

Annex 3: STEPS Data Collection Tool

المسح الوطني لعوامل الخطورة للأمراض غير الانتقالية



معلومات عن المسح

| الترميز | الاستجابة | المكان و الزمان |
|---------|--|---|
| | اسم ورمز المحافظة اسم ورمز القضاء اسم ورمز الناحية | رقم المحلة رقم البلوك |
| I1 | | 1 دائرة الصحة |
| I2 | | 2 رقم العنقود |
| X1 | | 3 رقم الأسرة |
| X2 | حضر 1 ريف 2 | 4 البيئة |
| I3 | | 5 رمز الفريق الميداني |
| X3 | 1 2 3 | 6 نتيجة مقابلة الأسرة تمت المقابلة الشخص المشمول بالمشاركة غير موجود وقت الزيارة رُفضت المقابلة |
| I4 | الشهر السنة اليوم | 7 تاريخ إكمال الاستبيان (بعد كتابة نتائج المختبر): |

توقيع رئيس الفريق

توقيع أعضاء الفريق

| الترميز | الاستجابة | الموافقة و اللغة و الاسم |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| I5 | 1 نعم | الموافقة قرأت شفهيًا للمشارك |
| | 2 لا إذا كانت لا، أنه المقابلة | وتمت الموافقة |
| I6 | 1 العربية | لغة الباحث الميداني (أدخل اللغة) |
| | 2 [الكردية] | |
| | 3 [لغة أخرى] | |
| | 4 [لغة أخرى] | |
| I7a | : | (خلال الزيارة الأولى) وقت بدء المقابلة (12 ساعة |
| | ص م الدقيقة الساعة | |
| I7b | : | وقت انتهاء المقابلة (12 ساعة) (خلال الزيارة الأولى) |
| | ص م الدقيقة الساعة | |
| I8 | | إسم الشخص المشارك الثلاثي: |
| معلومات اضافية للمساعدة | | |
| I10 | | رقم التليفون للاتصال ان أمكن: |

ملحوظة هامة : - ورقة البيانات تحتوي على معلومات شخصية خاصة لذلك وجب حفظها منفصلة عن باقي الإستبيان.

- كتابة الأرقام باللغة الانكليزية داخل الاستبيان.

| | | | |
|----------------|---|---|--|
| | 5 لا يعمل لديه مصدر دخل 6 ربة منزل 7 متقاعد 8 عاطل ويبحث عن العمل(عمل سابقا) 9 عاطل ولا يبحث عن العمل 10 غير قادر على العمل (مسن، معاق) مريض 88 رفض الاجابه | | |
| X4 | ١١١ عدد الأشخاص | 18 كم عدد الأشخاص لكافة الأعمار في هذه الأسرة بما فيهم انت؟ | |
| C9 | ١١١ عدد الأشخاص | 19 كم عدد الأشخاص عمره ١٨ عاما أو أكثر بما فيهم أنت ضمن هذه الاسرة؟ | |
| X5 | (يكتب المبلغ بالدينار) | 20 ما هي فئة دخل الاسرة الاقرب الى تقديرك | |
| | 1 100,000 او اقل/ الفرد | | (يقسم المبلغ على عدد افراد الاسرة ويؤشر رقم حقل المبالغ الذي تم اختياره) |
| | 2 اكثر من 100,000 – 500,000/الفرد | | |
| | 3 اكثر من 500,000 – 1,000,000 /الفرد | | |
| | 4 اكثر من 1,000,000 - 1,500,000 /الفرد | | |
| | 5 أكثر من 1,500,000/الفرد | | |
| | 77 لا اعلم | | |
| 88 رفض الاجابة | | | |

