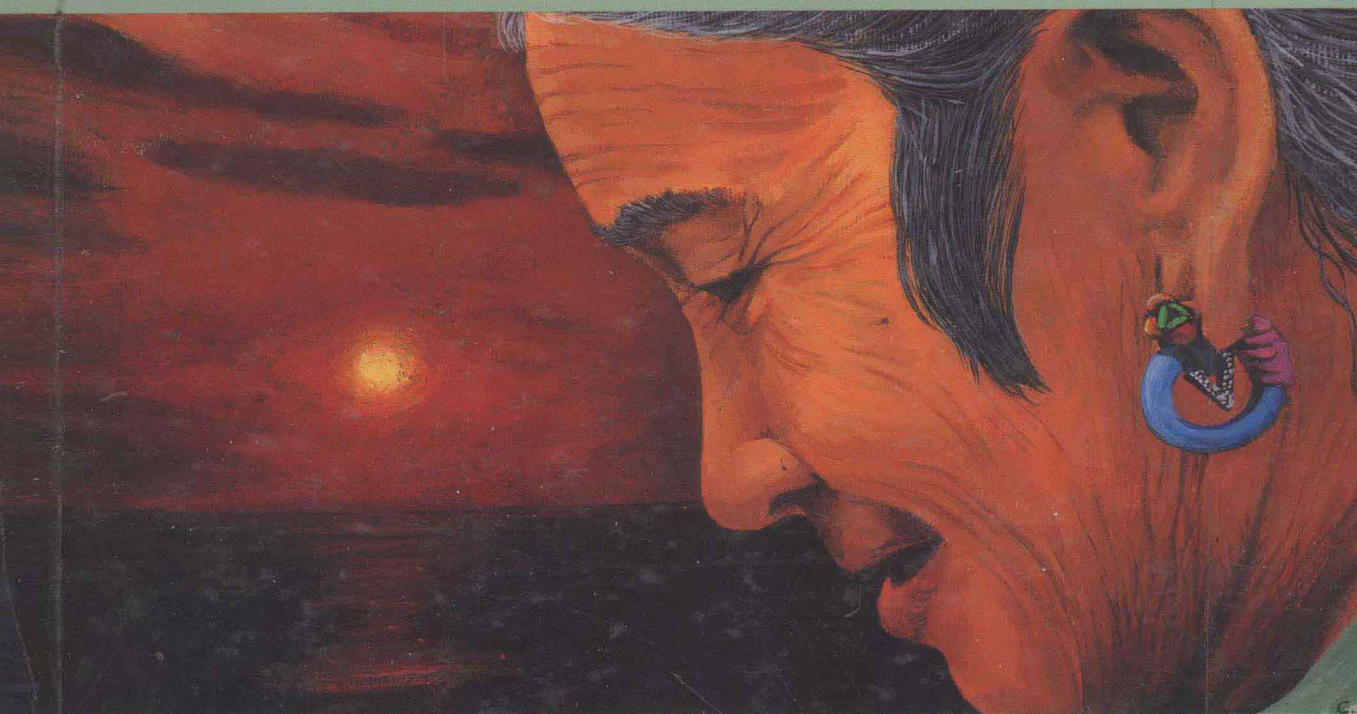


實用老年護理

Nursing Care of the Aged

Karen Kay Esberger
Samuel T. Hughes 編著

美國科羅拉多大學護理哲學博士 黃璉華 總校閱
長庚醫學院護理學研究所副教授 徐亞瑛 編譯
北市婦幼醫院精神科主治醫師 蔡文哲



華杏出版股份有限公司

實用老年護理

Nursing Care of the Aged

Karen Kay Esberger
Samuel T. Hughes 編著

美國科羅拉多大學護理哲學博士 黃璉華 總校閱
長庚醫學院護理學研究所副教授 徐亞瑛 編譯
北市婦幼醫院精神科主治醫師 蔡文哲



華杏出版股份有限公司

Original English language edition published by Appleton & Lange
Copyright©1989 by Appleton & Lange
All Rights Reserved

