

合理用药宣教干预对社区老年慢性病患者用药现状的影响研究

葛云海

启东市第三人民医院 江苏 南通 226200

【摘要】：目的：分析合理用药宣教干预对社区老年慢性病患者用药现状的影响。方法：选择 2023.3-2026.3 期间 60 例社区老年慢性病患者，随机数字表将其纳入两组，每组 30 例；对照组行常规用药指导、观察组行合理用药宣教干预。比较两组用药依从性、用药自我管理（SAM）、不合理用药发生率、药物不良反应发生率、患者满意度。结果：观察组用药依从性 90.00%较对照组 63.33%显著升高（ $P<0.05$ ）。观察组 SAM 评分较对照组高（ $P<0.05$ ）。观察组不合理用药发生率 13.33%较对照组 43.33%显著降低（ $P<0.05$ ）。观察组药物不良反应发生率 6.67%较对照组 26.67%低（ $P<0.05$ ）。观察组满意度 93.33%较对照组 73.33%高（ $P<0.05$ ）。结论：合理用药宣教可提高社区老年慢性病患者用药依从性与用药自我管理能力，减少不合理用药事件与药物不良反应，获得患者认可，具有较高实践价值。

【关键词】：合理用药宣教；社区；老年患者；慢性病；用药现状；药物不良反应发生率

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.020

伴随我国人口老龄化进程持续加速，老年慢性病患者的健康管理已经成为基层医疗卫生服务核心议题之一^[1]。老年慢性病患者多需同时服用多种药物，且因认知功能价格低、生理功能衰退、健康素养不足，普遍存在用药依从性差、药物自我管理能力薄弱、药物不合理使用及不良反应高发等问题。社区老年患者用药困境成因多元，患者层面，老年人自身对疾病与药物认知水平有限，易因认知偏差出现不合理用药行为^[2]；药物层面，多病共存导致多重用药增加了药物之间相互作用风险，而老年患者自身识别、应对药物不良反应的能力相对薄弱；管理层面，常规社区用药指导以离院时口头说明为主，缺乏持续跟进与反馈，难以规范患者用药行为。合理用药宣教旨在通过持续、系统的宣教指导，提升老年慢性病患者合理用药认知，提升其用药依从性与自我管理能力，以减少不合理用药事件，降低药物不良反应风险。对此，本研究以 60 例社区老年慢性病患者为例，分析实施合理用药宣教干预的临床价值。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2023.3-2026.3 期间 60 例社区老年慢性病患者，随机数字表将其纳入两组，每组 30 例；对照组年龄 65-84 岁，均值（ 73.55 ± 4.12 ）岁；病程 2-17 年，均值（ 7.66 ± 2.10 ）年；慢性病种类 1-5 种，均值（ 2.33 ± 0.56 ）种；男性 17 例、女性 13 例。观察组年龄 65-85 岁，均值（ 73.68 ± 4.26 ）岁；病程 2-18 年，均值（ 7.46 ± 2.02 ）年；慢性病种类 1-4 种，均值（ 2.23 ± 0.51 ）种；男性 16 例、女性 14 例。2 组基线无意义（ $P>0.05$ ）。参与病例知情，项目符合医学伦理。

纳入标准：①年龄 ≥ 65 岁；②意识清晰，无认知或沟通障碍；③经二级及以上医院确诊患有 ≥ 1 种慢性疾病；④病历完整。

排除标准：①严重精神疾病；②长期卧床或失能老人；③严重心、肝、肾、肺功能不全，或合并恶性肿瘤；④预计生存期 <6 个月。

1.2 方法

对照组行常规用药指导。社区卫生服务中心护士在患者就诊或随访时口头指导用药，告知用药名称、用法、用量、常见不良反应，叮嘱患者按时按量用药，不可擅自增减剂量或停用。离院时提供纸质《慢性病患者用药指导手册》，指导患者自行翻阅。

观察组基于对照组行合理用药宣教干预：

（1）组建宣教团队。组建合理用药宣教团队，纳入全科医师、临床药师各 1 名，主管护师、社区护士各 2 名。由临床药师组织团队成员进行培训，包含老年人药代动力学、合理用药原则、多重用药与相互作用、不良反应识别、用药依从性干预等专项内容，通过考核后参与临床工作。

