

北京市居民传染病 健康素养现状与评价

主编◇王全意

清华大学出版社

北京市居民传染病 健康素养现状与评价

主编◇王全意

清华大学出版社
北京

内 容 简 介

本书共分 12 章,首次系统描述北京市居民传染病健康素养现状,从公共卫生视角构建传染病健康素养的指标体系,丰富传染病健康素养的内涵,并从知识、行为和技能三个维度深入了解北京市居民传染病健康素养存在的问题,分析其原因并提出合理的建议。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

图书在版编目(CIP)数据

北京市居民传染病健康素养现状与评价/王全意主编. --北京:清华大学出版社,2012.4
ISBN 978-7-302-28353-9

I. ①北… II. ①王… III. ①传染病—预防(卫生)—健康教育—概况—北京市 IV. ①R183

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 047735 号

责任编辑:罗 健 王 华

封面设计:戴国印

责任校对:刘玉霞

责任印制:王静怡

出版发行:清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址:北京清华大学学研大厦 A 座 邮 编:100084

社 总 机:010-62770175 邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈:010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 装 者:北京鑫海金澳胶印有限公司

经 销:全国新华书店

开 本:185mm×260mm 印 张:8 字 数:197 千字

版 次:2012 年 4 月第 1 版 印 次:2012 年 4 月第 1 次印刷

印 数:1~1000

定 价:39.80 元

产品编号:045716-01

前言

随着社会的进步、经济的发展和人们生活水平的提高,传染病的发病率和死亡率呈现逐步下降的趋势,但肺结核、性病、乙肝等传染病的发病率仍较高,以及甲型 H1N1 流感等新发传染病的出现,对北京市居民健康构成了严重的威胁。这些传染病的传播和流行都与不良的行为习惯密切相关,如 1988 年因食用被甲肝病毒污染的毛蚶而引起的上海甲肝大流行。而北京市居民的传染病相关知识知晓率、健康行为具有率和技能掌握率还较低,特别是在郊区人口、老年人、文化程度较低居民以及农民、生产及运输工人、家务及待业人员等人群中更甚。普及传染病基本卫生知识,倡导健康生活方式仍是长期而艰巨的任务。健康教育与健康促进作为公共卫生体系建设的组成部分,面临着前所未有的机遇与挑战。

2005 年在曼谷举行的第六届世界健康促进大会上,通过了《关于全球化世界中健康促进的曼谷宪章》(Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World),把提高人们的健康素养作为健康促进的重要目标。传染病健康素养是健康素养的重要内容之一。2008 年 8 月,卫生部办公厅下发了《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008~2010 年)》,为我国全面开展健康素养促进工作奠定了坚实的基础。健康素养的提出为传染病防控提供了新的思路。2008 年,首次中国居民健康素养调查结果显示,我国居民具备传染病健康素养的比例仅为 15.86%。然而此次调查在传染病健康素养方面涉及的指标较少,仅包括艾滋病、肺结核、四害(苍蝇、蚊子、老鼠、蟑螂)传播的疾病、血吸虫病、动物咬伤后的处理、禽流感和生活中一些预防传染病的行为习惯等,不能全面地反映居民传染病健康素养。因此,建立较为全面的传染病健康素养指标体系势在必行。

“北京市居民传染病健康素养”研究从 2010 年 9 月启动以来,历经数次专家咨询会、数次预调查和 2 月余现场调查,历时 1 年多。该研究获得了较多的研究成果,对今后的传染病健康教育有重大指导意义。为了总结研究成果、与国内外同行交流学术成果,为今后开展传染病健康教育提供借鉴,我们将该研究的主要研究成果纳入本书,以供读者参考。

本书共分 12 章,首次系统描述了北京市居民传染病健康素养现状;从公共卫生视角构建了传染病健康素养的指标体系,丰富了传染病健康素养的内涵;并从知识、行为和技能三个维度深入了解了北京市居民传染病健康素养存在的问题。

本书第 1、2 章分别介绍了传染病健康素养的研究背景和北京市传染病健康素养调查的调查目标、内容与方法、组织和实施,以及质量控制等。主要介绍了北京市传染病健康素养调查的背景、设计和实施过程。

第 3~5 章分别介绍了北京市居民传染病相关知识知晓现状、行为形成现状和技能掌握现状。主要介绍了北京市不同群体居民在传染病相关知识、行为和技能上存在的问题,并分析了其原因,提出了合理建议。

