# 2024年健康素养监测工作总结报告

来源：网络 作者：尘埃落定 更新时间：2025-04-25

*第一篇：2024年健康素养监测工作总结报告2024年贵州省毕节市七星关区健康素养监测工作总结报告 一、七星关区概况及项目背景七星关区位于贵州省西北部，东经104°51′～105°55′，北纬27°3′～27°46′，地处乌蒙腹地，西接云南...*

**第一篇：2024年健康素养监测工作总结报告**

2024年贵州省毕节市七星关区健康素养

监测工作总结报告 一、七星关区概况及项目背景

七星关区位于贵州省西北部，东经104°51′～105°55′，北纬27°3′～27°46′，地处乌蒙腹地，西接云南，北毗四川，是贵州省毕节市辖区，毕节市的政治、经济、文化中心、交通运输物流中心，川滇黔渝结合部区域性中心城市，西南地区重要的综合交通枢纽、物资集散地和商贸物流中心，国家重要的新型工业、特色农业和旅游业基地。辖区共计42个镇、乡、街道办事处，总面积3412.2平方千米，总人口158万。历史悠久厚重，文化多姿多彩。钟灵毓秀，人杰地灵，气候宜人。

健康素养是指个人获取和理解基本健康信息和服务，并运用这些信息和服务做出正确决策，以维护和促进自身健康的能力。提升居民健康素养，是促进人民群众健康生活方式形成、改善人民群众健康状况的重要策略和措施，是推进健康中国建设的应有之义和先导工作。2024年中央补助地方健康素养促进项目将继续在贵州省开展。根据《2024年贵州省城乡居民健康素养监测工作方案》相关要求，我区（S09）确立为省级城市监测点，负责辖区内鸭池镇（1）、大银镇（2）、阴底乡（3）三个乡镇共六个村（居委会）（鸭池镇石桥村+石格村（04）、营中岩村（10）；大银镇保旺村+高峰村（03）、半林村（07）；阴底乡红星村（06）、路朗村（08））居民健康素养监测相关工作。

二、项目执行情况

（一）建立健全组织领导机构，明确工作职责分工 为进一步做好监测现场调查工作，七星关区卫计局成立以局分管领导、疾控中心领导及分管领导为主要负责人的居民健康素养监测工作组，包括负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员。同时进一步明确工作组人员职责分工。工作组制定《2024年七星关区居民健康素养监测现场调查工作方案》，全面负责6个现场调查点信息上报、绘图列表；根据省级方案要求组织相关工作培训；统筹协调后勤物资保障；根据省级抽样结果组织开展现场调查、进行调查质量控制、按时归还调查设备、按时形成总结报告等工作。

（二）加强培训，强化指导，确保调查工作准确一致

1.接受省级培训。2024年9月、10月，我区分别派遣相关人员参加省级组织的健康素养监测项目培训班、现场调查工作培训班，培训内容包括项目实施方案、抽样方法、绘图列表、现场调查技巧、PAD使用、质量控制等。

2.监测现场调查员培训。为认真执行项目方案，提高我区调查组工作人员的专业素质，确保调查工作准确一致，七星关区疾控中心于2024年11月10日、11日举办了为期两天的健康素养现场调查工作培训班，来自三个监测乡镇及疾控中心慢病科全体人员共计25人参加培训，毕节市疾控中心叶彩云科长亲临指导。培训班采取讲授与实践相结合的方式，介绍了2024年七星关区现场调查方案、现场调查技巧、PAD使用及录入等内容，现场模拟入户调查。培训结束后，经测试合格率100%，培训班取得预期效果。

（三）建立上下联动机制，夯实监测基础工作 2024年9月，七星关区居民健康素养监测工作组认真搜集监测点居委会信息上报至省健康教育所，省级进行抽样，确定最终6个现场调查点。而后，区疾控中心工作组相关人员与卫生院、居委会同志热情沟通、精诚合作，在其提供基础资料的前提下，深入居民户进行摸底登记，现场核实后注明空户、商户、学生集体宿舍、超龄、搬迁、无法调查户等情况，并根据该现场调查点卫星地图，拟定最适合行走路线，根据省级方案要求完成绘图列表工作，为后期现场调查打下坚实基础。

（四）积极统筹协调，确保后勤物资保障

应省级要求，我区工作人员领取省级配备设施与统一着装（平板电脑、现场调查工作服、工作牌、背包、标签），根据项目需要积极配合中心办公室进行项目经费预算，采购调查使用平板电脑、充电器及小礼品等，统一分配给各乡镇调查员，为顺利开展现场调查工作做好充分物资保障。

（五）深入基层，周密安排，确保现场调查科学有效 1.提前预约，协调入户调查

经疾控中心统一进行现场调查培训后，各乡镇调查员于2024年11月15日先后有计划地开展落实现场调查工作：

现场入户调查前，统一由各村协调员采用电话、入户预约等方式先行取得居民同意并预约具体入户调查时间；区疾控中心慢病健教科全体工作人员作为本次健康素养调查部分成员分批次分组下村参与各乡镇现场调查工作，在各村协调员协助下，与各乡镇调查员齐心协力、有序分工，及时顺利地完成了有效问卷共390份（每个监测村65份），且真实率为100%，完全贯彻2024年贵州省居民健康素养监测重要宗旨——真实性。

2.入户调查，严格控制问卷质量

现场调查工作过程中，协调员与调查员视具体情况认真填写《现场调查任务管理表》，及时记录现场调查进度情况、特殊情况、出现问题等，通过与省疾控老师实时反映问题等方式及时解决问题，避免拖累工作进程。

当天调查完成后统一上传数据，全部调查完成后收集《现场调查任务管理表》，统一处理调查中出现的问题，如家庭成员问卷录入错误、拍照出错等问题，尽量使问卷合格有效。

3.按时完成资料汇总及设备回收工作

2024年12月，我区正式完成现场调查工作，获取有效问卷390份且全部上传成功，及时收集《协调员预约情况表》、《现场调查任务管理表》等纸质资料，及时填写《监测县健康素养监测完成情况上报表》与工作总结报告，回收省级发放的4台平板设备，于规定时间内统一上报资料、返还设备。

三、项目总结与思考

（一）良好的群众基础是项目成功的前提

由于前期绘图列表时摸底调查工作落实不到位，本次调查中阴底乡红星村有效家庭户数不足，故重新申请20户备用家庭户，其他调查点亦存在空户、超龄户未完全标注的情况。再者，协调员对住户的熟悉与否、与群众关系良好与否，直接影响到预约工作的效率及入户调查的质量。

（二）过硬的专业素质是项目成功的关键

本次现场调查工作县级调查员全部参与，就6个现场调查点的预约工作来看，不同协调员协调能力高低不一，导致部分村现场调查工作进度慢、有序性差，说明前期培训、准备工作存在不足，需加强培训及经验交流，提升业务能力；由12月中旬省级专家督导考核中提出的意见可以看出，我区调查员在调查过程中存在调查时长短把握不住、录音时未注意细节等从而引起省质控员怀疑其真实性，需引起重视，加以改进；《现场调查任务管理表》填写不统一，部分村由协调员填写，部分村由调查员填写，存在多个调查员填写一张表格上等情况，导致调查员实际调查家庭户等情况不太明确、家庭户电话号码漏项等问题，可能对后期汇总资料造成影响，对此应在以后工作中进行统一安排，保证调查员人手一份表，不漏填，不混乱；本次调查过程中存在多户相片丢失问题，是调查系统、调查员操作、调查员经验不足等多方面原因造成，发现问题要及时采取相应措施，保证调查质量；调查员、协调员对符合调查对象人员理解存在细微差异；部分调查员现场调查应对能力存在不足，对居民因有难处而拒绝调查、居民配合调查能力部分缺失等情况未能及时正确处理。

综上所述，过硬的专业素质是项目成功的前提。调查员、协调员过硬的专业素质，可大大提高现场调查效率，缩短项目进程，保证调查质量。

（三）充分的后勤保障是项目成功的必要条件

由于条件受限，本次健康素养监测所使用调查设备（PAD）稍显不足，不能保证每个调查员人手一台调查设备，存在多人共用一台设备，登录一个账号与一位调查员姓名进行调查等现象，导致后台管理复核时与实际调查人员不符；现场调查中，由于人员较少，调查过程中出现调查员单独进行调查，协调员几家奔走等现象，为实际调查工作增加了难度，调查过程质量关不易控制，如自行调查完成后无合适的人员协助照相，出现自拍、等待协调员帮忙照相过程中问卷丢失再次重做等现象。

