

老年抑郁

社区管理实用手册



LAONIAN
YIYU
SHEQU GUANLI
SHIYONG SHOUCHE



陈树林 马彦◎主编

ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

老年抑郁 社区管理实用手册



LAONIAN
YIYU
SHEQU GUANLI
SHIYONG SHOUCHE



陈树林 马彦◎主编

图书在版编目(CIP)数据

老年抑郁社区管理实用手册 / 陈树林, 马彦主编
—杭州: 浙江大学出版社, 2019.4
ISBN 978-7-308-18112-9

I. ①老… II. ①陈… ②马… III. ①老年人—抑郁
症—防治—手册 IV. ①R749.4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 062650 号

老年抑郁社区管理实用手册

陈树林 马彦 主编

责任编辑 武晓华
责任校对 梁兵
封面设计 杭州林智广告有限公司
出版发行 浙江大学出版社
(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)
(网址: <http://www.zjupress.com>)
排 版 杭州林智广告有限公司
印 刷 浙江省邮电印刷股份有限公司
开 本 710mm×1000mm 1/16
印 张 13.5
字 数 265 千
版 次 2019 年 4 月第 1 版 2019 年 4 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-308-18112-9
定 价 48.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社市场运营中心联系方式: (0571) 88925591; <http://zjdxcs.tmall.com>

