

وزارة الصحة
دائرة الصحة العامة
والرعاية الصحية الأولية



جمهورية العراق
وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي
الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات
مديرية الإحصاء الاجتماعي والتربوي

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)



 **MICS3 IRAQ**

**المسح متعدد المؤشرات
العراق 2006**

**استبيان الأطفال
دون سن الخامسة**

استبيان الأطفال دون سن الخامسة

UNDER-FIVE CHILD INFORMATION PANEL		UF
لوحة معلومات الخاصة بالطفل دون سن الخامسة		
يتعلق هذا النموذج بكافة الامهات او مقدمي الرعاية (انظر عمود HL8 من استبيان الاسرة) لطفل دون سن الخامسة يعيش معهم (انظر عمود HL5 من استبيان الاسرة) يتطلب استخدام استبيان منفصل لكل طفل مؤهل. قومي بتعبئة رقم العنقود ورقم الاسرة، واسماء وارقام اسطر الطفل والام او مقدم الرعاية في الفراغ ادناه. وقومي بتعبئة اسمك ورقمك وتاريخ اجراء المقابلة.		
UF1. رقم العنقود:	UF2. رقم الأسرة:	
UF3. اسم الطفل:	UF4. رقم سطر الطفل:	
UF5. اسم الأم / مقدم الرعاية:	UF6. رقم سطر الأم \ مقدم الرعاية:	
UF7. اسم ورقم الباحثة:	UF8. سنة \ شهر \ يوم اجراء المقابلة:	
UF9. نتيجة المقابلة للأطفال دون سن الخامسة: (الرمز يشير إلى الأم \ مقدم الرعاية)	1. تمت المقابلة 2. ليست في المنزل 3. رفضت 4. تمت بشكل جزئي 5. غير قادرة علي اجراء المقابلة 6. أخرى (حددي)	

كرري التحية للمستجوب اذا لم تكن مقدمة مسبقاً

نحن من الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات و وزارة الصحة نقوم بالعمل على مشروع حول صحة الأسرة وتعليمها، وأرغب في التحدث إليك حول هذا الموضوع، وسوف اخذ من وقتك من 20 إلى 30 دقيقة لتعبئة الاستمارة، وكل المعلومات التي تدلين بها ستعامل بسرية تامة ولن تتم معرفة إجاباتك. كما أود أن أعلمك بان المشاركة في هذا المسح طوعيه ويمكنك الإجابة على أي سؤال أو على كل الأسئلة، ويمكنك إيقاف المقابلة في أي وقت. وعليه، فأنا نأمل أن تشاركي في هذا المسح لان أرائك مهمة لهذا العمل. هل يمكنني أن ابدأ الآن المقابلة؟

الباحثة: إذا أعطيت الموافقة، ابدئي باجراء المقابلة، وإذا لم يوافق المستجوب على الاستمرار، اشكريه وانتقلي الى المقابلة التالية. ناقشي هذه النتيجة مع المشرف عليك من اجل اعادة الزيارة في المستقبل.

UF10. الآن اريد ان اسالك بعض الأسئلة عن الصحة لكل طفل تحت سن الخامسة والذي هو \ هي برعايتك و يعيش معك الآن. الآن اريد ان اسالك عن (الاسم) في اي شهر وفي او سنة ولد (الاسم)؟ دقيق: ما هو يوم ميلاده \ ميلادها ؟ إذا عرفت الأم أو مقدم الرعاية يوم الميلاد بالضبط، ادخلي اليوم أيضا وإلا ضعي دائرة على الرقم 98 بخصوص اليوم.	تاريخ الميلاد: اليوم 98 لا اعرف اليوم الشهر السنة
UF11. كم كان عمر (الاسم) في عيد ميلاده الأخير؟ دونى العمر بالسنوات الكاملة.	العمر بالسنوات الكاملة.....

