

生命视角下城市孤寡老人生命质量提升的个案研究

杨乐乐

北京建筑大学人文与社会科学学院，北京

收稿日期：2025年9月8日；录用日期：2025年10月15日；发布日期：2025年10月28日

摘要

随着我国城市化进程加快和社会老龄化程度加深，城市孤寡老人数量不断增加。他们因家庭支持缺失、健康风险高、社会支持弱，生命质量问题突出。因此，本研究以北京市Q社区孤寡老人M为社会工作个案服务对象，依托生态系统理论为分析框架，通过访谈法和观察法收集数据，从而系统探讨影响其生命质量，探究其生命质量的多重机制、介入路径及成效。研究发现，微观层面，家庭支持缺位与慢病共病交织，引发生理心理双重衰退；中观层面，社区服务被动、住院床位紧张、护工专业参差，造成照护碎片化；宏观层面，养老与医保政策缺乏专项设计，孝道文化弱化进一步削弱非正式支持。在M老人社会工作个案介入阶段，通过构建“个体赋能-医社养联动-照护优化”路径，从而有效减少住院等待期、提升医疗体验、筑牢安全感，进而多维度改善M老人的生命质量。研究结论表明，城市孤寡老人生命质量提升需突破单一系统干预局限，构建“微观个体支持-中观主体协同-宏观制度保障”的整合体系，为构建城市孤寡老人精准、可持续的支持系统提供了有益的探索与启示。

关键词

孤寡老人，生命质量，生态系统理论

A Case Study on Improving the Quality of Life of Urban Lonely Elders from the Perspective of Life

Lele Yang

College of Humanities and Social Sciences, Beijing University of Civil Engineering and Architecture, Beijing

Received: September 8, 2025; accepted: October 15, 2025; published: October 28, 2025

Abstract

With the accelerating urbanization process and the deepening degree of social aging in China, the number of urban elderly people living alone has been on the rise. Due to the lack of family support, high health risks, and weak social support, the issue of their quality of life has become particularly prominent. Therefore, this study takes the elderly individual M, who lives alone in Community Q of Beijing, as the subject of social work case services. Relying on the ecosystem theory as the analytical framework, data is collected through interview and observation methods. This aims to systematically explore the factors influencing their quality of life, and to delve into the multiple mechanisms, intervention paths, and effectiveness regarding their quality of life. The research reveals that at the micro level, the absence of family support, intertwined with the coexistence of multiple chronic diseases, triggers a dual decline in both physical and mental health. At the meso level, passive community services, a shortage of hospital beds, and inconsistent professional standards among caregivers result in fragmented care. At the macro level, the lack of specialized designs in elderly care and medical insurance policies, along with the weakening of the traditional filial piety culture, further undermines informal support. During the social work case intervention phase for Elderly M, by establishing a path of “individual empowerment—medical-social-elderly care linkage—care optimization”, the waiting period for hospitalization has been effectively shortened, the medical experience has been enhanced, and a sense of security has been strengthened. As a result, Elderly M’s quality of life has been improved in multiple dimensions. The research findings suggest that enhancing the quality of life of urban elderly people living alone requires transcending the limitations of single-system interventions. It is necessary to construct an integrated system of “micro-level individual support—meso-level stakeholder collaboration—macro-level institutional assurance”, which provides valuable exploration and inspiration for the establishment of a precise and sustainable support system for urban elderly people living alone.

Keywords

Lonely Elderly, Quality of Life, Ecosystem Theory

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

1. 引言

随着我国城市化进程的不断加快，我国社会老龄化程度也愈发加深，截至 2023 年末，全国 60 周岁及以上老年人口 29697 万人，占总人口的 21.1% [1]，相较于 2022 年上涨 1.3%，而城市孤寡老人的数量也在不断增长。这些老人大多面临着经济困难、健康问题以及社会支持的不足等问题，这使得他们的生命质量受到严重影响。城市孤寡老人作为社会中的特殊群体，其生命质量直接反映了社会的文明程度和福利水平。根据《中华人民共和国老年人权益保障法》的相关规定，老年人的权益应当得到全社会的尊重和保障。然而，在实际操作中，城市孤寡老人常常被边缘化，他们的需求和困境未能得到充分的关注和解决。尤其是在快速城市化和经济转型的背景下，家庭结构的变化和人口流动的加剧，使得传统的家庭养老功能逐渐弱化，孤寡老人的养老问题更加突出。

城市孤寡老人的问题不仅仅是一个家庭问题，更是一个社会问题。随着城市化进程的加快，越来越多的年轻人离开家乡，前往城市寻求更好的发展机会，导致农村和城市中的孤寡老人数量不断增加。这

些老人不仅缺乏家庭成员的陪伴和照顾，还面临着生活上的诸多困难，如经济来源不稳定、医疗保障不足、精神孤独等。因此，如何提升城市孤寡老人的生命质量，探讨如何改善他们的生活状况，具有重要的社会意义和现实紧迫性。

对城市孤寡老人生命质量的研究，不仅有助于了解这一群体的真实生活状态，为政府和社会组织制定相关政策提供科学依据，还能够寻求解决方案，为政府、社区、社会组织等提供有针对性的建议，从而更好地保障老年人的权益，提高他们的生命质量。通过对 Q 社区 M 老人的社会工作个案分析，可以深入理解孤寡老人在实际生活中遇到的具体问题和挑战，为制定更加精准和有效的帮扶措施提供参考。同时，这一研究也有助于推动社会对孤寡老人问题的关注，促进社会各界共同努力，为孤寡老人创造更加温馨与和谐的生活环境。

