

全国高等医药教材建设研究会 · 卫生部规划教材 · 全国高等学校教材

供高职高专**护理**专业用

# 老年护理

第2版

主 编 · 孙建萍

人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材·全国高等学校教材

供高职高专**护理**专业用

1. 正常人体结构
2. 正常人体功能
3. 病原生物与免疫学
4. 病理学
5. 药理学
6. 护理学导论
7. 基础护理学
8. 心理学基础
9. 健康评估
10. 内科护理学
11. 外科护理学
- \* 12. 妇产科护理学
13. 儿科护理学
14. 眼耳鼻喉口腔科护理学
- \* 15. 中医护理学
16. 精神科护理学
17. 临床营养学
- \* 18. 急危重症护理学
19. 社区护理学
20. 老年护理
21. 母婴护理
22. 儿童护理
23. 成人护理

\* 为普通高等教育“十五”国家级规划教材

ISBN 7-117-07050-1



9 787117 070508 >

定价: 15.00 元

责任编辑 祁 军

封面设计 赵京津

版式设计 马 煜

责任校对 杨丽琴



全国高等学校教材  
供高职高专护理专业用

# 老年护理

第2版

主 编 孙建萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

朱 丹 (四川大学华西临床医学院)

孙建萍 (山西医科大学汾阳学院)

李彩福 (延边大学护理学院)

杨云衣 (上海第二医科大学护理学院)

杨黑女 (山西医科大学汾阳学院)(兼秘书)

唐凤平 (湖南中医药高等专科学校)

人 民 卫 生 出 版 社

## 图书在版编目(CIP)数据

老年护理/孙建萍主编. —2版. —北京:  
人民卫生出版社, 2005. 10  
ISBN 7-117-07050-1

I. 老… II. 孙… III. 老年医学: 护理学 高等  
学校: 技术学校-教材 IV. R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 102976 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

## 老 年 护 理 第 2 版

---

主 编: 孙建萍  
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)  
地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼  
网 址: <http://www.pmph.com>  
E-mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)  
邮购电话: 010-67605731  
印 刷: 北京智力达印刷有限公司  
经 销: 新华书店  
开 本: 850×1168 1/16 印张: 10.25  
字 数: 255 千字  
版 次: 2004 年 7 月第 1 版 2005 年 9 月第 2 版第 3 次印刷  
标准书号: ISBN 7-117-07050-1/R·7051  
定 价: 15.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究  
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

# 前言

随着全球科学技术的日新月异和社会经济的迅速发展,人类的平均寿命在普遍延长,人口老龄化所带来的社会问题也在日益增多。面对老龄化社会的迅速到来,如何延缓衰老,延长老年人生活自理的年限,提高其生命质量,实现健康老龄化,已成为全球关注的社会问题,对护理高等教育和护理界也提出了严峻的挑战。因此大力发展老年护理事业,进一步加强老年护理教育,培养能适应社会发展需要的“实用型”老年护理人才,已是当务之急。

在卫生部教材办公室的直接领导下,我们组织编写了《老年护理》第2版。本书力求符合专科护理教育培养“实用型”人才的目标,遵循整套教材的统一与完整,而不强调本学科的系统性。在编写过程中,以健康自理、健康促进为理念,以现代护理观为指导,以护理程序为框架,简明扼要,重点突出,避免重复,与成人护理或内科护理学及外科护理学有重叠的老年疾病略写,与社区护理重叠的家庭护理和临终关怀部分略写,注重为老年人提供整体护理所必需的基本知识和技能,同时注重培养学生的分析问题和解决问题的能力。全书共分八章,内容包括:绪论;老年人的健康评估;老年人认知与感知的护理;老年人营养与排泄的护理;老年人清洁与舒适的护理;老年人休息与活动的护理;老年期其他常见问题的护理以及老年期常见心理问题与精神障碍的护理。为了增加本书的实用性,与一版比较主要作了如下调整:①各章均更新了内容,强调老年人的日常生活能力。②每章末附有3~7个病案型复习思考题,便于学生独立思考。③书末附有常用量表、部分中英文对照,以便读者查阅;附有参考文献,以供读者进一步学习。④编写了与本书配套的学习指导教材。

本书主要供专科护理学专业使用,也可作为临床护理人员继续教育、老年护理岗位培训及老年护理机构工作人员的参考书。

本书在编写过程中,承蒙澳门理工大学高级卫生学校校长殷磊教授以及中国协和医科大学沈宁教授的悉心指导,对全书的结构和内容提出许多宝贵建议;卫生部护理学专业教材评审委员会成员给予真诚的指导和帮助;各编者所在单位给予大力支持和鼓励,在此一并表示诚挚的谢意!

