

赋权视角下农村留守老人就医延迟健康素养困境与干预

刘昭樾

上海应用技术大学 上海 200235

【摘要】：农村留守老人“小病拖、大病扛”的就医延迟现象，表面上是经济理性驱动的结果，深层则是个体健康决策中系统性“无权感”的体现。本文引入赋权理论，将就医延迟行为置于健康素养困境的分析框架之下，指出功能性、交互性与批判性健康素养的缺失，分别对应着信息获取、医患沟通与健康决策三个层面的权力缺失。超越单纯的健康知识灌输，社会工作应着力于个体意识觉醒、群体互助网络培育与社区资源再分配，通过“个人—人际—结构”三重赋权路径，协助留守老人重新掌握自身健康的主导权，为农村健康社会工作提供可操作的理论指引与实践参考。

【关键词】：赋权理论；农村留守老人；就医延迟；健康素养；社会工作干预

DOI:10.12417/3041-0630.26.10.056

1 问题的提出

当前中国农村正面临前所未有的老龄化与空心化双重压力。国家统计局数据显示，截至2023年末，全国60岁及以上人口为29697万人，占总人口的21.1%^[1]。而农村地区的老龄化程度更为严峻——第七次全国人口普查数据显示，乡村60岁及以上人口占比已达23.81%^[2]，且这一比例近年来随着人口结构的持续变化仍在攀升。与此同时，青年劳动力的大规模外流使农村留守老人群体规模日益庞大，在一些中西部劳动力输出村庄，留守老人占60岁以上常住人口的比例甚至超过60%^[3]。这些老人长期处于家庭照顾缺位、社会资源匮乏的处境中，其健康行为模式呈现出一种令人忧虑的共性——就医延迟。面对胸闷、疼痛、持续不适等身体信号，忍耐、自行用药、迷信偏方常常成为优先选项，直至病情严重恶化才被迫就医，已然错过最佳治疗时机。

对于这一现象，通常解释指向“看病难、看病贵”的经济约束，这无疑具有部分解释力。但近年来多项调查揭示了一个更深层的悖论：即便基层医疗可及性有所改善，许多留守老人依然选择拖延。国家卫生健康委发布的《2023年中国居民健康素养监测情况》显示，农村居民健康素养水平为26.23%，而65-69岁年龄组仅为9.44%^[4]，70岁以上群体则更为低下。这意味着，绝大多数农村老人并非不愿获取健康，而是缺乏“读懂”身体、“问清”病情、“用好”医疗资源的基本能力。正如Nutbeam（2000）所界定的，健康素养是个体获取、理解和处理健康信息并做出恰当决策的能力，这一能力分为功能性、交互性与批判性三个递进层次^[5]。当这些素养普遍匮乏时，老人在疾病面前体验到的不仅是身体痛苦，更是一种深层无力感——无法理解自己的身体，无法与医生有效沟通，更无法相信自己能够影响健康结果。

这种无力感恰好切入赋权理论的核心关怀。赋权（Empowerment）理论自Solomon（1976）系统阐发以来，被广泛应用于弱势群体的社会工作实践，强调个体或群体因社会结构的不平等而陷入无权状态，干预的目标在于协助其重新获得对自身生活的掌控能力^[6]。本文尝试从赋权理论视角出发，审视农村留守老人就医延迟行为背后健康素养困境的深层机制，并探索社会工作的赋权干预路径，以期将老人从“被动的忍耐者”转化为“主动的健康管理者”。

2 赋权视角下就医延迟的健康素养困境

赋权理论认为，无权感并非个体缺陷，而是社会权力结构分配不均的结果。当我们将这一镜片转向农村留守老人，会发现其就医延迟行为中蕴含的，正是健康素养三个层面所折射出的权力缺失。

2.1 功能性健康素养匮乏：信息获取中的“失语”与边缘化

功能性健康素养指阅读药品说明书、理解医嘱、使用健康计量工具等基本技能。农村留守老人大多文化程度偏低，文字识读能力有限，面对专业化的医疗信息时天然处于弱势。他们看不懂药盒上的服用方法，听不懂医生的术语解释，更无力操作智能手机预约挂号或查询健康知识。在医疗服务日益信息化、数字化的趋势下，这种能力的欠缺使他们被排斥在主流健康信息系统之外，形成“信息孤岛”。