第 6 章介绍了传染病健康素养指标体系构建与评价。主要介绍了传染病健康素养构建与评价的方法学,并从构建条目池、筛选条目和构建指标体系,到指标体系最终确定和评价,对全过程进行详细描述和讨论。最终,构建了北京市居民传染病健康素养指标体系。



第7、8章分别介绍了北京市居民传染病健康素养总体水平和传染病健康素养与健康的关系。主要介绍了北京市居民传染病健康素养的总体水平、存在问题和影响因素，并分析了传染病健康素养与传染病发生之间的关联。

第9~11章介绍了北京市医务人员、老年人、农民和农民工等群体居民传染病健康素养的现状。主要介绍了医务人员、老年人、农民和农民工等重点人群传染病健康素养水平以及存在的问题，并提出了合理建议。

第12章对本研究的主要发现进行了描述，并结合北京实际情况，提出了合理建议。

在本书出版之际，向在课题立项、研究方案设计和分析中提出宝贵意见的专家和同事表示衷心的感谢，向参与现场调查的各级疾病预防控制人员表示谢意。我们在本书附件2中列出了参与本次研究的部分工作人员名单，但由于篇幅有限，不能一一列出，恳请谅解。本研究由北京市“十百千”卫生人才项目和国家高技术研究发展计划（“863”计划）（2008AA02Z416）资助，在此表示感谢。

我们在本研究中倾注了大量的心血和热情，但由于知识水平有限，书中难免存在不足和错误之处，恳请同行和读者批评指正。

王全意 杨 鹏 吴双胜

2011年12月于北京

目 录

第1章 传染病健康素养的研究背景	1
第1节 健康素养	1
第2节 健康素养与传染病防治	2
第2章 北京市居民传染病健康素养调查	5
第1节 调查目标	5
第2节 调查内容与方法	5
第3节 分析方法与内容	8
第4节 调查的组织和实施	8
第5节 质量控制	8
第6节 调查样本构成	10
第3章 北京市居民传染病相关知识知晓现状	13
第1节 指标含义	13
第2节 调查结果分析	13
第3节 主要发现	20
第4章 北京市居民传染病相关行为形成现状	22
第1节 指标含义	22
第2节 调查结果分析	22
第3节 主要发现	46
第5章 北京市居民传染病相关技能掌握现状	48
第1节 指标含义	48
第2节 调查结果分析	48
第3节 主要发现	57
第6章 传染病健康素养指标体系构建与评价	59
第1节 传染病健康素养指标构建的方法学	59
第2节 构建传染病健康素养指标体系	60
第3节 评价传染病健康素养指标体系	67
第4节 主要发现	69
第7章 北京市居民传染病健康素养总体水平	71
第1节 指标含义	71
第2节 调查结果分析	72



第3节 主要发现	82
第8章 传染病健康素养与健康的关系	84
第1节 指标含义	84
第2节 调查结果分析	84
第3节 主要发现	90
第9章 医务人员传染病健康素养水平	91
第1节 指标含义	91
第2节 调查结果分析	91
第3节 主要发现	94
第10章 老年人传染病健康素养水平	95
第1节 指标含义	95
第2节 调查结果分析	95
第3节 主要发现	99
第11章 农民和农民工传染病健康素养水平	101
第1节 指标含义	101
第2节 调查结果分析	101
第3节 主要发现	103
第12章 北京市居民传染病健康素养研究的发现和建议	105
第1节 主要发现	105
第2节 建议	107
参考文献	111
附表1 北京市居民传染病健康素养的知识、行为和技能现状	113
附表2 北京市居民传染病健康素养指标体系	114
附件1 北京市居民传染病健康素养调查问卷	115
附件2 “北京市居民传染病健康素养现状与评价”项目组名单	119

第1章

传染病健康素养的研究背景



第1节 健康素养

一、健康素养的定义和内涵

2005年在曼谷举行的第六届世界健康促进大会上,通过了《关于全球化世界中健康促进的曼谷宪章》(Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalize World),把提高人们的健康素养作为健康促进的重要目标。2007年《国家人口发展战略研究报告》指出,提高人口健康素质,必须从提高出生人口素质、提高全民健康素质、建立预防为主的公共卫生体系三方面着手。健康素养(health literacy)是健康素质的重要组成部分,研究表明,健康素养与健康产出及卫生支出之间有着显著的相关性,它是个体与群体为维护和促进自身健康的综合能力,受到了国内外研究者和政府的高度重视。

