

居家老年慢性病患者用药风险及影响因素分析

张欣钰¹ 郑云慧 孙梦潇 吴以琳 王 晓

(嘉兴学院医学院, 浙江嘉兴 314001)

【摘要】: 为了解居家慢性病老人用药风险及影响因素, 提高其用药安全性, 对嘉兴市 3 家社区卫生服务中心就诊的 200 例居家慢性病老人进行用药现状调查. 结果发现, 居家老年慢性病患者具有多种慢性病并存、多药合用的特点, 其用药行为存在较大的安全隐患. 用药知识、患慢病数和药费支付方式是影响慢性病老人居家用药行为的主要因素. 应从多视角关注居家慢性病老人的用药安全问题, 普及药品应用基本知识, 积极推进家庭医疗服务签约制度和用药访查服务, 促进用药依从性, 更好地保障老年患者的用药安全.

【关键词】: 嘉兴市; 老年人; 慢性病; 用药安全性; 影响因素分析

【中图分类号】: R473.5 **【文献标志码】:** A **【文章编号】:** 1671-3079(2017)06-0115-05

慢性病, 全称慢性非传染性疾病(chronic noncommunicable diseases), 是指不构成在人与人之间传播, 病情持续时间长、发展缓慢的疾病, 主要包括心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病为代表的一组疾病.^[1]近年来, 随着老龄化进程的加快, 慢性病已成为我国重要的公共卫生问题. 资料显示, 我国慢性病患者已超过 2.6 亿, 老年慢性病患者病率为全人群的 4.2 倍.^[2]慢性病已成为我国老年人的主要健康问题. 与此同时, 老年慢性病患者的用药安全亦受到越来越广泛的关注.

本研究旨在探讨居家老年慢性病患者用药行为影响因素, 为进一步提高老年患者的用药依从性, 提升用药安全提供参考.

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2016 年 9 月至 12 月在嘉兴市 3 家社区卫生服务中心就诊的慢性病老人为对象进行问卷调查. 纳入标准: 1) 年龄 >60 岁且有自理能力; 2) 经明确医疗诊断的非住院慢性病患者; 3) 长期用药; 4) 自愿参与调查. 排除标准: 1) 交流有障碍者(如听力障碍、认知障碍和精神疾病等); 2) 患有严重心、肝、肾疾病者. 本研究共发放问卷 200 份, 回收有效问卷 200 份, 有效回收率为 100%.

1.2 调查工具

¹收稿日期: 2017-02-09

基金项目: 浙江省新苗人才计划立项项目(2017R417037); 嘉兴学院重点 SRT 项目(851716037)

作者简介: 张欣钰(1998 -), 女, 浙江富阳人, 嘉兴学院医学院护理 162 班学生, 研究方向为老年护理学.

网络出版时间: 2017-10-24 09: 57: 24 网络出版地址: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/33.1273.Z.20171024.0957.008.html>

自制调查问卷, 问卷 Cronbach's α 系数为 0.892, KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 值为 0.902, 具有较好的信度和效度. 问卷内容包括基本信息及用药知识与用药行为. 1) 基本信息, 包括患者性别、年龄、受教育程度、药费支付方式、患慢性病情况、用药种类以及因药物不良反应/事件而入院的经历. 2) 用药知识与用药行为调查: 用药知识共 9 个条目, 每个条目的答案按 1-4 级计分, 分别代表“不了解”至“完全了解”. 总分为 9-36 分, 得分越高, 表示用药知识掌握越好; 用药行为共 14 个条目, 每一条目的答案按“从不、有时、经常”分为 3 级, 计分从低到高依次为 1 分、2 分和 3 分. 总分为 14-42 分, 得分越高, 表示用药行为越趋于安全.

1.3 调查方法

本研究采用问卷调查与访谈相结合的方法, 选择符合条件的老年慢性病患者及其陪同家属进行现场“一对一”调查. 调查员应用同一指导语, 向每名研究对象说明研究的目的、需要时间、资料保密方法等. 在获得研究对象知情同意后, 由研究者负责口述问题并逐项代为填写, 当场检查问卷.

1.4 统计学方法

使用 Epidata 软件 3.1 中文版建立数据库, 经核对无误后采用 SPSS17.0 软件进行统计分析. 对老年患者的基本信息和用药知识、行为得分采用频数、构成比、均数、标准差进行统计描述. 单因素分析采用 Spearman 相关分析, 多因素分析采用 Stepwise 多元线性回归分析. 统计检验水准为 $\alpha = 0.05$.