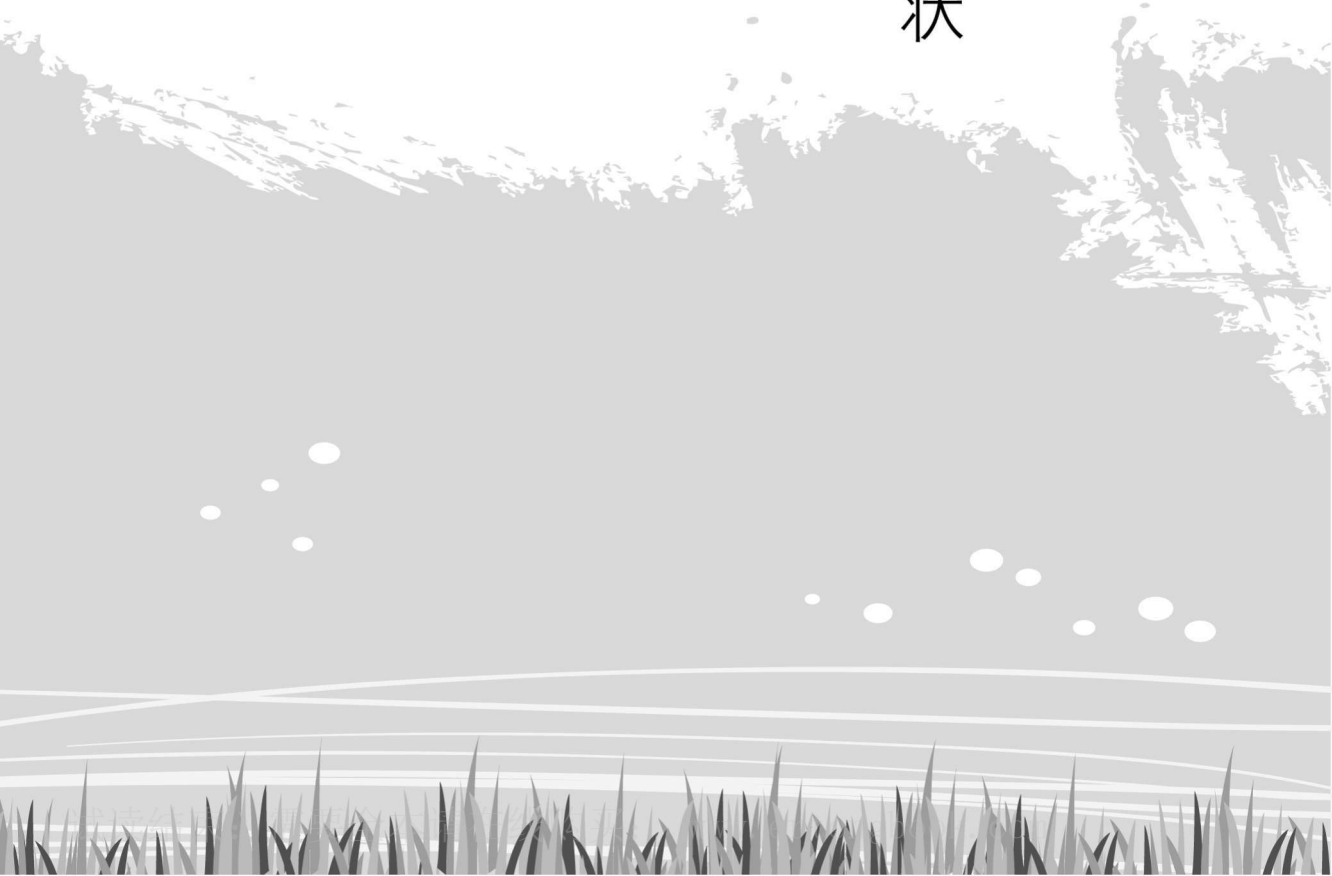
目录

MULU

第一章	老年抑郁的现状	1
第二章	公共卫生的思考	17
第三章	老年抑郁社区管理的工具	29
第四章	老年抑郁治疗的常用方法	37
第五章	社区卫生机构使用老年抑郁药物治疗指南	69
第六章	抑郁障碍的社区合作管理模式	79
第七章	社区医生培训手册	99
第八章	个案管理员培训手册	123
第九章	宣教材料	163
第十章	社区卫生工作人员的压力管理	173



第一章
老年抑郁的现状



抑郁障碍成为影响人类健康的重大疾病

随着社会经济的稳步发展,人均寿命的不断提高,社会老龄化已经是一个很现实的话题。据《中华人民共和国 2016 年国民经济和社会发展统计公报》显示,截至 2016 年末,我国 60 岁及以上老年人口达 23086 万人,占我国总人口数的 16.7%,其中 65 岁及以上人口达 15003 万,占我国总人口的 10.8%。根据世界卫生组织所制定的标准,我国已经进入了人口老龄化社会,并成为世界上老年人口数量最多的国家。据预测,21 世纪中叶我国老年人口数量将达到峰值,超过 4 亿,届时每 3 人中就会有一个老年人。如此严峻的老龄化趋势应当引起我们的高度重视并加以深入研究。

随着个体年龄的不断增加,身体机能的不断衰退,会出现各种生理及心理疾病。其中,抑郁障碍是一个不可忽略的因素。据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在 2001 年发表的报告 *The world health report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope* 显示,在发达国家,抑郁障碍所产生的疾病负担(用伤残调整寿命年——DALYs^①来表示)排在所有疾病负担的第四位;而在发展中国家,由抑郁障碍而产生的疾病负担排在第七位(见表 1-1)。根据 WHO 的预测,到 2020 年,由抑郁障碍而产生的疾病负担将排到第二位。此外,75%~80%的自杀者在自杀前存在明显的抑郁症状。

表 1-1 2001 年中低收入、高收入和全球疾病负担

疾病分类	发展中国家	发达国家	全球
传染性、围产期疾病	39.8	5.7	36.5
肺结核	2.6	0.1	2.3
HIV/AIDS	5.1	0.4	4.7
腹泻疾病	4.2	0.3	3.9
下呼吸道感染	6.0	1.6	5.6
围产期疾病	6.4	0.9	5.9

① DALYs,即伤残调整寿命年是指从发病到死亡所损失的全部健康寿命年,包括因早死所致的寿命损失年和伤残所致的健康寿命损失年两部分。DALY 是生命数量和生命质量以时间为单位的综合度量。

