

## • 预防研究 •

## 凉山两社区居民癌症防治知识调查\*

李雪纯, 万绍平<sup>△</sup>, 周红艳, 武文博, 王青青, 燕锦, 杨慧

610041 成都, 四川省肿瘤医院·研究所, 四川省癌症防治中心, 电子科技大学医学院 科技部(李雪纯、万绍平、周红艳、武文博、王青青), 胃肠外科(燕锦、杨慧)

**[摘要]** 目的: 了解四川省凉山两社区居民癌症防治知识的掌握情况, 为科学制订该地区 and 类似地区癌防策略提供依据。方法: 通过横断面调查方法, 利用方便抽样对凉山两社区居民进行现场问卷调查, 采用 Epidata 3.1 进行数据录入, 采用 SPSS 21.0 进行数据分析。结果: 有效调查 177 人, 平均得分 47.52(满分为 100 分), 癌防知识总知晓率为 48.0%, 经性别标化后为 47.3%。“早期诊断、早期发现、早期治疗可根治约 1/3 的癌症”“有效的预防措施可减少约 1/3 癌症的发生”两题知晓率最高, 均为 91.5%;“癌症只会在中老年人群发生”“癌症不会传染”两题知晓率高, 分别为 85.9% 和 80.8%;“我国筛查覆盖面较广的癌症包括哪些”“我国常见的癌症包括哪些”两题知晓率最低, 分别为 5.6% 和 8.5%;“癌症治疗的主要措施包括哪些”“哪些因素可导致罹患癌症的风险增高”两题的知晓率低, 分别为 16.9% 和 18.6%。18~39 年龄组癌症防治知识得分高于 40~59 年龄组, 差异有统计学意义( $P=0.010$ )。结论: 凉山两社区居民癌防知识知晓率低于四川省其他地区, 40~59 岁组人群是重点人群。鉴于该地区经济、卫生的脆弱性, 应把其作为国、省癌防的重点地区, 针对重点人群制定中长期多方式宣传计划; 针对薄弱环节改进宣传内容的可及性。

**[关键词]** 癌防知识; 民族地区; 社区居民

**[中图分类号]** R730.1 **[文献标志码]** B **doi:**10.3969/j.issn.1674-0904.2019.10.009

**引文格式:** Li XC, Wan SP, Zhou HY, et al. Investigation on the knowledge of cancer prevention and treatment among residents in two communities in Liangshan [J]. J Cancer Control Treat, 2019, 32 (10): 912-919. [李雪纯, 万绍平, 周红艳, 等. 凉山两社区居民癌症防治知识调查情况[J]. 肿瘤预防与治疗, 2019, 32(10): 912-919.]

癌症防治知晓情况是反映一个地区癌防工作水平和居民应对癌症能力的重要指标。2017 年我国恶性肿瘤发病例数为 380.4 万例, 全国发病前五位的癌症分别是肺癌、胃癌、结直肠癌、肝癌和乳腺癌, 死亡 229.6 万例<sup>[1-3]</sup>。我国的癌防形势严峻, 急需了解各地居民的癌症防治知识知晓率, 以制订针对性防治策略。调查显示, 江苏、广州等经济发达地区居民的癌防知识水平较高<sup>[4-5]</sup>; 开展过癌症知识宣传教育工作的地区居民癌防知识水平较高<sup>[6-7]</sup>; 对我国中部地区农村居民的癌防知识调查发现, 农村居民的癌防知识水平偏低<sup>[8]</sup>; 李博等<sup>[9]</sup>对四川省居民调查发现, 癌防知识总知晓率为 50.1%。

目前关于凉山彝族自治州居民的癌防知识情况报道尚不多见, 凉山州相比于四川省其他汉族地区具有经济卫生的脆弱性<sup>[10-11]</sup>。因此, 调查凉山地区社区居民的癌防知识情况, 可为制定凉山州及我省、

