

# 佛教信仰与地震灾区老年人的心理健康状况

王 婷<sup>1</sup> 韩布新 (中科院心理所心理健康院重点实验室老年心理研究中心,北京 100101)

**摘要** 目的 探讨佛教对震后老年信徒心理健康的影响。方法 将 216名受灾老年人按照信仰佛教和无宗教信仰分为两组进行协方差分析。两组被试的性别、年龄、婚姻、文化程度等人口学特征完全匹配。结果 震后佛教信徒心理健康总分、情绪体验、适应能力的修正均数皆低于无宗教信仰者 ( $F_{总} = 7.15, P < 0.01$ ;  $F_{情绪} = 111.32, P < 0.01$ ;  $F_{适应} = 61.80, P < 0.05$ ), 抑郁修正均数高于无宗教信仰者 ( $F_{抑郁} = 101.64, P < 0.01$ )。结论 佛教信仰对震后老年信徒的心理健康有消极影响, 信佛者的心理健康水平低于无宗教信仰者。

**关键词** 佛教信仰; 老年佛教信徒; 心理健康; 地震灾区

1中图分类号 2 R375 1文献标识码 2 A 1文章编号 2 100529202(2009)1021272204

Buddhism belief and mental health status of aging survivors in Wenchuan earthquake disaster area

WANG Ting HAN Buxin

Center on Psychological Aging Key Laboratory of Mental Health Institute of Psychology Chinese Academy of Science Beijing 100101, China

**Abstract** Objective To detect the effect of Buddhism belief of elderly believers' mental health status after Wenchuan earthquake. Methods 216 aging survivors were divided into Buddhism belief and nonbelief groups. All people were administered by Chinese mental health inventory. Results There was a significant difference in mental health between the two groups. After the earthquake, the general level of Buddhism group was lower in Buddhism belief group than that in nonbelief group. Same tendency existed in emotional experience and adapt ability dimensions. The depress score was higher in Buddhism group believers. Conclusions Aging Buddhism believers show a worse mental health status in the aftermath of Wenchuan earthquake.

**Key words** Buddhism belief; Aging Buddhism believers; Mental health status; Wenchuan earthquake

宗教信仰作为信仰者重要的认知因素, 对个体的心理健康、抑郁、主观幸福感等心理行为具有一定的影响。Gartner等<sup>112</sup>对近 200个有关宗教信仰和心理健康关系的结果进行元分析, 认为两者之间主要是正相关, 但是很多方面仍不明确。在临床工作中, 医生通过强化癌症或其他绝症患者所信奉的宗教信仰, 可以有效缓解其情绪问题, 促进其恢复<sup>122</sup>。Phant等<sup>132</sup>发现信徒参与宗教活动次数越多, 其主观幸福感越高, 抑郁、自杀、药物依赖的发生率越低。某些宗教仪式(如祷告、诵经)可促进某些脑区的活动, 使个体心情轻松, 有助于人们克服失去亲人的悲伤, 还可以作为预防老年抑郁症的/保护0因素<sup>14-62</sup>。但是, 遭遇过创伤事件、罹患创伤后应激障碍(PTSD)的基督徒, 其信仰水平下降, 一些人甚至不再信仰宗教<sup>172</sup>。在应对某些压力巨大的生活事件时, 一些宗教理念(如避世)反而会让个体的抑郁症状增强<sup>182</sup>。因此, 宗教信仰和心理健康之间的关系仍不确定。本研究通过对比震后 4个月极重灾区信佛者和无宗教信仰者的心理健康水平, 探讨佛教对极重灾区老年信徒心理健康的影响, 并预期信佛者的心理健康水平好于无宗教信仰者的心理健康水平。

基金项目: 中国科协/汶川大地震灾民心理援助中长期规划0项目(11300H369), 科技部 863重点项目/5112地震灾民社区心理救援与心理调控模式研究0(2008AA022604)

1 中国科学院研究生院

通讯作者: 韩布新(19662), 男, 研究员, 博士生导师, 主要从事老年心理学研究。

第一作者: 王 婷(19822), 女, 在读博士, 主要从事老年心理学研究。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 北川县安昌镇竹林板房区和永兴板房区 216位意识清晰、智能正常, 无重大躯体疾病、心理疾病和精神障碍的受灾群众。根据年龄分为老年前期(55~59岁)、老年期(60~74岁)、老老年期(75岁以上)。