الخطوة الأولى البيانات السلوكية

| | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------|-------------------------------|--|----------|
| الآن سوف أ طرح بعض الأسئلة حول مختلف السلوكيات الصحية. هذه الأسئلة تتضمن مواضيع مثل التدخين، شرب الكحول، تناول الخضار و الفاكهة و الرياضة البدنية. لنبدء بالتدخين. | | | | | |
| إستهلاك التبغ | | | | | |
| الأسئلة | الاستجابة | الترميز | ألملاحظات | | |
| 12 هل تدخن حالياً أي من منتجات التبغ مثل السجائر، السيجار، الغليون أو الأرجيلة؟ | نعم 1 لا 2 | T1 | إذا لا اذهب الى س28 | | |
| للمدخنين حالياً: | | | | | |
| 22 إذا كان الجواب نعم، هل تدخن أي من هذه المنتجات يومياً؟ | نعم 1 لا 2 | T2 | | | |
| 32 كم كان عمرك عندما بدأت التدخين ؟ | العمر (السنوات) ــــــــ | T3 | إذا كان معلوماً، اذهب الى س25 | | |
| 42 إذا كنت لا تذكر عمرك عندما بدأت فهل تتذكر منذ متى بدأت بالتدخين؟ (اختر واحدة فقط) إذا (لا أعلم) سجل 77 في كل حقل | سنوات مضت ــــــــ | T4a | | | |
| | او شهور مضت ــــــــ | T4b | | | |
| | او أسابيع مضت ــــــــ | T4c | | | |
| 52 كمعدل، كم - تدخن في اليوم/ او الاسبوع أي من هذه المنتجات ؟ (إذا لم يكن يومياً سجل في حقل اسبوعياً) إذا (لا أعلم) سجل 77 إذا (لا ينطبق) سجل 88 (سجل كل واحدة منها) | يوميًا ــــــــ | T5a/T5aw | اسبوعياً ــــــــ | | |
| | سيجارة مصنعة ــــــــ | | ــــــــ | | |
| | سيجارة لف ــــــــ | ــــــــ | T5b/T5bw | | ــــــــ |
| | غليون (مرات) ــــــــ | ــــــــ | T5c/T5cw | | ــــــــ |
| | سيجار - سيجار صغير ــــــــ | ــــــــ | T5d/T5dw | | ــــــــ |
| | ارجيلة (جلسات) ــــــــ | ــــــــ | T5e/T5ew | | ــــــــ |
| | أنواع أخرى ــــــــ | ــــــــ | T5f/T5fw | | ــــــــ |
| | اذكر ما هي الانواع | T5other/T5otherw | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|------|---------------------------------------|
| 62 | هل حاولت ترك التدخين خلال 12 شهرا الماضية؟ | نعم 1 لا 2 | 6T | |
| 72 | هل تلقيت نصيحة بترك التدخين خلال مراجعتك لطبيب او ملاك صحي خلال 12 شهرا الماضية؟ | نعم 1 لا 2 لم اراجع 3 | 7T | |
| لغير المدخنين حاليا: | | | | |
| 28 | في الماضي، هل سبق أن دخنت أي من منتجات التبغ؟ | نعم 1 لا 2 | T8 | إذا لا، إذهب إلى س32 |
| 29 | في الماضي، هل سبق أن دخنت يوميا؟ | نعم 1 لا 2 | T9 | إذا لا، إذهب إلى س32 |
| 03 | كم كان عمرك عندما توقفت عن التدخين يوميا؟ | العمر (سنوات) إذا (لا أعلم) سجل 77 | T10 | إذا كان معلوما، إذهب إلى س32 |
| 31 | إذا لم تعرف كم كان عمرك، هل تتذكر منذ متى توقفت عن التدخين يوميا؟ (اختر اجابة واحدة) إذا (لا أعلم) سجل 77 | سنوات مضت | T11a | |
| | | او شهور مضت | T11b | |
| | | او اسابيع مضت | T11c | |

| تدخين منتجات التبغ بدون دخان: | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|-----|--------------------------------|
| 32 | هل تستعمل حالياً منتجات التبغ بدون دخان مثل (نشوق، علكة، سيكارة الكترونية، مضغ سويكة، لزكة او ما شابه | نعم 1 لا 2 | T12 | إذا كان لا، اذهب الى س34 |
| 33 | إذا كان الجواب نعم، هل تستخدم منتجات التبغ بدون دخان يوميا؟ | نعم 1 لا 2 | T13 | |
| 34 | في الماضي هل سبق ان استخدمت منتجات التبغ بدون دخان يوميا؟ | نعم 1 لا 2 | T15 | |

| التدخين السلبي: | | | | |
|---------------------------------|-----|------------------|--|--|
| | T17 | 1 2 | نعم لا | 35 خلال ثلاثين يوما الماضية، هل دخن احد في منزلك بما فيهم انت؟ |
| | T18 | 1 2 3 | نعم لا لا اعمل في مكان مغلق | 36 خلال ثلاثين يوما الماضية هل دخن احد في مكان مغلق في محل عملك (في البناية، في منطقة العمل، أو في مكتب معين) ؟ |
| الترويج للتدخين | | | | |
| إذا كان الجواب لا اذهب الى س 39 | X6 | 1 2 | نعم لا | 37 هل رأيت او سمعت او قرأت في اي من وسائل الاعلام شيئاً عن اضرار التدخين خلال ال 30 يوما الماضية؟ |
| | TP1 | 1 2 3 4 | تلفزيون او راديو جريدة او مجلة لافتة او لوحة اعلان اخرى | 38 اذا كان الجواب نعم، في اي من وسائل الاعلام (بالامكان اختيار اكثر من جواب) |
| | TP4 | 1 2 | نعم لا | 39 هل لاحظت وجود التحذيرات الصحية على علب التبغ خلال 30 يوما الماضية |
| للمدخنين حالياً | TP5 | 1 2 | نعم لا | 40 هل فكرت بترك التدخين بسبب التحذيرات الصحية التي قرأتها على علب التبغ التي دخنتها خلال ال 30 يوما الماضية؟ |
| | X7 | 1 2 | نعم لا | 41 هل لاحظت اعلانات لمنتجات التبغ في اماكن بيع تلك المنتجات خلال ال 30 يوما الماضية؟ |
| | TP3 | 1 2 | نعم لا | 42 هل لاحظت اي ترويج لمنتجات التبغ خلال ال 30 يوما الماضية؟ (امثلة: نماذج مجانية، اسعار مخفضة، هدايا...) |
| للمدخنين حالياً | TP7 | دينار عراقي | | 43 ما معدل إنفاقك على منتجات التبغ شهرياً؟ |