總校閱序

台灣地區由於公共衛生及醫療科技的進步、經濟狀況的普遍改善，國人平均餘命大幅延長，民國八十三年，男性已增為71.80歲，女性則高達77.72歲，65歲以上老年人口約有156萬人，佔總人口的7.38%，這個數目與比率都在逐年增加之中。老年護理因而躍居成為公共衛生與臨床護理的優先項目，護理在職進修班和護理科系都相繼開設老年護理課程。

本書由專攻老人家庭護理的徐亞瑛講師和精神科醫師蔡文哲編譯，內容涵蓋老年護理全貌，共分十五章，包括老年護理之相關議題、老化理論、老年人的藥物治療、各個系統的變化、與老年人的溝通、老年人心理衛生、各種治療方式和如何處理死亡的問題，期盼能對提供老人照護的護理人員實質上的幫助，更期望我國的老人照護服務能迎合社會的需求，使我們的老人得到應有的照顧。

黃璉華

譯者序

對於多數人而言，老年是一個尚未到達之地。似乎滿載著晚霞的燦爛及豐收的喜悅，卻又承受起日暮的沉黯與凋零的孤寂。護理工作要求的設身處地、同理揣摩，在面對老人時，護理人員有多少把握能真正了解他在心理、社會及生理各方面的感受及需要？

近年來台灣地區高齡人口快速膨脹，隨著社會需求的劇增，老年護理所要求的專業知識亦不斷地升高。目前台灣地區有關的中文參考書籍十分有限，而本書簡明、淺顯、易懂，包羅了老年護理各層面及其問題的討論，予譯者翻譯之動機，希望能貢獻一份微薄的心力給台灣護理界。

無論如何，老年學是一門年輕人研究老年人的學問(Gerontology is a study of old people by young people)。最真實的資料應該是來自我們面前的老年個案。猶記得一位老年癡呆症患者告訴我：「到了我家附近，我下了計程車，明明知道我應該就是住在那裡，但是看起來那麼陌生，好像從來沒有來過。我應該就是住這裡的啊！找來找去就是找不到我家，心裡就驚惶起來了……」。面對他的惶恐無奈、莫名無助的表情，心中只覺一酸、十分不忍，而這豈是書上所寫「老年癡呆症的早期，病人會有健忘的現象，有時呈現出門找不到路回家的狀況」所能道盡？

希望本書能在大家面對老年人的照護時提供一個方向與參考。希望大家的臨床經驗更豐富了此書帶給讀者的內容。最後由於譯者才疏學淺，難免疏漏之處，祈護理先進不吝賜教。

徐亞瑛 謹識

總校閱簡介

黃璉華 • 台灣大學護理學系畢

- 美國科羅拉多大學護理研究所碩士
- 美國科羅拉多大學遺傳諮詢研究所碩士
- 美國科羅拉多大學護理哲學博士
- 現任台灣大學護理學系、護理研究所副教授暨台大醫院營養部主任

譯者簡介

涂亞瑛・台灣大學護理學系畢

- 美國奧勒岡大學護理研究所碩士
- 曾任台灣大學護理學系講師
- 現任長庚醫學院護理學研究所副教授

蔡文哲・台灣大學醫學系畢

- 曾任台灣大學醫學院附設醫院精神科醫師
- 現任台北市立婦幼醫院心智科主治醫師

原文序

老年人的個別差異性最使人感到訝異，遺傳因素、文化、環境、教育、宗教信仰以及其它各種人生經驗造成了每一個老人的獨特性。我們相信每一個人應被整體的考慮及照顧，個人之社會、心靈的需要以及心理和生理的需要都應同時被重視。

老化並非是必然的病變過程。許多老人很輕鬆容易的適應老化過程而沒有遇到老年護理教科書上所述老人特有的問題。護理計劃應依照個案的需要並予以個別化，因此護理人員應在可能的護理計劃中選擇最適合的來執行。

本書是爲了幫助護理學生、老年科執業護理師以及其他在老年護理專業工作的護理人員能更有效的照顧老年人而寫。這些護理人員不管在急性或慢性長期病房或是社區中常常會面對老年人，故需要有更多的知識和能力來照顧服務這些老人。本書對老化過程中生理及心理的改變，提供了相當完備的資料。本書也是最先由護理角度來看老化過程的少數幾本書之一，提供了有關老化過程以及適當護理的完備資料，是以身體系統來編排，使讀者能夠方便迅速的找到需要的資料。

