

《心理学报》审稿意见与作者回应

题目：中国人心理健康素养干预效果的元分析

作者：任志洪；赵春晓；田凡；闫玉朋；李丹阳；赵子仪；谭梦鸽；江光荣

第一轮

审稿人 1 意见：

论文采用元分析方法探讨国民心理健康素养的干预效果，尤其是探讨中国文化背景下的心理健康素养的干预效果和影响因素，视角新颖，具有重要的理论价值和实践意义。作者思路清晰，逻辑性强，文章的语言干净流畅。研究结果也颇具参考价值。还存在以下问题建议修改：

意见 1：本研究采用的心理健康素养概念的内涵需说明。研究者在阐述心理健康素养概念的变迁，有新的维度纳入，没有明确就本文关于该概念的看法进行总结，为何最终还是只采取了考察‘知识，污名态度，求助’三个方面。新维度的阐述，如自我-他人维度的纳入，等，在结果讨论部分也没有做讨论，建议在研究局限和启示中增加讨论。

回应：感谢专家的意见和建议。本文阐述心理健康素养概念变迁的目的有两个，一是介绍心理健康素养的概念；二是引出：尽管心理健康素养的概念在不断扩展，但干预研究却没能跟上概念拓展的步伐，大多数研究还是只考察“知识、污名态度和求助”三个方面或其一，这也是因已有研究的限制，只能采取“知识、污名态度和求助”三个结果变量的原因（相关描述请见正文 1.1 心理健康素养的概念变迁）。但是诚如专家所言，需要在研究局限和启示中增加对“自我-他人”新维度的阐述，因而修改如下：

（1）完善心理健康素养概念框架。概念应有助于发展和评估该领域的干预(Jorm, 2015)。比如心理健康素养的概念应纳入“自我—他人”维度(江光荣 等, 印刷中)，以强调提升心理健康素养不仅指提升自身的心理健康的能力，也应包括促进他人的心理健康的能力。但现有的实践研究中，帮助他人的信心(Wong et al., 2017)及行为(Gratwick-Sarll & Bentley, 2014)等结果变量并没有体现在现有的心理健康素养的概念框架中。

意见 2：污名态度的界定“对心理疾病及心理疾病患者的看法”有问题，是负面或消极的看法。

回应：感谢专家的意见。对于污名态度的界定，我们原来参考的是最早期 Corrigan 和 Watson (2002)的观点，认为污名态度是对心理疾病及心理疾病患者的看法。经审稿专家提醒，又查阅了相关文献(Corrigan, Larson, & Ruesch, 2009)，并与其他作者讨论后，对污名态度进行了更明确的界定，修改为：污名态度是对心理疾病及心理疾病患者的负面或消极的看法(Corrigan, Larson, & Ruesch, 2009; Corrigan & Watson, 2002)。

意见 3: 4.2.1 中“非专业人员知识的干预效果优于专业人员”该句意思不清楚，是什么的干预效果更优？知识和求助？为何专业人士的干预效果反而不好，该结果与常理不合，需进一步讨论，做合理分析。

回应: 感谢审稿专家的意见。审稿专家提出：“4.2.1 中“非专业人员知识的干预效果优于专业人员”该句意思不清楚，是什么的干预效果更优？知识和求助？”。我们的意思是“在知识的干预中，非专业人员的干预效果优于专业人员”。可能由于原表达没有停顿和分层，导致表达不清晰，因而优化了表达方式，修改为“在知识的干预中，非专业人员的干预效果优于专业人员”。

对“为何专业人士的干预效果反而不好，该结果与常理不合，需进一步讨论，做合理分析。”的回应：我们在原文中的解释是“专业人员本身便具有较高的知识水平，所以对知识的干预可能出现“天花板效应”。”。可能过于简洁，因而我们修改如下“可能的原因是，专业人员本身便具有较高的知识水平，即，由于基线过高，没有太大的提升空间，而非专业人员的心理健康知识较少，干预效果更好。”

以上内容由于审稿专家 2 的“意见 14”的提醒，我们在知识的分析中，删除了被干预者类型的亚组，因而关于专业人员知识和非专业人员知识的干预效果的相关分析，已在本文中删除。

