

昭通市中小学生学习心理健康的现状调查及对策研究

李红丽 陈俊翔

昭通学院教育科学学院, 云南 昭通 657000

摘要: 为精准掌握昭通市中小学生学习心理健康状况, 破解区域心理健康教育难题, 本研究随机抽样选取昭通市9个区县661名中小学生学习为对象, 运用心理健康诊断测验(MHT)并结合访谈法, 探究其心理健康现状及对策。结果显示, 昭通市中小学生学习心理健康总体呈“学习焦虑突出, 多维困扰并存”特征, 学习焦虑维度均值最高(6.53); 且性别、学校所在地、所在区域对心理健康状况有显著影响, 各区县间差异显著等。基于此, 从政策保障、师资建设、协同育人等维度提出系统性对策, 为昭通市中小学生学习心理健康教育高质量发展提供实证支撑。

关键词: 中小学生学习; 心理健康; 昭通市

DOI: 10.64649/yh.jydk.issn3080-2660.202603031

1 引言

1.1 研究背景

昭通市位于云南省滇东北乌蒙山区, 接壤川黔, 地理闭塞、经济滞后。因区域经济受限, 大量青壮年外出务工, 2024年昭通市教育局数据显示, 留守儿童比例达18.6%。亲情缺失和学业压力叠加, 使昭通市中小学生学习焦虑、抑郁检出率高于全省均值3.2个百分点, 心理健康问题凸显, 近年来学生心理危机事件频发, 引发社会关注。实地调研表明, 昭通市心理健康教育资源严重不足, 市区学校专职心理教师少, 多由非专业人员兼任且缺乏系统培训; 乡镇学校危机干预机制缺位, 与“一校一案”全覆盖要求差距大^[9]。因此, 开展针对性现状调查与对策研究十分紧迫。

1.2 国内外研究动态

心理健康教育现状调查国内研究多聚焦特定群体或发达地区, 如王爱芬等(2023)对中小学生学习心理健康状况的调查揭示了学业压力的核心影响; 但针对西部欠发达山区的系统性研究相对匮乏^[10]。国外研究已经形成了成熟的心理健康教育体系, 如Dan L.(2025)探讨了数字时代心理健康教育与道德教育的融合路径, 为区域化干预提供了理论支持^[6]。国内研究中较多的量化数据大多来自经济较为发达地区, 对西部欠发达地区的研究较少, 针对昭通市这样的留守儿童集中、资源不均衡等独特情境的区域研究缺乏直观量化数据。

1.3 研究目的与意义

(一) 研究目的: 通过调查, 全面掌握昭通市中小学生学习心理健康情况, 在8个核心维度的基础上分析现状; 厘清性别、城乡、区域等因素的影响机制; 并且深层次挖掘心理健康教育存在的突出问题。

(二) 研究意义: 理论层面, 调研昭通市

区域, 丰富西部欠发达地区心理健康教育本土化研究量化数据库, 为区域心理健康长期发展提供理论数据支撑。实践层面, 为昭通市教育局政策制定提供数据, 助力心理健康教育发展, 推动家校社协同育人, 促进中小学生学习心理健康良好发展。

2 研究对象与方法

2.1 研究对象: 本研究采用随机抽样, 覆盖昭通市11个区县(昭阳区、鲁甸县、镇雄县等), 选取不同学段、城乡学校的中小学生学习为研究对象。总共发放问卷700份, 回收有效问卷661份, 问卷回收有效率94.4%。

2.2 研究工具: 直接采用心理健康诊断测验(MHT), 观测学生的心情和感受, 该量表由华东师范大学心理系周步成对日本铃木本清等人编制的“不安倾向诊断测验”修订而成, 包含“学习焦虑、对人焦虑、孤独倾向、自责倾向、过敏倾向、身体症状、恐怖倾向和冲动倾向”8个内容量表和1个效度量表(测谎量表), 共100个项目, 经过大量实验, 具有较高的信度和效度。量表采用“是、不是”二择一作答方式, 得分越高表明心理健康状况越不好(8分以上表明存在较严重心理困扰)。

2.3 研究方法: 1. 文献法: 检索知网、维普、万方等数据库, 梳理心理健康研究成果, 提供理论支撑。2. 调查法: 用MHT量表调查昭通市中小学生学习心理健康数据, 用SPSS 26.0工具做信效度、描述统计、差异、相关性分析及回归分析。3. 访谈法: 对30余名一线教师、管理人员访谈, 了解昭通市中小学生学习心理健康教育实践现状。

3 研究结果与分析

3.1 量表信效度检验: 通过调查数据分析显示, 各维度的Cronbach's α 系数在0.790到0.875之间, 其中学习焦虑维度 α 系数高达0.875,