2. 文献综述

孤寡老人是指没有配偶且子女不在身边，生活中缺少亲人照料的老人，他们会面临多方面的困难，涉及经济、健康、社会支持等多个方面。首先，在经济状况与收入方面，孤寡老人的收入普遍低于非孤寡老人，并且，有一部分老人也并未纳入低保范畴，这导致他们在医疗保健方面受到严重影响，同时，较差的居住环境和卫生条件，也加剧了他们的健康问题[2][3]。有研究表明，独居老人在多维健康评价中遭遇最严重的问题之一是情绪抑郁[4]。孤寡老人普遍面临精神慰藉匮乏的问题，这主要是由于长期独自生活，缺乏家人陪伴和同龄人支持，生活娱乐方式单一，导致心理问题凸显，如孤独感和抑郁情绪[5]。

生命质量(Quality Of Life, QOL)是一个多维度的概念，它不仅包括个体的身体健康状况，还涵盖心理健康、社会适应能力以及对生活的满意度等多个方面。世界卫生组织(WHO)将生命质量定义为个体在其所处的文化与价值体系中对自身生活状态的体验，这种体验涉及个人对生活的满意度、幸福感和自我实现的程度[6][8]。生命质量是一个多维度的概念，受到多种社会经济因素的影响。研究表明，社会经济地位、健康状况、社会支持、文化背景等都对个体的生命质量有显著影响。社会经济地位是影响生命质量的重要因素之一。根据研究，社会阶层较低的个体往往面临较差的生命质量，社会经济地位较低的群体，其躯体健康和心理健康得分均较低，尤其是在慢性病患率和年龄的影响下，这一趋势更加明显。此外，研究还表明，社会经济地位对城市居民的生命质量有显著影响，社会阶层越低，生命质量越差[9]。健康状况是生命质量的核心组成部分。慢性病、残疾和心理健康问题都会对个体的生命质量产生显著的负面影响。根据研究，慢性病的发生率是影响城市居民躯体健康的主要因素，而心理健康问题则对精神健康有显著影响。社会支持是生命质量的重要保障。良好的社会支持网络可以提供情感支持和实际帮助，有助于提高个体的生命质量[10]。文化背景在生命质量的定义和评估中扮演着至关重要的角色。研究表明，文化影响个体对生命质量的感知，不同文化背景下的人们对生命质量的不同领域可能有不同的重视程度[11]。

影响老年人生命质量的因素包括生理健康与慢性病、心理健康、社会支持、养老模式等方面。老年人的生理健康直接影响其生命质量，常见慢性病如高血压、糖尿病和心脏病是主要影响因素，慢性病的种类和严重程度与生命质量呈负相关关系[12]-[14]。关于孤寡老人的生命质量和健康状况除了要关注生理健康方面的问题，还要密切关注其心理健康问题以及提供更多的社会支持和帮助，从多维度、多视角出发研究。研究表明，独居老人在情绪抑郁方面的问题尤为突出，这与其缺乏社会交往和情感支持密切相关[4]。不同的养老模式对老年人的生命质量产生显著影响，社区养老作为一种补充形式，通过提供社交活动和健康监测，能够在一定程度上弥补家庭养老的不足，尤其是在子女无法常伴左右时，社区的支持可以有效地提升老年人的幸福感和生命质量。社区养老服务设施可以通过改善老年人身体健康和心理健康提升其主观福利，并且前者发挥的中介作用更加明显[15][16]。

提升独居与空巢老人生命质量，可构建“心理-社区-制度”三级干预体系：首先，以心理干预降

低孤独感,通过专业心理辅导与情感支持显著改善生命质量[17];其次,依托社区织密支持网络,组织志愿者结对提供日常照料与精神慰藉,并由社区护士定期随访、健康宣教,以提升健康行为与日常生活能力[18][19];同时,激活社会参与,鼓励老人参加社区文化娱乐、构建和谐邻里,并推广“互助养老”,动员低龄健康老人“你助我助”,形成良性循环[18][20];最后,政府应将独居老人纳入基本养老服务清单,优先兜底经济困难与失能高龄群体,完善医疗、安全照护等基础设施与社区服务设施[21][22],以制度保障实现生命质量的整体跃升。

综上所述,孤寡老人面临多重生活挑战,尤其在经济、健康和社会支持方面。他们的收入普遍较低,医疗保障不足,居住环境差,这些问题共同加剧了他们的健康问题,特别是心理健康,如情绪抑郁和孤独感。生命质量(QOL)是多维度的,受社会经济地位、健康状况、社会支持和文化背景的影响。研究表明,社会经济地位低的群体生命质量较差,尤其是慢性病患者和心理健康问题患者。社会支持对提高生命质量至关重要,而文化背景则影响个体对生命质量的感知。孤寡老人的生命质量受到生理健康、心理健康、社会支持和养老模式的影响,其中社区养老在提供社交活动和健康监测方面发挥着重要作用,有助于提升他们的幸福感和生命质量。因此,通过构建“心理-社区-制度”三级干预体系可有效提升城市孤寡老人的生命质量。这为理解孤寡老人的困境及其生命质量提供了全面的视角,并通过多维度分析,揭示了提高孤寡老人生命质量的可能途径。文献的研究对于制定相关社会政策和养老服务具有重要参考价值。