总的来讲，本次健康素养监测工作，既是了解我区居民健康素养水平的重要机遇，也是检验我区健康教育工作成效的重要途径。通过本次监测工作，大大提高了我区相关单位健康教育工作者的业务水平及业务素养，同时也在一定程度上反映出我区健康教育工作短板。在今后的工作中，要不断总结不断思考，寻求适合我区且真正能提高居民健康素养水平的健康教育工作新模式。

毕节市七星关区疾控中心

2024.12.18

**第二篇：2024磐安县居民健康素养监测报告**

2024磐安县居民健康素养监测报告

第一部分 背景

健康素养是指个体具有获取、理解和处理基本的健康信息和服务，并应用这些信息和服务做出正确判断和决定，维持和促进健康的能力。世界卫生组织指出，提高公众健康素养是公共卫生领域的当务之急，提升健康素养有助于减少健康不公平，降低社会成本。2024年，国家卫计委发布了新版《中国居民健康素养——基本知识与技能》，界定了现阶段我国居民应掌握的基本健康知识和基本技能。

为全面掌握我县居民健康知识和健康行为情况，科学评估与推进居民健康促进与教育工作，为制定公共卫生政策提供科学依据，完成健康浙江考核任务，根据《金华市全民健康素养提升工程实施方案（2024-2024年）的通知》（金卫〔2024〕52号）要求，结合我县实际开展了全县抽样调查，现将调查报告如下。

第二部分 监测方法与内容

一、目标

（一）进一步完善和加强县级公众健康素养监测指标体系及监测网络。

（二）为制定有针对性的干预措施提供依据，逐步提高我县居民健康素养水平，建立全县居民健康素养资料动态数据库。

（三）通过全县健康素养监测工作的开展，全面推动我县健康教育与促进工作，建立健全我县健康教育网络及能力

建设，提高我县健康教育与促进工作水平。

（四）掌握我县健康素养指标和数据，迎接健康磐安考核。

二、调查方法

（一）调查对象：本次监测的目标人群为我县非集体居住的15～69周岁具有中国国籍的常住人口，不包括集体居住于军事基地、医院、监狱、养老院、宿舍等地点的居民。

常住人口是指过去12个月内在当地居住时间累计超过6个月的居民，不考虑是否具有当地户籍。

（二）调查范围：磐安县安文街道、仁川镇、方前镇、冷水镇。

（三）监测方法:采用入户调查方式，问卷由调查对象自填完成，如调查对象不能独立完成填写，则采用面对面询问方式调查。

各监测点成立现场调查工作组，确定负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员，明确工作职责。通过收集抽样信息的过程与被调查对象建立联系，取得其同意和配合。准备调查所需用品，印刷调查方案和问卷，打印调查对象名单。

现场调查完成后，所有问卷交县疾控中心办公室，并由县疾控中心负责数据录入，总结分析报告撰写等后期工作。

（四）监测内容：调查问卷采用《浙江省居民健康素养和烟草使用监测调查问卷》，主要包括基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能3个方面。

三、数据处理及分析

（一）数据录入和整理

各监测点质控员首先对各监测点的调查质量进行质控，通过质控要求的问卷上交县疾控中心，县疾控中心质控员对调查问卷按10%比例进行抽样复核，复核后的问卷由疾控中心负责数据双录入。

按照有效问卷的确定标准（①调查对象基本信息中地区、性别、年龄、文化程度4个变量填写完整无缺失；②问卷主体部分填写完整率高于95%进行问卷整理。回收问卷641份，有效问卷640份，问卷有效率99.84%。

（二）数据分析

使用SPSS 21.0统计软件完成数据统计分析。1.分析内容

（1）居民健康素养总体结果以及不同特征人群间的差异。

（2）根据基本知识和健康理念、健康生活方式与行为及基本技能3个方面进行分析，了解各方面健康素养的比例及不同特征人群间的差异。

（3）针对我县的主要健康问题，为适应健康素养促进行动工作的需要，将健康素养按6类健康问题进行分类，具体为：科学健康观、传染病防治素养、慢性病防治素养、安全与急救素养、基本医疗素养和健康信息素养，分析我县居民6类与健康问题相关素养水平及其在不同特征人群间的差异。

2.健康素养标准界定

本次调查沿用我国科学素养调查百分数计算法，参照其他国家采用的判定标准（回答正确率达到75％），考虑到目前的测评内容基于我国发布的健康素养66条的要点，是现阶段我国城乡居民必须理解或掌握的、最基本的健康相关信息，因此将测评问题回答正确率达到80%作为具备健康素养 的标准，据此，正确回答80%及以上基本知识和理念、健康生活方式与行为或健康技能健康素养3个方面的调查内容者分别视为该调查对象具备这3个方面的健康素养。

同样，正确回答80%及以上科学健康观、传染病预防、慢性病预防、安全与急救、基本医疗或健康信息这6个健康问题所考察的题目者分别视为该调查对象具备这6个问题的健康素养。其中判断题与单选题答对计1分答错计0分。多选题答对计2分答错计0分，错选、少选、多选都判定该题回答错误。

四、质量控制

为保证本次健康素养调查顺利实施并保证调查质量，采取如下措施对调查的每个环节进行质量控制，确保调查质量。

1.采用浙江省统一问卷，有较好的信度和效度。2.严格按照方案确定的抽样方法，在县、乡(街道)、村(居委会)选择地点和目标公众，确保所有调查工作按照统一的方法进行。

3.全县居民健康素养监测培训采取两级培训的方式，即县级培训乡(街道)级人员，乡(街道)级培训相关调查人员，以统一调查方法和指标解释，保证调查工作的一致性。

4.调查员在完成调查后当场核对，看有无漏项、书写错误、逻辑错误，发现问题及时纠正，确定完成后将问卷及照片进行上传。

5.质控人员在当天对所有问卷进行核查，核对调查时间及问卷完成情况，将结果记录在质量控制检查结果记录表上。发现问题及时与调查点负责人及调查员交换意见并确定解决方法，发现漏、错项及时纠正，并签字。

6.县疾控中心对所有调查问卷抽取10%进行质量复核。7.问卷采用双录入形式进行录入和核对。

第三部分 结果

一、监测对象人口学特征

本次健康素养监测共调查15～69 岁常住人口640人 调查对象平均年龄50.80±10.84岁，主要集中在45岁~55岁年龄组（223人）。调查对象的文化程度初中比例最高，为33.8%；在职业方面，农民比例占72.2%。见下表1

二、磐安居民健康素养水平

2024年磐安居民健康素养水平为22.5%（表5）。性别：女性健康素养水平为22.78%，男性为22.18%，男性略低于女性。

年龄：25～岁组健康素养水平最高，为57.69%；其次为35～岁组，为34.3%，详见表1。

文化程度：文化程度越高，健康素养水平越高。初中及以下文化程度人群健康素养水平低于调查平均水平，高中及以上文化程度人群高于调查平均水平，详见表1。

职业：机关事业单位人员（包括公务员、教师、医务人员及其他事业单位人员等）健康素养水平最高，为52.9%；农民最低，为14.5%，远低于调查平均水平，详见表1。

表1 磐安居民健康素养水平分布情况

组别 性别

年龄组

分类 男性 女性 15～

人数N（构成比%）具备素养人数 健康素养水平

302（47.2%）338（52.8%）12（1.9）

3 22.18% 22.78% 25.00%

文化程度

职业

总计 25～ 35～ 45～ 55～ 65～69 不识字/少识字 小学 初中 高、中专

大专/本科及以上 机关事业单位人员 学生 农民

工人及企业人员 其他

26（4.1）120（16.9）223（34.8）188（29.4）83（13）65（10.2）211（33）216（33.8）96（15）52（8.1）51（8.0）2（0.3）462（72.2）79（12.3）46（7.2）

640 37 55 31 3 3 19 47 41 34 27 0 67 33 17 144

57.69% 34.3% 27.4% 16.5% 3.6% 4.6% 9.0% 21.8% 42.7% 65.4% 52.9% 0% 14.5% 41.8% 37.0% 22.5%

