

全国卫生职业教育护理及相关专业“十二五”规划教材

老年护理

LAO NIAN HU LI

主编 卢根娣 杨亚娟 李大权



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

老年护理

主 审 吴晓童
主 编 卢根娣 杨亚娟 李大权
副主编 席淑华 王 蓓 丁小萍 王世英 邰翠明
学术秘书 明 星
编 者 (以姓氏拼音排序)

陈慧娟	丁小萍	杜锦霞	费才连
洪涵涵	胡精珍	华 丽	李 宝
李 雪	李大权	卢根娣	陆宝双
明 星	束小琴	王 蓓	王世英
王晓航	魏建华	吴晓童	席淑华
夏英华	邰翠明	杨礼芳	杨亚娟
张宝胜	赵艳丽		



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 提 要

本书按教学大纲要求和临床工作的需要,全面介绍了目前老年护理中常见的基本护理和健康保健最新理念和方法。全书共分为10章,每章后面均有思考题;附录中有大量的评估量表供学生应用;实践部分采用角色扮演、临床见习、案例讨论等方法,旨在提高学生的综合素质和应用能力。

本书内容新颖、可操作性强。可供卫生职业教育护理及相关专业的学生作为教材使用,也可供临床护理人员临床工作及各种考试参阅。

图书在版编目(CIP)数据

老年护理/卢根娣,杨亚娟,李大权主编. —上海:第二军医大学出版社,2013.9

全国卫生职业教育护理及相关专业“十二五”规划教材

ISBN 978-7-5481-0658-6

I. ①老… II. ①卢… ②杨… ③李… III. ①老年医学—护理学—卫生职业学校—教材 IV. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 175797 号

出 版 人 陆小新
责任编辑 王 勇

老 年 护 理

主 编 卢根娣 杨亚娟 李大权

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

江苏天源印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:13.75 字数:36.6 万字

2013 年 9 月第 1 版 2013 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0658-6/R·1433

定价:30.00 元

丛书编委会

主 编 卢根娣 张玲娟 陈锦治

副主编 李 强 李振宇 卢 鹏

委 员 (按姓氏笔画排序)

丁小萍	丁运良	于有江	王 蓓
王小萍	王世英	王信隆	卢 鹏
卢根娣	刘文演	朱一明	朱友明
朱春梅	吴晓童	张 玲	张 薇
张丽岩	张来平	张金来	张玲娟
张衍兴	时念新	李 强	李运华
李建光	李振宇	杨亚娟	杨明鄯
杨爱红	苏传怀	陈 强	陈卫红
陈光忠	陈宜刚	陈艳东	陈锦治
季 亮	岳立萍	绍兴明	金燕梅
候黎丽	徐一新	高明灿	盛树东
龚益生	董惠娟		

前言

当前,人口老龄化已成为全球极为关注并必须妥善解决的社会系统工程和重大课题。我国是全球重度人口老龄化和高龄化问题日益突出的国家之一,有关老年护理的问题已引起社会的广泛关注,并成为社会公共卫生问题。如何满足老年人的健康需求,延缓衰老,延长其生活自理的年限,提高生活质量,实现健康老龄化和积极老龄化,已成为当务之急。

我国老年护理学教育起步较晚,绝大多数护理人员未经过老年护理的正规培训,尤其缺乏真才实用的老年护理专业人才。为此,在全国卫生职业教育卫生部“十二五”规划教材编审委员会的组织下,在卫生部教材办公室的直接领导下,我们组织了多位老年护理专家及第二军医大学附属长征医院富有临床经验并从事老年护理研究的人员,在查阅了大量国内外最新文献、资料的基础上,结合目前国内老年护理的特点编写此书。本书力求凸显“以服务需求为宗旨,以岗位培养为导向,以技能培训为根本”的中等职业教育的特色,满足岗位需求、教学需求、社会需求。同时,以护理程序为框架,以现代护理观为指导,以老年人的自我保健和健康促进为理念,融传授知识、培养能力、提高素质为一体,重视培养学生获取信息和终身学习的能力,以及一定的创新能力。

全书结合国家最新卫生政策,全面介绍了目前老年护理中常见的基本护理和健康保健最新理念和方法。共分为10章,内容包括绪论、老年人各系统的老化改变、老年人的健康保健、老年人的心理卫生、老年人的健康评估、老年人的日常生活护理、老年人的安全用药与护理、老年人常见健康问题与护理、老年人常见疾病及护理、老年人的临终护理等。为了方便教学活动的开展,每章前面均有学习目标的提示,章节后面有思考题,附录中有大量的评估量