我国类似地区癌防策略提供依据, 对其他类似地区具有重要公共卫生意义。

## 1 研究设计

### 1.1 研究方法与对象

本研究采用横断面调查方法, 以凉山两社区 18 岁以上居民为调查对象, 排除患有精神疾病等不能自行填写问卷的人群。

### 1.2 抽样方法

在西昌市和会理县各选一个社区, 然后采用方便抽样, 在社区街头进行拦截访问, 对接受调查者发放礼品。

### 1.3 资料收集

本文问卷来自四川省癌症防治中心, 系癌防中心办公室专家设计、省肿瘤医院及华西公卫学院专家修改、审定, 最先用于李博等<sup>[9]</sup>关于四川省四个地区人群癌症防治核心知识知晓情况的调查, 内容包括被调查者一般情况、10 道癌防知识判断题和 10 道癌防知识多选题; 题目涵盖癌症基础知识、癌症危险因素、我国癌症病种相关知识、癌症防治、患者就

**[收稿日期]** 2019-02-01 **[修回日期]** 2019-08-29

**[基金项目]** \* 四川省科技厅项目(编号:2017KZ0045, 2018KZ0007)

**[通讯作者]** <sup>△</sup> 万绍平, E-mail: wsp65@vip.163.com

医意识以及癌症知识获取途径。挑选其中部分条目作为核心内容,包括癌症预防(第 3、10、14 题)、癌症诊断和治疗(第 19、20 题)、癌症筛查(第 16、18 题)。问卷评分采用专家法,由 14 位来自临床医学、流行病、护理、基础医学专业的专家赋予权重,然后计算每题的平均权重。答对一题得 5 分,问卷总分满分 100 分,根据每题的权重进行计算,判断题满分为 45.50 分,选择题满分为 54.50 分。由经过统一培训的调查员进行现场一对一问卷调查,特别聘请彝族调查员对彝族人群进行询问调查,问卷调查完立即回收。

### 1.4 数据整理和分析

应用 EpiData 3.1 软件建立数据库,采用双录入方式录入数据,数据库建立后,用 SPSS 21.0 进行数据清洗、整理和分析。所有统计学的检验水平  $\alpha$  值设为 0.05,均为双侧检验。对研究对象的一般情况(年龄、性别、民族、居住地、文化程度等)进行描述性分析;不同人口学特征人群得分差异进行  $t$  检验和单因素方差分析;不同人口学特征人群得分情况进行多重线性回归分析。

单项知识知晓率(%) = 正确回答某题人数/应答总人数,总知晓率 = 各题回答正确人数之和/(调查题数 × 应答人数) × 100%。知晓率标化的参考人群是第六次全国人口普查中四川省的总人口和男女人口。

### 1.5 质量控制

运用统一的标准要求每一位调查员;现场核实问卷,仔细检查问卷的完整性和准确性,填补缺、漏项。由双人独立进行录入,并进行一致性检验,对重复的予以删除。对两次数据录入不一致之处,在核对原始问卷的基础上更正录入错误,剔除分析结果异常的数据。

## 2 结果

### 2.1 一般人口学特征

共调查 181 人,收回问卷 177 份,应答率 97.8%。调查对象女性较多,为 109 人(61.6%),男女性别比为 0.62/1;年龄 18 ~ 76 岁,平均年龄  $44.5 \pm 15.3$  岁(中位年龄 45.0 岁),40 ~ 59 岁人口最多,为 72 人(40.7%);汉族人口占多数,为 133 人(75.1%);农村人口居多,为 88 人(49.7%);初中及以下文化程度的人口最多,为 77 人(43.5%);从事农业活动的人口最多,为 40 人(22.6%)(表 1)。

### 2.2 癌症防治知识得分情况

判断题均分 32.5,最低 15.8 分,最高 45.5 分。选择题均分 14.97,最低 0 分,最高 39.1 分。问卷总均分 47.5,最低 15.8 分,最高 83.9 分。不同性别、居住地比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),不同年龄、文化程度、职业的人群得分差异有统计学意义( $P < 0.001$ )(表 2)。

表 1 一般人口学特征情况(%)