三、磐安居民三个方面健康素养水平

三个方面的健康素养水平分别：基本知识和理念素养水平为32.5%，健康生活方式与行为素养水平为28.6%，基本技能素养水平为26.7%，详见表2。

四、磐安居民六类健康问题健康素养水平

2024年磐安居民六类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养63.6%，科学健康观素养56.3%，健康信息素养35.0%，基本医疗素养28.1%，传染病防治素养23.1%，慢性病防治素养18.6%，详见表3。

表2 磐安居民健康知识、行为和技能素养水平（%）

组别

性别 男

基本知识和理念 人数N 99

构成比（%）

32.8%

健康方式与行为 人数N 81

构成比（%）

26.8%

基本技能 人数N 80

构成比（%）

26.5%

女 年龄 15～岁 25～岁 35～岁 45～岁 55～岁 65～69岁 文化程度

不识字/少识字 小学 初中 高、中专

大专/本科及以上 职业

机关事业单位人员 学生 农民

工人及企业人员 其他 总计 109 4 17 51 80 47 9 6 32 82 52 36 30 0 119 40 19 208 32.2%

33.3% 65.4% 47.2% 35.9% 25.0% 10.8%

9.2% 15.2% 38.0% 54.2% 69.2%

58.8% 0% 25.8% 50.6% 41.3% 32.5% 102 4 13 43 69 43 11 8 34 58 48 35 29 0 97 37 20 183 30.2%

33.3% 50.0% 39.8% 30.9% 22.9% 13.3%

12.3% 16.1% 26.9% 50.0% 67.3%

56.9% 0 21% 46.8% 43.8% 28.6% 91 7 16 38 65 39 6 7 32 64 32 36 30 1 82 37 21 171 26.9%

58.3% 61.5% 35.2% 29.1% 20.7% 7.2%

10.8% 15.2% 29.6% 33.3% 69.2%

58.8% 50.0% 17.7% 46.8% 45.7% 26.7%

表3

磐安居民六类健康问题素养水平（%）

组别

性别 男 女 年龄 15～岁 25～岁 35～岁 45～岁 55～岁 65～69岁 文化程度 不识字/少识字 小学 初中

高中/职高/中专 大专/本科 职业

机关事业单位人员 学生 农民

工人及企业人员 其他 总计 166 194 8 21 74 131 103 23 21 95 126 73 45 39 1 232 56 32 360 科学健康观 人数N

构成比（%）

55.0% 57.4% 66.7% 80.8% 68.5% 58.7% 54.8% 27.7% 32.3% 45.0% 58.3% 76.0% 86.5% 76.5% 50.0% 50.2% 70.9% 69.6% 56.3%

3 10 34 60 30 11 7 28 51 37 25 22 0 77 31 18 148

传染病防治 人数N

构成比（%）

22.5% 23.7% 25% 38.5% 31.5% 26.9% 16.0% 13.3% 10.8% 13.3% 23.6% 38.5% 48.1% 43.1% 0 16.7% 39.2% 39.1% 23.1%

3 12 28 40 27 9 2 28 41 27 21 19 0 70 20 10 119

慢性病防治 人数N

构成比（%）

15.9% 21.0% 25.0% 46.2% 25.9% 17.9% 14.4% 10.8% 3.1% 13.3% 19.0% 28.1% 40.4% 37.3% 0 15.2% 25.3% 21.7% 18.6%

201 206 10 22 82 147 114 32 26 155 146 77 43 38 1 268 63 37 407

安全与急救 人数N

构成比（%）

66.6% 60.9% 83.3% 84.6% 75.9% 65.9% 60.6% 38.6% 40.0% 54.5% 67.6% 80.2% 82.7% 74.5% 50.0% 58.0% 79.7% 80.4% 63.6

4 15 41 64 45 11 8 35 60 45 32 26 0 104 30 20 180

基本医疗 人数N

构成比（%）

28.1% 28.1% 33.3% 57.7% 38.0% 28.7% 23.9% 13.3% 12.3% 16.6% 27.8% 46.9% 61.5% 51.0% 0 22.5% 38.0% 43.5% 28.1%

7 20 51 83 51 12 11 46 75 48 44 34 2 126 37 25 224

健康信息 人数N

构成比（%）

34.4% 35.5% 58.3% 76.9% 47.2% 37.2% 27.1% 14.5% 16.9% 21.8% 34.7% 50.0% 84.6% 66.7% 100.0% 27.3% 46.8% 54.3% 35.0%

第四部分 结论

（一）我县居民健康素养水平仍有待提高，不同人群的健康素养水平存在较大差异。

2024年磐安县居民健康素养监测结果显示，我县居民健康素养水平为22.5，意味着每100个15～69岁的人群中，只有22.5个人具备了基本的健康素养，了解基本健康知识和理念、掌握健康生活方式和行为内容并具备基本的健康技能。2024年，金华市居民健康素养监测结果显示，全市居民健康素养水平为23.2，此次监测结果与2024年全市的监测结果相比略低，我县居民健康素养水平处在较低水平，亟待提高。

从年龄、文化和职业特征来看，2024年的结果显示25～34岁年龄段的居民健康素养水平最高，超过35岁健康素养水平随年龄增长而降低；居民文化程度越高健康素养水平越高；机关事业单位人员健康素养水平显著高于其他职业人群，农民健康素养水平最低，这与中国居民科学素养调查显示的科学素养水平的高低与文化程度和受教育水平的关系基本一致，提高全民受教育水平，是提高健康素养的前提条件。

（二）居民对于健康知识和理念的掌握相对容易，但养成健康行为和掌握健康技能难度较大。

从健康素养的三个方面来看，基本知识和理念素养水平为32.5%，健康生活方式与行为素养水平为28.6%，基本技能素养水平为26.7%。监测结果呈现出知识水平高于技能，技能高于行为的特点，具备卫生知识与个人行为形成之间存在相当大的差异。居民对于健康知识与理念的知晓相对较为容易，但养成健康生活方式与行为较难。符合健康教育理论

对“知识、行为和技能”关系的阐述。

监测结果表明磐安县居民的基本知识与理念素养相对较高，但健康知识尚不能有效转化为健康行为。不论是个体还是群体，行为养成需要有环境支持，需要有良好的社会氛围和健康公共政策，需要全社会共同努力。提示在今后的健康教育和健康促进工作应该更加注重行为的改变，不断探索促成健康行为和健康生活方式养成的方法和技术。

（三）安全与急救素养水平相对较高，但基本医疗和慢性病防治素养有待提高。

从科学健康观、传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗、健康信息等六类健康问题素养水平来看，2024年磐安县居民安全与急救素养和科学健康观素养相对较高，分别为63.6%和56.3%；健康信息素养和基本医疗素养次之，分别为35.0%和28.1%；慢性病防治素养和传染病防治素养最低，其中慢病防治素养水平仅为18.6%。

安全与急救素养水平的提高，表明近年来我县政府不断加大对突发公共卫生事件应急处置工作的力度，广泛传播安全急救知识和技能，使群众的安全急救意识不断提高，更加注重相关知识的获取和利用，对于提升全民的安全与急救健康素养起到了重要的推动作用。

传染病病种较多，且其传播途径多样，公众需要了解和掌握的信息、防护技能以及需建立的健康行为多且杂，高年龄段居民接受能力以及信息接收途径有限，对传染病防治缺乏了解。而乡镇卫生院进行健康教育时，无法面面俱到，将每种传染病都进行讲解，导致磐安县传染病防治素养较低。居住地、文化程度、年龄、职业也是传染病防治素养水平的重要影响因素，因此加强学校教育，将传染病防治作为中小

学校健康教育课的重要内容是提高公众传染病防治素养水平的关键。同时，针对高年龄组人群，特别是60岁以上的老年人群中宣传传染病防治知识、进行健康干预，从而提高传染病防治索养水平，对于提升老年人的晚年生活质量具有重要意义。

近年来，我县在慢性病防治方面开展了大量的工作。省慢性病防治示范区创建、社区高血压和2型糖尿病患者健康管理等服务的开展，对于提高城乡居民慢性病防治素养的提升起到了巨大的推动作用。但是，也应该清醒的认识到，目前我县城乡居民的慢性病防治素养水平仍然较低、慢性病患病率持续升高的趋势没有改变。高血压、糖尿病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病已成为影响磐安县居民健康的主要问题，超重、肥胖、膳食结构不合理、吸烟、饮酒、体力活动不足、健康指标知晓率低等因素是引起居民慢性病发生的重要危险因素。结合健康生活方式与行为素养水平、基本技能素养水平偏低的现状，慢性病防控工作应大力倡导健康生活方式，控制慢性病危险因素。

