知识得分为(32.70±4.85)分,得分率为81.75%,处于中等偏上水平,说明社康中心医护人员肺康复基本知识认知方面较好。高于王聪等^[11]调查结果(60.60%),可能与本研究只关注主要的概念和知识、答案设置为5级有关。肺康复知识和技术可以通过多种途径获得,社康医护人员希望通过互联网、专业讲座、学术会议获取有关信息。高质量的肺康复网页、微信公众号或肺康复专家网络授课,对于提高相关专业医护人员及公众对肺康复的认知有重要意义。仅仅依靠互联网获取信息往往比较片面零散,必然会缺乏系统性,因此需要利用相关培训手册、专业讲座、学术会议等多种方式,才便于他们充分理解掌握肺康复相关专业知识。

本次结果显示,社康中心医护人员肺康复阻力因素维度得分为(48.60±6.48)分,得分率为75.70%,其中缺乏专业人才及相关专业知识得分最高,其次是缺少康复训练场地和器械设备等,缺乏政策支持得分居第三。究其原因:①我国目前科学规范实施肺康复的社区较少,真正落实社区或居家肺康复的治疗项目也较少,与缺乏专业人员有关;②相关管理部门对社康中心重视及投入不足,场地有限,未购置相关仪器设备;③当前获得康复服务的患者太少,我国各地康复项目的医保报销政策不一,缺乏规范的肺康复报销项目^[12]。因此,应针对性进行肺康复人才的培养和建设,引进专业技术人才,开展相关培训,学习最佳循证依据,力求建立更完善社区肺康复体系^[13];相关管理部门应该高度重视社康中心的诊疗工作,改善社康中心的硬件条件;促进患者肺康复项目纳入医保计划,使患者能报销,从而使社区肺康复计划真正落实。

表3显示,社康中心医护人员肺康复动力因素维度得分为23.39±3.10,得分率为77.97%,其中肺康复提高患者生活质量和自理能力得分最高。说明社康中心医护人员对肺康复持有积极态度,对于肺康复临床作用和效果具有较强的信心。可能与我国COPD患者数量大、医疗效果较好,肺康复空间大,任务重等因素有关;而且认识到肺康复的重要意义。社康中心医护人员与社区居民、患者接触多,能将呼吸训练、有氧运动、日常生活活动训练、放松训练、营养支持等居家肺康复干预措施很好地推广到社区、家庭^[14-16],以提高患者日常生活活动能力,改善生活质量。

4 小结

本次调查结果显示,社康中心医护人员接受肺康复培训和实践不足,肺康复项目实施不力,主要原因为人力资源缺乏;但社康中心医护人员对开展肺康复的认知呈中上水平,这将有利于肺康复培训的开展和项目的落实。相关管理部门应针对社区现况,制定针对性对策,以促进肺康复人才培养、加大社区肺康复项目的投入,使社区患者均能接受肺康复。

本研究的不足之处:①本次调查没有对社康医护人员肺康复知识进行调查。②抽取1个城市的社康医护人员进行调查,不能反映全国社康医务工作者对肺康复知识的认知、对肺康复阻力及动力因素认知的情况。③本次研究问卷自行设计,并非国际通用的量表,需要研制更加科学的量表。应改进完善量表,并扩大样本量,以得出更有价值的结果。

参考文献:

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2014,6(2):67-80.
- [2] Benzo R P, Kramer K M, Hoult J P, et al. Development and feasibility of a home pulmonary rehabilitation program with health coaching[J]. *Respir Care*,2018,63(2):131-140.
- [3] 张小敏,杨漂羽,张玉侠,等. 慢性阻塞性肺病患者肺康复运动最佳实践证据总结[J]. *护理学杂志*,2020,35(12):94-98.
- [4] 宫玉翠,陈洁雅,李平东,等. 慢性呼吸疾病肺康复护理专家共识[J]. *中华护理杂志*,2020,55(5):709-710.
- [5] 陈小东,金仙桥,李敏,等. 对上海市肺科医师肺康复知识水平的调查分析[J]. *中国呼吸与危重监护杂志*,2012,11(4):375-377.
- [6] 张雯,陈文华,余波,等. 康复专业人员慢性阻塞性肺病知识调查[J]. *中国康复理论与实践*,2011,14(4):390-392.
- [7] 王彩霞,金先桥,彭德荣,等. 社区肺康复对轻中度慢性阻塞性肺病患者生存质量的影响[J]. *中华护理杂志*,2012,47(2):162-164.
- [8] 刘泓,杜毓锋,刘学军. 老年COPD稳定期患者家庭肺康复自我体验的质性研究[J]. *护理学杂志*,2016,31(5):76-80.
- [9] Desveaux L, Janaudis-Ferreira T, Goldstein R, et al. An international comparison of pulmonary rehabilitation: a systematic review[J]. *COPD*,2015,12(2):144-153.
- [10] 高连军,赵红梅. 2017年全国各级医疗机构医生对肺康复的认知及实施状况的调查[J]. *中华结核和呼吸杂志*,2019,42(4):275-278.
- [11] 王聪,万群芳,曾奕华,等. 呼吸科护理人员肺康复知行现状的调查研究[J]. *中华现代护理杂志*,2019(7):875-879.
- [12] 李丹,朱素翠. COPD患者拒绝肺康复治疗影响因素的质性研究[J]. *护理学杂志*,2017,32(13):6-9.
- [13] Gueell M R, Cejudo P, Ortega F, et al. Benefits of long-term pulmonary rehabilitation maintenance program in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. Three-year follow-up[J]. *Am J Respir Crit Care Med*,2017,195(5):622-629.
- [14] 叶俊,张文俐,吕晓玲. 慢性阻塞性肺疾病护理门诊的建立及管理[J]. *中华护理杂志*,2017,52(5):543-546.
- [15] 刘泓,杜毓锋,刘学军. 老年COPD稳定期患者家庭肺康复自我体验的质性研究[J]. *护理学杂志*,2016,31(5):76-80.
- [16] 孟繁媛,王聪,唐欣,等. 新型冠状病毒肺炎出院患者居家康复治疗指导和建议[J]. *中国康复*,2020,35(3):121-124.

吉林市社区老年人睡眠药物使用现状及影响因素分析

唐鹤,张敏

Sleep medication use and the influencing factors in community-dwelling elderly people in Jilin city Tang He, Zhang Min

摘要:目的 了解吉林市社区老年人睡眠药物使用现状并分析其影响因素,为实施干预提供参考。方法 采用一般人口学资料调查表、中文版老年人睡眠类药物使用调查问卷、服药特异性信念量表对吉林市 502 名社区老年人进行调查。结果 老年人睡眠药物使用得分 12.91 ± 1.99 ,服药信念得分 0.76 ± 0.23 ;广义线性分析显示,个人月收入、家人中有否医护人员、医疗付费方式、退休前职业及服药信念是老年人睡眠用药的影响因素($P < 0.05, P < 0.01$)。结论 吉林市社区老年人睡眠药物使用现状呈中等水平,服药信念偏低,受服药顾虑及人口学多种因素的影响;社区护理人员应加以重视,采取针对性措施提高老年人服药信念,保障睡眠用药依从性和安全性。

关键词:老年人; 睡眠障碍; 睡眠药物; 服药信念; 用药安全; 影响因素; 社区护理

中图分类号:R473.2;R473.5 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.04.093

2010 年第 6 次人口普查数据统计表明,我国 60 岁以上人口达 1.78 亿,进入老龄化国家行列^[1];至 2019 年末,我国 60 岁以上人口达 25 388 万人,占全国人口总数的 18.1%,其中 65 岁以上人口达 17 603 万人,占 12.6%^[2]。在老龄化进程中,老年人的大脑皮质功能衰退,新陈代谢缓慢,体力活动逐渐减少,影响正常睡眠过程,表现为入睡困难、睡眠过浅易惊醒^[3]。国外研究表明 25% 成年人存在睡眠障碍^[4];国内调查显示,老年人夜间平均实际睡眠时间为 $(6.21 \pm 1.50) \text{h}$ ^[5],而老年人正常睡眠时间宜达 7~8 h^[6]。可见睡眠障碍成为老年人常见症状。尽管老年人睡眠质量下降,但对于睡眠的需求并没有降低,因此老年人服用抗失眠药物现象极为普遍。老年人代谢缓慢或障碍,用药存在较大安全隐患;老年人记忆力减退,还存在漏服、多服等情况^[7]。为了全面了解社区老年人睡眠健康和睡眠药物使用情况,分析其影响因素,为针对性干预提供参考依据,笔者于 2019 年 6~12 月对吉林市社区老年人进行调查,具体方法与结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用多阶段分层随机抽样的方法,选取吉林市 6 个辖区的 8 个社区(向阳社区、德胜社区、丰满社区、长江社区、亚泰社区、莲花社区、象园社区、东方社区)的老年人为调查对象。纳入标准:①社区常住居民;②年龄 ≥ 60 岁;③存在睡眠障碍^[8]并服用睡眠药物;④自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:①阅读和语言表达能力低下,不能完成调查;②意识不清,不能正确理解调查内容。按上述标准纳入老年人 502 人,男 256 人,女 246 人;年龄 60~104

