

# 老年护理学

## ——问题与实践

主编 孙 红



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

# 老年护理学

## ——问题与实践

主 编 孙 红

副主编 王 蕾 关 欣 王志稳

编 者(按姓氏笔画排序)

|     |            |     |          |
|-----|------------|-----|----------|
| 王 丹 | 北京医院       | 张 玲 | 北京医院     |
| 王 培 | 北京医院       | 张 磊 | 北京医院     |
| 王 蕾 | 北京医院       | 张卫红 | 北京医院     |
| 王贞慧 | 北京医院       | 陈 婧 | 北京医院     |
| 王志稳 | 北京大学护理学院   | 陈玉果 | 北京医院     |
| 王宫明 | 北京医院       | 陈思羽 | 北京医院     |
| 王紫馨 | 北京医院       | 邵 欣 | 北京医院     |
| 田佳宁 | 北京医院       | 果 迪 | 北京医院     |
| 刘 宇 | 中国医科大学护理学院 | 金晓燕 | 北京大学护理学院 |
| 刘 畅 | 北京医院       | 封艳超 | 北京医院     |
| 刘文静 | 北京医院       | 郝 薇 | 北京市中关村医院 |
| 齐晓玖 | 北京医院       | 胡慧秀 | 北京医院     |
| 闫雪娇 | 北京医院       | 侯淑肖 | 北京大学护理学院 |
| 关 欣 | 北京医院       | 贺宇霞 | 北京医院     |
| 孙 红 | 北京医院       | 聂圣肖 | 北京医院     |
| 孙 倩 | 北京医院       | 高 璇 | 北京医院     |
| 杨 婧 | 北京大学护理学院   | 高琳琳 | 北京医院     |
| 冷 婧 | 北京医院       | 蔡丹萍 | 北京医院     |
| 沈丽琼 | 北京大学护理学院   |     |          |

人民卫生出版社

图书在版编目 ( CIP ) 数据

老年护理学：问题与实践 / 孙红主编. —北京：人民卫生出版社，2018

ISBN 978-7-117-26184-5

I. ①老… II. ①孙… III. ①老年病学 - 护理学  
IV. ①R473.59

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 040413 号

|      |               |                                |
|------|---------------|--------------------------------|
| 人卫智网 | www.ipmph.com | 医学教育、学术、考试、健康，<br>购书智慧智能综合服务平台 |
| 人卫官网 | www.pmph.com  | 人卫官方资讯发布平台                     |

版权所有，侵权必究！

老年护理学

——问题与实践

主 编：孙 红

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编：100021

E - mail: pmph @ pmph.com

购书热线：010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷：北京人卫印刷厂

经 销：新华书店

开 本：787 × 1092 1/16 印张：29

字 数：724 千字

版 次：2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-26184-5/R · 26185

定 价：86.00 元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

# 序 言

随着社会老龄化的发展,老年护理在促进健康老龄化过程中发挥着不可替代的作用,培养适应社会发展需求的实用型老年护理人才是推动老年护理事业发展的关键,而实践性教材的缺乏已经成为制约人才培养的瓶颈,编写一部涵盖老年护理前沿理论、专科知识和常见疾病护理相关的专业性指导用书,已是当务之急。

北京医院为国家卫计委直属的三级甲等医院,也是中央重要的干部保健基地。本书由国家老年医学中心、北京医院护理团队牵头编写,由我院孙红副院长担任主编,多名临床护理专家、青年骨干及高校的知名教授参加编撰,从老年护理的整体性、连续性、协调性出发,聚焦于解决老年人健康问题,内容结合老年医学发展特点,注重老年护理临床实践。该书帮助老年护理从业人员树立新的老龄意识和老年护理理念,注重提高老年护理从业人员解决问题的能力。该书不仅从实践的角度介绍了如何开展老年综合评估、实施护理干预,同时,还结合老年群体的护理需求,介绍了老年中医养生与保健的相关内容,有效推进中医药与养老的融合发展。另外,为帮助读者开阔视野,了解老年护理研究热点与专科发展前景,缓和医疗、老年护理人才培养的相关内容也有所涉猎。本书内容丰富,结构清晰,兼具基础性、前沿性,易于快速理解与掌握,适合广大护理同仁阅读。