Table 1. General Demographic Characteristics

Characteristic	N = 177	Constituent ratio (%)
Sex		
Male	68	38.4
Female	109	61.6
Ethnic group		
Han Chinese	133	75.1
Ethnic minorities	44	24.9
Age		
18 - 39	63	35.6
40 - 59	72	40.7
≥60	32	18.1
Not clear	10	5.6
Places of residence		
Rural	88	49.7
Urban	66	37.3
Not clear	23	13.0
Educational level		
Junior high school and below	77	43.5
High school/secondary school	17	9.6
College and above	69	39.0
Not clear	14	7.9
Career		
Workers in farming, forestry, animal husbandry and fishery	40	22.6
Manufacturers, transportation workers, equipment operators	8	4.5
Housewife	12	6.8
Professionals	31	17.5
Business services staff	28	15.8
Administrators in enterprises, public institutions and government offices	29	16.4
Other	8	4.5
Not clear	21	11.9

表 2 不同人口学特征人群总得分差异

Table 2. Total Scores of Populations with Different Demographic Characteristics

Characteristic	N	Mean score	t/F	P
Sex			-2.389	0.018
Male	68	44.30 ± 14.25		
Female	109	49.53 ± 14.15		
Ethnic group			1.386	0.167
Han Chinese	133	48.38 ± 13.97		
Ethnic minorities	44	44.92 ± 15.40		
Age			12.023	<0.001
18-39	63	54.12 ± 14.31		
40-59	72	42.59 ± 14.00		
≥60	32	46.49 ± 11.70		
Place of residence			-2.440	0.016
Rural	88	45.08 ± 14.30		
Urban	66	50.80 ± 14.52		
Educational level			19.483	<0.001
Junior high school and below	77	40.76 ± 12.66		
High school/secondary school	17	48.34 ± 12.70		
College and above	69	53.99 ± 13.00		
Career			8.861	<0.001
Workers in farming, forestry, animal husbandry and fishery	40	39.99 ± 12.13		
Manufacturers, transportation workers, equipment operators	8	48.90 ± 13.82		
Housewife	12	43.02		
Professionals	31	60.01 ± 14.92		
Business services staff	28	42.03 ± 15.53		
Administrators in enterprises, public institutions and government offices	29	52.07		
Other	8	47.69 ± 12.48		

### 2.3 各项癌症防治知识知晓情况

判断题知晓率 68.9%，选择题知晓率 27.1%，问卷总知晓率 48.0%，经性别<sup>[12]</sup>标化后为 47.3%。在 20 道题目（包括判断题和选择题）中，“早期诊断、早期发现、早期治疗可根治约 1/3 的癌症”“有效的预防措施可减少约 1/3 癌症的发生”两题知晓率最高，均为 91.5%；“癌症只会在中老年人群发生”“癌症不会传染”两题知晓率次高，分别为 85.9% 和 80.8%；“我国筛查覆盖面较广的癌症包括哪些”“我国常见的癌症包括哪些”两题知晓率最低，分别为 5.6% 和 8.5%；“癌症治疗的主要措施包括哪些”“哪些因素可导致罹患癌症的风险增高”两题的知晓率次低，分别为 16.9% 和 18.6%。

关于癌症危险因素（第 12 题），“长期处于焦虑、抑郁、悲伤状态”知晓率最高（75.1%），“饮食不科学卫生、结构不合理”知晓率最低（37.9%）；关于

我国常见癌症（第 13 题），肝癌（86.4%）、肺癌（87.0%）、胃癌（81.4%）知晓率较高，而宫颈癌（75.7%）、乳腺癌（72.9%）、食道癌（54.2%）知晓率较低；关于癌症的预防措施（第 14 题），合理膳食（72.9%）、戒烟限酒（71.8%）知晓率最高，加强职业防护（41.2%）知晓率最低；关于我国筛查面较广的癌症（第 16 题），乳腺癌知晓率最高（72.9%），食管癌最低（45.2%）；关于提高治疗效果的策略（第 17 题），早期发现早期治疗知晓率最高（84.7%），定期接受检查最低（59.9%）。关于癌症治疗措施（第 19 题），手术知晓率最高（86.4%），靶向治疗最低（45.8%）；关于癌症的就医症状（第 20 题），出现肿块、疼痛知晓率最高（91.5%），大便习惯改变或功能障碍最低（60.5%），详见表 3。