## 1.2 研究工具

1.2.1 自编受灾群众信息调查问卷 第一部分为人口学基本资料, 包括性别、年龄、民族、婚姻、文化程度、宗教信仰、震前躯体疾病史和心理疾病史等。第二部分为地震期间经历问卷, 反映受灾群众的创伤程度, 共 8个题目: 地震中是否被困, 是否受到比一般擦伤严重的伤, 是否感到恐惧, 是否有亲友遇难, 是否有亲友受伤, 有无目睹房屋倒塌, 是否目睹死亡, 是否目睹或接触尸体。采取 2点评分法, 得分越高表示地震带来的创伤越严重。

1.2.2 心理健康状况的评定 中国心理健康量表(老年版)(CMHDE)共 65题, 包含认知效能、情绪体验、自我评价、人际交往、适应能力五个分量表, 4级评分, 得分越高, 心理健康状况越好。流调中心用抑郁量表(CES-D)共 20题, 4级记分, 满分 60分, 小于 15分为无抑郁症状, 16~19分为疑似抑郁症, 20分及以上为有抑郁症状<sup>192</sup>。

1.3 调查程序 汶川震后 4个月, 由经过培训的志愿者在获得老年人知情同意后, 逐项询问各题。

1.4 统计学处理 采用 SPSS15.0统计软件, 运用描述性统计、t检验、 $\chi^2$ 检验等方法进行分析。

2 结 果

2.1 两组人群基本信息 两组人口学变量经  $\chi^2$  检验, 其性别、年龄、文化程度、婚姻状况无显著差异 (见表 1)。两组人群的心理健康总分及各维度的得分皆呈正态分布。信佛组与无宗教信仰组中, 各有 93.1%、84.2% 被试者以前无可怕事件经历, 55.6%、52.6% 曾在地震中被困在高楼或瓦砾中, 84.4%、81.3% 曾目睹房屋损毁, 86.7%、88.9% 经历地震时感到非常恐惧, 48.9%、24.6% 的被试者躯体受伤, 88.9%、

56.7% 有亲友在震中遇难, 55.6%、35.1% 有亲友在震中受伤, 53.3%、29.2% 曾目睹死亡, 71.1%、38.0% 曾亲眼目睹或接触尸体。对两组在地震期间的经历进行  $\chi^2$  检验, 两者在有无受到比一般擦伤更严重的伤、是否有亲友受伤、是否有亲友遇难、是否目睹死亡和有无目睹或接触尸体五方面存在显著差异 ( $\chi^2_{\text{受伤}} = 101.84, P < 0.01$ ;  $\chi^2_{\text{亲友死亡}} = 151.89, P < 0.01$ ;  $\chi^2_{\text{亲友受伤}} = 81.89, P < 0.01$ ;  $\chi^2_{\text{目睹死亡}} = 81.73, P < 0.01$ ;  $\chi^2_{\text{目睹接触尸体}} = 131.44, P < 0.01$ )。

表 1 信佛组和无宗教信仰组人口学特征及比较 (n)

组别	性别		年龄				婚姻状况		文化程度	
	男性	女性	55~ 59岁	60~ 74岁	75岁以上	平均年龄(岁)	已婚	其他	小学及以下	中学及以上
无信仰	60	110	36	109	25	65.184 ? 71.61	117	54	142	28
信佛	12	32	11	25	8	67.125 ? 91.32	30	15	37	6
$\chi^2/t$ 值	1101			- 11.04			01.05			01.16
P 值	01.32			01.30			01.82			01.69

2.2 信佛对心理健康的影响 地震期间经历问卷的内部一致性系数 (Cronbach A) 为 0.647, 表明问卷信度较好。多因素方差分析显示地震期间经历与其他变量均无交互作用, 可以作为协变量。按照信佛和无宗教信仰把被试分成两组, 以心理健康总分和抑郁分为因变量, 性别、年龄、婚姻、文化程度、宗教信仰为控制变量, 地震期间经历分为协变量, 进行协方差分析, 发现宗教信仰、性别两变量对个体震后心理健康总分、抑郁总分影响显著, 地震期间经历和其他人口学变量对个体心理健康总分、抑郁总分影响不显著。见表 2。