我相信这部悉心编撰的教材,一定能成为各级老年相关机构、医院及老年科护理人员手中一部兼具实用性、可读性及规范化的指导用书,也必将会对老年护理事业的发展产生积极的促进作用。

北京医院院长

中华医学会老年医学分会候任主任委员 王建业

《中华老年医学杂志》总编辑

2017年10月

# 前言

当前我国正处于人口老龄化快速发展期,老龄问题已经成为关系国计民生的重大战略性问题,为应对老龄化背景下的医疗卫生服务需求,老年护理发挥着不可替代的作用。老年护理实践性很强、个性化特点突出、涉及专业内容广泛且复杂,实践的领域也在不断拓展,如何提升老年护理从业人员的能力,已成为各类医疗及养老机构关注的重点问题。

北京医院是一所以老年病的综合诊治与护理为主的综合医院,护理团队依托国家老年医学中心,开展跨学科、跨领域合作,形成老年护理多学科协作诊疗护理及延续性护理模式。为推广老年护理先进的理念与成熟的经验,基于对老年常见疾病与老年综合征的不断探索与实践,我们组织了多名临床护理专家、青年骨干及高校的知名教授,共同编制了《老年护理学——问题与实践》一书。本书突出特点是内容全面,包括基础理论、学术前沿、政策法规、流行病学、老年病防治与护理、保健养生等方面的知识与技能,重点从广大老年护理从业人员的实际需要出发,系统阐述了常见老年综合征和老年疾病的护理干预,指导解决老年人的问题。

本书主要供各级医院、老年相关机构及老年护理人员使用。为帮助读者了解学科前沿理念与技术,编写过程中我们参考最新的资料,结合国内外各领域指南,更新了老年综合评估的具体方法以及评估时注意事项,方便读者在老年护理工作中灵活运用,实用性强。

本书在编写过程中,得到了北京医院临床护理人员及高校多名教授的积极参与和大力支持,在本书出版之际,在此一并表示诚挚的谢意!

孙 红

2017年10月

# 目 录

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 第一章 绪论                    | 1  |
| 第一节 老年人与老化                | 1  |
| 一、老年人的年龄划分标准              | 1  |
| 二、老化的定义及特点                | 1  |
| 三、老化相关理论                  | 2  |
| 四、伴随老化的各系统功能变化            | 5  |
| 第二节 老年病的临床特点              | 8  |
| 一、慢性病                     | 8  |
| 二、共病                      | 8  |
| 三、多数症状与体征不明显              | 9  |
| 四、发病快、突发易变,易发生全身衰竭,猝死发生率高 | 9  |
| 五、并发症多                    | 9  |
| 六、多重用药和药物的不良反应            | 10 |
| 七、多种老年综合征的表现              | 10 |
| 八、病情易反复,预后不良              | 10 |
| 九、需要多位专业的医师及更多医疗技术支持      | 11 |
| 十、护理的特殊性及复杂性              | 11 |
| 第三节 人口老龄化现状与趋势            | 11 |
| 一、人口老龄化相关概念               | 12 |
| 二、世界人口老龄化概况               | 13 |
| 三、我国人口老龄化概况               | 14 |
| 第四节 老年医学与老年护理学发展          | 19 |
| 一、相关概念                    | 19 |
| 二、老年医学的发展                 | 20 |
| 三、老年护理学的发展                | 22 |
| 第二章 老年护理实践范畴              | 27 |
| 第一节 老年护理实践范围与照护模式         | 27 |

