**دراسة الوضع الصحي والإجتماعي والبيئي في منطقة أبو نصير**

**للعام الجامعي 2015/2016**

**إستبيان رقم :...........................**

1. **العمر :**......................................
2. **الوزن التقريبي/كغم** :.............................
3. **الطول التقريبي/سم** :................................
4. **العمر عند الزواج** :............................
5. **المستوى الأكاديمي للأم** : أ. أمي ب. أساسي ج.ثانوية عامة د.جامعي
6. **المستوى الأكاديمي للأب**: أ. أمي ب. أساسي ج.ثانوية عامة د.جامعي
7. **الدخل الشهري الأسري**: 200 فما دون 201-400 401-700 701 فما فوق
8. **هل انت عاملة** : نعم لا
9. **عدد مرات الحمل ( حمل كامل / إجهاض)** ......../..........
10. **غالباً ما سبب زيارتك لمراكز الرعاية الصحية ؟ أ. سبب مرضي (أي عند ظهور أعراض مرض) ب. سبب غير مرضي (أي لعمل الفحوصات الدورية)**
11. **إذا كنت تذهبين لسبب مرضي ، أي من الأمراض التالية هي السبب الرئيسي (إجابة واحدة فقط) ؟ أ. أمراض القلب ب. ضغط الدم ج. السكري د. أمراض متعلقة بالجهاز التنفسي (أمراض صدرية) ه. أخرى : (حددي)**
12. **إذا كنت تذهبين فقط لسبب مرضي ، ما هو سبب عدم ذهابك لعمل فحوصات دورية ؟ أ. الجانب الاقتصادي / لا يوجد تأمين صحي ب. لا أحب ذلك ج. أخاف من النتيجة د. أرى ذلك غير مهم أو مضيعة للوقت ه. أخرى : (حددي)**
13. **إذا كنت تذهبين لسبب غير مرضي ، ما هي أسباب الزيارة ؟ أ. عيادة رعاية الحامل ب.عيادة الرعاية الصحية الأولية ج. عيادة تنظيم الأسرة د. عمل فحوصات دورية ه. أخرى : أذكرها**
14. **كم كان عمرك عند الولادة الأولى ؟**
15. أقل من 20 سنة
16. 20-24

ج. 25-29

د. 30-34

ه. 35فما فوق

و. لايوجد ولادات سابقة

15. **كم هو معدل فترات المباعدة بين الولادات إذا كان يوجد ولادتين على الأقل ؟**

 أ. سنة ب. سنتان ج. 3 سنوات د. 4 سنوات هـ. 5 سنوات فما فوق

16. **هل تستخدمين حالياً أية وسيلة لتنظيم النسل؟**

 أ. نعم ب. لا (أذهب للسؤال رقم 19)

17. **في حال نعم ، ماهي الوسيلة المستخدمة حالياً؟**

 أ. العزل ب. الإمتناع الدوري ( النظم) ج. الرضاعة الطبيعية د.لولب

هـ. حبوب منع الحمل و. حقن منع الحمل س. كبسولة مزروع تحت الجلد ح. عملية جراحية

18**. كيف تعرفت على برنامج تنظيم الأسرة :**

أ. الراديو

ب. التلفاز

ج. من المجتمع (جيران ، أصدقاء)

د. الوسائظ المطبوعة (جرائد ، أصدقاء)

ه. من عامل مختص في المجال الطبي 1.طبيب 2.ممرضة أو قابلة

19. **هل تعلمين ان على السيدة الحامل زيارة الطبيب بشكل منتظم خلال فترة الحمل؟**

أ. نعم ب. لا

20. **هل قمت بزيارة الطبيب خلال فترة الحمل (إذا كان لديها حمل سابق) ؟**

أ. نعم ب. لا

21. **في حالة الإجابة "لا"، ماهو العائق الرئيسي لعدم زبارتك؟**

أ. أسباب مادية

ب. بعد المركز أو صعوبة المواصلات

ج. فترات الإنتظار الطويلة قبل لقاء الطبيب

د. أسباب أخرى ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

22. **أين قمت بتلقي الرعاية خلال فترة الحمل إذا كان لديها حمل سابق ؟**

أ. عيادة المستشفى

ب. مراكز الرعاية الصحية / مراكز رعاية الأمومة والطفولة

ج. عبادة خاصة

23. هل أصبت بأعراض إكتئاب ما بعد الولادة (إذا كان لديها ولادة سابقة

أ. نعم ب. لا (إنتقل للسؤال رقم 26)