目前,对健康素养的研究还处于探索阶段,没有统一的定义。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)的健康素养定义:健康素养代表着认知和社会技能,这些技能决定了个体具有动机和能力去获得、理解和利用信息,并通过这些途径促进和维持健康。美国医学会(American Medical Association, AMA)的健康素养定义:在医疗环境下执行基本的阅读和计数等相互影响的一系列能力。美国国家图书馆(National Library of Medicine)提出的健康素养概念:个体获得、理解和处理基本健康信息或服务并做出正确健康相关决策的能力。目前,美国国家图书馆和WHO的定义更为广大研究者和政府机构所接受。

美国《国家健康教育标准》中对知识和技能在健康素养中的重要作用做出了如下描述:①有健康素养的人:可以通过考虑并作出正确的决定来解决他们自己问题的人;有责任感并能作出有利于他们及其他人的决定的人;可以掌握他们现有知识的人;可以用简洁准确的语言进行交流的人。②有健康素养的人应具有的能力:理解健康促进和疾病预防的概念;选择性地接受健康信息和健康促进相关产品和服务;分析文化、媒体、技术和其他相关因素对健康的影响;应用人际交往技巧来增进健康;应用目标制定和决策的技巧来增进健康;倡导个人、家庭和社区的健康;实践促进健康的行为和减少健康危险因素。

二、健康素养的测评工具

虽然“健康素养”一词最早于1974年在文献中出现,但直到1992年发达国家对健康素养的研究才在方法学上取得了重大的进展,尤其是一些英文和西班牙文的快速评估工具的开发和使用有力地促进了相关研究的开展和有关国家重大卫生政策的出台。国外学者对



健康素养的研究分为以临床为导向和以公共卫生为导向两大类型,以美国为代表的前期健康素养研究侧重于以临床为导向。近年来,各国研究者逐渐趋向于将临床与公共卫生相结合,更加全面地评价健康素养。

国外以临床为导向的健康素养研究倾向于通过测量阅读和计算能力来确定健康素养水平。常用的快速健康素养评估工具主要有成人医学素养快速评估(rapid estimate of adult literacy in medicine, REALM)、西班牙裔成人健康素养的快速评估(the short assessment of health literacy for Spanish-speaking adults, SAHLISA)和成人功能性健康素养测试(test of functional health literacy in adults, TOFHLA)及在2003年的美国全国素养评估(NAAL)中使用的健康素养评估分量表(health literacy component, HLC)。此外,还有健康活动素养量表(health activities literacy scale, HALS)和基于初级保健的健康素养快速评估(quick assessment of literacy in primary care; the newest vital sign, NVS)。

与发达国家相比,我国健康素养评估工具的研究较少。中国疾病预防控制中心健康教育所利用Delphi法初步筛选了中国公众健康素养评价指标,并研制了中国公民健康素养综合评价指标体系,为在我国开发相关的测量工具和评价标准奠定了良好基础。我国公民健康素养评价指标与国外常见的健康素养的测评工具存在差异,该指标体系从公共卫生视角出发,主要内容包括健康相关知识、态度、行为、技能等,而不仅仅是测量阅读和计算机能力。该指标体系不仅以了解健康素养水平为目的,还要了解居民在知信行和技能等方面存在的薄弱环节,为今后制定干预策略和实施干预措施提供参考依据。

三、中国公民健康素养调查

2007年,我国正式启动中国居民健康素养工作,提出了现阶段我国公民应具备的66项基本健康知识和理念、健康行为和基本技能,作为中国公民健康素养的基本内容。2008年1月4日,卫生部第3号公告(简称“公告”)正式向全国发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》。在此基础上,卫生部组织专家编写了《健康66条——中国公民健康素养读本》,全面阐述了健康66条的主要内容。2008年8月,卫生部办公厅下发了《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008~2010年)》,为我国全面开展健康素养促进工作奠定了基础。

2008年,由卫生部组织应用《中国居民健康素养调查问卷》在全国范围内开展了首次中国居民健康素养调查。此次调查结果显示,中国城乡居民具备健康素养的总体水平仅为6.48%。从健康素养的3个方面看,具备健康知识和理念、健康行为和基本技能的人口比例分别为14.97%、6.93%和20.39%。调查将传染病健康素养作为健康素养的重要组成部分,结果显示:我国居民具备传染病健康素养的比例仅为15.86%。此次调查在传染病健康素养方面主要涉及艾滋病的传播途径、肺结核的防治、四害(苍蝇、蚊子、老鼠、蟑螂)传播的疾病、血吸虫病、动物咬伤后的处理、禽流感和生活中一些预防传染病的行为习惯等。我国居民健康素养调查旨在了解中国公民综合性健康素养,故在传染病健康素养方面的题目相对较少,不能全面的反应居民传染病健康素养。