续表

疾病分类	发展中国家	发达国家	全球
非传染性疾病	48.9	86.7	52.6
脑血管疾病	4.5	6.3	4.7
缺血性心脏病	5.2	8.3	5.5
慢性阻塞性疾病	2.4	3.5	2.5
精神抑郁	3.1	5.6	4.3
癌症	2.5	7.6	2.8
糖尿病	1.1	2.8	1.3
伤害	11.2	7.5	10.9
交通意外	2.3	2.0	2.3
跌倒	1.0	1.0	1.0
自杀	1.3	1.7	1.3
暴力	1.3	0.5	1.2

老年抑郁障碍有较高的发病率

目前国内外的研究显示在 65 岁以上的人群中老年抑郁障碍的发病率是 10%~15%，其中重度抑郁障碍的发病率是 3%~5%。而在社区卫生服务体系中，老年抑郁的发病率高达 20%~30% (Berardi et al., 2002; Frederick et al., 2007; Gottfries, 2001)。WHO 的研究发现，重度抑郁障碍的发病率是 3%，没有达到重度抑郁障碍标准但存在明显抑郁情绪的人有 15% 左右。马欣等人对北京市城区和农村的 1601 名 60 岁以上的老年人进行调查，结果发现存在重度老年抑郁障碍的比例是 4.43%，女性高达 10.66%。而农村地区老年抑郁障碍的形势更加不容乐观。2009 年，中国疾病预防控制中心的一项研究发现：在 2 个省 1737 名 65 岁以上的老年人中，有明显抑郁症状的占 26.5%，达到重度抑郁标准的占 4.3%。

杭州社区的研究

01 社区卫生服务体系中一般人群的抑郁障碍

I 对象和方法

◎ 对象

对象选取从 2009 年 12 月至 2010 年 4 月就诊于杭州市社区卫生服务站的患者。采用方便抽样的方法,首先从杭州市 8 个城区中选择 5 个主城区,然后从这 5 个主城区中分别抽取 20 个社区卫生服务站(5 个城区共 100 个站点),每个站点确定 1 名护士作为该研究的数据收集者。护士在工作日抽取 30 个连续就诊的患者。入组标准:①18 岁以上(含 18 岁);②能够进行言语的沟通;③根据医疗记录不存在任何脑外伤、阿尔茨海默病、精神分裂症、物质滥用等疾病史。结果符合入组标准者共 3000 人,其中 208 人拒绝参与研究,153 人填答的调查问卷不符合要求,68 人的调查资料不完整,最终获有效样本 2571 份,应答率为 85.7%。男性 1132 人,女性 1439 人;年龄 18~69 岁,平均(44±14)岁,其中 18~34 岁 833 人,35~59 岁 1231 人,60 岁以上(含 60 岁)507 人;婚姻状况:在婚 2149 人,离异或丧偶 132 人,未婚 290 人;受教育年限:0 年 101 人,1~5 年 318 人,6~11 年 1283 人,超过 11 年 869 人;职业:全职(包括学生和军人)1489 人,非全职(即没有固定的工作)234 人,无工作(包括退休和家庭主妇)848 人;对经济满意度:满意 818 人,一般 1457 人,不满意 296 人。

◎ 工具

(1) 自编人口学资料调查表

包括性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、职业和经济满意度等。

(2) 病人健康问卷抑郁量表(Patient Health Questionnaire Depression Module, PHQ-9)

PHQ 是社区精神障碍诊断(the Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD)中针对抑郁障碍的自评版本,用来评估过去 2 周内抑郁症状出现的频率。包括 9 个条目,对应于美国《精神疾病诊断与统计手册》(第 4 版)(*The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-IV*)重度抑郁障碍(major depressive disorder, MDD)的 9 项诊断标准:兴趣丧失、情绪低落、自我评价低、注意力障碍、自杀或自伤想法、睡眠紊乱、身体疲乏、饮食问题、精神运动性迟缓或激