本书编写时间紧,且编者的能力和水平有限,难免存在错误与疏漏,恳请专家、读者、使用本教材的师生和护理界同仁谅解并给予指正。

孙建萍

2005年6月

# 目 录

|                |    |
|----------------|----|
| 第一章 绪论         | 1  |
| 第一节 老年人与人口老龄化  | 1  |
| 一、老化的定义及特点     | 1  |
| 二、老年人的年龄划分标准   | 2  |
| 三、人口老龄化        | 2  |
| 第二节 老年人的健康保健   | 8  |
| 一、21 世纪全球养老新理念 | 8  |
| 二、老年保健的概念与目标   | 8  |
| 三、老年保健的原则      | 8  |
| 四、老年保健的重点人群    | 9  |
| 五、老年自我保健       | 9  |
| 第三节 老年护理概论     | 10 |
| 一、老年护理的发展      | 10 |
| 二、老年护理的范畴      | 11 |
| 三、老年护理的特点      | 12 |
| 四、老年护理人员的素质要求  | 14 |
| 第二章 老年人的健康评估   | 15 |
| 第一节 躯体健康的评估    | 15 |
| 一、健康史的采集       | 15 |
| 二、身体评估         | 16 |
| 三、功能状态的评估      | 19 |
| 四、辅助检查         | 20 |
| 第二节 心理健康的评估    | 21 |
| 一、老年人认知状态的评估   | 21 |
| 二、老年人情感状态的评估   | 24 |
| 三、老年人人格的评估     | 26 |
| 第三节 社会健康的评估    | 27 |
| 一、角色评估         | 27 |
| 二、家庭评估         | 28 |
| 三、环境评估         | 29 |
| 四、文化评估         | 30 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>第三章 老年人认知与感知的护理</b>         | 33 |
| <b>第一节 与感知、认知相关的系统、组织老化性改变</b> | 33 |
| 一、感觉系统                         | 33 |
| 二、神经系统                         | 34 |
| <b>第二节 常见问题和疾病</b>             | 35 |
| 一、意外伤害                         | 35 |
| 二、感觉功能减退                       | 37 |
| 三、老视                           | 39 |
| 四、老年性聋                         | 40 |
| 五、老年性白内障                       | 42 |
| 六、帕金森病                         | 42 |
| <b>第四章 老年人营养与排泄的护理</b>         | 44 |
| <b>第一节 与营养、排泄相关的系统、组织老化性改变</b> | 44 |
| 一、消化系统                         | 44 |
| 二、内分泌系统                        | 45 |
| 三、泌尿系统                         | 45 |
| 四、机体构成成分                       | 45 |
| 五、能量代谢                         | 46 |
| <b>第二节 老年人的营养需求</b>            | 46 |
| <b>第三节 常见问题和疾病</b>             | 47 |
| 一、口腔干燥                         | 48 |
| 二、营养缺乏——消瘦                     | 49 |
| 三、营养过剩——肥胖症                    | 50 |
| 四、食管裂孔疝与反流性食管炎                 | 52 |
| 五、便秘                           | 54 |
| 六、大便失禁                         | 56 |
| 七、尿失禁                          | 57 |
| 八、痛风症                          | 60 |
| 九、糖尿病                          | 63 |
| 十、甲状腺功能亢进症                     | 64 |
| 十一、甲状腺功能减退症                    | 64 |
| <b>第五章 老年人清洁与舒适的护理</b>         | 66 |
| 一、与清洁和舒适相关的系统、组织的衰老性改变         | 66 |
| 二、常见的问题和疾病                     | 66 |
| 三、皮肤与附属器官的健康维护                 | 68 |
| 四、老年人的着装选择                     | 69 |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| <b>第六章 老年人休息与活动的护理</b> .....         | 71  |
| <b>第一节 与休息和活动相关的系统、组织老化性改变</b> ..... | 71  |
| 一、骨骼、肌肉系统 .....                      | 71  |
| 二、心血管系统 .....                        | 71  |
| 三、呼吸系统 .....                         | 72  |
| 四、神经系统 .....                         | 72  |
| <b>第二节 老年人的休息与活动需求</b> .....         | 73  |
| 一、老年人的休息与睡眠 .....                    | 73  |
| 二、老年人的活动 .....                       | 73  |
| <b>第三节 常见问题和疾病</b> .....             | 76  |
| 一、睡眠呼吸暂停综合征 .....                    | 76  |
| 二、骨质疏松症 .....                        | 77  |
| 三、骨关节炎 .....                         | 79  |
| 四、老年挛缩 .....                         | 81  |
| 五、老年人骨折 .....                        | 83  |
| 六、老年高血压 .....                        | 84  |
| <b>第七章 老年期其他常见问题的护理</b> .....        | 86  |
| <b>第一节 跌倒</b> .....                  | 86  |
| <b>第二节 压疮</b> .....                  | 90  |
| <b>第三节 长期卧床</b> .....                | 92  |
| <b>第四节 安全用药</b> .....                | 95  |
| 一、老年人用药特点 .....                      | 95  |
| 二、老年人用药原则 .....                      | 97  |
| 三、老年人用药护理 .....                      | 98  |
| <b>第五节 受虐</b> .....                  | 100 |
| <b>第六节 性功能障碍</b> .....               | 103 |
| <b>第八章 老年期常见心理问题和精神障碍的护理</b> .....   | 107 |
| <b>第一节 老年期常见心理问题的护理</b> .....        | 107 |
| <b>第二节 老年期常见精神障碍的护理</b> .....        | 113 |
| 一、老年期抑郁症 .....                       | 113 |
| 二、老年期焦虑症 .....                       | 118 |
| 三、老年期谵妄 .....                        | 120 |
| 四、老年期疑病症 .....                       | 122 |
| 五、老年期痴呆 .....                        | 124 |
| <b>附录一 老年人常用评估量表</b> .....           | 133 |