第2节 健康素养与传染病防治

一、北京市传染病负担现状

随着社会的进步、经济的发展和人们生活水平的提高,传染病的发病率和死亡率呈现

逐步下降的趋势。2010 年北京市共报告甲乙丙类传染病 145 393 例, 死亡 256 人, 报告发病率为 828.45/10 万, 报告死亡率为 1.46/10 万, 报告病死率为 0.18%, 较 2009 年报告发病率略有上升, 报告死亡率和报告病死率有所下降; 其中甲乙类传染病共报告 47 208 例, 死亡 237 人, 报告发病率为 268.99/10 万, 报告死亡率 1.35/10 万, 报告病死率为 0.18%。2010 年甲乙类传染病报告发病数前十位的病种依次为痢疾、肺结核、肝炎、梅毒、麻疹、猩红热、淋病、甲型 H1N1 流感、艾滋病和疟疾, 报告死亡数高低依次为肝炎、肺结核、艾滋病、甲型 H1N1 流感、狂犬病、麻疹、流脑和痢疾 (表 1-1)。可见肺结核、梅毒、淋病、肝炎、狂犬病、痢疾等传统传染病还在严重地危害着北京市居民的健康。

表 1-1 2010 年北京市甲乙类传染病报告发病数、死亡数、病死率前十位顺序

位次	发病		死亡		病死率	
	病种	发病数	病种	死亡数	病种	占比 (%)
1	痢疾	23231	肝炎	149	狂犬病	100.00
2	肺结核	8021	肺结核	34	流脑	18.18
3	肝炎	5376	艾滋病	25	艾滋病	14.21
4	梅毒	4382	甲型 H1N1 流感	12	甲型 H1N1 流感	4.17
5	麻疹	2480	狂犬病	9	肝炎	2.77
6	猩红热	1553	麻疹	5	肺结核	0.42
7	淋病	1550	流脑	2	麻疹	0.20
8	甲型 H1N1 流感	288	痢疾	1	痢疾	0.00
9	艾滋病	176				
10	疟疾	36				

2009 年甲型 H1N1 流感大流行给北京市居民健康造成严重危害, 有研究通过统计模型估计 2009 年北京市甲型 H1N1 流感实际感染人数约为 180 万人, 感染率约为 11.0%。北京市作为国际化大都市, 交通发达和人员往来密集, 为新发传染病的流行提供了有利环境, 往往成为新发传染病首先出现和流行的地区。传染性非典型肺炎 (severe acute respiratory syndromes, SARS)、甲型 H1N1 流感、人感染高致病性禽流感等新发传染病不断出现, 对北京市居民健康构成了新的威胁, 传染病防控工作形势依然严峻。

二、健康素养与传染病控制

健康素养直接影响居民个体传染病的发生和转归。有研究表明, 在艾滋病患者中, 健康素养影响患者是否坚持服药和症状管理策略, 从而影响疾病进展; 健康素养影响个体追求健康的行为, 而追求健康的行为则会影响疟疾的感染率。因此, 评估并提高我国居民传染病健康素养刻不容缓。但我国至今没有专门用于评价居民传染病健康素养的测量工具。目前, 针对居民传染病健康素养的相关研究主要是小范围的, 局限在知识、态度和行为上的研究, 缺乏综合性的指标体系。而且中国在文化、经济发展水平、医疗制度、医疗保险等各方面与发达国家不同, 健康素养的评估工具不能简单照搬国外现有的评估工具。因此, 我国急需建立居民传染病健康素养的评估工具, 既能反映我国的实际情况, 又能与国外的研究成果进行比较。



三、健康素养与传染病防控策略

健康素养是居民的基本素质之一。2008年,首次中国居民健康素养调查结果显示,我国居民具备传染病健康素养的比例仅为15.86%。因此,加强传染病健康教育,提高居民传染病健康素养水平刻不容缓。2008年8月,卫生部办公厅下发了《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008~2010年)》,为我国全面开展健康素养促进工作奠定了坚实的基础,也为传染病防控工作提供了新的思路。传染病健康素养作为传染病健康教育与健康促进的结果和目标,应作为评价传染病防控效果的重要指标之一。同时,中国居民健康素养调查报告也指出应定期开展健康素养监测,及时了解居民传染病健康素养水平的动态变化,发现其不足和缺陷,为开展有针对性的健康教育与健康促进活动提供科学依据。

