

老年教育视角下骨质疏松群防共治科普模式的构建与应用

孙雪冲

宗汉成人中等文化技术学校 浙江 慈溪 315300

摘要:骨质疏松严重威胁老年人群健康,防控关键在于提高疾病认知与自我管理能力。老年教育具有独特优势,是开展骨质疏松群防共治的理想载体。本文基于老年教育视角,分析当前骨质疏松科普存在的碎片化、单向化、浅层化等问题,构建涵盖“知-信-行”三层递进的群防共治科普模式,提出课程嵌入、社区讲堂、同伴教育、新媒体科普等多元化实施路径。该模式能够有效提升老年人群的知识知晓率、健康信念和预防行为,为老年慢性病群防共治提供可复制的科普范式。

关键词:老年教育;骨质疏松;群防共治;科普模式;健康素养

引言:我国已进入中度老龄化社会,骨质疏松患者数量持续攀升,已成为重大公共卫生问题。该病可防可控,但公众认知率低、防治依从性差、社会参与不足,传统单向科普效果有限。老年教育以老年人为主要服务对象,具有组织化、系统化优势,是开展骨质疏松群防共治的理想载体。基于老年教育视角构建骨质疏松群防共治科普模式,整合教育、医疗、社区等资源,形成可推广的科普范式,对于提升老年人群骨质疏松防控能力具有重要意义。

1 老年教育与骨质疏松科普的理论基础

1.1 骨质疏松的流行病学特征与防控需求

骨质疏松是以骨量减少、骨组织微结构破坏为特征的全身性骨骼疾病,导致脆性增加、骨折风险升高。我国50岁以上人群患病率约为20%,65岁以上超过30%,女性高于男性。骨质疏松最严重的后果是骨折,尤其是髋部骨折,致残率和致死率极高。然而,骨质疏松具有“无声流行病”特点,早期无症状,多数患者骨折后才确诊,错过最佳干预时机。骨质疏松可防可控,通过合理膳食、充足日照、规律运动、补充钙剂等措施,可延缓骨量丢失、降低骨折风险。因此,提升老年人群的骨质疏松认知水平和自我管理能力,是防控工作的核心任务。

1.2 老年教育的内涵与健康促进功能

老年教育是以老年人对象,以满足学习需求、提升生活质量、促进积极老龄化为目标的教育活动。我国老年教育已形成老年大学、社区教学点、远程教育等多种形式并存的格局。老年教育的核心价值在于“老有所学、老有所乐、老有所为”,健康素养提升是其重要内容。老年教育具有组织化程度高、学习氛围浓厚、学员粘性高、易于持续跟进等优势,是开展健康科普的理想平台。通过老年教育渠道开展骨质疏松科普,可实现系统化、

常态化、互动化的知识传播,借助学员社交网络产生辐射效应,带动家庭和社区共同参与,形成群防共治的良好局面^[1]。

1.3 “知-信-行”理论模式及其适用性

“知-信-行”理论是健康教育与健康促进领域的经典理论,认为行为改变是从知识获取到信念形成再到行为践行的渐进过程。“知”是基础,指对健康知识的掌握;“信”是动力,指对健康知识的态度和信念;“行”是目标,指采取的健康行为。该理论强调,单纯知识传授不足以促成行为改变,必须通过情感共鸣和信念强化,将“知道”转化为“认同”,再将“认同”转化为“行动”。骨质疏松防控涉及饮食、运动、用药等多方面行为改变,是“知-信-行”理论的典型应用场景。基于该理论构建科普模式,可实现从知识普及到信念内化再到行为养成的全链条干预。

1.4 群防共治的内涵与实现路径

群防共治是指动员社会多元主体共同参与疾病防控,形成政府主导、部门协作、社会动员、全民参与的综合防控格局。在骨质疏松防控领域,群防共治的核心要义包括:防控主体多元化,教育机构、社区组织、家庭成员、老年群体都应成为防控力量;防控环节全程化,涵盖预防、筛查、诊断、治疗、康复全过程;防控手段综合化,整合健康教育、生活方式干预、医疗服务和社区支持。老年教育视角下的骨质疏松群防共治,以老年教育机构为枢纽,连接医疗机构、社区、家庭和老年群体,形成“五位一体”协同网络,实现骨质疏松防控从“被动治疗”向“主动预防”的根本转变。

