

青岛市社区老年人居家不出现状及影响因素研究

武玉洁, 韩丽, 刘盼盼, 赵迪, 赵梦璐, 王爱敏

摘要:目的 了解社区老年人居家不出现状及影响因素,为针对性干预提供参考。方法 对 587 名老年人采用一般资料调查问卷、居家不出状态量表、日常生活能力量表、老年抑郁量表和社会支持评定量表进行问卷调查。结果 587 人中居家不出 107 人(占 18.2%),不同性别、年龄、婚姻状况、经济来源、患病种数、吸烟饮酒情况、活动爱好、锻炼身体、助行器使用、日常生活能力、抑郁及社会支持度的老年人居家不出发生率差异有统计学意义(均 $P < 0.01$),其中高龄、缺乏活动爱好、疏于锻炼身体、抑郁状态、日常生活能力及收入低下是居家不出的危险因素($OR = 3.062 \sim 33.199$)。结论 社区老年人居家不出发生率较高,应针对主要影响因素制订切实可行的干预措施,帮助老年人尽可能多地外出,以丰富老年人生活,实现积极养老。

关键词:老年人; 居家不出; 日常生活能力; 抑郁; 社会支持; 现状; 影响因素; 调查分析

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.12.009

Prevalence of and factors associated with housebound status among the community-dwelling elderly in Qingdao Wu Yujie, Han Li, Liu Panpan, Zhao Di, Zhao Menglu, Wang Aimin. School of Nursing, Qingdao University, Qingdao 266071, China

Abstract: **Objective** To identify the prevalence of and factors associated with housebound status among community-dwelling elderly population in Qingdao, and to provide reference for targeted intervention. **Methods** Totally, 587 elderly people were invited to complete the socio-demographic data questionnaire, Housebound Status Scale, Activities of Daily Living Scale, Geriatric Depression Scale and Social Support Rating Scale. **Results** Among the 587 participants, 107 were housebound, accounting for 18.2%. There were significant differences in prevalence among the elderly with different gender, age, marital status, economic sources, number of diseases, alcohol consumption and tobacco use, hobbies, physical exercises, walking aids use, ADLs level, depression and social support ($P < 0.01$ for all). Advanced age, lack of hobbies, lack of physical activity, depression, poor ADLs and low income were risk factors of housebound ($OR = 3.062 - 33.199$). **Conclusion** Housebound status is a common problem in the community-dwelling elderly, indicating the need for practical and targeted measures to help the elderly to leave home, thus to enrich their life and achieve active aging.

Key words: the elderly; housebound; activities of daily living; depression; social support; status; influencing factor; investigation and analysis

我国老年人口数量大、老龄化速度快,人口老龄化任务繁重。国家统计局最新发布的数据显示,截止 2017 年底,我国 60 周岁及以上人口为 24 090 万人,占总人口数的 17.3%^[1]。据青岛市老龄办预测,青岛市老年人口数将在 2035 年达到峰值 230 万人,老龄化水平提高到 35.05%,并且该水平将在 2050 年达到 37%,届时,青岛将成为人口高龄化城市^[2]。人口老龄化问题实质上是社会问题,实现“积极老龄化”需要全社会共同参与^[3]。党的十九大报告中提出,要构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展。这为新时代中国特色养老事业指明了方向。现阶段,我国推崇“9073”养老模式,居家养老成为养老的主要模式,初步探索出了与国家发展水平、治理体制和文化传统相适应的“中国特色养老道路”^[4]。居家不出(Housebound 或 Homebound)是指老年人每周外出次数 ≤ 1 次的状态(外出是有目的地走出家门且与外界人员进行沟通的活动,包括被帮助的外出;但因倒垃圾的外出、到院门口包括楼道口张望的外出不包括在内)^[5]。随着人口老龄化的到来,居家不出老年人的数量不断增加,严

重影响老年人身心健康,降低老年人的生活质量,对生活照料、医疗保健、康复护理等方面的需求日益增长,给家庭乃至社会带来沉重负担^[6],成为居家养老模式发展进程中的一大阻力。近几年国内对老年人居家不出的发生率及影响因素研究逐渐增多^[7-9],但这些研究在大多在河北等内陆地区进行,未见针对沿海城市社区老年人居家不出的报道。为了解青岛市老年人居家不出现状及识别风险因素,为居家养老模式下老年人居家不出的干预提供参考,笔者进行了本次调查研究,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 于 2018 年 8~12 月采取方便抽样方法,抽取青岛市 3 个社区,征得社区相关管理者的同意后抽取调查对象。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁,常住居民;②具有阅读能力和良好的语言表达能力;③无精神病史,无认知功能障碍和严重躯体疾病;④知情同意,自愿参加本研究。排除标准:①卧床者;②言语表述不清晰。按上述标准共完成 587 名老年人的入户访谈调查。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查表。自行设计,内容包括性别,年龄,文化程度,经济来源,医疗保险,住房层次,患病种数(包括高血压,糖尿病,冠心病,脑卒中,慢性肺疾病,腰腿痛,听力障碍,视力障碍,其他

