**تحسين خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات في ليفربول**

**معلومات عن هذا الاستطلاع**

تبحث NHS في شيشير وميرزيسايد في أمراض النساء في المستشفيات (الرعاية المتعلقة بأي وظائف وأمراض تصيب الجهاز التناسلي للأنثى) وخدمات الأمومة في المستشفيات (الرعاية المقدمة أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة) في ليفربول.

تجري غالبية هذه الرعاية في مستشفى ليفربول للنساء. على الرغم من أن رعاية الأمومة وأمراض النساء تتم أيضا في مستشفيات محلية أخرى، بما في ذلك مستشفى ويستون أو مستشفى أورمزكيرك أو مستشفى ويرال للنساء والأطفال (أرو بارك)، فإننا لا نبحث هنا في هذه الخدمات.

**يرجى إعادة هذا الاستطلاع بحلول**

**الثلاثاء 26 نوفمبر 2024.**

**كيف ستستخدم معلوماتي؟**

عين مجلس الرعاية المتكاملة (ICB) في NHS في شيشير وميرزيسايد وهو المنظمة التي تخطط للخدمات الصحية لمنطقتنا، شركةً مستقلةً اسمها Hood & Woolf Ltd لإدارة هذا الاستطلاع والإبلاغ عن الردود. ستبقى الردود المقدمة بصفتك الشخصية مجهولة الهوية، ولن يتم التعرف على هويتك. قد تعزى الردود المقدمة بصفة رسمية (على سبيل المثال، إذا كنت تردين نيابة عن منظمة) إلى الجهة التي ردت.

جميع الأسئلة اختيارية، وستعالج الشركة المستقلة جميع المعلومات التي تقدمينها وفقا لأحدث إرشادات حماية البيانات. ستستخدم المعلومات فقط لمشاركة وجهات نظرك في خدمات أمراض النساء والأمومة في مستشفى ليفربول، ولن يُحتفظ بأي معلومات شخصية يمكن أن تحدد هويتك لمدة تزيد عن عام واحد. للحصول على مزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy.](http://www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy)

**القسم 1. وجهات نظرك في قضية التغيير**

بعد قراءة المعلومات في ***تحسين خدمات أمراض النساء والأمومة في مستشفى ليفربول،*** يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية.

1. **هل تعتقدين أننا وصفنا بوضوح سبب الحاجة إلى تغيير خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات؟** يرجى وضع علامة ✔ في مربع واحد فقط.

|  |  |
| --- | --- |
| نعم - بالكامل  |  |
|  نعم - جزئيا  |  |
| لا  |  |
| لست متأكدة |  |

إذا أجبت "نعم - بالكامل"، فيرجى الانتقال إلى السؤال 2.

إذا أجبت "جزئيا" أو "لا" أو "غير متأكدة"، **كيف تعتقدين أن المعلومات يمكن أن تكون أكثر وضوحا؟** يرجى وضع علامة ✔ في جميع المربعات التي تنطبق.

|  |  |
| --- | --- |
| هناك الكثير من المصطلحات |  |
| الطريقة التي وُضع المحتوى تجعل من الصعب قراءته  |  |
| هناك الكثير من المعلومات |  |
| لا توجد معلومات كافية |  |
| لم يعجبني التصميم |  |

غير ذلك (يرجى التحديد):

|  |
| --- |
|  |

1. **ما مدى موافقتك أو عدم موافقتك على ما يلي:**

**يجب على NHS إجراء تغييرات على خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات في ليفربول.**

يرجى وضع علامة ✔ في مربع واحد فقط. ستتاح لك الفرصة لشرح المزيد عن إجابتك في السؤال 5.

|  |  |
| --- | --- |
| أوافق بشدة |  |
| أميل إلى الموافقة |  |
| لا أوافق ولا أعترض |  |
| أميل إلى عدم الموافقة |  |
| أعترض بشدة |  |
| لا أعلم |  |

1. **عند التفكير في مستقبل خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات في ليفربول، ما أهم ثلاثة أشياء لك؟**

|  |
| --- |
| أولا: |
| ثانيا: |
| ثالثا: |

1. **هل هناك أي شيء آخر تودين قوله عن التحديات التي تواجه خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات في ليفربول؟** يرجى الإجابة في المربع أدناه.

