



وزارة التربية والتعليم
مديرية التربية والتعليم للواء بني كنانة



الرقم ١٦٠٥/٢/٨
التاريخ ١٦/٧/٢٠٢٠ م
الموافق ١١/٣/٢٠٢٠ م

تعميم رقم (١٦١) لسنة ٢٠٢٠ م
مديري ومديرات المدارس الحكومية

الموضوع/ الصحة المدرسية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ؛ وبعد ،،،
إشارة لكتاب معالي وزير التربية والتعليم رقم ١٤٠٢٩/٢/٩ تاريخ ١٠/٣/٢٠٢٠ م والمعطوف على كتاب معالي وزير الصحة رقم ص ٠ م - مدرسية / Unicef / ١٤٤/١٢٥٤٦٦٦ تاريخ ٨/٣/٢٠٢٠ م .
أعلمكم أن كوادر من وزارة الصحة والجامعة الأردنية وجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية ، ستقوم بإجراء دراسة بعنوان (نسبة نخر الأسنان والتهاب اللثة بين طلبة المدارس وعلاقتها بأنماط الحياة الصحية) خلال الفصل الحالي لطلبة المدارس في الصفوف الأول والسادس والتاسع الأساسية ، علماً أن الدراسة تتضمن فحص الفم والأسنان وتعبئة استبانته من قبل أولياء أمور الطلبة .
راجياً تسهيل مهمة الفريق الزائر والتعاون معه ، واخذ موافقات أولياء أمور الطلبة الخطية على المشاركة والا يؤثر ذلك على سير العملية التعليمية .

واقبلوا الاحترام ،،،،،

مدير التربية والتعليم

مديرة الشؤون التعليمية والفنية
مديرة الشؤون التعليمية والفنية

نسخة للميد مدير الشؤون التعليمية والفنية
نسخة للميد ر ق التعليم العام وشؤون الطلبة
نسخة لمسؤول التغذية والصحة المدرسية

المرفقات (٥ صفحات)

١٠ خ ١١/٣/٢٠٢٠ م

ولي أمر الطالب/الطالبة

تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم واليونيسف وجامعة العلوم والتكنولوجيا والجامعة الأردنية باجراء دراسة تهدف الى التعرف على مدى انتشار النخر السنّي لدى طلبة المدارس وذلك لوضع برنامج إرشادي للمحافظة على صحة الفم والأسنان بالطرق الصحيحة، وسيتم اخطاركم بالحالة السنّية لابنكم/ابنتكم واحتياجاتهم العلاجية.

تتضمن الدراسة فحص سنّي لابنكم / ابنتكم وتعبئة استبانة تتضمن بعض المعلومات المتعلقة بالممارسات التي تؤثر على الصحة السنّية. علماً بأن المشاركة بهذه الدراسة طوعية ويمكنكم الانسحاب منها في أي وقت وسيتم التعامل مع المعلومات بسرية تامة ولاغراض البحث فقط.

إذا رغبتكم بالمزيد من المعلومات الاتصال على

وشكراً لتعاونك

اوافق على مشاركة ابني/ابنتي في الدراسة

لا اوافق على مشاركة ابني/ابنتي في الدراسة

توقيع ولي الأمر

في حال موافقتكم يرجى تعبئة الاستبانة المرفقة واعادتها الى المدرسة

استبانة دراسة الممارسات المتعلقة بتسوس الاسنان عند الأطفال

صله القرابة للشخص الذي سيقوم بتعبئة الاستبانة : اب ام

جنس الطالب : ذكر انثى

عمر الطالب:

جنسية الطالب : أردني سوري غير ذلك (حدد)

عنوان الطالب

المحافظة:

المنطقة: مدينة قرية

اسم المدرسة:

خاصة حكومة

مديرية التربية والتعليم:

مجموع دخل الأسرة :

- ١ - أقل من ٣٦٦ دينار
- ٢ - ٣٦٧ - أقل من ٤٠٠ دينار
- ٣ - ٤٠٠ - أقل من ٥٠٠ دينار
- ٤ - ٥٠٠ - أقل من ٧٥٠ دينار
- ٥ - ٧٥٠ دينار فأكثر

تحصيل الاب الدراسي؟	
أسي (لا يقرأ ولا يكتب)	أقل من ثانوية عامة (توجيهي)
-----	ثانوية عامة (توجيهي)
دبلوم	بكالوريوس
ماجستير	دكتوراه
تحصيل الأم الدراسي؟	
أسي (لا تقرأ ولا تكتب)	أقل من ثانوية عامة (توجيهي)
-----	ثانوية عامة (توجيهي)
دبلوم	بكالوريوس
ماجستير	دكتوراه
كيف تصف الوضع الحالي للحالة الصحية العامة لابنك / ابنتك؟	
ممتاز	
جيدة جدا	
جيدة	
مقبول	
ضعيف	
سيئ	
لا أعلم	