第2章

北京市居民传染病健康素养调查



第1节 调查目标

一、总目标

了解北京市居民传染病健康素养的水平以及对传染病健康教育的需求情况，为制定传染病防控策略提供参考依据，以提高北京市居民预防传染病的水平。

二、具体目标

- (1) 调查北京市城郊居民对传染病相关知识知晓率、行为具有率和技能掌握率的现状；
- (2) 构建北京市居民传染病健康素养指标体系；
- (3) 对北京市居民传染病健康素养进行评估，并比较不同人群（不同性别、年龄、职业、文化程度、城郊等）传染病健康素养水平的差异；
- (4) 针对北京市城郊居民传染病健康素养存在的问题，提出合理建议，为政府相关部门提供科学决策的依据。

第2节 调查内容与方法

一、调查对象

调查对象为北京市年满18周岁常住人口。

调查对象的人选标准：① 年龄满18周岁（出生日期在1992年12月31日之前）；② 北京市常住人口，即在北京连续居住超过半年以上者（包括户口不在本地的外地人）；③ 神志清醒，能够参加调查；④ 根据知情同意原则，愿意参加本项调查。

调查对象的排除标准：① 在北京居住的外国人、港澳台地区人员；② 年龄不满18周岁；③ 无法通过语言或文字进行交流的人。

二、抽样程序

1. 样本量估计 本调查在保证调查设计科学性的基础上，兼顾地理分布均衡、经济有效以及方案可行性等原则，采用多阶段分层抽样方法进行。

(1) 每层样本量计算。北京市居民传染病健康素养主要通过城郊居民对基本传染病相关知识（含技能）知晓率和行为具有率来反映。基于前期预调查结果，北京市居民基本传



染病相关知识(含技能)知晓率和行为具有率 π 约为50%,允许误差 $\delta=0.1\pi$ 。取95%可信限, $\mu_a=1.96$ 。复杂抽样的设计效应 $deff=1.5$ 。根据公式计算如下:

$$N = \frac{\mu_a^2 \times \pi(1-\pi)}{\delta^2} \times deff$$

$$= \frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{(0.1 \times 0.5)^2} \times 1.5 \approx 576(\text{人})$$

(2) 总样本量估算。考虑城郊、年龄(18~29岁组、30~39岁组、40~49岁组、50~59岁组、60岁以上组)和性别等分层因素(共20层),应调查样本量=576人/层 $\times$ 20层=11520人。考虑到调查问卷回收率和填写差错,实际调查样本量扩大10%, $N=11520 \times (1+10\%)=12672$ 人,近似取12900人。

2. 抽样方法 本研究采用多阶段抽样的方法,共选择6个区县,30个乡镇(街道)、150个村(居委会)作为调查现场。

(1) 第一阶段抽样——抽取区(县)。将北京市18个区县按照城区和郊区划分为两个组,城区*包括东城、西城、崇文、宣武、朝阳、海淀、丰台、石景山;郊区包括昌平、大兴、顺义、通州、房山、门头沟、平谷、密云、怀柔、延庆。应用随机数字,在城区和郊区中各抽取3个区(县)。

(2) 第二阶段抽样——抽取乡镇(街道)。在每个样本区(县)中,将所有乡镇(街道)按照人口数多少排序,采用系统抽样方法随机选择5个乡镇(街道)作为样本乡镇(街道)。

具体步骤如下:①将样本区(县)所有的乡镇(街道)按人口数多少依次排序,如果人口数相同,排序不分先后;②计算抽样间隔,用本县乡镇(街道)总数除以抽取的样本数(总数/5),如果结果为分数,则四舍五入为整数;③随机数字法确定第一个人选样本乡镇(街道);④加上抽样间隔确定第二个人选样本乡镇(街道),如果所得结果大于本县乡镇(街道)总数,则从排序第一位重新循环;⑤乡镇(街道)抽样结束。

(3) 第三阶段抽样——抽取村(居委会)。第三阶段抽样同第二阶段抽样,在样本乡镇(街道)中,所有村(居委会)按照第一个字拼音字母顺序排序,采用系统抽样方法随机选择5个村(居委会)作为样本村(居委会)。