基本医疗素养水平不高，提示群众对医改相关政策、寻医问药途径、科学就医和合理用药等方面的了解和利用亟待加强。

第五部分 工作建议

（一）大力开展全民健康素养促进行动。

倡导树立“健康教育先行”理念，整合卫生计生内部健康教育资源，充分利用传统媒体和新媒体平台，引导城乡居民树立科学健康观，营造全社会关注健康的氛围，着力打造健

康文化。加大经费投入，建立健全健康教育体系，全面加强健康教育与健康促进工作力度。大力开展全民健康素养促进行动，营造全社会关注健康的氛围，提高城乡居民健康意识，使城乡居民逐步养成健康的生活方式和行为，稳步提升健康素养水平。

(二）加强重点地区、重点人群、重点领域健康促进与教育工作。

进一步加强对农村地区的健康素养干预工作。将老年人、农民和青少年等重点人群的健康教育工作纳入工作重点，通过多部门配合，共同规范对包括老年人在内的健康教育工作，针对老年人理解与记忆力差、信息接受渠道少、文化程度低等特点，不断研究适合老年人的健康教育方式方法，开发具有针对性的健康椽笔材料和工具，有效提升其健康知识水平、健康相关技能水平，改变不良生活行为。大力加强科学就医、合理用药和疾病防治等重点领域健康教育工作。努力提高群众健康技能水平，加大包括急救自救互救、健康信息应用等技能普及力度。

（三）是加强与教育部门的协作，做好学校健康教育工作。

深入开展健康促进学校创建工作，促进儿童青少年从小树立健康观念，养成健康生活习惯。推动将健康教育纳入国民教育体系，把健康教育作为所有教育阶段素质教育的重要内容，构建相关学科教学与教育活动相结合、课堂教育与课外实践相结合、经常性宣传教育与集中式宣传教育相结合的健康教育模式。

（四）积极探索提高居民健康行为和健康素养的新思路和新方法

针对当前居民缺乏的慢性病防治知识和基本医疗知识，制定科学、可行及有效的传播策略，充分利用电视、广播、微信、互联网等群众喜闻乐见的大众媒体传播形式，广泛开展以提高全民健康素养为目的的健康传播活动。要针对我县的实际情况，对居民聚集地开展有针对性的健康教育和宣传工作，采取广播、电视、宣传栏、传单折页以及一些互动形式，拓宽农民信息渠道，扩大他们的健康信息量，帮助农民掌握相关的医改政策，增加科学就医和合理用药的常识，促进他们掌握健康知识，树立健康意识，提高健康素养。

（五）不断提高健康素养监测工作水平。

进一步建立健全健康素养监测工作机制，保障经费投入。提高健康教育专业人员监测能力，确保监测质量和连续性，开展应用性研究，为政府科学决策提供依据。加强重点人群、重点疾病和重点健康问题的专项健康素养监测，完善健康素养监测基础数据。熟练掌握健康素养监测技术，使监测工作常态化、制度化。健康素养监测部门要认真总结、研究监测工作中出现的问题，进一步优化监测方案，不断提高健康素养监测工作水平。

磐安县疾病预防控制中心

2024年12月29日

**第三篇：健康素养监测方案**

\*\*市建国路街道居民健康素养监测方案

一、背景

健康素养是健康素质的重要组成部分，指的是个人获取和理解基本健康信息和服务，并运用这些信息和服务做出正确决策，以维护和自身健康的能力。加强健康教育，提升健康素养，是提高我国居民健康素质和健康水平的重要途径，是落实科学发展观、全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的重要任务。

国务院2024年7月下发的《国家基本公共卫生服务体系“十二五”规划》已将健康素养水平作为“十二五”时期医疗卫生服务国家基本标准之一。通过开展健康素养监测，能够全面了解我办事处居民健康素养的状况和变化趋势，为卫生行政部门制定相关政策和有针对性地开展综合干预提供科学依据。

二、监测方法

（一）监测对象

15——69岁的城乡常住人口。

（二）监测范围

小三四工二村、八工一村共2个村中开展。

（三）抽样方法

每个村抽取70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，实际完成60份调查问卷。两个村共计完成120份调查问卷。

（四）监测内容

采用问卷调查的方式了解监测对象的健康素养水平，主要内容包括基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能3个方面。

（五）现场调查及质量控制

1、采用入户调查方式

问卷由调查对象自填完成，如调查对象不能独立完成填写，则采用面对面询问方式调查。各监测点成立现场调查工作组，确定负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员，明确工作职责。

2、质量控制

各包点的健康教育专业人员负责培训各自监测点的工作人员。调查员不能使用诱导性或暗示性语言，如遇被调查人文化水平较低或存在语言障碍时，可作适当解释，但解释要忠于原意。调查员要当场核对问卷，质控人员对当天所有问卷进行复核，并填写质控记录。

三、进度安排

2024年9月24日前上报两个村村委会名单和每个村的总户数及每户户主名单，上报\*\*市疾控中心健康教育科。

2024年10月19日参加\*\*市的培训工作。

2024年10月22日前完成对两个村健康教育专业技术人员的培训。

2024年10月27日前完成两个村120户家庭成员登记表，并上报\*\*市疾控中心健康教育科。

2024年11月10日前召开两个村的动员及培训会

2024年11月30日前完成入户现场调查工作，期间爱卫办将对各监测点调查工作进行督导，并抽取5%的问卷进行复核调查。

2024年12月10日前将调查问卷、调查报告等资料上报到\*\*市疾控中心健康教育科。

四、专业技术指导人员联系方式

\*\*市建国路街道社区卫生服务中心

联系人：蔡玉萍（负责协调工作）13579\*\*\*374

金楠（负责小三四工二村监测点）136899\*\*\*31

王倩（负责八工一村监测点）135796\*\*\*74

\*\*市疾病预防控制中心

二0一\*年十一月十二日

**第四篇：2024淮北市居民健康素养监测项目工作总结**

2024淮北市居民健康素养监测项目

工作总结

一、项目区背景

相山区是安徽省淮北市主城区，是淮北市政治、经济、文化的中心。相山区辖渠沟镇和相山东、相山西、东山、三堤口、相南、刘桥、人民路、任圩、南黎、曲阳十个街道办事处，23个行政村、55个城市社区居委会，总面积100平方公里，人口50万，是全国社区建设示范城区，全国文明卫生城市，是国家级园林城市，目前已被列为全国14个文明城市先进单位之列，正在争创全国文明城市。

相山南襟江淮，北望黄河，居苏豫皖三省之要冲，卧淮海经济区之腹心。交通便利，铁路北接陇海线、东连京沪线，西入京九线；内河航运可直达上海港；距徐州国际机场50公里；连云港至霍尔果斯、合肥至徐州的高速公路穿境而过。现已形成了以公路、铁路、内河航运为主体的交通运输网络。邮政通讯已进入全国百强，为全国重点通讯枢纽之一。随着京沪高铁的开通运营，相山已融入到北京2个半小时、到上海2个小时的便捷交通圈。

近年来，全区上下以科学发展观为统领，坚持率先发展、特色发展、和谐发展，切实保障和改善民生，加快工业化、信息化、城镇化和农业现代化，经济社会保持了良好的发展态势。2024年完成地区生产总值90.8亿元，增长18.1%，城镇居民可支配收入、农民人均纯收入达到20360元和7807元，分别增长13.9%和15.7%；“三个全市领先”，实现工业总产值133.47亿元，增长33%，增速全市第一；社会消费品零售总额实现91.9亿元，位居全市第一；企业户均工业增加值0.59亿元，位居全市第一；“四个总量跨越”，即财政总收入达到10.8亿元，增幅22.4%；规模以上工业增加值30.4亿元，增幅29.1%；引进内资126.3亿元，增幅109.8%；全社会固定资产投资97.2亿元，增幅33.8%；“五个持续放大”，即节能减排、惠民效应、平安建设、社区文化、文明创建成效持续放大。

相山区以提高人民群众健康素质为目标，卫生事业有了新进展。依法开展传染病防治工作，传染病发病率控制在国家规定指标内，对艾滋病人“四免一关怀”政策得到落实；深入开展食品卫生专项整治，打造“食品放心”工程。

