

老年人健康信息贫困问题研究

李科强¹ 李志博^{2*}

(1. 宁波财经学院, 浙江宁波, 315175; 2. 云南民族大学, 云南昆明, 650504)

摘 要: 在积极应对人口老龄化、健康中国建设与数字乡村建设交汇推进的背景下, 健康信息已经成为老年人识别疾病风险、获得医疗服务、进行自我照护和维护健康权益的重要资源。然而, 农村老年群体在健康信息的获取、理解、甄别、转化与使用过程中仍面临结构性约束, 形成具有年龄、地域、技术和制度复合特征的健康信息贫困。本文在信息贫困理论、健康素养理论与数字不平等研究的基础上, 构建“资源可及—能力转化—情境支持—结果反馈”的分析框架, 系统揭示农村地区老年人健康信息贫困的主要表征、生成机制及治理路径。研究认为, 农村老年人的健康信息贫困并非单纯由个人文化程度低或智能设备使用不足导致, 而是由健康信息供给适老化不足、乡村公共服务薄弱、家庭代际支持不稳定、基层医疗传播能力有限以及数字平台商业化逻辑共同塑造的复合性贫困。其结果不仅削弱老年人的健康决策能力, 也可能加剧疾病延误、医疗资源错配、健康焦虑和社会排斥。破解这一问题, 需要从公共信息供给、基层健康传播、数字适老化改造、家庭与社区支持网络以及健康信息治理制度等层面协同发力, 推动农村老年人从“能够接触信息”走向“能够理解信息、信任信息并有效使用信息”。

关键词: 农村老年人; 健康信息贫困; 健康素养; 基层治理

DOI: <https://doi.org/10.65196/vnhwtb40>

一、问题提出

伴随我国人口老龄化程度不断加深, 农村地区老年人的健康风险、照护压力与公共服务需求日益突出。对于这一群体而言, 健康不仅是医疗服务可及性的结果, 也越来越取决于其能否及时、准确、低成本地获得与疾病预防、慢病管理、就医流程、医保政策、康复照护和健康权益相关的信息。健康信息由此成为一种基础性健康资源, 深度嵌入老年人的日常生活、疾病应对和社会参与过程。

但是, 健康信息资源的扩张并不必然带来健康机会的平等。移动互联网、线上问诊、电子医保凭证、预约挂号、健康码、慢病随访平台等数字化服务在提升治理效率的同时, 也重塑了健康信息的生产、分配和使用方式。对于受教育年限较短、数字技能较弱、社会支持网络有限的农村老年人而言, 信息越丰富, 有时越意味着选择成本、理解成本和风险辨识成本的上升。信息供给过剩与有效信息不足并存, 线上服务便利化与老年人使用困难并存, 公共健康宣传扩展与个体实际转化不足并存, 构成了农村老年人健康信息贫困的现实图景。

所谓健康信息贫困, 并不只是“没有信息”, 也包括信息渠道狭窄、信息质量低下、信息理解困难、信息信任失衡、信息应用不足以及因信息不足而导致的健康机会受损。相较城市老年人, 农村老年人的健康信息贫困更具有结构性和隐蔽性: 一方面, 它嵌入城乡公共服务差异、基层医疗资源不足和乡村社会关系变迁之中; 另一方面, 它又常被归因于老年人自身“不会用手机”“不懂医学知识”或“观念落后”, 从而遮蔽了制度供给和社会支持层面的责任。基于此, 本文尝试回答三个问题: 农村地区老年人健康信息贫困表现为何? 其背后的生成机制是什么? 应如何构建更具公平性和适老性的健康信息支持体系?

二、文献回顾与理论基础

既有研究主要从三个方向解释老年人的健康信息困境。第一, 健康素养研究强调个体获取、

作者简介: 李科强 (1983-), 男, 博士, 副教授, 研究方向为数理经济和多元统计。

李志博 (1999-), 男, 硕士研究生, 研究方向为社会保障。

通讯作者: 李志博

理解、评价和运用健康信息的能力，认为健康素养不足会影响疾病预防、用药依从、就医选择和健康行为养成。该视角有助于揭示老年人健康决策中的能力短板，但若过度强调个体能力，容易忽略信息环境与制度条件的制约。