表 2 信仰佛教对心理健康影响协方差分析表

		偏差平方和	自由度	均方和	F 值
心理健康	校正模型	13 1381.82	7	1 8761.98	31.78 <sup>1)</sup>
	截距	186 8511.36	1	186 8511.36	3761.18 <sup>2)</sup>
	地震期间经历	5281.50	1	5181.50	11.04
	无信仰与信佛	4 3421.12	1	4 3421.12	81.74 <sup>1)</sup>
	性别	3 4471.49	1	3 4471.49	61.94 <sup>1)</sup>
抑郁	误差	99 8381.97	201	4961.71	
	平方和	6 159 6991.15	209		
	总数	112 9771.79	208		
	$R^2 = 0.116$				
	校正模型	2 9221.26	8	3 651.28	31.96 <sup>2)</sup>
截距	3 8151.45	1	3 8151.45	411.36 <sup>2)</sup>	
地震期间经历	1431.79	1	1431.79	11.56	
无信仰与信佛	9811.43	1	9811.43	101.64 <sup>1)</sup>	
性别	9081.91	1	9081.91	91.85	
误差	18 0791.93	196	921.245		
平方和	183 2481.64	205			
总数	21 0021.20	204			
$R^2 = 0.139$					

1)  $P < 0.01$ , 2)  $P < 0.001$

同理, 对心理健康量表五个维度得分进行协方差分析。结果表明, 对认知效能维度, 地震期间经历作用不显著, 宗教信仰、性别变量作用显著 ( $F_{\text{宗教信仰}} = 51.63, P < 0.05$ ;  $F_{\text{地震经历}} = 01.28, P > 0.05$ ;  $F_{\text{性别}} = 81.13, P < 0.01$ ); 对情绪体验维度, 地震期间经历和宗教信仰的作用皆显著 ( $F_{\text{宗教信仰}} = 111.32, P < 0.01$ ;

$F_{\text{地震经历}} = 51.81, P < 0.05$ ); 对适应能力维度, 地震期间经历、宗教信仰、性别作用显著 ( $F_{\text{宗教信仰}} = 61.80, P < 0.05$ ;  $F_{\text{地震经历}} = 61.35, P < 0.05$ ;  $F_{\text{性别}} = 71.44, P < 0.01$ ); 对人际关系维度, 地震期间经历和宗教信仰的作用皆不显著 ( $F_{\text{宗教信仰}} = 01.21, P > 0.05$ ;  $F_{\text{地震经历}} = 21.40, P > 0.05$ ); 对自我评价维度, 地震期间经历作用显著, 宗教信仰作用不显著 ( $F_{\text{宗教信仰}} = 01.02, P > 0.05$ ;  $F_{\text{地震经历}} = 41.63, P < 0.05$ )。

对两组人群心理健康得分的修正均数进行比较, 结果表明, 信佛者和无宗教信仰者在心理健康总分、认知效能、情绪体验、适应能力和抑郁得分方面差异皆显著。信佛者的心理健康总分低于无宗教信仰者, 抑郁水平高于无宗教信仰者。见表 3。

表 3 两组人群协方差分析修正均数对比 ( $n_{\text{无}} = 171, n_{\text{佛}} = 45$ )

因素	无信仰组	信佛组	F
认知效能	231.58	211.53	51.64 <sup>1)</sup>
情绪体验	381.31	331.50	111.32 <sup>2)</sup>
自我评价	341.48	341.37	01.02
人际交往	281.40	271.93	01.21
适应能力	471.50	431.59	61.80 <sup>1)</sup>
心理健康总分	1721.27	1601.92	71.15 <sup>2)</sup>
抑郁	261.74	321.56	101.64 <sup>2)</sup>

1)  $P < 0.05$ , 2)  $P < 0.01$

协方差分析表明, 宗教信仰和性别在心理健康总分、抑郁以及认知效能、适应能力维度差异显著。进一步分析显示两者在认知效能维度有交互作用 ( $F = 71.35, P < 0.01$ ), 其他维度交互作用不显著。事后检验表明, 宗教信仰主效应显著, 信佛佛教的男性其认知水平低于无宗教信仰男性, 而信佛佛教的女性认知水平高于无宗教信仰的女性。

3 讨 论

国内外关于宗教信仰和心理健康的研究, 多以基督教信徒为研究对象。佛教和基督教、伊斯兰教是世界三大宗教。中国佛教由印度佛教演化而来, 迄今已有 2 000 多年的历史。中国