表供学生应用,实践部分采用角色扮演、临床见习、案例讨论等方法,旨在提高学生的综合素质和应用能力。

在编写过程中,笔者力求做到内容新颖、可操作性强,从当前老年护理现状出发,结合理论知识,为从事老年护理的人员及社区老年居民提供实践指导。

本书主要供卫生职业教育护理及相关专业和临床护理人员临床工作和各类考试参阅。

本书在编写、审定和出版过程中得到第二军医大学出版社、临床一线的护理专家、医学院校的护理教授、各位编者所在单位领导的大力支持,在此一并致谢。

由于编者经验不足、知识水平和能力有限,加上时间仓促,不成熟和疏漏之处在所难免,恳请广大护理同仁、专家及各位读者批评指正。

编 者

2013年7月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 老年人与人口老龄化	(1)
第二节 老年护理学概述	(6)
第二章 老年人各系统的老化改变	(11)
第一节 感觉器官的老化改变	(11)
第二节 呼吸系统的老化改变	(13)
第三节 消化系统的老化改变	(20)
第四节 循环系统的老化改变	(24)
第五节 泌尿系统的老化改变	(25)
第六节 内分泌系统的老化改变	(27)
第七节 运动系统的老化改变	(29)
第八节 神经系统的老化改变	(31)
第三章 老年人的健康保健	(35)
第一节 概述	(35)
第二节 老年保健的发展	(36)
第三节 老年保健的基本原则、任务和策略	(41)
第四章 老年人的心理卫生	(49)
第一节 老年人的心理特点	(49)
第二节 老年人常见的心理问题	(50)
第三节 老年人心理健康的影响因素	(53)
第四节 老年人心理健康评估及心理健康标准	(54)
第五节 老年人心理健康的维护与促进	(59)
第五章 老年人的健康评估	(65)
第一节 概述	(65)
第二节 老年人躯体健康的评估	(68)
第三节 老年人社会健康的评估	(74)
第六章 老年人的日常生活护理	(80)
第一节 老年人安全的保护	(80)
第二节 老年人日常生活安全	(83)
第三节 老年人清洁与舒适的护理	(86)
第四节 老年人营养与排泄的护理	(91)
第五节 老年人休息与活动的护理	(97)
第六节 老年人的性需求和性生活卫生	(101)

第七章 老年人的安全用药与护理	(107)
第一节 老年人的用药特点	(107)
第二节 老年人的用药原则	(112)
第三节 老年人的用药护理	(114)
第八章 老年人常见健康问题与护理	(123)
第一节 跌倒	(123)
第二节 疼痛	(127)
第三节 便秘	(129)
第四节 尿失禁	(132)
第五节 大便失禁	(135)
第六节 营养缺乏	(136)
第七节 听力障碍	(138)
第八节 视觉障碍	(140)
第九节 受虐待	(142)
第九章 老年人常见疾病及护理	(146)
第一节 老年期抑郁症	(146)
第二节 老年期痴呆	(150)
第三节 老年骨质疏松症	(154)
第四节 老年退行性骨关节病	(157)
第五节 老年慢性阻塞性肺疾病	(160)
第六节 老年高血压	(162)
第七节 老年冠心病	(164)
第八节 老年糖尿病	(168)
第九节 老年脑梗死	(170)
第十章 老年人的临终护理	(175)
第一节 概述	(175)
第二节 老年人的死亡教育	(179)
第三节 老年人的临终护理	(181)
实践指导	(187)
实践一 老年人的躯体健康和心理健康评估	(187)
实践二 老年人日常生活指导	(188)
实践三 老年人安全用药护理	(190)
实践四 老年人常见健康问题护理	(191)
实践五 老年人常见疾病的护理	(192)
附 录	(195)
附录一 老年人常用评估量表	(195)
附录二 老年护理教学大纲	(206)

第一章 绪 论

学习目标

重点 老化的定义及特点,老年人的年龄划分标准。

难点 老年护理的特点。

在学习过程中应注意以“实现健康老龄化、积极老龄化”作为重要的护理目标,应加强知识、技能的理解和运用,可采用小组讨论、案例分析、角色扮演等学习方法。

20 世纪以来,随着医疗条件的改善和科学技术的进步,世界各国人口的死亡率普遍下降,人均寿命大大增长,导致老年人口比例大幅度上升。人口老龄化是社会经济发展、人民生活水平普遍提高、医疗卫生条件改善和科学技术进步的结果。人口老龄化不仅给社会的经济、文化、医疗卫生等带来一系列的影响,也会给每个家庭带来诸多问题,由此产生的老年人保健、老年人卫生服务、老年人护理及康复等问题,是全社会所共同关注的。因此,怎样解决因人口老化所带来的各种社会医学护理问题,如何提高老年人的生活质量和健康预期寿命,以实现老年人的健康老化和社会健康老龄化,日益受到人们的关注。

第一节 老年人与人口老龄化

生、老、病、死是一切生物普遍存在的规律,任何生物都必须经过出生、发育、成熟、衰老及死亡这一必然的规律过程,人类也不例外。老年人处于衰退期,其人体结构和功能也会随着年龄的增加而逐渐发生改变。

一、老化的定义及特点

(一) 定义

老化是指人体自出生到成熟期后,随着年龄的增长,人体各器官在形态和功能上的进行性衰退性变化。老化是一种正常的生命过程。所有生物性个体都要经过生长、发育、成熟、衰老及死亡过程。当生物个体发育至成熟期后,各种生理功能、代谢功能及形态逐渐出现衰老表现。一般简单功能,如心脏搏动功能、肾脏排泄功能等老化速度较慢;而人体的复杂功能,如神经系统的反应速度、身体的适应能力等老化速度较快。