٢	كيف تصف الوضع الحالي لأسنان ابنك /ابنتك؟
	ممتاز
	جيد جدا
	جيد
	مقبول
	ضعيف
	سني
	لا أعلم
٣	هل تعتقد بأن ابنك/ابنتك تعاني مثل أو أكثر أو أقل من مشاكل الأسنان مقارنة بالأطفال من نفس العمر؟
	مشاكل أكثر
	نفس المشاكل
	مشاكل أقل
	لا أعلم
٤	هل ترغب بأن تكون أسنان ابنك/ابنتك أفضل مما هي عليه؟
	نعم
	لا
	لا أعلم
٥	ما هي كمية المعالجات السنوية التي تعتقد بأن ابنك / ابنتك بحاجة اليها ؟
	كثيرة
	وسط
	قليلة
	لا شيء
	لا أعلم
٦	كم مرة خلال ال ١٢ شهر الماضية شعر ابنك /ابنتك بألم او انزعاج بسبب الاسنان؟
	مرة واحدة
	مرتين
	٣ مرات
	٤ مرات
	أكثر من ٤ مرات
٧	كم مرة قام ابنك /ابنتك بزيارة طبيب الاسنان خلال ال ١٢ شهر الماضية؟
	ولا مرة
	مرة واحدة
	مرتين
	٣ مرات
	أكثر من ٣ مرات
	لم يزر ابنك /ابنتك طبيب الأسنان خلال ١٢ شهر الماضية (إذا كان هذا هو خيارك اذهب الى بند رقم ٨)
	لم يتلقى ابنك /ابنتك اي عناية سنوية على الإطلاق
	لا أعلم/ لا أنكر
٨	عدم زيارة ابنك /ابنتك طبيب الاسنان خلال ١٢ شهر الماضية ؟
	لم أدرك ضرورة مراجعة طبيب الأسنان
	لم يشعر بألم
	وجود الآلام واختفت
	عدم وجود الوقت الكافي
	عدم القدرة المالية
	الخوف من المعالجات السنوية

					عدم وجود طبيب أسنان قريب في المنطقة
٩					ما هي أسباب آخر زيارة لطبيب الأسنان؟ (اختر جواب واحد فقط)
					وجود تسوس
					آلم الأسنان أو اللثة أو الفم
					قلع أسنان أو ضرر
					كسر في السن الأمامي
					معالجة/متابعة معالجة
					فحص روتيني للأسنان/المعالجة
					لا أعلم/ لا أذكر
١٠					هل يفرش ابنك/ابنتك أسنانه؟ (اختر جواب واحد فقط)
					أبدا
					عدة مرات في الشهر (٢-٣ مرات)
					مرة في الأسبوع
					عدة مرات في الأسبوع (٢-٦ مرات)
					مرة واحدة في اليوم
					مرتين أو أكثر في اليوم
١١					ماذا يستعمل ابنك/ابنتك للتنظيف فمه وأسنانه؟ (اختر كل ما ينطبق)
					فرشاة الأسنان
					العيدان الخشبية
					العيدان البلاستيكية
					الخيوط السنية
					الفحم
					المسواك
					غسول فم (مضمضة)
					وسائل أخرى
					حدد:
١٢					هل يستخدم ابنك/ابنتك فرشاة الأسنان؟
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
ب.١٢					هل يستعمل ابنك/ابنتك معجون الأسنان المحتوي على الفلورايد؟
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
١٣					هل عانى ابنك/ابنتك خلال السنة الماضية من المشاكل الآتية بسبب حالة الأسنان؟
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
ب.١٣					لست راض عن منظر أسناني
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
ج.١٣					أتجنب الابتسام بسبب أسناني
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
د.١٣					يستهزئ الأطفال الآخرون من أسناني
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
هـ.١٣					الألم والإزعاج من أسناني يتسببان بتغيبي عن بعض الحصص والمدرسة ليوم كامل
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
و.١٣					لدي صعوبة بضم الطعام القاسي
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
ز.١٣					لدي صعوبة في المضغ
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>
١٤					كم مرة يأكل أو يشرب ابنك/ابنتك من الآتي حتى ولو بكميات قليلة؟
					أبدا
					عدة مرات في الشهر
					مرة في الأسبوع
					عدة مرات في الأسبوع
					كل يوم
					عدة مرات في اليوم
					عصير فواكه طازج، شوكولاتة كوك، بسكويت مشروبات غازية، ليمونادة، أو

						مشروبات مشابهة اخرى
						عربي/عسل
						علكة تحتوي على سكر
						مليبي/توفي
						حليب مع سكر
						شاي مع سكر
						قهوة مع سكر
						شيبس بأنواعه
						ما هو مصدر مياه الشرب في بيتكم
						الحنفية
						مياه مفلترة
						مياه معدنية
						لا أعرف

نهاية الاستبيان

شكراً لتعاونكم!