

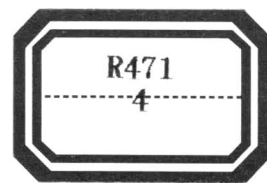
JIANKANG SUYANG
JIANCE PINGGU JISHU ZHINAN

健康素养 监测评估技术指南

主编 ■ 李小宁 李英华 郭海健



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS



健康素养监测评估 技术指南

主编 李小宁 李英华 郭海健



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

· 南京 ·

内 容 提 要

为总结健康素养监测工作阶段性成果,在国家卫计委宣传司的关心下,以全国健康素养水平监测的实践为基础,结合江苏、北京、上海、辽宁、浙江等地区多年的实践与思考,总结经验和理论,汇总成书。该书根据健康素养监测、评估工作的流程,翔实描述了各个环节中应开展的工作,及可供选择、参考的方法。可作为健康素养监测评估工作的指导用书,定能为进一步规范地开展健康素养干预、监测工作提供参考。

图书在版编目(CIP)数据

健康素养监测评估技术指南 / 李小宁, 李英华, 郭海健主编. — 南京: 东南大学出版社, 2013. 11

ISBN 978-7-5641-4408-1

I. ①健… II. ①李… ②李… ③郭… III. ①健康—评估—指南 IV. ①R471-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 165707 号

健康素养监测评估技术指南

出版发行	东南大学出版社
出 版 人	江建中
社 址	南京市四牌楼 2 号
邮 编	210096
经 销	江苏省新华书店
印 刷	南京玉河印刷厂
开 本	787 mm×1092 mm 1/16
印 张	11.75
字 数	290 千字
印 次	2013 年 11 月第 1 版 2013 年 11 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-5641-4408-1
定 价	36.00 元

* 本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系,电话:025-83791830。

编 委 会

主 任:毛群安

副 主 任:姚宏文 汪 华 石 琦

专家委员会:(按姓氏笔画排序)

王 蓓 朱凤才 刘 沛 刘秀容 刘懿卿
李 强 李小宁 李英华 张立强 陈连生
陈晓进 陈家应 周明浩 姜 垣 徐水洋
黄明豪 储剑伟

主 编:李小宁 李英华 郭海健

副主编:潘 毅 黄明豪 张凤云

编 者:(按姓氏笔画排序)

马文娟 王 亮 王 莹 王 悦 王丽萍
王湘苏 卢 永 叶南圆 戎 毅 曲 晨
朱 琳 朱红军 庄国浩 刘光连 刘志浩
江 凡 孙珏根 杨国平 陈再芳 陈远方
林 玲 季莉莉 周晓敏 胡鸿宝 柳 艳
俞 清 费新军 聂雪琼 钱 颖 钱正军
高涵昌 郭晓健 曹荣祥 常 军 蒋 岳
蒋晓丽 蔡 波 管 芳 潘耀东

序 言

2013,“中国梦”成为国人心中最响亮的一句话。“中国梦”的核心是国家富强、民族振兴、人民幸福。健康的人力是国家和民族生存发展最基本的要素和最可宝贵的资源,是经济社会发展的主要动力之一。与此同时,随着经济社会发展,健康已成为每一个人的追求,大家都希望能够不得病、少得病,益寿延年。实现人民群众的“健康梦”,用“健康梦”托起“中国梦”是我作为一名卫生厅厅长最大的愿望。

我曾经遇到这样一个人,为了减肥每天只进食素菜和水果,我当时就劝告他,要在保持正常膳食平衡的基础上,通过适度运动和减少脂肪摄入等多种方式联合进行减肥,单靠节食来减肥,会导致身体脏器功能衰竭,严重的甚至会影响生命。其实,生活中犯类似错误的人不在少数,归根结底是公众的健康素养还不高。健康素养对于大多数人来说是新的概念,很多人不知道健康素养到底指的是什么。比较科学规范的解释是,健康素养指个人通过各种渠道获取的健康信息,以及对这些信息的正确理解,并运用这些信息维护和促进自身健康的能力与基本素质。最近一次的全国健康素养监测显示,我国公众的健康素养水平仅为6.48,即每100人中具备健康素养水平的不足7人。正是因为有如此数量庞大的人群素养水平低下,使各种各样不科学甚至荒唐的做法,在社会公众中传播,给人们健康造成伤害。因此,普及卫生知识,开展健康素养干预显得尤为重要。通过监测,我们可以及时掌握公众的健康素养水平,评估干预的效果,寻找出科学、有效的干预方法。

