# 老年总结（合集五篇）

来源：网络 作者：夜色温柔 更新时间：2025-04-14

*第一篇：老年总结第一章绪论衡量人类寿命主要有两种指标，即平均寿命和最高寿命：1、平均期望寿命是指通过回顾性死因统计和其他统计学方法，计算出特定人群能生存的平均年数，简称平均寿命或预期寿命。2、最高寿命是指在没有外因干扰条件下，从遗传学角度...*

**第一篇：老年总结**

第一章

绪论

衡量人类寿命主要有两种指标，即平均寿命和最高寿命：

1、平均期望寿命是指通过回顾性死因统计和其他统计学方法，计算出特定人群能生存的平均年数，简称平均寿命或预期寿命。

2、最高寿命是指在没有外因干扰条件下，从遗传学角度而言人类可能生存的最高年龄。

3、健康期望寿命是指去除残疾和残障后所得到的人类生存曲线，即个人在良好状态下的平均生存年数。

WHO对老年人年龄的划分有两个标准：在发达国家将65岁以上的人群定义为老年人，而在发展中国家则将60岁以上人群称为老年人。

44岁以下为青年人；45~59岁为中年人；60~74岁为年轻老人；75~89岁为老老年人；90岁以上为非常老的老年人或长寿老年人。人口老龄化简称人口老化，是指老年人口占总人口的比例不断上升的一种动态过程。老年人口在总人口中所占的百分比，称为老年人口系数，是评价人口老龄化程度的重要指标。WHO对老龄化社会的划分有两个标准：发达国家的标准（65岁以上人口占总人口的7%以上）和发展中国家的标准（60岁以上人口占总人口的10%以上）。健康老龄化是指老年人在晚年期能够保持躯体、心理和社会生活的完好状态，将疾病或生活不能自理推迟到生命的最后阶段。

老年护理的目标：增强自我照顾能力；延缓衰退及恶化；提高生活质量；安享生命晚年。老年护理的原则：满足需求；早期防护；关注整体；因人施护；面向社会；连续照护。

第三章

老年人的健康评估

老年综合健康状况功能评估CFA是指从躯体、精神、社会心理、自理能力等多维度测量老年人的整体健康功能水平，以发现老年人医疗、社会心理、自理能力丧失等问题，并反映老年人的保健需求。

老年人健康评估原则：

1、了解老年人身心变化特点；

2、正确解读辅助检查结果（辅助检查结果的异常有3种可能：①由于疾病引起的异常改变；②正常的老年期变化；③药物的影响）；

3、注意疾病非典型性表现（老年人感受性降低，加之常并发多种疾病，因而发病后往往没有典型的症状和体征，称为非典型性临床表现）。

老年人健康评估方法：交谈、观察、体格检查、阅读、测试。

老年人健康评估注意事项：

1、提供适宜的环境；

2、安排充分的时间；

3、选择适当的方法；

4、运用沟通的技巧；

5、获取客观的资料。

老年人身体健康状况评估

一、健康史：基本情况、既往的健康状况、目前的健康状况。

老年人的健康史是指老年人过去和现在的健康状况，老年人对自身健康的认识以及日常生活和社会活动能力等方面的资料。

二、体格检查：全身状态（营养状态；生命体征；智力、意识状态）、皮肤、头面部（头发；眼镜及视力；耳；鼻腔；口腔）、颈部、胸部（乳房；胸、肺部；心前区）、腹部、泌尿生殖器、脊柱与四肢、神经系统。

三、功能状态评估：日常生活能力（最基本的自理能力：衣、食、行、个人卫生；ADL不仅是评估老年人功能状态的指标，也是评估老年人是否需要补偿服务的指标）、功能性日常生活能力（能否独立生活并具备良好的日常生活功能）、高级日常生活能力（反映老年人的智能能动性和社会角色功能）。

四、辅助检查：常规检查（血常规：红细胞小雨3.5\*1012/L，血红蛋白小于110g/L，血细胞比容小于0.35，作为老年人贫血的标准；尿常规：尿沉渣中的白细胞大于个20/HP才有病例意义；血沉超过65mm/h，应考虑感染、肿瘤及结缔组织病）、生化与功能检查、心电图检查（利于及时发现心肌缺血、心肌梗死等病变）。

老年人心理健康评估

一、情绪与情感评估：直接反映人们的需求是否得到满足，是身心健康的重要标志。

（一）焦虑：是个体感受到威胁时的一种紧张的、不愉快的情绪状态，表现为紧张、不安、急躁、失眠等，但无法说出明确的焦虑对象。

评估方法：访谈与观察；量表（汉密尔顿焦虑量表、状态—特质焦虑问卷）；焦虑可视化标尺技术。

（二）抑郁：是个体失去某种其重视或追求的东西时产生的情绪状态，其特征是情绪低落，甚至出现失眠、悲哀、自责、性欲减退等表现。

汉密尔顿抑郁量表、老年抑郁量表。

二、认知评估：认知功能对老年人是否能够独立生活以及生活质量起着重要的影响作用。

老年人的认知评估包括思维能力、语言能力以及定向力三个方面。

评估工具：简易智力状态检查。

老年人社会健康状况评估

一、角色功能评估

老年角色的特点：社会角色的变更、家庭角色的变更、角色期望的变更。

二、环境评估

物理环境：老年人生活居住的环境的原则是安全，省力，方便，适用，舒适，美观。社会环境：包括经济、生活方式、社会关系、社会支持等。

三、文化与环境评估

文化评估的目的是了解老年人的文化差异，为制订护理措施提供依据。文化评估的内容主要包括价值观、信念和信仰、习俗等。

家庭评估的目的是了解老年人家庭对其健康的影响，以便制订有益于老年人疾病恢复和健康促进的护理措施。家庭评估的内容主要包括家庭成员基本资料、家庭类型与结构、家庭成员的关系等。

第四章

老年人的健康保健与养老照顾

老年保健是指在平等享用卫生资源的基础上，充分利用现有的人力、物力，以维护和促进老年人健康为目的，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。

重点人群：高龄老人、独居老人、丧偶老人、患病的老年人、新近出院的老年人，精神障碍的老年人。

服务对象的特点：老年人对医疗服务需求的特点、老年人对保健服务和福利设施需求的特点、老年人患病的特点（多种疾病同时存在、病情复杂；临床表现不典型；病程长、康复慢、并发症多；病情发展迅速，容易出现危象。）、高龄老年人生活照顾特点。

基本原则：全面性原则、区域化原则、费用分担原则、功能分化原则、联合国老年政策原则（独立性、参与性、保健与照顾、自我实现、尊严性原则）。

目的：加强老年病的监测，控制慢性病和伤残的发生；开展健康教育，提高生活质量，为老年人提供满意的医疗保健服务。

任务：医院内的保健护理、中间服务机构中的保健护理、社区家庭中的医疗保健护理。

策略：

1、老有所医——老年人的医疗保健；

2、老有所养——老年人的生活保障；

3、老有所乐——老年人的文化生活；

4、老有所学和老有所为——老年人的发展与成就；

5、老有所教——老年人的教育及精神生活。

措施：自我保健：自我观察、自我预防、自我治疗、自我护理。老年自我保健是指健康或罹患某些疾病的老年人，利用自己所掌握的医学知识、科学的养生保健方法和简单易行的治疗、护理和康复手段，依靠自己、家庭或周围的资源进行自我观察、诊断、预防、治疗和护理等活动。养老是指老年人随着年龄的增长，躯体功能逐渐衰退，退出生产领域，日常生活自理能力减弱，需要外界提供经济、生活和心理情感等方面的支持。为了让老年人能够恢复或保持一定的健康状态，直至以尽可能少的痛苦走完人生，往往需要提供一系列长期的服务，包括医疗、护理和生活帮助等，这在国际上称为长期照护。养老照顾模式：居家养老照顾模式、机构养老照顾模式、其他。

第五章

老年人的心理卫生与精神护理

老年人的心理特点：

1、感知觉的变化：易误听、误解，敏感、猜疑，对时间、地点、人物的辨别能力下降。

2、记忆的变化：初级记忆>次级记忆；再认>回忆；逻辑记忆>机械记忆。

3、智力的变化：智力分为流体智力（获得新观念、洞察复杂关系的能力）和晶体智力（与后天的知识、文化和经验的积累有关）两大类。

4、思维的变化：无论在概念形成、解决问题的思维过程还是创造性思维和逻辑推理方面都受到影响，而且个体差异较大。

5、人格的变化：人格即人的特性或个性，包括性格、兴趣、爱好、倾向性、价值观、才能和特长等。主要表现：适应能力下降、缺乏灵活性、猜疑与妒忌心理、办事谨小慎微。

6、情感与意志的变化：情感活动相对稳定，老年人的忧郁感更多起源于对健康的关注，老年女性的疑病倾向比老年男性更明显。

老年人心理变化的影响因素：各种生理功能减退；社会地位的变化；家庭人际关系；营养状况；体力或脑力过劳；疾病。

老年人心理发展的主要矛盾：角色转变与社会适应的矛盾；老有所为与身心衰老的矛盾；老有所养与经济保障不充分的矛盾；安享天伦之乐与空巢家庭的矛盾；安度晚年与生活变故的矛盾。

