

Analysis on Psychological Well-Being of Disabled Elders in the Healthy Aging and Medical Model

—Qualitative Evidence from Beijing Qinan Community

Da Gong¹, Jun Ning²

¹Modern Chinese History, Graduate School of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing

²Business School, The University of Queensland, Brisbane Queensland

Email: 1436878717@qq.com

Received: May 22nd, 2017; accepted: Jun. 5th, 2017; published: Jun. 9th, 2017

Abstract

To research further in the psychological well-being of disabled elders, our team interviewed a few elders who were looked after under the model of home-based care living in the Qinan community in Beijing. A qualitative method of interview analysis was applied to construct a four-stage disabled-delusional theory and the several potential psychological problems under every stage were analyzed. In the end, some proposals were prompted to optimize home-based care model and lull the elders' psychological problems under the instruction of four-stage theory.

Keywords

Healthy Aging and Medical Model, Home-Based Care, Disabled Elders, Psychological Well-Being

居家养老模式下的失能老年人心理健康状况分析

——以北京市汽南社区为例

龚 达¹, 宁 君²

¹中国社会科学院研究生院近代史系, 北京

²昆士兰大学商学院, 昆士兰 布里斯班

Email: 1436878717@qq.com

收稿日期: 2017年5月22日; 录用日期: 2017年6月5日; 发布日期: 2017年6月9日

摘要

为了深入了解老年人在失能阶段的心理健康问题, 笔者参与走访了北京市汽南社区居家养老模式下的十余位老人及其照料者, 通过访谈分析法, 提出了老年人四阶段失能理论, 并分析了每一阶段老年人不同的心理状态和出现的心理健康问题, 并针对居家养老这一医养结合模式, 提出了应对老年人心理健康问题的建议。

关键词

医养结合, 居家养老, 失能老人, 老年心理健康

Copyright © 2017 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

北京市西城区月坛街道汽南社区是 50 年代建成的居民住宅区, 产权单位为原国家第一机械工业部等多个事业单位[1]。和许多单位大院一样, 汽南社区在 20 世纪 90 年代初就进入了老年社区时代。社区现有居民 6000 余人, 其中 65 岁以上居民近 2000 人, 80 岁以上老年人有 390 余人。其中, 空巢和独居的老年居民 400 余人, 单身且空巢老人 86 人。由于传统养老机构存在收费高、服务监督缺失、环境陌生等种种弊端, 为了更好地解决社区养老问题, 基层社区社会组织性质的汽南社区建设协会成立, 并组织开展了以居家医养模式运作的“无围墙敬老院”。

通过建设协会整合护理资源, 并与社区卫生站相互配合, 汽南社区内的居民于 2004 年开始在家庭环境下体验到“医养结合”式养老服务。“无围墙敬老院”的居家医养模式, 与传统养老机构重新构建老人社交关系的模式不同, 它是基于熟人关系与熟悉生活环境来实现养老与医疗目的的模式, 使老人能够在更舒适的环境与人际关系中安享晚年。然而, 居家医养模式依然面临着一些局限性。

随着“居民健康档案”、“家庭医生”等项目的推进, 社区卫生所已经能够针对社区老人很好地进行最基本的医疗服务和护理服务[2], 但是“医养结合”服务内容中的临终关怀、精神慰藉, 即指通过聊天、心理护理等方式帮助老年人消除寂寞、排忧解难、呵护心灵等服务[3], 却因为种种原因, 效果并不显著。

诺伦 - 霍克西玛[4]认为老年人在经历生命晚期的各种生理、心理和社会职能变化过程中, 容易产生复杂的心理问题。这些心理问题不仅会恶化生理疾病, 其本身也会带给老年人巨大的痛苦。其中, 老年人失能后的心理波动尤为明显, 这与老年人的心理健康密切相关。因此, 了解老年人失能对心理健康的影响, 对指导“医养结合”的精神慰藉服务具有重大意义。

2. 老人心理健康与失能

2.1. 老人的心理健康

心理学中, 通常将研究老年心理健康的分支学称为老年心理学。统计表明, 年龄在 65 岁以上, 患心理疾病, 并且其严重程度达到诊断标准, 需要心理治疗的老年人比例在 10%~20%。而年龄在 85 岁以上

的“老”老年人患病的几率更高一些[4]。

老年期的心理疾病一般可归类为认知障碍、焦虑障碍、抑郁症和药物滥用等。其中认知障碍包括痴呆症、谵妄和遗忘性障碍,往往由非精神方面的疾病或物质中毒导致。而焦虑障碍、抑郁症和药物滥用则可被归类于精神障碍。

一次大病,一次手术或一次意外导致的老人失能,容易使老人出现包括谵妄,抑郁症等心理疾病。评估老年人的心理病理状况比较困难,部分原因在于心理问题常伴随着其他疾病[4]。有时是疾病本身所导致,有时则并非由疾病引起,可能是促使疾病发生的原因。例如,抑郁患者不愿意服药治疗疾病。以及疾病引发的失能、疼痛等症状,或丧失亲人而导致患者情绪出现问题等等。其中,因老年人失能而引发的心理疾病往往会被误认为是生理疾病引发的机能大幅度退化,十分容易被忽视,从而耽误治疗。

2.2. 四阶段失能过程

失能是指因年老、疾病、伤残等原因导致各种机体功能出现障碍,从而影响个体生活自理能力的一种情况[3]。目前国际上鉴定老年人的失能程度主要使用基本日常生活活动能力(ADL)和工具性日常生活活动能力(IADL)两个指标进行衡量[5]。基本生活活动能力指标包括吃饭喝水、洗脸梳头、穿衣、控制大小便、上厕所、服药和室内活动(上下床、站立行走)等日常生活必需的功能项目,这些功能状态的完好与否可以影响个体的基本自我照顾能力。工具性日常生活活动能力量表包括洗澡、理发、洗衣、做饭、清扫室内卫生、购物、备药、打电话、理财、购物和请大夫、上医院等独立生存必需的功能项目,这些功能状态的完好与否可以影响个体的生活独立性。

上文对于基本日常生活活动能力与工具性日常生活活动能力的区分,概念边界是个体的独立生活自理能力。但是人的生活除了生存以外,还由工作、学习、娱乐、运动、社交等多种活动组成,随着老年人年龄增长,机体能力退化和疾病困扰,这些不影响独立生存的能力也在不断衰退。这些衰退虽然不会对老人生活自理能力造成太大影响,但是会极大的影响老年人生活的丰富程度和自我效能感。因此,笔者认为,将老年失能期的起点推前至老人身体机能的下降,可以更客观充分的考察老年人失能与心理疾病的关系。