BIRTH REGISTRATION AND EARLY LEARNING MODULE		BR	
نموذج تسجيل الولادات والتعليم المبكر			
BR1. هل (الاسم) لديه شهادة ولادة؟ هل من الممكن أن أراها ؟	1. نعم، شاهدها 2. نعم، لم أشاهدها 3. لا	1 ⇒ BR5	
إذا تم تقديم شهادة الولادة يتم التدقيق في التاريخ في UF10. إذا لم يتم الحصول على شهادة الولادة حاولي أن تتحقي من التاريخ باستخدام مستند آخر (بطاقة اللقاحات أو البطاقة الصحية للطفل، الخ). صحي العمر المذكور UF11 إذا كان ذلك ضرورياً. إذا لم يتم إبراز شهادة الولادة اسالي:	8. لا اعرف		
BR2. هل تم تسجيل ولادة (الاسم) في سجلات دائرة الأحوال المدنية؟	1. نعم 2. لا 8. لا اعرف	1 ⇒ BR5	
BR3. لماذا لم يتم تسجيل ولادة (الاسم) ؟	1. التكاليف باهضة 2. يتطلب ذلك قطع مسافات طويلة 3. لا أعرف إن ذلك يحتاج إلى تسجيل 4. لا أعرف أين يتم التسجيل 6. أخرى (حددي) 8. لا اعرف	8 ⇒ BR4	
BR4. هل تعرف كيف يمكن تسجيل ولادة طفلك ؟	1. نعم 2. لا		
BR5. دقتي عمر الطفل في UF11: عمر الطفل 3 أو 4 سنوات؟ استمر مع BR6 اذهب إلى BR8 نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
BR6. هل يحضر (الاسم) أي تعليم نظامي أو برنامج مبكر للتعليم سواء كان في القطاع الخاص أو الحكومي والتي تشمل رياض الأطفال أو مؤسسات الرعاية المجتمعية للأطفال (إن وجدت؟)	1. نعم 2. لا 8. لا اعرف	2 ⇒ BR8	8 ⇒ BR8
BR7. خلال الايام السبعة المنصرمة، كم ساعة تقريبا حضر (الاسم) إلى تلك الأماكن التربوية ؟	عدد الساعات _____		
BR8. في الثلاثة ايام الماضية هل قمت أنت أو أي فرد من الأسرة والذي يزيد عمره على (15) سنة بممارسة أي من الأنشطة التالية مع (الاسم) : إذا كانت الإجابة "بنعم" علي أي نشاط من الأنشطة، اسالي: من الذي مارس هذا النشاط مع الطفل - الأم ، الأب ، فرد آخر بالغ في الأسرة؟ (يشمل ذلك مقدم الرعاية المستجوب الحالي للاستبيان)			
ضعي دائرة على الحالة التي تنطبق على الوضع.			
BR8A. قراءة الكتب أو النظر إلى الكتب المصورة مع (الاسم).	الكتب	الأم	الأب
BR8B. حكي القصص لـ (الاسم).	القصص	A	B
BR8C. غناء الاغاني مع (الاسم).	الاجاني	A	B
BR8D. اخذ (الاسم) للفسحة خارج المنزل، المجمع ، الساحة	الخروج	A	B
BR8E. اللعب مع (الاسم) ؟	اللعب معه/معها	A	B
BR8F. قضاء الوقت مع (الاسم) لتسمية الأشياء ، للعد ، وأو رسم الأشياء ؟	قضاء الوقت معه/معها	A	B
BR8G. تحفيظ الآيات الدينية ؟	تحفيظ الآيات القرآنية	A	B