老年人常见的心理问题与护理

一、焦虑

焦虑包括指向未来的害怕不安和痛苦的内心体验、精神运动性不安以及伴有自主神经功能失调表现三方面症状，分急性焦虑和慢性焦虑两类。

1、原因：体弱多病；疑病性神经症；各种应激事件；某些疾病。

2、表现：急性焦虑主要表现为惊恐发作，持续几分钟到几小时；慢性焦虑表现为持续性精神紧张，易激怒，易冲突。持久过度的焦虑可严重损害老年人的身心健康，易诱发急症。

3、防护：①评估焦虑程度；②指导和帮助老年人及其家属分析原因，正确对待，积极治疗，慎用药物；③指导老年人保持良好心态；④子女理解尊重；⑤重度焦虑用药治疗。

二、抑郁

当抑郁持续2周以上，表现符合心理疾病诊断统计手册第4版的诊断标准则为抑郁症。抑郁高发年龄大部分在50~60岁之间，老年人的自杀通常与抑郁障碍有关。抑郁症诊断标准：

症状标准：以心境低落为主，并至少有下列4项：

①兴趣丧失、无愉快感；②精力减退或疲乏感；③精神运动性迟滞或激越；④自我评价过低、自责，或有内疚感；⑤联想困难或自觉思考能力下降；⑥反复出现想死念头或有自杀、自伤行为；⑦睡眠障碍，如失眠、早醒，或睡眠过多；⑧食欲降低或体重明显减轻；⑨性欲减退。

严重标准：社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

病程标准：符合症状标准和严重标准至少己持续2周。排除器质性精神障碍，精神活性 物质和非成瘾物质所致抑郁。

1、原因：增龄；疾病；应激事件；孤独；应对消极。

2、表现：情绪低落、思维迟缓和行为活动减少。

3、防护：原则：减轻抑郁症状，减少复发，提高生活质量，促进健康状况，降低医疗费用和死亡率。主要措施包括严防自杀、避免促发因素等。

三、孤独

孤独是一种心灵的隔膜，是一种被疏远、被抛弃和不被他人接纳的情绪体验。

1、原因：离退休后远离社会生活；无子女或空巢老人；体弱多病；性格孤僻；丧偶。

2、表现：伤感、抑郁，精神萎靡，免疫功能降低，易致疾病；孤独产生不良生活方式，如烟酒致慢性疾病；因孤独而转化为抑郁症，有自杀倾向。

3、防护：子女：关心、照顾、理解、电话；融入社会：学习、活动；参加力所能及的活动。

四、自卑

自卑即自我评价偏低，就是自己瞧不起自己，它是一种消极的情感体验。

1、原因：老化引起的生活能力下降；疾病引起的部分或全部生活自理能力和适应环境的能力丧失；离退休后角色转换障碍；家庭矛盾。

2、表现：怀疑自己的能力到不能表现自己的能力；怯于与人交往到孤独地自我封闭。

3、防护：创造良好、健康的社会心理环境，尊老敬老；鼓励老年人参与社会，做力所能及的事情；尊重老人原来的生活习惯。

五、离退休综合征：是指老年人由于离退休后不能适应新生活的消极情绪或因此产生的一种适应性心理障碍。

主要表现：坐卧不安、不知所措；注意力不能集中，做事长出错；性格变化明显，容易急躁和发脾气；易回忆或叙述过往经历；偏见；情绪抑郁。

六、空巢综合征：空巢家庭是指家中无子女或子女成人后相继分离出去，只剩下老年人独自生活的家庭。

出现孤独、空虚、寂寞、伤感。

心理健康，是指在身体、智能以及情感上与他人的心理健康不相矛盾的范围内，将个人心境发展成最佳状态。

即心理健康不仅没有心理疾病，个人能够良好适应和充分发展。

标准：认知正常、情绪健康、关系融洽、环境适应、行为正常、人格健全。维护和促进心理健康的原则：适应原则、整体原则、系统原则、发展原则。维护和促进心理健康的措施：

1、帮助老年人树立正确的健康观；

2、做好离退休的心理调节；

3、鼓励老年人勤用脑；

4、妥善处理家庭关系：①面对代沟，求同存异，相互包容；②促进老年人与家庭成员的情感沟通：老人主动调整，成员主动关心；空巢老人主动沟通，子女常看望；夫妻相互照顾；鼓励老年人同住；

5、注重日常生活中的心理保健：培养广泛的兴趣爱好；培养良好的生活习惯；坚持适量运动；

6、营造良好的社会支持系统：发扬尊老敬老的社会风气；尽快完善相关立法；

7、心理咨询和心理治疗。

老年期抑郁症患者的护理

老年期抑郁症泛指存在于老年期（>=60岁）这一特定人群的抑郁症，以持久的抑郁心境为主要临床特征的一种精神障碍。主要表现为情绪低落、焦虑、迟滞和躯体不适等。

特点：

1、病情持续时间长，表现不典型；

2、疑病性；

3、隐匿性：抑郁症的核心症状是心境低落，以躯体症状为主；

4、自杀倾向：最危险的症状；

5、激越性；

6、迟滞性：随意运动缺乏和缓慢；

7、妄想性；

8、抑郁症性假性痴呆；

9、季节性。常见护理诊断/问题：

1、应对无效

与无力解决问题等有关；

2、无望感

与消极的认知态度有关；

3、睡眠形态紊乱

与精神压力有关；

4、有自杀的危险

与严重悲观情绪等有关。

护理：

1、日常生活护理：保持合理的休息和睡眠、加强营养；

2、用药护理：观察效果和不良反应，坚持服药；

3、严防自杀：识别自杀动向、环境布置、专人守护、工具及药物管理；

4、心理护理：阻断负向的思考、鼓励患者抒发自己的想法、怀旧治疗、学习新的应对技巧；

5、健康指导：不脱离社会，培养兴趣；鼓励子女与老年人同住；社会重视。

老年期痴呆患者的护理

老年期痴呆是指发生在老年期由于大脑退行性病变、脑血管病变、感染、外伤、肿瘤、营养代谢障碍等多种原因引起的，以认知功能缺损为主要临床表现的一组综合征。包括阿尔茨海默病AD（简称老年性痴呆）、血管性痴呆VD、混合性痴呆和其他类型痴呆。

AD是一种慢性神经系统退行性病变，以进展性认知功能不全和记忆衰退为主要特征。也称为慢性脑病综合征。

老年斑、神经元纤维缠结、颗粒空泡变性是AD最显著的组织病理学特征。临床表现：生活自理能力下降、精神行为异常、认知功能异常。

第一期，遗忘期，早期：首发症状为近期记忆减退、学习困难；命名不能；图形定向障碍，结构障碍；情感淡漠，偶尔易激惹；生活自理，运动正常。CT/MRI正常。持续1~3年。

第二期，混乱期，中期：近及远事记忆减退，完全不能学习；构图差、空间定向力差；生活自理能力下降；漠不关心，不安；流利性失语；失算。CT/MRI：正常或脑室扩大和脑沟变宽。多在起病后的2~10年。

第三期，嫉妒痴呆期，晚期：生活完全不能自理，二便失禁；四肢强直或屈曲瘫痪；记忆完全丧失。CT/MRI：脑室扩大和脑沟变宽。多在发病后的8~12年。

治疗原则：治疗异常行为，治疗AD的基本症状，减缓AD进展，延缓AD发生。护理诊断：记忆功能障碍；自理缺陷；语言沟通障碍；照顾着角色紧张；思维障碍。护理措施：

（一）日常生活护理：穿着、进食、睡眠、自我照顾能力的训练。

（二）用药护理：胆碱酯酶抑制剂多奈哌齐。全程陪伴、重症老人服药、观察不良反应（抗精神病药、抗焦虑和镇静药、抗抑郁药、胆碱酯酶抑制剂）、药品管理。

（三）智能康复训练：记忆训练、智力锻炼、理解和表达能力训练、社会适应能力的训练。

（四）安全护理：提供较为固定的生活环境、佩戴标志、防治意外发生、正确处理激越情绪。

（五）心理护理：陪伴关心老人、开导老人、维护老人的自尊、不嫌弃老人。

（六）照顾者的支持指导：自我放松、锻炼、互相交流、处事灵活、健康的生活等。

（七）健康指导：及早发现痴呆（普及有关老年期痴呆的预防知识和痴呆早期症状；全社会参与、及早就医）、早期预防痴呆（从中年开始做起；积极用脑、劳逸结合，保证充足睡眠；培养广泛的兴趣爱好和开朗性格；培养良好的卫生饮食习惯；戒烟限酒；尽量不要铝制炊具；积极防治高血压、脑血管病、糖尿病等慢性病）。