笔者将老年人失能过程划分为:非独立生活自理能力下降、非独立生活自理能力衰退、工具性日常生活活动能力衰退、基本日常生活活动能力衰退等四个阶段。

其中,非独立生活自理能力指的是人所具有的,除满足基本独立生活自理能力以外的能力。包括学习新知识的能力、较强免疫疾病的能力、进行较剧烈运动的能力、广泛参与社交活动的的能力、尝试有损健康的生活方式的能力等等。

非独立生活自理能力下降的主要原因是机体的自然衰老,而疾病的影响属于次要因素。非独立生活自理能力衰退的主要原因是慢性疾病突然发作,而自然衰老继续起作用。非独立生活自理能力受损对于老年人的主要影响可以表现为:饮食规律变得调理,口味变得清淡;无法剧烈运动,如快步行走,广场舞;免疫力明显下降;社会交际随着身体机能的陡降变得很小等等。

非独立生活自理能力衰退阶段向工具性日常生活活动能力衰退阶段的转变主要由年龄增长导致的机能下降以及慢性病困扰等原因促进。

由于此失能过程主要考虑疾病以及身体机能下降引发意外所导致的分段式失能,即默认日常生活活动能力受损之前,非独立生活自理能力不会丧失,因此这个失能过程不能适用于在进入老年期之前就不具备非独立生活自理能力的残障人士。

老年人失能过程见附录图1。

赵晓翀[6]认为,失能通过两种方式影响失能老人的主观幸福感:通过影响社会支持和自我效能感间

接地影响主观幸福感、直接影响主观幸福感。失能程度越深, 主观幸福感水平越低。

3. 资料收集方法与资料基本内容

根据研究目的, 研究者采用质性研究中的访谈分析法, 与非概率抽样法中的理论性抽样, 通过汽南社区建设协会的联络, 来寻找受访者。本研究访问了 10 位无围墙养老院项目的参与者, 即社区内的四位老龄居民, 分别为毛大爷、陈大婶、秦阿姨和田阿姨; 两位建设协会的管理人员, 王会长、何主任; 一位社区内老人的儿媳, 于阿姨; 一位社区内老人的保姆; 一位社区卫生所的护士, 赵护士; 一位建设协会合作的家政公司管理人员, 闫老师。

从居家护理方式划分, 有 3 个家庭的护理方式是与老伴相互照顾, 1 个家庭是老伴中一人照顾另外一人, 1 个家庭是保姆照顾, 1 个家庭是子女照顾。失去基本生活自理能力的老人依靠保姆照料或子女照料; 而有生活自理能力的老人则主要是相互照料, 或者承担起了照顾失去自理能力的老伴的责任。

详细的资料基本内容见附录 表 1。

4. 老人失能过程中的心理健康状态

4.1. 工具性日常生活活动能力衰退阶段的心理健康状态

老年焦虑障碍患者经常抱怨身体问题, 65 岁以上的老年人中 15% 有焦虑障碍, 表现形式多为担心亲人或者自己的健康或安全[4]。

陈大婶 83 岁, 老伴毛大爷 88 岁, 也是这次访谈的对象。老两口年轻时都有过留苏留美的经历, 家庭条件相对充裕, 相互照顾, 生活基本自理。只是两人身体都不太好, 陈大婶患有缺血性心脑血管疾病, 而毛大爷有哮喘, 心梗等毛病。与两人生活在一起的有一个智力障碍的儿子, 另外两个子女生活较充裕。

毛大爷与陈大婶都是原第一机械工业部员工, 身边的邻居, 很多都曾都是他们的同事, 彼此间年龄相仿。随着身边熟悉的人相继去世, 身体状况都不太好的老两口对这些消息表现出关心与焦虑的情绪, 他们的言语中透露出“下一个就是自己”的担心。但是夫妇二人以“保持与社会接触”, “保持心情愉悦”的办法使自己尽量免受自身健康状况与熟人噩耗的打扰。

毛大爷: 我的老同志很多啊, 有很多都走……新走了。像我们这个楼, XX 山、王 XX, 有好几个, 我忘记了都走了。范宏才(音似)走了? 还没走?(王会长: 嗯嗯, 范宏才走了。)

(毛大爷转而半询问半告知的语气向陈大婶说范宏才走了)

陈大婶: 至少咱们两个, 我不是去吊瓶吗! ……

毛大爷: 什么时候走的?

王会长: 在医院(走的), 有七八天了。

毛大爷: 哎呀, 七八天, 哎呀, 有七八天了。

陈大婶: 哎, 七八天! 七八天我知道啊, 他在住院的时候我知道, 现在在医院里。(王会长: 走了, 就在医院走的)怪不得那天(范宏才家里)来打扫卫生的, 我不知道, 我也不好意思老问。

毛大爷: 哎呦, 真是!

王会长: 你们院里工程师吗不是?

陈大婶: 总(工程)师。

毛大爷: 对, 我知道! 他跟我同龄的, 他比我小……小半年。

王会长: 有一个多礼拜了。

毛大爷: 一个多礼拜了, 哦……哎呀, 你……你真是啊! 我知……知道他住院哦, 到医院去了。

陈大婶: 你瞧, 邻居有时候都不太清楚。他那个情况我知道, 也是挺难的。

毛大爷：他主要就是肺……肺啊，肺气肿。

陈大婶：要抽水。反正王主任你也得注意点哦。

毛大爷：你们都注意点。是的。我说的话，当然嘛，有时候心情，心情比较愉快一点，能够跟社会接触。

毛大爷与陈阿姨还有基本生活自理能力，尽管女儿一个星期会多次来探望他们，他们还是计划过请一个全职保姆来承担日常家务。可是现实情况是他们只请了小时工来做家务，除了对全职保姆生活习惯的担心外，家里有一智障儿子使聘请全职保姆变得更困难。

