老年住院病患護理需要之初探
THE INVESTIGATION OF NURSING NEEDS FOR GERONTOLOGICAL PATIENTS

徐南麗/台北榮總護理副主任
國立陽明大學兼任副教授
馮容莊/台北榮總護理督導
國立陽明大學兼任講師
余雪賓/國科會研究助理
林庭蕙/國科會研究助理

摘要

本研究係國科會補助三年研究計畫之第一年報告，目的在依護理分類、病人情況，瞭解老年住院病患的護理需求。研究目的: (1)瞭解急性醫療病房老年住院病患入院時的基本特質，含生理、心理、社會行為及自我照顧能力等;(2)依住院老年病患情況及護理需求分類，以做為未來單位護理人力分配考量;(3)衡量老年病患住院期間，護理需要改變情形，以做為未來建立出院指標參考。研究調查對象是以某醫學中心泌尿外科、神經內科及腫瘤科三個病房271位65歲以上的老年住院病人。研究時間自83年2月1日起至84年7月31日止。研究工具採用「老年護理病歷」及「老年護理每日評估表」。信度採評分員信度，效度則採用專家效度。研究結果顯示:(1)各專科老年住院病人在生理、心理、社會行為及自我照顧上有個別差異。(2)依「老年護理每日評估表」中二十一項指標分成四類:第一類為可自我照顧、第二類為小部分需要協助、第三類為大部分需要協助、第四類為完全需要協助。(3)由「老年護理每日評估表」各分項(如排便型態、動靜脈注射周圍皮膚、活動及睡眠)求出入院差平均值，以瞭解住院期之護理需求改變。研究結果可提供老年住院病人分類、出院指標建立及轉介之參考。

關鍵詞:護理需要，老年護理。

前言

世界人口的結構已漸趨老化，以美國為例，65歲以上的老年人口，由1910年的4.3提升到1990年的12.3%，預計2030年將會增至18.6%;而台灣人口的老化亦不例外，自1893年4.6%，1995年7，預估2020年則可能達到18%(黃孝鏘，民80)，根據聯合國之標準來看，民國84年因台灣老年人口已達7%而被視為「老年國家」(王曼溪，民 80)。老年病人除了生理機能退化外，有更多老人伴隨著二至三種疾病，導致生活問題的增加，家庭角色的改變，心理的調適問題，社會地位的變遷及經濟問題等。急症醫院、慢性療養院所、居家照顧機構均為老年病人重要的健康照顧機構，而現代護理即須面對日趨增加的老年病患，以提供老年病患高水準、適時適切的身心照顧。

研究目的

本研究目的為：

(一)瞭解急性醫療病房老年住院病患入院時的基本特質，含生理、心理、社會狀況及自我照顧能力等方面。
(二)依住院老年病患情況及護理需要加以分類。
(三)衡量老年病患住院期間，護理需要的改變情形，以做為未來建立出院指標之參考。

文獻探討

老化是所有生物有機體之自然、連續的過程，沒有明確的起始點，隨著生理年齡 (Biological Age)的增長，人體各種器官也將逐漸衰退，心智能力隨之改變或喪失。一般而言，人類的生理功能隨著年歲(Chronological Age)的增加，有逐漸的衰退現象，但年齡並非可靠的老年行為指標，確有個別差異(National Institute of Health, 1984)。

有關老化生理方面的理論很多，如老化的游離基理論(Free Radical Theory)提出老化主要為細胞加速破壞而無新生細胞之形成。Minot(l907)的耗損理論(Wear & Tear Theory)提出身體各組織、系統及功能逐漸失去細胞，而由纖維及脂肪代替，使得生理功能難以維持恆定。且對抵抗感染、損傷及壓力的能力減弱。Metchu，Koff則相信老化是細胞破壞產生之代謝素所引起。Cross linkage理論(Byorkster)則認為老化為蛋白質形成，細胞交互連結過程中缺少酶，導致細胞死亡(Weber,1983)。