本書以美國護理學會標準(A.N.A. Standards)，以及老年護理執業範圍(Scope of Gerontological Nursing Practice)爲相關資料，以護理過程爲基礎。護理評估、計劃以及護理措施在本書中均被強調，而持續的評值應能促進計劃及護理措施的修正。個別化的護理能使個人生理或心理功能皆發揮到極致且使殘障減至最低，並維持個人的尊嚴。

第一章是導引的一章，重點放在和老人有關的社會議題，如人口統計學，以及一些社會改變如角色改變、虐待、退休、經濟、居住、安全、政治上及人種上的種種議題，A.N.A標準及老年護理執業範圍亦在此章中提及。對老人此方面的評估亦在此章中討論。

第二章提供了現代及完整的老人理論的介紹。

第三章包括了藥物治療如藥物使用、濫用及不遵醫囑服藥等等。老人的藥物濫用包括醫護人員的給藥過量以及老人自己服藥過量的問題。此章亦討論藥物和藥物之間的作用、藥物和酒精及食物之間的作用，及藥物如何影響實驗數據。藥物特定的分類在此章中亦有概述。

第四章至第十一章中介紹生理方面的議題，每一章中疾病過程及問題皆以評估指標來討論並且介紹適當的護理。

神經及感覺的變化是第四章的主題。一般神經系統的變化及睡眠變化，以及特定的神經問題將被介紹。五官感覺在老化過程中的改變亦隨之討論；常用在神經系統的藥物處方及非處方藥物亦會介紹。

皮膚老化的變化及問題在第五章中呈現，腫瘤、感染及其它問題如褥瘡亦會介紹。

第六章中胃腸系統老化的變化及問題包括口、食道至下腸胃道問題，如便秘的處理、憩室、癌症以及膽囊、胰臟、肝臟的疾病均在此章中介紹。

第七章介绍生殖及泌尿系统。一般老年女性及男性生殖泌尿道的变化及问题均分别提及。影响老人性反应週期的生理及社会心理因素、肾及下泌尿道的老化、体液及电解质的不平衡在此章中均被讨论。

第八章论述肌肉骨骼系统的老化和疾病、运动、休息、营养、安全等相关问题。

第九章主题是老化中的内分泌系统，包括甲状腺失常、肥胖及糖尿病等，其中糖尿病的控制及合併症在此章中有详细的介绍。

第十章主要介绍老人呼吸系统方面的变化，不仅包括正常老化所造成的变化，也包括了许多疾病的变化如肺炎、慢性阻塞性肺疾病、气喘、结核病及癌症，同时在这一章中也包括了药物治疗以及吸烟的问题。

心脏血管的改变在第十一章中讨论，心脏和血管的老化现象及其他特殊的病变，如高血压、缺氧现象、梗塞、末梢血管及脑血管疾病以及鬱血性心衰竭等亦在讨论之列。缺铁性贫血及巨母红血球性贫血在此章中也有介绍。

