

分类号\_\_\_\_\_  
学校代码 10488

学号 201809703027  
密级\_\_\_\_\_

武汉科技大学

## 硕士学位论文

### 团体心理辅导对失独老人认知功能的 干预研究

学位申请人： 安丽娜

学科专业： 公共卫生与预防医学

指导教师： 刘丹

答辩日期： 2021年5月24日

**A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master in Medicine**

**Intervention Study of Group Counseling on  
Cognitive Function of the Older Adults Who  
Lost Their Only Child**

<b>Master Candidate:</b>	<b>An Lina</b>
<b>Major:</b>	<b>Public Health and Preventive Medicine</b>
<b>Supervisor :</b>	<b>Liu Dan</b>

**Wuhan University of Science and Technology**

**Wuhan, Hubei 430081, P.R.China**

**May, 2021**





## 摘要

**目的：**探究团体心理辅导在改善失独老人的认知功能（总体认知功能、各认知分域功能）及其相关因素（心理健康状况、社会网络和生活方式）中的作用效果，为今后开展失独老人的认知干预提供参考依据。

**方法：**采用 G\*power3.1 软件计算本研究所需的样本量，并根据纳入排除标准，选取了武汉市某心理咨询机构登记在册的 140 名失独老人作为研究对象，随机分为干预组和对照组。干预组实施团体心理辅导和健康教育，对照组仅给予健康教育。干预频率为 2 周 1 次，每次 2 小时，总时间为 6 个月。分别在干预前后对两组研究对象采用蒙特利尔认知评估基础量表（MoCA-B）评估其总体认知功能，听觉词汇学习测试（AVLT）评估记忆力，画钟试验（CDT）评估视空间能力，波士顿命名（BNT）评估语言能力，连线测试（STT）评估执行功能，数字广度测验（DST）评估注意力。此外采用简版 Lubben 社会网络量表、UCLA 孤独量表、简版老年抑郁量表（GDS-15）、匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）对社会网络、孤独感、抑郁水平和睡眠质量进行评估。采用 Epidata 软件录入数据并建立数据库，使用 SPSS26.0 进行统计分析，分析干预组和对照组的各项观察指标在干预前两组间的差异、干预前后组内的差异和干预后两组间的差异。

### 结果：

（1）基线资料分析结果显示，干预组与对照组在认知功能（总体认知功能、各认知分域功能）及其相关因素（社会网络、心理健康状况、生活方式）间的差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），表明干预组与对照组均衡可比。

（2）干预前后组内比较。

认知功能：干预后干预组的 MoCA-B、AVLT、BNT、DST 得分均显著高于干预前（ $P<0.05$ ），STT-A 用时显著低于干预前（ $P<0.05$ ）；对照组 MoCA-B、CDT、DST 得分和 STT-A、STT-B 的用时在干预前后的差异不显著（ $P>0.05$ ），AVLT、BNT 得分显著低于干预前（ $P<0.05$ ）。

认知功能相关因素：干预后干预组的朋友网络、社会网络得分显著高于干预前（ $P<0.05$ ），UCLA 孤独量表、GDS-15 和 PSQI 得分显著低于干预前（ $P<0.05$ ），

吸烟、饮酒干预前后差异不显著 ( $P>0.05$ ), 体育锻炼、智力活动在干预前后的差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 对照组的各观察指标在干预前后的差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

(3) 干预后两组的比较。

认知功能: 干预组的 MoCA-B、AVLT、BNT、DST 得分均显著高于对照组 ( $P<0.05$ ), STT-A 用时显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。

认知功能相关因素: 干预组的朋友网络、社会网络得分显著高于对照组 ( $P<0.05$ ), UCLA 孤独量表、GDS-15 和 PSQI 得分显著低于对照组 ( $P<0.05$ ), 吸烟、饮酒在两组间的差异不显著 ( $P>0.05$ ), 体育锻炼、智力活动在两组间差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

### 结论:

(1) 团体心理辅导可有效改善失独老人的总体认知功能。

(2) 团体心理辅导可有效改善失独老人包括记忆力、语言能力、执行功能和注意力在内的认知分域功能。

(3) 团体心理辅导对失独老人的认知功能相关因素(心理健康状况、社会网络、生活方式)也有积极影响。

**关键词:** 失独老人; 认知功能; 团体心理辅导; 认知干预

## Abstract

**Objective:** To explore the effect of group counseling in improving the cognitive function (general cognitive function, each cognitive domain function) and related factors (mental health, social network and lifestyle) of the older adults who lost their only child, so as to provide reference for the future cognitive intervention of the older adults who lost their only child.

**Methods:** Using G\*power3.1 software to calculate the sample size of this study, and according to the inclusion and exclusion criteria, 140 older adults who lost their only child registered in a psychological counseling institution in Wuhan were selected as the research objects and randomly divided into intervention group and control group. The intervention group carried out group counseling and health guidance, while the control group only gave health guidance. The intervention frequency was once 2 weeks, 2 hours each time, and the total time was 6 months. Before intervention and after intervention, Montreal cognitive assessment basic scale (MoCA-B) was used to evaluate the general cognitive function, auditory verbal learning test (AVLT) was used to evaluate memory, clock drawing test (CDT) was used to evaluate visuospatial ability, boston naming Test (BNT) was used to evaluate language ability, shape trails test (STT) was used to evaluate executive ability, and digit span test (DST) was used to evaluate attention. In addition, the Lubben social network scale-6, the UCLA loneliness scale, the geriatric depression scale-15 (GDS-15), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were used to evaluate social networks, loneliness, depression levels, and sleep quality. Use Epidata software to input data and establish a database, and use SPSS26.0 for statistical analysis. Analyze the differences in the observation indicators of the intervention group and the control group between the two groups before the intervention, the differences between the groups before and after the intervention, and the differences between the two groups after the intervention.

### Results:

(1) The results of baseline data analysis showed that there were no significant differences in cognitive function (general cognitive function, cognitive domain function) and related factors (social network, mental health, lifestyle) between the intervention

group and the control group ( $P>0.05$ ), indicating that the intervention group and the control group were balanced and comparable.

(2) Comparison within groups before and after intervention.

Cognitive function: After the intervention, the scores of MoCA-B, AVLT, BNT, and DST in the intervention group were significantly higher than those before the intervention, and the time spent on STT-A was significantly lower than before the intervention ( $P<0.05$ ); the control group MoCA-B, CDT, The DST score and the time spent on STT-A and STT-B were not significantly different before and after the intervention ( $P>0.05$ ), and the AVLT and BNT scores were significantly lower than before the intervention ( $P<0.05$ ).

Cognitive function related factors: After the intervention, the scores of friends network and social network in the intervention group were significantly higher than those before the intervention ( $P<0.05$ ), and the scores of UCLA Loneliness Scale, GDS-15 and PSQI were significantly lower than those before the intervention ( $P<0.05$ ). There was no significant difference between smoking and drinking before and after the intervention ( $P>0.05$ ), and the difference between physical exercise and intellectual activity before and after the intervention was statistically significant ( $P<0.05$ ); there was no significant difference in the observation indexes of the control group before and after the intervention ( $P>0.05$ ).

(3) Comparison of the two groups after the intervention.

Cognitive function: MoCA-B, AVLT, BNT, and DST scores of the intervention group were significantly higher than those of the control group, and STT-A was significantly lower than the control group ( $P<0.05$ ).

Cognitive function related factors: the scores of friend network and social network of the intervention group were significantly higher than those of the control group ( $P<0.05$ ), and the scores of UCLA Loneliness Scale, GDS-15 and PSQI were significantly lower than those of the control group ( $P<0.05$ ). Smoking and drinking were not significantly different between the two groups ( $P>0.05$ ), and there were statistically significant differences between the two groups in physical exercise and intellectual activity ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:**

(1) Group counseling can effectively improve the general cognitive function of the older adults who lost their only child.

(2) Group counseling can effectively improve the cognitive domain function of the older adults who lost their only child, including memory, language ability, executive function and attention.

(3) Group counseling also has a positive impact on cognitive function related factors (mental health, social network, lifestyle) of the older adults who lost their only child.

**Keywords:** The older adults who lost their only child; Cognitive function; Group counseling; Cognitive intervention



## 目 录

摘 要.....	I
ABSTRACT.....	III
第 1 章 前言.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究目的.....	3
1.3 研究意义.....	3
第 2 章 对象与方法.....	4
2.1 研究对象.....	4
2.1.1 样本量确定.....	4
2.1.2 纳入标准.....	4
2.1.3 排除标准.....	4
2.2 观察指标与测量工具.....	4
2.2.1 观察指标.....	4
2.2.2 测量工具.....	5
2.3 干预方法.....	7
2.3.1 准备阶段.....	7
2.3.2 干预内容.....	7
2.4 收集资料.....	11
2.5 质量控制.....	12
2.6 统计分析.....	12
第 3 章 结果.....	13
3.1 样本流失情况.....	13
3.2 研究对象基本情况比较.....	13
3.3 干预组与对照组基线期的比较.....	14
3.3.1 认知功能的比较.....	14
3.3.2 认知功能相关因素的比较.....	14
3.4 干预前后认知功能及相关因素的比较.....	16
3.4.1 干预前后认知功能的比较.....	16
3.4.2 干预前后认知功能相关因素的比较.....	17
3.5 干预后干预组与对照组的比较.....	20

## 武汉科技大学硕士学位论文

3.5.1 认知功能的比较 .....	20
3.5.2 认知功能相关因素的比较 .....	21
第 4 章 讨论 .....	23
4.1 团体心理辅导可改善失独老人的认知功能 .....	23
4.2 团体心理辅导可改善失独老人认知功能的相关因素 .....	24
4.2.1 团体心理辅导可改善失独老人的社会网络状况 .....	24
4.2.2 团体心理辅导可改善失独老人的心理健康状况 .....	25
4.2.3 团体心理辅导可改善失独老人的生活方式 .....	26
第 5 章 结论与展望 .....	28
5.1 结论 .....	28
5.2 不足及展望 .....	28
致 谢 .....	29
参考文献 .....	30
综述 .....	35
参考文献 .....	40
附录 1 攻读硕士学位期间发表的论文 .....	44
附录 2 攻读硕士学位期间参加的科研项目 .....	45
附录 3 失独老人调查问卷及相关量表 .....	46

## 第 1 章 前言

### 1.1 研究背景

从 1980 年到 2016 年 1 月 1 日前,我国实行了三十余年的独生子女政策,提倡一对夫妇生育一个子女,期间大规模的独生子女开始出生。同时也导致了一个特殊的群体-失独人群的产生。失独人群是指为了响应国家计划生育政策,只生育了一个孩子,但疾病或意外使他们失去独生子女且不再生育或领养孩子的群体。北京大学人口所教授穆光宗曾说过“独生子女家庭本质上是风险家庭<sup>[1]</sup>”。根据中国社会科学院发布的《中国老龄事业发展报告(2013)》显示,截止到 2012 年,我国至少有一百万个失独家庭,且以每年 7.6 万的速度持续增长<sup>[2]</sup>。预计到 2050 年,累积独生子女死亡总量将超过 1100 万,失独父母将超过 2200 万<sup>[3]</sup>。“失独”一旦发生,将给失独父母带来一系列的心理、躯体、经济、医疗和养老等问题。在个体层面上,失独是人生中最严重的负性事件之一,失独父母遭受着巨大的身心创伤<sup>[4]</sup>,经济创造能力下降,老无所养,老无所依。同时,由于受到中国传统文化的影响,失独父母或主动或被动地远离人群,减少社交,逐渐成为边缘群体,导致其处于社会断裂的风险之中<sup>[5-7]</sup>。群体层面上,失独父母认为自己是国家计划生育政策负面后果的承担者<sup>[8]</sup>,负面情绪严重,频繁地组织、参与不恰当的群集活动,不良情绪相互影响,给社会带来了不稳定因素<sup>[9]</sup>。因此,对失独人群开展研究,无论是对其个人还是对整个社会,都是必要且很有意义的。

“失独父母”步入老年后被称作“失独老人”,失独老人即指为响应国家计划生育政策只生育一个孩子,但因疾病或意外失去独生子女且不再生育或收养孩子的 60 岁及以上人群。随着老龄化的加剧,失独老人面临的困境愈发突显,主要包括四个方面:一是经历“失独”事件的打击后,长期生活在不良情绪中<sup>[10]</sup>,容易导致抑郁<sup>[11]</sup>、焦虑、失眠、孤独<sup>[12]</sup>、甚至自杀倾向<sup>[13]</sup>等;二是导致其社会隔离<sup>[14,15]</sup>,如生活态度消极,远离人群、自我封闭<sup>[16]</sup>等,三是吸烟、饮酒、缺乏锻炼等不良生活方式;四是疏于健康管理,直接或间接导致、加剧高血压、糖尿病、脑血管疾病等躯体疾病的发生发展<sup>[10]</sup>。然而无论是消极心理状态、社交隔离、不良生活方式还是躯体疾病都是阿尔茨海默病(Alzheimers disease, AD)的危险因素<sup>[17-19]</sup>,因此,失独老人具有较高的 AD 患病风险。

AD 是一种原发性神经退行性脑病,主要发生在老年期及老年前期,临床表现为记忆力、执行功能、视空间能力、语言能力和注意力等认知功能的不断恶化,日

常生活能力持续下降,并伴有各种神经、精神症状和行为障碍<sup>[20]</sup>。AD 形势严峻,研究表明目前中国的 AD 患者数量已居世界第一,其增长速度也是全球最快的国家之一<sup>[21]</sup>。有数据统计,目前我国约有 600 多万的 AD 患者,预计到 2050 年将会增长为 2000 万<sup>[22]</sup>。AD 已成为仅次于心血管疾病、脑血管疾病和恶性肿瘤以外,严重危害老年人生命的“第四大杀手”<sup>[23]</sup>。AD 一旦发生便不可逆转,且目前尚无有效的治疗药物,不仅给患者本人带来严重的身心问题,而且对整个家庭和社会都造成沉重的经济和护理负担<sup>[24]</sup>。AD 已成为当今时代最大的健康和社会挑战之一。

由于 AD 的发病机制非常复杂,目前临床上的治疗药物只能改善症状和延缓病情,至今尚未研发出能有效逆转病程的治疗药物,AD 的治疗策略逐渐向“一级预防”转移,即病前预防。因此非药物干预措施逐渐走进人们视野并得到广泛关注。研究表明人类的认知功能是可塑的<sup>[25,26]</sup>,认知干预对中枢神经系统机能的恢复、保持和强化具有重要作用,这可能是因为认知干预通过改善大脑关键区域的功能和神经网络的效率,从而改善了老年人的行为表现,进而对老年人的大脑功能产生积极影响<sup>[27]</sup>。目前已有大量研究显示非药物干预如认知康复<sup>[28]</sup>、认知训练<sup>[29]</sup>、认知刺激<sup>[30]</sup>和运动干预<sup>[31]</sup>等对老年人的认知功能具有改善作用,这些都提示适当的开展认知干预活动(如认知刺激等),可维持和改善老年人的认知功能,减缓其认知下降进程,从而减少 AD 的患病风险。

此外,有权威证据表明痴呆是可以预测、延缓甚至预防的。2017 年柳叶刀痴呆症预防、干预和护理委员会提出了九种潜在的可改变的痴呆危险因素(低教育程度、高血压、糖尿病、听力障碍、吸烟、肥胖、抑郁、缺乏运动锻炼和缺乏社会交往)<sup>[17]</sup>,并指出早期干预危险因素的方式可预防全球超过 1/3 的痴呆症的发生,强调“痴呆的照护首先是加强预防”<sup>[32]</sup>。2020 年 Livingston G 等人<sup>[33]</sup>提出的新的证据为痴呆增加了三个危险因素,分别是:饮酒过量、脑外伤和空气污染。这 12 种可干预的危险因素加起来约占全球痴呆的 40%,因此理论上痴呆是可以预防或延缓的,而且预防的可能性很高,尤其是在痴呆症患病率较高的低收入和中等收入国家(LMIC)。AD 是痴呆的主要类型,占有类型痴呆的 50%~75%<sup>[34]</sup>,因此,通过早期对老年人的心理、生活方式等认知功能相关因素进行干预能有效降低或延缓 AD 的发生。

**团体心理辅导(Group counseling):** 是以团体的形式提供心理援助的一种心理咨询与治疗的方式。通过团体内部的人际互动,个体可以在与团体其他成员的互动中观察、学习、体验,促使其对“自我”进行认识、探讨和接纳,调整并改善与他人的关系,学习乐观积极的生活态度与行为方式,从而帮助个体良好的适应生活<sup>[35]</sup>。团体心理辅导的活动形式灵活多样,内容丰富全面,便于实践,趣味性强,被广泛应用于教育领域、福利领域、医疗领域和司法领域等,其中在医疗领域的应用主要