綜合觀之:老化使得生理恆定功能損壞，而引起全身性的生理、器官及系統上的改變。較明顯的老化特徵如肺功能降低，血壓增高，生化檢驗值改變，視力、聽力衰退、活動及行為表現改變。器官的退化導致慢性病接踵而至。根據美國National Center for Health Statistics(1986)的統計:65-69歲的老人平均有四種慢性病，75歲以上的老人增至五種慢性病，且有些急性病如Alzheimer's Disease與骨性關節炎是與老化有關的疾病，這些功能性的損傷及慢性疾病在 75歲以上急遽增加(Palmer,1990)。老化造成老年人功能的依賴，依研究顯示65歲老人日常生活需照顧者佔5%，而至85歲或更老，則增至33%(Kover et al，1989)。老年人生理的改變在平時難於察覺到，但一臨到疾病纏身或服用藥物，這些老化的差異就易突顯出來，而引起疾病過程改變，使疾病的復原率減低，對藥物之耐受性降低(蘇晉暉，民80)。

老年人身體的老化，同時帶來心理情緒反應如孤獨、寂寞、焦慮不安、哀傷、抑鬱、歉疚、沮喪等。加上社會的壓力如退休、親友的死亡、經濟能力的喪失、角色的轉變等失落，使得老年人自尊喪失。若再加上對未來的恐懼，則更易造成老年人的調適困難(陳清惠，民79)。

老年人的照顧，除身體和心理層面外，主要照顧者及家庭亦佔重要地位。Lach & Renna，1991)對照顧老年病人的護理人員所做的調查報告顯示:處理家屬的問題是照顧老年病人中碰到最多的問題。Philips (1989)亦提到美國老年人的長期照顧通常是由主要照顧者提供的。我國對老人的照顧亦受中國文化「養兒防老」觀念的影響，由子女負起照顧老年人的責任。隨時代的變遷，雖然家庭型態逐漸轉變為折衷家庭

與核心家庭，但研究顯示:老年人仍然以與子女同住者居多(行政院主計處)，對家屬的指導與居家護理的教導亦為老年護理發展中不可缺少之項目。

老化帶來的問題除老年人的生理及心理問題外，亦引起生活起居、家庭、社會、經濟等全面性的問題，一旦生病時就使得問題更加複雜。老年問題日益複雜，導致住院天數的延長，護理照顧人力需求的增加，花費較多的醫療資源，對醫療機構及社會所產生的影響頗大。因此，近年來大力推展老年醫學，目的在加強老年醫療服務。

病患護理需要的評估(Assessment)是護理過程中的第一個步驟，也是從事老年護理照顧工作中最重要的一環(Kain，Reilly & Schultz，1990)。隨著人口的逐漸老化，使得在醫療系統中照護老年病患的比率也逐漸增加。在醫療照顧過程中，老年病患即需要以完整的護理評估系統來發掘其獨特性需要與問題所在，始能提供適當的醫療照護措施。

藉著廣泛性老年評估(Comprehensive geriatric assessment)過程，可使得醫護人員能有效地確認老年病患的疾病診斷，並發掘已存在不明的或潛在性之功能性障礙(Kain,Reilly & Schultz,1990)。Sumner(1991)指出，一般醫生(General physician)並不是執行老年評估的最佳人選，而社區護士與臨床護士才真正能確實地評估老年病患在生理、心理、社會等方面的需求與問題。同時，Sumner(1991)也指出老年護理的目標是:(1)評估老年病患尚未滿足之健康需求;(2)促進及維護老年病患之生活品質;(3)協助老年病患儘可能維持其獨立性功能。

研究方法

l.研究對象及時間

民國83年2-4月，於某醫學中心之泌尿外科、神經內科及腫瘤科病房，選擇年齡在 65歲以上的老年病患為本研究計畫的樣本母羣體。以隨機抽樣方式，抽選271位老年病患為研究對象。瞭解分析老年病患之自我照顧能力。研究對象有下列情形，如: (1)自願出院病人;(2)病情加重、轉重症單位;(3)非全程住本病房，或由重症單位轉入者;(4)病患入院後拒絕治療;(5)因死亡而終止住院的個案;不列入分析個案。為進一步分析出入院病情進展，再由三個病房隨機各取30名，計90份資料，進一步分析老年病患住院期間的護理需要與住院需要之變化。