第十二章根据老人认知过程的变化来讨论与老人沟通的问题。评估老人学习的需要并选择适当的教學方式是此章的重点。

老人的心理卫生是第十三章的重点，在讨论维持老人自尊的同时，也讨论到知觉的剥削、领域及丧失的观念。一般的障碍从寂寞到焦虑在这章中亦被涵盖。

第十四章中对于精神健康问题的治疗方式有详细的介绍，如生命回顾(Life review)、现实导向、再引起动机(remotivation)及一些传统疗法等等。

死亡是第十五章的主题。丧失亲人、自殺及濒死病人有效的处理方式在这章中，有极详细的讨论。

附录介绍正常老人的一般及特别的营养需要。以表格型式列载营养不良的生理指标，相信能给读者极为有效的帮助。

护理人员除了由此书中得到老年护理的专业知识，同时应研读专业的期刊杂志，对专业的活动亦要尽量参与，方能使老年护理臻于完善的境界。

**Karen Kay Esberger
Samuel T. Hughes, Jr.**

目錄

第 1 章 老年護理之相關議題	1
人口統計	2
用詞界定	4
社會變化	5
老年護理標準	18
評估	19
第 2 章 老化理論	25
理論架構	26
生物學理論	27
社會心理理論	31
環境與老化	34
第 3 章 老年人之藥物治療	37
有關老年人藥物治療的實務與信念	38
老年人藥物治療的一般原則	39
藥物交互作用	40
酒精與老年人藥物治療	41
藥物—食物交互作用	42
藥物—食物—檢驗數據交互作用	43
自身造成的藥物交互作用	44
藥物使用	44
藥物剖視	46
特殊狀況的藥物治療	54
第 4 章 神經系統與感覺系統之變化	59
神經系統之變化	60

常見的神經系統問題·····	62
感覺系統之變化·····	67
常用藥物·····	73
第5章 皮膚系統之變化·····	79
與年齡相關的變化·····	80
促進老人皮膚健康·····	81
老化皮膚的評估·····	82
老化皮膚的問題·····	82
第6章 消化系統之變化·····	91
上消化道·····	92
下消化道·····	96
老年人的膽道疾病·····	102
第7章 泌尿生殖系統之變化·····	107
女性生殖系統的老化·····	108
男性生殖系統的老化·····	119
性反應的老化·····	125
泌尿道的老化·····	131
腎臟的老化·····	136
第8章 肌肉骨骼系統之變化·····	147
肌肉骨骼系統的老化·····	148
肌肉骨骼系統的疾病·····	149
肌肉骨骼系統的整體健康指標·····	161
第9章 內分泌系統之變化·····	169
內分泌系統的老化·····	170
甲狀腺功能異常·····	171
肥胖·····	173
糖尿病·····	174

第10章 呼吸系統之變化	193
呼吸系統的老化	194
治療措施	196
疾病過程	204
環境危險因素	222
藥物治療	227
第11章 心臟血管系統之變化	237
心臟血管系統的老化	238
心臟血管系統健康的維護	240
心臟血管疾病	245
第12章 與老年人之溝通	263
預期的認知過程改變	264
老化過程及其對溝通的影響	265
和老年人溝通的方法	266
建立關係的方法	267
語言幫助過程	269
評估老年人的學習需要及教導的策略	272
第13章 老年人之心理衛生	277
刻板印象	278
感覺剝削	279
自我形象與自尊	280
空間與領域	281
失落與分離	281
一般常見的失調情形	282
護理照護	290
第14章 各種治療方式	299
老年人的治療方式	301
生命回顧治療	302

其他各種方式·····	302
現實導向·····	303
再引起動機·····	303
環境治療及環境控制·····	304
心理分析·····	305
團體治療·····	305
家庭治療·····	306
行為治療方式·····	307
精神藥物治療·····	309
建議及未來方向·····	310
第15章 處理死亡的問題·····	317
對死亡及老年人的理論觀點·····	318
老年人如何看待死亡·····	321
老年人的自殺·····	324
悲慟—喪失親人的老年人·····	329
瀕死的老年人·····	330
附錄：老年人的營養問題·····	337
索引·····	343



第1章

老年護理之相關議題

ISSUES ASSOCIATED WITH NURSING CARE OF THE AGED

徐亞瑛 編譯
邱婉蓉
張兆嘉
張玉櫻 編輯

本章大綱

人口統計

用詞界定

社會變化

角色

家庭

朋友

虐待

法律上的考量

退休

經濟

休閒

住屋

住入療養機構

安全

交通

政治

教育

宗教

種族

老年護理標準

評估

身體評估的方向

生理方面的評估

心理衛生的評估

通常我們對老人的健康、幸福、住屋等等情形都有些刻板印象。老化的變化，如精力的減退，及一些健康的問題，能藉著定期的檢查早日發現疾病、預防意外、好的營養、運動及復健等措施而減少。在活動上，因老化而受到限制是不可避免的，但是老人通常能夠學著保留他們的精力，及調整他們的步調以從事他們喜歡、看重的活動。他們已學會如何更有效地將其精力集中在他們所選擇的活動上，且能夠辨認出改變的需要並有效地運用過去的經驗。除了生活環境的影響之外，人格特質亦是影響老人行為的主要因素。「時間不會白白逝去，它同時會給予我們智慧、技巧及內省」(Dolan, 1987)。

