文章编号:1000-5404(2013)02-0175-03

短篇论著

重庆地区健康老年人群社会支持状况及其相关因素分析

李 远,谭小林,曹国兴,张代江,文 晏,赵 科,罗英茂,程 雪,周建初 (400036 重庆,重庆市精神卫生中心老年科)

[摘要] **目的** 探讨重庆地区健康老年人群社会支持状况及其相关影响因素。**方法** 随机抽取重庆市城镇和农村老年人1 505名,通过精神病筛查及诊断后,对1 398名健康老年人采用社会支持评定量表(social support rating scale, SSRS)进行测量。**结果** 城乡健康老年人SSRS总分显著低于国内常模[(33.56±7.51) *vs* (34.56±3.73),$t=-2.59$,$P<0.01$],农村组显著低于城市组[(31.92±6.70)*vs* (35.31±7.92),$t=-8.61$,$P<0.01$]。**结论** 重庆地区健康老年人群社会支持水平较低,身心健康、经济收入、亲子关系及居住方式是其主要影响因素。

[关键词] 老年人;社会支持评定量表;心理健康;影响因素
[中图法分类号] R195.1;R339.34;R395.6 [文献标志码] A

据2010年第六次全国人口普查显示,重庆市目前60岁以上老年人口539万,占全市总人口的16.44%[1],远高于全国水平[2]。随着老年人口规模越来越大,对社会支持也提出了更高的要求。近年来,作为老年人心理状况的评估工具,社会支持评定量表(social support rating scale, SSRS)[3]在众多国内研究中得到了广泛引用[4]。因此,经重庆市卫生局批准立项,我们采用SSRS对本地区老年人的社会支持状况进行调查分析。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象

本研究资料来源于2010年12月至2011年3月在重庆市进行的精神卫生流行病学现场调查,具体实施方案与全国其他地区精神障碍流行病学调查方法一致[5]。在重庆市40个区县中,按地域和经济状况不同,采用多级分层随机抽样方法,选择2个主城区、2个郊县为典型调查区。①在被抽取的2个区内各随机抽取4个街道办事处,再在4个街道办事处各随机抽取2个居民小组;②在被抽取的2个郊县内各随机抽取4个乡镇,再在4个乡镇内各随机抽取2个乡村(大队),再从中各随机抽取2个村民小组;③分别在8个乡镇及8个街道各抽取1个养老机构。对被抽取的48个居民(或村民)小组及16个养老机构的常住老年人进行问卷调查。研究对象纳入标准:①有正式户口登记,在重庆市居住≥2年,到被调查日期为止,年龄≥60岁;②自愿参与本调查;③排除严重听力、视力障碍及其他无法获得完整资料者;④排除精神病患者。共发放问卷1 505份,收回有效问卷1 398份(有效率92.89%)。其中城市676人(48.35%),农村722人(51.65%);男性677人(48.43%),女性721人(51.57%);年龄60~89(70.96±8.69)岁。

1.2 调查工具

①一般情况调查表:内容包括老年人的人口学资料、家庭情况、养老方式、生活质量、身体健康状况、经济收入和心理健康状况相关项目等。②社会支持评定量表(SSRS):具有较好的信度和效度,其内部一致性系数为(0.89±0.94),重测信度$r=0.92$[4]。量表共有10个条目,包括客观支持、主观支持和支持利用度3个维度。社会支持的总分即10个条目之和,是社会支持的指标,总分越高,个人的社会支持越多。客观支持分为2、6、7条评分之和,主观支持分为1、3、4、5条评分之和,支持利用度为8、9、10条评分之和。量表得分越高表明其有更好的支持资源、良好的支持体验并能较好地应用支持资源。③症状自评量表(SCL-90)[6]、修订艾森克人格问卷简式量表中国版(EPQ-RSC)[7]、老年认知评定问卷(ECAQ)[8]及日常生活能力量表(ADL)[6]分别用于评定心理健康水平、个性特征、认知水平及日常生活能力。

