**2016**

**موجز قطري حول السرطان وخطط مكافحته**

**تعليمات من أجل استبيان خطة مكافحة السرطان**

1) يرجى عدم نسيان ملء الصفحة الأولى من الاستبيان. تعتبر جهة الوصل لإنجاز المسح مهمة إذا كانت هناك بعض النقاط الغير واضحة بالنسبة للمحلل. كما أن هذا سيساعد أيضا في مشاركة التقرير مع الدول في النهاية قبل أن تتم طباعته.

2) في حال كانت هناك أقسام مختلفة في دائرة مكافحة السرطان ولدى جميع الوحدات عملهم الخاص بهم، فالرجاء التأكد من قيام جميع الأقسام المسؤولة بملء الجزء الخاص بها من الاستبيان.

3) الرجاء ملاحظة أنه في حين أن هناك مساحة للإشارة إلى "لا أعرف" في معظم الأسئلة، إلا أنه ينبغي أن يكون هناك عدد قليل جدا منها. وإذا أشار شخص ما إلى العديد من "لا أعرف"، فيجب ايجاد شخص آخر على اطلاع أكثر بهذه المعلومات لإكمال هذا الجزء.

4) قد يكون هناك أنواع متعددة من المنظمات لمكافحة السرطان في وزارة الصحة. فقد يكون هناك قسم مسؤول، وقد يكون هناك فرع تحت قسم الأمراض غير المعدية على سبيل المثال، كما قد لا يكون هناك سوى وحدة صغيرة مسؤولة عن مراقبة السرطان بالإضافة إلى إحصاءات صحية أخرى. والرجاء الإشارة إلى عدد الموظفين بدوام كامل فقط بالنسبة لأولئك الذين يعملون في وزارة الصحة لمكافحة السرطان.

5) بالامكان طباعة خطة مكافحة السرطان في وزارة الصحة بشكل رسمي. كما قد يكون هناك تعديلات على الخطة (على سبيل المثال يمكن أن يكون هناك خطة للسنوات 2010-2012 ويتم تعديلها). وقد يكون هناك قسم مسؤول، وقد يكون هناك فرع تحت قسم الأمراض غير المعدية على سبيل المثال، كما قد لا يكون هناك سوى وحدة صغيرة مسؤولة عن مراقبة السرطان بالإضافة إلى إحصاءات صحية أخرى. والرجاء الإشارة إلى عدد الموظفين بدوام كامل فقط بالنسبة لأولئك الذين يعملون في وزارة الصحة لمكافحة السرطان.

6) الرجاء ملاحظة أن أسئلة الفحص متشابهة، وهذا لتجنب الاختلاط لكل نوع من السرطان. وهناك أسئلة فقط لسرطان الثدي، وفحص سرطان عنق الرحم والقولون.

7) إذا كانت هناك أي أسئلة فيما يتعلق بملء الاستبيان الرجاء عدم التردد في التواصل مع سيسرك.

**النماذج:**

**أولا. خطة مكافحة السرطان بشكل عام**

**ثانيا. الوقاية من السرطان**

**ثالثا. فحص الكشف عن السرطان**

**رابعا. سجل السرطان**

**خامسا. رعاية مرضى السرطان**

**سادسا. الجوانب الدولية**

**الهدف**

* الهدف من هذا المسح هو قياس قدرة بلدكم على مكافحة السرطان. ومن شأنه أن يوجه الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في التخطيط للإجراءات المستقبلية، والمساعدة الفنية اللازمة لمعالجة السرطان.
* و هو أيضا الأساس للتقييم المستمر للتغيرات في قدرة الدول واستجابتها.

**الإجراء**

* يجب تحديد جهة وصل أو منسق المسح لتنسيق وضمان اكتمال المسح. ومع ذلك، سوف تكون هناك حاجة إلى مجموعة من المشاركين من ذوي الخبرة في الموضوعات التي تم تناولها في النماذج من أجل توفير استجابة كاملة. الرجاء استخدام الجدول الموضح للإشارة إلى أسماء وألقاب جميع الذين أتموا المسح والأجزاء التي أتموها.
* الرجاء ملاحظة أنه في حين أن هناك مساحة للإشارة إلى "لا أعرف" في معظم الأسئلة، إلا أنه ينبغي أن يكون هناك عدد قليل جدا منها. وإذا أشار شخص ما إلى العديد من "لا أعرف"، فيجب إيجاد شخص آخر على اطلاع أكثر بهذه المعلومات لإكمال هذا الجزء.