人口統計

DEMOGRAPHY

1980年美國人口調查資料顯示，65歲以上的人口所佔總人口的比例，已從1900年的4.0%及1970年的9.9%增加至1980年的11.3%(U. S. Bureau of the Census, 1983)。而近期老年人口的成長被認為是因長壽的緣故，但事實上長壽只不過是次要的因素，主要的因素在於「1920年之前數年穩定上升的出生數」(U. S. Bureau of the Census, 1983)。

編者按：根據衛生署之統計，民國83年台灣居民之平均壽命，男性為71.80歲，女性為77.72歲，而65歲以上老年人有156萬人，所佔人口的百分率已達到7.38。據推測，到民國90年老年人會增加到188萬人，而所佔的百分率為8.6。老年人中較老的老年人（75歲以上）之增加為最大。

從1970年到1980年，美國的中人數年齡(median age)由28歲增至30歲。1980年的年齡組成因不同人種而有異：白人，65歲以上的老年人口佔12.2%，西班牙人種中佔4.9%，而黑人中65歲以上的人口佔7.9%(Age, Sex, Race, 1980)。

在1980年，美國人口在65歲～74歲之間的多於1500萬，而75歲以上的老人約有1000萬人。女性人口在以上所提兩人口羣中都是佔多數，在65～74歲的人口羣中約有900萬，而男性在此一年齡層中只有650萬。女性人口在超過75歲的年齡層中佔650萬，即男性約佔350萬，在美國特別值得一提的是，老年女性相對於老年男性的比例穩定增加。雖然兩性生活方式逐漸趨於相同，但此趨勢仍然持續著。遺傳因素和環境因素如何影響這個趨勢，已被研究，但更值得注意的是老年女性面對的寡婦生活問題、經濟問題及不足的心理支持等問題。女性活得長是因為她們較能處理環境的壓力並有更多可行的因應方式(Haynes & Feinleib, 1980)。

1980年出生者的平均餘命(life expectancy)是73.6歲，而在1970年出生者的平均餘命是70.8歲，1900年出生者則為49歲。1980年的情況可以更仔細的描述為「白種女人的平均餘命78.1歲，其他的女性為74歲，白種男性為70.5歲，而其他的男性為65.3歲」(Annual

編者按：臺灣地區歷次國民生命表

單位：歲

期 間	男	女	前 後 次	前後次平均壽命延長年數	
				男	女
民國15-19年	38.76	43.13	—	—	—
民國25-29年	41.08	45.73	10	2.32	2.60
民國45-47年	60.17	64.22	20	19.09	18.49
民國55-56年	65.32	69.72	10	5.15	5.50
民國59-60年	66.75	71.57	5	1.43	1.85
民國64-65年	68.59	73.64	5	1.84	2.07
民國69-70年	69.52	74.78	5	0.93	1.14
民國78-80年	71.36	76.31	9	1.84	1.53

資料來源：內政部臺灣地區國民生命表編審工作小組。

編者按：各國平均餘命之比較 單位：歲

國 別	年度	男	女
中 華 民 國 (臺灣地區)	1994	71.86	77.72
新 加 坡	1992	73.2	78.9
英 國	1992	73.7	79.2
日 本	1993	76.5	83.1
澳 大 利 亞	1993	74.7	80.8
德 國	1992	74.7	80.0
法 國	1992	73.8	82.3
瑞 士	1993	75.0	81.7
美 國	1991	72.2	79.2

資料來源：World Health Statistics Annual, WHO, 1994

中華民國八十三年衛生統計。

Summary of Births, 1982)。白種人以及黑種人在出生時平均餘命的差別已漸漸減少：在1940年時差別是11歲而1978年時差別是5歲（U.S. Bureau of the Census, 1983）。