第二，数字鸿沟研究关注不同群体在数字设备拥有、网络接入、技能使用和数字收益方面的差异。农村老年人通常处于年龄鸿沟、城乡鸿沟和教育鸿沟的交叠位置，不仅面临接入层面的困难，也面临使用层面和收益层面的不平等。然而，健康信息贫困并不能被完全等同于数字鸿沟。即使拥有智能手机和网络接入，老年人仍可能因信息真假难辨、医学术语复杂、平台设计不友好、线上线下服务衔接不足而陷入“接入而无用”的困境。

第三，信息贫困理论强调信息资源分配与社会结构之间的关系，认为贫困群体的信息匮乏往往不是偶然结果，而是社会排斥、资源不平等和制度性障碍的体现。将该理论引入农村老年健康领域，可以将分析重点从“老年人缺少什么能力”转向“哪些社会条件限制了其健康信息能力的形成与发挥”。

综合上述研究，本文认为，农村地区老年人健康信息贫困应被理解为一种复合性健康不平等。其核心不是某一渠道或某一技能的不足，而是健康信息从供给到使用的连续链条发生断裂：信息是否可获得，是否能被理解，是否值得信任，是否能够转化为行动，是否带来积极健康结果。基于此，本文构建“资源可及—能力转化—情境支持—结果反馈”的分析框架。资源可及指健康信息渠道、内容和服务入口是否向农村老年人开放；能力转化指老年人能否将外部信息转化为可理解、可判断、可执行的健康知识；情境支持指家庭、社区、村医、基层组织和数字平台是否提供必要帮助；结果反馈则关注信息使用是否真正改善健康行为、医疗选择和权益维护。

三、农村地区老年人健康信息贫困的表现及内在机制

（一）老年人健康信息贫困得表现

第一，信息渠道单一与优质信息可及不足并存。农村老年人获取健康信息的渠道仍较多依赖村医、亲友、电视广播、短视频平台和熟人经验。上述渠道具有低门槛、强信任和生活化特点，但也存在专业性不足、更新滞后和碎片化明显等问题。与之相比，权威医疗机构、公共卫生平台、医保政策平台和线上健康服务虽然信息质量较高，却常因操作复杂、入口隐蔽、语言专业或实名认证步骤繁琐而难以被老年人稳定使用。

第二，信息理解困难导致“看见但看不懂”。健康信息往往包含医学术语、风险概率、检查指标、药品说明和政策条款，对文化程度较低、长期缺少系统健康教育的老年人构成理解门槛。慢性病管理尤其如此，血压、血糖、血脂、肾功能、用药禁忌等信息需要持续理解和比较，而许多农村老年人只能记住零散结论，难以形成完整的健康知识结构。

第三，信息甄别能力不足带来信任错配。移动互联网放大了健康知识传播规模，也放大了伪科学、保健品营销、夸大疗效和情绪化健康叙事的影响。农村老年人往往更信任熟人推荐和具象化案例，对抽象的循证医学证据、风险提示和概率判断缺乏辨识工具，因而容易在“过度相信非专业信息”和“不信任专业信息”之间摆动。

第四，信息应用不足造成健康行为转化断裂。即便老年人获得了某些健康知识，也未必能够转化为行动。原因在于行动转化需要经济条件、交通条件、家庭陪伴、医疗资源和持续提醒等支持。例如，知道需要复诊并不意味着能够及时到县城医院复查；知道需要规范用药并不意味着能够理解处方调整；知道需要健康饮食并不意味着家庭饮食结构和收入条件允许改变。

第五，数字化服务排斥加重健康权益弱化。预约挂号、线上缴费、医保结算、检查报告查询、公共卫生随访等服务的数字化趋势，使信息贫困进一步转化为服务贫困。部分农村老年人不得不依赖子女、村干部或医护人员代办，一旦缺少代际支持或现场协助，就可能在就医流程、医保报销和健康管理中处于被动状态。

（二）健康信息贫困的生成机制

其一，城乡健康信息基础设施差异是外部条件。城市居民更容易接近大型医院、社区卫生服务中心、健康讲座和多元化信息服务，而农村地区基层医疗机构承担大量公共卫生与基本诊疗任务，却在人力、时间、设备和传播能力上相对不足。信息基础设施不仅包括网络和设备，也包括能够解释信息、翻译政策、陪伴使用的组织体系。

其二，健康信息供给的适老化不足是直接原因。许多健康信息以部门逻辑、平台逻辑或专业逻辑组织，强调发布、覆盖和效率，却较少从老年人的认知特点、语言习惯和生活情境出发。字体过小、步骤过多、内容过长、医学术语密集、线上入口分散等问题，使形式上的信息公开难以转化为实质上的信息可及。