(二) 特点

1. 累积性 老化是一漫长的过程,是机体功能和形态上的一些微小变化长期逐步积累的结果。
2. 普遍性 几乎所有的生物都有老化的过程,同种生物在大致相同的时间范围内都可表现出来老化现象。
3. 渐进性 老化是一个持续渐进且逐步加重的演变过程,并非跳跃式发展,往往在不知不觉中出现了老化的征象,一旦表现出来,不可逆转。
4. 内生性 老化源于生物本身固有的特性,同一物种所表现出来的老化征象相同。环境因

素能影响老化的进程(加速或延缓老化),但不能阻止老化。

5. 危害性 老化的过程是机体的功能和形态衰退的过程,往往对机体生存不利,容易使机体感染疾病,最终导致死亡。

二、老年人的年龄划分标准

年龄是界定老年人概念的重要尺度。什么年龄的人才是老年人呢?不同的历史时期和不同的国家及社会背景对老年人的年龄界定是不同的。

通常对老年人年龄的划分有两个标准(表 1-1):发达国家将 65 岁以上的人群定义为老年人,发展中国家特别是亚太地区则将 60 岁以上的人群称为老年人。根据现代人生理、心理结构上的变化,目前世界卫生组织(WHO)将人的年龄界限又作了新的划分:44 岁以下为青年人;45~59 岁为中年人;60~74 岁为老年人;75~89 岁为老老年人;90 岁以上为非常老的老年人或长寿老人。

表 1-1 联合国对于老龄化社会有两个划分标准

	发达国家	发展中国家
老年人年龄界限	65 岁	60 岁
青年型人口结构(老年人口比)	小于 4%	小于 8%
中年型人口结构(老年人口比)	4%~7%	8%~10%
老年型人口结构(老年人口比)	大于 7%	大于 10%

中华医学会老年医学学会建议,把 60 岁作为我国划分老年的标准。现阶段我国老年人按时序年龄的划分标准为:60 岁进入老年阶段,其中 60~89 岁为老年期,90~99 岁为长寿期,100 岁及其以上为寿星,即长寿老人。

三、人口老龄化

(一) 人口老龄化的定义

人口老龄化亦称人口老化,是指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数量增加而导致的老年人口比例相应增长的动态过程,是出生率下降和平均预期寿命延长的必然结果。人口老龄化是全球范围内人口增长不可逆转的趋势。人口老龄化具有两个方面的含义:一是指老年人口相对增多,在总人口中所占比例不断上升的过程;二是指社会人口结构呈现老年状态,进入老龄化社会。

(二) 人口老龄化产生的原因

1. 直接原因 一方面是人口生育率的下降,使少年儿童的人口数量和比重在总人口中减少,导致老年人口的数量和比重相对增加;另一方面是老年人口死亡率的下降,老年人口的生存时间延长,使老年人口的比重增加,加速了人口老龄化,也可以说预期寿命的延长使老年人口数量持续膨胀。出生率和死亡率的下降都会改变人口的年龄结构,其中出生率下降的影响更大。死亡率的降低会延长人的平均寿命,使老年人的数量增加,但要影响到人口老龄化则需要较长的时间;而出生率的降低将会立即减少少年儿童人口,提高老年人在人口结构中的比例。

2. 根本原因 社会的发展、经济的繁荣导致死亡率下降、出生率下降和人口预期寿命延长

等,是人口老龄化的直接因素。在生产力落后和社会经济发展缓慢的自然经济阶段,天灾、人祸、贫困和疾病等导致人口死亡率很高,平均寿命很短。高死亡率必然导致高出生率,甚至贫困也会促进繁殖。历史事实表明,在社会经济发展水平低、死亡率高、出生率高和平均寿命低的情况下,老年人口数量少、比重小,人口年龄结构呈正金字塔形,不可能出现人口老龄化。

(三) 人口老龄化的常用指标

1. 老年人口系数或比重 老年人口系数指 60 或 65 岁以上老年人口占总人口的百分比,它直接反映出一个国家或地区全部人口中老年人口所占的比重。这是衡量人口老龄化程度最直接、最重要的一项指标。如果一个国家或地区 65 岁及以上的老年人口占总人口比重的 7% 以上或者 60 岁及以上的老年人口占总人口比重的 10% 以上,那么就进入了老龄化社会;如果 65 岁以上人口在总人口中所占比重达到 15% 以上,就称为“超老年型国家”或“超老年型地区”。

2. 少儿人口比例 少儿人口比例也称少年系数,指 14 岁及以下少儿人口占总人口的比例。

3. 平均年龄 平均年龄是指在一个人口中,所有个体年龄的总和除以人数。

4. 老龄化指数 老龄化指数即老少比,通常是把 65 岁以上老年人口与 15 岁以下未成年人口作比较,用以反映人口年龄构成上下两端的相对变动趋势。如果人口老龄化指数等于 1,说明老年人口和未成年人口数量相等;如果人口老龄化指数大于 1,说明老年人口多于未成年人口数量,发展下去会使老龄化加深;如果人口老龄化指数小于 1,说明老年人口少于未成年人口,发展下去会使人口年轻起来。