第六章

老年人的日常生活护理

日常生活护理的注意事项：

1、鼓励老年人充分发挥其自理能力（主要内涵：尽可能的维持个体的独立；基础原则：避免老年人过分依赖他人护理；护理中应遵循的自护理论原则：维持和强化自我照顾能力，在无法自我照顾时由他人来提供部分或完全照顾服务）；

2、注意保护老年人的安全（不服老、不愿麻烦他人。做好健康指导，使老年人了解自身的健康状况和能力，熟悉老年人的生活规律和习惯，及时给予指导和帮助。老年人常见的安全问题有跌倒、噎呛、服错药、坠床、交叉感染、用电安全等）；

3、尊重老年人的个性和隐私（尊重个性：尊重其本性，关怀其人格和尊严；保护隐私：保证老年人的私人空间，保护老年人的隐私）。长期卧床并发症：压疮、坠积性肺炎、尿路感染、下肢静脉血栓形成、关节僵硬、肌肉挛缩。

预防：去除病因和诱因；避免认为的长期卧床；及早进行康复训练；健康指导。

护理：

1、合理安排营养；

2、加强生活护理：口腔护理、皮肤护理、大小便失禁的护理；

3、提供良好的外部环境；

4、运动锻炼；

5、心理护理；

6、健康指导。

老年人的营养需求：

1、CHO：CHO供给能力应占总热能的55~65%，摄入糖类以多糖为好。60岁以后热能的摄入应较年轻时减少20%，70岁以后减少30%。

2、蛋白质：尽量保证优质蛋白应占蛋白质总量的50%以上。

3、脂肪：原则是由脂肪供给能量应占总热能的20%~30%，并应尽量减少膳食中饱和脂肪酸和胆固醇的摄入。

4、维生素：鼓励老年人多选择蔬菜和水果等食物以增加维生素的摄入。

5、膳食纤维：主要包括淀粉以外的多糖，存在于谷、薯、豆、蔬菜类等食物中。

6、水分：老年人每日饮水量一般以1500ml左右为宜。

7、无机盐：老年人容易发生钙代谢的负平衡，特别是绝经后的女性，800~1200mg/d。老年人的饮食原则：

1、平衡饮食（足够的优质蛋白、低脂肪、低糖、低盐、高维生素和适量的含钙、铁食物）；

2、饮食易于消化吸收；

3、食物温度适宜；

4、良好的饮食习惯。老年人的饮食护理：

1、烹饪时的护理：①咀嚼、消化吸收功能低下者：蔬菜要细切，肉类最好制成肉末，烹制方法可采用煮或炖，尽量使食物变软而易于消化。多选用富含纤维素的蔬菜。②吞咽功能低下者：选择黏稠度较高的食物，同时根据老年人的身体状态合理调节饮食种类。③味觉、嗅觉等感觉功能低下者：注意盐和糖，烹调时可用醋、姜、蒜等调料来刺激食欲。

2、进餐时的护理：①一般护理：空气要新鲜，多人进餐；鼓励自行进食，适当协助；尊重生活习惯，掌握适当的速度。②上肢障碍者：选择各种特殊的餐具。③视力障碍者：说明餐桌上食物的种类和位置，并帮助其用手触摸以便确认；提醒热汤、茶水温度及鱼刺；食物的味道和香味尤其重要；家人共进餐。④吞咽功能低下者：易误吸，体位很重要；照顾者在旁观察；水的湿润作用不可忽视。

休息是指一段时间内相对地减少活动，使身体各部分放松，处于良好的心理状态，以恢复经历和体力的过程。休息并不意味着不活动，有时变化一种活动方式也是休息。

1、注意休息质量，有效的休息应满足三个基本条件：充足的睡眠、心理的放松、生理的舒适。

2、长期卧床者适当调整休息方式。

3、改变体位时，动作要慢。

4、用眼时间不宜过长，以免造成视力疲劳。

睡眠特点：睡眠时间少，每天约6小时，疾病影响睡眠，可影响机体活动状态。

护理：

1、对因处理。

2、调整环境。

3、养成良好的睡眠习惯。

4、晚餐应避免吃的过饱。

5、调整情绪。

6、增加日间活动。

7、镇静剂或安眠药帮助睡眠。

老年人的活动强度：可依自己不赶到疲劳和不适为宜，运动适宜的HR=170—年龄；以低中等强度的有氧运动为主。

有氧运动是采用中等强度的有氧代谢为主的耐力性运动。特点是“恒常运动”，即运动处于平衡状态，身体功能处于稳定状态，身体需氧量与吸氧量之间基本上处于平衡状态，不发生缺氧和氧债，肌肉不产生乳酸堆积现象，心率、心搏出量和肺通气量等保持稳定状态。如散步、慢跑、游泳、跳舞、太极拳与气功等。

老年人活动的原则：

1、正确选择；

2、循序渐进；

3、持之以恒；

4、运动时间（老年人运动的时间以每天1~2次，每次半小时左右，一天运动总时间不超过2小时为宜。最佳运动时间为每天的15：00~17：00，特别是运动量较大的活动）；

5、运动场所和气候（选择空气新鲜、安静清幽、场面平坦的场所；夏季户外运动要防止中暑，冬季则要防止跌倒和感冒）；

6、自我监护（运动量适宜：运动结束后在3~5min之内恢复运动前的心率、运动全身有热感或微微出汗、运动后自觉精神充沛，睡眠好，食欲佳；运动量过大：运动结束后 需10min以上才能恢复运动前心率、运动后感到疲劳、头晕、心悸、气促。睡眠不良）；

7、运动注意事项（运动的服饰要适宜、运动前和运动后的活动、异常情况应及时就诊）。睡眠呼吸暂停综合征诊断标准：每晚7小时睡眠过程中，鼻或口腔气流暂停每次超过10秒，暂停发作超过30次以上（或每小时睡眠呼吸暂停超过5次以上，老年人超过10次以上）。护理措施：增加活动、控制饮食、减少体重、养成侧卧睡眠习惯；睡前必须避免饮酒和服用镇静、安眠药；积极治疗有关疾病；选用合适的医疗器械，药物治疗；手术治疗。

第七章

老年人的安全用药与护理

药物不良反应ADR是指在常规剂量情况下，由于药物或药物相互作用而发生与防治目的无关的、不利或有害的反应。

老年人常见药物不良反应：精神症状、直立性低血压、耳毒性、尿潴留、药物中毒。老年人的用药原则：受益原则（老年人用药要有明确的指征；用药的受益/风险比值>1；选择疗效确切而毒副作用小的药物）；5种药物原则（了解药物的局限性；抓主要矛盾，选主要药物治疗；选用具有兼顾治疗作用的药物；重视非药物治疗；减少和控制服用补药）；小剂量原则（老年人用药量在中国药典规定为成人量的3/4；小剂量开始；剂量个体化原则）；择时原则；暂停用药原则（最简单、有效）。

提高老年人用药依从性：加强药物护理、开展健康教育、建立合作性护患关系、行为的治疗措施、指导老年人正确保管药品，定期整理。

第八章

老年人常见健康问题与护理

老年综合征是指老年人由多种疾病或多种原因造成的一组临床表现或问题症候群，包括跌倒、痴呆、尿失禁、谵妄、晕厥、抑郁症、疼痛、失眠、药物乱用和老年帕金森综合征等。

跌倒

跌倒是一种不能自我控制的意外事件，指个体突发的、不自主的、非故意的体位改变，而脚底以外的部位停留在地上、地板上或者更低的地方。

跌倒原因：内在危险因素（生理因素：年龄、中枢神经系统、肌力、感觉系统；病理因素：凡致步态不稳、失衡、虚弱、眩晕、意识障碍等因素；药物因素）和外在危险因素（环境因素：地面、设施、家具、穿着、辅助工具、约束；变换体位、重体力、爬梯子等）。

误吸

误吸是指来自胃、食管、口腔或鼻的物质从咽进入气管的过程。

误吸发生的相关因素：年龄因素、疾病因素（脑血管疾病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、手术影响、）、意识状态、体位因素、气管切开与机械通气、鼻饲因素、饮食与活动因素。临床表现：

不完全梗塞的表现：V型手势；咳嗽、喘气或咳嗽无力；呼吸困难，张口吸气时，可以听见异物冲击性的高啼声；面色青紫、发绀。

完全梗塞的表现：病人突然不能呼吸、不能咳嗽、不能说话，面色灰暗青紫，会因缺氧而导致昏迷甚至死亡。昏迷患者在呼吸道被打开后，仍无法将空气吸入肺内。

误吸的急救：

1、停止进食：在喂食或鼻饲时，如发生呼吸困难应立即停止进食。

2、准确评价：准确、快速评价食物是否误入气道。

3、通知医生：如确实发生，护士在抢救的同时立即通知其他医生和护士帮忙。

4、备齐用物：在短时间内备齐抢救用物和药物。

5、取出异物：纱布或手帕包绕手指将异物抠出；握拳冲击上腹部——海氏急救法；紧急气管镜下取出异物。误吸的预防措施：

一、正确评价

掌握患者入院前的生活习惯，评价有无咀嚼及吞咽功能障碍，假牙是否合适及口腔的卫生状态，判断其发生误吸和窒息的可能性。

二、加强饮食管理

1、环境的管理：（1）应充分了解食物的种类、患者的年龄及吞咽情况。（2）除听取患者的主诉外，还应注意观察其饮食经过、表情、面色、态度和行动变化。（3）在病室中备好氧气、吸引器等用物，以便抢救时用。（4）特别注意进食后不宜立即刺激咽喉部，如口腔护理、口腔检查、吸痰等操作，以免引起恶心而致误吸。