毛大爷：“所以她(陈阿姨的女儿，60岁左右)呢，还要经常来照顾我们，礼拜二、礼拜四、礼拜六，还是到我们这，早上来，下午走，要买一点什么，什么东西啊……都是她来的时候给我们买。另外一方面呢，就是为什么有时候我们家里没有用临时工(注：这里指的是住家保姆)什么的，(陈大婶：小时工)，小时工倒是常用的，来一来，给我们弄一弄，……因为你知不知道啊，我们，家里啊，(陈大婶：没地方住)，还有一个智残的儿子，(笑)，今年也是五十四岁了，所以呢，他的情况呢，是我的心事，我的一个顾虑了，不是他的话，我们两个人，我们就到养老院去了，……，因为他啊，……一个人在家里也不好，那怎么办呢，对不对啊，我们就是因为这个问题等到他六十(退休)以后，再说。……所以我们，到底以后他到底是怎么办，我们准备打算给他送到养老院去，当然啊，这个是个想法啦，到底能不能活，活到他那个时候，我们也难说啦，活一天是一天，所以我们家里情况就是这样，以前呐，为什么不搞，一个家庭服务员(注：住家保姆)呢，因为没有地方住，第一个，因为我们，对吧我们三个人；第二个呢，我实在是也是很烦，你知道吧，你还要安排她那个那个，能动就动；我另一个主要的特点呢，是什么呢，我虽然年纪大了，我只要能动那我就动，我现在还能做饭，我还能够弄。她的话，你不是不知道，身体很虚弱，头晕，什么的，有时候，反正我们就是分工，……就是老人啊，不能懒，那一懒的话的话你就完了，……所以我每天还要吸四次氧，(笑)，每次吸氧我都加强锻炼，整个的锻炼，减轻一点，困难。……所以，每个家都有每个家的情况，一家有一家的，有一本难念经，比方我小儿子，对吧，他在美国当大夫，你知道的，他鞭长莫及啦，他想来照顾，每礼拜来一次电话，问问好。现就是我那个女儿，她比较忙一点，前两天，她的那个婆婆住院，刚刚出院，结果呢，(笑)，每天上午又要陪她(陈大婶)到复兴医院去，去输液。”

对智残的大儿子的担忧加重了毛大爷与陈大婶的焦虑，他们不知道自己身后儿子由谁来照顾，所以拼命的希望自己能活的长一些，尽量通过自我安慰进入一种看似豁达的状态缓解焦虑状态。尽管他们以“能活一天是一天”这样的玩笑减轻自己对彻底失能与死亡的担忧，但是陈大婶对季节变化的悲观情绪则暴露了他们内心焦虑的严重程度。

陈大婶：最近啊。每年的这个三四月份，开春的时候和那个秋天过冬的时候是老年人最容易犯病的时节。这几天我不是天天吊那个吊瓶嘛。那个医院的人咯，真的是(多得)吓死人，插空都插不进去，挨着挨着。都是老的，七老八十的。这个时候呢，最容易死人的时候，就是季节变换的时候。而且就是在三四月份，你像我的话，二月份还挺好的了，一月份也挺好的，突然三月份就不行了，就头头……天旋地转，这是缺血、缺氧。它四肢缺氧就是这样的。我以前人跑到外面去，呼吸新鲜空气比较好。所以我看到这个医院里是这样的，老年人就是(这样)。所以你们三四月份的时候呢别找老年人谈，你知道吧，这是一点哦。因为不是我一个人，好多的都是这样的。现在还有一个问题呢，我跟你们说说，逗乐的事……先抽这个血，看你……还有没有的可能生孩子健康。哎，我听到这个我觉得这个挺好的哦，如果生下来全像我们老二(注：大儿子)怎么行啊，国家都要亡了。(笑)我们现在有八千万的残疾人，等于相当于一个小国家了……

毛大爷与陈大婶由于年岁已高，饱受慢性疾病困扰，处于工具性日常生活活动能力衰退阶段向基本日常生活能力衰退阶段过渡时期。如果不是居住的楼房有电梯，他们的日常生活恐怕难以继。毛陈二位老人在工具性日常生活活动能力衰退阶段表现出了严重的对于自身健康担忧的焦虑，而身边同龄人接二连三的去逝也让他们时刻出于紧张状态。这种焦虑障碍可以认为是80多岁，处于濒临日常生活能力衰退期的老人共性的状态，而他们家的特殊情况——不能生活自理的大儿子，则更加加重了老人的焦虑障

碍。

4.2. 非独立生活自理能力衰退的心理变化

田阿姨今年 71 岁, 06 年查出高血压, 之后陆续查出高血糖和高血脂, 但一直认为自己身体硬朗, 并没有在意, 一直坚持锻炼, 不乏剧烈的广场舞运动。直到 13 年跳舞后急性心肌梗发作, 出院后不再跳舞, 平时的活动变成遛弯买菜以及一些非剧烈娱乐活动。

访问员: “您身体看起来也挺好的, 你看, 您这是第一次发这种大型的病(注: 心肌梗), 以前都很好, 还跳舞。那您的日常生活每天都跳两次舞吗, 早上一次晚上一次?”

田阿姨: “原先我是, 原先是上午跳, 完了下午跳。后来我就是光上午跳, 下午就不跳了……后来我身体不好我就不参加了。哈哈。”

访问员: “那您现在每天都干些啥?”

田阿姨: “现在啊, 就是遛弯。上午跟老头遛弯去, 出去买点菜啊, 买点什么。下午我自己出去, 完了, 也是遛弯, 遛弯完了就回来做饭。哈哈。”

访问员: “生活挺好的, 特别滋润。”

田阿姨: “那你怎么办呀, 那你说, 你有病, 也不能老待着, 老待着也不行, 是不是。”

田阿姨在急性心肌梗发作后, 心脏机能受损, 不能再承受剧烈运动, 尽管非常喜欢跳舞, 但是现在的运动形式只能为散步等较为缓和的运动。急性心肌梗带来的身体机能受损是不可逆转的, 田阿姨不得不终身吃治疗心脏病的药物, 并且随身携带急救药物。

访问员: “那您出门也得小心。”

田阿姨: “反正我口袋里装着药。装着那个, 那个什么, 含着那个, 硝酸甘油。”

访问员: “噢, 现在就吃这个药吗, 还有其他的, 吃的药?”

访问员: “我现在啊, 终生吃, 因为我这里做了两个支架, 终生吃药。阿司匹林, 还有那个泰嘉, 泰嘉这俩, 完了还有一个, 贝特乐克, 这是一个必吃的药。”

访问员: 您每天要吃这么多药。

田阿姨: 恩, 这还不多, 我刚出院哪会, 一天要吃五六种。后来, 两年以后, 完了就把那些药都给减了。

田阿姨在生病前身体很好, 除了可以进行广场舞这样的剧烈运动以外, 免疫力也很好, 感冒后可以很快自愈。但是急性心肌梗以后, 田阿姨的身体对气候变化变得敏感, 比如出门需要戴口罩, 冬天需要特别保暖心脏。

田阿姨: 哈哈……对啊, 我们原先真是没往这上寻思, 也不理会这个, 一般我很少感冒, 那时候感冒流鼻涕, 那我也去跳, 没闲着, 流鼻涕、感冒、打喷嚏, 我就拿着大蒜给它切了, 然后塞里头, 塞完以后, 啪啪打喷嚏, 第二天好了……我现在跳不了, 我跳, 上不来气……

你看那时候外面, 霾特别重, 或者是冬天特别冷, 我出去几乎都是戴口罩, 不戴口罩, 那个凉风一进来, 不行, 上不来气。现在好点了, 天气暖了, 血液循环快了。冬天它冷, 冬天我就都穿个棉背心, 护着心脏, 要受不了了。……现在不听(医嘱)不行啊, 哈哈……

除了身体免疫力下降, 运动能力受限以外, 田阿姨开始调整自己的生活方式, 饮食变得清淡, 那些属于年轻人的不健康的放纵享乐生活方式从此告别了她的生活。

访问员: 您平时饮食都注意些什么吗?

