**تحالف صحة المرأة في ألبرتا**

**استبيان تجربة المريض – مايو 2022**

**الغرض:** الغرض من هذا الاستبيان هو فهم الفجوات بين توقعات العملاء وممارسات النظام الصحي. بالإضافة إلى ذلك، هو أساسي لتحديد الحواجز والثغرات وأفضل الممارسات التي تؤثر على الوصول إلى دعم صحة النساء في ألبرتا. ويجري الاستبيان من منظور العملاء/المرضى والممارسين.

**نتائج الاستبيان:**

* فهم ظروف وقت الانتظار
* تحديد أفضل الممارسات التي تسهل الوصول في الوقت المناسب إلى صحة أمراض النساء
* تحديد نقاط الضعف في المعلومات / التوجه وتحديد فرص التحسين

سيستغرق هذا الاستبيان الاستكشافي حوالي 10-15 دقيقة لإكماله وسيتم استخدامه لتحديد مجالات لمزيد من الدراسة.  **جميع الردود مجهولة المصدر.** ستكون النقاط الرئيسية للاستطلاع متاحة للجمهور (خريف 2022).  وستتاح نتائج الدراسة الشاملة لأعضاء ائتلاف صحة المرأة.   يمكنك معرفة المزيد في [www.TheWHC.ca](http://www.TheWHC.ca) أو عن طريق الاتصال بكارمن ويتون ، رئيسة تحالف صحة المرأة في ألبرتا في [info@TheWHC.ca](mailto:info@TheWHC.ca).

**معلومات المريض / البيانات الديموغرافية (الإحصائية)**

€ أنا مريضة تحدثت إلى مقدم رعاية صحية في ألبرتا من أجل صحة النساء

1. **لقد راجعت طبيب الأسرة أو مقدم الرعاية الصحية وناقشت المخاوف الصحية النسائية في:**

* آخر 6 أشهر
* 6-12 شهرا
* 12-24 شهرا

1. **هل أنت من سكان ألبرتا؟**  نعم/لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي أقرب مدينة تعيش فيها:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 ادمونتون  🞎كالغاري  🞎 ريد دير | 🞎 ليثبريدج  🞎ميديسين هات  🞎 غراند بريري | 🞎 فورت ماكموري  🞎 اخرى |

1. **الجنس عند الولادة**: € ذكر € انثى € ثنائي الجنس € يفضل عدم القول
2. **الجنس:**€ رجل € امرأة € يفضل عدم القول € تحدد هويتي الجنسية على أنني \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **العمر** €أقل من 18 سنة € 18- 25 € 26 -35 €36-45 € 46-55€ 56-65 € أكثر من 65
4. **أنا أمثل مجموعة أقلية:**€ نعم € لا € يفضل عدم القول

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التحديد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوجه في المنظومة

1. **آخر مرة كنت أطلب فيها الدعم من أخصائي الرعاية الصحية كانت زيارتي بسبب حالات وأعراض مثل: (**اختر كل ما ينطبق)

|  |  |
| --- | --- |
| * نزيف الحيض الشديد * دورات شهرية غير منتظمة أو مؤلمة * الجماع المؤلم * الصحة الجنسية: انخفاض الرغبة الجنسية، وعدم وجود هزات الجماع * الأمراض المنقولة جنسيا * الصحة العقلية والاكتئاب * وسائل منع الحمل | * صحة المثانة/سلس البول * فترة ما قبل انقطاع الطمث / انقطاع الطمث * هرمونات * الصحة الإنجابية * صحة الثدي * الرعاية الروتينية لأمراض النساء * اخرى   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **كم عدد المرات التي حصلت فيها على خدمات غرفة الطوارئ لمخاوف صحة النساء في العام الماضي؟**