作者单位:青岛大学护理学院(山东 青岛, 266071)

武玉洁;女,硕士在读,学生

通信作者:王爱敏,mdr613@163.com

收稿:2018-09-04;修回:2018-10-15

慢性疾病),吸烟饮酒情况,活动爱好(旅游,冬泳,跳广场舞,社区活动室参加活动,社团活动,其他活动;具备1项即为有活动爱好),身体锻炼频率(项目包括跑步,徒步,冬泳,跳广场舞,器械健身,球类,拳类,其他体育锻炼;如同时做几项锻炼,可综合计算,如每周2次球类活动、2次徒步,频率可计作每周4次;调查时间范围为近半年)。^②居家不出状态调查表。采用王素冬^[10]编制的中文版居家不出量表,该量表分为居家不出状态和居家不出的原因2个分量表。居家不出状态分量表总分4~12分,得分越高,居家不出的状态越明显。本研究依据该分量表定义为每周外出频率≤1次者为居家不出(以调查之日前1个月的外出状况,如1个月每周的外出次数不同,取1个月均值作为外出次数)判定社区老年人是否存在居家不出状态。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.606。^③日常生活活动能力调查表(Activities of Daily Living Scale,ADLs)^[11]。量表共14项,包括躯体生活自理量表(PSMS),共6项:如厕、进食、穿衣、梳洗、行走和洗澡;工具性日常生活能力量表(IADL),共8项:打电话、购物、备餐、做家务、洗衣、使用交通工具、服药和自理经济。得分范围14~56分;总分<16分为正常,16~21分为有不同程度的功能下降,≥22分或有2项及以上≥3分,表示功能有明显障碍。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.987。^④中文版老年抑郁量表(GDS-15)^[12]对老年人过去1周的抑郁状态进行评价。中文版GDS-15包括15个条目,得分范围0~15分,分数越高表示抑郁症状越重,其中0~4分为无抑郁精神症状,5~9分为轻度抑郁,≥10分为中重度抑郁。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.849。^⑤社会支持评定量表。该量表包括客观支持、主观支持、对社会支持的利用度3个维度共10个条目;总分66分,得分≥45分为社会支持满意,得分23~44分为社会支持一般,得分≤22分为社会支持较少。本研究中该量表Cronbach's α系数为0.696。

1.2.2 资料收集方法 由本课题组成员征得社区管理人员的同意和配合,入户进行调查。先向老年人说明来意及调查目的,获得老年人知情同意后发放问卷,采用统一指导语向老年人讲解问卷填写方法和注意事项,再由老年人自行填写;不方便填写者,则由调查者逐条询问后协助老年人填写。调查问卷当场收回,现场检查,对不完整的问卷进行补充填写。共发放和收回问卷600份,经再次检查发现13份不合格,予以剔除,最后获得有效问卷587份,问卷有效率为97.83%。

1.2.3 统计学方法 采用SPSS23.0软件建立数据库及进行统计分析,行描述性分析、 χ^2 检验及Logistic回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 社区老年人居家不出发生率及不同特征老年人

