (2.7%)	5 (6.9%)	3 (7.9%)	3 (3.8%)	4 (20.0%)
傳統中醫從業員	11 (2.3%)	2 (2.8%)	1 (2.6%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)
宗教服務	5 (1.0%)	1 (1.4%)	1 (2.6%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)
日間中心	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
其他	67 (13.8%)	12 (16.7%)	9 (23.7%)	11 (14.1%)	4 (20.0%)
服務類別					
公營	223 (45.9%)	37 (51.4%)	18 (47.4%)	27 (34.6%)	18 (90.0%)
私營	105 (21.6%)	23 (31.9%)	14 (36.8%)	20 (25.6%)	8 (40.0%)

^a 其他服務包括：全科醫生、非精神科臨床或護理服務、社會工作者、職業治療師、傳統中醫從業員、宗教服務、日間中心及其他。

^b 透過複合性國際診斷訪談 (CIDI)，判別出現 12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症及躁狂抑鬱症的樣本；至於思覺失調的樣本，則由富經驗的精神科醫生核實。

表 24 受精神疾病影響的青年與對照組使用服務的類別

	終生服務使用			現正使用服務		
	沒有精神疾病 (對照組) (人數 = 513)	有任何精神疾病 ^a (人數 = 513)	p	沒有精神疾病 (對照組) (人數 = 513)	有任何精神疾病 ^a (人數 = 513)	p
	人數 (%)	人數 (%)		人數 (%)	人數 (%)	
服務使用			<0.001			<0.001
精神科/心理服務	65 (12.7%)	156 (30.4%)		16 (3.1%)	91 (17.7%)	
只使用其他服務 ^a	91 (17.7%)	143 (27.9%)		19 (3.7%)	42 (8.2%)	
沒有	357 (69.6%)	214 (41.7%)		478 (93.2%)	380 (74.1%)	
服務提供者						
精神科醫生	42 (8.2%)	134 (26.1%)	<0.001	12 (2.3%)	87 (17.0%)	<0.001
心理學家	29 (5.7%)	80 (15.6%)	<0.001	8 (1.6%)	34 (6.6%)	<0.001
精神科社康護士	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0.32	0 (0.0%)	0 (0.0%)	–
全科醫生(私人)	27 (5.3%)	23 (4.5%)	0.56	3 (0.6%)	3 (0.6%)	1.0
非精神科臨床或護理服務	9 (1.8%)	8 (1.6%)	0.81	2 (0.4%)	3 (0.6%)	0.65
社會工作者 (公營)	105 (20.5%)	189 (36.8%)	<0.001	18 (3.5%)	60 (11.7%)	<0.001
職業治療師	1 (0.2%)	12 (2.3%)	0.002	1 (0.2%)	4 (0.8%)	0.18
傳統中醫從業員	12 (2.3%)	11 (2.1%)	0.83	1 (0.2%)	5 (1.0%)	0.10
宗教服務	0 (0.0%)	4 (0.8%)	0.045	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0.32
日間中心	1 (0.2%)	1 (0.2%)	1.0	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0.32
其他	19 (3.7%)	76 (14.8%)		2 (0.4%)	18 (3.5%)	<0.001
服務類別						
公營	136 (26.5%)	228 (44.4%)	<0.001	32 (6.2%)	94 (18.3%)	<0.001
私營	45 (8.8%)	114 (22.2%)	<0.001	8 (1.6%)	45 (8.8%)	<0.001

^a 精神疾病組涵蓋下列其中一種疾病：抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症或思覺失調。
^b 其他服務包括：全科醫生、非精神科臨床或護理服務、社會工作者、職業治療師、傳統中醫從業員、宗教服務、日間中心及其他。

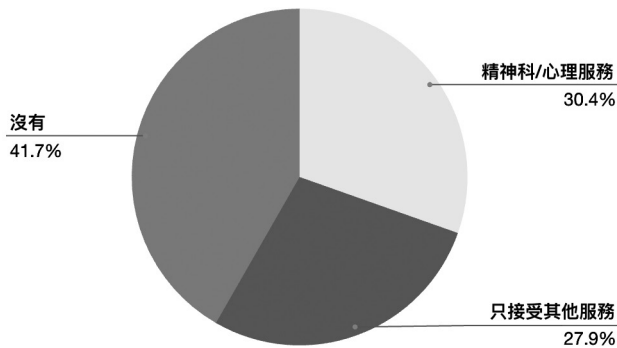
具體地說，與沒有出現精神疾病的控制組比較，出現精神疾病的組別尋求精神健康服務的比率較大（ $p < 0.001$ ），涵蓋的服務包括精神科服務和心理服務。但樣本中，只有低於一半人（30.4%）曾接受精神科或心理服務（表 24）；只有 27.9%曾接受其他非精神科或非心理服務（例如全科醫生、專科醫生、社會工作者、職業治療師、非精神科臨床或護理服務、傳統中醫從業員或宗教服務等）。總括而言，在出現精神疾病的樣本中，41.7%一生中沒有因精神健康問題接受任何形式的協助（參考圖 20a）。

此外，出現精神疾病的樣本中，只有 17.7%表示現正接受精神科或心理

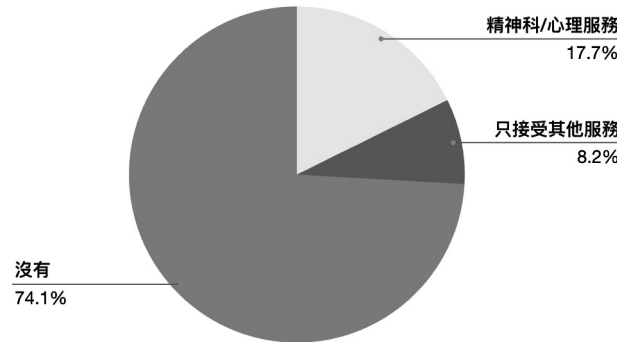
服務；8.2%則表示，他們現正接受其他服務。74.1%的樣本表示，他們沒有因為精神健康需要接受任何形式的支援（參考圖 20b）。

圖 20 受精神疾病影響的青年現在或終生接受精神健康服務的比率

(a) 精神健康服務：曾經使用率



(b) 精神健康服務：現在使用率



註：盛行率數據基於「HK-YES」2966 位參加者中出現精神疾病的非加權樣本 (n=513)；而精神疾病則包括下列其中一項：12 個月抑鬱發作、廣泛性焦慮症、驚恐症、躁狂抑鬱症或思覺失調。

E2. 抑鬱發作青年尋求協助的相關因素

我們在「HK-YES」3,030 個樣本中，找出其中曾尋求協助（包括精神科或心理服務）的青年（人數 = 436），分析他們的特徵，表 25 至表 27 列出相關結果。

有接受精神科或心理服務的組別，與沒有接受精神科或心理服務的組別，在年齡、性別和教育程度上，並沒有顯著差別（ $p > 0.05$ ）。但我們也發現，前者有下列特徵：有個人或家庭精神病歷、曾經歷童年逆境、較低外向性、較低親和性、較高神經質，而且擁有人格障礙或類思覺失調型人格的特質。此外，他們的韌力較差、自尊較低、孤獨感較高、絕望感較高，而且對未來展望較負面。其次，他們出現更多過度使用智能電話的症狀，而且睡眠質素也較為欠佳，亦較容易出現失眠症狀，家庭功能亦顯得欠佳（全部 $p < 0.05$ ，請參考表 25 及表 26）。最後，他們的功能亦顯著較差，與健康相關的生活質素亦顯著降低（全部 $p < 0.05$ ，請參考表 27）。

表 25 尋求協助與個人背景因素的關聯

變項	「HK-YES」患有12個月抑鬱發作的子樣本 (人數 = 436)				
	從沒有接受精神科或心理服務 (人數 = 305)		曾接受精神科或心理服務 (人數 = 131)		p
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
年齡 (平均值, 標準差)	20.11	2.59	20.08	2.75	0.97
性別					0.49
男	89	29.2%	34	26.0%	
女	216	70.8%	97	74.0%	
最高教育程度					0.34
初中或以下	24	7.9%	16	12.2%	
高中	175	57.4%	70	53.4%	
專上	106	34.8%	45	34.4%	
就業狀況					
在學	228	74.8%	90	68.7%	0.19
在職	60	19.7%	32	24.0%	0.27
經歷童年逆境	162	53.1%	93	71.0%	0.001
擁有個人精神病歷	16	5.2%	97	74.0%	<0.001

擁有個人精神病歷	16	5.2%	97	74.0%	<0.001
擁有家庭精神病歷	59	19.4%	52	39.7%	<0.001
接受政府援助	26	8.5%	18	14.0%	0.087
在香港出生	56	18.4%	30	22.9%	0.28
身體質量指數					0.19
過輕 (<18.5)	68	22.3%	40	30.5%	
正常 (18.5–24.9)	200	65.6%	77	58.8%	
過重 (≥25)	37	12.1%	14	10.7%	

註：除指明，所有數值以人數和百分比(%)方式呈現。

表 26 尋求協助與個人、心理社會及環境因素的關聯

變項	「HK-YES」出現12個月抑鬱發作的子樣本 (人數 = 436)				
	從沒有接受精神科或心理服務 (人數 = 305)		曾接受精神科或心理服務 (人數 = 131)		p
	平均值/人數	標準差/%	平均值/人數	標準差/%	
性格					
BFI-外向性	22.78	5.62	21.43	5.91	0.029
BFI-親和性	30.66	5.31	29.27	5.35	0.011
BFI-盡責性	24.60	5.58	24.37	5.34	0.79
BFI-神經質	29.74	4.90	31.75	4.57	<0.001
BFI-開放性	33.56	6.42	33.41	7.76	0.74
人格障礙症狀 (SASPD) ^a	7.31	3.27	8.83	3.53	<0.001
類思覺失調型人格症狀 (SPQ-B)	8.72	4.98	9.79	4.97	0.032
心理因素					
韌力 (CD-RISC-10)	21.12	6.19	17.95	7.06	<0.001
衝動 (BIS)	65.79	8.51	67.12	9.25	0.17
孤獨 (UCLA)	48.57	8.87	52.34	9.45	<0.001
自尊 (RSES)	24.10	4.69	22.73	5.45	0.015
絕望感 (BHS)	9.01	4.21	10.36	4.74	0.003
未來展望 (FOI)	50.74	7.98	47.59	8.06	0.001
反覆思考 ^b					
抑鬱相關的反覆思考 (RRS)	24.64	6.47	25.13	5.40	0.77
抑鬱相關的反覆思考 (ERRI)	24.23	20.26	25.06	18.17	0.58
數碼化					
過度使用智能電話 (CIAS-R)	65.82	12.92	61.95	13.03	0.011
網上欺凌 (CBI-受害者)	19.74	6.48	19.45	6.41	0.55
睡眠、體能活動、飲食					
睡眠質素欠佳 (PSQI)	7.65	3.56	8.95	4.29	0.004
出現失眠 (ISI ≥ 10) (人數, 百分比)	138	45.2%	75	57.3%	0.021
做運動的日數 (過去一星期)	1.54	1.49	1.38	1.37	0.45
進食早餐習慣 (人數, 百分比)	101	33.1%	52	39.7%	0.19
吸煙者 (曾經/現在) (人數, 百分比)	30	9.8%	19	14.5%	0.16
居住環境					
私人空間不足 (人數, 百分比)	208	68.2%	88	67.2%	0.83
對生活空間感到不滿	2.38	0.80	2.44	0.91	0.40