健康素养监测必须有严格、科学的监测方法。《健康素养监测评估技术指南》一书,就是在全国健康素养水平监测实践的基础上,结合江苏、北京、上海、辽宁、浙江等多地的实践与思考写作而成的。该书根据健康素养监测、评估工作的流程,翔实描述了各个环节中应开展的工作,及可供选择、参考的方法。其正式出版,定能为进一步规范开展健康素养干预、监测工作,提供有价值的参考。

努力提高每一位公民的健康素养,是健康教育工作者神圣使命,我们要共同努力,为实现人民群众的“健康梦”做出应有的贡献。

江苏省卫生厅党组书记、厅长 **王咏红**

2013年7月18日

目 录

1. 术语与定义	1
2. 监测范围和人群	2
3. 监测周期	2
4. 健康素养监测工作流程图	2
5. 监测指标	3
6. 抽样和抽样方法	4
7. 问卷的编制	32
8. 预调查	37
9. 调查实施	50
10. 质量控制	55
11. 数据录入、整理和导出	60
12. 数据分析	71
13. 监测结果与报告撰写	102
14. 健康素养评估	103
15. 参考资料	106
附件 1 国家相关健康素养文件	107
附件 2 健康素养评价三级指标框	108
附件 3 历年健康素养发表文章合集	109
后记	178

1 术语与定义

1.1 健康素养

健康素养是指个人获取和理解基本健康信息、了解并利用相关健康服务、做出正确决策,以维护和促进自身健康的能力。

1.2 健康素养水平

健康素养水平指具备基本健康素养的人在总人群中所占的比例。判定具备基本健康素养的标准:问卷得分达到总分 80% 及以上,即问卷得分 ≥ 80 分,被判定具备基本健康素养。

1.3 健康素养水平监测

健康素养水平监测是指运用流行病学调查方法,分析、获取居民健康素养水平数据的一系列工作过程。

1.4 健康素养评估

健康素养评估,是研究不同时间、地区、人群健康素养水平变化规律及其影响因素的相关工作。

1.5 健康素养评价指标体系

2008 年 1 月,卫生部的第 3 号公告发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》。健康素养评价指标体系是根据上述公告,将其内容划分为基本知识和理念素养、健康生活方式与行为素养、基本技能素养三个大类,称为一级指标,每个一级指标又各包括两个小类,称为二级指标,每个二级指标下各包括若干个小类,称为三级指标,共同构成了如下的健康素养评价指标体系。

一级指标	二级指标	三级指标
1 基本知识和理念	1 基本理念	1 对健康的理解
		2 健康相关态度
		3 生理卫生常识
	2 基本知识	4 传染病相关知识
		5 慢性病相关知识
		6 保健与康复
		7 安全与急救
		8 法规政策
		9 环境与职业
2 健康生活方式与行为	3 生活方式与习惯	10 营养与膳食
		11 运动
		12 成瘾行为
		13 心理调节
	4 卫生服务利用	14 个人卫生习惯
		15 利用基本公共卫生服务的能力
		16 就医行为(寻医、遵医)
3 基本技能	5 认知技能	17 获取信息能力
	6 操作技能	18 理解沟通能力
		19 自我保健技能
		20 应急技能