24. ما هي الأسباب التي تعتقدين أنها أدت إلى ذلك

أ. مولود انثى

ب. ولادة قيصرية

ج. أسباب إقتصادية

د. أسباب أخرى (حددي)

25. ما هي الأعراض التي كنت تعانين منها ؟

أ. كره المولود وعدم تقبله

ب. الأرق وقلة النوم

ج. فقدان الشهية

د. أخرى (حددي)

26. **هل قمت بتحصين ( تطعيم ) طفلك ضد الأمراض السارية (إذا كان لديك أطفال) ؟**

أ. نعم، محصن بشكل كامل ب. نعم، لكن بشكل جزئي( لم يأخذ بعض المطاعيم) ج. كلا

27. **في حال عدم تزويد طفلك بكافة أو جميع المطاعيم، ماهي الأسباب؟**

أ. لا أعلم

ب. أخاف على طفلي من الآثار الجانبية للقاحات

ج. مكان التطعيم بعيد جداً، لا أستطيع الوصول إليه

د. لا أعلم مكان أو وقت التطعيم

هـ. طفلي مصاب بمرض مزمن ، لا أستطيع اخذه لتزويدة باللقاحات

و. يوجد صعوبات بالحصول على اللقاحات

س. لا يوجد كادر مؤهل لتزويد طفلي باللقاح

ح. أسباب أخرى (حددي)

28. **ماهو العامل الذي شجعك على تزويد طفلك باللقاحات ( المطاعيم) ضد الأمراض السارية؟**

أ. الإعلام الحكومي والخاص

ب. العائلة والأقرباء

ج. الأصدقاء والجيران

د. مراكز الرعاية الصحية

هـ. مصدر آخر

29. هل تدخنين :

أ. نعم ب. لا (انتقل إلى السؤال رقم 33)

30. كم سيجارة تدخني يومياً

أ. أقل من خمسة ب. (6-10) ج. (11-15) د. (16-20) ه. (21-25) و. أكثر

31. هل تدخن داخل المنزل ؟

أ. دائماً ب. غالباً ج. أحياناً د. نادراً ه. أبداً

32. متى بدأت بالتدخين بالسنوات ؟

أ. (1-10) ب. (11-16) ج.(17-21) د. فوق 21

33. أي من الأمراض تعتقدين أن التدخين من العوامل المسببة له ؟

أ. سرطان المثانة

ب. سرطان الرئة

ج. الأمراض التنفيسة

د. سرطان القولون

34. هل يعاني أحد من أطفالك أو أكثر من أمراض الجهاز التنفسي ؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فكم عددهم ؟

أ. نعم العدد :ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

ب. لا

35. كيف تتعاملين مع الطفل المصاب بأعراض الأمراض التنفيسة ؟

أ. التوجه به للطبيب

ب. استخدام جهاز البخار (تبخيرة)

ج. ترك الطفل حتى يرتاح وتخف الأعراض

د. الذهاب للصيدلية وشراء مضادات حيوية

ه. أخرى : ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

36. برأيك في أي موسم تزداد نسبة أمراض الجهاز التنفسي لدى الأطفال ؟

أ. الربيع

ب. الصيف

ج. الخريف

د. الشتاء

37. برأيك ما هي الأسباب التي تؤدي للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي عند الأطفال ؟