| الكحول | | | | |
|--------------------------------------|---|---|-----|------------------------|
| مجموعة الاسئلة القادمة عن شرب الكحول | | | | |
| الاسئلة | الاستجابة | الترميز | | |
| 44 | هل سبق وان تناولت مشروباً كحولياً ؟ | نعم 1 لا 2 | A1 | إذا لا اذهب إلى س 51 |
| 54 | خلال الاثنى عشر شهراً الماضية هل تناولت أي مشروب كحولي؟ | نعم 1 لا 2 | 2A | إذا نعم اذهب إلى س 47 |
| 46 | هل توقفت عن تناول الكحول لأسباب صحية،مثل التأثيرالسلبى على الصحة او نتيجة نصيحة من طبيب أومالك صحي؟ | نعم 1 لا 2 | A3 | |
| 47 | خلال الاثنى عشر شهراً الماضية كم مرة تناولت أي مشروب كحولي؟ (اختر واحدة فقط) | يوميا 1 5-6 مرات فى 2 1- 4 مرات 3 1 - 3 مرات 4 اقل من مرة فى 5 | A4 | |
| 48 | خلال الثلاثين يوماً الماضية هل تناولت أي مشروب كحولي؟ | نعم 1 لا 2 | A5 | |
| 49 | كم كان عمرك عندما بدأت تعاطي الكحول لأول مرة ؟ | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; display: inline-block;"></div> | X8 | إذامعلوم اذهب إلى س 51 |
| 50 | إذا كنت لا تذكر عمرك عندما بدأت فهل تتذكر منذ متى بدأت تعاطي الكحول ؟ (اختر واحدة فقط) إذا (لا أعلم) سجل 77 | سنوات مضت <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; display: inline-block;"></div> | X9a | |
| | | او شهور مضت <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; display: inline-block;"></div> | X9b | |
| | | او أسابيع مضت <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; display: inline-block;"></div> | X9c | |

| التغذية | | | | |
|--|--|--|-----------|---------------------------|
| الأسئلة التالية تتعلق بالخضروات والفواكه التي غالباً ما تتناولها لدى هنا نماذج كاملة لبعض الخضروات والفواكه . كل صورة تمثل حجم الحصة المتناولة من هذه الأمثلة. | | | | |
| الأسئلة | الاستجابة | الترميز | الملاحظات | |
| 51 | خلال الأسبوع العادي كم يوماً تتناول فيه الفواكه؟ (استخدم صور توضيحية) | عدد الأيام إذا (لا أعلم) سجل 77 | D1 | إذا صفر أذهب الى 53 |
| 52 | كم حصة فواكه تتناول في يوم واحد من هذه الأيام ؟ (استخدم صور توضيحية) | عدد الحصص إذا (لا أعلم) سجل 77 | D2 | |
| 53 | خلال الأسبوع العادي كم يوماً تتناول فيه الخضروات؟ (استخدم صور توضيحية) | عدد الأيام إذا (لا أعلم) سجل 77 | D3 | إذا صفر أذهب الى 55 |
| 54 | كم حصة خضروات تتناول في يوم واحد من هذه الأيام ؟ (استخدم صور توضيحية) | عدد الحصص إذا (لا أعلم) سجل 77 | D4 | |
| 55 | كم مرة تضيف الملح او الصاوص المملح او تنبيلة سلطة قبل او اثناء تناول الطعام (اختر واحدة فقط) (دائما 7 غالبا 3 - 6 ايام في الاسبوع احيانا 1 - 2 ايام في الاسبوع نادرا اقل من 1 في الاسبوع) | دائما 1 غالبا 2 احيانا 3 نادرا 4 ابدا 5 لا أعلم 77 | D5 | |
| 56 | كم مرة تتناول اغذية مصنعة عالية الملوحة (معلبة، مخللات)؟ (اختر واحدة فقط) (دائما 7 غالبا 3 - 6 ايام في الاسبوع احيانا 1 - 2 ايام في الاسبوع نادرا اقل من 1 في الاسبوع) | دائما 1 غالبا 2 احيانا 3 نادرا 4 ابدا 5 لا أعلم 77 | D7 | |
| 75 | حسب تقديرك كم كمية الملح او الصاوص المملح الذي تتناولها؟ (اختر واحدة فقط) | كثيرة جدا 1 كثيرة 2 مناسبة 3 قليلة 4 قليلة جدا 5 لا أعلم 77 | D8 | |

| | | | | | |
|--|--------------|----|-------------------------------|---|----|
| | D12 | 1 | زيت نباتي | ما نوع الزيت أو الدهن الذي تستخدمه غالباً في تحضير الوجبات في المنزل؟ (اختر اجابة واحدة) | 58 |
| | | 2 | سمن حيواني | | |
| | | 3 | زبدة او سمن | | |
| | | 4 | مارجرين | | |
| | | 5 | اخرى | | |
| | | 6 | غير محدد | | |
| | | 7 | لا استخدم زيت | | |
| | | 77 | لا اعلم | | |
| | D12 other | | اذا اخرى تكتب | | |
| | D13 | ١١ | عدد الوجبات لا اعلم 77 | كمعدل، كم عدد الوجبات التي تتناولها في الاسبوع غير معدة في المنزل ؟ (المقصود بالوجبة افطار، غداء، عشاء) | 59 |

