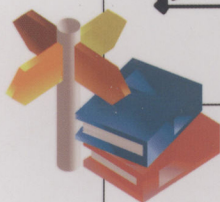


慢性病综合干预 医生工作指南



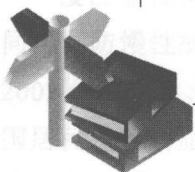
中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心 编著

62
3



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

慢性病综合干预 33 医生工作指南



中国疾病预防控制中心 编著
慢性非传染性疾病预防控制中心

编写组

赵文华 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
翟 屹 中国疾病预防控制中心
白雅敏 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
王卉呈 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
陈晓荣 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
杨正雄 中国疾病预防控制中心
陈伟伟 卫生部心血管病防治研究中心
颜流霞 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
李剑虹 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
张 勇 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
冯雅靖 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
王 文 卫生部心血管病防治研究中心
王增武 卫生部心血管病防治研究中心
杨丽琛 中国疾病预防控制中心营养与食品安全所
赵艳芳 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
高荣涛 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
邢慧娴 北京协和医学院
刘世炜 中国疾病预防控制中心信息中心

人民卫生出版社

R4-62
Z563

图书在版编目 (CIP) 数据

慢性病综合干预医生工作指南/中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心编著. —北京: 人
民卫生出版社, 2010. 4

ISBN 978 - 7 - 117 - 12676 - 2

I. ①慢… II. ①中…②慢… III. ①慢性病 - 防治 -
指南 IV. ①R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 033314 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

慢性病综合干预医生工作指南

编 著: 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830
010 - 59787586 010 - 59787592
印 刷: 北京人卫印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 7
字 数: 164 千字
版 次: 2010 年 4 月第 1 版 2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 12676 - 2/R · 12677
定 价: 20.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

慢性非传染性疾病(以下简称“慢性病”)的广泛流行已经成为全世界关注的话题,同时预防慢性病被公认为是“一项至关重要的投资”。我国的慢性病防治形势同样严峻,2002年18.8%、18.6%和2.6%的成人分别患有高血压、血脂异常和糖尿病。2003年我国居民用于高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病四种慢性疾病的医疗费用合计约占全国卫生总费用的12.5%。作为我国公共卫生领域内的一项重要内容,积极开展慢性病防治刻不容缓。

基于健康管理和疾病管理理论基础的慢性病综合管理已经得到了大量国内外研究证据的支持。这种新型的服务以对各种危险因素进行干预为核心,以期达到促进健康、延缓慢性病进程、减少并发症、降低伤残率、延长寿命、提高生活质量和降低医药费用的目的。

中央财政专项资助的慢性病综合干预控制项目开始于2007年,发展至今已涵盖了全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团的64个社区,约125万人,极大地推动了各地的慢性病防控工作,提高了慢性病防治队伍的能力和专业技能,同时在慢性病管理的社会动员、信息管理、慢性病风险评估、人群管理和项目评估等理论和实践方面得到了逐渐的积累和完善。中央补助地方慢性病综合干预项目对我国广泛开展慢性病综合干预具有重要的参考价值。

希望该指南的出版不仅能进一步促进中央补助地方慢性病综合干预项目的规范化开展和可持续发展,也能对其他非项目地区的慢性病干预工作有一定的指导意义。

卫生部疾病预防控制局

2009年12月

前言

随着工业化和城镇化进程加速、生活方式的快速转变及人口老龄化,心血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病等慢性病已成为严重威胁我国人民健康的公共卫生问题。

2004~2005年第三次死因回顾调查显示,我国82%的居民死于慢性病。近几十年,我国人群高血压患病率呈持续快速增长趋势,1950~1970年间我国高血压患者每年增加100万,1980~1990年间每年增加300多万,1991~2002年间每年增加约700万,目前约每年增加1000万,估计我国现在有超过2亿高血压患者。造成慢性病的相关危险因素普遍存在,主要包括吸烟和二手烟暴露、不合理膳食和身体活动不足等。目前,这些危险因素或处在较高水平,或呈现快速上升趋势,造成我国人群体重增加,血压、血糖、血脂升高。现在的危险因素状况决定着未来慢性病的发展趋势,若不采取积极措施,未来30年的慢性病负担将日趋严重。

