

• 社区护理 •
• 论 著 •

社会处方在骨质疏松性骨折患者二级预防中的应用

邱晓婷¹,赵江霞²,李悦³,张兴鹏⁴,周静芬⁴,蒋映月⁵,钱兆宸¹,黄锐⁵

摘要:**目的** 探讨社会处方在骨质疏松性骨折患者二级预防中的应用效果,为“医院—社区”联动的健康管理提供实践参考。**方法** 将 100 例骨质疏松性骨折患者随机分为对照组与观察组各 50 例。对照组接受常规干预。观察组以医务社会工作者为主导,协调多学科,以健康志愿者为联络员,实施整合骨健康科普、随访、营养、运动及社区支持等内容的个体化社会处方。于干预前,干预后 3、6、12 个月,评估两组骨质疏松知识、疼痛、生活质量、社会支持及服药依从性评分。**结果** 干预后观察组知识及社会支持评分显著优于对照组(组别、时间效应及交互效应均显著,均 $P<0.05$);生活质量与疼痛评分的时间效应与交互效应显著(均 $P<0.05$);两组服药依从性比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 社会处方能有效提升骨质疏松性骨折患者的知识水平,帮助患者获得社会支持,有效其提高生活质量。

关键词:骨质疏松性骨折; 社会处方; 二级预防; 社会支持; 服药依从性; 生活质量; 疼痛; 社区护理

中图分类号:R473.2;R683 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.13.074

Effectiveness of social prescribing for secondary prevention in patients with osteoporotic fracture Qiu Xiaoting, Zhao Jiangxia, Li Yue, Zhang Xingpeng, Zhou Jingfen, Jiang Yingyue, Qian Zhaochen, Huang Rui. Department of Social Work, Shanghai Pudong New Area People's Hospital, Shanghai 201299, China

Abstract: **Objective** To explore the effectiveness of social prescribing in secondary prevention among patients with osteoporotic fracture, and to provide practical reference for hospital-community integrated health management. **Methods** One hundred patients with osteoporotic fracture were randomized into two groups, with 50 in each. The control group received routine intervention, while the observation group received individualized social prescribing coordinated by a medical social worker, involving a multidisciplinary team and health volunteers as liaisons, integrating bone health education, follow-up, nutrition, exercise, and community support. Osteoporosis related knowledge, pain, quality of life, social support, and medication adherence in both groups were assessed before the intervention, and at 3-, 6-, and 12-months after the intervention. **Results** After the intervention, the scores of knowledge and social support in the observation group were significantly higher than those in the control group (group effect, time effect, and interaction effect were all significant; all $P<0.05$). The time effect and interaction effect for quality of life and pain were significant (all $P<0.05$). There was no statistically significant difference in medication adherence between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Social prescribing can effectively improve the knowledge level of patients with osteoporotic fracture, help them gain social support, and enhance their quality of life.

Keywords: osteoporotic fracture; social prescribing; secondary prevention; social support; medication adherence; quality of life; pain; community nursing

据统计,40 岁及以上男性中 5.0%患有骨质疏松症,女性中 20.6%患有骨质疏松症;但仅有 0.3%的男性骨质疏松症患者和 1.4%的女性骨质疏松症患者接受了抗骨质疏松治疗^[1]。这一病症给患者带来身体疼痛、活动受限甚至残疾等困扰,严重影响心理

健康与生活质量^[2-3]。与此同时,骨质疏松性骨折的治疗和康复消耗大量医疗资源,给家庭和社会造成沉重的经济负担^[4]。骨健康疾病的长期管理需求及其高复发风险,对医疗体系及健康管理模式提出了新的挑战。针对已确诊骨质疏松症或曾发生脆性骨折的患者,防止其发生初次或再次骨折的二级预防意义重大。传统治疗模式以药物为主,但是,受药物不良反应、经济成本及健康认知不足等因素影响,患者服药依从性不高^[2],再加上对心理、社会和生活方式等因素较为忽视,导致骨质疏松性骨折患者的二级预防效果不佳^[5]。

