

نموذج إرشادات إعداد التقرير الأولي

الهدف الرئيسي من التقرير الأولي هو عرض نتائج المسح الأساسية بسرعة وتحفيز الاهتمام بالوضع القائم، لدى الهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة، والصحافة والجمهور. يمكنكم مراجعة تفاصيل محتوى التقرير الأولي واستخداماته، في الفصل 8 (التحليل، وكتابة التقرير، ونشره) من دليل الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

الغرض الرئيسي من إعداد تقرير مبدئي هو نشر بعض النتائج الهامة لمسوح الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، مباشرة بعد الانتهاء من جمع البيانات. ويجب أن ينشر التقرير الأولي على أوسع نطاق ممكن لكي يحفز الاهتمام بالموضوعات التي يتناولها التقرير، ويحفز استجابات كل الأطراف المهتمة. ومع هذا، يجب ألا تطرح النتائج التي يحتويها التقرير الأولي على أنها النتائج النهائية للمسح، بل يجب توضيح أن النتائج النهائية ستطرح من خلال التقرير الرئيسي التفصيلي، وأنه يجب استمرار العمل من أجل تقييم النتائج وإعداد مسودة هذا التقرير.

المقصود من تقديم نموذج للتقرير الأولي هو التيسير على الدول المشاركة في الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات في إصدار تقاريرهم الأولية وأن التقارير في صورة يسهل معها إجراء مقارنات بين الدول المختلفة. يطلب من الدول أن تستخدم نموذج التقرير الأولي كنقطة انطلاق عند عمل التقرير الوطني الأولي، وأن يكتفوا هذا النموذج تبعاً لمحتويات المسح الذي أجروه.

تنصح اليونيسيف الدول المشاركة بأن تتبع الإرشادات العامة الآتية عند تطبيق نموذج التقرير الأولي:

- يجب أن يتم إعداد التقرير الأولي بواسطة الهيئة المنفذة/ الحكومة بمساعدة مكاتب اليونيسيف الإقليمية، ومركز اليونيسيف الرئيسي إن دعت الحاجة.
- يجب أن يظهر على غلاف التقرير وبوضوح اسم وشعار الجهة المنفذة، والهيئات الحكومية الأخرى/ المنظمات الحكومية المشاركة في المسح. يمكن أيضاً وضع اسم اليونيسيف وشعارها، ولكن هذا غير ضروري. وينصح بشدة أن يوضع شعار الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات على الغلاف.
- يرجى أن تحافظ الدول على نفس تصميم الغلاف. ولهذا أهمية رمزية وعملية في نفس الوقت. فالتقارير التي لها نفس التصميم على مستوى مختلف الدول ستكسب الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات شهرة وستؤكد على حقيقة أن الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات مسحا عالميا.
- على الدول أن تكيف نموذج التقرير الأولي تبعاً لمحتويات المسوح التي قاموا بها، بإضافة أو حذف جداول أو أقسام حسب الحاجة. يوصى أن تتجنب الدول تضمين عدد زائد من الموضوعات والجداول. يجب ألا

يتجاوز حجم التقرير الأولي 15-20 صفحة- ويترك تحليل باقي الموضوعات والجداول لحين عرضه في التقرير الرئيسي التفصيلي.

- تشير أرقام الجدول إلى الأرقام المستخدمة في الخطة العامة للجداول، وهذا يشمل جميع جداول الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (راجع ملحق 7 من دليل الدورة الثالثة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات "إرشادات إعداد الجداول"). يطلب من الدول إعادة ترقيم الجداول بدءاً من 1، تبعاً للجداول التي يشملها المسح الذي قاموا به.

- حجم العينة الموصى به للخروج بنسب مئوية وتناسب هو مقام قيمته 25 من الحالات غير المرجحة. أما النسب المئوية التي تقل قيمة مقامها عن 25 حالة، يجب أن لا يتم عرضها في الجدول. والنسب المئوية المبنية على عدد حالات أقل من 50 حالة، يجب أن تعرض بين قوسين. في الحالة الثانية، يمكنك أن تعين سطراً للمقام في الجدول، وأن تضع "*" عند النسب والنسب المئوية المبنية على المقام. والحل البديل أن تستبعد ذلك السطر من الجدول، ثم تضع إشارة حاشية سفلية عند المتغير لتشير إلى عدد الحالات (والذي يجب أن يكون أقل من 25 حالة) في الفئة التي لم يتم عرضها في الجدول. إذا احتاجت عينتك إلى استخدام أوزان، فيجب أن تعد جداول مرجحة وأخرى غير مرجحة لكي تستطيع أن تحدد ما إذا كانت المقامات غير الموزونة أقل من 50 حالة.

- حالات غير المبين والإجابات بـ "لا أعرف" لا يتم عرضهم في الجدول، لكن يستثنى من هذا تلك الجداول الخاصة بالتوزيعات النسبية والتي تكون إجابة "لا أعرف" إحدى فئات الإجابات المنصوص عليها صراحة في الاستبيان؛ في هذه الحالة فقط يتم عرض الإجابات بـ "لا أعرف". ولكن، مع هذا، يجب أن يتم عرض حالات غير المبين، والإجابات بـ "أعرف" في الجداول الفعلية، كفتتين منفصلتين. إذا كانت مجموع "غير المبين" و"لا أعرف" يقل عن 5 في المائة، يجب دمج هاتين الفئتين في فئة واحدة تسمى "لا أعرف/ غير مبين". للحالات التي تزيد فيها النسبة المئوية لمجموع الفئتين مدموجتين عن 5 في المائة، تعرض كل فئة في عمود منفصل، وينبغي توخي الحذر في تحليل مثل تلك النتائج.

مراقبة أوضاع النساء والأطفال

نتائج المسح (اسم الدولة) العنقودي متعدد
المؤشرات
2006

التقرير الأولي

[الشهر] 2006



[هنا اسم وشعار الجهة المنفذة]

[هنا اسم وشعار الجهة المنفذة]



الموضوع	رقم المؤشر في الدورة المسوح العنقودية	رقم المؤشر في أهداف الألفية للتنمية	المؤشر	القيمة	الوحدة
وفيات الأطفال	1	13	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (أهداف الألفية للتنمية)		
	2	14	معدل وفيات الرضع		
الحالة التغذوية	6	4	معدل انتشار نقص الوزن		
	7		معدل انتشار قصر القامة		
	8		معدل انتشار الهزال		
	15		معدل الرضاعة الطبيعية الغالبة		
	16		معدل استمرار الرضاعة الطبيعية		
	17		معدل إدخال الغذاء التكميلي في الوقت المناسب		
صحة الطفل	25		تغطية التحصين ضد الدرن		
	26		معدل تغطية التحصين ضد شلل الأطفال		
	27		تغطية التحصين الثلاثي		
	28	15	تغطية التحصين ضد الحصبة		
	31		استكمال التحصينات		
	22		علاج الالتهاب الرئوي المشتبه به باستخدام المضادات الحيوية		
	24	29	الوقود الصلب		
	37	22	الأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية		
	38		الأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات		
	39	22	العلاج بمضادات الملاريا (للأطفال دون الخامسة)		
البيئة	11	30	استخدام مصادر مياه محسنة		
	12	31	استخدام مرافق صرف صحي محسنة		
الصحة الإنجابية	21	c19	انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة		
	4	17	الولادة في حضور شخص مدرب		
	5		الولادة في مؤسسات صحية		
التعليم	55	6	صاف معدل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية		

		نسبة الذكور إلى الإناث	9	61	
		تسجيل المواليد		62	حماية الطفل
		الزواج قبل سن 15، وقبل سن 18 سنة		67	
		النساء في عمر 15 – 19 عاما المتزوجات حاليا/مرتبطات		68	
		تعدد الزوجات		70	
		المعرفة الشاملة بطرق منع انتقال فيروس الإيدز بين الشباب	b19	82	فيروس آيتش أي في، الإيدز، السلوك الجنسي، الأطفال الميتمون والمستضعفون
		استخدام الواقي الذكري أثناء الممارسة الجنسية مع أشخاص غير المعتادين	a19	83	
		الممارسة الجنسية التي تنطوي على مخاطرة في العام السابق		85	
		مقارنة الالتحاق الدراسي للأيتام وغير الأيتام	20	77	

المحتوى

7	شكر وتقدير
8	1- خلفية عامة
8	مقدمة
9	أهداف المسح
9	2 منهجية العينة والمسح
9	تصميم العينة
10	الاستبيانات
10	العمل الميداني ومعالجة البيانات
11	تغطية العينة
12	3 النتائج
12	وفيات الأطفال
12	الحالة التغذوية
14	الرضاعة
15	مدى تغطية التحصينات
	علاج الأطفال المشتبه في إصابتهم بالتهاب
16	رئوي باستخدام المضادات الحيوية
16	استخدام الوقود الصلب
17	الملاريا
18	ماء الشرب والصرف الصحي
19	وسائل تنظيم الأسرة
20	المساعدة أثناء الولادة
20	الالتحاق بالمدرسة الابتدائية
21	تسجيل المواليد
21	الزواج المبكر وتعدد الزوجات
	المعرفة بطرق انتقال الإيدز
21	وفيروس آيتش أي في المسبب له واستخدام الواقي الذكري
22	الالتحاق الدراسي للأطفال الأيتام والمستضعفين

الجدول

- جدول HH.1: نتائج مقابلات الأسر المعيشية والأفراد
جدول CM.1: وفيات الأطفال
جدول NU.1: سوء تغذية الأطفال
جدول NU.3: الرضاعة الطبيعية
جدول CH.1: التحصينات في السنة الأولى من العمر
جدول CH.7: علاج الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية
جدول CH.8: استخدام الوقود الصلب
جدول CH.11: الأطفال الذين ينامون تحت ناموسيات
جدول CH.12: علاج الأطفال باستخدام مضادات الملاريا
جدول EN.1: استخدام مصادر مياه شرب محسنة
جدول EN.5: التخلص من فضلات الجسم البشري بطرق صحية
جدول RH.1: استخدام وسائل تنظيم الأسرة
جدول RH.5: المساعدة أثناء الولادة
جدول ED.3: نسبة الالتحاق الصافي بالمدرسة الابتدائية
جدول ED.7: نسبة الذكور الملتحقين بالمدارس إلى الإناث
جدول CP.1: تسجيل المواليد
جدول CP.5: الزواج المبكر وتعدد الزوجات
جدول HA.3: المعرفة الشاملة بطرق انتقال الإيدز وفيروس آيتش أي في المسبب له
جدول HA9: استخدام الواقي الذكري عند آخر ممارسة جنسية تنطوي على مخاطرة
جدول HA.12: الالتحاق بالمدارس للأطفال الأيتام والمستضعفين

شكر وتقدير

>اسرد المنظمات التي اشتركت في تنفيذ المسح. قدم معلومات عن مصادر التمويل والأفراد/ المؤسسات الذين لعبوا أدوارا هامة في استكمال المسح<

خلفية عامة والأهداف

مقدمة

هذا التقرير الأولي يقوم على المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أجري في (اسم الدولة) في عام (2006) بواسطة (قائمة الجهات المشاركة في المسح). وقد ركز المسح، في معظمه، على رصد مدى التقدم نحو تحقيق الأهداف التي وضعتها الاتفاقات العالمية الأخيرة: "إعلان الألفية" الذي تبنته 191، وهم جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، في سبتمبر 2000، و"خطة عمل عالم ملائم للأطفال"، والتي تبنتها 189 دولة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في الجلسة الخاصة عن الأطفال التي انعقدت في مايو 2002. كلا هذين الالتزامين قائمان على الوعود التي قدمها المجتمع الدولي في القمة العالمية للأطفال عام 1990.

بالتوقيع على هذه الاتفاقات الدولية، تلزم الحكومات أنفسها بتحسين أحوال الأطفال ورصد التقدم الذي يحدث في سبيل تحقيق تلك الأهداف. وأسند لليونيسيف دور يدعم تلك المهمات (أنظر جدول 1-1).