世界范围内日益严重的慢性病流行趋势及其所带来的沉重社会负担,促进了现代医学服务模式的转变,以健康管理和疾病管理为理论基础的综合管理已成为主要的慢性病管理模式。

健康管理的核心是指一种对个人或人群的健康危险因素进行全面管理的过程。其宗旨是调动个人及集体的积极性,有效地利用有限的资源来达到最大的健康改善效果。其内容主要包括健康信息管理、疾病危险性评价和健康改善三部分内容。作为一种服务,其具体做法是根据个人的健康状况进行评价和为个人提供有针对性的健康指导,使他们采取行动来改善健康。它采用将现代医学与信息技术相结合的手段,通过医护人员与服务对象的共同行动来减少个人患各种慢性疾病的危险性,并降低医疗费用的开支。慢性病综合管理是组织慢性病专业医生及护理人员,为慢性病患者提供全面、连续、主动的管理,以达到促进健康、延缓慢性病进程、减少并发症、降低伤残率、延长寿命、提高生活质量同时降低医药费用的目的。

国内外足够的证据已经证明,对慢性病患者的综合管理能够以较低的成本达到比单纯的医疗服务更好的结果。为加强我国慢性病防治工作,中央财政2007年列出专项经费,在全国范围内开展“中央补助地方慢性病综合干预控制项目”。该项目是以“健康体重”和“血压管理”为切入点,以健康管理和疾病管理相结合为技术策略,以全面管理慢性病主要危险因素为目标、以信息技术为支持、以社区卫生服务机构为运转平台的慢性病综合干预项目。至

2009年,该项目已扩大至全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团的64个社区,约125万人。该项目积极推动了各地慢性病防控工作,锻炼并提高了队伍能力和慢性病干预技能。

《慢性病综合干预医生工作指南》的编写,是在卫生部疾病预防控制局的领导和支持下,在《2008年度中央补助地方慢性病综合干预控制项目技术方案》、《中央补助地方慢性病综合干预控制项目医生工作手册》和《中央补助地方慢性病综合干预控制项目慢性病管理信息系统使用手册》的基础上,结合各地慢性病防治工作开展的现况,同时考虑了广大医务人员从事慢性病干预技能的需求,在实践基础上,对我国慢性病预防控制工作的理论基础、综合干预技术和技能进行了系统论述。本书的出版将进一步促进项目的规范化实施和可持续发展,同时为其他开展慢性病干预的单位和有关人员提供参考与借鉴。

本书的编写得到了卫生部疾病预防控制局、国际生命科学学会中国办事处、北京信息管理科学研究所、世界卫生组织慢性非传染性疾病社区综合防治合作中心和全国慢性病防治相关领域专家的大力支持和帮助。在此,特别感谢卫生部疾病预防控制局孔灵芝副局长、中国疾病预防控制中心杨功焕副主任、卫生部疾病预防控制局雷正龙处长和李光琳副处长,国际生命科学学会陈春明教授、中国疾控中心陈君石院士在编写过程中给予的指导;广西、江西和浙江省中央补助地方慢性病综合干预控制项目现场为我们提供的宝贵经验,在此一并表示感谢!