社会处方是一种基于健康的社会决定因素视角而发展出的新兴健康干预模式。它由医疗保健专业

作者单位:上海市浦东新区人民医院 1. 社工部 2. 党委办公室 4. 骨科(上海,201299);3. 厦门大学社会与人类学院社会工作系;5. 华东理工大学社会与公共管理学院社会工作系
通信作者:黄锐,huangrui1125@ecust.edu.cn
邱晓婷:女,硕士,社会工作者,社工部副主任,qiuxiaoting@shpdph.cn
科研项目:上海市浦东新区卫生系统优秀青年医学人才培养计划(PWRq2023-28)
收稿:2026-02-16;修回:2026-04-20

人员主导,将患者与社区中的多样化非医疗服务相连接,以提升患者的健康福祉^[6]。它起源于英国,近十年进入全球卫生系统^[7]。我国台湾是较早开展社会处方的地区,通过艺术疗愈、运动等系列项目为失智老人或独居老人提供初级医疗照护服务^[8]。社会处方在改善心理健康、日常活动能力、生活质量、社会融合和总体健康感受等方面的效果已在慢性病人中得到初步证实^[9-10]。研究发现,尽管社会处方确实能为肌肉骨骼疾病患者带来益处,但与其他慢性病患者相比,这类患者群体获得社会处方相关服务的机会更低,其需求也更难得到满足^[11]。社会处方的成功实施往往依赖于医院与社区资源之间的“联络”与“整合”^[12-13]。而社会工作者擅长个案管理、关系协调、资源链接、社区动员,在提供心理健康服务、进行资源分配等方面具备较为丰富的经验^[14],但是相关研究较为匮乏。基于此,本研究将社会处方应用于骨质疏松性骨折患者的二级预防中,旨在为“医院-社区”联动的健康管理提供实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究为一项为期 12 个月的随机对照试验。选取 2023 年 12 月至 2024 年 11 月在上海市浦东新区人民医院骨科住院或门诊治疗的骨质疏松性骨折患者为研究对象。纳入标准:①符合骨质疏松性骨折的诊断标准^[15];②发生骨质疏松性骨折 2 周内;③年龄大于 50 岁;④无认知和语言交流障碍;⑤常住地是上海;⑥知情同意,自愿参与。样本量估算采用 G. Power3.1 软件与两样本均数比较公式共同验证。对于被试间重复测量方差分析,设定组数=2,测量次数=4,显著性水平 $\alpha=0.05$,中等效应量 $f=0.25$,检验效能 $1-\beta=0.90$,计算得每组样本量至少为 30。根据两样本均数比较公式^[16], $n_1=n_2=2[(t_{\alpha/2}+t_{\beta})\sigma/\delta]^2$,设 $t_{\alpha/2}=1.96$, $t_{\beta}=1.28$ 。参考相关文献^[17],以疼痛评分作为主要结局指标,取标准差 $\sigma=2.9$ 、两组均数差值 $\delta=2.5$ 。计算可得对照组和干预组所需样本各 29 例,考虑到 10% 失访率,每组需纳入 33 例。最终纳入骨质疏松性骨折患者 100 例,采用随机数字表法分为对照组与观察组各 50 例。随机序列由不参与受试者招募、干预实施及结局评估的研究助理独立生成,并将分配结果密封于不透光的信封中保存。患者入组并完成基线评估后,由研究助理按顺序依次拆开信封完成分组。研究过程无病例脱落。本研究已通过上海市浦东新区人民医院伦理委员会审批[(2023)伦审第(K47)号],患者均签署知情同意书。