集中于心理、精神类疾病的治疗。孙伟铭等人<sup>[36]</sup>将南昌市某社区的 100 名老年人随机分为干预组和对照组,干预组实施团体心理辅导,每 2 周干预一次,每次 1 个小时,对照组不采取干预措施,试验 3 个月后发现团体心理辅导对改善社区老年人的抑郁情绪效果显著。肖存利等人<sup>[37,38]</sup>采用随机分层整群抽样方法抽取北京市西城区 15 个街道 2342 名 60-80 岁的社区老年人,并将其随机分为 2 个组,干预组实施团体心理辅导,每月干预 1 次,一共 5 次,对照组不采取干预措施,结果发现团体心理干预能显著提高社区老年人的主观幸福感水平和生活质量。值得注意的是,另有一些研究发现团体心理辅导不仅可改善卒中患者的抑郁情绪和认知功能<sup>[39]</sup>,还可以有效改善社区空巢老人的认知功能<sup>[40]</sup>。此外,国外一些研究也表明如冥想、音乐疗法和艺术疗法<sup>[41,42]</sup>等团体心理干预可改善老年人的认知功能。这提示我们,团体心理辅导可能是改善 AD 高危人群-失独老人认知功能及相关因素的有效干预手段。然而,目前尚无研究探讨其在改善失独老人认知功能中的作用效果。因此本研究采用团体心理辅导的方法对失独老人进行干预,探究其对失独老人认知功能及相关因素的干预效果。

## 1.2 研究目的

目前,国内对失独老人的关注日益增加,政府出台各种扶助政策,社会组织也积极参与帮助,大部分学者对失独老人的研究重点放在医疗养老和心理抚慰上,而关于形式日渐严峻且影响巨大的阿尔茨海默病的研究却寥寥无几。因此,本研究选取 AD 的高危人群—失独老人作为研究对象,对其开展团体心理辅导,评价该干预方法对失独老人的认知功能及相关因素的干预效果,为失独老人今后的认知干预提供参考依据。

## 1.3 研究意义

随着近年来国家对失独老人的重视,各级政府和社会组织对失独老人展开大力帮扶。本研究旨在基于某心理咨询机构设计一套操作性强、适用于失独老人的认知干预方案,并展开实施,观察其应用效果,以期改善失独老人的认知功能,达到降低其 AD 的患病风险和提高晚年生活质量的目,同时建立完整的干预体系为今后失独老人的认知健康管理策略的制定提供参考依据。

## 第 2 章 对象与方法

### 2.1 研究对象

2020 年 6 月, 依托武汉市某心理咨询机构, 对其登记在册的两百余名失独老人进行招募, 从自愿参加 2020 年 7 月-12 月的干预研究的失独老人中随机选取 140 名研究对象, 并将其随机分为两个组, 其中干预组 70 人, 对照组 70 人。

#### 2.1.1 样本量确定

利用 G\*power3.1 软件, 选择均数检验 (t-test) 的分析方法, 设效应量  $d$  为 0.5, 显著性  $\alpha$  为 0.05, 检验效能 Power ( $1-\beta$ ) 为 0.8, 计算出的所需样本量共 128, 考虑到干预过程中研究对象可能有脱落的存在, 故样本总量确定为 140 人。

#### 2.1.2 纳入标准

- (1) 失去独生子女者;
- (2) 年龄 $\geq 60$  岁;
- (3) 情绪稳定, 意识清晰, 语言表达清晰者;
- (4) 日常生活能力基本正常者;
- (5) 自愿参与本研究并签订知情同意书者。

#### 2.1.3 排除标准

- (1) 已经确诊为有严重的认知功能障碍者;
- (2) 有严重的视力或听觉障碍无法正常交流者;
- (3) 行动障碍者。

### 2.2 观察指标与测量工具

#### 2.2.1 观察指标

根据本研究的研究目的以及研究对象和干预方法的特点, 进行大量文献阅读并结合心理学、流行病学专家的意见, 确定本研究的观察指标。将两组患者的总体认知功能和各认知分域功能 (记忆力、视空间能力、语言能力、执行功能和注意力)



作为主要结局指标,将社会网络、心理健康状况(孤独感、抑郁水平、睡眠质量)、生活方式(吸烟、饮酒、体育锻炼、智力活动)作为次要结局指标,于干预前、干预半年后进行评估。

## 2.2.2 测量工具

本研究的测量工具包括:《社会人口学资料调查表》、蒙特利尔认知评估基础量表、听觉词汇学习测试、画钟试验、波士顿命名、连线测试、数字广度测验、简版 Lubben 社会网络量表、UCLA 孤独量表、简版老年抑郁量表和匹兹堡睡眠质量指数量表。具体研究工具及内容如下:

(1) 问卷调查:自拟《社会人口学资料调查表》,主要包括研究对象的年龄、性别、文化程度、婚姻状况、居住状况、(退休前)职业性质、疾病既往史、现病史和其他生活方式等。

(2) 量表评估:

### ① 认知功能的评估

蒙特利尔认知评估基础量表(Montreal Cognitive Assessment-basic, MoCA-B):总体认知功能的评估。2014 年 Nasreddine 发表了 MoCA-B 量表,以适应发展中国家低教育水平老人的认知评估。上海复旦大学附属华山医院的郭起浩团队与其签署了中文版翻译协议,最终确定了中文版本。MoCA-B 量表共有 10 个部分组成,主要涉及对执行功能、记忆力、语言、定向、计算、抽象思维、视知觉和注意力等方面的测评,总分 30 分,测试时间约 15 分钟。MoCA-B 量表得分可结合文化程度用来判断认知功能障碍,小学及以下<19 分,中学<22 分,大学及以上<24 分,敏感性和特异性均较高<sup>[43]</sup>。

听觉词汇学习测试(Auditory verbal learning test, AVLT):记忆的评估。目前国内有四个版本,本研究采用的是华山医院版,共 12 个词:大衣、司机、海棠、木工、长裤、百合、头巾、腊梅、士兵、玉兰、律师和手套。这些词可分为 3 个种类,每类 4 个。整个测试包括 3 次即刻回忆,1 次短延迟回忆,1 次长延迟回忆,一次根据种类提示为线索的回忆,最后 1 次回忆是判断调查员读出的词语是否是之前学习的 12 个词。对老年人应用 AVLT,其内部一致性 Cranach's  $\alpha$  系数为 0.99, 3 个月后对其重测的信度系数为 0.87-0.94<sup>[44]</sup>。量表得分越高,则表示受试者记忆力越好。

画钟试验(Clock Drawing Task, CDT):视空间能力的评估。最常用的是自发画钟,要求受试者在指定的空白区域的纸上画出指针在“1 点 50 分”的钟面。评分方法很多,本研究采用总分 30 分的评分方法,得分越高,则表示受试者视空间能力越好。

波士顿命名测验 (Boston naming test, BNT): 语言的评估。BNT 得分受到教育水平、地区差异、语言背景等的影响, 因此不同研究的 BNT 版本的项目内容和数量有差异。本研究采用 BNT-30 项版本, 耗时约 10 分钟。得分越高, 则表示受试者语言能力越好。

连线测试 (Shape trails test, STT): 执行功能的评估。版本众多, 本研究采用的是复旦大学附属华山医院神经心理室的版本。将包含在圆形和正方形两种图形内的数字, 按顺序连接数字时两种图形要交替进行。本研究的连线测试包括 STT-A 和 STT-B 两部分, 其中后者难度更大, 耗时更长。完成测试的时间即为受试对象的成绩, 所用时间越短则提示受试对象的执行功能越好。

数字广度测验 (Digit span test, DST): 注意的评估。在测试者读出一组随机数字后, 要求被测试者以正确顺序顺背、倒背该组数字。DST 操作简便, 耗时少, 但测试者要注意阅读数字时应匀速, 否则容易产生“组块”策略记忆。得分越高, 则提示受试对象的注意力越好。

### ②心理卫生评估

UCLA 孤独量表 (UCLA Loneliness Scale): 本研究选用的是第三个版本。第三版是为非大学生的成年人设计的, 在对老年人的大规模调查中发现, 对 UCLA 各条项目的理解需要较高的阅读理解能力, 第三版就是为了解决这个问题而设计的。共 20 个条目, 包含 11 个“孤独”正序条目与 9 个“非孤独”反序条目, 总分范围为 20-80 分, 得分越高, 代表受试者孤独感越强。《心理卫生评定量表手册(增订版)》显示, 第三版 UCLA 孤独量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为: 大学生 0.94, 护士 0.94, 教师 0.89, 老人 0.89。

简版老年抑郁量表 (The Geriatric Depression Scale-15, GDS-15): 共 15 个条目, 描述了老年抑郁的核心症状, 具体包含: 情绪低落、兴趣减退、活动减少、易怒、退缩痛苦的想法, 对过去、现在和未来的负面评价。每个条目都是一个问句, 受试者需要回答“是”或“否”。分数越高, 代表受试者抑郁症状越严重。一般可采用以下标准:  $\leq 5$  分为正常;  $> 5$  分为有抑郁症状。应用于中国老年人群中的内部一致性 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.793, 间隔一周后重测的信度为 0.728, 信效度较好<sup>[45]</sup>。

匹兹堡睡眠质量指数量表 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI): 国内外的研究结果均表明 PSQI 的内部一致性较好, 再测信度和效度较好。PSQI 用于评价被试者最近 1 个月的睡眠质量, 共 18 个条目, 可划分为 7 个成分, 包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、使用催眠药物、日间功能障碍, 每个成分按 0-3 等级计分, 累积各成分得分为 PSQI 总分, 总分范围为 0-21, 得分越高, 表示睡眠质量越差。被试者完成该问卷需要 5-10 分钟。

### ③社交状态评估

简版 Lubben 社会网络量表(Lubben social network scale-6,LSNS-6): 由 Lubben 等人开发和修订,用于评估老年受试者的社会交往频率和强度,主要从亲人和朋友两个维度进行评价,共 6 个项目,每个项目得分为 0-5 分,总分越低,代表社会网络状况越差,社交网络不足的界值为 $\leq 12$  分。总量表及亲人、朋友分量表 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.83、0.90 和 0.95<sup>[46]</sup>。

## 2.3 干预方法

首先在武汉市某心理咨询机构通过电话联系到每位患者以及其亲属,告知研究的目的及意义,取得合作。广泛参考国内外文献中所采用的认知功能干预方案,结合失独老人生理、心理特点,并与心理学、神经病学及流行病学专家多次探讨后,形成本次研究的具体干预方案,包括干预时间、干预地点,干预人员和干预内容(每次干预的主题和方式、干预目标)等。

将研究对象随机分为两个组,每组 70 人,其中一组为干预组,实施团体心理辅导和健康教育,另一组为对照组,仅实施健康教育。干预频率为 1 次/2 周,每次时长 2 小时。本研究的干预总时长为 6 个月,6 个月后分别对两个组重测相关量表。

### 2.3.1 准备阶段

(1) 成立团体心理辅导小组: 国家一级心理咨询师 1 名,助手 2 名,神经内科医生 2 名,流行病学专家 1 名,志愿者 6 名(武汉科技大学医学院脑科学先进技术研究学院研究生)。团队成员共 12 人,主要参与失独老人干预方案的设计和干预活动的组织和实施。每次干预活动至少由 1 名专业心理咨询师、1 名助手和 2 名志愿者共同完成。

(2) 前期宣传: 在干预前,邀请神经内科医生制作脑健康小手册和短视频对失独老人进行健康教育,宣传认知功能障碍及阿尔茨海默病的相关知识,包括疾病危害、临床表现、诊断方法等,使失独老人认识到阿尔茨海默病的危害,引起重视,积极参与到干预研究中。

### 2.3.2 干预内容

#### (一) 健康教育

本研究的健康教育是定期为研究对象提供健康教育资料,以文字形式为主。考虑到这 140 名失独老人都在使用智能手机,因此健康教育采用微信推送文章的方式。

干预初期,邀请神经内科医生为研究对象录制一段阿尔茨海默病相关知识的小视频,包括疾病危害、临床表现及预防措施等,微信推送给研究对象。后可定期推送与认知健康相关的其他慢性疾病、生活方式、心理健康等方面的文章,使研究对象了解阿尔茨海默病的相关因素,积极采取防控措施以预防阿尔茨海默病的发生。健康教育内容包括:

(1) 老年痴呆的预防。老年痴呆可通过早期干预进行防止,除年龄、性别、遗传因素等不可控外,慢性病、抑郁、社交隔离、体育锻炼等因素是可进行干预的。

(2) 慢病管理。定期参与体检,对于慢性病做到早发现、早诊断、早治疗;严格执行医嘱用药,定期监测血压、血糖值。

(3) 膳食营养。食物种类多样化;提倡食用足够的全谷物;坚持每天喝牛奶或食用奶制品;少吃红肉,尽量选择禽类和鱼虾贝类;多吃蔬菜、水果、坚果和豆类;饮食清淡,少油、少盐、少糖。

(4) 保证睡眠。早睡早起,每天保证 6-8 小时睡眠;如有睡眠障碍,应主动寻求医生帮助,积极纠正睡眠障碍。

(5) 戒烟、限酒。吸烟饮酒与心脑血管疾病相关,为了身体健康,建议老年人戒烟限酒,可循序渐进、逐渐减少吸烟、饮酒量,直至完全戒掉。

(6) 坚持运动。老年人可根据自身情况,适度参与运动,选择中等强度的有氧运动(如打太极拳、慢跑、散步等)、健脑运动(如深呼吸、手指操等)。每周至少 5 次,每次 30-60 分钟。

(7) 智力活动。老年人可根据自身兴趣,适度参与智力活动,如下棋打牌、读书看报、书法绘画等,以保持大脑的活跃。

(8) 保持乐观。保持积极乐观的心态,调整社会角色,坦然面对老年生活,寻找生活的乐趣,培养新的兴趣爱好,保持适当的人际交往。



图 1 健康教育示意图

## （二）团体心理辅导

通过查阅文献及与专家沟通，将本次研究的心理干预方法确定为团体心理辅导的干预方法。通过心理游戏活动、艺术活动等团体活动来纠正失独老人不良认知、情绪和行为，专注当下，享受当下，丰富失独老人精神世界，帮助失独老人重获幸福感，改善认知功能，从而加强对现有环境的适应能力，提高晚年生活质量。

团体心理辅导方案：方案设计由方案说明、整体计划、单元计划三部分组成。

### （1）方案说明

1	团体名称	焐心前行
2	团体目标	注重成员的身心的自我发展；帮助成员充实生活知识和能力并建立正向行为；改善成员的生活方式、心理状况和认知功能水平。
3	团体性质	结构式、发展性
4	团体对象	失独老人
5	团体规模	70 人
6	团体地点	武汉市某心理咨询机构
7	活动频率	1 次/2 周
8	领导者	国家一级心理咨询师(周某：国家资深心理咨询师、国家一级家庭教育指导师、湖北省心理咨询师协会常务理事)
9	招募方式	自愿报名，说明团体目的、征询参加动机后决定

（2）整体计划：为每次活动的单元计划，详细说明了单元名称、单元目标、活动内容、所需材料等。下表为 12 个单元的整体计划。

	单元名称	单元目标	活动内容	所需材料
1	知你知我	互相认识，引发兴趣，共同制定团体规范	①最佳搭档； ②滚雪球； ③青蛙跳水； ④建立团体规范；	彩色三角形或正方形、海报纸；水彩笔、A4 纸
2	挖掘我的特质	增进成员间的凝聚力 让成员认识自己所拥有的特质 让成员了解特质对自己的影响 让成员了解自己在他人眼中的	①诺亚方舟 ②我就是我 ③健康讲座：预防老年痴呆	海报纸、水彩笔、A4 纸、话筒