2 结果

2.1 一般人口学特征

200 例调查对象中, 男 94 例 (47%), 女 106 例 (53%); 按年龄划分, 60-69 岁 64 例 (32%), 70-79 岁 71 例 (35.5%), 80-89 岁 52 例 (26%), 90 岁及以上 13 例 (6.5%); 按文化程度划为, 小学及以下 116 例 (58%), 初中 38 例 (19%), 高中 (含中专) 30 例 (15%), 大专及以上 16 例 (8%); 按医保情况, 城镇医保 120 例 (60%), 新农合 76 例 (38%), 自费 4 例 (2%); 按患病情况, 患 1 种慢性病 72 例 (36%), 2 种慢病 64 例 (32%), 3 种慢病 34 例 (17%), 4 种慢病 22 例 (11%), 5 种及以上慢病 8 例 (4%), 人均患慢性病数为 (2.2 ± 1.244) 种, 位居前 6 的慢性疾病依次为高血压 104 例 (52%)、心脏疾病 64 例 (32%)、糖尿病 52 例 (26%)、脑血管疾病 46 例 (23%)、高血脂 44 例 (22%)、呼吸系统疾病 22 例 (11%); 按用药情况, 服用 1 种药物 30 例 (15%), 2 种药物 38 例 (19%), 3 种药物 42 例 (21%), 4 种药物 40 例 (20%), 5 种药物 20 例 (10%), 6 种及以上药物 30 例 (15%), 人均服用药品数 (3.34 ± 1.63) 种; 服用药品种类与慢性病数正相关 ($r=0.536, P=0.000$).

2.2 居家老年慢性病患者用药知识和用药行为得分

样本调查显示, 慢性病老人用药知识总分为 (19.15 ± 6.38) 分, 最大值 36 分, 最小值 9 分, 具体见表 1.

表 1 居家慢性病患者老人用药知识各因子得分情况 (n=200)

因子	用药知识水平得分 ($\bar{x} \pm S$)
所用药物的使用时间	3.02 \pm 0.980
所用药物的贮存方法	2.47 \pm 0.896
所用药物名称和用量	2.34 \pm 1.020

药物变质的识别	2.09 ± 1.202
药物不良反应的定义	2.06 ± 0.983
所用药物的主要副作用	1.93 ± 1.000
所用药物使用注意事项	1.83 ± 0.827
用药中出现新的症状如何处理	1.79 ± 0.862
老年人药物代谢和药效特点	1.64 ± 0.891

用药行为总分为 (32.995±4.145) 分, 最大值 41 分, 最小值 21 分, 具体见表 2.

表 2 居家老年慢性病患者用药行为各因子得分情况 (n=200)

因子	用药知识水平得分 (x ± S)
服药期间饮酒	2.72 ± 0.532
为增加疗效自行增加药物剂量	2.70 ± 0.521
因广告或亲友推荐而自行服用非医嘱药	2.67 ± 0.522
服药时用茶、牛奶代替水送服	2.66 ± 0.555
症状改善时, 自行减少药物剂量或停药	2.65 ± 0.547
错服或忘记服用药物	2.51 ± 0.593
把药物掰开或研碎服用	2.43 ± 0.572
按时用药	2.38 ± 0.580
用药前认真查看药品的有效期	2.03 ± 0.811
用药期间主动去医院检查肝、肾功能	2.00 ± 0.687
用药前主动向医务人员询问服药注意事项	1.88 ± 0.708
使用新药前认真阅读药品说明书	1.87 ± 0.831
主动向医生说明自己过敏的及正在服用的药物	1.75 ± 0.671