(72.53 ± 10.64)岁。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①人口学资料调查表。由研究者基于文献回顾及调查目的自行设计,包括性别、年龄、受教育程度等 9 项内容。②老年人睡眠药物使用调查问卷。由美国学者 Abraham 等^[9]于 2017 年编制,用于评估老年人近 1 个月睡眠健康和睡眠药物使用情况。本课题组经 Abraham 博士授权后将英文版问卷汉化,汉化后的中文版问卷同原问卷为 12 个条目,每个条目根据内容不同分别为是与否、5 级评分法,计算总分;总分范围 1~21 分,得分越高睡眠用药越好;其中得分 1~6 分为睡眠用药差,存在多重用药及药物不良反应;7~14 分为睡眠用药处于中等水平;15~21 分为睡眠用药良好,对药物及用药安全有一定认知。中文版问卷 Cronbach's α 系数为 0.766(调查吉林市社区老年人 350 人),重测信度 $r = 0.970$ (2 周后对 30 人再次发放问卷进行重测),内容效度 $S-CVI/Ave = 0.980$ (专家 5 人,均为博士;神经内科 1 人,老年护理 2 人,护理教育 2 人;吉林市 2 人,河南商丘 1 人,上海 1 人,西安 1 人)。③服药信念特异性量表。原量表由 Horne 等^[10]于 1999 年编制,用于评估慢性病患者的服药信念;量表中“药物”可根据研究内容不同更换为特定药物^[11]。本研究采用司在霞等^[12]汉化的中文版,包括服药必要性和服药顾虑性 2 个维度各 5 个条目,量表采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”至“非常同意”依次赋 1~5 分,得分越高表明相关信念越强。必要性维度与顾虑维度得分之差为服药信念得分;若得分差值为负值,表示患者对药物的担心顾虑超过了对服药必要性的信念,反之亦然。量表内容效度为 0.90, Cronbach's α 系数为 0.77。

1.2.2 资料收集方法 由课题组成员组成调查小组,进入选取的 8 个社区,在现场(室内外活动场所,养老机构等)征得老年人同意后,讲解和指导问卷填

作者单位:北华大学护理学院(吉林 吉林, 132013)

唐鹤:女,硕士在读,护士

通信作者:张敏,1874751233@qq.com

科研项目:吉林省卫生计生青年科技骨干培养计划项目(2018Q035)

收稿:2020-09-06;修回:2020-10-28

写方法,由调查对象无记名独立填写,当场收回;因视力或文化程度低不能独立完成作答者,由小组成员代填。回收时仔细检查作答是否有遗漏,如有及时补填。承诺调查信息严格保密、不作他用。共发放问卷550份,收回有效问卷502份,有效回收率为91.27%。

1.2.3 统计学方法 采用SPSS20.0软件对数据进行统计分析。采用频数、构成比、 $\bar{x} \pm s$ 进行统计描述;采用t检验、方差分析、广义线性回归分析进行统计推断。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 社区老年人睡眠药物使用调查结果 老年人睡眠药物使用得分7~18(12.91±1.99)分,处于中等水平。问卷中8个条目(另4个条目与其他条目内容相近,仅时间范围不同,故不呈现)选择频数见表1。

表1 社区老年人睡眠药物使用主要条目调查结果(n=502)

项 目	例数	百分比/率(%)
过去30d内服用过非处方睡眠药	198	39.4
知道非处方睡眠药物中有效成分	195	38.8
购买非处方睡眠药物时咨询	185	36.9
了解非处方睡眠药物的安全风险	163	32.5
过去30d内服用过处方睡眠药	396	78.9
服用处方睡眠药出现不良反应	332	66.1
过去30d内服用过其他处方药物	388	77.3
降压类药物	201	40.0
他汀类药物	116	23.1
降糖类药物	97	19.3
心脑血管类药物	101	20.1
消化系统类药物	67	13.3
有人帮助阅读药品说明书	338	67.3

2.2 不同特征社区老年人睡眠药物使用得分比较 见表2。

2.3 社区老年人服药信念特异性得分 服药必要性维度得分9~23(16.61±2.30)分,服药顾虑维度得分10~22(15.95±2.17)分,服药信念得分为-10~9(0.76±0.23)分。社区老年人服药必要性信念及服药顾虑信念均呈中度偏高,但服药必要性信念大于担心顾虑程度。