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| 一、老年护理实践的范围                | 27     |
| 二、老年护理照护模式                 | 31     |
| 第二节 老年护理实践与多学科整合           | 34     |
| 一、多学科整合管理的相关概念             | 34     |
| 二、多学科整合管理与一般疾病管理模式的主要区别    | 34     |
| 三、在老年护理实践中,实行多学科整合管理模式的必要性 | 35     |
| 四、多学科整合管理的方式               | 35     |
| 五、多学科整合管理的方法               | 36     |
| 第三节 老年护理实践标准               | 38     |
| 一、实践标准                     | 38     |
| 二、专业绩效标准                   | 42     |
| 第四节 老年护理实践中的伦理问题           | 46     |
| 一、老年护理实践中的伦理问题             | 46     |
| 二、老年科护士应遵循的护理伦理基本准则        | 49     |
| 第五节 老年护理实践与循证              | 51     |
| 一、基本概念                     | 51     |
| 二、循证护理的核心要素                | 52     |
| 三、在老年护理实践中开展循证护理的步骤        | 57     |
| <br>第三章 老年综合评估             | <br>60 |
| 第一节 老年综合评估概述               | 60     |
| 一、老年综合评估的概念                | 60     |
| 二、老年综合评估的意义                | 60     |
| 第二节 老年综合评估的内容              | 61     |
| 一、一般医学评估                   | 61     |
| 二、老年综合征或问题评估               | 61     |
| 三、躯体功能评估                   | 61     |
| 四、精神心理状况评估                 | 61     |
| 五、社会及经济状况评估                | 62     |
| 六、生活环境评估                   | 62     |
| 第三节 老年综合评估的实施要点            | 62     |
| 一、评估工具                     | 63     |
| 二、评估时间                     | 71     |
| 三、评估实施者                    | 72     |
| 四、评估环境                     | 72     |
| 五、评估程序                     | 72     |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 第四章 常见老年综合征与护理    | 73  |
| 第一节 老年跌倒评估与护理干预   | 73  |
| 一、基本概念            | 73  |
| 二、流行病学资料          | 73  |
| 三、病因              | 73  |
| 四、评估              | 76  |
| 五、护理干预            | 80  |
| 六、延续护理            | 82  |
| 七、居家护理            | 83  |
| 第二节 老年压疮评估与护理干预   | 86  |
| 一、基本概念            | 86  |
| 二、病因              | 86  |
| 三、评估              | 88  |
| 四、护理干预            | 91  |
| 五、延续护理            | 99  |
| 六、居家护理            | 99  |
| 第三节 老年吞咽障碍评估与护理干预 | 100 |
| 一、基本概念            | 100 |
| 二、流行病学资料          | 101 |
| 三、病因              | 101 |
| 四、评估              | 102 |
| 五、护理干预            | 108 |
| 六、延续护理            | 111 |
| 七、居家护理            | 111 |
| 第四节 老年性尿失禁评估与护理干预 | 114 |
| 一、概念              | 114 |
| 二、流行病学资料          | 114 |
| 三、病因              | 115 |
| 四、评估              | 117 |
| 五、护理干预            | 123 |
| 六、延续性护理           | 125 |
| 七、居家护理            | 127 |
| 第五节 老年便秘评估与护理干预   | 129 |
| 一、基本概念            | 129 |
| 二、流行病学资料          | 129 |
| 三、病因              | 129 |