أ. أمراض وراثية

ب. الأطفال أصحاب العيوب الخلقية

ج. حديثي الولاد ة لعدم اكتمال الجهاز المناعي

د. أطفال بعض المتلازمات مثل متلازمة داون

ه. وزن الطفل عن الولادة أقل من الوزن الطبيعي

و. اخرى : ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

38. **هل سمعت عن الفحص الذاتي للثدي ؟**

أ. نعم ب. لا

39. **هل سبق أن قمتي بالفحص الذاتي للثدي )**

أ. نعم ب. لا

40.هل سمعتي عن فحص الثدي بالأشعة (المامو غرام)؟

أ. نعم ب. لا

41. وهل سبق أن قمتي بالفحص الذاتي بالأشعة ؟

1. نعم ب. لا

**42خلال الأثنى عشر شهراً الماضية هل تعرضت انت أو أحد أفراد عائلتك لحادث أو إصابة في المنزل ؟**

1. نعم ب. لا (انتقل للسؤال رقم 48)
2. **هل كان هذا الحادث :**

أ.طعن

ب.عضة حيوان

1. وقوع سقوط من مكان عالي
2. صعقة كهربائية

 هـ.غرق

1. حرق
2. ضرب من قبل شخص أو استعمال اداة بغرض الإيذاء
3. تسمم
4. جروح وخدوش
5. غير ذلك حدد
6. **هل نتج عن الحادث المنزلي :-**

**إعاقة**

1. نعم ب.لا

 **موت**

1. نعم ب. لا
2. **هل كان الحادث أو الإيذاء :-**
3. مفتعل من قبل شخص أخر (مقصود)
4. حدث بالصدفة (غير مقصود)
5. كان بقصد إيذاء الذات
6. **هل كان المصاب بالحادث المنزلي عمره 18 عاماً أو أقل**
7. نعم ب. لا
8. **كيف تمت العناية بالمصاب**

أ. تم إسعافه بالمنزل

1. طلبت المساعدة من المركز الصحي
2. المستشفى
3. الصيدلية

 هـ. آخرى (حددي)

48. **هل تعانين من إرتفاع ضغط الدم ؟**

أ. نعم ب. لا

49. **هل تتناولي أي أدوية لأرتفاغ ضغط الدم ؟**

أ. نعم ب. لا

50. هل تواظبي على العلاج ؟

أ. نعم ب. لا

51. في حالة لا لماذا؟

أ- لا داعي لذلك

ب- تخسنت حالتي

ج\_ بسبب مضاعفات الدواء

1. أسباب أخرى (حددي)

52. **هل تعانين من مرض السكري ؟**

أ. نعم ب. لا

53. **هل تتناولي أي أدوية لمرض السكري ؟**

أ. نعم ب. لا

54. هل تواظبي على العلاج ؟

أ. نعم ب. لا

55. في حالة لا لماذا؟

أ- لا داعي لذلك

ب- تخسنت حالتي

ج\_ بسبب مضاعفات الدواء

1. أسباب أخرى (حددي)

65. هل يعاني أحد من أفراد أسرتك من إرتفاع ضغط الدم؟

أ. نعم (حددي) ب. لا

57. **هل يوجد أحد في العائلة لديه مرض السكري ؟**

أ. نعم (حددي) ب. لا

58. **ما الأدوية التي تستعملينها لعلاج السكري؟**

أ. حبوب ب. إبر ج\_الأعشاب (وصفات شعبية)