3. 分析框架与研究方法

3.1. 基于生态系统理论对 M 老人基本情况及生命质量的分析

生态系统理论是在 20 世纪 70 年代由 Bronfenbrenner 提出,最初是用来克服早期遗传决定论和环境决定论的局限性。它认为个体的发展受其所处的周围环境的影响,并将个体所处环境视作一系列相互嵌套的系统,各系统彼此关联且协同作用[23]。生态系统理论将我们所处的环境分为三部分,分别为微观系统、中观系统和宏观系统,三者之间相互联系相互影响。微观系统处于核心位置,是个体直接接触、频繁互动的近身环境,主要包括家庭、朋友和社区等;中观系统是介于微观系统和宏观系统之间,包括社区、社会组织、机构等;宏观系统则是指个体所处社会的制度体系,包括政策法规、社会价值观、文化传统等。除此之外, Bronfenbrenner 在原有系统上加入了时间系统,是指随着时间的推移,个体和环境都会发生变化、而这些变化都会对个体产生一定的影响[24]。本研究采用生态系统理论框架对 M 老人进行分析。

以下为 M 老人的生态系统基本介绍及本人的生态系统图。

M, 男性, 63 岁, 系某国有企业退休职工。其家庭支持网络完全缺失, 父母均已离世, 本人未婚且无子女, 亦无其他亲友可依赖。健康状况方面, M 老人常年罹患糖尿病, 且伴随心衰、肾衰等严重并发症, 身体机能持续衰退。退休后, M 老人返回 Q 社区独自居住; 独居期间, 其在家中意外摔倒, 3 天后才被邻居发现, 后在邻居协助下拨打 120 被送往医院救治, 医院随即与 Q 社区居委会取得联系, 同步衔接后续照护事宜。出院后, 因 M 老人无法站立、生活完全难以自理, 为保障其基本生活, 在 Q 社区居委会的担保协调下, M 老人得以入住 Q 养老院, 目前处于半失能状态, 日常起居需依赖养老院提供的基础照料服务。

(1) 微观系统

生理与心理层面: 生理层面, 糖尿病伴严重并发症 + 半失能, 直接导致部分自理能力丧失——日常穿衣、进食、如厕需依赖他人, 更无法独立前往医院完成定期抽腹水、透析等治疗, 生理维度的生命质量陷入极低水平; 心理层面, 沉默寡言, 不善与人沟通交流, 产生强烈的抗拒就医心理。

家庭支持完全缺失: 家庭是微观系统中最关键的支持载体, 但 M 老人“未婚无子女、父母去世、亲属无存”的状况, 导致家庭支持系统彻底断裂; 生活照料上, 无家人日常监测, 无法及时规避意外风险,

间接增加生理安全风险；情感支持上，无家人陪伴导致孤独感加剧，进一步降低其配合治疗、改善生活的动力(图 1)。

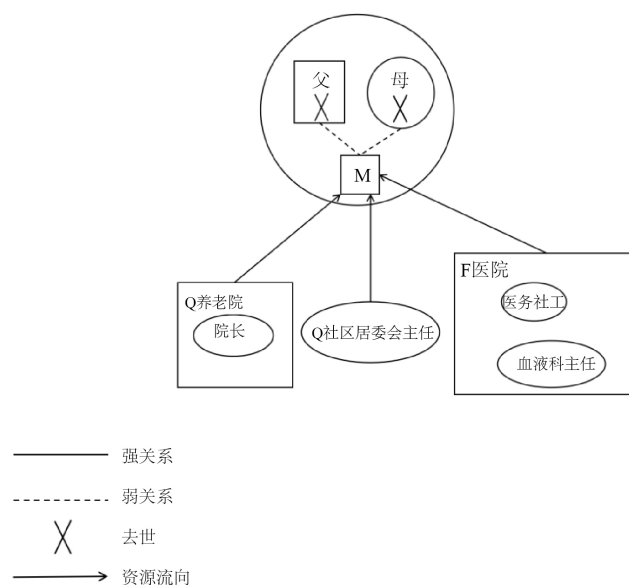


Figure 1. The ecosystem diagram of the service object
图 1. 服务对象的生态系统图

(2) 中观系统

社区服务：社区是 M 老人独居阶段的核心中观支持主体，但服务存在“被动性、滞后性”缺陷：日常监测缺失，使其未能建立针对孤寡老人的“定期探访、电话问询”制度，无法及时识别 M 老人独居期间的安全风险，导致 M 老人独居时摔倒 3 天后才被邻居发现。

养老院照料：养老院是 M 老人出院后的核心居所，尽管养老院的“生活照料”功能可满足基础需求，但缺乏医疗照料能力，需依赖外部医疗机构；而转诊衔接机制缺失，导致 M 老人没办法立刻住进医院，只能在急诊科就诊。

社交支持层面：社区与养老院均未针对孤寡老人的情感需求设计个性化社交服务，既无老年兴趣小组、同辈交流活动等社交场景供给，也无专业心理咨询服务与志愿者结对陪伴机制，使其进一步加剧其心理孤独感与对外部支持的不信任感。

(3) 宏观系统

医疗政策与资源分配：医疗资源分配的结构性失衡与慢性病管理政策的不完善，直接加剧了 M 老人的就医难；基层医疗与三级医院的转诊绿色通道未建立，社区卫生服务中心缺乏专业设备与人员，使 M 老人无法在社区完成基础治疗，进一步增加其对大医院的依赖，而大医院资源紧张又反向加剧就医困境。

养老保障与经济政策：宏观政策对孤寡老人的“针对性支持缺失”，养老金政策未设立“半失能孤寡老人护理补贴、医疗救助补贴”，导致 M 老人仅靠退休金难以覆盖日常照料与高额医疗支出，经济压力持续增大，使其在医疗选择上受限、在生活照料上妥协。