对人焦虑维度是 0.790，内部一致性很高。在效度分析中，KMO 值为 0.943，巴特利特球形度检验 $p < 0.001$ ，量表效度良好，适合进行因素分析。

3.2 心理健康总体状况：依据描述性统计数据可知，昭通市中小学生心理健康各维度的均值处于 1.62 至 6.53 之间（详见表 1）。其中，学习焦虑维度的均值最高（6.53），冲动倾向维度的均值最低（1.62），这表明学业压力是学生最为主要的心理困扰，此结论与王爱芬等（2023）的研究结果相符^[10]。各维度偏度的绝对值小于 3，峰度的绝对值小于 10，符合正态分布，样本离散程度小，数据可靠性高^[10]。

表 1 各维度描述性统计结果

维度	N	均值	标准差	偏度	峰度
学习焦虑	661	6.53	4.229	0.194	-1.023
对人焦虑	661	3.42	2.649	0.440	-0.716
孤独倾向	661	1.85	2.264	1.528	1.963
自责倾向	661	3.40	2.944	0.555	-0.767
过敏倾向	661	3.88	2.868	0.277	-1.049
身体症状	661	3.45	3.355	1.107	0.568
恐怖倾向	661	1.72	2.343	1.425	1.225
冲动倾向	661	1.62	2.264	1.485	1.391

3.3 人口学变量差异分析

（一）性别差异：独立样本 t 检验显示，性别在 8 个维度上均存在显著差异（ $p < 0.05$ ）。女生在各维度的均值均高于男生，其中学习焦虑（女生 7.27 vs 男生 5.66）、过敏倾向（女生 4.35 vs 男生 3.32）的差异最为显著，这表明女生的心理敏感性更高，面临的困扰更多。

（二）城乡差异：学校所在地在孤独倾向、过敏倾向维度存在显著差异（ $p < 0.05$ ）。农村学生孤独倾向均值（2.24）高于城市学生（1.68），这反映出农村留守儿童人际交往不足的问题，与孙睿等（2023）关于农村户籍学生社会性适应压力的研究结果高度相符^[5]；城市学生过敏倾向均值（4.06）高于农村学生（3.44），这可能与城市环境刺激及竞争压力有关。

（三）区域差异：单因素方差分析显示，各区县间在 8 个维度上均存在显著差异（ $p < 0.05$ ）。LSD 事后比较表明，镇雄县学生在多个维度的均值最高，彝良县、水富市相对较低，这反映出区域经济发展水平与教育资源配置对心理健康的影响，与昭通市教育体育局（2025）发布的区域教育资源统计数据一致^[11]。

3.4 相关性与回归分析

（一）相关性分析：Pearson 相关系数显示，8 个维度两两显著正相关（ $r = 0.450 \sim 0.733$ ），其中自责倾向与过敏倾向相关性最高（ $r = 0.733$ ），表明心理困扰具有连锁反应，某一维度问题可能加剧其他维度困扰，这与王爱芬等（2023）的研究结论一致^[10]。

（二）回归分析：以学习焦虑为因变量的

回归模型显示，调整后 $R^2 = 0.490$ ，自责倾向（ $B = 0.395$ ）、过敏倾向（ $B = 0.338$ ）、孤独倾向（ $B = 0.337$ ）为显著正向影响因素。以对人焦虑为因变量的回归模型调整后 $R^2 = 0.596$ ，自责倾向（ $B = 0.281$ ）、孤独倾向（ $B = 0.257$ ）影响最为显著，为干预策略制定提供了精准靶点。这一结果与任萍等（2022）提出的“多因素共同影响心理健康”的研究结论相符^[7]。

4 昭通市中小学心理健康教育存在的问题

4.1 师资队伍建设滞后，课程与教学体系不完善：专职心理教师匮乏，全市专职教师占比不足 7%，多数学校由班主任兼任相关工作，兼职教师缺乏系统培训，专业素养难以满足危机识别与干预需求，且乡镇学校问题更突出。这与马骊（2011）指出的“农村小学心理健康教育资源匮乏”问题高度吻合 [4]。心理健康课程开设比例低，已开设课程存在内容单一、教学方法固化问题，与学生心理需求结合不紧密，针对性和实效性欠佳 [8]。

4.2 危机干预机制缺位：缺乏常态化的心理健康筛查与动态档案管理机制，难以及时发现心理危机隐患。危机干预流程不规范，学校与卫健部门联动不足，转介机制缺失，与贾取（2024）提出的“区域心理健康服务体系需多部门联动”的要求存在差距 [3]。