59. **هل أحد أفراد الأسرة يتبع نظام الحمية لمرض السكري؟**

أ. نعم ب. لا

60. **هل تتناول الوجبات بإنتظام؟**

أ. دائماً غير منتظم ب. منتظم

61. **كم وجبة رئيسية تأخذ في اليوم ؟**

أ. وجبة واحدة في اليوم ب. 2 وجبة في اليوم

ج. 3 -4 وجبة في اليوم د. 5 وجبات في اليوم

62. **كم مرة تأخذ وجبة خفيفة إضافية في اليوم ؟**

أ. 1-2 مرة في اليوم ب. 3-4 مرات في اليوم

ج. 5-6 مرات في اليوم د. نادراً

63. **هل تدخل الخضروات ضمن غذائك؟**

أ. يومياً

ب. 3-4 مرات في الأسبوع

ج. نادراً

64. **كم مرة تأخذ الفواكة في غذائك؟**

أ. يومياً ب. 3-4 مرات في الأسبوع

ج. 1-2 مرة في الأسبوع د. نادراً

65. **كم مرة تأخذ طعام مدهن ومقلي؟**

أ. يومياً ب. 3-4 مرات في الأسبوع

 ج. 1-2 مرة في الأسبوع د. نادراً

66**. هل تعتقد أن وزنك :-**

 أ . مثالي بالنسبة لطلولك

 ب. قليل بالنسبة لطولك

 ج. أكثر من المتوقع بالنسبة لطولك

**(س 67-71) هل تعتقد ان السمنة لها علاقة في التسبب بـ:.**

67. ضغط الدم

أ. نعم ب. لا

68. امراض القلب

 أ. نعم ب. لا

69. سرطان الثدي

أ. نعم ب. لا

70. السكري

أ. نعم ب. لا

71. أمراض المفاصل

أ. نعم ب. لا

72. هل تعرضت لجلطة دموية ؟

أ. لا ب. مرة واحدة ج. أكثر من مرة

73. هل تتناول أدوية لمرض القلب

أ. نعم ب. لا

74. هل تمارسين الرياضة بشكل منتظم ؟

أ. نعم ب. لا

75. إذا نعم ما نوع الرياضة التي تمارسها ؟

أ. مشي ب. سباحة ج. تمارين رياضية متنوعة د. غيرها (حددي)

76. لماذا تمارسين الرياضة

أ. طلب منك من قبل الطبيب

ب. تجدينها صحية ومفيدة .

ج. هواية

77. هل سمعت عن مرض التوحد ؟

أ. نعم ب. لا

78. من أين سمعت عنه ؟

أ. مواقع تواصل إجتماعي ب. منشورات طبية ج. التلفاز

د. من فرد من العائلة ه.لا أذكر و. غير ذلك

79. ما سبب المرض ؟ أ. إجتماعي ب. وراثي ج.المطاعيم الطبية للطفل د. ممارسات خاطئة أثناء الحمل ه.تعرض الام لمواد سامة أو أدوية أثناء الحمل و. لا أعلم

80. هل تؤيدي ضرب الطفل كنوع من التربية ؟

أ. نعم ب. لا

81. كم مرة اضطريتي لضرب طفلك لتأديبة (إذا كان لديك أطفال) ؟

أ. ولا مرة ب. مرة واحدة ج. مرتين د. أكثر من مرتين

82. كيف تري طريقة الضرب المناسبة للطفل ؟

أ. صفعة على الوجة ب. ضربة خفيفة على اليد ج. استخدام أداة حادة

83. هل تعتقدين أنه من حق الزوج أن يسيء إلى زوجتة بالضرب في حال عدم طاعتها له ؟

أ. نعم ، من حقه

ب. لا ، الاساءة ليست حقا للزوج

ج. أحياناً حسب الظروف

84. هل تعتقدين أن الشتم والتجريح موجه من الزوج إلى زوجته نوع من أنواع العنف ضد المرأة أم أنه جزء من العلاقة الزوجية الطبيعية ؟

أ. نعم ، أنه نوع من أنواع العنف ضد المرأة

ب. لا ، أنه جزء من العلاقة الزوجية الطبيعية

85. برأيك ، ما نسبة النساء المتزوجات اللواتي يتعرضن إلى الأساءة (الجسدية/اللفظية) من قبل أزواجهن في مجتمعنا؟

أ. (10%) أو أقل ب. (50%) أو أقل ج. (70%) أو أقل د. (80%) أو أكثر

86. هل تستخدم أدوية من دون أستشارة الطبيب ؟

أ. نعم ب. لا

إذا نعم ، فما هي الأسباب ؟

1. مادية
2. يعتقد أن هذه الأدوية لا تحتاج إلى إستشارة طبية

ج- يعتقد أن الدواء ل يسبب أعراض جانبية

1. الخوف أو الرهبة من الذهاب إلى الطبيب

ه- أخرى (حددي)