|                  |     |
|------------------|-----|
| 附录二 中英文名词对照..... | 147 |
| 附录三 参考文献.....    | 151 |

# 第一章 绪 论

人口老龄化是社会进步,经济发展,人民生活水平不断提高,医疗卫生条件改善和卫生保健工作取得卓越成就的必然结果,而老龄化社会的到来是现代社会发展的必然趋势。随着人口老龄化程度的逐渐增高,尤其是老年人口的高龄化,必将在经济发展、大众文化、人体素质等方面对人类社会带来一定的影响。老年护理即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。

## 第一节 老年人与人口老龄化

生老病死是一切生物物种普遍存在的自然规律,人类从出生、发育、成熟乃至死亡的整个生命历程中,其生理和心理均会随着年龄的增加而逐渐发生改变。

### 一、老化的定义及特点

老化(senility, aging)即衰老,是所有生物种类在生命延续过程中的一种生命现象。人体自出生到成熟期后,随着年龄的增长,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。两者很难严格区分,往往结合在一起,从而加快了老化的进程。老化具有如下特征:

累积性(cumulative):老化并非一朝一夕所致,而是在日复一日、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积累的结果,这些变化一旦表现出来,便不可逆转。

普遍性(universal):老化是多细胞生物普遍存在的,且同种生物的老化进程大致相同。

渐进性(progressive):老化是一个循序渐进的演变过程,且逐步加重,而非跳跃式发展,往往在不知不觉中即出现了老化的征象,且同一物种所表现出来的老化征象相同。

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

危害性(deleterious):老化过程是机体的结构和功能衰退的过程,导致机体功能下降乃至丧失,因而往往对生存不利,使机体越来越容易感染疾病,终致死亡。

这就是所谓老化的丘比特(Cupid)标准。由此可见,老化是从生殖成熟后才开始或逐渐加速的,是可以预计的。在整个生命历程中,机体会越来越丧失功能,感染疾病,最终死亡。

## 二、老年人的年龄划分标准

由于研究问题的需要,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 岁为老年的起点,而在研究老龄问题,特别是包括发展中国家的老龄问题时,则将 60 岁作为老年的起点。中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。

老年期常常被视为人类生命过程中的一个阶段,事实上对老年期还可以再作详细划分。

### (一) 我国老年期的年龄划分标准

我国关于年龄的划分界限自古来说法不一。民间多用三十而立,四十而不惑,五十而知天命,六十花甲,七十古稀,八十为耄,九十为耄。1982 年 4 月,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: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 岁及其以上为寿星,即长寿老人。

### (二) 世界卫生组织(WHO)老年期的年龄划分标准

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 岁为年轻老人(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)。

这个标准兼顾发达国家和发展中国家,既考虑到人类平均预期寿命不断延长的发展趋势,又是人类健康水平日益提高的必然结果。WHO 的标准将会逐步取代我国与西方国家现阶段划分老年人的通用标准。

## 三、人口老龄化

人口老龄化(aging of population),简称人口老化,是指社会人口年龄结构中,老年人口在总人口中所占比例不断上升的过程。影响人口年龄结构变化的两个主要因素是出生率与死亡率。人口老龄化是人类生命科学的一种发展和进步,意味着出生率和死亡率的下降,平均寿命的延长。

### (一) 人口老龄化的常用指标

1. 老年人口系数 又称老年人口比例(proportion of aged population),即在某国家或地区的总人口构成中,老年人口数占总人口数的比例,是反映人口老龄化的主要指标。计算公式为:

$$\text{老年人口系数}(\%) = (\text{60 或 65 岁以上人口数} / \text{总人口数}) \times 100\%$$

2. 老年人口负担系数 又称老年人口指数(index of aged population),即老年人口数占劳动人口数的百分比,说明劳动者负担老年人的轻重程度。计算公式为:

$$\text{老年人口负担系数}(\%) = (\text{60 或 65 岁以上人口数} / \text{15~59 岁人口数}) \times 100\%$$