**معلومات عن الذين أتموا المسح**

**من هو المنسق لإنجاز هذا المسح؟**

 **الإسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**المنصب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**معلومات الاتصال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الهاتف: (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **الأقسام التي أتموها** | **الإسم ومعلومات الإتصال للآخرين الذين أكملوا المسح** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**إسم المدير المسؤول عن وحدة / فرع / قسم مكافحة السرطان في وزارة الصحة**

 **أو ما يعادلها (إن وجد): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**عنوان الاتصال بالمدير المسؤول عن وحدة / فرع / قسم مكافحة السرطان في وزارة الصحة أو ما يعادلها:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**البريد الإلكتروني للمدير المسؤول عن وحدة / فرع / قسم مكافحة السرطان في وزارة الصحة أو ما يعادلها:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**أولا. خطة مكافحة السرطان بشكل عام**

1) هل هناك وحدة / فرع / قسم في وزارة الصحة أو ما يعادلها مسؤولا عن مكافحة السرطان؟

 نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 2**

**إذا كان الجواب نعم الرجاء الإشارة إلى عدد الموظفين بدوام كامل في الوحدة / الفرع / القسم**.

□ ....... موظف

□ لا أعرف

2) هل هناك أي خطة رسمية لمكافحة السرطان في بلدكم؟

 نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 3**

 **إذا كان الجواب نعم، فمنذ متى؟** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ سنوات

3) هل هناك لجنة وطنية أو وكالة في الحكومة / وزارة الصحة تساعد في تقديم المشورة ومراقبة سياسات السرطان؟

 نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 4**

**إذا كان الجواب نعم؛**

**3.أ) أشر إلى مرحلته:**

□ قيد التشغيل

□ **قيد** التطوير

□ غير ساري

□ لا أعرف

**3.ب) أي مما يلي، أعضاء في هذه اللجنة أو الوكالة؟** (أشر إلى كل الخانات المنطبقة)

□ وزارات حكومية أخرى (غير الصحة، مثل وزارة الرياضة، ووزارة التعليم)

□ وكالات الأمم المتحدة

□ الأوساط الأكاديمية (بما في ذلك مراكز البحوث)

□ المجلس الاستشاري الوطني

□ معهد السرطان

□ المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المحلي / المجتمع المدني

□ آخر (حدد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ لا أعرف

**ثانيا. الوقاية من السرطان**

4) هل يوجد في بلدكم خطة للسيطرة على استخدام التبغ؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 5**

**إذا كان الجواب نعم فما هي تدخلات هذه الخطة؟**

مراقبة تعاطي التبغ نعم لا لا أعرف

مراقبة سياسات الوقاية نعم لا لا أعرف

حظر استخدام التبغ في الأماكن العامة (الأماكن المغلقة الخالية من التدخين) نعم لا لا أعرف

حظر التدخين في الأماكن المفتوحة نعم لا لا أعرف

نظام في مساعدة الناس على الإقلاع عن استخدام التبغ نعم لا لا أعرف

تحذيرات صحية على علب التبغ نعم لا لا أعرف

حظر الدعاية للتبغ نعم لا لا أعرف

حظر الترويج للتبغ نعم لا لا أعرف

حظر رعاية التبغ نعم لا لا أعرف

الرسوم الضريبية على التبغ نعم لا لا أعرف

الرجاء تحديد ما إذا كان هناك أي تدخلات أخرى ل"خطة مكافحة التبغ" في بلدكم

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 5) هل توجد خطة لمكافحة الكحول في بلدكم؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 6**

مراقبة تعاطي الكحول نعم لا لا أعرف

مراقبة سياسات الوقاية نعم لا لا أعرف

حظر استخدام الكحول في بعض الظروف (أوقات، أماكن، الخ) نعم لا لا أعرف

نظام في مساعدة الناس على الإقلاع عن تعاطي الكحول نعم لا لا أعرف

تحذيرات صحية على زجاجات الكحول نعم لا لا أعرف

حظر الدعاية للكحول نعم لا لا أعرف

حظر الترويج للكحول نعم لا لا أعرف

حظر رعاية الكحول نعم لا لا أعرف الرسوم الضريبية على الكحول نعم لا لا أعرف

الرجاء تحديد ما إذا كان هناك أي تدخلات أخرى ل"خطة مكافحة الكحول" في بلدكم

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6) هل توجد خطة السيطرة على البدانة والنشاط البدني في بلدكم ؟**