جدول 1-1

الالتزام بالعمل: مسؤوليات تقديم التقارير الوطنية والعالمية
ألزمت الحكومات التي وقعت على "إعلان الألفية" وإعلان وخطة عمل "عالم ملائم للأطفال" أنفسهم برصد التقدم الذي حدث في سبيل تحقيق التقدم والأهداف:
"سنرصد بانتظام على المستوى الوطني و إن أمكن، على مستوى الإقليم، ونقيم التقدم الذي يحدث تجاه تحقيق أهداف وغايات خطة العمل الحالية على المستوى الوطني، والإقليمي والعالمي. وبناء على هذا، سنعزز من قدراتنا الإحصائية من أجل جمع وتحليل ونشر البيانات على أساس الجنس والعمر والاعتبارات الأخرى التي قد تؤدي إلى تفاوت، وكذلك سنقوم بدعم عدد من الأبحاث التي تتناول الأطفال. سنحفز التعاون الدولي بغرض دعم جهود بناء الكفاءات الإحصائية وبناء قدرة المجتمع على الرصد، والتقييم، والتخطيط." ("عالم ملائم للأطفال" فقرة 60)

"... سنقوم بمراجعات دورية على مستوى الدولة وأقاليم الدولة من أجل تخطي العقبات والإسراع بالإجراءات..." ("عالم ملائم للأطفال"، فقرة 61)

كما تدعو خطة العمل (فقرة 61) اليونيسيف إلى المشاركة الإيجابية في إعداد التقارير الدورية عن تطور الأوضاع:

"...بوصفها الجهة العالمية الرائدة فيما يخص الأطفال، يطلب من اليونيسيف أن تواصل الإعداد والنشر،

بالتعاون الوثيق مع الحكومات، والصناديق ذات الصلة، والبرامج والهيئات المتخصصة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، وكل العناصر الفاعلة الأخرى، كلما أمكن، للمعلومات حول التقدم الذي تحقق في سبيل تنفيذ الإعلان وخطة العمل."

وبالمثل، يدعو "إعلان الألفية" (فقرة 31) إلى إعداد تقارير عن التقدم:

"...نطلب من الجمعية العامة أن تراجع، بصفة مستمرة، التقدم الذي يحدث في تنفيذ نصوص هذا الإعلان، ونطلب من الأمين العام أن يصدر تقارير دورية ليطلع عليها الجمعية العامة وتعتبر نقطة انطلاق للإجراءات المستقبلية."

>اذكر باختصار الجهود الوطنية التي بذلت من أجل تنفيذ الأهداف المذكورة أعلاه، بما فيها كيفية الاستفادة من نتائج الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات في تقييم الموقف في الدولة. وفي هذا الإطار، قد ترى أن تذكر استراتيجيات الدولة للتنمية، واستراتيجيات الدولة للحد من الفقر، وخطط الدولة للعمل من أجل الأطفال، و"أهداف الألفية للتنمية"، و"أهداف عالم ملائم للأطفال"، وبرنامج اليونيسيف للدول، وإطار الأمم المتحدة لدعم التنمية، كما يمكنك التعليق على معاهدة حقوق الطفل ومعاهدة الحد من كل أنواع التمييز ضد المرأة.<

يقدم هذا التقرير الأولي نتائج مختارة لبعض الموضوعات الرئيسية التي غطاها المسح ولعدد من المؤشرات الفرعية¹TPPT. نتائج هذا التقرير مبدئية وقد يحدث أن تتغير، لكن لا يتوقع أن تكون هذه التغييرات كبيرة. ينتظر صدور التقرير الرئيسي في <أكتب تاريخ صدور التقرير الرئيسي كاملاً>.

أهداف المسح

تتمثل الأهداف الأساسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام (2006) في (اسم الدولة) فيما يلي:

- ☒ تقديم معلومات حديثة لتقييم وضع الأطفال والنساء في (اسم الدولة)
- ☒ تقديم المعلومات اللازمة لرصد التقدم المحرز في سبيل تحقيق الأهداف التي حددتها "أهداف الألفية للتنمية" و"عالم ملائم للأطفال" كنقاط انطلاق للعمل المستقبلي
- ☒ الإسهام في تحسين مستوى نظم البيانات والمراقبة في (الدولة) وتعزيز الخبرات الفنية في تصميم وتنفيذ وتحليل تلك النظم.

¹TPPT لمزيد من المعلومات حول التعريفات، والبسوط، والمقامات، ولو غار يتمات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والمؤشرات التي يغطيها المسح من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية: راجع الفصل الأول، وملحق 1 وملحق 7 من دليل المسوح العنقودية متعددة المؤشرات- المسوح العنقودية متعددة المؤشرات 2005: رصد أوضاع النساء والأطفال، متاح أيضا على www.childinfo.org

2. تصميم العينة و منهجية المسح

تصميم العينة

تم تصميم عينة المسح العنقودي متعدد المؤثرات ل(اسم الدولة) بحيث يتيح تقييم عدد كبير من المؤشرات المتعلقة بأوضاع النساء والأطفال على مستوى الدولة، ومناطق الريف والحضر، و(عدد...) منطقة: (قدم سردا بعدد الطبقات). تم تعريف المناطق على أنها النطاقات الرئيسية لانتقاء العينة، وتم اختيار العينة على مرحلتين. في كل منطقة، تم اختبار <عدد العناقيد> كمناطق تعداد سكاني ذات احتمالية متناسبة مع الحجم. بعد إعداد قائمة بالأسر المعيشية الواقعة ضمن مناطق التعداد السكاني المختارة، سحبت عينة منتظمة من <عدد الأسر المعيشية> أسرة معيشية. <اكتب عدد مناطق التعداد التي لم تتمكن من زيارتها> من مناطق التعداد المختارة حيث صعب الوصول إليهم خلال العمل الميداني.

وقد صنفت العينة تبعاً للمناطق وهي عينة غير ذاتية الترتيب و سوف تستخدم أوزان ترجيحية لاستخراج النتائج على المستوى الوطني.

الاستبيانات

تم استخدام ثلاثة استبيانات في المسح. بالإضافة إلى استبيان الأسرة المعيشية الذي تم استخدامه في جمع معلومات عن جميع أفراد الأسر المعيشية و الأسرة و المساكن، تم طرح استبيانات لكل امرأة في عمر 15 – 49 عاماً و للأمهات أو رعاة الأطفال دون الخامسة الذين تم تحديدهم. اشتملت الاستبيانات على النماذج الآتية: <احذف الاستبيانات/ النماذج التي لم يشتمل عليها مسحكم أو أضف أي استبيانات أو نماذج يمكن أن تكون قد استخدمتها. القائمة التالية لا تشمل إلا النماذج الرئيسية من استبيانات الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات.>

☒ استبيانات الأسر المعيشية

- قائمة الأسرة المعيشية

- التعليم

- مياه الشرب ومرافق الصرف الصحي

- خصائص الأسرة المعيشية

- عمل الأطفال

- معالجة الملح باليود

☒ الاستبيانات الفردية للمرأة

- وفيات الأطفال

- التطعيم ضد التيتانوس

- صحة الأم والمولود

- الزواج/ الارتباط
- تنظيم الأسرة
- فيروس أبتش أي في المسبب للإيدز/الإيدز

☒ استبيانات الأطفال دون سن الخامسة

- تسجيل المواليد والتعليم المبكر
- فيتامين A
- الرضاعة من الثدي
- رعاية المرضى
- التحصينات
- قياس الوزن والطول

و تعتمد هذه الاستبيانات على نماذج استبيانات الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات. نقلا عن نسختها الإنجليزية و التي تمت ترجمتها إلى <أسماء اللغات> وأجري عليها الاختبار القبلي خلال < اكتب شهر وسنة الاختبار القبلي>. وفي ضوء نتائج هذا الاختبار، أجريت تعديلات على صياغة وترجمة الاستبيانات.

العمل الميداني ومعالجة البيانات

تم تدريب أفراد العمل الميداني لمدة 12 يوما في بداية < اسم شهر وسنة التدريب>. قام <عدد الفرق> فريقا بجمع البيانات؛ وكان كل فريق مكونا من <عدد الباحثين> باحثا، وسائق واحد، ومراجع/ قائم بالقياس، ومشرف. بدأ العمل الميداني في <شهر وسنة بدء العمل الميداني> وانتهي في <شهر وسنة نهاية العمل الميداني>.

تم إدخال البيانات على أربعة أجهزة مايكرو كومبيوتر باستخدام برنامج CSPro. من أجل ضمان مراقبة الجودة، أدخلت جميع الاستبيانات مرتين وأجري عليها اختبار تطابق داخلي. تم استخدام العمليات والبرامج المعيارية التي تم تطويرها في إطار مشروع الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات وتم تطبيقها على الاستبيانات التي استخدمت في <الدولة>. بدأت معالجة البيانات في نفس وقت جمع البيانات في <شهر وسنة بدأ معالجة البيانات> وانتهى في <شهر وسنة اكتمال معالجة البيانات>. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS ونماذج الجداول التي وضعت من أجل هذا الغرض.

تغطية العينة

من أصل <عدد الأسر المعيشية> أسرة معيشية اختيرت للعينة، وجد أن <عدد – يجب أن يكون أقل من العدد الأول > غير مأهول. ومن هذا العدد، <عدد الأسر المعيشية التي تمت مقابلتها بنجاح> تمت مقابلتهم بنجاح بنسبة استجابة بلغت <النسبة المئوية لنسبة الاستجابة> في المائة. أثناء المقابلات، تم التعرف على وجود <عدد النساء في عمر 15 – 49> امرأة في عمر 15 – 49 عاما. ومن هؤلاء النساء، نجحنا في مقابلة <عدد النساء

اللاتي تمت مقابلهن بنجاح > امرأة، بنسبة استجابة بلغت <النسبة المئوية لنسبة الاستجابة> في المائة. وبالإضافة إلى هذا تعرفنا على وجود <عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين تضمنهم استبيان الأسرة المعيشية > طفلا دون سن الخامسة وتضمنهم استبيان الأسرة المعيشية. واستكملنا الاستبيانات الخاصة بعدد <عدد الاستبيانات التي استكملت للأطفال دون سن الخامسة>، وهذا يعني نسبة استجابة <نسبة الاستجابة> في المائة. بلغت نسبة الاستجابة الكلية <نسبة الاستجابة لاستبيانات النساء> و <نسبة الاستجابة لاستبيانات الأطفال دون سن الخامسة> تحسب للمقابلات مع النساء وعن الأطفال دون سن الخامسة على التوالي (جدول HH.1).

3. النتائج

وفيات الأطفال

يعد تقليل معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة أحد أهم أهداف "أهداف الألفية للتنمية" و"عالم ملائم للأطفال". ورصد التقدم تجاه تحقيق هذا الهدف هو أمر ضروري وصعب في نفس الوقت. قد يبدو قياس وفيات الأطفال أمرا سهلا، لكن طرح سؤال مثل "هل مات أحد أفراد هذه الأسرة المعيشية العام الماضي" قد يؤدي إلى جمع نتائج غير دقيقة. ومن ناحية أخرى، استخدام وسائل القياس المباشرة لوفيات الأطفال من سجلات المواليد يستغرق وقتا طويلا، بالإضافة إلى أنه عملية معقدة. لذا كان على الباحثين أن يبتكروا وسائل غير مباشرة لقياس وفيات الأطفال. من شأن هذه الوسائل "غير المباشرة" أن تقلل من الأخطاء الناتجة عن ضعف الذاكرة، والتعريفات غير الدقيقة أو المفهومة فهما خاطئا، وأساليب المقابلة غير الجيدة.

معدل وفيات الرضع هو احتمال الوفاة قبل حلول عيد الميلاد الأول للطفل، ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة هو احتمال الوفاة قبل حلول عيد الميلاد الخامس. في الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، يحسب معدلا وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة على أساس أسلوب التقدير غير المباشر؛ أو ما يسمى بطريقة براس. البيانات المستخدمة في هذا التقدير هي: عدد الأطفال الذين ولدوا في المجموعات العمرية الخمسية للنساء في عمر 15 – 49 عاما، والنسبة المتوفاة منهم، أيضا للمجموعات العمرية الخمس للنساء. ويقوم الأسلوب بتحويل هذه البيانات إلى احتمالات وفاة، بالأخذ في الاعتبار مخاطر الوفاة التي يتعرض لها الأطفال وطول مدة تعرضهم لخطر الوفاة.

يعرض جدول CM.1 تقديرات وفيات الأطفال تبعا لمجموعة متنوعة من الخصائص العامة >قدم وصفا للوفاة القائمة على أساس جدول CM.1 <. يقدر معدل وفيات الأطفال بـ 43 في الألف، بينما يبلغ احتمال الوفاة لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حوالي 52 في الألف. ويكاد يكون الفرق معدوما بين احتمالي وفاة الذكور والإناث. تنخفض معدلات وفاة الرضع والأطفال دون سن الخامسة إلى أدناها في الغرب. كما نجد تباينا واضحا في معدلات الوفيات تبعا لعوامل المستوى التعليمي، ومستوى الثروة، والعرق. وتحديدا، تبلغ احتمالات وفاة الرضع والأطفال دون الخامسة، الذين يعيشون ضمن الأسر المعيشية الأغنى، ثلث مثيلاتها على مستوى الدولة.