家庭關係					
家庭功能較差 (BFRS)	22.67	7.85	24.78	8.77	0.013
感知的壓力和壓力源					
感知的壓力 (SLS-1)	6.93	1.83	6.82	2.06	0.63
學業壓力	2.33	0.83	2.62	0.82	0.009
≥2 個人生活壓力事件 (人數, 百分比)	99	32.5%	48	36.6%	0.40
≥2 社會事件壓力源 (人數, 百分比)	94	25.9%	13	17.8%	0.14
≥2 新冠疫情壓力源 (人數, 百分比)	123	43.6%	59	48.0%	0.42

^a 結果基於 414 位出現人格障礙症狀參加者的數據；人格障礙的診斷透過人格障礙嚴重程度標準化評估 (SASPD) 進行。

^b 有關反覆思考的數據在 2021 初開始收集；結果基於 436 位參加者中 167 位的數據。

註：除指明，所有數值以平均值和標準差方式呈現。BFI = 五大人格特質量表；BFRS = 簡短家庭關係量表；BHS = 貝克絕望量表；BIS = Barratt衝動量表；CBI = 網絡欺負量表修訂版；CAPE-P15 = 社區心理體驗積極量表；CD-RISC-10 = 簡短版復原力量表；CIAS-R = 陳氏網路成癮量表修訂版；ERRI = 相關事件反覆思考量表；FOI = 未來展望量表；PSQI = 匹茲堡睡眠質量指數；RRS = 反覆思考反應量表；RSES = [HYPERLINK "https://www.nwcass.edu/hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf"](https://www.nwcass.edu/hk/subject/LS/study_key/0708/F6&7%20Ls/self-understanding%20reference/self-esteem5.pdf) \h羅斯伯自尊感知指標；SASPD = 人格障礙嚴重程度標準化評估；SLS-1 = 主觀壓力水平單項測量；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；SPQ-B = 思覺失調型人格簡短量表；UCLA = 加州大學洛杉磯分校孤獨感量表。

表 27 12 個月抑鬱發作樣本的求助行為與功能和生活質素的關聯

「HK-YES」患有12個月抑鬱發作的子樣本 (人數 = 436)					
變項	從沒有接受精神科或心理服務 (人數 = 305)		曾接受精神科或心理服務 (人數 = 131)		p
	平均值	標準差	平均值	標準差	
功能					
社交與職業功能 (SOFAS)	78.52	7.45	73.7	9.35	<0.001
生產力減低的天數	4.68	6.70	7.49	8.39	<0.001
生產力損失的天數	1.16	3.32	2.75	5.82	<0.001
健康相關生活質素 (HR-QoL)					
整體健康生活質素 (EQ-5D)	0.92	0.09	0.86	0.13	<0.001
身體健康生活質素 (SF12-PCS)	51.44	7.91	47.90	8.47	<0.001
精神健康生活質素 (SF12-MCS)	32.31	11.48	28.53	12.07	0.002
整體精神幸福 (WHO-5)	42.33	17.66	36.70	18.14	0.005

註：EQ-5D = 歐洲五維度生命質量量表；SF12 - PCS = 12 項目健康生活品質短表 - 身體健康；SF12 - MCS = 12 項目健康生活品質短表 - 精神健康；SOFAS = 社會和職業功能評估量表；WHO-5 = 世界衛生組織幸福指數數量表。

小結

- 「HK-YES」反映，不同精神健康狀況的終生求助比率和參與程度不盡相同。有思覺失調的青年，在精神科和心理服務的參與率最高，達 85.0%。而有驚恐症、廣泛性焦慮症及抑鬱發作的青年，參與率則較低，分別為 47.4%、38.9%及 30.5%。參與率最低的是

患有躁狂抑鬱症的青年，只有 29.5%。這些數字反映，未來的公眾教育需加強大眾對抑鬱症及躁狂抑鬱症的了解。

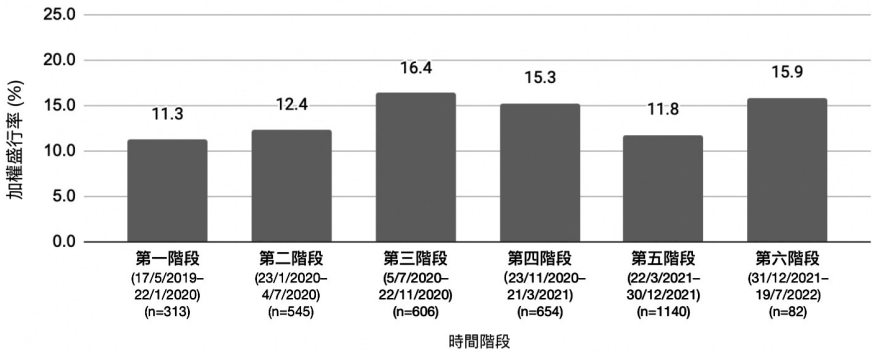
- 這些發現強調了對抑鬱症和躁狂抑鬱症進行公共教育的必要性。
- 值得注意的是，出現精神疾病的研究對象中，只有 17.7% 現正接受精神科或心理服務，而 8.2% 正受其他服務；約四分之三的參加者（74.1%）現正沒有接受任何類型的服務。
- 因為各種精神健康狀況而尋求專業協助的樣本中，大部分接觸的是社會工作者，其次是精神科醫生及臨床心理學家。精神健康專業人員經常處於人手短缺，特別是精神科醫生和臨床心理學家，這往往構成精神健康服務的樽頸。
- 由於部分研究對象曾向其他服務提供者（例如社會工作者、職業治療師）尋求協助；因此，加強其他相關專業人員對精神健康的認知（例如盡早識別風險），以及發展多元專業團隊應對青年精神健康，尤為重要。
- 相比於向全科醫生求診的次數，青年向基層醫療尋求精神健康協助的次數較少。究其原因，可能是大部分全科醫生都是私人執業。參考外國例子，基層醫療在青年精神健康服務應可發揮更積極的作用。因此，精神健康能力培訓的對象，除了社會工作者，也可以包括全科醫護人員。當然，公眾教育、跨專業的協作模式，也是一些鞏固基層醫療在青年精神健康的角色的重要步驟。
- 最後，青年人抑鬱發作而求助，往往與功能和生活質素欠佳有關。這反映出青年可能因為精神健康狀況嚴重而尋求協助。簡言之，我們鼓勵青年盡早尋求協助，以避免症狀惡化。

F. 新冠疫情對精神健康的影響

「HK-YES」在收集數據期間正值新冠疫情爆發時期。如以上提到，這些大環境的轉變對青年的精神健康有一定影響。因此，我們進一步研究青年人口在 2019 至 2022 年期間，不同階段的抑鬱發作盛行率。圖 21 的 x-軸標示每一階段涵蓋的月份及樣本的大小。由於第六階段（2021 年 12 月 31 日至 2022 年 7 月 19 日）的參加者較少，我們並沒有使用第六階段的數據來評估第五波疫情對抑鬱發作的影響。第六階段的數據用以顯示抑鬱發作趨勢的轉變。

整體而言，在 2019 年至 2022 年期間，抑鬱發作的盛行率在不同時段出現明顯波動。在第一至第三階段（第三階段由 2020 年 7 月 5 日至 11 月 22 日），抑鬱發作盛行率有非顯著的上升趨勢：由第一階段的 11.3%，升至第二階段的 12.4%，再升至第三階段的 16.4%。在其後階段，盛行率先逐漸下降至 15.3%（ $p = 0.050$ ）；進入第五階段，盛行率更顯著下滑至 11.8%（ $p = 0.023$ ）。我們將不同階段的數據進行多重比較（ $p = 0.05 / 5$ 比較， $p = 0.010$ ），發現不同階段的分別並不顯著。不過，一個值得留意的地方，是社會事件發生後的數個月，以及新冠疫情不同階段期間，抑鬱發作盛行率的變化趨勢。即使抑鬱發作的盛行率有下落的趨勢，盛行率仍然屬於偏高水平。

圖 21 2019 年至 2022 年 12 個月抑鬱發作的加權盛行率



註：盛行率數據基於「HK-YES」3340 個樣本，並針對每一時間階段收集的樣本進行獨立的加權調整。

小結

- 抑鬱發作的盛行率在社會事件後的 12 個月以及新冠疫情之初，有明顯上升趨勢，即由 12.4%（2020 年 1 月至 7 月期間）上升至 16.4%（2020 年 7 月至 11 月期間）。
- 雖然盛行率其後逐漸回落（由 2020 年 11 月至 2021 年 3 月的 15.3%，下降至 2021 年 3 月至 2021 年 12 月的 11.8%），但抑鬱發作的盛行率在研究的各個階段仍屬偏高水平（介乎 11.3% 和 16.4% 之間），特別是與其他亞洲地區相比。

4 討論

「HK-YES」是一個以住戶為基礎的流行病學研究，關注的是香港青年人的精神健康。在「HK-YES」進行以前，在香港以至亞洲採用統一面談方式進行的青年精神健康研究，數目並不多。我們的研究發現，香港青年精神疾病（其中包括情緒疾病、焦慮症、躁狂抑鬱症及思覺失調）的盛行率為 16.6%；而抑鬱發作則是青年最常面對的精神健康狀況。研究時，訪談員採用統一工具評分（即複合性國際診斷訪談（CIDI）），發現過去 12 個月，每 6 個香港青年人便有 1 人符合抑鬱發作的診斷標準（根據精神疾病診斷與統計手冊第四版（DSM-IV）的診斷標準）。

4.1 與亞洲及其他人口比較

值得注意的是，從複合性國際診斷訪談（CIDI）收集的數據，我們發現香港青年 12 個月抑鬱發作的盛行率（13.7%），遠高於其他亞洲人口以相同方法錄得的盛行率。以下是其他亞洲地區的抑鬱發作盛行率：2001 至 2002 年中國大城市年齡 18 歲或以上的盛行率為 1.8%（Lee et al., 2009）；2019 年中國山東省大學一年級學生的盛行率為 2.7%（Liu et al., 2022），以及 2016 年新加坡全國代表性樣本的抑鬱發作盛行率為 2.3%（Subramaniam et al., 2020）。我們亦留意到抑鬱發作的盛行率，在一些非亞洲地區也同樣高企，例如在美國，2017 年期間 12 至 17 歲的抑鬱盛行率為 13.2%，到了 2019 年則為 15.8%（Daly et al., 2022; Twenge et al., 2019）。不同地區的盛行率出現差異，仍有待研究進一步發掘原因。