3. 老少比(aged-child ratio) 又称老龄化指数(index of aging),即老年人口数与少年儿童人口数之比,亦可反映人口老龄化的程度。计算公式为:

$$\text{老龄化指数}(\%) = (\text{60 或 65 岁以上人口数} / \text{0~14 岁人口数}) \times 100\%$$

4. 长寿水平(longevity level) 又称高龄老人比,即 80 岁以上人口数与 60 岁以上人口数之比。长寿水平的高低,直接反映一个国家(或地区)医疗卫生保健的水平,特别是反映老年保健服务水平的高低。该指标 $<5\%$ 时属于较低水平, $5\% \sim 9.9\%$ 时属于中等水平, $\geq 10\%$ 时即属于高

水平,目前发达国家的长寿水平平均已达 20%~25%。计算公式为:

$$\text{长寿水平}(\%) = (\text{80 岁以上人口数} / \text{60 岁以上人口数}) \times 100\%$$

5. 平均期望寿命(average life expectancy) 即某一地区或国家总人口的平均生存年限,简称平均寿命。是指出生婴儿在今后一生中可能存活的岁数。

6. 健康期望寿命(active life expectancy) 是指在健康条件下的期望寿命,即个人在良好状态下的平均生存年数。也就是老年人能够维持良好的日常生活活动功能的年限。

期望寿命是以死亡作为终点,健康寿命则是以日常生活能力的丧失作为终点来计算的。

7. 性别比(sex ratio) 即以女性人口数为 100,与男性人口数之比。计算公式为:

$$\text{性别比} = \text{男性人口数} / \text{女性人口数} (100)$$

8. 年龄中位数(median of age) 系指按年龄自然顺序所排列的总人口构成一个连续的变量数列,而年龄变量数列的中间值,即为年龄中位数。如某地区总人口数为 20 万人,其中 35 岁以上为 10 万人,35 岁以下亦为 10 万人,则 35 岁即为该地区的年龄中位数。年龄中位数愈大,则人口愈趋向老年人口类型。目前多数发达国家的年龄中位数已达 40 岁。计算公式为:

$$\text{年龄中位数} = \text{中位数组的年龄下限值} + (\text{人口总数} / 2 - \text{中位数组之前各组人数累计}) \times \text{组距}$$

## (二) 老龄化社会的划分标准

老年人口系数是评价一个国家(或地区)人口老龄化的重要指标。WHO 针对发达国家和发展中国家的不同人口年龄结构的状况,制定了不同的人口老龄化标准,即发达国家 65 岁及以上人口达到或超过总人口的 7%,发展中国家 60 岁及以上人口达到或超过总人口的 10%时,该国(或地区)即成为老龄化国家(或地区),达到这个标准的社会即称为老龄化社会(表 1-1)。

表 1-1 老龄化社会的划分标准

|             | 发达国家  | 发展中国家  |
|-------------|-------|--------|
| 老年界定年龄      | 65 岁  | 60 岁   |
| 青年型(老年人口系数) | <4%   | <8%    |
| 成年型(老年人口系数) | 4%~7% | 8%~10% |
| 老年型(老年人口系数) | ≥7%   | ≥10%   |

## (三) 人口老龄化的发展趋势

人口老龄化是科学与经济不断发展以及社会进步的标志,是世界人口发展的普遍趋势,是所有发达国家的共同现象。21 世纪人口发展的特点为发达国家高龄人口比例明显增加,而发展中国家的老年人口增长速度最快。

### 1. 世界人口老龄化的现状与趋势

(1)全球人口老龄化的速度加快:人口老龄化与总人口数的增长密切相关。据联合国统计,1900 年世界实际人口为 17 亿,1965 年上升为 33 亿,WHO 宣布 1987 年 7 月 11 日为“第 50 亿人口日”,并正以每年 7000 万人的速度猛增。世界人口老龄化也随之日趋严重,1900 年全世界 60 岁以上的老年人口约有 1 亿,1950 年上升为 2.1 亿,1990 年则为 4.80 亿,2000 年增加到 5.90 亿,2002 年已达 6.29 亿,占全世界人口的 10%,预计 2050 年可达 19.64 亿,全世界的老年人口将占总人口数的 21%,平均每年增长 9000 万。世界人口老化始于欧洲,1866 年法国 65 岁及以上人口数占总人口数的比例即达 7.2%,成为世界上第一个老年型国家,1895 年以后趋向于平