截止2024年，相山区下设11个社区卫生服务中心，74个社区卫生服务站，1个乡镇卫生院，17个村卫生室，2个区政府管辖相城医院和区精神病医院，120个个体诊所，共有1700多名卫生专业技术人员。

二、项目点基本情况

2024年中央补助地方健康素养促进项目继续在安徽省开展居民健康素养监测项目，根据《2024年安徽居民健康素养监测项目工作方案》确定淮北市相山区相南街道、西街道和任圩街道为城市监测点。三个街道办事处总面积49平方公里，共辖30个居委会，家庭户总数58978户，总人口数156368人，其中相南街道辖11个居委会，家庭户总数30059户，总人口数74699人；西街道辖11个居委会，家庭户总数23936户，总人口数64921人；任圩街道辖8个居委会，家庭户总数4983户，总人口数16748人。

三、项目开展情况

1、领导重视，健全组织，明确工作职责分工。为进一步执行《安徽省2024年中央补助健康素养促进行动项目方案》，做好监测现场调查工作，市卫生局完善了淮北市健康素养促进行动项目领导小组和技术指导小组，成立淮北市居民健康素养监测工作组，包括负责人、协调员、调查员、质控员及数据管理员。同时，进一步明确工作组人员职责分工。工作组制定现场调查工作方案，全面负责6个现场调查点（居委会、家庭户）信息上报、绘图、列表；根据省级抽样（家庭户）和分配KISH表代码，确定家庭成员中调查对象；组织开展现场调查，进行调查质量控制、收集、审核上报监测数据。

2、加强培训，统一考核，确保调查工作一致。（1）接受省级培训。2024年9月16-18日按照国家级培训要求，我市派员参加在合肥举办的安徽省中央补助地方健康素养促进行动项目和健康中国行总结启动会暨培训班，培训内容包括抽样方法、调查问卷、质量控制等。

（2）监测现场调查员培训。为了认真实施《2024年安徽居民健康素养监测项目工作方案》，提高我市监测点调查组工作人员专业素质，确保调查工作一致性，2024年9月10日市健康教育所在市公共卫生大厦九楼会议室举办了为期一天的居民健康素养现场调查员培训班，来自相山区相南、任圩和西街道社区卫生服务中心及所辖7个社区卫生服务站的18名调查员参加培训。培训班采取讲授与实践相结合的方式，现场模拟入户调查，介绍了2024年淮北市居民健康素养监测项目工作方案、健康素养监测抽样及现场调查方法、健康素养监测问卷使用、入户调查表录入及问卷录入软件操作和质量控制等内容，重点强调了调查员、质控员和数据管理员工作职责。培训结束后，经测试合格率100%，培训班取得预期效果。

（3）监测质量控制培训班。为了做好2024年居民健康素养监测工作，市健康教育所成立了监测工作组，制定监测实施方案。按照《方案》要求于2024年10月21日举办了公民健康素养监测质控培训班，来自相南、任圩和西街道社区卫生服务中心和所辖6个社区卫生服务站15名调查员、质控员和数据管理员参加培训班。培训班重点讲述了全国居民健康素养监测项目现场调查抽样方法、调查问卷、答题卡填写和调查前、调查阶段、数据管理分析阶段质量控制等，进一步明确了协调员、调查员、质控员和数据管理人员职责分工，确保监测科学有效。培训结束后，使用统一测试问卷对调查工作人员进行考核，考核及格率100%，平均98分以上，达到合格标准，完成培训目标任务。

3、上下联动，绘图列表，扎实做好监测抽样工作。2024年8月淮北市居民健康素养监测工作组认真收集相山区监测点居委会信息上报省健康教育所，省级进行抽样，每个街道抽2个居委会，确定相南街道城里、启明两居委会，西街道体育、建安两居委会，任圩街道李桥、陈庄（光明）两居委会，共计6个居委会。2024年9月6个居委会所属社区卫生服务站工作人员与居委会同志热情沟通、精诚合作，在其提供基础资料的前提下，深入楼栋家庭户进行摸底登记。调查员根据片区划分图中明确地域界限，绘制居委会详细地图。地图包括标注片区编号信息、方向信息（上北下南，左西右东），调查区域分界线、内部的街道、主要地标、建筑、调查行动路线“S”出发点等。对多户型住宅标注用“口”，内容包括建筑物编号、楼栋名称、几单元几层几户；对单户型（平房）住户用“X”标注，内容包括单户型住户的编号、几排几栋几户。绘图和列表工作同时进行，根据地图制作居委会家庭户完整列表，填写《家庭户登记表》。2024年9月25日市健康教育所将6个调查点绘图和列表汇总上报省健康教育所。由于体育、建安、城里居委会家庭户总数在1500户以上，淮北市工作组在基础地图上将居委会划分户数相等的2个片区上报省健康教育所，省再次进行抽取一个调查片区，分别是体育居委会东片区、建安居委会西片区和城里居委会西片区。省健康教育所使用简单随机抽样法在每个抽中的居委会内随机抽取60个家庭户。我市根据抽中的家庭户，组织调查员深入家庭户内，收集家庭成员信息，按照省提供的KISH表方法随机抽取15-69岁常住人口1人开展调查，每个居委会要求完成45人，我市监测点要完成270人调查任务。

4、深入基层，周密安排，确保现场调查科学有效。（1）签协议书，明确分工，充分做好调查前准备工作。2024年9月10日市健康教育所与6家调查点社区卫生服务站负责人签订了淮北市公民健康素养监测协议书，制定工作计划、目标任务和时间进度；落实调查员、质控员和数据管理员，并进行任务分工。各调查点社区卫生服务站充分得到居委会工作人员支持，提前做好家庭户预约调查工作；同时认真落实现场调查所需的工作证、调查地图、家庭户名单、KISH表、调查问卷、《调查完成情况登记表》、照相机、万年历等。

（2）入户调查，严把质量，确保调查问卷真实有效。6个调查工作组（包括调查员、质控员和数据管理员）在协调员（居委会工作人员）带领下，按照地图、《家庭户登记表》和《家庭户抽样结果及ＫＩＳＨ表分配表》，进行入户调查。根据调查流程图要求，调查工作组入户，说明来意，获得知情同意，填写调查问卷，及时解答调查对象提出的疑问，进行适当解释，严防干扰判断。对不能独立完成填写的，采取面对面询问方式调查，注意选择不受干扰的环境，提问不能引导。调查结束，调查员当场核对问卷，检查是否有错项、漏项和填写错误，发现及时补充和订正，签署调查员姓名和日期，填写《调查完成情况登记表》。调查过程中，各调查点工作人员做到着装整齐，举止礼貌，言谈坦诚，认真倾听，耐心解答，不弄虚作假。调查时间从2024年10月22日开始，11月14日结束，最短4天，最长23天，平均11天。调查入户最少1次完成，最多3次完成；对3次以上的实行换户重新调查。淮北市相山区监测点3个街道6个居委会实际调查270户，完成全国居民健康素养监测现场调查问卷270份。2024年11月13日省健康教育专家组一行3人对我市2024年居民健康素养监测项目进行督导和复核。专家组首先听取了我市居民健康素养项目完成情况，查看项目工作资料，并深入相山区任圩街道陈庄光明社区和相南街道城里社区，实地查看10户居民，复核居民健康素养监测调查问卷真实情况，结果符合率100%，对我市监测工作给予高度评价。2024年11月17-18日淮北市居民健康素养监测专家组对我市启明、建安、体育、李桥4个调查点20户居民进行复核，结果调查工作质量合格。2024年11月21日，淮北市召开居民健康素养监测工作评估交流会，集中对6个调查点270份调查问卷、答题卡和《调查完成情况登记表》进行交叉审核，现场评估。交流会上各调查点工作人员畅谈工作经验，同时针对调查过程中发现的问题进行分析研究，提出针对性改进措施，取得较好效果。

四、项目中感人事件和典型案例

**第五篇：县居民健康素养监测工作方案**

XX县2024年居民健康素养监测工作方案 为贯彻落实《“健康中国2024”规划纲要》、《健康中国行动（2024-2024年）》、《关于加强健康促进与教育的指导意见》（国卫宣传发〔2024〕62号）、《贫困地区健康促进三年攻坚行动方案》（国卫办宣传函〔2024〕907号）精神，持续掌握我县居民健康素养水平和变化趋势，大力推进我县健康教育与健康促进工作，普及健康生活方式，不断提高我县居民健康素养水平，为建设健康XX奠定坚实基础，制定本工作方案。