田阿姨: 饮食, 我(现在)注意荤的和素的搭配了吃, 我早上……有的时候, 天天一碗牛奶加麦片。每天都这么喝。有时候吃一个鸡蛋, 有时候不吃鸡蛋, 就吃三个鹌鹑蛋, 我吃一块面包, 或者吃一块花卷, 我要是吃花卷, 就用苦

菊沾点酱。这块只能自己调理。我现在尽量油腻的东西不特别爱吃，像我老头，男的就特爱吃炖肉啊，我对那个不感兴趣，我要是吃，就吃一块瘦的，老头有时候做饭，做菜要是咸了的话，我就泡点水，人家做出来，你不能老挑，一挑人家不高兴。

访问员：都是叔叔做饭啊？

田阿姨：有时候他做，有时候我做……就在我有病以后，以前，大部分活都我干，后来一有这个病，差点死了，他就那啥(干的多了)

田阿姨庆幸自己从急性心脏病中暂时康复，但是慢性疾病给她的生活造成了难以挽回的变化，并且从这时开始，心脏病的阴影将始终伴随于她。田阿姨与老伴尽管有稳定退休金，但是家庭条件并不宽裕，“高兴也是一天，愁也是一天”是她调整心态，试图乐观面对自己生活质量下降的努力。

访问员：我感觉阿姨生活幸福度特别高。那您生活中有什么问题吗？有什么不开心的事情吗？

田阿姨：还行。还可以。

臧小聪：您可以跟我们聊一下，反正我们也就是聊聊天。

田阿姨：我现在就觉得，你高兴也是一天，愁也是一天，你愁，这个问题再大，你也解决不了。所以说你钱多、钱少，咱无所谓，够花就得。人家天天吃那什么，咱就是天天吃这个，够就行。不攀比，钱多少不攀比。穷富咱不攀比。健健康康快乐一天。因为像我们这个岁数，今这么着，明那么着，干嘛呢。

下面一个例子是汽南社区建设协会的何主任，她同样喜欢跳舞，但是在进行了椎管狭窄的腿部手术之后，她经历了一段不能自主行走的困难时期。现在她可以缓步走路，但是再也无法继续自己广场舞的爱好。

访问员：“您今年刚七十出头？”

何主任：是出头，出一大头二，79了，哈哈。……(社区里)跳舞的。太极拳，每天早上有。跳舞的有积极分子，他们还参加比赛。我也练，现在做不了，我刚做完手术……我腿走不了路那几天也急，我老头儿跟我说你够幸福了，我一想也是，一个儿子，一个孙女儿，他们都不用我操心。看病也方便，手术完了(住院)就有护工。出院后回到家，我外甥的媳妇儿每天陪我两个小时出去散步，开始是用四个腿儿的助行器，后来用拐棍。

访问员：“您老伴儿的身体怎么样”

何主任：“他还行，现在就是老伴儿伺候，做饭采购都是他，所以我没有要操心的事儿……有的时候我一着急(病恢复的慢)就血压高，但有的时候一想也没什么可急的，每天就是锻炼……我在那边儿(儿子家)养病的时候，他们给我腾的房(注：因为带电梯)，自己去了回龙观，可是回来，我就老想事儿(建设协会的工作)，回来有趣儿。说实话，我走了之后，(建设协会)没人儿张喽……”

处于非独立生活自理能力衰退阶段的老人，在经历疾病后，会表现为身体机能的直线下降，运动能力只剩下缓慢步行；相应的娱乐活动减少；免疫力下降；生活变得更加单调……但是他们面对生活品质的变化表现出的焦虑感并不如处于工具性日常生活活动能力衰退阶段的老人那样强烈。一方面是因为此阶段老人身体依然较为健康，并且老伴此时的健康状态也不算差，得到的社会支持比较强；另一方面是因为老人依然有独立自理能力，即使生活变得更加“平静”，但是依然有缓和的运动的娱乐活动对原先的剧烈活动起到替代作用。比如，棋牌、布艺、唱歌、遛弯等娱乐活动以及参与建设协会或志愿活动得到的自我实现。

假如没有家庭变故等冲击，这个阶段老人面临的心理问题可以通过替代性娱乐活动和其自身的调节进行缓解。

4.3. 老人基本日常生活活动能力衰退后的心理健康问题

老人基本日常生活活动能力衰退后, 基本丧失生活自理能力, 但他们的意识还很清楚, 可以清晰的感受到来自家人的社会支持并具有强烈的自我效能感。此时老人的强烈自尊与能力尽失会使精神变得非常脆弱与敏感, 以失禁为例。儿童在学会控制肠道和膀胱运动后非常自豪, 不能控制便溺行为会使他们的情绪非常低落[4]。因此, 对于自尊心明显强于儿童的老年人, 失禁现象的出现会极大的打击他们的自我效能高。

孙雯[7]认为, 当老年人经历过排便功能丧失后, 经常有意志消沉、抑郁、孤僻、害怕被发现的心理表现。如不及时防治, 则会使他们精神颓废, 社会适应能力进一步退化。护理人员对老年患者应采取启发、开导、疏通、宣泄等技术, 通过观察、谈话, 引导患者说出自己的痛苦、委屈及内心的不安, 消除心里积郁, 从而达到理想心态。

在这样一个老人精神极度敏感且脆弱的时期, 家人应该给与充分的社会支持, 帮助他调整心理状态并适应这一不幸的, 并且很多人都必须经历的过程。

孔爷爷今年 94 岁, 08 年做过支架手术, 10 年在家摔倒后, 就失去了生活自理能力, 一直由刚刚退休的儿媳于阿姨和儿子照顾。

孔爷爷在刚戴上接尿器后, 表现的十分不适应。

于阿姨: 你像戴这个接尿器, 刚开始不习惯, 后来我们就给他讲解, 说“你戴习惯了, 你舒服, 我们伺候你也舒服, 因为说不是伺候你三天两日, 长时间的伺候, 这样的话, 就是你好我们也好, 双方的都好”。这老人呢, 他明白, 你跟他说了, 刚开始他不适应。你想啊, 勒着这袋, 松啊紧啊的, 他勒不合适了, 他就去挠一挠什么的, 肯定是不舒服, 是不是。但是呢, 他为了他有一个好的生活质量, 我说你戴上这个, 因为他这么大岁数, 他前列腺有问题, 撒尿吧, 你觉得他撒完了, 实际吧, 他还滴滴哒哒、滴滴哒哒。所以, 原来没戴接尿器的时候, 那裤子老是湿的, 就裤子那一块。所以你再给他换得勤, 他也不行, 他还是.....时间长了他就容易引发炎症什么的, 现在呢这个问题就解决了。这个接尿器戴上挺好的, 白天晚上都戴。然后呢, 我爱人就是白天给他下身用热水洗一遍, 然后给他弄上那个爽身粉, 然后晚上热水洗一遍, 一天洗两次。这块这事也就解决了, 这样就让他干躁, 让他减少这个菌。

