



RAINBOW  
SOCIAL WORKER  
彩虹社工



# 深圳市龙岗区彩虹社会工作服务中心 项目计划书

项目名称： 筑健康·助成长—社区“三高慢病自我管理干预计划

项目负责人： 罗春丽

项目督导： 杨丽雅

## 目 录

第一部分 项目简介.....	2
一、基本信息.....	2
1、项目名称.....	2
2、项目服务期限.....	2
3、项目服务地点.....	2
4、项目总预算金额.....	2
5、项目负责人及联系方式.....	2
二、项目简介.....	2
第二部分 需求评估.....	3
一、问题分析.....	3
二、优势分析.....	3
第三部分 项目目标.....	5
一、总目标.....	5
二、具体目标.....	5
三、受益对象.....	5
1、直接受益对象.....	5
2、间接受益对象.....	5
四、服务产出.....	5
第四部分 服务内容.....	7
一、服务架构图.....	7
二、服务策划.....	7
三、项目内容明细表.....	9
第五部分 项目管理.....	10
一、项目预算.....	10
二、人员分工.....	10
三、风险评估.....	11
四、资源整合.....	11
第六部分 监测与评估.....	12

## 第一部分 项目简介

### 一、基本信息

- 1、项目名称：筑健康·助成长——社区“三高”慢性病自我管理干预计划
- 2、项目服务期限：2017年3月1日—12月31日
- 3、项目服务地点：深圳市龙岗区龙城街道紫薇社区
- 4、项目总预算金额：60392.24元
- 5、项目负责人及联系方式：罗春丽 0755-28900631

### 二、项目简介

中老年“三高”慢性病的防治和康复是一个长期的过程，慢性病老人及家庭需要面对身体照顾、情绪管理、心理关心、家庭照顾等不同层面的应对和挑战，需要社会给予关注和支持。

本项目旨在立足社区中老年人高血压、高血脂、高血糖（以下简称“三高”）慢病的防治和康复需求，关注早期处理问题和预防失能，进行系统的慢病自我管理健康教育及干预行动，提高“三高”慢病患者对慢性病长期管理的认识，以维持和改善慢病患者的健康状况和生活质量。

## 第二部分 需求评估

### 一、问题分析

2016年3月4日，由中国人民大学老年学研究所组织执行、中国人民大学数据与调查中心实施的《中国老年社会追踪调查》在北京公布。调查报告指出，目前我国老龄化仍呈现低龄老龄化特征，老年人平均年龄为70.02岁。超过8成老年人生活自理，但7成多老年人自报患有慢性病。其中约1/4老年人有不同程度的孤独感。老年慢性病危害和影响，个人层面轻则影响，重则致残，甚至生命危险；家庭影响有，增加家庭经济及生活负担，影响家庭关系等；社会层面加重国家医疗负担。

在2015年、2016年慢性病自我管理项目服务开展过程中，以及2016年12月焦点小组访谈中了解到，紫薇社区中老年群体，患慢病者达55%，尤其是三高慢性病患者居多，即：高血压、高血糖、高血脂。慢病群体60%依赖当前医疗用药康复治疗，慢病自我管理知识、方法缺乏，以及自我管理意识差。同时，社区当中部分患者有实行慢病自我管理，且小部分患者自我管理成功改善健康状况，实现了慢病康复。

### 二、优势分析

**1. 服务对象有需求。**本项目，立足于龙城街道紫薇社区服务中心服务平台，我们通过多项服务的观察、走访发现社区老人及家人有维护身体健康的动机，慢病老人及家人有改善自身身体状况的需求。

**2. 社区慢病自我管理成功榜样，**社区经过近几年的相关慢病自我管理项目的实施开展，已有小部分患者实行慢病自我管理成功改善健康状况。

**3. 有一定的经费和场地硬件支持。**紫薇社区服务中心拥有多个功能活动室，配备相应的硬件设备，为项目服务活动提供场地及硬件基础。同时深圳市龙岗区彩虹社工机构和深善益企行动大赛将提供相应的项目经费支持。

**4. 有专业的项目实施团队。**项目由专业的彩虹社工实施团队，配有专业的督导人员。项目负责社工，于2013年度开始服务紫薇社区老年群体至今，开展多个老年项目，如：健康乐颐年、“薇公益之老年慢康微行动”，服务成效受

到社区居民的广泛好评，累积了老年项目服务的经验。

**5. 获得社区组织相应的资源支持。**社区的社会组织对老年人慢性病也很关注，如：社康等，愿意提供专业医生、场地、资金等资源支持。

## 第三部分 项目目标

### 一、总目标

引导社区不同个体参与支持和关注“三高”慢病自我管理康复和预防，协作“三高”慢病患者构筑健康防线、改善健康状况，社区“三高”慢病患者生活质量得到提高，从而在社区营造慢病自我管理互助共成长的良好氛围。