2.3 居家老年慢性病患者用药行为回归分析

为了更清楚了解各因子对慢性病老人用药行为的影响程度, 笔者以慢性病老人用药行为得分为因变量, 以性别 (男=1, 女=2)、年龄 (60-69 岁=1, 70-79 岁=2, 80-89 岁=3, 90 岁及以上=4)、教育程度 (小学及以下=1, 初中=2, 高中及中专=3, 大专及以上=4)、药费支付方式 (城镇医保=1, 新农合=2, 自费=3)、患慢性病数 (1 种慢病=1, 2 种慢病=2, 3 种慢病=3, 4 种慢病=4, 5 种及以上慢病=5)、服用药品种类 (1 种药物=1, 2 种药物=2, 3 种药物=3, 4 种药物=4, 5 种药物=5, 6 种及以上药物=6)、用药知识得分等 8 个变量作为自变量, 采用 Stepwise 多元线性回归模型进行多因素分析 (α 进=0.05, $\alpha_{\text{出}}=0.10$)。研究结果显示: 用药知识、教育程度、性别、药费支付方式和患慢性病数是影响用药行为得分的主要因素, 具体见表 3。

表 3 社区非住院慢病老人用药行为回归分析 (n=200)

影响因素	偏回归系数	标准误	标准化回归系数	t 值	P 值
常量	28.683	1.113		25.778	0.000
用药知识	0.380	0.037	0.585	10.388	0.000
药费支付方式	-1.399	0.435	-0.180	-3.212	0.002
患慢病数	-0.447	0.185	-0.133	-2.410	0.017

注: $R^2=0.414$, 调整后 $R^2=0.405$; $F=46.187$, $P=0.000$

2.4 居家老年慢性病患者用药不良反应/事件及相关分析

样本调查显示, 18.2%的慢性病老人主诉有因药物不良反应而人院的经历. 相关分析显示, 因药物不良反应/事件人院的经历与服用药品种类 ($r=0.169$, $P=0.017$) 正相关, 与用药行为中的“为增加疗效自行增加药物剂量” ($r=-0.215$, $P=0.002$)、“因广告或亲友推荐而自行服用非医嘱药” ($r=-0.172$, $P=0.015$)、“服药期间饮酒” ($r=-0.157$, $P=0.026$) 等 3 个条目的得分负相关.

3 讨论

3.1 老年慢性病患者用药风险分析

老年人由于生理功能的衰退, 慢性病发病率显著升高. 本研究显示, 位居前 6 的慢性疾病依次为高血压 (52%)、心脏病 (32%)、糖尿病 (26%)、脑血管疾病 (23%)、高血脂 (22%) 和呼吸系统疾病 (11%), 其中人均患慢性病数为 (2.2 ± 1.244) 种. 身处疾病稳定期的慢性病老人不可避免地需在家中坚持药物治疗. 样本调查显示, 慢性病老人服药种类与慢性病数正相关 ($r=0.536$, $P=0.000$), 人均服用药品数 (3.34 ± 1.63) 种, 其中服用 5 种及以上患者占 25%. 由于多种慢性病症共存、多药并用以及老年人特殊的药动学和药效学特点, 无疑会因为药物的相互作用而增加潜在的用药风险. 本研究显示, 患者因药物不良反应方面人院的经历与服用药品种类 ($r=0.169$, $P=0.017$) 正相关. 此外, 本研究还显示, 慢性病老人用药知识总分为 (19.15 ± 6.38) 分, 其中老年人对“所用药物的主要副作用及注意事项、用药中出现新的症状如何处理、老年人药物代谢和药效特点”等方面认知明显不足; 用药行为得分为 (32.995 ± 4.145) 分, 有 18.2%的慢性病老人主诉有因药物不良反应而人院的经历, 且这些经历与用药行为中的“为增加疗效自行增加药物剂量”“因广告或亲友推荐而自行服用非医嘱药”“服药期间饮酒” 3 个条目显著相关. 以上情况均提示居家慢性病老人存在较大的用药风险, 且已危及其健康. 因此, 对居家慢性病老人存在的用药风险应引起高度重视, 积极开展干预研究.

3.2 居家慢性病老人用药行为影响因素分析

进一步研究发现, 用药知识、患慢性病数和药费支付方式是影响慢性病老人居家用药行为的主要因素.