(4) 时间系统

M 老人的生命历程与我国城市化、老龄化及养老制度变迁高度交织，共同塑造其当前困境，具体可分为三个阶段：

阶段一：工作时期。此阶段 M 老人作为国企职工，依托“单位制”获得稳定收入与基础医疗保障，家庭支持缺失的问题被“单位集体生活”部分掩盖——工作中的同事互动填补了部分情感需求，单位医务室可解决基础健康问题，使其未显现明显困境；阶段二：退休初期。M 老人返回 Q 社区独居，此时社区养老服务仍处于“零散化”阶段，而传统家庭养老功能弱化，使其逐渐陷入“无人监测、无人照料”的状态，糖尿病也在此阶段逐渐发展为伴随心衰、肾衰的并发症，健康基础持续恶化。阶段三：半失能期。M 老人进入半失能状态，对外部支持的需求急剧升级，但各系统支持能力未同步调整。这一阶段充分体现时间系统的累积效应——个体生命史中的“支持缺失”与社会变迁中的“服务滞后”相互作用，最终将 M 老人推向生命质量较低水平。

3.2. 研究方法

本研究主要采用的研究方法为访谈法和观察法，通过访谈 M 老人、社区工作人员、养老院的院长和护工、医生等不同群体人员，以全面了解 M 老人的生活状态和所面对的问题；观察则主要通过实地走访和观察 M 老人的日常生活，了解其实际生活状态和环境。通过这些方法，我们可以全方位反映 M 老人的生命质量，并为后续开展介入提供针对性的路径(表 1)。

Table 1. Interviewees
表 1. 访谈对象

编号	名称	备注
A1	养老院长	
A2	Q 社区主任	M 老人所属社区，为意定监护人
A3	血液科主任	M 老人所透析的科室
A4	肿瘤科护工	隶属于第三方服务公司，从事护工十年
A5	医务社工	F 医院常驻医务社工
A6	肿瘤科护工	隶属与第三方服务公司，从事社工七年
A7	M 老人	63 岁，半失能状态，现居住于养老院。患有糖尿病伴随多种并发症，需定期前往医院透析

4. 影响 M 老人生命质量的因素分析

4.1. 社会支持网络薄弱

对于城市孤寡老人而言，社会支持网络的缺乏是导致生命质量下降的主要原因之一。没有家庭的支持，老人的情感需求难以得到满足，同时，缺乏社区和朋友的支持，使得他们在面对生活困难时感到无助。在与老人和养老院相关人员访谈过程中，了解到老人在工作期间，较多的社交网络是与同事间的沟通交流，在退休之后孤寡老，更多的独自一人生活，较少与他人联系，在独居生活期间，老人也表示在有些时候会感到孤独。由于社交圈狭小，容易感到孤独和抑郁，这些负面情绪严重影响他们的身心健康和生命质量。根据社会支持理论，社会支持网络可以提供物质帮助、情感慰藉和信息交流等多种形式的支持，对于改善城市孤寡老人的生命质量具有关键作用。

社会支持网络的缺乏不仅影响孤寡老人的情感需求，还会影响他们的身体健康和心理健康。缺乏情感支持，老人会感到孤独和抑郁，情绪状态较差，进而影响身体健康。缺乏物质支持，受居住环境的影响，老人常常面临意外风险，难以应对生活中的各种困难。就 M 老人而言，在家中意外摔倒之后三天才

被邻居发现,可以证明物质环境对于生命质量的影响。缺乏信息支持,老人难以获取必要的信息和资源,无法有效应对生活中的挑战。因此,建立和完善社会支持网络,对于提升城市孤寡老人的生命质量至关重要。

4.2. 中观层面

4.2.1. 住院难

尽管北京市医疗资源总量丰富,但优质医疗资源区域间配置不均衡问题仍然突出,优质医疗资源主要集中在首都功能核心区[25],就 M 社区所属地理位置而言,虽然其位于首都核心功能区,离社区最近的医院为一所三级医院,但由于医院诊疗压力较大,因此也会面临就医难的情况。当前北京市医院编制床位 136,974 张,实有 130,831 张,每千人口编制床位 6.87 张,每千人 6.35 张[26],可见其床位及其紧张。由于 M 老人需要定期去住院,因此每次都需要提前预约好下次就医的时间,一旦病情突发急需住院时,则很难实现能够立刻住院,常需在急诊室长时间等待床位,以至于前两次就诊, M 老人则都在急诊室进行治疗。尽管老人所属的 X 区有多家医院可供选择,但是,一部分医院为二级及以下医院,医疗服务质量不高;另一方面,尽管区内有三甲医院,但是路程较远,且患者流量较大,住院更为困难,因此 F 医院为 M 老人常驻医院。但是 F 医院急诊治疗区域较小,急诊床位一部分放置在急诊过道,以至于老人只能在过道住院进行治疗,而过道周围嘈杂环境、位于风口出及其容易感冒、频繁人员流动,并且床位位于抢救室门口,这样的环境不仅不利于休息恢复,增加交叉感染风险,同时还容易造成较大的心理压力,对其心理健康产生不利影响。

“M 很想住进病房,我们每次去挂号的时候要不是让我们等几天,要不就是直接去急诊,但是他的病情不能耽误啊,所以我们只能带他去急诊了。” (A1)