النشاط البدني

والآن سوف أسألك عن الوقت الذي تمضيه بممارسة أنواع مختلفة من النشاط البدني التي تؤيدها في الاسبوع العادي .أرجو الإجابة على هذه الأسئلة حتى لو لم تكن رياضياً .فكر أولاً بالوقت الذي تمضيه في العمل . أكان بإجرة أو بدون إجرة، أعمال منزلية، حصاد أو صيد . (أدخل أمثلة أخرى إذا دعت الحاجة) في حالة الإجابة على الاسئلة التالية يمكن تعريف الاعمال التي تتطلب الجهد الشاق على انها الاعمال التي تسبب زيادة كبيرة في التنفس اوتسارع ضربات القلب والتعرق وعدم القدرة على الكلام والاعمال التي تتطلب الجهد المتوسط على انها التي تسبب زيادة بسيطة في التنفس وتسارع ضربات القلب

| الأسئلة | | الاستجابة | | الترميز | | الملاحظات | |
|--|---|--------------|--------|----------|--------------------|-----------|--|
| النشاط البدني في محيط العمل | | | | | | | |
| 60 | هل يشمل عملك نشاطاً شاقاً يسبب زيادة كبيرة في التنفس وتسارع ضربات القلب والتعرق وعدم القدرة على الكلام مثل (رفع الاحمال الثقيلة، الحفر، العمل في البناء) لمدة عشرة دقائق متواصلة على الأقل؟ | نعم لا | 1 2 | P1 | إذا لا اذهب الى 63 | | |
| 61 | في الأسبوع العادي، كم يوماً تمارس النشاط الشاق كجزء من عملك؟ | عدد الايام | □ | P2 | | | |
| 62 | كم من الوقت تستغرق لانجاز هذا النشاط الشاق كجزء من عملك في اليوم العادي ؟ | ساعة : دقيقة | □ : □ | P3 (a-b) | | | |
| 63 | هل يشمل عملك نشاطاً متوسط الشدة الذي يسبب زيادة بسيطة في التنفس وضربات القلب مثل (المشي السريع او حمل أشياء خفيفة الوزن لمدة عشر دقائق متواصلة على الأقل؟ | نعم لا | 1 2 | P4 | إذا لا اذهب الى 66 | | |
| 64 | في الأسبوع العادي، كم يوماً تمارس النشاط متوسط الشدة كجزء من عملك؟ | عدد الايام | □ | P5 | | | |
| 65 | كم من الوقت تستغرق لأنجاز هذا النشاط متوسط الشدة كجزء من عملك في اليوم العادي ؟ | ساعة : دقيقة | □ : □ | P6 (a-b) | | | |
| انشطة بدنية لها علاقة بالتنقل من مكان الى اخر: | | | | | | | |
| الاسئلة التالية ليس لها علاقة بالنشاط البدني داخل محيط العمل ، أود أن أسألك الان عن طريقة تنقلك من و إلى أماكن إعتيادية مثلاً إلى عملك، للتسوق، للصلاة. (أدخل بعض الأمثلة إذا لزم الأمر) | | | | | | | |
| 66 | هل تسير على الأقدام أو تستخدم الدراجة الهوائية الى أماكن معينة لمدة عشر دقائق متواصلة على الأقل؟ | نعم لا | 1 2 | P7 | إذا لا اذهب الى 69 | | |
| 67 | في الأسبوع العادي، كم يوماً تسير على الأقدام أو تستخدم الدراجة الهوائية للتنقل من وإلى أماكن معينة لمدة عشر دقائق متواصلة على الأقل؟ | عدد الايام | □ | P8 | | | |

| | | | |
|----|---|--------------|----------|
| 68 | كم تستغرق من الوقت للتنقل سيراً على الأقدام أو بالدراجة الهوائية في اليوم العادي؟ | ساعة : دقيقة | P9 (a-b) |
|----|---|--------------|----------|

| أنشطة ترفيهية لا تتعلق بالعمل | | | | |
|---|--|--------------|--------|----------------------------|
| الأسئلة التالية تسأل عن النشاطات التي تقوم بها خلال وقت الفراغ و الترفيه مثلاً الرياضة أو الإستجمام. لا نتحدث عن الأنشطة البدنية المتعلقة بالعمل أو بالتنقلات. (أدخل بعض الأمثلة إذا لزم الأمر) | | | | |
| الأسئلة | الاستجابة | الترميز | | |
| 69 | هل تمارس في وقت الفراغ أي نشاط شاق سواء كان للرياضة أو اللياقة البدنية والنشاط الترفيهي الذي يسبب زيادة كبيرة في التنفس و عدد ضربات القلب والتعرق وعدم القدرة على الكلام مثل (الجرى أو كرة القدم) لمدة عشرة دقائق متواصلة؟ استخدم الأمثلة و النماذج التوضيحية | نعم لا | 1 2 | P10 إذا لا اذهب الى س72 |
| 70 | في الأسبوع العادي، كم يوماً تمارس نشاطاً شاقاً خلال وقت الفراغ؟ | عدد الايام | 1 | P11 |
| 71 | كم من الوقت تستغرق في ممارسة هذا النشاط الشاق في اليوم العادي ؟ | ساعة : دقيقة | 1 2 | P12 (a-b) |
| 27 | هل تمارس في وقت الفراغ أي نشاط متوسط الشدة الذي يسبب زيادة بسيطة في التنفس ونبضات القلب مثل (المشي السريع ، ركوب دراجة أو حمل أشياء خفيفة الوزن، السباحة) لمدة عشر دقائق على الأقل؟ استخدم الأمثلة والنماذج التوضيحية | نعم لا | 1 2 | P13 إذا لا اذهب الى س75 |
| 37 | في الأسبوع العادي، كم يوماً تمارس نشاطاً متوسط الشدة خلال وقت الفراغ؟ | عدد الايام | 1 | P14 |
| 47 | كم من الوقت تستغرق في ممارسة هذا النشاط متوسط الشدة في اليوم العادي ؟ | ساعة : دقيقة | 1 2 | P15 (a-b) |