2、正确的体位：（1）意识清楚者进食时，应尽量取坐位或半卧位。（2）进食后不要立即躺下，保持此种姿势30~40min。（3）如果病情不允许抬高床头者，可采取患侧卧位，有助于健侧功能的代偿。（4）意识障碍者，取侧卧位，保持气道通畅或头偏向 一侧，以免误吸。（5）嗜睡的老年人，宜在餐中和餐后保持坐位。

3、进食的状态：：（1）患者进食在安定状态下缓慢进行，精力集中，以免精力分散引起呛咳。（2）若出现呛咳现象，应立即停止进食，予侧卧位，鼓励咳嗽，轻叩胸背部，将食物咳出。必要时用手或吸引器、气管镜取出口腔、喉部、气管内的食物。（3）对于刚清醒的患者，应给予适当的刺激，使其在良好的觉醒状态下进餐。

4、喂饭的技巧：（1）喂饭时，不急不躁，动作轻柔。（2）给双目失明或眼部疾患者喂食时，每喂一口要先用餐具或食物碰触患者的嘴唇，以刺激知觉。（3）每勺饭量不可太多，速度不宜太快，要给老人充足的时间进行咀嚼和吞咽，不要催促老人。（4）对一些口唇不能紧闭、颊肌收缩无力的患者，应将调拌后的食物直接放入舌根附近，等待咽下反射。（5）鼓励老人进食时要细嚼慢咽，出现恶心、呕吐反应时，要暂停喂食。

三、做好鼻饲护理

1、做好吞咽困难、不能经口进食、呛咳及昏迷的危重患者，应及早给予鼻饲饮食，避免误吸发生。

2、在鼻饲中和鼻饲后30min内尽量不要吸痰，以免吸痰的刺激引起呕吐。

3、鼻饲前要检查鼻饲管的位置是否正确，应确定在胃内后方可注入，以防误灌。并于每次灌注前检查胃内残留液，保证残留液少于100ml，如残留液多时应暂停进食。

4、注入时将床头抬高60°，或取右侧卧位。

5、鼻饲的量每餐不宜过多，一般在350~400ml为宜，注入速度不宜过快，以15~30min喂完为宜，温度在40℃左右较合适，以免冷热刺激而致胃痉挛造成呕吐。

6、注入后保持床头抬高30~60min，防治因体位过低食物逆流发生误吸。

7、气管插管的患者发生鼻饲呕吐时，应及时行气管内吸引并观察吸出物的性质，如为食物，应尽量去除。

8、对长期卧床的老年鼻饲患者，要鼓励并协助做一些主动或被动的活动，如床上肢体活动，以加速胃肠蠕动，促进食物消化吸收。

四、加强对吞咽困难患者的护理

1、脑血管病、老年痴呆等吞咽困难的患者，应告知其选择合适的食物，避免进食流质及干硬食物。食物应以半流质为宜。

2、注意食物应温热适宜、色香味美，以增进食欲，促进吞咽反射。

3、进食不宜过快、过急，进食后不宜立即平卧休息，应保持坐位或半卧位30min以上，以避免胃内容物返流。

4、对吞咽困难的危重患者做好口腔护理，还应尽早进行咽下训练。

五、促进肠蠕动

腰背部热敷、腹部按摩可促进肠蠕动，减少呕吐的发生，从而减少误吸。

六、加强个体化教育

七、指导照护者识别误吸的症状和体征

大便失禁

大便失禁指粪便随时呈液态留出，自己不能控制，常同时存在便秘和尿失禁。多见于65岁以上老人。这是一种损害自尊的身体功能减退，常造成焦虑惧怕尴尬隐居，严重影响了老年人的活动和社会交往。

护理：应重视个体化原则；其余同便秘；不同：局部护理，应用止泻药，盆底肌锻炼。

尿失禁UI 尿失禁是指尿液不受主观控制而自尿道口溢出或留出的状态。是老年人中最为常见的健康问题。女性大于男性，造成的身体异位、反复尿路感染及皮肤糜烂等，导致老年人发生孤僻、抑郁等。问诊过程特别注意：维护老年人尊严和保持私密性。分型：急迫性尿失禁、压力性尿失禁、充盈性尿失禁。特点：

1、急迫性：膀胱充盈少，出现尿液，不能很好控制，与逼尿肌收缩未被控制有关。

2、压力性：多见中老年妇女，尿液留出较少，与盆底肌松弛有关。

3、充盈性：膀胱不能完全排空，存大量残余尿致尿液不自主留出，与前列腺增生、尿路梗阻有关。

治疗与护理：应针对个体，综合措施；注意心理支持；行为治疗（盆底肌肉训练、膀胱训练、提示排尿法）；理疗，药疗，皮肤清洁卫生，外引流，护垫，去除诱发因素，健康指导。

便秘

便秘是指排便困难或排便次数减少，且粪便干结，便后无舒畅感。老年人便秘属于慢性便秘，慢性便秘常使用罗马Ⅱ标准来诊断。

罗马Ⅱ标准为：在不用泻剂的情况下，过去12个月中至少12周连续或间断出现以下2个以上症状即为便秘，即：①大于1/4的时间排便费力；②大于1/4的时间粪便是团块或硬结；③大于1/4的时间有排便不尽感；④大于1/4的时间有排便时肛门阻塞感或肛门梗阻；⑤大于1/4的时间排便需用手协助；⑥大于1/4的时间每周排便小于3次。

原因：生理因素、不良饮食习惯、生活方式、心理因素以及是否有并发症等方面。措施：

1、调整饮食结构（饮食调整是治疗便秘的基础）；

2、调整生活方式；

3、满足老年人私人空间需求；

4、腹部自我按摩；

5、开塞露、灌肠通便；

6、心理调试；

7、健康指导（恰当选用有助于润肠通便的食物；重建良好的排便习惯；保证良好的排便环境；指导通便药物的使用；避免药物副作用性便秘）。

疼痛

疼痛是由感觉刺激而产生的一种生理、心理反应及情感上的不愉快经历。老年人疼痛是老年人晚年生活中经常存在的一种症状。随着增龄变化。类型

类型：急性疼痛（3月，多与慢性疾病有关）。

止痛方法：药物和非药物（运动锻炼、心理调试、舒适体位、分散注意力、增强营养，少食多餐、保持大便通畅、情绪稳定）。

消瘦

1、综合措施：补充足够蛋白质和热量，医生指导下调整药物；

2、控制原发病

3、提供援助

肥胖

肥胖症：体内脂肪积聚过多或分布异常，体重超过正常值20%。

危害：易致心血管疾病，呼吸系统证侯，CO2储留，代谢内分泌紊乱，多食。治疗原则：控制饮食和增加体力活动为主。必要时加药物。目标：体重控制在正常范围。

护理：限制总热能摄入量；饮食结构：高蛋白，低脂肪，低糖；活动与锻炼；药疗；健康指导。

反流性食道炎

反流性食道炎是指胃或（和）十二指肠内容物返流入食道，引起食管粘膜的炎症，糜烂、溃疡和纤维化等病变，属于食管返流病。

护理：

1、改变生活方式：餐后直立位，高枕位，防过饱等；

2、避免使用降低食管下段压力的药物：阿托品、安定；

3、药疗：制酸剂、粘膜保护剂等；

4、内镜检查；

5、手术；

6、钡食：术后缓泻剂，评估腹胀等；

7、服药指导：直立位，至少饮水150ml；抗酸药：饭前1h或睡前各服一次，并隔周查WBC，肝肾功；胃酸分泌抑制剂：餐后，睡前各服一次；粘膜保护剂：宜饭前1h及睡前；注意消化道出血的观察。

第九章

老年人常见疾病与护理

老年人患病特点：多数老年人患有慢性疾病；多因素致病；多数症状和体征不典型；多病共存；多脏器衰竭和多系统功能障碍；多种老年综合征的表现；容易发生并发症；多重用药和药物不良反应；老年人患病后恢复慢，病情容易反复；多学科团队参与康复和护理。

老年骨质疏松患者的护理

骨质疏松症是一种以低骨量和骨组织微结构破坏为特征，导致骨质脆性增加和易于骨折的代谢性疾病。OP可分为原发性（停经后骨质疏松症I型；老年性骨质疏松症Ⅱ型，是机体衰老在骨骼方面的一种特殊表现）和继发性两类。临床表现：