5. 老龄化率 老龄化率指 65 岁以上老年人口增长率同总人口增长率的比,反映老年人口增长速度的快慢。

6. 人口年龄中位数 人口年龄中位数是将总人口按年龄排列分成人数相等的两部分的年龄,一半人口在年龄中位数以上,另一半人口在年龄中位数以下。人口年龄中位数的上升或下降可以反映总人口中年龄较长的人口所占比例的变动情况,如果人口年龄中位数提高,则人口一般出现老龄化。

7. 少儿人口抚养比 少儿人口抚养比指少儿人口与劳动年龄人口的比。

8. 老年人口抚养比 老年人口抚养比指老年人口与劳动年龄人口的比。

9. 总人口抚养比 总人口抚养比指少儿人口与老年人口之和与劳动年龄人口的比。

(四) 世界人口老龄化的现状与发展趋势

世界人口老龄化是一个渐进的过程。19 世纪 70 年代以后,法国首先进入老年型国家的行列。接着,瑞典、德国、英国也先后步入老年型国家。第二次世界大战以后,进入老年型的国家和地区逐渐增多。至 1984 年,全世界老年型国家共有 47 个。现在已超过 50 个。

世界人口老龄化的特点如下所述。

1. 世界老龄人口占总人口比重不断上升 据联合国统计和预测,1950—2000 年期间世界老年人口增长为 176%;2000—2025 年,世界老年人口将增长 90%,与此同时,新生儿逐年下降,老年人口占总人口的比例大幅度上升。目前世界上每 10 人中就有 1 人年龄在 60 岁以上,到 2050 年每 5 个人当中就有 1 人年龄在 60 岁以上。

2. 世界老龄人口增长速度快于世界人口增长速度 目前,全世界 65 岁以上的老龄人口正在以每年 2.4% 的速度递增,大大快于世界人口增长速度。如果说 20 世纪主要是解决世界人口的增长问题,那么 21 世纪所要解决的将是人口老龄化问题。

3. 世界老龄化发展不平衡,地区差异明显 人口老化的一般规律是经济文化越发达,人口老龄化就越明显。从各大洲的情况来看,发达国家地区人口老龄化程度要比发展中国家地区的

人口老龄化程度高,其中落后国家地区甚至没有出现老龄化迹象。北美洲和欧洲是老龄化程度最高的区域,欧洲老年人口占社会总人口的21%,北美洲老年人口比重为16%,大洋洲老年人口比重为14%,而亚洲和拉丁美洲老年人口比重分别为9%和8%,老年人口比重最低的地区是非洲,还未进入老龄化社会。

4. 老年人口结构中女性比例高 从人口的预期寿命看,女性的预期寿命大于男性的预期寿命。这不仅由于女婴的存活率大于男婴,而且女性由于生理原因,比男性更易于长寿,所以在世界范围内,老年人口结构中女性的比例大于男性。

5. 人口老龄化影响社会与经济的发展 人口老龄化对人类社会和经济发展都产生了深刻的影响,会引起劳动力资源、劳动就业、劳动生产率、消费品构成等方面,从而影响着整个社会经济的运行。

(五) 中国人口老龄化的现状与发展趋势

随着我国经济现代化和人口城市化的发展,特别是计划生育的开展和医疗保健事业的发展,我国人口出生率和死亡率迅速下降,平均寿命明显延长,65岁以上老龄人口绝对量增加,在总人口中相对比重上升,出现了人口老龄化的问题。

我国人口老龄化起步于20世纪60年代中期,1964年我国65岁以上的老龄人口共有2458万人,在总人口中仅占3.54%。70年代实行计划生育政策后,生育率与死亡率同时下降,使人口结构从年轻型向成年型转变。1982年我国65岁以上的老龄人口共有4927万人,在总人口中占4.9%,这表明我国已步入成年型的国家。1987年调查结果显示,我国65岁以上的老龄人口共有5850万人,在总人口中占5.5%,年龄中位数也从22.9岁提高至24.2岁,人口老龄化的趋势明显。90年代以后,老年人口比重继续稳步提高,65岁以上老年人口从1990年的6299万增加到2000年的8811万,占总人口的比例由5.7%上升至6.6%,我国开始进入老龄化社会。

