

# 乡村老年人常见病现状的调研及“和康同心”新模式优化实践

雷王益 张博 张雅丽 陈立超 贾志浩

西安翻译学院 陕西 西安 710105

**【摘要】**：随着中国人口老龄化加速与城乡发展不平衡，使乡村老年人健康问题成为“健康中国”“乡村振兴”战略的关键。本文基于对陕西西安长安区太乙宫镇及周边乡村实地调研，分析乡村老年人疾病谱系与健康服务需求，开展“和康同心”新型健康服务模式优化实践。该研究以相关政策为框架，创新构建“医疗+康复+乡村”多学科协作团队，整合红色文化等资源，形成以“三级康复互助网”为核心、预防—干预—康复一体化服务体系。实践显示，此模式提升了慢性病规范管理率与康复服务利用率，增强老年人健康素养与生活质量，实现服务标准化与本土化融合，在跨专业协同等方面形成可复制推广经验，为乡村老年健康服务及乡村振兴下健康服务体系构建提供参考。

**【关键词】**：乡村老年人；体质健康；医养结合；康复服务；和康同心模式；乡村振兴；健康中国；

DOI:10.12417/2982-3838.25.04.007

## 1 引言

### 1.1 研究背景

第七次全国人口普查显示，我国60岁及以上人口达2.64亿，乡村老龄化水平23.81%，远超城市。当前乡村老龄化加快，老年人口比例上升，在慢病管理、康复服务等方面健康需求突出，慢性病患病率高，心脑血管疾病等影响生活质量，给家庭和社会带来负担。且基层医疗卫生资源分布不均、专业人才匮乏、服务体系不健全，乡村老年人健康福祉受挑战。国家高度重视，出台系列政策文件，强调增强基层医疗卫生服务能力等。在此背景下，探寻契合政策、符合乡村实际且可持续推广的健康老龄服务模式，意义重大且紧迫。

### 1.2 研究意义及目标

本研究立足于陕西省西安市长安区太乙宫镇的试点实践，构建一个整合“医疗—康复—乡村”三位一体的健康服务体系，推动资源下沉与服务前移；提出并验证“和康同心”新型健康服务模式，以应对乡村康复资源短缺，探索基层“医养结合”落地方式。该模式整合多方力量，推动跨专业协同与本土化实践，为优化乡村健康服务体系提供可行路径。理论层面，将红色文化资源融入健康服务，把精神激励与文化认同转化为健康促进载体，丰富乡村老年健康服务内涵，拓展积极老龄化与文化赋能视野，为“健康乡村”理论构建提供实证支撑。实践层面，通过实地调研与干预，形成可操作推广的服务流程与协作机制，为提升农村老年人健康管理依从性、增强社区康复服务能力、改善其生活质量提供参考，对基层健康服务提质增效有现实指导意义。

## 2 乡村老年人常见病现状与健康服务挑战深度分析

### 2.1 疾病谱系：多病共存与功能下降

基于在太乙宫镇的调研数据，乡村老年人的健康问题呈现出典型的“多病共存、功能受限”特征。大部分老年人患有高血压，其中近半数控制情况不理想。脑卒中后遗症导致的偏瘫、失语、吞咽等功能障碍，是致残的主要原因，给家庭照护带来巨大压力。慢性代谢性疾病，糖尿病、高脂血症的患病率持续攀升。许多患者对疾病认知不足，存在用药不规律、饮食控制差等问题，导致并发症风险增高。肌肉骨骼系统疾病，骨质疏松、膝关节炎、腰椎间盘突出等疾病极为普遍。由于长期从事农业劳动，关节磨损严重，加之对疼痛的忍耐和忽视，许多老人直至活动严重受限才就医，错过了最佳干预时机。认知与心理障碍，阿尔茨海默病及其他类型的痴呆症患病率不容忽视。早期症状常被家属误认为是“自然衰老”而延误干预。同时，空巢、独居老人普遍存在孤独、焦虑、抑郁等情绪问题，严重影响其生活质量。

### 2.2 健康服务体系面临的核心挑战

专业康复服务严重缺失，乡村地区极度缺乏专业的康复治疗师，现有村医大多未接受过系统康复技能培训，无法为脑卒中、骨折术后等患者提供科学的康复指导。

康养服务链条断裂，医疗服务侧重于急性期治疗，出院后的康复期、稳定期缺乏延续性的服务和指导，导致患者功能恢复不佳，再入院率高。健康资源配置不均且利用不足，虽然基层医疗卫生机构硬件条件有所改善，但优质医疗资源仍集中在城市。同时，由于宣传不到位、传统观念影响，老年人对现有健康服务的利用主动性不高。

