

留守儿童健康护理现状及社会支持体系完善建议

郑雪敏¹

(1. 长治市第二人民医院, 山西 长治 046000)

摘要: 在大规模人口流动背景下, 中国农村地区的留守儿童健康护理与社会支持问题日益突出, 其复杂性与长期性对公共卫生和社会治理体系提出了深刻挑战。本文系统综述国内外同行评审证据, 全面概括父母长期外出务工对儿童心理健康、行为发展、生理成长、营养状态及教育成就的深层次影响, 并指出这种影响在性别、年龄、家庭结构和城乡差异上表现出明显的异质性特征。进一步的实证研究发现, 数字媒介使用和睡眠质量是留守经历与儿童健康结局之间的重要调节与中介因素, 揭示了“数字环境—心理调节—健康结果”的作用机制。本文从护理学视角提出多维度系统化对策: 一是在儿童—家庭—学校—社区—基层医疗的整合框架下重构以儿童为中心的护理网络, 强调校医、公共卫生护士与心理教师的合作机制; 二是构建基于远程医疗和数字干预的护理支持平台, 推动远程亲职、家校协作和合规数字化健康教育; 三是完善社区支持与临时照护体系, 建立儿童友好型空间和喘息式护理服务; 四是推动跨部门数据联动与循证评估, 引入成本—效果分析与分阶段推广机制, 以确保干预方案的可持续性与公平性。留守儿童健康护理体系的重建不仅是教育与卫生领域的问题, 更是关乎社会公平与代际正义的战略任务。

关键词: 留守儿童; 健康护理; 社会支持; 学校卫生; 基层医疗

DOI: doi.org/10.70693/cjmsr.v1i3.1470

一、引言

1.1 研究背景与意义

改革开放以来, 中国城乡二元结构在经济发展和人口流动中被不断重塑, 大规模跨区域劳动力迁移已成为一种常态化的社会现象, 由此形成了“父母外出、儿童留守”的普遍格局。根据历次人口普查和教育部统计数据, 2010年以来, 中国留守儿童的数量始终保持在数千万规模, 尽管总量呈下降趋势, 但在中西部地区和农村偏远地区依然比例较高。这一群体的存在不仅反映了城乡发展不平衡的现实, 更折射出公共政策和社会支持体系在儿童健康护理上的缺陷。大量研究一致显示, 父母长期外出务工与儿童被动留守经历与抑郁、焦虑、行为问题、营养不良、伤害风险以及认知和教育成就的下降等多维健康风险密切相关, 这些风险不仅影响儿童的当下福祉, 还对其长期人力资本积累和社会融入产生深远影响[1][2]。从护理学视角来看, 留守儿童所面临的问题具有复杂性和综合性, 既涉及心理护理与情绪疏导, 也涉及营养管理、慢性病防控和睡眠健康指导, 同时需要在学校卫生、社区护理和基层医疗之间建立有效的联动机制。然而, 目前中国的儿童健康护理体系在农村和欠发达地区仍存在明显短板, 基层公共卫生人力资源不足, 校医和专职心理教师覆盖率低, 家庭健康管理能力有限, 导致“发现—转介—干预”链条经常中断。与此同时, 近年来数字化环境的快速扩展与睡眠问题的普遍化进一步加剧了留守儿童的风险负担, 凸显了护理服务体系进行整体性重构的紧迫性。基于此, 系统研究留守儿童健康护理现状并提出有针对性的社会支持路径, 不仅有助于改善儿童健康结局, 也有助于实现教育公平与社会公正, 从而在代际传递的层面促进社会整体的可持续发展。

1.2 研究方法与资料来源

作者简介: 郑雪敏 (1989-), 女, 学士, 研究方向为儿科护理;