根据联合国统计的人口数据,2010年中国60岁及以上人口占总人口的比例达到12%,低于经济合作与发展组织(OECD)的平均水平,人口老龄化问题尚不突出。但是,2011年以后,中国人口老龄化将呈现加速发展态势。预计到2020年,老年人口将达到2.48亿,老龄化水平将达到17.17%,其中80岁及以上老年人口将达到3067万人,占老年人口的12.37%。到2023年,老年人口数量将增加到2.7亿,与0~14岁少儿人口数量相等。2030年,中国65岁以上人口占总人口的比例将超过日本,成为全球人口老龄化程度最高的国家。2040年,65岁及以上老年人口占总人口的比例将超过20%;同时,老年人口高龄化趋势日益明显,80岁及以上高龄老人以每年5%的速度增加,到2040年将增加到7400多万人。到2050年,老年人口总量将超过4亿,老龄化水平推进到30%以上,其中80岁及以上老年人口将达到9448万,占老年人口的21.78%。其中2030—2050年,中国人口总抚养比和老年人口抚养比将分别保持在60%~70%和40%~50%,是人口老龄化形势最严峻的时期。从2051年到2100年是稳定的重度老龄化阶段。2051年,中国老年人口规模将达到峰值4.37亿,约为少儿人口数量的2倍。这一阶段,老年人口规模将稳定在3亿~4亿,老龄化水平基本稳定在31%左右,80岁及以上高龄老人占老年总人口的比重将保持在25%~30%,进入一个高度老龄化的平台期。至2100年,中国老年人口总量仍然高达3.18亿,占总人口的31.09%,人口老龄化将伴随21世纪始终。

(六) 中国人口老龄化的特征

1. 老年人口绝对量大,老化程度高 由于我国人口基数很大,人口老龄化到来后,老年人口的绝对数量也必然是很大的。

2. 人口老化起步晚、来势猛、进程快 根据联合国预测,1950—2000年世界老年人口增长176%,中国增长217%,中国比世界快41个百分点。2000—2025年世界老年人口增长90%,中

国将增长 111%，中国比世界又快 21 个百分点。另据美国人口普查局的统计和预测，65 岁以上老年人口比重从 7% 上升到 14% 所用的时间，法国为 115 年，瑞典为 85 年，美国为 66 年，英国为 45 年，日本为 30 年，而中国大约只要 25 年时间。

3. 人口老龄化发展不平衡 我国是一个发展中的社会主义国家，经济、文化、科学发展不平衡，形成了我国人口老龄化分布的不平衡。一般是城市早于乡村，沿海先于内地，西部地区相对最迟。在城市与乡村之间，人口老龄化的不平衡性表现出新的特点：一方面大城市超前实现人口老龄化；另一方面许多农村地区由于近年来大量青壮年农业剩余劳动力的外流，使人口老龄化程度也迅速加快，这是中国人口老龄化不同于发达国家的重要特征之一。

4. 人口老龄化超前于社会经济发展水平 人口老龄化是伴随着工业化和现代化出现的。世界上最早人口老龄化的都是发达国家，这些国家由于经济发达，社会保障条件好，能够为老年人建立养老保险制度，提供充分的物质条件。我国正处在社会主义初级阶段，人口老龄化的超前到来与经济的滞后发展，必然形成尖锐矛盾，使我国在解决老龄化问题时会比西方国家遇到更多的困难。

（七）中国人口老龄化带来的影响

随着老龄化程度的迅速提高，发达国家的经济增长已经开始受到老龄化的冲击，主要体现在劳动力供给短缺和社会保障压力等方面。作为一个发展中国家，我国人口老龄化水平的迅速提高形成了“未富先老”的局面，对经济发展的负面影响也将会逐步显现。

1. 对劳动力供给的影响 在总人口一定的情况下，人口老龄化会使劳动年龄人口相对减少，经济发展会由于劳动力不足而受到影响。西方发达国家就已经遇到了劳动力匮乏的问题。我国目前人口众多，劳动力资源丰富，在短期内还不会出现因人口老龄化而产生的劳动力缺乏问题。

2. 对劳动生产率的影响 在劳动力供给短缺的条件下，人口老龄化会促进老年人劳动参与率的提高，进而影响到整个劳动力的年龄结构。但是一个人在不同年龄上的劳动生产率与其职业或工作的性质有关，并不一定都会导致劳动生产率的下降。

3. 对供养的影响 我国老龄化是在经济不发达、人民生活水平还不高的情况下开始的。老年人口增长速度快、绝对数量大，社会供养矛盾突出：一是国家和企业支出的离退休金、社会保险和福利费用增多；二是国家、社会和家庭为老年人的福利要增加大量投入。解决这个问题关键在于实现社会主义工业化，生产的商品化，社会化和现代化。当现代化已经具备较高的水平，物质条件已经具备的条件下，老龄人口的供养由家庭转向社会，实现老龄人口的供养由社会来解决，是解决老龄问题的目标。在我国只能从实际出发，实行社会供养、家庭供养、自己供养相结合的老年保障体系，才能比较顺利地度过人口老龄化高潮期。

4. 对消费的影响 人口老龄化对消费的影响主要包括对私人消费和公共消费的影响。人口老龄化对消费总量的影响并不明显，一般的观点认为人口老龄化对私人消费的影响更多地体现在对消费结构的影响上。与对私人消费支出的影响相比，人口老龄化对公共消费支出的影响要大得多，特别是在卫生医疗和养老金支出上。在许多国家，用于老年人的公共支出均超过了其他年龄组。因此，如何防止人口老龄化危机已成为许多国家政府面临的巨大挑战。