“我们这几次送医院,都是住在急诊楼道里。在那里一住就是四五天,这也让他特别不满意,在这种环境之下也不好吃饭,状态也不好。以至于他很不愿意去医院,只有当他觉得不行了,他才会说‘我难受得不行了’,我们就只能叫 120 给他送医院急诊了。” (A2)

“前年差不多三月份开始陆续住院,只有前两次住进科室,后面都是在急诊。” (A7)

“目前我们科室的病房是满的,如果安排住院,可以需要等几天;其次就是老人目前情况很特殊,一旦之后老人病情恶化,需要进行有创抢救时,谁来负责做担保,签署知情同意书?” (A3)

4.2.2. 护工照护质量缺乏保障

根据访谈和观察,了解到包括 F 医院在内的北京市的综合医院护工皆为第三方机构介入,因此,当前医院护工队伍质量难以保证,出现质量参差不齐的问题,这主要表现在以下几个方面:专业培训不足:部分护工可能没有接受过系统的护理培训,或者培训内容不够全面,导致他们在实际操作中缺乏必要的专业知识和技能;服务质量不一:由于护工的专业水平和经验差异,提供的服务质量可能会有很大差别,一些护工可能能够提供高质量的护理服务,而另一些则可能无法满足患者的需求;管理不规范:在一些医疗机构中,护工的管理可能不够规范,缺乏明确的职责划分和监督机制,导致服务质量难以保证。

“上次的护工真的不太行,他们好多东西都没有培训到位,把我当练手。该手轻的时候他就手重,缺少一些护理常识。” (A7)

“尽管我们上岗前都会做一些培训,但是最开始做护工的时候,还是缺少经验,有时候很难把握这个‘度’,这也是做的时间久了才慢慢练出来了。” (A4)

4.2.3. 社区支持系统被动与缺位

缺乏相应的服务管理机制。据了解,部分社区缺乏对孤寡老人的服务管理机制,缺乏系统的需求评

估体系。当前，社区大多仅通过简单日常走访、偶尔询问来了解孤寡老人需求，缺乏科学、全面量化工具与深入调查流程。对于有亲属的孤寡老人，社区大部分情况下仅是知晓其情况，只有对于像 M 老人以下无子女、无亲属的这种及其特殊的情况，社区才会对其进行服务和管理。

“M 老人是前年退休才回来社区的，因为咱们社区像他这种情况之前也没有，平时我们会过年过节去看望一些高龄独居老人，但咱们社区像他这种情况之前也没有，也是第一次他住院之后 F 医院给我打电话说他病危，我才了解到他的情况。出院之后也是由社区做担保才顺利入住养老院的。” (A1)

资金短缺。资金短缺是制约社区为孤寡老人提供优质服务的关键瓶颈。一方面，政府资金投入有限，尽管近年来对养老服务重视程度提升，财政有所倾斜，但在社区养老设施建设、服务项目开展等细分领域，资金仍显不足。社会资金引入困难重重，社区缺乏有效的招商引资策略与渠道，未能充分挖掘社会力量参与养老服务潜力。由于公益慈善组织捐赠资金流向分散，导致社区难以争取到足额、稳定资金用于孤寡老人专项服务，使得社区在改善服务设施、扩充服务人员、优化服务内容等方面力不从心，无法为孤寡老人构建全方位、高品质服务体系，保障其晚年生命质量。

专业人员匮乏。薪酬待遇低、职业发展空间狭窄是造成人员流失、招聘困难的主因。社区养老服务岗位薪资水平远低于医院、高端养老机构，工作强度却不小，像照顾失能老人需日夜值守、随时应对突发状况。同时，岗位晋升渠道不明晰，工作人员缺乏成长激励，致使专业人才不愿来、留不住。以 Q 社区养老院为例，目前养老院内缺乏稳定的专职社工，只有护工和医务人员的配置，而且医护人员占比较少，并且没有处方权，因此医疗资源仅能够应对简单、普通的疾病，对于危重情况还是要送到就近医院治疗，像一些处方药还是需要到医院购买。

4.3. 宏观层面

社会保障体系的不完善也是影响城市孤寡老人生命质量的重要因素。尽管我国的社会保障制度在不断完善，但针对老年人的医疗保障、养老保障和社会救助等方面仍存在一些不足。例如，部分孤寡老人由于收入有限，难以承担高额的医疗费用，导致他们在患病时无法得到及时有效的治疗，从而影响了他们的身体健康和生命质量。此外，社会救助的覆盖面和力度也有限，无法为所有需要帮助的孤寡老人提供充分的支持。

文化观念的转变也在一定程度上影响了城市孤寡老人的生命质量。随着社会的发展，人们的价值观念和生活方式发生了变化，传统的孝道观念逐渐被淡化。一些子女可能因为工作繁忙、生活压力大等原因，无法给予父母足够的关心和陪伴，甚至忽视了老年人的精神需求和情感交流。这种文化观念的转变使得孤寡老人在家庭中感受到的孤独和被忽视，进一步加剧了他们的心理问题，如孤独感、抑郁等，从而影响了他们的生命质量。

5. M 老人社会工作个案介入：构建全方位支持网络

5.1. 个体赋能与支持强化

在个体赋能层面，社会工作者以专业个案服务为核心载体，针对 M 老人的心理困境开展精准化干预。考虑到老人因家庭支持缺失、就医体验不佳积累的孤独感、恐惧感及消极情绪，社工建立定期上门服务机制：通过运用专业实务技巧体系，以耐心倾听接纳老人对住院不适、独居无助的倾诉，以尊重其生命经历的共情回应化解抵触心理，以个别化服务设计贴合需求。在群体支持强化层面，社会工作者结合养老院老人的共性特征，设计并实施抗衰弱小组活动，通过手工、手指操等形式，一方面预防和缓解认知功能衰退，另一方面为 M 老人及其他老人创造一个互动交流的平台，促进彼此间的情感支持，减轻孤独