1.3 调查方法

由统一专门培训后的精神卫生专业人员按抽样登记表入户,采取1户1人进行调查。使用统一的调查表,采用统一指导语。调查员根据调查表内容逐项询问并记录。对每张调查表逐项反复认真地审核,剔除由于调查误差造成的无效资料。

1.4 统计学分析

计量资料以$\bar{x}\pm s$表示、计数资料以频数(构成比)表示,采用SPSS 9.0统计软件行两均数比较的t检验、方差分析、组间两两比较的SNK检验、多元逐步回归分析及Pearson相关分析。

2 结果

2.1 老年人社会支持得分情况

本组老年人客观支持1~27(7.33±2.59)分,主观支持5~34(19.14±4.95)分,支持利用度3~28(7.15±2.74)分,社会支持总分14~58 (33.56±7.51)分。总的社会支持分与128例国内常模(34.56±3.73)分[3]相比较,差异有统计学意义($t=-2.59$,$P<0.01$)。

2.2 影响老年人群社会支持状况的单因素分析

男女总分、主客观支持差异不明显,但女性的支持利用度较低($P<0.05$)。高老龄组的总分及主客观支持均显著低于低、中老龄组($P<0.01$)。文盲组的总分、主观支持及支持利用度均显著低于其他组 ($P<0.01$)。农村组的总分、主观支持及支持利用度均显著低于城市组($P<0.01$)。机构组的总分及主客观支持均较低,但支持利用度显著高于家庭组($P<0.01$)。见表1。

[基金项目] 重庆市卫生局医学科研计划项目(2010-2-336)
[通信作者] 谭小林,E-mail: tanxiaolincq@sina.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20121123.0942.002.html(2012-11-23)

表1 重庆地区健康老年人群不同性别、年龄、文化、居住地、养老方式的社会支持水平

组别	例数	总分	客观支持	主观支持	支持利用度
性别					
男性组	677	33.71±7.74	7.39±2.64	19.03±5.19	7.32±2.93
女性组	721	33.42±7.29	7.26±2.56	19.24±4.71	6.99±2.54[a]
年龄					
低老龄组(60~<70岁)	656	34.29±7.98	7.64±2.74	19.75±5.21	7.00±2.89
中老龄组(70~<80岁)	480	33.71±6.81	7.41±2.35	19.00±4.63	7.29±2.73
高老龄组(≥80岁)	262	31.42±7.12[b]	6.36±2.45[b]	17.84±4.60[b]	7.25±2.33
文化程度					
文盲组	514	31.85±6.60[d]	7.32±2.21	17.86±4.13[d]	6.66±2.58[d]
小学组	509	34.11±7.37	7.55±2.63	19.28±5.07	7.27±3.01
初中组	255	34.89±8.67	7.09±3.19	20.51±5.46	7.60±2.46
高中及以上组	120	35.69±7.68	6.89±2.52[e]	21.09±5.09	7.78±2.45
居住地					
城市组	676	35.31±7.92	6.95±2.77	20.79±5.18	7.68±2.42
农村组	722	31.92±6.70[e]	7.67±2.37[e]	17.59±4.17[e]	6.65±2.92[e]
养老方式					
家庭组	903	34.73±7.36	7.83±2.42	20.24±4.63	6.66±2.48
机构组	495	31.31±7.83[f]	6.46±2.75[f]	17.05±5.57[f]	8.04±2.97[f]

a:$P<0.05$,与男性组比较;b:$P<0.01$,与其他年龄组比较;c:$P<0.05$,d:$P<0.01$,与其他文化程度组比较;e:$P<0.01$,与城市组比较;f:$P<0.01$,与家庭组比较