### 武汉科技大学硕士学位论文

3	同舟共济	培养团体意识； 鼓励互相信任	①信任之旅 ②突围闯关 ③雨点变奏曲 ④手机 APP 使用	手帕或纱巾 每人 1 条、话筒
4	众志成城	认识合作的重要，增进团体的气氛	①建高塔； ②人山人海； ③手工课:玻璃灯	画报纸、胶带剪刀、报纸
5	五彩心情	帮助成员认识了解情绪，并学会接纳、管理情绪	①情绪脸谱 ②情绪知多少 ③手工课:插花	A4 纸、彩笔、鲜花、剪刀、包装盒
6	相亲相爱	学习接纳他人，互相欣赏，学习合作共事	①独特的我； ②优点轰炸； ③手工:端午香包	海报纸、图画纸、油画棒、图钉
7	调一调心灵的弦	帮助成员缓解压力	①合唱:歌唱祖国 ②冥想 ③户外游:植物园	A4 纸、冥想音乐、扩音器
8	认识自我	了解自己、理解他人，体会团体的力量	①自画像； ②情景表演； ③讲座:中医养生	画纸、油画棒或水彩笔、话筒
9	天生我才	学习接纳、欣赏自己和他人，增强自信	①优点轰炸； ②手语歌； ③手工:香薰蜡烛	中性笔、A4 纸、歌曲、蜜蜡、灯芯等
10	我的生命旅程	协助成员回顾过去 协助成员呈现自己的生命故事 协助成员分享自己对未来的期待	①记忆大考验 ②我的生命旅程 ③心愿清单 ④陶艺手工课	画纸、油画棒或水彩笔、话筒、陶土
11	明天会更好	整理收获，帮助成员自信乐观地面对未来	①写给自己的一封信 ②生日会 ③合唱：相亲相爱	信封、卡片、白纸、音乐、生日蛋糕



## 武汉科技大学硕士学位论文

12	心花朵朵开	协助成员回忆团体的经验 协助成员彼此回馈 协助成员对团体做具体的评价	①赞美花絮 ②我的心花 ③庆祝新年	画纸、水彩笔、新年礼包
----	-------	--	-------------------------	-------------

(3) 单元计划：详细介绍每个单元的具体团体活动内容及时间，下表为第一个单元的团体活动安排。

活动名称	活动内容	时间
最佳搭档	团体成员进入时，自由抽取裁剪好的彩色纸，成员必须在团体内找到与自己同色且形状相匹配的另一半，找到后两人自由交谈 5 分钟，相互认识。	15 分钟
滚雪球	他者介绍、连环介绍	20 分钟
青蛙跳水	顺时针方向每个成员轮流说：“一只青蛙一张嘴，两只眼睛，四条腿，扑通一声，跳下水”，“两只青蛙——”如此层层叠加数字，直至某成员出错。	30 分钟
建立团体规范	通过团体讨论，制定团体契约、口号	25 分钟

理论基础：团体活动也称习作、练习、技术、游戏、实验等，是指领导者为了达到特定目标而开展的活动。伊德雅各布斯(EdE. Jacobs)等人认为使用团体活动有七大理由：①增加舒适水平；②提供给领导者有用的信息；③引起讨论和建立焦点；④转移焦点；⑤深化主题；⑥提供经验性学习的机会；⑦提供乐趣和放松感。成员通过团体活动有所思考、有所体验、有所思考，从而起到促进团体达到成效的作用。这些活动，可以是纸笔活动、运动活动、接触活动、绘画活动、阅读活动、艺术和手工活动、心理剧、故事分享、手语歌等。

## 2.4 收集资料

在征得同意的基础上，将这 140 名研究对象分不同批次依次召集到武汉某心理咨询机构，由经过统一培训的调查员完成资料收集工作。首先，调查人员作统一说明后，老年人签署《知情同意书》，然后调查人员对研究对象进行一对一调查，调查内容包括《社会人口学资料调查表》、蒙特利尔认知评估基础量表、听觉词汇学习测试、画钟试验、波士顿命名、连线测试、数字广度测验、简版 Lubben 社会网络量表、UCLA 孤独量表、简版老年抑郁量表和匹兹堡睡眠质量指数量表。

在干预 6 个月结束后调查员再次采用相关量表对研究对象的认知功能（总体认知功能和各认知分域功能）及相关因素（社会网络、心理健康状况和生活方式）四个方面进行评估。考虑到研究对象可能视力、听力不太好，因此所有调查问题均由调查员口述，且要求调查场所环境相对安静，避免带来干扰，影响测量结果。

## 2.5 质量控制

（1）本课题的干预方案的制定是在具有丰富理论知识的流行病学专家和心理学专家的悉心指导下完成的。

（2）对调查员进行统一培训，制定一套统一规范的问卷调查指导用语用于调查，避免调查过程中因为调查员的语言表述原因带来的偏倚。

（3）做好每次干预活动的记录：时间、地点、主题、参与人员。

（4）经过检查后的问卷通过 Epidata 双人平行录入确保数据准确可靠。

## 2.6 统计分析

使用 SPSS26.0 软件进行分析，若计量资料服从正态分布用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{X}\pm s$ ）描述，不服从正态分布则用中位数（四分位数间距） $[M(P_{25}, P_{75})]$ 描述；计数资料用频数和百分比(n,%)描述。

（1）若计量资料服从正态分布，采用两独立样本 t 检验来比较干预组和对照组的差异，用配对样本 t 检验比较干预组、对照组在干预前后的变化。

（2）若计量资料不服从正态分布，则采用 Mann-Whitney U 检验比较干预组和对照组的差异，用 Wilcoxon signed ranks 检验比较干预组、对照组在干预前后的变化。

（3）计数资料的组间比较用卡方检验。

## 第3章 结果

### 3.1 样本流失情况

本研究地点位于武汉市某家心理咨询机构,选取其中的失独老人 140 例,随机将其分为干预组和对照组两组,每一组为 70 例。由于本研究的干预方案是经过专家团队设计,且每次团体活动都充分考虑到失独老人的情绪、心理等实际情况而讨论确定的,科学性、趣味性和可行性强,满足了失独老人对精神、心理的需求,因此研究对象的活动参与积极性高,依从性较好,无样本流失情况发生。

### 3.2 研究对象基本情况比较

本研究纳入的研究对象共 140 例,其中干预组 70 例,对照组 70 例。对两组研究对象的年龄进行正态性检验后,采用两独立样本  $t$  检验分析,其性别、文化程度、居住状况、退休前工作性质等分类资料用卡方检验,分析发现干预组与对照组在这些变量间的差异均没有统计学意义 ( $P>0.05$ ),表示干预组和对照组的研究对象均衡可比。见表 3.1。

表 3.1 干预组和对照组的基本情况资料的比较

变量名称	干预组 (n=70)	对照组 (n=70)	$\chi^2/t$	$P$ 值
性别				
男	26 (37.1%)	22 (31.4%)	0.507	0.476
女	44 (62.9%)	48 (68.6%)		
年龄	66.17±5.96	64.89±6.29	-1.241	0.217
文化程度				
小学及文盲	5 (7.1%)	10 (14.3%)	2.476	0.290
中学	53 (75.7%)	52 (74.3%)		
大学及以上	12 (17.1%)	8 (11.4%)		
居住状况				
独居	18 (25.7%)	15 (21.4%)	0.357	0.550
非独居	52 (74.3%)	55 (78.6%)		
退休前工作性质				
脑力	25 (35.7%)	29 (41.4%)	0.501	0.778
体力	29 (41.4%)	27 (38.6%)		
脑力+体力	16 (22.9%)	14 (20.0%)		

高血压				
有	33 (47.1%)	31 (44.3%)	0.115	0.734
无	37 (52.9%)	39 (55.7%)		
糖尿病				
有	21 (30.0%)	19 (27.1%)	0.140	0.708
无	49 (70.0%)	21 (30.0%)		

注：\*表示  $P<0.05$ 。

### 3.3 干预组与对照组基线期的比较

#### 3.3.1 认知功能的比较

对两组基线期的 MOCA-B 得分和各认知分域得分（用时）进行正态性检验，发现两组数据满足或近似满足正态分布，进行两独立样本  $t$  检验，比较干预前两组有无差异。结果显示干预组和对照组在 MOCA-B、AVLT、CDT、BNT、DST 得分和 STT-A、STT-B 用时（秒）间的差异不显著（ $P>0.05$ ）。结果见表 3.2。

表 3.2 干预组与对照组基线期认知功能的比较

	干预组	对照组	$t$ 值	$P$ 值
MoCA-B 得分	22.89±3.91	23.43±3.66	-0.850	0.397
AVLT 得分	57.26±15.33	55.91±13.76	0.545	0.586
CDT 得分	22.59±4.53	22.75±5.01	-0.212	0.832
BNT 得分	24.04±3.31	23.79±3.53	0.444	0.657
STT-A 用时（秒）	81.51±20.57	80.11±22.34	0.386	0.700
STT-B 用时（秒）	157.71±25.91	156.01±31.99	0.345	0.730
DST 得分	14.96±4.05	13.80±4.34	1.630	0.105

注：\*表示  $P<0.05$ 。

#### 3.3.2 认知功能相关因素的比较

##### 3.3.2.1 社会网络的比较

社会网络得分是亲人网络和朋友网络得分之和。经正态性检验发现亲人网络、朋友网络及社会网络得分均不满足正态分布，用 Mann-Whitney U 检验比较基线期干预组和对照组分别在亲人网络、朋友网络和社会网络间的差异。结果显示，干预前，干预组和对照组在亲人网络、朋友网络及社会网络得分的差异均没有统计学意

义 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.3。

表 3.3 干预组与对照组基线期社会网络的比较

	干预组	对照组	Z 值	P 值
亲人网络	4.00 (3.00,7.25)	5.00 (3.00,7.00)	-0.113	0.910
朋友网络	3.00 (2.00,7.00)	4.00 (2.00,6.00)	-0.804	0.422
社会网络	8.00 (6.00,13.00)	8.50 (6.00,12.25)	-0.741	0.459

注: \*表示  $P<0.05$ 。

### 3.3.2.2 心理健康状况的比较

对干预组和对照组两组基线期的孤独、抑郁、睡眠得分进行正态性检验,结果显示两组数据不满足正态分布,进行 Mann-Whitney U 检验,比较干预前两组有无差异。结果显示干预组和对照组的 UCLA 孤独量表、GDS-15、PSQI 得分的差异不显著 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.4。

表 3.4 干预组与对照组基线期心理健康状况的比较

	干预组	对照组	Z 值	P 值
UCLA 孤独量表得分	65.00 (56.75,67.25)	63.00 (55.00,67.00)	-0.686	0.492
GDS-15 得分	4.00 (3.00,6.00)	4.00 (2.00,6.00)	-0.269	0.788
PSQI 得分	11.00 (8.00,15.00)	10.00 (8.00,13.00)	-0.575	0.565

注: \*表示  $P<0.05$ 。

### 3.3.2.3 生活方式的比较

对干预组和对照组基线期的吸烟、饮酒、体育锻炼、智力活动的数据进行卡方检验来比较差异。结果显示,干预前,干预组和对照组在吸烟、饮酒、体育锻炼、智力活动方面的差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.5。

表 3.5 干预组与对照组基线期生活方式比较

	干预组	对照组	$\chi^2$	P 值
吸烟				
是	19 (27.14%)	21 (30.0%)	0.140	0.708
否	51 (72.86%)	49 (70.0%)		
饮酒				
是	16 (22.86%)	14 (20.0%)	0.170	0.680

否	54 (77.14%)	56 (80.0%)		
体育锻炼				
是	43 (61.43%)	47 (67.14%)	0.498	0.480
否	27 (38.57%)	23 (32.86%)		
智力活动				
是	31 (44.29%)	35 (50.0%)	0.459	0.498
否	39 (55.71%)	35 (50.0%)		

注：\*表示  $P<0.05$ 。

### 3.4 干预前后认知功能及相关因素的比较

#### 3.4.1 干预前后认知功能的比较

##### 3.4.1.1 干预组

将干预组 70 例研究对象在的干预前后的 MOCA-B 得及其各认知分域得分（用时）首先进行正态性检验后，发现两组数据满足或近似满足正态分布，选用配对样本  $t$  检验，比较其在干预前后有无差异。分析结果显示，干预组干预后的 MOCA-B 得分高于干预前，差异显著（ $P<0.05$ ）。另外对各认知分域的情况进行分析，显示干预组在干预后的 AVLT、BNT、DST 得分显著高于干预前，STT-A 用时（秒）显著低于干预前（ $P<0.05$ ）。CDT 得分和 STT-B 用时（秒）在干预前后的差异不显著（ $P>0.05$ ）。结果见表 3.6。

表 3.6 干预组干预前后认知功能的比较

	干预前	干预后	$t$ 值	$P$ 值
MoCA-B 得分	22.89±3.91	24.52±3.23	6.872	<0.001*
AVLT 得分	57.26±15.33	59.84±13.59	3.955	<0.001*
CDT 得分	22.59±4.53	22.80±4.03	1.809	0.075
BNT 得分	24.04±3.31	25.93±3.09	8.440	<0.001*
STT-A 用时（秒）	81.51±20.57	73.46±18.88	-16.719	<0.001*
STT-B 用时（秒）	157.71±25.91	157.26±25.03	-1.419	0.160
DST 得分	14.96±4.05	16.30±3.95	7.575	<0.001*

注：\*表示  $P<0.05$ 。

##### 3.4.1.2 对照组

将对照组 70 例研究对象在干预前后的 MOCA-B 得分及其各认知分域得分（用



时)进行正态性检验后,发现两组数据满足或近似满足正态分布,选用配对样本  $t$  检验,比较干预前后有无差异。结果显示干预后对照组的 AVLT、BNT 得分显著低于干预前,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); MOCA-B、CDT、DST 得分和 STT-A、STT-B 用时(秒)在干预前后的差异没有统计学意义 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.7。

表 3.7 对照组干预前后认知功能的比较

	干预前	干预后	$t$ 值	$P$ 值
MoCA-B 得分	23.43±3.66	23.31±3.45	-1.653	0.103
AVLT 得分	55.91±13.76	54.20±13.77	-3.906	<0.001*
CDT 得分	22.75±5.01	22.64±5.18	-0.575	0.567
BNT 得分	23.79±3.53	23.30±3.65	-3.529	0.001*
STT-A 用时(秒)	80.11±22.35	81.19±15.92	1.286	0.203
STT-B 用时(秒)	156.01±31.99	156.84±32.16	0.612	0.542
DST 得分	13.80±4.34	13.59±3.82	-0.741	0.461

注: \*表示  $P<0.05$ 。

### 3.4.2 干预前后认知功能相关因素的比较

#### 3.4.2.1 干预前后社会网络的比较

##### (1) 干预组

将干预组 70 例成员干预前后的亲人网络、朋友网络及社会网络得分进行正态性检验后,发现不满足正态分布,选用 Wilcoxon signed ranks 检验,比较干预前后有无差异,结果显示干预后干预组的朋友网络和社会网络得分显著高于干预前 ( $P<0.05$ ),而亲人网络得分在干预前后差异没有统计学意义 ( $P>0.05$ ),结果见表 3.8。

表 3.8 干预组干预前后社会网络的比较

	干预前	干预后	$Z$ 值	$P$ 值
亲人网络	4.00 (3.00,7.25)	4.00 (3.00,7.25)	-1.072	0.284
朋友网络	3.00 (2.00,7.00)	7.00 (5.00,9.00)	-5.254	<0.001*
社会网络	8.00 (6.00,13.00)	12.00 (8.00,15.00)	-5.305	<0.001*

注: \*表示  $P<0.05$ 。

## (2) 对照组

将对照组 70 例成员干预前后的亲人网络、朋友网络及社会网络得分进行正态性检验后,发现不满足正态分布,选用 Wilcoxon signed ranks 检验,比较干预前后有无差异,结果显示对照组亲人网络、朋友网络及社会网络得分在干预前后差异不显著 ( $P>0.05$ ),结果见表 3.9。

表 3.9 对照组干预前后社会网络的比较

	干预前	干预后	Z 值	P 值
亲人网络	5.00 (3.00,7.00)	4.50 (3.00,7.00)	-1.239	0.216
朋友网络	4.00 (2.00,6.00)	3.00 (1.75,7.00)	-1.208	0.227
社会网络	8.50 (6.00,12.25)	8.00 (5.00,12.00)	-1.843	0.065

注: \*表示  $P<0.05$ 。

### 3.4.2.2 干预前后心理健康状况的比较

#### (1) 干预组

将干预组 70 例成员干预前后的孤独、抑郁、睡眠得分进行正态性检验后,发现不满足正态分布,选用 Wilcoxon signed ranks 检验,比较干预前后有无差异,结果显示干预后干预组的 UCLA 孤独量表、GDS-15、PSQI 得分低于干预前,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结果见表 3.10。

表 3.10 干预组在干预前后心理健康状况的比较

	干预前	干预后	Z 值	P 值
UCLA 孤独量表得分	65.00 (56.75,67.25)	61.00 (54.00,64.00)	-6.618	$<0.001^*$
GDS-15 得分	4.00 (3.00,6.00)	3.00 (2.00,4.25)	-3.732	$<0.001^*$
PSQI 得分	11.00 (8.00,15.00)	9.00 (7.00,11.25)	-5.558	$<0.001^*$

