# 学生健康保健知识家长调查问卷

盟市：_____；学校：_____；年级班级：_____；

家长职业：父亲_____，母亲：_____；

## 说明及告知内容

尊敬的家长朋友：

根据国家卫生健康委《2019 年全国学生常见病和健康影响因素监测与干预工作方案》，自治区卫生健康委、教育厅在全区启动了学生常见病和健康影响因素监测及干预工作。此项工作旨在掌握我区儿童青少年近视等主要常见病发生情况，分析行为、环境等因素与学生健康之间的关系，以及通过针对性干预措施预防和控制学生常见病的发生发展，切实保障和促进我区儿童青少年健康。作为工作的一部分，我们设计了本调查问卷，借此了解家长在预防孩子近视、龋齿、脊柱弯曲异常方面的卫生保健知识的掌握情况，也为进一步制定宣传教育等干预策略提供依据。

本问卷适用于幼儿园、小学、初中、高中，由家长自愿填写，不需要填写孩子及家长姓名。希望家长朋友认真、如实填写。**答题仅出于目前认知即可，答题时请勿查询和推断。选择结果不会用于任何评判。**对于您对我们工作的支持和配合，我们表示衷心地感谢！

内蒙古自治区卫生健康委员会、教育厅

2019 年 9 月

请在选择的选项□内打✓，不选的不做标记。

| 一、近视防控方面，您认为： | |
|---|---|
| 1.可能损害或影响视力的因素有哪些：<br>过度使用电子产品□；　户外体育活动不足□；<br>书本纸张的质量□；　照明设备光源的种类□；<br>读写时照明不足□；　台灯亮度过高□；<br>写作业时间长□；　课外补习多□；<br>读写姿势和环境□；　遗传□；<br>其他：_____；排首位的是哪个：_____； | 2.保护孩子视力（预防近视）的方法包括哪些：<br>合理使用电子产品□；　增加户外运动□；<br>合理参加课外补习□；　定时远眺□；<br>亮度适合的灯光□；　适合的桌椅□；<br>眼保健操□；　正确读写姿势□；<br>护眼功能的照明设备□；　其他护眼产品□；<br>其他：_____；排首位的是哪个：_____； |
| 3.近视的危害（单选）：<br>仅是不方便、没有其他危害□；<br>对生活有很大影响□；<br>高度近视具有更严重的健康危害□； | 4.关于近视的治疗，您认为：<br>不能轻易佩戴眼镜□；　应及时佩戴眼镜□；<br>随生长发育逐渐加重□；　不可治愈□；<br>轻度近视可以随生长发育自行缓解或自愈□； |
| 5.手机、电视、电脑等电子产品对视力的影响（单选）：<br>没任何损害和影响□；　有很大危害□；<br>少用无妨、多用有影响□； | 6.您对孩子使用电子产品的要求（单选）：<br>没要求、可随意使用□；　完全不许使用□；<br>若用于学习可随意□；　任何用途均限制时间□； |
| 7.您在孩子面前使用电子产品的习惯（单选）：<br>不回避、使用较多□；　已刻意减少或回避□； | 8.您孩子最近完成家庭作业的平均时间每天约为：<br>_____小时； |
| 9.“一拳一尺一寸”的概念和作用：<br>没听说、不了解□；　知道确切含义□；<br>没有任何作用□；　时刻提醒孩子注意□； | 10.体育课及户外活动对视力保护的作用：<br>没作用、不督促□；　长时间才有作用□；<br>每天 1 小时就有帮助□；　没时间户外活动□；<br>您孩子户外活动时间每天约为_____小时； |