家庭照护能力薄弱，大量青壮年外出务工，家庭照护者多为同样年迈的配偶，缺乏照护知识和技能，身心负担极重。健康管理意识落后，老年人“重治疗、轻预防”的观念根深蒂固，对慢性病管理、早期筛查、功能锻炼的重要性认识不足。

### 3 “和康同心”模式的核心架构与实施路径

#### 3.1 “和康同心”模式框架

“和康同心”模式是本研究的核心干预措施，其框架构建于“和、康、同、心”四个维度之上（详见图1），旨在实现服务整合与文化赋能的双重目标。

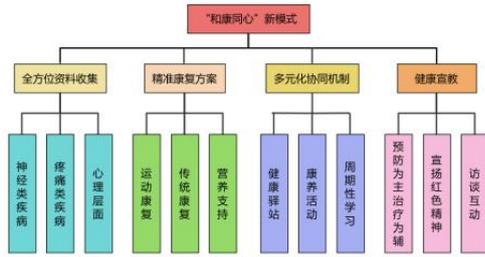


图 1

核心理念为，和（全面性）：在收集资料方面要从身体、心理、环境等多维度进行收集。康（康复+健康）：以提升生理与心理健康为目标，提供全程、连续的康复计划。同（多方协同）：推动多方协同（医疗、康复、社工、家属）、多资源整合，建立联动服务机制。开设康养活动及周期性学习。心：主推预防为主、治疗为辅，注入红色文化精神动力，增强认同感与参与感，实现“心康体健”。

#### 3.2 核心架构：一网、三核、多维度

“一网”：即“三级康复互助网”。建立“健康老人（初级）→家属/照护者（中级）→专业团队（高级）”的分层培训与支持体系，实现服务的下沉与扩散，缓解专业人力短缺问题。

“三核”：聚焦三大核心健康问题，慢性病管理，开展系列化、趣味化的健康科普宣教，提供个性化用药与生活方式指导。术后/卒中后康复，制定居家康复训练计划，教授家属简易康复手法，利用远程指导进行监督。中医理疗与疼痛管理推广艾灸、拔罐、推拿等低成本、易操作的中医适宜技术，缓解老年常见疼痛问题。

“多维度”，整合医疗康复、文化心理、社会支持等多个维度，提供立体化服务。

#### 3.3 创新性实施路径

精准评估与个性化计划制定，主观资料获取，与村委会、养老院联动，建立并动态更新老年人健康档案数据库。客观资料收集，组织定期健康体检，收集血压、血糖、影像学报告等客观数据。SOAP评估，采用（主观S、客观O、评估A、计划P）<sup>[5]</sup>临床思维模式，综合分析患者的功能障碍、康复潜力

及需求，设定短期与长期目标，制定个性化方案。循环反馈，定期复查评估，根据效果动态调整康复计划，形成管理闭环。

多学科团队协作服务，联合基层全科医生、康复治疗师、护士、乡村社工、志愿者，组成“医疗+康复+乡村”服务团队并明确各角色职责。医生，负责疾病诊断、用药调整、风险控制。康复师，负责功能评估、康复训练指导、辅具适配建议。社工/志愿者，负责链接资源、组织活动、提供心理支持和人文关怀。

文化赋能与心理疗愈，红色主题康复，将康复训练融入红色文化场景。如：组织参观旧址进行下肢行走功能训练、编排“红色康复工间操”，融合陕北秧歌、八段锦等动作，进行关节活动度和平衡训练、开发“革命故事疗愈手册”用于认知训练和言语刺激。代际互动与精神激励，邀请退伍军人担任“精神导师”，与青年志愿者和患者分享人生经历，通过真实故事的情感共鸣，激发老年患者的康复信心与内在动力。

### 4 实践案例：西安市长安区太乙宫街道的初步探索与成效

#### 4.1 实践场景与对象

选择太乙宫街道双缘养老公寓及周边两个行政村作为首批试点。服务对象为60岁以上自愿参与的老年人，共纳入127人，其中高血压患者89人，糖尿病史者18人，脑卒中后遗症患者15人，存在明显关节疼痛者71人。

#### 4.2 实施过程

基线调查与建档，通过问卷调查、体检和访谈，完成全部127人的健康基线评估并建立电子档案。组建团队与培训，组建了由1名镇卫生院医生、2名外聘康复师、3名社工和12名经过培训的大学生志愿者组成的服务团队。对35名家属和8名健康老人进行了初级康复技能培训。