越,其中前5个条目属于精神症状,后4个条目属于躯体症状。每个条目采取0(没有出现)~3(几乎每天都出现)计分,总分等于每个条目的分数之和,得分越高,抑郁症状越严重。研究表明,得分低于10分者很少出现重度抑郁,而得分不低于15分者存在重度抑郁。因此本研究将抑郁程度划分为3组:无抑郁($PHQ \leq 9$),轻、中度抑郁($PHQ = 10 \sim 14$)和重度抑郁($PHQ \geq 15$)。

◎ 统计方法

使用SPSS 15.0统计软件进行分析。将样本按照抑郁严重程度的不同划分为3组,3组的人口学分布状况使用描述性统计分析,使用 χ^2 检验验证是否存在显著差异。抑郁患者的症状表达采用描述性统计分析方法,为了更进一步揭示抑郁严重程度的相关因素,以人口学变量为自变量,抑郁严重程度为因变量进行有序Logistic回归分析。

II 结果

◎ 抑郁症状呈现情况

无抑郁症状2174人(占84.6%),存在抑郁症状397人(15.4%),其中轻、中度抑郁279人(10.8%),重度抑郁118人(4.6%)。

不同婚姻状况、受教育年限、职业和对经济满意度不同的患者在抑郁严重程度的分布上存在统计学意义上的差异,离异或丧偶、较低的受教育年限、非全职以及对经济不满意的患者存在抑郁症状的比例较高(见表1-2)。

表1-2 不同人口学特征患者在抑郁程度上的分布比较

变 量	无抑郁 ($n=2174$)	轻、中度抑郁 ($n=279$)	重度抑郁 ($n=118$)	χ^2 值 ^①	P 值 ^②
性别				1.37	0.506
男	950(83.9)	124(11.0)	58(5.1)		
女	1224(85.1)	155(10.8)	60(4.1)		
年龄/岁				5.33	0.257
18~34	706(84.8)	85(10.2)	42(5.0)		
35~59	1043(84.7)	142(11.5)	46(3.7)		
≥ 60	425(83.8)	52(10.3)	30(5.9)		

① χ^2 值: 非参数检验中的一个统计量,作用是检验数据的相关性。

② P 值: 即概率,反映某一事件发生的可能性大小。

续表

变 量	无抑郁 (n=2174)	轻、中度抑郁 (n=279)	重度抑郁 (n=118)	χ^2 值	P 值
婚姻状况				33.55	<0.001
未婚	238(82.1)	27(9.3)	25(8.6)		
离异或丧偶	95(72.0)	23(17.4)	14(10.6)		
在婚	1841(85.7)	229(10.3)	79(3.7)		
受教育年限/年				27.11	<0.01
≤6	326(77.8)	65(15.5)	28(6.7)		
7~11	1077(83.9)	148(11.5)	58(4.5)		
>11	771(88.7)	66(7.6)	32(3.7)		
职业				41.44	<0.001
无工作	706(83.3)	103(12.1)	39(4.6)		
非全职	170(72.6)	38(16.2)	26(11.1)		
全职	1298(87.2)	138(9.1)	53(3.6)		
对经济的满意度				80.12	<0.001
不满意	203(68.6)	55(18.6)	38(12.8)		
一般	1251(85.9)	153(10.5)	53(3.6)		
满意	720(88.0)	71(8.7)	27(3.3)		

◎ 有抑郁症状患者的症状检出情况

精神症状：报告在过去的2周内出现兴趣丧失、情绪低落、自我评价低以及注意力障碍症状的患者分别占91.9%、98.3%、91.2%、89.2%，其中至少一半以上的天数出现“兴趣丧失”症状的患者占49.8%，出现“情绪低落”症状的患者占49.4%，出现“自我评价低”症状的患者占46.9%，出现“注意力障碍”症状的患者占48.4%。在过去的2周出现过自杀或自伤想法的患者占70.5%，其中27.5%的患者至少一半以上的天数出现该症状。