注: \*表示  $P<0.05$ 。

#### (2) 对照组

将对照组 70 例成员干预前后的孤独、抑郁、睡眠得分进行正态性检验后,发现不满足正态分布,选用 Wilcoxon signed ranks 检验,比较干预前后有无差异,结果显示干预前后对照组的 UCLA 孤独量表、GDS-15、PSQI 得分的差异没有统计学意义 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.11。

表 3.11 对照组在干预前后心理健康状况的比较

	干预前	干预后	Z 值	P 值
UCLA 孤独量表得分	63.00 (55.00,67.00)	63.00 (55.75,67.25)	-1.839	0.066
GDS-15 得分	4.00 (2.00,6.00)	4.00 (2.00,6.00)	-0.728	0.467
PSQI 得分	10.00 (8.00,13.00)	11.00 (8.00,13.00)	-1.386	0.166

注：\*表示  $P<0.05$ 。

### 3.4.2.3 干预前后生活方式的比较

#### (1) 干预组

对干预组在干预前后分别得到的吸烟、饮酒、体育锻炼、智力活动两组数据进行卡方检验，结果显示，干预组的吸烟、饮酒情况在干预前后的差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，体育锻炼、智力活动在干预前后的差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结果见表 3.12。

表 3.12 干预组干预前后生活方式的比较

	干预前	干预后	$\chi^2$	P 值
吸烟				
是	19 (27.14%)	17 (24.29%)	0.150	0.699
否	51 (72.86%)	53 (75.71%)		
饮酒				
是	16 (22.86%)	14 (20.0%)	0.170	0.680
否	54 (77.14%)	56 (80.0%)		
体育锻炼				
是	43 (61.43%)	60 (85.71%)	10.617	0.001*
否	27 (38.57%)	10 (14.29%)		
智力活动				
是	31 (44.29%)	54 (77.14%)	15.842	<0.001*
否	39 (55.71%)	16 (22.86%)		

注：\*表示  $P<0.05$ 。

#### (2) 对照组

将对照组在干预前后分别得到的吸烟、饮酒、体育锻炼和智力活动两组数据进行卡方检验，结果显示，对照组的吸烟、饮酒、体育锻炼和智力活动情况在干预前后的差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )。结果见表 3.13。

表 3.13 对照组干预前后生活方式的比较

	干预前	干预后	$\chi^2$	P 值
吸烟				
是	21 (30.0%)	18 (25.71%)	0.320	0.572
否	49 (70.0%)	52 (74.29%)		
饮酒				
是	14 (20.0%)	13 (18.57%)	0.046	0.830
否	56 (80.0%)	57 (81.43%)		
体育锻炼				
是	47 (67.14%)	49 (70.0%)	0.133	0.716
否	23 (32.86%)	21 (30.0%)		
智力活动				
是	35 (50.0%)	38 (54.29%)	0.258	0.612
否	35 (50.0%)	32 (45.71%)		

注：\*表示  $P<0.05$ 。

## 3.5 干预后干预组与对照组的比较

### 3.5.1 认知功能的比较

对两组干预后的 MOCA-B 得分和各认知域得分（用时）进行正态性检验，发现两组数据满足或近似满足正态分布，进行两独立样本 t 检验，比较干预后两组有无差异。分析结果显示，干预后干预组的 MOCA-B、AVLT、BNT、DST 得分高于对照组，STT-A 用时（秒）低于对照组，且差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。CDT 得分和 STT-B 用时（秒）在两组间的差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）。结果见表 3.14。

表 3.14 干预组与对照组干预后认知功能的比较

	干预组	对照组	t 值	P 值
MoCA-B 得分	24.52±3.23	23.31±3.45	2.150	0.033*
AVLT 得分	59.84±13.59	54.20±13.77	2.441	0.016*
CDT 得分	22.80±4.03	22.64±5.18	0.200	0.842
BNT 得分	25.93±3.09	23.30±3.65	4.594	<0.001*
STT-A 用时（秒）	73.46±18.88	81.19±15.92	-2.618	0.010*
STT-B 用时（秒）	157.26±25.03	156.84±32.16	0.085	0.932
DST 得分	16.30±3.95	13.59±3.82	4.129	<0.001*

注：\*表示  $P<0.05$ 。

### 3.5.2 认知功能相关因素的比较

#### 3.5.2.1 社会网络的比较

亲人网络、朋友网络及社会网络得分均不满足正态分布,用 Mann-Whitney U 检验比较干预后的干预组和对照组分别在亲人网络、朋友网络和社会网络间的差异。结果显示,干预后,干预组和对照组在亲人网络得分间的差异没有统计学意义 ( $P>0.05$ ),在朋友网络及社会网络得分间的差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结果见表 3.15。

表 3.15 干预组与对照组干预后社会网络的比较

	干预组	对照组	Z 值	P 值
亲人网络	4.00 (3.00,7.25)	4.50 (3.00,7.00)	-0.220	0.826
朋友网络	7.00 (5.00,9.00)	3.00 (1.75,7.00)	-4.683	<0.001*
社会网络	12.00 (8.00,15.00)	8.00 (5.00,12.00)	-3.416	0.001*

注: \*表示  $P<0.05$ 。

#### 3.5.2.2 心理健康状况的比较

对干预组和对照组两组干预后的孤独、抑郁和睡眠得分进行正态性检验,结果显示两组数据不满足正态分布,进行 Mann-Whitney U 检验,比较干预后两组有无差异,结果发现干预组的 UCLA 孤独量表、GDS-15、PSQI 得分小于对照组,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结果见表 3.16。

表 3.16 干预组与对照组在干预后心理健康状况的比较

	干预组	对照组	Z 值	P 值
UCLA 孤独量表得分	61.00 (54.00,64.00)	63.00 (55.75,67.25)	-2.333	0.020*
GDS-15 得分	3.00 (2.00,4.25)	4.00 (2.00,6.00)	-2.222	0.026*
PSQI 得分	9.00 (7.00,11.25)	11.00 (8.00,13.00)	-2.043	0.041*

注: \*表示  $P<0.05$ 。

#### 3.5.2.3 生活方式的比较

对干预后干预组和对照组的吸烟、饮酒、体育锻炼、智力活动的两组数据进行卡方检验来比较差异。结果显示,干预后,干预组和对照组在吸烟、饮酒方面的差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ ),而在体育锻炼、智力活动方面的差异具有统计学意

义 ( $P<0.05$ )。结果见表 3.17。

表 3.17 干预组与对照组干预后生活方式的比较

	干预组	对照组	$\chi^2$	$P$ 值
吸烟				
是	17 (24.29%)	18 (25.71%)	0.038	0.845
否	53 (75.71%)	52 (74.29%)		
饮酒				
是	14 (20.0%)	13 (18.57%)	0.046	0.830
否	56 (80.0%)	57 (81.43%)		
体育锻炼				
是	60 (85.71%)	49 (70.0%)	5.013	0.025*
否	10 (14.29%)	21 (30.0%)		
智力活动				
是	54 (77.14%)	38 (54.29%)	8.116	0.004*
否	16 (22.86%)	32 (45.71%)		

注：\*表示  $P<0.05$ 。



## 第 4 章 讨论

### 4.1 团体心理辅导可改善失独老人的认知功能

本研究中,干预组与对照组人口学资料、基线期的 MoCA-B 和各认知分域得分经过统计分析具有同质性,两组具有可比性。团体心理辅导结束后,与对照组相比,干预组的总体认知功能及认知分域功能(记忆力、语言能力、注意力、执行功能)得到显著提升,且比干预前也有所提升。提示 6 个月的团体心理辅导活动能显著改善失独老人的认知功能状况。然而,视空间能力和难度稍大的执行功能(B)没有得到改善,这可能是由于相关功能的训练强度不够或者干预总时长较短导致的。

本研究结果与其他研究结果一致。隆春玲等人<sup>[40]</sup>采用方便抽样的方法,选取北京市西城区多个社区 60 岁及以上的 179 名空巢老人为研究对象,按随机数字表法将其分为干预组和对照组。干预组进行团体心理辅导,每周实施 1 次,每次 60 分钟,共持续 12 个月,对照组不进行任何干预,结果显示团体心理辅导可以显著改善社区空巢老人的认知功能及多个认知分域功能(定向力、注意力、计算能力、语言能力)。值得注意的是,团体心理辅导不仅可以改善认知正常的老年人的认知功能,还能改善 AD 患者的认知功能。李倩等人<sup>[47]</sup>选取 73 例轻度 AD 患者,将其随机分为两个组,其中对照组 36 人,观察组 37 人。实验组实施团体怀旧疗法干预,对照组进行常规护理,每月干预 2 次,每次 90 分钟,共 6 次。研究结果发现对轻度 AD 患者采用团体怀旧疗法护理可显著改善患者的认知功能,并提高其生活质量。

认知功能之所以能被改善,其原因可能是由于人的大脑具有可塑性,即在脑损伤或环境发生变化时,大脑所具有的结构和功能发生相应变化的能力,它既受遗传基因等先天因素的调控,也受运动、学习、感觉刺激(如光、听觉和物理因素等)等后天因素的影响<sup>[48]</sup>。可塑性不仅存在于人类视觉、听觉和躯体感觉皮层,甚至同样存在于像语言能力、记忆力、运动技能等高级认知领域<sup>[26]</sup>。因而能够用干预措施来恢复和发展研究对象的认知能力,使得其感受器接收一系列神经冲动,从而促使大脑得到发展,使丧失的认知能力得到恢复。

团体心理辅导过程中开展的团体活动内容丰富,形式多样,包括纸笔活动、沟通联系、美术与工艺活动、娱乐性活动等。老年人在参加这些活动的过程中不仅需要动脑和动手,保持一定程度地专注思考和快速反应,同时也需要眼、手、脑三者的快速协调与配合,这对于锻炼老年人的记忆力、专注力、反应速度及肢体的配合

能力有积极作用<sup>[49]</sup>。同时,这些活动通过声音、颜色、动画音效、物体结构等反复的刺激,促使老年人大脑中更多的脑区被激活、参与活动,进而增加大脑的信息输入,使大脑各部分协同合作,提升注意力、记忆力和执行功能等,从而改善老年人的认知功能和行为表现<sup>[40]</sup>。Zhao J 等人<sup>[50]</sup>将 93 名 MCI 老年人随机分为干预组和对照组,干预组除了接受常规干预外,还接受了创意表达疗法(团体心理辅导的一种,涉及语言、图形、线条、数字和颜色等的表达),对照组仅接受常规干预,结果发现创意表达疗法对认知功能的影响显著大于常规干预,特别是在改善记忆力、执行功能方面。本研究通过让失独老人进行互动游戏、纸笔练习等以强化记忆力,训练注意力;通过陶艺课、插花和剪纸等手工创意制作来训练手指的灵活性,刺激脑细胞以增强视空间能力、执行功能及定向力;通过心理游戏、智力趣味活动和文娱活动等,愉悦老年人的心情,活跃老年人的思维,提升老年人的理解能力、表达及交流能力。这些团体活动提高了失独老人的认知功能,降低了 AD 的患病风险并促进老年人晚年生活的更好发展。

## 4.2 团体心理辅导可改善失独老人认知功能的相关因素

### 4.2.1 团体心理辅导可改善失独老人的社会网络状况

当今时代,老年人已成为社会隔离的高危人群。一方面,老年人因为退休,其社交圈和社会活动范围大大缩小,另一方面,随着年龄的增加,人体各方面机能出现不同程度的衰退,腿脚不便、视听受损等客观因素也限制了老年人的社会交往。而失独老人的社会隔离情况更加严重,由于经历失去孩子的重创,心理和精神状况都发生了巨大变化,更容易封闭自我,出现社交退缩与回避。为了避免触景生情、想起逝去孩子的伤痛,失独老人往往会远离从前熟悉的地方,而为了避免别人同情和怜悯的眼光,他们也会躲避亲朋好友<sup>[51]</sup>。除了躲避原先的社交圈,他们也不愿意重新发展新的朋友圈,因为在正常家庭中孩子是永远的话题,但却是他们最不愿提及的伤痛,发展新的朋友意味着不仅要揭开自己的伤疤,也要承受别人异样的眼光和对待。逢年过节,宁愿去外地旅游或者躲在家中也不愿与亲朋好友一起过节,因为看到其他完整家庭阖家幸福的场景,会使他们想起自己的孩子<sup>[16]</sup>。另外,受我国传统封建思想的影响,失独老人被贴上“不吉利”、“克子”等污名化标签,尤其是在节假日,更是忌讳与之来往,这种社会歧视导致失独老人逐渐被社会边缘化。种种原因,使得失独老人选择远离原先熟悉的一切,拒绝重建社交网络,一步步造成社会隔离。

本研究显示,在团体心理辅导结束后,相比于对照组,干预组的亲人网络状况

虽然没有显著改善,但朋友网络状况得到明显提升,且对比干预前也提升显著。这表明团体心理辅导对失独老人的社会网络有改善作用。团体心理辅导创造了一个与现实生活相似的场景,为参与者创造了社会互动的机会。通过练习、示范、模仿和训练等方法,可以促进参与者更有效的生活,并达到改善人际关系、提高社交能力的目的<sup>[52]</sup>。失独老人的团体心理辅导是基于成员的同质性建立起来的,他们具有相似的丧子事件和相同的悲伤痛苦,失独者认为只有与自己相似经历的父母才能相互理解,与他们在一起才能“抱团取暖”,彻底释放悲痛。团体创造了一个失独老人共同认同和稳固的环境,在这个团体中大家可以真正地做到互相理解和互相支持,通过开展各种内容形式的团体活动,并且在领导者的有效指导下一起解决现实生活中遇到的一些困境,并且通过这些活动强化团体凝聚力从而潜移默化地对失独老人进行认知重构和人格重塑,转移消极的应激反应,利用积极的社会参与更新丢失的资源,建立广泛的社会联系<sup>[53]</sup>。

针对社会支持面狭窄,缺乏倾诉的问题,通过开展“最佳搭档”、“滚雪球”、“优点轰炸”等团体活动,引导失独老人打开心扉,提升主动社交意愿,开拓团体内其他成员的客观支持力量,从而将主客观支持的力量转化为可利用的社会支持系统。通过开展大合唱、诗朗诵、手工制作等丰富多彩的团体活动,帮助失独老人在活动中及时调整心态,主动转变生活重心,积极对外拓展人际交往范围,丰富社交圈子,创造良好的社会支持环境和氛围,建立和拓展广阔的社会支持网络。针对不会使用智能手机带来的生活不便,通过开展智能手机常用 APP(如微信、淘宝、地图和抖音等)的培训,不仅可以拓展社交方式,扩大社交范围,更满足了“互联网时代”日常生活及娱乐的需求,避免与社会“脱节”。

#### 4.2.2 团体心理辅导可改善失独老人的心理健康状况

在经历失子重创后,失独老人普遍存在抑郁、焦虑、恐惧、丧失感和孤独感等不良情绪,其中抑郁和孤独感是其核心表现。孤独感是当事人自身感到和外界隔绝或受到外界排斥所产生的情感体验,这是心理封闭的一种表现。失独老人的孤独感表现有主动回避和逃离,他们在集体活动中常常不合群,想接近却又害怕接近,对社会和周围人群存在一种下意识的排斥心理,他们主动缩小自己的社会交往范围,与社会相“隔离”。长期而严重的孤独体验会引发一些情绪障碍,影响心理健康水平,从而形成“孤独-逃避-孤独加重”的恶性循环<sup>[54]</sup>。此外,失独作为一个高应激事件,会显著增加失独者的抑郁情绪。王安妮等人<sup>[55]</sup>的研究发现有 65.6%的失独者存在严重而持久的情绪低落、兴趣减退、思维迟缓等抑郁情绪,严重的常常感到无用、无助和无望,更甚至会产生自杀倾向。因此,对失独人群开展社会援助,除物质上的

