

泰州市姜堰区中小学卫生监督量化分级管理模式探讨

陈舒^{1,2}, 胡志斌¹

(1.南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 211166;2.江苏省泰州市姜堰区卫生监督所,江苏 泰州 225500)

摘要:目的:对泰州市姜堰区中小学实施卫生监督量化分级管理效果进行评估,探讨学校卫生综合监管新模式。方法:应用量化分级评分表对各学校进行实施前后量化评分,于2015年3—4月对各学校进行基础性测评,作为实施前数据;2015年11—12月再次进行测评,作为实施后数据,采用配对资料的McNemar法对数据进行统计学分析。结果:实施学校卫生监督量化分级管理后与实施前相比较,A级、B级单位数上升,C级单位数下降,除采光一项指标外,各项指标的合格率均有提高;量化后进步明显的指标主要在组织管理、生活饮用水、学校公共场所卫生三个方面。结论:总体显现出实施公共场所卫生监督量化分级管理的良好效果,提高了学校的自律意识,促进了学校卫生工作的提高。

关键词:卫生监督;量化分级管理;中小学

中图分类号:R126.4

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2017)02-098-004

doi:10.7655/NYDXBSS20170204

学校卫生是公共卫生的重要组成部分^[1]。学校卫生监督工作是卫生行政部门依法行政工作的重要内容,涉及食品安全、饮用水卫生、医疗卫生、教学及生活环境卫生、传染病防控监督管理和校舍新建、改建、扩建项目的预防性卫生监督指导及学校突发公共卫生事件处理等方面,是一项综合性的卫生监督执法工作^[2],关系广大师生身体健康和社会的安全稳定。随着当前医改深入和政府机构改革及相关监管职能调整,学校卫生监督工作面临新形势、新任务,如何做好当前学校卫生监督工作成为广大卫生监督执法工作者思考的问题。

量化分级是卫计委(原卫生部)从国外引进的一种先进的管理模式,该模式运用危险性评估原则对监管对象进行风险分级和信誉分级,并按等级进行分类监管^[3],适应了市场经济发展规律和目前卫生监督形势的要求。经过在食品卫生监督^[4]、公共场所卫生监督^[5]、医疗机构卫生监督^[6]工作中的推广,起到了节约卫生监督资源、提高相关人员自律意识的作用。

一、对象与方法

(一)调查对象

泰州市姜堰区共有学校61所,均作为研究现场,其中中学31所,小学30所。31所中学,12所在市区,19所在农村或郊区。30所小学,7所在市区,23所在农村或郊区。

(二)方法

根据《学校卫生综合评价》GB/T18205-2012的要求,结合泰州市姜堰区学校卫生实际情况制定了《泰州市姜堰区学校卫生监督量化分级评分表》(以下简称《量化评分表》)。根据《量化评分表》的内容,分五个方面,共计1000分。其中组织管理100分,教学环境和生活设施卫生265分,生活饮用水卫生100分,卫生保健和传染病防控325分,公共场所卫生210分。

调查分两次进行,2015年3—4月对各学校进行基础性测评,作为实施前数据;2015年11—12月再次进行测评,作为实施后数据。本研究在2015年

收稿日期:2016-07-05

作者简介:陈舒(1986—),女,江苏姜堰人,研究实习员,南京医科大学公共卫生学院MPH学员,研究方向为卫生事业管理。

3—4月对泰州市姜堰区61所学校进行量化分级基础性测评后,根据调查结果,有针对性地对各学校加强日常监督管理,通过报纸、电视台等媒体宣传学校卫生监督量化分级管理工作,对各学校负责人召开专题培训会议,并要求各学校按照《量化评分表》的要求进行自查自纠。2015年11—12月对全区61所学校再次进行普查,与实施前的情况进行对比分析,评价量化分级的效果。

等级评定依据《学校卫生综合评价》GB/T18205-2012中关于等级的判定:凡标化分在85%及以上者为卫生优秀学校,定为A级;标化分在60%~85%为卫生合格学校(不含85%),定为B级;60%以下者(不含60%),为卫生不合格学校,定为C级。标化分=各指标实得分之和/(总分-缺项分)×100%。