由于我们经验有限,本书难免存在不足,敬请各位专家、医务人员和疾控工作者提出宝贵意见和建议,以便我们进一步组织修订,使本指南不断得到完善。

编者

2009年12月

目 录

第一章 社会动员	1
一、什么是社会动员	1
(一) 社会动员的由来	1
(二) 社会动员的必要性	1
二、社会动员内容和方法	1
(一) 社会动员的“五要素”	1
(二) 社会动员的“五部曲”	2
(三) 案例分析——实践出真知	3
第二章 信息收集	6
一、信息收集的目的	6
二、基础信息收集	6
三、慢性病高危个体和患者管理信息收集	6
四、信息收集质量控制	7
(一) 信息收集询问调查注意事项	7
(二) 体格检查和实验室检查质量控制	7
五、信息收集用表及填表说明	8
第三章 风险评估	21
一、概述	21
(一) 目的和意义	21
(二) 风险评估的内容和标准	21
二、个人慢性病风险分类评估报告	22
(一) 意义	22
(二) 报告的内容	22
(三) 阅读要点	22
三、个人体重评估报告	22
(一) 意义	22
(二) 报告的内容	22
(三) 阅读要点	25
四、个人血压评估报告	25

(一) 意义	25
(二) 报告的内容	25
(三) 阅读要点	25
五、个人膳食评估与指导报告	25
(一) 膳食评估的意义	25
(二) 膳食评估的方法	28
(三) 报告的内容	28
(四) 阅读要点	28
六、个人身体活动水平评估与指导报告	28
(一) 身体活动评估的意义	28
(二) 身体活动评估的方法	28
(三) 报告的内容	31
(四) 阅读要点	31
第四章 人群分类管理	32
一、一般人群管理	32
(一) 管理对象	32
(二) 管理内容与方法	32
二、高危人群管理	32
(一) 概述	32
(二) 膳食指导原则	33
(三) 身体活动指导原则	33
(四) 戒烟干预原则	34
三、体重管理	34
(一) 体重管理的意义	34
(二) 体重管理的原则	34
(三) 体重管理的对象	35
(四) 体重管理的内容	35
四、慢性病患者管理	38
(一) 慢性病患者管理的主要内容	38
(二) 高血压患者的规范化管理	38
第五章 项目评估	47
一、项目评估的概念和意义	47
二、项目评估的方法和内容	47
(一) 定性分析	47
(二) 定量分析	48
三、项目评估案例	49
(一) 慢性病综合干预项目中期评估	49

(二) 35 岁以上社区高血压患者身体活动干预效果评估	50
第六章 信息利用	51
一、筛查人群人口学分布、行为因素分布、生物因素分布等信息统计汇总	51
(一) 人口学分布	51
(二) 行为因素分布	52
(三) 生物因素分布	52
(四) 其他	57
二、高危人群和慢性病患者人口学分布、行为因素分布、生物因素分布等信息统计汇总	58
(一) 人口学分布	58
(二) 行为因素分布	59
(三) 生物因素分布	60
第七章 信息传播与沟通技巧	62
一、信息传播的基础知识	62
(一) 什么是传播	62
(二) 传播的五要素	62
(三) 传播的分类和特点	63
二、基本沟通技巧	63
(一) 谈话的技巧	64
(二) 倾听的技巧	64
(三) 提问的技巧	64
(四) 劝服的技巧	65
附件 1 慢性病综合干预控制项目设计方案(摘要)	66
一、项目覆盖范围	66
二、项目目标	66
三、项目原则	66
四、项目主要内容	66
五、技术路线	67
(一) 项目实施技术路线	67
(二) 慢性病综合干预工作流程	67
六、项目发展关键技术	68
附件 2 社区常用口服抗高血压药物表	69
附件 3 不同人群管理指标要求汇总表	71
附件 4 1 周膳食记录表及填表说明	72
一、1 周膳食记录表	72

(一) 1700kcal 1 周膳食记录表	72
(二) 1800kcal 1 周膳食记录表	73
(三) 1900kcal 1 周膳食记录表	74
(四) 2000kcal 1 周膳食记录表	75
(五) 2100kcal 1 周膳食记录表	76
(六) 2200kcal 1 周膳食记录表	77
(七) 2300kcal 1 周膳食记录表	78
(八) 2400kcal 1 周膳食记录表	79
(九) 2500kcal 1 周膳食记录表	80
二、“膳食能量摄入记录表”填表说明	81
附件 5 慢性病管理信息系统使用手册	82
一、系统介绍	82
(一) 简介	82
(二) 系统的安装与运行	82
(三) 基本概念	82
二、重点功能介绍	83
(一) 主要功能介绍	83
(二) 医务人员	83
(三) 社区级用户	95
(四) 管理员	96
推荐参考书目	98