躯体症状：在过去2周出现过睡眠紊乱、身体疲乏、饮食问题以及精神运动性迟缓或激越症状的患者分别占95.2%、98.2%、95.7%、84.9%，其中至少一半以上天数出现睡眠紊乱的患者占62.2%，出现身体疲乏症状的患者占66.8%，出现饮食问题的患者占55.6%，出现精神运动性迟缓或激越的患者占41.6%。对抑郁患者的自我报告进行统计，发现在过去2周，一半以上天数出现躯体症状的平均人数多于出现精神症状的平均人数(分别为56.5%和44.4%)(见表1-3)。

表 1-3 有抑郁症状患者在 PHQ 项目评分上的分布 ($n=397$)

项 目	PHQ 项目评分			
	0	1	2	3
精神症状				
兴趣丧失	32(8.1)	167(42.1)	157(39.5)	41(10.3)
情绪低落	7(1.7)	194(48.9)	159(40.1)	37(9.3)
自我评价低	35(8.8)	176(44.3)	156(39.3)	30(7.6)
注意力障碍	43(10.8)	162(40.9)	160(40.3)	32(8.1)
自杀或自伤思想	117(29.5)	171(43.1)	86(21.7)	23(5.7)
躯体症状				
睡眠紊乱	19(4.8)	131(33.0)	187(47.1)	60(15.1)
身体疲乏	7(1.8)	125(31.5)	188(47.4)	77(19.4)
饮食问题	17(4.3)	159(40.1)	172(43.3)	49(12.3)
精神运动性迟缓或激越	60(15.1)	172(43.3)	144(36.3)	21(5.3)

◎ 抑郁严重程度相关因素的有序 Logistic 回归分析

为进一步揭示人口学变量和抑郁严重程度的相关关系,以人口学变量为自变量,抑郁严重程度为因变量,进行有序 Logistic 回归分析。结果表明离婚或丧偶、较低的受教育年限、非全职、对经济状况的不满意和抑郁严重程度相关(见表 1-4)。

表 1-4 抑郁严重程度相关因素的有序 Logistic 回归分析结果

自变量	抑郁严重程度			
	B ^①	Wald χ^2 值 ^②	P ^③	OR(95%CI) ^④
性别				
男	0.08	0.53	0.466	1.08(0.87~1.36)
女				1.00

① B: 偏回归系数,含义为在控制其他变量的前提下,自变量每变化一个单位,因变量的变化量。

② Wald χ^2 值: $/SE$ 的平方, SE 为标准误。是一种类似 t 检验或 F 检验的检验指标。

③ P: 即概率,反映某一事件发生的可能性大小。

④ OR(95%CI): OR 为比值比、优势比。这里指在 95%置信区间下的 OR 值。

续表

自变量	抑郁严重程度			
	B	Wald χ^2 值	P	OR(95%CI)
年龄/岁				
18~34	0.13	0.40	0.529	1.14(0.76~1.73)
35~59	0.07	0.152	0.696	1.07(0.77~1.48)
≥ 60				1.00
婚姻状况				
未婚	0.28	1.93	0.165	1.32(0.90~1.95)
离异或丧偶	0.67	10.19	0.001	1.95(1.29~2.94)
在婚				1.00
受教育年限/年				
≤ 6	0.64	10.09	0.001	1.90(1.28~2.83)
7~11	0.38	6.64	0.010	1.46(1.09~1.95)
> 11				1.00
职业				
无工作	0.12	0.55	0.459	1.13(0.83~1.54)
非全职	0.73	16.82	< 0.001	2.08(1.46~2.94)
全职				1.00
经济状况				
不满意	1.07	38.04	< 0.001	2.90(2.07~4.10)
一般	0.10	0.49	0.482	1.11(0.84~1.43)
满意				1.00