1.2 干预方法

对照组接受常规干预。发放《骨质疏松性骨折康复与预防健康教育手册》。患者接受指南推荐的药物

治疗、基础康复指导、进行门诊复查与电话随访。观察组将社会处方应用于骨质疏松性骨折患者的二级预防中,具体如下。

1.2.1 组建多学科团队 依据世界卫生组织 2022 年发布的社会处方工具包^[6]进行设计,由医务社会工作者(2 名)主导,联合骨科医生(2 名)、康复治疗师(2 名)、营养师(1 名)、心理治疗师(1 名)及骨科护士(4 名)组成多学科团队。医务社会工作者的遴选标准为:拥有社会工作本科及以上学历;持有国家社会工作职业资格证书(初级及以上);具有 3 年以上医务社会工作经验。医务社会工作者扮演协调者角色,负责组织多学科会议、培训和督导健康志愿者、链接社区资源等。骨科医生负责依据纳入与排除标准对住院及门诊患者进行筛查、诊断;负责患者的骨折治疗、抗骨质疏松药物方案的制订与调整,并在出院小结中明确随访时间节点。康复治疗师负责患者出院前的运动功能评估、运动康复方案的制订与调整,并在随访节点进行功能复评。营养师针对患者的营养状况进行膳食指导。心理治疗师对患者出现的负面情绪问题提供指导意见。骨科护士在患者入院期间,进行一对一健康教育,确保患者对通识处方内容的理解,并在后续随访中协助联络员收集患者健康信息,及时向医疗团队反馈异常情况,其中骨科护士长协助医务社会工作者协调工作。

1.2.2 制订社会处方

多学科团队基于社会处方工具包^[6]及相关文献,结合前期社区预调研,共同制订《骨健康处方手册》(下称《手册》),涵盖骨健康科普、随访、营养、运动、防跌、日照、公益支持七大模块,并根据模块性质区分为通识处方与个性化处方。

1.2.2.1 通识处方模块 骨健康科普、营养支持、防跌指导、日照促进四大模块为通识性处方,即患者均须遵守的基础干预内容。患者出院时,由责任护士运用《手册》进行一对一的健康教育,确保信息传递的同质性。

1.2.2.2 个性化处方模块 随访管理、运动康复、公益支持三大模块为个性化处方,由医务社会工作者协调相应专科人员根据患者个体情况分别开具。①随访管理处方:由主治医师根据患者骨折类型、手术方式、骨密度水平及并存疾病情况,在出院小结及《手册》对应页面明确标注随访时间节点。②运动康复处方:由康复治疗师在患者出院前完成一对一运动功能评估,并结合患者运动史、个人兴趣及居家环境,制订个体化居家康复运动方案。处方内容包含运动类型、频率、强度、时间。遵循递进式原则,早期(骨折后 0~1 个月)以关节活动训练和伸展运动为主,中期(骨折后 2~3 个月)增加低负重抗阻力训练及平衡能力训练,后期(骨折后 4 个月及以上)鼓励患者融入社区八段锦课程等团体活动,强化依从性。运动频率为

每周至少 3 d, 每日 1 次, 每次 30 min。随访过程中, 康复治疗师根据患者功能恢复进度及主观反馈, 动态调整运动处方内容。康复治疗师于骨折后 3、6、12 个月复评时进行常规调整, 若患者报告运动相关疼痛等不适, 由联络员反馈后进行调整。③公益支持处方: 由医务社会工作者根据患者的评估情况协助完成社区资源链接, 包括公益陪诊服务(提供就医支持, 加强随访依从性), 社区老年食堂(加强营养支持), 骨质疏松病友俱乐部(骨折后 3 个月参与, 一期 3 节, 加强科普知识提升与社会支持), 社区八段锦课程(加强运动支持)。

1.2.3 培育健康志愿者 健康志愿者在社会处方的实施中扮演重要的联络员角色, 负责按干预阶段要求的频次联络患者、督促处方执行并记录执行情况; 解答患者关于处方内容及社区资源的常规疑问; 识别患者情绪波动、病情变化、资源获取困难等异常情况, 及时向医务社会工作者反馈; 参与每月 1 次的联络员例会, 汇报工作进展及困难案例。①招募标准: 年龄 50~70 岁, 居住于本社区, 具备初中及以上文化程度, 有志愿服务意愿, 沟通能力较强, 无严重慢性病, 经面试评估合格。②培训内容: 共 8 学时, 包括骨质疏松基础知识、沟通技巧、社会处方理念、《手册》使用、紧急情况处理、社区资源介绍等。培训后考核合格者成为联络员, 每名联络员负责 3~5 例患者。