第一章 社会动员

社会动员是社区卫生服务工作中的一项重要内容。作为社区卫生服务的提供者,不仅需要具备诊治疾病、开展预防保健的技术,还应具备开展社会动员等组织发动工作的能力和技巧。

一、什么是社会动员

(一) 社会动员的由来

1980年,联合国儿童基金会(UNICEF)提出了社会动员(social mobilization)的概念。社会动员是指人民群众广泛参与,依靠自己的力量,为实现特定社会发展目标、大规模持久的群众性运动。

实际上,我国是在卫生领域开展社会动员最早的国家。早在1952年,毛泽东就提出“动员起来,讲究卫生,减少疾病,提高健康水平,粉碎敌人的细菌战争”。将爱国与卫生结合起来应是我国的一大特色,也是我们今后开展社会动员的成功范例。

(二) 社会动员的必要性

社会动员是把满足社区居民需求的社会目标转化成社区动员广泛参与的社会行动的过程。以社区为基础开展慢性病的综合防治是最具有成本效益的防控策略,而慢性病防治涉及多学科、多部门,要动员社会各界广泛参与。社会动员是慢性病防治项目成败的关键环节。在开展慢性病防治的社区,应对各阶层、各部门进行宣传 and 动员,使全社区都了解慢性病防治的重要性,明确其对社区发展、家庭和个人可能提供的益处。

通过社会动员可促进观念的转变,即健康是人的基本权益,维护居民健康是各级政府的责任,是社区、家庭和个人的义务。可促进社区可利用的资源的合理配置。可促使形成领导支持、部门协调、人人参与的良性慢性病防控运作机制。

二、社会动员内容和方法

(一) 社会动员的“五要素”

1. 要素一 开发领导层。

领导层是具有政治影响力的人,他们决定了优先解决问题的顺序和资源的配置。争取各级政府领导对慢性病防治工作的重视和支持,是慢性病项目能否顺利开展和可持续发展的重要条件,直接影响工作的进程和质量。要充分利用已有资料对相关领导进行宣传,说明慢性病防治的目的、意义、预期的效果、对社会产生的贡献等,从而获得其认同,给予政策、经费、

人员等多方面支持。以形成“政府支持、部门协作、群众参与的良性运作机制”。动员领导的具体措施包括：专题汇报、形成与利用重大事件、利用决策人周围的关键人物、会议、考察、新闻媒体、签订责任书等方法。

2. 要素二 动员社区、家庭和个人参与。

在改善居民健康的过程中，社区、家庭和个人能发挥重要作用，通过在社区内进行发动和动员活动，促使社区、家庭和个人从被动到主动，从旁观到介入，从观察到行动，积极地作为一分子参与到社区的卫生保健活动中。利用当地居民喜闻乐见的形式，并与当地独特文化、民风习俗、宗教等密切相连。社区的基层组织（如居委会）是动员的主要对象。家庭是组成社会的最基本单位，利用家庭内的血缘关系和社会角色可促使健康相关活动更具有可行性和操作性，如膳食干预中，家庭成员在选择膳食种类和烹调习惯上常常会有共同的喜好。个人参与主要是指在个人健康行为方面，改变不良的生活方式。现在，我们常常强调社区内关键人物参与的重要影响，如居委会主任、成功企业家、知名人士或社区活跃分子都是慢性病防控的重要力量，应注意发动他们参与健康促进的各种活动。动员社区、家庭和个人参与的最佳途径是健康教育。