CARE OF ILLNESS MODULE		CA
نموذج العناية بالطفل المريض		
CA1. هل أصيب (الاسم) بالإسهال خلال الأسبوعين الماضيين، أي منذ (يوم الأسبوع) من الأسبوع قبل الأخير؟	1 نعم بدم 2 نعم من دون دم 3 لا 8 لا اعرف	3⇒CA5 8⇒CA5
الباحثة: إذا كانت الإجابة "نعم"، دقيقي: هل كان الإسهال مصحوبا بدم أو من دون دم؟ الإسهال يحدد كما يتم مشاهدته من قبل الأم أو مقدم الرعاية بأنه خروج ثلاثة أو أكثر من البراز السائل أو السائب يوميا، إما أن يصاحبه وجود دم أو بدون ذلك.	8 لا اعرف	8⇒CA5
CA2. خلال النوبة الأخيرة من الإسهال هل قام (الاسم) بشرب أي من الأشياء التالية:- افرني كل فقرة بصوت واضح ودوني الإجابة قبل الانتقال الى الفقرة التالية.	لا اعرف لا نعم	
CA2A. سائل معمول من كيس خاص يدعى محلول الإرواء القموي أو الديكسترولايت؟	A. محلول الإرواء القموي 1 2 8	
CA2D. الماء الصالح للشرب؟	D. الماء الصالح للشرب 1 2 8	
CA2E. ماء الرز؟	E. ماء الرز 1 2 8	
CA2F. شورية الخضروات؟	F. شوربة الخضروات 1 2 8	
CA2G. شراب اللبن؟	G. شراب اللبن 1 2 8	
CA2H. عصير فواكه؟	H. عصير فواكه 1 2 8	
CA3. خلال إصابة (الاسم) بالإسهال، هل شرب شربت سائل أقل بكثير من المعتاد، كالمعتاد، أو أكثر من المعتاد؟	1 أقل بكثير أو لم يشرب 2 كالمعتاد (أو أقل قليلا) 3 أكثر 8 لا اعرف	
CA4. خلال إصابة (الاسم) بالإسهال، هل أكل/أكلت أقل من المعتاد، كالمعتاد، أو أكثر من المعتاد؟ إذا كان أقل: دقيقي أقل بكثير أو أقل بقليل	1 لم يأكل 2 أقل بكثير 3 أقل بقليل 4 كالمعتاد 5 أكثر 8 لا اعرف	
CA5. هل أصيب (الاسم) بالسعال في أي وقت خلال الأسبوعين الماضيين، أي منذ (يوم الأسبوع) من الأسبوع قبل الأخير؟	1 نعم 2 لا 8 لا اعرف	2⇒CA12 8⇒CA12
CA6. عندما أصيب (الاسم) بالسعال، هل كان/كانت يتنفس/تنفس أسرع من المعتاد مع تنفس سريع وقصير أو لديه/لديها صعوبة في التنفس؟	1 نعم 2 لا 8 لا اعرف	2⇒CA12 8⇒CA12
CA7. هل كانت الأعراض نتيجة لوجود مشكلة في الصدر أو انسداد في الأنف؟	1 مشكلة في الصدر 2 انسداد في الأنف 3 كلاهما 6 أخرى (حددي) 8 لا اعرف	2⇒CA12 6⇒CA12

CA8. هل طلبت مشورة أو علاجاً لحالة (الاسم) المرضية خارج المنزل ؟	1 نعم 2 لا 8 لا اعرف	CA10 CA10
CA9. اين تم طلب المشورة أو الحصول على العلاج لمعالجة (الاسم) من السعال؟ في أي مكان آخر؟ ضع دائرة على مقدمي الخدمات المذكورين ولكن لا تقدمي أي مقترحات. إذا كان المصدر مستشفى، مركز صحي أو عيادة اكتبى اسم المكان في الأسفل. دققي لمعرفة نوع المصدر وضعي دائرة حول الرقم المناسب (اسم المكان)	القطاع العام A مستشفى حكومي B مركز رعاية صحية أولية رئيسي C فريق صحي أثناء الحملات الصحية D مركز صحي فرعي E أخرى (حددي ضمن القطاع العام) القطاع الطبي الخاص F مستشفى أو عيادة خاصة G طبيب في القطاع الخاص H صيدلية أهلية I أخرى (حددي ضمن القطاع الخاص) مصدر آخر J احد الأقارب أو الأصدقاء K محلات طب الأعشاب العطار X أخرى (حددي)	CA10 CA10
CA9A. دققي CA9: هل المصدر مؤسسة صحية (مستشفى - مركز صحي - عيادة) ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا استمر الى CA9BB الى CA10		
CA9BB. ما هو السبب الرئيسي لاختيارك لهذه المؤسسة التي تذهبين إليها بشكل رئيسي؟	01 القرب 02 الاعتياد 03 التكلفة 04 الأمن 05 قيل لي ذلك 06 تمت إحالتي لتلقي عناية خاصة 07 القناعة الثقة 08 لا اعرف غيرها 96 أخرى (حدد)	
CA9CC. في آخر زيارة لك لهذه المؤسسة، هل لبيت احتياجات (الاسم) الطبية أم لم تلبي؟	1 لبيت احتياجات الطفل 2 لم تلبي احتياجات الطفل	
CA10. هل أخذ (الاسم) دواء لعلاج حالته/ حالتها المرضية؟	1 نعم 2 لا 8 لا اعرف	CA12 CA12
CA11. ما نوع الدواء الذي تم إعطائه لـ (الاسم)؟ أي دواء آخر؟ ضعي دائرة على الأدوية المعطاة.	A مضاد حيوي (Antibiotic) S مضاد للحمى (Antipyretics) T مضاد للاحتقان (Decongestant) U مضاد للسعال (Antitussiv) X أخرى (حددي) Z لا اعرف	