2 监测范围和人群

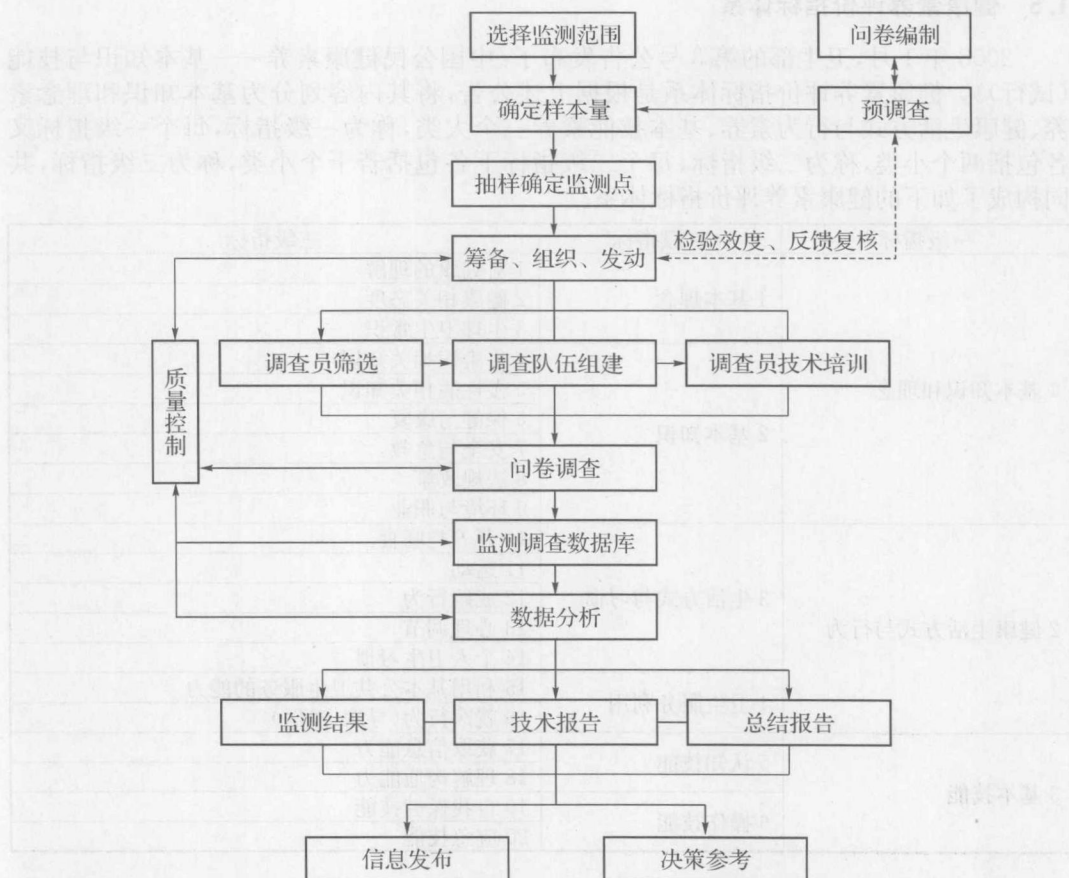
健康素养监测的对象为辖区内 15 周岁到 69 周岁的城乡常住居民,包括居住或寄宿达 6 个月以上的亲戚朋友、保姆以及其他外来人口。长期在外工作、学习超过 6 个月的家庭成员不纳入目标人群。

3 监测周期

“健康素养促进行动”已设立为国家级重大公共卫生服务项目,连续开展健康素养水平监测,定期公布其结果,有利于为健康教育工作的重大决策提供科学依据。

2008 年,全国开展了首次健康素养水平监测,2012 年开展了第二次监测,2013 年还将进行第三次监测。江苏省自 2008 年起,每年都进行全省健康素养水平监测。

4 健康素养监测工作流程图



5 监测指标

5.1 健康素养水平指标

在健康素养水平分析工作中,将正确回答调查问卷的80%及以上题目者,定义为具备健康素养者。评价健康素养水平时,以调查对象中具备健康素养者占调查总人数的百分比来确定其健康素养水平。

5.2 维度指标

健康素养监测工作中,调查问卷包含了知识与态度、行为和技能三个方面,数据分析时就形成了基本知识和理念、健康生活方式与行为和健康相关基本技能三个维度指标。

5.3 分类指标

在健康素养水平分析工作中,根据我国当前的主要卫生问题,通常将调查问卷中的内容划分成科学健康观、传染病预防、慢病预防、安全与急救、基本医疗与基本公共卫生服务的利用等几类健康问题,形成健康素养的分类指标。

5.4 正确认知度

正确认知度是一个常用指标,测评的是调查问卷中知识、态度、行为、技能等几个方面的认知水平。通常以正确回答的问题数占总测评问题的百分比来表示。

可以综合测试问卷中的所有问题,获得总的正确认知度;也可以分类评价各类健康问题的正确认知度;或者评价单个健康问题的正确认知度。

5.5 知识知晓率

在健康素养监测工作中,也常使用知识知晓率这个指标来评价健康相关知识的掌握程度。 $\text{知识知晓率} = \text{被调查者回答正确的题数} / \text{被调查者应答题的总数} \times 100\%$ 。