衡。1950年全世界有15个国家和地区步入老年型国家,1988年达到57个。英国、美国和日本分别于1921年、1942年和1970年进入老年型国家,目前全世界190多个国家和地区中,有70多个已经进入老龄化国家的行列。据分析,从1950年到2025年,世界人口将增加2倍多,而老年人口将增加4倍多。

(2)发展中国家老年人口增长速度快:目前世界上65岁以上的老年人以每月80万的速度增长,其中发展中国家占66%,至2000年发展中国家的老年人口数已占世界老年人口总数的60%。现在,发展中国家的老年人口增长率是发达国家的两倍,也是全球总人口增长率的两倍。

(3)全球人口老龄化的区域分布不均衡:世界各大洲地区之间生活条件复杂,人口老龄化进展程度不均衡,存在着很大差异。在世界各主要地区中,欧洲一直是老年人口比例最高的地区,其次是北美洲和大洋洲,但在撒哈拉沙漠以南的非洲地区,老年人口增长则非常缓慢。据预测,至2030年亚洲、拉丁美洲及加勒比海地区的老年人口,将会增长2倍多。世界65岁以上老年人口各大洲排列顺序依次为:欧洲占14%,北美洲占13%,大洋洲占10%,亚洲占6%,拉丁美洲和加勒比海地区占5%,非洲占3%。目前意大利是全球老龄化问题最严重的国家,其60岁以上人口达到1400万,占总人口的25%;而日本为3100万、德国为2000万,约占本国人口总数的24%;西班牙为900万,约占22%;法国1200万、英国1200万、澳大利亚200万,约占本国人口总数的21%。全球老龄化问题最轻的国家是赤道的几内亚、洪都拉斯、玻利维亚和巴拉圭等。

(4)人口平均预期寿命延长:从20世纪初到1990年,发达国家男性平均预期寿命增长66%,女性增长71%。世界上人口平均预期寿命为66岁左右,其中男性64岁,女性68岁,较发达地区75岁,欠发达地区64岁。世界各大洲人口平均预期寿命统计,最高为北美洲77岁(男性74岁,女性79岁),最低为非洲52岁(男性51岁,女性54岁)。目前,在全球70多个老龄化国家中,日本的平均预期寿命最长,达到81岁(男性77岁,女性84岁),高出全球平均值15岁,我国平均预期寿命已接近70岁,其中男性67岁,女性71岁。

(5)女性老年人增长速度快:一般而言,男性老年人死亡率高于女性。由于存在着性别间的死亡差异,使女性老年人成为老年人口中的绝大多数。如美国女性老年人平均预期寿命高于男性6.9岁,日本5.9岁,法国8.4岁,中国3.4岁。

(6)高龄老年人快速增长:全球的高龄老年人占老年人口总数的16%,其中发达国家占22%,发展中国家占12%。我国从1953年到1998年,80岁以上高龄人口年平均增长速度为3.97%,特别是从1982年到1998年,高龄老年人口年平均增长速度达到4.79%,预计到21世纪40~50年代,高龄老年人增长速度会更快。

2. 中国人口老龄化的现状与趋势 进入20世纪90年代,中国的老龄化进程加快。2000年我国第五次人口普查结果显示,在祖国大陆31个省、直辖市、自治区的总人口中,65岁及以上的老年人口已达8811万,占总人口数的比例由第四次人口普查的5.57%上升到6.96%。目前我国人口年龄结构已进入老年型,正面临着人口老龄化的严峻挑战。

(1)中国人口老龄化发展进程:我国人口老龄化发展进程,可以分为以下三个阶段。

第一阶段:从1982年至1999年,人口成年型向老年型过渡阶段。此阶段60岁及以上老年人口数从7663万增加到1.26亿,占总人口数的比重由7.64%上升为10.1%。

第二阶段:从2000年至2025年,人口老龄化发展阶段。此阶段60岁及以上老年人口数将增加到2.84亿,占总人口数的比重为19.3%。2020年劳动年龄人口将达到峰值,然后开始下降,致使劳动人口快速老化,高龄老年人口比重上升。

第三阶段:从 2025 年至 2050 年,人口老龄化快速增长阶段。此阶段 60 岁及以上老年人口数将增加到 3.8 亿,约占总人口数的比重为 25.2%。我国人口老龄化达到高峰阶段,人口老龄化中的高龄化趋势尤为突出。

#### (2) 中国人口老龄化的特征

1) 我国老年人口绝对值居世界之首:我国是世界上人口最多的国家,加之人口平均预期寿命日益延长,老年人口在逐年增加,居全球之首。世界上有 1/5 的老年人居住在这片国土上,约等于欧洲各国全部老年人口的总数,占亚洲老年人口总数的 1/2。至 2025 年将达到 24%,意味着世界上每 4~5 个老年人中,即有一位中国老年人。