|                   |     |
|-------------------|-----|
| 四、评估              | 130 |
| 五、护理干预            | 130 |
| 六、居家护理            | 131 |
| 七、延续护理            | 132 |
| 第六节 老年睡眠障碍评估与护理干预 | 132 |
| 一、基本概念            | 132 |
| 二、流行病学资料          | 133 |
| 三、病因              | 133 |
| 四、评估              | 134 |
| 五、护理干预            | 137 |
| 六、居家护理            | 139 |
| 七、延续护理            | 139 |
| 第七节 老年痴呆评估与护理干预   | 140 |
| 一、基本概念            | 140 |
| 二、流行病学资料          | 140 |
| 三、病因              | 141 |
| 四、评估              | 141 |
| 五、护理干预            | 145 |
| 六、延续护理            | 147 |
| 七、居家护理            | 148 |
| 第八节 老年谵妄评估与护理干预   | 149 |
| 一、基本概念            | 149 |
| 二、流行病学资料          | 149 |
| 三、病因              | 150 |
| 四、评估              | 152 |
| 五、护理干预            | 155 |
| 六、延续护理            | 158 |
| 七、居家护理            | 158 |
| 第九节 老年抑郁评估与护理干预   | 160 |
| 一、基本概念            | 160 |
| 二、流行病学资料          | 160 |
| 三、病因              | 160 |
| 四、评估              | 161 |
| 五、护理干预            | 163 |
| 六、居家护理            | 164 |
| 七、延续护理            | 166 |
| 第十节 老年疼痛评估与护理干预   | 166 |

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 一、概述               | 166 |
| 二、流行病学资料           | 167 |
| 三、病因及分类            | 167 |
| 四、评估               | 169 |
| 五、护理干预             | 174 |
| 六、延续护理             | 176 |
| 七、居家护理             | 177 |
| 第十一节 老年晕厥评估与护理干预   | 178 |
| 一、概述               | 178 |
| 二、流行病学资料           | 178 |
| 三、病因               | 178 |
| 四、评估               | 180 |
| 五、护理干预             | 182 |
| 六、延续护理             | 188 |
| 七、居家护理             | 188 |
| 第十二节 老年营养不良评估与护理干预 | 190 |
| 一、基本概念             | 190 |
| 二、流行病学资料           | 190 |
| 三、病因               | 190 |
| 四、评估               | 192 |
| 五、护理干预             | 198 |
| 六、延续护理             | 201 |
| 七、居家护理             | 202 |
| 第十三节 老年多重用药评估与护理干预 | 203 |
| 一、基本概念             | 203 |
| 二、流行病学资料           | 203 |
| 三、病因               | 204 |
| 四、评估               | 205 |
| 五、护理干预             | 210 |
| 六、居家护理             | 212 |
| 七、延续护理             | 213 |
| 第十四节 少肌症与护理干预      | 213 |
| 一、基本概念             | 213 |
| 二、流行病学资料           | 214 |
| 三、病因及发病机制          | 215 |
| 四、评估               | 216 |
| 五、护理干预             | 222 |