€ ولا مرة € 1-3 مرات € 3-7 مرات € أكثر من 7 مرات

**التعليقات:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **هل لديك طبيب أسرة منتظم أو عيادة طبية منتظمة؟ € نعم € لا**
2. **عندما عانيت من أعراض أمراض النساء لأول مرة، كم من الوقت استغرقت للحصول على موعد مع طبيب الأسرة أو مقدم الرعاية الصحية؟**

* شهر واحد أو أقل
* 2-6 أشهر
* 7-12 شهرا
* أكثر من عام

مقدم رعاية صحية آخر (يرجى التحديد) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **منذ المرة الأولى التي زرت فيها طبيب عائلة، أو مقدم رعاية صحية آخر، لمشاكل أمراض النساء، كم من الوقت استغرقت إحالتك إلى طبيب نساء أو أخصائي آخر؟**

* 6 أشهر أو أقل
* 6-12 شهرا
* 1-3 سنوات
* 4-7 سنوات
* 7 سنوات أو أكثر
* لم تتم إحالتي إلى طبيب نساء أو أخصائي

**الثقة في المعرفة والراحة**

1. **في آخر موعد لك مع طبيب الأسرة أو مقدم الرعاية الصحية العامة، هل كنت واثقة من أن مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لديه معلومات المريض والمعرفة والمهارات المتعلقة باحتياجاتك في أمراض النساء:**

€ نعم € لا إذا كانت الإجابة بالنفي، يرجى التوضيح

1. **هل كان من المريح بالنسبة لك التحدث إلى طبيب العائلة أو مقدم الرعاية الصحية الآخر حول مخاوفك المتعلقة بصحة أمراض النساء؟**  € نعم € لا € أحيانا

إذا كانت الإجابة بالنفي. أو "أحيانا"، ما هي المخاوف الصحية النسائية التي تشعرين أنه من الصعب مناقشتها؟

التعليق:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **هل هناك شيء من شأنه أن يسهل بدء المناقشة؟**

التعليق:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **في زيارتك الأخيرة ، هل بدأ طبيب العائلة أو مقدم الرعاية الصحية أسئلة إضافية حول صحة أمراض النساء بالإضافة إلى السبب الأصلي للزيارة**. (اختر كل ما ينطبق)

|  |  |
| --- | --- |
| * حيض * صحة الأمعاء أو المثانة * صحة المهبل * الصحة النفسية * فترة ما قبل انقطاع الطمث / انقطاع الطمث | * هرمونات * الصحة الجنسية * الصحة الإنجابية * اخرى   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **عندما تزورين طبيب العائلة أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية، هل تشعرين أن هناك ما يكفي من الوقت للتعامل مع جميع مخاوفك المتعلقة بصحة أمراض النساء؟**

€ نعم € لا € أحيانا

إذا كانت الإجابة بالنفي أو "أحيانا"، يرجى التوضيح.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **في آخر موعد لك مع طبيب الأسرة أو مقدم الرعاية الصحية لمشكلات المخاوف الصحية النسائية، هل تمت إحالتك للمتابعة الإضافية؟**  (اختر كل ما ينطبق)

* الفحوصات المخبرية
* الموجات فوق الصوتيه
* الرنين المغناطيسي
* الأشعة السينية
* لا شيء مما سبق

اختبارات أخرى أو تعليقات: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ما الذي واجهته في أوقات الانتظار من أجل:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 **الموجات فوق الصوتية**   * شهر واحد أو أقل * 2-6 أشهر * 7-12 شهرا * أكثر من عام * لا ينطبق | 🞎 **الرنين المغناطيسي**   * شهر واحد أو أقل * 2-6 أشهر * 7-12 شهرا * أكثر من عام * لا ينطبق | 🞎 **جراحة**   * شهر واحد أو أقل * 2-6 أشهر * 7-12 شهرا * أكثر من عام * لا ينطبق |

1. **يرجى مشاركة أي رؤى إضافية للمرضى وخبراتهم وثغراتهم وتحيزاتهم وفرصهم.**