5.6 行为测试正确率

在健康素养监测工作中,通过分析被调查者对行为相关问题的回答情况,来了解该行为在人群中的认知程度。

通常以回答正确的人数占调查人数的百分比,来表示单个行为的行为测试正确率;也可以合并几个行为问题,获得合计的行为测试正确率。

5.7 技能掌握率

是测量基本技能素养的指标,分析被调查者对某个健康技能操作要点的回答情况或

操作演示情况,来判断被调查者是否掌握该项技能。

可以综合分析所有技能,获得所有健康技能的掌握率;或分析统计某个单项健康技能的掌握率。

无论单项技能的掌握率,或者多个技能的掌握率,均以掌握技能者占被调查者总数的百分比来表示。

5.8 健康干预覆盖率

覆盖率是度量完整性的一个指标。健康干预覆盖率是指健康素养干预活动覆盖的人数占辖区内总人口数的百分比。

6 抽样和抽样方法

6.1 抽样

在理想状态下的调查研究中,可对调查对象的所有个体(总体)进行调查。但在实际工作中这样的情况几乎是不现实的。我们总是从调查总体中随机抽取一定含量的样本,根据样本所提供的信息推断总体的特征。

在健康素养监测中,抽样主要有两个过程:首先是选择合适的抽样方法的组合,然后是估计样本量。

6.2 监测中常用的抽样方法

抽样方法广义上分为“概率抽样”和“非概率抽样”。概率抽样就是指人群中所有成员都有固定的概率或几率被选入样本中,包括简单随机抽样,分层随机抽样,系统抽样和整群抽样等。非概率抽样就是在特定人群中选择出每个个体的几率是未知的,这种选择是武断的、主观的,包括方便抽样、目的抽样和配额抽样等方法。

概率抽样所得的样本比非概率抽样所得更能代表整个人群。健康素养监测主要采用概率抽样方法,现场工作中应切记,不能因为工作方便或个人喜好选择调查范围和对象。

6.2.1 简单随机抽样

简单随机抽样是指样本量已确定的情况下,从研究总人群中随机抽取样本的过程。这是概率抽样中最简单的方法,产生无偏样本,样本中每个个体都有相同的几率被选择。

6.2.2 分层随机抽样

分层随机抽样是根据人群年龄、性别、社会经济学特征或所在地区(如城市或乡村)进行分层,在每一层中再进行简单随机抽样。分层随机抽样的优点是,适用于总体单位数量较多、内部差异较大的调查对象。

6.2.3 系统抽样

系统抽样是将总体中各单位按一定顺序排列,根据样本容量要求确定抽选间隔,然后随机确定起点,每隔一定的间隔抽取一个单位的抽样方式。例如,从 500 名个体中选择 50 名作为样本[根据样本在总体中的比例($500/50=10$),即抽样间隔为 10],然后从 1 到 10 中随机抽取一个数,假定为 6,那第 6 个就是抽中的第一名个体,依此类推,每间隔 10 个个体抽取一个样本,直到 50 个个体全部选中(也就是第 6,16,26,36,...,496 个个体被选中)。

6.2.4 整群抽样

整群抽样是将整个人群分成不同的组或群,然后在这些组或群中随机选择一个或几个群或组。该抽样方法要求群内差异性尽可能大,群间的差异性要小。例如,在某地的所有高校中随机抽取某几个高校,将抽中学校的所有学生都作为调查对象。

6.2.5 多阶段抽样技术

一般很难获得抽样框架内所有个体成员的完整信息,即使获得,也会因为其过于庞大和繁重而难以很好的利用。为此,常采用多阶段抽样。

多阶段抽样(Multistage sampling)是指将抽样过程分阶段进行,每个阶段使用的抽样方法往往不同,即将各种抽样方法结合使用,其在大型流行病学调查中常用。其实施过程为,先从总体中抽取范围较大的单元,称为一级抽样单元,再从每个抽得的一级单元中抽取范围更小的二级单元,依此类推,最后抽取其中范围更小的单元作为调查单位。最后得到所需的样本人群。

6.2.6 PPS 抽样

按规模大小成比例的概率抽样,简称 PPS 抽样,属于概率抽样中的一种。指在多阶段抽样中,尤其是二阶段抽样中,初级抽样单位被抽中的几率取决于其规模的大小,初级抽样单位规模越大(小),被抽中的机会就越大(小),就是按照抽样单位规模比例分配样本量的抽样方法。PPS 抽样的特点是:总体中含量大的部分被抽中的概率也大,可以提高样本的代表性。PPS 抽样的主要优点是:使用了辅助信息,减少抽样误差。主要缺点是:对辅助信息要求较高,方差的估计较复杂等。2012 年起,全国健康素养监测抽样采用了该方法。