الحالة التغذوية

تعد الحالة التغذوية لأطفال انعكاسا لصحتهم العامة. عندما يحصل الأطفال على الغذاء المناسب ولا يتعرضون للمرض بصفة متكررة، ويعنى بهم عناية جيدة، ينمون نموا سليما ويمكن اعتبار أنهم يحصلون على تغذية جيدة.

في المجتمعات التي تتغذى تغذية جيدة، يوجد توزيع معياري للأطوال والأوزان للأطفال دون خمس سنوات من العمر. يمكن التعرف على سوء التغذية في مجتمع من المجتمعات عن طريق مقارنة أطوال وأوزان الأطفال بالأطوال والأوزان المرجعية/المعيارية. المجتمع المعياري الذي يرجع إليه هنا هو المرجع الذي حددته منظمة الصحة العالمية/مركز التحكم في الأمراض/والمركز الوطني للمسوح الصحية، وهو ما تنصح باستخدامه اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية. كل من مؤشرات الحالة التغذوية الثلاث يمكن التعبير عنه في صورة وحدات انحرافات معيارية (z-scores) عن وسيط المجتمع المرجعي.

يقيس الوزن إلى العمر سوء التغذية الحاد والمزمن. فالأطفال الذين يقل وزنهم بمقدار ضعفي الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون ناقصي الوزن نقصا حادا أو متوسطا، بينما الذين يقل وزنهم بمقدار ثلاثة أضعاف الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي فيعتبرون ناقصي الوزن نقصا حادا.

يقيس الطول إلى العمر النمو الرأسي. فالأطفال الذين يقل طولهم بمقدار ضعفي الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي يصنفون قصارا القامة قصرا حادا أو متوسطا بالنسبة لأعمارهم، بينما الذين يقل طولهم بمقدار ثلاثة أضعاف الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي فيصنفون قصارا القامة قصرا حادا. وينجم قصر القامة/التقزم الحاد نتيجة لنقص التغذية السليمة لفترة طويلة وللمرض المتكرر أو المزمن.

والأطفال الذين يقل طولهم بالنسبة إلى وزنهم بمقدار ضعفي الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي يعتبرون مصابين بهزال حاد أو متوسط، بينما الذين ينقص طولهم بالنسبة لوزنهم بمقدار ثلاث أضعاف الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي فيعتبرون مصابين بهزال حاد. وينجم الهزال نتيجة الإصابة بسوء التغذية من وقت قريب. قد يعكس هذا المؤشر التغيرات الموسمية الهامة المرتبطة بكميات الغذاء المتاحة أو انتشار الأمراض.

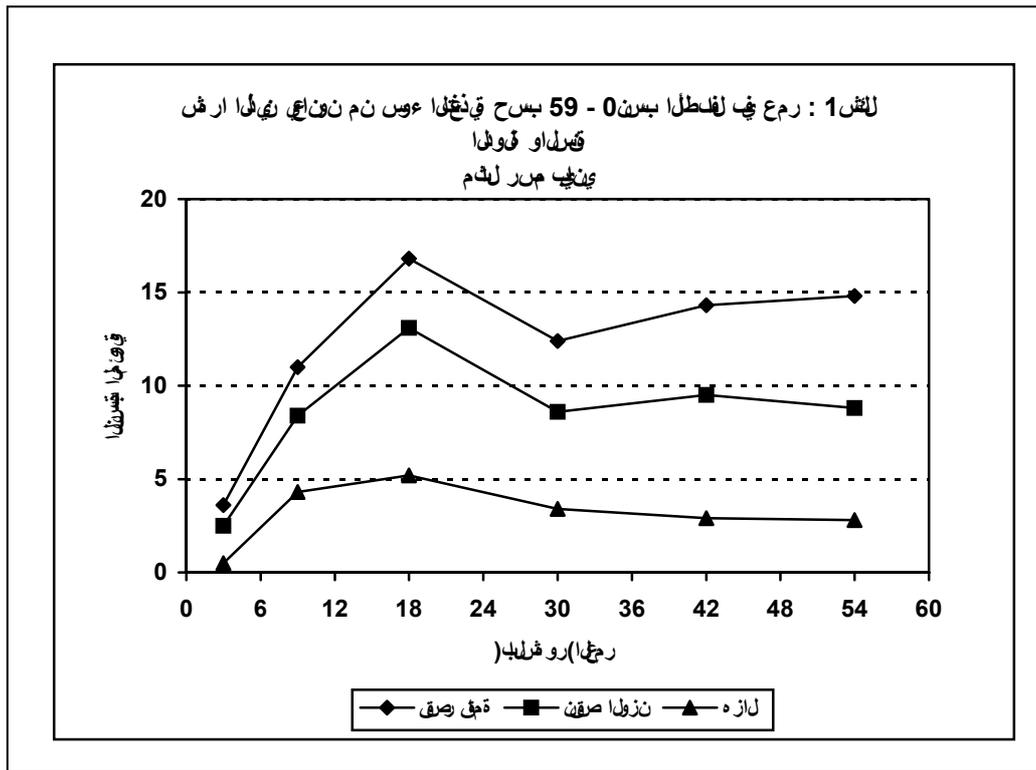
يعرض جدول NU.1 النسب المئوية للأطفال المصنفين ضمن كل فئة من تلك الفئات، تبعا لقياسات الوزن والطول التي أخذت أثناء العمل الميداني. وبالإضافة إلى هذا، يشمل الجدول النسبة المئوية للأطفال زائدي الوزن، أي الأطفال الذين يزيد وزنهم مقارنة بطولهم بمقدار ضعفي الانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي.

في جدول NU.1، الأطفال الذين لم يتم أخذ قياسات أوزانهم وأطوالهم (يبلغون > النسبة المئوية للأطفال الذين لم تؤخذ قياساتهم كما يظهر في جدول العمل الملحق بجدول NU.1 < في المائة تقريبا، وتم استبعاد الأطفال الذين خرجت قياساتهم عن الحدود المتوقعة. كما تم استبعاد الأطفال الذين لم تعرف أعمارهم > وهذا ما يجب ألا يحدث في الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

<فيما يلي مثال على الطريقة التي يجب أن يوصف بها جدول NU.1>

تقريبا يوجد واحد من كل عشرة أطفال دون سن الخامسة في <اسم الدولة> يعاني نقصا متوسطا في الوزن (9%) ويصنف اثنان في المائة أنهم ناقصو الوزن نقصا حادا (جدول NU.1). ثلاثة عشر في المائة من الأطفال يعانون من قصر القامة أو شديدا قصر القامة مقارنة بأعمارهم وثلاثة في المائة مصابون بالهزال أو النحافة الشديدة مقارنة بأطوالهم.

نقص الوزن وقصر القامة أكثر انتشارا في الجنوب. أما الهزال، فنسبته أكثر ارتفاعا في المنطقة الوسطى. الأطفال الذين تلقت أمهاتهم تعليما ثانويا أو عاليا تقل بينهم نسبة الإصابة بانخفاض الوزن أو قصر القامة بالمقارنة بالأطفال الذين لم تتلق أمهاتهم أي تعليم. ينتشر نقص الوزن وقصر القامة والهزال بين الذكور بدرجة أكبر منها بين الإناث. ويظهر النمط العمري أن نسبة أكبر من الأطفال في عمر 12 – 23 شهرا يعانون نقصا في التغذية تبعا لما أظهره المؤشرات الثلاث، بالمقارنة مع الأطفال الأصغر والأكبر عمرا. هذا النمط متوقع ومرتبط بالعمر الذي عادة ما تنتهي فيه مرحلة إرضاع الأطفال من الثدي ويبدؤون في التعرض لتلوث الماء والغذاء والبيئة.



الرضاعة من الثدي

تحمي الرضاعة من الثدي في السنوات الأولى من العمر الأطفال من العدوى وتمنحهم التغذية المثالية كما أنها اقتصادية وأمنة. لكن الكثير من الأمهات يتعجلن وقف إرضاع أطفالهن ويتعرضن لضغوط تؤدي بهن إلى التحول إلى الأغذية الصناعية وهو ما قد يؤدي إلى اضطراب النمو وسوء التغذية كما أنه غير آمن إذا لم تتوفر

المياه النظيفة بسهولة. تنص أهداف "عالم ملائم للأطفال" على أن غذاء الأطفال يجب أن يقتصر على الرضاعة من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من العمر، ثم يضاف إليها تغذية تكميلية مناسبة لمدة عامين و أكثر.

في جدول NU.3، تظهر حالة الرضاعة من الثدي وفقا لما أفادت به الأمهات/ الرعاة الرئيسيون عن استهلاك الطفل للغذاء والسوائل خلال الأربع وعشرين ساعة السابقين للمقابلة. *الرضاعة الغالبة من الثدي تشير إلى الرضع الذين لم يتلقوا إلا حليب الثدي ومكملات دوائية من المعادن والفيتامينات أو دواء.* يعرض الجدول الرضاعة الغالبة من الثدي أثناء الشهور الستة الأولى من العمر (من 0-3 أشهر ومن 0-5 أشهر منفصلين)، كما يعرض الغذاء التكميلي للأطفال في عمر 6-9 أشهر والرضاعة من الثدي المستمرة للأطفال في عمر 12-15 شهرا وفي عمر 20-23 شهرا.

<مثال للنص الذي قد يصحب وصف جدول NU.3>

حوالي 12 % تقريبا من الأطفال دون ستة أشهر من العمر يقتصرون على الرضاعة من الثدي وحدها، وهو مستوى ينخفض كثيرا عن الموصى به. في عمر 6-9 أشهر، يتلقى 25% من الأطفال حليب الثدي وطعاما صلبا أو لينا. وفي عمر 12 – 15 شهرا، 38 في المائة من الأطفال ما زالوا يتناولون حليب الثدي، وفي عمر 20- 23 شهرا، 12 في المائة ما زالوا يتناولون حليب الثدي. نسبة الذكور المقتصرين على الرضاعة من الثدي أكبر من نسبة الإناث، بينما تفوق نسبة الإناث الذكور من حيث البدء في تناول الأغذية التكميلية.

التحصين

<تنبيه: يرجى تحديد التحصينات التي يجب أن يكون قد تلقاها الأطفال ببلوغهم اثني عشر شهرا من العمر في بلدكم- وهذا قد يختلف من بلد إلى بلد – فيما يلي مجرد مثال.>

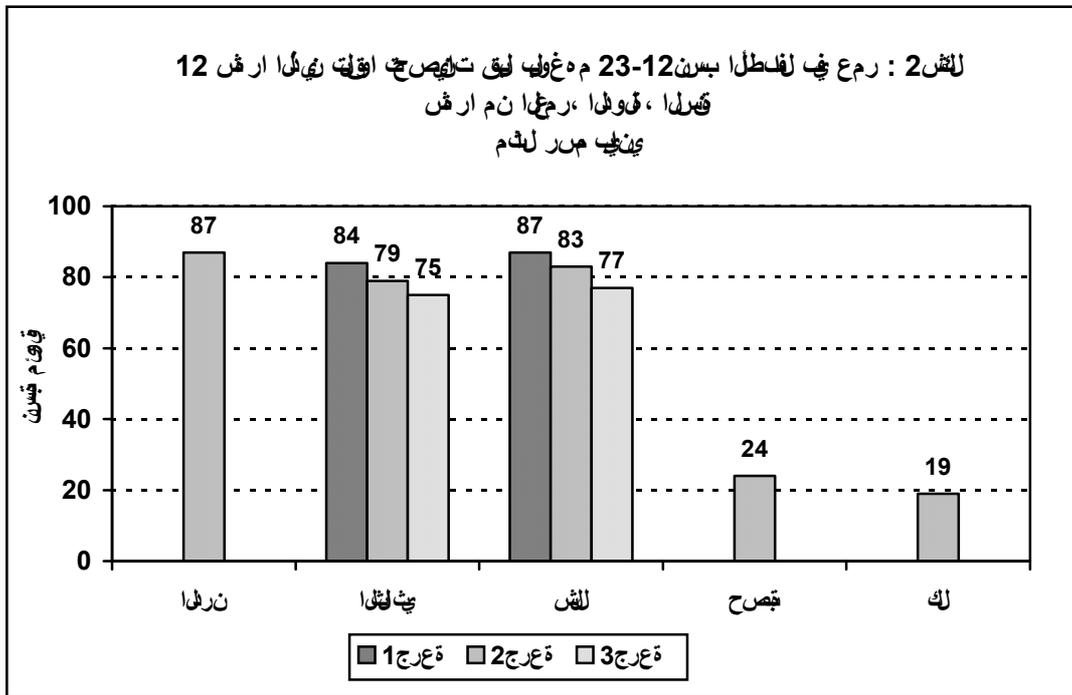
طلقا لإرشادات اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، يجب أن يتلقى الطفل تطعيم BCG ليحميه من الإصابة بالدرن، وثلاث جرعات من DPT لحمايته من الإصابة بالدفترية، والسعال الديكي، والتيتانوس، وثلاث جرعات من التطعيم ضد شلل الأطفال، وتطعيم ضد الحصبة قرب بلوغهم 12 شهرا. طلب من الأمهات تقديم بطاقات التطعيم الخاصة بالأطفال دون سن الخامسة. قامت الباحثات بنسخ المعلومات الخاصة بالتطعيم من بطاقات الأطفال إلى استبيانات الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