1、腰酸背痛（最常见症状）：初期，从安静到活动时持续性疼痛；顺序：腰背部，膝关节，肩背部，手指，前臂，上臂。

2、身材缩短，驼背

3、骨折（主要后果）：特点：即使没有明显外力也可发生骨折。好发部位：胸、腰椎压缩性骨折；桡骨远端骨折（Clooes骨折）；股骨颈及股骨转子骨折。

4、呼吸系统改变：表现为肺活量及最大通气量减少，严重者可出现胸闷、气促、呼吸困难。骨质疏松的恶性循环：疼痛、骨折>活动减少>股吸收增加>病情加重>疼痛、骨折。。骨密度检查：骨密度低于同性别峰值骨量的2.5SD以上可诊断为骨质疏松。金标准。治疗目的：缓解症状，减少骨量丢失，提高骨密度，防治骨折发生。

治疗要点：一般治疗（运动；营养：含钙食品、VITD、蛋白质；改变生活习惯）、对症治疗（药物治疗、固定、矫形、理疗、骨折后的治疗等）。护理：

一、休息与活动：休息时卧于硬板床上，腰下垫薄枕。

二、营养与饮食：多摄入含钙和维生素D丰富的食物：钙剂成人800mg/天，绝经后妇女和老年人1000~1500mg/天；VITD成人200IU/天，老年人400~800IU/天。戒烟戒酒。

三、减轻或缓解疼痛：背架、紧身衣等限制脊柱的活动度；分散注意力；严重者可遵医嘱使用止痛剂；骨折者应通过牵引或手术方法最终缓解疼痛。

四、预防并发症：跌倒、压疮、肺炎、关节僵硬、深静脉血栓等。

五、用药护理：钙制剂不可与绿叶蔬菜一起服用，增加饮水量；钙调节剂包括降钙素、维生素D和雌激素，监测血清钙和肌酐的变化，使用雌激素者注意阴道流血情况，定期做乳房检查，防治肿瘤和心血管疾病的发生。二膦酸盐。

六、心理调试：多与老年人交谈，鼓励其表达内心感受。

七、健康指导：学习骨质疏松症相关知识；合理膳食，均衡营养；多摄取钙质和维生素D；持续而健康的运动；拒绝不良生活方式；预防跌倒，减少意外发生；自我进行风险的测试；咨询医生，进行治疗；早做骨质检查。

老年退行性骨关节病患者的护理

老年退行性骨关节病又称骨性关节炎、老年性骨关节炎、增生性关节炎等，是由于关节软骨发生退行性变，引起关节软骨完整性破坏以及关节边缘软骨下骨板病变，继而导致关节症状和体征的一组慢性退行性关节疾病。

主要症状：关节疼痛，关节腔积液，但无明显的全身症状。

治疗与护理目的：减轻或消除疼痛；矫正畸形；恢复或维持关节功能；改善生活质量。护理：

1、注意减肥，适当锻炼；

2、物理治疗，如热疗，水疗，超声波，针灸，按摩等；

3、注意关节保护，减少负责；

4、活动或行动支持；

5、矫形鞋垫或支具；

6、用药指导。

**第二篇：老年护理学总结**

1、老化:人体从出生到成熟期后，随着年龄的增长，在形态和功能上发生进行性衰退性变化。

2、平均期望寿命：简称平均寿命，是指通过回顾性死因统计和其它统计学方法，计算出一定年龄组的人群能生存的平均年数。

3、健康期望寿命：是指去除残疾和残障后所得到的人类生存曲线，即个人在良好状态下的平均生存年数。

4、人口老龄化：指老年人口占人口的比例不断上升的一种动态过程。出生率和死亡率的下降，平均预期寿命的延长是世界人口趋向老龄化的直接原因。

5、老年护理学：是研究、诊断和处理老年人对自身现存的潜在的健康问题的反映的学科，它是护理学一个分支，与社会科学，自然科学相互渗透。

6、老年人生活质量：指60岁或65岁以上的老年人群身体、精神、家庭和社会生活满意的程度和老年人对生活的全面评价。、7、老年保健：指在平等享用卫生资源的基础上，充分利用现有的人力、物力以维护和促进老年人健康为目的，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。

8、自我保健：指人们为保护自己健康所采取的一些综合性的保健措施。

9心理健康：指在身体、智能以及感情上与他人的心理健康不相矛盾的范围内，将个人心境发展成最佳状态。

10、发达国家65岁以上为老年人，发展中国家60岁以上为老年（我国60以上老年，45-59为老年前期即中老年，60-89老年，90以上为长寿老年人）

11、老年人口比例：发达，65岁以上占总人口7%以上为老龄化社会。发展中60岁以上占10%为老龄化。

12、世界人口老龄化趋势特点：①人口老龄化速度加快②老年人口重心从发达国家向发展中国家转移③人口平均预期寿命不断延长④高龄老年人（80岁以上）增长速度快⑤老年妇女是老年人口的多数

13、我国人口老龄化趋势特点：中国1999年进入老龄化社会①老年人口规模巨大②老龄化发展迅速③地区发展不平衡④城乡发展不平衡⑤女性老年人多于男性⑥老龄化超前于现代化。

14、人口老龄化影响：①社会负担加重②社会文化福利事业的发展与人口老龄化不适应③家庭养老功能减弱④老年人对医疗保健、生活服务的需求突出

15、人口老龄化对策：①推动经济快速发展②完善养老福利政策和社会保障制度③健全老年人医疗保健防护体系④创建健康老龄化和积极老龄化⑤营造全社会的敬老、养老、助老风气

16、老年学是一门研究老年及相关问题的学科，包括自然科学和社会科学的新兴综合性交叉学科，是老年生物学、老年医学、老年社会学、老年心理学、老年护理学的总称。

17、老年医学包括：老年基础医学，老年临床医学，老年康复医学，老年流行病学，老年预防保健医学，老年社会医学等内容。

18、老年护理的目标：①增强自我照顾能力②延缓恶化及衰退③提高生活质量④做好临终关怀

19、老年的生物学理论：①基因程控理论②免疫理论③神经内分泌理论④长寿和衰老理论⑤其它理论（体细胞突变理论，自由基理论，细胞损耗理论，分子串联理论，脂褐质和游离放射理论，预期寿命和功能健康理论，差错灾难理论）

20、老化的心理学理论：①人的需求理论②自我概念理论③人格发展理论

21、老化的社会学理论：①隐退理论②活跃③持续④次文化⑤年龄阶层⑥老化的社会学理论与护理

22、老年人健康评估原则：①了解老年人身心变化的特点：身心变化不同、心理发展具有潜

能和可塑性，个体差异性大②明确老年人与其它人群实验结果的差异：老年人实验室检查结果的异常有3种可能（由于疾病引起的异常改变；正常的老年期变化；受老年人服用的某些药物的影响）③重视老年人疾病的非典型性表现：老年人感受性降低，加之常并发多种疾病，因而发病后往往没有典型的症状和体征，称非典型性临床表现。

23、老年人健康评估的注意事项：①提供适宜的环境②安排充分的时间③选择得当的方法④运用沟通技巧。

24、评估老年人的健康史：评估老年人的过去史，手术、外伤史，食物、药物等过敏史，参与日常生活活动和社会活动的能力，目前的健康状况，有无急慢性疾病，疾病发生的时间，主要的症状有无加重，治疗情况及恢复程度，目前疾病的严重程度，对日常生活活动能力和社会活动的影响。

25、角色功能的评估：①角色承担（一般角色/家庭角色/社会角色）②角色的认知③角色的适应

26、社会环境包括：经济、生活方式、社会关系与社会支持。

27、老年保健的重点人群：①高龄②独居③丧偶④患病⑤新近出院⑥精神障碍

28、老年人患病特点：①多种疾病同时存在病情复杂②临床表现不典型③病情长，康复慢，并发症多④病情发展迅速，容易出现危象

29、高龄老年人生活照顾特点：三高一长：就诊率，住院率、医疗费用高，住院时间长

30、我国老年保健模式：从我国的基本国情出发，建立有中国特色的老年社会保障制度和社会互助制度，建立经家庭养老为基础、社区服务为依托、社会养老为补充的比较完善的以老年福利、生活照料、医疗保健、体育健身、文化教育和法律服务为主要内容的老年服务体系和老年保健模式。

31、老年保健基本原则：①全面性②区域化③费用分担④功能分化⑤联合国老年政策原则（独立性/参与性/保健与照顾/自我实现或自我成就/尊严性）

32、老年保健策略：老有所医、老有所养、老有所学、老有所为、老有所教。

33、老年人心理变化特点：①智利的变化（老年比年轻慢难以受干扰）②记忆的变化（记忆能力变慢下降，有意识记忆为主）③人格变化（过分关注担心，人格改变）④思维变化⑤情感与意志变化

34、老年人的心理健康常从情绪和情感、认知能力、压力与应对等方面进行评估。

35、老年人心理健康的标准：①热爱生活工作②心情舒畅精神愉快③情绪稳定，适应能力强④性格开朗通情达理⑤人际关系适应强。

36、老年人心理健康标准可以6方面进行界定：①认知正常②情绪健康③关系融洽④环境适应⑤行为正常⑥人格健全

37、维护和增进心理健康的原则：①适应②系统③发展。

38、维护和促进老年人心理健康的措施：①帮助老年人树立正确健康观②指导做好离退休的心理调节③鼓励勤用脑④妥善处理家庭关系⑤注重日常生活中的心理保健⑥营造良好的社会支持系统⑦心理咨询和心理治疗。