III 讨论

本研究结果表明,在杭州社区卫生服务站就诊的患者中,有 15.4% 存在抑郁症状,其中 10.8% 的患者存在轻、中度抑郁,4.6% 的患者存在重度抑郁。目前中国关于抑郁障碍患病率的数据存在较大差异,这可能与研究的地理位置、使用的方法和工具、社会文化等多种因素有关。本研究中抑郁症状的患病率虽然高于早年国内两次大规模的流行病学研究数据(0.46% 和 0.83%),但是和近期在基层医疗

机构开展的部分研究数据相当。秦晓霞等对沈阳市基层医疗机构就诊患者的抑郁状况进行研究,发现 11.0% 的患者存在不同严重程度的抑郁障碍,其中重度抑郁、恶劣心境和其他未确定的抑郁障碍的患病率分别为 3.6%, 2.8% 和 4.1%。综合国内外现有的研究报告,使用严格的临床结构访谈得到的患病率数据通常低于筛查量表估计的数据。但是也有研究者指出,专科医生进行完全结构化的访谈时,通常会在关键问题上设定偏高的阈限,从而造成对轻、中度抑郁情况的估计不足,而且由于中国社会普遍存在对精神疾病的偏见,人们更愿意向他们熟悉的人,比如亲属或者社区卫生服务站的工作人员,表达自己情绪和思想上的痛苦。

本研究揭示了抑郁症状在不同人口学特征个体中的分布状况。离婚或丧偶、较低的受教育程度和对经济不满意的患者更容易出现较严重的抑郁症状。这和国内外的流行病学研究结果基本一致。美满的婚姻、较高的受教育程度和良好的主观经济满意度可以为患者提供一个有效的社会支持,在患者遇到困难和挫折时起到中介调节的作用,从而避免负面情绪的产生,减少抑郁症状出现的可能性。本研究还发现非全职和抑郁严重程度显著相关,这和 Lu、Lee 等学者的研究不一致,后者的研究虽发现没有工作会显著增加重度抑郁的患病风险,但是这些研究并没有将非全职作为职业下的一个类别。长期处于非全职状态下的个体由于缺乏稳定的工作环境和福利保障,因此可能面临更大的工作和生活压力,更容易出现较为严重的抑郁症状。此外,本研究也没有发现性别对抑郁程度的影响,这与国内外研究结果不一致。如,国外研究揭示女性患抑郁障碍的可能性是男性的 2 倍以上,但是近年来国内有研究表明女性和男性患抑郁障碍的比例在下降,而且性别可能和其他因素交互影响抑郁发生的可能性。

本研究对抑郁患者的症状表达进行分析,发现存在躯体化现象,患者更倾向于报告躯体上频繁的不适,如睡眠不好、身体疲惫、精力下降、胃口不好等症状。国外研究者已经揭示了亚洲人普遍存在的这种躯体化表达,他们认为亚洲人不承认心境的低落是一种疾病,更倾向于将情绪的问题通过躯体的形式表现。但是,本研究发现患者在表达自己躯体不适的同时也会暴露自己兴趣丧失和情绪低落。这可能与采用的方法有关。在本研究中,社区卫生服务站的护士作为负责人和就诊患者进行沟通,而且患者被告知这是一个一般健康情况的调查,这就可能大大减少了他们的怀疑和抵触,增加了抑郁情绪暴露的可能性。此外,随着中国社会越来越开放,民众对抑郁障碍的相关知识了解和接受程度逐渐增加,这也会提高患者表达情绪抑郁的可能性。

本研究为社区卫生服务站的医务人员及时识别、诊断抑郁障碍提供了科学的建议。对于婚姻不幸福、受教育程度不高、对经济状况不满意、反复诉说躯体不适而没有任何重大躯体疾病的就诊患者,医务人员需要保持高度警惕。对抑郁障碍患者的及早识别和尽快实施有效的干预措施可以显著减少患者的痛苦,获得良好