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 7**

 **مراقبة انتشار السمنة**  نعم لا لا أعرف

 **مراقبة انتشار السمنة عند الأطفال**  نعم لا لا أعرف

 **مراقبة النشاط البدني**  نعم لا لا أعرف

 **حظر المشروبات السكرية في المدارس**  نعم لا لا أعرف

 **فرض الضرائب على الأطعمة الغنية بالدهون أوالسكريات أو الملح**  نعم لا لا أعرف

 **النشاط البدني في المدارس**  نعم لا لا أعرف

 **برامج الترويج للنشاط البدني**  نعم لا لا أعرف

الرجاء تحديد ما إذا كان هناك أي تدخلات أخرى ل"خطة السيطرة على **البدانة والنشاط البدني**" في بلدكم

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7) الرجاء كتابة السياسات / البرامج الأخرى التي تقام في بلدكم من أجل الوقاية من السرطان.**

**أ.** ………………………………………………………………………………………..

**ب.** ………………………………………………………………………………………..

**ج.** ………………………………………………………………………………………..

**ثالثا. فحص الكشف عن السرطان**

**ثالثا. أ. فحص الكشف عن سرطان الثدي**

8) هل لديكم برنامج للكشف عن سرطان الثدي؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 14**

9) هل هذا البرنامج متوفر في عموم البلاد؟ نعم لا لا أعرف

10) هل هو برنامج تجريبي أم دائم؟ نعم لا لا أعرف

11) الرجاء الإشارة إلى كل بند ينطبق على برنامج الفحص الخاص بكم

|  |  |
| --- | --- |
| لدينا سياسة للكشف عن سرطان الثدي |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فئة مستهدفة محددة لسرطان الثدي، وهذه الفئة فقط بامكانها الخضوع للفحص في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| ليست الفئة المستهدفة فقط من تخضع للفحص في هذا البرنامج وإنما كل شخص بامكانه ذلك |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا اختبار / اختبارات معينة للكشف عن سرطان الثدي |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان الأطباء أن يقرروا أي اختبار/ اختبارات يرغبون بالقيام بها في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فاصل زمني للفحوصات |  نعم لا لا أعرف |
| لا نقوم بمتابعة الفاصل الزمني الذي الذي يرغب أن تجري فيه الفحوص |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فريق ينظم اختبار الكشف عن سرطان الثدي على مستوى السكان |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان كل طبيب أن يجري هذه الفحوص في أي مكان يرغب به |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا قائمة السكان المستهدفين المؤهلين للفحص |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بإجراء الفحص لكل من يأتي إلى إلى منشأتنا دون تحديد هوية أو متابعة |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام لدعوة السكان المستهدفين |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للدعوة ولكن ليس لدينا نظام للتذكير للفواصل الزمنية الأخرى |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للتشخيص بالنسبة لأولئك الذين يخضعون للفحص ويحصلون على نتيجة إيجابية |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا مستشفيات للإحالة المحملة على إجراء الفحوصات التشخيصية |  نعم لا لا أعرف |
| بامكاننا مراقبة أولئك الذين حصلوا على تشخيصات إيجابية في نظام الرعاية الصحية |  نعم لا لا أعرف |

12) الرجاء ملء الجدول التالي بناءا على السكان المستهدفين، والفواصل الزمنية بين الفحوص، والسنة التي بدأ فيها الفحص، وما إذا كان هناك أي رسوم يتم دفعها أم لا، وكذلك أسماء أولئك الذين يقومون بإجراء الفحوص والمرافق التي تجرى فيها (يرجى تحديد الفئة المهنية (طبيب أسرة / عام، ممرضة، قابلة، طبيب أشعة، فني أشعة، الخ) للشخص الذي يجري الفحوص، ومرافق الرعاية الصحية (المستشفيات، والعيادات الخارجية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، الخ) أماكن إجراء الفحوص). (أضف المزيد من الصفوف عند الحاجة).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الفحص** | **الفئات العمرية للسكان المستهدفين** | **الفاصل الزمني** | **السنة التي بدأ فيها البرنامج** | **هل هناك أي رسوم يتم دفعها من قبل من حضر** | **تم إجرائه من قبل** | **المنشأة** |
| **الفحص الذاتي للثدي\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **الفحص السريري للثدي\*\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **التصوير الشعاعي للثدي\*\*\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **آخر (يرجى التحديد) ..........** |  |  |  |  نعم لا |  |  |

**\*الفحص الذاتي للثدي: المعاينة من قبل المرأة لثدييها للكشف عن سرطان الثدي. \*\*الفحص السريري للثدي: فحص جسدي للثدي يقوم به مقدم الرعاية الصحية للتحقق من وجود كتل أو تغييرات أخرى. \*\*\*التصوير الشعاعي للثدي:**