5. 对经济结构的影响 劳动力人口老化对不同经济部门、不同行业的影响是各不相同的。劳动者平均年龄大，劳动经验丰富、技术熟练、知识存量多，对资金密集型产业和精神产品领域的劳动生产活动起到有利的作用，但是对许多劳动密集型产业的负面影响作用较大。由此可见，随着今后劳动力的老化，我国某些部门和行业的发展在一段时间内会受到制约作用，从而影响到未来的经济结构。

第二节 老年护理学概述

老年护理是以老年人群及其主要照顾者为服务对象提供护理服务的过程。老年护理学是针对老年人这一特殊群体,研究其健康状况和健康需求,促进老年人自我护理的能力,同时提供优质的护理措施,为最大限度地提高老年人的健康水平和生活质量,提供直接的援助和支持的一门学科。

一、老年护理的发展

(一) 国外老年护理发展

世界各国老年护理发展状况不尽相同,各有特点,这与人口老龄化程度、国家经济水平、社会制度、护理教育发展等有关。老年护理的发展经历了4个阶段:①理论前期阶段(1900—1955年)。此阶段没有形成专门的护理理论作为执行老年护理业务活动的基础。②理论初期阶段(1956—1965年):随着护理专业理论和科学研究的发展,老年护理的理论开始形成与发展,出版了第一本老年护理教材,作为广大护理工作学习老年护理知识和从事老年护理活动的指南。③推行老年人医疗保险福利制度(1966—1985年):此阶段老年护理的专业活动与社会活动相结合,开始推行老年医疗保险福利制度。④全面完善和发展阶段(1986年至今):老年护理全面完善和发展,形成了比较完善的老年护理学理论,以指导护理实践,使老年护理工作更加科学。

各国应对老龄化的主导模式相似,即以社区、居家式服务为主体,机构护理为辅助,这也是联合国《老年人原则》和《老龄问题宣言》中强调和支持的服务方式。老年护理作为一门学科最早出现于美国。1900年,老年护理学作为一个独立的专业需要被确定下来。1961年,美国护理协会设立老年护理专科小组,标志着老年护理向成为一门独立的学科跨进了一步。1966年7月通过立法,美国老年人开始享有老年健康保障。同年,美国护理协会成立“老年病护理分会”,确立了老年护理专科委员会,使老年护理真正成为护理学中一个独立的分支,形成了较为成熟的老年护理专业。1970年美国首次正式公布老年病护理执业标准。20世纪70年代以来,美国护理教育迅速发展,开始培养从事老年护理的高级执业护士(APNs),APNs具有熟练的专业知识技能和研究生学历,经过认证,能够以整体的方式处理老年人复杂的健康照护问题。1975年,开始颁发老年护理专科证书,同时《老年护理杂志》创刊,“老年病护理分会”更名为“老年护理分会”,服务范围也由老年患者扩展至老年人群。1976年,美国护理协会提出发展老年护理学,关注老年人对现存的和潜在的健康问题的反应,从护理的角度和范畴执行业务活动。至此,老年护理显示出其完整的专业化发展历程。美国老年护理模式有社区诊所、附属医院、健康维持机构和教育机构的社区护理中心等。老年人医疗保健工作主要以社区医疗服务为主,许多社区服务中心拥有大量的义务健康教育者,为老年人提供健康保健及生活服务。此外,美国政府提倡集体照顾生活型即老年公寓型模式,政府为照顾老人生活、医疗、护理而建立或改建了一些公共设施,如老人院、老人收容所、老人护理之家等各类老人公共机构。居住者多为需要经常医护和帮助的患有慢性病的老人;经医院治疗,病情稳定后,出院需疗养康复的老年患者也可入住进行疗养康复。

(二) 中国老年护理的发展

中国老年医疗强身养生活动已有3000多年历史,但作为现代科学,中国老年学与老年医学研究始于20世纪50年代中期。中国老年护理体系的雏形是医院的老年患者的护理,如综合医院设立老年病科,以系统划分病区,按专科管理患者。从1984年起,北京、湖南、上海、广州等地相继成立了老年病医院,为老年人进行健康咨询和不定期义务体检,开始按病情分阶段划分管

理。即对急性期患者主要加强治疗护理;对慢性期患者主要加强生活护理;对恢复期患者主要加强康复护理;对终末期患者主要实施临终关怀。1988年在天津成立了我国第一所临终关怀医院。1988年在上海建立了第一所老年护理医院,对社区内的高龄病残、孤寡老年人提供上门医疗服务和家庭护理;对老年重病患者建立健康档案,定期巡回医疗护理,老年人可优先接受入院治疗、护理服务和临终关怀服务。20世纪90年代以来,老龄化带来的一系列问题引起了中国政府对老年医疗保健领域的深度重视。1996年,在“5·12中华护理学会座谈会”上,林菊英先生首次提出发展家庭护理、老年护理及社区护理的建议,倡导护士在家庭和社区中开展照顾妇婴、老人和慢性病患者的工作。在中国老龄问题全国委员会成立后,政府先后制定实施了《老年医疗保健“八五”规划(1991—1995年)》《中国老龄事业发展“十五”计划纲要(2001—2005年)》等卫生政策;建立了老年学和老年医学研究机构,与之相适应的老年护理学也作为一门新兴学科受到重视和发展,有力地促进了老龄事业的发展。