在培训与质控方面,专门抽调7名卫生监督员成立评分小组,其中组织管理、生活饮用水卫生、卫生保健和传染病防控、公共场所卫生各由1名监督员负责打分,教学环境分为采光照度、微小气候噪声和教室内课桌椅黑板测量三部分,各由1名卫生监督员负责。专门召开评分人员培训班,下发操作规程,统一评分标准和方法,实施中定期对测评质量进行考核、督查,并针对存在问题及时进行纠偏。现场检测使用的激光测距仪、照度计、声级计等均经过泰州市计量所校正检定。

(三)统计学方法

所有测评表数据采用EpiData3.1软件进行双录入,建立数据库,经逻辑检查、核对、整理后,采用SPSS20.0软件进行统计分析,通过配对资料的McNemar法计算P值,以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)量化分级前后的比较

本次研究调查了61家单位,经量化分级管理后,A级单位由5所(8.20%)上升至8所(13.11%),B级单位由31所(50.82%)上升至47所(77.05%),C级单位由25所(40.98%)降低至6所(9.84%),各等级别变化有统计学差异($\chi^2=22.000, P<0.001$)。

31所中学,量化分级前后相比较,A级增加了1所(3.23%),B级增加了7所(22.58%),C级减少了8所(25.81%);30所小学,A级、B级分别增加了2所(6.67%)和9所(30.00%),C级减少了11所(36.66%)。中学、小学量化分级前后级别的变化有统计学差异($\chi^2=9.000, P=0.011$ 和 $\chi^2=13.000, P=0.002$)。

61所学校中,城区学校19所,农村学校42所。其中城区学校量化分级前后相比较,A级所占的比例上升了15.79%,B级所占的比例不变,C级所占的比例下降了15.79%,城区各学校量化分级前后级别的变化无统计学差异($\chi^2=6.000, P>0.05$)。农村学校量化分级前后相比较,A级所占比例不变,B级所占的比例上升了38.10%,C级所占比例下降了38.10%,量化分级前后变化有统计学差异($\chi^2=16.000, P<0.001$)。

(二)各项指标变化情况

①组织管理类指标,总体合格率较高,量化分级管理后,合格率进一步提高,组织管理下的四个子指标:明确校长作为学校卫生安全工作第一责任人,完善的年度目标、计划,建立学校卫生管理领导小组,有突发公共卫生事件应急预案及制度方面合格率差异均有统计学意义。②生活饮用水卫生类指标,经过量化分级管理,绝大多数学校均能按照要求提供充足的饮用水;基本卫生要求的合格率升高,量化分级前后的差异有统计学意义。③卫生保健和传染病防控类指标,此项下的三个子指标合格率均较低,特别是基本卫生要求和人员配置这两个指标,管理后虽合格率上升,但总体的合格率仍偏低;传染病管理方面,量化分级前后,有统计学差异。④教学环境、生活设施类指标,教室人均面积、课桌椅、黑板、照明指标,量化分级后合格率有所上升,采光合格率有些许降低。主要的失分项目在教室的人均面积不达标;教室的课桌椅多数为只提供单一型号,没有根据学生身高配备两种以上不同型号的课桌椅;黑板灯配备不全;灯桌距应在1.7~1.9米之间,部分教室悬挂过高或过低;后墙反射系数不达要求($\geq 70%$)。⑤公共场所卫生类指标,经过量化分级管理,各学校意识到,学校内的浴室、图书馆作为公共场所也必须申请办理卫生许可证,并开展年度卫生监测,办证积极性提高,量化分级后,差异显著。具体合格率比较情况见表1。

(三)城区农村学校指标合格率比较

城区学校组织管理类指标量化前合格率就比较高(达到73%以上),量化分级管理后,合格率进一步提高;其余四大项指标及子指标中除教室人均面积、采光,农村学校的合格率高于城区学校,其余指标的合格率城区均高于农村。

农村学校在明确校长作为学校卫生安全工作第一责任人,制定年度目标、计划,建立学校卫生管理领导小组,饮用水供应,基本卫生要求,以及浴室、图书馆、食堂卫生状况等方面的合格率,量化分

表1 量化分级管理前后各项指标合格率比较 [n(%)]