佛教思想中的/无空无我0、/慈悲观0、/禅定0等理念,能够满足个体保持心理健康的基本需要。它主张助人为乐,对世间万物拿得起,放得下,引导个体建立豁达、开放的人生态度,保持平静愉快的心态<sup>110~122</sup>。也就是说,信仰佛教能够让个体的心理保持稳定。

本研究表明,震后4个月信佛老年人的心理健康水平低于无宗教信仰的老年人,表明地震对信佛者产生的冲击和负面影响更大。

研究者对宗教信仰影响心理健康的机制有多种解释:宗教信仰可以为个体提供良好的人际交往氛围和新知识,有利于促进其心理健康<sup>1132</sup>;它是完全不同于心理和社会加工的一种体验<sup>1142</sup>,绝大多数宗教都有一套完整的道德价值观、行为规范、认识事物的思维方式和处理方法,在一些自我无法解决的问题上,宗教信仰能够提供完整的答案;宗教信仰和个体的身心健康、主观幸福感以及社会行为之间的关系,也许源于宗教信仰对个体产生的自我控制或自我约束感<sup>1152</sup>等。

一些学者认为个体的信仰会随着环境变化而变化;认知心理学家认为创伤事件会破坏信徒已有的信息加工模式,甚至改变其加工模式。当个体遇到创伤事件时,首先会尽力运用已有的知识或加工体系去同化新的信息<sup>1162</sup>。如果先前的知识不能解决面对的问题,个体会感到不知所措,心理防御机制开始起作用,同时伴发某些情绪(如害怕、沮丧、绝望等)。若要接受新信息,就必须改变信息本身,或者改变原有信息加工模式<sup>172</sup>。中国佛教的核心思想认为/万物皆有佛性0,即重视自然物的价值,所谓自然物不仅包括有情感的动物,也包括没有情感的植物、无机物;主张/众生平等0、/慈悲为怀0,具有不杀生、素食、放生的规定和行为。这些都反映了佛教信徒对生命的尊重、珍惜和敬畏。汶川地震发生后,无数个家园瞬间粉碎,上万个生命瞬间消失,大量破坏性的闯入信息与佛教信仰者旧有的信息加工模式发生冲突,就会产生一系列的连锁反应,产生消极的情绪、思想和行为。

/业报论0是佛教的另一个核心思想。它认为个体只要做出活动,必定会得到相应的结果。佛教理念坚持/拒恶从善0的观点,肯定/善良战胜邪恶0的必然性,强调个人对自己行为的责任。这一点对于老年人,具有较强的激励作用和心理安慰作用<sup>1112</sup>。汶川地震作为一种自然灾害,很多人的遇难是突发性、偶然性的。如果老年佛教信徒以/业报论0评价汶川地震,认为/天灾0是上天对人类、或是对自己的惩罚,就会产生负罪感、陷入自责,表现出情绪低落、人际疏远、时常担忧焦虑,无法适应新的生活环境,心理健康水平逐日下降。

值得注意的是,有一些信徒将佛教信仰等同于单纯的烧香拜佛。他们的宗教信仰往往不是出于对崇拜对象的虔诚信奉和超自然力量的真挚信仰,更多表现为一种功利目的,希望通过烧香、做法事,向神灵祈求平安、好运<sup>1172</sup>。在这种信仰动机下,个体很容易在地震后产生/祈求平安反得灾祸0的冲突理念。这也是造成信徒心理失衡的一个原因。

灾难事件发生后,个体遭遇的伤害是影响个体心理健康的最直接因素。它包括个体躯体的伤痛、亲人遇难、目睹事件过程等。在不同类型的灾难事件中,个体经历的创伤水平不同,

心理应激强度不一致,心理健康变化的水平也有所区别。一般创伤水平和心理健康水平的变化为正相关<sup>118 192</sup>。本研究中,通过将地震期间经历作为协变量,研究者控制了其对个体心理健康水平的影响,佛教信徒整体的创伤水平高于无宗教信仰者,主要是由于信佛组数量较少引起的。此外,通过对交互作用的分析,提示佛教信仰对不同性别人群的认知效能作用机制可能有差别。当然,调查问卷时使用的自评方法也会使结果产生主观性。