核心内容中，癌症的预防知晓率最高为 58.6%，癌症的筛查知晓率最低为 15.8%（表 4）。

表 3 问卷知晓情况

Table 3. A Questionnaire Survey on Knowledge of Cancer Prevention and Treatment

Question	Number of right response	Rate( %)
True or false		68.9
1. Cancer is not infectious (√)	143	80.8
2. There are no symptoms in the early stage of cancer (√)	116	65.5
3. Smoking can cause lung cancer, but it has nothing to do with cancers such as esophageal cancer and gastric cancer (×)	97	54.8
4. Benign tumors can only grow locally and cannot be converted into cancer (×)	120	67.8
5. At present, surgery is the best measure for cancer treatment (×)	59	33.3
6. The cancer can be inherited (√)	77	43.5
7. Cancer can only occur in the middle-aged and the elderly (×)	152	85.9
8. Early diagnosis, early detection and early treatment can radically cure about 1/3 of cancers (√)	162	91.5
9. Cancer is incurable (×)	131	74.0
10. Effective preventive measures can reduce the incidence of cancer by about 1/3 (√)	162	91.5
Multiple choice*		27.1
11. In recent years, what is the first cause of death of urban and rural residents in China? (D)		
A. AIDS		
B. Diabetes mellitus		
C. Angiocardiopathy		
D. Cancer	78	44.1
12. Which of the following factors do you think can lead to an increased risk of cancer? (ABCDE)	33	18.6
A. Family history of cancer	92	52.0
B. Smoking	124	70.1
C. Long-term depression, sadness, anxiety	133	75.1
D. Stomach problems or hepatitis B/hepatitis C	71	40.1
E. Unhealthy diet, unhygienic food, reasonable diet	67	37.9
13. At present, there are about 200 kinds of cancers. What are the common cancers in China? (ABCDEF)	15	8.5
A. Liver cancer	153	86.4
B. Lung cancer	154	87.0
C. Gastric cancer	144	81.4
D. Cervical cancer	134	75.7
E. Breast cancer	129	72.9
F. Esophageal cancer	96	54.2
14. The main preventive measures for cancer are (ABCDE)	52	29.4
A. Ban on smoking and drinking	127	71.8
B. Vaccination (hepatitis B vaccine, cervical cancer vaccine, etc)	111	62.7
C. Reasonable diet	129	72.9
D. Moderate amount of exercise	120	67.8
E. Strengthen occupational protection	73	41.2
15. The Ministry of Health has designated ‘three early’ as the basic guideline for cancer prevention and treatment. The ‘three early’ means (ABC)	79	44.6
A. Early detection	150	84.7
B. Early diagnosis	151	85.3

(Table 3 continues on next page)

(Continued from previous page)

Question	Number of right response	Rate( % )
C. Early treatment	151	85.3
D. Early prevention		
16. At present, what are the cancers with a wide range of screening coverage in China? ( ABCD)	10	5.6
A. Esophageal cancer	80	45.2
B. Gastric cancer	122	68.9
C. Breast cancer	133	75.1
D. Cervical cancer	114	64.4
E. Lung cancer		
F. Leukemia		
G. Nasopharyngeal cancer		
17. What are the main measures to improve the effect of cancer treatment? ( ABDE)	55	31.1
A. Early detection and early treatment	150	84.7
B. Acceptance of a formal and complete clinical treatment	134	75.7
C. Long-term use of nutrients		
D. Maintaining a good state of mind	131	74.0
E. Regular medical check-up	106	59.9
18. The main measures of screening for esophageal cancer and gastric cancer include ( A)		
A. Gastroscopy	46	26.0
B. X-ray examination		
C. B-scan ultrasonography		
D. Blood test		
19. What are the main measures for cancer treatment? ( ABCD)	30	16.9
A. Surgical treatment	153	86.4
B. Radiotherapy	132	74.6
C. Chemotherapy	136	76.8
D. Targeted therapy	81	45.8
20. Symptoms that indicate a visit to a hospital ( ABCD)	81	45.8
A. A lump, pain	162	91.5
B. Unexplained bleeding	137	77.4
C. Unexplained upper abdominal pain	115	65.0
D. Change in bowel habit change or bowel dysfunction	107	60.5
Total		48.0

\* Only the right options are listed.

表 4 核心内容知晓情况

Table 4. Core Contents in the Questionnaire ( % )

Core content	Lowest accuracy rate	Highest accuracy rate	Total accuracy rate
Cancer prevention ( 3, 10, 14 * )	29.4	91.5	58.6
Diagnosis and treatment of cancer ( 19, 20 * )	16.9	45.8	31.4
Screening for cancer ( 16, 18 * )	5.6	26.0	15.8

\* Number in brackets indicate the number of corresponding questions mentioned in Table 3.

