

· 国家慢性病示范区第三方评估 ·

国家慢性病综合防控示范区实施效果研究

张娟 靳荣荣 李娟娟 李晋磊 苏夏雯 邓桂娟 马帅 赵静 王宇萍

边峰 曲翌敏 沈忠周 江宇 刘远立

100730 北京, 中国医学科学院/北京协和医学院公共卫生学院

通信作者: 江宇, Email: jiangyu@pumc.edu.cn

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2018.04.002

【摘要】 目的 通过分析国家慢性病综合防控示范区(示范区)机构参与示范区创建的数据及10个示范区横断面调查数据,评价示范区建设工作开展情况和实施效果。方法 2016年11—12月,采用定量和定性相结合、流行病学和社会学方法并用进行过程评估、效果评估和典型案例分析。结果 示范区建设各项工作总体进展良好。其中,健康教育和健康促进、监测、保障措施这三项活动开展较好,实际得分占满分的比例均高于75%。已初步建立政府重视,多部门协作的慢性病防控格局,参与示范区创建的非卫生部门多达16个以上。示范区居民慢性病防治知识知晓率为28.7%,居民健康行为养成比例明显增加,72.1%的居民每天摄入蔬菜,53.6%的居民每天摄入水果,且居民的步行参与率达到86.9%。示范区居民的高血压和糖尿病的自报管理率均达到70%,规范化管理率均为50%以上。实施得分较高的示范区居民具有较高的慢性病防治知识知晓率($OR=6.591$, 95% CI : 5.188~8.373)、较高的食盐摄入减少比例($OR=1.352$, 95% CI : 1.151~1.589)、较高的食油摄入减少比例($OR=1.477$, 95% CI : 1.249~1.746)和较高的身体活动达标比例($OR=1.975$, 95% CI : 1.623~2.403)。结论 国家慢性病综合防控示范区创建已成为各地开展慢性病防控的平台和抓手,成为我国慢性病防控工作的重要载体。

【关键词】 国家慢性病综合防控示范区; 慢性病; 综合防控; 效果; 效果评估

基金项目: 国家卫生和计划生育委员会委托项目

Study on the effectiveness of implementation: the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases Zhang Juan, Jin Rongrong, Li Juanjuan, Li Jinlei, Su Xiawen, Deng Guijuan, Ma Shuai, Zhao Jing, Wang Yuping, Bian Feng, Qu Yimin, Shen Zhongzhou, Jiang Yu, Liu Yuanli

School of Public Health, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

Corresponding author: Jiang Yu, Email: jiangyu@pumc.edu.cn

【Abstract】 Objective To assess the implementation and impact of programs carried out by the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases. **Methods** Both sociological and epidemiological methods were used to collect qualitative and quantitative data in November and December, 2016 in order to conduct on process and outcome evaluation of the above mentioned objective. In the meantime, case study was also conducted. **Results** All the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases were found well implemented across the country, with health education and health promotion, surveillance and safeguard measures in particular. A government-led and inter-sector coordination and communication mechanism had been well established, with more than 16 non-health departments actively involved. 28.7% of the residents living in the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases were aware of the key messages related to chronic diseases. Among the residents, 72.1% of them consumed vegetables and 53.6% consumed fruits daily, with another 86.9% walked at least 10 minutes per day. Over 70% of the patients with hypertension or diabetes reported that they were taken care of by the Community Health Centers, and above 50% of them were under standardized management. Residents, living in the National Demonstration Areas under higher ranking of implementation scores, were more likely to be aware of relevant knowledge on chronic disease control and prevention ($OR=6.591$, 95% CI : 5.188-8.373), salt reduction ($OR=1.352$, 95% CI : 1.151-1.589), oil reduction ($OR=1.477$, 95% CI : 1.249-1.746) and

recommendation on physical activities ($OR=1.975$, 95% CI : 1.623– 2.403). **Conclusion** The implementation of programs carried out by the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases had served a local platform for the control and prevention of non-communicable diseases, and thus become an important ‘carrier’ for chronic disease prevention and control programs in China.