| سلوكيات الخمول البدني |
|--|
| الأسئلة التالية تتعلق بوضع الجلوس أو الإستلقاء عند العمل أو في البيت والذهاب من وإلى بعض الأماكن مع الاصدقاء وهي تشمل الوقت المنقضي في الجلوس ، التنقل والسفر بالسيارة ، الباص ، القطار ، القراءة ، أو مشاهدة التلفزيون أو الحاسبة لكن لا تشمل اوقات النوم |

| | | | |
|----|---|--------------|--------------|
| 75 | كم من الوقت تمضيه عادة جالساً أو مستلقياً في اليوم العادي ؟ (أمثلة: مشاهدة التلفزيون أو الحاسبة أو عمل مكتبي أو خلال التنقل بالسيارة) | ساعة : دقيقة | P16 (a-b) |
|----|---|--------------|--------------|

| تاريخ ارتفاع ضغط الدم | | | | |
|-----------------------|---|--|-----------|----------------------|
| الأسئلة | الاستجابة | الترميز | الملاحظات | |
| 67 | هل سبق ان تم قياس ضغط دمك من قبل طبيب او ملاك صحي؟ | 1 نعم 2 لا 3 لم اراجع | H1 | اذا لا اذهب الى س 83 |
| 77 | هل سبق ان أخبرك الطبيب أو الملاك الصحي أن لديك ضغط دم عالي أو أنك مصاب بارتفاع ضغط الدم؟ | 1 نعم 2 لا | H2a | اذا لا اذهب الى س 83 |
| 78 | هل تم اخبارك بذلك خلال الاثني عشر شهرا الماضية؟ | 1 نعم 2 لا | H2b | |
| 79 | اين تم اكتشاف حالتك لأول مرة من قبل طبيب او ملاك صحي؟ (اختر واحدة فقط) | 1 مركز صحي 2 مستشفى حكومي 3 عيادة خاصة/ مستشفى خاص 4 عيادة طبية شعبية 5 صيدلية 6 ملاك صحي 7 اخرى | X10 | |
| 80 | هل تناولت أدوية وصفها لك الطبيب او الملاك الصحي لارتفاع ضغط الدم خلال الأسبوعين الأخيرين؟ | 1 نعم 2 لا | H3 | |
| 81 | هل سبق لك ان قابلت معالج في طب الاعشاب لمعالجة ضغط الدم العالي أو ارتفاع ضغط الدم؟ | 1 نعم 2 لا | H4 | |
| 82 | هل تتناول حالياً أي من علاجات الأعشاب أو من العلاج الشعبي او غيرها لإرتفاع ضغط الدم؟ | 1 نعم 2 لا | H5 | |

| تاريخ السكري | | | | |
|--------------|---|---------------|-----------|----------------------|
| الأسئلة | الاستجابة | الترميز | الملاحظات | |
| 83 | هل سبق ان تم لك قياس نسبة السكر في الدم من قبل طبيب او ملاك صحي او مختبري ؟ | 1 نعم 2 لا | H6 | اذا لا اذهب الى س 91 |

| | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|------|----------------------|
| | | 3 | لم اراجع | | |
| 84 | هل سبق ان أخبرك الطبيب أو الملاك الصحي بأن لديك ارتفاع بنسبة السكر في الدم أو أنك مصاب بالسكري ؟ | 1 | نعم | H7a | اذا لا اذهب الى س 91 |
| | | 2 | لا | | |
| 85 | هل تم اخبارك بذلك خلال الاثني عشر شهرا الماضية؟ | 1 | نعم | H7b | |
| | | 2 | لا | | |
| 86 | اين تم اكتشاف حالتك لأول مرة من قبل الطبيب او الملاك الصحي او المختبري؟ (اختر واحدة فقط) | 1 | مركز صحي | X11 | |
| | | 2 | مستشفى حكومي | | |
| | | 3 | عيادة خاصة/ مستشفى خاص/ مختبر خاص | | |
| | | 4 | عيادة طبية شعبية | | |
| | | 5 | صيدلية | | |
| | | 6 | ملاك صحي | | |
| | | 7 | اخرى | | |
| 87 | هل تناولت أدوية وصفت لك من قبل الطبيب أو الملاك الصحي لعلاج السكري خلال الأسبوعين الأخيرين؟ (حبوب) | 1 | نعم | H8 | |
| | | 2 | لا | | |
| 88 | هل تستخدم حالياً الانسولين لعلاج السكري حسب وصفة الطبيب أو الملاك الصحي؟ | 1 | نعم | 9H | |
| | | 2 | لا | | |
| 89 | هل سبق لك ان راجعت معالجا في طب الاعشاب لمعالجة السكري؟ | 1 | نعم | 10H | |
| | | 2 | لا | | |
| 90 | هل تتناول حالياً أي من علاجات الأعشاب أو العلاج الشعبي او غيرها للسكري ؟ | 1 | نعم | 1H1 | |
| | | 2 | لا | | |
| تاريخ ارتفاع الدهون (الكوليسترول): | | | | | |
| 19 | هل سبق ان تم لك قياس نسبة الدهون في الدم من قبل طبيب او ملاك صحي او مختبري ؟ | 1 | نعم | H12 | اذا لا اذهب الى س 97 |
| | | 2 | لا | | |
| 29 | هل سبق ان أخبرك الطبيب أو الملاك الصحي بأن لديك اختلال بنسبة الدهون في الدم ؟ | 1 | نعم | H13A | اذا لا اذهب الى س 97 |
| | | 2 | لا | | |
| 39 | هل تم اخبارك بذلك خلال الاثني عشر شهرا الماضية؟ | 1 | نعم | H13b | |
| | | 2 | لا | | |
| 49 | هل تناولت أدوية وصفت لك من قبل الطبيب أو الملاك الصحي لعلاج ارتفاع الدهون خلال الأسبوعين الأخيرين؟ | 1 | نعم | H14 | |
| | | 2 | لا | | |
| 59 | هل سبق لك ان راجعت معالجا في طب الاعشاب لمعالجةالدهون؟ | 1 | نعم | H15 | |
| | | 2 | لا | | |
| 96 | هل تتناول حالياً أي من علاجات الأعشاب أو العلاج الشعبي او غيرها للدهون ؟ | 1 | نعم | H16 | |
| | | 2 | لا | | |
| تاريخ امراض القلب والاوعية الدموية: | | | | | |

| | | | | |
|----|--|---------------|-----|----------------------|
| 97 | هل اصبت بنوبة قلبية او دماغية (التشخيص من جهة طبية معتمدة مع وجود تقارير طبية)؟ | 1 نعم 2 لا | H17 | اذا لا اذهب الى س100 |
| 98 | هل تتناول حاليا اسبرين بانتظام للوقاية او علاج امراض القلب؟ | 1 نعم 2 لا | H18 | |
| 99 | هل تتناول حاليا ستاتين (علاج اختلال الدهون في الدم) بانتظام للوقاية او علاج امراض القلب؟ | 1 نعم 2 لا | H19 | |

| الامراض غير الانتقالية المزمنة الاخرى: | | | | |
|--|---|--|-----|----------------------------|
| 100 | هل سبق ان تم تشخيص اصابتك بأحد الامراض التالية ؟ (التشخيص من جهة طبية معتمدة مع وجود تقارير طبية)؟ (بالامكان اختيار اكثر من جواب) | 1 الربو | X12 | اذا لا ينطبق اذهب الى س102 |
| | | 2 الصرع | | |
| | | 3 الكآبة | | |
| | | 4 القلق | | |
| | | 77 لا اعلم اخرى تذكر | | |
| 110 | اين تم اكتشاف حالتك لأول مرة؟ (اختر واحدة فقط) | 1 مركز صحي 2 مستشفى حكومي 3 عيادة خاصة/ مستشفى خاص 4 عيادة طبية شعبية 5 اخرى | X13 | |

| نصائح حول انماط الحياة: | | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|------|--|
| 021 | خلال الثلاث سنوات الماضية هل تلقيت نصيحة من طبيب او ملاك صحي حول المواضيع التالية؟ | | | |
| | الاقلاع عن التدخين او عدم التدخين | 1 نعم 2 لا 3 لم اراجع | H20a | |
| | تقليل الملح في الطعام | 1 نعم 2 لا 3 لم اراجع | H20b | |
| | تناول 5 حصص فاكهة وخضروات يوميا على الاقل | 1 نعم 2 لا | H20c | |

| | | | | | |
|--|------|---|----------|---------------------------------------|--|
| | | 3 | لم اراجع | | |
| | H20d | 1 | نعم | تقليل الدهون في الطعام | |
| | | 2 | لا | | |
| | | 3 | لم اراجع | | |
| | H20e | 1 | نعم | زيادة النشاط البدني | |
| | | 2 | لا | | |
| | | 3 | لم اراجع | | |
| | H20f | 1 | نعم | الحفاظ على الوزن الصحي او فقدان الوزن | |
| | | 2 | لا | | |
| | | 3 | لم اراجع | | |