1.2.4 实施干预方案

1.2.4.1 建立对社会处方的理解(入组后第 1~3 个月) 完成入组和基线评估; 由医务社会工作者协调多学科完成处方开具, 由相应专科进行处方内容的宣教, 并为患者指定健康志愿者作为联络员; 健康志愿者每 2 周通过电话联络患者 1 次, 主要职责为督促处方执行、记录情况, 解答常规疑问, 并观察患者情绪与病情变化; 医务社会工作者根据联络员的反馈, 评估患者对处方的理解并优化下一阶段计划, 评估健康志愿者的工作表现并进行复盘指导。

1.2.4.2 加深社区资源的使用(入组后第 4~6 个月) 联络员每 2 周联络患者 1 次, 重点追踪患者在社区资源使用中的实际体验(如满意度、使用困难等); 医务社会工作者协调多学科团队, 根据患者的康复进展和资源使用反馈进行个性化处方的调整, 并通知联络员; 加强社区支持处方的使用率, 由医务社会工作者组织病友俱乐部并协助患者参与社区服务, 评估健康志愿者的工作表现并进行复盘指导。

1.2.4.3 促进资源网络和健康管理的维持(入组后第 7~12 个月) 健康志愿者调整为每月联络患者 1 次, 协助患者解决偶发疑问、链接紧急资源, 并在遇到复杂情况时及时向医务社会工作者转介; 医务社会工作者评估健康志愿者的工作表现、患者自我管理能力的提升及支持网络的稳定性, 逐步退出日常协调。

1.3 评价方法

1.3.1 评价工具 ①骨质疏松知识调查问卷。由研究团队自编, 经文献回顾及 6 名多学科专家咨询修订而成, 涵盖骨质疏松症的内涵、风险因素、临床表现以及非药物防治方法等相关知识。题型包括判断题 12 题、单选题 9 题、多选题 3 题。总分 104 分, 得分越高表示骨质疏松知识掌握水平越好。6 名专家评定其内容效度指数(S-CVI)为 0.96。②疼痛。采用疼痛视觉量表(Visual Analogue Scale, VAS)^[18], 使用两端标有 0 和 10 的 10 cm 长尺, 代表从无痛(0)到最痛(10), 由患者评估此时疼痛的程度。③生活质量。采用健康调查简表(The Short Form-36 Health Survey, SF-36)^[19]。该量表包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康 8 个维度 36 个条目。各维度条目按照题目相应的赋值^[20]相加得出实际初始分, 再用(实际初始分-初始分的理论最低值)/(初始分的理论最高值-初始分的理论最低值)×100 计算得出各维度分值, 所有条目的终得分相加即得总分。总分范围 0~100, 分值越高说明生活质量越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.90。④社会支持。采用社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)^[21]。该量表有 10 个条目, 包括客观支持(3 条)、主观支持(4 条)和对社会支持的利用度(3 条)3 个维度。量表总分为 10 个条目之和, 得分越高, 社会支持度越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.79。⑤服药依从性。采用中文版 8 条目 Morisky 服药依从性问卷^[22], 共包含 8 个问题, 其中第 1~4、6~7 题回答“是”计 0 分、“否”计 1 分; 第 5 题为反向计分; 第 8 题采用 Likert 5 级评分(从不、偶尔、有时、经常、所有时间), 分别计 1、0.75、0.50、0.25、0 分。满分为 8 分, 得分越高依从性越好。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.71。

1.3.2 资料收集方法 为减少测量偏倚, 数据收集者、数据录入人员及统计分析人员均对分组情况保持盲态, 且不参与干预实施。数据收集时间点为基线(入组后 7 d 内), 入组后 3、6、12 个月。入组患者在对对应随访时间点完成服药依从性、生活质量、疼痛、社会支持、骨松知识评价。基线调查以面对面访谈形式在医院完成; 随访期调查优先采用面对面访谈, 对因行动不便无法到院的患者, 采用电话完成访谈, 每次调查约 20 min。问卷由评估员当场核查完整性, 对于漏项及时进行补充询问。