6.3 抽样技术在健康素养监测中的具体应用

6.3.1 多阶段抽样方法的应用

以江苏省为例,2012 年全省健康素养监测抽样采用多阶段抽样技术与 PPS 抽样相结合的方法。

6.3.2 多阶段分层随机抽样方法的应用

(1) 省级监测抽样技术。例如,2008—2011 年江苏省在所辖的 13 个省辖市,按城乡分层,随机抽取调查点,共抽取 26 个样本县(市、区)。

从每个县(市、区)中随机抽取 3 个街道/乡镇,再从每个样本街道/乡镇中随机抽取 1—2 个居委会/行政村,每个居委会/行政村中随机抽取一定数量的家庭户,该家庭户中符合调查要求的全部常住人口均作为调查对象。

调查户数量的确定:按照市、区/县、街道/乡镇、居委会/行政村 4 级以及总样本大小,估计每个居委会/行政村应调查人数。按照每户 2—3 名符合调查要求的人口估计,平均抽取每个居委会/行政村户数,达到样本量要求为止。

(2) 市级监测抽样技术。考虑到各地实际情况,按照样本量计算公式,计算出总样本数,建议每个区根据人口数大小,分配各区抽样人数,同时抽取城市区、农村乡镇辖区的街道、乡镇作为调查点,根据省级方案逐级分配抽样人数,构成整个市级监测样本量。根据行政区划的规定,城区和县(市)严格区分,不再区别城关镇等情况。

调查户数量的确定:按照总样本大小和抽样点的多少,计算出每个抽样点大约人数。按照每户 2—3 名符合调查要求的人口估计,每个居委会/行政村抽取户数,达到样本量要求为止。