2) 人口老龄化进程快:据统计,许多发达国家 65 岁以上人口比重由 5% 上升到 7% 一般需要经历 50~80 年;我国人口年龄结构从成年型转变为老年型国家仅用了 18 年左右的时间,与发达国家相比,速度十分惊人。据 1998 年联合国卫生组织人口资料统计,65 岁及以上老年人口比重从 7% 上升到 14%,法国经历了 127 年,瑞典 85 年,美国 72 年,英国 47 年,日本 24 年,我国预计是 25 年左右。

3) 区域分布不均衡,差异大:人口老龄化发展的速度和程度在很大程度上决定于经济发展状况,故我国东部地区尤其是大中城市人口老龄化的速度和程度远远快于和高于西部地区。1990 年人口普查结果,全国 60 岁以上老年人为 7.6%,但上海为 13.96%、浙江为 10.44%、北京为 10.27%、江苏为 10.24%、天津为 10.21%,这些省市在全国已率先迈入“老年型”行列。2000 年上海市老年人口数占总人口数的 18.5%,2025 年预计会上升至 32.7%,达到高峰;2000 年北京市老年人口数为 88 万,占总人口数的 14.6%,2025 年预计会猛增到 416 万,老年人口的比例接近 30%,大大超过目前发达国家人口老龄化的程度。而在中西部地区,人口老龄化的程度则偏低。

4) 农村人口老龄化问题日显突出:人口老龄化的程度,静态观,农村低于城市;但动态观,由于工业化、城镇化进程加快,农村大批人口向城镇转移,特别是农村青壮年人口外迁增多,使城乡老龄化的程度正趋于接近。由于城乡老年人的主要经济来源存在明显差异,农村老年人基本上不能享受退休金和公费医疗,其赡养主要由家庭承担,故农村人口老龄化的问题也日益突出。

5) 老龄人口明显呈现高龄化趋势:人口学认定,低龄老年人口为 60~69 岁,中龄老年人口为 70~79 岁,高龄老年人口为 80 岁以上。我国高龄老年人口以每年 5.4% 的速度增长,1990 年为 800 万,2000 年已增长到 1100 万,预计 2020 年将达到 2780 万。

6) 女性老年人比例高:老年人口中女性多于男性,随着年龄的增大,女性老年人的比例不断上升。据统计,我国高龄老年人口中,男性所占比例为 36.9%,女性为 63.1%,百岁老年人中女性比例达到 77%。

7) 文化程度低:由于历史的原因,我国老年人多数未受过良好教育,文盲和半文盲的比例高,占 68.28%,尤以农村女性更为突出,文盲高达 80%。

8) 老年人婚姻状况稳定,丧偶率高:由于受传统文化的影响,我国老年人的婚姻关系稳定,离婚率低。老年人丧偶比例较高,为 35% 以上,且随增龄不断提高。老年人再婚数量虽然有所增多,但其比例仍然很低。

9) 人口老龄化与经济发展不平衡:发达国家人口老龄化是伴随着工业化、城市化、现代化和经济逐步增长的整个过程发展起来的,在人口老龄化程度不高时,经济已达到较高的水平,即“先富后老”,如日本于 1970 年进入老龄化社会时,人均收入为 1689 美元,1977 年达到 4522 美元。

而我国是在经济条件欠发达时跨入了老龄化社会,即“未富先老”,如2000年我国进入老龄化社会时,人均收入只有800美元,国家财力薄弱。

#### (四) 中国人口老龄化带来的影响

社会人口老龄化程度的不断加深,尤其是老年人口的高龄化,对社会经济发展、医疗卫生保健、人民生活等诸多领域产生广泛而深刻的影响。

1. 社会负担加重 人口老龄化使劳动年龄人口的比重降低,对老年人的赡养比升高,加重了劳动人口的经济负担。2001年底中国户籍人口调查结果显示,老年负担系数已达26.4%,即每100个劳动力人口要赡养26.4个60岁以上的老年人。人口老龄化对投资、消费、储蓄和税收均带来相关影响。

2. 社会保障费用增加 人口老龄化使国家用于老年人的财政支出增加,政府负担加重。据2000年《中国统计年鉴》统计数据显示,至1999年,我国离退休、退职人员数已达3726万人,离退休、退职费2420.9亿元,与1982年相比较,离退休、退职人员增加了3.35倍,离退休、退职费增加33倍,社会福利费增加18.6倍。预计到2030年,我国离退休人员将猛增到1.5亿多人,届时离退休人员将相当于在职人员的40%以上,这将给国家造成沉重的负担,影响经济的可持续发展。