指标类型	量化分级前	量化分级后	P值
组织管理			
明确第一责任人	48(78.69)	56(91.80)	0.008
制定目标、计划	42(68.85)	53(86.89)	0.001
领导小组	44(72.13)	54(88.52)	0.002
应急预案、制度	49(80.33)	56(91.80)	0.016
生活饮用水卫生			
饮用水供应	41(67.21)	53(86.89)	<0.001
基本卫生要求	36(59.02)	54(88.52)	<0.001
清洗消毒制度	61(100.00)	61(100.00)	-
卫生保健和传染病防控			
卫生要求	15(24.59)	19(31.15)	0.125
传染病管理	24(39.34)	38(62.30)	<0.001
人员、设备设施	6(9.84)	9(14.75)	0.250
教学环境、生活设施			
教室人均面积	45(73.77)	48(78.69)	0.250
课桌椅	15(48.39)	18(29.51)	0.250
黑板	42(68.85)	46(75.41)	0.125
照明	18(29.51)	24(39.34)	0.031
采光	50(81.97)	46(75.41)	0.125
微小气候、噪声	61(100.00)	61(100.00)	-
公共场所卫生			
浴室基本卫生(仅中学)	18(58.06)	27(87.10)	0.004
浴室功能间卫生(仅中学)	15(24.59)	25(80.65)	0.002
图书馆基本卫生	27(44.26)	48(78.69)	<0.001
图书馆监测要求	32(52.46)	57(93.44)	<0.001
食堂基本卫生	46(75.41)	57(93.44)	0.001
食堂环境卫生	42(68.85)	57(93.44)	<0.001
食堂公共用品消毒	37(60.66)	57(93.44)	<0.001
食堂排风设备	61(100.00)	61(100.00)	-

级前后的差异达到了显著性水平($P<0.05$)。卫生保健和传染病防控类指标,量化分级管理后,传染病管理合格率提高了23.81%,差异有统计学意义($P<0.05$);卫生要求的合格率提高了60%,人员设备设施的合格率提高了50%。

(四)中小学校指标合格率比较

31所中学在饮用水基本卫生要求,传染病管理,浴室、图书馆、食堂卫生状况(除基本卫生要求一项)合格率,量化分级前后差异有统计学意义($P<0.05$);在明确校长作为学校卫生安全工作第一责任人,制定年度目标、计划,建立学校卫生管理领导小组,食堂基本卫生要求合格率,这几个指标P值接近显著性水平。

小学组织管理的几个指标均达到或接近显著性水平;饮用水供应,饮用水基本卫生要求,传染病

管理,图书馆、食堂卫生状况的合格率差异有统计学意义($P<0.05$);公共场所类因小学均为走读生,学校未提供公共浴室设施,这项得分未予标化。教学环境和生活设施类、卫生保健各指标除采光外,其余指标的合格率均有上升。

三、讨论

卫生监督量化分级管理是卫生监督理念的创新,实施效果如何是评判这种模式能否推广的关键所在。姜堰区实施学校卫生监督量化分级管理后与实施前相比较,A级、B级均上升,C级下降;各项指标得分均有不同程度的提高。对农村、中学、小学的分层分析显示,量化分级后,中学、小学、农村学校的等级分布呈现出两头少,中间多的现象,呈近似正态分布。总体显示出学校量化分级工作良好的实施效果。

城区学校五项内容各指标,量化后合格率有所上升,但统计学检验大多无差异,考虑有以下原因:一是样本量,姜堰区城区学校仅有19所,样本量较小,现有的样本量不足以发现有统计学差异的结论,拟在姜堰区成功实践学校卫生监督量化分级管理的基础上,向泰州全市范围内推广,以期获得更大的样本量;二是城区学校卫生工作开展较好,组织管理类、生活饮用水类、公共场所类各项卫生指标量化前合格率较高,量化后合格率虽有一定的提升,但上升空间不明显。

在本次研究中,差异无统计学意义的指标主要是教学环境和卫生保健类指标。教学环境多与学校硬件条件有关,不符合卫生学要求的校舍一旦建成后,即使发现问题,再从结构上更改难度较大,受经费制约,学校向财政争取资金支持以及教室的改扩建、设备设施的改造都需要时间,短期内难以看到成效。本研究是2015年3—4月进行基础性测评,11—12月进行再次测评,在以后的研究中,适当延长调查的间隔,可发现更多有统计学意义的结论。