87. هل تلتزم بالعلاج بفترته المحدده من قبل الطبيب أم توقفه في حالة الشعور بالتحسن ؟

 أ. ألتزم ب. لا ألتزم

88. ما هي الأدوية التي تتناولها من دون استشارة الطبيب ؟

أ. المسكنات

ب. المضادات الحيوية

ج. الفيتامينات

د. موانع الحمل

ه. أدوية السعال

89. هل شعرت بالم في أحد مفاصلك من قبل "الرقبة ، أسفل الظهر ، الوركين ، الركبتين ، قاعدة الأصبع الكبير في القدم ، مفاصل القدم ، مفاصل القدم ، مفاصل اليد أو أي مفاصل أخرى "؟

أ. نعم ب. لا

90. ما هي العوامل التي ساعدت على نشوء المرض لديك ؟

أ. التقدم بالسن

ب. زيادة الوزن

ج. التعرض لإصابة في أحد المفاصل كحدوث كسور في العظام ، حادث سيارة ، التعرض لضربة قوية على المفصل الخ ....

ه. طبيعة المهن التي تستلزم تكرار إجهاد مفصل ما

و. وراثي

ز.أسباب أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

91. ماذا تفعل عادة عند التعرض لآلام المفاصل ؟

أ. تناول الأدوية والمهدئات

ب. وضع كمادات ثلج

ج. الذهاب للطبيب

د. إستخدام تمارين لعلاج الطبيعي لتقوية العضلات سواء بالمنزل أو في مراكز مختصة

ه. لبس مشدات خاصة للمفاصل

و. إزاحة المفصل

ز. أمور أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ح. لا شيء "تحمل الألم"

92. هل تقودين السيارة بنفسك؟

أ. نعم ب. لا

93. هل تستخدمين حزام الأمان ؟

أ. أبداً ب. أحياناً ج.غالباً د. دائماً

94. أسباب تجعلني أرتدي حزام الأمان بالمركبة (يجوز أكثر من إختيار) :

أ. للحفاظ على سلامتي وتقليل احتمالية الإصابة . ب.حتى لا أحصل على مخالفة

ج.أعتقد أنه آمن ، ولكني لا أرتديه د.لا أعتقد أنه مهم ، لذلك لا أرتديه

95. ما هي الأعراض التي تشعر بها بعد تعرضك لإشعاعات الأجهزة الإلكترونية (الهواتف الذكية ، الأجهزة اللوحية، التلفاز ، الكمبيوتر ، اللابتوب) عادة

أ. صداع

ب. آلام في الرقبة والظهر

ج.جفاف في العينين

د.مزاج سيء والشعور بالإحباط

ه. الكسل

و. الأرق

**دراسة الوضع الصحي والإجتماعي والبيئي في لواء عين الباشا**

**للعام الجامعي 2014/2015**

**إستبيان رقم :...........................**

1. **العمر :**......................................
2. **الوزن التقريبي**:.............................
3. **الطول التقريبي**:................................
4. **العمر عند الزواج** :............................
5. **المستوى الأكاديمي للأم** : أساسي ثانوية عامة بكالويوس دبلوم ماجستير دكتوراه
6. **المستوى الأكاديمي للأب**: أساسي ثانوية عامة بكالويوس دبلوم ماجستير دكتوراه
7. **الدخل الشهري الأسري**: 200 فما دون 201-400 401-700 701 فما فوق
8. **هل انت عاملة** : نعم لا
9. **عدد مرات الحمل ( حمل كامل / إجهاض)** ......../..........
10. **كم كان عمرك عند الولادة الأولى ؟**
11. أقل من 20 سنة
12. 20-24