2.研究工具

研究工具包含「老年護理病歷」及「老年護理每日評估表」及亂數抽選表。「老年護理病歷」是採用民81年徐南麗等人由慶齡研究專案發展之老年病患入院護理病歷，以記錄老年病患入院的基本資料;「老年護理每日評估表」是採用民82年徐南麗等人慶齡研究專案發展之老年病患每日護理評估表，作為老年病患住院期間每日各項護理需要之記錄表。老年護理病歷和老年護理每日評估表由病房護理人員記錄，在收案之前，由研究人員到病房向護理長及護理人員說明填寫老年護理每日評估表和老年護理病歷的方法，由護理長查核其正確性。觀察員確定填寫正確無誤後做資料的編碼及整理分析。本研究之信度採評分員信度，求取觀察員與計畫主持人、觀

察員與觀察員間的記錄與訪談結果之一致性「Inter-rater reliability」達 90%以上;效度採專家效度。

3.資料整理與統計

研究資料輸入電腦，以d-BASE方式貯存，統計使用頻率、百分比、平均數及標準差。

研究結果

一、老年住院病患入院的基本特質

依「老年護理病歷」老年病患入院時的個人基本特質，包括生理、心理、社會需求、社會支持系統及自我照顧能力等資料整理，得到:

(一)基本資料:老年住院病人的宗教信仰以無信仰48%和佛教36.5%居多;教育程度以大專20.7%居多;語言能力正常者佔82.3%;意識清醒者佔85.6%;平均住院天數泌尿科10.6天，腫瘤科13.5天，神經內科23.8天。

(二)生理功能:老年住院病人的口腔黏膜完整者佔95.2%;半數以上有缺牙、假牙、蛀牙;63.9%有老花眼，有30.4%的老人有頻尿情形;29.6%老人步態遲緩。

(三)心理狀況:老年住院病人81.9%情緒正常;93.4%無異常行為;對人、時、地的定向感為89.7%、86%、85.6%以上都正常;59.4%瞭解入院理由。

(四)社會行為:老年住院病人已婚佔77.9%;老人與配偶、子女同住者居多，各佔21.9%、19.7%;生活費用45%來自政府補助，20.7%自給，17%是由子女供養;醫療費用95.9%是來自於保險;不抽煙不喝酒居多;出院後老人54.9%由配偶及子女照顧。

(五)自我照顧能力:老年住院病人的自我照顧能力依據McRae分類量表分成四類，第一類可自我照顧，第二類小部分需要協助，第三類大部分需要協助，第四類完全需要協助。自我照顧項目包含自行進食、梳洗、穿衣、沐浴、如廁、床上活動、準備膳食、購物、處理家務、帳務、服藥、運用資訊、運輸工具。老年住院病人有66.4%可自行進食，65.3%可自行梳洗，638%可自行穿衣，62.7%可自行沐浴，66.1%可自行如廁，60.1%可購物。60.9%可自行處理家務。其餘詳見表一，二、老年住院情況之護理需要分類;見表一。

表一　自我照顧能力　　N=271

個案變數	類　別	人　數	百分比
進　食	第一類	180	66.4
	第二類	40	14.8
	第三類	17	6.3
	第四類	34	12.5
梳　洗	第一類	177	65.3
	第二類	39	14.4
	第三類	16	5.9
	第四類	39	14.4
穿　衣	第一類	173	63.8
	第二類	40	14.7
	第三類	22	8.1
	第四類	36	13.3
沐　浴	第一類	170	62.7
	第二類	39	14.4
	第三類	22	8.1
	第四類	40	14.8
如　廁	第一類	179	66.1
	第二類	34	12.5
	第三類	21	7.7
	第四類	37	13.7
床上活動	第一類	186	68.6
	第二類	35	11.8
	第三類	17	6.3
	第四類	33	12.2
準備膳食	第一類	165	60.9
	第二類	44	16.2
	第三類	15	5.5
	第四類	47	17.3
購　物	第一類	163	60.1
	第二類	43	15.9
	第三類	16	5.9
	第四類	49	18.1
處理家務	第一類	165	60.9
	第二類	42	15.5
	第三類	15	5.5
	第四類	49	18.1
帳　務	第一類	171	63.1
	第二類	39	14.4
	第三類	12	4.4
	第四類	49	18.1

二、老年住院情況之護理需要分類(見表二)