居家不出发生率比较 587人中居家不出107人,居家不出发生率为18.2%。不同特征老年人居家不出发生率比较,见表1。

表1 不同特征老年人居家不出发生率比较

项目	人数	居家不出	χ^2	P
人数(%)				
性别				
男	262	33(12.6)	10.073	0.002
女	325	74(22.8)		
年龄(岁)				
60~	319	33(10.3)	39.572	0.000
71~	173	38(22.0)		
81~96	95	36(37.9)		
学历				
小学及以下	206	60(29.1)	26.080	0.000
初中/高中/中专	327	38(11.6)		
大专及以上	54	9(16.7)		
婚姻状况				
配偶健在	497	74(14.9)	24.245	0.000
离异或丧偶	90	33(36.7)		
经济来源				
退休金	444	73(16.4)	11.575	0.009
子女补贴	91	25(27.5)		
政府低保	9	4(44.4)		
其他	43	5(11.6)		
患病种数				
0	136	16(11.8)	15.891	0.000
1~2	369	64(17.3)		
3~5	82	27(32.9)		
吸烟饮酒				
不吸烟饮酒	471	100(21.2)	16.037	0.001
吸烟	39	1(2.6)		
饮酒	36	1(2.8)		
吸烟和饮酒	41	5(12.2)		
住房楼层				
>3层	327	68(20.1)	3.263	0.071
≤3层	260	39(15.0)		
活动爱好				
有	346	12(3.5)	123.176	0.000
无	241	95(39.4)		
锻炼身体				
经常	232	2(0.9)	123.362	0.000
有时	89	5(5.6)		
不锻炼	266	100(37.6)		
助行器				
使用	42	18(42.9)	18.409	0.000
不使用	545	89(16.3)		
ADLs				
正常	530	69(13.0)	110.188	0.000
不同程度功能下降	22	10(45.5)		
严重功能障碍	35	28(80.0)		
抑郁				
正常	510	48(9.4)	202.751	0.000
抑郁	77	59(76.6)		
社会支持				
社会支持较少	6	4(66.7)	22.095	0.000
社会支持一般	527	103(19.5)		
社会支持满意	54	0(0)		

注:“经济来源”项目中的“子女补贴”指没有其他经济来源,靠子女赡养;“其他”指从事自由职业者,无退休金、政府补贴、子女补贴等收入,靠自己的收入或积蓄生活。

2.2 社区老年人居家不出多因素非条件 Logistic 回归分析 以是否发生居家不出为因变量,单因素分析

中的 13 项指标为自变量进行多因素非条件 Logistic 回归分析。结果:年龄(60~岁=1,71~岁=2,81~96 岁=3),经济来源(退休金=1,子女补贴=2,政府低保=3,其他=4),活动爱好(有爱好=1,无爱好=2),锻炼身体(经常=1,有时=2,不锻炼=3),ADLs(正常=1,不同程度功能下降=2,严重功能障碍=3),抑郁(正常=1,抑郁=2)进入回归方程,见表 2。

表 2 社区老年人居家不出影响因素的 Logistic 回归分析结果

项目	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
年龄						
81~96 岁	1.119	0.537	4.350	0.037	3.062	1.070~8.763
经济来源						
政府低保	3.503	1.477	5.626	0.018	33.199	1.838~599.809
活动爱好	1.455	0.469	9.616	0.002	4.285	1.708~10.748
锻炼身体						
有时	2.247	1.033	4.728	0.030	9.457	1.248~71.674
不锻炼	3.479	0.903	14.832	0.000	32.432	5.521~190.520
ADLs						
严重功能障碍	2.029	0.720	7.935	0.005	7.609	1.854~31.224
抑郁	2.776	0.430	41.628	0.000	16.050	6.907~37.298

注:年龄以 60~岁为参照;经济来源以退休金为参照;锻炼身体以经常为参照;ADLs 以正常为参照。

3 讨论

3.1 老年人居家不出状况不容乐观 随着人口老龄化加剧,失能、部分失能的老年人口持续增加,世界范围内居家不出状况不容乐观,严重影响老年人机体功能和社会活动功能,给社会和家庭带来沉重负担。美国有调查显示,19.6%的老年人符合居家不出定义^[13];以色列居家不出发生率为 17.7%~19.5%^[14];西班牙城市和农村地区居家不出发生率为 9.8%^[15];法国居家不出发生率为 4.7%^[16]。本研究结果显示,青岛市社区老年人居家不出发生率为 18.2%,略高于我国其他地区居家不出的调查结果^[7-9]。可能由于调查大部分在冬季与夏季进行,老年人更愿在家中不愿外出,加之受限于样本量,导致居家不出发生率较高。

3.2 社区老年人居家不出影响因素分析

3.2.1 年龄 本研究显示,81~96 岁老年人群居家不出发生率(37.9%)明显高于 60~70 岁老年人群(10.3%)与 71~80 岁老年人群(22.0%),高龄是老年人群居家不出的危险因素(OR=3.062),即随着年龄的增长,社区老年人居家不出发生率不断提高,与国内外研究大体一致^[17-19]。老年人由于年龄增加,器官和各组织机能退化,日常生活能力下降的风险也随之增加。同时,老年人慢性病发病率也随年龄增大而增加,导致长期卧床、残疾甚至失能,并易产生焦虑、抑郁等负面情绪,影响老年患者社会角色的发挥。因此应该尤其关注 80 岁及以上的高龄老年人,及时发现他们躯体和心理问题,满足他们的照护需求。