<مثال النص الذي يصف جدول CH.1.>

يوجد لدى 86 % من الأطفال بطاقات صحية (جدول CH.1). وفي الحالات التي لم يكن لدى الطفل بطاقة صحية، سألت الأمهات ما إذا كان الطفل قد تلقى أيًا من التحصينات، وعن عدد مرات التطعيم فيما يخص شلل الأطفال والثلاثي (الدفترية، والتيتانوس، والسعال الديكي). يعرض جدول CH.1 نسب الأطفال في عمر 12- 23 شهرا الذين تلقوا كل التطعيمات. يضم مقام النسب جميع الأطفال في عمر 12-23 شهرا وهو المدى العمري

الذي يفترض أن يكون الأطفال قد استكملوا ببلوغه جميع التطعيمات. في الجزء العلوي من الجدول، يشمل البسط كل الأطفال الذين كانوا قد تلقوا تطعيمات في أي وقت سابق للمسح، وفقا لما هو مدون على بطاقتهم الصحية أو للمعلومات التي تدلي بها الأم. الجزء الأسفل يشتمل فقط على الأطفال الذين تلقوا التحصينات قبل حلول عيد ميلادهم الأول. للأطفال الذين ليس لديهم بطاقة تطعيم، يفترض أن يكون قدر جرعات التطعيم التي حصلوا قبل عيد ميلادهم الأول عليها مماثلا للتي حصل عليها أولئك الذين لهم بطاقات تطعيم.

تلقي 87% تقريبا من الأطفال في عمر 12-23 شهرا جرعة BCG ضد الدرن قبل بلوغهم 12 شهرا. وأعطيت الجرعة الأولى من التطعيم الثلاثي لنسبة 84 مئوية من الأطفال. وانخفضت نسبة الذين حصلوا على الجرعة الثانية من تطعيم الثلاثي لتصل إلى 79%، و75% للجرعة الثالثة (شكل 3). وبالمثل، تلقي 87% الجرعة الأولى من التطعيم ضد شلل الأطفال قبل بلوغهم 12 شهرا وانخفضت النسبة إلى 77 مئوية للجرعة الثالثة ونسبة تغطية التطعيم ضد الحصبة منخفضة بالمقارنة بالتحصينات الأخرى وتبلغ 24 مئوية. السبب في هذا أنه، على الرغم من أن 61% من الأطفال تلقوا التطعيم إلا أن 40% فقط هم تلقوه قبل عيد ميلادهم الأول. ونتيجة لذلك فإن نسبة الأطفال الذين تلقوا جميع التحصينات الموصى بها قبل حلول عيد ميلادهم الأول هي 19% فقط.



علاج الأطفال المشتبه في إصابتهم بالتهاب رئوي باستخدام المضادات الحيوية

يعتبر الالتهاب الرئوي من أهم أسباب وفيات الأطفال، واستخدام المضادات الحيوية لعلاج الأطفال دون سن الخامسة يعد تدخلا فعالا. الأطفال الذين يشتبه في إصابتهم بالتهاب رئوي هم أولئك الذين أصيبوا بمرض أعراضه السعال

المصحوب بتنفس سريع أو صعوبة في التنفس وكان السبب في أعراض المرض مشكلة في الصدر وانسداد في الأنف. هذا السؤال مقصور على الأطفال الذين اشتبه في إصابتهم بالتهاب رئوي خلال الأسبوعين السابقين للمسح ويسأل ما إذا كانوا قد تلقوا مضادا حيويا خلال الأسبوعين السابقين.

<مثال على النص الذي يصف جدول CH.7>

يقدم جدول CH.7 استخدامات المضادات الحيوية لعلاج ما يشتبه أن يكون التهابا رئويا عند الأطفال دون سن الخامسة من العمر، تبعا للجنس، والعمر، والمنطقة، ومحل السكن، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية. في <اسم الدولة>، تلقى 41% من الأطفال دون سن الخامسة مضادا حيويا، خلال الأسبوعين السابقين للمسح، لعلاج ما اشتبه به أن يكون التهابا رئويا. كانت النسبة أعلى كثيرا في العاصمة، بينما انخفضت النسبة إلى 15% في الجنوب. كما يظهر الجدول أن علاج الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية نادر بين الأسر المعيشية الفقيرة جدا وبين الأطفال الذين تلقوا أمهاتهم/ رعاتهم تعليما ثانويا على الأقل؟؟؟. ويرتفع معدل استخدام المضادات الحيوية كلما كبر عمر الطفل.

استخدام الوقود الصلب

يؤدي الطهي باستخدام الوقود الصلب (الفحم والمخلفات النباتية) إلى تلوث بيئة المنزل ويعد سببا هاما من أسباب اعتلال الصحة على مستوى العالم، خاصة بين الأطفال دون سن الخامسة، ويتمثل هذا الاعتلال في الأمراض التنفسية الحادة.

<مثال على النص الذي يصف جدول CH.8>

بصفة عامة، يستخدم أكثر من ثلث الأسر المعيشية (35%) في <اسم الدولة> الوقود الصلب لطهي الطعام. تنخفض نسبة استخدام الوقود الصلب في المناطق الحضرية (6%)، لكنها ترتفع بشدة في الريف، حيث تستخدم نصف الأسر المعيشية تقريبا (48%) الوقود الصلب. تظهر اختلافات هامة راجعة إلى مستوى ثروة الأسرة المعيشية والمستوى التعليمي لرب الأسرة. كما يظهر الجدول أن هذه النسبة ترتفع بسبب كثرة استخدام الخشب في أغراض الطهي.

الملاريا

الملاريا من أهم أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في <اسم الدولة>. كما أنها تؤدي إلى إصابة الأطفال بالأنيميا وتسبب في كثرة تغيبهم عن المدرسة. استخدام الإجراءات الوقائية، وبخاصة الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، يقلل بدرجة كبيرة من معدل وفيات الأطفال الناتج عن الملاريا. التوصيات العالمية، للدول التي تنتشر فيها الإصابة بالملاريا، تتمثل في علاج أي حمى على أنها ملاريا بإعطاء الطفل برنامجا علاجيا كاملا من الأقراص الموصى بها المضادة للملاريا. يجب أخذ الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض شديدة للملاريا مثل ارتفاع درجة الحرارة والتشنجات إلى أي مرفق صحي. كما يجب أن يتلقى الأطفال في فترة النقاهة من الملاريا كما أكبر من

السوائل والغذاء وأن يستمر إرضاعهم من الثدي.دي.

<فيما يلي مثال وصفي>

يشمل استبيان الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات أسئلة عن استخدام الناموسيات، على مستوى الأسرة المعيشية كلها، وللأطفال دون سن الخامسة. كما يشمل أسئلة عن العلاج بمضادات الملاريا والعلاج المتقطع الوقائي ضد الملاريا. في <اسم الدولة> أشارت النتائج إلى أن 12% من الأسر المعيشية تستخدم الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية. معظم الناموسيات (9%) المستخدمة لدى الأسر المعيشية كانت معالجة بالمبيدات الحشرية، و3 في المائة كانوا معالجين علاجا طويلا المدى.

تشير النتائج إلى أن 27 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة ناموا تحت ناموسيات الليلة السابقة للمسح، وأن 20% منهم ناموا تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية (أنظر جدول CH.11). تنخفض نسب استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية بتقدم عمر الطفل، ولم يظهر المسح تباينا على أساس الجنس بين الأطفال دون الخامسة.

تم طرح الأسئلة الخاصة بارتفاع درجة الحرارة وطرق علاجها عن كل الأطفال دون سن الخامسة. يوجد واحد تقريبا من كل ثلاثة أطفال (36%) دون الخامسة أصيب بارتفاع في درجة الحرارة خلال الأسبوعين السابقين للمسح العنقودي الثالث متعدد المؤشرات (أنظر جدول CH.12). يتراجع انتشار الحمى بتقدم العمر وبلغ أقصاه في الفئة العمرية 11 - 23 شهرا (39%). ويقل انتشار الحمى بين الأطفال الذين تلقوا تعليمات ثانويا أو عاليا بالمقارنة بمعدل انتشارها بين الأطفال الذين حصلت أمهاتهم على مستوى أقل من التعليم. التباين في نسب الانتشار تبعاً للمناطق ليس كبيرا ويتراوح بين 34 إلى 38 في المائة للخمس مناطق.

طلب من الأمهات الإخبار بجميع الأدوية التي أعطيت للطفل لعلاج الحمى، وهذا يشمل الأدوية التي أعطيت له في المنزل أو التي وصفت له في المرفق الصحي. بصفة عامة، تلقى 66 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بحمى خلال الأسبوعين السابقين للمسح علاجا "مناسبا" من مضادات الملاريا وتلقى 42 في المائة منهم العلاج خلال الأربع وعشرين ساعة الأولى من بدأ الأعراض.

تشمل الأدوية "المناسبة" المضادة للملاريا: الكلورين و SP، وتركيبات أرتيميسين الدوائية، الخ. في <اسم الدولة>، أعطي 42 في المائة من الأطفال كلورين، و18 في المائة أعطي لهم SP، و2 في المائة فقط أعطي لهم تركيبات أرتيميسين. كم أعطي عدد كبير من الأطفال (32%) أدوية غير مضادة للملاريا من خافضات الحرارة كالباراسيتامول والأسبرين والأيبوبروفين.

وبصفة عامة، في الجنوب، حيث تنتشر الملاريا، تلقت نسبة أكبر من الأطفال دواء مناسباً مضاداً للملاريا بالمقارنة مع الأطفال في المنطقة الوسطى، حيث قلما أعطي لهم أدوية مناسبة مضادة للملاريا. نسب الأطفال الذين عولجوا بمضادات الملاريا في الحضر أعلى منها في الريف، وكذلك لأطفال الأمهات المتعلّقات تعليماً ثانوياً أو عالياً، تكون أعلى منها بين ذوي الأمهات الأقل تعليماً. كما أن الفارق ضئيل بين الإناث والذكور من حيث العلاج بمضادات الملاريا.

الماء والصرف الصحي

الماء الآمن للشرب ضرورة لا غنى عنها من أجل صحة سليمة. ماء الشرب غير النظيف قد يحمل أمراضاً مثل التراكوما والكوليرا والتيفود والبهارسيا. وقد يكون ماء الشرب ملوثاً بمواد كيميائية أو فيزيائية أو مشعة ذات ضرر على صحة الإنسان. بالإضافة إلى ضرورة الماء النظيف للصحة السليمة، تعد سهولة الوصول إلى ماء الشرب النظيف أمراً ذا أهمية للنساء والأطفال خاصة، وبخاصة في المناطق الريفية، لأنهم غالباً من يتحمل مسؤولية إحضار الماء، الذي غالباً ما يبعد مسافات طويلة.