接尿器相比于导尿管, 引发患者尿路感染的几率更小, 医用接尿器在男性尿失禁病人中明显优于留置导尿管[8]。因此, 于阿姨在考虑到失禁可能带来的感染危害后, 选择为老人配置接尿器并不是偷懒行为。经管我们不知道孔爷爷的心理活动, 但是佩戴接尿器, 除了生理上的不舒适以外, 还可能会让人产生心理上的失落, 因为接尿器是一个明显的, 失禁患者的标志。于阿姨与孔爷爷的沟通使他慢慢接受了自己失能的现实, 并在家人的鼓励下去面对继续的生活。

秦阿姨今年 80 岁出头, 自己患有心脏病, 可以进行日常生活活动。老伴 14 年前患脑血栓, 一直卧床在家, 由秦阿姨照顾。

秦阿姨: (老伴脑血栓)那时候我孙子还不大呢, 也就.....五六岁那时候, 那时候(老伴)他不是病了, 我去医院那去看看嘛, 那天也是人多, 我上医院去了, 我侄子那两口子, 我外甥那两口子, 恩, 两个姑娘的哪两个两口子都在哪呢, 儿子媳妇有都去了三口子, 我是最晚的了, 等我一进门, 哎呦, 就冲着我发火, 我说你干嘛啊, 你怎么那么大火啊, 在哪躺着, 你还那么大火, 这就拿什么东西要摔我, 我说别摔别摔, 我走了, (笑), 这就走了, 回来跟我儿子的车回来的, 我孙子就问我, 奶奶, 我爷爷干嘛一见了你就和你发脾气? 他怎么那么大脾气。就冲我说什么他又, 哦。我想起来了, 我一乐没答复他, 哦, 他说他是不是感觉你是(关系与)他最近的, 那就和你发火, 我说那也可能把, 那跟你爸爸不近, 跟你不近? 他舍不得跟您发火?

访问者: 就跟您一个人发火?

秦阿姨：就跟我一个人发火

秦阿姨老伴在脑血栓之后，失去基本日常生活活动能力，只能卧床，情绪出现很大波动。尽管老人在面对其他亲人时隐忍不发，但如秦阿姨所说，正是因为她是老人最亲近的人所以才会出现这种情况。在老人卧床时，绝望与无助感会使他本能的期望得到最亲近的，最信赖的人的慰藉，因为秦阿姨的迟到，这位刚刚失能的老人把自己的失落，恐惧转变成了愤怒施加到了秦阿姨身上。但是秦阿姨并没有应对以激烈的态度，她选择包容老伴的暴躁行为，在对她的访谈记录中，笔者知道秦阿姨的老伴在失能后脾气一直不好，但是秦阿姨始终报以宽容的态度。这一点对于失能老人的心理慰藉非常重要，因为此种情境下老人的暴躁，一方面是宣泄压抑无助的情绪，另一方面是希望得到来自亲人的更多关注。

4.4. 老人长期失能的表现与心理状态

老人在基本日常生活活动能力衰退后，即刚刚进入完全失能状态时与长期完全失能状态的心理表现有一些区别。

他们可能开始接受彻底失去生活自理能力，沦为被照顾对象的事实。访谈中，那位保姆的比喻，“就还有一口气”是对他们这个阶段老年人较贴切的形容。尽管完全失能的老年人往往会出现意识不清醒或臆语等行为，但他们在精神清醒时，依然能够感受到来自家人的社会支持和清晰的自我效能感，强烈的自尊让他们当然不会喜欢自己被形容为“就差那一口气”，强烈的生存渴望也使他们变得极度敏感，对照顾者产生很大依赖。

自觉活着毫无价值成为家人的拖累和负担心理压力，自我评价偏低容易使老人出现焦躁情绪，心理机制上类似与社会边缘青年的反社会倾向[9]。很低的自我效能感也会导致抑郁症。

于阿姨：在医院的时候(老人)让我给擦洗(身体)，回到家里，(老人)不让我给他擦洗(身体)，觉得是儿媳妇，总是不好意思。我就负责买东西、洗衣服等。尤其是大便控制得不好的时候，拉裤子里了，他自己也不好意思。我说：“别不好意思！拉到裤子里，比拉不出来强。拉不出来您憋着，多难受啊！拉裤子里，咱再洗，洗不干净咱就扔(裤子)、换(裤子)，您别有思想负担。”刚开始他特别不好意思。

张晓先[9]认为，失能老人常年卧床，特别是慢性病的反复会使他们对死亡产生的强烈恐惧，从而很少能坦然面对。情绪紧张，烦躁不安，焦虑和抑郁等消极心理时刻与病痛一起折磨着老人。

保姆：不多不多，他怕上医院，有点病啊，哪里难受啊，就不愿意去。他说“医院里相互交叉感染”，不愿意去。

访问员：对，老人就是这样，我爷爷也是，他排斥上医院。

保姆：对，他就是排斥。牙齿不舒服，我说你上医院，他说不去不去。这两天牙齿肿着呢，过两天就好了。(笑)我估计牙根，假牙弄得，牙根有点发炎。我说你牙齿肿了，他说没事，过两天就好了。我说你多喝点水啊。

同大多数上了年纪的人一样，失能老人的性情也都比较怪癖固执(张晓先, 2015)，生活方式固定刻板，常常以自我为中心，周围环境或固有生活方式一旦改变会使他们产生强烈不安全感。表现为焦虑烦躁，出现不配合护理行为。

访问员：那您老伴呢？他就不能上下了？

秦阿姨：他就不能下来

访问员：全天整天就待在自己家里？

秦阿姨：对

访问员：那他只有看电视娱乐一个项目？那他只能看看电视放松一下？

秦阿姨: 看电视、听收音机, 就那些事呗。想看个报纸, 他拿着, 一赌气就扔一边了。眼睛看不见, 我说咱们……去同仁检查检查去, 去看看去, ……他不, 他配镜子, 配一次不合适扔了, 配一次不合适扔了, 我说你查一查, 我配镜子配不合适, 人家不给我配了, 叫我去检查, 一检查是白内障, 白内障……我两只眼睛我都做了, 到现在那字我都看得可真了, 他不, 他什么都慎重, 就像他花钱, ……我说你干嘛啊, 又不用你花钱, 他说不用, 他说不用我花钱, 公家钱我就死气白咧花呀, ……