**13) ما هي المؤسسة / المؤسسات المسؤولة عن إدارة برنامج فحص الثدي؟**

□ **وزارة الصحة**

□ **نظام التأمين الصحي في البلاد**

□ **وكالات الأمم المتحدة**

□ **الأوساط الأكاديمية (بما في ذلك مراكز البحوث)**

□ **المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المحلي / المجتمع المدني**

□ **آخر (حدد)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **لا أعرف**

ثالثا. ب. فحص الكشف عن سرطان عنق الرحم

**14) هل لديكم برنامج للكشف عن سرطان عنق الرحم؟**  نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 20**

15) هل هذا البرنامج متوفر في عموم البلاد؟ نعم لا لا أعرف

16) هل هو برنامج تجريبي أم دائم؟ نعم لا لا أعرف

17) الرجاء الإشارة إلى كل بند ينطبق على برنامج الفحص الخاص بكم.

|  |  |
| --- | --- |
| **لدينا سياسة للكشف عن سرطان عنق الرحم** |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فئة مستهدفة محددة لسرطان عنق الرحم، وهذه الفئة فقط بامكانها الخضوع للفحص في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا مجموعة مستهدفة محددة ولكن بامكان كل شخص ليس فقط من داخل هذه المجموعة المستهدفة أن يخضع للفحص في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا اختبار / اختبارات معينة للكشف عن سرطان عنق الرحم |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان الأطباء أن يقرروا أي اختبار/ اختبارات يرغبون بالقيام بها في هذا البرنامج  |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فاصل زمني للفحوصات |  نعم لا لا أعرف |
| لا نقوم بمتابعة الفاصل الزمني الذي يرغب أن تجري فيه الفحوص |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فريق ينظم اختبار الكشف عن سرطان عنق الرحم على مستوى السكان |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان كل طبيب أن يجري هذه الفحوص في أي مكان يرغب به |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا قائمة السكان المستهدفين المؤهلين للفحص |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بإجراء الفحص لكل من يأتي إلى منشأتنا دون تحديد هوية أو متابعة |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام لدعوة السكان المستهدفين |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للدعوة ولكن ليس لدينا نظام للتذكير للفواصل الزمنية الأخرى |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للتشخيص بالنسبة لأولئك الذين يخضعون للفحص ويحصلون على نتيجة إيجابية |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا مستشفيات للإحالة المحملة على إجراء الفحوصات التشخيصية |  نعم لا لا أعرف |
| بامكاننا مراقبة أولئك الذين حصلوا على تشخيصات إيجابية في نظام الرعاية الصحية |  نعم لا لا أعرف |

18) الرجاء ملء الجدول التالي بناءا على السكان المستهدفين، والفواصل الزمنية بين الفحوص، والسنة التي بدأ فيها الفحص، وما إذا كان هناك أي رسوم يتم دفعها أم لا، وكذلك أسماء أولئك الذين يقومون بإجراء الفحوص والمرافق التي تجرى فيها (يرجى تحديد الفئة المهنية (طبيب أسرة / عام، ممرضة، قابلة، طبيب أشعة، فني أشعة، الخ) للشخص الذي يجري الفحوص، ومرافق الرعاية الصحية (المستشفيات، والعيادات الخارجية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، الخ) أماكن إجراء الفحوص). (أضف المزيد من الصفوف عند الحاجة).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الفحص** | **الفئات العمرية للسكان المستهدفين** | **الفاصل الزمني** | **السنة التي بدأ فيها البرنامج** | **هل هناك أي رسوم يتم دفعها من قبل من حضر** | **تم إجرائه من قبل** | **المنشأة** |
| **VIA\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **VILI\*\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **VIAM\*\*\*** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **Pap Smearᵝ** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **HPV DNAˠ** |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **آخر (يرجى التحديد) ..........** |  |  |  |  نعم لا |  |  |

VIA\*: **الفحص البصري مع حمض الخليك.** VILI\*\*: **الفحص البصري مع اليود المائي.** VIAM\*\*\*: **الفحص البصري مع حمض الخليك باستخدام أجهزة التكبير.** Pap Smearᵝ: **الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري**. HPV **DNA**ˠ**: اختبار يبحث عن الفيروسات التي يمكن أن تسبب خلايا غير طبيعية في عنق الرحم.**