2.3 影响老年人群社会支持得分的多因素回归分析

以社会支持总分为因变量(Y),以性别、年龄、文化、居住地、养老方式、有无配偶、有无子女、是否独居、亲子关系、经济收入、有无慢性病、日常生活能力、认知水平、症状自评总分、内外向、精神质、神经质、掩饰性为自变量(X_i),经多元逐步回归分析,有12个自变量入选回归方程,决定系数 $R^2=30.0\%$,经统计分析有显著性意义($P<0.05$)。主要影响因素按其回归贡献量由大到小依次为内外向、症状自评、日常生活能力、经济收入、亲子关系、掩饰性、是否独居、居住地、认知水平、养老方式、年龄及神经质。

2.4 社会支持与主要影响因素的相关分析

内外向、居住地、养老方式与SSRS总分及各维度分均呈显著正相关($P<0.01$);症状自评、日常生活能力、亲子关系与SSRS总分及各维度分均呈显著负相关($P<0.01$);经济收入、认知水平、神经质因素与SSRS总分、主观支持及利用度显著相关($P<0.01$),但与客观支持相关差异无显著性($P>0.05$);掩饰性与SSRS总分相关无显著性($P>0.05$),与SSRS各维度分均有显著相关性;年龄、是否独居与总分、主客观支持分显著相关($P<0.01$),但与支持利用度相关无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

3.1 重庆市老年人群的社会支持状况分析

社会支持是指来自社会各个方面给予的物质上和精神上的帮助和支持,是一个人通过社会联系所获得的精神上的支持和主观体验。本次调查结果显示,重庆市老年人的总体社会支持水平较低,明显低于国内常模,农村较城市差,机构比家庭差,女性、高龄、低认知水平的老年人社会支持偏低。分析原因,可能与本地区丧偶、独居老年人较多、患慢性病比例较大、接受社区服务的比例较低等因素有关系。可见本地区老年人的社会支持状况不容乐观,这应该引起老年组织和政府的注意和重视。

3.2 身心健康对社会支持得分的影响

回归分析结果显示,内外向、症状自评总分、日常生活能力是社会支持的主要影响因素,与社会支持总分及各维度均有显著相关性,并且主观支持和症状自评的相关度最高,这与以往的研究结果一致[9]。因为社会支持对应激状态下的个体提供保护,又可维持良好的情绪体验,从而有益于身心健康。内外向分高的老年人性格开朗,好交际,与周围相处融洽,容易得到更好的支持资源和良好的支持体验,故对心理健康状况有积极维护作用。日常生活能力量表的评分受年龄、躯体疾病及情绪低落等多种因素的影响,分值越高,日常生活功能越差,理应得到关注和照料,即获得较多的支持资源,然而结果显示,日常生活能力差的老年人社会支持水平较低。因此加强对此类老年弱势群体的社会支持,有助于改善老年人的生活质量。

3.3 经济收入对社会支持得分的影响

相关分析显示,经济收入与SSRS总分、主观支持及支持利用度显著正相关,但与客观支持相关无显著性。从收入水平来看,城市组的经济收入相对高于农村组,因此城市组在主观支持及支持利用度方面也高于农村组。调查显示,收入低的老年人则需要完善基本生活和医疗保障;中等收入的老年人更善于把握自己的心态,能得到更好的社会支持;而收入高的老年人则更应重视从精神上给予更多的关心。因此,对于经济发展相对落后的农村而言,农村老年人获得的客观支持水平相对较高也就不足为奇。

3.4 亲子关系对社会支持得分的影响

亲属是老年人社会支持的重要来源,本研究显示,亲子关系与主观支持的相关度最高。由于子女不在身边,导致了情感慰藉、健康医护、生活照料等方面的缺失,普遍存在着失落感、孤独感、衰老感等心理问题。亲子关系不良,导致家庭老年人对支持的利用下降,受传统养老观念的影响,子女是否孝顺的家庭支持仍然是决定当今老年人晚年主观幸福度的一个极为重要的因素。