1.4 统计学方法 采用 SPSS31.0 软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料组间比较采用 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法; 等级资料比较采用 Wilcoxon 秩和检验。重复测量数据的组间比较采用重复测量方差分析, 分析前进行 Mauchly 球形检验, 若满足球形假设, 采用

主体内效应检验的常规结果;不满足球形对称采用 Greenhouse-Geisser 校正后的自由度及 P 值进行判断。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	文化程度(例)					骨折部位(例)			
		男	女		文盲	小学	初中	高中	大专及以上	上肢	腰椎	胸椎	髋部
对照组	50	6	44	68.10±11.26	3	12	26	9	0	27	10	1	12
观察组	50	12	38	68.46±8.15	3	9	28	6	4	20	9	5	16
统计量		$\chi^2=2.439$		$t=0.183$	$Z=-0.700$								
P		0.118		0.855	0.484					0.229*			

注:*为 Fisher 精确概率法。

2.2 两组患者不同时间点骨质疏松知识评分比较
见表 2。

表 2 两组患者不同时间点骨质疏松知识评分比较

分, $\bar{x}\pm s$					
组别	例数	基线	3 个月	6 个月	12 个月
对照组	50	50.04±18.22	58.48±12.46	64.48±13.04	49.88±16.22
观察组	50	49.88±15.54	66.40±14.05	79.68±5.56	56.28±14.64
t		0.047	2.982	7.582	2.071
P		0.962	0.004	<0.001	0.041

注:两组比较, $F_{\text{组间}}=22.591$ 、 $F_{\text{时间}}=53.064$ 、 $F_{\text{交互}}=5.289$,均 $P<0.05$ 。

2.3 两组患者不同时间点疼痛评分比较 见表 3。

表 3 两组患者不同时间点疼痛评分比较

分, $\bar{x}\pm s$					
组别	例数	基线	3 个月	6 个月	12 个月
对照组	50	6.00±1.05	4.00±0.67	3.00±0.67	2.76±0.63
观察组	50	6.04±0.95	3.90±0.71	2.90±0.71	2.30±0.61
t		0.200	0.726	0.726	3.712
P		0.842	0.470	0.470	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{组间}}=1.302$ 、 $P=0.257$; $F_{\text{时间}}=1\,492.05$ 、 $F_{\text{交互}}=7.034$,均 $P<0.05$ 。

2.4 两组患者不同时间点生活质量评分比较 见表 4。

表 4 两组患者不同时间点生活质量评分比较

分, $\bar{x}\pm s$					
组别	例数	基线	3 个月	6 个月	12 个月
对照组	50	42.61±8.69	52.03±15.04	71.37±12.15	77.53±11.22
观察组	50	40.50±7.32	50.31±9.25	76.52±12.08	85.13±3.18
t		1.308	0.690	2.124	4.607
P		0.194	0.492	0.036	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{组间}}=3.494$ 、 $P=0.065$; $F_{\text{时间}}=359.011$ 、 $F_{\text{交互}}=6.122$,均 $P<0.05$ 。

2.5 两组患者不同时间点社会支持评分比较 见表 5。

表 5 两组患者不同时间点社会支持评分比较

分, $\bar{x}\pm s$					
组别	例数	基线	3 个月	6 个月	12 个月
对照组	50	39.00±6.72	39.88±6.12	41.92±5.25	36.38±6.66
观察组	50	38.58±6.83	42.60±5.92	44.30±5.03	41.56±6.09
t		0.310	2.260	2.315	4.059
P		0.757	0.026	0.023	<0.001

注:两组比较, $F_{\text{组间}}=8.264$ 、 $F_{\text{时间}}=16.665$ 、 $F_{\text{交互}}=8.264$,均 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 见表 1。