通讯作者: 郑雪敏

本文采用规范性研究与循证综合相结合的策略，资料来源涵盖国内外的系统综述、荟萃分析、全国性调查和中国农村地区的实证研究。在国际层面，选取 The Lancet 和 BMJ Global Health 等权威期刊发表的关于父母迁移与留守儿童健康的系统综述和荟萃分析作为核心证据锚点，以确保研究结论的科学性与可比性[1][2]。在中国本土层面，结合 2010—2020 年间基于全国人口与流动调查的大样本实证研究，总结留守儿童识别、规模和结构特征的演变，进而分析城乡差异和性别差异对健康护理需求的启示[3][4]。此外，本文特别关注移动电话依赖、睡眠质量与心理健康之间的交互作用，并纳入近年关于这一机制的实证研究成果，以揭示数字化环境对留守儿童健康护理的挑战和机遇[5][6]。在理论层面，本文以社会流行病学和社会支持理论为基础，结合压力—脆弱性模型和童年逆境（ACE）理论，分析社会关系质量、支持类型与儿童健康之间的作用路径，从而为社会支持体系的设计提供科学依据[9][10][11]。因此，本文的研究方法不仅是对现有文献的总结与整合，更强调以护理学为核心的跨学科视角，力求在学术研究与实践对策之间建立紧密联系。

二、问题分析

2.1 留守儿童健康护理现状

在中国大规模人口流动的社会背景下，留守儿童的健康护理问题表现出复杂性和多维性，其现状不仅涉及心理、行为、认知和身体健康方面的显著风险，还涉及护理服务的不足和制度支持的缺陷。心理健康方面，国际和国内的大量研究均表明，父母长期外出对儿童的心理健康有显著负面影响，留守儿童更容易出现抑郁、焦虑、孤独感、自我伤害倾向和冲动行为等心理问题[1][2]。他们在同伴交往中表现出较高的孤立感和被排斥风险，这种社会隔离往往进一步加剧其情绪困扰。护理学视角下，这意味着留守儿童需要的不仅是心理干预，还需要通过学校和社区的心理健康护理服务实现持续性陪伴和支持，以帮助他们建立自我调节能力和心理韧性。在身体健康方面，留守儿童存在明显的营养双重负担，一方面表现为营养不良和生长迟缓，另一方面在部分地区则表现为超重和肥胖，反映出膳食结构不合理、护理指导缺位的问题。此外，近视率和口腔疾病发生率在农村留守群体中显著升高，但预防和治疗的覆盖不足，说明基层健康护理体系对日常健康管理的关注不够，儿童健康体检和随访体系缺乏连续性。慢性病防控也开始成为潜在问题，随着儿童期肥胖、缺乏运动、睡眠不足的普遍化，未来成年期可能出现代谢性疾病和心血管疾病风险的上升。

护理学的介入在此具有重要意义，例如在学校开展营养宣教、在社区推广口腔保健和视力保护干预，都能对降低长期疾病风险发挥关键作用。护理服务可及性方面，目前中国农村和欠发达地区在校医、公共卫生护士和心理健康护理人员的配置上严重不足，导致儿童常见病和心理问题的早期识别和转介极为有限，许多儿童的健康问题得不到及时发现，或者在问题恶化后才进入临床环节，增加了干预难度和家庭负担。此外，转诊链条存在明显断裂，基层卫生院缺乏与上级医院和学校卫生之间的规范化沟通与信息共享，儿童在“发现—转介—干预”环节中存在大量脱落，严重影响健康护理的连续性和效果。护理学研究还发现，家庭健康管理能力薄弱是留守儿童健康风险的重要背景，祖辈照护者虽然能维持日常生活供给，但在情绪沟通、疾病识别、饮食指导和睡眠管理上存在明显不足，导致儿童心理发展和健康管理能力双重缺失[7][8]。数字环境则成为新的挑战和机遇，一方面，留守儿童过度使用手机和网络，出现上瘾和昼夜节律紊乱的问题，加剧了行为问题和学业困难；另一方面，如果在护理指导下合理使用数字工具，也有助于促进亲子沟通和健康教育。研究表明，睡眠质量在留守经历和行为问题之间具有中介作用，良好的睡眠卫生干预有可能成为高效低成本的护理途径[6]。因此，从整体上看，留守儿童健康护理现状的核心问题在于风险广泛存在但护理服务严重不足，护理干预缺乏连续性和系统性，数字环境和家庭照护因素进一步叠加风险，这要求未来必须构建更加整合、以护理学为核心的健康护理体系。