的治疗效果,从长远的角度讲可以减少社会的疾病负担,对个人、家庭和社会均有重大意义。

02 老年抑郁在社区卫生服务体系中的现状

I 前言

老年抑郁障碍是指存在于 60 岁以上(老年期)人群的抑郁障碍。目前有关老年抑郁的研究,大多数是从精神疾病专科服务人群或综合医院患者群体中采样。这虽能保证研究对象的依从性,提高诊断的准确性和一致性,但与真实世界存在很大偏差,不能很好地代表老年抑郁障碍群体。此外,重度抑郁障碍与轻度抑郁障碍两者是不同的疾病,还是一个疾病的连续谱,或是有部分交集?轻度抑郁障碍会不会因为一些因素的影响而转变成为重度抑郁障碍?它会自然缓解吗?这些话题在医学界存在诸多争议,急需研究来论证。芬兰 Heikkinen 博士等人从 1989 年起对 337 名存在抑郁症状的社区老年居民进行了长达 10 年的随访研究,结果发现,抑郁障碍的发生率从 36.6% 上升到 44.7%,抑郁程度也明显增加,流调中心抑郁量表(CES-D)分数从 10 年前的 7.2 上升至 11.9,差异显著($p < 0.001$)。这表明,老年抑郁障碍中的轻度和重度可能是一个疾病的连续过程,然而,该研究采用自评量表 CES-D 来作诊断和症状评估,并不能很好地回答诊断问题。目前,国内还没有见到关于老年抑郁自然转归的研究。由于抑郁症状的表达具有明显的文化特性,西方国家的民众喜欢表达情绪,倾向于用情绪症状来表达抑郁;东方人国家的民众更倾向于用躯体化症状来表达抑郁,如睡眠困扰、胃口不好、疲乏无力等等。因此,本研究旨在采用更好的设计、减少采样偏差,对我国社区卫生服务人群中的老年抑郁障碍患者进行诊断和随访来观察其自然转归的过程,探讨其预测因素,为防治策略提供理论依据。

II 对象与方法

◎ 研究对象

选取杭州市上城区一个社区 60 岁以上的所有老年人,共 1698 人。其中 117 人(6.9%)拒绝接受筛查,105 人(6.2%)在筛查期间无法联络到,167 人(9.8%)由于住在医院里或者存在老年智力问题等无法完成筛查。最后入组并完成筛查的老年人有 1309 人(77.1%),完成筛查的老年人中有 34 人上交的是无效问卷,筛查阶段总的入组对象是 1275 人(75.1%)。1275 人中,女性占 55.8%,男性占 44.2%,平均年龄为 71.6 ± 9.6 岁;217 人(17%)为小学及以下文化,333 人(26.1%)为初中文化,425 人(33.4%)为高中或中专文化,300 人(23.5%)为大专及以上学历。

◎ 研究工具

(1) 抑郁障碍筛查与评估工具

病人健康问卷(PHQ-9)。PHQ-9的Cronbach's alpha系数(目前社会科学研究最常使用的信度分析方法)是0.91,条目与总分的相关系数是0.68~0.81,符合美国《精神疾病诊断与统计手册》(第4版)重度抑郁诊断标准的特异度和敏感度分别是0.89和0.75。

(2) 诊断工具

DSM-IV的结构性诊断访谈工具(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID)中文版。该问卷已在中文环境中使用很长时间,是研究中常用的诊断工具。