以「老年護理每日評估表」所記錄各項病程程度，依基本護理及內外科護理需

要分類，給予不同的護理點數。每一護理需要指標項目分成四類，如「皮膚狀況」方面，正常者屬第一類，皮膚出現蒼白、乾皺、脫屑、疹子、搔癢、冰冷、發紅、發熱、疼痛、黃疸屬第二類，有瘀瘢、水腫、水疱、破皮、腫塊屬第三類，有傷口、厭瘡、潰爛、壞疽屬第四類;「排便型態」方面，老年病患排便質色正常者之護理需要為第一類，排便異常、有脹氣、便秘或腹瀉者之護理需要為第二類，排便須用藥或灌腸者為第三類，失禁或腸造口者為第四類。由護理需要分類表資料顯示，泌尿外科、神經內科及腫瘤科老年住院病患之護理需要(見表三)，在意識、呼吸、排便、睡眠、皮膚、飲食等方面多屬正常為第一類護理需要;但在自我照顧方面。如穿脫、如廁、活動、沐浴、進食、梳洗等方面，需要小部分協助，故屬第二類護理需要;而在家屬所須協助的照顧方面，則為第三類的護理需要。

表二　護理需要分類

項　　目	分　　類
意　　識	1. 清醒 2. 嗜睡 3. 木僵、混亂、呆滯、失去定向感 4. 昏迷
呼　　吸	1. 正常 2. 慢、費力、淺快、深快 3. 氧療、呼吸運動 4. 插管、輔助器
排 尿 型 態	1. 色量正常 2. 色量異常、頻尿、滲尿、解不淨感 3. 灼熱感、疼痛、血尿 4. 失禁、尿潴留、存留導尿、膀胱造瘻、人工瘻管、尿套
排 便 型 態	1. 質色正常 2. 質色異常、脹氣、便祕、腹瀉 3. 用藥、灌腸 4. 失禁、腸造口
皮 膚 狀 況	1. 正常 2. 蒼白、乾皺、脫屑、疹子、搔癢、冰冷、發紅、發熱、疼痛、黃疸 3. 瘀瘢、水腫、水疱、破皮、腫塊 4. 傷口、壓瘡、潰爛、壞疽
導 管 種 類	1. 鼻胃管 2. 導尿管 3. 傷口引流管 4. 氣管內插管、氣切管、胸管
睡　　眠	1. 正常 2. 不易入睡、易驚醒、易做夢、早醒、日夜顛倒、瞌睡 3. 需用安眠藥 4. 昏迷
實際穿脫能力	1. 可自行穿脫衣物 2. 小部分需要協助 3. 大部分需要協助 4. 完全需要協助

表三　老年住院病人護理需要之分類

N=90

項　　目	有效樣本	住院平均類別	說　　明
動靜脈注射皮膚狀況	88	1.38	正常
活動	90	2.01	可能有跌倒傾向或需要輔助器及限制活動
意識	90	1.31	正常，清醒
疼痛類型	90	1.52	程度屬第一級疼痛
實際穿脫能力	90	2.08	小部分需要協助
實際如廁能力	90	2.07	小部分需要協助
食慾	90	1.75	食慾不振，有不正常情形
精神情緒	90	1.34	正常
實際活動能力	90	2.07	小部分需要協助
實際沐浴能力	90	2.14	小部分需要協助
排便型態	85	1.53	質色異常，可能有脹氣、便秘、腹瀉
期望如廁能力	77	1.22	正常
實際進食能力	90	2.03	小部分需要協助
睡眠	88	1.58	可能不易入睡、易驚醒、做夢、早醒、日夜顛倒或容易打瞌睡
呼吸	90	1.31	正常
期望穿脫能力	77	1.20	正常
期望活動能力	77	1.20	正常
家屬做的護理	27	3.78	協助病人處理排泄物
期望沐浴能力	77	1.24	正常
實際梳洗能力	90	2.09	小部分需要協助
皮膚狀況	90	1.77	可能有蒼白、乾燥、搔癢、發紅等現象
飲食種類	89	1.71	採軟質、清流質、半流質等治療飲食
期望進食能力	77	1.18	正常
期望梳洗能力	77	1.21	正常
導管種類	90	0.81	正常不攜帶管子或插有鼻胃管
飲水	90	1.21	正常
排尿型態	90	2.07	色量異常，可能有頻尿、滲尿或解不淨感