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 六、延续护理·····                 | 223        |
| 七、居家护理·····                 | 223        |
| <b>第五章 老年常见疾病与护理干预·····</b> | <b>225</b> |
| 第一节 循环系统老年常见疾病与护理干预·····    | 225        |
| 一、老年冠心病·····                | 225        |
| 二、老年高血压·····                | 229        |
| 三、老年心脏起搏技术·····             | 234        |
| 四、老年心力衰竭·····               | 239        |
| 第二节 呼吸系统老年常见疾病与护理干预·····    | 244        |
| 一、老年人肺炎·····                | 244        |
| 二、慢性阻塞性肺疾病·····             | 248        |
| 三、呼吸衰竭·····                 | 254        |
| 四、老年肺癌·····                 | 261        |
| 第三节 消化系统老年常见疾病与护理干预·····    | 268        |
| 一、胃食管反流·····                | 268        |
| 二、老年胃癌·····                 | 271        |
| 三、老年结直肠癌·····               | 276        |
| 第四节 内分泌代谢系统老年常见疾病与护理干预····· | 282        |
| 一、老年糖尿病·····                | 282        |
| 二、老年骨质疏松症·····              | 291        |
| 第五节 神经系统老年常见疾病及护理干预·····    | 295        |
| 一、缺血性脑卒中·····               | 295        |
| 二、高血压脑出血·····               | 300        |
| 三、帕金森·····                  | 304        |
| 第六节 泌尿系统老年常见疾病与护理干预·····    | 309        |
| 一、泌尿系统感染·····               | 309        |
| 二、前列腺增生·····                | 313        |
| 第七节 骨骼、关节老年常见疾病与护理干预·····   | 320        |
| 一、老年性骨关节炎·····              | 320        |
| 二、脊柱退化性疾病·····              | 327        |
| 第八节 皮肤老年常见疾病与护理干预·····      | 332        |
| 老年瘙痒症·····                  | 332        |
| 第九节 感觉器官老年常见疾病与护理·····      | 341        |
| 一、老年性白内障·····               | 341        |
| 二、老年性聋·····                 | 346        |
| 第十节 老年常见口腔疾病与护理干预·····      | 351        |
| 一、龋病·····                   | 351        |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 二、老年牙周组织疾病·····           | 354        |
| 三、老年人牙列缺损与牙列缺失·····       | 359        |
| <b>第六章 老年中医养生与保健·····</b> | <b>363</b> |
| 第一节 饮食与老年养生保健·····        | 363        |
| 一、中医饮食养生理论·····           | 364        |
| 二、老年食养·····               | 367        |
| 三、老年食疗·····               | 374        |
| 第二节 运动与老年养生保健·····        | 381        |
| 一、运动养生的基本原则·····          | 381        |
| 二、运动养生功法的功效·····          | 383        |
| 三、常用传统养生功法·····           | 384        |
| 四、四季起居运动保健·····           | 391        |
| 第三节 精神与老年养生保健·····        | 393        |
| 一、心神养生法·····              | 393        |
| 二、情志养生法·····              | 395        |
| <b>第七章 缓和医疗与护理·····</b>   | <b>399</b> |
| 第一节 缓和医疗相关概念·····         | 399        |
| 一、缓和医疗的起源与发展·····         | 399        |
| 二、缓和医疗的定义·····            | 399        |
| 三、相关的概念及关系·····           | 400        |
| 四、缓和医疗中的治疗·····           | 403        |
| 五、缓和医疗的开展·····            | 405        |
| 第二节 临终关怀与护理·····          | 406        |
| 一、临终关怀的相关概念·····          | 406        |
| 二、临终关怀的理念·····            | 409        |
| 三、临终关怀的意义·····            | 409        |
| 四、临终关怀的机构类型与服务模式·····     | 411        |
| 五、临终护理概述·····             | 412        |
| 第三节 告知坏消息·····            | 418        |
| 一、坏消息的相关概念·····           | 418        |
| 二、坏消息为何难于告知·····          | 419        |
| 三、医患沟通的基本原则·····          | 420        |
| 四、如何告知坏消息·····            | 420        |
| 第四节 家庭成员的心理护理·····        | 423        |
| 一、相关概念·····               | 423        |
| 二、家庭照顾者的心理需求与护理·····      | 424        |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 第八章 老年护理人才培养      | 426 |
| 第一节 概述            | 426 |
| 一、老年护理学专业发展       | 426 |
| 二、老年护理人才体系        | 428 |
| 第二节 老年专科护士的培养     | 431 |
| 一、老年专科护士能力要求      | 431 |
| 二、国外老年专科护士培养体系    | 432 |
| 第三节 老年长期照护管理人员的培养 | 434 |
| 一、老年长期照护管理者应具备的素质 | 434 |
| 二、提高管理者素质的途径      | 435 |
| 第四节 养老护理员的培养      | 435 |
| 一、国外养老护理员的培养      | 435 |
| 二、我国养老护理员的培养      | 436 |
| 参考文献              | 445 |

# 绪 论

## 第一节 老年人与老化

### 一、老年人的年龄划分标准

由于研究老年相关问题的需要,对于老年的年龄起点有着不同的标准。联合国在进行人口统计时,常以 65 岁作为老年的起点,而在研究老龄问题,特别是关于发展中国家的老龄问题时,则将 60 岁作为老年的起点。我国国家统计局在发表老年人口统计数字时,为了同时兼顾我国国内问题研究和与国外统计数字相匹配的需要,常以 60 岁和 65 岁两种标准同时公布。