#### 2.4 癌症防治知识的影响因素

在之前对各项人口学特征与得分进行方差分

析,排除了民族后,不同性别、居住地 ( $P < 0.05$ ) 比较差异有统计学意义,不同年龄、文化程度、职业的

人群得分差异有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。将有意义的项纳入多重线性回归方程,结果显示,18 ~ 39 年龄组和 40 ~ 59 年龄组癌症防治知识差异有统计

学意义 ( $P = 0.010$ ),  $\geq 60$  岁组与 18 ~ 39 岁组比差异无统计学意义 ( $P = 0.591$ ),说明年龄会一定程度影响癌症防治知识得分(表 5)。

表 5 不同人口学特征与癌防知识得分的多重线性回归分析

Table 5. Multiple Linear Regression Analysis of Different Demographic Characteristics and Scores of Knowledge on Cancer Prevention

Characteristic	$\beta$	SE	Standard partial regression coefficient	$t$	$P$
Constant term	35.234	5.905		5.966	<0.001
Sex					
Male					
Female	4.751	2.433	0.156	1.953	0.053
Age					
18 - 39					
40 - 59	-7.781	2.989	-0.257	-2.603	0.010
$\geq 60$	-2.241	4.158	-0.059	-0.539	0.591
Places of residence					
Rural					
Urban	1.603	3.111	0.054	0.515	0.607
Educational level					
Junior high school and below					
High school/secondary school	2.604	4.733	0.051	0.550	0.583
College and above	6.467	3.854	0.217	1.678	0.096
Career					
Workers in farming, forestry, animal husbandry and fishery					
Manufacturers, transportation workers, equipment operators	5.827	6.166	0.082	0.945	0.347
Housewife	2.140	5.020	0.038	0.426	0.671
Professionals	9.313	4.936	0.240	1.887	0.062
Business services staff	-2.887	4.014	-0.076	-0.719	0.473
Administrators in enterprises, public institutions and government offices	4.804	5.001	0.133	0.961	0.334
Other	1.145	6.083	0.017	0.188	0.851

### 2.5 癌症知识获取途径

电视(74.6%)和网络(63.3%)是获取癌症知识最广泛的途径(表6)。

表 6 癌症知识获取途径

Table 6. Access to Cancer Knowledge

Access	$N$ (%)
Newspaper	79 (44.6)
Books	89 (50.3)
TV	132 (74.6)
Internet	112 (63.3)
Classroom lecture	71 (40.1)
Other	24 (13.6)

## 3 讨论

### 3.1 凉山两社区居民癌防知识知晓率低于四川省其他地区

问卷总知晓率 48.0%,经性别标化后为 47.3%。低于李博等<sup>[9]</sup>对四川省市(区)调查知晓率(50.6%)。其原因可能是调查社区地处边远,卫生服务体系薄弱,开展癌防宣传较少<sup>[13]</sup>;本研究发现年龄是癌防知识得分的影响因素,与张旭东等对普格县研究相似<sup>[14]</sup>。40 ~ 59 岁组和 60 岁以上组得分均低于 18 ~ 39 岁年龄组,前者与 18 ~ 39 岁组得分差异有统计学意义,可能与年轻人接受知识,学习

知识的能力强,接触途径广泛有关。后者与 18~39 岁组得分差异无统计学意义,但得分略高于 40~59 岁组,可能是因为老年人因为自身疾病多发,相比中年人更关注自己的健康情况,但相比于年轻人,其接受学习新知识的能力还有一定差距。