不過，世界衛生組織在 2007 年曾在 18 個國家進行名為「世界精神健康調查計劃」的研究（Kieling et al., 2022; McGorry et al., 2022），當中發現 12 個月抑鬱發作的盛行率，在亞洲國家的比率相對較低（日本的盛行率為 2.2%，印度的盛行率為 4.5%），而其他已發展國家的盛行率則相對較高（美國的盛行率則為 8.3%，新西蘭的盛行率則為 6.6%；法國、比利時與荷蘭的盛行率約為 5%至 6%，德國與意大利的盛行率為 3.0%（Kessler et al., 2010））。有趣的是，在一些抑鬱發作盛行率較高的國家（例如美國、新西蘭、比利時、哥倫比亞、法國及荷蘭），在眾多年齡層中，青年（18 至 30 歲）仍是盛行率最高的群組（除了以色列和烏克蘭）。總體而言，「HK-YES」的結果反映，香港青年抑鬱發作的盛行率，與其他地區的盛行率比較（根據 2001 年至 2007 年從不同國家收集的數據），仍屬較高的地區之一。

讓我們從下列三個層面，詮釋香港青年抑鬱發作盛行率的增加：

1. 過去十年出現的全球變化：過去十年的數據反映，青年群組的精神健康困擾上升（Blomqvist et al., 2019; Mojtabai et al., 2016; Twenge, Cooper, et al., 2019），而且這趨勢更出現於多個不同地區。雖然難以確認箇中原因，但世代轉變、社會溝通模式的轉變、數碼工具的使用、家庭結構的解體，都可能是當中的催化劑；
2. 香港社會的變化：包括移民、經濟下滑與 2019 年發生的一連串社會事件（Ni et al., 2020）；
3. 新冠疫情，以及不同階段的圍封措施。

現存的研究數據並沒有直接和確切地解答香港青年的抑鬱發作確實增長了多少倍，或精神疾病的盛行率為何高企。我們因此有需要利用本研究收集的數據，並檢視其他相關研究，以評估上述因素產生的潛在影響。

躁狂抑鬱症與思覺失調均與長期殘疾息息相關。部分證據顯示，近年因躁狂抑鬱症而接受治療的本地個案亦有所增加（Ng et al., 2021）。我們發現的 12 個月躁狂抑鬱症的盛行率為 2.3%，高於早前公佈的全球盛行率（躁狂抑鬱症I型的全球盛行率為 0.4%；躁狂抑鬱症II型的全球盛行率為 0.3%）（Merikangas et al., 2011）。這現象並不尋常，值得透過公共教育引起社區人士關注和警惕，亦有待研究進一步探討。

此外，樣本中思覺失調的盛行率約為 0.6%；受思覺失調影響的樣本，他們求助的比率相較其他組別為高。這可能與政府願意投入公共教育資源，以及為思覺失調患者提供專門化的早期介入服務有關。當患者出現早期思覺失調的症狀，例如出現思覺過敏的症狀，如能及早辨識，可減低出現思覺失調或其他非思覺失調精神狀況的風險。值得注意的是，這等精神狀況大多於青年階段出現，如能針對這時期出現的症狀而及早介入與及早預防，長遠來說可帶給青年人莫大裨益。

4.2 抑鬱症的比率有否隨時間增加？

數個在本地以非隨機便利抽樣方式進行的調查（convenience sampling）（例如在學校進行的調查）發現，近年香港青年的精神健康困擾處於高水平（Cheung, 2021；Lee, 2022；Li et al., 2021；Low & Ng, 2021；香港特別行政區政府，2021）。值得注意的是，這趨勢在社會事件及新冠疫情爆發前已經出現。然而，過往的大型調查大部分以自我評估問卷方式進行，而其樣本反映的困擾程度和精神疾病盛行率，往往高於透過訪談者以臨床方法取得的結果。「HK-YES」的重要性，在於研究透過進行訪談評估樣本，並以此方法確認香港青年抑鬱症的盛行率，確實處於高水平。

4.2.1 新冠疫情前的研究數據

「香港精神健康調查」（2010–2013 年）是為數不多以訪談方式採集數據，反映香港精神疾病盛行率的研究，而且具有代表性（Lam et al., 2015）。不過，由於該研究對象為整個成年人口（16-75 歲）而不是青年人口，我們無法透過比較「HK-YES」和「香港精神健康調查」之間的盛行率數據得出準確的結論。

不過，無論是全球或本地，不少研究都發現青年的精神健康在新冠疫情前已呈現惡化趨勢。其中，一個橫斷的元分析研究，檢視了從 1989 年到 2018 年於中國進行的 102 個相關研究，發現年齡介乎 12 至 18 歲的青年人的抑鬱自評量表平均分有所上升，即從 1989 年的 43.53 上升至 2018 年的 50.84，反映出青年人的抑鬱症狀的上升趨勢（Su & Liu, 2020）。這些研究指出，社會經濟變化（例如：人口移民、貧富差距加劇、離婚率上升、家庭連繫減弱）可能是抑鬱症狀增加的原因（Su & Liu, 2020）。另一具代表性的研究，是「中國家庭追蹤調查」（2010–2018）。這研究利用 8 題的流行病學研究中心憂鬱量表（CES-D）作為工具，發現受訪者的中度至嚴重抑鬱症狀（CES-D ≥ 7 ）增加，即由 2012 年的 30.1%，上升至 2018 年的 35.6%（Luo & Zhao, 2021）。

較早前，一個本地的電話調查採用了凱斯立心理困擾量表（K6）作為量度工具，向香港人口進行研究（年齡介乎 15 至 65 歲，人數 = 3014），發現樣本出現嚴重困擾的比率（K6 ≥ 13 ）為 5.8%（Lee et al., 2009）。五年後，另一個同樣使用凱斯立心理困擾量表的研究（Chan & Fung, 2014）調查本地 2,325 位中學生，發現他們的凱斯立心理困擾量表的平均分上升至 12.86（標準差 = 4.73）。這個平均分與「HK-YES」的平均分 13.17 相若（將錨點由 0–4 調整至 1–5 後）。另一縱向研究則發現（Shek & Liang, 2018），從 2009 年到 2014 年，香港中學生的生活滿足感下降，

但絕望感卻上升。另一家庭群組研究則發現 (Ni et al., 2020)，18 歲或以上參加者的抑鬱症比率 (在病人健康狀況問卷中，PHQ-9 ≥ 10)，在 2009 年至 2019 年間大幅上升；在 2009 年至 2014 年 (即佔領中環運動發生前)，抑鬱症的比率只是 1.9%；到了 2017 年 (即佔領中環運動發生後)，卻攀升至 6.5%。到了 2019 年 (即社會事件發生的一年) 更攀升至 11.2%。這些數字反映，縱使香港過往缺乏探討青年精神健康的流行病學研究，過去十年，無論是整體人口或青年人口的抑鬱症狀都有所上升。

4.2.2 新冠疫情的附加影響

根據我們的數據，自 2020 年 7 月後的時段，精神疾病的盛行率確實有上升的趨勢，反映出 2019 年 6 月的社會事件及新冠疫情爆發所產生的累積和延伸影響。除了上述觀察，值得注意的是，在這階段以前，精神疾病的盛行率已處於高位，並一直維持這情況 (12 個月抑鬱發作的盛行率介乎 11.3% 至 16.4%)。這發現與其他研究結果吻合，反映出在過去十年，青年精神疾病的盛行率整體持續攀升 (Blomqvist et al., 2019; Mojtabai et al., 2016; Twenge, Cooper, et al., 2019)。

如上文所述，之前本地一個家庭研究發現，2019 年 (社會運動期間) 疑似抑鬱症的比率 (PHQ-9 ≥ 10) 為 11.2% (Ni et al., 2020)。雖然上述研究的對象並不包括 18 歲以下人士，但採用同一診斷標準，「HK-YES」在 2019 至 2022 年期間，發現本地青年疑似抑鬱症的比率為 24.3%。究其原因，可能是過去幾年，香港出現了人口層面的重大轉變，這或許是引致抑鬱比率上升的主要原因。

另一在新冠疫情爆發期間，在英國進行的同類縱向人口研究發現，一般精神健康問題的比率 (在 12 題的一般健康問卷中，GHQ-12 ≥ 3)，從

2017 至 2019 年（新冠疫情前）的 24.3%，上升至 2020 年 4 月（新冠疫情後）的 37.8%（Daly et al., 2020）。雖然其後兩個月出現輕微下降（2020 年 5 月為 34.7%，2020 年 6 月為 31.9%），但仍高於新冠疫情爆發前的比率。這個在英國進行的研究另一值得留意的地方，是將 18 至 34 歲的組群，與其他年齡組群作比較分析，發現前者在不同時點都出現大比率的精神健康困擾（2017 至 2019 年為 31.5%，2020 年 4 月為 50.8%，2020 年 5 月為 45.2%，2020 年 6 月為 41.3%）。同樣地，中國的相關研究發現（Chen et al., 2021），在新冠疫情及封城期間，小學生和中學生的抑鬱症比率亦呈現上升趨勢（在流行病學研究中心憂鬱量表中，CES-D $\geq$ 14），即從調查 1（2020 年 2 月 20 日至 2020 年 2 月 27 日期間）的 36.6%，上升至調查 2（2020 年 4 月 11 日至 2020 年 4 月 19 日期間）的 57.0%。上述研究反映，新冠疫情期間長時間圍封、青年人留在家中，都可能是青年抑鬱症上升的原因。

上述發現，反映出過去十年（在新冠疫情以前或疫情期間），精神症狀整體上呈現上升趨勢。

4.3 青年的自殺意念與自殺行為

除了精神疾病，香港青年在過去 12 個月內的自殺意念盛行率（19.4%），高於較早前研究所得的全球自殺意念合併盛行率（14.0%）（Biswas et al., 2020）。我們理解研究採用不同的量度工具，會得出不同的盛行率，特別與自殺意念相關的研究。例如，「HK-YES」用作量度自殺意念的哥倫比亞自殺嚴重程度量表（C-SSRS）（Posner et al., 2011），最近亦在一項統合分析（meta-analysis）發現是全球最常採用以量度自殺意念和自殺行為的工具之一（Andreotti et al., 2020）。不過，這份量表對自殺意念的定義相對較寬鬆（例如：「想過殺死自己」、「希望自己死去」）。相比之下，

其他量度工具對自殺意念的定義則相對較狹窄（例如：「認真地考慮過自殺」）。

縱使「HK-YES」對自殺意念的定義相對寬鬆，但本研究仍發現，在樣本中，幾乎有一半青年人一生中曾出現最少一次自殺意念（46.5%），這差不多是近年另一對大學生自殺意念進行的統合分析所得的數據的一倍（25.7%，Mortier et al., 2018）。此外，香港青年終生自殺計劃的盛行率為 14.9%，終生自殺企圖的盛行率則為 5.4%，兩者均遠遠高於上述元分析所得比率（分別是 6.1%和 3.2%，Mortier et al., 2018）。

