

2022

慢性病的发病与生活习惯关系密切，患者自我管理对于慢性病的管理是一种有效的模式，积极推广和发展患者自我管理小组，对于提高居民健康意识，深入推进金凤区慢性病综合防控示范区工作有着积极的意义。为推广和开展“慢性病自我管理”模式，结合我区实际，特制定本方案。

一、工作目标

通过社区倡导、村（居）委会、单位实施、专业医疗机构指导的工作原则，以点带面，分阶段实施，全面建立社区患者自我管理小组。进一步建立和完善工作机制，以患者自我管理小组为载体，把慢性病患者纳入管理，积极探索“医患合作、患者互助、自我管理”群防群控慢性疾病防治的工作模式，并不断拓展内涵，通过健康教育与健康促进，使慢性病患者获得健康知识，改善患者的不合理健康行为，提高患者的自我管理能力，有效控制血压和血糖，逐步实现自我管理，促进居民建立有效的健康生活方式、预防慢性病的发生或控制、延缓其并发症。

二、实施步骤

各乡镇、社区以慢性病群防群控为切入点，动员辖区社区、村（居）委建立健康自我管理小组，2022年在每个社区（居委会或村委会）均要建立1-2个患者自我管理小组，逐年增加，患者自我管理小组覆盖率达到50%及以上。每个小组每年至少开展6次活动，并按照实际情况不断发展小组人员，进一步扩

大覆盖受益人群。同时在积极开展以高血压、糖尿病为主的患者自我管理的基础上，逐步把肿瘤等慢性病的预防和控制纳入到健康自我管理小组的工作范畴中。

（一）性质界定

主要是通过政府部门倡导、专业机构支持、社区、村（居）委会负责实施、居民自我管理的松散性的组织。组织学习《慢性病自我管理宣传手册》、《健康素质 66 条》、《健康生活方式核心信息》等方面的健康知识和技能，培训参与者的学习和操作能力，使各项干预措施产生良好的效果。

（二）组员构成

以列入高血压三级管理的患者以及 35 岁以上人群高血压、糖尿病新发现者为选择对象，每个小组组员 15—20 人，可按照条件许可适当增加人员，由村（居）委会、单位负责组织并指定 1 名具体负责人员。每个小组设立组长 1 名，首选对象为村卫生室医生、居委会卫生专干；副组长 1 名，首选对象农村以村干部、党员、村民小组长为主，居民小区以教师、医务人员、干部、党员为主，要求具有一定文化程度及乐于助人的有奉献精神。各社区和乡镇落实 1 名指导医生，负责对小组的工作指导。

（三）活动频率

第一阶段：新建立的健康自我管理小组。授课以《慢性病自我管理宣传手册》、《健康素质 66 条》、《健康生活方式核心信息》等健康知识为主要内容，6 周完成，期间按照基本情况调查，制定个人实施计划，根据组员要求可以增加健康讲座的内容。

第二阶段：监测小组成员个人目标实施的情况，定期实行实施效果评估。“结对”行为的改变，开展自主性的活动，促进个人目标实施效果的体现。

（四）活动模式

1. 社区患者自我管理小组活动模式

以居委会管辖内的居民小区中组建小组，发病率高的地区，居民小区逐步组建小组，力争逐步全覆盖。采用活动模式：居委会会有专人负责，组长负责日常管理及记录，副组长负责召集，社区服务站医生指导及监测效果。

2. 乡镇患者自我管理小组活动模式

针对居住地分散，文化程度差异较大等特点，探索因地制宜、灵活多样的形式开展培训与活动。采用活动模式：村委会有专人负责，组长负责日常管理及记录，副组长负责召集，村卫生室医生指导及监测效果。

（五）效果评估

1. 基本健康信息收集。基本资料收集包括：（1）一般情况调查：年龄、性别、文化程度、经济收入，婚姻状况。（2）现在健康状况、既往史、家族史调查。（3）血压测量：每次活动测量血压，认真做好记录。（4）身高、体重、腰围的测量。（5）生活习惯调查：吸烟、饮酒情况调查、身体活动状况、饮食习惯及营养，以及血脂、血糖等方面调查。落实专人进行定期监测，加强数据积累。

2. 对收集到的基本资料进行分析，对生活习惯进行评估，发现主要的危险因素，帮助指导组员制定个人计划。

3. 针对主要引发高血压的危险因素，从限制钠盐摄入量、限制饮酒及戒酒、减轻体重、适度的体力活动和体育运动、戒烟、保持良好的心理状态进行健康干预，开展健康生活方式指导，并对生活方式指导效果进行评估。