意见 4: 比较遗憾的是纳入分析的部分文献的质量较差，还包含了 2 篇没有发表的硕士学位论文。

回应: 感谢审稿专家的意见。我们也感受到审稿专家的遗憾。但从这一点上，我们也可以看出，虽然提升国民心理健康素养已成为我国国家发展的重要战略之一，但国内对这个领域的研究确实还处于起步阶段，还有很大的探索空间。我们希望通过本研究的发表，能够共同促进该领域研究和实践的进步。

虽然已是老生常谈，但仍需要再解释的是：元分析的对象是已有文献，部分文献质量不高是绕不开的问题，但针对此问题，我们对文献质量进行了评价（见 3.6 研究质量评价结果），并在研究局限性及启示里做了说明（见 5.研究局限性及启示）。这在一定程度上也弥补了一些遗憾，期待能促进该领域后续研究质量的提升。

.....

审稿人 2 意见:

该研究聚焦于中国人心理健康素养这一涉及国家重要发展战略的课题，运用元分析方法探究干预效果及影响因素，具有迫切而深远的现实意义。该研究综合选取了知识、污名态度、求助作为结果变量，对于干预实践有明确的指导意义。全文结构完整，内容丰富，立意新颖。此外，有如下意见期待与作者进一步探讨：

意见 1: “数据提取和质量评估”部分，关于评估研究质量的量表，原文引用的文献（Brouwers

et al., 2005)是一篇在癌症实践指南中评估研究质量量表的综述,对比了Jadad、Sindhu、Downs & Black 等人研发的量表,该研究为何选择Jadad 的量表,以及为何没有引用Jadad 的原文?评分标准也有待进一步澄清。

回应:感谢审稿专家的意见。

本研究选择Jadad 量表评估研究质量主要是由于:(1)Jadad 量表的条目产生过程严格(6名评委就13份临床试验报告与3名评分员进行了预测试),效度及内部一致性信度(14位评定者,ICC = 0.66 (95% CI: 0.53, 0.79))符合标准;(2)Jadad 量表评估的3个项目:(1)随机分组序列的产生方法;(2)双盲法的实施;(3)退出与失访。能够有效地评估心理健康素养的干预项目实施的质量,而Sindhu 等(1997)、Downs & Black (1998)量表还包括对治疗的忠诚度等比较适合临床干预的条目。

诚如审稿专家所言,Brouwers 等(2005)对比了Jadad(1996)、Sindhu 等(1997)、Downs & Black(1998)的量表,包含的信息量更丰富,我们因此引用了此文献,没有引用Jadad(1996)。感谢审稿专家的提醒,现同时补上Jadada 量表的原始文献。

关于Jadad 量表的评分标准,在原文中的说明如下:评估项目包括:(1)随机分组序列的产生方法;(2)双盲法的实施;(3)退出与失访。每项得分相加即为总分(0~5)。具体的评分项目可见引用文献,考虑到版面的限制,未具体列出,但具体的评分我们已放在附录2。

意见2:样本量,38个研究的总样本量为12963,而大陆的7413与港澳台的4223之和为11636,总数不一致?

回应:感谢审稿专家的意见及耐心。因本文进行2次文献更新,多次进行修改,且多人审校,在核算数据时,只改动了总样本量,因而造成不一致,现已核实并更正文中数据:总样本量为12963,大陆的为:8204,港澳台的为:4759。

意见3:研究质量评估结果里,“0分的有27项,1分的为8项,2分的为2项,3分只有1项”,研究质量评估不为0的研究,应有11项,为何文中描述“三项”?

回应:感谢审稿专家的意见。此处原为:在研究质量不为0的11项研究中,(后面为11项研究的具体情况),但考虑到没有必要列出那么多研究,因而将列举范围缩小,只列出质量评估大于1的3项研究的效果量情况。因而此处应为:在研究质量评估大于1的3项研究中,……。

意见4:待进一步阐述的内容:①1.4.1下第一段的最后一句,“也进行了相应的文化调整”,怎样的调整?②P3第3段5行,添加所引研究的效果量。③4.1的第一段,为何中国的污名态度的干预效果呈现与国外不同的变化趋势?

回应:感谢审稿专家的意见。针对审稿专家的意见回应如下:

①1.4.1下第一段的最后一句,“也进行了相应的文化调整”,怎样的调整?