第一, 慢性病老人的用药知识与其安全用药行为正相关, 这与 Attebring 等的研究结论一致. 用药知识欠缺的老人用药相对较随意, 在身体不舒服时往往会根据经验或亲友的推荐而自行用药, 由此使得用药安全性大打折扣. 因此, 有必要根据老年慢性病患者的身心特点开展医院内外一体化、个性化用药知识教育. 如医生开处方时, 应仔细了解患者已用药情况, 同时将本次诊断、治疗方案、用药事项等详细告知老人及家属. 护士或药师在发药时, 通过讲解、提问、反馈和书面记录等形式让患者明白具体药物的名称、用量、用药时间和方法、药物可能出现的常见不良反应与对策以及特殊药品的储存要求. 社区卫生服务中心医护人员应定期对辖区内的老年人开展慢性病知识和用药常识讲座, 并发放宣传册, 内容包括老年人药物代谢动力学和药效学的特点、老年人一般用药原则、药物不良反应预防及其处理等. 通过讲座, 让老年人明白轻信广告宣传、随意使用滋补品、随意调整药物剂量等的危害. 医院门诊、药店可设立专门的用药咨询室, 通过面对面或健康热线方式为社区老年慢性病患者提供高质量的健康教育服务. 此外, 医护人员还可为老年人设计个性化的服药时间表、用药指导标签、储药盒等以提高其服药依从性.

第二, 患慢性病数量与老年患者安全用药行为负相关. 患慢性病种类越多的老年人, 用药行为得分越趋于下降, 这可能是由于多种慢性病共存时, 往往需要较多的药物合用, 复杂的用药方案增加了用药的风险和用药依从性难度. [1°] 社区卫生服务中心在为社区居民建立健康档案的同时, 也应为慢性病老年人建立电子药历并联网; 各级医院的医护人员在患者后续就医过程中, 要及时将新的诊断、所用药物、治疗效果及不良反应等记录在电子药历系统中. 这样, 老年患者在医院看病、药店购药时, 医务人员就能准确把握其用药情况, 实现慢性病老人用药的动态化管理. 另外, 目前老年慢性病居家护理多基于患者的自我护理, 如果缺乏适当的健康技术支持, 也可能造成潜在风险. 因此, 政府应鼓励社区卫生服务中心积极推进家庭医疗服务签约制度, 医护人员定期上门对慢性病老人开展用药等访查服务, 如药物审查、用药依从性指导、用药心理辅导、帮助清理家庭小药箱中变质和过期药物等, 从而提高慢性病老人的合理用药水平, 保障其用药安全.

第三, 药费支付方式与慢性病老人安全用药行为负相关, 说明经济因素也会影响慢性病老年人的用药行为. 有城镇医保的慢性病老人用药行为得分明显高于新农合参保者和自费者, 这可能是报销比例高的老年患者平时比较重视自己的身体状况, 有病能及时就医. 相反, 报销比例低或自费的慢性病老人往往会比较在意药品的费用, 出现不规范用药、无症状时不检查、症状控制即停药等现象. 因此, 政府应进一步提高慢性病老人的医保待遇. 目前, 我国新医改方案正在逐步推进中, “全面实施新型农村合作医疗政策、逐步提高政府补助水平、健全基层医疗卫生服务体系、方便参保人员就医”等举措的落实, 对提升慢性病老人安全用药行为必将产生积极的影响.

参考文献:

[1] 周妮, 龚静. 慢性病患者相关知识及自我管理行为现状的分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 33(10): 1149-1151.

[2] 邓晶, 蒋事臻. 我国人口老龄化背景下卫生需求研究[J]. 医院管理论坛, 2011, 29(3): 21-24.

[3] WHO. Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment[M]. Geneva: World Health Organization Press, 2005.

[4] The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults [J]. J Am Geriatr Soc., 2012, 60(4): 616-631.

-
- [5]王欢, 李正伟, 袁永芳. 药品不良反应上报情况分析[J]. 中国医药, 2015, 10(4): 573-577.
- [6]赵欢. 社区老年慢性病患者合理用药审查系统的构建与评价[D]. 天津: 天津大学, 2012: 2.
- [7]陈水琴. 对社区慢性病患者实施综合干预的效果评价[J]. 吉林医学, 2014, 35(34): 7767—7768.
- [8]张松林. 推行国家基本药物制度将提高合理用药水平[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(24): 3407-3409.
- [9]ATTEBRINGMF, HERLITZJ, EKMANI. Intrusion and Confusion the Impact of Medication and Health Professionals after Acute Myocardial Infarction[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2005, 4(2):153—159.
- [10]PAIXAONUNESCF, ANDREOLIPB, FERRACINIFT, etal. A Survey of Medication Error Prevalence in a Brazilian Health Center[J]. J Nurs Care Qual, 2013, 28(1):92-97