3. 要素三 建立和加强多部门间的合作。

健康涉及社会生活的各个方面，单靠卫生部门不可能解决与健康有关的所有问题，必需与教育、体育、工商、环保、传媒等其他部门加强合作，共同努力保障人民群众健康。例如与所辖社区的街道、居委会积极合作，建立和发展合作伙伴关系，协调利用资源，共同开展社区相关宣传、教育和干预活动，将提高工作效率，增加效果。与多部门合作应注意以下几点：

（1）善于发现开展项目的共同利益。

（2）部门间沟通不能单一谈卫生问题，要注意发现合作的机会，谈共同关心的社会问题。

（3）重视与其领导和主管人员的个人交往。

（4）合作中注意应同时加强双方的能力建设，给予人员培训、学习考察的机会。

4. 要素四 发挥非政府组织的作用。

非政府组织（NGO）是指独立于政府机构之外的各种团体和组织。如学会、协会、志愿组织等。可通过各种形式如邀请参加项目会议、宣传活动、分发工作简报、个别接触等，提高这些组织中关键人物对慢性病防治的认识，鼓励他们参加活动，提出建议，共同参与决策。

5. 要素五 专业人员参与。

基层卫生人员是众多慢性病项目的具体执行者和卫生服务提供者，他们的工作对保证项目质量和能否顺利进行具有十分重要的影响。动员广大基层卫生人员积极参与项目至关重要，应进行多种形式培训，明确其职责和权利，提高其慢性病防治知识和技能。同时，转变基层卫生机构领导的观念，促使其调整工作模式，将慢性病防治项目和日常工作有机结合也是项目顺利开展的重要条件。

（二）社会动员的“五部曲”

1. 第一步 确定目标。

首先明确开展社会动员的目标，如完成慢性病综合防控项目活动，或实现某方面行为的改变。

2. 第二步 明确合作伙伴。

明确哪些部门、机构、人员是实现目标的关键力量。

3. 第三步 开展动员。

确定动员对象,如领导层、拟合作部门或机构的关键人物、项目社区居民、专业人员等,分析动员对象的特征和需求,并与其建立良好关系。通过宣传,确定对共同慢性病防治问题的认识,鼓励大家积极参与到行动中来,共同发现和解决问题。

4. 第四步 沟通与支持。

在与合作伙伴行动的过程中,及时进行对话与沟通,并给予必要的支持。

5. 第五步 效果评估。

对社会动员效果进行评估,完善今后工作。

(三) 案例分析——实践出真知

中央补助地方慢性病综合干预控制项目暨卫生部“健康体重和血压控制”关键技术社区应用项目在全国开展以来,各地积极按照国家方案组织实施,同时因地制宜,在社会动员方面积累了许多经验。

1. 浙江省杭州拱墅区——以“健康城区”为载体 浙江省杭州市拱墅区在开展慢性病社区综合干预项目中,与当地健康城区建设相结合,在社会动员中总结了7点经验。

(1) 经验1: 开发领导,依托载体。把项目目标作为各级政府的工作职责、列入议事日程。利用健康城区建设作为载体,打造卫生强区。建设健康城区的切入点是推广“全民健康生活方式行动”,注重从与老百姓生活方式最密切、最直接相关的小事做起,不断拓展全民健康生活方式内涵。向广大居民发放计步器、限盐罐、控油壶、腰围尺、BMI尺等健康生活用具,让老百姓逐步树立起健康生活方式。

(2) 经验2: 建立组织,有序开展。成立项目执行顾问组和项目执行技术指导小组。由当地政府、卫生、文化、工会、街道等行政部门、疾控机构、社区卫生服务机构等主管领导和技术负责人组成。

(3) 经验3: 部门合作,全民参与。加强与总工会、体育局、教育局及非政府民间组织的合作。如当地区总工会开展“健康职工六个一”活动,区体育局向社区卫生服务机构免费提供国民体质检测仪器,进行居民体质监测。区教育局广泛开展“携手1+6健康知识进家庭”活动,把全民健康生活方式行动从学生辐射到千家万户。积极与社区气功站、健走队等民间组织开展联系与合作。