感，改善整体精神面貌。

5.2. 建立“医社养联动”机制

提供意定监护与决策支持。在法律框架下，协助 M 老人与社区居委会签订意定监护协议，明确由社区作为其意定监护人，负责在老人无法自主决定时，履行医疗决策、签署知情同意书等法定职责，为医疗过程提供制度保障，全面负责老人医疗决策相关事宜，包括签署医疗知情同意书、抢救同意书等关键文件，确保医疗流程合法合规且符合老人意愿。

搭建就医绿色通道。充分激活医院社会工作部的协同作用，建立“社区－医院社工”快速响应通道：当 M 老人产生住院需求时，社区或养老院可第一时间联系医务社工，由社工提前为老人完成挂号预约、就诊排期，并主动与医院所属科室主任沟通，同步说明老人的健康状况、基础疾病及特殊照护需求，推动医院优先安排床位，缩短老人住院等待周期。

陪诊与转运服务。社工部发挥桥梁中介的作用，鼓励多方主体合作，将社区与辖区内医院建立紧密联系，链接志愿者、企业等资源，开展送医服务，培训专业的送医陪伴志愿者，熟悉急救知识与流程，在送医途中给予老人必要照料与心理安抚。当 M 老人产生住院需求时，养老院会提前与医务社工建立对接，明确老人的入院时间与需求；医务社工随即联系专属陪诊志愿者，协调志愿者于入院当日前往养老院接送 M 老人至医院，确保入院流程衔接顺畅；待 M 老人完成治疗需出院时，再由该志愿者负责返程护送，将老人安全送回养老院。

5.3. 优化专业照护与服务衔接

在 M 老人住院过程中，社区与养老院作为共同责任主体，分工协作落实老人住院期间的需求响应与出院衔接工作。入院后，优先筛选资历深厚、经验丰富的护工负责老人日常看护，保障其住院期间的照料质量；同时，养老院与院长建立定期沟通机制，协调增加养老院工作人员对老人的住院看望频次，通过持续的情感陪伴与熟悉照护者的关怀，有效缓解老人面对陌生医疗环境的孤独感与焦虑感，降低其心理层面的不安全感。

6. M 老人社会工作个案介入成效

6.1. 住院流程优化，缩短等待时间

通过“医社联动”机制，建立“医－社－养”绿色通道，由社区作为意定监护人提供医疗决策担保，并由医务社工提前与科室沟通协调，M 老人的住院流程得以极大简化，当 M 老人有住院治疗需求时，通过以上机制，老人在 2 天后顺利入院治疗，其住院等待时间明显缩短，避免了长期的急诊滞留，能够及时入住专科病房接受规范治疗，医疗需求得到了有效且及时的响应。

6.2. 照护质量提升，尊严感增强

通过优先链接经验丰富的护工并提供其病情信息与照护要点，M 老人获得的照护专业性显著增强。照护者更知悉其需求和脆弱点，操作更为轻柔、专业。这不仅减少了其身体上的痛苦，更让他感受到了被尊重和理解，医疗体验的舒适度和尊严感得到实质性提升，对治疗的抗拒情绪也随之减弱。这一积极变化直接反映在老人的治疗态度上：此前因“照护体验差”产生的就医抗拒情绪显著减弱，社工入院探访时，老人多次出现面带笑容的主动交流行为，情绪状态明显好转；在后续治疗中，老人不仅能配合完成透析、抽腹水等核心医疗流程，还会主动向医生反馈身体感受，从“抵触治疗”转向“主动参与治疗”，照护质量的优化与尊严感的重塑形成了正向反馈循环。

6.3. 社区支持转向主动，安全感筑牢

社区构建了常态化探访机制，由社工、社区工作者定期前往养老院看望老人，动态掌握其健康状况与需求，使其在日常生活中感受到了来自社区的实质性关怀与支持。这种从“无人问津”到“有人牵挂”的转变，极大地增强了 M 老人的心理安全感和社区归属感，筑牢了其晚年生活的安全底线。

7. 研究总结

7.1. 研究结论

本研究以生态系统理论为分析框架，通过对 Q 社区 M 老人的深入进行社会工作个案研究，系统剖析了影响城市孤寡老人生命质量的多层次因素。研究发现，M 老人的生命质量困境源于微观、中观、宏观系统之间的互动失衡及其在时间维度上的累积效应。

在微观层面，家庭支持系统的完全缺失使老人面临情感孤独和照护真空的双重压力，加之其自身的多重疾病与半失能状态，导致生理和心理健康状况持续恶化。中观层面呈现出明显的“服务碎片化”特征：医疗系统中住院床位紧张导致老人长期滞留急诊环境，第三方护工队伍专业性参差不齐降低了照护质量，社区支持系统则因缺乏主动监测机制而无法及时响应老人需求。宏观层面上，现行政策对孤寡老人群体的针对性支持不足，医疗保障与养老保障体系间的衔接不畅，难以为此类特殊群体提供制度化保障。

针对上述问题，本研究通过建立“医社养”联动机制，采用意定监护模式解决医疗决策难题，搭建就医绿色通道缓解住院难问题，优化照护服务流程提升护理质量，同时强化社区主动支持网络。介入实践表明，这些措施显著改善了老人的医疗体验、照护质量和心理安全感，证明了介入策略的有效性。