关于文化方面的调整，引用的文献中，没有详细说明。根据我们在整理文献时的发现，文化调整主要体现在，对教育或接触材料进行调整，使之更容易被国人接受。因太过具体化，没有在文中呈现。考虑到审稿专家有此疑问，这也可能成为读者的疑问，因而在文中添加内容如下：另外，国内越来越多的研究者在借鉴国外心理健康素养的干预方案时，也进行了相应的文化调整(Xu et al., 2017a)，例如改编教育或接触的材料，使之更容易被国人接受，但其效果如何还有待检验。

②P3 第 3 段 5 行，添加所引研究的效果量。采纳审稿专家的意见，已添加引用研究的效果量。具体修改如下：有纳入 98 个研究的元分析(Xu et al., 2018)，考察干预对心理健康问题求助的效果，其结果表明干预能显著提升寻求专业帮助的行为($OR = 1.67$, 95% CI:1.30,2.16)，且效果能持续 6 个月以上($OR = 1.48$, 95% CI: 1.24,1.77)。

③4.1 的第一段，为何中国的污名态度的干预效果呈现与国外不同的变化趋势？

感谢专家的提醒。这里的变化趋势不一致，实际上指向的是 6 个月的追踪效果，中国人被试不显著，而西方研究显著。因而，我们在正文中添加描述内容如下：

通过分析纳入考察 6 个月内干预效果的 7 个效果量(J. Chan et al., 2009; Lai et al., 2016ab; Li et al., 2015; 王枫, 2018; Wong et al., 2017)发现，有 3 个效果量(J. Chan et al., 2009; 王枫, 2018)的污名干预效果不显著。这可能导致了 6 个月内追踪效果不显著。

意见 5：讨论“知识、污名态度和求助的关系”时，缺少引用与指代不明。“根据已有研究结果，对知识和污名态度的干预效果之间并无显著相关”。这是指哪个或哪些研究结果？另外，紧接其后的“这与已有的研究结果不符”，“这”是指？

回应：感谢审稿专家的意见。审稿专家所提出来的“根据已有研究结果，对知识和污名态度的干预效果之间并无显著相关”。“这”是指本研究得出的结果。修改原文为“本研究的结果表明，知识和污名态度的干预效果之间并无显著相关。”。

“另外，紧接其后的“这与已有的研究结果不符””里的“这”是指本研究得出的“知识和污名态度的干预效果之间并无显著相关”的研究结果。

原文已对审稿专家提出的“讨论“知识、污名态度和求助的关系”时，缺少引用与指代不明。”进行了表达上的优化，改动部分已标蓝。修改如下：

本研究的结果表明，知识和污名态度的干预效果之间并无显著相关。以往的研究认为，知识和污名态度之间的关系多有争议，并没有一致的相关关系(Shi et al., 2019)，也有研究认为对心理疾病的准确识别，会增加标签化作用，从而加重污名(Angermeyer & Matschinger, 2004; Hengartner et al., 2013)。本研究中，专业人员和非专业人员污名态度干预上的不同效果提示，可能有丰富的心理健康知识，并不意味着有较少的污名态度。污名态度和求助的干预效果之间的相关显著。减少污名能够促进求助，这与已有的研究结论一致(Clement et al., 2015; Xu et al., 2018)。另外，知识和求助之间的关系并不显著，与已有的研究结果不符。现存的关于中国的心理健康素养的研究(Gong & Furnham, 2014; Wu et al., 2017)表明，能够较好的识别心理障碍能够促进寻求专业帮助的行为。可能的原因是，纳入分析的研究使用的知识测量

指标并不全是对心理障碍的识别(J. Chan et al., 2009; Rong, et al., 2011)。当然,也有可能是知识和求助之间的相关受到其他变量的影响。

意见 6: 讨论 4.2.5 关于“接触”的讨论部分,结果里陈述的是接触的作用不明确,而讨论时的陈述是“本研究表明,干预中接触患者的效果要优于不接触患者的效果”。结果与讨论不一致,请进一步澄清。

回应: 感谢审稿专家的意见。深入思考了审稿专家提出的意见,审稿专家的疑惑应该在于“4.2.3 接触在知识和污名态度干预中的作用不明确”和“4.2.5 中本研究表明,干预中,接触患者的效果要优于不接触患者的效果”。

首先,重新审视了“4.2.3 接触在知识和污名态度干预中的作用不明确”,所阐释的内容,该小结主要说明接触对知识和污名态度的干预效果的影响,但因分为日常接触和干预中的接触两个类别,显得有些复杂。总体上该段讨论的是接触在知识和污名态度的干预中,分别在日常接触和干预中接触这两个类别上的干预效果不一致,因而原表达“不明确”不准确,因而原文修改为“4.2.3 两种接触方式在知识和污名态度干预中的作用不一致”。