其三，家庭代际支持的不稳定加剧了信息脆弱性。农村青壮年外出务工普遍存在，子女虽可能通过远程方式帮助父母处理健康信息和就医事务，但这种支持具有时间碎片化、距离化和事件驱动特征。平时健康管理、用药提醒、体检报告解读和慢病随访等持续性需求，往往难以完全依赖家庭完成。

其四，基层健康传播的专业支撑不足限制了能力转化。村医和乡镇卫生院医务人员是农村老年人最信任的健康信息来源，但基层医疗人员工作负荷重、培训机会有限、健康教育工具不足，难以长期承担个体化、解释型和陪伴式的信息服务。由此，基层医疗的“信任优势”未能充分转化为“信息能力优势”。

其五，平台商业化传播逻辑放大了信息风险。部分网络平台依据流量、转化率和情绪传播机制推送健康内容，容易使夸张标题、焦虑叙事、偏方经验和商品营销获得更高可见度。农村老年人一旦缺乏稳定的权威信息入口，就可能被平台算法和商业宣传牵引，在健康消费和医疗选择上承担额外风险。

（三）健康信息贫困的社会后果

农村老年人健康信息贫困的影响并不止于知识不足。首先，它可能导致疾病识别延误和治疗延误。老年人如果不能准确理解早期症状、危险信号和就医指引，容易将疾病变化解释为“年纪大了正常”，从而错过干预时机。

其次，它会增加慢性病管理的不稳定性。慢性病需要长期监测、规范用药、定期复查和生活方式调整，任何一个环节的信息断裂都可能降低管理效果。对于多病共存的老年人，信息贫困还可能造成重复用药、药物相互作用和治疗方案理解偏差。

再次，它会加剧健康焦虑和不合理健康消费。真假难辨的信息环境容易放大疾病恐惧，使老年人在保健品、民间疗法和非正规诊疗上投入过多经济资源。对于收入有限的农村家庭而言，这种消费不仅影响个人健康，也可能造成家庭经济负担。

最后，它会削弱老年人的社会参与和权利实现。健康信息贫困使老年人在医疗服务、医保政策、公共卫生项目和数字政务服务面前更依赖他人，降低了其自主性和尊严感。长远看，这种依赖还可能强化老年群体在数字社会中的边缘地位。

四、治理路径：从信息供给到能力建设

第一，建设面向农村老年人的权威健康信息公共供给体系。政府部门、基层医疗机构和公共卫生组织应以老年常见病、慢性病、医保政策、就医流程、用药安全和突发公共卫生风险为重点，形成简明、稳定、可重复访问的信息产品。信息内容应避免单纯文件化和口号化，更多采用问答式、图示化、案例化和方言化表达。

第二，强化基层医疗机构的健康信息解释功能。村医、家庭医生团队和乡镇卫生院应成为农村老年人健康信息支持的核心节点。可通过定期培训、标准化宣教材料、慢病随访工具和数字辅助系统，提升基层医务人员解释检查报告、指导用药、识别谣言和转介服务的能力。同时，应将健康信息服务纳入基层公共卫生绩效评价，避免其成为额外的无偿负担。

第三，推进数字健康服务适老化与线下兜底并重。数字平台应在界面设计、身份认证、语音交互、亲情代办、线下打印和人工服务方面降低门槛。对于挂号、缴费、医保报销和报告查询等关键流程，应保留线下窗口和人工协助，不能以数字化效率替代老年人的基本服务可及。

第四，构建家庭、社区与互助组织共同参与的信息支持网络。农村老年人的健康信息需求具有日常性和连续性，单靠医院或子女都难以完全满足。村委会、老年协会、志愿者、驻村干部和社会工作者可以通过健康课堂、互助小组、手机使用陪伴、慢病管理提醒等方式，补足家庭支持不足。尤其要关注独居、空巢、失能、低收入和高龄老年人。

第五，提升农村老年人的健康信息能力。健康教育不应停留在单向灌输，而应围绕真实生活场景开展，例如如何阅读体检报告、如何判断健康谣言、如何安全购药、如何使用医保电子凭证、如何向医生提问、如何记录血压血糖。通过任务化、情境化和反复练习，帮助老年人形成可迁移

的健康信息能力。

五、结语

（一）讨论：健康信息公平的理论与政策意涵

从理论层面看，健康信息贫困是信息贫困、健康素养不足和数字不平等交织形成的复合现象。它既体现资源分配问题，也体现能力转化问题；既发生在个体层面，也发生在家庭、社区、平台和制度层面。因此，研究者不宜将其简化为老年人个人能力不足，而应将其置于乡村社会转型、公共服务均等化和数字治理变迁的宏观背景中理解。