2.6 两组患者不同时间点服药依从性评分比较 见表 6。

表 6 两组患者不同时间点服药依从性评分比较

分, $\bar{x}\pm s$					
组别	例数	基线	3 个月	6 个月	12 个月
对照组	50	6.34±1.68	6.49±1.66	6.51±1.39	6.60±1.47
观察组	50	6.40±1.45	6.90±1.26	6.88±1.25	6.49±1.53
t		0.191	1.391	1.380	0.367
P		0.849	0.167	0.171	0.715

注:两组比较, $F_{\text{组间}}=0.999$ 、 $P=0.320$; $F_{\text{时间}}=1.347$ 、 $P=0.261$; $F_{\text{交互}}=0.868$ 、 $P=0.444$ 。

3 讨论

3.1 社会处方的应用可显著提高骨质疏松患者的知识水平,患者获得较多社会支持 本研究结果显示,两组骨质疏松知识评分比较,组间效应、时间效应及交互效应显著(均 $P<0.05$),观察组知识评分显著高于对照组,表明观察组不仅知识水平提升更快、峰值更高,更重要的是干预结束后其知识水平的回落速度慢于对照组,患者的知识保留效果更佳。可能与患者在社会处方干预过程中能够获得知识的不断强化密切相关。责任护士运用《手册》进行标准化健康教育,健康志愿者按固定频率进行电话联络解答患者疑问,而骨质疏松病友俱乐部也为患者提供了同伴交流与经验分享的平台。社会处方将患者置于社区支持、同伴交互、个性化的健康知识学习模式中,促进了健康知识从被动灌输向主动探索的转变^[23]。这种基于社会连接的教育模式,有效弥补传统单向宣教的不足,也为开展延续性的慢性病健康教育提供了新思路。本研究结果显示,两组社会支持评分比较,组间效应、时间效应及交互效应显著(均 $P<0.05$),观察组社会支持评分显著高于对照组。这一成效或可归因于社会处方中持续构建与强化的支持网络。医务人员通过多元的项目活动深化了与患者的联系,从而强化了患者获得的正式支持,而健康志愿者、病友俱乐部及社区公益服务等则进一步强化了患者获得的非正式支持。由此可见,社会处方不仅在干预期间提供即时帮助,更能帮助患者建立可持续的社会连接,有效缓解长期慢性疾病可能引发的社会隔离风险。

3.2 社会处方的应用对生活质量、疼痛的影响随时间变化的趋势不同,对服药依从性的影响不显著 研究结果显示,干预后 6、12 个月两组生活质量评分比较,差异有统计学意义,且两组比较的时间主效应与交互效应显著(均 $P < 0.05$)。说明社会处方对提升患者生活质量具有一定作用。值得注意的是疼痛管理的结果,尽管短期效果与对照组相当,但观察组在远期表现出更低的疼痛水平,且交互效应显著。这些结局指标的改善可能与社会处方干预方案中的多重机制有关,如康复治疗师指导并调整的运动康复方案,健康志愿者定期随访可及时发现患者报告的疼痛等不适,病友俱乐部则可能改善社会支持与心理状态,间接改善患者的疼痛管理能力。这一结果表明社会处方可能通过增强患者的疼痛应对能力、改善心理状态或促进有益健康的身体活动等机制,发挥更为持久的镇痛效应,改善患者生活质量。在服药依从性方面,社会处方干预并未显现显著的组间差异。尽管观察组依从性评分在干预中期轻微提升,但该趋势未达到统计学意义,且在随访末期回落至与对照组相近水平。可能与骨质疏松症患者服药行为的特殊性有关,患者对于长期服用钙剂及抗骨质疏松药物常存有疑虑,如对起效隐匿性的不确定、对胃肠道反应的担忧等,这些因素可能削弱了社会支持对患者服药行为的促进作用。值得注意的是,社会处方虽未直接提升服药依从性,但其通过强化社会联系可增强自我管理动机与效能感^[24],可能为后续更针对性的用药管理提供基础。