3.2.2 经济来源 由表 1、表 2 可见,不同经济来源

的老年人居家不出发生率差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$),低收入是居家不出的危险因素(OR=33.199)。与已有研究一致^[19-20],大部分老年人主要靠退休工资和子女的资助生活,经济来源为政府低保的老年人家庭人均收入低于当地最低生活保障标准,生活相对困难,这部分老年人大多关注基本的温饱问题,对其他业余爱好、身体锻炼等关注较少,加之部分低保家庭可能有重度残疾或重病患者等,需要长期照护,也限制了老年人外出。有关部门应继续加大对这部分老年人的政策扶持,社区应多关注这部分特殊老年人,及时了解他们的需求,定期进行慰问访视,鼓励引导老年人外出。

3.2.3 活动爱好 笔者在调查中发现,有外出爱好的老年人经常外出参加各种娱乐活动,如旅游、冬泳、跳广场舞等,部分老年人参加老年大学和各种社团,能在外出活动中受益,对生活满意度较高,更愿意外出。因此应丰富社区活动,举办多种形式的集体活动,可建立兴趣班、俱乐部、病友交流会等^[21],定期组织相邻社区间的联系与交流,社区工作者及医护人员应上门督导老年人参加各项活动,以丰富老年人日常生活,实现积极老龄化。

3.2.4 锻炼身体情况 Logistic 回归分析显示,疏(懒)于锻炼身体老年人居家不出的危险因素(OR=9.457、32.432),即有时锻炼和不锻炼是经常锻炼身体老年人居家不出的 9~32 倍。分析原因可能为两方面:一是老年人自身的原因,由于年龄大、疾病等原因行动迟缓或不便,而不愿外出锻炼和参加娱乐活动,如此,便与社会联系减少、可以交流的朋友少,导致更不愿外出;二是居住条件所限,如老城区社区基础设施陈旧,缺少健身器材,缺乏活动场所,这些也限制了老年人外出锻炼的意愿。鉴此,相关政府部门和社区工作者都应引起重视,加强社区、家庭的适老化设施改造,鼓励城乡社区综合服务机构、养老服务机构和组织因地制宜配备适合老年人的文体器材,适当配备老年人出行辅助器具,鼓励支持老年人外出开展文体娱乐和进行身体锻炼。

3.2.5 日常生活活动能力 ADL 严重功能障碍是居家不出的危险因素(OR=7.609),即老年人日常生活活动能力越差,外出越困难,居家不出发生率越高。分析原因:部分老年人由于患有慢性疾病、身体不适等原因,只能进行穿衣、吃饭等基本活动,做家务、外出乘坐公交车、购物等活动常需要帮助甚至根本无法做,长此以往,老年人日常生活活动能力越差,外出越困难,越不愿外出活动,居家不出发生率越高,与相关研究结果一致^[22]。社区工作人员应定期访问老年人,鼓励老年人进行力所能及的活动,培养锻炼老年人的活动能力,延缓老年人身体各机能衰退,从而减少居家不出的发生。

3.2.6 抑郁状况 本研究表明,有 76.6%抑郁状态

者居家不出,而抑郁状态是居家不出的危险因素($OR=16.050$)。笔者在调查中发现,存在抑郁状态的老年人情绪悲观,对晚年生活失去希望,宁愿待在家中也不愿尝试新鲜事物;有的老年人因为疾病长期困扰,认为生活没有意义,情绪低落不愿外出。但目前的医疗护理服务中,常常关注老年人的身体状况多于心理问题,甚至认为年老衰弱行动不便为自然现象而忽视老年人的心理需求。因此,应将定期组织上门访视、提供生活照料、沟通效流作为社区必要工作来落实,以减少老年人的孤独感。

3.2.7 其他因素 除上述进入回归方程的6项影响因素外,有些因素对老年人居家不出的作用也不容忽视。①性别、配偶等因素。如女性居家不出发生率显著高于男性,单身状态、使用助行器的老年人居家不出发生率显著高于有配偶及行动方便老年人(均 $P < 0.01$);患疾病种数越多,居家不出发生率越高,小学及以下文化程度者居家不出发生率相对高于文化程度较高者(均 $P < 0.01$)。②社会支持因素。表1示,个体感受到满意的社会支持不会发生居家不出的情况,而对社会支持感受不良者则大比例地发生居家不出($P < 0.01$)。但该因素未进入回归方程,原因有待进一步探讨。③吸烟饮酒习惯。本研究结果显示,不吸烟饮酒者,居家不出发生率高于吸烟、饮酒者($P < 0.01$),可见吸烟饮酒不会导致居家不出。对于上述状况,应分别针对各项原因进行分析,制订针对性对策并实施干预,切实帮助老年人克服不能外出的困难,为老年人走出家门创造必要的条件,构建积极老龄化的环境,促进社会健康养老。