从政策层面看，数字乡村建设和智慧医疗建设必须嵌入适老化、公平性和可解释性原则。对于农村老年人而言，最需要的并不总是更多平台、更多入口和更多信息，而是更清楚的路径、更可信的来源、更耐心的解释和更稳定的陪伴。健康信息治理的目标，应从“信息发布到达率”转向“信息有效使用率”和“健康结果改善度”。

（二）结论

农村地区老年人健康信息贫困是我国老龄化、数字化和城乡发展不均衡背景下值得重视的公共问题。它表现为渠道受限、理解困难、甄别不足、应用断裂和数字排斥，生成于信息供给、基层服务、家庭支持、平台逻辑和制度安排的多重作用之中。其后果不仅影响个体健康行为和医疗选择，也关乎农村老年人的社会参与、权益实现和晚年尊严。

破解这一问题，需要超越单纯技术赋能或个体教育的思路，建立以公共责任为基础、以基层组织为支点、以家庭社区为网络、以数字适老化为保障的综合治理体系。只有让健康信息真正变得可获得、可理解、可信任、可行动，农村老年人才可能在健康中国和数字中国建设中获得更加公平而有尊严的位置。

参考文献：

- [1] Chatman E A. The impoverished life-world of outsiders[J]. Journal of the American Society for Information Science, 1996, 47(3): 193-206.
- [2] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies[J]. Health Promotion International, 2000, 15(3): 259-267.
- [3] Norman C D, Skinner H A. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world[J]. Journal of Medical Internet Research, 2006, 8(2): e9.
- [4] van Dijk J A G M. The Deepening Divide: Inequality in the Information Society[M]. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.
- [5] Lloyd A. Information literacy landscapes: information literacy in education, workplace and everyday contexts[M]. Oxford: Chandos Publishing, 2010.
- [6] 中共中央、国务院. “健康中国 2030”规划纲要[Z]. 2016.
- [7] 国务院. “十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划[Z]. 2021.
- [8] 国家卫生健康委员会. 健康中国行动（2019—2030 年）[Z]. 2019.
- [9] 中国互联网络信息中心. 中国互联网络发展状况统计报告[R]. 北京：中国互联网络信息中心.
- [10] 费孝通. 乡土中国[M]. 北京：北京大学出版社，1998.
- [11] 风笑天. 社会研究方法[M]. 北京：中国人民大学出版社，2018.
- [12] 李培林，陈光金，张翼. 中国社会状况综合调查研究报告[M]. 北京：社会科学文献出版社.

A Study on the Issue of Health Information Poverty Among the Elderly in Rural Areas

LI Keqiang¹, LI Zhibo^{2*}

(1. Ningbo University of Finance & Economics, Ningbo, Zhejiang 315175, China; 2. Yunnan Minzu University, Kunming, Yunnan 650504, China)

Abstract: Against the backdrop of actively addressing population aging and the convergence of the Healthy China initiative and digital rural development, health information has become a crucial resource for the elderly to identify disease risks, access medical services, engage in self-care, and safeguard their health rights. However, the rural elderly population still faces structural constraints in acquiring, understanding, identifying, transforming, and using health information, resulting in health information poverty characterized by a combination of age, geographical location, technology, and institutional factors. Based on theories of information poverty, health literacy, and digital inequality, this paper constructs an analytical framework of "resource accessibility—capacity transformation—contextual support—outcome feedback" to systematically reveal the main manifestations, generation mechanisms, and governance pathways of health information poverty among the rural elderly. The study argues that health information poverty among the rural elderly is not simply caused by low levels of education or insufficient use of smart devices, but rather by a complex poverty shaped by insufficient age-appropriate health information supply, weak rural public services, unstable intergenerational family support, limited grassroots medical dissemination capabilities, and the commercialization logic of digital platforms. The consequences not only weaken the elderly's health decision-making abilities but may also exacerbate disease delays, misallocation of medical resources, health anxiety, and social exclusion. Solving this problem requires concerted efforts from various levels, including public information supply, grassroots health communication, digital aging-friendly transformation, family and community support networks, and health information governance systems, to help rural elderly people move from "being able to access information" to "being able to understand information, trust information, and use information effectively."

Keywords: rural elderly; health information poverty; health literacy; grassroots governance