|  |
| --- |
|  |

**القسم 2 - تجاربك**

1. **هل استخدمت أنت أو أي شخص قريب منك أمراض النساء في المستشفى و/ أو خدمات الأمومة في المستشفى في ليفربول؟** جرت غالبية هذه الرعاية في مستشفى ليفربول للنساء - نحن لا نشير إلى خدمات الأمومة وأمراض النساء التي تتم في المستشفيات المحلية الأخرى بما في ذلك مستشفى ويستون أو مستشفى أورمزكيرك أو مستشفى ويرال للنساء والأطفال (أرو بارك). يرجى وضع علامة ✔ في جميع المربعات التي تنطبق.

|  |  |
| --- | --- |
| لقد استخدمت/ أستخدم خدمات أمراض النساء في المستشفى في ليفربول |  |
|  لقد استخدمت/ أستخدم خدمات الأمومة في المستشفى في ليفربول |  |
|  شخص قريب مني استخدم/ يستخدم خدمات أمراض النساء في المستشفى في ليفربول |  |
| شخص قريب مني استخدم/ يستخدم خدمات الأمومة في المستشفى في ليفربول |  |
| أعمل في - أو جنبا إلى جنب - في مستشفى أمراض النساء و/ أو خدمات الأمومة في ليفربول |  |
| أرغب في مشاركة وجهات نظري، لكن ليس لدي خبرة في هذه الخدمات في ليفربول |  |
| لا ينطبق - أنا أقدم ردا نيابة عن منظمة |  |

1. **إذا كانت لديك تجربة، كيف تقيمين تجربتك - أو تجربة شخص قريب منك - في استخدام أمراض النساء في المستشفى أو خدمات الأمومة في المستشفى في ليفربول؟ هل كانت:**

يرجى وضع علامة ✔ في مربع واحد فقط، إن أمكن.

|  |  |
| --- | --- |
| إيجابية جدا |  |
| إيجابية |  |
| محايدة  |  |
| سلبية |  |
| سلبية جدا |  |
| لا أعلم |  |

1. **من فضلك أخبرنا المزيد عن تجاربك (أو تجاربهم) - كل الأشياء التي سارت على ما يرام، والأشياء التي يمكن تحسينها.**إذا كان لديك سؤال أو قلق بشأن الرعاية التي تتلقينها حاليا، فيرجى الاتصال بالمستشفى أو المنظمة التي تقدم لك الرعاية مباشرة.

يرجى الإجابة في المربع أدناه والمتابعة على ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

|  |
| --- |
|  |

1. **عند استخدام خدمات أمراض النساء و/ أو الأمومة في المستشفى، هل شعرت أنت أو أي شخص قريب منك بالحرمان مقارنة بالأشخاص الآخرين؟** يرجى وضع علامة ✔ في مربع واحد فقط، إن أمكن.

|  |  |
| --- | --- |
| نعم  |  |
| لا |  |
| لست متأكدة |  |

1. يرجى إخبارنا بالمزيد عن هذا في المربع أدناه:

**القسم 3 – معلومات عنك**

1. **كيف علمت بهذا الاستطلاع؟** يرجى وضع علامة ✔ في جميع المربعات التي تنطبق.

|  |  |
| --- | --- |
| البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية من NHS |  |
| منشور أو نشرة إعلانية |  |
| وسائل التواصل الاجتماعي |  |
| موقع NHS |  |
| متطوع في المستشفى  |  |
| وسائل الإعلام المحلية (على سبيل المثال الصحف المحلية أو الإذاعة المحلية) |  |
| الحديث مع الناس |  |
| هيلثووتش Healthwatch  |  |
| منظمة مجتمعية أو منظمة من القطاع التطوعي  |  |
| لا أعلم |  |

إذا علمت به من مصدر آخر، فيرجى إخبارنا بالمصدر:

1. **يرجى إعلامنا بأي مما يلي ينطبق عليك:**

|  |  |
| --- | --- |
| لقد قرأت كتيب ملخص "تحسين خدمات أمراض النساء والأمومة في المستشفيات في ليفربول". |  |
| لقد قرأت نسخة القراءة السهلة من الكتيب |  |
| لقد زرت [www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk](http://www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk)  |  |
| لقد حضرت - أو أخطط لحضور - أحد أحداث المشاركة التي ستقام خلال شهر نوفمبر. |  |
| لقد قرأت الحالة الكاملة لمستند التغيير (أكثر من 90 صفحة) |  |
| لا شيء مما سبق |  |