<فيما يأتي مثال وصفي>

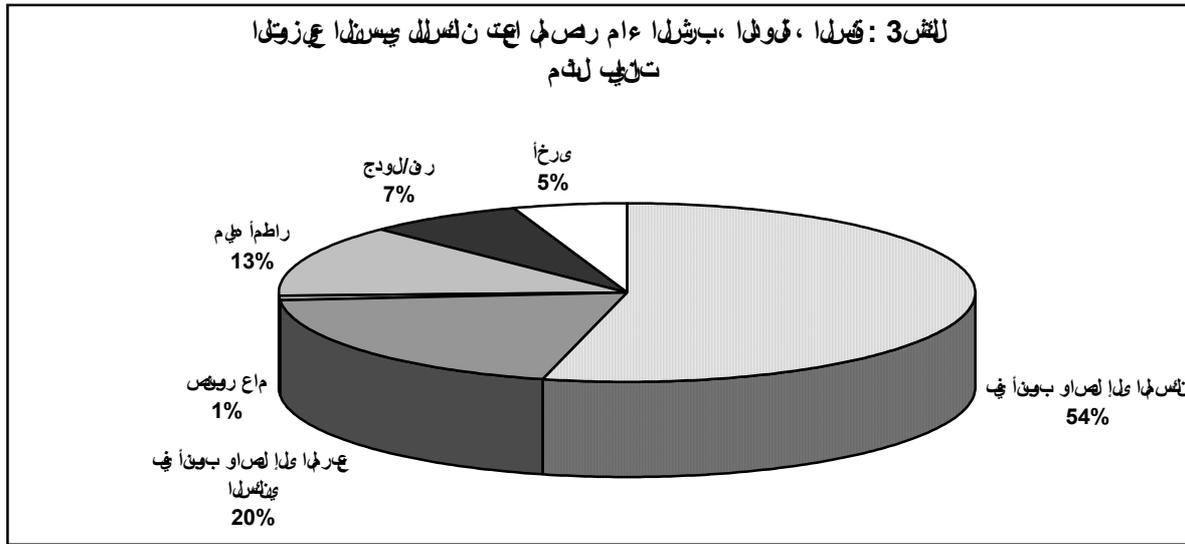
يعرض جدول EN.1 توزيع السكان تبعاً لمصدر ماء الشرب. يعرف السكان الذين يستخدمون مصادر ماء شرب محسن بأنهم أولئك الذين يستخدمون أحد المصادر الآتية: صنوبر واصل في أنبوب إلى داخل المسكن، أو صنوبر عام، أو أنبوب متصل ببئر، أو بئر مغطى، أو عين مغطاة، أو ماء المطر. بصفة عامة 70% من السكان يستطيعون الوصول إلى مصادر ماء شرب محسنة؛ و39% منهم في مناطق الحضر، و61% في مناطق الريف. والأحوال في الجنوب أسوأ كثيراً منها في الشمال، فسبعة وأربعون في المائة فقط من سكان الجنوب يمكنهم الوصول إلى مصادر ماء شرب محسنة.

تختلف أنواع مصادر ماء الشرب المحسن اختلافاً كبيراً تبعاً للمنطقة (جدول EN.1). في المنطقة الوسطى، يستخدم 94% من السكان ماء الشرب الذي يصل في أنابيب إلى داخل المساكن أو المجموعات السكنية. وفي المناطق الجنوبية، والغربية 69%، و82%، على نفس الترتيب، يستخدمون ماء الصنابير. وعلى العكس من هذا، 54% من سكان المناطق الشرقية، وأقل من 10% من سكان المناطق الجنوبية يستخدمون ماء الصنابير الذي يصل في أنابيب إلى داخل المساكن. ويعد ماء المطر الذي يتم جمعه ثانياً أهم مصدر من مصادر ماء الشرب في الشرق، بينما يستخدم أكثر من ثلثي سكان الجنوب ماء النهر والجداول (وهو مصدر غير آمن) ويقوم القسم الباقي بجمع ماء المطر.

التخلص غير الصحي من فضلات الجسم البشري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعدد كبير من الأمراض، كالأعراض التي تسبب الإسهال، وكشلل الأطفال أيضاً. تشمل مرافق الصرف الصحي الآمنة: المراحيض التي تدفق محتوياتها بالماء إلى شبكة صرف صحي، أو بيارات أو ترنشات، وتشمل أيضاً الحفر المهواة، والحفر المغطاة، ومراحيض الأسمدة.

92% من سكان <اسم الدولة> يعيشون في مساكن بها مرافق صرف صحي محسنة (جدول EN.5). 96% من هذه النسبة في المناطق الحضرية، و90% في المناطق الريفية. النسبة الأقل من مستخدمي مرافق الصرف الصحي المحسنة هم سكان الجنوب. معظم هؤلاء السكان يستخدمون الأنهار، أو الشجيرات البرية، أو الحقول، أو ليس لديهم أي نوع من أنواع المرافق.

وعلى العكس من هذا، فإن أغلب المرافق الصحية في باقي أنحاء الدولة تتمثل في مراحيض تدفق محتوياتها بالماء على شبكة صرف صحي أو بيارات.



تنظيم الأسرة

<فيما يلي مثال توضيحي>

خمس وأربعون في المائة من النساء المتزوجات ذكرن أنهن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة أثناء المسح (أنظر جدول RH.1). الحبوب هي أكثر الوسائل انتشارا إذ تستخدمها واحدة من كل أربع نساء متزوجات في <اسم الدولة>. أما ثاني أكثر وسيلة انتشارا بين النساء فهي التعقيم حيث تمارسه 10% من النساء المتزوجات. من 2 إلى 3 في المائة من النساء ذكرن أنهن يستخدمن وسائل رحمية، أو حقن، أو الواقي الذكري. وأقل من 1% قلن إنهن يلجأن إلى تحديد مواعيد الجماع، أو العزل، أو التعقيم الذكري، أو الوسائل المهبليّة، أو إطالة مدة الإرضاع من الثدي.

يبلغ استخدام وسائل تنظيم الأسرة أعلى مستويات انتشاره في المنطقة الوسطى، حيث تبلغ نسبته 53% كما أن نسب استخدامها في الغرب مشابهة أيضا حيث يبلغ 51 في المائة. أربع وأربعون في المائة من النساء المتزوجات في المنطقة الجنوبية الوسطى و39% من النساء في الشرق يستخدمن وسيلة من الوسائل. في الجنوب، يندر استخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ فستة في المائة فقط من النساء المتزوجات قلن إنهن يستخدمن الوسائل. المراهقات أقل استخداما

من النساء الأكبر سناً. حوالي 26% فقط من النساء في عمر 15 – 19 عاماً المتزوجات يستخدمن، في مقابل 43% للنساء في عمر 20 – 24 عاماً، و47% للنساء الأكبر سناً.

يرتبط مستوى تعليم المرأة ارتباطاً مؤثراً بمعدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ترتفع النسبة المئوية للنساء اللاتي يستخدمن الوسائل من 11% للنساء غير المتعلّقات إلى 35% للنساء اللاتي تلقين تعليماً ابتدائياً، وإلى 53% للنساء اللاتي حصلن على تعليم ثانوي أو عالٍ. بالإضافة إلى اختلاف نسب الانتشار تبعاً لمستوى التعليم، تختلف أيضاً نوعية الوسائل المستخدمة، تبعاً لمستوى التعليم. نصف النساء غير المتعلّقات أو الحاصلات على تعليم ابتدائي يستخدمن الحبوب، و31-39% منهن معقمات. وفي المقابل 63% من النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى المستخدمة للوسائل يتناولن الحبوب، و20 في المائة منهن معقمات.

المساعدة على الولادة

للولادة بمساعدة متخصص مدرب ثمار طبية لكل من الأم والوليد، لأنه يستخدم الإجراءات الفنية الصحيحة ويتخذ القرارات الصحيحة والسريعة لتشخيص وعلاج المضاعفات التي قد تطرأ. وتعرف المساعدة المتخصصة في الولادة بأنها المساعدة التي يقدمها طبيب أو ممرضة أو قابلة أو قابلة مساعدة.

<فيما يلي مثال وصفي>

77% تقريباً من الولادات التي تمت في السنة السابقة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات كانت بمساعدة مختصين مدربين (جدول RH.5). تبلغ هذه النسبة أعلاها في المنطقة الجنوبية الوسطى، لتصل إلى 99%، وتتنحى إلى 21% في الجنوب. وكلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما ارتفعت احتمالات ولادتها لطفلها على يد متخصص مدرب.

أكثر من واحدة من كل ثلاث ولادات (34 في المائة) تمت في السنة السابقة لإجراء المسح العنقودي كانت بمساعدة قابلة. وتمت 27% من حالات الولادة على أيدي أطباء، 13% على أيدي ممرضات. النسبة العامة للولادات على أيدي مختصين في مجال الرعاية الصحية بلغت 10%، لكن هذه الولادات تمت في الجنوب حيث تختلف نوعية مقدمي الرعاية الصحية عنها في المناطق الأخرى. في الجنوب، حوالي 47% من الولادات تمت على أيدي متخصصين، و27% على أيدي مولدين تقليديين. أما في المناطق الأخرى، من 42 إلى 49 في المائة من الولادات تم على أيدي قابلات، بينما 29 إلى 33 في المائة على أيدي أطباء.

الالتحاق بالمدرسة الابتدائية

أحد أهم أهداف "عالم ملائم للأطفال" و"أهداف الألفية للتنمية" هو إتاحة الالتحاق بالتعليم الأساسي لكل أطفال العالم وتلقيهم التعليم الابتدائي. يعد التعليم أحد أهم وسائل مكافحة الفقر، وتمكين النساء، وحماية الأطفال من الاستغلال الجنسي والاستغلال في العمل، كما أنه من وسائل دعم الديمقراطية، وحماية حقوق الإنسان، وحماية البيئة، والتحكم في النمو السكاني.

<فيما يأتي مثال وصفي>

بصفة عامة، 89% من الأطفال في سن المدرسة الابتدائية في <اسم الدولة> يلتحقون بمدارس ابتدائية أو ثانوية (جدول ED.3). في المناطق الحضرية، 96 في المائة من الأطفال يلتحقون بالمدرسة، في مقابل نسبة 82 في المائة في المناطق الريفية. نسبة الالتحاق في الجنوب أقل كثيرا من باقي أنحاء الدولة إذ تبلغ النسبة 52 في المائة. على مستوى الدولة، لا يوجد أي اختلاف في نسب الالتحاق بين الذكور والإناث في الدراسة الابتدائية.

يوضح جدول (ED.7) نسبة حضور الذكور إلى نسبة حضور الإناث في المدرسة الابتدائية. يبلغ الفارق بين نسب التحاق الذكور و الإناث 1.00 تقريبا، وهو ما يشير إلى انعدام الفارق بين النسبتين. لكن هذا المؤشر ينخفض إلى 0.83 في التعليم الثانوي. ويظهر انخفاض معدل التحاق الإناث في المنطقة الجنوبية، وكذلك بين الأسر المعيشية الأكثر فقرا، وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية.

تسجيل المواليد

ينص الميثاق العالمي لحقوق الطفل على أن من حق كل طفل أن يكون له اسم وجنسية وحق الحماية من أن يحرم من هويته. وتسجيل المواليد هو الوسيلة الرئيسية لحماية تلك الحقوق.

<فيما يأتي مثال وصفي>

تم تسجيل نسبة 94 في المائة من الولادات التي تمت في الخمس سنوات السابقة للمسح في <اسم الدولة> (جدول CP.1) و لم تختلف نسب تسجيل المواليد تبعا للجنس أو العمر أو مستوى التعليم. لكن بدا أن نسبة كبيرة من أطفال المنطقة الغربية لم يتم تسجيل ولاداتهم، ويرجع السبب في هذا إلى جهل عدد كبير من الأمهات عما إذا كانت ولادة أطفالهن قد تم تسجيلها أم لا. و بالنسبة للنساء اللاتي لم يقمن بتسجيل مواليدهن، فإن ارتفاع التكلفة، أو بعد المسافة، أو عدم المعرفة بوجود وإمكانية تسجيل الأطفال لم تعد من الأسباب الرئيسية لذلك.

الزواج المبكر وتعدد الزوجات

يعد زواج الأطفال صورة من صور انتهاك حقوق الإنسان والتفريط في حق البنات في تنمية أنفسهن، وعادة ما ينتج عن الزواج المبكر حمل مبكر وعزل اجتماعي، كما يؤدي هذا إلى حرمانهن من التعليم والتدريب المهني الذين من شأنهما تخفيف وطأة الفقر المرتبطة بالنوع. النساء اللاتي يتزوجن في سن صغيرة يكن أكثر عرضة من غيرهن للخروج من الدراسة، وارتفاع الخصوبة، والعنف المنزلي، ووفيات الأمهات.