ج. 25-29

د. 30-34

ه. 35فما فوق

11. **كم هو معدل فترات المباعدة بين الولادات ؟**

 أ. سنة ب. سنتان ج. 3 سنوات د. 4 سنوات هـ. 5 سنوات فما فوق

12. **هل تستخدمين حالياً أية وسيلة لتنظيم النسل؟**

 أ. نعم ب. لا

13. **في حال نعم ، ماهي الوسيلة المستخدمة حالياً؟**

 أ. العزل ب. الإمتناع الدوري ( النظم) ج. الرضاعة الطبيعية د.لولب

هـ. حبوب منع الحمل و. حقن منع الحمل س. كبسولة مزروع تحت الجلد ح. عملية جراحية

14. **في حال لا، هل لديك أية نية لإستخدام أحد وسائل تنظيم النسل في المستقبل؟**

 أ. نعم ب. لا

15. كم**كان عدد أطفالك عندما بدأت أول بإستخدام وسائل تنظيم النسل؟**

أ. طفل واحد ب. طفلان ج. 3 أطفال د. 4 أطفال هـ. 5 أطفال فما فوق

16. **هل تعلمين ان على السيدة الحامل زيارة الطبيب بشكل منتظم خلال فترة الحمل؟**

أ. نعم ب. لا

17. **هل قمت بزيارة الطبيب خلال فترة الحمل ؟**

أ. نعم ب. لا

18. **في حالة الإجابة "لا"، ماهو العائق الرئيسي لعدم زبارتك؟**

أ. أسباب مادية

ب. بعد المركز أو صعوبة المواصلات

ج. فترات الإنتظار الطويلة قبل لقاء الطبيب

د. أسباب أخرى ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

19. **في حالة الإجابة "نعم"**

 خلال زيارتك للمركز ماهي الفحوصات التي أجريت لك؟

1. الوزن
2. ضغط الدم

ج. الدم

د. البول

هـ. فحص بجهاز الموجات فوق الصوتية ( التراساوند)

20. **أين قمت بتلقي الرعاية خلال فترة الحمل ؟**

أ. عيادة المستشفى

ب. مراكز الرعاية الصحية / مراكز رعاية الأمومة والطفولة

ج. عبادة خاصة

21. **طريقة الولادة ؟**

أ. طبيعية ب. عملية جراحية

22. مكان الولادة .

أ. المستشفى ب. المنزل ج. مركز صحي

23. **مشرف الولادة ؟**

أ. طبيب عام ب. طبيب مختص ج. ممرض د. داية

24. **هل أرضعت طفلك .**

أ. نعم ب. لا

25. **في حال أرضعتيه، كم هي المدة التي كان يتغذى فيها الطفل من الرضاعة فقط؟**

أ. أقل من شهر واحد

ب. 1-أقل من 2 شهر

ج. 2-أقل من 4 أشهر

د. 4-6 أشهر

هـ. أكثر من ذلك

26. **ماهي الأغذية التي كان بتناولها طفلك كأغذية مكملة للرضاعة وكم مرة كان يتناولها؟**