4 小结

本研究显示,青岛市社区老年人居家不出发生率较高,主要影响因素有高龄、缺乏活动爱好、疏(懒)于锻炼身体、存在抑郁、日常生活活动能力及收入低下等。在国家大力鼓励机构服务向社区和家庭延伸的居家养老大背景下,社区工作人员及卫生保健人员应结合老年人具体情况,多角度、针对性地提供专业、全面的关怀照护,提高其外出活动能力,减少居家不出的发生。本研究仅进行了量性研究,且有的类别样本少,代表性差,可能对结果有一定影响。今后需扩大样本量,并结合质性研究深入探讨,以客观了解社区老年人外出活动需求,为制订相关干预措施和制度提供参考。

参考文献:

[1] 中华人民共和国国家统计局. 中华人民共和国 2017 年国民经济和社会发展统计公报[N]. 中国信息报, 2018-03-01(03).

[2] 中国老龄科学研究中心. 中国老龄事业发展报告(2013) [R]. 2013.

[3] 邬沧萍, 彭青云. 重新诠释“积极老龄化”的科学内涵[J]. 中国社会工作, 2018(17): 28-29.

[4] 杜鹏. 构建全面小康社会老年长期照护体系[N]. 中国社

会科学报, 2017-01-06(04).

[5] Snellgrove D R. Elderly housebound: a report on elderly people who are in capacitated[M]. Luton: White Crescent Press, 1963: 20-21.

[6] 于彤, 王玉, 芦英洁, 等. 居家不出老年人奥塔戈运动锻炼项目的实施[J]. 护理学杂志, 2017, 32(17): 87-90.

[7] 邓梦, 张盼, 邢凤梅, 等. 社会活动对不同地域老年人居家不出的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(20): 5144-5146.

[8] 赵森, 高凤英, 魏民, 等. 社区老年 housebound 现状及影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2016, 43(22): 4099-4102.

[9] 么婷, 张小丽, 汪凤兰, 等. 蚌埠市社区老年人居家不出现状及其影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(10): 734-736.

[10] 王素冬. Housebound 量表的汉化及在社区老年人中的信效度评价[D]. 唐山: 河北联合大学, 2014.

[11] 何燕玲, 瞿光亚, 熊祥玉, 等. 老年人日常生活活动能力的评定[J]. 中国老年学杂志, 1990, 10(5): 266-269.

[12] 梅锦荣. 老年抑郁量表和普通健康问卷(简本)信度和效度的研究[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(1): 41-43.

[13] Musich S, Wang S S, Hawkins K, et al. Homebound older adults: prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care[J]. Geriatr Nurs, 2015, 36(6): 445-450.

[14] Choi K, Park E, Lee I S. Homebound status and related factors according to age in female elders in the community[J]. J Korean Acad Nurs, 2012, 42(2): 291-301.

[15] Negrón-Blanco L, de Pedro-Cuesta J, Almazán J, et al. Prevalence of and factors associated with homebound status among adults in urban and rural Spanish populations[J]. BMC Public Health, 2016, 16: 574.

[16] Herr M, Latouche A, Ankri J. Homebound status increases death risk within two years in the elderly: results from a national longitudinal survey[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2013, 56(1): 258-264.

[17] De-Rosende C I, Santos-Del-Riego S, Muñoz G J. Homebound status among middle-aged and older adults with disabilities in ADLs and its associations with clinical, functional, and environmental factors[J]. Disabil Health J, 2017, 10(1): 145-151.

[18] Jing L W, Wang F L, Zhang X L, et al. Occurrence of and factors influencing elderly homebound in Chinese urban community: a cross-sectional study[J]. Medicine, 2017, 96(26): e7207.

[19] 白燕平, 王晴, 金蓉, 等. 河北省老年人居家不出现状及与生活习惯、躯体状况的关系[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(1): 201-203.

[20] 张海艳. 社区老年人日常生活能力现状及其影响因素分析[D]. 唐山: 河北联合大学, 2014.

[21] 张念英, 魏秀红, 黄晶, 等. 居家老年人护理需求调查研究[J]. 护理学杂志, 2014, 29(03): 22-23.

[22] 景丽伟, 张超, 邢凤梅, 等. 老年人脑卒中后居家不出及生活自理能力评价[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(1): 172-174.

(本文编辑 王菊香)