二、老年护理的范畴

(一) 老年护理的目标

老年护理主要包括维护和促进老年人的生理-心理健康,预防及尽量减少急、慢性疾病所造成的残障,维持生命的尊严及舒适度,直到死亡。老年护理的目标如下所述。

1. 增强自我照顾能力 要善于运用老年人的自身资源,以健康教育为干预手段,采取不同的措施,尽量维持老年人的自我照顾能力,巩固和强化其自我护理能力,避免过分依赖他人护理,从而增强老年人的自信心,保持老年人的自尊。

2. 提高生活质量 老年护理的目标不仅仅是疾病的转归和寿命的延长,而应促进老年人在生理、心理和社会适应方面的完美状态,帮助老年人提高生活质量,体现生命的意义和价值。老年人要在健康的基础上长寿,做到年高不老,寿高不衰,更好地为社会服务,而不是单纯地满足人们长寿的愿望,让老年人抱病余生。

3. 延缓恶化与衰退 广泛开展健康教育,改变不良的生活方式行为,促进健康。通过三级预防策略,对老年人进行健康管理,避免和减少危害健康的因素。对疾病进行干预,做到早期诊断、早期治疗、积极康复,预防并发症的发生,减少病残。

4. 做好临终关怀 对待临终老年人,应从生理、心理和社会全方位为他们服务,对其进行综合的评估分析、预测并满足其需求,以确保老年人能够在无痛苦、舒适的环境中度过生命的最后时光。临终关怀给家属以安慰,让他们感受到医务人员的关怀和帮助。

(二) 老年护理的原则

为了实现老年护理的目标,在护理实践中应遵循相关的护理原则。

1. 满足需求 人的需要满足程度与健康状况相关,所以应满足老年人的多种需求。护士应增强对老化过程的认识,将正常与病理的老化(衰老)过程和老年人独特的心理社会特性与一般的护理知识相结合,使护理工作能够提供满足老年人的各种需求和照顾的项目,真正有助于老年人的健康发展。

2. 整体护理 由于老年人与其他人群在生理、心理、社会适应能力等方面的差别,护理工作必须树立整体护理的理念。尤其是老年患者往往有多种疾病共存,临床表现常不典型。因此,护士必须了解多种因素对老年人健康的影响,提供多层次、全方位的护理。

3. 个体化护理 衰老是个复杂的退化过程,老化程度因人而异,特别是出现病理性改变后,老年个体状况差异很大,因此既要遵循护理的一般性原则,又要注意因人施护,执行个体化护理的原则,做到针对性和实效性护理。

4. 持之以恒 老年人需要连续性照顾,如医院外的预防性照顾、精神护理、家庭护理等。因此,开展长期护理是必要的。对各个年龄段的健康老年人、患病老年人都应做好细致、耐心、持之以恒的护理,减轻老年人因疾病或残疾所遭受的痛苦,缩短临终依赖期,对生命的最后阶段提供系统的护理和社会支持。

(三) 老年护理场所

各种养老机构(如老人院、日间或夜间老人护理中心、老人之家等)、老年人家庭和社区、各种长期照顾老年人的机构、医院或门诊、临终关怀中心等均是老年护理工作的场所。老年护理主要是个案与其家庭的照顾,可以在各种情境中展开。

(四) 老年专科护理人员角色

老年专科护理人员的角色呈现多元化形式,即照顾者、执业者、个案管理者、沟通者、协调者、咨询者、教育者、研究者,以及医疗团队的成员或领导者、维护老年人健康和权利的代言人与保护者,甚至是社会活动者等。

三、老年护理的特点

由于老年人具有随年龄增长在生理、心理、社会等方面老化或改变的特点,不论是健康的老年人还是患病的老年人,都表现出与护理中青年患者不同的独特性。正如《美国护理杂志》中一文所强调的:你切不可用对待中青年人的眼光来对待小孩,同样,你也不可以用对待中青年人的眼光来对待老年人。

(一) 健康老年人的护理特点

1. 维持和延缓生理功能的减退 随着老年人年龄的增长,机体出现一系列慢性进行性老化,主要表现为器官组织储备能力降低、各种功能减退、肢体协调功能下降,导致生活自理能力差,反应迟钝,平衡功能减退,易发生跌倒,免疫功能下降,易患病等。因此,对老年人的护理应有别于中青年人,需特别注意加强老年人的安全,增进与老年人的沟通,改善其认知功能和加强提供健康教育。

2. 保持良好的情绪 随着机体的老化,可出现精神活动功能减弱和心理学方面的变化,如注意力不集中、记忆力下降,易固执己见,易产生偏见、猜疑、暴躁、自卑感、抑郁、消极情绪等现象。故护理人员要尊重、理解老年人,以极大的耐心和热心护理老年人,重视情感沟通,帮助老年人树立正确的人生观、死亡观,使其身心得到抚慰和照顾,尽享天年。

3. 重视老年社会问题 老年人由于离退休、丧偶、生活贫困、孤独、疾病、死亡等原因,可产生特殊的社会心理状态。护理时,应鼓励老年人把丰富的阅历和经验传授给后人,为社会作贡献,鼓励其适当参与社会活动,维持有利于健康的人际关系。