【Key words】 National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases; Non-communicable diseases; Comprehensive Prevention and Control; Effectiveness; Outcome evaluation

Fund program: National Health and Family Planning Commission Project

随着工业化、城镇化和人口老龄化的快速发展,以及人们行为和生活方式的变化,心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等慢性非传染性疾病(慢性病)已经成为我国人民生命和健康的最主要威胁。慢性病导致的死亡占我国总死亡人数的86.6%^[1]。联合国慢性病预防和控制高级别会议指出“慢性病是公共卫生问题,更是社会经济发展问题^[2]”。应重视慢性病的预防,才能避免慢性病拖垮卫生体系,实现可持续发展。研究指出,不健康生活方式如吸烟、身体活动不足、不健康饮食、过量饮酒是引起慢性病发生的最主要因素,其所占比例约60%^[3]。随着人的行为方式和环境因素对健康的影响越来越突出^[4],政府各部门要切实履行健康的社会责任,从教育、住房、交通、医疗、食品、环境等各方面为公众提供安全舒适的学习、工作和生活环境。为应对全球慢性病挑战,国际社会提出优先干预领域^[5]。我国政府也高度重视慢性病防控,自2010年起在全国范围内开展“慢性非传染性疾病综合防控示范区”(示范区)创建工作^[6]。示范区工作旨在通过政府主导、全社会参与、多部门联合行动,综合控制慢性的社会和个体风险,开展健康教育和健康促进、早诊早治、疾病规范化管理以减少慢性病负担,形成示范和带动效应,从而推动全国慢性病预防控制工作深入开展^[7]。截至2015年底,全国共计265个区/县被评为国家级示范区,占全国总区/县的9.29%。本研究采用定量和定性相结合的方法,利用流行病学和社会学方法对示范区建设工作开展情况和实施效果客观的进行过程评估、效果评估和典型案例分析。

对象与方法

1. 研究现场:

(1)过程评估:结合《慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》设计信息收集表^[7],适用于全国265个示范区。过程信息收集表采取问卷星电子化调查方式,参与示范区创建的机构如政府及多部门、

学校、企事业单位、街道/乡镇、社区卫生服务中心、医疗机构、疾控部门以及卫生行政部门通过扫描二维码或者点击链接即可进入问卷填写界面,填写完成后点击提交。应上报的265个示范区,由于示范区行政区划合并,实际需上报262个示范区。本次共有256个示范区自行上报了过程信息收集表,整体应答率为97.7%。

(2)效果评估:在实际上报的256个示范区中按照地区分布和示范区批次进行抽样,共抽取10个。在被选取的10个示范区,采用无纸化入户调查方式,由调查员面对面询问填写或直接由调查对象自行填写问卷并提交。问卷内容包括调查对象的一般情况(性别、年龄、民族、婚姻状况、文化程度、家庭年收入和自报健康状况等),慢性病健康知识知晓情况,健康行为养成情况,高血压自报患病、治疗以及管理情况(随访的次数、时间、形式和满意率),糖尿病自报患病、治疗以及管理情况(随访次数、随访时间、随访形式和随访满意率)等情况;同时了解区/县基本情况和社区基本情况。

(3)座谈和深度访谈:对选取的10个示范区开展访谈。通过邀请政府、教育、卫生行政、疾控、财政等部门相关负责人进行座谈,了解各主要利益相关群体,即政府及多部门、卫生行政部门、疾控机构对示范区创建参与情况、合作情况、存在的困难及挑战、对示范区创建的建设和反馈等;邀请区长、区卫计局局长和区CDC主任进行一对一深度访谈获取相关信息。

(4)现场调研:典型案例通过对抽取的10个示范区进行现场调查,参观相关医疗机构、社区相关单位、健康支持性环境等,在项目专家组专家的带领下分别赴10个区/县听取其具有地方特色的慢性病防控策略、措施和长效管理模式报告,并现场调研。

2. 研究对象:参与实际上报的256个示范区创建的机构如政府及多部门、学校、企事业单位、街道/乡镇、社区卫生服务中心、医疗机构、疾控部门及卫生行政部门,以及居住在示范区的 ≥ 18 岁常住居

民。在每个选取的示范区,采取与人口规模成比例的抽样方法(PPS抽样),随机抽取2个街道/乡镇;在每个抽中的街道/乡镇内,按照PPS抽样随机抽取2个居委会/村,共计4个居委会/村;在每个抽中的居委会/村内,按照简单随机抽样的方法,随机抽取至少100个家庭户;调查员在每个抽中的家庭户内,根据分配给该户的KISH表代码,确定1名 ≥ 18 岁常住人口接受调查。根据计算公式 $n = \left(\frac{\mu_{\alpha}}{\delta}\right)^2 P(1-P)$ 计算每区样本量。允许误差 $\delta = 0.12P$, $\alpha = 0.05$, $\mu_{\alpha} = 1.96$, 2013年我国成年人糖尿病患病率 $P = 10.9\%$ ^[8],且考虑10%的不应答率和整群抽样样本量扩大至1.5倍,计算样本量为3 635人,拟抽取4 000人,每个示范区抽取400名居民。现场调查时间为2016年11—12月。本次调查通过了中国医学科学院/北京协和医学院伦理审查委员会审查,所有调查对象均在现场签署知情同意书。