يقدم جدول (CP.5) نسب النساء اللاتي تزوجن في الأعمار المختلفة. <قدم وصفا أكثر تفصيلا لهذا الجدول>

المعرفة بطرق انتقال مرض نقص المناعة البشرية المكتسب (إيدز) وبفيروس HIV المسبب له واستخدام الواقي الذكري

المعرفة الصحيحة بطرق انتقال فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز ضرورية من أجل خفض احتمالات انتقال العدوى والمساعدة على وضع استراتيجيات تؤدي إلى منع انتقالها. المعلومات الصحيحة هي الخطوة الأولى على طريق رفع الوعي وإعطاء الشباب وسيلة لحماية أنفسهم من خطر الإصابة. تنتشر المفاهيم الخاطئة حول فيروس HIV المسبب للإيدز ويمكنها أن تربك الشباب وتعيق جهود منع انتقاله. ظهر اختلاف في المفاهيم الخاطئة تبعاً للمنطقة، إلا أن بعض المفاهيم الخاطئة عالمية (مثل أن مؤاكلة المريض تنقل فيروس HIV وأن عضات البعوض تسبب فيروس HIV)

<فيما يأتي مثال وصفي>

يقدم جدول HA.3 نسب النساء في عمر 15 – 49 عاماً اللاتي يعرفن طريقتين من طرق انتقال فيروس HIV المسبب للإيدز. ما زالت المعرفة بطرق منع انتقال فيروس HIV قليلة، لكن قدرها يختلف باختلاف المكان. بصفة عامة، 58 في المائة من النساء قلن إنهن يعرفن طريقتين من طرق انتقال العدوى، وفي المناطق الحضرية تعرفت 66 في المائة من النساء على كلتا الطريقتين. وكالمتوقع، ترتفع احتمالية معرفة المرأة بطرق انتقال العدوى بارتفاع مستوى تعليمها.

من أهم المؤشرات لقياس ردود فعل الدول تجاه انتشار فيروس HIV هو نسب الشباب في سن 15 – 24 عاماً الذين يعرفون طريقتين لمنع انتقال فيروس HIV، ويرفضون مفهومين خاطئين، ويعرفون أن شخصاً صحيح المظهر يمكن أن يكون مصاباً بفيروس HIV. أقل من 50 في المائة من الشباب لديهم معرفة صحيحة شاملة عن فيروس HIV. يرتبط مستوى التعليم ومكان السكن ارتباطاً وثيقاً بمستوى المعرفة الصحيحة بفيروس HIV.

نشر السلوك الجنسي السليم أمر ضروري للحد من انتقال العدوى بفيروس HIV. استخدام الواقي أثناء الممارسة الجنسية، خاصة مع الشركاء غير المعتادين، سلوك لغنى عنه للحد من فرص انتقال الفيروس. أكثر من نصف حالات الإصابات الجديدة بفيروس HIV من الشباب في سن 15-24 عاماً؛ أي أن تعديل سلوك الشباب في هذه المرحلة السنية، سيقفل من عدد الإصابات الجديدة.

قاس المسح استخدام النساء في عمر 15-24 للواق عند ممارسة الجنس مع رجال غرباء، غير الزوج أو الشريك الدائم، خلال العام السابق لإجراء المسح (جدول HA.9). أكثر من 30 في المائة من النساء في عمر 15 – 24 عاماً ذكرن أنهن مارسن الجنس مع أشخاص غير شركائهن المعتادين خلال الاثني عشر شهراً السابقين على إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات. ربع هؤلاء النساء فقط هن اللاتي استخدمن واقياً عند ممارسة الجنس ممارسة تنطوي على مخاطرة مع شخص غير المعتاد. نسبة النساء اللاتي لم يتمن تعليمهن الابتدائي واستخدمن واقياً عندما مارسن الجنس مع شخص غير معتاد خلال السنة السابقة للمسح بلغت 19 في المائة، بينما تبلغ النسبة 37 في المائة للنساء اللاتي حصلن على تعليم ثانوي أو أعلى.

الالتحاق المدرسي للأطفال الأيتام والمستضعفين

كلما انتشر فيروس HIV كلما زاد عدد الأطفال الذين تيموا واستضعفوا بسبب فيروس HIV ومرض نقص المناعة البشرية المكتسب \. الأطفال الأيتام أو الذين يعيشون بعيدا عن والديهم أكثر عرضة لخطر الإهمال أو الاستغلال، نظرا لافتقادهم دعم الوالدين. مراقبة التباین في النتائج الدراسية للأطفال الذين فقدوا والديهم، بالمقارنة بالأطفال الذين ما زال أبواهم أحياء (ويعيشون مع أحدهما على الأقل)، هو أحد الوسائل الهامة للتأكد من أن الأطفال ينالون حقوقهم حتى بعد غياب آبائهم لوفااتهم أو لأسباب أخرى.

< فيما يأتي مثال وصفي >

في <اسم الدولة>، فقد 3 في المائة من الأطفال في عمر 10 – 14 عاما والديهم (جدول HA.12). ونسبة 88 في المائة فقط من هؤلاء الأطفال يلتحقون بالمدرسة. أما الأطفال في عمر 10-14 عاما الذين لم يفقدوا أحد أبويهم، فنسبة 92 % منهم يلتحقون بالمدرسة. وهذا يوضح أن حال الأطفال الذين فقدوا والديهم أسوأ من الذين لم يفقدوا أحدا من والديهم.

جدول HH.1: نتائج المقابلات مع الأسر المعيشية والأفراد U

عدد الأسر المعيشية، والنساء، والأطفال دون الخامسة تبعاً لنتائج المقابلات مع النساء والأطفال دون الخامسة والأسر المعيشية، ونسبة استجابة النساء والأطفال دون الخامسة، والدولة، والسنة

	الإقليم			محل الإقامة	
	الإقليم 3 إجمالي	الإقليم 2	الإقليم 1	ريف	حضر
عدد الأسر المعيشية					
المختارة ضمن العينة					
المأهولة فعلاً					
التي تمت مقابلتها					
نسبة الاستجابة					
عدد النساء					
المؤهلات					
اللاتي تمت مقابلتهم					
نسبة الاستجابة					
النسبة الكلية للاستجابة					
عدد الأطفال دون الخامسة					
المؤهلين					
الأم/ الراعي الرئيسي الذين تمت					
مقابلتهم					
نسبة الاستجابة					
نسبة الاستجابة الكلية					

المقام في نسبة استجابة الأسر المعيشية هو عدد الأسر المعيشية التي كانت مأهولة أثناء العمل الميداني (HH9= 1,2,3,6)؛ والبسط هو عدد الأسر المعيشية التي استوفيت استبياناتها (HH9 =1). المقام لنسبة استجابة النساء هو عدد النساء المؤهلات المذكور في قائمة أفراد الأسرة المعيشية (النساء في عمر 15 - 49 عاماً، HH12) والبسط هو عدد النساء الذين تمت مقابلتهم بنجاح (HH 13). المقام في منسبة الاستجابة لاستبيان الأطفال دون الخامسة هو عدد الأطفال المؤهلين الذين تم تحديدهم في قائمة أفراد الأسرة المعيشية (HH14)؛ أما البسط فهو عدد الأطفال الذين استوفيت الاستبيانات الخاصة بهم (HH15).

نسبة الاستجابة الكلية تحسب على الاستبيانات الفردية بضرب نسبة استجابة الأسر المعيشية في نسبة استجابة النساء والأطفال، على الترتيب

U جدول CM.1 وفيات الطفولة المبكرة

معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة، الدولة، السنة

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة **	معدل وفيات الرضع *
	الجنس
	ذكر
	أنثى
	المنطقة
	منطقة 1
	منطقة 2
	منطقة 3
	السكنى
	حضر
	ريف
	مستوى تعليم المرأة
	بدون تعليم
	ابتدائي
	ثانوي +
	مستويات مؤشر الثروة الخمس
	الأفقر
	ثاني
	متوسط
	الرابع
	الأغنى
	العرق/ اللغة/ الدين
	مجموعة 1
	مجموعة 2
	مجموعة 3
	المجموع

* المؤشر 2 من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات ، المؤشر 14 من أهداف الألفية للتنمية
** ، المؤشر 13 من أهداف الألفية للتنمية المؤشر 1 من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات
تنبيه: حجم العينة في الكثير من المسوح لن يسمح بتحليل النتائج مقسمة تبعاً للمناطق
يحسب معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة باستخدام المعلومات في جدول CM2: أعداد النساء،
المواليد، نسبة المتوفين، تبعاً لعمر النساء. أرقام هذا الجدول تأتي من نموذج وفيات الأطفال.

* هدف رقم 4 من أهداف الألفية للتنمية وهدف رقم 6 من أهداف المسوح متعددة المؤشرات
** هدف رقم 7 من أهداف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

*** الهدف الثامن من أهداف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

العمودان 1 و 2 يشيران إلى الأطفال الذين تقل القيم المعيارية لأوزانهم بالنسبة لأعمارهم (الانحراف المعياري عن الوسيط) عن -2 انحرافات معيارية (نقص وزن متوسط) و -3 انحرافات معيارية (نقص وزن حاد) من وسيط الوزن بالنسبة للعمر في المجتمع المرجعي الموصى به من قبل WHO و NCHS. العمودان 3 و 4 يشيران إلى الأطفال الذين تقل القيم المعيارية لأطوالهم بالنسبة لأعمارهم (الانحراف المعياري عن الوسيط) عن -2 انحرافات معيارية (قصر قامة متوسط) و -3 انحرافات معيارية (قصر قامة حاد) من وسيط الطول بالنسبة للعمر في المجتمع المرجعي الموصى به من قبل WHO و NCHS. العمودان 5 و 6 يشيران إلى الأطفال الذين تقل القيم المعيارية لأوزانهم بالنسبة لأطوالهم (الانحراف المعياري عن الوسيط) عن -2 انحرافات معيارية (نحافة متوسطة) و -3 انحرافات معيارية (نحافة حادة) من وسيط الوزن بالنسبة للطول في المجتمع المرجعي الموصى به من قبل WHO و NCHS. عادة ما تكون النحافة ناتجة عن سوء التغذية، كما يحتوي الجدول أيضاً على التوزيع النسبي الأطفال الذين لديهم وزن زائد و هم الأطفال الذين تزيد القيم المعيارية لأوزانهم بالنسبة لأطوالهم عن +2 انحراف معياري عن وسيط المجتمع المرجعي

النسبة التي تقل عن -2 انحراف معياري تشتمل أيضاً على الأطفال الذين يقلون عن -3 انحراف معياري من المتوسط

يستبعد الأطفال الذين لم يدرج وزنهم أو طولهم من الحسابات. إذا لم تسجل بيانات الطول والوزن لأكثر من 10% من الأطفال دون الخامسة، يجب الحذر عند تحليل البيانات. كما يستبعد الأطفال الذين تخرج مؤشراتهم عن المدى.

**** مؤشر رقم 17 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات**

**** الأطفال الذين ما زالوا يرضعون (BF2 =1) و الغذاء التكميلي الذي قدم لهم خلال الأربع وعشرين ساعة الماضية (BF3H=1) ، حتى إن أعطوا بدائل لحليب الأم.**

***** مؤشر رقم 16 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات**

***** الأطفال الذين ما زالوا يرضعون BF2 = 1**

تعتمد حالة الرضاعة الطبيعية على ما تدلي به الأم أو الرعاية الرئيسية عن استهلاك الأطفال خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة للمقابلة. الرضاعة الطبيعية الغالبة تشير إلى الأطفال الذين لا يتلقون إلا حليب الأم أو حليب الأم والفيتامينات والمكملات الغذائية المعدنية أو الدواء (BF2=1 و BF 3 B - BF3H = 2 ، يمكن أن يكون BF3A= 1) . التغذية التكميلية تشير إلى الأطفال الذين يتلقون حليب الأم والأغذية الصلبة أو اللينة (BF2 = 1 و (BF3H =1).