(4) 经验4: 需求调查,有的放矢。围绕群众最关心、最直接、最现实的生存环境问题,完成基线调查,并以此作为制订干预措施的依据。

(5) 经验5: 形式多样,贴近居民。结合全民健康生活方式行动、健康城区建设,利用报刊、宣传折页、板报、电视等宣传载体,采用入户、大型活动、群团活动、讲座义诊、志愿者参与等动员形式,达到社区居民知晓项目、参与项目、依从项目的效果。开展健康生活方式进社区宣传活动。为居民、保安、民工等人员测身高、体重。组织健康教育讲师团,开展志愿者竞赛活动,运河健走、大型健康知识竞赛、寻访运河健康使者活动等。

(6) 经验6: 环境建设,营造氛围。在运河、社区、医院、食堂等处设置运河距离标志,并结合实际安装社区距离标记。开展健康餐馆、健康社区、健康医院等多项建设。每个餐桌标有“中国居民膳食指南”及“中国居民平衡膳食宝塔”的桌牌。制作统一大型宣传版面和BMI圆盘,在所有社区、医院、食堂餐馆等场所宣传栏、橱窗内展出放置,提供正确统一的信息指引。在区政府设置健康食堂、发放宣传资料(平衡膳食、个人身体活动方案、体重圆盘

等)、悬挂横幅宣传等。

(7) 经验 7: 加强宣传, 扩大影响。利用电视、报纸、网络等开展多种形式宣传, 如在杭州日报上连续报道, 开展《有项活动专门管牢你的吃和动》、《大家都想尝试科学饮食活动方法》、《5 名体验者的修身心得》、《贵在坚持啊》等内容, 受到群众广泛关注和参与。将民间“健身经”引进博物馆展出。

2. 江西省南昌市东湖区——打造“石头文化” 结合全民健康生活方式行动的示范创建活动, 江西省南昌市东湖区根据滨江社区居民喜欢在方志敏广场锻炼的特点, 悉心打造了方志敏广场的健身小道, 丰富了周边的“石头文化”。

方志敏广场健身小道为南昌市聆江花园至八一大桥的一段步行道, 长约 2 公里, 步行大约 3 000 步, 途中摆放着 16 块石头, 每块石头上均用红色大字刻着宣传“全民健康生活方式行动”的健康标语, 如“千步为尺、不拘形式、循序渐进”、体重指数(BMI)计算方法等。在健康标语下面还刻着相邻两块石头的相隔距离, 以步为单位, 给居民锻炼提供指导。通过这些“会说话”的石头, 使得居民的“全民健康生活方式行动”意识得到了明显地提高, 参加锻炼的人也越来越多。

健身小道周边制作了不少“全民健康生活方式行动”宣传栏, 使居民在健身之余能更进一步了解合理膳食及健康运动的相关知识, 树立“我行动、我健康、我快乐”、“每日一万步, 吃动两平衡, 健康一辈子”的理念。健身的居民们说: 每天走在健身小道上锻炼就是一种享受, 因为这是一条通往健康的“大道”。活动取得明显的社会效果。

3. 广西壮族自治区南宁市青秀区——创立“健康早夜市” 为做好慢性病社区综合干预项目社区动员和进一步随访管理工作, 广西壮族自治区南宁市青秀区东葛社区联合当地居委会, 推出了社区“健康早市、夜市”活动。目的在于利用社区居民晨练及晚上散步的时间, 在公园周边及公园内开展健康咨询活动, 以摸索方便社区居民、并易于被大家接受的健康宣教模式, 通过“健康早市、夜市”主动性的服务平台, 让社区医生与居民广泛接触, 深入了解健康状况及其慢性病行为危险因素, 使居民接受到更直接、个性化的健康咨询及慢性病维护服务。

通过一年多的社区实践, 总结了以下 3 点经验:

(1) 创新工作模式: ①健康早夜市这一主题通俗易懂, 居民易于理解, 更好地拉近了全科医生团队与居民的距离, 突破以往传统的健康义诊、健康讲座等形式, 效果显著; ②与居委会共同主办, 一是可以在前期更快得到居民的认可; 二是有效利用居委会在居民中的沟通作用, 使“健康早市、夜市”达到事半功倍的效果。

(2) 提升健康教育依从性: 定期、定人、定点和长期的健教方式, 居民的认可度高, 信任感强, 依从性好。通过与全科医生的交流, 更好掌握高血压、高血脂、高血糖等综合防治知识, 同时也得到了更多的保健方法, 如活动中融合宣传中医的很多养生保健方法。居民通过与全科医生不断的接触, 逐渐把全科医生当成自己健康的参谋, 一有身体不适、用药疑问、身体保健等问题就知道可以在周一早上或周六晚上的公园寻求到全科医生的解答, 随着时间推移, 这一群体在不断壮大, 产生了良好的社会效益。

(3) 扩大慢性病社区防治互动平台: 通过公园门口公示栏, 扩大了居民参与活动范围, 加强全科医生、专家与居民的互动, 达到更好的效果。如发放宣传资料, 提醒公园露天作业较多的园林工人做好科学防暑工作; 通过血压、血糖筛查, 早期发现高血压、糖尿病患者; 通过测量身高、体重、腰围、体重指数(BMI)等指标, 评估居民目前的身体健康状况; 通过全科医

生针对性询问,了解居民对自身保健、康复的掌握及健康行为改善等。在已进入慢性病管理的居民当中,通过参与以上活动,都能规范、及时的填写应收集的慢性病信息,反馈并指导责任医生,针对性地开展健康指导和综合性、个性化的慢性病管理服务。

附:创立“健康早市、夜市”参考方案

1. 组织管理架构

(1) 成立由中心、居委会、公园管理处等主办单位联合组成的工作领导小组,以保证活动的顺利开展;

(2) 成立由医院专家、中心主任为主的活动专家顾问组,以保证活动的技术支持;

(3) 成立由社区卫生服务中心全科医生、全科护士及居委会卫生协管员为主体的活动实施组,以全面实施健康早市、夜市的具体工作。

2. 运行模式

(1) 活动时间:周一早上 7:00~8:30;周六晚上 19:30~21:00;大型专题活动时按需延长时时间。

(2) 活动地点:当地公园各门口及公园内、社区内居民集中活动的地点。

(3) 参与人员:由全科医生、社区护士、居委会卫生专干,以及医生助理组成;定期或根据活动具体情况安排中心、医院或其他上级卫生部门主任、专家参与;大型活动时安排社区健康志愿者参与。

(4) 活动内容

1) 免费测量血压、身高、体重、腹围等;

2) 免费健康咨询、慢性病防治咨询;

3) 发放各类主题健康教育资料;

4) 定期健康教育讲座;

5) 建立居民健康档案/慢性病管理档案;

6) 慢性病随访管理;

7) 开展中医传统功法保健。

第二章 信息收集

一、信息收集的目的

信息收集是慢性病综合防控策略中至关重要的环节,通过收集、整理、分析和定期更新慢性病信息,不但可以动态掌握社区居民身体健康状况以及慢性病相关危险因素水平的变化,而且可以对服务人群(社区居民)进行分类,分为一般人群、慢性病高危人群、慢性病患者,从而对不同人群采取针对性的干预措施,实现连续性的健康和疾病管理,最终达到社区慢性病的有效防治。

信息收集的目的包括:

- (1) 了解社区居民的个人健康状况、慢性病家族史。
- (2) 了解社区居民个人生活、行为方式。
- (3) 了解社区居民饮食现状和膳食习惯。
- (4) 建立社区居民相关资料的个人健康档案。
- (5) 为社区居民人群分类、行为干预、追踪随访等提供科学依据。