2.2 制约因素与差异

制约留守儿童健康护理的因素复杂且交织，其差异性体现于制度供给不足、性别和年龄差异、家庭结构与亲子关系缺失、数字使用与睡眠问题叠加、社会支持缺口以及城乡和区域发展不平衡等多个层面。首先，制度性资源不足是最为突出的制约因素之一。长期以来，中国农村地区的基层公共卫生

体系在儿童健康领域投入不足，校医和公共卫生护士的覆盖率较低，尤其是在心理健康领域，缺乏专业护士和心理护理人才，导致儿童心理问题的早期识别率不足 30%，延误了干预的最佳时机[2][3]。其次，性别与年龄差异塑造了留守儿童健康风险的不同模式。系统综述发现，女孩在抑郁和焦虑风险上更高，而男孩则更容易出现攻击性和外化行为[4]，说明护理干预必须在性别和发展阶段上进行分层设计，以实现更高的针对性和有效性。再次，家庭结构差异显著影响护理效果。祖辈照护往往提供基本的生活支持，但在情感性支持和教育指导方面存在缺陷，这种“工具性支持与情感性支持失衡”显著削弱了儿童的心理韧性，增加了学校适应问题[7][8]。当单亲家庭或重组家庭与留守状态叠加时，儿童风险水平进一步升高。第四，数字化使用和睡眠问题的叠加构成了近年来最为突出的风险链条。研究表明，当儿童存在手机依赖和过度上网行为时，其行为问题和学业问题显著加剧，而不规律的睡眠和睡眠不足不仅中介了心理问题的发生，还反馈性地削弱情绪调节和学习能力，形成“数字—睡眠—心理—学业”的负性循环[5][6]。第五，社会支持不足是护理干预中的另一瓶颈。社会流行病学研究早已指出，社会关系质量与数量、情感性支持与工具性支持对健康有直接和间接的作用[9][10]，但在留守儿童情境中，家庭支持被削弱，学校支持有限，社区支持缺位，导致社会支持网络严重不足。长期暴露于这种“情境性压力—脆弱性”机制之下，儿童不仅在当下表现出心理和行为问题，还会在生命周期纵深处增加身心疾病风险[11]。最后，区域差异进一步加剧了健康护理的不平衡，中西部农村和偏远山区的儿童在资源配置和服务可及性上远远落后于东部沿海和城市地区，形成明显的“护理鸿沟”。这些因素相互作用，使留守儿童健康护理问题不仅仅是个体脆弱性的体现，更是系统性脆弱性的投射，说明必须在制度层面和护理服务体系上进行结构性调整。

三、问题方案

3.1 护理服务体系优化策略

针对留守儿童在心理健康、行为发展、营养状况、睡眠质量和慢性病防控等方面所呈现出的多维度风险，护理服务体系的优化必须立足于整体性、系统性与连续性，确立以儿童为中心、以护理学为主导、以学校和社区为核心支点的服务模式，从而实现“早期筛查—中期干预—长期管理”的闭环化护理路径。首先，在早期筛查阶段，应当通过在中小学和基层医疗机构中全面建立常态化健康体检、心理评估、营养状况测定和睡眠质量监测制度，将健康管理的关口前移。护理人员在其中的角色不仅是执行者，更是协调者和评估者，她们需要通过科学的评估工具，如标准化心理健康量表、体质指数测定、营养调查表和睡眠日记，对儿童进行分层风险识别，形成完整的健康档案。尤其在心理健康方面，护理干预的重点在于通过规范化工具及专业化观察及时捕捉抑郁、焦虑、孤独感、冲动行为等早期信号，并结合学校教师和家庭照护者的反馈加以综合判断，这种“多源信息融合”的护理评估模式能够显著提高问题发现的敏感性和及时性。中期干预阶段则需要突出跨学科合作与多环节联动，公共卫生护士、校医、心理教师和基层医生应建立会诊制度，对已识别出的中高风险个体制定个性化的护理干预方案，涵盖情绪疏导、同伴支持、睡眠卫生指导、营养干预和学业适应辅导等多维护理。以睡眠干预为例，护士可通过科学的睡眠教育、生活作息调整和认知行为干预帮助儿童改善睡眠模式；在营养方面，学校护士可定期开展营养宣教并监督校园餐饮，确保膳食结构合理；在心理护理方面，心理教师提供情绪疏导，护士负责压力缓解训练，这种分工协作能够最大化护理干预的效能。长期管理阶段则应当引入个案管理模式，对重症个案建立“一人一档”的护理跟踪机制，由公共卫生护士牵头，联合学校、家庭和社区形成多方参与的持续随访网络，定期开展健康复评并动态调整干预方案，确保长期稳定的支撑和护理。此外，护理服务体系优化还必须强调信息化与数字化的深度融合，借助远程健康监测平台和电子健康档案系统，将儿童的心理、营养、睡眠等多维数据实时上传和共享，形成跨机构、跨部门的数据联动机制，提高护理干预的科学性与精准性。在此过程中，国际经验具有重要的借鉴意义。例如，世界卫生组织（WHO）提出的“儿童友好型初级卫生保健”模式强调通过跨学科团队合作与社区健康护士的深度介入，实现儿童早期健康风险的主动管理，这与中国在农村地区推进的“乡村医生+公共卫生护士+校医”模式具有高度契合性。欧美国家的学校护理实践也显示，系统化的校医配置与心理健康筛查能够有效降低青少年自伤和抑郁发生率，这为中国的护理服务优化提供了循证参考。最后，护理教育与人力资源建设是支撑体系优化的根本。中国当前的公共卫生护士和校医数