3. 研究内容及指标定义:

(1)慢性病防治知识知晓:共调查九大类17个问题(包括单项选择和多项选择),答对一个得1分。其中健康生活方式知识满分8分,食盐和烹调油相关知识满分5分,身体活动相关知识满分7分,腰围和BMI相关知识满分为3分,超重与肥胖相关知识满分为6分,高血压相关知识满分8分,糖尿病相关知识满分15分,吸烟相关知识满分4分以及酗酒相关知识满分为3分。慢性病防治知识总分满分共计59分,换算为100分。调查对象慢性病防治知识总分达到满分的80%(换算为80分)及以上判定为基本具备慢性病防治知识。慢性病防治知识知晓率为调查对象中基本具备慢性病防治知识的人数占总调查人数的比例。

(2)健康行为养成:①食盐摄入减少率:与一年前相比, ≥ 18 岁人群中,口味变淡者占所有调查人群的比例。②食油摄入减少率:与一年前相比, ≥ 18 岁人群中,烹调用油的摄入变少者占所有调查人群的比例。③蔬菜摄入充足率: ≥ 18 岁人群中,摄入新鲜蔬菜(不包括腌、晒、泡制等) ≥ 1 次/d占所有调查人群的比例。④水果摄入充足率: ≥ 18 岁人群中,摄入新鲜水果(不包括罐头、果脯等加工后的水果) ≥ 1 次/d者占所有调查人群的比例。⑤男性现在每日吸烟率: ≥ 18 岁男性中,调查时每天吸烟的人群占所有调查人群的比例。⑥身体活动达标比例:成年人每周至少150 min中等强度体力活动,或每周至少75 min高强度体力活动占所有调查人群的比例。⑦步行

达标率:每周步行 ≥ 150 min且每次至少10 min,占有所有调查人群的比例。⑧静态行为过久比例:坐在办公桌前,电脑前,坐着或躺着看电视,拜访朋友,看书,乘车等的时间 ≥ 6 h,占有所有调查人群的比例。⑨身体活动变多比例:与一年前相比, ≥ 18 岁人群中,身体活动变多者占有所有调查人群的比例。

(3)个体自报慢性病管理情况:①高血压自报管理率:自报社区医生随访的高血压患者数占调查的高血压总患者数的比例。②高血压自报规范化管理率:自报社区医生规范管理的高血压患者数占调查的高血压总患者数的比例。规范化管理是指按照国家基本公共卫生服务内容,对高血压、糖尿病患者进行管理。根据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》要求^[9],对原发性高血压患者,每年要提供至少4次面对面随访。③糖尿病自报管理率:自报社区医生随访的糖尿病患者数占调查的糖尿病总患者数的比例。④糖尿病自报规范化管理率:自报社区医生规范化管理的糖尿病患者数占调查的糖尿病总患者数的比例。规范化管理是指按照国家基本公共卫生服务内容,对高血压、糖尿病患者进行管理。根据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》要求^[9],对确诊的2型糖尿病患者,每年提供1次免费空腹血糖检测,至少进行4次面对面随访。

(4)示范区实施得分:根据《国家慢性非传染性疾病综合防控示范区考核评价工作手册》设计信息收集表,计算示范区创建要求开展的活动满分、实际得分、实际得分占满分的比例。同时,示范区要求开展的7大类活动,即①保障措施,满分28分;②健康教育和健康促进,满分40分;③全民健康生活方式行动,满分34分;④高危人群发现和干预,满分17分;⑤监测,满分25分;⑥慢性病管理,满分23分;⑦社区诊断,满分3分;共计170分。

4. 质量控制:本研究实行严格质量控制。统一对调查人员进行培训,并开展预调查。根据预调查组织实施情况,修改完善调查问卷。在过程信息收集过程中,每个示范区使用项目组提供的唯一密码通过问卷链接及二维码填写信息。在调查过程中,调查员审核全部问卷,发现问题者需补充调查。互联网终端显示了问卷填写时间、IP地址等,也作为排查可疑问卷的依据。