3. 现有产业结构需要调整 人口老龄化,尤其是老年人口的高龄化所带来问题愈来愈突出。为了满足老年人口日益增长的物质和精神文化的需要,国家需要增加相应的投资,调整现有的产业结构,来满足老年人群的特殊需要。如改造不适合老年人居住的住宅、街道,增加老年人所需要的产业、社会服务业等。

4. 传统养老模式受到影响 随着城市家庭的人口代际结构模式呈现“四、二、一”结构(即一对夫妇,一个孩子,两对老年人),或家庭少子化,传统的家庭养老功能日趋削弱,急需社会养老功能的极大发挥,以弥补家庭养老功能的不足。另外,老年人口收入低,差别大,供养状况亟待改善,能否解决好老年人口问题关系到整个社会的发展和稳定。

5. 保健服务需求增加 老年人口是社会的脆弱人群,老年人口中患有慢性疾病者约占60%~70%,并常有多种疾病发生,且随增龄其健康状况不断恶化,同时心理健康状况也令人堪忧。据卫生部对九个省市的调查结果表明,老年人因病卧床率,60~69岁为3.16%,70~79岁为4.22%,80岁以上为4.3%。另据我国一些研究机构的研究资料显示,有不同程度抑郁症状的老年人占所调查人群的10%~23%。因此,老年人口对医疗、保健、护理及生活服务的需求大大超过其他人群。

6. 老龄工作力度急需加大 我国的老龄工作起步较晚,健康保健专业人员缺乏,基层服务网络薄弱,老龄工作资源不足。目前,针对老年人所开展的服务项目少,服务水平低,覆盖面窄,老年人的参与率和受益率不高。

#### (五) 人口老龄化问题的解决策略

我国人口老龄化的快速发展,给社会带来深刻的影响。因此,应根据我国人口、经济发展等实际情况,充分借鉴国外的经验,探索出具有中国特色的解决老龄问题的具体对策。

1. 用科学态度对待人口老龄化 人口老龄化是社会经济发展的必然趋势,必须用辩证的观点来看待。我国人口老龄化的负担面临的是薄弱的承载能力,因此只有采取科学的态度,正视老龄化问题,在全社会树立正确的老龄观,充分认识人口老龄化的规律及其对社会经济发展的影响,避免产生社会老龄化的各种负效应,及时制定相应对策,使人口、社会、经济、资源和环境协调

发展。

2. 加速经济发展,增强社会承受能力 根据中国人口年龄结构发展预测,2025 年之前,是我国抚养系数低、经济发展的“黄金时期”。这个时期是我国人口老龄化的发展阶段,老年人口的年龄结构轻,劳动力资源充足,为经济发展创造了良好的条件。故必须抓住机遇,加快经济发展速度,为人口老龄化的高峰期奠定雄厚的物质基础。

3. 建立和完善适合我国国情的养老保障体系 建立和完善社会养老保障制度是实现“老有所养”这一目标的根本保证。目前我国社会财力薄弱,虽然对城市中无退休金收入的老年人制定了最低生活保障制度,但水平偏低,另有 70% 的老年人居住在农村。故只能从我国实际情况出发,采取个人、家庭、集体、国家共同承担的原则,鼓励家庭养老,积极推进社会养老,努力使家庭养老与社会养老相结合。尽快建立健全小城镇职工养老保险制度与农村的养老保险和社会医疗保险制度,对农村的孤寡老人实行“五保”供养制度,即保吃、保穿、保住、保医、保葬,并建立特困医疗救济基金和农民生活最低保障线。加强研究和制定贫困老年人口的评估制度,建立贫困老年人口的监测系统,使社会保障体系更加科学化、制度化与规范化。

4. 完善相关的政策和法律体系 人口老龄化涉及人口、社会保障、劳动、医疗卫生保健等多个领域,需要制定相应的政策管理和法律规范。发达国家的养老保障制度较健全,各种养老活动有法可依。我国的老龄事业得到了党中央的高度重视和全社会的关心与支持,中央和各级政府成立了老龄工作的组织协调机构与办事机构,确定了老龄工作目标,即“老有所养,老有所医,老有所学,老有所为,老有所乐”;颁布了《中华人民共和国老年人权益保障法》、《中国老龄事业发展“十五”计划纲要》,修订了《老年人建筑设计规范》、《城市道路和建筑物障碍设计规范》等相关条例,以方便老年人的居住和出行。与老年人有关的法律还包括《宪法》、《婚姻法》、《民法》、《中华人民共和国劳动法》等。虽然在这方面做了很多工作,但仍然需要不断健全和完善。只有加强老年法规的建立,逐步完善老年法规体系,才能使我国的养老保障体系与老年人权益保障事业真正走上规范化、法制化、科学化的道路。