**19) ما هي المؤسسة / المؤسسات المسؤولة عن إدارة البرنامج؟**

□ **وزارة الصحة**

□ **نظام التأمين الصحي في البلاد**

□ **وكالات الأمم المتحدة**

□ **الأوساط الأكاديمية (بما في ذلك مراكز البحوث)**

□ **المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المحلي / المجتمع المدني**

□ **آخر (حدد)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **لا أعرف**

**20) هل هناك برنامج وطني قيد التنفيذ لتطعيم فيروس الورم الحليمي البشري ؟**  نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 21**

إذا كان الجواب نعم، الرجاء تقديم التفاصيل التالية حول البرنامج:

**أ) ما هي الفئة التي يستهدفها البرنامج؟**

 الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهم بين\_\_\_\_ و \_\_\_\_

 الفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين\_\_\_\_ و \_\_\_\_

 آخر (حدد): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 لا أعرف

ب) في أي سنة بدأ هذا البرنامج؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ج) ما هو المصدر الرئيسي لتمويل لقاح فيروس الورم الحليمي البشري؟

الإيرادات الحكومية العامة  التأمين الصحي لا أعرف

الجهات المانحة الدولية الدفع من الجيب

 آخر (حدد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التحالف العالمي للقاحات والتحصين

ثالثا. ج. فحص الكشف عن سرطان القولون المستقيم

21) هل لديكم برنامج للكشف عن سرطان القولون المستقيم؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 27**

22) هل هذا البرنامج متوفر في عموم البلاد؟ نعم لا لا أعرف

23) هل هو برنامج تجريبي أم دائم؟ نعم لا لا أعرف

24) الرجاء الإشارة إلى كل بند ينطبق على برنامج الفحص الخاص بكم.

|  |  |
| --- | --- |
| **لدينا سياسة للكشف عن سرطان** القولون المستقيم |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فئة مستهدفة محددة لسرطان القولون المستقيم، وهذه الفئة فقط بامكانها الخضوع للفحص في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا مجموعة مستهدفة محددة ولكن بامكان كل شخص ليس فقط من داخل هذه المجموعة المستهدفة أن يخضع للفحص في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا اختبار / اختبارات معينة للكشف عن سرطان القولون المستقيم |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان الأطباء أن يقرروا أي اختبار/ اختبارات يرغبون بالقيام بها في هذا البرنامج |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فاصل زمني للفحوصات |  نعم لا لا أعرف |
| لا نقوم بمتابعة الفاصل الزمني الذي يرغب أن تجري فيه الفحوص |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فريق ينظم اختبار الكشف عن سرطان القولون المستقيم على مستوى السكان |  نعم لا لا أعرف |
| بامكان كل طبيب أن يجري هذه الفحوص في أي مكان يرغب به  |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا قائمة السكان المستهدفين المؤهلين للفحص |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بإجراء الفحص لكل من يأتي إلى إلى منشأتنا دون تحديد هوية أو متابعة |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام لدعوة السكان المستهدفين |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للدعوة ولكن ليس لدينا نظام للتذكير للفواصل الزمنية الأخرى |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام للتشخيص بالنسبة لأولئك الذين يخضعون للفحص ويحصلون على نتيجة إيجابية |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا مستشفيات للإحالة المحملة على إجراء الفحوصات التشخيصية |  نعم لا لا أعرف |
| بامكاننا مراقبة أولئك الذين حصلوا على تشخيصات إيجابية في نظام الرعاية الصحية |  نعم لا لا أعرف |

25) الرجاء ملء الجدول التالي بناءا على السكان المستهدفين، والفواصل الزمنية بين الفحوص، والسنة التي بدأ فيها الفحص، وما إذا كان هناك أي رسوم يتم دفعها أم لا، وكذلك أسماء أولئك الذين يقومون بإجراء الفحوص والمرافق التي تجرى فيها (يرجى تحديد الفئة المهنية (جراح عام، طبيب أمراض الجهاز الهضمي، طبيب العائلة / عام، ممرضة، قابلة، الخ) للشخص الذي يجري الفحوص، ومرافق الرعاية الصحية (المستشفيات، والعيادات الخارجية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، طبيب تنظير داخلي، الخ) أماكن إجراء الفحوص). (أضف المزيد من الصفوف عند الحاجة).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الفحص** | **الفئات العمرية للسكان المستهدفين** | **الفاصل الزمني** | **السنة التي بدأ فيها البرنامج** | **هل هناك أي رسوم يتم دفعها من قبل من حضر** | **تم إجرائه من قبل** | **المنشأة** |
| FOBT\* |  |  |  |  نعم لا  |  |  |
| FOBT-I\*\* |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| \*\*\* التنظير السيني |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| تنظير القولون ᵝ |  |  |  |  نعم لا |  |  |
| **آخر (يرجى التحديد) ..........** |  |  |  |  نعم لا |  |  |