5. 统计学分析:采用SPSS 21.0统计软件建立数据库并进行数据处理与统计分析。对计量资料主要采用 $\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25} \sim P_{75})$ 进行描述,对计数资料主要采用构成比进行描述。对于符合正态分布的计量资

料采用 t 检验或方差分析,对于不符合正态分布的计量资料采用Wilcoxon秩和检验或Kruskal-Wallis秩和检验;对计数资料主要采用Pearson χ^2 检验。采用二分类非条件logistic回归模型进行多因素分析。因变量分别是慢性病防治知识知晓、健康行为养成和自报慢性病管理情况。自变量是示范区实施评分高低,即示范区实施得分高于实际得分平均分的被定义为示范区实施评分较高;低于实际得分平均分的被定义为示范区实施评分较低。调整年龄、性别、地区分布、民族、婚姻状况、社会经济状况。其中地区按照国家统计局和国家慢性病示范区的定义分为东部、中部、西部。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 基本情况:剔除上报信息不全的55个示范区,最终纳入分析的示范区共201个。样本为来自选中的10个示范区 ≥ 18 岁的3 891名常住人口,其中男性1 840人,女性2 051人; ≥ 35 岁高血压患者1 011人, ≥ 35 岁糖尿病患者369人。

2. 示范区动态管理期间总体实施情况:参照《国家慢性非传染性疾病综合防控示范区考核评价工作手册》,示范区实施情况实际得分占满分的比例为71.8%(122/170),总体良好。示范区要求开展的7项活动中,监测、保障措施、健康教育和健康促进这3项活动开展较好,实际得分占满分的比例均达到或高于75%,较全民健康生活方式行动、社区诊断、慢性病管理、高危人群发现和干预这4项活动的得分比例高(图1)。

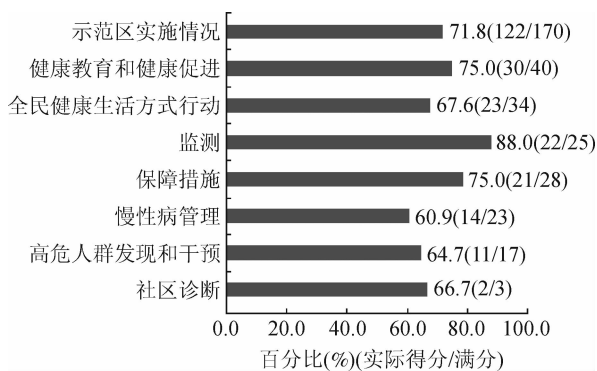


图1 示范区7项活动实施得分情况

3. 示范区多部门合作开展情况:被选取的10个示范区已基本建立政府为主、多部门合作的慢性病防控工作机制。10个示范区均表示已成立了示范区领导小组,其中,7个领导小组组长是由示范区区长担任,9个将领导小组办公室设在当地国家卫

生和计划生育委员会;示范区会定期召开联络员会议,6个示范区每年召开1~2次会议,其余4个每年召开4次会议。在领导小组工作机制方面,表示可以协调多部门并完成示范区创建活动,卫生部门和非卫生部门之间的协调机制主要是“联席会议制度”。参与示范区创建的其他非卫生部门多达16个以上。

4. 示范区居民慢性病防治知识知晓、行为养成及其自报慢性病管理情况:见表1。示范区被调查居民3 891人,其中男性占47.3%。平均慢性病防治知识得分为64分,慢性病防治知识得分达到80分的比例为28.7%。被调查居民积极践行健康生活方式,47.0%的居民“与一年前相比,口味变淡”,43.2%“与一年前相比,食油摄入变少”,16.5%“与一年前相比,身体活动水平增加”,86.9%的居民“在过去7 d步行超过10 min”。高血压、糖尿病的自报管理率均约达到70%,自报规范化管理率均为50%以上。