39、焦虑症状：包括指向未来的害怕不安和痛苦的内心体验精神运动性不安以及伴有自主神经功能失调表现三方面症状。

第六章

1、室温22-24度，湿度50%+-10%，一般从床褥上面到地面50厘米，沐浴室温24-26度。

2、进行社交会谈，由90-120厘米渐拉近彼此距离。

3、皮肤瘙痒原因：①局部皮肤病变（干燥）②全身性疾病（慢性肾衰，肝胆疾病）③心理因素。

4、老年人营养需求：①碳水化合物功能占总的55-65%，60岁以后热能提供比年轻时少20%，70岁以后减少30%②蛋白质供能占总15% ③脂肪占20-30%④膳食纤维，老年人摄入以每天30克为宜⑤水分，一般以1500ml左右为宜。

5、老年人饮食原则：①平衡膳食②饮食易于吸收③食物温度适宜④良好饮食习惯。

第七章

1、合理用药三要素：安全，有效和经济。

2、受益原则：首先要求老年人用药要有明确适应证，其次要求用药的受益/风险比值〉1，只有治疗好处〉风险的情况下才可用药。

3、五种药物原则：①了解药物局限性②抓主要矛盾③选用具有兼顾治疗作用的药物④重视非药物治疗⑤减少和控制服用补药。

4、小剂量原则：老年人用药量在中国药典规定为成年人量的3/4，一般开始用成人量的1/4-1/3，然后根据临床反应调整剂量，直至出现满意疗效而无ADR为止。

5、剂量个体化原则：主要根据老年人的年龄，健康状况，体重，肝肾功能，临床情况治疗反应等进行综合考虑。

6、择时原则：先老药后新药/先口服注射后静脉/先外用后内用

7、加强药物护理①对住院老年人：严格给药操作，按时将空腹，饭前，饭中，饭后睡前的药物分别发并服下②出院带药：用口头书面形式，结识药物名称，用量，作用，副作用，用药时间，字迹要大③空巢，独居老人：需加强社区护理干预，可将药分别放小盒于醒目处并注明按时服下④精神异常及不配合：需护理人员及家属督促服药⑤吞咽障碍甚至不清：鼻饲，神志清楚可制成糊状⑥对外用药贴红标签，注明外用不可口服。

**第三篇：老年护理学总结**

老年高血压：指年龄大于60岁的老人，在未使用抗高压药物的情况下，血压持续或非同日三次以上收缩压大于等于140mmHg和（或）舒张压大于等于90mmHg

临终护理：是对已失去治愈希望的病人在生命即将结束时所实施的一种积极的综合护理，是临终关怀的重要组成部分。

便秘：是指排便困难，排便次数减少（每周少于3次）且粪便干硬，便后无畅快感。

老年学:是一门研究老年及相关问题的学科，是包括自然科学和社会科学的新兴综合性交叉学科，是老年生物学、老年医学、老年社会学、老年心理学、老年护理学的总称。

心理健康：是指在身体、智能以及情感上与他人的心理健康不相矛盾的范围内，将个人心境发展成最佳状态。

老年保健：在平等享用卫生资源的基础上，充分利用现有的人力、物力、以维护和促进老年人健康为目的的，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。世界卫生组织对老年人年龄的划分标准：在发达国家将65岁以上的人群定为老年人，而在发展中国家将60岁以上的人群称为老年人。中华医学会老年医学学会：我国以60岁以上为老年人，老年分期按45~59岁为老年前期（中老年人），60~89岁老年期（老年人）90岁以上为长寿期（长寿老年人）。

中国人口老龄化的特征:老年人口规模巨大、老龄化发展迅速、地区发展不平衡、城乡倒置显著、女性老年人口数量多于男性、老年化超前于现代化。

老年人健康评估的原则：

1、了解老年人身心变化的特点

2、明确老年人与其他人群实验结果的差异

3、重视老年人疾病的非典型表现。

老年人功能状态评估的内容：日常生活能力、功能性日常生活能力、高级日常生活能力。老年保健的重点人群：高龄、独居、丧偶、患病、新进出院、精神障碍的老年人。维护和增进心理健康的原则：适应原则、系统原则、发展原则。

日常生活护理的注意事项：对老年人主动性的关注、对老年人安全的保护、对老年人个体性的保护、环境的调整及安排。

休息应满足的三个条件：充足的睡眠、心理的放松、生理的舒适。

老年人常见药物的不良反应：精神症状、直立性低血压、耳毒性、尿潴留、药物中毒。跌倒外因：

1、被约束

2、地面因素：过滑、不平、潮湿、过道上的障碍物

3、家具及设施因素

4、居住环境的改变，尤其是搬迁使老年人进入陌生环境。

便秘的护理措施：调整饮食结构、调整行为、满足老年人私人空间需求、腹部自我按摩、开塞露通便、灌肠通便和人工取便法。药物治疗、限制富含纤维素食品。

老年期痴呆包括：阿尔茨海默病（AD）、血管性痴呆（VD）、混合性痴呆及其它类型痴呆。AD的分期：1.遗忘期，早期2.混乱期，中期（护理最困难期）3.极度痴呆期，晚期。老年人高血压表现的不同点：以单纯SBP升高多见、血压波动性大、症状少并发症多。老年人心绞痛的发病诱因：劳累，激动，饱餐，受寒或急性循环衰竭。

老年人心肌梗死的临床特征：胸痛不典型、并发症多、其它（老年人AMI病人非Q波性心肌梗死较多，再梗死后心绞痛发生率高，且易发生心肌梗死扩展）。

老年人临终关怀的意义：

1、提高老年临终者生存质量，维护生命尊严

2、安抚家属子女，解决老年人家庭照顾困难

3、节省费用，减少医疗资源的浪费

4、转变观念，真正体现人道主义精神。

**第四篇：老年维权总结**

大荔县法院执行《老年人权益保护法》总结

大荔县地处关中平原东部，是一个有着七十三万人口的人口大县、农业大县，受经济发展滞后的影响，老年问题相对比较突出，涉及老年人的赡养、抚养、收养、继承、财产案件时有发生，对社会的和谐稳定产生了一定的影响。近年来，大荔县人民法院认真贯彻《中华人民共和国老年人权益保护法》，以强化服务为宗旨、司法救助为补充、三调联动为依托、案结事了为目的，紧扣司法为民指导方针，不断加强诉前诉讼调解工作，审结了大批涉老案件。据统计，自2024年以来，我院先后审理涉老案件195件，其中赡养纠纷143件，抚养纠纷17件，涉老继承纠纷18件，解除收养纠纷5件，其它涉老财产纠纷12件，调解结案率达83%。有效保护了老年人的合法权益，维护了家庭的和谐稳定，取得了较好的社会效果。

我们的具体做法是：

一、从细节体现关爱，减轻老年维权“诉累”

针对老年人诉讼能力较弱的特点，我们从细节入手，引导老人正确表达诉求，用合法手段维护自己的权益，有效减轻了老年维权的“诉累”。一是设立“老年维权绿色通道”。在立案大厅落实专人负责接待老年维权立案和信访工作，实 1

行涉老案件“电话立案”、“ 预约立案”、“上门立案”、“接受口诉”等制度，方便老年人维护自己的合法权益。二是完善设施，为老年维权提供便利。在立案大厅和各审判庭安装饮水机、坐椅，准备老花镜等老人用品，设立导诉台为老人到法院维权提供便利。三是积极为老年维权提供法律帮助。工作人员接待时运用通俗易懂的“询问、告知、说明、解惑”等语言，充分做好关于诉讼请求、证据要求、诉讼标的等诉讼准备工作的释明工作。如针对诉请或抗辩中不清楚、矛盾的部分采用询问式，引导老年当事人准确表达其意愿；对于一些相关法律及有关诉讼事务性的问题，则采用告知、说明、解惑的方式加以释明，确保审理的全面性与公正性，降低因老人所处的种种弱势而有可能导致的诉讼风险。四是实行贫困老人诉讼费缓、减、免制度。为了使经济上确有困难的老年人能够依法充分行使诉讼权利，我院对涉老案件中确实生活困难的老年人，以及没有固定生活来源的孤寡老人、农村五保户和确实无力支付案件诉讼费的老年人实行诉讼费的缓交、减交和免交，使那些有合理诉讼请求但无经济能力的老年人也能打得起官司。近三年共为经济困难的老年人减免诉讼费用10万多元。