补贴外,更重要的是为他们提供有效的精神慰藉和关怀,帮助他们摆脱痛苦、孤独感和抑郁情绪,重新融入社会,感受到生活的温暖和充实,提升生活质量。

本研究显示,团体心理辅导结束后,干预组的孤独感、抑郁水平、睡眠质量得到有效改善,且相比于对照组也改善显著。这表明团体心理辅导对失独老人的心理健康状况有改善作用。团体心理辅导是在团体情境下进行的一种心理辅导形式,能使成员改变不良认知、情绪,改善人际关系,学习新的行为方式。杭荣华等人<sup>[56]</sup>采用抑郁自评量表对 207 名失独老人进行问卷调查,将 48 名中度抑郁患者(SDS 评分 63-72 分)随机分为 3 个组,分别是面对面咨询组(面询组)、网络咨询组(网询组)和对照组,每组 16 人。面询组和网询组进行心理辅导,每周 1 次,共 10 周。三个组在干预前后均进行了 SDS 和孤独感量表(UCLA)测评。结果发现面对面的团体心理辅导能显著减轻失独者的抑郁症状和孤独感,帮助他们释放悲伤。程淑英等人<sup>[57]</sup>将 60 例抑郁症患者随机分为实验组和对照组,两组均给予药物治疗,其中实验组增加团体心理干预,每周 1 次,每次 90 分钟,共 8 周。采用汉密尔顿抑郁量表、UCLA 孤独量表和生活满意度指数评价干预效果,结果显示团体心理干预能显著改善患者的抑郁症状和孤独感,提高生活满意度。

目前失眠已成为全球普遍的公共健康问题,据国外数据统计,每 10 人中就有 1 人失眠,每年因睡眠问题造成的经济损失高达数千亿美元。而在我国有失眠问题的人群比例更是高达 36.1%,并且这一数字还在不断增加,国民失眠现象越来越严重<sup>[58]</sup>。失独老人由于心理因素的影响,睡眠问题尤为突出。而睡眠不足会增加焦虑、抑郁和认知功能障碍的风险,严重影响人体生命健康。对失眠的治疗除了传统的药物治疗外,近年来非药物手段备受关注,其中心理疗法被认为是改善失眠的有效手段,如正念减压法(团体心理辅导)就有研究发现可显著改善乳腺癌患者的失眠状况<sup>[59]</sup>和新冠肺炎疫情期间民众的睡眠质量<sup>[60]</sup>。

团体心理辅导的活动形式多样,极大丰富了失独老人的精神世界,潜移默化地影响他们的认知行为,促使他们重新融入社会,大大减轻了失独老人的抑郁情绪、孤独感,并改善了他们的睡眠质量。

#### 4.2.3 团体心理辅导可改善失独老人的生活方式

生活方式是指人们由于不断的练习或者重复而形成的满足自身生活需要的行为方式,不良的生活方式则是指一种长期形成的对人体健康有害的行为习惯<sup>[61]</sup>。一项纳入了 17302 名中国老年人的调查发现<sup>[62]</sup>,老年人群中的吸烟、过度饮酒和缺乏运动的比例分别为 27.46%、7.23%和 44.06%。失独老人由于没有子女,其家庭结构一般较为单一,原来具有的自我认同、家庭认同和社会认同完全遭到破坏。在敌对、

焦虑、抑郁、强迫以及其它一系列心理问题的不断冲击下，失独老人原有的日常生活和生活方式容易被打乱<sup>[63]</sup>。骆薇等人<sup>[64]</sup>对 130 名失独老人和 80 名非失独老人的生活方式进行了调查，其研究结果显示，失独老人的生活方式自评量表得分明显低于非失独老人，且差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。同时，失独老人在吸烟、饮酒以及体育锻炼等生活习惯方面要比非失独老人差。

慢性病是危害老年人健康最主要的原因。慢性病由于其病因复杂、发病过程隐匿、病程较长的特点，当患者发现和治疗时病情一般都已进行到中晚期。慢性病的发生主要是长期的不良生活方式导致的，因此改变不良生活方式，控制行为风险是防止和延缓慢性病发生发展从而提升老年生活质量最为经济有效的方法<sup>[65]</sup>。有研究表明，通过改变慢性病高危人群的不良生活方式，增加体育锻炼等，80%左右的高血压、糖尿病以及冠心病等可以被有效预防<sup>[66]</sup>。任佳焱等人<sup>[67]</sup>的调查研究发现，66.2%的农村失独老人患有慢性病，高于全国老年人的慢性病患率。目前的研究多关注失独老人的心理问题，针对失独老人的干预研究中涉及生活方式的相对较少。一项针对 50 名失独老人的研究<sup>[68]</sup>表明，在进行积极心理学的心理干预（团体心理辅导的一种）后，失独老人的健康促进生活方式量表（HPLP）得分明显高于干预前，且差异具有统计学意义。本研究的结果显示，在进行团体心理辅导后，干预组与对照组在吸烟和饮酒方面的差异并不具有统计学意义；而干预组失独老人的体育锻炼和智力活动习惯要优于对照组，且差异有统计学意义。这表明团体心理辅导能够在一定程度上改善失独老人的生活方式。其原因可能是在进行团体心理辅导的过程中，开展的活动涉及到身体锻炼和脑力锻炼，且活动的趣味性强，引起了失独老人的关注，使得其在自己的日常生活中自觉进行类似活动。虽然在团体心理辅导的过程中对失独老人进行了限烟、限酒等方面的健康指导，失独老人也了解到相关知识，但失独老人并未形成信念并以此指导其自身的实际行动。

## 第5章 结论与展望

### 5.1 结论

综上所述,对失独老人进行早期团体心理辅导不仅可以直接改善总体认知功能及各认知分域功能(记忆力、语言能力、执行功能、注意力),还能改善认知功能相关因素(不良心理状态、狭窄的社交网络和不良生活方式等),这对AD的早期防控意义重大。对于失独老人而言,团体给他们构建了一个新的社会支持系统,成员之间在一起活动就为他们提供了强有力的心理支持,对减轻失独老人心理和社会负担具有重要意义。同时本研究也为今后开展失独老人早期认知功能干预,降低AD患病风险提供重要指导依据。另外,从经济角度出发,团体心理辅导的干预方式在目前心理从业者不足、个体辅导费用较高和老年人群身心健康不容乐观的情况下,更显示出其优势-以少对多、经济高效,非常适合推广。

### 5.2 不足及展望

不足:(1)本研究参与的失独老人均来自城市社区,样本异质性需进一步增强;(2)参与本研究的失独老人性别不够均衡,女性多于男性;(3)第二次的资料收集为干预结束后的即时测量,没有对干预后间隔一段时间的中长期效果进行测评。

展望:(1)团体心理辅导对认知功能的影响是否存在中介变量或调节变量的影响;(2)不同干预时长和频率是否会影响干预效果;(3)团体心理辅导是否同样适用于农村失独老人等。这些问题都有待于在今后的研究中扩大样本、优化干预方法和统计分析方法后进一步探索验证。

## 致 谢

时光飞逝，转眼间三年的研究生生涯就此结束，心中感慨良多。在武汉科技大学有欢乐有泪水，每一个经历都弥足珍贵。回首过往，三年求学生涯实属不易，接受过太多人的帮助。

首先我要感谢我的导师—刘丹副教授。研究生期间不仅在学业上给予我最无私的指导，在生活中更是给我家人的温暖。尤其是写毕业论文期间，因为生病的缘故，耽误了论文的写作，刘丹副教授给予了我很多帮助。同时感谢曾燕教授、程桂荣副教授、许浪副教授，为我的课题顺利开展付出了很多心血。同时特别感谢脑科学院这个大家庭对我提供的帮助，感谢本课题组的张波、甘旭光、吴玉莲、邹明君、李琳和陈聪等给与我学业上和生活中的帮助。祝脑科学院在曾老师的带领下取得更辉煌的成绩。

感谢我的室友邸丽华、胡雅丽和邓彦给我带来的温暖和欢乐。

感谢对本课题提供大力支持的武汉市弘智心理咨询中心，尤其感谢周菁老师在本课题从设计到实施过程中提供的帮助，感谢李佺和李媛师姐对本课题的全力支持，没有你们的帮助，我的课题不会如此顺利。

最后我要感谢我的父母，感谢你们多年来一如既往地无条件支持我、理解我、关爱我，你们是最温暖的港湾和最坚强的后盾，让我有勇气面对生活中的挫折，对未来充满希望。

## 参考文献

- [1] 穆光宗. 独生子女家庭本质上是风险家庭 [J]. 中国企业家, 2014, (9): 26-26.
- [2] 吴玉韶. 中国老龄事业发展报告 [M]. 社会科学文献出版社, 2013.
- [3] 王广州. 独生子女死亡总量及变化趋势研究 [J]. 中国人口科学, 2013, (1): 57-65.
- [4] 张雯, 王安妮, 姚抒予, 等. 失独者抑郁症状的分布特征及与心理弹性的关系 [J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(8): 612-617.
- [5] 方曙光. 社会断裂与社会支持:失独老人社会关系的重建 [J]. 人口与发展, 2013, 19(05): 89-94+109.
- [6] 刘明明, 刘天俐, 汪昕宇, 等. 基于社交网络行为分析的失独用户微博使用调查:追思、维权、抱团取暖 [J]. 人口与发展, 2019, 25(02): 57-63.
- [7] 荣超, 许才明, 郑丽杰, 等. 生物-心理-社会医学模式下失独老人医养结合型养老模式构建 [J]. 中国老年学, 2018, 38(20): 5070-5072.
- [8] Zheng Y, Lawson T R. Identity reconstruction as shiduers: Narratives from Chinese older adults who lost their only child [J]. International Journal of Social Welfare, 2014, 24(4): 399-406.
- [9] 王耀强. 失独家庭的集体行动风险研究 [D]. 武汉: 华中师范大学, 2016.
- [10] Yin Q, Shang Z, Zhou N, et al. An investigation of physical and mental health consequences among Chinese parents who lost their only child [J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 45.
- [11] Wang Z, Yang H, Zheng P, et al. Life negative events and depressive symptoms: the China longitudinal ageing social survey [J]. BMC Public Health, 2020, 20(1): 968.
- [12] Zhong B L, Chen S L, Tu X, et al. Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey [J]. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2017, 72(1): 120-128.
- [13] 张静, 刘正奎, 马珠江, 等. 失独父母创伤后应激障碍症状及相关因素 [J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(01): 21-26.
- [14] 王媛媛, 姚菊琴, 何国平. 失独老人社区护理研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(15): 3865-3867.
- [15] 王艳红, 黄菲芸, 郑媛, 等. 黑龙江省大庆市社区老年人社会隔离与认知功



- 能关联的研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2017, 38(4): 472-477.
- [16] 姚抒予, 张静平. 积极心理学视野下促进失独老人心理健康的研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(5): 1261-1263.
- [17] Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care [J]. Lancet, 2017, 390(10113): 2673-2734.
- [18] Iadecola C, Gottesman R F. Neurovascular and Cognitive Dysfunction in Hypertension [J]. Circ Res, 2019, 124(7): 1025-1044.
- [19] Jia L, Du Y, Chu L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study [J]. Lancet Public Health, 2020, 5(12): e661-e671.
- [20] 成璐, 许迅. 通过视网膜形态功能改变探索阿尔茨海默病的早期诊断 [J]. 中华医学杂志, 2016, 000(7): 482-484.
- [21] 杨宁. 基于支持张量机算法和 T1-Weighted MRI 的阿尔兹海默症诊断方法研究 [D]. 广州: 南方医科大学, 2017.
- [22] 贾建平, 侯婷婷. 阿尔茨海默病发病机制及治疗进展 [J]. 中华医学杂志, 2018, (29): 2351-2356.
- [23] 张嘉会, 王恩浩, 袁天力, 等. PP2A 功能障碍在阿尔茨海默症中的作用研究 [J]. 毒理学杂志, 2018, 32(03): 236-241.
- [24] Jia J, Wei C, Chen S, et al. The cost of Alzheimer's disease in China and re-estimation of costs worldwide [J]. Alzheimers Dement, 2018, 14(4): 483-491.
- [25] Otte A. The plasticity of the brain [J]. Eur J Nucl Med, 2001, 28(3): 263-265.
- [26] Ball K, Berch D B, Helmers K F, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial [J]. Jama, 2002, 288(18): 2271-2281.
- [27] 董新秀, 石义容, 胡慧. 轻度认知损害病人认知干预研究进展 [J]. 护理研究, 2016, 30(2): 144-146.
- [28] Brueggen K, Kasper E, Ochmann S, et al. Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial [J]. J Alzheimers Dis, 2017, 57(4): 1315-1324.
- [29] Peng Z, Jiang H, Wang X, et al. The Efficacy of Cognitive Training for Elderly Chinese Individuals with Mild Cognitive Impairment [J]. Biomed Res Int, 2019, 19(4): 1-10.
- [30] 罗玉茹, 牟光容, 代凤玲, 等. 认知刺激疗法对老年痴呆患者干预效果的

- Meta 分析 [J]. 重庆医学, 2018, 47(31): 69-74.
- [31] 刘东祺, 李荣梅, 张美琪, 等. 有氧运动干预老年轻度认知功能障碍的 Meta 分析 [J]. 中国组织工程研究, 2019, 23(35): 67-69.
- [32] Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, et al. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data [J]. Lancet Glob Health, 2019, 7(5): e596-e603.
- [33] Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission [J]. Lancet, 2020, 396(10248): 413-446.
- [34] Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment [J]. Clin Geriatr Med, 2014, 30(3): 421-442.
- [35] 刘勇. 团体心理辅导与训练 [M]. 团体心理辅导与训练, 2007.
- [36] 孙伟铭, 袁也丰, 卢和丽, 等. 社区老年人抑郁情绪的心理干预示范性研究 [J]. 中国全科医学, 2014, (20): 2308-2311.
- [37] 肖存利, 李硕, 谢朝辉, 等. 心理干预对社区老年人主观幸福感的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(7): 1923-1924.
- [38] 肖存利, 李硕, 陈博, 等. 心理干预对社区老年人生活质量的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2013, 16(14): 1276-1278.
- [39] 王夏红, 宋景贵, 穆俊林, 等. 心理干预对脑卒中患者抑郁状态及认知功能的影响 [J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(011): 778-779.
- [40] 隆春玲, 贺美玲, 范磊, 等. 团体心理辅导对社区空巢老人认知能力的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(07): 942-945.
- [41] Mahendran R, Gandhi M, Moorakonda R B, et al. Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care [J]. Trials, 2018, 19(1): 615.
- [42] Innes K E, Selfe T K, Khalsa D S, et al. Meditation and Music Improve Memory and Cognitive Function in Adults with Subjective Cognitive Decline: A Pilot Randomized Controlled Trial [J]. J Alzheimers Dis, 2017, 56(3): 899-916.
- [43] Chen K L, Xu Y, Chu A Q, et al. Validation of the Chinese Version of Montreal Cognitive Assessment Basic for Screening Mild Cognitive Impairment [J]. J Am Geriatr Soc, 2016, 64(12): e285-e290.

- [44] 郭起浩, 吕传真, 洪震. 听觉词语记忆测验在中国老人中的试用分析 [J]. 中国心理卫生杂志, 2001, 15(1): 13-15.
- [45] 唐丹. 简版老年抑郁量表(GDS-15)在中国老年人中的使用 [J]. 中国临床心理学杂志, 2013, (03): 402-405.
- [46] Chang Q, Sha F, Chan C H, et al. Validation of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale ("LSNS-6") and its associations with suicidality among older adults in China [J]. PLoS One, 2018, 13(8): e0201612.
- [47] 李倩, 胡书江, 刘晓丽. 团体怀旧疗法对轻度阿尔茨海默病患者认知能力及生活质量的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(02): 162-165.
- [48] 刘凤兰, 王曙红, 冯晓敏, 等. 轻度认知功能障碍与认知干预研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(7): 1535-1535.
- [49] 徐卓亚, 宋清华. 长期集体智力类体育活动对老年人认知功能及日常情绪的影响 [J]. 中国老年学杂志, v.39(15): 3693-3696.
- [50] Zhao J, Li H, Lin R, et al. Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial [J]. Clin Interv Aging, 2018, 13:1313-1320.
- [51] 姚抒予, 张雯, 罗媛慧, 等. 志愿组织对失独老人心理行为问题的促进作用评价 [J]. 中国老年学, 2016, 36(020): 5196-5198.
- [52] 张永红. 团体心理辅导 : Group counseling [M]. 西南师范大学出版社, 2014.
- [53] 苏娟娟. 社会关系对失独群体情绪状态的影响分析 [J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2015, (1): 59-56.
- [54] 陈筠, 杭荣华. 失独者的孤独感现状及其影响因素 [J]. 辽宁医学院学报: 社会科学版, 2016, (14): 78-80.
- [55] 王安妮, 张雯, 郭玉芳, 等. 失独者抑郁的心理弹性多因素作用模型 [J]. 中南大学学报: 医学版, 2021, 46(1): 75-83.
- [56] 杭荣华, 陶金花, 吴明飞, 等. 心理咨询对失独者抑郁症状和孤独感的疗效观察 [J]. 中国临床心理学杂志, 2015, 23(2): 369-371.
- [57] 程淑英, 刘伟, 张海岚, 等. 集体心理干预对老年抑郁症患者孤独感及生活质量的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2014, (18): 5242-5243.
- [58] 蔡梦骞, 崔妙玲. 正念冥想调节失眠的研究现状及分析 [J]. 华西医学, 2021, 36(1): 1-5.
- [59] 梁间芳, 钟春惠, 黄惠. 正念减压疗法对乳腺癌情绪失眠患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(21): 20-22.