5. 实施较好的示范区居民慢性病知识知晓率及行为养成比例较高:见表2。示范区实施得分较高的区/县居民慢性病防治知识知晓率高于实施得分较低的区/县,实施得分较高的区/县居民健康行为养成比例,如口味变淡、食油摄入变少、蔬菜摄入充足、身体活动达标,及男性每日吸烟等项目的比例较高。高血压和糖尿病自报管理率,自报规范管理率在示范区实施得分较高和较低的区县未发现有统计学差异。在控制了年龄、性别、地区分布、民族、婚姻状况、社会经济状况等因素后,实施得分较高的示范区/县居民的慢性病防治知识知晓、行为养成等高于实施得分较低的示范区,见表3。实施得分较高的示范区/县居民具有较高的慢性病防治知识知晓率($OR=6.591, 95\%CI: 5.188 \sim 8.373$)、较高的食盐摄入减少的比例($OR=1.352, 95\%CI: 1.151 \sim 1.589$)、较高的食油摄入变少比例($OR=1.477, 95\%CI: 1.249 \sim 1.746$)、较高的身体活动达标比例($OR=1.975, 95\%CI: 1.623 \sim 2.403$)。

讨 论

示范区成功创建后,在动态管理期间,仍得到当地政府与多部门的重视,总体实施情况良好。示范区政府重视慢性病防控,并逐步将其融入各部门公共政策和日常工作。示范区卫生经费的投入呈逐年增长趋势,所占政府总经费的比例平均达到6.36%,慢性病防控经费投入高于全国平均水平^[10],但在动态管理期间有所下降。

表 1 示范区居民慢性病防治知识知晓、行为养成及其自报慢性病管理情况及其各地区比较

项 目	东部(n=1 970)	中部(n=773)	西部(n=1 148)	合计(n=3 891)	χ^2 值	P 值
慢性病防治知识知晓(≥18 岁)						
慢性病防治知识知晓率(%)	786(39.9)	186(24.1)	143(12.5)	1 115(28.7)	277.130	<0.001 ^a
健康行为养成(≥18 岁)						
食盐摄入减少比例(%)	936(47.5)	428(55.4)	466(40.6)	1 830(47.0)	40.858	<0.001 ^a
食油摄入变少比例(%)	904(45.9)	425(55.0)	350(30.5)	1 679(43.2)	125.158	0.001 ^a
蔬菜摄入充足比例(%)	1 707(86.6)	451(58.3)	649(56.5)	2 807(72.1)	418.700	<0.001 ^a
水果摄入充足比例(%)	1 175(59.6)	412(53.3)	497(43.3)	2 084(53.6)	77.999	<0.001 ^a
成年男性现在每日吸烟率(%)	285(31.0)	87(26.3)	200(34.0)	572(31.1)	5.832	0.054
身体活动变多比例(%)	366(18.6)	160(20.7)	117(10.2)	643(16.5)	49.166	<0.001 ^a
身体活动达标比例(%)	347(17.7)	50(6.5)	198(17.2)	595(15.3)	57.900	<0.001 ^a
步行达标率(%)	260(13.2)	89(11.6)	186(16.2)	535(13.8)	9.515	0.009 ^a
静态行为过久比例(%)	595(30.2)	96(12.4)	237(20.6)	928(23.9)	106.229	<0.001 ^a
自报慢性病管理情况(≥35 岁)						
高血压自报管理率(%)	447(78.8)	111(65.7)	197(71.6)	755(74.7)	13.765	0.001 ^a
高血压自报规范管理率(%)	381(67.2)	85(50.3)	162(58.9)	628(62.1)	17.453	<0.001 ^a
糖尿病自报管理率(%)	161(76.7)	38(56.7)	59(64.1)	258(69.9)	11.564	0.003 ^a
糖尿病自报规范管理率(%)	123(58.6)	32(47.8)	43(46.7)	198(53.66)	4.747	0.093

注：^a差异有统计学意义

表 2 示范区居民慢性病防治知识知晓及行为养成情况

项 目	示范区实施评分		合计	P 值
	较高	较低		
慢性病防治知识(≥18 岁)	1 942	1 949	3 891	
慢性病防治知识知晓率(%)	826(42.5)	289(14.8)	1 115(28.7)	<0.001 ^a
健康行为养成(≥18 岁)	1 942	1 949	3 891	
食盐摄入减少比例(%)	960(49.4)	870(44.6)	1 830(47.0)	0.003 ^a
食油摄入变少比例(%)	880(45.3)	799(41.0)	1 679(43.2)	0.007 ^a
蔬菜摄入充足比例(%)	1 552(79.9)	1 255(64.4)	2 807(72.1)	<0.001 ^a
水果摄入充足比例(%)	1 065(54.8)	1 019(52.3)	2 084(53.6)	0.110
成年男性现在每日吸烟率(%) ^b	314(33.9)	258(28.3)	572(31.1)	0.009 ^a
身体活动达标比例(%) ^c	388(20.0)	207(10.7)	595(15.3)	<0.001 ^a
静态行为过久比例(%) ^d	547(28.2)	381(19.6)	928(23.9)	<0.001 ^a
高血压自报管理情况(≥35 岁)	541	470	1 011	
高血压自报管理率(%)	404(74.7)	351(74.7)	755(74.7)	0.999
高血压自报规范化管理率(%)	342(63.2)	286(60.9)	628(62.1)	0.439
糖尿病自报管理情况(≥35 岁)	205	164	369	
糖尿病自报管理率(%)	144(70.2)	114(69.5)	258(69.9)	0.879
糖尿病自报规范化管理率(%)	105(51.2)	93(56.7)	198(53.7)	0.294