\* FOBT: فحص الدم للبرازي الخفية. \*\*FOBT-I : الفحص المناعي الكيميائي للدم للبرازي الخفية. \*\*\* التنظير السيني: إجراء يقوم من خلاله الطبيب إما بإدخال أنبوب للألياف الضوئية قصير وصلب أو آخر أطول قليلا ولين، في المستقيم لفحص الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة (أو القولون). ᵝ تنظير القولون: تنظير القولون هو إجراء طبي حيث يتم استخدام أداة أنبوبية طويلة ولينة، لعرض البطانة الداخلية للقولون بأكملها (الأمعاء الغليظة) والمستقيم.

26) **ما هي المؤسسة / المؤسسات المسؤولة عن إدارة البرنامج؟**

□ **وزارة الصحة**

□ **نظام التأمين الصحي في البلاد**

□ **وكالات الأمم المتحدة**

□ **الأوساط الأكاديمية (بما في ذلك مراكز البحوث)**

□ **المنظمات غير الحكومية / منظمات المجتمع المحلي / المجتمع المدني**

□ **آخر (حدد)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **لا أعرف**

**27) هل هناك تمويل للفحص، ماهي المصادر الرئيسية لتمويل الفحص؟ ( بالامكان الترتيب على الشكل التالي؛ 1 المصدر الأكبر للتمويل 2 الذي يليه، إلخ..)**

 **إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 28**

□ الإيرادات الحكومية العامة □ التأمين الصحي

□ الجهات المانحة الدولية □ الضرائب المخصصة على الكحول، التبغ، الخ

□ آخر (حدد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ لا أعرف

**رابعا. سجل السرطان**

28) هل هناك مختبرات لعلم الأمراض من أجل تشخيص مرض السرطان في بلدكم؟ نعم لا لا أعرف

29) هل لديكم نظام تسجيل للسرطان؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال 38**

30) ) الرجاء الإشارة إلى كل بند ينطبق على سجل السرطان في بلدكم

|  |  |
| --- | --- |
| الأطباء الذين يقومون بتشخيص السرطان مسؤولون عن تقديم تقرير إلى وزارة الصحة |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا فريق معتمد لجمع البيانات من المستشفيات |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا بعض مستشفيات الإحالة، ونحن جمع البيانات من هذه المستشفيات فقط وليس على الصعيد الوطني |  نعم لا لا أعرف |
| لدى إخصائيي علم الأمراض وحدهم مسؤولية تقديم تقرير عن تشخيص السرطان إلى وزارة الصحة |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا نظام قائم على الحاسوب لسجلات المرضي ونقوم بجمع البيانات من هذا النظام |  نعم لا لا أعرف |
| نستخدم بعض المعايير لجمع بيانات سرطان |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع جميع الأنواع الخبيثة للسرطان |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع جميع السرطانات الموقعية |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع جميع الأنواع الحميدة للسرطان  |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع السرطانات الحميدة في الجهاز العصبي المركزي  |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع سرطانات الطفولة أيضا. |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم باستخدام برنامج حاسوب لتسجيل السرطان عند التسجيل |  نعم لا لا أعرف |
| نستخدم برنامج كمبيوتر على المستوى الوطني لإدخال البيانات |  نعم لا لا أعرف |
| يمتلك جميع المواطنين رقم هوية فريد من نوعه (يتألف في معظمه من أرقام) منذ الولادة |  نعم لا لا أعرف |
| ليس لدى مواطنينا أي رقم هوية فريد من نوعه |  نعم لا لا أعرف |
| يمتلك جميع المواطنين رقم هوية فريد من نوعه (يتألف في معظمه من أرقام) لا يعطى عند الولادة ولكن بعد ذلك |  نعم لا لا أعرف |
| استخدام شهادات وفاة لجميع الذين يموتون أمر إلزامي |  نعم لا لا أعرف |
| لدينا صلاحية الحصول على شهادات الوفاة ونستخدم هذه الشهادات لتسجيل حالات السرطان كشهادة وفاة فقط (إن لم نتمكن من تعقبهم) |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع بيانات الوفيات حسب سبب الوفاة في نظام السجل المدني / حيوي |  نعم لا لا أعرف |
| نقوم بجمع بيانات الوفيات حسب سبب الوفاة من نظام تسجيل العينة |  نعم لا لا أعرف |
| بامكاننا متابعة حالات السرطان المسجلة سواء كانت لأحياء أو أموات |  نعم لا لا أعرف |
| بامكاننا متابعة حالات السرطان المسجلة كحالات متكررة أو علاج |  نعم لا لا أعرف |