1. ما بداية الرمز البريدي الخاص بك؟ (على سبيل المثال، L8 7 أو L19 2
2. في أي منطقة تعيش؟

|  |  |
| --- | --- |
| شيشير إيست  |  |
| شيشير ويست  |  |
| هالتون |  |
| نوزلي |  |
| ليفربول |  |
| سيفتون |  |
| سانت هيلينز |  |
| وارينغتون |  |
| ويرال |  |

غير ذلك - يرجى ذكرها:

1. هل أنت متخصصة في الرعاية الصحية أو الرعاية الاجتماعية؟

|  |  |
| --- | --- |
| نعم  |  |
| لا |  |

**إذا كنت متخصصة في الرعاية الصحية أو الرعاية الاجتماعية، فأين تعملين؟**

إذا أردت البقاء على اطلاع دائم بهذا العمل، فيرجى الاشتراك في المجموعة المرجعية الافتراضية على [www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk/get-involved/](http://www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk/get-involved/)

**القسم 4. مراقبة المساواة**

نحن نطرح هذه الأسئلة لأننا نريد التأكد من أننا سألنا الكثير من الأشخاص المختلفين عن آرائهم.

ستدون جميع المعلومات التي تقدمينها وتبلغينا بها دون ذكر هويتك - لن تستخدم أبدا مع اسمك أو تفاصيل الاتصال بك. تجمعها NHS في شيشير وميرزيسايد كجزء من واجبها بموجب قانون المساواة لعام 2010.

سيتم التعامل مع بياناتك بسرية وتخزينها وفقا لقانون حماية البيانات وإشعار خصوصية Hood & Woolf Ltd. على [www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy/](http://www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy/)

ليس عليك الإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت لا ترغبين في ذلك.

1. **ما مجموعتك العرقية؟** اختاري خيارا واحدا يصف مجموعتك العرقية أو خلفيتك على أفضل وجه.

|  |  |
| --- | --- |
| بيضاء: بريطانية إنجليزية/ ويلزية/ إسكتلندية/ أيرلندية الشمالية |  |
| بيضاء: أيرلندية |  |
| بيضاء: الغجر أو الرحالة الأيرلندي |  |
| بيضاء: أي خلفية بيضاء أخرى (يرجى التحديد أدناه) |  |
| مجموعات عرقية مختلطة/ متعددة: كاريبية بيضاء وسوداء |  |
| مجموعات عرقية مختلطة/ متعددة: أفريقية بيضاء وسوداء |  |
| مجموعات عرقية مختلطة/ متعددة: بيضاء وأسيوية |  |
| مجموعات عرقية مختلطة/ متعددة: أي خلفية عرقية مختلطة/ متعددة أخرى (يرجى التحديد أدناه) |  |
| آسيوية/ بريطانية آسيوية: هندية |  |
| آسيوية/ بريطانية آسيوية: باكستانية |  |
| آسيوية/ بريطانية آسيوية: بنغلاديشية |  |
| آسيوية/ بريطانية آسيوية: صينية |  |
| آسيوية/ بريطانية آسيوية: أي خلفية آسيوية أخرى (يرجى التحديد أدناه) |  |
| بريطانية سوداء/ أفريقية/ كاريبية/ سوداء: أفريقية |  |
| بريطانية سوداء/ أفريقية/ كاريبية/ سوداء: كاريبية |  |
| بريطانية سوداء/ أفريقية/ كاريبية/ سوداء: أي خلفية سوداء/ أفريقية/ كاريبية أخرى (يرجى التحديد أدناه) |  |
| مجموعة عرقية أخرى: عربية |  |
| أفضل ألا أقول |  |

أي مجموعة عرقية أخرى (يرجى التحديد أدناه):

1. **كم عمرك**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16 - 19 |  |  | 55 - 59 |  |
| 20 - 24 |  | 60 - 64 |  |
| 25 - 29 |  | 65 - 69 |  |
| 30 - 34 |  | 70 - 74 |  |
| 35 - 39 |  | 75 - 79 |  |
| 40 - 44 |  | 80 أو أكثر |  |
| 45 - 49 |  | أفضل ألا أقول |  |
| 50 - 54 |  |

1. **ما دينك أو معتقدك؟**

|  |  |
| --- | --- |
| لا دين |  |
| المسيحية (بما في ذلك كنيسة إنجلترا والكاثوليكية والبروتستانتية وجميع الطوائف المسيحية الأخرى) |  |
| البوذية |  |
| الهندوسية |  |

|  |  |
| --- | --- |
| الإسلام |  |
| السيخ |  |
| أفضل ألا أقول |  |
| غير ذلك (يرجى التحديد): |