注：^a差异有统计学意义；^b较高 n=927, 较低 n=913, 合计 n=1 840；^c较高 n=1 940, 较低 n=1 941, 合计 n=3 881；^d较高 n=1 941, 较低 n=1 948, 合计 n=3 889；根据过程评估信息收集表上报数据, 全国平均分为 122 分, 将 >122 分者设定为示范区实施评分较高, 将 ≤122 分者设定为示范区实施评分较低

国家级示范区中, 98.8% 成立慢性病综合防控领导小组, 其中 99.2% 已形成政府主导、多部门合作的工作格局, 领导小组办公室设置在当地卫生和计划生育委员会。卫生部门和非卫生部门通过“联席会议制度”加强部门间合作, 合作领域多集中于健康教育与健康促进、健康支持性环境创建、全民健康生活方式行动等项目活动。这提示政府多部门合作的深度、广度和协同性有待进一步加强。卫生部门应利用现有慢性病监测数据, 明确当地主要健康问题, 充分了解非卫生部门工作内容, 应以贯彻落实《中国

防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》^[11]为契机, 通过开展健康影响评估等, 推动实现“将健康融入所有政策”, 加强政策保障, 有效落实各部门在防控慢性病中的责任, 形成慢性病防治工作合力。

示范区居民健康相关指标高于全国平均水平, 且在示范区实施较好的区/县, 居民慢性病防治知识的知晓率、健康行为的养成比例也较高, 示范区创建成效已显。示范区居民慢性病防治知识知晓率为 28.7%, 高于全国水平^[12-13], 已达到 2025 年居民慢性病防治素养 25% 的目标^[11]。但是, 居民对高血压和糖尿病主要危险因素的知识知晓率仍然较低(33.6%、10.9%)。示范区居民健康行为养成比例明显增

加, 如 53.6% 的居民每天摄入水果, 高于全国水平^[14]。成年男性吸烟率和现在每日吸烟率分别为 48.6% 和 31.1%, 低于我国 2015 年成年人男性吸烟率 52.1%^[15]。示范区 ≥35 岁高血压和糖尿病自报管理率、规范化管理率均高于全国水平^[16-17]。在控制了区/县等多因素后, 示范区实施得分较高的区/县居民慢性病防治知识知晓、健康行为养成均好于居住在实施得分较低的区/县居民, 但高血压和糖尿病自报管理率未发现明显差异。这提示示范区创建较好地提高了居民的慢性病防治知识知晓及健康行为养成情况。

表3 3 891名示范区居民慢性病防治知识知晓及行为养成情况多因素分析

项 目	示范区实施评分		
	较低	较高未调整 OR 值	较高调整 OR 值
慢性病知识知晓(≥18岁)			
慢性病防治知识知晓率	1.000	4.251(3.645 ~ 4.959)	6.591(5.188 ~ 8.373)
健康行为养成(≥18岁)			
食盐摄入减少比例	1.000	1.212(1.069 ~ 1.375)	1.352(1.151 ~ 1.589)
食油摄入变少比例	1.000	1.193(1.050 ~ 1.354)	1.477(1.249 ~ 1.746)
蔬菜摄入充足比例	1.000	2.201(1.904 ~ 2.543)	1.934(1.597 ~ 2.343)
成年男性现在每日吸烟率	1.000	1.300(1.067 ~ 1.585)	1.303(1.063 ~ 1.597)
身体活动达标比例	1.000	2.094(1.746 ~ 2.512)	1.975(1.623 ~ 2.403)
静态行为过久比例	1.000	1.614(1.390 ~ 1.874)	1.705(1.463 ~ 1.986)