对于卫生保健方面的指标合格率不高且量化前后变化不显著,究其原因,主要是学校医务人员的编制和晋升问题。医务室的持证、卫计人员的资格证书情况在《学校卫生综合评价》GB/T18205-2012中都有明确的规定。由于人员身份问题难以解决,学校普遍陷入卫生室办理《医疗机构执业许可证》难,招聘专职卫技人员难的困境,这一社会性的难题仅仅依靠量化分级管理是难以实现的。因此建议,学校医务室的持证以及卫计人员资格证书的情

况还是作为医务室和保健室分类的一个依据为宜,在量化评分中不应作硬性要求,林晶等^[7]在福建省开展的一项研究也支持这一观点。

城区农村学校相比较,城区学校各指标的合格率普遍高于农村学校。而采光指标合格率农村高于城市,这与扬州广陵区的研究结果一致^[8]。教室人均面积农村学校高于城市,城市化进程加速,越来越多的外来人口涌入城市,有条件的家长纷纷择校,造成城区学校生源激增,形成教育资源的不合理分配。教室课桌椅的不合格率偏高,且小学不合格率高于中学,这与徐能义等^[9]在包头市区的调查结果一致。学校为了整齐美观,只设置了一种型号的课桌椅。小学生生长发育快,对课桌椅型号需求不一,中学生生长发育相对固定,不合理的课桌椅高度会造成学生脊柱弯曲的发生。饮用水供应指标,部分小学量化分级前,不为学生提供饮水,学生都是从家里自带水壶,这极大地限制了学生的一日饮水量,不利于学生健康,量化分级后,改观明显。

综上,量化分级管理是一种较为先进的监督模式^[10-11],用分值的形式来体现检查项目,针对性强,评分的过程就是检查的过程。通过实施量化分级管理,监督人员有了一套全面统一、容易使用的工作标准及检查表格,既方便了监督人员使用,又解决了监管漏洞的问题,还便于学校内部开展自查自纠。并且统一了学校卫生工作目标绩效考核,解决了学校卫生工作绩效排名问题,调动了学校负责人的工作积极性,增强了其做好学校卫生的自律意识^[12]。

参考文献

- [1] 王军,朱正盛.镇江市丹徒区学校卫生监督工作现状调查与对策[J].中国校医,2013,27(12):960-961
- [2] 徐勇.我国学校卫生监督的现状与发展[J].中国学校卫生,2008,29(9):774-775
- [3] 潘春生,陈健,范亚平,等.理发美容业实施卫生监督量化分级管理效果评估[J].安徽预防医学杂志,2007,13(5):335-339
- [4] 卫生部.卫生部关于推行食品卫生监督量化分级管理制度的通知[J].中国食品卫生杂志,2002,14(5):47-57
- [5] 卫生部.卫生部关于推行公共场所卫生监督量化分级管理制度的通知 [J]. 中华人民共和国国务院公报,2009(20):11-14
- [6] 潘春生,李必宏.民营医疗机构实施量化分级管理的实践及相关问题的探讨 [J]. 中国卫生法制,2005,13(1):35-36
- [7] 林晶,王明,王枝新,等.《学校卫生综合评价》GB/T 18205-2012 在福建省实施情况的跟踪评价[J].中国卫生监督杂志,2016,23(1):29-33
- [8] 朱健华.城区和乡镇学校卫生综合监督监测评价[J].中国校医,2004,18(5):429-429
- [9] 徐能义,李香兰,赵金龙.包头市区中小学校卫生状况[J].中国学校卫生,2003,24(5):552-552
- [10] 沈慰如.食品卫生监督量化分级管理的利弊讨论[J].中国卫生监督杂志,2004,11(2):106-108
- [11] 夏晓红.张家港市大中型公共浴室卫生监督量化分级管理结果[J].职业与健康,2007,23(16):1443-1444
- [12] 武建霞,张利平,高玉生.30所学校卫生监督量化分级管理试点效果分析 [J]. 医学动物防制,2014,30(9):1032-1034