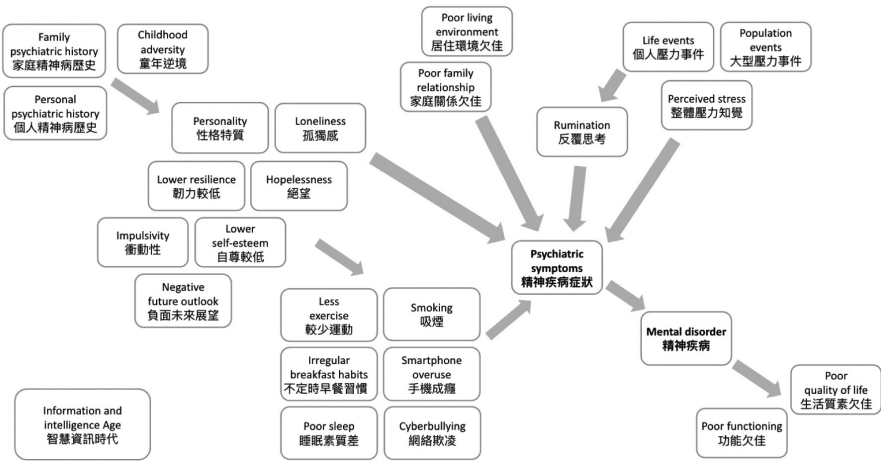
雖然 15 至 24 歲香港青年於 2021 年的自殺死亡率並沒有大幅飆升（香港大學香港賽馬會防止自殺研究中心，2022），但與之前數年比較，自殺率仍呈現逐漸上升的趨勢，縱使政府與社區不同團體已經積極推動防止自殺工作。香港青年自殺意念與行為的盛行率高企將帶來長遠負擔，亦會令他們的生活質素下降，失去潛能（Musci et al., 2016）；情況值得我們積極關注。加上後新冠疫情帶來的不確定因素，以及全球出現各種變化，我們應持續監察情況，並採取有需要的行動預防自殺。

4.4 精神疾病的相關風險因素

「HK-YES」整理出一系列與精神疾病相關的因素及整體框架，並透過圖表顯示（參考圖 22）。

上述因素提供重要目標，協助我們識別潛在的精神疾病並且進行介入。在這些因素當中，過度使用智能電話和家庭關係兩項在過去十年經歷了巨變，因而可以導致青年的精神健康急劇變化。精神健康轉差與過度使用智能電話的關係可能是雙向，但我們仍可針對這個風險因素採取行動。

圖 22 香港青年人口的精神健康與疾病的整體框架



至於反覆思考，是指一個人重複思索以至當下的工作也直接受影響，或令他的思想未能自然流動。這項研究顯示，除以往的研究一貫指出的抑鬱型反覆思考外，反覆思考外在事件也顯著影響青年的精神健康。另一方面，雖然家庭功能與精神健康欠佳的關聯有多種可能性，但服務提供者亦宜對這議題多加注意。一些與生活模式有關的因素（例如睡眠、進餐、運動和吸煙）與精神健康產生的互動，長遠來說亦會影響健康。考慮到生活模式屬低污名化因素，而且轉變生活模式比較可行，我們提倡與青年一同建立健康的生活習慣，亦改善他們的精神健康。為青年提供優質空間亦同樣重要，例如為他們提供「第三空間」，可為他們的身體健康和精神健康帶來裨益。最後，外在壓力時間（特別是大型公共健康危機）雖不可預知，亦無法預防，但我們仍可以加強裝備青年，協助他們應對這些壓力和轉變。我們也可以釐訂政策，以減低這些壓力源頭對青年精神健康的影響。

4.5 精神疾病對功能、生活質素與健康的影響

精神疾病對年青人的生命影響巨大。我們的數據反映，精神疾病不但給年青人帶來精神困擾，更與年青人的功能受損息息相關（例如未能完全履行社會與職場職責）。此外，精神疾病也會降低青年人的生活質素（不但涉及精神方面的質素，身體質素亦會下降）。最後，我們的數據也反映，屬於「數碼生活」領域的風險因素（例如：睡眠質素轉差、飲食習慣轉差、運動量減少、吸煙次數增多），長遠而言亦有機會導致整體身體健康轉差。

此外，精神疾病會令青年辦工時不在狀態或曠工。這不但會造成生產力損失，更會引致整體收入下降。在教育方面，青年缺課會貶損他們發展潛能與技巧，更會削弱生產力。由於香港缺乏正式的輟學統計數字，因此未能全面評估精神健康對教育帶來的影響。未來，我們需要收集輟學的詳細數據，以分析精神健康轉差對教育帶來的長遠影響。

我們的研究亦發現，香港青年出現自殺意念的比率甚高，青年的自殺風險及自殺對青年的影響，實在不容忽視。過去的研究發現，自殺死亡與精神疾病的關係非常密切，特別是抑鬱發作與自殺的關係（Hawton & Van Heeringen, 2009; Yang et al., 2005）。因此，精神疾病絕對不是短暫問題，而是涉及長遠的治療與康復。一些針對抑鬱發作的縱向研究發現，很多有抑鬱發作的患者會出現長期殘疾現象，需接受長期和持續的醫療支援（Burcusa & Iacono, 2007; Nuggerud-Galeas et al., 2020; ten Have et al., 2007）。這些研究反映出，精神疾病會給社會帶來沉重的負擔，對年青人的生命影響既深且遠。

4.6 治療漏洞

我們的數據反映，有精神疾病的香港青年面對巨大的治療漏洞。過去十年，雖然普羅大眾對精神健康的意識增加，精神健康服務（尤其是針對學生精神健康的服務）亦有所增加，但治療漏洞只輕微收窄。而漏洞的成因，可能是同一時期，社區的精神疾病盛行率大幅飆升。

從「HK-YES」的數據反映，不同精神健康狀況的求助和接受治療比率都不盡相同。有思覺失調的青年，終生接受精神科和心理服務的比率最高，達到 85.0%。至於有驚恐症、廣泛性焦慮症及抑鬱發作的青年則較低，接受治療比率分別為 47.4%、38.9%及 30.5%。接受治療比率最低的，是有躁狂抑鬱症的青年，比率只有 29.5%。上述研究數字反映，我們需要增加關於抑鬱發作及躁狂抑鬱症的公眾教育。

此外，研究結果亦反映，思覺失調的治療漏洞相對較窄。箇中原因，是近年推行了提升大眾對思覺失調認知的工作，以及專門的及早介入服務（例如思覺失調服務計劃（EASY））。可是，香港仍缺乏針對躁狂抑鬱症與常見精神疾病（common mental disorders）（例如抑鬱發作）的教育工作和介入服務，以致這些精神疾病的治療漏洞卻相對較闊。在未來，我們可以利用思覺失調服務計劃作為參考藍本，應對其他精神疾病。可惜的是，我們在精神健康方面的人力資源不足，特別是精神科醫生及臨床心理學家短缺，引致輪候公共精神健康服務的人數眾多。因此，我們需要檢討其他專業人員（例如家庭醫生、職業治療師和社會工作者）可擔任的角色。

具體而言，由於社會工作者在非政府機構工作，為大眾提供免費的社區服務，他們可以發揮積極作用，接觸精神健康有需要的青年。當中重要的工作，包括提升青年平台中年輕員工的能力，令服務能傳達至精神困

擾的青年。現時，青年甚少向基層醫療系統求助，這或許因為他們不認為精神狀況是個醫療問題。另一方面，大部分香港家庭醫生都是私人執業，這亦無濟於事。參考外國經驗，基層醫療在青年精神健康服務上，其實可以發揮更積極的角色。因此，除了為社會工作者提供能力建立訓練，也可以考慮為普通科醫生提供能力建立培訓。此外，推出精神健康公眾教育，與不同專科的專業人士合作，也可以加強精神健康的基層醫療服務。

此外，我們亦留意到抑鬱發作與功能欠佳及生活質素欠佳關係密切。這反映出大部分抑鬱發作的青年人，似乎都有延誤醫治的傾向；他們往往等到病情嚴重或引致日常功能嚴重下降，才尋求協助。因此，我們需要向他們提供教育，鼓勵他們盡早尋求協助。

4.7 研究的優點與限制

「HK-YES」有下列優點：(i) 採用訪談作為基礎工具，評估參加者的盛行率；(ii) 配合自我填寫的症狀維度問卷作為量度工具；(iii) 採用以住戶為基礎的隨機抽樣樣本；(iv) 提供一系列全面的潛在風險因素，以及(v) 檢驗治療漏洞。

無可否認，「HK-YES」有其限制。而我們在詮釋研究結果時，需要考慮下列限制。第一，本研究屬於橫斷式研究性質（類似於「香港精神健康調查」），因此未能為各種因素建立因果關係。我們期望未來會有更多跨世代的縱貫式研究，以檢視精神疾病帶來的長遠影響。第二，由於預算的限制，加上新冠疫情對招聘人手構成挑戰，令研究未能準確量度並不常見的精神疾病的盛行率（沒有包括在任何精神疾病的盛行率當中）。

此外，對研究結果作出詮釋時，也要考慮新冠疫情帶來的變化。由於

「HK-YES」的數據收集期為 2019 年至 2022 年，我們沒法準確的評估疫情過後，抑鬱發作與其他精神疾病的繼續高企或回落。我們建議進一步監察香港人口中青年精神健康。

5 研究結果摘要

(1) 香港青年人口的精神疾病

- 香港青年人中，每 6 人便最少有 1 人患有精神疾病（16.6%）；抑鬱發作是香港青年最常見的單一精神健康問題（13.7%）。
- 上述盛行率的統計，是基於統一的面談方式（即複合性國際診斷訪談）。與其他亞洲地區的盛行率比較，香港抑鬱發作的盛行率普遍較高；與採用類似研究方法的其他研究比較，香港抑鬱發作的盛行率甚至是全球之冠。過去十年，香港的抑鬱症患病比率持續高升；在社會事件發生時，以及新冠疫情爆發初期，盛行率更進一步攀升。
- 根據本研究的發現，思覺失調的盛行率為 0.6%，躁狂抑鬱症的盛行率為 2.3%，廣泛性焦慮症的盛行率為 2.2%，驚恐症的盛行率為 1.1%，思覺過敏的盛行率為 2.1%。
- 此外，本研究發現，抑鬱發作與發展障礙（例如：專注力不足/過度活躍症）明顯相關；抑鬱發作亦與人格障礙的特質（例如：一般人格障礙與類思覺失調型人格）明顯相關。

(2) 新冠疫情對精神疾病盛行率的影響

- 2019 年社會事件發生以後，以及新冠疫情爆發初期，12 個月抑鬱發作的盛行率呈現明顯上升趨勢（從之前的 12.4% 上升至 2019 年 7 月至 2020 年 6 月的 16.4%）。