从赋权视角看，这不仅是知识缺乏，更是健康决策链条中“信息权力”的被剥夺。老人在面对疾病时，无法调用正式的健康信息来解释自身症状，只能依赖模糊的身体感觉和乡土经验判断。信息权力的真空极易被虚假广告、口耳相传的偏方填补，进一步将老人推向错误决策。这种信息获取层面的无权，是健康素养困境的基底。

2.2 交互性健康素养缺失：医患场域中的“失声”与主体性消解

交互性健康素养关乎在医疗环境中与他人有效沟通、提取关键信息并参与决策的能力。农村留守老人在这方面表现出的困境，深刻映射出医患权力关系的不对等。在诊室这一微型场域中，医生掌握专业知识权威，节奏快速、语言专业；老人则怀着敬畏与自卑，不敢发问、不愿多说，只会用“浑身难受”“就是不舒服”等模糊话语回大阿。当医生建议做进一步检查或长期服药时，老人即使心存疑虑，也往往选择沉默地服从或出门后拒不执行。

这种失声状态，本质上是老人作为健康决策主体的失语。就医过程沦为单向指令的传递，老人被排除在关于自身健康的对话之外。长此以往，会形成“说了也没用”的习得性无助，进一步抑制其主动求医的意愿。正如 Lee（2001）所强调的，赋权的核心在于使案主成为解决问题的主角^[7]，而交互性素养的缺失正是阻碍这一转化的关键环节。

2.3 批判性健康素养薄弱：健康观中的“认命”与决策无力

批判性健康素养要求个体能够审视不同来源健康信息的可靠性，并结合自身处境做出明智选择。农村留守老人的健康认知中，广泛存在着一种宿命论式的归因模式：将身体疼痛归因于“年老该受的罪”，将慢性病视为“命里注定”，而现代医学的干预逻辑，将症状视作可治疗的病理过程。则难以被内化。这种认知偏差直接导致批判性决策能力低下：老人会在没有任何科学依据的情况下，坚信“是药三分毒”而拒绝长期规律服药，却轻易被声称“祖传秘方根治”的保健品所吸引。

赋权理论将这种状况解读为“批判意识的沉睡”。老人在传统乡土文化与现代医学知识的冲突中，缺乏分析评判的工具，更缺少做出自主选择的自信。他们不是没有选择，而是感觉不到自己拥有选择权。这是最深刻的无权感。当老人认为疾病的结果早已被命运或衰老所预定，其就医行动便失去了内在的驱动力，拖延成为最符合其认知框架的“理性”选择。

综合来看，健康素养的三个维度问题并非孤立存在，它们共同构造了一个让老人感到无力掌控健康的闭环系统。功能性素养匮乏剥夺了“知道”的权力，交互性素养缺失消解了“表达”的权力，批判性素养薄弱瓦解了“决定”的权力。这一多重无权状态，正是就医延迟行为最深层的驱动机制。

3 赋权取向的社会工作干预路径

既然困境的核心在于权力缺失与主体性消解，社会工作的干预就绝非是代替老人去做决定，而是通过一系列专业行动，协助其重新获得掌控健康的能力和信心。依据赋权理论的操作框架，干预可在个人、人际和社区等结构三个层面展开，三者

相互支撑，形成螺旋上升的增能过程。

3.1 个人层面的赋权：唤醒意识与重建自我效能

个人赋权的起点是协助老人认识到自身困境的社会根源，并相信改变是可能的。针对老人“怕给子女添麻烦”“花钱就是浪费”等非理性信念，社工可运用认知行为疗法或叙事治疗的方法，在一对一的个案访谈中引导老人追溯这些信念的形成史，看到它们并非“真理”，而是特定生活经历的产物。通过寻找生命历程中成功应对困难的“例外事件”，帮老人重新定义自己——从“家庭的拖累”转变为“有毅力、值得被照顾的人”。这种意识的转变，是批判性健康素养重建的基础。

在此基础上，利用可视化工具增强其功能性健康素养。为每位老人建立一本“健康手账”，用红绿黄等颜色标识血压、血糖的危险等级，用简单贴纸记录每日用药情况。老人虽不识字，却能通过颜色变化直观感知健康趋势，体验到“我能看懂我的身体”的掌控感。这种即时可见的反馈会显著提升自我效能，促使其主动维持健康行为。