### 二、具体目标

1) 通过“三高”慢病自我管理系列活动，提升慢病群体自我管理意识，协助慢病老年人自助互助学习慢性病自我管理的知识、技巧等，构筑健康防线达至更好的改善健康状况。

2) 普及推广社区“三高”慢病自我管理概念，倡导中老年慢病患者家庭、朋辈对慢病管理的重视，从而引导社区不同个体参与支持和关注老年慢病康复和预防，在社区营造慢病自我管理互助共成长的良好氛围。

### 三、受益对象

1、直接受益对象：社区慢性病老人 500 人次。

2、间接受益对象：社区慢性病家庭 100 个，社区 50 岁老人及全体居民 1000 人。

### 四、服务产出

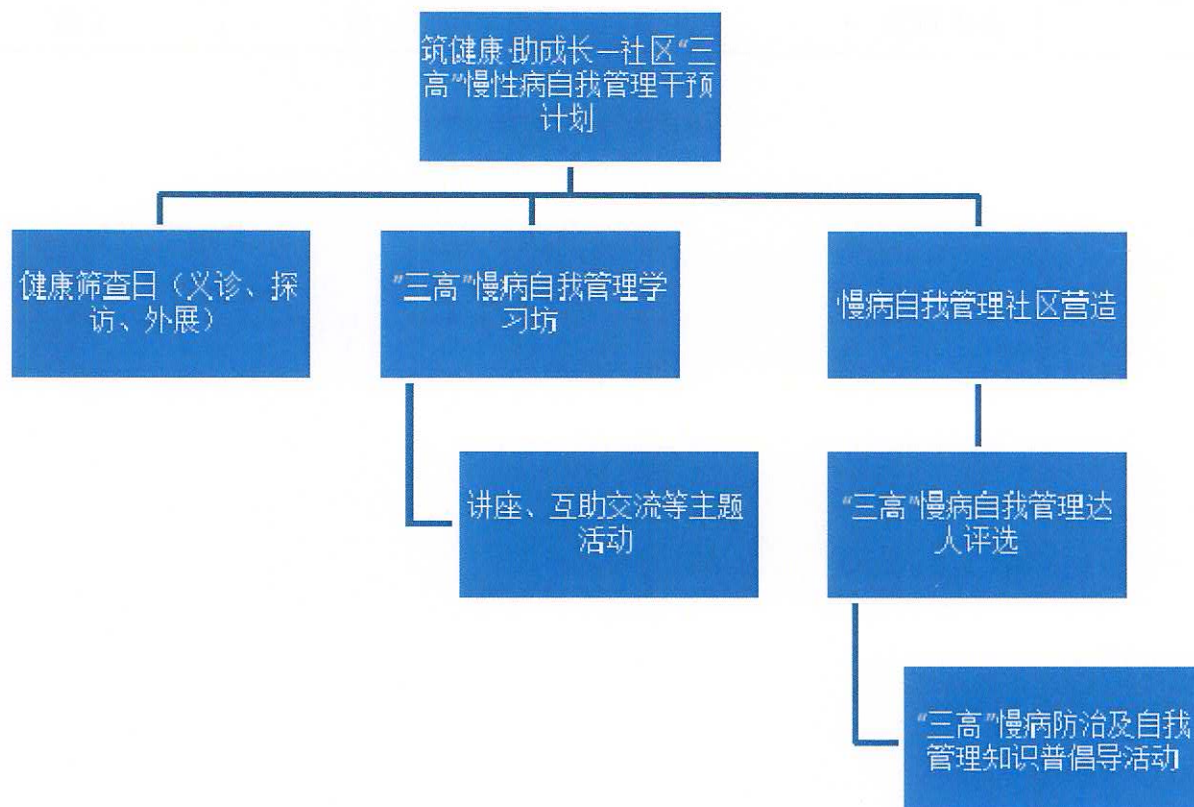
	类型	说明	数量
	活动	开展项目动员体验及社区慢病自我管理普及活动	9 场
	工作坊	慢病健康自我管理工作坊	1 个
	服务人数	社区居民对项目的知晓度	1000 人
	服务人次	社区老年人及居民认识到慢病管理，增强防护意识。	500 人次
		社区老人，通过互助交流学习，深入了解自	120 人次