أ. الزيوت والدهون والزبدة

ب. الحليب واللبن ومشتقاتهم

ج. الخضار والفواكه

د. الحبوب

هـ. اللحوم والدواجن والأسماك

27. **عدد المرات يوميا؟**

أ. مرة واحدة ب. مرتان ج.3 مرات د. 4 مرات هـ. أكثر من ذلك

28. **كم زاد وزنك تقريباً خلال فترة الحمل ؟**

أ. أقل من 8 كغم

ب. 8-أقل من 12 كغم

ج. 12-15 كغم

د. أكثر من ذلك

29. **هل قمت بمراجعة العيادة أو المركز الصحي بعد الولادة ؟**

أ. نعم ب. لا

30. **هل قمت بتحصين ( تطعيم ) طفلك ضد الأمراض السارية؟**

أ. نعم، محصن بشكل كامل ب. نعم، لكن بشكل جزئي( لم يأخذ بعض المطاعيم) ج. كلا

31. **مصدر البيانات عن حالة الطفل؟**

أ. الأم، المربية ب. بطاقة المطاعيم ج. كلاهما د. مصدر آخر

32. **في حال عدم تزويد طلفك بكافة أو جميع المطاعيم، ماهي الأسباب؟**

أ. لا أعلم

ب. أخاف على طفلي من الآثار الجانبية للقاحات

ج. مكان التطعيم بعيد جداً، لا أستطيع الوصول إليه

د. لا أعلم مكان أو وقت التطعيم

هـ. طفلي مصاب بمرض مزمن ، لا أستطيع اخذه لتزويدة باللقاحات

و. يوجد صعوبات بالحصول على اللقاحات

س. لا يوجد كادر مؤهل لتزويد طفلي باللقاح

ح. أسباب أخرى

33. **أين قمت بتطعيم طفلك ؟**

أ. مركز صحي شامل ب. مركز طبي خاص ج. مكان آخر

34. **ماهو العامل الذي شجعك على تزويد طفلك باللقاحات ( المطاعيم) ضد الأمراض السارية؟**

أ. الإعلام الحكومي والخاص

ب. العائلة والأقرباء

ج. الأصدقاء والجيران

د. مراكز الرعاية الصحية

هـ. مصدر آخر

35. **هل سمعت عن فحص عنق الرحم وهل لجأت إليه؟**

أ. لا لم أسمع ب. نعم سمعت ولم ألجا ج. نعم سمعت ولجأت

36. **هل سمعت عن الفحص الذاتي للثدي وفحص الثدي بالأشعة؟**

أ. لا لم أسمع

ب. نعم سمعت بالفحص الذاتي

ج. نعم سمعت بفحص الثدي بالأشعة

د. نعم سمعت بكليهما

37. **هل قمت بالفحص الذاتي أو فحص الثدي بالأشعة أو بالفحص من قبل طبيب ( الفحص السريري)؟**

أ. لا

ب. نعم الفحص الذاتي

ج. نعم لقد فحصت من قبل طبيب ( الفحص السريري)

د. نعم لقد قحصت الثدي بالأشعة

هـ. نعم للكل

38. **هل تعتقدين أن كل هذه الفحوصات تساعد على الوقاية من السرطان؟**

أ. نعم ب. لا

1. **هل هناك علاقة بين التدخين وسرطان القولون :-**
2. نعم ب. لا

40.**هل من الممكن الوقاية من سرطان القولون :-**

1. نعم ب. لا
2. **هل من الممكن الشفاء من سرطان القولون إذا أكتشف وعولج في مراحله المبكرة:-**

أ.نعم ب,لا

1. **خلال الأثنى عشر شهراً الماضية هل تعرضت انت أو أحد أفراد عائلتك لحادث أو إصابة في المنزل ؟**
2. نعم ب. لا
3. **هل كان هذا الحادث :**

أ.طعن

ب.عضة حيوان

1. وقوع سقوط من مكان عالي
2. صعقة كهربائية

هـ.غرق

1. حرق
2. ضرب من قبل شخص أو استعمال اداة بغرض الإيذاء
3. تسمم
4. جروح وخدوش
5. غير ذلك حدد
6. **هل نتج عن الحادث المنزلي :-**

**إعاقة**

1. نعم ب.لا

 **موت**

1. نعم ب. لا
2. **هل كان الحادث أو الإيذاء :-**
3. مفتعل من قبل شخص أخر (مقصود)
4. حدث بالصدفة (غير مقصود)
5. كان بقصد إيذاء الذات
6. **هل كان المصاب بالحادث المنزلي عمره 18 عاماً أو أقل**
7. نعم ب. لا
8. **كيف تمت العناية بالمصاب**

أ. تم إسعافه بالمنزل

1. طلبت المساعدة من المركز الصحي
2. المستشفى
3. الصيدلية

هـ. آخرى

**مدى الرضى عن الرعاية الصحية**

على مقياس من 1-10 ( حيث 1 هو سيئ جداً و10 هو الأفضل)، أجب عن الأسئلة الآتية :