（2）基线评估与个体化用药档案建立。入组 1 周内完成如下三项评估：①用药情况：用药为处方药/非处方药/保健品等，包含具体名称、剂量、用法、时长等；②用药知识：自编问卷评价，包含患者对药物名称、用法用量、服用时间、注意事项等知识掌握程度；③用药依从性：Morisky 药物依从性量表（MMAS-8）评估，满分 8 分，评分越高越好。基于评估结果为患者建立个体化用药档案，对后续宣教重点进行明确。

（3）宣教实施：①集体宣教，1 次/月，60 min/次。临床药师与全科医师进行授课，内容涉及规范用药重要性、各类药物正确用法用量、常见药物相互作用（如他汀类与贝特类联用风险）、不良反应识别（如低血糖等）、常见用药误区（自行增减剂量、以保健品替代药物等）。采取多媒体+实物展示形式宣教，预留 15 min 为患者答疑。②个体化指导，1 次/2 周，20~30 min/次。社区护士一对一指导，结合患者实际用药进行

逐一讲解,包含药物作用、用法、最佳服用时间、漏服补救、常见不良反应与应对措施等。指导患者使用分药盒,针对视力/记忆力差者,指导家属协助标注醒目标识。以回授法对患者知识掌握情况进行确认,若未掌握,重复讲解,至患者充分理解。每次填写指导记录单,对患者用药执行情况、存在问题、下次指导要点进行记录。③用药清单、药物重整,1次/4周。临床药师审核清单,对相互作用、重复、不适当用药进行筛查,与全科医师协商调整,并为患者提供更新后的个体化用药清单。

(4) 家庭支持及随访。①家属参与:邀请主要照护家属参与首次宣教,对其监督、协助职责进行明确,包含提醒服药、陪同复诊、观察不良反应等,指导基本用药、应急处理知识。②定期随访,10~15 min/次,第4、8、12周分别1次。社区护士电话随访,了解患者用药执行情况,包含漏服、错服、不良反应等,如实记录、指导。③用药日记:指导患者/家属记录用药情况,随访时由社区护士查看分析,针对连续用药不规律者加强个体化指导频次。

两组均持续干预、随访3个月。

1.3 观察指标

(1) 用药依从性:干预后以MMAS-8评估,包含8个条目,总分0~8分,8、6~<8、<6对应高依从性、中等依从性、低依从性。计算高依从性、中等依从性患者占比。

(2) 用药自我管理:干预前、后以药物自我管理量表(SAM)评估,包含29个条目,每个条目0~2分计分,总分0~58分,分值越高越好。

(3) 不合理用药发生率:统计自行增减药物剂量、自行停药、漏服药物(漏服≥2次/周)、重复用药、使用无明确适应证药物发生情况。

(4) 药物不良反应发生率:统计胃肠道反应、神经系统反应、心血管系统反应、皮肤反应、代谢系统反应等发生情况。

(5) 患者满意度:干预后提供自制满意度问卷,百分制计分,≥80、60~79、≤59对应满意、一般、不满意,计算满意、一般人数占比。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件进行数据统计。计数相关数据呈现为n(%)形式, χ^2 检验;计量相关数据呈现为($\bar{x} \pm s$)形式,t检验;差异统计, $P < 0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 用药依从性

观察组用药依从性较对照组显著升高($P < 0.05$)。见表1。

表1 用药依从性(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
----	-----	-----	----------	---

例数	30	30		
高依从性(n)	8	11	-	-
中等依从性(n)	11	16	-	-
低依从性(n)	11	3	-	-
总计(%)	63.33	90.00	5.963	0.015

2.2 用药自我管理

干预前SAM无差异($P > 0.05$);干预后,观察组较对照组高($P < 0.05$)。见表2。

表2 用药自我管理($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	30	30		
干预前	32.45±5.67	33.12±5.89	0.449	0.655
干预后	38.12±5.23	46.78±4.56	6.836	<0.001
t	4.026	10.044	-	-
P	<0.001	<0.001	-	-

2.3 不合理用药发生率

观察组不合理用药发生率较对照组显著降低($P < 0.05$)。见表3。

表3 不合理用药发生率(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	30	30		
自行增减药物剂量(n)	4	1	-	-
自行停药(n)	3	1	-	-
漏服药物(n)	4	2	-	-
重复用药(n)	1	0	-	-
使用无明确适应证药物(n)	1	0	-	-
总发生率(%)	43.33	13.33	6.648	0.010

2.4 药物不良反应发生率

观察组药物不良反应发生率较对照组低($P < 0.05$)。见表4。

表4 药物不良反应发生率(%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	30	30		
胃肠道反应(n)	3	1	-	-