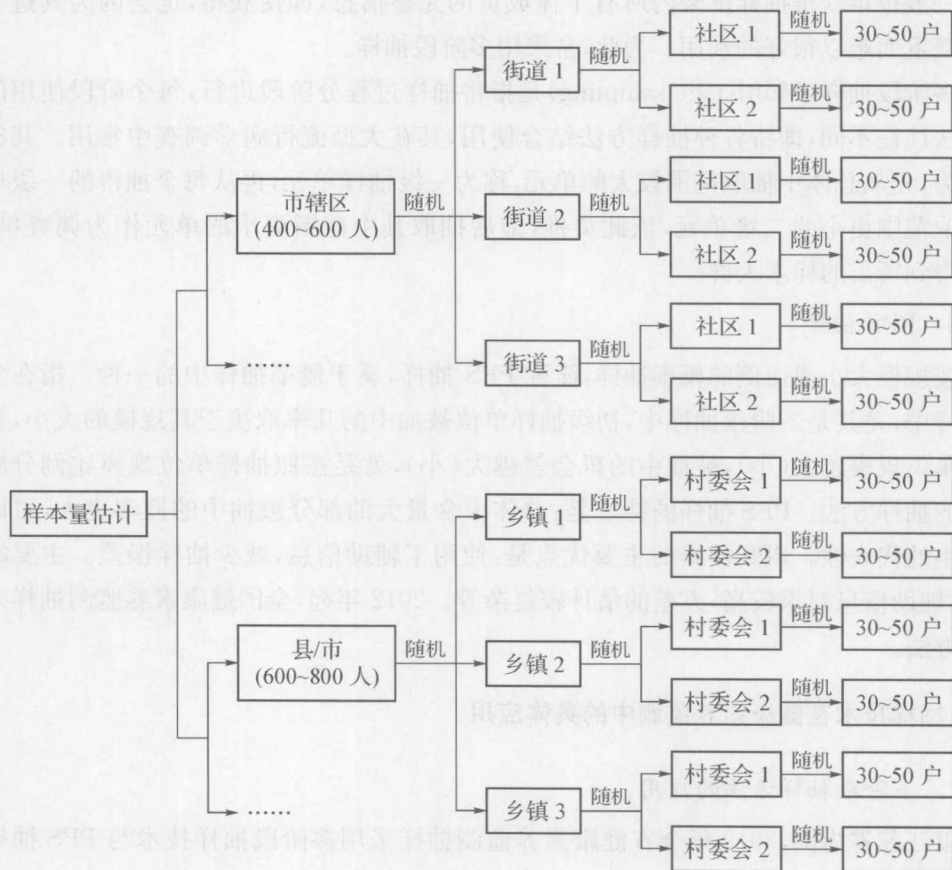


图 6-1 市级多阶段分层抽样示意图

(3) 县区级抽样技术。按照样本量计算公式,计算出总样本数,分配至乡镇街道的样本数,每个乡镇、街道随机抽取两个以上的监测点。在每个监测点随机抽取一定数量的

家庭,该家庭中符合调查要求的全部常住人口均作为调查对象,达到每个监测点样本量要求为止。

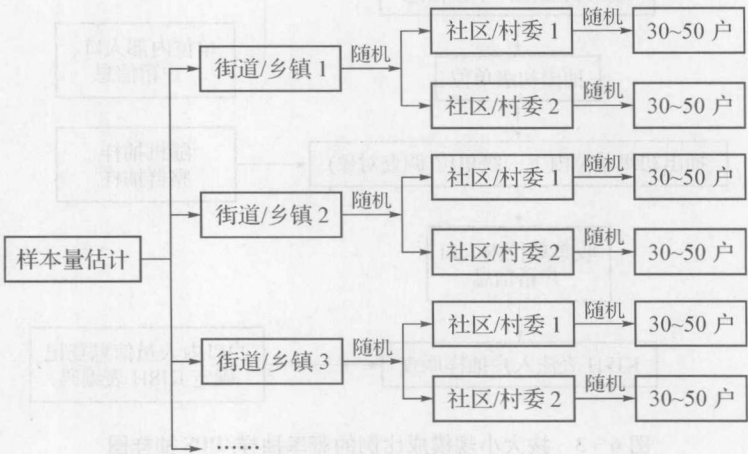


图 6-2 县区级多阶段分层抽样示意图

6.3.3 PPS 抽样方法的应用

(1) 确定初级抽样单位(PSU)。PSU 一般是固定的常规单位。确定 PSU 需要有这些初级抽样单位的具体名录,以及每个初级抽样单位中被调查人员的具体数目,例如调查单位的户数或者人口数。

(2) 确定抽取哪些初级抽样单位。如果初级抽样单位比较少,可以全部抽取,如果初级抽样单位太多,则可以随机抽取部分的抽样单位。

(3) 在初级抽样单位中抽取具体的调查对象。如果将第二步中抽取的初级抽样单位的组成人员全部作为调查对象,称为二阶段整群抽样。如果只是在初级抽样单位中按人数的多少,来决定在每个抽样单位中抽取多少人,则称为 PPS 抽样,此时,需要进行一定的计算,详见有关统计书籍。

在现场入户调查中,由于家庭户规模大小不同,不同规模家庭中适合的调查对象被抽中的概率也不同,这样就造成了入户抽样后被访者特定指标分布与总体分布不同的问题。对于这种问题的解决方法只能是通过样本进行概率加权,但由于多阶段、分层、整群等抽样设计的复杂性以及无应答等问题,对每个样本进行加权变得非常复杂。因此,在入户抽样阶段应尽量减少抽样偏差。KISH 表法是常用的、减少抽样偏差的户内抽样方法。KISH 表的优点是在理论上坚持随机抽样,而且经过巧妙设计,使每一位适合的调查候选对象有不为零的入选概率,具体使用方法见 P27~31。

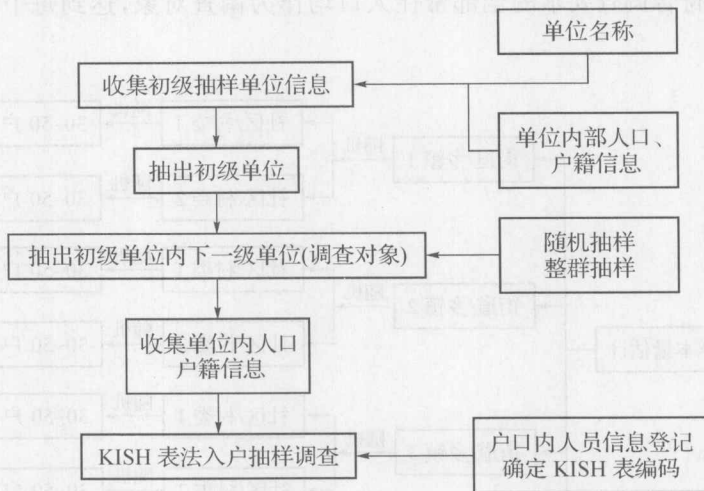


图 6-3 按大小规模成比例的概率抽样/PPS 抽样图

6.4 样本量计算

充足的样本量是调查成功的关键,同时过大的样本量也会花费更大的代价,最佳的样本量是做好健康素养调查的关键。健康素养监测样本量估计,由一系列因素决定,包括居民健康素养知识知晓率(p),可接受的误差范围,设计效应及可能的无应答率等。健康素养监测样本量估算的步骤如下:

以 2013 年江苏省健康素养水平监测的样本量估算为例:2012 年江苏省居民健康素养水平 14.19%,作为 p 值,允许相对误差取值为 15%,允许绝对误差 $\delta = 14.19\% \times 15\% = 0.0212$, $\mu_\alpha = 1.96$, $deff = 1.5$,根据公式计算如下:

$$N = \frac{\mu_\alpha^2 \times p(1-p)}{\delta^2} \times deff$$

$N = 1562$ 。按城乡、性别进行分层,总样本量 = 1562 人/层 $\times (2 \times 2)$ 层 = 6248 人。考虑无效问卷和拒访率,实际抽样样本量扩大 10%, $N = 6248 \times (1 + 10\%) = 6873$ 人。式中 $deff$: 设计效应,对于多阶段抽样,一般取值范围为 1.0—4.0,考虑到江苏省的实际情况,取值为 1.50。

根据公式计算出省辖市及全省各级样本量后,根据公式

$$n = \left[\frac{\mu_\alpha^2 \pi (1-\pi)}{\delta^2} \right]$$

利用上述估算出的省辖市样本量进行论证,健康素养抽样误差 $\delta = \sqrt{\mu_\alpha^2 \pi (1-\pi) / n} = 0.68 / \sqrt{6873} < 1\%$,全省样本量接近 100000 人时,估算误差更小。因此,在可信区间为 95%,利用省辖市样本总体进行估算,最大允许误差不会超过 1%。

6.4.1 省级监测样本量估算与分配

以 2012 年江苏省居民健康素养水平 14.19% 为 p 值,估算得到各省辖市平均样本量(各市人数不同)。每个监测县(市、区)抽取 3 个街道(乡镇),每个街道(乡镇)抽取 2 个居委会(村),每个居委会(村)抽取 175 个家庭户,用 KISH 表法,每户抽取 1 名 15~69 岁

常住人口作为调查对象,每个居委会(村)内完成 165 份调查为止。每个监测县(县级市、区)预计调查 960 人,按 108 个县(县级市、区)计算,全省共需调查近 100 000 人。

注:该抽样方法可以确保同时获得准确的全省健康素养水平、各省辖市健康素养水平数据。

表 6-1 全省居民健康素养监测抽样方法

抽样阶段	样本分配	抽样方法
第一阶段抽样	各市所有区县都作为监测点	整群抽样方法
第二阶段抽样	抽取 3 个乡镇(街道、团)/区(县、县级市)	与人口规模成比例的整群抽样(PPS)
第三阶段抽样	抽取 2 个行政村(居委会、连)/乡镇(街道、团)	与人口规模成比例的整群抽样(PPS)
第四阶段抽样	抽取 175 个家庭户/行政村(居委会、连)	分组后,简单随机抽样
第五阶段抽样	每个家庭户随机抽取 1 人调查,每个居委会(村)内完成 165 份调查	KISH 表法

6.4.2 市级监测样本量估算

分层因素为城乡(2 层)、年龄段(2—4 层),经济水平等因素(3 层)。如果有完善的市级监测点数据,用以往市级健康素养平均水平,可以估算出省辖市健康素养监测最小样本量。

6.4.3 县(市、区)级监测点样本量估算

分层因素为年龄段(2—4 层),经济水平等因素(3 层)。如果要得到区县级健康素养整体水平,样本量计算方式不变,考虑的层级不同,估算最小样本量。

6.5 具体抽样操作举例

6.5.1 2012 年江苏省健康素养监测抽样

采用分层多阶段随机抽样方法,各阶段具体抽样方法如下。

第一阶段抽样:由国家和省级技术指导质量控制小组合作,以全省区、市为单位,按照城乡分层,采用与人口规模成比例的整群抽样方法(PPS)随机抽取监测县(市、区),全省共抽取 26 个监测点。