4.3 家校社协同不足：家长在心理健康认知方面存在“病耻感”与“唯分数论”的误区，家庭教育指导的覆盖范围不足 50%。学校对家庭和社会资源的整合不够充分，尚未形成协同育人的合力，这与程海燕（2022）强调的“家校共育是心理健康教育关键”的观点相悖 [2]。

4.4 区域发展不均衡：城乡、区县之间的心理健康教育资源差距显著，城市学校在师资、硬件等方面具有明显优势，农村及欠发达区县的资源则相对匮乏，这进一步加剧了学生心理健康状况的区域差异。

5 对策建议

5.1 完善政策保障与资源配置：第一，加强顶层设计，制定相关政策文件，将心理健康教育纳入教育综合评价，明确目标责任与考核机制 [1]。第二，优化师资配置，按规定师生比配备专职教师，将心理健康教育设为必修课，每周 1 课时，按学段设计差异化内容，小学重人际交往，初中重青春期调适，高中重压力应对^[10]。第三，创新教学方法，结合本土特点开发数字化教学资源，增强课程趣味性与实效性^[10]。

5.2 健全筛查与危机干预机制：构建常态化筛查机制，每年开展两次心理健康测评，春秋学期各开展一次，形成“一生一案”。完善干预体系，组建由心理专业教师、班主任和专业医生构成的干预团队，制定应急预案；建立“学校—家庭—专业机构”的联动转介机制，规范

干预流程 [3]。

5.3 深化家校社协同育人：强化家庭教育指导，每学期开展两次家长培训，分别在开学前和开学后，重点普及心理健康知识，提升家长沟通与教育能力。更好地去搭建家校沟通平台，便于及时反馈学生的心理状况^[5]。

5.4 聚焦精准帮扶与均衡发展：建立结对帮扶机制，设立心理咨询热线，或者开设心理对话小信箱；提供区域差异化支持，对镇雄县这样的人口大县加大资源倾斜力度，组织示范学校与薄弱学校进行结对帮扶，缩小区域差距^[1]。

6 研究不足与展望

6.1 研究不足：样本分布有待优化，部分偏

远区县的样本量较少，比如未覆盖昭通市威信县；其次，随机抽样男女比例未契合昭通市在读中小学生男女比例，未涵盖学前儿童与高中毕业生。对影响因素的挖掘不够深入，重点分析了人口学变量，对深层次可能影响到中小学生心理健康的家庭教养方式、学校氛围等探讨不足^[5]。

6.2 未来展望：拓展研究范围，扩大样本覆盖范围，拓展实验团队，争取能够覆盖云南省的地级市，开展跨学段的追踪研究，借助典型样本追踪分析，更深入地去探讨影响因素^[10]。创新研究方法，结合大数据、人工智能开发数字化测评与干预工具，缓解农村教育师资不足的压力。

参考文献：

[1] 昭通市教育体育局. 昭通市建立“1234”工作模式 加强学生心理健康教育 [EB/OL]. 云南网, 2025-11-21.

[2] 牛亨, 李东文. 家校共育视角下中小学生心理健康教育路径研究 [J]. 智力, 2023, (11):128-131.

[3] 贾取. 区域中小学心理健康教育服务体系构建浅谈 [J]. 中国教育学刊, 2024(09):104.

[4] 马骊. 农村小学心理健康教育现状分析及对策 [J]. 现代教育科学, 2011(6):150-151.

[5] 孙睿, 李英华, 田知旗, 等. 留守与非留守农村户籍大学生心理健康水平比较 [J]. 中国健康心理学杂志, 2023, 31(09):1326-1331.

[6] Dan L. Mental Health and Moral Education in the Digital Age [J]. International Journal of Web-Based Learning and Teaching Technologies, 2025, 20(1):1-20.

[7] 任萍, 汪悦, 刘冬予, 等. 心理健康评估与干预的智能化应用 [J]. 北京师范大学学报 (社会科学版), 2022(04):150-160.

[8] 静进. 当前儿童青少年心理健康状况解读与对策建议 [J]. 中国学校卫生, 2023, 44(02):161-166+175.

[9] 中小学心理健康教育指导纲要 (2012年修订) [J]. 中小学心理健康教育, 2013(1):4-6.

[10] 王爱芬, 魏楠. 中小学生心理健康状况调查研究 [J]. 教育理论与实践, 2023, 43(34):51-57.

作者简介：李红丽 (1995.12—)，女，彝族，云南禄丰，助教，硕士研究生，研究方向：基础教育、心理健康教育。

陈俊翔 (1971.08—)，男，汉族，云南昭通，副教授，本科学历，研究方向：教育教学。

项目信息：市级课题，“昭通市中小学生心理健康的现状调查及对策研究” (ZTZCKT2025100)。昭通学院教改项目，昭通学院《教育心理学》教学团队 (ztu2023jtd04)。