老年人视力、听力、理解力的下降, 导致了与人沟通的困难, 同龄的朋友熟人也都基本故去, 即使是与朝夕相伴的照顾者或家人也很难有共同语言[9]。这个阶段, 老人极易感到孤独。

保姆: (老头平时)打打瞌睡看看报纸, 去年定了报纸, 没怎么看, 我说今年就不定了。他说定。我到后来定的时候忘记了, 他也就不看了, 以前每年都定, 是必须的。上午一上午看半天, 下午睡一觉。现在老了, 也看不动了。

访问员: 眼睛耳朵都不太好使了

保姆: 他现在也跟您聊以前的事情啊。就讲过去的事儿, 他脑子乱了就讲, 还谈业务, 在国外什么什么的。现在家里的事儿你问他他也不记得。

访员 B: 老人跟孩子交流也不多。

保姆: 不多, 就来了说, 爸我是谁呀, 他就说谁谁谁。就完了。

于阿姨: 他就喜欢看时事新闻, 关心国家大事。所以呢, 我在微信上看见什么新闻, 就和他说一说, 他就很开心。你和他谈一些明星怎么着了, 他不感兴趣。他就喜欢时政、国家大事、法制类的。

访问员: 像爷爷, 他以前也有圈子吧, 他的朋友们会来家里玩吗?

阿姨: 他的那些圈子大部分都没了。年龄太大了。

访问员: 那您觉得他孤独吗?

于阿姨: 我觉得多少有点。

访问员: 你们陪着会不会好点?

于阿姨: 我们陪着会好点。但是有时候, 我玩我的、我爱人玩我爱人的, 一人一屋, 自己玩自己的, 老人自己在那里看电视, 多少有点孤单。我们玩着玩着忽然想起老人需要喝水了, 就去给他倒杯水, 一会儿吃苹果, 给削个苹果, 弄完了, 我们再跑回去玩我们的。

访问员: 老人是不是更喜欢与同龄人聊天?

于阿姨: 老人的同龄人一个是比较少, 再一个是他岁数大了, 也不大爱说话, 基本上在外面就是和别人点个头, 打个招呼, 以前年轻的时候在外面很喜欢跟人聊天, 岁数大了, 他不爱聊天了。原来, 我寒暑假的时候, 和他在家里, 他会和我说一些年轻时候的事, 现在, 你要不给他提话题, 他不谈, 非得你给他提个话题, 他才跟你说几句。岁数大了吧, 可能不太爱说话了。我有时候觉得我太话唠了, 他该烦了, 也不能老去(和他聊)。

孤独感可能导致谵妄(delirium), 表现为指向障碍、失忆、意识不清[4]。谵妄患者焦躁不安, 易受惊吓, 由睡眠至清醒的周期混乱, 说话语无伦次, 产生错觉或幻觉。当发作期与神志清醒期轮流出现, 且在夜间病情加重时, 那么有可能是谵妄。当患者被限制在单调的环境中, 他们可能出现把机器的噪声听成人说话的声音, 看见墙面颤抖, 或产生幻觉, 感到有人拍他的肩膀等症状。

保姆: “(老头)前两天不吃, 两天不吃不睡, 犯糊涂了。说家里有人, 昨天夜里这么说: 那有个大男人站在那里啊, 你谁呀, 站在那里干什么。间歇性犯糊涂。我说: 男的女的。他不说了, 还说什么人家干不来了在办公室, 跟他谈业务什么的。问我: 坐哪个办公室。”

老人在长期失能后, 会对长期护理他的人产类似于幼儿对母亲的依赖感, 这种关系错位可以重构失能老人与照顾者的关系, 某种程度上, 照顾老人的保姆甚至变得比子女对他而言更重要。

秦阿姨: 换完(床单)了就十一点多了, 他夜里晚上定吃不饱。别人做饭他吃不饱, 这个人, 说他带人缘就带人缘, 说他不带人缘吧又不带人缘。他吃不饱也不吭声。我一看他(晚上)吃的少, 我睡觉晚, 我弄完洗完了我得坐那歇会, ……那时候, 我就看着他那眼睛, 这弄完了他就睡觉了, 那就踏实没事了, 他要不睡觉, 我干什么他都缠着我, 他这必然是饿了, 饿了睡不着。我这多晚都给他蒸两个鸡蛋……

访问员: 他也不想着去什么养老院。

保姆: 不去不去。我叫他去, 我跟她开玩笑, 我说你去养老院我就省事了, 我就回家了。他说, 你回家干嘛呀, 你回家了就来啊; 你要回去就放你几天假你再来啊。我说你去养老院啊, 他说我去干啥啊, 你要跟我去我就去。(访问员和保姆一起笑)我说养老院不要我, 他说那不去不去。

保姆: 我这个人就是心太善了。人急没用, 一点事不到就哭, 三句话不到就哭。

老人需要您您也觉得满足啊……他不说拿你当保姆看。

访问员: 他拿您当陪伴他的人看待。

保姆: 哎, 对! 他上回说, 没了你我可怎么活啊。

访问员: 您和老人就是相互当亲人待了。

保姆: 对对, 都很好。

老人长期失能引起的自卑感和孤独可能会诱发抑郁症, 衰竭综合症, 丧失兴趣和活力、绝望、无助、精神运动迟缓。在社区居住的老年人中, 仅有 1%~3% 的老年人被诊断为重性抑郁症, 而在接受长期护理的老年人中这一概率为 12%~20% [4]。由于过分依赖护理造成的安全感缺失和对死亡的恐惧, 失能老人可能会变现出焦躁、孤僻、谵妄以及错位关系等表现。固执等老龄群体常见的变现是失能老能人的日常表现之一。

来自亲人的呵护对于这个阶段的老年人格外重要, 因为他们几乎丧失了“亲情议价”的能力, 全部善意的关怀都来自照料者的主观意愿。我们应以包容性的态度来看待失能老人的种种“乖戾”行为, 不要把这认为是“老糊涂”或是“老顽固”的表现, 这些行为是失能老人的心理宣泄方式, 也是为数不多的内心表达方式。耐心可以帮助照料者读懂老人的心理, 给予他们珍贵的精神慰藉, 同时自己也会收获宝贵的情感回馈。