2 骨质疏松科普教育现状与问题分析

2.1 科普资源与传播渠道现状

当前骨质疏松科普资源呈现“三多三少”特征:专

业资料多、通俗读物少；线下活动多、线上资源少；零散信息多、系统课程少。在传播渠道方面，社区卫生服务中心、医疗机构候诊区、社区宣传栏是主要阵地，老年大学骨质疏松专题课程开设率不足30%，新媒体平台科普内容质量参差不齐。现有科普资源的覆盖面和可及性远不能满足老年群体需求^[2]。

2.2 内容设置与传播方式问题

骨质疏松科普教育存在四方面突出问题。一是内容碎片化，缺乏系统性，知识点零散，难以形成完整认知。二是形式单向化，缺乏互动性，“填鸭式”科普仍占主导，参与式教学不足。三是语言学术化，缺乏通俗性，未充分考虑老年人认知特点。四是干预短期化，缺乏持续性，知识遗忘快、行为改变难维持。这些问题导致科普效果大打折扣。

2.3 老年人接受度与参与度分析

老年人对健康知识有较高需求，约75%希望了解骨质疏松防治知识，但对现有科普满意度仅40%。主要障碍包括：时间和交通限制、内容吸引力不足、信息可信度存疑、体力精力限制。另外，家庭成员重视不足、缺乏督促陪伴，也影响老年人参与积极性。提高科普的便捷性、趣味性和可信度，是提升老年人参与度的关键。

2.4 群防共治中老年教育的缺位

老年教育机构对健康科普重视不够，健康养生类课程占比不足15%，骨质疏松专题风毛麟角。医疗卫生系统与教育系统缺乏有效协同，专业医疗资源未能有效转化为教育课程资源。社区层面各组织各自为政，资源分散。老年教育在群防共治中的缺位，导致科普的系统性和可持续性不足，迫切需要构建以老年教育为平台的整合式科普模式。

3 骨质疏松群防共治科普模式构建

3.1 模式设计理念与目标定位

本模式以老年教育为核心载体，以“知-信-行”为理论框架，构建“教育-医疗-社区-家庭-个体”五方联动的骨质疏松科普体系。设计理念包括四方面：以学习者为中心，采用参与式、体验式教学方法；以系统化为导向，开发完整课程体系，避免碎片化；以行动为目标，将知识学习与行为养成紧密结合；以可持续为追求，建立科普长效机制，实现知识更新、行为跟踪、效果评估的闭环管理。模式目标分三个层次：短期目标为提升骨质疏松知识知晓率和健康信念；中期目标为改善饮食、运动、日照等预防行为；长期目标为降低骨质疏松发生率和骨折风险^[3]。通过模式实施，使老年教育机构成为骨质疏松防控的重要阵地，使老年学员成为健康知识的受

益者和传播者。

3.2 核心内容体系设计

课程体系设计遵循“基础-深化-拓展”三层次递进逻辑。基础层面向全体老年人，设置“认识骨质疏松”模块，内容包括骨骼结构与功能、骨质疏松的定义与危害、危险因素识别、疾病自测方法等，采用图文并茂、通俗易懂的呈现方式，时长2课时。深层面向往届学员和需求强烈者，设置“防治策略”模块，涵盖合理膳食（高钙食物、优质蛋白、维生素D补充）、科学运动（负重运动、抗阻训练、平衡训练）、药物治疗（常用药物介绍、用药注意事项）、安全防护（防跌倒措施、家居环境改造）等，采用讲解与实操相结合方式，时长4-6课时。拓展层面向骨干学员和志愿者，设置“同伴教育员”培训模块，内容包括科普传播技巧、健康行为指导方法、社区活动组织能力等，时长8课时。三个层次逐级递进、有机衔接，既满足一般性科普需求，又培养种子力量。

3.3 多元化实施路径设计

模式实施路径包括四条主线。第一条是老年大学课程嵌入，将骨质疏松科普纳入老年大学和社区教学点的常规课程体系，开设专题班或融入养生保健课程。第二条是社区健康讲堂，每月举办1-2次骨质疏松主题讲座或沙龙，邀请医疗专家授课，配合现场咨询和互动交流。第三条是同伴教育，从老年学员中选拔和培训同伴教育员，通过茶话会、健步走、厨艺展示等灵活形式，在轻松氛围中传播健康知识，利用学员之间的信任关系提高知识接受度。第四条是新媒体科普，利用微信群、公众号、短视频平台推送骨质疏松科普内容，发布课程预告和回顾、健康小贴士、专家问答等，实现线上学习与线下活动的有机结合。四条路径互补互动，形成全方位、立体化的科普网络^[4]。同时建立激励机制，对积极参与的学员给予学分认证、评优表彰等正向激励。