本研究的不足主要是样本数量较少,而且对于信佛组被试的信仰生活态度与行为未进行深入调查,所以结论有局限,需在未来的横向和纵向研究中予以进一步检验、跟踪和分析。

#### 4 参考文献

- 1 Gartner J, Larson DB, Allen GD. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *J Psychol Theology*, 1991; 19: 622-51
- 2 Taylor NM. Utilizing religious schemas to cope with mental illness. *J Relig Health*, 2001; 40(3): 383-281
- 3 Plant TG, Shama NK. Religious faith and mental health outcomes. In: Plant TG, Sherman AC (Eds). *Faith and healing: psychological perspectives*. New York: The Guilford Press, 2001: 240-261
- 4 Lazar SW, Bush G, Gollub R, et al. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *J NeuroReport*, 2000; 11(7): 1581-251
- 5 Davidson RJ, Kabat-zinn J, Schumacher J, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *J Psychosom Med*, 2003; 65: 564-2701
- 6 Fountoulakis KN, Siamouli M, Maqiria S, et al. Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: interpreting the data. *J Med Hypotheses*, 2008; 70(3): 493-261
- 7 Fabbetti SA, Resick PA, Davis LI. Changes in religious belief following trauma. *J Trauma Stress*, 2003; 16(4): 391-281
- 8 Smith TB, McCullough ME, Poll JI. Religiosity and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *J Psychol Bull*, 2003; 129(4): 614-2361
- 9 汪向东. 心理卫生评定手册. 北京: 中国心理卫生杂志出版社(增订版), 1999: 86-281
- 10 刘俊明. 佛教文化中的心理卫生与心理健康思想初探. *湖北成人教育学院学报*, 2007; 13(4): 692-701
- 11 严冬. 佛家的禅定与心理健康. *宗教与文化*, 1997; 1: 41-221
- 12 黄国胜. 佛教与心理卫生. *临床心理学杂志*, 1998; 6(3): 337-91
- 13 Stone HW, Cross DR, Purvis KB, et al. A study of the benefit of social and religious support on church members during times of crisis. *J Pastoral Psychol*, 2003; 51(4): 327-2401
- 14 Pargament KL, Magaya-Russell GM, Murray-Swank NA. The sacred and the search for significance: religion as a unique process. *J Soc Issues*, 2005; 61: 665-2871
- 15 McCullough ME, Willoughby BL. Religion, self-regulation and self-control: associations, explanations and implications. *J Psychol Bull*, 2009; 135(1): 69-2931
- 16 Irwin GS, James HA. Assessing the impact of life changes: development of

- the life experiences survey. *J Clin Psychol* 1978; 46(5): 932-2461
- 17 麦小宇 1 民间信仰中的烧头香 1 21 五台山研究, 2008 4: 821-21
- 18 Breslau N, Kessler RC, Chikokoat HD, et al 11 Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma 1 21 *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(7): 626-2321
- 19 Haden SC, Scarpa A, Jones RT 11 Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: the moderating role of perceived social support and coping for young adults 1 21 *Pers Ind Differ* 2007; 42(7): 1187-2981

12009204210 收稿 2009204230 修回 2

(编辑 徐杰 胡国义)

# 汶川地震后不同灾情地区老年人创伤后应激障碍发生率及影响因素

黄河清<sup>1</sup> 杨惠琴<sup>2</sup> 韩布新 (中科院心理所心理健康院重点实验室老年心理研究中心, 北京 100101)

**摘要 2** 目的 调查 5# 12 地震后 6 个月不同灾情地区老年人创伤后应激障碍 (PTSD) 的发生率及影响因素。方法 震后 6 个月在极重灾区、重灾区及一般灾区使用自编个人基本情况调查表、事件影响量表修订版 (IES2R), 调查共 470 名 60 岁以上老年人。结果 震后 6 个月, 灾区老年人 PTSD 总的发生率是 321%, 极重灾区、重灾区 and 一般灾区 PTSD 发生率分别为 561%, 251%, 261%。IES2R 得分的影响因素在极重灾区为民族, 重灾区为性别和地震时恐惧感, 一般灾区为教育水平、宗教信仰、以前创伤经历和地震时恐惧感。结论 震后 6 个月老年人 PTSD 发生率较高, 极重灾区老年人尤其需要灾后心理干预工作的关注。