4.5. 小结

老年人的失能过程分为非独立生活自理能力下降、非独立生活自理能力衰退、工具性日常生活活动能力衰退、基本日常生活活动能力衰退等四个阶段。其中非独立生活自理能力衰退阶段, 老人出现的失落感与焦虑感不是很强烈, 依靠自身的心理调节就可以缓解。而工具性日常生活活动能力衰退阶段以及基本日常生活活动能力衰退阶段的老年人主要表现为焦虑障碍。生活能力与健康状况的每况愈下, 同龄人的逝去, 使得老年人的自我心理调节作用有限, 此时来自家人和社区的关怀变得格外重要。而在老人完全失能, 卧床在家之后, 亲人的耐心与呵护则成了老年心理至关重要的缓解剂。

5. 居家养老模式下, 老年精神照顾存在的问题与解决对策

目前, 我国城市失能老人的长期照护服务主要侧重于日常生活照料与医疗康复方面, 而在精神慰藉服务方面, 政府, 社区与非营利性志愿组织能够提供的帮助都不多。

王慧(2012)认为我国城市失能老人的长期照护服务也应该秉承福利多元主义理念[3], 由目前单纯由家庭成员提供的照护服务转移为政府、家庭、社区和非营利性养老机构等多方共同提供, 才能更好地满足城市失能老人日益增长的长期照护服务需求。

笔者依据前文提出的老年人失能过程理论以及质性分析结果, 从政府、社区以及家庭三个角度对居家养老服务, 及老年人精神慰藉服务的完善提出改进建议。

5.1. 政府

5.1.1. 扶持志愿服务组织的专业化转型

目前在汽南社区内, 为老年人提供心灵慰藉服务的志愿团体有“十方缘”等志愿组织, 但是存在种种困难。一方面, 志愿组织的志愿者们目的不一, 流动性较大, 影响了服务质量。另一方面, 志愿者团队的专业素养较差, 缺少与弥留老人打交道的心理准备, 也不具备与失能老人沟通的能力。

针对这种情况, 政府部门应该出台普惠政策, 扶持参与老年人照料的志愿组织, 并且在市场中, 为志愿组织配置老年人生理、心理照料的培训资源。

5.1.2. 为老年人提供针对性福利保障

赵晓翀(2012)认为, 失能老人的自我效能感越高, 则他们的主观幸福感越高[6]。总体来说, 失能老人的社会支持主要来自家人支持。收入来源为自己的退休金的失能老人, 不需要家庭承担物质上照顾他们的压力, 在家人和其他人那里获得的支持最高。

此次访谈中, 汽南社区所有老年人都不需要子女支付养老费用, 这与汽南社区是事业单位家属区, 居民多有稳定养老保障不无关系。但是在全国范围内的老年人养护问题上, 政府应该在普适性的医保政策之上, 针对不同收入, 不同生活自理能力的老年人, 配置福利补助, 使他们能得到“医养结合”的全面照顾。

5.1.3. 规范医院护工团队

访谈中, 多名受访者提出在医院时面对的种种困难, 其中住院时, 护工的不专业与缺乏敬业精神令他们感到失望。现在医院的护工基本都不具备任何专业的医疗护理知识和心理慰藉知识, 也没有明确的法律规范他们的行为和义务。

老年病人在住院阶段, 生理与心理健康都属于极度需要专业护理的时期, 专业的护工团队和明确的责任体系能够确保老人在住院期间, 身体得到康复, 减少患抑郁症、谵妄等精神疾病的几率。

5.1.4. 加强社区医院对心理疾病的诊断照料能力

“医养结合”的服务内容包括医疗服务、护理服务、精神慰藉以及临终关怀。其中医疗服务与护理服务主要针对生理疾病, 而精神慰藉与临终关怀则关照老人的心理疾病。目前, 社区卫生所在精神慰藉以及临终关怀方面能够提供的服务很少, 健康档案也主要关注居民的生理健康问题。一方面, 是因为社区卫生所的医生和护士缺少心理疾病的诊断能力, 比如, 在此次访谈中, 一位护士就将“有时候给老太太输液, 去了她就啐你”的表现解释为糊涂与“不明白”。其实这是在幽闭环境下典型的谵妄症状, 是心理疾病的一种, 卫生所应该及时干涉并将老人送医。另一方面, 是社区卫生所的资源有限, 光是关照居民的生理健康问题就已经超负荷运转, 卫生所赵护士在访谈中的无奈就是“也想关注心理问题, 但是力不从心”。

所以政府应该针对上述两方面问题, 加强卫生站医生与护士在老年心理健康方面的诊断和照护能力, 并强化社区卫生站资源配置, 进一步完善居民健康档案。

5.1.5. 老旧社区改造 安装电梯与出行辅助设施

大量老旧社区都不配备电梯, 极大的影响了老年人与社会接触的机会, 也弱化了他们的自我效能感。老旧社区加装电梯和出行辅助设施, 可以使很多半失能老人的活动范围从家里, 重新扩大到社区或者社区外围, 对他们的生理和心理疾病的恢复都有很大帮助。

5.2. 社区

考虑到完全失能老人的活动范围长期局限在自己家中，社区除了适当的慰问以外，可以直接发挥的影响有限。而对未丧失生活自理的老人的心理健康照护，社区则有很多施展空间。

所以，对于完全失能老人，社区发挥间接影响；对于生活自理老人，社区发挥直接影响。

5.2.1. 积极整合为老服务资源，推行保姆照顾老人模式

汽南社区的“无围墙养老院”模式中，子女参与护理老人的家庭比较少，基本都是聘请保姆照料或是老伴间相互照顾，对于高龄失能老人，基本都是保姆照顾。主要原因是老人的子女工作繁忙，并且老人不愿子女牺牲自己的生活来照料自己。而在子女退休后，她们又将承担起照顾孙辈的工作，并且自身也成为老年群体。现实情况是，子女不与父母同住的家庭，最频繁的探望情况也只是一星期一次。

儿女为老人营造的亲情环境可以很大程度消除老人在失能过程中产生的不安全感和孤独感，并且不论老人或者儿女普遍的认识是“能找个一般的保姆就不错了，贴心甬想，认真负责的就算是敬业的了”，但是考虑到老龄化社区的客观事实，保姆养老成为了不得已的选择。

但是汽南社区的情况有所不同，它推行的居家养老模式，核心主体是建设协会，起到了连接居民与社会资源的作用。建设协会作为居民的后盾，增强了居民，尤其是老年居民面对市场服务时的议价能力。

以汽南社区内的家政公司为例，该家政公司的办公室就设在建设协会内部，受到社区时时监督；其次，由于家政公司长时间的入驻社区，尽管行政关系上仍然隶属于逐利本性的母公司，但是它已经内化成为了社区机能的一部分，其管理人员闫老师不仅受监督与建设协会，还积极参与建设协会的活动，尽管定价依然遵循市场规律，但服务已经具有事业单位性质。

因此，汽南社区内家政提供的服务既受到家政管理人员的监督，也受到建设协会监督，还受到老人家属监督，从而保障保姆照顾老人的质量，社区也间接提升了完全失能老人的生活质量。