U جدول CH.1: التطعيمات في السنة الأولى بعد الميلاد

التوزيع النسبي للأطفال في عمر 12-23 شهرا المحصنين ضد أمراض الطفولة في أي وقت مضى قبل المسح وقبل حلول عيد ميلادهم الأول، الدولة، السنة

النسبة المئوية للأطفال الذين تلقوا										
عدد الأطفال في عمر 12- 23	بدون تحصينات	جميع التحصينات****	الحصبة****	شلل الأطفال 3***	شلل الأطفال 2	شلل الأطفال 1	شلل الأطفال 0	الثلاثي الثلاثي 3	الثلاثي الثلاثي 2	الثلاثي1)
										دفتيريا، تيتانوس، سعال ديكي) الدرن*
تم التحصين في أي وقت قبل المسح وفقا لـ بطاقة التحصين كلام الأم أيهما										
تم تطعيمه ببلوغه 12 شهرًا										

* مؤشر رقم 25 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات
** مؤشر رقم 27 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات
*** مؤشر رقم 26 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

**** مؤشر رقم 28 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات ومؤشر 15 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* مجموع عدد الأطفال في عمر 12-23 شهرا الذين تلقوا تحصينات الدرن (شلل الأطفال 3، الثلاثي (دفتيريا-سعال ديكي-تيتانوس)3، الحصبة، الالتهاب الكبدي ب أو الهيموفيليس) قبل سن 12 شهرا تبعا لما توضحه بطاقة التطعيم أو تفيد به الأم. لتقدير عدد الأطفال الذين ليس لديهم بطاقة تحصينات الذين تلقوا تحصينات قبل عيد ميلادهم الأول، يفترض أن يكون قدر التحصينات الذي أعطي خلال السنة الأولى من حياة الطفل هو نفسه الذي أعطي للأطفال أصحاب البطاقات الذين تلقوا التحصين قبل عيد ميلادهم الأول

**** في الدول التي يتم فيها التحصين ضد الحصبة عند سن 15 شهرا، مثل دول أمريكا اللاتينية، تعدل الفئة العمرية لهذا الجدول إلى 18-29 شهرا

****** مؤشر رقم 31 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات**

**** عدد الأطفال في عمر 12-23 شهرا الذين تلقوا تحصينات الدرن والثلاثي (الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي)3، وشلل الأطفال 1-3 والحصبة قبل عيد الميلاد الأول

يقوم هذا الجدول على أساس المعلومات التي نسخت داخل الاستبيان نقلا من بطاقة التحصين (IM2-IM4C و IM6) و، في الحالات التي لم تتح فيها بطاقة التحصينات، أخذت تلك المعلومات مما تدلي به الأم أو الراعي الرئيسي للطفل حول تاريخ تحصين الطفل (IM11 - IM17). مقام معدل تغطية التحصينات يشمل الأطفال في عمر 12-23 شهرا بحيث لا يحسب إلا الأطفال الذين يسمح لهم عمرهم بأن يكونوا قد تلقوا التحصينات كاملة. في اللوحة العليا، يشمل البسط كل الأطفال الذين تلقوا التحصينات في أي وقت سابق للمسح وفقا لبطاقة التحصين أو ما تدلي به الأم في اللوحة، لا يشتمل إلا على الأطفال الذين تلقوا تحصينات قبل عيد ميلادهم الأول. للأطفال الذين ليس لديهم بطاقات تحصين، يعتبر قدر التحصينات الذي أعطي لأطفال أصحاب البطاقات خلال عامهم الأول هو نفس القدر الذي أعطي لأولئك الذين ليس لهم بطاقات.

الأطفال الذين تلقوا جميع التحصينات هم أولئك الذين تلقوا 3 جرعات من التحصين ضد الثلاثي (دفتيريا، سعال ديكي، تيتانوس) و3 تحصينات ضد شلل الأطفال (عدا شلل الأطفال 0)، والدرن، والحصبة

جدول CH.7: علاج الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية U

التوزيع النسبي للأطفال في عمر 0-59 شهرا المشتبه في إصابتهم بالتهاب رئوي الذين تلقوا علاجاً بالمضادات الحيوية

عدد الأطفال في عمر 0-59 شهرا الذين أصيبوا بما يظن أن يكون التهاباً رئوياً خلال الأسبوعين السابقين للمسح	النسبة المئوية للأطفال المصابين بما يظن أن يكون التهاباً رئوياً الذين تلقوا علاجاً بالمضادات الحيوية خلال الأسبوعين السابقين للمسح*
الجنس	
ذكر	
أنثى	
الإقليم	
إقليم 1	
إقليم 2	
إقليم 3	
محل الإقامة	
حضر	
ريف	
العمر	
0 - 11 شهراً	
12 - 23 شهراً	
24 - 34 شهراً	
36 - 47 شهراً	
48 - 59 شهراً	
مستوى تعليم الأم	
بدون تعليم	
ابتدائي	
ثانوي +	
مستويات مؤشر الثروة الخمس	
الأفقر	
الثاني	
متوسط	
الرابع	
الأغنى	
العرق/ اللغة/ الدين	
مجموعة 1	
مجموعة 2	
مجموعة 3	
المجموع	

*مؤشر رقم 22 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

* البسيط: CA5=1 و CA6=1 و CA11=1 و (CA7 = 1) أو CA7 = 3 (CA7 = 1)

P الأطفال المصابون بعدوى تنفسية حادة أو ما يشتبه به أن يكون التهاباً رئوياً هم أولئك الذين أصيبوا بسعال (CA5=1) يصحبه ضيق في التنفس أو لهج

(CA6=1) وكانت تلك الأعراض بسبب مشكلة في الصدر، أو مشكلة في الصدر مع انسداد في الأنف (CA7 = 1 أو CA7 = 3) P

*مؤشر رقم 24 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومؤشر رقم 29 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية
* الأسر المعيشية التي تستخدم وقودا صلبا (10, 09, 08, 07, 06=HC6, 11) كمصدر رئيسي في الطاقة المستخدمة في الطهي

مستويات مؤشر الثروة الخمس

الأفقر

الثاني

متوسط

الرابع

الأغنى

العرق/ اللغة/ الدين

مجموعة 1

مجموعة 2

مجموعة 3

المجموع

مؤشر رقم 39 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر 22 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* لن يكون مجموع النسب المئوية لاستخدام الأدوية المتنوعة مساوياً 100 لأن بعض الأطفال يمكن أن يكونوا قد تلقوا أكثر من نوع من أنواع الأدوية. النسبة المئوية الخاصة بـ "إعطاء دواء مناسب مضاد للملاريا خلال 24 ساعة من بداية الأعراض" تشمل أولئك الذين أعطوا (ML4=A-H أو ML7= A-H) و (ML9=0 أو 1)

في هذا الجدول، مقام الأعمدة المخصصة لعلاج الأطفال الذين أصيبوا بحمى خلال الأسبوعين السابقين للمقابلة هو (ML1=1)

* مؤشر رقم 11 من مؤشرات المسوح العقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر رقم 30 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* نموذج مياه الشرب والصرف الصحي، 51، 41، 31، 21، 13، 12، 11=WS1 أو (91=WS1 و 51، 41، 31، 21، 13، 12، 11=WS2)
AP في الأسر المعيشية التي تعتمد في الشرب على الماء المعبأ في زجاجات، يلجأ إلى مصدر مياه الاغتسال والطهي لمعرفة ما إن كان المصدر يصنف على أنه محسن P

الأفراد الذين يعيشون في أسر معيشية لها تلك المصادر لمياه الشرب تصنف على أنها تستخدم مصادر محسنة لمياه الشرب
يتم الحصول على هذا المؤشر عن طريق ترجيح عدد الأسر المعيشية بعدد أفراد الأسرة المعيشية (HH11)

100.0

مجموعة 2

100.0

مجموعة 3

100.0

المجموع

* مؤشر رقم 12 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر رقم 31 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* يعتمد هذا المؤشر على الإجابات عن 11, 12, 13, 21, 22, WS7. WS7=31
يتم الحصول على هذا المؤشر عن طريق وزن عدد الأسر المعيشية بعدد أفراد الأسرة المعيشية (HH11)

ابتدائي

+ ثانوي

مستويات مؤشر الثروة

الخمس

الأفقر

الثاني

متوسط

الرابع

الأغنى

العرق/ اللغة/ الدين

مجموعة 1

مجموعة 2

مجموعة 3

المجموع

* مؤشر رقم 21 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

* MA1=1-2 و CP2=1

* تشمل الطرق الحديثة لمنع الحمل: التعقيم الأنثوي، والتعقيم الذكري، والأقراص، واللولب الرحمي، والحقن، والمستزعات (تحت الجلد)، والواقي الذكري والأنثوي، والغشاء العازل، والرغوة/ الهلام (CP3=A-J). وتشمل الطرق التقليدية: أطالوا مدة الرضاعة الطبيعية، والامتناع عن الممارسة الجنسية في أوقات محددة، والعزل، وطرقا أخرى (CP3= K-M,X). يتيح السؤال للمجيب أن تذكر أكثر من طريقة مستخدمة حاليا. إذا ذكرت أكثر من طريقة، توضع الحالة في عمود واحد من أعمدة الجدول، بالترتيب الموضوع للأعمدة. إذا أفادت واحد في المائة أو أكثر من مستخدمات طرق منع الحمل باستخدامهن مجموعة من الطرق، يجب إضافة فئات جديدة للإجابة.

** يتم التقسيم إلى مجموعات على أساس العداد غير الموزونة للنساء في كل فئة

Uجدول RH.5 : المساعدة أثناء الولادةU

التوزيع النسبي للنساء في عمر 15-49 اللاتي وضعن أطفالا خلال السنتين السابقتين للمسح تبعا لنوع الشخص الذي مساعد أثناء الولادة، الدولة، السنة

عدد النساء اللاتي وضعن أطفالا خلال السنتين الماضيتين	تمت الولادة في مرفق صحي**	أي متخصص مدرب*	المجموع	الشخص الذي يقدم الرعاية أثناء الحمل:				
				لم تتلق رعاية أثناء الحمل	مولدة تقليدية (داية)	قابلة مساعدة	ممرضة/ قابلة	طبيب
								الإقليم
			100.0					إقليم 1
			100.0					إقليم 2
			100.0					إقليم 3
								محل الإقامة
			100.0					حضر
			100.0					ريف
								العمر
			100.0					19 - 15
			100.0					24 - 20
			100.0					29 - 25
			100.0					34 - 30
			100.0					39 - 34
			100.0					44 - 40
			100.0					49 - 45
								التعليم
			100.0					بدون
			100.0					ابتدائي
			100.0					ثانوي +
								مستويات مؤشر الثروة الخمس
			100.0					الأفقر
			100.0					الثاني
			100.0					متوسط
			100.0					الرابع
			100.0					الأغنى
								العرق/ اللغة/ الدين
			100.0					مجموعة 1
			100.0					مجموعة 2
			100.0					مجموعة 3
			100.0					المجموع

* مؤشر رقم 4 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر رقم 17 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* مؤشر رقم 5 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات MN7=A,B,C. المساعدات يشمل المتخصصون المدربون الأطباء والممرضات، والقابلات *
مرفق صحي** MN8=21-26 OR 31-36
المقام هو عدد النساء اللاتي وضعن أطفالا خلال السنتين السابقتين للمسح: CM12= نعم

U جدول ED.3 : نسبة الالتحاق الصافي بالمدرسة الابتدائية U

النسبة المئوية للأطفال في عمر المدرسة الابتدائية** الملتحقين بالمدرسة الابتدائية أو المدرسة الثانوية (نسبة الالتحاق الصافي)، الدولة، السنة

المجموع	إناث		ذكور	
	عدد الأطفال	نسبة الالتحاق الصافي	عدد الأطفال	نسبة الالتحاق الصافي
الإقليم				
إقليم 1				
إقليم 2				
إقليم 3				
محل الإقامة				
حضر				
ريف				
العمر**				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
12 فأكثر				
مستوى تعليم الأم				
بدون تعليم				
ابتدائي				
ثانوي+				
مستويات مؤشر الثروة الخمس				
الأفقر				
الثاني				
متوسط				
الرابع				
الأغنى				
العرق/ اللغة/ الدين				
مجموعة 1				
مجموعة 2				
مجموعة 3				
المجموع				

* مؤشر رقم 55 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات ؛ مؤشر رقم 6 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* نسبة الالتحاق الصافي بالمدرسة الابتدائية هي النسبة المئوية للأطفال في عمر المدرسة الابتدائية الملتحقين بمدرسة ابتدائية أو ثانوية. الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية (HL5= الفئة العمرية المعرفة على مستوى الدولة**) الملتحقين حالياً بالمدرسة الابتدائية أو الثانوية (ED6A=1-2) مشمولون في البسط. كل الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية مشمولون في المقام.