2.4 社区老年人睡眠用药影响因素的广义线性回归分析 将社区老年人睡眠用药得分作为因变量,将单因素分析有统计学意义的变量、服药必要性维度与顾虑维度得分作为自变量,进行多重广义线性回归分析。结果显示,个人月收入、家人中有否医护人员、医疗付费方式、退休前职业及服药信念是老年人睡眠用药的影响因素,模型似然 $\chi^2=98.083, P=0.000$ 。具体见表3。

表2 不同特征社区老年人睡眠药物使用得分比较

项目	人数	得分($\bar{x} \pm s$)	t/F	P
性别			0.535	0.593
男	256	12.96±1.96		
女	246	12.87±2.03		
年龄(岁)			1.049	0.408
60~	137	13.09±1.97		
65~	150	13.05±1.95		
75~104	215	12.86±1.97		
婚姻状况			0.397	0.674
已婚	378	12.84±2.02		
离异及丧偶	124	13.33±1.97		
受教育程度			2.406	0.067
小学以下	141	13.09±1.79		
中学	170	12.58±1.90		
高中/中专	115	13.09±2.15		
大专以上	76	13.07±2.22		
个人月收入(元)			2.888	0.035
<1000	22	11.82±1.71		
1000~	75	13.23±1.66		
2000~	184	12.94±1.92		
≥3000	221	12.90±2.15		
居住状况			0.481	0.631
独居	80	13.01±2.10		
合居*	422	12.90±1.97		
家人有医护人员			6.100	0.000
有	113	13.89±1.89		
无	389	12.63±1.93		
医疗付费方式			2.916	0.034
自费	26	12.73±1.76		
城镇居民医保	109	13.40±1.88		
城镇职工医保	266	12.81±2.07		
新农合	101	12.70±1.88		
退休前职业			3.897	0.020
工人	186	13.11±2.01		
农民	154	12.82±1.84		
医护、教师	51	13.18±2.29		
科技公务人员	78	12.90±1.86		
自主创业	33	11.91±2.17		

注:*合居,包括与配偶、与子女、与亲属同居住,或与配偶同住于养老机构。

表3 社区老年人睡眠用药影响因素的广义线性回归分析结果(n=502)

变量	层级	β	SE	Wald χ^2	P
常数		11.423	0.517	487.872	0.001
个人月收入	<1000	-0.804	0.476	2.856	0.033
	≥3000	0.000			
家人有否	有	1.326	0.209	40.330	0.001
医护人员	无	0.000			
医疗付费	城镇居民医保	0.712	0.319	4.976	0.026
	新农合	0.000			
退休前职业	工人	0.958	0.352	7.412	0.006
	农民	0.999	0.398	6.322	0.012
	医护/教师	1.016	0.426	5.682	0.017
	自主创业	0.000			
服药信念	必要性维度	0.172	0.040	10.084	0.001
	顾虑维度	-0.137	0.039	11.947	0.001

3 讨论

3.1 吉林市社区老年人睡眠药物使用现状

3.1.1 老年人存在自我药疗行为 本研究结果显示,被调查的 502 例老年人在过去 1 个月里 78.9% 服用过处方类睡眠药,39.4% 服用过非处方类睡眠药物,其中 63.1% 的老年人凭经验自行购买,仅有 36.9% 的人咨询过医护人员或家庭成员。李旭等^[13]对老年人合理用药分析结果显示,医师是老年人合理用药的基础保障,药师能及时鉴别临床药物中潜在的药物问题、服药依从性状况、药物的临床评价及特殊药物使用途径。睡眠药物是处方药,患者应该在医生的指导下服用。索林等^[14]对北京某医院门诊精神类药物处方调查研究时发现,门诊精二类处方 7 754 张,其中不合理处方 783 张,占精神类药品处方的 10.10%,可能原因是药学服务不足,缺乏专业医师的用药指导,造成睡眠药物大量使用。在法国,医师作为睡眠类药物处方的直接开具者,应适当提出干预策略^[15],促进健康。

3.1.2 老年人多重用药 本研究结果显示,77.3% 的老年人在服用睡眠药物期间曾服用过降压药、降糖药、他汀类药物及消化系统类药物。研究表明,老年人多病共存、多重用药,存在着药品管理不当、服药依从性差等安全隐患^[16-17]。研究报告显示,长期使用苯二氮卓类药物如地西泮,会导致老年人认知功能障碍,联合降压药物使用会加重跌倒的风险^[18],加重老年人功能衰弱^[19]。