其次,将 4.2.5 中“本研究表明,干预中,接触患者的效果要优于不接触患者的效果”,明确为:“对于污名态度的干预,日常接触患者的效果优于不接触患者的效果。”

意见 7: 讨论部分的 4.2.6,整段的描述更像结果或结论,缺乏讨论的成分,建议补充。

回应: 感谢审稿专家的意见。本文进行研究质量评估的主要目的有:(1)了解国内目前的心理健康素养的干预现状,以明确在该领域要深入探索的方向;(2)评估得出的结论的可靠性。因而,主要是对评估结果的展现,尽管我们参考了其他高水平的元分析(Gannon, Olver, Mallion, & James, 2019; Haynes, Kersbergen, Sutin, Daly, & Robinson, 2019),但还是没有找到太多可讨论之处。因此我们将 4.2.6 所得出的结论纳入研究局限性和启示部分,扩充了(2)的内容,修改如下:

(2) 纳入研究的质量不高。结合研究质量评估、量表质量评分以及敏感性分析结果评估本研究纳入研究的质量。Jadad 量表评分不为 0 的研究为 11 项,主要失分点为纳入的随机对照实验并未具体说明随机分组的方法,这给结论的可靠性带来了一定的风险。敏感性分析结果表明,求助的干预效果稳健性不足。在发表偏倚中,知识 6 个月后的追踪效果量以及污名态度的 6 个月内的追踪效果,提示有发表偏倚风险。综合以上因素考虑,本研究的结论较为可靠,但此结果仍提示本研究领域仍需更多高质量研究证据的支持(Guyatt et al., 2011)。

意见 8: 全文语言描述的凝练与通顺性方面仍有较大完善空间,建议字斟句酌。“的地得”的精确与精炼使用,比如, P2, 第 2 段最后一句,可改为“这些行动或活动可以使个人心理上、情感上获得社会支持、关怀或服务”; P2 第 4 段第 7 行,建议去掉“的”,改为“面向社区成员”。标点符号的使用,比如 P2 第 2 段第 4 行,“.....与治疗方法,专业求助渠道,维护心理健康.....”,逗号改为顿号更合适。语言精简准确,比如 P3, 第 2 段第 2 行,“Xu 及其同

事认为……”该句可删；3.3.1 的第一段，对于 7 个调节变量的具体描述可删，直接阐述“上述 7 个调节变量均显著影响知识的即时效果量”；P3 第 3 段最后一行，建议改为“且所纳入的大部分研究源自西方发达国家”。

回应：感谢审稿专家的意见和提醒。我们基于语言简练与通顺的原则，对全文进行了凝练，使之更具有可读性，修改处以蓝色字体标出。

意见 9：统计符号的规范化有待更改。比如 p 需要斜体， I_2 、 R_2 的上标。

回应：感谢审稿专家的意见和提醒。已对全文的统计符号进行规范化。

意见 10：P2，“自我—他人”维度的心理健康素养的概念，与该研究选取的变量的关系是？

回应：感谢审稿专家的意见。审稿专家一也提出了类似的问题。“自我-他人”在文中首次出现在“1.1 心理健康素养的概念变迁”中。引入的目的有两个：一个是介绍心理健康素养的概念；二是引出：尽管心理健康素养的概念在不断扩展，但干预的研究却没能跟上概念拓展的步伐，大多数研究还是只考察“知识、污名态度和求助”三个方面或其一，这也是受制于已有研究的限制，只能采取“知识、污名态度和求助”三个结果变量的原因。但是为了促进心理健康素养领域的干预，应该进一步完善心理健康素养的概念，这一点已在已在研究局限和启示中明确：

(1) 完善心理健康素养概念框架体系。概念应有助于发展和评估该领域的干预(Jorm, 2015)。已有学者(江光荣 等, 印刷中)提出心理健康素养的概念应纳入“自我—他人”两个维度(江光荣 等, 印刷中), 启示提升心理健康素养应提升促进自身及他人心理健康, 应对自身及他人心理疾病方面所养成的知识、态度和行为。但现有的实践研究中, 帮助他人的信心(Wong et al., 2017)及行为(Gratwick-Sarll & Bentley, 2014)等结果变量并没有体现在现有的心理健康素养概念框架中。