(二) 患病老年人的护理特点

1. 临床表现不典型 由于老年人的感受性降低,往往疾病已经较为严重,却无明显的不适症状,临床表现不典型。有些老年疾病不出现该病应有的症状,而出现其他非特异性症状。据统计,有35%~80%的老年人发生心肌梗死时也仅仅出现低热、食欲差,无疼痛感。老年人肺炎可无寒战、高热,咳嗽轻微,白细胞不升高。有的老年人出现无痛性骨折、无热性败血症、无腹肌紧张的内脏穿孔,容易被漏诊和误诊。因此,对老年人病情要善于观察,认真仔细,发现不典型的症状,要善于正确评估老年患者的健康状况,及早地为明确诊断提供依据,以免误诊,延误治疗和抢救时机。

2. 多种疾病同时存在 老年人患病常常一个器官上同时有几种病理改变,而在一个人身上又可能同时存在多器官、多种类的疾病。有60%~70%的老年人同时患有2种或2种以上疾病,

而且各种症状的累积效应也随着年龄的增大而增加,因而病情变得错综复杂。故护理老年患者应考虑周全,制定全面周详的护理计划,实施多种护理措施来满足老年人的需要,否则会造成顾此失彼。

3. 病程长、恢复慢、并发症多 老年患者免疫力低,抗病及修复能力差,病程长,恢复慢,且容易出现意识障碍、水及电解质紊乱、运动障碍、多器官功能衰竭、出血倾向等多种并发症,导致病情危重。因此,护理老年患者要特别注意观察病情,要有耐心,对预期目标不能操之过急,多进行有关疾病护理及预防并发症的健康教育,同时应鼓励老年患者及家属树立战胜疾病的信心,使老年人和家属共同参与康复护理计划的制定。

4. 病情发展迅速,容易出现危象的护理 老年人急性病或慢性病急性发作时,往往是由于老年人组织器官储备能力和代偿能力差,免疫功能低下,不能有效地阻止病情的发展,出现脏器功能衰竭,病情危险。因此,护理老年患者时,应仔细观察患者神志、体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征及病情变化,不能因无明显的症状和体征而掉以轻心。

5. 易引起药物不良反应用药的护理 由于老年人肾脏排泄率减退,肝脏代偿功能减退,药物在体内代谢速度迟缓,且易于蓄积,使体内药物浓度升高,易致药物蓄积中毒。老年人对药物的耐受性及敏感性差,容易发生不良反应,甚至危及生命。老年人用药时宜剂量小,对肝、肾功能影响较大的药物需慎用,可用可不用的药物最好不用。另外,由于老年人视力、听力、记忆力减退,对药物的用法、剂量一定要交待清楚,可采用书面交待,以免用药发生错误。

6. 病史采集困难且参考价值小 老年人由于听力下降,近记忆减退,语言表达能力降低,理解和思维能力迟缓,因而采集病史较困难;又因为老年人对疾病的敏感性降低,不能全面准确地反映疾病的状况,所以病史的参考价值较小,影响疾病的早期诊断、治疗、护理。护理人员应全面观察病情,配合医生做好各种检查,耐心倾听,以获取准确的有关疾病的信息。

四、老年护理人员的素质要求

老年人由于生理、心理功能的明显减退,不仅影响与其沟通和交流,而且自身疾病表现也具有特殊性。从事老年护理的工作人员,不仅要具备较强的道德素质、业务素质和能力素质,而且还要掌握有效的沟通与交流技巧,以深入了解老年人的心理状态和需求,提高老年护理工作的质量。

1. 职业素质

(1) 高度的责任心和奉献精神 “老吾老以及人之老”,尊老敬老是中华民族的传统美德。老年人对家庭和社会作出了巨大贡献,应受到全社会成员的尊重和爱戴。老年人有较多的健康问题和需求,对护理人员的依赖性较大,其生理、心理变化复杂,增加了老年护理的难度。因此,要求护理人员具有高度的责任心、爱心和足够的耐心及奉献精神,严格履行岗位职责,一丝不苟,把满腔的热情全身心地投入到老年人护理的全过程。

(2) 良好的沟通能力和合作精神 老年人历经沧桑,希望得到周围人的尊敬和爱护,同时老年人机体各方面逐渐出现听力下降、记忆力减退、反应迟钝、认知障碍等退行性改变,以及孤独、忧虑、多疑、固执、情绪波动大等心理特点。因此,护理人员必须具备良好的沟通交流技巧,全面准确地评估老人的状况,为确定护理诊断提供重要依据,也为护理措施的有效实施提供保证。同时,多学科团队的合作,能够更好处理同事之间、护患之间的关系,使之互相尊敬,团结协作,为老年人的身心健康创造和谐的人文环境。

2. 业务素质 多数老年人身患多种疾病,有多脏器功能受损。因此,全面掌握专业知识,才能够将其融会贯通,全系统、全方位地考虑问题;还要精通专科领域的知识和技能,有重点地为老