一、目标 （一）了解我县居民健康素养水平和变化趋势；

（二）分析我县城乡居民健康素养影响因素，确定优先工作领域；

（三）评价健康相关政策的效果；

（四）提升健康教育专业人员的能力和水平；

（五）为制定健康相关政策提供科学依据。

二、监测方法 （一）监测对象 本次监测的目标人群为非集体居住的15～69岁常住人口，不包括集体居住于军事基地、医院、监狱、养老院、宿舍等地点的居民。

常住人口是指过去12个月内在当地居住时间累计超过6个月的居民，不考虑是否具有当地户籍。

（二）监测范围 XX镇、XX镇、XX镇（三）抽样原则 1.考虑监测点和监测样本具有省、市代表性。

2.考虑可行性及经济有效性，采用分层多阶段、PPS、整群抽样相结合的方法。

3.考虑健康素养水平在家庭户中的聚集性，1个家庭户只调查1名符合条件的家庭成员。

（四）抽样方法 1.样本分配 每个乡镇抽取两个村（居）委会调查点，每个村（居）委会调查点抽取40-60个家庭户，完成40份有效调查问卷，全县共完成240份。

2.抽样步骤 第一阶段抽样：全县抽中的XX镇、XX镇、XX镇参与监测。使用PPS法在每个县内随机抽取m个乡镇（街道），n由各市的区县数量等相关因素确定，抽样本底数据主要依据2024年第六次人口普查数据。

第二阶段抽样：县级收集每个抽中的乡镇（街道）辖区内村（居委会）名称及家庭户总数信息表，上报至市级健康教育专业机构，市级利用PPS法抽社区。抽取村（居委会）之前，县级需要将家庭户数在750户以下的村（居委会）与相邻的村（居委会）进行合并，直到所有抽样单位家庭户总数均在750-1500户之间。

如果乡镇（街道）所辖村（居委会）人口规模较小，4-5个村（居委会）合并仍达不到750户的，可将抽样单位户数降低至500户左右。如果仍不能达到500户左右，请与县健教中心联系，根据具体情况确定合并方案。

如果乡镇（街道）所辖部分村（居委会）常住人口较多（超过1500户），则需要在下一步绘图列表前进行分片，使分片后各片区家庭户数在750-1500户之间。

第三阶段抽样：监测点对抽中的居委会（村）进行绘图列表，并将地图和家庭户信息（家庭户列表）上报至县健教中心，县级上报至市级汇总后在每个居委会（村）内随机抽取60个家庭户。

第四阶段抽样：调查员在每个抽中的家庭户内，收集家庭成员信息，并填写《家庭成员登记表》（在平板电脑上完成）。按照KISH表方法随机抽取15～69岁常住人口1人开展调查，直到该居委会（村）在抽取的家庭户中完成规定数量（详细步骤见表1）的调查为止。如在抽取的家庭户内无法完成规定数量的调查，则应与上级项目执行机构沟通，视情况增加抽样量或重新调查，直到完成规定的数量为止。

表1 监测抽样步骤 抽样阶段 样本分配 抽样方法 第一阶段 每个区县抽取m个街道/乡镇 PPS法 第二阶段 每个街道/乡镇抽取n个个居委会/村 PPS法 第三阶段 每个居委会或村抽取60个家庭户 简单随机抽样 第四阶段 每个家庭户随机抽取1人调查，每个居委会（村）内完成规定数量的调查 KISH表法 注：m、n在附表1中详细说明，抽取的街道（标注国家点、市点）详见附表2.（五）监测内容 采用问卷调查的方式了解监测对象的健康素养水平，主要内容包括基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能3个方面。

（六）现场调查 通过绘图列表收集家庭户信息。抽样后入户调查，使用kish法调查对象，取得其同意后，利用平板电脑进行调查。完成后填写现场情况登记表。每天上传问卷到远程问卷存储服务器。

三、组织实施 （一）成立XX县健康素养监测工作领导小组。

组 长：XX 县卫健委党委书记、主任 副组长：XX 县卫健委党委成员、副主任 成 员：XX 县卫健委基卫股股长（协调员）XX 县卫健委基卫股副股长（质控员）XX镇、XX镇、XX镇卫生院调查员各两名 组长：负责全面统筹健康素养监测的工作，研究解决项目中出现问题。

副组长：按方案要求抽调监测人员，保证抽调人员有充足时间参加监测工作；

规划、落实项目经费的使用；

取得监测街道乡镇政府及村居委会的合作支持，为监测提供基础资料、安排现场带路人员。

协调员：具体落实组长、副组长安排的工作，组织实施整个监测工作，包括采购健康教育传播材料、调查平板电脑和电子问卷，组织现场培训、现场指导和督导。

质控员：负责调查员的现场培训技术工作，承上启下控制监测技术质量，指导调查员调查，技术审核调查质量，汇总和审核有关监测资料并上报。

调查员：绘图列表收集家庭户信息，入户调查监测对象的健康素养水平情况。

四、质量控制 （一）调查前质量控制。现场调查要严格遵循指定的抽样方法完成逐级抽样，直至抽取调查对象。

（二）调查阶段质量控制。各监测点要严格按照监测实施方案开展现场调查。充分取得当地村（居）委会、调查对象的配合。使用统一的调查问卷进行调查。原则上由调查对象根据自己的理解作答，自行完成调查问卷，调查员不做任何解释。调查对象如有读、写等困难，不能独立完成调查问卷者，则由调查员来询问，根据调查对象的回答情况，调查员帮助填写选项。调查员不能使用诱导性或暗示性语言，如遇被调查人文化水平较低或存在语言障碍时，可作适当解释，但解释要忠于原意。调查员要当场核对问卷，质控人员对当天所有问卷进行复核，并填写质控记录登记表。

市健教中心将对辖区内所有监测点进行督导，在监测点完成现场调查后，对监测点的问卷进行检查，并对每个监测点开展现场复核或电话复核，填写提交健康素养监测复核表。复核方法为：每个监测点抽取至少15份调查问卷，采用《复核调查表》以现场复核和（或）电话复核的方式进行复核调查。监测点不合格问卷达到3份以及以上，则视为该监测点现场调查工作不合格，必须重新进行调查。

五、人员培训 各级参加监测的调查员、质控员、协调员、负责人均需参加培训，培训合格人员颁发调查员证。培训合格人员才能参与调查。市级、县级质控员，协调员和负责人参加省级培训。县级调查员由市健康教育中心负责培训，调查员的绘图列表和入户调查的现场培训由省级培训合格的县级质控员负责。

六、督导 县级监测工作组在调查过程中对所有监测点现场督导。县级监测工作组现场督导复核问卷或电话复核问卷，根据复核情况填写问卷基本情况复核表，复核一致率低于80%，则监测点需重调查；

抽取20%现场调查录音进行听取，若发现问题，则监测点需重新调查。

七、监测经费 监测点的经费在基本公共卫生经费中统筹解决，县级监测经费预算按每完成1份调查问卷180元计。所有县级质控员和协调员使用的平板电脑以及市监测点的调查员使用的平板电脑由县级负责购置。调查现场绘图列表和入户调查工作日差旅费，应按照XX省财政厅颁发的最新差旅费标准计算差旅费，用以补助误餐费和交通费。

各监测点承担的监测经费主要用于购买赠送调查对象的健康教育传播材料，支付项目相关执行人员培训费、会务费、差旅费（含交通费（租车或油费补助）和误餐费），支付带路人员劳务费等。少量用于资料打印复制、通讯等办公费。赠送调查对象的健康教育传播材料一般预算以10-20元为佳。带路人员劳务费每人每天50元，一村（居委会）1人。监测经费应于数据提交后1个月内基本完成使用，结余监测经费需留存于监测点卫健委，用于下一的监测工作。