### 3.2 癌症的预防、诊断和治疗、筛查等核心内容知晓率依次降低

三项核心内容知晓率依次为 58.6% (29.4%~91.5%), 31.4% (16.9%~45.8%), 15.8% (5.6%~26.0%)。有关癌症预防的题目(第 3、10、14 题)中,调查对象对“有效的预防措施可减少约 1/3 癌症的发生”的知晓率最高(91.5%),但对具体的预防措施知晓率最低(29.4%),如“加强职业防护”选项,可能因为人群缺乏防护自身健康的意识。有关癌症诊断和治疗的题目(第 19、20 题)中,对“出现哪些症状需要就医”的知晓率较高(45.8%),其中“出现肿块、疼痛”选项的知晓率最高(91.5%),“大便习惯改变或功能障碍”选项的知晓率最低(60.5%)。说明人群在出现明显身体不适时才会选择就医,但是忽视自身异常的改变,有时往往会耽误治疗<sup>[15-16]</sup>。对“癌症治疗的主要措施包括哪些”的知晓率较低(16.9%),可能是因为缺乏对癌症的具体了解。癌症筛查相关题目(第 16、18 题)的总知晓率最低(15.8%),这可能与社区所在地较少开展癌症筛查以及对肿瘤的危险因素和采取措施(特别新出现的治疗措施)宣传较少有关。

### 3.3 电视和网络是获取癌症知识的主要途径

电视、网络、书籍是获取癌症知识的主要途径,与尹放、路平等人的研究结果相似<sup>[4, 17]</sup>,可能与近年来凉山地区有线电视、互联网络的快速发展有关。有 40% 以上调查对象通过书籍、报纸、课堂讲座获得癌防知识,说明近年来当地的癌防工作有所加强。

综上,在凉山地区或类似地区制订癌防策略应考虑以下因素:1) 在计划方面,虽然一些单项知识掌握率较高,但总体知晓率较低,需要制订中长期宣传计划,持续全面开展癌防宣传,才能有效提高总体知晓率;2) 在重点人群方面,年龄偏高人群知晓得分低,应作为癌防工作的重点人群并开展相应的健康教育工作;3) 在宣传内容方面,由于人群对肿瘤发生的危险因素知晓率较低,与安徽省调查类似<sup>[18]</sup>,应重点让当地居民了解,良好的生活、饮食习惯和心情愉悦能降低发生肿瘤的风险;针对肿瘤防治措施知晓率较低,应加强宣传具体的防治措施;针对我国癌种知识知晓率较低,应让人群了解不同肿

瘤的危害性和防治重要性,对知识的薄弱环节加强宣传<sup>[19-20]</sup>;4) 在宣传形式方面,一是继续加强电视和网络的癌防宣传,同时结合培训活动、书籍、报纸等形式进行多方式宣传<sup>[21]</sup>,二是为确保癌防宣传可持续性,可考虑结合公共卫生均等化服务,整合癌防工作和其他健康教育促进工作<sup>[22]</sup>。此外,本研究为横断面调查,仅能反映某个时点的癌防工作水平和群众应对癌症的能力,建议未来在当地结合慢病防治体系建立癌症监测体系,开展癌症防治知识、行为、生物学的长期监测。本研究原本是从项目调查的许多地点中的几个社区中抽取调查对象,其中包括彝族同胞的问卷调查,但在后期数据分析时发现,彝族群众的问卷质量较差,遂没有把彝族群众占多数的地区纳入本调查,造成样本量较少,结果的实际意义可能有所欠缺。

**作者声明:** 本文全部作者对于研究和撰写的论文出现的不端行为承担相应责任;并承诺论文中涉及的原始图片、数据资料等已按照有关规定保存,可接受核查。

**学术不端:** 本文在初审、返修及出版前均通过中国知网(CNKI)科技期刊学术不端文献检测系统的学术不端检测。

**同行评议:** 经同行专家双盲外审,达到刊发要求。

**利益冲突:** 所有作者均声明不存在利益冲突。

**文章版权:** 本文出版前已与全体作者签署了论文授权书等协议。

### [参考文献]

- [1] Zeng H, Chen W, Zheng R, et al. Changing cancer survival in China during 2003–15: A pooled analysis of 17 population-based cancer registries [J]. *Lancet Global Health*, 2018, 6(5): e555-e567.
- [2] 曾红梅, 陈万青. 中国癌症流行病学与防治研究现状 [J]. *化学进展*, 2013, 25(9): 1415-1420.
- [3] 曾磊, 王国平. 中国癌症流行病学与防治研究现状 [J]. *世界最新医学信息文摘*, 2016, 16(87): 36-37.
- [4] 路平, 徐翠林, 杨薇, 等. 社区居民肿瘤防治知识知晓状况调查分析 [J]. *中国肿瘤*, 2010, 19(12): 789-792.
- [5] 李星华, 季明芳, 吴标华, 等. 中山市小榄镇 1453 名居民癌症综合防治知识问卷调查分析 [J]. *中国肿瘤*, 2011, 20(1): 30-33.
- [6] 刘双喜, 许可葵, 王静, 等. 湖南省慈利县 3609 名妇女癌症综合防治知识问卷调查分析 [J]. *中国肿瘤*, 2008, 17(2): 98-100.
- [7] 于晓, 刘玉玲, 李晓莉, 等. 新密市 2143 名妇女癌症综合防