註：分類平均值1-1.4屬一類，1.5-2.4屬第二類，2.5-3.4屬第三類，3.5以上屬第四類

三、老年病患入院至出院之護理需要

從三個病房中分別隨機抽樣各30個病人，輸入其入院及出院所有護理需要指標(見表四)，並取得入院前三天及出院前三天的「老年護理需要每日評估表」上的分類指標資料建檔輸入，求出入院各指標的差平均值，差平均值的負值越大表示病程改變越明顯，且出入院平均數差平均呈負債，表示入院後接受醫療照護，病程有明

顯改善以及護理需要的逐漸減少，其餘詳見表五。

表四　梅××由入院到出院護理需要分類情形

住院天數 指標	第一天	第二天	第三天	第四天	第五天	第六天	第七天	第八天	第九天
意識	2	2	2	2	3	3	3	3	1
呼吸	1	1	1	1	1	1	1	1	1
精神情緒	1	1	1	1	1	1	1	1	3
排尿型態	4	4	4	4	4	4	4	4	4
食慾	4	4	4	4	4	4	4	4	1
活動	3	3	3	3	3	3	3	3	3
排便型態	2	4	4	4	4	4	4	4	1
皮膚狀況	2	4	4	4	4	4	4	4	4
疼痛	1	3	3	3	3	3	3	3	3
飲水	1	1	1	1	1	1	1	1	1
進食能力	4	4	4	4	4	4	4	4	4
導管種類	2	2	2	2	1	1	2	2	2
睡眠	4	4	4	4	4	4	4	4	4
動靜脈注射周圍皮膚	1	1	1	1	1	1	1	1	1
飲食種類	3	3	3	3	2	2	2	2	2

表五　老年住院病人護理需要與病程改變差平均值　N=90

平均值 項目	有效樣本數	入院平均數平均值	入院平均數標準差	出院平均數平均值	出院平均數標準差	出入院平均數差平均	出入院差平均標準差
動靜脈注射皮膚狀況	88	1.48	0.51	1.28	0.43	−0.20	0.58
活動	90	2.11	0.97	1.91	0.94	−0.20	0.60
意識	90	1.40	0.88	1.23	0.60	−0.17	0.61
疼痛類型	90	1.58	0.93	1.45	0.78	−0.13	0.90
實際穿脫能力	90	2.14	1.25	2.01	1.21	−0.13	0.67
實際如廁能力	90	2.13	1.28	2.01	1.22	−0.13	0.63
食慾	90	1.81	1.16	1.69	1.11	−0.12	0.58
精神情緒	90	1.39	0.95	1.28	0.79	−0.10	0.79
實際活動能力	90	2.11	1.20	2.02	1.20	−0.09	0.57
實際沐浴能力	90	2.17	1.26	2.10	1.26	−0.07	0.62
排便型態	85	1.55	0.77	1.51	0.86	−0.05	1.08
期望如廁能力	77	1.24	0.58	1.20	0.49	−0.04	0.54
實際進食能力	90	2.05	1.25	2.01	1.22	−0.04	0.56
睡眠	88	1.59	0.94	1.57	0.94	−0.02	0.91
呼吸	90	1.32	0.84	1.30	0.79	−0.02	0.59
期望穿脫能力	77	1.21	0.55	1.19	0.52	−0.01	0.48
期望活動能力	77	1.21	0.48	1.19	0.47	−0.01	0.44
家屬做的護理	27	3.79	0.63	3.78	0.63	−0.01	0.90
期望沐浴能力	77	1.24	0.58	1.23	0.57	−0.01	0.56
實際梳洗能力	90	2.09	1.27	2.08	1.25	−0.01	0.56
皮膚狀況	90	1.77	0.90	1.77	0.91	0.00	0.77
飲食種類	89	1.70	0.80	1.72	0.78	0.01	0.37
期望進食能力	77	1.14	0.41	1.21	0.57	0.07	0.49
期望梳洗能力	77	1.17	0.47	1.24	0.60	0.07	0.53
導管種類	90	0.77	1.30	0.84	1.25	0.08	1.08
飲水	90	1.11	0.45	1.30	0.70	0.19	0.86
排尿型態	90	1.93	1.26	2.21	1.29	0.28	1.37