#### 4.3 初步成效分析

经过6个月的干预，通过前后对照发现。健康指标改善，高血压患者的血压控制达标率逐渐提升；糖尿病患者的空腹血糖控制达标率有所改善。功能与生活质量提升，采用Barthel指数评定量表评估，卒中患者的日常生活活动能力平均得分显著提高。老年人疼痛视觉模拟评分（VAS）有所下降。健康行为与素养改变，老年人定期测量血压/血糖、坚持服药、参与体育锻炼的比例明显上升。对慢性病知识的知晓率提高。服务满意度高，问卷调查显示，大部分的老年人及其家属对服务表示满意，尤其认可文化活动和上门服务的价值。

### 5 讨论、挑战与优化对策

#### 5.1 模式优势讨论

“和康同心”模式的核心优势在于其整合性、文化性和可持续性。它不仅关注生理功能的恢复，更注重精神心理和社会

功能的提升;不仅依靠专业力量,更善于动员社区和家庭资源;不仅提供服务,更致力于赋能老人和家庭,使其成为自身健康的主人。

## 5.2 面临的主要挑战

资金与资源可持续性,项目初期依赖课题经费和志愿者投入,长期运营需探索稳定的资金筹集渠道如政府购买服务、医保支付、社会捐赠等。专业队伍稳定性,乡村地区难以吸引和留住专业的康复师、社工,人才“引不来、留不住”的问题突出。

多部门协同壁垒,卫生、民政、文化、残联等部门之间的协调机制不畅,数据共享、政策联动存在困难。服务标准化与质量控制,如何将个性化服务与标准化流程结合,并建立有效的质量监督与评估体系,是需要解决的难题。

## 5.3 优化对策与建议

探索“医康养”结合的服务付费机制,积极申请纳入长期护理保险试点,探索将符合条件的康复服务项目纳入医保报销范围。创新人才使用机制,实施“县管乡用”、柔性引才等政

策,与高校建立实习基地,吸引毕业生短期服务。加强对村医和家属的技能培训。

建立乡镇层面的健康老龄化联席会议制度,由乡镇政府牵头,统筹卫生、民政、文化等各部门资源,形成政策合力。开发标准化服务包与操作指南,编制《“和康同心”乡村健康服务手册》,明确服务内容、流程、标准和评价指标,为模式推广复制奠定基础。

## 6 结论

“和康同心”模式是一种契合国家政策、回应乡村实际、深受老年人欢迎的健康服务创新模式。它通过多资源整合、多主体参与、多维度干预,有效解决乡村老年人“看病难、康复更难”的痛点,在提升老年人体质健康水平、改善功能状态、增强社会参与感方面展现了显著潜力,是推动健康老龄化在乡村落地的重要实践路径。

未来,“和康同心”模式在乡村健康服务领域已取得阶段性成果,未来通过智慧化升级、推广标准化、深化研究以及构建生态系统等多维度发展,有望进一步发挥其优势,为乡村老年人健康福祉和健康老龄化事业做出更大贡献。

## 参考文献:

- [1] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[J].中华人民共和国国务院公报,2016,(32):5-20.
- [2] 中共中央国务院印发《国家积极应对人口老龄化中长期规划》[J].中国人力资源社会保障,2019,(12):8.
- [3] 周倩,杨胜慧.积极应对人口老龄化政策背景下我国老年人口健康状况分析——基于第六次、第七次全国人口普查数据的比较分析[J].人口与健康,2023,(07):49-53.
- [4] 郝慧慧,李沙沙,郭锡春,等.SOAP思维模式在临床药师实习带教中的应用[J].中国当代医药,2024,31(22):152-155.
- [5] 国务院印发《“十四五”旅游业发展规划》[J].中国集体经济,2022,(05):6-7.
- [6] 张丽芳,张艳春,秦江梅,等.整体性治理视角下乡村医疗卫生体系发展困境、典型经验及纾解策略[J].中国卫生经济,2026,45(01):65-69.
- [7] 闫彩妮.我国老龄化社会发展现状、问题及对策——基于日本介护保险制度的启示[J].陇东学院学报,2025,36(06):134-138.
- [8] 汪永梅.中医适宜技术在基层医疗机构中的有效性和优势探讨[J].中医药管理杂志,2025,33(17):246-248.
- [9] 黎艳娜.我国中老年人共病现状及模式的变化趋势研究[D].北京中医药大学,2022.
- [10] 严雪,向斌.我国农村医养结合服务模式的探索[J].农村经济与科技,2021,32(10):228-230.
- [11] 康琳,王燕妮,刘晓红,等.发展医养整合照护服务守护长寿时代老年健康生活[J].中国社会工作,2025,(29):16-17.