市健教中心负责购买网络服务器及数据存储管理费。八、八、进度安排 2024年6月：启动监测前期准备工作。

2024年6月：开展相关培训，完成绘图列表。

2024年6-8月：完成家庭户抽取，开展现场调查 2024年9-10月：完成数据核查、清洗以及数据分析。

2024年11月：撰写居民健康素养监测报告。

九、联系方式 联系人：XX XX 电 话：XXXXX 邮 箱：XX@XX.com 附表：1.XX县2024年健康素养水平调查乡镇/街道数量及　 2024年底前需完成数量 　2.XX省居民健康素养监测工作综合评价标准 　3.绘图及列表方法 　4.KISH表 附表1 XX县2024年健康素养水平调查乡镇/街道 及2024年底前需完成数量一览表 县（市、区）县级代码 调查乡镇/街道 乡级代码 抽样的类别 已完成的监测数量 2024年底需完成的监测数量 XX县 202 XX镇 01 2024年市点 0　 80 XX县 202 XX镇 02 2024年市点 0　 80 XX县 202 XX镇 03 2024年市点 0　 80 合计 2024年市点 0 240 附件2 XX省居民健康素养监测工作综合评价标准 序号 指标名称 指标要求 分值 评估方法 评分标准 1 健康素养监测工作计划或工作方案或技术方案 监测点撰写一份工作计划或工作方案或技术方案。方案要素为选定各分工合适人员、安排经费并合理使用、确定镇村联系人和带路人 15分 市级汇总辖区内监测点的工作计划或工作方案或技术方案后报送省级，省级进行现场指导时也将核对。

监测点撰写工作计划或工作方案或技术方案，要素齐全得15分。经费不能按要求统筹的扣10分。方案要素不全、经费不按要求使用的酌情扣分。健康素养监测技术培训 监测点对抽中的街道/乡镇开展技术培训。开展2次现场培训 15分 市级汇总辖区内监测点培训过程性资料（照片、课件、文件等）后报送省级。

监测点进行全员技术培训，并有培训过程性资料，得15分。人员不齐、资料不全酌情扣分。少1次现场培训扣2分。未参加省、市培训的调查员加入调查的，每加1人扣1分。质控员不能自始至终参加调查的扣3分。负责人、协调员、质控员为上一工作人员的，各加1分。健康素养监测列表、现场调查和数据上传 监测点列表、现场调查和数据上传等按省级方案时间进度要求进行 20分 监测点根据方案内时间安排进行列表、现场调查并上传PAD调查数据，市级汇总辖区内监测点工作进度后向省级报送，省级监测项目组进行现场督导。

监测点进行现场走访列表（5分）、现场调查（10分）、数据上传（5分）均按方案要求时限，得20分。健康素养监测问卷质量 调查录音听取和问卷复核合格 20分 省级和市级监测工作组现场督导复核问卷或电话复核问卷，根据复核情况填写问卷基本情况复核表，复核一致率低于80%，则监测点需重调查；

省级和市级监测工作组抽取5%现场调查录音进行听取，出现问题，则监测点需重调查。

根据问卷复核情况进行计分，复核一致率高于80%（10分），抽取录音无问题（10分）得20分。监测点若有重新调查现象，则该项不得分。健康素养监测数据质量 监测点数据质量符合要求 20分 省级根据监测点上传数据进行质控，重点核查监测点编码、性别、年龄、15-69周岁家庭人口数有无缺失、错填、出现异常值，题目答案有无缺失和逻辑错误。

调查对象全部选择正确，数据无差错（10分），因家庭问卷录错导致的问卷重置次数小于5次（10分），得20分。若发现数据造假，则该项不得分。健康素养监测报告 监测点根据辖区内的监测数据进行分析，撰写技术报告 10分 技术报告要素齐全（包括完成情况、健康素养的性别年龄分布等等），及时报送。

要素不全酌情扣分；

报送不及时扣5分。

合计 100分 附件3：

绘图及列表方法 一、概述 任何一项调查都要按照标准程序进行。在本次调查中，要求由经过培训的调查员对选中的居委会（村）或其中的1个片区进行绘图和列表，目的是获取该居委会（村）或片区内完整的家庭户列表，以进行下一步的家庭户随机抽样。

绘图和列表是保证调查准确性的关键步骤。如果绘图和列表的信息不准确，则最终样本的代表性就会受到严重影响，进而影响调查结果的准确性。要想获得15~69岁人口的代表性样本，就必须保证住在抽样区域内的所有符合条件的人都有机会被选中。因此，获得调查区域内完整的家庭户列表非常重要。

本次调查的绘图和列表工作要求调查员访问调查区域，绘制地图以记录区域内所有的家庭户。调查时要求两名调查员组成1个小组，在居委会（村）工作人员的配合下，由1名调查员进行绘图，另1名进行列表，两人配合进行。协调员与质控员须参与每个居委会（村）第一天的绘图列表工作。协调员负责联络安排居委会（村）带路工作人员。

负责绘图和列表的调查员主要职责如下：

（1）定位调查区域并规划最佳线路；

（2）确定每个调查区域的确切界限；

（3）绘图并编码调查区域内的建筑；

（4）在地图上标识作为分界标志的建筑；

（5）列表记录每个建筑的地址和情况。

二、定位调查区域 基础地图和片区划分图将有助于准确定位调查区域。

（一）基础地图 监测点协调员负责寻找居委会（村）的基础地图。基础地图应包含居委会（村）内主要街道、重要的建筑物等地标。居委会（村）可能已经有辖区的基础地图，协调员也可以从网络下载（如百度地图）或从书店购买相关地图。调查员在调查开始前应仔细研究基础地图，认识调查区域确切的分界线，为绘图及列表做准备。准备工作越充分，整个绘图工作的质量就会越好。

例如章贡区抽中东外街道的几个居委会，可以先找一个有明确界限的宣武区地图作为本次绘图工作的基础地图（如例1）。在此基础上，调查员应与社区工作人员一起，在地图上明确标记出抽中居委会的地域界限。

例1.基础地图示例（二）片区划分图 按照抽样设计的要求，首先需要根据家庭户数对选中的居委会（村）进行分类。对于家庭户数在750~1499之间的居委会，调查员应直接绘制整个居委会的地图并制作家庭户列表；

对于家庭户数在1500及以上的，需先将该居委会进一步划分为几个片区，每个片区的家庭户数大致相等（1000户左右，填写附表3）。监测点项目执行机构将片区划分图与附表3一起上报市健教中心，由市健教中心以简单随机抽样法抽取一个片区并返回给监测点项目执行机构，由调查员绘制该片区内的详细地图。

绘制片区划分图应参考基础地图，在明确被抽中居委会具体地域界定后，根据家庭户分布情况，将该居委会进一步划分为包含1000户左右的区段，明确该区段的地域界定标志。

三、绘制调查区域详细地图 县级项目执行机构得到片区抽样结果后，调查员应根据片区划分图中明确的地域界限，为选定的调查区域绘制一份详尽的地图。在开始绘图前，调查员先要将片区编号信息标注在地图上（参见例8），并标注方向信息（按上北下南，左西右东标注，见例8）。然后，调查员绘制调查区域的分界线、内部的街道、主要地标、建筑等。此地图会帮助调查员定位调查家庭，同时也方便质量控制。

定位好了调查区域的地理位置和确切的分界线后，调查员应确定最有效和完善的行动路线。行动路线必须覆盖调查区域内的每个街道、每条路，且中间不可间断以防遗漏（这称为不间断行动路线）。直街道组成的区域内，行动路线相对简单。然而，对于许多盘龙错节的区段，行动路线较为复杂。调查员应事先参考地图，初步确定整个调查区域的最佳不间断行动路线。在正式绘图和列表之前，最好先熟悉一下调查区域。

（一）不间断行动路线 1.出发点 调查员应选择一个合理的出发点开始行动。出发点可以是两条路交叉的地方。通常选择调查区域的一个角落作为出发点，如例3所示（用“S”代表出发点）。

2.顺时针行动 调查员应顺时针行动。从出发点开始行动时，调查员应在地图上划个箭头，显示行动路线，以方便下一步的行动，并确保行动路线覆盖了调查区域内所有街道。箭头也可以方便质量控制，质控人员可根据箭头方向确认调查员绘图时的行动路径。标记顺时针行动路线的简单示例见例4。

例3.出发点 例4.标记顺时针行动路线 3．向右转 调查员从出发点开始顺时针行动时，每一次都尽量右转。如果已经走到了路的尽头，调查员应转身到同一条路的另一边反方向行动，仍然制作右侧建筑物的地图和列表。对于单行道应遵循同样的原则。例5给出了每次都尽可能右转的一些示例。