量远未达到国际标准，必须通过省级培训中心和继续教育课程，提升基层护士在儿童心理护理、营养管理、睡眠干预和数字健康指导等方面的能力，并通过绩效考核和质量控制机制确保护理服务的专业性和一致性。综上所述，护理服务体系的优化并非简单的资源增加，而是一个结构性重构的过程，需要从早期筛查到长期管理的全周期护理链条上实现标准化、系统化与数字化，从而为留守儿童提供持续、可及和公平的护理保障[1][2][6]。

3.2 社会支持体系完善路径

在护理服务体系的优化之外，社会支持体系的完善同样是保障留守儿童健康与福祉的关键环节。留守儿童面临的心理与行为风险不仅源自个体层面的脆弱性，还深深嵌入在家庭情感缺失、学校支持不足、社区网络松散与制度供给薄弱的宏观结构中，因此，必须通过多层次的社会支持体系加以补偿与重构。家庭层面，远程亲职模式应成为核心策略之一。父母虽然在地理上长期外出，但借助合规的数字平台进行高质量的远程沟通，能够在一定程度上缓解情感缺失。护理人员可指导父母设计结构化沟通流程，如每周固定三次视频通话，每次分为“作息回顾—情绪表达—学习反馈—问题解决”四个环节，使交流既有情感价值又有功能补偿。同时，对祖辈照护者开展护理培训，使其掌握抑郁识别、营养搭配、睡眠卫生和安全防护等基础知识，提升照护能力，避免因知识不足而加重儿童风险。学校层面，应当建立“护理主导的健康支持小组”，由班主任、心理教师、校医和公共卫生护士共同组成，承担留守儿童的心理疏导、健康教育与风险干预职责。在具体措施上，可以推行“睡眠友好型校园”行动，通过合理调整课程与作业负担，规范晚间电子产品使用，建立睡眠教育课堂，改善儿童的睡眠质量；同时，设置“同伴导师制度”，让高年级学生在教师与护士的指导下成为低年级留守儿童的支持者，从而减少孤立感和污名化。社区层面，基层政府应统筹民政、妇联、团委与社会组织建设“儿童友好空间”，配备社区护士和志愿者，提供课后辅导、兴趣社团和情感陪伴，同时为祖辈家庭提供喘息式护理服务，减轻长期照护压力。社区护士应定期开展入户访视，对高风险家庭进行个案管理，并在必要时协调社会救助与医疗服务的衔接。制度层面，跨部门协作与绩效考核是保障措施，教育、卫生、民政和妇联等部门应建立数据共享平台和信息联动机制，将健康筛查覆盖率、转介及时率、高危个案随访完成率、睡眠改善率和家长参与度等指标纳入政府购买服务的绩效考核，从而推动资源的科学分配和高效利用。在国际比较中，非洲的 mHealth 项目显示，通过低成本移动健康服务实现对农村儿童的远程健康监测与教育，能够有效弥补基层资源不足；而欧洲国家则通过完善的儿童健康福利制度和学校护理体系，实现了心理健康与社会支持的制度化衔接。这些经验提示中国在推进社会支持体系建设时，应同时注重数字化创新与制度化保障。在此过程中，必须强化隐私保护与数据伦理，确保所有数字干预与信息使用均基于家长知情同意与最小化原则，避免儿童信息的滥用。最后，循证评估与分阶段推广是社会支持体系可持续运行的关键。在不同地域类型（东部城郊、中西部农村、偏远山区）建立试点，采用随机对照试验或准实验方法进行干预效果评估，形成可复制的干预组合包，再以“成熟一批、推广一批”的方式逐步覆盖全国，从而实现政策的稳步推进。护理学在其中的独特价值在于能够将抽象的制度设计落实到具体的护理操作和服务实践中，通过情感性支持、工具性支持和信息性支持的整合，使留守儿童在多层次的支持网络中获得全面、持续和公平的健康护理与社会关怀，从而真正实现从“补缺式救助”向“主动性、韧性导向”的社会支持体系转型[3][4][9][10][12][13]。