具体步骤如下:①将样本乡镇(街道)所有的村(居委会)按第一个字的拼音字母顺序由A到Z依次排序,如果第一个字的拼音相同,则比较第二个字,依此类推。如果所有字的拼音均相同,排序不分先后;②计算抽样间隔,用村(居委会)总数除以抽取的样本数(总数/5);③抓阄法确定第一个样本村(居委会);④然后加上抽样距离确定第二个样本村(居委会),再加一次抽样距离确定第三样本村(居委会),如果所得结果大于本乡镇(街道)中村(居委会)的总数,则从排序第一位重新循环;⑤样本村(居委会)抽样结束。

(4) 第四阶段抽样——住户抽样。每个样本村(居委会)选取约86人,各年龄组(18~29岁组、30~39岁组、40~49岁组、50~59岁组和60岁以上组各17~18人),男女各半,避免到集体单位选择调查对象。具体步骤如下:①循环等距抽样郊区按门牌号、城区按楼号、单元号、门号从小到大排列,编好住户码列入住户清单表式中(特殊情况:有些乡村中,门牌号可能分段,如东村1...100号,西村1...45号,可以排列后,总排序。对同一门牌号,同一个大院和楼号的,按门号从小到大排列,对同一门牌号内没有门号住户按从左

* 本调查中涉及北京区县划分仍按照2011年以前旧划分模式。

到右、从外到里、从下到上的原则编码。一经编码不许变动);②随机数字法确定第一个样本户;③按照门牌顺序调查约86名符合条件的居民。按照每户2~3名符合调查要求的人口估计,每个居委会/行政村约抽取29~43家庭户。

三、调查内容

在前期文献综述和专家咨询的基础上,确立了北京市居民传染病健康素养调查问卷的框架结构和条目,主要内容包括调查对象的基本情况、传染病相关的知识和理念、传染病相关的行为、传染病相关的技能、调查员评价5个部分。《北京市居民传染病健康素养调查问卷》详见附件1。

第一部分为调查对象的基本情况,除了性别、出生日期、民族、职业、文化程度等人口学指标外,还有“在过去1年内是否出现发热、腹泻、皮疹、皮肤或巩膜黄染和结膜充血等症状”。

第二部分为传染病相关的知识和理念,包括发热判断标准、接种疫苗能够预防传染病、共用毛巾可传播红眼病、免疫接种是预防麻疹的最有效措施、免疫接种是预防流感最有效的措施、肺结核临床症状、手足口病易感人群、乙肝传播途径、艾滋病传播途径、梅毒和淋病传播途径等。

第三部分为传染病相关的行为,主要包括体育锻炼、吐痰、打喷嚏、洗手、就医戴口罩、流感疫苗接种、生食海(水)产品、使用砧板刀具时生熟分开、吃涮肉时使用专门筷子夹生肉、注重餐馆的卫生状况、共用毛巾和牙刷、牙科机构的选择、被猫伤后接种狂犬疫苗、外出旅游关注目的地传染病现状等生活方式或行为。

第四部分为传染病相关的技能,主要包括快速获取传染病相关知识的能力,阅读药品说明书、科普材料、化验单的能力,能否正确使用体温计。

第五部分为调查员评价,主要包括调查员对调查对象回答各部分内容的困难程度评价、调查对象的合作情况、调查对象回答问题的真实性。

四、调查方法

本次调查自2010年12月至2011年1月,采用自填式和询问式相结合的调查方式。对于无法独立完成调查的调查对象,由调查员采用询问式的调查方法,协助其完成调查问卷。在调查开展前选择工作积极、有丰富流行病学调查经验的专业人员作为调查员。正式调查前对所有参与调查人员进行统一培训,使每个调查人员明确调查目的、方法及注意事项。由经过培训的调查员入户,对符合条件的调查对象进行解释,说明调查目的和意义,签订书面知情同意书。

第一部分至第三部分的资料收集方法:向调查对象发放调查问卷,由调查对象填写;第四部分的资料收集方法:33~36题,由调查对象填写;37题,使用温度计:调查员通过调查对象的现场操作或演示来判断技能掌握情况,并在第一个要点(“温度计甩到35℃以下”)、第二个要点(“温度计放在腋下5分钟以上”)、第三个要点(“正确读取温度计读数”)上判断正误。

问卷填写过程中调查员按照问卷填写说明对调查对象提出的问题进行解答。填写完毕后,调查员在检查填写的完整性后回收调查问卷,并在问卷上填写对本次调查情况的评价。并按照有效问卷的判断标准进行问卷整理,有效问卷的判断标准:①性别、出生日期、民族、职业、文化程度、近期患病情况、身体状况等变量填写完整无缺失;②问卷主体部分填写完整。



