

نحوه تکمیل پرسشنامه کودکان کمتر از ۵ سال

کارگاه آموزشی

"نحوه اجرای مطالعه شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران"

مهر ماه ۱۳۸۹



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

بخش های پرسشنامه کودکان

- اطلاعات کودکان
- ثبت تولد
- سن
- تکامل سالهای اولیه کودکی
- تغذیه با شیر مادر
- مصرف تنقلات
- مراقبت در زمان بیماری
- ایمن سازی
- تن سنجی



نکات مهم در تکمیل پرسشنامه کودکان

✓ این پرسشنامه پس از پرسشنامه خانوار و زنان و تکمیل می شود.

✓ مخاطب این پرسشنامه مادران/ مراقبان اصلی کودکان کمتر از ۵ سال (۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) است (HL9).

✓ برای تمامی کودکان کمتر از ۵ سال خانوار پرسشنامه های مستقل تکمیل می شود. تعداد کودکان واجد شرایط پس از تکمیل پرسشنامه خانوار مشخص می شود (HH27).



✓ تنها در صورتی با مراقب کودک مصاحبه انجام می شود که مادر کودک زنده نباشد و یا با خانوار زندگی نکند.

✓ مصاحبه نباید با مراقب موقت کودک و یا افرادی که عضو خانوار نیستند، انجام شود.

✓ در شروع مصاحبه از مادر/ مراقب کودک بخواهید که شناسنامه (کپی شناسنامه) و کارت واکسن کودک را بیاورد.



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

بررسی شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه کودکان زیر پنج سال

شماره ردیف کودک

کد شناسایی خانوار

شماره ردیف خانوار / شماره خوشه / منطقه / شهرستان / استان

Under-Five Child Information		اطلاعات کودکان کمتر از ۴ سال و ۱۱ ماه ۲۹ روز	
این پرسشنامه باید برای تمام مادران یا مراقبینی (به فهرست خانوار ستون HL9 مراجعه شود) تکمیل شود که از کودک کمتر از ۵ سالی که با آنها زندگی می کند (به فهرست خانوار ستون HL6 مراجعه شود) مراقبت می کنند. برای هر کودک واجد شرایط باید یک پرسشنامه جداگانه تکمیل شود.			
UF1. نام استان:	HH1	UF2. شماره خوشه:	HH7
UF3. شماره ردیف خانوار:	HH8	UF4. نام کودک:	HL2
UF5. شماره ردیف کودک:	HL1	UF6. نام مادر / مراقب:	HL2
UF7. شماره ردیف مادر / مراقب:	HL1	UF8. نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:	



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

روز / ماه / سال ۱۳۸۹/ / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	روز / ماه / سال ۱۳۸۹/ / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	روز / ماه / سال ۱۳۸۹/ / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	UF9. تاریخ مراجعه UF10. نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی مصاحبه گر UF11*. کد نتیجه
--	--	--	---

*کدهای UF11. نتیجه مراجعه (کد ها مربوط به مادر / مراقب هستند).

۰۵ به علت ناتوان بودن مادر / مراقب اصلی انجام نشد ۰۹۶. سایر (مشخص نمایید)	۰۳ امتناع از پاسخگویی ۰۴ ناقص انجام شد	۰۱ کامل انجام شد ۰۲ به علت غایب بودن مادر / مراقب اصلی انجام نشد
--	---	---



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

اگر در ابتدای پرسشنامه خانوار از این پاسخگو اجازه گرفته نشده است، متن زیر را بخوانید:
 می خواهیم با شما درباره سلامتی (نام کودک از روی UF4) صحبت کنیم. این مصاحبه حدود ۳۰ تا ۳۵ دقیقه طول می کشد. تمام اطلاعاتی که از شما کسب می کنیم کاملاً محرمانه باقی می ماند و پاسخ های شما با هیچ کس به جز افراد تیم مطالعه ما در میان گذاشته نخواهد شد. اجازه می دهید شروع کنیم؟

بلی، اجازه داده می شود ← به UF15 بروید تا زمان را ثبت نموده و سپس مصاحبه را آغاز کنید.

خیر، اجازه داده نمی شود ← UF11 را کامل کنید. نتیجه را به ناظر دانشگاهی/میدانی تیم اطلاع دهید.

UF12. نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی ناظر دانشگاهی / میدانی نام و نام خانوادگی: شماره شناسایی: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
UF13. بازبین میدانی (نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی). نام و نام خانوادگی: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	UF14. مسئول ورود داده ها (نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی). نام و نام خانوادگی: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

UF15. زمان را ثبت کنید: ساعت: <input type="text"/> <input type="text"/> دقیقه: <input type="text"/> <input type="text"/>
--



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

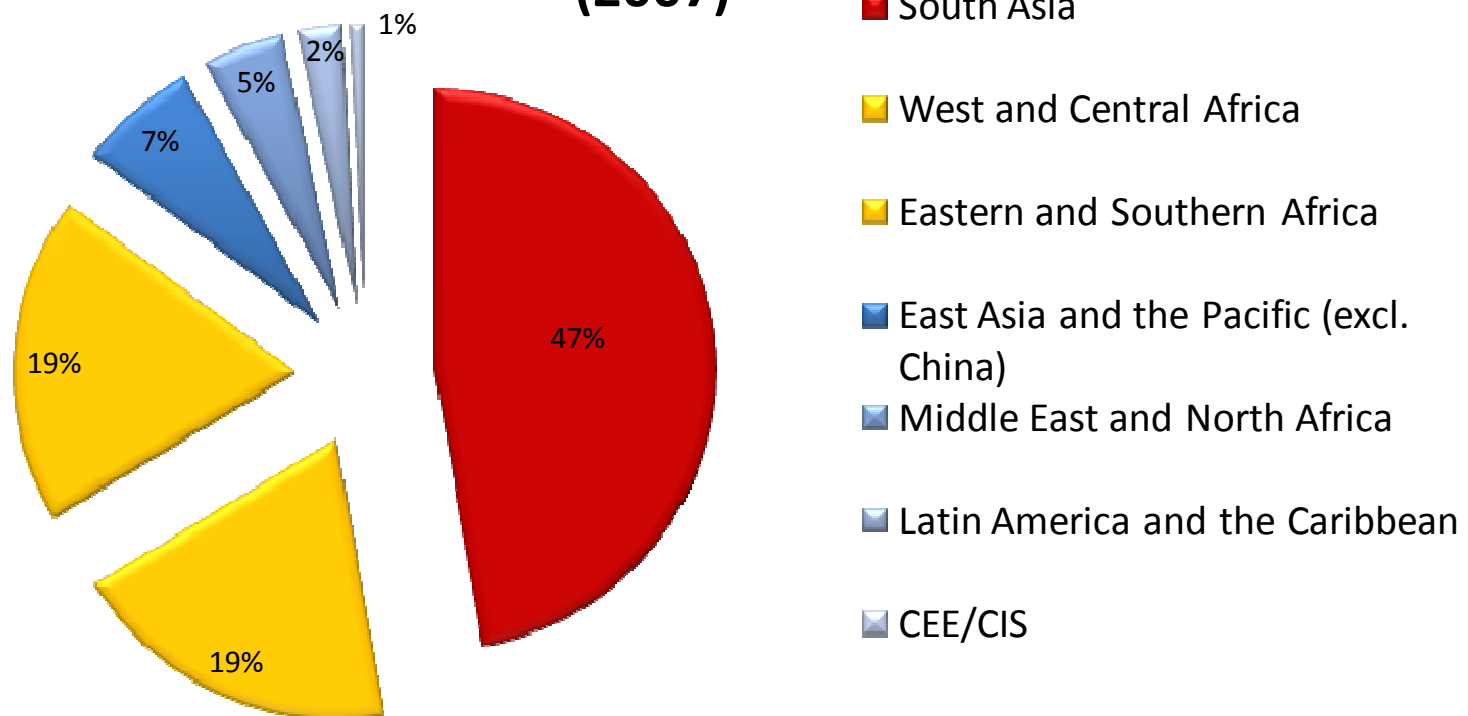
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