二、依托联调平台，确保老年维权取得实效

涉老案件多为家庭成员之间的纠纷，表现为赡养、抚养、继承纠纷居多，占到80%以上，审理中既要维护老年人的合法权益，又要尽可能修复家庭关系，避免“案结情断”，为此，我们坚持依托“三调联动”平台，在诉前调解、诉讼调解上狠下功夫，确保老年维权取得实效。一是配强涉老案件审判力量。根据我院实际情况，在诉前调解中心和每个人民法庭都落实一名骨干审判员负责涉老案件的审理工作，将涉及老年维权的法律、法规、政策作为平时业务学习的重点。在案件审理中，突出 “快捷、高效”，做到涉老案件优先审理。二是以“案结事了、修复关系”为目标，加大涉老案件调解工作力度。涉老案件的被告多是老年人的亲属，他们之间虽有矛盾，但都有血缘或者亲情关系，我们把诉前调解和诉讼调解作为化解涉老纠纷的首选方式。在诉前调解和案件审理中，要求案件承办人必须首先做到 “三走访”，即“走访当事人、走访当地基层组织、走访左邻右舍”，充分了解案情，调解时要及时启动“三调联动”机制，邀请当地人民调解员、基层干部及当地有名望的人士，召集老人与诉讼相对方及其他亲属进行“圆桌会谈”，让纠纷双方充分阐述事实和各自的观点、理由，而后从情、理、法等方面入手，耐心做好思想疏通工作，消除对立情绪，营造轻松的氛围，促使双方达成都愿意接受的协议，从而较好的化解纠纷。三是扎实开展涉老案件巡回审判工作。对不便到法庭参加诉讼活动的老人，或有一定代表性的案件，我院坚持巡回审判，把法庭搬到老年当事人床前、家中、村居委会，既方便了老年

人维权，又起到了“审理一案，教育一片”的作用，取得了较好的法律效果和社会效果。如我院审理的冯村镇八旬老人董玉霞赡养纠纷，法庭工作人员发现老人长时间在法庭门外徘徊后，主动向老人了解情况，当得知老人因四个儿子不履行赡养义务而流浪街头时，及时接受了老人的口诉，当即奔赴老人家中了解事情的原委，启动诉前调解机制，先后三次邀请村组干部参与调解，最终使纠纷得到圆满解决，老人得到了妥善安置，受到了当地群众的交口称赞，该案先后被渭南电视台、大荔电视台报道，取得了很好的社会效果。四是强化案件回访，切实保障老年人合法权益。对于已审结的涉老案件，我们坚持案件回访制度，及时了解当事人履行义务的情况，解决未了事宜，防止案了事未了情况的发生，确保涉老案件的社会效果。在督促义务人为老人提供物质生活资料赡养老人的同时，还注重提醒与老年人分开居住的赡养人，要经常看望或者问候老人，多陪老人聊天，真正满足老年人的精神需求。对于在受理案件中发现被赡养人具备低保条件，又未办理低保手续的，审判人员及时与乡、村干部及民政部门协调，解决被执行人的低保问题。如我院诉前调解中心审理的张某诉其子赡养纠纷一案，案件调解终结后，承办法官在回访中发现张某的儿媳王某因为嫌弃张某起诉了丈夫，心存不满，仍然有辱骂张某的行为，承办法官当即采取换位思维的方法对王某进行了批评教育，促使王某认识了

自己的错误，当即向婆婆道歉，有效防止了“案结情断”的发生，促进了家庭的和睦。

三、延伸审判工作，积极参与构建老年维权长效机制 为注重社会效果，我们确立了“跳出审判抓审判，跳出维权抓维权”的工作思路，通过延伸审判工作，变被动为老年人维权为主动为老年人维权。一是积极建立老年维权“诉调对接”机制。在涉老案件的审理中，注重与工会、妇联、老龄、村镇调解组织等单位的联系，注重发挥村居委干部、人民调解员、人民陪审员在处理老年维权案件方面的能动作用，多方借力，提高调解结案率，力争彻底化解矛盾纠纷。二是注重发挥涉老典型案件示范作用。在审判中选择有一定社会影响或审理上有一定难度的典型案件作为突破口，邀请有关人员参加案件旁听，就地开庭调解、审理，突出“审理一案、教育一片”的典型示范效应，由过去的被动维权转变为现在的主动维权。三是加大老年维权法制宣传工作力度。将《继承法》、《老年人权益保护法》等法律法规作为我院参与社会管理、维护老年人权益的重要内容，通过解答法律咨询、送法到基层、讲法制课和媒体法制宣传等多种方式，提高辖区人民群众法律素质，营造有利于维护老年人合法权益的社会环境。

二0一一年五月七日

**第五篇：老年问题总结**

一、内容摘要：

随着社会的进步和人民生活水平的提高，我国人口老龄化问题逐渐突显出来，并日趋严重。而且日益庞大的老年群体越来越受到社会各界的广泛关注，各种各样围绕老年生活的问题也接踵而至。关注老年人是我们90后义不容辞的责任。为此我们做了此次调查。在这项活动中我们主要针对老年人的生活进行了调查，首先各个组员在自己所在的社区进行观察与访问，着重了解老年人的解体活动，如健身、文艺活动等。在2024年初还进行了走进敬老院的活动以及回访，了解老年人在敬老院的生活情况，并且帮助他们做一些力所能及的事情。通过这次活动，大家对老年人的生活有了更直观、更客观的了解，并针对此提出了一些自己的看法。

二、序言

1、目的：此次活动不仅是要较为全面地了解老人的生活状况，更是教育自己，使自己在入境舒适的生活中不忘自己的父母，亲人。尊老，更要爱老，只有爱老，才能真正地从老年人的角度出发，想老年人之所想，忧老年人之所忧，人人都充满关爱，人人都学会照顾身边的老人，让我们的社会更加和谐美好。

2、意图：通过这次的综合实践活动，了解老年人的生活状况，使人们关注老年人的生活，树立“尊老、敬老、爱老”的观念。

3、方法：通过调查表、网上查资料、临街拍照、去敬老院慰问老人、分发宣传资料等多种形式，探究学习结果

4、成果：本次研究过程中，共分发了50份调查表，经回收、分析显示：

1、96%的老人与孙子、儿女或老伴居住，4%的老人独居；

2、老年人对现在生活满意度达86%；

3、老年人的日常休闲多以读书看报、种花草为主，仅有10%的老年人参加老年大学、老年活动中心的活动；

4、老年人最为担心的问题是个人医保问题，希望政府可以有更为明确、有效的措施解决老年人的后顾之忧。

在去过敬老院慰问过老人后，发现大多数老人住在那里是因为子女工作很忙，没有时间照顾老人，但还是会抽空陪老人们聊一聊，转一转，只有极少数子女每月来交一次钱后就走。老人们有活动室，可以打麻将、打扑克，医疗状况还算不错，但是整个敬老院的卫生环境还有待提高，房间内普遍有些阴暗、潮湿，气味不太好。

5、活动意义：

在这次活动中，我们体会到了合作的快乐，真正领悟到了“众人拾柴火焰高”的含义。在分发调查表时，锻炼了我们的口才交际能力；在收集照片时，洗亮了我们发现生活中的细节的眼睛。在活动中，有劳累，有失望、有尴尬，但收获的成果使我们忘记了这些不快乐，心中满是喜悦。同时，在敬老院的所见所闻也给我们留下了深刻的印象，近距离的与每一个老人接触、聊天，谈他们的生活、爱好，听他们讲自己的故事，真正让我们体会到老年人这个社会弱势，群体确实需要人们的关注与了解，这次的活动有了更深一层意义。

三、正文

（一）我们的活动与感想

1、有关敬老院老人生活的问题

我们走访了位于西安是光明巷的福兴敬老院，在那里，大部分老人生活的很舒适；但仍有一部分老人由于身体以及精神方面的原因，生活情况比较混乱。据该敬老院院长反应，有一些老人的子女将老人送到敬老院，交完生活费便不再过问，导致老人心里产生孤独感。所以作为中学生，我们应该多去敬老院做义工，陪老人说说话，聊聊天，让他们不再孤独。而作为这些老人的子女，更应该尽到赡养老人的义务，让他们的晚年不再孤单；

在物质生活方面，大多数老人可以满足温饱需求，当然，一部分老人生活条件还比较优越。但是，还存在一些老年人，由于子女的负担较重，生活还没有得到基本的保障，这还需要社会各界携手，多去探访生活困难的老人，尽可能为他们提供一些物质上的帮助。

2、社区活动

在社区居住的老年人，虽然有丰富多彩的社区活动，但参与的热情并不高。据分析，宣传不到位以及准备的不够充分是其主要原因。但是对于老年人自身来讲，我们也希望他们可以积极的参与这些活动，交更多的朋友，尽享生活的快乐。

3、我们了解到

现在社会上有许多空巢老人，儿女子孙不在家，电视、报纸或者电脑并不能满足他们对于生活快乐的需求。作为老人的孙子、孙女，我们应该和父母一起多回家陪陪老人，让他们尽享天伦之乐。

（二）问题

通过对养老院的走访，对西安市老人进行调查问卷，我们西安地区的老年人生活条件、医疗健康状况、文化娱乐休闲状况等方面有了初步了解。其中有好的方面，但也有些情况不容乐观。