#### (一) 世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 老年人群划分标准

根据现代人生理、心理结构上的变化,WHO 将人的年龄界限作了划分:44 岁以下为青年人;45~59 岁为中年人;60~74 岁为年轻老年人 (the young old); 75~89 岁为老老年人 (the old old); 90 岁以上为非常老的老年人 (the very old) 或长寿老年人 (the longevous)。

#### (二) 我国老年人群划分标准

我国按照中华医学会老年医学学会的建议,将 60 岁作为划分老年的标准。现阶段,我国老年人按时序年龄的划分标准为:45~59 岁为老年前期,即中老年人;60~89 岁为老年期,即老年人;90~99 岁为长寿期;100 岁及其以上为百岁老年人期,即长寿老年人。

### 二、老化的定义及特点

#### (一) 老化的定义

老化 (senility) 又称衰老,是所有生物种类在生命延续过程中的一种生命现象。通常是指人体自出生到成熟期后,随着年龄的增长,自身功能衰退,内环境稳定能力与应激能力下降,在形态和功能上所发生的进行性、衰退性的变化,称之为老化。

老化可以分为生理性老化和病理性老化。生理性老化 (physiological senility) 是符合自然规律的,即机体在生长过程中随增龄而发生的生理性、衰退性的变化,是一种正常的老化现象。病理性老化 (pathological senility) 即在生理性老化的基础上,因某些生物、心理、社会及环境等因素所致的异常老化。两者很难区分,往往结合在一起,从而加快了老化的进程。

#### (二) 老化的特点

1. 累积性 (cumulative) 老化是在日复一日、年复一年的岁月变迁中,机体结构和功能

上的一些微小变化长期逐步累积的结果,这些变化一旦表现出来,便不可逆转。

2. 普遍性(universal) 老化在多细胞生物是普遍存在的,且同种生物的老化进程大致相同。

3. 渐进性(universal) 老化是一个循序渐进的过程,且逐步加重,而非一跃式发展形成,往往是在不知不觉中即出现了老化的征象。

4. 内生性(intrinsic) 老化源于生物本身固有的特性,环境因素只能影响老化的进程,或加速老化,或延缓老化,但均不能阻止老化。

5. 危害性(deleterious) 老化的过程是机体结构和功能衰退的过程,导致机体功能下降乃至丧失,因而使机体越来越容易感染疾病,甚至死亡。

### 三、老化相关理论

老化是一个复杂的过程,是很多因素共同作用的结果,目前还没有一种科学而全面的理论能解释所有的衰老现象。

#### (一)老化的生物学理论

老年生物学创始人之一 Edmund Cowdry 认为:老化既可以看作是内源的过程,也可以看作是外源的过程。在生物内源观看来,老化是不以个人意志为转移的,而是由于时间的推移导致了细胞向不利方向发生变化,这种不利的变化不断积累最终就表现为衰老;在生物外源观看来,衰老是由于感染、事故或外在环境中有毒物质的损害而造成的结果。生物科学在解释老化的生物基础时,有的把衰老视为生物组织受到随机伤害的结果,有的把衰老视为由基因所支配的生物过程的必然结果。老化的生物学理论主要包括以下3种理论:

1. 基因程控理论 Hayflick 认为每种生物就像设定好时间的生物个体,体内细胞的基因有固定的生命期限,并以细胞分化次数来决定个体的寿命。生物的衰老与基因的调控有关,不同种类生物间的寿命差异很大,同一种群不同个体之间寿命差异也很大,并且这种差异有遗传倾向。