- [60] 李卫红, 刘典英. 正念减压对新冠疫情下普通民众情绪和睡眠的干预效果研究 [J]. 江西医药, 2020, 55(7): 824-825.
- [61] 魏红, 包维为, 赵璧. 老年人生活方式与慢性疾病患病状况的相关分析 [J]. 解放军护理杂志, 2016, 32(21): 59-61.
- [62] Ding L, Liang Y, Tan E C K, et al. Smoking, heavy drinking, physical inactivity, and obesity among middle-aged and older adults in China: cross-sectional findings from the baseline survey of CHARLS 2011-2012 [J]. BMC Public Health, 2020, 20(1): 1062.
- [63] 方曙光. 社会支持理论视域下失独老人的社会生活重建 [J]. 国家行政学院学报, 2013, (4): 104-108.
- [64] 骆薇. 失独老人生活方式与心理健康状况调查分析 [J]. 医药前沿, 2017, 007(022): 375-376.
- [65] Nyberg S T, Singh-Manoux A, Pentti J, et al. Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases [J]. JAMA Intern Med, 2020, 180(5): 760-768.
- [66] 张勇, 白雅敏, 邵月琴, 等. 新千年发展目标框架下的全球慢性病防控政策的回顾与建议 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2016, 24(8): 629-632.
- [67] 任佳焱, 许倩, 金王靓, 等. 农村失独老人养老状况研究——基于浙江三个地级市的调查 [J]. 云南农业大学学报(社会科学版), 2015, 9(6): 25-30.
- [68] 刘晓柳, 熊彦娥, 余桂林, 等. 积极心理学视角下改善失独老人心理健康状况的研究 [J]. 重庆医学, 2020, 49(12): 2009-2012.

## 综 述

### 失独老人认知功能干预方法的探索

20 世纪 80 年代我国实施计划生育政策, 提倡每一个家庭只生育一个孩子, 然而一旦孩子出现意外, 这些父母不得不面临毁灭性打击。失独老人即指为响应国家政策只生育一个孩子, 但因疾病或意外失去独生子女且不再生育或收养孩子的 60 岁及以上人群。由于遭受丧子的打击, 失独老人易出现心理疾病、生理疾病和社交隔离等问题, 而这些因素又会导致其认知功能的减退甚至发展为阿尔茨海默病。因此, 对失独老人认知功能的干预研究显得尤为重要。本文将从阿尔茨海默病的形势、失独老人认知干预的必要性及认知干预方法三方面进行综述, 以期失独老人 AD 的预防提供科学依据。

#### 一、阿尔茨海默病的形势

痴呆(dementia)是一种以获得性认知功能损害为核心, 并导致患者日常生活能力、学习能力、工作能力和社会交往能力明显下降的综合征<sup>[1]</sup>。根据《2018 年世界阿尔茨海默病报告》, 全球有 5000 万人患有痴呆症, 预计到 2050 年将达到 1.52 亿<sup>[2]</sup>。阿尔茨海默病(Alzheimers disease, AD)是痴呆的主要类型, 占有类型痴呆的 50%~75%<sup>[3]</sup>。AD 一旦发生则不可逆转, 且目前尚无特效治疗药物, 给社会和家庭带来沉重的经济、护理负担<sup>[4]</sup>。据估算 2015 年全球 AD 的总社会经济成本为 9575.6 亿美元, 预计到 2030 年将达到 2.54 万亿美元, 到 2050 年更高达 9.12 万亿美元<sup>[5]</sup>。其社会成本几乎相当于癌症、冠心病和脑中风成本的总和<sup>[6]</sup>。AD 已成为 21 世纪全球最主要的公共卫生问题之一。轻度认知功能障碍(mild cognitive impairment, MCI)是介于正常衰老和 AD 的一个中间状态<sup>[7]</sup>。研究发现每年约有 10%-12%的 MCI 转化为临床 AD, 而认知正常的老年人群中每年仅有 1%-2%发展为 AD<sup>[8]</sup>。因此 MCI 被认为处于早期干预的最佳时期<sup>[9]</sup>, 如果能在 MCI 阶段或更早时期进行认知干预, 对延缓认知功能下降, 减少 AD 患病风险具有重要意义。

#### 二、失独老人认知功能干预的必要性

对于失独父母而言, 失去独生子女通常意味着失去了后半生的希望, 不仅承受着巨大的丧子悲伤, 更会对家族的终结感到极度绝望和不堪重负(特别是那些不能

再怀孕的)<sup>[10]</sup>，他们极易出现创伤后应激障碍综合征（PTSD）和抑郁症状<sup>[11-13]</sup>。有研究显示，失独老人更容易患冠心病、肿瘤、精神疾病等<sup>[14, 15]</sup>，这些疾病的发生与失去独生子女带来的长期心理痛苦密切相关。从长期来看，失去独生子女意味着失去了医疗和养老的主要照护者、承担者，不仅导致其安全感低，更严重影响失独老人的晚年生活质量。此外，研究发现大多数失独老人害怕与他人交流，内心更为脆弱和敏感<sup>[16]</sup>，因为他们害怕在聊天过程中被非失独老年人问及子女的问题，生活中遇到困难也不愿麻烦别人，常常感觉孤立无援。另一方面，失独老人主动回避曾经和子女一起去过的地方，如商场、公园等，甚至避免再与子女生前的朋友见面，这种选择是基于他们因为害怕触景生情而选择的自我保护，但却造成了失独老人的社交局限，导致其社交能力的减退和社会支持系统的破坏<sup>[17, 18]</sup>。

在实行了几十年的独生子女政策之后，失独已经成为中国社会的一个普遍现象。失独老人由于其特殊的遭遇，导致其长期受到心理、生理疾病和社交隔离等的影响<sup>[19]</sup>，而这些因素的影响又会导致其认知功能减退的加剧。因此，失独老人是认知功能障碍的高危人群。近年来，政府已经意识到为失独老人提供援助的重要性，不仅提供财政补贴，还充分鼓励社区、社会组织发挥作用，形成多方帮扶，多方保障的防护网。然而，关于失独老人为数不多的研究多集中于失独老人数量增长、养老困境及对策、心理问题及救助、立法等方面，很少有研究关注失独老人的认知功能。鉴于此，对失独老人的认知功能进行干预研究是很有必要的，这对降低失独老人 AD 的患病风险、提高晚年生活质量至关重要。

### 三、认知干预方法

#### 1. 药物干预

目前尚无能治愈阿尔茨海默病或者有效逆转其疾病进程的特效药，现有的药物治疗只能减轻症状和延缓病情发展。在痴呆治疗中，应用较多的是乙酰胆碱酯酶抑制剂（AChEI）、N-甲基-D-门冬氨酸(NMDA)。乙酰胆碱酯酶抑制剂主要用于提高脑内乙酰胆碱的水平，加强突触传递，可短暂改善患者的认知功能，N-甲基-D-门冬氨酸用于中重度阿尔茨海默病的治疗。其他可能减轻病情的方法包括抗炎药物、雌激素替代疗法和抗氧化治疗等。同时，鉴于中国传统医学的博大精深，针灸、汤剂等也被应用于治疗老年痴呆<sup>[20]</sup>。根据循证医学的证据显示，目前尚无有效的药物能治疗认知功能障碍患者，尤其是在长期疗效方面。因此，非药物认知干预在全球范围内受到越来越广泛的关注。

## 2. 非药物干预

认知干预方法主要有 3 类<sup>[8, 21]</sup>：（1）认知训练（Cognitive Training, CT）是基于修复的机制，通过重复训练标准化的任务从而提高某特定认知分域功能的认知干预方法，如执行功能、记忆力、语言能力、视空间能力、注意力等。近年来认知训练的概念越来越广泛，如增加了认知策略的教学(如视觉图像、自我暗示、间隔检索策略等)，这些都有利于发挥协同作用，从而最大化地提高认知功能。尽管有研究显示<sup>[22]</sup>结构化的认知训练不能明显改善轻中度痴呆患者的认知功能，不过已有研究报道了其对于 MCI 患者的有效性。大量研究显示<sup>[23]</sup>，对 MCI 患者进行认知训练能够有效改善其总体认知功能，而且对情景记忆、语义记忆、视觉空间能力、执行功能和注意力等客观评价指标及记忆自评、抑郁情绪、日常生活能力和生活质量等主观评价指标方面的改善有积极作用。（2）认知刺激（Cognitive Stimulation, CS）是基于代偿的机制，以非特异性的方式，通过参与社会团体活动提高参与者的认知功能和社会功能的一种综合性的干预方法，主要以讨论、辩论等方式进行，也包括现实定向、活动和游戏等。其讨论的主题多选用有现实意义而又有争议的话题如环境污染、共享单车等，其活动和游戏可以是手工制作、成语接龙和数字迷宫等趣味性智力活动。这些方式多样的认知刺激活动包含了视觉和听觉等多种感官的刺激，能够使受试者的注意力、记忆力和社交能力变得更加活跃，因此其认知功能得以改善而不至于恶化。国际阿尔茨海默病协会基于循证医学研究结果，在 2011 年全球阿尔茨海默病报告<sup>[22]</sup>中提议将认知刺激纳入到痴呆症早期干预的常规方案。（3）认知康复（Cognitive Rehabilitation, CR）是基于修复和代偿机制，旨在提高患者的日常生活能力而不是认知功能方面的表现，由认知治疗师、患者及其家人三者一起制定基于这一主旨的个体化的目标和达到目标的具体策略方法。这种代偿任务主要是让患者通过学习和重复练习并利用外部支持、语言指导和行为示范，掌握相关代偿技术并应用到相应的情景中去，如学习如何上网，如何使用手机、日历或者思维导图来组织和记忆重要的信息等。长期的认知康复可以延缓 MCI 患者发展为痴呆的进程，其原因主要是认知康复对认知功能、功能性能力和行为症状提供了综合一致的刺激，这些刺激能对 MCI 患者的认知功能和抑郁情绪产生长期积极的影响。

其他非药物干预包括运动干预、饮食干预、心理干预等。运动干预被普遍认为是预防和延缓老年人认知功能下降的有效干预手段。大量研究表明<sup>[24, 25]</sup>有氧运动，阻力训练，多成分训练和太极拳等干预措施均能显著改善老年人的认知功能，推荐每次 45-60 分钟的至少中等强度的持续运动，对提升老年人的认知功能有积极影响。饮食干预比较推崇的是地中海饮食，研究表明<sup>[26, 27]</sup>以全谷物、坚果、蔬菜、水果、

豆类、橄榄油和香料为主要构成的地中海饮食可改善老年人的认知功能，延缓认知障碍和痴呆的发展速度。心理干预形式多样，研究表明<sup>[28-30]</sup>创意表达疗法、冥想、艺术心理疗法等均可改善老年人的认知功能及部分认知分域功能。

### 3. 团体心理辅导

团体心理辅导是以团体的形式提供心理援助的一种心理咨询与治疗的方式。通过团体内部的人际互动，个体可以在与团体其他成员的互动中观察、学习、体验，促使其对“自我”进行认识、探讨和接纳，调整并改善与他人的关系，学习乐观积极的生活态度与行为方式，从而帮助个体良好的适应生活。

团体心理辅导发源于欧美国家，目前在全球范围内得到了越来越广泛的应用。美国著名心理学家卡尔·罗杰斯曾说过，20 世纪人类社会最伟大的发明之一是“小团体运动”。1905 年，美国的内科医生普拉特最早将团体形式用于心理治疗，他组建了一个由 20 多位肺病患者组成的小组，以讨论、讲课、亲身体验等形式进行治疗，消除了患者的抑郁情绪和消极态度，并改变了不良的心理行为，结果非常理想。普拉特的实践和尝试具有开创性意义，因此他被认为是团体辅导的先驱<sup>[31]</sup>。人的一生都在团体（学校、工作单位、社区等）之中，在团体的中生活、学习与成长，方方面面都离不开团体，因此，基于团体的方式来教育或助人是最有效、最真实、最自然的方法。

Gayle 等人<sup>[32]</sup>认为，团体心理辅导具有很多独有的优点，比如创造了最自然、真实的支持团体，患者的可覆盖率大大提高，节省时间和精力等。以往的大量研究均证实了团体心理辅导的优越性<sup>[33-35]</sup>，不论何种流派的团体心理辅导，都能为患者创造一个由具有相同目的或面临同样困扰的人群组成的团体，在这个同质性强、稳固的团体中，参与者可以没有顾虑地检验自身的实际行为并大胆尝试新行为。

在国外，团体心理辅导被广泛应用于各种心身疾病、精神疾病和心理疾病的治疗。Grenon R 等人<sup>[36]</sup>的荟萃分析研究了包括 1853 个研究对象的 27 项有关团体心理辅导对进食障碍影响的随机对照试验，结果发现团体心理辅导与其他常见疗法一样有效，且更有经济效益。Grah M 等人<sup>[37]</sup>将 30 名精神疾病患者的家属随机分为实验组和对照组，实验组实施团体心理辅导，结果显示在进行了 18 个月的团体心理辅导后，精神疾病患者家属的自尊得到显著提高，孤独感显著降低，防御机制的使用显著减少（ $P<0.05$ ）。Tavares LR 等人<sup>[33]</sup>的荟萃分析纳入了 9 项关于团体心理辅导对老年抑郁的影响研究，结果发现团体心理辅导能显著改善老年抑郁症状。



国内对团体心理辅导的研究虽然起步较晚，但随着政府对心理咨询和心理健康教育的重视，团体心理辅导得到快速发展。石银燕等人<sup>[38]</sup>随机将 100 例精神分裂患者分为实验组和对照组，实验组在药物治疗基础上给与团体心理辅导，对照组仅给与药物治疗，结果表明团体心理辅导能有效改善首发精神分裂患者的认知功能、社会功能。陈显春等人<sup>[39]</sup>对 40 名乳腺癌改良根治术后患者进行基于认知行为治疗理论设计的团体心理辅导，结果发现团体心理辅导可以显著改善术后患者的病耻感。张天燕等人<sup>[40]</sup>随机将 60 例抑郁情绪严重的癌症患者分成干预组和对照组，两个组均给予常规治疗，干预组增加 12 次的结构式团体心理辅导，结果表明结构式团体心理辅导能明显改善癌症患者的抑郁情绪和心理健康状况。

失独老人长期饱受孤独、抑郁折磨，远离人群、自我封闭，团体心理辅导不仅可以缓解丧子的悲痛，跟“同命人抱团取暖”，还能重塑认知，提升自信，重建人际关系，排解孤独、抑郁等不良情绪，回归健康生活，更能达到改善失独老人认知功能的目的。失独老人的困境主要来自心理层面，只有解决好这一主要矛盾，其他次要矛盾（如认知功能障碍）才可能随之解决。鉴于此，对失独老人开展团体心理辅导可能比其他认知干预方式更为合适。

## 参考文献

- [1] 陈晓春, 张杰文, 贾建平, 等. 2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(一): 痴呆及其分类诊断标准 [J]. 中华医学杂志, 2018, 98(13): 965-970.
- [2] Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2018, The state of the art of dementia research: New frontiers[EB/OL]. (2018-09-21) [2021-03-07]. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/>.
- [3] Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment [J]. Clin Geriatr Med, 2014, 30(3): 421-442.
- [4] Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2016, Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future[EB/OL]. (2016-09-21) [2021-03-07]. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>.
- [5] Jia J, Wei C, Chen S, et al. The cost of Alzheimer's disease in China and re-estimation of costs worldwide [J]. Alzheimers Dementia, 2018, 14(4): 483-491.
- [6] 樊惠颖, 李峥. 怀旧疗法在老年痴呆患者中的应用进展 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49(6): 716-720.
- [7] Petersen R C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity [J]. J Intern Med, 2004, 256(3): 183-194.
- [8] 刘风兰, 王曙红, 冯晓敏, 等. 轻度认知功能障碍与认知干预研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(7): 1535-1535.
- [9] Ball K, Berch D B, Helmers K F, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial [J]. Jama, 2002, 288(18): 2271-2281.
- [10] 王培君, 吴忠. 中国失独老人养老问题 [J]. 中国老年学杂志, 2017, (23): 249-251.
- [11] Yin Q, Zhang H, Shang Z, et al. Risk factors for PTSD of Shidu parents who lost the only child in a rapid aging process: a cross-sectional study [J]. BMC Psychiatry, 2020, 20(1): 37-42.
- [12] 王安妮, 张雯, 郭玉芳, 等. 失独者抑郁的心理弹性多因素作用模型 [J]. 中南大学学报: 医学版, 2021, 46(1): 75-83.
- [13] 潘丽, 史宝欣. 失独者心理状态及干预模式研究进展 [J]. 中国老年学杂志,