- 雖然患病比率其後逐漸下降，但與之前的研究比較，特別是亞洲地區的人口研究比較，香港的盛行率在各個時點仍相對較高。

（3）對青年人的功能和生活質素的影響

- 出現 12 個月抑鬱發作與日常功能（包括社交及職業功能，亦涉及生產力損失與降低）和健康相關的生活質素欠佳相關。此外，抑鬱發作亦與「尼特族」（NEET）的狀態相關。

（4）自殺意念與自殺行為

- 5 個青年中有 1 人（19.4%）在過去 12 個月出現一次或以上的自殺意念；而 12 個月自殺計劃及 12 個月自殺企圖的比率分別為 5.0% 及 1.5%。
- 有抑鬱症發作的青年，較容易出現自殺意念、計劃及企圖。

（5）相關的風險因素與保護因素

- 研究辨識出與精神危機相關的四個主要風險領域，包括：
 - 家庭空間：家庭精神病歷、童年逆境經歷、家庭功能不佳、缺乏私人空間。
 - 個人心態：神經質特質、韌力較低、自尊較低、孤獨感、絕望感、負面未來展望。
 - 數碼生活：睡眠素質差、手機成癮、網絡欺凌、不定時早餐習慣、高衝動性。
 - 逆境轉化：事件和抑鬱相關的反覆思考、個人及大型壓力事件、整體壓力知覺、學業壓力、吸煙。
- 從這四個關鍵領域考慮青年的精神健康風險水平，有助於日後的早期預防和介入工作。

（6）青年人的精神健康求助比率處於低位

- 不同精神健康狀況的求助比率會有所不同，願意接受精神科服務或心理服務的比率也會不同。受思覺失調影響的對象，對上述服務的參與度最高（85.0%），其次是驚恐症患者（47.4%）、廣泛性焦慮症患者（38.9%）、抑鬱發作（30.5%），躁狂抑鬱症的參與度較低（29.5%）。這些數字反映出，須針對患有抑鬱症或躁狂抑鬱症青年的需要，為他們提供公眾教育。
- 值得注意的是，出現精神疾病的研究對象中，只有 17.7% 現正接受精神科或心理服務，而 8.2% 正受其他服務；約四分三的參加者（74.1%）現正沒有接受任何類型的服務。
- 因為各種精神健康狀況而尋求專業協助的樣本中，大部分接觸的是社會工作者，其次是精神科醫生及臨床心理學家。精神健康專業人員經常處於人手短缺，特別是精神科醫生和臨床心理學家，這往往構成精神健康服務的樽頸。
- 由於部分研究對象曾向其他服務提供者（例如社會工作者、職業治療師）尋求協助；因此，加強其他相關專業人員對精神健康的認知（例如盡早識別風險），以及發展多元專業團隊應對青年精神健康，尤為重要。
- 相比於向全科醫生求診的次數，青年向基層醫療尋求精神健康協助的次數較少。究其原因，可能是大部分全科醫生都是私人執業。參考外國例子，基層醫療在青年精神健康服務應可發揮更積極的作用。因此，精神健康能力培訓的對象，除了社會工作者，也可以包括全科醫護人員。當然，公眾教育、跨專業的協作模式，也是一些鞏固基層醫療在青年精神健康的角色的重要步驟。

- 最後，青年人抑鬱發作而求助，往往與功能和生活質素欠佳有關。這反映出青年可能因為精神健康狀況嚴重而尋求協助。簡言之，我們鼓勵青年盡早尋求協助，以避免症狀惡化。

6 建議

香港青年的精神疾病盛行率高企：在研究針對的五種主要精神疾病，每 6 個青年便有 1 人患上精神疾病（16.6%）。抑鬱發作是香港最常見的單一精神健康狀況（13.7%），盛行率遠高於其他亞洲地區的人口。與十年前比較，雖然針對精神健康的服務有進展，香港青年精神健康的治療漏洞並沒有太大改善（與「香港精神健康調查」中的數據比較）；但同時，數據顯示香港青年的精神健康情況卻呈現顯著的惡化趨勢。上述現象正好反映，很多本地青年人面對精神健康問題，不但未被察覺，更沒有得到適當治療。大部分的精神健康問題亦令青年承受長遠的功能障礙和社會經濟影響。社會各界需要正視青年精神健康問題的漏洞。

治療漏洞及未來的服務設計： 以青年為本、青年參與及青年主導

- 承接前文，與思覺失調比較，一般精神疾病（如抑鬱發作）的治療漏洞相對較闊。就思覺失調而言，香港在過去數十年推行有效的計劃（醫院管理局的「思覺失調」服務計劃），以求提升大眾意識及參與、去污名化，以及給予有實證為本的及早介入項目（Chen et al., 2012）。然而，針對其他精神健康問題的類似計劃，卻付諸闕如。我們需要進一步研究流行病學青年樣本中對治療的障礙，以期協助設計不單有效並能吸引青年的介入服務。

- 除了服務供應不足，精神疾病的污名化與歧視及服務的可及性（accessibility）也是精神健康服務使用的常見障礙。有見及此，我們迫切需要動員社區和醫療服務資源，發展以實證為本的及早介入計劃，以有效地接觸及協助面對不同精神健康挑戰的青年。青年越來越容易於社區獲得有效改善精神健康的服務模式（例如澳洲開創的 headspace、本地的賽馬會平行心間計劃（Hui et al., 2022; Muir et al., 2009））。
- 現時被認為介入計劃成功的因素包括：以青年為主、由青年主導，適應當地青年需要，以實證為本，以及強調其保密性質（Colizzi et al., 2020; Lundström, 2014; Mehra et al., 2021）。而香港過往的大型預防計劃（如共創成長路、好心情@學校）和海外介入計劃所得的經驗，均建議讓青年（尤其是有精神疾病親身經驗的青年）參與籌劃服務和提供服務的過程。除了支援青年識別自己精神健康的需要外，協助他們認清自己長處和在不同範疇的能力，亦能幫助他們。另一關鍵是，推行專門培訓和宣傳活動，為公眾提供技巧以識別家人、朋輩、同學和同事的精神健康需要，給予他們支持。

針對風險因素及高危組別

- 處理青年精神健康的重要一環，是考慮個人背景差異，例如：個人發展歷史、性格、心理特質、家庭、生活模式，也要考慮個人、環境與人口層面的壓力源頭。
- 各界的服務提供者可針對「HK-YES」所發現的四大危機領域，了解青年的精神健康狀況，並有針對性的提供介入服務。一些能改變的風險因素（例如家庭關係、心理因素、生活模式、壓力處理方法），可以成為介入目標。

- 介入的可能性如下：
 - (i) 家庭空間：讓家人參與介入過程、提供家人適當的心理支援並提高對精神健康的了解、給予年青人「第三場所」。
 - (ii) 個人心態：採用正向心理學、強項為本的方式為介入基礎，提升韌力、自尊、孤獨感和未來展望等等。
 - (iii) 數碼生活：與青年辨認健康和正念使用手機的方法、給予針對睡眠的介入、建立吃早餐習慣。
 - (iv) 逆境轉化：針對反覆思考（例如認知行為療法、靜觀為本的心理治療）；改善壓力應對（例如運動）。
- 學校課程也可考慮強調青年的全面發展和精神健康。由於運動是青年身心健康的保護因素而且污名度低，所以，未來的課程應盡可能更重視體育或鼓勵學生建立運動的習慣。
- 我們亦建議推行針對高風險群組的計劃（例如針對女性、少數族裔、曾經歷童年逆境的、有發展障礙的、家庭有精神病歷的、與家人關係欠佳的）。透過推展家庭為本的一站式統籌服務，讓服務提供者更全面了解青年的需要，並且減輕服務使用者的重擔。
- 另外，我們留意到流行病學研究的性質可導致華人成為大多數的參加者。不過，非華裔青年的精神健康亦值得社會投放更多資源，了解他們的需要，務求能讓這些同在本地成長及居住的青年更容易接觸到現有服務。

及早辨認青年精神健康狀況及需要

- 雖然香港的新冠疫情在 2022 年得到改善，但青年累積的精神困擾仍需要正視。在新冠疫情出現前，青年的精神疾病盛行率已

處於高水平；而盛行率在疫情期間仍於高位停留。此外，香港人面對人口層面持續及進一步轉變的反應，仍未明朗。我們遂建議協助青年掌握應付精神困擾的知識和技巧，包括自我協助或尋求專業協助的技巧。

- 除了使用一貫的精神疾病診斷統計，我們亦可以利用國際認可的維度量表（dimensional symptom rating scales），就各種困擾症狀進行較低負擔的篩選，以識別有精神健康問題風險的青年，提供預防介入。這有助預防青年的精神症狀升級。

未來的研究方向

- 由於香港過去缺乏聚焦於青年精神健康的流行病學研究，要檢視過去數十年香港青年人口精神疾病盛行率的變化是個挑戰。社會應持續投放資源，進行人口研究和青年精神健康相關的縱向研究；與時俱進地辨識青年面對的壓力源頭以及精神健康的挑戰，至為重要。
- 其次，我們建議為「HK-YES」的樣本進行縱向跟進，以釐清本研究辨識的風險因素與各種精神健康狀況的因果關係。跟進研究有助建設一個更全面的預測模型，以評估未來可能出現的精神疾病風險。跟進研究亦能更仔細檢視青年精神疾病的發展軌跡，包括辨識精神疾病的持續率和出現頻率。

7 結論

「HK-YES」於 2019 年至 2022 年進行，其間團隊透過流行病學方式，收集了具代表性的本地青年樣本數據。我們期望此研究報告能讓大眾更深入地了解青年人的精神健康狀況和相關因素，以便為社會各界提供更清晰的青年精神健康「路線圖」及「施工圖」。

研究期間，本地及全球出現了一連串變化，其中包括五波的新冠疫情及其後的封關措施；這些數據實在令人揪心。本研究收集的數據彌足珍貴之處，是它記錄了數千個香港青年，在他們成長階段經歷的一些環境變化；同時，亦讓我們有機會針對青年人面對的不同壓力源進行詳細分析，了解它們與精神健康的互動關係。研究所得出的四大風險領域，期望能給予服務提供者、家人（甚至青年人自己）一個更清晰的框架，以評估青年人或自己的精神健康風險與需求。

傳統上，「世代」是指十年的更替；然而，近年各方面的快速變化，包括溝通模式、個人與家庭關係、數碼化和智慧時代的來臨，有機會令「世代」的時間定義變得更短。因此，我們實在有需要持續和及時地透過研究，檢視青年人的精神健康狀況，並作出適切回應。

另外，大部分現有的精神健康流行病學研究，往往都把焦點放在個人的脆弱性因素和個人壓力源之上，卻忽略了人口層面壓力源對青年精神健康的重要影響。「社會環境是穩定」以及「個人因素為精神疾病的主要起因」這兩個假設，似乎不能再應用到當今及未來的研究。在我們了解青