第二阶段抽样:由省技术指导质量控制小组和市级技术指导质量控制小组合作,使用 PPS 法在每个监测县(市、区)内随机抽取 3 个街道(乡镇)。

第三阶段抽样:在每个抽中的街道(乡镇)内,由县(市、区)级项目执行机构收集辖区内居委会(村)名称及家庭户总数的信息,并上报《居委会(村)名单》(表 6-2)至省技术指导质量控制小组。省技术指导质量控制小组首先对上报表格进行审查,对于家庭户数在 750 户以下的居委会(村),将其与相邻的居委会(村)进行合并,形成新的抽样单位。如合并后家庭户总数仍不满 750 户,则继续与相邻居委会(村)合并,直到所有抽样单位家庭户总数均达到或超过 750 户为止。然后由省技术指导质量控制小组使用 PPS 法随机抽取 2 个居委会(村或合并后的抽样单位),并返回给县级项目执行机构。

表 6-2 居委会(村)名单

		县(市、区)	街道(乡镇)
代码	居委会(村)名称	家庭户总数	
01			
02			
...			

注:代码由 01 开始顺序编码,与调查问卷编码第 5、6 位居委会(村)代码一致。

第四阶段抽样:在每个抽中的居委会(村)内抽取 100 个家庭户。对于不同规模的居委会(村),抽样方法略有差异。具体如下:

(1) 家庭户总数在 750 户~1499 户的居委会(村)抽样方法

①首先由县(市、区)级项目执行机构绘制居委会(村)详细地图,根据地图制作该居委会(村)家庭户的完整列表,填写《家庭户登记表》(表 6-3),上报省技术指导质量控制小组。

②省技术指导质量控制小组使用简单随机抽样法在该居委会(村)内抽取 100 个家庭户。

表 6-3 家庭户登记表

监测点名称:	监测点代码
街道(乡镇)名称: 街道(乡镇)代码:	绘图者:
居委会(村)名称: 居委会(村)代码:	列表者:
亚区(如果有)编号:	日期:

家庭户代码	户主名称	详细地址	备注
0001			
0002			
0003			
.....			

注:家庭户代码由 0001 开始顺序编码,与调查问卷编码第 7~10 位家庭户代码一致。

③省级和市级技术指导质量控制小组为抽中的家庭户分配 KISH 表代码后,填写《家庭户抽样结果及 KISH 表分配表》(表 6-4),反馈给县(市、区)级项目执行机构。

表 6-4 家庭户抽样结果及 KISH 表分配表

监测点名称:	监测点代码
街道(乡镇)名称: 街道(乡镇)代码:	
居委会(村)名称: 居委会(村)代码:	
亚区(如果有)编号:	日期:

抽中家庭户代码	户主姓名	详细地址	KISH 表
0001			
0002			
0003			
.....			

注：抽中家庭户代码与《家庭户登记表》中家庭户代码相同。

(2) 家庭户总数在 1500 户及以上的居委会(村)抽样方法

①县(市、区)级项目执行机构绘制该居委会(村)的基础地图,在基础地图上 将居委会(村)划分为户数大致相同的几个片区,每个片区家庭户数在 1000 户左右(不同规模的 居委会、村划分片区的数目如表 6-5 所示),上报省市级技术指导质量控制小组。

表 6-5 居委会(村)家庭户数及片区数对照表

居委会(村)家庭户总数	划分片区数
1500~2499	2
2500~3499	3
3500~4499	4
.....	

注：4500 户及以上的居委会(村)依此类推。

②省市级技术指导质量控制小组使用简单随机抽样法在该居委会(村)内抽取一个 调查片区,反馈给县级项目执行机构。

③县级项目执行机构绘制调查片区详细地图,根据地图制作该调查片区家庭户的完 整列表,详细步骤同 750~1499 户居委会(村)抽样。

第五阶段抽样：调查员在每个抽中的家庭户内,收集家庭成员信息,填写《家庭成员 登记表》(表 6-6)。随机抽取 15~69 岁常住人口 1 人开展调查,直到该居委会(村)在抽 取的 100 个家庭户内完成 75 份调查为止。如在抽取的 100 个家庭户内无法完成 75 份调 查,则由市级技术指导质量控制小组与省技术指导质量控制小组沟通,视情况增加抽样 量或重新调查,直到完成 75 份调查为止。

表 6-6 家庭成员登记表

姓名	性别 1=男 2=女	年龄	家庭成员 编号

注：按照先男性,后女性,年龄分别从大到小的顺序,填写家庭内所有 15~69 岁常住人口信息,并顺 序编号。