- 2018, 38(18): 224-227.
- [14] Yin Q, Shang Z, Zhou N, et al. An investigation of physical and mental health consequences among Chinese parents who lost their only child [J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 45.
- [15] 杨培, 李玥颖, 杨光晨. 失独老人心理分析及自愈产品 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(20): 4477-4479.
- [16] 许才明, 荣超, 谭建刚. 失独家庭医养结合服务研究进展 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(16): 49-54.
- [17] 王媛媛, 姚菊琴, 何国平. 失独老人社区护理研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(15): 3865-3867.
- [18] 荣超, 许才明, 郑丽杰, 等. 生物-心理-社会医学模式下失独老人医养结合型养老模式构建 [J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(20): 5070-5072.
- [19] 任慧霞, 李红艳. 中国失独者养老困境及对策 [J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(7): 1778-1781.
- [20] 陈传锋, 何承林, 陈红霞, 等. 我国老年痴呆研究概况 [J]. 宁波大学学报(教育科学版), 2012, 34(002): 45-50.
- [21] 邓兰兰. 结构化综合认知干预对社区老年轻度认知功能障碍患者的影响研究 [D]. 重庆: 第三军医大学, 2014.
- [22] Alzheimer's Disease International (ADI). The World Alzheimer Report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention[EB/OL]. (2011-09-21) [2021-03-09].<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2011/>.
- [23] Li H, Li J, Li N, et al. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: a meta-analysis [J]. Ageing Res Rev, 2011, 10(2): 285-296.
- [24] Northey J M, Cherbuin N, Pumpa K L, et al. Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis [J]. Br J Sports Med, 2018, 52(3): 154-160.
- [25] Snowden M, Steinman L, Mochan K, et al. Effect of exercise on cognitive performance in community-dwelling older adults: review of intervention trials and recommendations for public health practice and research [J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(4): 704-716.
- [26] Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, et al. Mediterranean diet and age-related cognitive decline: a randomized clinical trial [J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(7): 1094-1103.

- [27] Lourida I, Soni M, Thompson-Coon J, et al. Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review [J]. *Epidemiology*, 2013, 24(4): 479-489.
- [28] Zhao J, Li H, Lin R, et al. Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial [J]. *Clin Interv Aging*, 2018, 13:1313-1320.
- [29] Innes K E, Selfe T K, Khalsa D S, et al. Meditation and music improve memory and cognitive function in adults with subjective cognitive decline: a pilot randomized controlled trial [J]. *J Alzheimers Dis*, 2017, 56(3): 899-916.
- [30] Mahendran R, Gandhi M, Moorakonda R B, et al. Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care [J]. *Trials*, 2018, 19(1): 615.
- [31] 张永红. 团体心理辅导 : Group counseling [M]. 重庆: 西南师范大学出版社, 2014.
- [32] Beck J G, Coffey S F. Group Cognitive behavioral treatment for PTSD: treatment of motor vehicle accident survivors [J]. *Cogn Behav Pract*, 2005, 12(3): 267-277.
- [33] Tavares L R, Barbosa M R. Efficacy of group psychotherapy for geriatric depression: a systematic review [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2018, 78:71-80.
- [34] Barkowski S, Schwartz D, Strauss B, et al. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis of randomized-controlled trials [J]. *J Anxiety Disord*, 2016, 39:44-64.
- [35] Liu J, Nie J, Wang Y. Effects of Group Counseling Programs, Cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in east Asia: a systematic review and Meta-Analysis [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2017, 14(12): 1-13.
- [36] Grenon R, Schwartz D, Hammond N, et al. Group psychotherapy for eating disorders: a meta-analysis [J]. *Int J Eat Disord*, 2017, 50(9): 997-1013.
- [37] Grah M, Restek-Petrović B, Kezić S, et al. Changes in the long-term psychodynamic group psychotherapy in family members of persons with psychotic disorders [J]. *Psychiatr Danub*, 2019, 31(Suppl 2): 185-189.
- [38] 石银燕, 夏泳. 团体心理治疗对首发精神分裂症患者认知功能、社会功能及疗效的影响 [J]. *中华全科医学*, 2018, 16(06): 957-960.
- [39] 陈显春, 陈庆秋, 谭璇妮, 等. 团体心理治疗对乳腺癌改良根治术后患者病

- 耻感的影响 [J]. 第三军医大学学报, 2015, 37(24): 2486-2489.
- [40] 张天燕, 安波, 杨娟丽. 结构式团体心理治疗对癌症患者疼痛与抑郁情绪的作用 [J]. 重庆医学, 2015, 44(21): 2989-2991.

## 附录 1 攻读硕士学位期间发表的论文

- [1] 安丽娜,张波,甘旭光等.武汉市老年人轻度认知功能障碍亚型分布及相关因素分析[J].医学与社会. (已录用)
- [2] Liu D, Cheng G, An L, Gan X, Wu Y, Zhang B, Hu S, Zeng Y, Wu L. Public Knowledge about Dementia in China: A National WeChat-Based Survey. Int J Environ Res Public Health. 2019 Oct 31;16(21):4231.

## 附录 2 攻读硕士学位期间参加的科研项目

- [1] 2018 年 9 月-2021 年 6 月，参与国家自然科学基金《老年人轻度认知功能障碍社区全覆盖式健康管理与防控模式的构建》（71774127）

## 附录3 失独老人调查问卷及相关量表

### 一般资料

1. 性别：①男 ②女
2. 年龄：\_\_\_\_\_岁
3. 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
4. 受教育程度（包括职业教育及函授等）：\_\_\_\_\_年
5. 退休前的职业：①干部 ②农民 ③个体及商业人员 ④工人 ⑤其它
  - 5.1 工作性质：①脑力劳动者 ②体力劳动者 ③脑力+体力 ④其他
6. 婚姻状况：①已婚（配偶健在）②未婚③离异④丧偶⑤再婚
7. 近一年来您和谁住在一起？①一个人住②和家人一起住
  - 7.1 和您一起居住的有以下哪些人？（可多选）  
①独居 ②配偶 ③子女 ④孙子女 ⑤父母 ⑥其他
- 8 是否有高血压病史：①是 ②否
  - 如果是，8.1 患高血压\_\_\_\_\_年
  - 8.2 高血压是否规律服药①是②否
  - 8.3 血压是否稳定①是②否
9. 是否有糖尿病病史：①是②否
  - 如果是，9.1 患糖尿病\_\_\_\_\_年
  - 9.2 是否规律服药①是②否
  - 9.3 血糖是否稳定①是②否
10. 您是否有吸烟史：①是②否
  - 如果是，10.1 吸烟\_\_\_\_\_年
  - 10.2 吸烟\_\_\_\_\_支/日
  - 10.3 是否已经戒烟①是②否
  - 10.4 戒烟\_\_\_\_\_年
11. 您是否有饮酒史：①是②否



如果是, 11.1 饮酒\_\_\_\_\_年

11.2 饮酒\_\_\_\_\_两/日 (饮酒种类: \_\_\_\_\_)

11.3 是否已经戒酒①是②否

11.4 戒酒\_\_\_\_\_年

12. 体育锻炼习惯①是②否

如果是, 12.1 频率为: ☐每天 ☐多次/周 ☐1次/周 ☐很少 ☐从不

12.2 锻炼方式: ☐散步 ☐舞蹈 ☐太极拳 ☐球类 ☐其他

12.3 锻炼时间: ☐半小时/天 ☐1小时/天 ☐2小时/天

12.4 锻炼年限: \_\_\_\_\_年

13. 智力活动习惯①是②否

如果是, 13.1 频率为: ☐每天 ☐多次/周 ☐1次/周 ☐很少 ☐从不

13.2 方式为: ☐读书看报 ☐棋牌游戏 ☐书法绘画 ☐其他

蒙特利尔认知评估基础量表 (Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B))

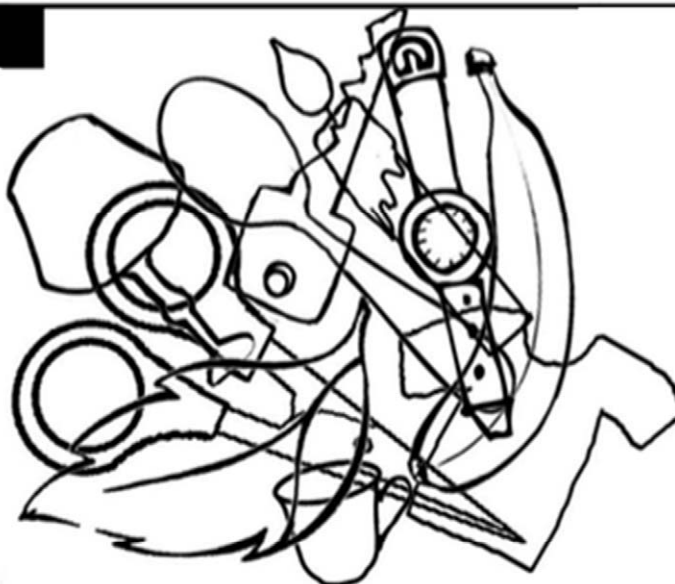
<b>执行功能</b>						<b>得分</b>											
						<b>开始时间</b>  ( /1)											
<b>即刻回忆</b>						不计分											
即时第一次测试所有词语均能回忆，也需完成第二次测试。																	
<table border="1"> <tr> <td>第一次</td> <td>梅花</td> <td>萝卜</td> <td>沙发</td> <td>蓝色</td> <td>筷子</td> </tr> <tr> <td>第二次</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							第一次	梅花	萝卜	沙发	蓝色	筷子	第二次				
第一次	梅花	萝卜	沙发	蓝色	筷子												
第二次																	
<b>流畅性</b>						( /2)											
在 1 分钟内尽可能多的说出水果的名字 N=_____个 N≥13 计 2 分 N=8-12 计 1 分 N≤7 计 0 分																	
1-15 秒: _____ 16-30 秒: _____ 31-45 秒: _____ 46-60 秒: _____																	
<b>定向</b>						( /6)											
[ ] 时间 (± 2 小时) [ ] 星期几 [ ] 月份 [ ] 年份 [ ] 地点 [ ] 城市																	
<b>计算</b>						( /3)											
用 1 元、5 元、10 元钱购买“13 元”的物品，说出 3 种付款方式。 (说出 3 种正确付款方式计 3 分，2 种计 2 分，1 种计 1 分，未说出计 0 分) 正确方式: ① ② ③ ④ 错误方式: _____																	
<b>抽象</b>						( /3)											
下面的事物属于什么类别? (例如: 香蕉-桔子=水果) [ ] 火车 - 轮船 [ ] 锣鼓 - 笛子 [ ] 北方 - 南方																	
<b>延迟回忆</b>						( /5)											
回忆时不提示 未经提示下自由回忆正确的词计分 (每词 1 分)																	
<table border="1"> <tr> <td>分类提示</td> <td>梅花</td> <td>萝卜</td> <td>沙发</td> <td>蓝色</td> <td>筷子</td> </tr> <tr> <td>多选提示</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						分类提示	梅花	萝卜	沙发	蓝色	筷子	多选提示					
分类提示	梅花	萝卜	沙发	蓝色	筷子												
多选提示																	
<b>视知觉</b>						( /3)											
剪刀 T 恤 香蕉 台灯 蜡烛 手表 杯子 叶子 钥匙 勺子 N=9-10 计 3 分 N=6-8 计 2 分 N=4-5 计 1 分 N=0-3 计 0 分 (N=__)																	
<b>命名</b>						( /4)											
动物命名，图片见附录。 [ ] 斑马 [ ] 孔雀 [ ] 老虎 [ ] 蝴蝶																	
<b>注意</b>						( /1)											
朗读图形中的数字: 数列见附录 1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 6 8 7 4 6 7 5 错误数____N 错误数≤1 个计 1 分																	
朗读图形和正方形中的数字: 数列见附录 3 8 5 1 3 0 2 9 2 0 4 9 7 8 6 1 5 7 6 4 错误数____N 错误数≤2 计 2 分 错误数=3 计 1 分 错误数≥4 计 0 分																	
<b>总分</b>						( /30)											
Adapted by : Qihao Guo MD Chinese version August 01, 2015 Copyright : Z. Nasreddine MD www.mocatest.org 受教育年限≤4 年加 1 分，不识字再加 1 分 总时间 分 秒																	

蒙特利尔认知评估基础量表中文版

Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) Chinese Version

附录

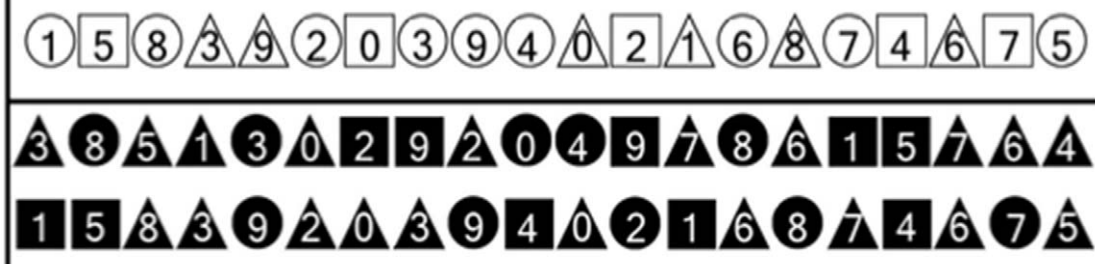
视知觉



命名



注意



Adapted by: Qihao Guo MD

Copyright: Z. Nasreddine MD

Chinese Version August 01, 2015

# 武汉科技大学硕士学位论文

序号	项目	G7.1	G7.2	G7.3	画 钟 试 验 及 其 它 测 验	G7.4	其 它 测 试	G7.5	G7.6		G7.7 再 认			
1	大衣									花 朵 类	腊梅	R 士兵	R 长裤	
2	司机										海棠	纽扣	R 手套	
3	海棠										玉兰	R 百合	军人	
4	木工										百合	西装	R 海棠	
5	长裤									职 业 类	律师	耳环	杜鹃	
6	百合										司机	R 玉兰	R 木工	
7	头巾										士兵	主任	牡丹	
8	蜡梅										木工	荷花	R 大衣	
9	士兵									服 饰 类	长裤	R 头巾	衬衣	
10	玉兰										手套	R 司机	R 律师	
11	律师										头巾	皮鞋	校长	
12	手套										大衣	玉米	R 腊梅	
正确														
插 入 错误														

画钟试验 (Clock Drawing Task, CDT)

得分= \_\_\_\_\_

在这画一个钟表，填上所有数字，并指示出“1 点 50 分”。开始 4 笔用红色笔，其余线条用黑色笔。

G8.1 CDT30-A [      ]

G8.2 CDT30-C [      ]