ثبت تولد

Percentage of unregistered annual births, by region
(2007)



Birth Registration		ثبت تولد
BR2b ⇐ ۱	۱	بلی، مشاهده شد.....
⇐ ۲ بخش سن	۲	بلی، مشاهده نشد.....
BR2a ⇐ ۳	۳	خیر.....
⇐ ۸ بخش سن	۸	نمی داند.....
	۱	ازدواج پدر و مادر ثبت نشده است.....
	۲	یکی از والدین ایرانی نیست و یا شناسنامه ندارد.....
	۳	هنوز اقدام نشده است.....
	۸	نمی داند.....
	۹۶	سایر (مشخص کنید) _____
		BR2a چرا (نام) شناسنامه ندارد؟
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		BR2b کد ملی کودک (شماره شناسنامه):



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاخص

بخش ثبت تولد

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
ثبت تولد	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که تولدشان ثبت شده است (دارای شناسنامه هستند)	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال



Age	سن	
<p>تاریخ تولد</p> <p>روز.....</p> <p>روز را نمی داند.....</p> <p>ماه.....</p> <p>سال.....</p>	<p>1. اگر ماه تولد کودک قبل از ماه انجام مصاحبه باشد (تولدش گذشته باشد): سال تولد کودک به اضافه سن کودک برابر خواهد بود با سال انجام مصاحبه یعنی ۱۳۸۹</p> <p>2. اگر ماه تولد کودک بعد از ماه انجام مصاحبه باشد (تولدش نیامده باشد): سال تولد کودک به اضافه سن کودک برابر خواهد بود با سال قبل از انجام مطالعه یعنی ۱۳۸۸</p>	<p>AG1 (نام) در چه روز، ماه و سالی به دنیا آمده است؟</p> <p>پرس و جو کنید:</p> <p>(نام) در چه روزی به دنیا آمده است؟ (در صورت عدم مشاهده شناسنامه) اگر مادر یا مراقب تاریخ تولد را دقیقاً می داند، روز را هم ثبت کنید. در غیر این صورت برای روز کد ۹۸ را انتخاب کنید.</p> <p>ماه و سال باید ثبت شود.</p>
	<p>سن (سا) 3. اگر ماه تولد کودک همان ماه انجام مصاحبه باشد بر اساس روز تصمیم گرفته می شود (موارد مطرح شده در بالا) و اگر روز مشخص نباشد به عنوان قانون کلی در نظر می گیری م که تولد کودک گذشته است و بر اساس موارد بالا سن کودک کنترل می شود.</p>	<p>AG2 (نام) چند سال دارد؟</p> <p>پرس و جو کنید:</p> <p>(نام) در آخرین سالروز تولد خود چند ساله شد؟ سال های تمام را ثبت کنید.</p> <p>اگر کمتر از ۱ سال است "۰" ثبت کنید.</p> <p>AG1 و AG2 را مقایسه و اگر مغایرت دارند تصحیح کنید.</p>



Age Heaping - Displacement

Here is the problem – look at the deficit at age 4, and the excess numbers on ages 5 and 6

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0	974	3.4	1007	3.3
1	925	3.2	872	2.8
2	987	3.4	930	3.0
3	1064	3.7	891	2.9
4	776	2.7	806	2.6
5	1102	3.8	1098	3.6
6	1210	4.2	1160	3.8
7	1021	3.6	992	3.2
8	987	3.4	993	3.2
9	716	2.5	695	2.3
10	1071	3.7	1014	3.3
11	659	2.3	598	1.9
12	910	3.2	887	2.9
13	685	2.4	744	2.4
14	735	2.6	761	2.5
15	576	2.0	594	1.9
16	552	1.9	559	1.8



بخش تکامل سالهای اولیه کودکی

سوالات این بخش به منظور دستیابی به اطلاعات لازم پیرامون:

- زمینه های ایجاد محیط مناسب برای حمایت از کودک و یادگیری او
- مراقبت های کافی
- حمایت پدر برای یادگیری
- دسترسی به آموزش های اولیه
- تکامل اولیه



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

I have the rights!

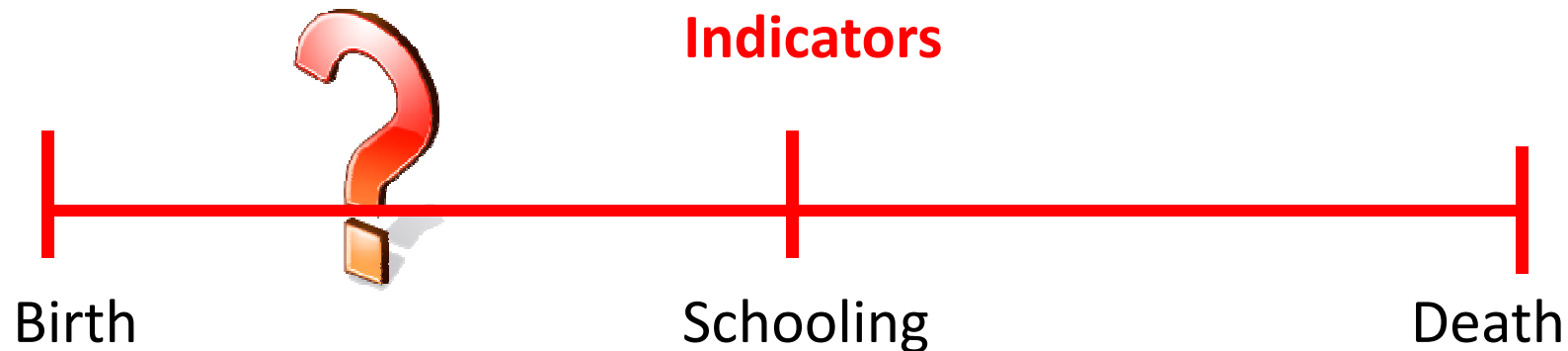
- **The right to a name and nationality**

- To be properly fed
- To be vaccinated
- To drink safe water
- To play
- To learn
- To be protected from illnesses



Thank you for giving me a good start in life!

Why Measure Early Childhood Development?



We have:

- Reliable info on child health/nutrition/mortality
- A lot of data related to education and...
- **Huge data gap on ECD**

Early Childhood Development		تکامل سال های اولیه کودکی																							
<p>کتاب ندارد..... ۰</p> <p>تعداد کتاب ها <input type="text"/></p> <p>ده کتاب یا بیشتر ۱۰</p>	<p>EC1. (نام) چند کتاب عکس دار یا کتاب کودک دارد؟</p>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>وسیله بازی و سرگرمی</th> <th>بلی</th> <th>خیر</th> <th>نمی داند</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>اسباب بازی دست ساز خانگی</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>اسباب بازی کارخانه ای</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>وسایل خانه/خارج خانه</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>بازی کامپیوتری</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>تماشای تلویزیون/ سی دی</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> </tbody> </table>	وسیله بازی و سرگرمی	بلی	خیر	نمی داند	اسباب بازی دست ساز خانگی	۱	۲	۸	اسباب بازی کارخانه ای	۱	۲	۸	وسایل خانه/خارج خانه	۱	۲	۸	بازی کامپیوتری	۱	۲	۸	تماشای تلویزیون/ سی دی	۱	۲	۸	<p>EC2. وقتی که (نام) در خانه است با چه چیزهایی بازی می کند و سرگرم می شود؟</p> <p>اگر پاسخ دهنده به هر کدام از موارد پاسخ "بلی" داد برای روشن شدن پاسخ پرس و جو کنید تا متوجه شوید کودک مشخصاً با چه چیزی بازی می کند.</p>
وسیله بازی و سرگرمی	بلی	خیر	نمی داند																						
اسباب بازی دست ساز خانگی	۱	۲	۸																						
اسباب بازی کارخانه ای	۱	۲	۸																						
وسایل خانه/خارج خانه	۱	۲	۸																						
بازی کامپیوتری	۱	۲	۸																						
تماشای تلویزیون/ سی دی	۱	۲	۸																						
<p>تعداد ساعات <input type="text"/></p> <p>تلویزیون یا فیلم (سی دی) تماشا نمی کند..... ۰۰</p>	<p>EC2a. (نام) به طور معمول چند ساعت در روز به تماشای تلویزیون یا فیلم (سی دی) می پردازد؟</p>																								



EC3. گاهی بزرگسالانی که از کودک مراقبت می کنند مجبورند برای انجام کارهای منزل، مهمانی یا دلایل دیگر از خانه خارج شوند و کودکان را تنها بگذارند.