| | | | | التحري عن الأورام والأمراض السرطانية | |
|-----|---|--------|---|--|-----------------------|
| | | | | اورام الثدي (للنساء المبحوثات 18 سنة فأكثر): | |
| 103 | هل تم تدريبك على اجراء الفحص الذاتي للثدي | 1 2 | نعم لا | X14 | |
| 104 | هل تقومين باجراء الفحص الذاتي للثدي؟ | 1 | بصورة منتظمة (شهريا) | X15 | |
| | | 2 | بصورة غير منتظمة | | |
| | | 3 | لا اقوم باجراء الفحص | | |
| 105 | هل سبق ان تم لك اجراء فحص الثدي السريري | 1 2 | نعم لا | X16a | اذا لا اذهب الى س 108 |
| 610 | اذا كانت الاجابة نعم موقع اجراء الفحص ؟ | 1 | مركز صحي | X16b | |
| | | 2 | عيادة فحص الثدي في المستشفى | | |
| | | 3 | عيادة خاصة | | |
| 107 | هل تم اجراء الفحوصات الاتية لك؟ (بالامكان اختيار اكثر من جواب) | 1 | الفحص الشعاعي للثدي (Mammograph) | X16c | |
| | | 2 | فحص الامواج فوق الصوتية (Ultrasound) | | |
| | | 3 | الرشف بالابرة الدقيقة FNA | | |
| | سرطان عنق الرحم (للنساء المبحوثات المتزوجات حاليا او سابقا) | | | | |
| 108 | هل لديك معلومات عن الكشف المبكر لسرطان عنق الرحم؟ | 1 2 | نعم لا | X17 | |
| 109 | هل سبق ان تم لك فحص عنق الرحم ؟ | 1 2 | نعم لا | CX1 | اذا لا اذهب الى س112 |
| 110 | اذا كانت الاجابة نعم، ما سبب ذلك ؟ (اختيار واحد) | 1 | فحص دوري لعنق الرحم | X18 | |
| | | 2 | وجود اعراض او علامات مرضية | | |

| | | | | |
|---|--|---|------------------------|------|
| 111 | اين تم اخذ اللطاخة ؟ | 1 | مركز صحي | X19 |
| | | 2 | مستشفى حكومي | |
| | | 3 | عيادة خاصة/ مستشفى خاص | |
| | | 4 | مختبر | |
| الصحة العينية | | | | |
| 112 | هل قمت باجراء فحص العين خلال 12 شهرا الماضية | 1 | نعم | 02X |
| | | 2 | لا | |
| صحة الكبار (للمبحوث للاعمار 60 سنة فاكثر) | | | | |
| 113 | هل تعرضت للسقوط خلال 12 شهرا الماضية | 1 | نعم | 1a2X |
| | | 2 | لا | |
| 114 | هل تحتاج الى مساعدة الاخرين في (تناول الطعام والشراب، الحركة، ارتداء الملابس، الاستحمام، اخذ الدواء) | 1 | نعم | 1b2X |
| | | 2 | لا | |

| | | | |
|---------------|---|---|-------------------|
| الصحة النفسية | | | |
| 115 | هل سبق وان تعرضت خلال(12) شهر الماضية الى العنف؟ | 1 | نعم |
| | | 2 | لا |
| 116 | ماذا كان نوع العنف؟ (بلا مكان اختيار اكثر من جواب) | 1 | لفظي ونفسي |
| | | 2 | جسدي |
| | | 3 | اخرى |
| 117 | هل تعرضت الى حادث صدمي به تهديد استثنائي على حياتك او على اشخاص مقربين اليك ؟ | 1 | نعم |
| | | 2 | لا |
| 118 | اذا كان الجواب نعم، هل تعاني ايا من الاعراض التالية؟ استنكار ومعاشة لحظات الصدمة تجنب الاشياء والمواقف التي تذكرك بالحادث الصدمي الاستثارة بشكل دائم (الجلطة) نوبات من الذعر أو العدوانية غير مبررة ترجع في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية | 1 | نعم |
| | | 2 | لا |
| 119 | هل تعتقد ان حالتك النفسية جيدة؟ | 1 | نعم |
| | | 2 | لا |
| 120 | اذا لا هل راجعت لطلب المساعدة؟ | 1 | نعم |
| | | 2 | لا |
| 121 | اين راجعت لطلب المساعدة؟ (بلا مكان اختيار اكثر من جواب) | 1 | المركز الصحي |
| | | 2 | المستشفى |
| | | 3 | عيادة خاصة |
| | | 4 | اخرى |
| | ما هو سبب عدم مراجعتك لطلب المساعدة ؟ | 1 | الوصمة الاجتماعية |

| | | | |
|-----|--|--|------|
| 122 | (بإمكان اختيار أكثر من جواب) | 2 عدم الاعتقاد بالشفاء 3 العلاج يسبب الادمان 4 الاعتقاد بجهات أخرى 5 سبب مادي 6 أخرى | |
| 123 | هل حاولت الانتحار خلال (12) شهر الماضية؟ | 1 نعم 2 لا | MH5 |
| 124 | هل حاول احد افراد العائلة على الانتحار خلال (12) شهر الماضية؟ | 1 نعم 2 لا | MH9 |
| 125 | هل توفي احد افراد العائلة جراء محاولته الانتحار خلال (12) شهر الماضية؟ | 1 نعم 2 لا | MH10 |