3.5 居住方式对社会支持得分的影响

相关分析显示,老年人居住地与社会支持总分及各维度均有显著相关性。城乡对照结果表明,农村组的主观支持及支持利用度明显低于城市组,这种城乡差异,可能与老年人长期居住的环境有密切的关系。一方面,农村留守、空巢老年人较多,人际交往相对封闭,关系疏远;另一方面,农村经济发展相对落后,社区

组织和活动相对缺乏;再者,农村老年人文化较低,思想保守,不容易接受新鲜事物。不同养老方式比较,机构组的总分及主客观支持均较低,但支持利用度优于家庭组。分析原因,子女选择让老年人入住机构养老,虽然减少了照料上的压力,但亲情关系纽带的减弱,致使心理上的孤独寂寞与丧失感增加,因而机构老年人的主客观支持明显降低。如何解决好当今老年人客观支持与主观选择养老方式的矛盾,是社会及政府需要思考的重要课题。

综上所述,影响老年人社会支持得分的主要因素涉及身心健康水平、经济收入、亲子关系、居住方式等。因此,提高老年人社会支持水平,应着重从这几个方面综合考虑。

由于本调查的样本量较小,所以本调查人群不能代表重庆市老年人群常模,未来我们将扩大调查点及样本量,并作纵向深入研究。

志谢 本研究得到重庆市精神卫生中心蒋国庆、廖春梅、赵晋、陈非、陈黎明、刘涛、程柯翔、张骁、王小娜、赵新民、傅惊鸿、李聪、廖慧黯、胡殷勤、朱红、江里静、杨萍等医护人员的帮助

参考文献:

[1] 重庆市政府公众信息网. 重庆60岁以上老年人口539万权益保障水平大幅度提高[EB/OL]. [2011-07-17]. http://www.cq.gov.cn/today/news/318910.htm.
[2] 中华人民共和国国家统计局. 2010年第六次全国人口普查主要数据公报(第1号)[EB/OL]. [2011-07-17]. http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110428_402722232.htm.
[3] 肖水源. 社会支持评定量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 127-133.
[4] 杨国榆, 冯正直, 夏本立, 等. 社会支持评定量表在军人群体中的信效度和常模[J]. 中国心理卫生杂志, 2006, 20(5): 309-312.
[5] 李献云, 王志青, 费立鹏. 社区人群精神障碍患病率调查方法[J]. 中国心理卫生杂志, 2010,24(3): 191-194.
[6] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 17-27, 166-168.
[7] 钱铭怡, 武国城, 朱荣春, 等. 艾森克人格问卷简式量表中国版(EPQ-RSC)的修订[J]. 心理学报, 2000, 32(3): 317-323.
[8] 聂兵. ECAQ——一种老年人认知缺损筛选问卷[J]. 国外医学: 精神病学分册, 1993,20(1): 41-42.
[9] 岳春艳, 王丹, 李林英. 老年人心理健康状况及与社会支持的相关性[J]. 中国临床康复, 2006, 10(18): 53-55.

(收稿:2012-07-17;修回:2012-11-05)
(编辑 汪勤俭)

(上接174页)