5. 努力实现健康老龄化目标 健康老龄化(aging of the health)是于 1987 年 5 月召开的世界卫生大会上首先提出的,WHO 于 1990 年 9 月在哥本哈根的第 40 届会议上正式提出“健康老龄化”的目标。1992 年联合国第 47 届大会通过了《2001 年全球解决老龄化问题的奋斗目标》,强调要“开展健康老龄化运动”。1996 年 3 月中国老龄协会提出“面向 21 世纪,积极倡导和促进健康老龄化是我国老龄化的战略方向”。

健康老龄化,即在老龄化社会中,多数老年人的生理、心理和社会功能均处于健康状态,同时社会 and 经济发展不受过度人口老龄化的影响。我国学者何慧德教授提出,健康老龄化有两层涵义:其一是个体的健康老龄化,即老年阶段健康时期延长,伤残或功能丧失只在生命晚期出现,且持续时间很短;老年人生活质量提高,晚年生活更加有意义。其二是群体的健康老龄化,即健康者在老年人群中所占的比例愈来愈大,老年人口的健康预期寿命延长。健康老龄化的外延包括老年人个体健康、老年人群体健康与人文环境健康三个部分,也就是说老年人具有良好的身心健康和社会适应能力;健康预期寿命延长,并与社会整体相协调;有良好的老龄化的社会氛围以及社会发展的持续性、有序性、并符合规律。

我国实现健康老龄化的目标必须从个体、家庭、社区、社会等多个层面共同努力,采取相应的对策。老年人自身应加强身体锻炼,注重个人修养,增强自我保健意识;家庭应主动承担养老责任,在生活、精神和经济上给予支持;同时应加强老年人的社会保障,积极发展老年医疗保险制

度,重视老年人的精神文化生活,营造健康老龄化的环境;开展健康老年人的研究,加强老年病研究,重视和发展老年医学和护理教育,普及全科医疗和社区护理,提高老年人社区医疗服务质量;充分发挥老年群体的力量,积极开发健康老年人力资源,达到自我管理,自我服务的目的。

## 第二节 老年人的健康保健

长寿并不等于健康,因而健康老龄化越来越受到世界各国的普遍重视。WHO 于 1983 年就决定将老龄化研究纳入全球老年保健纲要。1993 年 7 月第 15 届国际老年学大会的主题为“科学要为健康的老龄化服务(science for health aging)”,认为老年人最为重要的是拥有健康。“做好老年保健工作,为老年人提供满意和适宜的医疗保健服务”既有利于老年人健康长寿和延长生活自理的年限,提高老年人的生命质量,还会促进社会的稳定与发展。

### 一、21 世纪全球养老新理念

国际老龄联合会提出 21 世纪世界养老新理念:①养老由满足物质需求向满足精神需求方向发展。②养老原则由经验养生向科学养生发展。③养老目标是动态的,由长寿到目前的健康,再到 21 世纪老龄化社会的尊严。总之,由追求生活质量向追求生命质量转化。④21 世纪的养老将彻底摆脱功利色彩,养老的意义由安身立命之本向情感心理依托转变。

### 二、老年保健的概念与目标

1. 老年保健的概念 老年卫生规划项目认为,老年保健(health care in elderly)即在平等享用卫生资源的基础上,充分利用现有人力、物力,以促进和维持老年人健康为目的,发展老年保健事业,使老年人得到基本的医疗、护理、康复、保健等服务。老年保健组织对于保障老年人的健康和具有重要作用,护理人员老年保健组织中所发挥的作用将会越来越大。实施老年保健,需要在医院、中间机构、社区及临终关怀等老年医疗保健福利体系中进行,要充分利用社会资源,重视长期保健护理的需要,对老年人进行保健服务。

2. 老年保健的目标 老年保健的目标是最大限度地延长老年期独立生活自理的时间,缩短功能丧失及在生活上依赖他人的时段,达到延长健康预期寿命、提高老年人生命质量的目的,进而实现健康老龄化。

### 三、老年保健的原则

1. 全面性原则 老年人的健康包括躯体、心理和社会生活三个维度,故老年保健也应是多维度、多层次的。多层次,即老年保健不仅应重视躯体健康,还要重视老年人的心理卫生和精神健康,以及老年人在社会适应和生活质量等方面的问题;多维度,即包括疾病或障碍的治疗、预防、康复及健康促进。

2. 区域化原则 区域化原则是以社区为中心来组织实施老年保健服务。主要体现在通过家庭、邻居与社区建立医疗保健和生活照料服务,便于帮助老年人克服困难,更好地生活。同时老年保健要从老年群体的健康水平出发,将治疗、护理、康复、保健融为一体,并充分发挥老年人的主观能动性,以预防为主实施健康教育。

3. 费用分担原则 老年保健管理的关键环节是老年保健的费用筹集。解决这一问题的原