- 治知识问卷调查分析 [J]. 中国肿瘤, 2009, 18(10): 798-800.
- [8] 李贺, 曾红梅, 邹小农, 等. 基于我国中部农村地区 28 万人群的防癌认知调查分析 [J]. 中国肿瘤, 2018, 27(8): 561-567.
- [9] 李博, 赵宇倩, 何海, 等. 四川省癌症防治核心知识知晓情况调查 [J]. 肿瘤预防与治疗, 2018, 31(4): 278-281.
- [10] 胡洁, 陈建明. 基于县域经济差异的凉山州经济协调发展研究 [J]. 贵州民族研究, 2016, 37(6): 150-153.
- [11] 唐秀梅. 西南少数民族地区精准扶贫的包容性政策研究 [D]. 重庆: 西南大学, 2017.
- [12] 中华人民共和国国家统计局. 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报(第 1 号) [J]. 中国人口年鉴, 2011, (1): 18-19.
- [13] 杨先碧, 朱梦蓉, 陈丹楠, 等. 凉山彝族地区艾滋病抗病毒治疗直接经济负担及其影响因素分析 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35(2): 197-201.
- [14] 张旭东, 刘剑, 依火伍力. 2017 年普格县农村彝族居民肿瘤防治认知及影响因素分析 [J]. 预防医学情报杂志, 2018, 34(10): 1248-1251.
- [15] 李萍, 宋长爱. 中国居民就医行为研究进展 [J]. 护理研究, 2010, 24(17): 1507-1509.
- [16] 王敏, 张开金, 姜丽, 等. 中国城乡患者就医行为影响因素模型研究 [J]. 中国全科医学, 2010, 13(19): 2127-2129.
- [17] 尹放. 重庆市社区居民肿瘤预防知识认知与需求调查研究 [D]. 重庆: 重庆医科大学, 2014.
- [18] 查震球, 徐伟, 贾尚春, 等. 安徽省淮河流域癌症综合防治地区居民癌症预防相关危险因素知晓、态度和行为现况调查 [J]. 安徽预防医学杂志, 2018, 24(4): 241-246.
- [19] Wong LP, Wong YL, Low WY, et al. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: A qualitative study [J]. Singapore Med J, 2009, 50(1): 49-53.
- [20] Mon MM, Mon M, Than KK. Women's awareness, knowledge and perceived magnitude regarding common female cancers in yangon, myanmar [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2009, 10(6): 1047-1050.
- [21] Xu S, Markson C, Costello KL, et al. Leveraging social media to promote public health knowledge: Example of cancer awareness via twitter [J]. JMIR Public Health Surveill, 2016, 2(1): e17.
- [22] 杨忠民, 孙秀娣, 陈汶, 等. 林州市城乡居民肿瘤知识及肿瘤科普需求调查 [J]. 中国健康教育, 2002, 18(8): 480-482.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 欢迎通过本刊网站稿件管理系统投稿

为顺应当今期刊网络化、数字化发展趋势,更好地为广大作者、读者提供高质量的服务,我刊欢迎作者使用本刊网站稿件管理系统投稿。

使用过程注意事项:(1)第一次使用本系统进行投稿的作者,必须先注册再投稿。注册时请将各项信息填写完整。作者自己设定用户名和密码,该用户名和密码长期有效;(2)已注册过的作者,请不要重复注册,否则将导致查询稿件时信息不完整;(3)作者投稿请登录本刊网站(www.zlyfyzl.cn)。

如有任何问题请与编辑部联系。

联系电话:028-85420233 E-mail: zlyfyzl@163.com

本刊编辑部