3.3 社会处方的应用凸显医务社工与护士协同合作的价值 本研究亦凸显了医务社会工作者在骨质疏松性骨折患者二级预防中的关键作用。在本研究的干预模式中,医务社会工作者协调多学科团队、培训并管理健康志愿者、开展病友俱乐部、链接社区公益资源等,以期构建一个涵盖基本公共卫生服务、公益服务、志愿服务、社区邻里支持等综合性的社会支持网络,从而为患者营造长期的、支持性的社会生活环境,助力患者实现整体健康与长期福祉。这一模式与护理服务形成互补。当前,骨质疏松性骨折二级预防实践中面临的关键瓶颈之一是,专科护士由于临床工作繁重,往往难以在项目中保证充足的服务时间。在此背景下,医务社会工作者的介入不仅缓解了护理人员的负担,更在整合医疗服务与社区资源、促进医护协同方面发挥了独特的专业价值。

4 结论

针对骨质疏松性骨折患者,社会处方干预在短期内能显著提升患者的疾病知识水平及生活质量;长期则展现出维持社会支持水平与持续缓解疼痛的潜力。这一模式中,医务社会工作者与护士在患者二级预防管理中发挥协同作用,形成专业互补,有助于推动构

建“生物—心理—社会”综合照护体系。然而,本研究也存在一定的局限性。首先,样本量相对较小,可能影响结果的外推性。未来可扩大样本量,涵盖更多不同地区、不同背景的患者,以提高研究结果的普遍性。其次,随访时间有限,对于社会处方在预防骨折复发、再住院率等长期效果,以及成本效益,还需要更长时间的观察。

参考文献:

- [1] Wang L, Yu W, Yin X, et al. Prevalence of osteoporosis and fracture in China: the China osteoporosis prevalence study[J]. JAMA Netw Open, 2021, 4(8): e2121106.
- [2] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会,章振林. 原发性骨质疏松症诊疗指南(2022)[J]. 中国全科医学, 2023, 26(14): 1671-1691.
- [3] Wakolbinger-Habel R, Bittner-Frank M, Desch S, et al. Osteoporosis screening and major osteoporotic fracture prediction by cranial computed tomography-derived Hounsfield units: a multi-center study on opportunistic osteoporosis screening[J]. Ann Med, 2025, 57(1): 2554930.
- [4] Si L, Winzenberg T M, Jiang Q, et al. Projection of osteoporosis-related fractures and costs in China: 2010 — 2050[J]. Osteoporosis Int, 2015, 26(7): 1929-1937.
- [5] 莫健,黄冲,李晨静,等. 骨质疏松性骨折分级预防现状[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2022, 15(4): 403-411.
- [6] World Health Organization. A toolkit on how to implement social prescribing[R/OL]. (2022-05-20)[2025-12-05]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354456>.
- [7] Morse D F, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing[J]. BMJ Glob Health, 2022, 7(5): e008524.
- [8] Moffatt S, Steer M, Lawson S, et al. Can "social prescribing" help adults with long-term health problems? [J]. Innov Aging, 2017, 1(Suppl 1): 513.
- [9] Haslam S A, Haslam C, Cruwys T, et al. Tackling loneliness together: a three-tier social identity framework for social prescribing[J]. Group Process Intergroup Relat, 2024, 27(5): 1128-1150.
- [10] O'Sullivan D J, Bearne L M, Harrington J M, et al. The effectiveness of social prescribing in the management of long-term conditions in community-based adults: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Rehabil, 2024, 38(10): 1306-1320.
- [11] Gao Q, Fancourt D, Steptoe A, et al. Social prescribing services for patients with musculoskeletal conditions compared with other long-term health conditions in the UK: a cross-sectional study[J]. BMJ Public Health, 2025, 3(2): e002381.
- [12] Howarth M, Griffiths A, da Silva A, et al. Social prescribing: a "natural" community-based solution[J]. Br J Community Nurs, 2020, 25(6): 294-298.

[11] 苏青. 浅谈成人 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略[J]. 中华糖尿病杂志, 2020, 12(1): 13-16.

[12] American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes — 2025[J]. Diabetes Care, 2025, 48(1 Suppl 1): S181-S206.

[13] 王红岩, 赵静, 贾芸. 2021 年版《中国血糖监测临床应用指南》护理实践解读[J]. 上海护理, 2023, 23(10): 1-5.