1、医疗健康方面

（1）老年人多数具有较高的生活自理能力。养老服务按功能可分为自理、半护理和全护理。能自理的老人一般日常生活行为完全自理，不需依赖他人护理；半护理的老人一般日常生活行为需依赖拐杖轮椅等辅助设施；全护理的老人一般日常生活行为需完全依赖他人。调查对象的情况显示，大部分老年人能自理和身体健康能照顾家人，有一些需要别人适当帮助的老人，还有少数完全需要别人照顾的老人。

（2）老人身体状况还应改善。调查显示老年人自身健康状况，大部分自我感觉很好，一些较好，一些一般，少数较差。

（3）老年人对目前的老年人医疗保险普遍感到不太满意。认为制度还应改善。

2、居住出行方面

（1）一半老年人家庭具有良好的居住条件和环境，认为居住环境非常舒适，一部分老年人认为居住环境一般也挺舒服，还有一些老年人认为居住环境不太理想。

（2）老年人出行比较方便。由于我市交通运输业的快速发展，老年人出行的安全和便利上也得到了很好的保障。根据调查显示，认为出行方便的老年人占一半，认为一般的老年人占三分之一，剩下老人认为不够方便。

（3）老年人的应急联络方式以儿女孙辈为主。

3、经济收入方面

老年家庭收入基本稳定有保障。老年人的家庭收入中以退休金为主。还有部分来源于子女赡养费、养老保险和其他收入途径、劳动收入、政府救助。大多数老年人感觉自己的经济状况较好。

4、休闲生活方面

（1）老年人文化娱乐生活丰富多彩。良好的老年人社会生活和文化娱乐生活环境，能使老年人生活在宽心舒适的氛围中，老年人的闲暇生活丰富活跃，老年人的精神生活质量提高，真正做到老有所乐。我市老年人目前参加的文化娱乐活动丰富多彩，活动方式较为广泛。老年人选择收看电视、运动健身、与邻居、亲友聊天、棋牌、看书看报。

（2）老年人与亲朋好友来往比较密切。、（3）老年人对周围活动场所的评价总体反应良好。（4）老年人对于现在的生活质量普遍感到满意的。

5、服务需求方面（1）社会服务方式多样化已成为老年人的生活必需。调查结果显示，老年人对各类社会服务方式表现出较大的需求。

（2）老年人对养老现状的满意度不是很高。认为养老水平应提高。

三、老年人的希望

在调查过程中，老年人对进一步促进我市老龄事业发展，完善老年社会保障体系，健全社会养老保障制度，切实维护老年人根本利益，提高老年人生活质量，提出了许多殷切希望和建议，整理归纳如下：

1、老年人养老问题要引起足够重视，对老年人社会各界要多关心、多关注，加大对养老事业的投入和扶持力度。

2、要进一步加大对养老和老年人医疗保健的投入和保障，引进和开设各种类型的养老机构，特别是对需临终关怀、全护理、半护理老人开放的养老机构，培训和提高护理人员的素质，建立相关评估监督机构，提高服务质量，真正使老年人老有所养、老有所靠、老有所托，无后顾之忧。

3、要多建一些普通型和经济型的养老院，解决更多的老年人的养老生活问题。可实行政府财政贴补一些，社会单位赞助一些，养老机构负担一些，多元投资建设普通型养老院。根据老年人的不同经济条件和知识结构，分别建立高等、中等和一般性的老年公寓和养老院，供不同需求层次的老年人安度晚年。

4、要加大资源整合配置力度，每个街道都建立一处有一定规模的老年活动和居家养老中心，集老年学校、康复医疗、健康咨询、运动健身、聊天娱乐、餐饮服务、电脑宽带、心理健康咨询和治疗等多种活动内容为一体的活动场所，使老年人既方便参与又可享受多项服务。社区也要多建设一些体育锻炼运动健身的场所，增加一些适宜老年人活动的运动器材，增加室内老年活动室和娱乐设施。

5、要采取切实有效措施，关注老年人的精神生活，报纸、电视等新闻媒体要增加一些关于老年人精神文化活动的新闻信息，应有丰富老年人精神生活的内容。

6、要进一步提高老年人的退休金，老年公寓的收费能够让退休老人承受得起。

7、社区居委会平时要加强与老人特别是单身老人的联系，经常关心和探望老年人。有关方面要定期对老年人的居住地进行安全检测，如是否煤气漏气、电线老化等，保证老年人家庭的居住安全。经常组织健康讲座和健康咨询。对外地退休来投靠子女的老年人也要多加关心和照顾。

8、要为老年人发挥余热创造条件。现在老年人身体健康，家庭和睦，生活安定。一些60、70多岁的老年人，工作经验和知识积累丰富，具有解决实际问题的能力，要给他们创造一些条件，发挥自己的各项专长余热。

9、要研究制定鼓励中、小学生到社区为老年人开展志愿服务的政策措施。

10、要采取切实有效措施，解决老年人看病难、看病贵的问题。要大力发展街道和社区卫生医疗，方便老人就医。老年人免费体检最好一年一次。体检结果要及时通知老年人，健康有问题的要督促复查，以免贻误治疗时机。

四、建议及对策

1、加强养老保障体系的建立，制定符合我市情况的养老政策。养老问题是老龄问题中最重要的问题，它包括两项基本内容，即养老期间的经济保障和服务保障。关于经济保障，由于我市的老年人口以离退休人员和农民为主，他们经济收入的主要来源是离退休金和子女赡养费。在发放离退休金时，一方面要保证离退休人员按时领到离退休金，另一方面要随着就业人员工资水平以及物价指数的变化，及时调整离退休金的金额，以保证老年人的实际生活水平。与此同时，还要不断完善义乌市的养老保险制度，逐步减轻企业和个人的负担，使我市的养老工作步入良性循环。关于服务保障，目前义乌市的养老方式主要是居家养老，这是我国传统的养老方式。调查发现，无论是老年人还是年轻人都倾向于这种养老方式，但是由于现在的家庭结构、规模正在发生变化，家庭的养老功能已趋于弱化，不能完全满足老年人的各种需求，因此，应该把居家养老和规范化的社区服务相结合，把社区服务引入家庭，以弥补家庭养老的不足。只有做到家庭养老和社区养老的有机结合，才能提高老年人的生活质量。

2、发展老年教育，提高老年人口素质,丰富老年人精神文化生活。将老年教育纳入社会发展整体规划，重视老年教育，采取有力措施，把发展老年教育纳入社会发展的总体规划，制定出本地区老年教育发展的近期规划和远景目标，坚持老年教育事业发展与国民经济和社会发展相适应,建立老年教育投入与经济社会发展水平和老年人口增长挂钩的调节机制。坚持老年教育的公益性, 加大对老年教育的资金投入，实行政府主导与运用市场机制推动社会各方参与相结合的投入机制，推动老年教育快速发展。促进我市的老年大学等老年教育机构的发展，从而为老年人的精神文化生活提供数量更多、质量更高的服务，丰富老年人的精神文化生活，同时也为老年人为我市的精神文明建设发挥余力提供了条件。

3、搞好社区建设，发挥社区的助老服务功能。社区是老年人的主要活动场所和生活空间，随着家庭养老功能的减弱，老年人对社区的依赖性越来越强，对社区服务的需求也越来越多，因此，加强社区建设，充分发挥社区对老年人的服务功能是解决老龄问题的重要途径。在进行社区建设时，首先要加大对社区养老服务业的投入，通过多方位、多渠道筹集资金，加大投资力度。其次，增加社区老年人的服务设施和服务内容，主要包括医疗保健、家政服务、健康娱乐、学习教育、法律咨询等服务项目。第三，要培养一批高素质的社区管理人员和服务人员，提高社区为老年人的服务质量，不仅让老年人享受到有关的照顾资源，还要让老年人享受到高质量的服务。

4、积极鼓励民间资本进入社会养老机构建设，探索发展福利型和营利型养老院之路。目前我市城区的家庭收入水平较高，在有充足的资金保证下，有些老年人希望能进入养老院安度晚年。而我市目前的养老院机构发展不足，其中部分养老院属于非营利性机构，运行上存在困难。考虑到我市老年人的需求及我市的经济社会发展水平，可以鼓励民间资本进入养老院之类的机构建设和发展中，这样可以既然满足了老年人的需求，资本的投入也能获得相应的利益，同时又创造了社会就业岗位。

结论与讨论

在我国社会主义经济体制改革的进程中，随着经济发展和社会进步，从总体上看，老年人的物质生活、精神生活及自身的素质都发生了显著变化，老年人在社会发展中得到了实惠，主要表现在：

1、老年人的经济收入增加

2、老年人家庭生活条件改善

3、老年人口的文化素质有所提高

4、老年文体活动比较丰富

5、老年人对现实生活状况基本满意

但同时老年人的生活状况依旧值得我们注意，我们希望他们在精神生活方面得到更多关注。除了建议老人们参与社会活动或在老年大学进修，我们更认为子女应在老年人的晚年生活中扮演更加重要的角色。因此，我们呼吁：

让我们，所有子女和儿孙，负起我们的责任，关心我们的父母，给他们一个美好的晚年！

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！