الخطوة الثانية: المقاييس البدنية

| قياس ضغط الدم (الوسط) | | | |
|---|---|---------------------------|--------------|
| 126 | رقم الباحث الميداني (رقم الفريق) | | M1 |
| 127 | رمز جهاز قياس الضغط | | M2 |
| 128 | قياس عرض رباط جهاز الضغط المستعمل | 1 صغير 2 وسط 3 كبير | M3 |
| 129 | قراءة أولى | الضغط الانقباضي (مم زئبق) | M4a |
| | | الضغط الانبساطي (مم زئبق) | M4b |
| 130 | قراءة ثانية | الضغط الانقباضي (مم زئبق) | M5a |
| | | الضغط الانبساطي (مم زئبق) | M5b |
| 131 | قراءة ثالثة | الضغط الانقباضي (مم زئبق) | M6a |
| | | الضغط الانبساطي (مم زئبق) | M6b |
| 132 | خلال الاسبوعين السابقين هل تناولت علاجاً بالأدوية لارتفاع ضغط الدم وصفه الطبيب أو الملاك الصحي؟ | 1 نعم 2 لا | M7 |
| الطول و الوزن (الوسط) (تستثنى المعاقون والنساء الحوامل) | | الاستجابة | الترميز |
| 133 | لنساء فقط: هل انت حامل؟ | 1 نعم 2 لا | M8 |
| 134 | رقم الباحث الميداني | | M9 |
| 135 | رمز جهاز الطول و الوزن | الطول الوزن | M10a M10b |
| 136 | طول الشخص المشترك في حال الطول الزائد عن المقياس ادخل رمز 666.6 | الطول (سم) | M11 |

| | | | |
|---|--------------|---|-----|
| M12 | الوزن (كغم) | وزن الشخص المشترك فى حال الوزن الزائد عن المقياس ادخل رمز 666.6 | 137 |
| الخصر (الوسط) (يستثنى المعاقون والنساء الحوامل) | | | |
| M13 | | رمز مقياس الخصر | 138 |
| M14 | المقياس (سم) | محيط الخصر | 139 |

| فحص حدة البصر | | | |
|---------------|---|------------------------|-----------------------------|
| X25 | 1 | بعيونات طبية | هل تم الفحص |
| | 2 | بدون عيونات طبية | |
| | 1 | طبيعي / 18 6 | درجة حدة البصر للعين اليمنى |
| | 2 | ضعف بصر 6 / 60 | |
| | 3 | ضعف بصر شديد 3 / 60 | |
| | 4 | اعمى | |
| | 1 | طبيعي 18/6 | درجة حدة البصر للعين اليسرى |
| | 2 | ضعف بصر 6/ 60 | |
| | 3 | ضعف بصر شديد 60 / 3 | |
| | 4 | اعمى | |

| الخطوة الثالثة: التحاليل المختبرية | | | |
|------------------------------------|---------------------|---|-----|
| الترميز | الاستجابة | السكر في الدم | |
| B1 | 1 نعم 2 لا | خلال ال 12 ساعة الماضية هل أكلت أو شربت شيئاً غير الماء ؟ | 143 |
| B2 | | رمز المختبري (في المختبر) | 414 |
| B3 | | رمز جهاز المختبر | 514 |
| B4 | ص : م ساعة دقيقة | وقت سحب عينة الدم (12 ساعة) | 614 |
| B5 | ملغم/ 100مل | نسبة السكر في الدم في حالة الصوم | 714 |
| B6 | 1 نعم 2 لا | اليوم هل أخذت أنسولين أو أي علاج وصفه لك الطبيب او الملاك الصحي لخفض نسبة السكر بالدم؟ | 814 |

| الدهون في الدم | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|--|-----|
| B7 | ١١ | رمز جهاز المختبر | 914 |
| B8 | ١١. ١١١ 100مل / ملغم | الدهون الكلي (الكوليستيرول) | 501 |
| B16 | ١١. ١١١ 100مل / ملغم | الدهون الثلاثية | 511 |
| B17 | ١١. ١١١ 100مل / ملغم | الدهون ذات الكثافة العالية | 215 |
| X26 | ١١. ١١١ 100مل / ملغم | الدهون ذات الكثافة الواطئة | 315 |
| B9 | 1 نعم 2 لا | خلال الأسبوعين السابقين هل أخذت أي علاج وصفه لك الطبيب أو الملاك الصحي لخفض الكوليستيرول بالدم | 415 |
| نسبة الصوديوم والكرياتنين في الإدرار | | | |
| B10 | 1 نعم 2 لا | هل كنت صائما قبل جمع الإدرار؟ | 515 |
| B11 | ١١١ | رمز المختبري (في المختبر) | 615 |
| B12 | ١١ | رمز جهاز المختبر | 715 |
| B13 | ١١ : ١١ ص م ساعة دقيقة | وقت جمع عينة الإدرار (12 ساعة) | 815 |
| B14 | ١١. ١١١ ل / م مول | نسبة الصوديوم في الإدرار | 915 |
| B15 | ١١. ١١١ ل / م مول | نسبة الكرياتنين في الإدرار | 601 |