4.在调查区域边界处作U字型转弯 调查员到达调查区域边界的时候，应作U字型转弯到刚走过的道路的另一侧，继续对右边的建筑进行绘图和列表。如果调查员遇到地图上的调查区域分界线无法辨认、被更改，或者不存在的时候，应请示协调员处理方法。例6为U字型转弯的图示。

例6.U字型转弯 例5.右转的行动路线（二）绘图 按照最佳的行动路线，调查员做一份调查区域草图，标识并编号区段里所有的建筑。首先，调查员应用“S”标识出发点；

然后，用小“X”标识单户型住宅的位置，用小“□”标识多户型住宅（例如有多个单元的住宅）。对每个“X”或“□”连续编码，如例7所示。在“X”写上每个单户型住户的编号，在“□”框内写上此多户型住宅内一共有多少住户（如26）以及多户型住户编码的范围（如，29-54）。并在框下标出可以识别该地址的记号（如建筑物编号，有住户的楼层数和每层的户数）。详见例7。调查员必须保证调查区域草图里包括所有的家庭户。如不能确定某些建筑内是否有家庭户，调查员应问当地人该建筑是否有人居住。如果有人居住，调查员就必须对该建筑进行绘图和列表。

例7调查区域地图 当选中的区段面积非常大时，可首先通过实地考察将其分成几个小区域，以提高效率。需要注意的是，此时应该准备一张类似于片区划分图的地图，编号为1，以便可以看到需要调查区域被分割的情况以及各小区域之间明确的分界线。每张小区域图应该有相应的编号和编码范围标注，以便查阅。每张图使用一张A4纸即可。

四、家庭户登记列表 绘图和列表工作应该是同时进行的。列表人员应该在调查员绘制草图时，记录调查区域内所有的家庭户，完成列表即附表2。

另外，需要在绘图和列表过程中注意：

如果确认某家庭户为空户，则需在备注中注明，对于素养监测是空户的标注sk，对于烟草监测是空户的标注k。空户不会被抽取到。

（1）城市中的规则小区 在居委会、物业的协助下绘图，提高绘图的效率和准确性。注意排除1楼的商户和门面房。

（2）居民楼1楼的自建房 部分小区1楼居民会自建平房，须询问自建房屋是否出租。如果出租，则租户也需登记。

（3）大杂院/平房 大杂院/平房情况比较复杂，可能绘图手册中规定的行走路线不适用。对于此类情况，需要取得居委会人员的配合，在其带领下逐户登记家庭信息。

五、绘图和列表质量控制 保证绘图和列表质量的重要性，怎么强调都不过分。完成居委会的绘图后，县级质控员需要对绘图和列表工作进行复核，重点检查调查员有无遗漏家庭。在复核过程中，须记录遗漏家庭的住址信息，作为质控报告交给县级协调员。并将遗漏的家庭补充到完成的地图和列表中，编号可以追加，但应在图上注明。

所有基础地图、片区划分图以及调查区域绘图经质控员、协调员审核后，按要求扫描并命名好文件再上报给市健教中心。

上报的地图扫描文件名命名要点：XX省+设区市+监测点区/县名+街道/村委会+家庭户编号范围，如XX省XX市章贡区东外街道泥湾里社区方位图。文件名中合并的街道/村委会名称请使用附表1中确定的叠加名称。每张纸质图的名称可从街道/乡镇开始命名，例如：东外街道泥湾里社区方位图1。扫描件应完整、清晰、无缺角漏角。

表1 居委会/村委会信息收集合并表 省名称 市名称 县（市、区）名称 县（市、区）代码 街道乡镇名称 街道乡镇代码 居委会村委会名称（叠加名称，可以含＋号）居委会（村委会）户数 居委会（村委会）编码（同一街道内自1、2、3……顺序编码）备注 XX省 XX市 章贡区 001 沙河镇 03 流坑村+黄龙村 790 08 流坑村350+黄龙村440 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 填写说明：

1、一个监测点一张表。

2、居委会（村委会）的户数要求不少于750户，家庭户数在750户以下的居委会（行政村）需与地理位置相邻的居委会（村）进行合并；

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不少于750户，并尽量不多于1500户。如不足750户居委会（村）周边没有小于750户的可合并对象时，也可和一个最少户数的相邻居委会（村）对象合并。户数请填写现在的常住人口户数。不要以户籍户数填写。

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

4、居委会村委会名称：合并后的居委会村委会名称为居委会村委会原来的名字相加，如张三村、李四村和王五村合并后为张三李四王五村，叠加名一经命名上报即不能更改。表2 抽到的居委会/村委会家庭户登记表 省名称 市名称 县（市、区）名称 县（市、区）代码 街道乡镇名称 街道乡镇代码 居委会村委会名称（叠加名）居委会村委会代码 家庭户编码 家庭地址 户主姓名 备注 XX省 XX市 XX区 001 XX镇 03 XX村 08 1433080016 XX组 XX 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 k 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 Sk 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 填写说明：

1、家庭户代码：电子表中使用十位数字。手工列表或绘图中可以仅标后四位，而且这四位中前面的0可以不写。家庭户代码后四位由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，与区段地图中的家庭户代码一致。

2、户主姓名：仅在农村填写。

3、详细地址：多户型：×××楼×单元××号，如无门牌号码者，按照顺时针方向（左手边开始）的原则依次编号；

单户型：有详细的地址按实际填写，如果无详细地址请使用能够识别该地址的标识代替。

4、空户也应绘图编码，并在列表备注中标明，属于素养监测的空户填写sk，烟草监测的空户填k。

5、每个调查员绘图列表的第一天工作需和质控员、协调员共同完成。调查员对绘图列表的质量负责。

6、在上报的电子表格中，除备注和户主姓名外的单元格子均要填满。表3 抽到的居委会/村委会的分片抽样表 省名称 市名称 县（市、区）名称 县（市、区）代码 街道乡镇名称 街道乡镇代码 居委会村委会名称（含＋）居委会村委会代码 居委会村委会总家庭户数 划分片区的家庭户数量 片区代码 备注 XX省 XX市 XX区 001 XX街道 01 XX居委 01 2729 1350 01 　 XX省 XX市 XX区 001 XX街道 01 XX居委 01 2729 1379 02 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 　 填写说明：

1、片区代码与绘制的片区划分地图保持一致。

2、该抽样表应与片区划分图一同上报。

表4 调查完成情况登记表 家庭户 代码 家庭户地址 户主姓名 KISH表代码 家庭户完成情况第一次时间 家庭户完成情况第一次代码 家庭户完成情况第二次时间 家庭户完成情况第二次代码 家庭户完成情况第三次时间 家庭户完成情况第三次代码 调查对象姓名 个人完成情况第1次时间 个人完成情况第1次代码 个人完成情况第2次时间 个人完成情况第2次代码 个人完成情况第3次时间 个人完成情况第3次代码 最终完成情况代码 联系电话 XXX XX村安置房 XX B2 XX 11 　 　 　 　 XX XX 21 　 　 　 　 21 139＊＊＊＊1051 XXX XX村安置房 XX B2 XX 11 　 　 　 　 XX XX 21 　 　 　 　 21 152＊＊＊＊0361 填表说明：1）家庭户代码、家庭户地址、KISH代码根据省级健康教育专业机构抽样表复制。2）家庭完成情况时间：调查员到达该户时间，使用月日时分8位时间表示。3）个人完成情况时间：个人接受调查后调查员离开时间，使用月日时分8位时间表示。4）家庭完成情况代码：11.完成；

12.拒绝；

13.无能力回答；

14.不在家；

15.无符合条件调查对象；

16.无人居住/空房/已无此家庭/不是家庭；

17.其他。5）个人完成情况代码：21.完成；

22.部分完成；

23.拒绝；

24.无能力回答；

25.不在家；

26.其他。6）最终完成情况代码：以家庭或个人最后一次完成情况代码为最终完成情况代码。

附件4：

KISH表 表A 表B1 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 1 1 1 1 2 1 2 1 3 1 3 1 4 1 4 1 5 1 5 2 6或者以上 1 6或者以上 2 表B2 表C 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 1 1 1 1 2 1 2 1 3 1 3 2 4 2 4 2 5 2 5 3 6或者以上 2 6或者以上 3 表D 表E1 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 1 1 1 1 2 2 2 2 3 2 3 3 4 3 4 3 5 4 5 3 6或者以上 4 6或者以上 5 表E2 表F 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 15-69岁常住人口人数 家庭成员编号 1 1 1 1

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！