[14] 沈莺, 徐朝阳, 沈备, 等. 实时动态血糖监测的 2 型糖尿病患者血糖波动的影响因素研究[J]. 中国糖尿病杂志, 2025, 33(3): 189-193.

[15] Lombardo F, Passanisi S, Alibrandi A, et al. MiniMed 780G six-month use in children and adolescents with type 1 diabetes: clinical targets and predictors of optimal glucose control[J]. Diabetes Technol Ther, 2023, 25(6): 404-413.

[16] Zupa M F, Krall J, Collins K, et al. A risk stratification approach to allocating diabetes education and support services[J]. Diabetes Technol Ther, 2022, 24(1): 75-78.

[17] 谭雅琼, 徐蓉, 李霞, 等. 全院血糖管理“3I 模式”的临床实践[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(8): 1033-1038.

[18] 《持续葡萄糖监测临床应用专家共识 2024》专家组. 持续葡萄糖监测临床应用专家共识 2024[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2024, 44(6): 430-445.

[19] 万巧琴, 尚少梅, 来小彬, 等. 2 型糖尿病患者自我管理行为量表的信、效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(7): 26-27.

[20] 时诗柔, 武晴, 刘晓惠, 等. 主动健康理念下 2 型糖尿病患者自我管理方案的构建及应用[J]. 护理学杂志, 2025, 40(12): 28-33.

[21] 杨振华, 董公明, 赵志婷, 等. 动态血糖监测系统监测结合社区血糖精细化管理对糖尿病患者血糖水平的影响[J]. 中国初级卫生保健, 2025, 39(6): 25-28.

[22] 程爽, 王莉, 陈玲雪, 等. 持续葡萄糖监测对成人 1 型糖尿病患者血糖管理相关指标影响的 Meta 分析[J]. 中国临床新医学, 2025, 18(2): 217-225.

[23] Munch L, Arreskov A B, Sperling M, et al. Risk stratification by endocrinologists of patients with type 2 diabetes in a Danish specialised outpatient clinic: a cross-sectional study[J]. BMC Health Serv Res, 2016, 16: 124.

[24] 付阿丹, 王莉, 熊莺, 等. 基于互联网平台的 2 型糖尿病患者健康管理模式研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(11): 1-4.

(本文编辑 吴红艳)

(上接第 78 页)

[13] Morris D, Thomas P, Ridley J, et al. Community-enhanced social prescribing: integrating community in policy and practice[J]. Int J Community Wellbeing, 2022, 5(1): 179-195.

[14] Ashcroft R, Lam S, Vo T D, et al. Determining the intersection of social prescribing in social work practice: protocol for a scoping review [J]. JMIR Res Protoc, 2025, 14(1): e75235.

[15] 邱贵兴, 裴福兴, 胡侦明, 等. 中国骨质疏松性骨折诊疗指南: 骨质疏松性骨折诊断及治疗原则[J]. 黑龙江科学, 2018, 9(2): 85-88, 95.

[16] 柴羽菲, 贾勤, 戴雅琴, 等. 老年髌膝关节置换术后患者静态行为干预方案的构建及应用[J]. 护理学杂志, 2025, 40(23): 95-100.

[17] 向青天, 王通卫, 王继军, 等. 骨折联络服务理念在老年骨质疏松性髌部骨折术后患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(7): 43-46.

[18] Begum M R, Hossain M A. Validity and reliability of visual analogue scale (VAS) for pain measurement[J]. J Med Case Rep Rev, 2019, 2(11): 394-402.

[19] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.

[20] Ware J E, Snow K K, Kosinski M, et al. SF-36 health survey: manual and interpretation guide[M]. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993: 5-6.

[21] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(2): 98-100.

[22] Morisky D E. Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control[J]. J Clin Hypertens, 2008, 10: 348-354.

[23] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century[J]. Health Promot Int, 2000, 15(3): 259-267.

[24] Shahin W, Kennedy G A, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: a systematic review[J]. Pharm Pract (Granada), 2021, 19(2): 2300.

(本文编辑 吴红艳)