就地理位置而言，美國老人分佈最多的地區在南部，那裡65歲以上的人口約有850萬。不過南方的中數年齡是29.7，而東北地區是31.8歲。東北地區的老年人口約有600萬。中北部統計資料顯示，該區有650萬的老年人口，其中數年齡為29.6歲；西部有略多於400萬的老人，而中數年齡為29.8歲。擁有多於100萬老年人口的州包括加州(240萬)、紐約州(220萬)、佛羅里達州(170萬)、賓州(150萬)、德州(140萬)、伊利諾州(130萬)以及俄亥俄州(120萬)（United States Bureau of the Census, 1983）。

估計美國65歲以上人口到公元2000年會達到3600萬，而2040年會達到6800萬。再者

，85歲以上的美國人口在公元2000年估計達500萬，而2040年達1300萬(Ubell, 1984)。因為老年人使用大部分的健康資源，所以這些人口統計數字對美國健康照護系統有很大的影響。因為保險給付範圍增大以及較高的教育程度使老人使用健康資源的機會增加。目前鄉村地區相對於都市醫療照護的不平均也是老年人很重要的健康問題。

美國老年人口比例增加使工作年齡的人口(18~64歲)比例愈來愈少。愈來愈少的人對經濟有貢獻，則愈來愈少的老人在危機發生時有足夠的支持系統，不管是健康上、經濟上或其它方面。因此，政府在照顧老人上須扮演更多的角色。

美國也和其它工業先進國家如西歐及北歐有相似的情形，因這些社會近年均因科技發展而有愈來愈多的老年人口。世界上大部分的人口住在非工業化國家，而這些國家的人口平均餘命比工業先進國家短，所以老年人口在整個世界還只佔一小部分 (Hendricks & Hendricks, 1981)。

用詞界定

TERMS OF INTEREST

「衰老」(senescence)可定義為「一般細胞死亡多於細胞再生的時期」(Levenson & Porter, 1984)。「衰老」和「老迷糊」(senility)必須加以區分。後者應該是指有心智混亂的老年人，但常被誤用來指所有的老年人，這種情形代表了對老年人的偏見。

一個老年人的行為被視為混亂(confused)，通常是因為觀察者缺少和老年人足夠的溝通。家人、護理人員或其他人常沒有花時

間去瞭解在溝通障礙背後的可能問題，如感覺缺失、瞭解緩慢、發音困難、抑鬱或缺少日常環境的刺激。許多老年人心理的改變常被視為「老迷糊」，只歸因於年紀太大，然而慢性疾病可能才是真正的致因。我們一直認為心理的退化(mental deterioration)和老化(aging)會一同來到，而忽略了預防和治療。

「互動」和「隔離」之間的平衡對老年的混亂及其他心理改變是很重要的。不論是源於情緒上、社會上或生理上的隔離，均會加重神經質(neurotic trait)、抑鬱(depression)和妄想(paranoid)。這個在互動(interaction)及隔離(isolation)間的平衡對老人也有身體上的影響。

在隔離狀況時的感官知覺喪失會伴隨「社會環境的改變，喪失過去使情感滿足的資源，失去伴隨成功而來的驕傲，及家庭和朋友圈子的縮小」(Ernst Beran, Safford & Kleinhauz, 1978)，此情形會導致精神病。且此問題不一定是生理情況導致的，也可能是老人們自覺所處的世界改變的結果。

器質性腦症候羣(Organic Brain Syndrome; OBS) (American Psychiatric Association, 1980)是另一個常被錯用的詞。它常伴隨了以下症狀：情緒淡漠而易變，喪失定向力(disorientation)、判斷力、記憶力及智力的損失。器質性腦症候羣的種類包括突發且可逆的譫妄(delirium)以及緩慢漸進、時好時壞的痴呆(dementia)。一個人可能同時有不只一種形式的器質性腦症候羣，也可能一種接在另一種後面發生。器質性腦症候羣的症狀可包括社交態度的瓦解、身體外觀的變壞、無目的的走來走去、常將食物吐出、睡眠型態改變及服藥時間不正確等。

導致神經退化的特殊疾病包括阿耳滋海默氏病(Alzheimer's disease)、皮克氏病(Pick's