3 讨论

岩静脉的术中处理有着不同意见,有学者认为离断岩静脉是安全的,他们认为岩静脉属于桥静脉而非主干静脉,相关部位脑组织的静脉回流可以通过其他静脉代偿,即便偶尔患者因代偿不好出现不良反应,但很快就会因侧支静脉回流的改善而得到缓解[2];焦迎斌等[3]发现岩静脉与其他静脉之间的吻合存在率达66.7%,这也是一些患者在处理岩静脉后未出现严重并发症的解剖学基础。然而大部分学者目前倾向术中完整保留岩静脉:Schmidek等[4]调查发现三叉神经痛微血管减压术后最常见的死亡原因为切断岩静脉导致小脑及脑干坏死。奚健等[5]报道33例桥小脑角肿瘤手术,2例岩静脉离断者均发生小脑出血、梗死等并发症。Koerbel等[1]观察30例术中岩静脉离断的患者,其中9例出现静脉淤血、梗死等,对照组术中岩静脉予以保留未出现静脉相关性并发症。本组5例术中岩静脉未能保留,其中3例患者未见明显并发症,1例出现严重弥漫性肿胀,1例出现小脑半球出血。回顾5例患者影像学资料,我们发现2例肿瘤直径较大者(5.2、5.0 cm)术后未见明显影响,另外3例,肿瘤直径分别为2.5、3.5、2.8 cm,2例出现严重并发症。考虑其原因,我们认为肿瘤过大,岩静脉受压严重,逐渐闭塞过程中侧支循环逐渐代偿静脉回流,此种情况下离断岩静脉不会出现严重影响,国内亦有学者认为肿瘤较大时离断岩静脉是相对安全的[6];相反,如岩静脉为后颅窝引流主要途径,侧支循环不发达时,离断可能诱发严重并发症。

多个环节可能影响术中岩静脉的保护:本组采取侧俯卧位,拉开颈肩角,头部稍下垂,向对侧旋转30°,使乳突位于最高点,此时同侧岩锥基本与地面垂直,如横窦及乙状窦边缘暴露充分,显微镜光柱直接沿岩锥后面及天幕向深部投射,只需轻度牵拉小脑即可显露岩静脉。反之,如骨窗边缘未达到相应位置,术中为显露肿瘤上极,必然加大对小脑的牵拉,不仅可能造成小脑半球的挫伤,岩静脉也容易撕裂。回顾本组病例,3例早期患者因术中窦边缘显露不足、牵拉过度引起岩静脉出血,不得已电凝离断。充分的瘤内减压对岩静脉保留也起着重要作用,岩静脉位于肿瘤上极往往被推移、遮挡,甚至无法分辨,直接处理上极往往造成灾难性后果。应先行充分瘤内减压,待肿瘤包膜与周围神经血管结构的粘连逐步松解后进一步分离岩静脉,最终分离时应靠近肿瘤侧,尽量采取显微剪刀锐性分离。术中遇到岩静脉小的出血应沉着应对,暂不电凝,使用速即纱压迫止血,并减轻脑压板对小脑的牵拉,部分患者通过该法处理后,岩静脉得以保留。

岩静脉保留与否可能直接影响患者预后,术中应予以保留。如术中牺牲岩静脉,应视情况处理:肿瘤巨大,术中未出现脑肿胀,则不行特殊处理,但术后应积极复查CT,必要时手术治疗;如肿瘤偏小,岩静脉一旦离断,无论术中是否出现变化,均应扩大骨窗,打开枕骨大孔,术后积极复查CT,做好再次手术准备。

参考文献:

[1] Koerbel A, Gharabaghi A, Safavi-Abbasi S, *et al*. Venous complications following petrosal vein sectioning in surgery of petrous apex meningiomas[J]. Eur J Surg Oncol, 2009, 35(7): 773-779.
[2] 田维东, 王孝文, 姜明旭, 等. 岩静脉及其与三叉神经关系的应用解剖[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(3): 249-251.
[3] 焦迎斌, 丰育功. 微血管减压术中岩静脉切断的可行性研究[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(10): 610-613.
[4] Schmidek H H, Sweet W H. Schmidek & Sweet. Operative Neurosurgical Technique: Indications, Methods, and Results[M]. 4th ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 2000: 1508-1510.
[5] 奚健, 袁贤瑞, 李学军, 等. 岩静脉在桥脑小脑角肿瘤显微手术中的临床意义[J]. 中华显微外科杂志, 2007, 30(3): 169-171.
[6] 端木建华, 刘学宽. 听神经瘤术中神经血管保护技术探讨[J]. 中华神经医学杂志, 2005, 4(3): 320-321.

(收稿:2012-10-22;修回:2012-12-21)
(编辑 王小寒)