طی هفته گذشته چند روز پیش آمده که (نام):

الف) بیش از ۱ ساعت در خانه تنها مانده باشد؟

ب) بیش از ۱ ساعت تحت مراقبت کودک دیگری (فردی کمتر

از ۱۰ سال) گذاشته شده باشد؟

اگر پاسخ منفی است "۰" ثبت کنید، و برای نمی داند "۸" را ثبت کنید.

تعداد روزهای تنها ماندن در خانه به مدت بیش از ۱ ساعت

تعداد روزهای ماندن با کودک کمتر از ۱۰ سال دیگر بیش از ۱ ساعت

EC4. سوال AG2 را کنترل کنید: سن کودک

۰، ۱، ۲ است ← به بخش تغذیه با شیر مادر بروید.

۳ و ۴ است ← با EC5 ادامه دهید.



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

<p>EC7 ⇐ ۲ EC7 ⇐ ۸</p>	<p>بلی.....۱ خیر.....۲ نمی دانند.....۸</p>	<p>EC5. آیا (نام) در دوره های آموزشی ویژه کودکان مثل کلاس های ورزشی، شعر، نقاشی و قرآن در مراکز دولتی یا خصوصی (مثلا مهدکودک)، شرکت کرده است؟</p>																																			
	<p>تعداد ساعات..... <input type="text"/></p>	<p>EC6. طی هفت روز گذشته چند ساعت در مواردی که در سوال قبلی ذکر شد، شرکت کرده است؟</p>																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>فعالیت ها</th> <th>مادر</th> <th>پدر</th> <th>فرد دیگر</th> <th>هیچ کس</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>کتاب خواندن یا نگاه به تصاویر به همراه کودک</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>قصه گفتن</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>شعر یا لایبی خواندن</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>بیرون بردن از خانه</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>بازی کردن</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>نام بردن و شمردن چیزها /نقاشی کردن</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>	فعالیت ها	مادر	پدر	فرد دیگر	هیچ کس	کتاب خواندن یا نگاه به تصاویر به همراه کودک	A	B	X	Y	قصه گفتن	A	B	X	Y	شعر یا لایبی خواندن	A	B	X	Y	بیرون بردن از خانه	A	B	X	Y	بازی کردن	A	B	X	Y	نام بردن و شمردن چیزها /نقاشی کردن	A	B	X	Y	<p>EC7. آیا در ۳ روز گذشته شما یا یکی از اعضای بیشتر از ۱۵ سال خانوار با (نام) در یکی از فعالیت هایی که نام می برم، شرکت داشته اید:</p> <p>اگر پاسخ مثبت است بپرسید:</p> <p>چه کسی در این فعالیت با (نام) شرکت داشته است؟ تمام مواردی که مصداق دارد را انتخاب کنید.</p>
فعالیت ها	مادر	پدر	فرد دیگر	هیچ کس																																	
کتاب خواندن یا نگاه به تصاویر به همراه کودک	A	B	X	Y																																	
قصه گفتن	A	B	X	Y																																	
شعر یا لایبی خواندن	A	B	X	Y																																	
بیرون بردن از خانه	A	B	X	Y																																	
بازی کردن	A	B	X	Y																																	
نام بردن و شمردن چیزها /نقاشی کردن	A	B	X	Y																																	



<p>حتما می دانید که همه کودکان به یک میزان تکامل پیدا نمی کنند و یاد نمی گیرند. مثلا بعضی کودکان زودتر از دیگران راه می افتند. حالا می خواهیم از شما چند سوال درباره جنبه های مختلف تکامل کودکان بپرسیم.</p>																											
<p>۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند</p>	<p>EC9. آیا (نام) می تواند حداقل ۴ کلمه ساده و رایج (مثل آب، بابا، مامان و نام خودش) را بخواند و تشخیص دهد؟</p>																										
<p>۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند</p>	<p>EC10. آیا (نام) شکل و نام تمام اعداد ۱ تا ۱۰ را می شناسد و می تواند آنها را از هم تشخیص دهد؟</p>																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>موارد</th> <th>بلی</th> <th>خیر</th> <th>نمی داند</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>نام خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>نام خانوادگی خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>سن خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>دختر یا پسر بودن خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> </tbody> </table>	موارد	بلی	خیر	نمی داند	نام خودش	۱	۲	۸	نام خانوادگی خودش	۱	۲	۸	سن خودش	۱	۲	۸	دختر یا پسر بودن خودش	۱	۲	۸	شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند	۱	۲	۸	<p>EC10a. آیا (نام) می تواند مواردی را که نام می برم، را بگوید؟</p>		
موارد	بلی	خیر	نمی داند																								
نام خودش	۱	۲	۸																								
نام خانوادگی خودش	۱	۲	۸																								
سن خودش	۱	۲	۸																								
دختر یا پسر بودن خودش	۱	۲	۸																								
شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند	۱	۲	۸																								
<p>۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند</p>	<p>EC11. آیا (نام) می تواند جملات ۴ یا ۵ کلمه ای بگوید؟</p>																										
<p>۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند</p>	<p>EC12. آیا زیاد پیش می آید که (نام) به علت مریضی نتواند بازی کند؟</p>																										



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	EC13. آیا (نام) طبق راهنمایی می تواند کاری که از او خواسته شده را به درستی انجام دهد؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	EC14. آیا (نام) می تواند کاری را که به او سپرده شده به تنهایی انجام دهد؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	EC15. آیا (نام) با کودکان دیگر به خوبی کنار می آید؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	EC16. آیا (نام) کودکان دیگر یا بزرگسالان را می زند، گاز می گیرد یا به آنها لگد می زند؟



		ب	EC17. آیا حواس (نام) به راحتی پرت می شود؟
۱	.....	بلی	
۲	.....	خیر	
۸	.....	نمی داند	

			E1. آیا (نام) مسواک می زند (خودش به تنهایی و یا به کمک دیگران)؟
۱	.....	بلی، هر روز	
۲	.....	بلی، گاهی	
۳	.....	خیر	
۸	.....	نمی داند	



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
حمایت برای یادگیری	تعداد کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه ای که طی ۳ روز گذشته برای کمک به یادگیری یک فرد بزرگسال با آنها در ۴ فعالیت یا بیشتر شرکت کرده است	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
حمایت پدر برای یادگیری	تعداد کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه ای که طی ۳ روز گذشته برای کمک به یادگیری و آمادگی برای مدرسه پدرشان با آنها در ۱ فعالیت یا بیشتر شرکت کرده است	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
وسایل یادگیری: کتاب های کودک	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که ۳ یا بیش از ۳ کتاب کودک دارند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
وسایل یادگیری: وسایل بازی	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که ۲ یا بیش از ۲ وسیله بازی دارند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
حضور در آموزش های سال های اولیه کودکی	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه ای که در یک برنامه آموزش مناسب کودکان شرکت می کنند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
مراقبت ناکافی	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که حداقل یکبار در هفته گذشته بیش از یک ساعت تنها یا تحت مراقبت یک کودک زیر ۱۰ سال بوده اند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
شاخص تکامل اولیه کودک	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه ای که در حوزه های تکلم-شمارش، جسمی، اجتماعی-عاطفی و آموزشی در مسیر پیشرفت قرار دارند	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه



شاخص

بخش تکامل سال های اولیه کودکی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
شاخص تکامل اولیه کودک	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه ای که در حوزه های تکلم-شمارش، جسمی، اجتماعی-عاطفی و آموزشی در مسیر پیشرفت قرار دارند	تعداد کل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه



بخش تغذیه با شیر مادر

این بخش از پرسشنامه براساس توصیه های سازمان جهانی بهداشت در رابطه با شیردهی، تنظیم شده است. شامل:

- تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی
- تداوم شیردهی تا ۲ سالگی به همراه تغذیه تکمیلی مناسب از ماهگی به بعد
- تعداد مناسب تغذیه تکمیلی:

✓ کودکانی که شیر مادر می خورند:

۸-۶ ماهگی ۲ بار در روز

۲۴-۹ ماهگی ۳ بار در روز

✓ کودکانی که شیر مادر نمی خورند:

۲۴-۶ ماهگی ۴ بار در روز



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

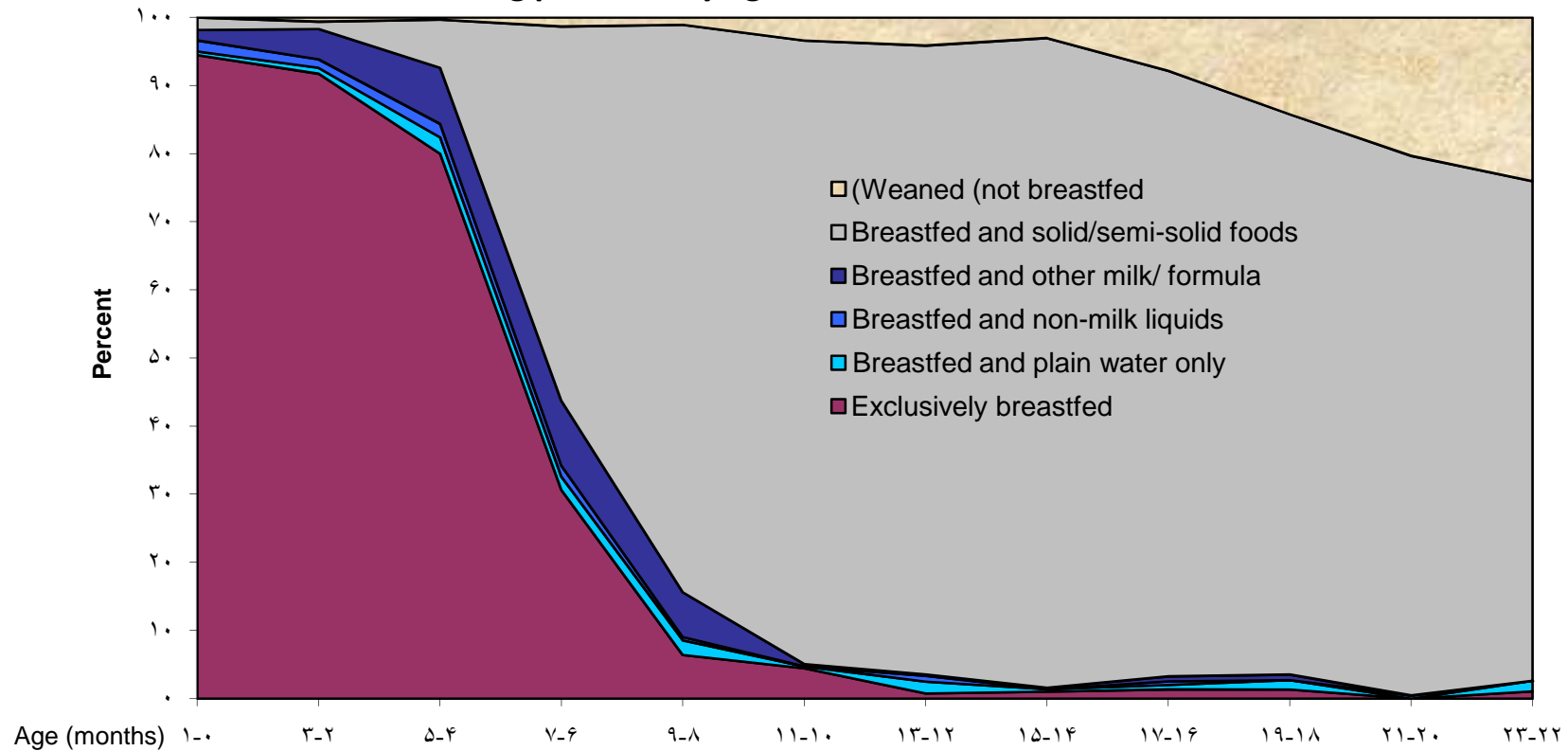
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

نمودار شیردهی

Breastfeeding practices by age, Rwanda 2005



Breastfeeding		تغذیه با شیر مادر	
		<p>BFa. سوال AG2 را کنترل کنید: سن کودک</p> <p><input type="checkbox"/> ۰، ۱، ۲ سال است ← با BF1 ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> ۳ و ۴ است ← به بخش مصرف تنقلات بروید.</p>	
		<p>BF1. آیا (نام) اصلاً شیر مادر خورده است؟</p>	
BF3 ← ۲	۱	..... بلی	
	۲	..... خیر	
BF3 ← ۸	۸	..... نمی داند	
		<p>BF2. آیا (نام) هنوز شیر مادر می خورد؟</p>	
	۱	..... بلی	
	۲	..... خیر	
	۸	..... نمی داند	



می خواهیم در مورد مایعاتی که (نام) در شبانه روز گذشته نوشیده است از شما سوال کنم. حتی اگر (نام) این مایعات را همراه با غذای دیگری مصرف کرده باشد هم لطفاً ذکر کنید.		
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF3. آیا (نام) در شبانه روز گذشته آب (آشامیدنی) نوشیده است؟
BF6 ⇐ ۲ BF6 ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF4. آیا (نام) در شبانه روز گذشته شیر خشک خورده است؟
	تعداد دفعات..... <input type="text"/> <input type="text"/>	BF5. (نام) چند بار در شبانه روز گذشته شیر خشک خورده است؟
BF8 ⇐ ۲ BF8 ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF6. آیا (نام) در شبانه روز گذشته شیر پاستوریزه، پودر شیر (بزرگسالان) یا شیر تازه حیوانی نوشیده است؟
	تعداد دفعات..... <input type="text"/> <input type="text"/>	BF7. (نام) در شبانه روز گذشته چند بار شیر پاستوریزه ، پودر شیر یا شیر تازه حیوانی نوشیده است؟



	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF8. آیا (نام) در شبانه روز گذشته آب میوه طبیعی نوشیده است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF9. آیا (نام) در شبانه روز گذشته سوپ رقیق، حریره بادام و یا هر غذای رقیق دیگر خورده است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF10. آیا (نام) در شبانه روز گذشته مکمل ویتامینی یا مکمل مواد معدنی خورده است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF10a. آیا (نام) در شبانه روز گذشته دارویی (قرص یا شربت) خورده است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	BF11. آیا (نام) در شبانه روز گذشته ORS (محلول مایع درمانی خوراکی) نوشیده است؟



<p>BF12 ⇐ ۲</p> <p>BF12 ⇐ ۸</p>	<p>۱ بلی</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>BF11a. آیا (نام) در شبانه روز گذشته ماست یا دوغ خورده است؟</p>		
	<p>تعداد دفعات.....</p> <table border="1" data-bbox="539 735 645 807"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<p>BF11b. آیا (نام) در شبانه روز گذشته چند بار ماست یا دوغ خورده است؟</p>
	<p>۱ بلی</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>BF12. آیا (نام) در شبانه روز گذشته مایع دیگری (به جز موارد بالا مثل نوشابه و آب میوه بسته بندی شده) نوشیده است؟</p>		