2. 免疫老化理论 免疫老化是20世纪60年代由美国病理学家 Walford 首先提出,认为免疫系统从根本上参与了机体的衰老过程。该理论认为免疫功能的退化是导致衰老的重要因素。由于胸腺萎缩及功能衰退,外周血中幼稚性T淋巴细胞减少,记忆性T淋巴细胞代偿性增多,导致机体对抗原的识别及效应能力均减弱,对“异己”分子应答能力下降及对自身抗原应答能力的增强,从而导致老年人感染性疾病、肿瘤及自身免疫性疾病等发病率的上升。

3. 神经内分泌理论 该理论认为衰老是神经指导下的内分泌激素随年龄衰减而引起的身体各部分功能的逐渐丧失。随着年龄的增长,内分泌系统的合成、分泌、调节等功能有所下降,机体靶组织对某些激素或活动物质的反应性发生变化,使机体内环境发生改变,加速衰老。

熟悉老化生物学理论很有必要也很有帮助,因为这些理论可以帮助指导我们所提供的护理服务。基因程控理论可以帮助护理人员指导老年人正确地面对老化甚至死亡,帮助老年人接受并适应老化所带来的变化,让老年人明白每种生物都有其恒定的年龄范围,老化是必然的过程。免疫老化学说可以解释老年人对某些疾病易患性的改变,指导护理人员在对老年人的护理工作中要十分注意预防感染,并注意观察老年人出现感染的早期症状,以便早发现、早诊断、早治疗。神经内分泌理论可以帮助护理人员正确理解老年人为何经常出现孤



独、抑郁、多疑等心理状态,以便有针对性地对老年人进行心理护理。

## (二) 老化的心理学理论

老化的心理学理论主要有马斯洛的人类基本需要层次论和艾瑞克森(Erik Erikson)的心理社会发展学说。

1. 马斯洛人类基本需要层次论 美国心理学家(Abraham Maslow)将人的基本需要按照从低到高的层次分成生理需要、安全需要、社交需要、尊重需要和自我实现需要五类。

(1) 生理需要(physiological needs):是人类维持自身生存的最基本需要,包括对空气、水、食物、排泄、休息和睡眠以及性等的需要。在一切需要未得到满足之前,生理需要应首先给予考虑,因此生理需要为最低层次的需要。

(2) 安全需要(safety needs):安全包含生理上的安全和心理上的安全两层意思。前者是指个体需要处于一种生理上的安全状态,以防身体上的伤害或生活受到威胁;后者是指个体需要一种心理上的安全的感觉,避免恐惧、害怕、焦虑等的发生。如人们更喜欢在熟悉的环境下生活,希望在工作中有好的人际关系等都是为了满足心理上的安全感的需要。

(3) 情感与归属的需要(love and belongingness needs):包括友情、爱情和性亲密。每个人都需要被人爱、被集体接纳,也都需要去爱和接纳别人。情感上的需要比生理上的需要更细微,它和一个人的生理特性、经历、教育背景及宗教信仰都有关系。

(4) 尊重的需要(self-esteem needs):自尊有双重的含义,包括拥有自尊和被他人尊重。拥有自尊即视自己为一个有价值的人;被他人尊重即得到他人的认同与重视。马斯洛认为,尊重需要得到满足后,能使人对自己充满信心,对社会满腔热情,体验到自己活着的用处和价值。

(5) 自我实现的需要(needs for self-actualization):指个人的潜能得到充分发挥,实现自己在工作及生活上的愿望,并能从中得到满足。

2. 心理社会发展学说 艾瑞克森(Erik Erikson)认为人格的各部分分别是在发展的各阶段形成的,个体应通过所有这些阶段以发展成一个完整的整体。他将人格发展分为八期,即婴儿期、幼儿期、学龄前期、学龄期、青春前期、青年期、成年期以及老年期(表1-1-1)。每一时期都有一主要的心理社会危机需要面对,危机就是逐渐成熟的自我与社会之间的一种普遍冲突。这个危机处理得好与不好将导致正性或负性的社会心理发展结果。解决得越好就越接近正性,也就越能发展成健康的人格。由于衰老,老年人的身体功能状态下降,对此他们必须做出相应的调整 and 适应,被称为自我调整与绝望感的冲突。如果一个人的自我调整大于绝望,他将获得智慧的品质,艾瑞克森把它定义为“以超然的态度对待生活和死亡”。