年人精神健康的過程中，更絕對不可忽視其他持續的大型環境轉變（如地緣政治緊張局勢、經濟動盪、氣候變化和移民潮等）對青年人的影響。「HK-YES」辨識了一些重要的人口層面的壓力源，並量度了它們對青年精神健康的影響；這些數據應對業界極具參考價值。

最後，正如許多關注青年及人口精神健康的利益相關者所提出一樣，持續跟進「HK-YES」的青年與他們精神健康的改變將是至關重要的。這有助我們進一步確認此研究發現的風險因素的預測效度，以及澄清不同因素與精神疾病的因果關係。我們的團隊期望繼續與社會各界合作，為本地的青年提供更多、更有吸引力並有效的精神健康支援服務。

出版及進一步計劃

已出版的同行評審文章

1. Wong SMY, Lam BY, Wong CS, Lee HP, Wong GH, Lui SSY, et al. Measuring subjective stress among young people in Hong Kong: validation and predictive utility of the single-item subjective level of stress (SLS-1) in epidemiological and longitudinal community samples. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 Sep 8;30:e61.
2. Wong SMY, Li YY, Hui CLM, Wong CSM, Wong TY, Cheung C, et al. Impact of restrictive COVID-19 measures on daily momentary affect in an epidemiological youth sample in Hong Kong: An experience sampling study. *Curr Psychol.* 2022 May 17.
3. Wong SMY, Ip CH, Hui CLM, Suen YN, Wong CSM, Chang WC, et al. Prevalence and correlates of suicidal behaviours in a representative epidemiological youth sample in Hong Kong: the significance of suicide-related rumination, family functioning, and ongoing population-level stressors. *Psychol Med.* 2022 Jun 2:1-11.
4. Hui CLM, Wong SMY, Yu TYT, Lau TTY, Choi O, Tsang SHS, et al. Visual-stress-related cortical excitability as a prospective marker for symptoms of depression and anxiety in young people. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Aug 16.
5. Tang WCY, Wong CSM, Wong TY, Hui CLM, Wong SMY, Suen YN, et al. Social context and loneliness in an epidemiological youth sample using the Experience Sampling Method. *J Psychiatr Res.* 2022 Dec 1;156:429-36.
6. Wong SMY, Chen EYM, Wong CSM, Suen YN, Chan DLK, Tsang

- SHS, et al. Impact of smartphone overuse on 1-year severe depressive symptoms and momentary negative affect: longitudinal and experience sampling findings from a representative epidemiological youth sample in Hong Kong. *Psychiatry Res.* 2022 Nov 2;318 (6) :114939.
7. Ip H, Suen YN, Hui CLM, Wong SMY, Chan SKW, Lee EHM, et al. Assessing anxiety among adolescents in Hong Kong: psychometric properties and validity of the Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in an epidemiological community sample. *BMC Psychiatry.* 2022 Nov 14;22.
 8. Wong SMY, Hui CLM, Cheung VKW, Suen YN, Chan SKW, Lee EHM, Chan KT, et al. Prevalence of frequent nightmares and their prospective associations with 1-year psychiatric symptoms and disorders and functioning in young adults: a large-scale epidemiological study in Hong Kong. *Sleep.* 2022 Dec 3.
 9. Wong CSM, Hui CLM, Suen YN, Wong SMY, Chang WC, Chan SKW, Lee EHM, Lui SSY, Chan KT, Wong MTH, Chen EYH. The Hong Kong youth epidemiological study of mental health (HK YES) — A population based psychiatric epidemiology study of youth mental health in Hong Kong: A study protocol. *Early Interv Psychiatry.* 2023 Jan 12.
 10. Suen YN, Ling, CCY Cheung C, Hui CLM, Wong SMY, Wong MYH, Chan SKW, Lee EHM, Chen EYH. Unpacking the mediating role of resilience in the relationship between ideal-actual self-discrepancy, stressful life events, depression and anxiety: Results from 1,144 young people in an epidemiological study in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry.* 2023 Feb 3.

會議演講文稿

Wong, SMY, Hui CLM, Suen YN, Chan SKW, Chan KT, Wong MTH, et al. Youth mental health in the context of multiple ongoing population stressors: findings from the first large-scale household-based epidemiological study in Hong Kong. Poster presented at: The 6th International Conference on Youth Mental Health Conference 2022. 2022 Sep 30-Oct 1; Copenhagen, DK.

進一步數據發佈計劃

我們期望就着香港青年人口面對的各種精神健康問題，以及精神健康風險，作持續和進一步的研究，並與其他人口的相關數據進行跨文化比較分析（有待批准），以建立參考指標。

此外，我們亦期望透過下列途徑，向公眾和專業持份者，發佈和分享本研究的一系列發現和觀察，主要途徑包括：同行評審文章、書籍出版、國際會議、媒體、網上內容、本地會議和分享會。本研究的發現，對青年精神健康的預防和介入工作，可發揮積極貢獻；對政策及臨床，亦可產生指導作用。

參考文獻

1. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*. 1997 Jun;21(4):613-9.
2. Allison C, Auyeung B, Baron-Cohen S. Toward brief “red flags” for autism screening: the short autism spectrum quotient and the short quantitative checklist in 1,000 cases and 3,000 controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Feb 1;51(2):202-12.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Andreotti ET, Ipuchima JR, Cazella SC, Beria P, Bortoncello CF, Silveira RC, Ferrão YA. Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020 Sep 25;42:276-81.
5. Arnett JJ. *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press; 2014 Aug 28.
6. Arnett JJ. *Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. APA. 2006;:3–19.
7. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Hasking P, Murray E. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2018 Oct;127(7):623.
8. Ayodeji E, Green J, Roberts C, Trainor G, Rothwell J, Woodham A, Wood A. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *Br J Psychiatry*. 2015 Oct;207(4):313-9.
9. Baker RP. New technology in survey research: Computer-assisted personal interviewing (CAPI). *Soc Sci Comput Rev*. 1992 Jul;10(2):145-57.
10. Bertrams A, Shah P. Internal reliability, homogeneity, and factor structure of the ten-item Autism-Spectrum Quotient (AQ-10) with two additional response categories. *Experimental results*. 2021;2:e3.
11. Biswas T, Scott JG, Munir K, Renzaho AM, Rawal LB, Baxter J, et al. Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EClinicalMedicine*. 2020; 24: 100395.
12. Blomqvist I, Henje Blom E, Hägglöf B, Hammarström A. Increase of internalized mental health symptoms among adolescents during the last three decades. *Eur J Public Health*. 2019 Oct 1;29(5):925-31.

13. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 [cited 2022Dec6]. Available from https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
14. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, Turner S, Foa EB. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002 Aug;181(2):158-62.
15. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985 Feb;15(1):189-94.
16. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev*. 2007 Dec 1;27(8):959-85.
17. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Triplett KN, Vishnevsky T, Lindstrom CM. Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2011 Mar 1;24(2):137–56.
18. Census and Statistics Department. Population Estimates. Population Estimates – Table 1A : Population by Sex and Age Group [Internet]. 2022 [cited 2022Oct24]. Available from: https://www.censtatd.gov.hk/en/web_table.html?id=1A
19. Centre for Suicide Research and Prevention. [Internet]. A study on the phenomenon of divorce in Hong Kong . 2014 Feb [cited 2022Dec10]. Available from: <https://www.legco.gov.hk/yr13-14/english/panels/ws/papers/ws0609cb2-2288-1-e.pdf>
20. Chan SK, Chan SW, Pang HH, Yan KK, Hui CL, Chang WC, et al. Association of an early intervention service for psychosis with suicide rate among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*. 2018 May 1;75(5):458-64.
21. Chan SK, Tam WW, Lee KW, Hui CL, Chang WC, Lee EH, et al. A population study of public stigma about psychosis and its contributing factors among Chinese population in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 2016 May;62(3):205-13.
22. Chan SM, Fung TC. Reliability and validity of K10 and K6 in screening depressive symptoms in Hong Kong adolescents. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2014 Jan 2;9(1):75-85.
23. Chang CW, To SM, Chan WC, Fong AC. The influence of intrapersonal, interpersonal, and community protective factors on Hong Kong adolescents' stress arising from political life events and their mental health. *IJERPH*. 2021 Sep 7;18(18):9426.

24. Chang WC, Chan GH, Jim OT, Lau ES, Hui CL, Chan SK, et al. Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised controlled trial. *BJPsych*. 2015 Jun;206(6):492-500.
25. Chen EY, Chan WS, Wong PW, Chan SS, Chan CL, Law YW, et al. Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med*. 2006 Jun;36(6):815-25.
26. Chen EY, Hung SF, Chung DW, Tam W, Kok J, Lai DC, Lin JJ, Xu JQ, Lee EH, Chan SK, Chang WC. Developments in early intervention for psychosis in Hong Kong. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2012 Jan;22(3):100-4.
27. Chen SH, Weng LJ, Su YJ, Wu HM, Yang PF. Development of a Chinese Internet addiction scale and its psychometric study. *Chin J Psychol*. 2003 Sep.
28. Chen X, Qi H, Liu R, Feng Y, Li W, Xiang M, Cheung T, Jackson T, Wang G, Xiang YT. Depression, anxiety and associated factors among Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak: a comparison of two cross-sectional studies. *Transl Psychiatry*. 2021 Mar 2;11(1):1-8.
29. Cheung J. Mental strain taking its toll on students. *The Standard* [Internet]. 2021 Jun 8 [cited 2022 Dec 6]; Available from: <https://www.thestandard.com.hk/section-news/section/4/230987/Mental-strain-taking-its-toll-on-students>
30. Colizzi M, Lasalvia A, Ruggeri M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care?. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Dec;14(1):1-4.
31. Cuijpers P, Auerbach RP, Benjet C, Bruffaerts R, Ebert D, Karyotaki E, Kessler RC. The world health organization world mental health international college student initiative: an overview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019 Jun;28(2):e1761.
32. Daly M, Sutin AR, Robinson E. Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological medicine*. 2022 Oct;52(13):2549-58.
33. Daly M. Prevalence of depression among adolescents in the US from 2009 to 2019: analysis of trends by sex, race/ethnicity, and income. *J Adolesc Health*. 2022 Mar 1;70(3):496-9.
34. Damme KS, Gupta T, Ristanovic I, Kimhy D, Bryan AD, Mittal VA. Exercise intervention in individuals at clinical high risk for psychosis: benefits to fitness, symptoms, hippocampal volumes, and functional connectivity. *Schizophr Bull*. 2022 Nov;48(6):1394-405.
35. De-Sola Gutiérrez J, Rodríguez de Fonseca F, Rubio G. Cell-phone addiction: A review. *Front Psychiatry*. 2016 Oct 24;7:175.