<p>BF18 ← ۲</p> <p>BF18 ← ۸</p>	<p>۱ بلی</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>BF16. آیا (نام) در شبانه روز گذشته غذای جامد و یا نیمه جامد (مثل بیسکویت، نان پوره، فرنی، غذای آماده کودک و غذای سفره) خورده است؟</p>		
	<p>تعداد دفعات.....</p> <table border="1" data-bbox="526 710 638 774"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<p>BF17. (نام) در شبانه روز گذشته چند بار غذای جامد و یا نیمه جامد (مثل بیسکویت، نان، پوره، فرنی، غذای آماده کودک و غذای سفره) خورده است؟</p>
	<p>۱ بلی</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>BF18. آیا (نام) در شبانه روز گذشته چیزی را با شیشه پستانک خورده است؟</p>		
	<p>۱ بلی</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>BF18a. آیا (نام) در حال حاضر عادت به استفاده از پستانک دارد؟</p>		



شاخص
بخش تغذیه با شیر مادر

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول	تعداد کودکان زیر ۶ ماه که انحصاراً با شیر مادر تغذیه شده اند.	تعداد کل کودکان زیر ۶ ماه



شاخص
بخش تغذیه با شیر مادر

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
ادامه تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی	تعداد کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماهه ای که در حال حاضر با شیر مادر تغذیه می شوند.	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماهه



شاخص
بخش تغذیه با شیر مادر

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
ادامه تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی	تعداد کودکان ۲۰ تا ۲۳ ماهه ای که در حال حاضر با شیر مادر تغذیه می شوند	تعداد کل کودکان ۲۰ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش تغذیه با شیر مادر

مخرج کسر	صورت کسر	شاخص
تعداد کل کودکان زیر ۶ ماه	تعداد کودکان زیر ۶ ماه که از شیر مادر به عنوان منبع اصلی تغذیه در روز گذشته استفاده کرده اند	استفاده از شیر مادر به عنوان غذای اصلی تا ۶ ماهگی

شاخص

بخش تغذیه با شیر مادر

محاسبه	شاخص
سنی که (به ماه) ۵۰ درصد کودکان صفر تا ۳۵ ماهه در آن در روز گذشته شیر مادر دریافت نکرده اند	مدت تغذیه با شیر مادر

شاخص
بخش تغذیه با شیره مادر

مخرج کسر	صورت کسر	شاخص
تعداد کل کودکان صفر تا ۲۳ ماهه	تعداد کودکان صفر تا ۲۲ ماهه ای که روز گذشته شیر را با بطری مصرف کرده اند	تغذیه با بطری

شاخص
بخش تغذیه با شیره مادر

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
شروع تغذیه با غذاهای جامد، نیمه جامد و نرم	تعداد نوزادان ۶ تا ۸ ماهه ای که روز گذشته غذای جامد، نیمه جامد و یا نرم دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۶ تا ۸ ماهه



شاخص
بخش تغذیه با شیر مادر

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
حداقل دفعات تغذیه	تعداد کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه ای که بر اساس وضعیت تغذیه با شیر مادر طی روز گذشته به حداقل دفعات یا بیشتر غذای جامد، نیمه جامد یا نرم (و شیر در مورد کودکانی که شیر مادر نمی خورند) مصرف کرده اند	تعداد کل کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه



بخش مصرف تنقلات

- در این بخش از پرسشنامه بسامد مصرف ۵ مورد از تنقلات کم ارزش در ۲۴ ساعت گذشته که بر پایه مطالعات قبلی بیشترین مصرف را در بین کودکان ایرانی داشته، مطرح شده است.
- در سوالات این بخش میزان مصرف تنقلات مد نظر زیست، بلکه تواتر (دفعات) مصرف تنقلات توسط کودکان زیر ۵ سال مورد نظر است.



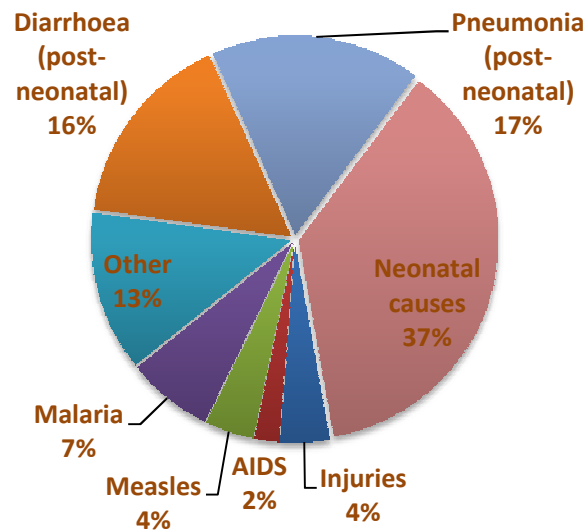
Snack Consumption		مصرف تنقلات
<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد دفعات</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>SC1. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته پفک خورده است؟</p>	
<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد دفعات</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>SC2. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته نوشابه خورده است؟</p>	
<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد دفعات</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>SC3. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته آب نبات و شکلات خورده است؟</p>	
<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد دفعات</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>SC4. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته چیپس خورده است؟</p>	
<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد دفعات</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>SC5. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته آب میوه بسته بندی شده خورده است؟</p>	



بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

این بخش از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه موارد زیر طراحی شده است:

- مراقبت در زمان ابتلا کودک به اسهال
- مراقبت در زمان سرفه کودک (مشکوک به پنومونی)
- محافظت در مقابل دود سیگار
- دفع بهداشتی مدفوع کودک

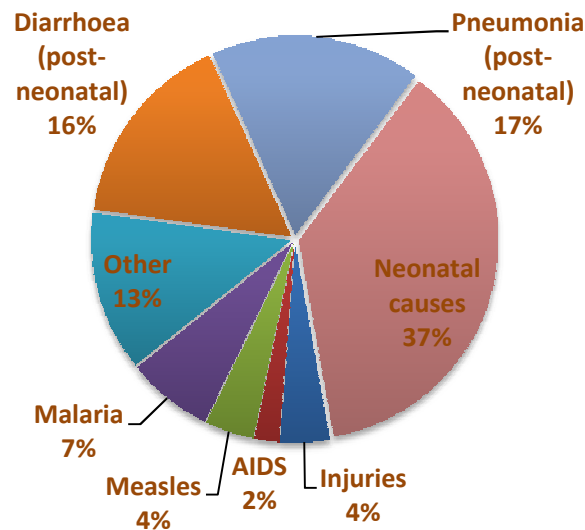


Care of Illness	مراقبت در زمان بیماری
CA7 ← سوال را همانطور که آمده است به همراه CA7 ← گزینه ها به طور کامل بخوانید: به (نام) در	بلی..... خیر..... نمی داند.....
زمانی که اسهال داشت در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار مایعات داده شد؟ خیلی کمتر، نسبتا کمتر، تقریبا همانقدر، بیشتر و یا اصلا مایعات داده نشد؟	خلی کمتر..... نسبتا کمتر..... تقریبا همانقدر..... بیشتر..... اصلا مایعات داده نشد..... نمی داند.....
۱ اگر پاسخ داد کمتر. از او پرسید: خیلی کمتر یا نسبتا کمتر؟	خلی کمتر..... نسبتا کمتر..... تقریبا همانقدر..... بیشتر..... غذا دادن قطع شد..... نمی داند.....
	CA1. آیا (نام) در طی ۲ هفته گذشته اسهال داشته است؟ CA2. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار مایعات (از جمله شیر مادر) داده شد؟ کمتر از میزان همیشگی، حدودا به همان اندازه و یا بیشتر از میزان همیشگی. اگر کمتر بوده پرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه مایعات داده شد یا نسبتا کمتر؟ CA3. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشه چه مقدار غذا داده شد؟ کمتر از میزان همیشگی، حدودا به همان اندازه و یا بیشتر از میزان همیشگی. اگر "کمتر" بوده پرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه غذا داده شد یا نسبتا کمتر؟

بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

این بخش از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه موارد زیر طراحی شده است:

- مراقبت در زمان ابتلا کودک به اسهال
- مراقبت در زمان سرفه کودک (مشکوک به پنومونی)
- محافظت در مقابل دود سیگار
- دفع بهداشتی مدفوع کودک



Care of Illness		مراقبت در زمان بیماری
	سوال را همانطور که آمده است به همراه گزینه‌ها به طور کامل بخوانید: به () نام) در زمانی که اسهال داشت در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار مایعات داده شد؟ خیلی کمتر، نسبتاً کمتر، تقریباً همانقدر، بیشتر و یا اصلاً مایعات داده نشد؟	CA1. آیا (نام) در طی ۲ هفته گذشته اسهال داشته است؟ بلی..... خیر..... نمی‌داند.....
	خیلی کمتر..... نسبتاً کمتر..... تقریباً همانقدر..... بیشتر..... اصلاً مایعات داده نشد..... نمی‌داند.....	CA2. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار مایعات (از جمله شیر مادر) داده شد؟ اگر کمتر بوده بپرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه مایعات داده شد یا نسبتاً کمتر؟
	۶ ۱ اگر پاسخ داد کمتر. از او بپرسید: خیلی کمتر یا نسبتاً کمتر؟ ۲ ۵ ۶ ۸	CA3. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشه چه مقدار غذا داده شد؟ کمتر از میزان همیشگی، حدوداً به همان اندازه و یا بیشتر از میزان همیشگی اگر "کمتر" بوده بپرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه غذا داده شد یا نسبتاً کمتر؟



	مایعات	بلی	خیر	نمی داند	<p>CA4. آیا به (نام) در زمان اسهال مواردی را که نام می برم، داده شد؟</p> <p>هر مورد را بلند خوانده و پاسخ را پیش از خواندن مورد بعدی ثبت کنید.</p>
	محلول ORS	۱	۲	۸	
	محلول خانگی شبیه ORS	۱	۲	۸	
	آب ساده	۱	۲	۸	
	چای کم رنگ شیرین	۱	۲	۸	
	سوپ یا آب سوپ	۱	۲	۸	
	آب میوه طبیعی	۱	۲	۸	
	نوشابه	۱	۲	۸	
	دوغ	۱	۲	۸	
	لغاب برنج	۱	۲	۸	
CA5 ⇐ ۲	بلی.....	۱			<p>CA4a. آیا برای درمان اسهال (نام) به جایی مراجعه کردید یا از کسی برای درمان کمک گرفتید؟</p>
CA5 ⇐ ۸	خیر.....	۲			
	نمی داند.....	۸			



<p style="text-align: center;">بخش دولتی</p> <p>A بیمارستان دولتی</p> <p>B مرکز بهداشتی درمانی دولتی</p> <p>C خانه بهداشت</p> <p>D پایگاه بهداشتی</p> <p>E تیم سیار</p> <p>F داروخانه دولتی</p> <p>H سایر (مشخص کنید)</p> <p style="text-align: center;">بخش خصوصی</p> <p>I بیمارستان / درمانگاه خصوصی</p> <p>J مطب خصوصی پزشک</p> <p>K داروخانه خصوصی</p> <p>L تیم سیار</p> <p>O سایر (مشخص کنید)</p> <p style="text-align: center;">منابع دیگر</p> <p>P اقوام / دوستان</p> <p>Q مغازه یا عطاری</p> <p>R درمانگر سنتی</p> <p>X سایر (مشخص کنید)</p>	<p>CA4b. به کجا مراجعه کردید یا از چه کسی برای درمان کمک گرفتید؟</p> <p>پرس و جو کنید:</p> <p>آیا به جا و یا کس دیگری هم مراجعه کردید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید.</p> <p>پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که برای درمان مراجعه کرده است را مشخص کنید.</p> <p>اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.</p>
---	--



CA7 ⇐ ۲ CA7 ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	CA5. آیا دارویی برای درمان اسهال به (نام) داده شد؟
	قرص یا شربت A آنتی بیوتیک B ضد اسهال C روی (زینک). داروی دیگر (غیر از قرص یا داروی نام تزریق آنتی بیوتیک تزریق غیر آنتی بیوتیک تزریق نامعلوم N O سرم داخل وریدی Q درمان خانگی / گیاهی X سایر (مشخص کنید)	CA6. چه داروهایی برای درمان اسهال به (نام) داده شد؟ پرس و جو کنید. آیا داروی دیگری هم داده شد؟ تمام داروهای داده شده را انتخاب کنید. نام تمام انواع داروهای ذکر شده را بنویسید. (نام داروها)
CA13a ⇐ ۲ CA13a ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	CA7. آیا (نام) در طی ۲ هفته گذشته بیماری همراه با سرفه داشته است؟
CA13a ⇐ ۲ CA13a ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	CA8. زمانی که (نام) بیماری همراه با سرفه داشت، آیا سریع تر از حد معمول و با نفس های کوتاه و تند و یا به سختی نفس می کشید؟
CA12 ⇐ ۲ CA12 ⇐ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	CA10. آیا برای درمان مشکل تنفسی (نام) به جایی مراجعه کردید؟

نباید نیاز به درمان های دیگر به فرد القا شود.
 بنابراین گزینه ها را برای فرد نخوانید . فقط
 پرسید ” آیا داروی دیگری هم داده شد؟ ”



	<p>بخش دولتی</p> <p>A..... بیمارستان دولتی.....</p> <p>B..... مرکز بهداشتی درمانی دولتی.....</p> <p>C..... خانه بهداشت.....</p> <p>D..... پایگاه بهداشتی.....</p> <p>E..... تیم سیار.....</p> <p>F..... داروخانه دولتی.....</p> <p>H..... سایر (مشخص کنید).....</p> <p>بخش خصوصی</p> <p>I..... بیمارستان / درمانگاه خصوصی.....</p> <p>J..... مطب خصوصی پزشک.....</p> <p>K..... داروخانه خصوصی.....</p> <p>L..... تیم سیار.....</p> <p>O..... سایر (مشخص کنید).....</p> <p>منابع دیگر</p> <p>P..... اقوام / دوستان.....</p> <p>Q..... مغازه یا عطاری.....</p> <p>R..... درمانگر سنتی.....</p> <p>X..... سایر (مشخص کنید).....</p>	<p>CA11. به کجا مراجعه کردید یا از چه کسی برای درمان کمک گرفتید؟</p> <p>پرس و جو کنید:</p> <p>آیا به جا و یا کس دیگری هم مراجعه کردید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید.</p> <p>پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که مراجعه کرده است را مشخص کنید.</p> <p>اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.</p> <p>_____</p>
<p>CA13a ⇐ ۲</p> <p>CA13a ⇐ ۸</p>	<p>۱..... بلی.....</p> <p>۲..... خیر.....</p> <p>۸..... نمی داند.....</p>	<p>CA12. آیا برای درمان سرفه به (نام) دارو داده شد؟</p>



	<p>A قرص یا شربت آنتی بیوتیک</p> <p>B آنتی بیوتیک تزریقی</p> <p>P استامینوفن</p> <p>R ایبوپروفن</p> <p>S ضدسرفه</p> <p>Q اسپری تنفسی</p> <p>X سایر (مشخص کنید) _____</p> <p>Z نمی داند</p>	<p>CA13. چه دارویی داده شد؟</p> <p>پرس و جو کنید؟</p> <p>آیا داروی دیگری هم داده شد؟</p> <p>تمام داروهای تجویز شده را انتخاب کنید. نام تمام انواع داروهای ذکر شده را بنویسید.</p> <p>_____</p> <p>نام داروها</p>
--	--	--

	<p>۱ بلی</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد روزها</p> <p>۲ خیر</p> <p>۸ نمی داند</p>	<p>CA13a. آیا (نام) در طی هفته گذشته، در داخل منزل (فضای بسته)، در معرض دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پپ ...) قرار گرفت؟</p>
--	---	---



CA14. سوال AG2 را کنترل کنید: آیا سن کودک کمتر از ۳ سال است؟

بلی ← با CA15/داده دهید.