请注意背面题目

| | |
|---|---|
| 11.是否希望采取有效措施以预防近视：<br>希望定期检查和监测视力□；<br>希望获得卫生用眼知识□；<br>希望建立正确的卫生用眼习惯□；<br>愿意参与学校组织的视力保护相关活动□；<br>前述几项都不需要□；<br>其他：_____； | 12 您的孩子是否已经近视：<br>（1）没有近视□（原因：损害视力的因素少□；已积极预防□；身体好不会近视□；没有原因□）；<br>（2）已近视□（发现近视的年龄：____岁；近视的可能原因：遗传因素□；使用电子产品□；作业负担□；其他用眼过度□；不清楚□；其他_____；） |
| 13.对社会上视力保护相关产品或广告（单选）：<br>普遍都可信度较高、能接受□；<br>应谨慎接受或选用□；<br>普遍属虚假宣传、完全不可信□； | 14.您对 6 岁至 8 岁孩子发生远视的了解：<br>属于孩子的远视力储备、正常生理现象□；<br>属于一种疾病□；　与近视同样具有危害□；<br>应尽快诊疗矫正□；　不需要立即治疗矫正□； |
| 15.国家关于综合防控儿童青少年近视的相关政策：<br>没听说、不了解□；　已经知道此项工作□；<br>不打算了解□；　有兴趣想进一步了解□；<br>这属于政府行为、与家庭无关□；<br>这和孩子健康息息相关、愿意响应或参与□； | 16.防控儿童青少年近视的意义和效果：<br>个体患病、没必要防控□；<br>防控难度太大、难见成效□；<br>事关国家和民族、很有意义，希望取得成效□；<br>事关孩子的健康、应积极开展□； |
| **二、脊柱弯曲异常方面，您认为：** | |
| 1.脊柱弯曲异常的概念（单选）：<br>没听说过□；有基本了解□；十分了解□； | 2.脊柱侧弯或前后弯曲异常的危害（单选）：<br>肯定没危害□；　肯定有危害□；<br>也许有一定影响或影响不大□； |
| 3.造成原因可能是（单选）：<br>属于天生或遗传□；　姿势不良引起□；<br>某些疾病造成□； | 4.是否需要矫正：<br>不需要矫正□；　需要矫正或治疗□；<br>孩子长大会自然恢复□； |
| 5.脊柱弯曲异常的识别方法：<br>家长或医生肉眼观察□；　孩子自我感觉不适□；<br>放射学诊断□；　专用仪器测量□； | 6.脊柱弯曲异常的预防方法：<br>没办法预防□；　加强体育运动□；　补钙□；<br>注意身体姿势□；　使用矫正产品□； |
| 7.您是否愿意孩子参加矫正或预防活动（单选）：<br>没必要、不愿意□；非常愿意、完全接受□；<br>愿意，但需要视时间和内容等具体情况决定□； | 8.您的孩子是否发现脊柱弯曲异常（单选）：<br>没检查过、不知道□；　检查但没发现□；<br>已发现□（学校体检发现□，其他途径发现□）； |
| **三、龋齿预防方面，您认为：（初中、高中可不填写）** | |
| 1.刷牙习惯是否可以预防龋齿（单选）：<br>没作用□；可能有帮助□；可以有效预防□； | 2.您对孩子的刷牙习惯（单选）：<br>每天早或晚只刷一次□；　早晚各一次□；<br>进食后随时刷牙或漱口；　没有要求和训练□； |
| 3.甜食对龋齿的发生：<br>没有必然联系□；　肯定有必然联系□；<br>少吃可以、多吃有影响□；　睡前不吃即可□； | 4.窝沟封闭对儿童龋齿的预防（单选）：<br>没听说、不了解□；　没有任何帮助□；<br>可有效预防□； |
| 5.您的孩子是否做过窝沟封闭：<br>不打算做□；　已超过适用年龄□；<br>将来打算□；　换牙后才需要做□；　已做□； | 6.您的孩子是否已发生龋齿（单选）：<br>没有龋齿□；已发现龋齿□（首次发现年龄：____岁，系学校体检发现□/其他途径发现□）； |
| **您的想法和对我们的建议：** | |

请教师协助开展本次问卷调查工作，负责发放和回收调查问卷，由学校统一交回当地县级疾病预防控制中心。请疾病预防控制中心将辖区各学校调查问卷收齐后，一并邮寄至自治区卫生健康委疾控局。