四、结论

4.1 研究结论

通过系统梳理国内外同行评审文献与中国本土实证研究，本文全面揭示了留守儿童在心理、行为、认知和身体健康等方面所面临的显著脆弱性，并指出这些风险在性别、年龄、家庭结构和城乡差异等方面具有明显的异质性特征。研究表明，抑郁、焦虑、孤独感与自伤风险在留守群体中普遍高于非留守群体，行为问题和学业困难也表现出更高发生率，而营养不良与肥胖并存、口腔与视力问题频发、慢性病早期风险显现，则反映出护理与健康管理的系统缺位。此外，数字媒介使用与睡眠质量在父母迁移与儿童健康结局之间扮演着关键的调节与中介角色，形成“数字—睡眠—心理—学业”的负性循环，进一步放大了健康不平等的风险。从护理学视角来看，当前中国在校医、公共卫生护士、心理护

理人员和基层医疗的配置上均存在不足，导致“发现—转介—干预—随访”链条无法形成有效闭环。基于此，本文提出了以护理学为核心的系统化对策：一是重构护理服务体系，推动以儿童为中心的“早期筛查—中期干预—长期管理”的分层护理路径，借助校医、护士、心理教师与基层医生的跨学科合作，实现连续性和针对性的护理；二是完善社会支持体系，在家庭、学校、社区和制度层面整合情感性、工具性与信息性支持，推广远程亲职、同伴导师、儿童友好空间与跨部门绩效考核机制，从而构建立体化支持网络。与国际经验对比可见，中国在资源配置与制度衔接上仍有不足，但在数字干预和远程健康护理的潜力上具有独特优势。综上，本文强调留守儿童健康护理与社会支持的重构不仅是医疗卫生与教育领域的任务，更是关乎代际公平与社会正义的战略性课题，需要在政策设计、学术研究与护理实践三方面形成合力，以实现可持续与公平的儿童健康护理与社会支持体系。

4.2 研究局限与未来研究

尽管本文基于系统综述和本土实证研究提供了较为全面的分析与对策建议，但仍存在一定局限性。首先，本文主要依赖既有文献与二手数据，因而受限于原研究在因果识别、样本代表性和测量方法上的差异。例如，留守儿童的识别口径在不同调查中存在差异，父母外出持续时间、照护质量与家庭结构等变量的测量方式不统一，可能影响效应估计的准确性与可比性[3][4]。其次，关于数字使用与睡眠质量的调节作用，目前的研究多为横断面设计，尚缺乏前瞻性队列研究或实验性研究来验证其因果机制，这使得干预设计的科学性与推广性受到一定限制[5][6]。此外，护理干预的成本—效果评估和可持续性研究仍不充分，尤其在农村和欠发达地区，如何在有限资源条件下平衡效率与公平，尚需通过实地试点与循证评估加以验证。未来研究应在三方面深化：一是通过多地多波的纵向队列或自然实验，精细识别父母迁移的时间结构与儿童不同发展阶段的敏感期，从而为护理干预提供更具针对性的证据；二是开展“学校—家庭—社区—基层医疗”一体化护理干预的准实验或随机对照试验，系统评估其在心理健康、营养改善、睡眠质量和学业表现上的短期与长期效应，并结合成本—效果分析探讨推广的可行性；三是拓展多样性视角，关注性别差异、城乡差距与少数民族地区的特殊风险，推动护理教育与公共政策的深度结合，确保护理干预在不同区域和群体间的公平性与适应性。与此同时，还需强化护理学科自身的发展，增加儿童健康护理方向的专业化课程与人才培养计划，使护士在心理干预、睡眠医学、数字健康指导等方面具备更强的专业能力。总之，未来的研究与实践应当在循证基础上不断优化干预设计，推动政策与护理教育协同发展，从而为完善中国留守儿童健康护理与社会支持体系提供持续的证据支撑和制度动能[9][10][11][12][13]。