討論

從表三病人每日由入院至出院的護理需要分類情形，可明顯看出病人改善情形，但何時是恰當出院時機?因科別之不同應分別建立各科分類情形，擬於下次研究時多收集個案資料建立指標,與各科個案比較以建立各項指標(含出院指標之必要或參考條件)，做為病人出院參考。

本研究以專家意見嘗試將各項護理活動需求分類，分類中雖多爭議，但也一致認同各分類可看出病人進展情形，做為出院參考指標之一。因出院指標建立牽涉到病人醫療狀況、護理需求及病人自我照顧能力，且各科有極大差異，因此各專科需發展自己專科之出院指標。有關出院指標之建立國內外有關文獻並不多見，本研究下年度計畫擬依各專科分類不同，與醫師共同討論，同時在病人資料建立醫療、護理及病人自我照顧上可出院指標。

結論

1.由老年住院病患入院時的基本資料、生理、心理、社會行為、自我照顧能力等資料，了解老年病人身體功能及心智狀況有個別需要。

2.由「老年護理每日評估表」，瞭解老年病人每日護理分類及護理需要，比較病患住院過程的進展，可做為提供護理人力資源應用的參考。

3.由老年病人的入院前三天與出院前三天的差平均值了解護理需要改變情形，找出如動靜脈注射周圍皮膚 、活動 、意識 、疼痛類型 、實際穿脫能力等各專科有個別差異性的指標。

4. 老年病患出院及轉介評估指標與制度 ，有賴醫師、護理人員、病人及有關人員共同建立，以作為醫療資源的充分利用之參考。

致謝

本研究承蒙國科會NSC84-2331-B-075-025經費補助 ，臺北榮總護理部王瑋主任的支持，中央大學張憶壽教授及中研院楊文山教授在研究方法及統計學上的指導，資訊室江淑瓊女士的資料統計與分析，老年護理專家小組(23人)的羣力合作，研究助理余雪賓、林庭蕙小姐的資料整理及打字，才使本研究得以順利完成，特此致謝！

參考資料

王曼溪(民國80)．老年人之心理調適與護理老年護理研討會:老年人身心問題之探討．台中：台中榮民總醫院。

徐南麗(民國80)．老年科護理標準之建立與護理品質之評價．台北:台北榮民總醫院護理部。

徐南麗、林文香、蘇慧芳、黃瓊慧(民國80)．老年住院病人護理品質之評價．榮總護理，8(4),386-396。

徐南麗、馮容莊、蘇慧芳、王瓊瑤(民國81)．老年護理評估表之建立與護理品質之評價．護理雜誌，39(4),9-20。

徐南麗、馮容莊、蔣竹雲(民國82)．老年護理評估表之修訂與護理品質之評值．榮總護理，10(3),312-321。

陳清惠、歐嘉美等編譯、王世俊總校閱 (民國79)．老年護理學．台北:華杏。

黃孝鏘(民國80)．老年醫學之現況與發展．老年護理研討會:老年人身心問題之探討，台中:台中榮民總醫院。

蘇晉暉(民國80)．老年人之生理變化．護理研討會:老年人身心問題之探討．台中:台中榮民總醫院。

Kain, C. D., Reilly, N., & Schultz, E. D. (1990).The older adult: A comprehensive assessment. Nursing Clinics of North America, 25(4), 833-848.

Kover, M. G., Hendershot, G., & Mathis, E.(1989). Older people in the United States who receive help with basic activities of daily living. American Journal of Public Health,79,895-904.

Lach, H. W., & Renna, R. S. (1991). A task force approach to managing aging issues. Nursing Management. 22 (1), 62, 64.

National Institute of Health(1984). Normal human aging: The Baltimore longitudinal study of aging. Washington, DC: US Government Printing Office, National Institute of Health Publication,No. NIH 84-2430.

Palmer, R. M. (1990). Failure to thrive in the elderly: Diagnosis and management. Geriatrics, 45 (9), 47-55.

Phillips, L. R. (1989). Elder-family caregiver relationships: Determine appropriate nursing interrelations. Nursing Clinics of North American, 24 (3),795-807.

Weber, H. (1983). The free readical theory of aging. Geriotology.

Sumner, J. (1991). Screening the elderly. Nursing Times, 87 (3), 60-62.