## 深圳市龙岗区彩虹社会工作服务中心项目计划书

	类型	说明	数量
		我管理慢性病防护知识。	
成效产出	社区达人	慢病自我管理达人	8 人
	需求调查	老年慢病健康需求报告一份	1 份

## 第四部分 服务内容

### 一、服务架构图



### 二、服务策划

干预策略 3E 及促使改变 3 轨道 (3E: 动员、教育、然纳) (3 轨道: 助人历程、角色转移、赋权历程)	行动方案 (须具体形式与频率/次数, 形式有: 展外、街站、家访、宣讲、小组、社区活动、展览……)	改变焦点 (预期目标及评估方法)
<b>动员 Engagement</b> (触动改变动机) 1、 助人历程: 助人起步 → 2、 角色转移: 服务对象 →	1.启动: 聚焦慢病高血糖老人, 进行需求调查及访谈; 2.接触: 常规活动、外展、探访服务对象; 3.联结、触动: 健康筛查日活动 6 场, 使得参与者通过义诊、	改变焦点: 参与者通过了解自身健康状况, 认识到慢病自我管理的重要性, 需要学习慢病自我管理相关知识、技巧等。

<p>3、 赋权历程：增权→</p>	<p>健康筛查了解自身健康状况，增强及对自身健康关注度，宣传慢病自我管理理念，即慢病可以通过自我管理，达至更好的健康状况或康复。</p>	<p>评估方法：； 通过活动报名表及社工访问，吸引社区 200 人次关注慢病管理，并有 35 人进入教育阶段。</p>
<p><b>教育 Education</b> (创造改变力量：知识、技巧、态度) 1、 助人历程：助人起步→自助→互助→ 2、 角色转移：对象→用家→用家伙伴→ 3、 3、赋权历程：增权→共权→</p>	<p>1、 <b>知识-技巧-态度</b>：开展“三高”慢病自我管理学习工作坊活动 4 场，参与者互助支持，分享交流慢病自我管理监测知识及技巧，提升慢病自我管理能力。</p>	<p>改变焦点及目标： 1. 通过学习，慢病老人自我管理知识、技巧得到提升， 2. 通过慢病老人之间互助支持、过来人经验分享，增强自信，提高自我管理行动改变力。  评估方法：通过活动反馈，参与者均能掌握“三高”慢病自我管理相关知识，并通过回访，均在生活有实践。</p>
<p><b>然纳 Endorsement</b> (预期改变效果) 助人历程：助人起步→自助→互助→回馈助人 角色转移：对象→用家→用家伙伴→持分者伙伴 赋权历程：增权→共权……共权→授权</p>	<p>1. “三高”慢病自我管理达人评选活动； 2. 参与者自行组织下一阶段的慢病防治宣传倡导活动。</p>	<p>改变焦点：在社区评选模范，营造社区慢病自我管理互助共成长氛围。  螺旋推进 1 ——动员-教育-然纳，服务对象个人改变去影响家人及朋辈，从而让身边人受益，进而影响更多人。  螺旋推进 2- 社会然纳 - 其他居民看见慢病自我管理过来人的经验，从而认识慢病自我管理的重要性，并参与进行慢病自我管理及预防。  评估方法：评选 8 名“三高”慢病自我管理达人，做社区慢病自我管理群体模范标准。</p>

三、项目内容明细表

筑健康·助成长——社区“三高”慢性病自我管理干预计划项目内容明细表

项目目标	工作内容	工作任务	指标类型及数量 (非指标不用填)	受益对象 (预期人数)	负责人	执行月份											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
提升慢病群体自我管理意识,协助慢病老年人学习慢性病自我管理知识、技巧等。	项目宣传动员	调查、访谈	/	20 人次	罗春丽	√	√										
		外展、常规活动	/	100 人次	罗春丽			√	√								
		健康筛查日活动	社区活动 6 场	200 人次	罗春丽			√	√	√	√		√	√			
	慢病自我管理知识分享学习,慢病群体自助、互助	慢病自我管理工作坊	社区活动 4 场	150 人次	罗春丽						√	√	√				
倡导中老年人慢病患者家庭、朋辈对慢病管理的重视,在社区营造慢病自我管理互助的良好氛围。	慢病自我管理社区营造	慢病自我管理达人评选	社区活动 1 场	100 人次	罗春丽										√		
		社区慢病防治知识及自我管理倡导活动	社区活动 2 场	200 人次	罗春丽				√							√	
		项目总结会	社区活动 1 场	30 人次	罗春丽												√