1. **الطبيب الذي يعالجني يستمع الى شكواي بإهتمام ويحترمني كثيرا**
2. **الطبيب الذي يعالجني يشرح لي عن حالتي الصحية ومرضي بشكل بسيط ومفهوم**
3. **الطبيب الذي يعالجني كفؤ ولديه العلم والخبرة الجيدة**

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

51. **خلال ال 12 شهر الماضية ، بالنسبة لك او لأي من أفراد أسرتك، هل قمت بشراء المضادات الحيوية ( الكبسولات) من الصيدلية بدون وصفة طبية ؟**

أ. دائما ب. غالباً ج. أحيانا د. نادرا هـ. لا أبداً

52. **عند أخذ المضادات الحيوية، هل تقومين بأخذ كل الكبسولات في العبوة حتى نهاية الكمية؟**

أ. دائما ب. غالباً ج. أحيانا د. نادرا هـ. لا أبداً

53. **إذا شعرت أو احد أفراد أسرتك بالتهاب في الحلق أو غيره، هل تستعملين مضاد حيوي متبقي في البيت من استعمال سابق؟**

أ. دائما ب. غالباً ج. أحيانا د. نادرا هـ. لا أبداً

54. **هل تدخن ؟**

أ. نعم ب. لا

55**. كم سيجارة ؟**

أ. 5-9 ب. 10-19 ج. 20 فما فوق

56. **متى بدأت التدخين ؟**

أ. 5-9 ب. 10-14 ج. 15-19

د. 20-29 هـ. بعد سن ال 30

57. **هل لدى أفراد العائلة إرتفاع ضغط الدم ؟**

أ. نعم ب. لا

58. **هل هناك احد من أفراد العائلة يأخذ أدوية ضغط؟**

أ. نعم ب. لا

59. **هل يوجد أحد في العائلة لديه مرض السكري ؟**

أ. نعم ب. لا

60. **هل يوجد أحد في المنزل يأخذ أدوية السكري؟**

أ. نعم ب. لا

61. **هل هناك أحد من أفراد العائلة لديه تاريخ مرض السكري؟**

أ. الأب ب. الأم ج. الجد او الجدة

62. **ماهي الأدوية التي يأخذها أي من افراد العائلة لمرض السكري؟**

أ. حبوب ب. إبر

63. **هل أحد أفراد الأسرة يتبع نظام الحمية لمرض السكري؟**

أ. نعم ب. لا

64. **هل تتناول الوجبات بإنتظام؟**

أ. دائماً غير منتظم ب. منتظم

65. **كم وجبة رئيسية تأخذ في اليوم ؟**

أ. وجبة واحدة في اليوم

ب. 2 وجبة في اليوم

ج. 3 -4 وجبة في اليوم

د. 5 وجبات في اليوم

66. **كم مرة تأخذ وجبة خفيفة إضافية في اليوم ؟**

أ. 1-2 مرة في اليوم

ب. 3-4 مرات في اليوم

ج. 5-6 مرات في اليوم

د. نادراً

67. **هل تدخل الخضروات ضمن غذائك؟**

أ. يومياً

ب. 3-4 مرات في الأسبوع

ج. نادراً

68. **كم مرة تأخذ الفواكة في غذائك؟**

أ. يومياً

ب. 3-4 مرات في الأسبوع

ج. 1-2 مرة في الأسبوع

د. نادراً

69. **كم مرة تأخذ طعام مدهن ومقلي؟**

أ. يومياً

ب. 3-4 مرات في الأسبوع

ج. 1-2 مرة في الأسبوع

د. نادراً

70**. هل تعتقد أن وزنك :-**

أ . مثالي بالنسبة لطلولك

ب. قليل بالنسبة لطولك

ج. أكثر من المتوقع بالنسبة لطولك

**(س 71-75) هل تعتقد ان السمنة لها علاقة في التسبب بـ:.**

71. ضغط الدم أ. نعم ب. لا

72. امراض القلب أ. نعم ب. لا

73. سرطان الثدي أ. نعم ب. لا

74. السكري أ. نعم ب. لا

75. أمراض المفاصل أ. نعم ب. لا