参考文献：

- [1] Fellmeth G, Rose-Clarke K, Zhao C, et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2018;392(10164):2567-2582.
- [2] Zhu Z, Wang Y, Pan X. Health problems faced by left-behind children in low/middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2023;8(8):e013502.
- [3] Lyu, Lidan, et al. "The status of rural children left-behind in China: 2010 – 2020." *China Population and Development Studies* 8.2 (2024): 97-111.
- [4] Hung J, Chen J, Chen O. Are the relationships between mental health issues and being left-behind gendered in China: A systematic review and meta-analysis. 2023.
- [5] Zhou M, Bian B, Zhu W, Huang L. The Impact of Parental Migration on Multidimensional Health of Children in Rural China: The Moderating Effect of Mobile Phone Addiction. *Children (Basel)*. 2023;10(1):44.
- [6] Ge M, Yang M, Sheng X, et al. Left-Behind Experience and Behavior Problems Among Adolescents: Multiple Mediating Effects of Social Support and Sleep Quality. *Psychology Research and Behavior Management*. 2022.
- [7] Murphy, Rachel, Minhui Zhou, and Ran Tao. "Parents' migration and children's subjective well-being and health: Evidence from rural China." *Population, Space and Place* 22.8 (2016): 766-780.
- [8] Jia Z, Tian W. Loneliness of left-behind children: a cross-sectional study in rural China. *Child: Care, Health and Development*. 2010;36(6):812-817.

[9] House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;241(4865):540-545.

[10]Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011;52(2):145-161.

[11] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-258.

[12] Shigekawa E, Fix M, Corbett G, Roby DH, Coffman J. The Current State of Telehealth Evidence: A Rapid Review. *Health Affairs*. 2018;37(12):1975-1982.

[13] Aranda-Jan CB, Mohutsiwa-Dibe N, Loukanova S. Systematic review on what works, what does not work and why of implementation of mobile health (mHealth) projects in Africa. *BMC Public Health*. 2014;14:188.

Current Status of Health Care for Left-Behind Children and Recommendations

for Improving the Social Support System

Xuemin Zheng¹

¹ Changzhi Second People's Hospital, changzhi, china)

Abstract: With the massive migration of rural labor in China, the health care and social support issues of left-behind children have become increasingly pressing, posing long-term challenges to public health and social governance. Based on a systematic review of peer-reviewed evidence, this paper comprehensively summarizes the profound impacts of parental migration on children's mental health, behavioral development, physical growth, nutritional status, and educational attainment, highlighting significant heterogeneity across gender, age, family structure, and urban–rural divides. Recent studies further indicate that digital media use and sleep quality serve as crucial moderating and mediating factors, unveiling potential mechanisms linking digital environments, psychological regulation, and health outcomes. From a nursing perspective, the paper proposes a multidimensional strategy: reconstructing a child-centered care network within an integrated framework of child–family–school–community–primary care, emphasizing collaboration among school doctors, public health nurses, and psychological counselors; building a telehealth- and digital-intervention-based nursing support platform, promoting remote parenting, school–family cooperation, and compliant digital health education; strengthening community-based support and temporary respite care; and advancing interdepartmental data linkage and evidence-based evaluations with cost-effectiveness analyses and phased implementation. The reconstruction of the health care system for left-behind children is not only an issue of education and health but also a matter of social equity and intergenerational justice, requiring steady progress through the combined support of academic research, institutional design, and nursing practice.

Keywords: Left-behind children; Health care; Social support; School health; Primary care