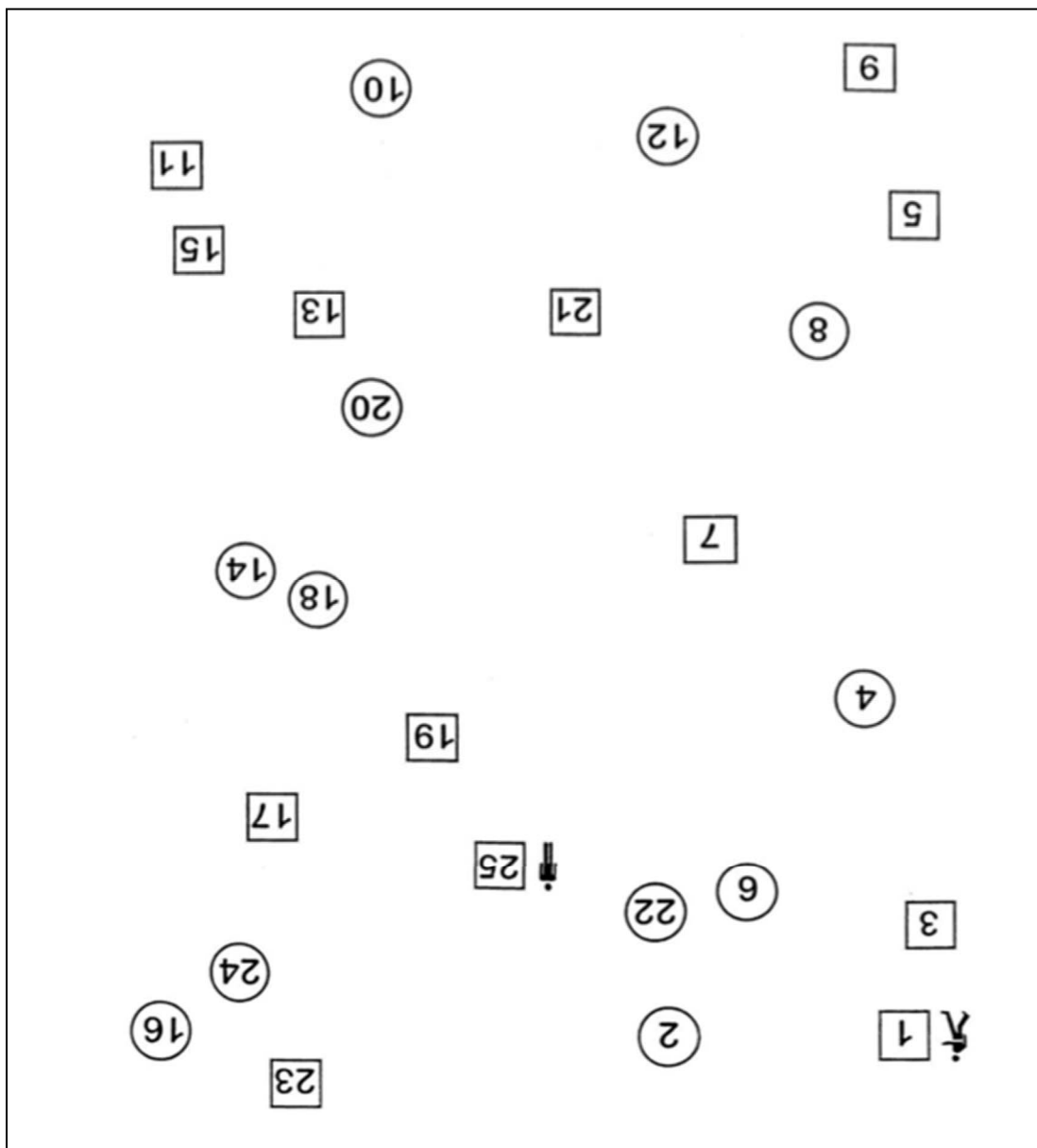
项目	满分	得分	项目	满分	得分
G8.1 锚定“12, 3, 6, 9”四点	4		G8.8 中央点位置	1	
G8.2 写出所有数字	4		G8.9 钟面完整	1	
G8.3 所有数字在钟面圆圈内	3		G8.10 有时针和分针	2	
G8.4 顺时针排列	1		G8.11 时针指向正确	2	
G8.5 1-12 数字次序	1		G8.12 分针指向正确	2	
G8.6 “12, 3, 6, 9”分布对称	2		G8.13 分针比时针长	2	
G8.7 其他 8 个数字的位置	3		G8.14 时针和分针都有箭头	2	

G9 波士顿命名测验 (BNT)

得分= \_\_\_\_\_

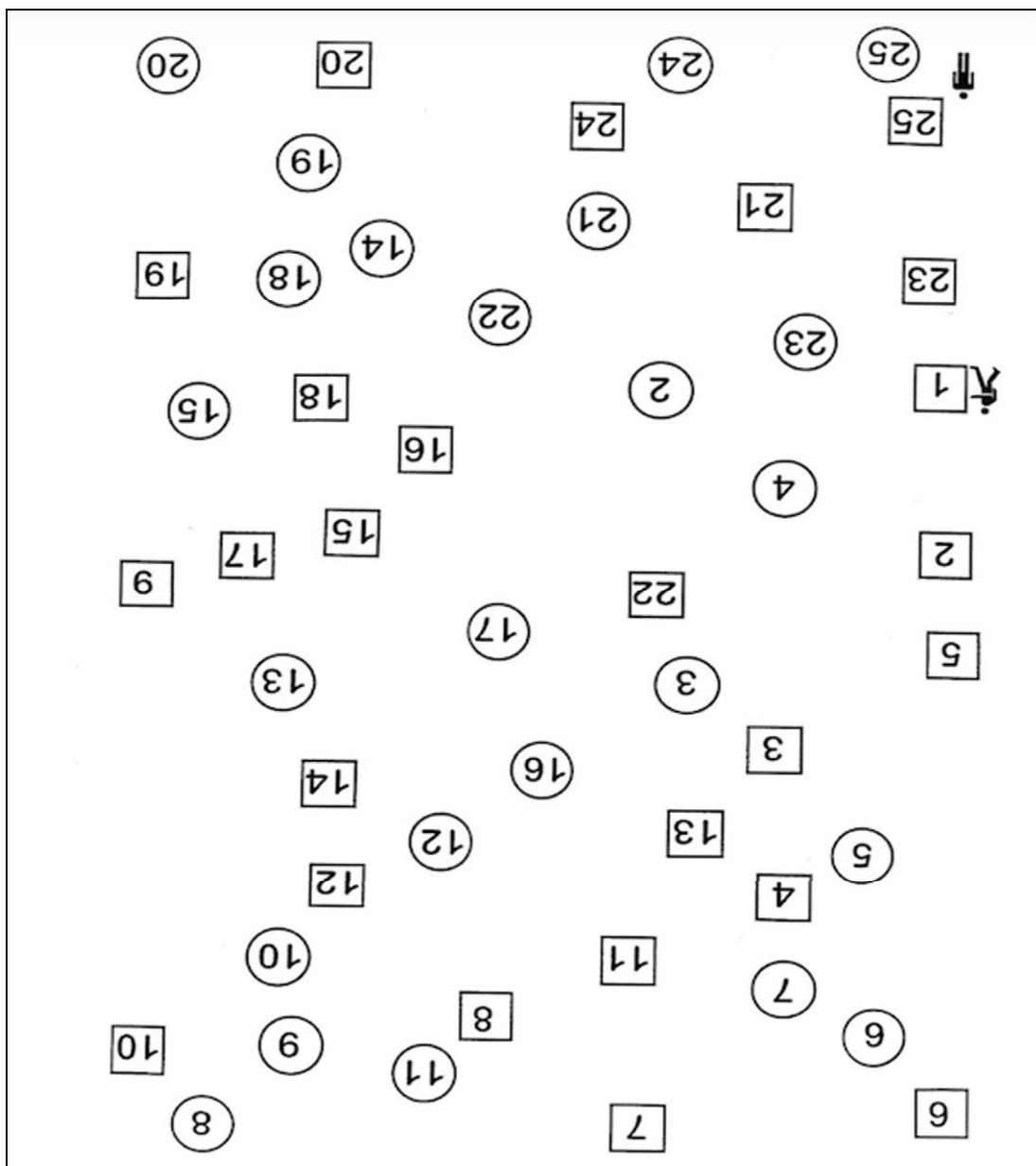
图片	回答 G9. 1	提示	回答 G9. 2	辨 认 G9. 3
1. 树		植物		桃花 * 树 = 烟花 +
2. 笔		用来书写		吸管 + 原珠笔 * 笔 =
3. 剪刀		工具		剪刀 = 钳 * 匙羹 +
4. 花		植物		蔬菜 * 草帽 + 花 =
5. 锯子		木工器材		机关枪 + 锯子 = 刀 *
6. 扫把		用来清洁		拖布 * 毛笔 + 扫把 =
*7. 冬菇		食物		冬菇 = 花菜 * 雨伞+
8. 衣架		衣柜内有		屋顶 + 衣架 = 勾 *
9. 轮椅		病人用		大班椅 + 手推车 * 轮椅=
10. 骆驼		动物		骆驼 = 山 + 牛 *
11 羽毛球拍		运动用品		乒乓球拍 * 羽毛球拍 = 镜子+
12. 蜗牛		动物		蜗牛 = 鱿鱼 + 蚬 *
13. 海马		海洋生物		勾 + 鲍鱼 * 海马 =
14. 飞标		用来投掷		标靶 * 飞标 = 火箭 +
15. 口琴		乐器		口琴 = 冷气机+ 笛子 *
16. 犀牛		动物		罐头刀 + 河马 犀牛 =
17. 冰屋		用来居住		冰屋 = 草房 + 坟墓 *
18. 仙人掌		植物		铁树 * 仙人掌 = 叉 +
19 扶手电梯		上下用		切片面包+ 滑梯* 扶手电梯=
20. 竖琴		乐器		竖琴 = 落地灯 + 钢琴 *
21. 听诊器		医生用		耳筒 * 听诊器 = 血压计 +
22. 金字塔		在埃及找到		粽子+ 狮身人面像* 金字塔=
23. 漏斗		倒水		漏斗= 雪糕筒+ 泵 *
24. 手风琴		乐器		口琴 * 手风琴 = 百叶窗 +
25. 圆规		绘画		药棉钳 + 尺子 * 圆规 =
26. 三脚架		摄影用		三脚架 = 机械手臂 + 画架 *
27. 钳		用具		锅铲 * 钳 = 独木舟 +
28. 花棚		公园有		花棚 = 垃圾筒 + 网 *
29. 量角器		文具		磅称 + 三角尺 * 量角器 =
30. 算盘		计数用		计算器 * 算盘 = 门帘 +

连线测试 (STT-A)



项目	10.2 Trails1 测验题
A 计时 (秒)	
B 提示次数	
C 错误连续提醒次数	
D 抬笔提醒次数	

连线测试 (STT-B)



项目	11.2 Trails1 测验题
A 计时 (秒)	
B 提示次数	
C 错误连续提醒次数	
D 抬笔提醒次数	



数字广度测验 (Digit span test, DST)

得分= \_\_\_\_\_

顺	3.	5---8---2 6---9---4	
	4.	6---4---3---9 7---2---8---6	
	5.	4---2---7---3---1 7---5---8---3---6	
	6.	6---1---9---4---7---3 3---9---2---4---8---7	
	7.	5---9---1---7---4---2---8 4---1---7---9---3---8---6	
	背	8.	5---8---1---9---2---6---4---7 3---8---2---9---5---1---7---4
		9.	2---7---5---8---6---2---5---8---4 7---1---3---9---4---2---5---6---8
10.		5---2---7---4---9---1---3---7---4---6 4---7---2---5---9---1---6---2---5---3	
11.		4---1---6---3---8---2---4---6---3---5---9 3---6---1---4---9---7---5---1---4---2---7	
12.		7---4---9---6---1---3---5---9---6---8---2---5 6---9---4---7---1---9---7---4---2---5---9---2	
倒		2.	2---4 5---8
		3.	6---2---9 4---1---5
	4.	3---2---7---9 4---9---6---8	
	5.	1---5---2---8---6 6---1---8---4---3	
	背	6.	5---3---9---4---1---8 4---1---7---9---3---6
		7.	8---1---2---9---3---6---5 4---7---3---9---1---2---8
		8.	9---4---3---7---6---2---5---8 7---2---8---1---9---6---5---3
		9.	6---3---1---9---4---3---6---5---8 9---4---1---5---3---8---5---7---2
		10.	6---4---5---2---6---7---9---3---8---6 5---1---6---2---7---4---3---8---5---9

顺背\_\_\_\_\_ + 倒背\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

UCLA 孤独量表（第三版）

指导语：下列是人们有时出现的一些感受。对每项描述，请指出你具有那种感觉的频度举例如下：你常感觉幸福吗？如你从未感到幸福，你应回答“从不”，如一直感到幸福，应回答“一直”，以此类推。从不=1；很少=2；有时=3；一直=4。

- \*1. 你常感到与周围人的关系和谐吗？
- 2. 你常感到缺少伙伴吗？
- 3. 你常感到没人可以信赖吗？
- 4. 你常感到寂寞吗？
- \*5. 你常感到属于朋友们中的一员吗？
- \*6. 你常感到与周围的人有许多共同点吗？
- 7. 你常感到与任何人都不亲密了吗？
- 8. 你常感到你的兴趣与想法与周围的人不一样吗？
- \*9. 你常感到想要与人来往、结交朋友吗？
- \*10. 你常感到与人亲近吗？
- 11. 你常感到被人冷落吗？
- 12. 你常感到你与别人来往毫无意义吗？
- 13. 你常感到没有人很了解你吗？
- 14. 你常感到与别人隔开了吗？
- \*15. 你常感到当你愿意时就能找到伙伴吗？
- \*16. 你常感到有人真正了解你吗？
- 17. 你常感到羞怯吗？
- 18. 你常感到人们围着你但并不关心你吗？
- \*19. 你常感到有人愿意与你交谈吗？
- \*20. 你常感到有人值得你信赖吗？

评分：带星号的条目应反序计分（即 1=4，2=3，3=2，4=1）。然后将每个条目分相加。高分表示孤独程度高。

简版老年抑郁量表 (The Geriatric Depression Scale-15, GDS-15)

得分= \_\_\_\_\_

被试者只需回答“是”或“否”。(注：回答为阴影者得 1 分，计算阴影的个数)

选择过去一周内最适合你的答案			
1 你对你的生活基本满意吗?	是	<input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
2 你是否已经放弃了许多爱好与兴趣?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
3 你是否觉得生活空虚?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
4 你是否感到厌倦?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
5 你是否大部分时间精力充沛?	<input type="checkbox"/> 是	<input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
6 你是否害怕会有不幸的事落到你头上?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
7 你是否大部分时间感到幸福?	<input type="checkbox"/> 是	<input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
8 你是否经常感到孤立无援?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
9 你是否愿意呆在家里而不愿去室外做点新鲜事?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
10 你是否觉得记忆力比以前差?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
11 你觉得现在活着很开心吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
12 你是否觉得像现在这样活着毫无意义?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
13 你觉得生活充满活力吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
14 你是否觉得你的处境已毫无希望?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
15 你是否觉得大多数人比你强得多?	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>
16 总分			

匹兹堡睡眠质量指数 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI)

(下面一些问题是关于您最近 1 个月的睡眠情况, 请选择回填写最符合您近 1 个月实际情况的答案。请回答下列问题:)

1.近 1 个月, 晚上上床睡觉通常 ( ) 点钟。				
2.近 1 个月, 从上床到入睡通常需要 ( ) 分钟。				
3.近 1 个月, 通常早上 ( ) 点起床				
4.近 1 个月, 每夜通常实际睡眠 ( ) 小时 (不等于卧床时间)。				
5.近 1 个月, 因下列情况影响睡眠而烦恼:				
a.入睡困难(30 分钟内不能入睡)	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
b.夜间易醒或早醒	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
c.夜间去厕所	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
d.呼吸不畅	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
e.咳嗽或鼾声高	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
f.感觉冷	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
g.感觉热	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
h.做恶梦	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
i.疼痛不适	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
j.其它影响睡眠的事情	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
6.近 1 个月, 总的来说, 您认为自己的睡眠质量	(1) 很好	(2) 较好	(3) 较差	(4) 很差
7.近 1 个月, 您用药物催眠的情况	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
8.近 1 个月, 您常感到困倦吗?	(1) 无	(2) <1 次/周	(3) 1-2 次/周	(4) ≥3 次/周
9.近 1 个月, 您做事情的精力不足吗?	(1) 无	(2) 偶尔有	(3) 有时有	(4) 经常有

睡眠质量得分 ( ), 入睡时间得分 ( ), 睡眠时间得分 ( ), 睡眠效率得分 ( ),  
睡眠障碍得分 ( ), 催眠药物得分 ( ), 日间功能障碍得分 ( ) PSQI 总分 ( )

简版 Lubben 社会网络量表(Lubben social network scale-6,LSNS-6)

社会网络量表得分：_____							
维度	问题	没有	1 个	2 个	3-4 个	5-8 个	9 个及以上
亲人网络	1.您一个月至少能与几个亲人见面或联系?	0	1	2	3	4	5
	2.您能和几个家人/亲戚放心地谈您的私事?	0	1	2	3	4	5
	3.当您需要时,有几个家人/亲戚可以给您提供帮助?	0	1	2	3	4	5
朋友网络	4.您一个月至少能与几个朋友见面或联系?	0	1	2	3	4	5
	5.您能和几个朋友放心地谈您的私事?	0	1	2	3	4	5
	6.当您有需要时,有几个朋友可以给您提供帮助?	0	1	2	3	4	5