1. **كيف تعرفين عن نفسك؟**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ذكر |  |  | غير ثنائي |  |
| أنثى |  | متفاوت جنسيا |  |
| رجل متحول |  | أفضل ألا أقول |  |
| امرأة متحولة |  | غير ذلك (يرجى التحديد): |
| غير ثنائي |  |  |
| متفاوت جنسيا |  |  |

1. **ما ميولك الجنسية؟**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الغيرية |  |  | أفضل ألا أقول |  |
| مثلية الجنس |  | غير ذلك (يرجى التحديد): |
| مثلي الجنس |  |
| مزدوج |  |
| لاجنسي  |  |  |

1. **ما حالتك الاجتماعية؟**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متزوجة |  |  | أرملة |  |
| في علاقة مدنية |  | أفضل ألا أقول |  |
| عزباء |  | غير ذلك (يرجى التحديد) |
| مطلقة |  |
| أعيش مع شريك |  |  |
| منفصلة |  |  |

1. **يحمي قانون المساواة لعام 2010 الحوامل أو اللاتي وضعن أطفالهن في غضون 26 أسبوعا. هل أنت حامل في هذا الوقت؟**

|  |  |
| --- | --- |
| نعم |  |
| لا |  |
| أفضل ألا أقول |  |

1. **يحمي قانون المساواة لعام 2010 الحوامل أو اللاتي وضعن أطفالهن في غضون 26 أسبوعا. هل أنجبت مؤخرا؟ (خلال الأشهر الستة الماضية)**

|  |  |
| --- | --- |
| نعم |  |
| لا |  |
| أفضل ألا أقول |  |

1. **هل أنشطتك اليومية محدودة بسبب مشكلة صحية أو إعاقة استمرت أو من المتوقع أن تستمر لمدة 12 شهرا على الأقل؟**

|  |  |
| --- | --- |
| نعم، محدودة كثيرا |  |
| نعم، محدودة قليلا |  |
| لا |  |
| أفضل ألا أقول |  |

1. **هل تعتبرين نفسك معاقة؟** *(*ينص قانون المساواة لعام 2010 على أن الشخص يعاني من إعاقة إذا كان يعاني من إعاقة جسدية أو عقلية لها تأثير سلبي "كبير" و "طويل الأجل" (أكثر من 12 شهرا) على قدرتك على القيام بالأنشطة اليومية العادية.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الإعاقة الجسدية |  |  | أفضل ألا أقول |  |
| الإعاقة الحسية (على سبيل المثال، الصم وضعاف السمع والمكفوفين وضعاف البصر) |  | غير ذلك (يرجى التحديد): |
| حالة الصحة العقلية |  |
| إعاقة أو صعوبة التعلم |  |
| مرض طويل الأمد (مثل السرطان والسكري ومرض الانسداد الرئوي المزمن) |  |  |

1. **هل تقدمين الرعاية لشخص ما؟** يُعرف مقدم الرعاية بأنه أي شخص يرعى ، دون أجر (أو يتلقى بدل مقدم الرعاية، ولكن ليس شخصا يعمل كأخصائي رعاية)، صديقا أو أحد أفراد الأسرة الذين لا يستطيعون التعامل دون دعمه، بسبب المرض أو الإعاقة أو مشكلة الصحة العقلية أو الإدمان.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نعم - رعاية شب/ شباب تبلغ أعمارهم 24 عاما أو أقل |  |  | لا |  |
| نعم - رعاية البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 49 عاما  |  | أفضل ألا أقول |  |
| رعاية كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 50 عاما أو أكثر |  |  |

1. **هل سبق لك أن خدمت في القوات المسلحة؟**

|  |  |
| --- | --- |
| نعم |  |
| لا |  |
| أفضل ألا أقول |  |

يرجى إعادة هذا الاستطلاع إلى:

NHS Cheshire and Merseyside

‎920 Centre Park

Warrington

WA1 1QY

الموعد النهائي لتلقي ردكم في منتصف ليل الثلاثاء 26 نوفمبر 2024. يرجى إتاحة الوقت الكافي ليصل إلينا استطلاع المرسل بالبريد.

**شكرا جزيلا على وقتك. سنستخدم ملاحظاتك للمساعدة في وضع خطط لكيفية تقديم الخدمات في المستقبل.**