3.2 人际层面的赋权：构建互助网络与集体声音

赋权理论重视群体经验共享与集体力量的重要性。在中观层面，社工可以组织“慢病互助小组”，将患有同类疾病（如高血压、糖尿病）的留守老人聚集起来，建立一个平等的对话空间。在小组中，成功的自我管理者被邀请成为“健康领头人”，讲述自己“如何让血压降下来”的真实故事。依据班杜拉的社会学习理论，同伴榜样的示范效应远胜外部专家的说教，它能有效打破“我们老了，学不会”的群体性无权感。

小组工作还可设置医患沟通的情景模拟。让老人轮流扮演医生与患者，用当地方言练习“哪里痛、痛多久、怎么痛”的描述，练习追问“这药能不能掰开吃”等具体问题。在充满接纳的小组氛围中反复演练，能够消解医疗场域的陌生与恐惧，提升交互性健康素养。更关键的是，小组成员间的日常问候、提醒服药和陪同就诊，会将个人独自面对的健康任务转化为一种群体责任，由此催生出“我们共同对抗疾病”的集体效能感。这种集体性的声音在未来甚至可能发展为对基层医疗服务的反馈与建议，成为影响社区健康治理的一股力量。

3.3 社区与结构层面的赋权：链接资源与倡导改变

个人和人际层面的改变若缺乏环境的支持，便难以持久。社区层面的赋权旨在打破资源壁垒，使老人所处的支持网络更加致密与有效。社工应主动扮演资源链接者与倡导者的角色。其一，建立“社工+村医”的联动机制，由社工搭建平台，邀请村医走出诊室，进入村落举办用方言讲解的“健康室外课堂”，利用顺口溜、图画卡片和现场演示等适老化方式，将高血压防治知识转化为老人听得懂、记得住的生活常识，从而弥补专业医疗语言与老人认知之间的鸿沟。

其二,重新激活断裂的家庭纽带。留守虽意味着子女在空间上的缺席,但情感与工具性支持仍可借助数字手段传递。社工可以联系在外务工子女,传授“结构化远程关怀”的方法:不只是问“身体咋样”,而是指导他们对照社工提供的清单,具体询问“这周量血压是多少”“药还够吃几天”“医生有没有交代复查”。将这种关怀制度化、常规化,让老人感受到自己并非被遗忘的人。更进一步,可倡导建立家庭健康微信群,使老人、子女、社工、村医共处同一网络,形成实时监护的合力。

其三,在结构层面上,社工应基于一线实践积累的证据,向乡镇卫生院、村委会乃至更高级别的决策部门反馈问题,例如呼吁增设针对高龄老人陪诊的志愿服务、优化村卫生室药品配备、将健康素养提升纳入基本公共卫生服务的考核等。虽然

这需要较长时间,但这种政策倡导是结构赋权的应有之义,意在逐步消除制造无权感的社会安排。

4 结语

农村留守老人的就医延迟行为,是其健康权力被多重剥夺的外在表征。当老人看不懂药品说明、不敢向医生提问、不相信自己能够影响健康结局时,拖延与忍耐便成为最“自然”的选项。赋权理论指引我们,社会工作的介入不能停留于怜悯式的帮扶或单纯的知识灌输,而应聚焦于权力关系的重塑。通过个人意识觉醒、群体互助支持与社区资源再分配的三重路径,协助老人从一个无力的健康旁观者,转变为自身健康的积极解读者与决策者。这一过程虽然缓慢且充满挑战,却是农村健康社会工作从“助人”走向“使人自助”的必经之路。

参考文献:

- [1] 国家统计局.中华人民共和国 2023 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL].2024-02-29.
- [2] 国务院第七次全国人口普查领导小组办公室.2020 年第七次全国人口普查主要数据[M].北京:中国统计出版社,2021.
- [3] 叶敬忠,贺聪志.静寞夕阳:中国农村留守老人[M].北京:社会科学文献出版社,2014.
- [4] 国家卫生健康委.2023 年中国居民健康素养监测情况[R].2024.
- [5] Nutbeam D.Health literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century[J].Health Promotion International,2000,15(3):259-267.
- [6] Solomon B B.Black Empowerment:Social Work in Oppressed Communities[M].New York:Columbia University Press,1976.
- [7] Lee J A B.The Empowerment Approach to Social Work Practice(2nd ed.)[M].New York:Columbia University Press,2001.