5.2.2. 加强健康宣传，提高健康老人和慢病老人的疾病防控意识

采访中，胡阿姨出现心肌梗社症状到就医，拖延超过了 24 个小时，尽管胡阿姨幸运的出院，但是她的生活品质还是受到了极大影响。社区应该与卫生所加强健康宣传力度，增强健康老年人和慢病老年人的疾病防控意识，使老年人延缓失能进程，防患未然。

5.2.3. 加强老人对于失能过程的心理建设

老年人失能是随着年龄的增长、各种的疾病出现，而导致的各种不同生理机能退化的自然过程。社区应该联合卫生所，宣传老年心理健康知识，使他们学会以良好的心态面对不同失能阶段可能会出现的不同心理疾病，减少失能给老年人带来的心灵痛苦。

5.2.4. 组织老年人学习使用网络等新技能

胡阿姨在访谈中提到，许多三甲医院现在都只接受网上挂号，不会操作网络导致就诊十分不方便，只能让孩子帮忙挂号。而年龄绝不是基本网络操作技能的障碍，于阿姨就经常使用 IPAD 浏览新闻，与女儿视频聊天，在网上查询药物副作用。

因此社区应该发挥自己的优势，组织老人学习使用网络，这样至少可以实现网上挂号，方便看病；在网上了解自己的病情与服用药物，从而减少医患信息不对称带来的心理焦虑。

5.3. 家庭

尽管在“无围墙养老院”中，社区建设协会的资源整合功能发挥了巨大作用，但是对于老年人心理健康而言，不论社会组织还是社区诊所都有着自己的关怀边界。建设协会与社区内的志愿者主要负责解

决居民面对的困难和紧急情况, 而社区诊所所能提供的更多是生理健康方面的照料。

年龄不只是生理过程, 是生理、心理和社会活动相互作用的综合过程[4]。随着年龄增长, 大脑和身体的其他部位会发生变化, 但是由于人们的个性和所处的社会环境不同, 这些变化对老年人的日常行为的影响有着巨大的差异。某些老年人在失去年轻时的力量和耐力时变得不爱活动, 有些人则参与健身活动, 帮助自己保持年轻时的健康状态。有些问题, 比如记忆力衰退或焦虑情绪, 可能本质上并非生理上的老化, 而是各种疾病所致。如果家庭成员经常对患者生气或者不予关心, 那么他的意识混乱和记忆力差的状况会因压力而进一步恶化, 从而导致更严重的认知障碍。

失能老人的社会支持主要来自家人支持, 家庭成员多花时间陪伴老人, 对老人报以耐心, 可以有效缓解老人在失能过程中出现的种种心理问题。

参考文献 (References)

- [1] 宋煜. 社会学视角下社区治理与社区养老服务的实践——以北京市汽南社区社会组织的实践为例[J]. 经济研究参考, 2014(57), 80-84.
- [2] 米红, 杨明旭. “医养结合”内涵界定需要明确六个问题[J]. 中国社会报, 2015: 2.
- [3] 王慧, 孙建娥. 城市失能老人长期照护服务问题研究——以长沙市为例[J]. 湖南师范大学社会科学学报, 2013, 42(6): 69-75.
- [4] 诺伦·霍克西玛. 变态心理学与心理治疗[M]. 北京: 世界图书出版公司, 2007.
- [5] 王梅, 夏传玲. 北京中青年家庭养老现状分析[J]. 人口研究, 1994(4): 43-45.
- [6] 赵晓翀. 失能老人的主观幸福感与心理护理对策[D]: [硕士学位论文]. 宁波: 宁波大学, 2012.
- [7] 孙雯, 岑琼, 王剑华. 老年人大便失禁护理的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2007, 26(5): 228-230.
- [8] 甘英. 医用接尿器与导尿管在男性尿失禁病人中的应用比较[J]. 中外健康文摘, 2014(17): 22-23.
- [9] 张晓先. 失能老人心理特征与情感需求分析及护理体会[J]. 基层医学论坛, 2015(S1): 121-122.

附录

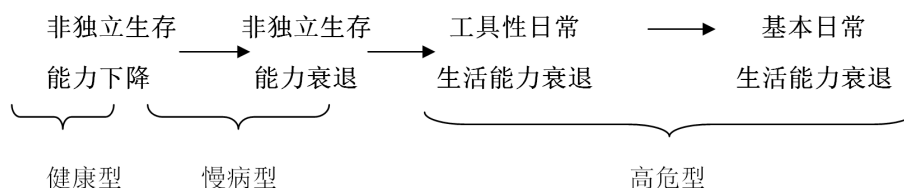


图 1. 老人失能过程

表 1. 受访人员及受照顾人员情况表

姓名	性别	年龄	婚姻状况	健康状况	退休前职位	与受照顾者关系	受照顾者年纪	受照顾者婚姻状况	受照顾者与子女是否同住	受照顾者子女收入	受照顾者健康状况	受照顾者收入(月)	受照顾者退休前职位
田阿姨	女	71	配偶健在	06年开始高血压；13年心肌梗	油泵油纸厂工人	与老伴相互照顾	与田阿姨相仿	配偶健在	只有一个儿子，同住	2200	糖尿病；高血压	3千多	\
于阿姨	女	60出头	配偶健在	良好	大学行政人员	翁媳	94	二三十年前丧偶	与小儿子儿媳同住；其他子女均70岁左右	充裕	08年支架；10年丧失基本生活自理能力；便秘	1万左右	高干
保姆	女	62	\	\	\	保姆与雇主	94	多年前丧偶	只有保姆陪同；子女均70岁左右	充裕	糖尿病；丧失部分基本生活自理能力	10,000多	高干
毛大爷	男	88	配偶健在	哮喘；心肌梗；脑梗；糖尿病	第一机械部干部	与老伴相互照顾	83	配偶健在	大儿子智障同住；女儿有婆婆需要照顾；小儿子在国外	充裕	缺血性心脑血管疾病	充裕	高干
陈大婶	女	83	配偶健在	缺血性心脑血管疾病	第一机械部职工	与老伴相互照顾	88	配偶健在	同上	同上	哮喘；心肌梗；脑梗；糖尿病	充裕	高干
何主任	女	79	配偶健在	腿脚不便；	原汽南居委会主任	与老伴相互照顾	与何主任年纪相仿	配偶健在	不同住；探望频率约一周一次	充裕	健康	充裕	\
秦阿姨	女	80多	配偶健在	心脏病	职工	照顾老伴	与秦阿姨年纪相仿	配偶健在	不同住；子女经常探望	充裕	脑血栓卧床在家14年	10,000多	高干

期刊投稿者将享受如下服务：

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击：<http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱：ar@hanspub.org