## 第五部分 项目管理

### 一、项目预算

项目服务预算表							
(要求与项目内容明细表中的内容相对应, 此表可调整)							
目标	活动名称	指标类型	服务人群及人数	时间	所需物资	预算	预算总额
提升慢病群体自我管理意识, 协助慢病老年人自助互助学习慢性病自我管理的知识、技巧等。	项目宣传动员	项目宣传	1000 人次	3-12 月	宣传海报内容设计及制作	10000	30000
		健康筛查活动 6 场	200 人次	3-9 月	横幅、医疗器械、等活动道具	9000	
	慢病自我管理工作坊	社区活动 4 场	150 人次	6-8 月	活动宣传品、横幅、活动道具等	11000	
倡导中老年慢病患者家庭、朋辈对慢病管理的重视, 在社区营造慢病自我管理互助共成长的良好氛围。	慢病自我管理达人评选	社区活动 1 场	100 人次	10 月	活动宣传品、横幅、活动道具等	18000	30392.24
	社区慢病防治知识及自我管理倡导活动	社区活动 2 场	200 人次	4、11 月	活动宣传品、横幅、活动道具等	8000	
	项目总结会	社区活动 1 场	30 人次	12 月	活动宣传品、横幅、活动茶点等	4392.24	
总预算							60392.24

### 二、人员分工

工作事项	负责人	具体工作职责 (可制定“责任到人工作包”)
------	-----	-----------------------

## 深圳市龙岗区彩虹社会工作服务中心项目计划书

工作事项	负责人	具体工作职责（可制定“责任到人工作包”）
项目宣传	罗春丽	宣传展架、宣传页设计制作等
健康筛查活动	罗春丽/毛长凤	策划筹开展活动 6 场
慢病自我管理工作坊	罗春丽/毛长凤	策划筹备开展活动 4 场
慢病自我管理达人评选	罗春丽/毛长凤	策划筹备开展活动 1 场
社区慢病防治知识及自我管理倡导活动	罗春丽	策划筹备开展活动 2 场
项目总结会	罗春丽	策划筹备开展活动 1 场

### 三、风险评估

经过风险评估后，项目可遇到的风险/困难已经透过运用回避、转移和减轻减轻策略在计划书里回应。针对不可避免的风险/困难，特制定以下措施。

风险/困难	对策（回避、转移和减轻）
项目工作人员因故离职	服务中心其他同工协助，及时补招人员
活动现场慢病老人病情突发	购买相应的保险，工作团队及义工学习应对知识，建立应对机制。

### 四、资源整合

	对象	合作内容/跟进内容	时间	负责人
合作伙伴	医疗机构及社区社康	联系合作提供专业医护人员及慢病专业指导	3 月	罗春丽
	社区物业	活动场地及活动宣传等支持	不定	罗春丽
	社区单位组织	提供活动人员、物资等支持	待定	罗春丽
资源整合	紫薇社区各物业管理处	场地、活动宣传人员等	根据活动时间定	罗春丽
	紫薇社康	提供活动人员支持	根据活动时间定	罗春丽

## 第六部分 监测与评估

实施方评估包括项目执行中的监测工作，和项目结束时的评估工作。

监测方面，根据项目的评估指标（活动量、参与者和成效）与评估方法（见下表），在每次活动、小组结束后进行评估、反思；项目年中和年终阶段完成项目成效报告。

评估方面，项目后期会以问卷调查、座谈会、同工评估等方式相结合，收集项目对服务对象的成效及影响。

透过监测与评估双结合，可以为项目提供较全面的评估（参照前文“服务产出”部分）。

目标	指标类	评估指标	评估方法
提升慢病群体自我管理意识，协助慢病老年人自助互助学习慢性病自我管理的知识、技巧等。	活动数量	健康筛查日动员招募活动 6 场，走访合作伙伴 4 次，慢病自我管理工作坊等主题活动 4 场	签到表、评估表、现场访谈、工作人员观察等
	参加者	200 名社区居民、老人及 2 个社区组织，社区慢病老人及志愿者 200 人次；	
	服务成效	吸引 120 人次慢病患者关注慢病管理，至少有 30 名慢病患者表示学习到“三高”慢病自我管理相关知识，与 2 个社会组织保持好的合作关系。	
倡导中老年慢病患者家庭、朋辈对慢病管理的重视，在社区营造慢病自我管理互助共成长的良好氛围。	活动数量	社区慢病防治知识倡导活动 4 场，	签到表、评估表、现场访谈、工作人员观察等
	参加者	社区老年人及居民 400 人次	
	服务成效	评选 8 名社区慢病自我管理达人，做社区慢病自我管理群体模范标准；通过访问，社区老年人及居民至少 200 人次感觉到慢病自我管理需要重视。	