خیر ← به بخش ایمن سازی بروید.

CA15. آخرین باری که (نام) اجابت مزاج داشته، مدفوع

او به کجا ریخته شد؟

۰۱ کودک از توالت استفاده کرد

۰۲ به توالت ریخته شد

۰۳ به جوی یا فاضلاب ریخته شد

۰۴ به زباله ریخته شد (زباله جامد)

۰۵ دفن شد

۰۶ در فضای آزاد رها شد

۹۶ سایر (مشخص کنید) _____

۹۸ نمی داند



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاخص بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
مایع درمانی خوراکی به همراه ادامه تغذیه (در زمان اسهال)	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که طی ۲ هفته گذشته به اسهال مبتلا شده اند از مایع درمانی خوراکی و یا دیگر مایعات پیشنهادی وزارت بهداشت استفاده کرده و تغذیه آنها در زمان اسهال قطع نشده است	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال که طی ۲ هفته گذشته مبتلا به اسهال شده اند



شاخص
بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
مراجعه جهت درمان موارد مشکوک به پنومونی	تعداد کودکان زیر ۵ سال مشکوک به پنومونی در طی ۲ هفته گذشته که به پزشک مراجعه نموده اند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال که طی ۲ هفته گذشته مشکوک به پنومونی بوده اند



شاخص
بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
درمان آنتی بیوتیکی جهت موارد مشکوک به پنومونی	تعداد کودکان زیر ۵ سال مشکوک به پنومونی طی ۲ هفته گذشته که آنتی بیوتیک دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال که طی ۲ هفته گذشته مشکوک به پنومونی بوده اند



شاخص
بخش مراقبت در زمان بی‌ماری

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
دفع بهداشتی مدفوع کودکان	تعداد کودکان صفر تا ۲ ساله ای که آخرین مدفوع شان بطور بهداشتی دفع شده است	تعداد کل کودکان صفر تا ۲ ساله



بخش ایمن سازی

- این بخش از پرسشنامه بر پایه هدف کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و برای جمع آوری اطلاعات در زمینه ایمن سازی کودکان علی‌ه بیماری‌های سل، کزاز، سیاه سرفه، دی‌فتری، هیپاتیت، سرخک، سرخجه، اوریون و فلج اطفال طرح شده است.
- شواهد ایمن سازی کارت واکسن کودک و در صورت عدم مشاهده و یا نداشتن کارت، اظهارات مادر می باشد.
- مصاحبه گران حتما باید از قبل با کارت واکسن آشنا باشند.



ایمن سازی		Immunization	
<p>اگر کارت واکسیناسیون در دسترس است، تاریخ هر یک از واکسن های ثبت شده در کارت را در IM3 وارد کنید. IM6-IM16 فقط زمانی پرسیده می شوند که کارت در دسترس نباشد.</p>			
IM1 آیا کاردتی دارید که واکسن های (نام) در آن ثبت شده باشد؟ (اگر بلی) ممکن است آن را ببینم؟	بلی، دیده شد.....	۱	IM3 ⇐ ۱
	بلی، دیده نشد.....	۲	IM6 ⇐ ۲
	ندارد.....	۳	
	نمی داند.....	۸	
IM2 آیا (نام) قبلا کارت واکسیناسیون داشته است؟	بلی.....	۱	IM6 ⇐ ۱
	خیر.....	۲	IM6 ⇐ ۲



	تاریخ واکسیناسیون	IM3. در صورتی که کارت را مشاهده کردید: الف) تاریخ هر واکسن را از روی کارت بنویسید. ب) اگر کارت نشان می دهد که واکسیناسیون انجام شده اما تاریخی وجود ندارد در ستون روز ۴۴ را ثبت کنید
اگر در قسمتی تنها بخشی از تاریخ نوشته شده به جای نمى داند "کد ۹۸" را ثبت کنید. مثلا نوشته شده "مرداد ۸۸" در این حالت به جای روز ۹۸ را می نویسیم و برای ماه ۰۵ و برای سال ۱۳۸۸	روز	
		سل BCG
		فلج اطفال بدو تولد OPV0
		فلج اطفال ۱ OPV1
		فلج اطفال ۲ OPV2
		فلج اطفال ۳ OPV3
		فلج اطفال یادآور اول OPV
		سه گانه ۱ DPT1
		سه گانه ۲ DPT2
		سه گانه ۳ DPT3
		سه گانه یادآور اول DPT
		هپاتیت ب بدو تولد
		هپاتیت ب ۱
		هپاتیت ب ۲
		سرخک، سرخجه و اوریون ۱ R 1
		سرخک، سرخجه و اوریون ۲ MMR 2



IM4. سوال IM3 را کنترل کنید. آیا تمام واکسن‌ها (از سل تا MMR 2) ثبت شده است؟

بلی ← به بخش مالاریا بروید.

خیر ← با IM5 ادامه دهید.

IM5. آیا (نام) علاوه بر آنچه در این کارت ذکر شده واکسن دیگری (از جمله واکسن‌های مربوط به بسیج ملی واکسیناسیون) دریافت کرده است؟

فقط در صورتی پاسخ "بلی" را علامت بزنید که پاسخگو به واکسن‌هایی که در جدول بالا آمده است، اشاره کند.

بلی.....

(در مورد واکسن‌ها پرس و جو کنید و برای هر واکسن در ستون روز کد "۶۶" را ثبت کنید سپس به بخش بعد بروید.)

خیر.....

نمی‌داند.....



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲ ↔ بخش مالاریا ۸ ↔ بخش مالاریا	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	IM6. آیا (نام) واکسنی (از جمله واکسن های بسیج واکسیناسیون) برای پیشگیری از بیماری دریافت کرده است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	IM7. آیا (نام) تاکنون واکسن BCG برای پیشگیری از سل (تزریقی در بازو یا شانه که معمولاً جوشگاه باقی می گذارد) دریافت کرده است؟
۲ ↔ IM11 ۸ ↔ IM11	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	IM8. آیا (نام) تاکنون واکسن برای پیشگیری از فلج اطفال (به صورت قطره خوراکی) دریافت کرده است؟
	۱ ۲ هفته اول ۲ دیرتر	IM9. آیا اولین واکسن فلج اطفالی که (نام) دریافت کرد در ۲ هفته نخست پس از تولد بود یا دیرتر؟
	..... تعداد دفعات	IM10. (نام) چند بار واکسن فلج اطفال دریافت کرده است؟
۲ ↔ IM13 ۸ ↔ IM13	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	IM11. آیا (نام) تاکنون واکسن سه گانه (تزریق در ران) برای پیشگیری از بیماریهای دیفتری، کزاز و سیاه سرفه دریافت کرده است؟ با ذکر این نکته که واکسن سه گانه گاهی همزمان با فلج اطفال تزریق می شود، پرس و جو کنید.