1 关键词 2 地震; 老年人; 创伤后应激障碍; 灾情, 地区

1 中图分类号 2 R3951.1 1 文献标识码 2 A 1 文章编号 2 100529202(2009)1021275203

汶川地震不仅造成了巨大的生命财产损失, 也对灾民的心理造成巨大的创伤。创伤后应激障碍 (PTSD) 是灾难后人们常见心理反应, 其发生率为 31% ~ 60% 不等<sup>112</sup>, 受灾时的初始暴露水平影响其发生率。Carr 等<sup>12</sup> 在澳大利亚地震后 6 个月调查发现高、低暴露组 PTSD 发生率分别是 181% 和 11%。另外, 研究采用的诊断工具也影响 PTSD 的发生率。Chen 等<sup>132</sup> 在台湾 9# 2 地震后两年使用 Davidson Trauma Scale 的简版 SPAN 发现 PTSD 的发生率是 201%; 而 Chou 等<sup>142</sup> 使用 Minnesota International Neuropsychiatric Interview (MNI) 诊断的结果是 91%。9# 1 恐怖袭击后 2 个月, Silver 等<sup>152</sup> 使用事件影响量表修订版 (IES2R) 发现 PTSD 发生率是 17%; Schlinger 等<sup>162</sup> 使用 PTSD Checklist (PCL) 诊断的结果是 1112%。IES2R 是目前使用最多的 PTSD 诊断工具之一, 在过去研究中表现出很好的信度、效度<sup>172</sup>。目前针对老年人 PTSD 的调查很少。为了解老年人在灾后的应激反应特点和规律, 本课题组于汶川地震后 6 个月在四川极重灾区、重灾区 and 一般灾区分别取样, 调查不同灾情地区老年人的 PTSD 发生率及影响因素。

## 1 对象及方法

11.1 对象 在成都、德阳及绵阳调查 470 名 60 岁以上老年人。按照国务院颁布的汶川地震灾害范围评估结果对极重、重和一般灾区的划分, 其中极重灾区 (北川县、安县、什邡市和都江堰市) 老年人占 211%, 重灾区 (绵阳市涪城区、游仙区、江

油市和广元市利州区) 占 341%, 一般灾区 (绵阳市区、德阳市区和成都市区) 占 44%。470 名老年人中, 男性 451%, 女性 541%; 60~74 岁者 661%, 75 岁以上者 331%; 671% 在婚, 321% 丧偶或离婚; 小学文化及文盲者 561%, 初中及以上者 431%; 汉族占 911%, 羌族占 618%, 其他民族占 113%。极重灾区、重灾区 and 一般灾区人群人口学资料近似匹配, 仅教育水平有差异, 见表 1。

表 1 不同灾区老年人人口学特征 (n)

		极重灾区	重灾区	一般灾区
性别	男	39	73	99
	女	64	84	106
年龄	60~74	65	98	149
	75 以上	38	62	58
婚姻	在婚	60	102	146
	不在婚	40	55	56
教育水平	小学及以下	71 <sup>1)</sup>	86 <sup>1)</sup>	95 <sup>1)</sup>
	初中及以上	24 <sup>1)</sup>	69 <sup>1)</sup>	101 <sup>1)</sup>
宗教信仰	无	64	102	136
	有	37	51	61

与其他灾区组比较: P < 0101

11.2 方法 采用自编人口学资料 (包括性别、年龄、教育水平、宗教信仰和以前的创伤经历等) 及地震期间经历问卷 (包括是否被困、目睹房屋倒塌、目睹死亡及接触尸体等)、事件影响量表修订版 (IES2R)。IES2R 得分 > 35 分诊断为 PTSD<sup>172</sup>。由当地经过培训的志愿者入户访谈, 得到允许后逐一询问各项目。

11.3 统计学处理 采用 SPSS1510 软件进行描述性统计、单因素方差分析、 $\chi^2$  检验和多元分层回归分析。

基金项目: 中国科协项目 (113000H369); 科技部 863 重点项目 (2008AA022604)

1 中国科学院研究生院 2 西南科技大学心理咨询中心  
 通讯作者: 韩布新 (19662), 男, 研究员, 博士生导师, 主要从事老年心理健康研究。  
 第一作者: 黄河清 (19852), 男, 硕士, 主要从事认知老化研究。