意见 11：3.4.2 部分，模型 2 的解释率为 1.00。纳入的变量能够完全解释效果量的变异？并且，“模型 2 纳入的干预特征的变量解释了 67%的变异量”，假设模型 2 的解释率为 1.00，减去模型 1 的 0.23，剩余应为 77%，如何得出的 67%？另外，正文部分需要添加“见表 3”、“见表 4”等对应的描述。

回应：感谢审稿专家的意见。模型 2 的解释率为 1.00，表示模型已经饱和，其原因可能是样本量不足，调节变量（模型 2 纳入了 9 个调节变量）过多。

另，感谢审稿专家的细心。因专家在“意见 14”中指出的问题，我们对纳入模型的变量进行了一些调整，因而模型纳入的变量和解释率都有了变化，具体变化请见（意见 14）及原文（已用蓝色字体标出）。已添加审稿专家提出的对应描述。

意见 12：文献筛选、编码、测量工具评估、研究质量评估，评估者间的一致性？

回应：感谢审稿专家的意见。相关说明如下：

文献筛选过程使用 Noteexpress 管理，过程可重复。文献筛选的一致性的说明见 2.2 文献检索“文献由第一作者筛选，第二作者核对，有异议文献与通讯作者协商一致解决。”

关于编码一致性的说明：提取数据的过程采用两位作者独立提取编码(Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2011)，有异议者与通讯作者协商后确定最终编码。见正文 2.3.1 数据提取和质量评估。

关于测量工具评估和研究质量评估，采用两位作者独立评估，然后求评分者一致性信度，最后与通讯作者协商一致后确定最终结果。使用 Kappa 系数测量评分者一致性信度，测量工具评估的 Kappa 系数为 0.85，研究质量评估的 Kappa 系数为 0.87，根据 0.75 及以上为一致性非常好的评判标准(Orwin, 1994)，说明本研究的测量工具评估和研究质量评估有较高的一致性。正文也做如上补充说明。

意见 13: 3.2 下的第 2 段，污名态度的即时干预效果，表中为 $g = -0.52$ ，正文中为 -0.53 ，请确认该 g 值。

回应: 感谢审稿专家的意见和细心。污名态度的即时干预效果为 $g = -0.521$ ，四舍五入为 -0.52 ，因数据修改，造成不一致，现已全文统一。

意见 14: 关于能否纳入亚组分析或回归分析，2.3.5 里描述“亚组分析的每个组不得少于 4 个研究，回归分析不得少于 6 个研究”，但是 3.3.1 里，知识的亚组分析，根据附录 4，被干预者类型中，“专业人员”组只有 3 个研究，不符合不得少于 4 的标准；3.4.2 里，污名态度的即时干预效果的回归分析中，“日常接触患者”组只有 5 个研究，不符合不得少于 6 的标准。请阐述，不达标准的调节变量是否可分析，以及分析结果是否可靠？另外，3.3.3，求助的亚组分析中，根据附录 4，试验类型的 RCT 组研究有 5 个，非 RCT 组研究有 4 个，同样符合不得少于 4 个研究的标准，与作者正文中描述“只有地域”符合亚组分析要求相悖。请加以解释。

回应: 感谢审稿专家的意见和提醒。关于能够纳入亚组分析的研究数量，研究者们的意见也不一致，有同类研究的亚组分析的最低分析数量为 3 个(Morgan, Ross, & Reavley, 2018)，因而，尽管我们采用了 Fu 等(2011)的标准，还是想尽可能的为该领域的研究提供丰富的借鉴，因而在亚组分析时，纳入了 3 个研究的分析。经审稿专家提醒，我们严格执行文中所参考的亚组分析和回归分析的研究数量的标准，删除亚组分析不符合 4 个，以及回归分析不符合 6 个的数据分析及结果讨论。

亚组分析的删除内容为：知识中，被干预者类型的分析；回归分析的删除内容为：知识中，被干预者类型的分析以及污名态度中，日常是否接触患者的分析。正文中的亚组分析和元回归分析也做了相应的修改和删除。

删除内容为：

“3.3.1 知识的亚组分析中：对非专业人员的干预效果显著优于专业人员；4.2.1 专业人员和非专业人员的知识和污名态度的改变效果不同。

在知识的干预中，非专业人员的干预效果优于专业人员；可能的原因是，专业人员本身便具有较高的知识水平，所掌握的知识达到数量的“天花板”，即，由于基线过高，没有太大的提升空间，而非专业人员的心理健康知识较少，干预效果更好。对于污名态度，……”。