表 1-1-1 艾瑞克森的心理社会发展学说的八个时期

| 阶段   | 年龄(岁) | 危机       | 正性解决指标                  | 负性解决指标                  |
|------|-------|----------|-------------------------|-------------------------|
| 婴儿期  | 0~1.5 | 信任与不信任   | 学会相信别人                  | 不信任、退缩或疏远别人             |
| 幼儿期  | 1.5~3 | 自主与害羞、羞愧 | 学会自控而不失自尊               | 时常过度约束自我或依从别人           |
| 学龄前期 | 3~5   | 主动与内疚    | 敢于有目的地影响和改变环境,并能评价自己的行为 | 缺乏自信,态度消极,怕出错,过度限制自己的活动 |



续表

| 阶段  | 年龄(岁) | 危机        | 正性解决指标                | 负性解决指标                   |
|-----|-------|-----------|-----------------------|--------------------------|
| 学龄期 | 6~12  | 勤奋与自卑     | 求得创造与自我发展,并能控制自己的世界   | 对自己失望,并从学校的学习及同学的交往中退缩下来 |
| 青春期 | 12~18 | 自我认同与角色紊乱 | 有自我认同感及发展自身潜能的计划      | 角色模糊不清,难以进入角色要求          |
| 青年期 | 18~25 | 亲密与孤独     | 与异性建立起亲密关系,对工作和家庭尽职尽责 | 缺乏人际交往,逃避工作或家庭中的责任       |
| 成年期 | 25~65 | 繁殖与自我专注   | 富有创造性,生活充实,关心他人       | 纵容自己,自私,缺乏责任心与兴趣         |
| 老年期 | >65   | 自我调整与绝望期  | 感到一生值得,能乐观地对待死亡       | 失望感,鄙视他人                 |

老化的心理学理论可以帮助护理人员理解老年人的行为表现,为评估老年人的心理健康状况提供方向。在对老年人进行健康教育时,应该运用相关的理论作为指导,协助老年人用一定的时间和精力来回顾和总结自己的一生。

### (三) 老化的社会学理论

1. 隐退理论 1961年, E. Cumming 和 W. Henry 提出隐退理论。该理论认为社会平衡状态的维持决定于社会与老年人退出互相作用所形成的彼此有益的过程。该理论可用以指导老年人适应退休带来的各种生活改变。但该理论将老年人等同为无权、无能、无力的人,使社会对老年人的漠视合情化、排斥合法化、歧视合理化。

2. 活跃理论 该理论认为老年人的生理、心理及社会需求不会随生理、心理及身体健康状况的改变而改变,一个人到老年时仍然期望能积极参与社会活动,保持中年生活的形态,维持原有的角色功能,以证明自己未衰老。该理论还认为老年人若能保持参加社会活动的最佳状态,就可能更好地促进老年人生理、心理及社会等方面的健康发展。但该理论忽略了老年人间的个体差异以及年轻老年人与高龄老年人之间的差别。

3. 持续理论 该理论主要探讨老年人在社会文化约束其晚年生活的行为时,身体、心理及人际关系等方面的调适。该理论更注重老年人的个体性差异,承认每个老年人都是不同的。

老化的社会学理论帮助护理人员从“生活在社会环境中的人”这个角度去看待老年人,了解社会对老年人的影响。使用隐退理论时,护理人员需要注意那些参与社会活动正在减少的老年人,提供足够的支持和指导,以维持平衡;使用活跃理论时,要重点评估老年人的身心状况是否能够应对参加的活动,帮助老年人选择力所能及且感兴趣的活动;使用持续理论评估老年人的发展及其人格行为,制订切实可行的计划以帮助老年人适应这些变化。