二、基础信息收集

利用“慢性病高危人群和患者筛查信息表”(简称筛查信息表,见表 2-1)定期收集社区居民的基础信息,建立电子健康档案。筛查信息包括一般信息、慢性病病史及慢性病知晓治疗情况、吸烟状况、体格检查及实验室检查五部分内容。

进而根据收集的基础信息,利用慢性病风险评估技术对个人健康状况和慢性病危险度进行评估,可将人群分为一般人群、慢性病高危人群、慢性病患者(第三章)。

三、慢性病高危个体和患者管理信息收集

利用“慢性病高危人群和患者管理信息用表”收集慢性病高危个体和慢性病患者有关膳食、身体活动、饮酒、尼古丁成瘾性等方面的信息,并再次测量身高、体重、腰围和血压等指标。对既往已诊断为高血压、糖尿病、血脂异常、冠心病、脑卒中等慢性病患者,进一步检测空腹血糖和血总胆固醇。

对高危个体和患者定期进行随访时(高危人群随访频度至少每半年 1 次,对患者每 3 个月随访一次,详见第四章有关内容),再次进行以上工作,收集管理信息,并进行膳食、身体活动等个体化的指导。

四、信息收集质量控制

(一) 信息收集询问调查注意事项

1. 社区医生必须接受培训,了解信息收集目的、服务对象和信息收集内容,信息收集表整体结构、表中的逻辑跳转、信息收集方法和程序,掌握一定的询问技巧,熟悉填表说明。

2. 如果采用入户收集信息,则社区医生入户前事先与服务对象取得联系,每组社区医生人数不少于2人,收集信息时务必向服务对象出示自己的身份证明,说明此次信息收集的主要目的和大概内容,在取得知情同意的情况下方可开始询问。

3. 社区医生着装应整洁得体,询问态度亲切温和,语言通俗易懂,使用简明的地方方言,尽量避免医学专业术语,立场保持中立。

4. 在询问过程中建议社区医生不要吸烟,社区医生在询问过程中对服务对象的生活和行为方式应保持中立立场,以免影响其对其他问题的回答。

5. 对服务对象的个人隐私,如疾病家族史、生活和行为方式、心理等要保密,在未经同意的情况下不得外泄。

6. 严格按照信息收集表内容提问,确定服务对象已经肯定回答之后方可如实记录信息,不能诱导或臆造。

7. 如果采用入户收集信息,信息内容统一用2B铅笔填写,便于改正,保持纸面整洁。

8. 如果服务对象不能理解信息收集表问题,或有语言障碍时,社区医生可以采用已商议好的替换提法或未改变问题本来意思的其他提法进行提问,切不可任意自我解释。

9. 文字叙述时要尽量用正楷字体填写,对选项进行选择时先在所选项的代码上打钩,然后在问题的右边方框内填写该代码,要求字迹清楚。

10. 所有信息尽可能由服务对象亲自回答,特殊情况不能回答者,可咨询家庭其他成员。

11. 认真对待每一个信息收集表项目,尽力避免缺失数据,采用入户收集信息的,询问结束后在相应的位置签上自己的名字。

12. 如遇表格破损、沾污、字迹不清等情况,要立即更换。

(二) 体格检查和实验室检查质量控制

总体要求

(1) 体重、腰围的测量需在清晨空腹状态下进行。

(2) 实验室检查结合社区卫生服务中心/站实际情况进行,对于不能开展的检测项目,如果服务对象能够提供其1年内最近一次的实验室检查结果,则此次信息收集时无需再做检查,结果可直接录入计算机。

(3) 实验室检查方法按相应的国家标准进行。

(4) 体检中的房颤、左心室肥大、动脉壁增厚或动脉粥样斑块、视网膜病变的测量或诊断按临床相应规范进行。

(5) “慢性病高危人群和患者筛查信息表”中体格检查和实验室检查均为必填项目,但不要求一次性全部完成。