(3) 影响因素调查工具

① 自编一般人口学资料调查表,包括性别、年龄、文化程度、婚姻和居住状况等调查内容。② 日常生活能力量表(IADL),从“自己完全能做”“有些困难”“需要帮助”“根本无法做”四个维度来判断老年人在使用公共车辆、行走、洗衣、洗澡、打电话等14项日常生活事件中的能力强度,通过14个题项的总分来进行评判。③ 累计疾病评估量表(Cumulative Illness Rating Scale, CIRS),评估心脏系统、血管系统、血液系统、呼吸系统、五官系统、上消化道、下消化道、肝脏系统、肾脏系统、泌尿生殖系统、肌肉骨骼系统、神经系统、内分泌等13个系统疾病的病情、严重程度等。④ 社交网络量表(Lubben Social Network Scale, LSNS),由11个项目组成,每个项目的分数从1(0个)到5(9个或更多),LSNS的分数是将这11个项目分数相加得到总分。⑤ 简明健康调查问卷(12-Item Short Form Health Survey, SF-12),是健康状况调查问卷SF-36的简化版,用于评估患者发病前1个月内的生活质量,由12个条目组成,分数越高表示生活质量状态越好。

◎ 研究方法

(1) 抑郁障碍筛查

由经过培训的社区护士和研究人员一起进行,包括4个步骤,首先对所有来自社区卫生服务站的60岁以上老年人进行知情同意后的问卷调查(人口学资料调查表和PHQ-9),约7分钟;对于没有来社区卫生服务站的社区老年人,采用社区张贴告示的方式进行通知;采取上门拜访的方式对剩余的老年人进行访问和筛查;对临时外出或去向不明的老年人,通过电话进行联络以确定筛查访谈的时间。整个筛查过程在4个星期内完成。

(2) 诊断性访谈

采用SCID及相关影响因素量表,由精神科医生和护士进行,对象为所有PHQ-9得分10分以上(含10分)的老年人、50%的PHQ-9在5~9分之间的老年人和5%的PHQ-9小于5分的老年人,经过知情同意之后进行诊断性访谈,访谈的主要地点在社区卫生服务站,小部分老年人由于各种原因采用上门访谈。对重度

抑郁障碍患者,建议其本人或其监护人到专科就诊,并提供联络会诊及转诊服务,仍然纳入研究组进行随访研究。对自杀念头强烈的重度抑郁障碍患者,给其监护人提供密切关注与积极治疗的建议,并进行随访。

(3) 随访

对所有接受诊断性访谈的老年人在3个月、6个月和9个月后分别进行一次电话随访(工具为PHQ-9和SF-12);12个月后进行访谈(工具为SCID、PHQ-9和SF-12)。

◎ 统计方法

所有资料先录入计算机,使用SPSS 16.0软件进行统计处理,对老年抑郁的患病率进行描述性分析,抑郁预测因素与抑郁之间关系采用斯皮尔曼等级相关方法(Spearman's correlation coefficient for ranked data)和Logistic逐步回归分析,筛选方法为Backward,进入标准为 $P < 0.05$,剔除标准为 $P > 0.05$ 。统计学显著性水平定为双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

III 结果

◎ 老年抑郁的发生率

初测有141人(11.1%) PHQ-9得分在10分以上(含10分),298人(23.4%)为5~9分,836人(65.5%)为0~4分。根据入组选择要求,141人的全部、298人中的50%即149人、836人中的5%即42人,一共332人进入诊断访谈组。经过知情同意之后,有252人(76%)接受诊断访谈、问卷调查和随访。依据DSM-IV关于重度抑郁障碍(MDD)的诊断标准,PHQ-9 ≥ 10 分组($n=104$)和PHQ-9得分5~9分组($n=121$)中分别有78人、15人符合MDD诊断标准,PHQ-9为0~4分组中无人符合诊断标准。对1275名老年人中符合MDD诊断标准的93人进行抑郁症状分析,按照PHQ-9量表中每个条目大于1分进行计算,结果见表1-5。

表 1-5 MDD 患者的抑郁症状列表($n=93$)

在过去2个星期,有多少时候您受到以下问题困扰?	一半以上的天数或几乎每天
a. 做事时提不起劲或没有兴趣	68%
b. 感到心情低落、沮丧或绝望	62.1%
c. 入睡困难、睡不安稳或睡眠过多	69%
d. 感觉疲倦或没有活力	71.9%
e. 食欲不振或吃太多	46.6%