**إذا كان في بلدكم أية مراكز لتسجيل حالات السرطان بناءا على مجموعة السكان، فالرجاء الإجابة على الأسئلة 31-37. وإن لم يكن هناك، فالرجاء الإنتقال إلى السؤال 38**

31) ما هو عدد مراكز تسجيل حالات السرطان بناءا على مجموعة السكان لديكم؟

□ لدينا مركز وطني لتسجيل حالات السرطان بناءا على مجموعة السكان، ويغطي المركز جميع السكان

□ لدينا..... (يرجى إعطاء رقم) مراكز إقليمية لتسجيل حالات السرطان بناءا على مجموعة السكان، وتغطي ............ ..٪ من السكان.

32) ما هو مصدر البيانات الذي تستخدمونه في تقدير عدد السكان من أجل تغطية التسجيل / سجلات الخاصة بكم وما هي الفترة الأخيرة لهذه البيانات (أي سنة)؟ (يرجى ملاحظة أنه لن يكون هناك سوى إجابة واحدة ب "نعم")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بيانات التعداد الأخير |  نعم لا لا أعرف | سنة …. |
| الرقم الذي نحصل عليه من منشأت الرعاية الصحية الأولية  |  نعم لا لا أعرف | سنة …. |
| الرقم الذي نحصل عليه من مديريات الصحة الرسمية |  نعم لا لا أعرف | سنة …. |
| البيانات التي تعطى من قبل المكتب الإحصائي الوطني |  نعم لا لا أعرف | سنة …. |
| آخر (يرجي التحديد)……………………  |  نعم لا لا أعرف | سنة …. |

33) ما هي النظم التي تستخدمونها لتشفير بيانات السرطان؟ الرجاء التوضيح

|  |  |
| --- | --- |
| الطبوغرافيا | ICD-O-3ICD-O-2ICD-O Field Trial EditionICD-O-1ICD-10آخر (يرجي التحديد)…………………… |
| علم الأنسجة | ICD-O-3ICD-O-2ICD-O Field Trial EditionICD-O-1ICD-10آخر (يرجي التحديد)…………………… |
| تصنيف المراحل | TNMSEERآخر (يرجي التحديد)…………………… |

34) ما هي آخر سنة متوفر فيها معدلات الإصابة بالسرطان (تم نشر البيانات فيها)؟ سنة...................

35) هل معدلات الإصابة مصنفة حسب:

العمر نعم لا لا أعرف

الجنس نعم لا لا أعرف

الطبوغرافيا نعم لا لا أعرف

المرحلة نعم لا لا أعرف

السنة التي وقعت فيها الإصابة نعم لا لا أعرف

36) هل بيانات الوفيات (إذا كان يتم جمعها في بلدكم) مصنفة حسب:

لا توجد أي بيانات نعم

العمر نعم لا لا أعرف

الجنس نعم لا لا أعرف

سبب الوفاة نعم لا لا أعرف

37) هل هناك تمويل لسجل السرطان ؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب** نعم، **ماهي المصادر الرئيسية لتمويل سجل السرطان؟ ( بالامكان الترتيب على الشكل التالي؛ 1 المصدر الأكبر للتمويل 2 الذي يليه، إلخ..)**

□ الإيرادات الحكومية العامة □ التأمين الصحي

□ الجهات المانحة الدولية □ الضرائب المخصصة على الكحول، التبغ، الخ

□ آخر (حدد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ لا أعرف

**خامسا. الرعاية الملطفة وعلاج السرطان**

38) هل يوجد في نظام الرعاية الصحية الخاص بكم نظام رعاية ملطفة مهيكل ؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال الذي يلي**

أ. هل لديكم رعاية ملطفة في الرعاية الصحية الأولية؟ نعم لا لا أعرف

ب. هل لديكم رعاية ملطفة في الرعاية المنزلية؟ نعم لا لا أعرف

39) هل نظام لرعاية المحتضرين في بلدكم نعم لا لا أعرف

40) صف مدى توافر حبوب المورفين المتناولة عن طريق الفم (أقراص) في قطاع الصحة العامة:

 تتوفر حبوب المورفين (أقراص) في 50% من الصيدليات؛

 تتوفر حبوب المورفين في أقل من 50% من الصيدليات؛

 لا اعرف

41) هل لديكم خطة خوارزمية لاستخدام المسكنات لمرضى السرطان؟ نعم لا لا أعرف

42) هل بامكان طبيب الأسرة / طبيب عام أن يصف المواد الأفيونية؟ نعم لا لا أعرف

43) هل لديكم أي تشريعات لعدم الإنعاش (DNR) ؟ نعم لا لا أعرف

44) هل علاج السرطان مجاني في بلدكم نعم لا لا أعرف

45) ما هو المصدر الرئيسي لتمويل علاج السرطان؟ **( بالامكان الترتيب على الشكل التالي؛ 1 المصدر الأكبر للتمويل 2 الذي يليه، إلخ..)**

□ الإيرادات الحكومية العامة □ التأمين الصحي (العام) □ التأمين الصحي (الخاص)

□ الجهات المانحة الدولية □ الدفع من الجيب □ آخر (حدد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ لا أعرف

46) هل يوجد مراكز وقوى عاملة لعلاج السرطان في بلدكم؟

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال الذي يلي**

أ. **إذا كانت الإجابة نعم** الرجاء الإشارة إلى عدد المراكز والأطباء، وأيضا ما إذا كان وضع البنية التحتية لعلاج السرطان "كاف (متوفر وبتكلفة ميسورة بالنسبة لغالبية المرضى)، أو غير كافي (غير متوفر أو بتكلفة عالية بالنسبة لغالبية المرضى)" في بلدكم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الجهاز** | **الكمية** |  كافي غير كافي لا أعرف |
| مستشفيات السرطان الإقليمية |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| مستشفيات السرطان الثانوية |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إختصاصيي الأورام الطبية |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إختصاصي الأورام الإشعاعية |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إختصاصي أورام أمراض النساء |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إختصاصي بالدم قسم الأطفال |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إختصاصي الأورام قسم الأطفال  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| إخصائيو علم الأمراض  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| جراح عام |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| جراح أورام  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| أطباء تخدير |  |  كافي غير كافي لا أعرف |

47) هل لديكم مراكز للعلاج الإشعاعي؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال الذي يلي**

أ. إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء الإشارة إلى عدد الأجهزة، وعدد المراكز التي تحتوي على هذه الأجهزة وما إذا كان وضع البنية التحتية للعلاج الإشعاعي "كاف (متوفر وبتكلفة ميسورة بالنسبة لغالبية المرضى)، أو غير كافي (غير متوفر أو بتكلفة عالية بالنسبة لغالبية المرضى) "في بلدكم.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الجهاز | عدد الأجهزة | عدد المراكز |  كافي غير كافي لا أعرف |
| LINAC |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| Cobalt-60 |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| العلاج الإشعاعي الموضعي |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| Cyber knife |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| Gama knife |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| Tomotherapy  |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| جهاز محاكاة تقليدي |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| جهاز محاكاة الأشعة المقطعية المحوسبة |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف |
| PET CT |  |  |  كافي غير كافي لا أعرف  |

48 ) هل لديكم مراكز للعلاج تقدم العلاج الكيميائي؟ نعم لا لا أعرف

**إذا كان الجواب لا أو لا أعرف الرجاء الانتقال إلى السؤال الذي يلي**

أ. إذا كانت الإجابة نعم الرجاء الإشارة إلى:

عدد وحدات العلاج الكيميائي: ………………… لا أعرف

عدد المراكز التي تتواجد فيها هذه الوحدات: ………………… لا أعرف

صف مدى توافر العلاج الكيميائي في قطاع الصحة العامة:

 كافي (متوفر وبتكلفة ميسورة بالنسبة لغالبية المرضى)

 غير كافي (غير متوفر أو بتكلفة عالية بالنسبة لغالبية المرضى)

 لا أعرف

**سادسا. الجوانب الدولية**

49) هل لديكم مجموعة للدفاع عن المرضى تعمل بشكل خاص في مجال السرطان؟ نعم لا لا أعرف

50 ) الرجاء الإشارة إلى ماذا بوسع دول منظمة التعاون الإسلامي القيام به لمكافحة السرطان في بلدكم؟

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

51) الرجاء الإشارة إلى ماذا بوسع بلدكم القيام به لمكافحة السرطان في دول منظمة المؤتمر الإسلامي

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………

**شكرا لتعاونكم**