（六）职责分工

金凤区疾控中心：适时进行督导、总结、交流、推广；落实社区卫生服务中心、乡镇卫生院对高血压自我管理工作的相关业务培训指导、效果监测及评估工作。

二级及以上综合医疗机构：对发现的高血压等慢性病病人及时转诊到社区卫生服务站、村卫生室进行随访、治疗和管理；对镇卫生院和社区卫生服务站转诊的病情控制不满意的病人按照国家基本公共卫生服务规范的要求进行及时治疗；负责指导各镇卫生院和社区卫生服务站医务人员慢性病知识培训和病人治疗效果评价。

乡镇政府及街道办事处：负责辖区内村（居）委、单位的沟通、协调工作，提供活动必要的场所；建立相关的督导制度、例会制度和激励制度，指派专人负责此项工作；负责确定组长、副组长人选等；落实工作资料收集整理。

各基层医疗卫生机构：全面负责辖区的高血压三级管理工作及 35 周岁以上人群测量血压工作；将 35 岁以上人群的血压测量工作作为常规工作，并进行登记；对新发现的高血压人群要有计划的纳入到健康自我管理小组；指导组员制定个人计划，并定期对小组个人计划的实施情况进行效果评估；负责对社区健康自我管理小组的 6 个课时业务培训或对村卫生室医生进行业务培训，培养师资骨干。

三、工作要求

（一）提高认识，强化组织领导

群防群控，推行健康自我管理，是促进居（村）民健康行为方式形成的一项重要举措，是防治慢性病的一种有效手段。健康自我管理小组是组织引导社会公众参与的有效载体。各单位要充分认识到开展这项工作的重要意义，加强组织领导，加大投入，将此项工作纳入建设健康社区的重要内容做实、做深、做细。

（二）加强宣传，完善工作机制

一是要为健康自我管理小组工作的顺利推进创造良好条件，加强宣传形成氛围，积极引导广大居民，按照自愿的原则覆盖更为广泛的人群。二是要形成制度。建立例会制度，各部门之间定期交流沟通，整合资源，形成合力，加强督查，落实考核，层层推进。三是要进一步完善激励机制。要肯定社区指导医生、组长的价值，采用激励的方式，调动积极性。各镇、街道要充分给予关心，充分发挥组长、社区指导医生等人员的工作积极性，提供健康报刊、杂志，参与培训和相关的交流会，参加有关健康促进活动；列入健康志愿者先进评选，增强荣誉感。

（三）切合实际，探索有效模式

患者自我管理是一项意义深远、需长期坚持的工作，各部门要把健康自我管理作为本部门的重要工作，充分发挥各自优势，结合各自职能，形成合力，共同推进。一要抓住关键，讲究实效。根据基线调查，分析个人危险因素，通过指导、启发患者制定个人计划，针对组员共性问题制定年内小组活动安排，真正发挥个人和团队力量作用，让每个组员在不断

实践中，掌握自我管理的知识和技能，并逐步改变和形成良好的生活行为方式。通过参与，亲身体验，积极引导更多的高血压人群加入，以传、帮、带的方式，不断深化健康自我管理作，使其产生良好的社会效应。二要充分挖掘资源，形成互动。要不断丰富小组活动的内容，拓展工作内涵。深入挖掘、整合和利用资源，把小组中的文艺、体育积极分子等方面的各种人力资源运用起来，不断丰富健康自我管理小组活动的内容、形式，搭建更为活跃的工作平台，让小组更具有顽强的生命力。三要善于总结和经验推广。充分挖掘典型案例，加强宣传报道，通过召开工作推进会或现场会进行交流和经验推广，同时专业部门加强效果评估，促进平衡发展。

四、实施时间

2022 年 1 月 1 日-2022 年 12 月 31 日

五、资金安排

根据《自治区财政厅、卫生健康委关于提前下达 2022 年重大传染病防控经费预算的通知》（宁财（社区）指标〔2021〕678 号）文件精神及项目完成的质量及数量进行拨付。

附件：

- 1、2022 年金凤区开展患者自我管理小组活动情况一览表
- 2、金凤区患者自我管理小组活动花名册

附件： 1

2022 年金凤区开展患者自我管理小组活动情况一览表

单位: _____ (社区/乡镇)

小组名称: _____

[illegible]

附件： 2

金凤区患者自我管理小组活动花名册

单位: _____ (社区/乡镇)

小组名称: _____

组长: _____

指导医生: _____

[illegible]