第3节 分析方法与内容

应用 Epidata 进行数据双录入并核对。使用 SPSS 13.0 统计软件进行数据统计分析。性别、文化程度以及部分变量在调查过程中存在缺失,因此在分析过程中按照缺失值处理。分析内容如下:

- (1) 调查对象的社会人口学基本情况;
- (2) 分男女、不同年龄、不同文化程度、不同职业和城郊,应用描述性统计方法对传染病相关知识知晓、行为、技能现状和传染病健康素养总体水平进行描述;
- (3) 应用 χ^2 检验比较各组间居民(男女、不同年龄、文化程度、职业和城郊)传染病相关知识知晓率、行为具有率和技能掌握率的差异;
- (4) 应用 χ^2 检验比较各组间居民(男女、不同年龄、文化程度、职业和城郊)传染病健康素养水平的差异;
- (5) 应用 χ^2 检验、非条件 Logistic 回归等方法分析影响居民传染病健康素养水平的因素;
- (6) 应用 χ^2 检验、非条件 Logistic 回归等方法分析传染病健康素养与常见传染病症状(发热、腹泻、皮疹、皮肤或巩膜黄染和结膜充血等)之间的关联;
- (7) 针对北京市居民在传染病健康素养上存在的问题,分析其原因并提出改善意见,为政府采取进一步的健康教育与健康促进活动提供依据。

第4节 调查的组织和实施

一、组织系统

本次调查是首次以调查居民传染病健康素养为目标的大样本横断面调查,由北京市疾病预防控制中心负责,北京市东城区疾病预防控制中心、西城区疾病预防控制中心、海淀区疾病预防控制中心、昌平区疾病预防控制中心、怀柔区疾病预防控制中心和通州区疾病预防控制中心等6个区县疾病预防控制中心参加了此次调查。《北京市居民传染病健康素养调查工作组名单》详见附件2。

具体分工如下:

北京市疾病预防控制中心:召开专家会;制定调查方案,开发调查问卷;人员培训;现场督导;印制调查表;建立数据库;汇总全市数据,分析撰写报告。

区县疾病预防控制中心:保证抽样符合调查方案的要求;培训本区县调查员;设立协调小组,组织现场调查;对本区县的调查进行质量控制;处理调查过程中发生的不可预见的特殊情况;对本区县资料进行整理,分析撰写报告。