IM11.	هل تم إعطاء (الاسم) لقاح BCG ضد التدرن من خلال حقنه في الجزء العلوي من الكتف الأيسر في الجلد والتي قد تؤدي الي ندبة في اغلب الاحيان في مكان إعطاء اللقاح؟	1 نعم..... 2 لا 8 لا اعرف	
IM12.	هل اعطي (الاسم) أي قطرات في الفم لغرض حمايته / حمايتها من الإصابة بمرض شلل الأطفال؟	1 نعم..... 2 لا 8 لا اعرف	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13.	هل أعطي/ أعطيت (الاسم) الجرعة الأولى من اللقاح خلال الأسبوعين الأوليين بعد الولادة أو فيما بعد؟	1 خلال الأسبوعين الأوليين بعد الولادة..... 2 فيما بعد	
IM14.	كم عدد المرات التي تم فيها إعطائه /إعطائها هذه القطرات؟	عدد المرات	
IM15.	هل تم إعطاء (الاسم) اللقاح الثلاثي (DPT) من خلال إعطاء حقنة في منطقة الألية او في منطقة اعلي الفخذ لحمايته / حمايتها من الإصابة بالكرزاز، السعال الديكي والخناق؟ (هذا اللقاح عادة ما يعطي مع لقاح شلل الأطفال الفموي)	1 نعم..... 2 لا 8 لا اعرف	2⇒IM16A 8⇒IM16A
IM16.	كم عدد المرات ؟	عدد المرات	
IM16A.	هل تم إعطاء (الاسم) لقاح التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب) - ويعطى اللقاح من خلال الحقن في منطقة اعلي الفخذ بهدف حمايته / حمايتها من الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نوع (ب) ، وعادة ما تعطى الجرعة الأولى منه مع جرعة الصفير من لقاح شلل الأطفال الفموي ولقاح BCG وتعطى الجرعة الثانية والثالثة منه مع اللقاح الثلاثي ولقاح شلل الأطفال الفموي.	1 نعم..... 2 لا 8 لا اعرف	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16B.	كم عدد المرات ؟	عدد المرات	
IM17.	هل تم إعطاء (الاسم) لقاح الحصبة أو الحصبة المختلطة- وتعطى بالحقن عند الشهر التاسع من العمر بالنسبة للحصبة او الشهر الخامس عشر من العمر بالنسبة للحصبة المختلطة لحمايته \ لحمايتها من الإصابة بالحصبة ويعتبر الطفل كامل التلقيح عند أخذه أي من هذين اللقاحين ؟	1 نعم..... 2 لا 8 لا اعرف	
IM19.	الرجاء إخباري اذا كان (الاسم) قد تلقى جرعا لقاحية خلال حملات التلقيحات المدرجة لاحقا ، الأيام الوطنية للتلقيح ضد شلل الأطفال أو خلال الحملات الصحية؟	لا اعرف لا نعم	
IM19A.	حملة الشلل 19 - 24 حزيران 2005 م	1 2 8 حملة الشلل 19 - 24 حزيران 2005 م	
IM19B.	حملة شلل الأطفال 24-29 تموز 2005 م	1 2 8 حملة شلل الأطفال 24-29 تموز 2005 م	
IM19C.	حملة الحصبة المختلطة في نيسان اومايس 2005 م تشمل مواليد مايس 2000 الي مايس 2004 للمناطق الجنوبية والوسطى ومواليد حزيران 2000 الي حزيران 2004 للمناطق الشمالية (دهوك-اربيل-سليمانية-كركوك-موصل) تشمل اطفال بعمر 12 شهر الى 5 سنوات كاملة	1 2 8 حملة الحصبة المختلطة في مايس او نيسان 2005 م	