7.2. 研究不足

尽管研究取得了一定成果，但仍存在以下不足：：本研究仅聚焦北京市 Q 社区 M 老人 1 个个案，单一个案的特殊性难以全面映射所有城市孤寡老人的真实情况；研究方法主要依靠访谈与观察，主观性较强，可能影响数据的客观性与准确性；研究集中于北京市 Q 社区，地域特色明显，未能广泛覆盖不同地区可能存在的独特问题和挑战，限制了研究结论的普遍适用性；介入层面，现有介入措施更多聚焦“微观个体赋能”与“中观主体联动”，但对社区与宏观层面的针对性设计明显缺位。总体而言，本研究为改善城市孤寡老人生命质量提供了理论框架和实践方向，但未来可采用多案例比较研究，选取不同地域、不同类型的案例，对比分析各案例的生命质量制约因素与介入路径差异，提炼共性规律；或开展小范围准实验研究，在同类社区选取条件相似的孤寡老人群体，分为干预组与对照组，通过 1~2 年的长期追踪，运用量化量表测量两组差异，验证介入模式的有效性与因果关系。

7.3. 提升城市孤寡老人生命质量的路径优化

7.3.1. 完善社区对孤寡老人的服务机制

社区应建立健全孤寡老人服务需求评估机制，定期运用科学量化工具，如问卷调查、实地家访、健康测评等，精准洞察老人身体、心理、社交等需求变化，为每个孤寡老人建档立卡，提供个性化服务。完善服务规划与执行体系，依据评估结果，量身定制涵盖医疗、照料、精神慰藉等多元服务方案，明确服务内容、频次、责任人，确保服务精准落地。

强化资金保障，一方面，社区积极争取政府加大财政投入，设立专项养老资金，用于设施建设、人员培训、服务补贴等；另一方面，拓宽社会资金引入渠道，与企业、社会组织合作，通过公益捐赠、项目共建、购买服务等形式，吸引社会资本参与，充实服务资金池。

加强专业队伍建设,社区定期组织内部培训,邀请医疗、护理、社会工作等领域专业人才进行授课,提升工作人员专业素养;同时,与高校合作,搭建实习实践基地,吸引专业人才流入,打造一支高素质、富有爱心的服务队伍,为孤寡老人提供优质、持续的服务保障。

设置社区食堂,构建助餐服务网络,从而为社区老人提供便利。社区食堂作为社区养老服务体系的重要组成部分,不仅能够保障饮食安全与营养、解决孤寡老人的饮食难题,对于一些行动不便的老人,社区食堂还可以提供送餐上门服务,将热腾腾的饭菜送到老人家中,确保他们能够按时吃饭。还能够为他们提供一个与他人交流互动的场所,以满足其社交需求,从而促进社区融合与互助。

引入“时间银行”互助养老模式,鼓励低龄老人为高龄孤寡老人服务,储蓄服务时间,待自身需要时兑换,形成社区互助循环。这样做既可以促进老年人社会参与,避免因长期孤独而产生的社会脱节感,又能增强社区互助精神与凝聚力,还能够提升孤寡老人生命质量,缓解养老服务人力资源短缺的问题。

7.3.2. 构建制度保障与文化支撑体系

政府应加大对孤寡老人生命与健康维护的资金投入,设立专项养老资金,确保资金精准流向孤寡老人服务领域。完善养老保障制度,逐步提高孤寡老人养老金待遇,依据物价、医疗成本波动建立动态调整机制,保障其经济稳定;扩大医保报销范围,将更多慢性病治疗、康复项目纳入,降低老人医疗负担。整合社会资源,搭建公益平台,吸引社会组织、企业参与,企业以捐赠、设立养老项目基金、提供就业帮扶等形式回馈社会,社会组织发挥专业优势,提供心理疏导、法律援助等特色服务,构建政府主导、多元主体协同的资源供给格局,为孤寡老人晚年生活保驾护航。

完善社会保障体系,确保孤寡老人的基本生活和医疗需求得到满足。政府应加大对养老和医疗保障的投入,提高养老金标准和医疗报销比例,减轻孤寡老人的经济负担。同时,建立多层次的社会救助机制,为经济困难的孤寡老人提供必要的生活补贴和医疗救助,确保他们能够获得及时的医疗救治和基本的生活保障。

弘扬孝道文化,引导子女和社会各界关注孤寡老人的精神需求。通过教育和宣传,提高子女对孝道的认识 and 责任感,鼓励他们多陪伴和关心父母,给予他们情感上的支持和精神上的慰藉。并倡导全社会尊老爱老的良好风尚,鼓励社会各界人士关注和帮助孤寡老人,营造关爱老年人的社会氛围。