街道及社区卫生服务中心:协助区县疾病预防控制中心在辖区内开展现场调查。

二、技术路线图

技术路线图参见图2-1。

第5节 质量控制

1. 研究设计 在设计研究方案和调查问卷的过程中,专家咨询和专家研讨等确保研究方案和调查问卷的科学性、可行性。

2. 调查员选择 由北京市疾病预防控制中心牵头,各区(县)疾病预防控制中心积极

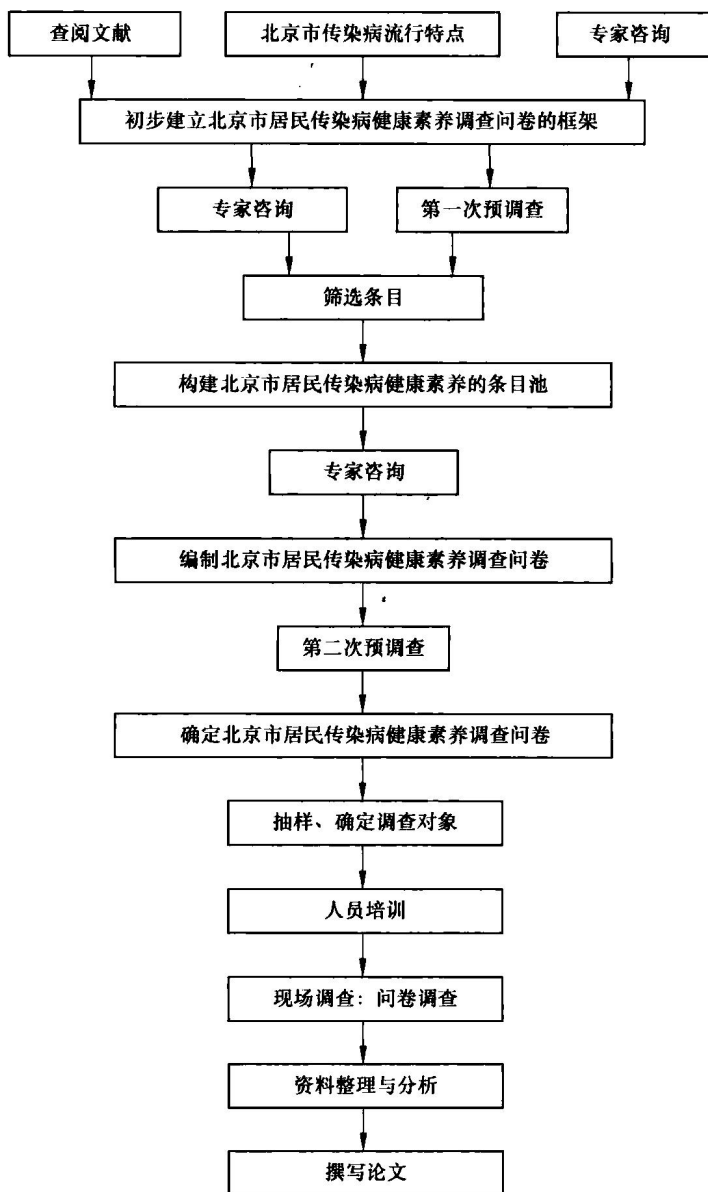


图 2-1 北京市居民传染病健康素养调查的技术路线图

配合。选择工作积极且有丰富流行病学调查经验的专业人员作为调查员。

3. 人员培训 采用培训班的形式，对所有调查员进行集中培训。

4. 组织协调 明确调查员、质控员、现场协调员等各类人员的职责范围，做好组织协调工作。

5. 现场调查 抽取 2%~5% 的问卷进行现场复核；设现场调查质量控制人员，对现场调查进行质量控制。现场调查质量控制指标：调查表应答率 $\geq 90\%$ 、调查表填写完整率 $\geq 99\%$ 、调查表填写差错率 $< 1\%$ 。

6. 数据整理和分析 数据库建立时设计自动逻辑查错功能，选择有一定数据录入经验的、认真负责的专业人员进行数据双录入；数据分析由专业分析人员完成，并对分析过程进行详细记录。



第6节 调查样本构成

一、地区构成

本调查从北京市的实际情况出发,在北京市东城、西城、海淀、昌平、怀柔、通州6个区县进行,其中市区(东城、西城、海淀)和郊区(昌平、怀柔、通州)各3个区县。各个区县随机从辖区选择5个乡镇或街道,再从每个乡镇或街道选取5个居委会或村作为调查点,每个调查点随机选择约86人进行调查。最终从150个调查点中取得有效样本13 035人,问卷合格率98.10%。调查对象的区县及性别、年龄等分布均匀(表2-1)。

表2-1 各区县调查对象的性别和年龄分布

组别	区县						合计
	东城	西城	海淀	昌平	怀柔	通州	
性别							
男	1041	1037	1027	1005	1121	1064	6295
女	1106	1111	1109	1149	1136	1121	6732
合计	2147	2148	2136	2154	2257	2185	13 027
年龄(岁)							
18~29	433	456	420	423	457	516	2705
30~39	424	416	440	435	452	380	2547
40~49	438	421	435	418	451	442	2605
50~59	422	451	433	433	450	460	2649
60~	430	404	408	445	447	395	2529
合计	2147	2148	2136	2154	2257	2193	13 035

注:调查对象在填写性别时有缺失。

二、社会人口学构成

调查对象中城区男性、城区女性、郊区男性、郊区女性人数分别为3105、3326、3190和3406人。本调查未专门考虑民族因素;各民族居民均自然抽样自所在地区,其中汉族12 084人、回族276人、满族545人、蒙古族40人、其他族22人。

1. 年龄分布 表2-2所示为全体调查对象的年龄分布。将调查对象年龄划分为18~29岁组、30~39岁组、40~49岁组、50~59岁组以及60岁以上组5组,各组人数基本相等。

本调查结果随年龄的变化趋势以及影响因素分析,主要以这5个年龄组为基础进行分析。

表2-2 调查对象年龄分布

年龄(岁)	城区				郊区			
	男性		女性		男性		女性	
	样本量	占比(%)	样本量	占比(%)	样本量	占比(%)	样本量	占比(%)
18~29	628	20.23	681	20.48	664	20.81	729	21.40
30~39	625	20.13	655	19.69	614	19.25	651	19.11
40~49	623	20.06	671	20.17	637	19.97	672	19.73
50~59	618	19.90	688	20.69	661	20.72	681	20.00