注:多因素分析调整年龄、性别、地区分布、民族、婚姻状况、社会经济状况、是否知晓慢性病防治知识等

总体来说,各地以示范区创建为契机带动了当地慢性病防控工作,国家级示范区已基本建立政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会参与的慢性病综合防控工作机制与体制,具有示范效应,引领带动我国慢性病综合防控工作。《“健康中国2030”规划纲要》^[18]明确提出实施慢性病综合防控战略,加强国家慢性病综合防控示范区建设。作为慢性病防控工作的重要载体,示范区的建设将大大影响未来我国慢性病防控的水平和成效。本研究由于人力、物力和财力等限制,仅对部分示范区居民抽样进行问卷调查,且未进行体格测量,因此无法精确全面反映示范区的创建效果。此外,本次调查≥55岁人群偏多,原因之一在于Kish表法虽然能抽取各年龄段人群,但低年龄人群入选比例低^[19]。因此我国示范区的效果和模式尚需进一步深入研究。

利益冲突 无

参 考 文 献

[1] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015年) [M]. 北京:人民卫生出版社,2015. Disease Prevention and Control Bureau, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. Chinese Journal of nutrition and chronic disease (2015) [M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2015.

[2] United Nations. 2011 High Level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases[Z]. 2011.

[3] Kushner RF, Sorensen KW. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management [J]. Curr Opin Endocrinol Diab & Obes, 2013, 20(5): 389-395. DOI: 10.1097/01.med.0000433056.76699.5d.

[4] 郭岩, 汤淑女. 健康的社会决定因素与慢性病防治[J]. 中国预防医学杂志, 2010(11): 1167-1169. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2010.11.009. Guo Y, Tang S. Social determinants, NCD control and prevention [J]. Chin Prev Med 2010, 11(11): 1167-1169. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2010.11.009.

[5] Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis [J]. Lancet, 2011, 377(9775):

1438-1447. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60393-0.

[6] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 卫生部办公厅关于印发《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》的通知 [EB/OL]. (2010-11-16) [2017-01-09]. <http://www.moh.gov.cn/jkj/s5878/201011/d5d213adb8d4c0ca3e5d447401882fd.shtml>. Disease Prevention and Control Bureau, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. Guideline for construction of national demonstration areas for comprehensive prevention and control of chronic and non-communicable diseases [EB/OL]. (2010-11-16) [2017-01-09]. <http://www.moh.gov.cn/jkj/s5878/201011/d5d213adb8d4c0ca3e5d447401882fd.shtml>.

[7] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 卫生部办公厅关于印发《慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》的通知 [EB/OL]. (2011-03-24) [2017-01-08]. <http://www.moh.gov.cn/jkj/s5878/201103/d2975631d843423bb8502327f02dcc51.shtml>. Disease Prevention and Control Bureau, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. Notification for 'Management of National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases' [EB/OL]. (2011-03-24) [2017-01-08]. <http://www.moh.gov.cn/jkj/s5878/201103/d2975631d843423bb8502327f02dcc51.shtml>.

[8] Wang LM, Gao P, Zhang M, et al. Prevalence and Ethnic Pattern of Diabetes and Prediabetes in China in 2013 [J]. JAMA, 2017, 317(24): 2515-2523. DOI: 10.1001/jama.2017.7596.

[9] 国家卫生计生委基层卫生司. 国家卫生计生委关于印发《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的通知 [EB/OL]. (2017-03-28) [2017-04-23]. <http://www.nhfpc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>. Department of Primary Health, National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. Notification for 'National basic public health service specification (The third edition)' [EB/OL]. (2017-03-28) [2017-04-23]. <http://www.nhfpc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>.

[10] 司向, 翟屹, 施小明. 中国慢性非传染性疾病预防控制能力评估 [J]. 中华流行病学杂志, 2014, 35(6): 675-679. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2014.06.013. Si X, Zhai Y, Shi XM. Assessment on the capacity for programs regarding chronic non-communicable diseases prevention and control, in China [J]. Chin J Epidemiol, 2014, 35(6): 675-679. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2014.06.013.

[11] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017-2025年)的通知 [EB/OL]. (2017-02-14) [2017-04-23]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm. General Office of the State Council of the People's Republic of China. The CPC Central Committee and the State Council's notification for 'The mid-long term plan of the Chronic disease prevention and control in China (2017-2025)' [EB/OL]. (2017-02-14) [2017-04-23]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm.

[12] 李英华, 毛群安, 石琦, 等. 2012年中国居民健康素养监测结果

[J]. 中国健康教育, 2015, 31(2): 99-103. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2015.02.001.