** المدى العمري للتعليم الابتدائي، للسكان الذين يشملهم هذا الجدول، يجب أن تتوافق مع أعمار المدرسة الابتدائية في كل دولة من الدول كما يحددها ISCED1

جدول ED.7: المقارنة بين الجنسين في التعليم U

نسبة الملتحقات بالتعليم الابتدائي إلى الأولاد الملتحقون بالتعليم الابتدائي، والبنات الأولاد الملتحقون بالتعليم الثانوي، الدولة، السنة

مؤشر التناسب بين الجنسين في معدل	المعدل الصاف لالتحاق بالمدرسة الثانوية (NAR)	المعدل الصاف لالتحاق بالمدرسة الثانوية، بنين (NAR)	مؤشر التناسب بين الجنسين في معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي (NAR)*	المعدل الصاف لالتحاق بالمدرسة الابتدائية، بنين	المعدل الصاف لالتحاق بالمدرسة الابتدائية، بنات	الجنس
غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	ذكر
غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	غير منطبق	أنثى
						الإقليم
						إقليم 1
						إقليم 2
						إقليم 3
						محل الإقامة
						حضر
						ريف
						مستوى تعليم الأم
						بدون ابتدائي
						ثانوي +
						مستويات مؤشر الثروة الخمس
						الأفقر
						الثاني
						متوسط
						الرابع
						الأغنى
						العرق/ اللغة/ الدين
						مجموعة 1
						مجموعة 2
						مجموعة 3
						المجموع

* مؤشر رقم 61 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات ؛ مؤشر رقم 9 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

*مؤشر التناسب بين الجنسين هو النسبة الصافية لالتحاق البنات إلى النسبة الصافية لالتحاق البنين (في التعليم الابتدائي، والتعليم الثانوي). جدول ED.3 و ED.4 يظهران نسب الالتحاق بالتعليم الابتدائي والتعليم الثانوي.

Uجدول CP.1: تسجيل المواليد

التوزيع النسبي للأطفال في عمر 0-59 شهرا تبعا لما إذا كانوا مسجلين أم لا وأسباب عدم التسجيل، الدولة، السنة

عدد الأطفال في عمر 0-59 شهرا غير المسجلين	أسباب عدم التسجيل:						عدد الأطفال في عمر 0-59 شهرا	المولود مسجل*
	لا يعرف	أخرى	التسجيل	التأخير	غرامة	لا يعرف		
100.0								الجنس
100.0								ذكر
100.0								أنثى
100.0								الإقليم
100.0								إقليم 1
100.0								إقليم 2
100.0								إقليم 3
100.0								محل الإقامة
100.0								حضر
100.0								ريف
100.0								العمر
100.0								0 - 11 شهراً
100.0								12 - 23 شهراً
100.0								24 - 35 شهراً
100.0								36 - 47 شهراً
100.0								48 - 59 شهراً
100.0								مستوى تعليم الأم
100.0								بدون تعليم
100.0								ابتدائي
100.0								ثانوي
100.0								مستويات مؤشر الثروة الخمس
100.0								الأفقر
100.0								الثاني
100.0								متوسط
100.0								الرابع
100.0								الأغنى
100.0								العرق/ اللغة/ الدين
100.0								مجموعة 1
100.0								مجموعة 2
100.0								مجموعة 3
100.0								المجموع

* مؤشر رقم 62 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

* مقام هذا الجدول هو كل الأطفال في عمر 0-59 شهرا. ويشمل بسط هذا المؤشر الأطفال في عمر 0 - 59 شهرا الذين رأت الباحثة شهادات ميلادهم (BR1=1) أو الذين قالت أمهاتهم أو رعاتهم الرئيسيون أن ميلادهم مسجل (BR2=1). وتوزع أسباب عدم التسجيل على أساس الإجابات عن BR3.

Uجدول CP.5: الزواج المبكر وتعدد الزوجات

النسبة المئوية للنساء في عمر 15 - 49 عاما اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل عيد ميلادهن الخامس عشر، والنسبة المئوية للنساء في عمر 20 - 49 اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل حلول عيد ميلادهن الثامن عشر، والنسبة المئوية للنساء في عمر 15 - 49 المتزوجات/المرتبطات، والنسبة المئوية للنساء في عمر 15 - 49 المتزوجات/المرتبطات من رجال لهم زوجات أخريات، الدولة، السنة

النسبة المئوية للنساء اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل سن 15*	عدد النساء في عمر 15 - 49	النسبة المئوية للنساء اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل سن 18*	عدد النساء في عمر 15 - 49	النسبة المئوية للنساء اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل سن 15*	عدد النساء في عمر 15 - 49	النسبة المئوية للنساء اللاتي تزوجن/ارتبطن قبل سن 15*	عدد النساء في عمر 15 - 49
الإقليم							
إقليم 1							
إقليم 2							
إقليم 3							
محل الإقامة							
حضر							
ريف							
العمر							
19 - 15		لا ينطبق	لا ينطبق				
24 - 20	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
29 - 25	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
34 - 30	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
39 - 34	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
44 - 40	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
49 - 45	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق				
مستوى التعليم							
بدون تعليم ابتدائي							
ثانوي +							
مستويات مؤشر الثروة الخمس							
الأفقر							
الثاني							
متوسط							
الرابع							
الأغنى							
العرق/ اللغة/ الدين							
مجموعة 1							
مجموعة 2							
مجموعة 3							
المجموعة							

* مؤشر رقم 67 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

* النساء اللاتي تزوجن/ارتبطن لأول مرة (MA1=1 أو 2 أو MA3=1 أو 2) بتمامهن 15 أو 18 (WM8 - MA6 >15 , 18) أو (MA8 >15 , 18) ، محسوبات باستخدام أكواد شهور القرن (CMCs)

** مؤشر رقم 68 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

** النساء في عمر 15 - 19 عاما المتزوجات/المرتبطات حاليا (MA1=1 أو 2)

*** مؤشر رقم 70 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

** نسبة النساء المتزوجات/المرتبطات في زواج/ارتباط تعددي (MA2A = 1) إلى العدد الكلي للنساء المتزوجات/المرتبطات حاليا (MA1=1 أو 2)

يشمل بسط العمود الثالث النساء اللاتي يعرفن طريقتين من طرق الوقاية من عدوى الفيروس المسبب لمرض الإيدز (الاكتفاء بشريك واحد ليس له شريكات أخريات غير مصاب (HA2=1) و استخدام واق في كل مرة (HA4=1)) و يتعرفن على 3 مفاهيم خاطئة حول طرق انتقال الفيروس الإيدز (يرفضن اثنتين من أكثر المفاهيم الخاطئة انتشارا (اثنان من HA3=2, HA5=2, HA7=2 أو HA7A=1) و يوافقن على أن الشخص الصحيح مظهرا قد يكون مصابا بالإيدز ((HA8=1)). يشمل المقام كل النساء اللاتي سمعن بمرض نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز).

Uجدول HA.9: استخدام الواقي خلال آخر ممارسة جنسية خطيرةU

النسبة المئوية للنساء في عمر 15- 24 عاما اللاتي مارسن ممارسة جنسية خطيرة خلال الاثني عشر شهرا السابقة للمسح واستخدمن واقيا خلال آخر ممارسة جنسية خطيرة ، الدولة، السنة

عدد النساء في عمر 15 - 24 عاما اللاتي مارسن الجنس خارج العلاقة الزوجية أو العلاقة الدائمة *	النسبة المئوية للنساء اللاتي استخدمن واقيا خلال آخر ممارسة جنسية مع شخص غير الزوج أو الشريك الدائم**	عدد النساء في عمر 24 - 15 عاما مارست الجنس مع أكثر من شريك خلال الاثني عشر شهرا السابقة للمسح	النسبة المئوية للنساء اللاتي مارسن الجنس خارج العلاقة الزوجية أو العلاقة الدائمة *	مارست الجنس خلال الاثني عشر السابقة للمسح	سابق لها ممارسة الجنس
---	---	---	--	---	-----------------------------

الإقليم

إقليم 1

إقليم 2

إقليم 3

محل الإقامة

حضر

ريف

العمر

19-15

24-20

التعليم

بدون

ابتدائي

ثانوي+

مستويات مؤشر الثروة الخمس

الأفقر

الثاني

متوسط

الرابع
الأغنى
العرق/ اللغة/ الدين

مجموعة 1

مجموعة 2

مجموعة 3

المجموع

* مؤشر رقم 85 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات
** مؤشر رقم 83 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر رقم 19 أ من مؤشرات الأهداف التنموية للألفية
فيما يلي البسوط والمقامات:

(1) يضم البسط- النساء اللاتي سبق أن مارسن الجنس (SB > 0). المقام - عمود 4

(2) يضم البسط- النساء اللاتي مارسن الجنس خلال الاثني عشر شهرا الأخيرة (SB1 < 0 و SB2U > 4). المقام - عمود 4

(3) يضم البسط - النساء اللاتي مارسن الجنس مع أكثر من شريك SB6=1. المقام - عمود 4

(5) يضم البسط - النساء اللاتي مارسن الجنس خلال الاثني عشر شهرا السابقة للمسح مع شخص غير الزوج أو الشريك الدائم (SB4 < 1 أو SB8 < 1). المقام- عمود 6

(7) يضم البسط- النساء اللاتي استخدمن واقيا خلال آخر ممارسة جنسية مع شخص غير الزوج أو الشريك الدائم ((SB4 < 1 و SB3=1) أو (SB4=1 و SB8 < 1 و SB7=1)). المقام - عمود 8

ملحوظة: راجع أحجام العينات لكل عمود لتتأكد من وجود أعداد كافية من الحالات لحساب المؤشر

جدول HA.12: الالتحاق المدرسي للأطفال الأيتام والمستضعفين U

الالتحاق المدرسي للأطفال في عمر 10 - 14 عاما تبعا للتيتيم والاستضعاف بسبب الإيدز، الدولة، السنة

معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الأيتام	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم
العدد الكلي للأطفال في عمر 10-14 عاما	والمستضعفين مقارنة بمعدل الالتحاق المدرسي للأطفال غير الأيتام والمستضعفين	الالتحاق المدرسي للأطفال غير الأيتام والمستضعفين	مقارنة بمعدل الالتحاق المدرسي للأطفال غير الأيتام والمستضعفين	النسبة المئوية للأطفال غير الأيتام والمستضعفين	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم	النسبة المئوية للأطفال الذين توفى أبواهم وأمهاتهم

الجنس

ذكر

أنثى

الإقليم

إقليم 1

إقليم 2

إقليم 3

محل الإقامة

حضر

ريف

مستويات مؤشر الثروة الخمس

الأفقر

الثاني

متوسط

الرابع

الأغنى

* مؤشر رقم 77 من مؤشرات المسوح العنقودية متعددة المؤشرات؛ مؤشر رقم 20 من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية

* أنظر (5)
بالأسفل

فيما يلي طريقة حساب الأعمدة:

- (1) الأطفال الذين توفي آباؤهم وأمهاتهم (HL9=2)
 - (2) الالتحاق المدرسي للأطفال الذين توفي كلا والديهما (HL9=2 و HL11=2 و ED4=1)
 - (3) الأطفال الذين كلا والديهما أحياء ويعيشون مع أحدهما على الأقل (HL9=1 و HL11=1 و (HL10 < 0 أو HL12 < 0))
 - (4) الالتحاق المدرسي للأطفال الذين والداهما أحياء ويعيشون مع أحدهما على الأقل (HL9=1 و HL11=1 و (HL10 < 0 أو HL12 < 0) و ED4=1)
 - (5) تحسب نسبة الالتحاق المدرسي لليتيم إلى الالتحاق المدرسي لغير اليتيم بقسمة عمود 2 على عمود 4
 - (6) تعريف الطفل اليتيم والمستضعف موجود في عمود 6 من جدول HL.11
 - (7) معدل الالتحاق المدرسي للأطفال الأيتام والمستضعفين (ED4=1 للأطفال الذين يشتمل عليهم عمود 6)
 - (8) الأطفال غير الأيتام وغير المستضعفين هم كل الأطفال عدا الذين يشتمل عليهم عمود 6
 - (9) معدل الالتحاق المدرسي للأطفال غير الأيتام وغير المستضعفين (ED4=1 للأطفال المشتمل عليهم في عمود 6)
 - (10) تحسب نسبة الالتحاق المدرسي للأطفال الأيتام والمستضعفين إلى نسبة الالتحاق المدرسي للأطفال غير الأيتام وغير المستضعفين بقسمة عمود 7 على عمود 9
- تنبيه: يحسب حجم العينة لكل عمود للتأكد من أن حجمها يكفي لحساب المؤشر

يتيم الأب والأم هو الطفل الذي توفي كلا والديه

يشمل الأطفال الأيتام والمستضعفون بسبب الإيدز الأطفال الذين توفي والدهم (بغض النظر عن السبب)، والذين يعيشون في أسرة معيشية أحد أفرادها البالغين مريض مرضا مزمنًا، والذين يعانون والداهم مرضا مزمنًا، والذين يعيشون في أسرة معيشية توفي أحد أفرادها البالغين، بمرض مزمن، العام السابق