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

	<input type="checkbox"/> ۸	تعداد دفعات نمی داند.....	IM12. (نام) چند بار واکسن سه گانه دریافت کرده است؟
IM16 ← ۲ IM16 ← ۸	۱ ۲ ۸	بلی..... خیر..... نمی داند.....	IM13. آیا (نام) تاکنون واکسن هپاتیت ب (تزریق در ران یا باسن) برای پیشگیری از بیماری هپاتیت ب دریافت کرده است؟ با ذکر این نکته که واکسن هپاتیت گاهی هم زمان با فلج اطفال و سه گانه تزریق می شود، پرس و جو کنید.
	۱ ۲ ۸	طی ۲۴ ساعت..... دیرتر..... نمی داند.....	IM14. آیا اولین واکسن هپاتیت ب در ۲۴ ساعت نخست پس از تولد دریافت شد یا دیرتر؟
	<input type="checkbox"/> ۸	تعداد دفعات نمی داند.....	IM15. (نام) چند بار واکسن هپاتیت ب دریافت کرده است؟
	۱ ۲ ۸	بلی..... خیر..... نمی داند.....	IM16. آیا (نام) تاکنون واکسن MMR برای پیشگیری از سرخک، سرخجه و اوریون (تزریقی در بازو یا ران که در ۱۲ و ۱۸ ماهگی انجام می شود) دریافت کرده است؟



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن سل	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان واکسن BCG دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن فلج اطفال	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان واکسن OPV3 دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن سه گانه	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان واکسن DPT3 دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن سرخک	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان واکسن سرخک دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن هیپاتیت B	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان ۳ دوز واکسن هیپاتیت B دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



شاخص
بخش ایمن سازی

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
پوشش واکسن سرخک	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ای که پیش از اولین سالروز تولدشان واکسن سرخک دریافت کرده اند	تعداد کل کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه



UF16. زمان را ثبت کنید.

ساعت:

دقیقه:

UF17. آیا پاسخگو مادر یا مراقب کودک ۰ تا ۴ ساله دیگری در این خانوار هست؟

بلی ← به پاسخگو بگویید که شما باید وزن و قد کودک را بعداً اندازه بگیرید. به «پرسشنامه کودکان کمتر از پنج سال» بعدی که باید با کمک همین پاسخگو تکمیل شود، مراجعه کنید.

خیر ← ضمن تشکر از همکاری، مصاحبه با این پاسخگو را به پایان برسانید و بگویید که شما باید وزن و قد کودک را اندازه بگیرید.

بررسی کنید که آیا پرسشنامه کودکان کمتر از ۵ سال یا پرسشنامه زنان دیگری در این خانوار باید تکمیل شود یا خیر.

به پرسشنامه کودکان کمتر از ۵ سال یا پرسشنامه زنان بعدی بروید یا برای اندازه گیری های قد و وزن تمامی کودکان واجد شرایط در خانوار هماهنگی به عمل آورید.



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

بخش مالاریا

- بیش از ۹۰ درصد مرگ و میر بر اثر مالاریا در کودکان زیر ۵ سال رخ می دهد.
- این بخش از پرسشنامه تنها در سه استان کرمان، سیستان و بلوچستان و هرمزگان تکمیل می شود.



Malaria		مالاریا
UF16 ⇄ ۲ UF16 ⇄ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	ML1. آیا طی ۲ هفته گذشته (نام) بیماری تب دار داشته است؟
	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	ML2. آیا طی دوره بیماری نمونه خون از انگشت یا پاشنه پای (نام) برای آزمایش گرفته شد؟
ML8 ⇄ ۲ ML8 ⇄ ۸	۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند	ML3. آیا برای درمان به جایی مراجعه کردید؟
	بخش دولتی A بیمارستان دولتی B مرکز بهداشتی درمانی دولتی C خانه بهداشت D پایگاه بهداشتی E تیم سیار F داروخانه دولتی H سایر (مشخص کنید) بخش خصوصی I بیمارستان / درمانگاه خصوصی J مطب خصوصی پزشک K داروخانه خصوصی L تیم سیار O سایر (مشخص کنید)	ML4. به کجا مراجعه کردید؟ پرس و جو کنید: آیا به جای دیگر هم مراجعه کردید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید. پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که مراجعه کرده است را مشخص کنید. اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.



<p>ML7 ⇐ ۲ ML7 ⇐ ۸</p>	<p>۱ بلی ۲ خیر ۸ نمی داند</p>	<p>ML5. آیا هنگامی که برای درمان مراجعه کردید، دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شد؟</p>
	<p>ضد مالاریا: A فنسیدار / SP B کلروکین C آمودیاکین D آکینین E ترکیب با آرتمیسینین H سایر داروهای ضد مالاریا (مشخص کنید) _____ I قرص یا شربت آنتی بیوتیک J آنتی بیوتیک تزریقی P استامینوفن O آسپیرین R ایبوپروفن X سایر داروها (مشخص کنید) _____ Z نمی داند</p>	<p>ML6. چه دارویی تجویز شد؟ پرس و جو کنید: آیا داروی دیگری هم داده شد؟ تمام داروهای ذکر شده را انتخاب کنید. نام تمام داروهای تجویز شده را بنویسید. نام داروها</p>



ML9 ⇐ ۱	۱ بلی	ML7. آیا پیش از مراجعه جهت درمان، هیچ گونه دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شده بود؟
ML10 ⇐ ۲	۲	..... خیر
ML10 ⇐ ۸	۸	..... نمی داند
ML10 ⇐ ۲	۱ بلی	ML8. آیا طی این بیماری دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شد؟
ML10 ⇐ ۲	۲	..... خیر
ML10 ⇐ ۸	۸	..... نمی داند

		ضد مالاریا:	ML9. چه دارویی داده شد؟
A	فنسیدار / SP	پرس و جو کنید: آیا داروی دیگری هم داده شد؟ تمام داروهای ذکر شده را انتخاب کنید. نام تمام داروهای تجویز شده را بنویسید. نام داروها
B	.....	کلروکین
C	.....	آمودیاکین
D	.....	آکینین
E	.....	ترکیب با آرتمیسینین
H	.....	دیگر داروهای ضد مالاریا (مشخص کنید)
I	.....	قرص یا شربت آنتی بیوتیک
J	.....	آنتی بیوتیک تزریقی
P	.....	استامینوفن
O	.....	آسپیرین
R	.....	ایبوپروفن
X	.....	داروهای دیگر (مشخص کنید)
Z	.....	نمی داند



ML10. سوال ML6 و ML9 را کنترل کنید: آیا درمان ضد مالاریا ذکر شده است (کدهای A تا H)?

بلی ← با ML11/داده دهید.

خیر ← با UF16/داده دهید.

ML11. (نام) چه مدت پس از شروع تب، برای بار اول
(نام داروی ضد مالاریا از ML6 یا ML9) را دریافت کرد؟

اگر در ML6 یا ML9 چند داروی ضد مالاریا ذکر شده
است تمام داروهای ضد مالاریای ذکر شده را نام ببرید.

همان روز..... ۰
روز بعد..... ۱
۲ روز بعد از تب..... ۳
۳ روز بعد از تب..... ۳
۴ روز بعد از تب یا بیشتر..... ۴
نمی داند..... ۸



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاخص بخش مالاریا

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
شروع درمان ضد مالاریا برای کودکان زیر ۵ سال در روز تشخیص یا فردای آن روز	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که طی هفته گذشته تبدار گزارش شده اند و در همان روز یا روز بعد از بروز علائم تحت هر نوع درمان دارویی ضد مالاریا قرار گرفته اند	تعداد کل موارد گزارش شده کودکان زیر ۵ سالی که طی ۲ هفته گذشته تب داشته اند



شاخص
بخش مالاریا

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
ستفاده از روشهای تشخیص مالاریا	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که طی هفته گذشته تب داشته اند و نمونه خون انگشت یا پاشنه پا برای آزمایش مالاریا از آنها گرفته شده است	تعداد کل موارد گزارش شده کودکان زیر ۵ سالی که طی ۲ هفته گذشته تب داشته اند



شاخص
بخش مالاریا

شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
درمان ضد مالاریا برای کودکان زیر ۵ سال	تعداد کودکان زیر ۵ سالی که طی هفته گذشته تب‌دار گزارش شده اند و تحت هر نوع درمان ضد مالاریا قرار گرفته اند	تعداد کل موارد گزارش شده کودکان زیر ۵ سالی که طی ۲ هفته گذشته تب داشته اند