ANTHROPOMETRY MODULE		AN
<p>نموذج الطول والوزن</p> <p>بعد إكمال جميع الاستبيانات لجميع الأطفال المؤهلين، يجب القيام بوزن وقياس طول كل طفل. يسجل أسفل وزن وطول الطفل، مراعيًا أن يتم تدوين القياسات في الاستبيان الصحيح. يجب التحقق من اسم الطفل ورقم سطره من جدول قائمة الأسرة قبل تدوين القياسات.</p>		
الاسم	رقم السطر	
AN1.	وزن الطفل (كجم) كيلوجرامات	
AN2.	<p>طول الطفل</p> <p>تحقق من عمر الطفل في UF11:</p> <p>● الطفل تحت عمر سنتين: قم بقياس الطول (والطفل في وضعية الأضطجاع)</p> <p>● الطفل بعمر 2، 3 أو 4 سنوات قم بقياس الطول (والطفل في وضعية الوقوف)</p>	<p>الطول بالسنتيمترات</p> <p>وضعية الأضطجاع.....1</p> <p>الطول بالسنتيمترات</p> <p>وضعية الوقوف.....2</p>
AN3.	رقم القانم بقياس الطفل	رقم القانم بقياس الطفل.....
AN4.	نتيجة القياس.	<p>1 تم قياس الطفل.....</p> <p>2 الطفل غير موجود.....</p> <p>3 الطفل رفض.....</p> <p>6 أخرى (تحدد).....</p>
AN4A.	افحص الكتف الأيسر (والذي يكون الموقع الصحيح للقاح BCG) للتعرف على ندبة لقاح BCG	<p>1 الندبة موجودة.....</p> <p>2 الندبة غير موجودة.....</p> <p>3 لست متأكدًا من وجود الندبة.....</p>
<p>AN5.</p> <p>هل هنالك طفل آخر في الأسرة تنطبق عليه المواصفات لغرض اجراء القياسات؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>دون القياسات للطفل اللاحق</p> <p>انهي المقابلة مع هذه الأسرة من خلال تقديم الشكر لجميع الذين شاركوا في اعطاء هذه المعلومات وتعاونهم.</p> <p>اجمع سوية كل الاستبيانات التي تتعلق بهذه الأسرة وتحقق بان جميع المعلومات التعريفية قد تم ادراجها على صفحة الغلاف لجميع الاستبيانات المتعلقة بنفس الأسرة. سجلي على صفحة غلاف استبيان الأسرة عدد المقابلات التي تم اكمالها.</p>		

لجنة التدقيق المحلي			
ت	الاسم	التوقيع	التاريخ
1			
2			
3			
4			

المشرف المحلي		
اسم المشرف المحلي	التوقيع	التاريخ

المشرف المركزي		
اسم المشرف المركزي	التوقيع	التاريخ

رابطہ دار رقبہ کی تفصیلات			
ت	مسدود	رقبہ ہیکٹار	رقبہ لکھ
1			
2			
3			
4			

رابطہ دار سہولت		
رابطہ دار سہولت	رقبہ ہیکٹار	رقبہ لکھ

پراجیکٹ سہولت		
پراجیکٹ سہولت	رقبہ ہیکٹار	رقبہ لکھ