36. Doran CM, Kinchin I. Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PloS one*. 2020 May 19;15(5):e0232940.
37. Firth J, Carney R, Elliott R, French P, Parker S, McIntyre R, McPhee JS, Yung AR. Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2018 Jun;12(3):307-15.
38. Fok CC, Allen J, Henry D, Team PA. The Brief Family Relationship Scale: A brief measure of the relationship dimension in family functioning. *Assessment*. 2014 Feb;21(1):67-72.
39. Food and Health Bureau. Controlling Officer's Report: Head 140 – Government Secretariat: Food and Health Bureau (Health Branch) [Internet]. 2022 [cited 2022Nov11]. Available from: <https://www.budget.gov.hk/2022/eng/pdf/head140.pdf> \h <https://www.budget.gov.hk/2022/eng/pdf/head140.pdf>
40. Gee B, Orchard F, Clarke E, Joy A, Clarke T, Reynolds S. The effect of non-pharmacological sleep interventions on depression symptoms: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2019 Feb 1;43:118-28.
41. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Ann. N. Y. Acad Sci*. 2004 Jun;1021(1):77-85.
42. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov 1;46(11):1006-11.
43. Gunn RL, Pearman HE. An analysis of the future outlook of hospitalized psychiatric patients. *J Clin Psychol*. 1970.
44. Hamid PN, Lok DP. Loneliness in Chinese adolescents: a comparison of social support and interpersonal trust in 13 to 19 year olds. *Int J Adolesc Youth*. 2000 Jan 1;8(1):45-63.
45. Hanushek EA, Woessmann L. The economic impacts of learning losses.
46. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *J Behav Addict*. 2015 Dec 21;4(4):299-307.
47. Hawton K, Van Heeringen, K. Suicide. *The Lancet (British edition)* 373, no. 9672. 2009;1372–1381.
48. Hilt LM, Pollak SD. Getting out of rumination: Comparison of three brief interventions in a sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2012 Oct;40(7):1157-65.

49. HKJC Centre for Suicide Research and Prevention. Suicide Rates by Age Group in Hong Kong [Internet]. 2022 [cited 2022Nov11]. Available from: <https://csr.p.hku.hk/statistics/>
50. Ho TT, Nguyen BT, Nguyen NP. Academic stress and depression among vietnamese adolescents: a moderated mediation model of life satisfaction and resilience. *Current Psychology*. 2022 Oct 17:1-11.
51. Hospital Authority. Hospital Authority Ordinance (Chapter 113): Revision to List of Charges: List of Private Charges [Internet]. 2019 [cited 2022Nov11]. Available from: https://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238768_en.pdf
52. Howland RH. Sleep interventions for the treatment of depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2011 Jan 1;49(1):17-20.
53. Hui CL, Suen YN, Lam BY, Wong SM, Wong CS, Lui SS, Chan KT, Wong MT, Chan SK, Lee EH, Chang WC. LevelMind@ JC: Development and evaluation of a community early intervention program for young people in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022 Aug;16(8):920-5.
54. Hvenegaard M, Moeller SB, Poulsen S, Gondan M, Grafton B, Austin SF, Kistrup M, Rosenberg NG, Howard H, Watkins ER. Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological Medicine*. 2020 Jan;50(1):11-9.
55. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of mental health policy and economics*. 2005 Sep 1;8(3):145–51.
56. Jayanthi P, Thirunavukarasu M, Rajkumar R. Academic stress and depression among adolescents: A cross-sectional study. *Indian Pediatrics*. 2015 Mar;52:217-9.
57. Jazayeri D, Zanjani Z, Joeke S, Alvani SR, Molaei A. Comparison Study of the Effects of Resistance and Endurance Exercise Interventions for the Treatment of Depression: A Meta-Analytical Review. *J Contemp Psychother*. 2022 Mar 24:237–46.
58. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi EV, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*. 2005 Feb;35(2):245-56.
59. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959-76.
60. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb 1;60(2):184-9.

61. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun 1;62(6):593-602.
62. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010 Apr;27(4):351-64.
63. Kessler RC, Calabrese JR, Farley PA, Gruber MJ, Jewell MA, Katon W, et al. Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. *Psychol Med*. 2013a Aug;43(8):1625-37.
64. Kessler RC, Santiago PN, Colpe LJ, Dempsey CL, First MB, Heeringa SG, Stein MB, Fullerton CS, Gruber MJ, Naifeh JA, Nock MK. Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI-SC) in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *International journal of methods in psychiatric research*. 2013b Dec;22(4):303-21.
65. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*. 2004 Jun;13(2):93-121.
66. Kieling C, Salum GA, Pan PM, Bressan RA. Youth mental health services: the right time for a global reach. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):86-7.
67. Kinchin I, Doran CM. The cost of youth suicide in Australia. *International journal of environmental research and public health*. 2018 Apr;15(4):672.
68. Knapp M, Ardino V, Brimblecombe N, Evans-Lacko S, Iemmi V, King D, et al. Youth mental health: new economic evidence. London: PSSRU. 2016 Jan.
69. Kong CL, Lee CC, Ip YC, Chow LP, Leung CH, Lam YC. Validation of the Hong Kong Cantonese version of World Health Organization five well-being index for people with severe mental illness. *East Asian Arch Psychiatry*. 2016 Mar;26(1):18-21.
70. Kong YY. Reliability and validity of the Beck hopelessness scale for adolescent. *Chin Ment Health J*. 2007;21(10):686.
71. Lam CL, Tse EY, Gandek B. Is the standard SF-12 health survey valid and equivalent for a Chinese population?. *Qual Life Res*. 2005 Mar;14(2):539-47.
72. Lam LC, Wong CS, Wang MJ, Chan WC, Chen EY, Ng RM, Hung SF, Cheung EF, Sham PC, Chiu HF, Lam M. Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Sep;50(9):1379-88.

73. Lee P. Almost half of Hong Kong secondary school students show signs of depression, survey finds. Hong Kong Free Press [Internet]. 2022Sep26 [cited 2022Dec6]; Available from: <https://hongkongfp.com/2022/09/26/almost-half-of-hong-kong-secondary-school-students-show-signs-of-depression-survey-finds>
74. Lee S, Tsang A, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Zhang MY, et al. The epidemiology of depression in metropolitan China. *Psychol Med*. 2009 May;39(5):735-47.
75. Lee S, Tsang A, Ng KL, Ma YL, Guo W, Mak A, Kwok K. Performance of the 6-item Kessler scale for measuring serious mental illness in Hong Kong. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul 1;53(5):584-92.
76. Leung CN, Leung CS, Chan RW, Leung PW. Can the UK AQ-10 be applicable to Chinese samples with autism spectrum disorder in Hong Kong? Cross-cultural similarities and differences. *Autism Res*. 2022 Nov 5.
77. Leung DY, Wong EM, Chan SS, Lam TH. Psychometric properties of the Big Five Inventory in a Chinese sample of smokers receiving cessation treatment: A validation study. *J Nurs Educ Pract*. 2013 Jun 1;3(6):1.
78. Li X, Shek DT, Shek EY. Psychological Morbidity among University Students in Hong Kong (2014–2018): Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Related Correlates. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Aug 5;18(16):8305.
79. Lim D, Lee WK, Park H. Disability-adjusted life years (DALYs) for mental and substance use disorders in the Korean Burden of Disease Study 2012. *JKMS*. 2016 Nov 1;31(Suppl 2):S191-9.
80. Liu A, Xu Y, Yan Q, Tong L. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among Chinese children and adolescents. *Scientific Reports*. 2018 Aug 16;8(1):1-5.
81. Liu D, Li B, Hao F, Liu N, Su Z, Zhu J, et al, FMDCS Group. The prevalence and incidence of major depressive disorder in 8079 Chinese university freshmen before and during COVID-19. *J. Affect Disord*. 2022 Jun 15;307:62-8.
82. Low Z, Ng K-chung. Hong Kong's children unhappier, less healthy than peers elsewhere, new World Health Organization survey finds. South China Morning Post [Internet]. 2021Jun8 [cited 2022Dec2]; Available from: https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/3136390/hong-kongs-children-unhappier-less-healthy-peers?module=perpetual_scroll_0&pgtype=article&campaign=3136390
83. Luce KH, Crowther JH. The reliability of the eating disorder examination—Self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*. 1999 Apr;25(3):349-51.

84. Lundstrøm LH. Improving the care of adolescents in general practice. *Br J Gen Pract.* 2014 May 1;64(622):216-7.
85. Luo W, Zhao M. Trends and socioeconomic differentials in depression prevalence in China, 2010–2018. *Chin J Sociol.* 2021 Oct;7(4):535-56.
86. Ma WF, Lane HY, Chiang LC, Wu PL, Yang SJ, Tsai GE. Assessing the construct validity of the Chinese-Version Schizotypal Personality Questionnaire-Brief on male and female undergraduate students. *J Nurs Res.* 2015 Jun 1;23(2):162-6.
87. Ma WF, Wu PL, Yang SJ, Cheng KF, Chiu HT, Lane HY. Sensitivity and specificity of the Chinese version of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief for identifying undergraduate students susceptible to psychosis. *Int J Nurs Stud.* 2010 Dec 1;47(12):1535-44.
88. Macfarlane DJ, Lee CC, Ho EY, Chan KL, Chan DT. Reliability and validity of the Chinese version of IPAQ (short, last 7 days). *JSAMS.* 2007 Feb 1;10(1):45-51.
89. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy.* 2011 Mar 1;49(3):186-93.
90. Mak AD, Lee S, Sampson NA, Albor Y, Alonso J, Auerbach RP, Baumeister H, Benjet C, Bruffaerts R, Cuijpers P, Ebert DD. ADHD comorbidity structure and impairment: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project (WMH-ICS). *Journal of Attention Disorders.* 2022 Jun;26(8):1078-96.
91. Mark W, Touloupoulou T. Validation of the Chinese version of Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) in an adolescent general population. *Asian J Psychiatr.* 2017 Apr 1;26:58-65.
92. Max W, Rice DP, Sung HY, Michel M. Valuing human life: estimating the present value of lifetime earnings, 2000.
93. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry.* 2022 Feb;21(1):61-76.
94. Mehra K, Hawke LD, Watson P, Sheikhan NY, Leroux E, Henderson J. Youth Perspectives on Seeking Psychotherapy: A Concurrent Mixed Methods Study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Aug;30(3):165-76.
95. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Mar;68(3):241-51.
96. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics.* 2016 Dec 1;138(6).

97. Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality–Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2003 Sep;183(3):228-32.
98. Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Mar;48(4):554-65.
99. Muir K, Powell A, Patulny R, Flaxman S, McDermott S, Oprea I, et al. Headspace evaluation report. Sydney: Social Policy Research Centre, UNSW. 2009 Nov 30.
100. Musci RJ, Hart SR, Ballard ED, Newcomer A, Van Eck K, Ialongo N, et al. Trajectories of suicidal ideation from sixth through tenth grades in predicting suicide attempts in young adulthood in an urban African American cohort. *Suicide Life-Threat Behav*. 2016 Jun;46(3):255-65.
101. Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):727-34.
102. Ng VW, Man KK, Gao L, Chan EW, Lee EH, Hayes JF, Wong IC. Bipolar disorder prevalence and psychotropic medication utilisation in Hong Kong and the United Kingdom. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2021 Nov;30(11):1588-600.
103. Ni MY, Yao XI, Leung KS, Yau C, Leung CM, Lun P, Flores FP, Chang WC, Cowling BJ, Leung GM. Depression and post-traumatic stress during major social unrest in Hong Kong: a 10-year prospective cohort study. *Lancet*. 2020 Jan 25;395(10220):273-84.
104. Nuggerud-Galeas S, Sáez-Benito Suescun L, Berenguer Torrijo N, Sáez-Benito Suescun A, Aguilar-Latorre A, Magallón Botaya R, Oliván Blázquez B. Analysis of depressive episodes, their recurrence and pharmacologic treatment in primary care patients: A retrospective descriptive study. *Plos One*. 2020 May 21;15(5):e0233454.
105. Olajide K, Munjiza J, Moran P, O'Connell L, Newton-Howes G, Bassett P, et al. Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *J Pers Disord*. 2018 Feb 1;32(1):44-56.
106. Pan J, Zhang J, Ma P, Liang H, Wang H, Tao J, et al. The utility of Liebowitz social anxiety scale in the patients with social anxiety disorder in Chinese. *Chin J Nerv Ment Dis*. 2006;206-10.
107. Park S, Kim BN, Cho SC, Kim JW, Shin MS, Yoo HJ. Prevalence, correlates, and comorbidities of DSM-IV psychiatric disorders in children in Seoul, Korea. *APJPH*. 2015 Mar;27(2):NP1942-51.
108. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The

- Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77.
109. Quirk SE, Williams LJ, Chanen AM, Berk M. Personality disorder and population mental health. *Lancet Psychiat*. 2015 Mar 1;2(3):201-2.
 110. Rabin R, Charro FD. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001 Jan 1;33(5):337-43.
 111. Raine A, Benishay D. The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *J Pers Disord*. 1995 Dec 1;9(4):346-55.
 112. Saito M, Iwata N, Kawakami N, Matsuyama Y, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Uda H, Nakane H, Watanabe M. Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 criteria for depressive disorders in a community population in Japan using item response theory. *International journal of methods in psychiatric research*. 2010 Dec;19(4):211-22.
 113. Sales JM, Irwin Jr CE. Theories of adolescent risk taking: The biopsychosocial model. *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors and adverse health outcomes*. *Health Psychol*. 2009 Apr 20:31-50.
 114. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018 Feb 1;5(2):175-86.
 115. Shek DT, Dou D, Zhu X. Prevalence and correlates of mental health of university students in Hong Kong: what happened one year after the occurrence of COVID-19?. *Front Public Health*. 2022;10:857147.
 116. Shek DT, Liang LY. Psychosocial factors influencing individual well-being in Chinese adolescents in Hong Kong: A six-year longitudinal study. *ARQOL*. 2018 Sep;13(3):561-84.
 117. Social Indicator of Hong Kong. Non-attendance rate (in percentage) [Internet]. 2022 [cited 2022Nov11]. Available from: <https://www.socialindicators.org.hk/en/indicators/children/29.14>
 118. Social Welfare Department. Salary Scale of Common Posts in the Non-governmental Organisations w.e.f. 1.4.2018 [Internet]. 2018 [cited 2022Nov11]. Available from: https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/728/en/Salary_Scales_of_Common_Posts_w.e.f._01.04.2018.pdf
 119. Spijker JA, De Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British journal of psychiatry*. 2002 Sep;181(3):208-13.

120. St. Teresa's Hospital. Common Chargeable Items [Internet]. 2022 [cited 2022Nov11]. Available from: <https://www.sth.org.hk/download/FeeSchedule.pdf>
121. Storch EA, De Nadai AS, Do Rosário MC, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, Miguel EC, Lewin AB, Fontenelle LF. Defining clinical severity in adults with obsessive–compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2015 Nov 1;63:30-5.
122. Su, Q., & Liu, G. (2020). Depression in Chinese adolescents from 1989 to 2018: An increasing trend and its relationship with social environments. *Current Psychology*, 1–12.
123. Subramaniam M, Abidin E, Vaingankar JA, Shafie S, Chua BY, Sambasivam R, et al. Tracking the mental health of a nation: prevalence and correlates of mental disorders in the second Singapore mental health study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e29.
124. Subramaniam M, Cheok C, Lee IM, Pek E, Verma S, Wong J, et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders among young males in Singapore. *N&TR*. 2009 Sep 1;11(9):1107-13.
125. Sun M, Wang D, Jing L, Yang N, Zhu R, Wang J, Chen X, Zhou L. Comparisons between self-reported and interview-verified psychotic-like experiences in adolescents. *Early Interv Psychiatry*. 2022 Jan;16(1):69-77.
126. ten Have M, De Graaf R, Van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, Penninx BW. Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 Jun;137(6):503-15.
127. The Government of Hong Kong Special Administrative Region. LCQ18: Mental health of students. Press Release [Internet]. HKSAR: The Government of the Hong Kong Special Administrative Region; 2021 [cited 2022Dec2]. Available from: <https://www.info.gov.hk/gia/general/202103/24/P2021032400314.htm>
128. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. January 2022 issue of “Hong Kong Monthly Digest of Statistics” [Internet]. 2022 [cited 2022Dec6]. Available from: <https://www.info.gov.hk/gia/general/202201/17/P2022011400195p.htm>
129. Tong X, An D, McGonigal A, Park SP, Zhou D. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among Chinese people with epilepsy. *Epilepsy Res*. 2016 Feb 1;120:31-6.
130. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003 Jun;27:247–59.
131. Tsai PS, Wang SY, Wang MY, Su CT, Yang TT, Huang CJ, et al. Psychometric evaluation of the Chinese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (CPSQI) in primary insomnia and control subjects. *Qual Life Res*. 2005 Oct;14(8):1943-52

132. Tsang SK. Parenting and self-esteem of senior primary school students in Hong Kong. Department of Social Work and Social Administration, The University of Hong Kong.; 1997.
133. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *J Abnorm Psychol.* 2019 Apr;128(3):185-99.
134. Twenge JM. Increases in depression, self-harm, and suicide among US adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms. *PRCP.* 2020 Sep 9;2(1):19-25.
135. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.
136. Wahlstrom D, Collins P, White T, Luciana M. Developmental changes in dopamine neurotransmission in adolescence: behavioral implications and issues in assessment. *Brain Cogn.* 2010 Feb 1;72(1):146-59.
137. Walters JT, Bisson JI, Shepherd JP. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychol Med.* 2007 Jan;37(1):143-50.
138. Wang W, Bian Q, Zhao Y, Li X, Wang W, Du J, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014 Sep 1;36(5):539-44.
139. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, Wang A, Furtado V. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 2020 Feb;216(2):69-78.
140. Wong DS, Chan HC, Cheng CH. Cyberbullying perpetration and victimization among adolescents in Hong Kong. *Child Youth Serv Rev.* 2014 Jan 1;36:133-40.
141. Wong SM, Hui CL, Suen YN, Wong CS, Chan SK, Lee EH, et al. The impact of social unrest and pandemic on mental health of young people in Hong Kong: The transdiagnostic role of event-based rumination. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022 Apr;56(4):376-84.
142. Wong SM, Ip CH, Hui CL, Suen YN, Wong CS, Chang WC, et al. Prevalence and correlates of suicidal behaviours in a representative epidemiological youth sample in Hong Kong: the significance of suicide-related rumination, family functioning, and ongoing population-level stressors. *Psychol Med.* 2022:1-11.
143. Wong SM, Lam BY, Wong CS, Lee HP, Wong GH, Lui SS, et al. Measuring

- subjective stress among young people in Hong Kong: validation and predictive utility of the single-item subjective level of stress (SLS-1) in epidemiological and longitudinal community samples. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30.
144. Wu KY, Chan XH. 【輟學兒童】獨家：小學個案十年倍增 學者：不適應學制童漸多. *hk01* [Internet]. 2018 Mar 14 [cited 2022 Nov 11]. Available from: <https://www.hk01.com/社會新聞/165884/輟學兒童－獨家－小學個案十年倍增－學者－不適應學制童漸多>
 145. Xu G, Strathearn L, Liu B, Yang B, Bao W. Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open.* 2018 Aug 3;1(4):e181471.
 146. Yang GH, Philipps MR, Zhou MG, Wang LJ, Zhang Y, Xu D. Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomed Environ Sci.* 2005 Dec 20;18(6):379-89.
 147. Yao S, Yang H, Zhu X, Auerbach RP, Abela JR, Pulleyblank RW, et al. An examination of the psychometric properties of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version in a sample of Chinese adolescents. *Percept Mot Skills.* 2007 Jun;104(3_suppl):1169-82.
 148. Yeung WF, Chung KF, Zhang SP, Yap TG, Law AC. Electroacupuncture for primary insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep.* 2009 Aug 1;32(8):1039-47.
 149. Yim PH, Dunn EL, Yeung WS, Miao YK, Yip PS, Li RH. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study in Hong Kong.
 150. Yu L, Shek DT. Internet addiction in Hong Kong adolescents: a three-year longitudinal study. *JPAG.* 2013 Jun 1;26(3):S10-7.
 151. Yu X, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *SBP.* 2007 Jan 1;35(1):19-30.
 152. Yuen WW, Liu LL, Tse S. Adolescent mental health problems in Hong Kong: a critical review on prevalence, psychosocial correlates, and prevention. *J Adolesc Health.* 2019 Jun 1;64(6):S73-85.
 153. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, Mcgorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, Francey SM, Cosgrave EM, Killackey E, Stanford C. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005 Nov;39:964-71.
 154. Zhang, C., Shi, L., Tian, T., Zhou, Z., Peng, X., Shen, Y., Li, Y. and Ou, J., 2022. Associations between academic stress and depressive symptoms mediated by anxiety symptoms and hopelessness among Chinese college students. *Psychology Research and Behavior Management*, 547–56.

鳴謝

本研究由香港特別行政區政府醫務衛生局醫療衛生研究基金委託（MHS-P1（Part 2））。

我們十分感謝Ronald C. Kessler教授在「HK-YES」的準備階段，付出寶貴時間及給予專業意見。我們也要向黃仁龍資深大律師（香港特別行政區政府精神健康諮詢委員會）、馮品聰先生（香港特別行政區政府精神健康諮詢委員會）、劉穎賢博士（香港特別行政區政府教育局）及所有精神健康諮詢委員會成員對本研究的持續支持。除此以外，我們也要多謝香港明愛、香港中華基督教青年會、香港基督教服務處、香港遊樂場協會（「非常學堂」輟學生支援服務）提供寶貴協助，讓我們可以接觸一些離校青年。最後，我們要向每一位參與研究計劃的研究助理及參加者表示衷心謝意。