3.4 多主体协同机制

群防共治的核心在于多主体协同。本模式构建了五方联动机制：老年教育机构（老年大学、社区教学点）负责课程开发、教学组织和学员管理，是模式的运行中枢；医疗机构（医院、社区卫生服务中心）提供专业支持，包括师资输出、内容审核、健康筛查、诊疗转介等；社区组织（居委会、老年协会）提供场地保障、宣传动员和活动协调；家庭成员通过督促陪伴、环境改造等方式支持老年人践行健康行为；老年群体自身既是知识的接受者，也是健康理念的传播者。五方通过签订合作协议、建立联席会议制度、共享信息资源等机制实现协同。同时引入数字化工具，建立学员健康档案，记录学习参与情

况和行为改变进展,实现个性化跟踪和干预。多主体协同机制确保了模式的专业性、可持续性和可推广性。

4 模式应用与效果评估

4.1 应用试点方案设计

选取我市两所老年大学和三个社区教学点开展6个月试点。对象为60岁及以上老年人,共招募200名,干预组100人接受本模式干预,对照组100人接受常规健康教育。干预组实施基础课程2课时、防治策略4课时、同伴教育每月1次、微信群每日推送。对照组参加常规健康讲座每季度1次。评价指标包括知识问卷、健康信念量表、预防行为自评得分,分别于干预前、结束时、结束后3个月测评^[5]。

4.2 实施过程与质量控制

师资方面,邀请多科室专业医师组成讲师团并统一教学培训。教材方面,编制配套手册和指导卡,字号适中便于阅读。管理方面,建立签到、作业等台账,对缺课学员电话随访。同伴教育方面,选拔15名骨干完成培训并通过考核。质量控制方面,每项活动后收集反馈,每月召开项目例会。干预期间,干预组平均出勤率85%,同伴教育参与率超90%。

4.3 效果评价与数据分析

结果显示:干预结束时,干预组知识得分由38.5分提升至82.3分,健康信念由52.1分提升至78.6分,预防行为由41.2分提升至74.5分,均显著优于对照组($P < 0.01$)。干预结束后3个月,各项得分分别为77.8分、74.2分、70.1分,仍显著高于对照组和干预前($P < 0.01$)。钙剂规律服用率从12%提升至65%,负重运动参与率从18%提升至58%,跌倒发生率从27%下降至16%。95%学员对课程满意,88%愿意推荐给亲友。15名骨干组织小组活动30余场,覆盖500余人次。

4.4 经验总结与推广建议

试点验证了模式的有效性和可行性。经验表明:老年教育机构是理想科普平台;“知-信-行”课程设计符

合认知规律;多元化实施路径提高覆盖面灵活性;五方协同机制整合多方资源。推广建议:将骨质疏松科普纳入老年大学课程体系;建立医疗机构与老年教育机构的常态化合作;加大同伴教育员培养;开发标准化课件;将模式扩展至高血压、糖尿病等其他老年慢性病^[6]。

结束语

骨质疏松是老年人群的重大健康威胁,群防共治是提升防控效能的有效策略。老年教育作为提升老年群体健康素养的重要平台,在骨质疏松科普中具有独特优势。本文基于“知-信-行”理论,构建了以老年教育为核心、五方联动的骨质疏松群防共治科普模式,涵盖课程体系、实施路径和协同机制三大模块。试点应用验证了模式的有效性,干预组在知识知晓率、健康信念、预防行为和临床指标方面均显著优于对照组。未来可将模式扩展至其他老年慢性病领域,探索更广泛的群防共治应用场景。

参考文献

- [1]马月,陈玉华,顾浩然.我国老年人健康素养现状及教育提升策略[J].现代职业教育,2023(20):125-128.
- [2]李卫征,张梦歌,赵建林.老年脑梗死患者颈动脉脉搏波传导速度与骨质疏松的相关性[J].中国骨质疏松杂志,2025,31(1):27-30.
- [3]陈志平,赵国阳.OSTA联合下肢血管粥样硬化对中老年患者骨质疏松风险筛查效果[J].中国骨质疏松杂志,2025,31(4):526-529.
- [4]李森,徐锐,黄俊,等.老年骨质疏松危险因素分析及风险预测列线图[J].中国骨质疏松杂志,2025,31(9):1337-1343.
- [5]左双,邹函朔,马宇,等.老年骨质疏松症患者血清铁调素、铁蛋白与骨代谢指标及骨折风险的关系研究[J].临床和实验医学杂志,2025,24(5):498-502.
- [6]郭艳峰,周伯炜,庞龙,等.老年骨质疏松症患者铁蛋白与骨代谢指标及骨折风险的关系研究[J].临床和实验医学杂志,2025,24(8):840-843.