3.1.3 老年人用药安全知识缺乏 用药安全知识缺乏可能是导致老年人服药依从性差及擅自用药的因素之一。研究结果显示,61.2% 老年人不了解所服用睡眠药物中的有效成分,67.5% 老年人不了解服用睡眠药物的潜在安全风险。研究显示,文化层次高的老年人对于用药安全知识的掌握情况更佳^[20-21]。32.7% 老年人表示用药前从未阅读过药品说明书,说明书利用率较低,这可能与老年人无法理解说明书上的医学术语有关。药品说明书是患者服药过程中最先的药品信息,安全合理的、体现人性化的药品包装是保证药物质量的重要内容之一^[22]。有统计数据显示,有 7.02% 老年人认为药品外观良好而服用过期药物,2.48% 老年人曾经误服过药物,主要原因是标签不清、包装相似或片形相似等^[23]。分析原因,一方面老年人在步入老年后生理机能下降,对医疗卫生保健需求增加,更加主动关心自己身心健康,对存在的身体疾患采取自我药疗的行为;另一方面,本研究选取的是中国中等经济水平的城市,可能与老年人不能充分接收更多健康相关的信息与服务有关。

3.2 社区老年人睡眠用药影响因素分析

3.2.1 老年人睡眠用药与一般人口学特征关系 与月收入较高的老年人相比,月收入水平较低的老年人

睡眠用药现状差,低收入影响用药依从性,这与肖燕^[24]研究结果一致。一般而言,收入高的老年人在健康管理方面所能支配的费用更多,而无力承担药费的老年人往往会放弃用药以缓解经济压力。考虑到老年人用药易受经济状况的影响,政府应增加老年慢性病药物报销种类和比例,以提高老年人服药依从性。家人中有医护人员的老年人,睡眠用药水平显著高于家人中无医护人员者。分析原因为医护人员给予家中老年人正确的用药指导和用药监督,以及更合理的照顾,这些都对老年人正确用药起到了重要作用,与江颖^[25]研究结果一致。提示在社区护理服务中,可充分利用有医护人员的老年人家庭这一优势资源,帮助社区其他老年人正确认知和服用助眠药物,提高用药依从性和安全性。不同付费方式也是影响老年人睡眠用药的重要因素。研究结果显示,与新农合付费方式相比,城镇居民医保就医负担较轻,用药情况良好;而与新农合老年人相比,自费及城镇职工医保的老年人在本次研究中差异无统计学意义,这与以往研究结果有差异^[26-27]。分析原因,本次调查仅抽取吉林市社区的老年人,在选取对象过程中存在地域局限性;其次,不同医保类型的老年人数构成比差异较大,分析中混杂因素使自变量对因变量的影响减弱。结合多因素分析结果,不同医保类型仍对老年人用药的影响有统计学意义,有待大样本更深入地探讨各付费方式对老年人睡眠用药的具体影响。退休前职业对老年人服药依从性有显著影响,与自主创业者相比,工人、农民、医护人员及教师睡眠用药水平更高。分析原因可能与老年人退休前的工作性质有关,如工人农民,多从事体力劳动,即使退休,也能一定程度保持爱活动的习惯,不需用药也能获得良好睡眠,如有一定的睡眠障碍也更容易执行医嘱,因此用药情况良好。医护人员和教师,对药物知识掌握更好,用药更合理;尤其是医护人员选择药物的自主权更大,会不断根据自己的用药效果和感受结合自己的药学知识总结用药经验,从而选择适合自己药物和助眠方式。

3.2.2 老年人用药现状与服药信念的关系 本研究结果显示,老年人服药必要性信念越好,睡眠用药越好($P < 0.01$);而服药顾虑越大,越负性影响老年人睡眠用药($P < 0.01$),提示服药必要性信念越高、服药顾虑越低的老年人,其对用药知识的认知、用药后的不良反应、远期效果及用药依赖的担忧程度掌控情况越好,这与以往研究结果一致^[28-29]。本研究服用睡眠药物的老年人服药信念得分均值为 0.76 分,低于缺血性脑卒中患者的服药信念^[30](均值 6.06),表明本组老年人睡眠用药信念水平较低。分析原因,一方面老年人会担心药物的长期效果及不良反应,其中 66.1% 老年人表示服药过程中出现过药物不良反应,增加了老年人对服用睡眠药物治疗睡眠障碍的顾虑;