Li YH, Mao QA, Shi Q, et al. The level of health literacy of Chinese residents in 2012: Surveillance results [J]. Chin J Health Educ, 31(2): 99-103. DOI: 10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2015.02.001.

[13] 杨焱. 我国成人烟草危害相关知识知晓率研究[C]. 第15届全国控制吸烟学术研讨会论文集. 西安: 中国控制吸烟协会: 2011: 9.

Yang Y. Study of the smoking-related risk awareness among adults in China. [C]. The 15th National Tobacco Control Symposium. Xi'an: Chinese Association on Tobacco Control: 2011: 9.

[14] Du H, Li L, Bennett D, et al. Fresh Fruit Consumption and Major Cardiovascular Disease in China [J]. N Engl J Med, 2016, 374(14): 1332-1343. DOI: 10.1056/NEJMoa1501451.

[15] 杨焱, 南奕, 屠梦吴, 等. 《2015中国成人烟草调查报告》概要[J]. 中华健康管理学杂志, 2016, 10(2): 85-87. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.02.002.

Yang Y, Nan Y, Tu MW, et al. Major finding of 2015 China adults tobacco survey [J]. Chin J Health Manage, 2016, 10(2): 85-87. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.02.002.

[16] 曾新颖, 王丽敏, 王临虹, 等. 中国35岁以上高血压患者社区管理的现状研究[J]. 中华预防医学杂志, 2013, 47(11): 1014-1019. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2013.11.010.

Zeng XY, Wang LM, Wang LH, et al. The study of management of hypertensive people aged 35 and over in communities in China [J]. Chin J Prev Med, 2013, 47(11): 1014-1019. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2013.11.010.

[17] 邓茜, 张梅, 黄正京, 等. 全国疾病监测点35岁及以上糖尿病患者管理现状研究[J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(9): 1191-1195. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2016.09.002.

Deng Q, Zhang M, Huang ZJ, et al. Management of diabetes patients aged ≥35 years in disease surveillance areas in China [J]. Chin J Epidemiol, 2016, 37(9): 1191-1195. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2016.09.002.

[18] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2017-04-07]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

Central People's Government of the People's Republic of China. The CPC Central Committee and the State Council's notification for 'Healthy China 2030' program guidelines [EB/OL]. (2016-10-25) [2017-04-07]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

[19] 张丽萍. 应用Kish表入户抽样被访者年龄结构扭曲问题研究[J]. 社会学研究, 2009(4): 177-195.

Zhang L. Study of the age structure representation when applying Kish table into sampling [J]. Sociological Study, 2009(4): 177-195.

(收稿日期: 2017-10-27)
(本文编辑: 李银鸽)



读者·作者·编者

本刊常用缩略语

本刊对以下较为熟悉的一些常用医学词汇将允许直接用缩写,即在文章中第一次出现时,可以不标注中文和英文全称。

OR	比值比	HBcAg	乙型肝炎核心抗原
RR	相对危险度	HBeAg	乙型肝炎e抗原
CI	可信区间	HBsAg	乙型肝炎表面抗原
P _n	第n百分位数	抗-HBs	乙型肝炎表面抗体
AIDS	艾滋病	抗-HBc	乙型肝炎核心抗体
HIV	艾滋病病毒	抗-HBe	乙型肝炎e抗体
MSM	男男性行为者	ALT	丙氨酸氨基转移酶
STD	性传播疾病	AST	天冬氨酸氨基转移酶
DNA	脱氧核糖核酸	HPV	人乳头瘤病毒
RNA	核糖核酸	DBP	舒张压
PCR	聚合酶链式反应	SBP	收缩压
RT-PCR	反转录聚合酶链式反应	BMI	体质指数
C _t 值	每个反应管内荧光信号达到设定的阈值时所经历的循环数	MS	代谢综合征
PAGE	聚丙烯酰胺凝胶电泳	FPG	空腹血糖
PFGE	脉冲场凝胶电泳	HDL-C	高密度脂蛋白胆固醇
ELISA	酶联免疫吸附试验	LDL-C	低密度脂蛋白胆固醇
A值	吸光度值	TC	总胆固醇
GMT	几何平均滴度	TG	甘油三酯
HBV	乙型肝炎病毒	COPD	慢性阻塞性肺疾病
HCV	丙型肝炎病毒	CDC	疾病预防控制中心
HEV	戊型肝炎病毒	WHO	世界卫生组织