参考文献

- [1] 2023 年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. <https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202410/P020241012307602653540.pdf>, 2024-10-12.
- [2] 张程琴, 黄忱益. 老年人的医康养挑战与社会工作介入[C]//浙江树人学院. 夕阳群体的朝阳研究——2024 新医科大健康学术研讨会康养专题论文集. 北京:《中国学术期刊(光盘版)》电子杂志社有限公司, 2024: 7.
- [3] 黄润龙, 杨春. 我国孤寡独居老人的构成及其生活状况研究[J]. 人口与社会, 2021, 37(5): 26-37.
- [4] 晏月平, 李雅琳. 独居老人的多维健康脆弱性研究——基于“中国老年健康影响因素跟踪调查”的实证分析[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2022, 39(4): 64-75.
- [5] 贾冰云, 王志中, 李薛嘉, 等. 贫困地区农村孤寡老人的社会支持系统分析——以山西省 G 村为例[J]. 劳动保障世界, 2018(6): 22-23.
- [6] 王宁, 季红, 宋菲菲, 等. 医养结合型养老机构老年人生命质量研究进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(11): 142-145.
- [7] 卓唯佳, 王宇琴, 裴晓梅. 养老机构服务质量提升与以人为本的整合性照护——基于 3 个养老机构的实地调查[J]. 学术论坛, 2024, 47(1): 16-28.
- [8] 杨雪燕, 罗丞, 马克斯·费尔德曼. 婚姻挤压对农村男性生命质量的影响[J]. 人口学刊, 2017, 39(1): 28-37.
- [9] 于伟, 邢海燕, 陈定湾. 不同社会阶层城市居民生命质量及影响因素研究[J]. 健康研究, 2017, 37(5): 481-483+487.

-
- [10] 李浩淼, 孙菊, 姚强, 等. 家庭健康: 概念、测度与中国现状[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(4): 1-7.
- [11] 罗伯特·L. 夏洛克, 王勉, 许家成, 等. 生命质量的跨文化属性研究[J]. 残疾人研究, 2017(2): 7-13.
- [12] 李从容, 岳卓依, 许彤. 休闲活动对城市老年慢病患者生命质量的影响——基于社会支持、慢病数量的中介与调节作用分析[J]. 人口与发展, 2024, 30(2): 126-135.
- [13] 刘晓君, 陈雅婷, 蒙玲玲, 等. 我国老年人慢性病患者数量与健康相关生命质量的关系[J]. 医学与社会, 2022, 35(8): 73-77+83.
- [14] 施博文, 熊巨洋. 慢性病共病对中国老年人健康相关生命质量的影响研究[J]. 人口与发展, 2024, 30(1): 120-128.
- [15] 黄勤. 浅析不同养老模式老年人生命质量及影响因素[J]. 榆林学院学报, 2017, 27(3): 44-47.
- [16] 曾起艳, 何志鹏, 曾寅初. 社区养老服务设施对城乡老年人主观福利的影响[J]. 人口与发展, 2022, 28(6): 148-160.
- [17] 赵金友, 邓阳, 朱云芳, 等. 云南省城市空巢老人孤独状况与生命质量相关性分析[J]. 昆明医科大学学报, 2014, 35(7): 45-49.
- [18] 王建云, 钟仁耀. 城市社区高龄独居老年人生命健康质量及分类保障研究[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2022, 54(4): 164-174+180.
- [19] 张建凤, 李志菊, 王惠明, 等. 社区护理干预对合肥市空巢老人生活质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(6): 548-551.
- [20] 卫陈, 朱沁琳. 社区照顾对独居老人健康水平的影响研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(11): 32-36.
- [21] 张广利, 瞿泉. 城市高龄空巢老人特殊需求分析[J]. 华东理工大学学报(社会科学版), 2011, 26(1): 8-17.
- [22] 桂世勋. 高度关注我国婚姻状况对未来群体和个体的养老影响[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2024, 56(3): 138-149+179.
- [23] Broncubuster, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experience—by Nature and Design*. Harvard University Press.
- [24] 马凤芝, 陈海萍. 基于时空视角的健康老龄化与社会工作服务[J]. 社会建设, 2020, 7(1): 3-15.
- [25] 崔成森, 柳伟, 路凤, 何平. 基于数据包络分析的北京市医疗资源配置效率研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(7): 59-64.
- [26] 2023年北京卫生健康事业发展统计公报[EB/OL]. <https://wjw.beijing.gov.cn/sjfb/bjstjgb/bjstjgb2023/>, 2024-11-14.

附录一：访谈提纲(部分)

一、M 老人访谈提纲

1、您现在在养老院每天的生活大概是怎样的？穿衣、吃饭、如厕这些事情，自己能做多少，需要别人帮忙多少？

2、您平时去医院看病方便吗？有没有遇到过挂号难、等床位的情况？住院时护工照顾您的过程中，有没有让您觉得不舒服或者需要改进的地方？

3、一个人待着的时候，会不会觉得孤独、害怕？最近有没有让您觉得开心或者不开心的事情？您对现在的生活还有什么期望或想解决的问题？

4、您觉得社会工作者陪您聊天、组织的手工或手指操活动有用吗？对社区、医院或养老院的服务，您有什么建议吗？

二、养老院院长访谈提纲

1、目前养老院针对像 M 老人这样的半失能孤寡老人，有哪些专门的照料措施？护工的招聘、培训和考核是怎么开展的？

2、养老院平时和社区、医院的沟通多吗？在 M 老人住院、出院衔接过程中，遇到过哪些困难？需要社区或医院提供哪些支持？

3、目前养老院在服务孤寡老人时，最缺的资源是什么？对于提升孤寡老人的生命质量，您觉得养老院还能做哪些改进？

三、社区居委会主任访谈提纲

1、社区目前对孤寡老人的管理是怎样的？比如怎么了解他们的需求、提供哪些帮助？M 老人摔倒后被发现，社区后续有没有调整对孤寡老人的监测方式？

2、您在协助 M 老人办理意定监护时，遇到过哪些流程上的问题？社区作为意定监护人，在帮老人做医疗决策时，有哪些顾虑或需要明确的权责？

3、社区在为孤寡老人争取资金、链接社会资源(如志愿者)时，难度大吗？希望和医院、养老院建立怎样的协作机制，来更好地服务孤寡老人？