神经系统反应(n)	2	1	-	-
心血管系统反应(n)	1	0	-	-
皮肤反应(n)	1	0	-	-
代谢系统反应(n)	1	0	-	-
总发生率(%)	26.67	6.67	4.320	0.038

注：续表 4。

2.5 患者满意度

观察组满意度较对照组高 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 患者满意度 (%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	30	30		
满意(n)	9	18	-	-
一般(n)	13	10	-	-
不满意(n)	8	2	-	-
总满意度(%)	73.33	93.33	4.320	0.038

3 讨论

社区老年慢性病患者用药管理困境具有鲜明的结构性特征。多重用药使用药复杂性显著升高，而年龄增长伴随的认知功能减退、视觉/听觉敏锐度下降，可进一步降低老年人对复杂用药时间、剂量的理解与执行能力。常规用药指导以一次性口头告知为主，缺乏后续跟进与行为转化支持。合理用药宣教则可打破这一“知-信-行”鸿沟，整合教育、技能训练、行为监督、药物重整为一个贯穿始终的管理链条^[3]。

本研究显示，观察组用药依从性、SAM 评分均高于对照组 ($P<0.05$)；提示合理用药宣教对患者用药依从性与自我管理能力具有积极作用。分析来看，患者依从性的提高与宣教方案中“个体化用药指导”环节直接相关，社区护士针对患者实

际用药逐一讲解，以回授法确保患者切实掌握，可确保患者明确规范用药的重要性，坚持遵医用药^[4]。SAM 评分同步提升可反映患者自我管理能力改善，通过指导患者正确用分药盒、记录用药日记，可推动知识向技能转变，降低患者正确执行的知识门槛，使即便轻度认知功能减退患者也能通过视觉提示完成日常用药。

观察组不合理用药发生率低于对照组 ($P<0.05$)；分析来看，漏服减少得益于分药盒的分日分餐装药与家属提醒机制的建立；自行增减剂量、自行停药减少与宣教中反复强调“症状消失不等于疾病治愈”等认知误区纠正有关，通过转变错误认知，可引导患者向规范用药模式转变。重复用药、无适应证用药减少得益于“用药清单管理与药物重整”环节临床药师的主动审核^[5]。社区老年患者常就诊于不同医疗机构、不同科室，各科医师可能在不同时间开具同类药物，而既往缺乏统一用药清单整合机制，患者自身难以识别重复用药风险。药师定期审核与重整则可建立社区层面的“用药防火墙”，为患者合理用药奠定基础。观察组药物不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)；其中胃肠道反应减少最为明显。胃肠道反应减少与规范服药时间有关，如强调“餐后服药”可降低非甾体抗炎药、二甲双胍等药物对胃肠黏膜的直接刺激。另外，指导患者按时按量按剂量用药，可减少因用药与生活节律不匹配所致的不良事件。加之药师优化多重用药方案，如调整剂量、停用作用重复或高风险药物，也可从源头减少用药不良反应发生。

此外，观察组患者满意度较对照组高 ($P<0.05$)，此结果可反映社区老年患者对“被关注”“被理解”的深层需求。通过个体化用药指导、定期随访、宣教答疑，可使患者感受到有人关心、有人答疑，这一关系性照护可优化患者护理体验，获得认可。药师参与药物重整则可进一步提升患者用药安全感，使其感受到专业药学指导，提升患者对用药指导服务的满意度。

综上，合理用药宣教干预可提高社区老年慢性病患者用药依从性与自我管理能力，降低不合理用药与药物不良反应风险，获得患者认可，实践价值较高。

参考文献：

[1] 邹阳,冯桂梅,吴胜辉,等.老年慢性病患者用药安全性探讨[J].中国研究型医院,2022,9(3):61-64.

[2] 李中锦,张丽萍,何家辉.门诊老年慢性病患者用药依从性影响因素分析与药师干预措施[J].临床医学研究与实践,2025,10(23):34-37.

[3] 李敬源,许建强,蒋婷,等.徐州市城区居家养老老年慢性病患者多重用药行为的现状及其影响因素分析[J].健康发展与政策研究,2025,28(3):335-342.

[4] 保成玲.个性化健康教育对老年慢性病患者合理用药行为的影响[J].健康教育与健康促进,2025,20(3):304-306.

[5] 杨贵贤.合理用药宣教对社区老年慢性病患者用药情况的影响[J].生命科学仪器,2024,22(3):169-171.