جامعة دنقلا

كلية الطب والعلوم الصحية – قسم طب المجتمع

استبيان لمقدم الرعاية: مدى انتشار داء الجيارديا والالتزام بالعلاج بين الأطفال المراجعين لمستشفى دنقلا التخصصي (2026–2027)

تعليمات لجامع البيانات: يُطبَّق هذا الاستبيان مباشرة مع مقدم رعاية الطفل (الوالد/الوصي). يُرجى الرجوع إلى السجل الطبي للطفل فقط للتحقق من التشخيص الموثَّق والعلاج الموصوف، دون أخذ أي عينات براز أو عينات بيولوجية جديدة. اقرأ كل سؤال بوضوح ودوّن إجابة مقدم الرعاية بدقة.

رمز الدراسة / الرقم التعريفي: _____	**تاريخ المقابلة:** 2026 / ____ / ____
المرحلة: ☐ المرحلة الأولى (الانتشار) ☐ المرحلة الثانية (متابعة الالتزام)	**اسم جامع البيانات:** _____
القسم: ☐ عيادة خارجية ☐ تنويم داخلي	**موقع الدراسة:** مستشفى دنقلا التخصصي

الموافقة

لقد شرحتُ لمقدم الرعاية الهدف من هذه الدراسة، وأكدتُ أن المشاركة طوعية، وحصلتُ على الموافقة الخطية المستنيرة (وموافقة الطفل الشفهية عند الاقتضاء حسب العمر).

☐ **تم الحصول على الموافقة – المتابعة** ☐ **لم يتم الحصول على الموافقة – إيقاف المقابلة**

القسم أ: البيانات الاجتماعية والديموغرافية

أ1	**عمر الطفل (سنوات/أشهر):**	_____
أ2	**جنس الطفل:**	☐ ذكر ☐ أنثى
أ3	**محل الإقامة:**	☐ حضري ☐ ريفي
أ4	**المستوى التعليمي للأم:**	☐ بدون تعليم ☐ ابتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي فأعلى
أ5	**المستوى التعليمي للأب:**	☐ بدون تعليم ☐ ابتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي فأعلى
أ6	**مهنة الوالدين/مقدم الرعاية:**	_____
أ7	**دخل الأسرة الشهري (جنيه سوداني):**	☐ أقل من 200,000 ☐ 200,000–500,000 ☐ أكثر من 500,000
أ8	**حجم الأسرة (عدد أفراد المنزل):**	_____

القسم ب: العوامل البيئية والسلوكية

ب1	**المصدر الرئيسي لمياه الشرب:**	☐ مياه النيل (غير معالجة) ☐ مياه معالجة/شبكة ☐ مياه معبأة ☐ أخرى: _____
ب2	**طريقة تخزين المياه:**	☐ وعاء مغطى ☐ وعاء غير مغطى ☐ لا يتم تخزينها (تُستخدم مباشرة)

القسم ب: العوامل البيئية والسلوكية		
ب3	**معالجة المياه داخل المنزل (مثل الغلي أو الترشيح أو الكلورة):**	☐ نعم ☐ لا
ب4	**نوع المرحاض/الصرف الصحي:**	☐ مرحاض بسيفون (فلاش) ☐ حفرة امتصاصية ☐ لا يوجد مرحاض
ب5	**غسل اليدين (قبل الأكل / بعد استخدام المرحاض):**	☐ دائمًا ☐ أحيانًا ☐ نادرًا/أبدًا
ب6	**طريقة التخلص من نفايات المنزل:**	☐ جمع بلدي/منظم ☐ رمي عشوائي ☐ حرق ☐ أخرى: _____
ب7	**التماس المنتظم مع الحيوانات (مثل الماشية أو الحيوانات الأليفة):**	☐ نعم ☐ لا
ب8	**تناول خضروات/فواكه غير مغسولة أو أطعمة الشارع:**	☐ نعم ☐ لا

القسم ج: التاريخ الطبي (حسب إفادة مقدم الرعاية)		
ج1	**الأعراض عند التشخيص (اختر كل ما ينطبق):**	☐ إسهال ☐ ألم بطني ☐ انتفاخ ☐ قيء ☐ تأخر النمو/فشل في زيادة الوزن ☐ لا يوجد
ج2	**مدة الأعراض قبل التشخيص (بالأيام):**	_____
ج3	**أساس تشخيص داء الجيارديا (تحقق من السجل الطبي):**	☐ فحص براز (مؤكد مخبريًا) ☐ تشخيص سريري فقط
ج4	**هل توجد نوبة/نوبات سابقة لداء الجيارديا؟**	☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد
ج5	**الحالة التغذوية للطفل – الوزن بالنسبة للعمر (من السجل الطبي):**	☐ طبيعي ☐ نقص وزن ☐ نقص وزن شديد

القسم د: العلاج والالتزام (المرحلة الثانية – للأطفال الموصوف لهم علاج)		
د1	**الدواء الموصوف:**	☐ ميترونيدازول ☐ تينيدازول ☐ أخرى: _____
د2	**الجرعة الموصوفة ومدة العلاج:**	_____
د3	**عدد الجرعات التي تم تناولها فعليًا مقارنة بالموصوفة:**	____ / ____
د4	**هل تم إكمال العلاج بالكامل؟**	☐ نعم ☐ لا
د5	**إذا لم يُكمل، سبب/أسباب الجرعات الفائتة (اختر كل ما ينطبق):**	☐ آثار جانبية (مثل طعم معدني، غثيان) ☐ نسيان ☐ زوال الأعراض مبكرًا ☐ التكلفة/توفر الدواء ☐ رفض الطفل تناول الدواء ☐ أخرى: _____
د6	**هل تحسّنت الأعراض بعد العلاج؟**	☐ تحسّن كامل ☐ تحسّن جزئي ☐ لم تتحسّن
د7	**تقييم القائم بالمقابلة لمعرفة مقدم الرعاية بالمرض وعلاجه:**	☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة

شكرًا لتعاونكم ووقتكم.