对“另外，3.3.3，求助的亚组分析中，根据附录4，试验类型的 RCT 组研究有 5 个，非 RCT 组研究有 4 个，同样符合不得少于 4 个研究的标准，与作者正文中描述“只有地域”符合亚组分析要求相悖。请加以解释。”意见的回应：因试验类型对求助没有显著的影响，因而并未列出，已在正文中添加如下：求助的亚组分析中，只有地域和试验类型的研究数量符合亚组分析的要求。试验类型对求助的即时效果的影响不显著($p = 0.16$)。

意见 15：该研究在最后部分提到不同心理疾病的污名程度不同，但统计时却放在一起分析，是否会对结果有影响？该研究是否统计了疾病的种类，以及疾病种类是否可以作为调节变量？

回应：感谢审稿专家的意见和提醒。

本研究纳入的测量污名态度干预效果结果的有 26 项，其中 20 项没有区分疾病种类，其余 6 项中有 2 项针对精神分裂症，2 项针对抑郁症，因研究数量限制，无法将疾病种类作为调节变量。

为了验证统计时放在一起分析是否对结果有影响。本研究对 20 项没有区分疾病种类的研究进行了污名态度的即时干预效果的分析： $g = -0.67$ (CI: -1.09, 0.24, $p < 0.01$)，尽管大于正文中的 -0.52，但都为中到大的效果量，因此在一起统计分析对研究结果有细微的影响，这一点，我们也在局限中进行了讨论。

意见 16：三个结果变量间的关系，该研究只做了合并相关系数加以说明，是否可做更深入的分析以进一步阐述关系？

回应：感谢审稿专家的意见。限于我们现有知识的局限，只能考虑到合并相关系数的分析，如果专家有更好的建议，请提供给我们，我们再做进一步的分析。

意见 17：由于《指导意见》里提出明确指标：“到 2022 年和 2030 年，居民心理健康素养水平提升到 20% 和 30%”，该研究可否算出当前中国人心理健康素养水平？

回应：感谢审稿专家的意见。本研究关于当前中国人心理健康水平的信息，就是前测的数据了，但是由于所用的测量量表各异，且没有常模对比，很难算出当前中国人心理健康素养水平。如专家有好的建议，请告知我们。

再次感谢两位审稿专家的辛苦付出和专业建议。

以下为回应中的用到的新增文献：

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.

- Fu, R., Gartlehner, G., Grant, M., Shamliyan, T., Sedrakyan, A., Wilt, T. J., ... Santaguida, P. (2011). Conducting quantitative synthesis when comparing medical interventions: AHRQ and the Effective Health Care Program. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(11), 1187–1197.
- Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review*, 101752.
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2019). Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 101753.
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *Plos One*, *13*(6), 1–20
-

第二轮 编委复审

意见：这是一篇选题很好的元分析文章。作者的原始工作和修改细致，质量较高。审稿专家的意见到位，使文章质量得以进一步提高。修改满意，建议发表。

回应：感谢编委专家的肯定。

第三轮 主编终审

本篇文章是对中国人心理健康素养干预效果的元分析，对该领域研究做了较好地梳理，值得发表。但是发表前仍需对一些细节问题进行修改：

意见 1：参考文献的格式仍然有些问题，正文中的参考文献引文格式建议采用 APA 格式修改，按照作者的首字母排序。

回应：感谢主编的意见，已对全文的参考文献按照 APA 格式修改。

意见 2：3.1 文献纳入与编码部分，“有追踪的研究为 11 项，追踪 6 个月以内的为 7 项，6 个月以上的为 5 项”，此处为何两者之和不等于总数？

回应：感谢主编的意见。“有追踪的研究为 11 项，追踪 6 个月以内的为 7 项，6 个月以上的为 5 项”，此处两者之和不等于总数的原因为纳入的研究中，有一项研究(Li et al., 2015)既有 6 个月以内的追踪，也有 6 个月以上的追踪。为避免读者疑惑，在原文中添加内容如下：有追踪的研究为 11 项，追踪 6 个月以内的为 7 项，6 个月以上的为 5 项(1 项研究(Li et al., 2015)既有 6 个月内的追踪，也有 6 个月以上的追踪)。