# **آپ کا NHS بندش حیض کا تجربہ**

# **برسٹل، ساؤتھ گلوسٹر شائر، اور نارتھ سمرسیٹ**

### **اس سرورے - اور آپ کے حقوق کے بارے میں**

### **یہ سروے ہیلتھ واچ برسٹل کا ہے۔ ہم چاہیں گے کہ آپ ہمیں تعلیم، اعانت اور بندش حیض کے علاج کے بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں بتانے کے لیے چند منٹ نکالیں۔** بندش حیض اس وقت ہوتی ہے جب ہارمون کی کم سطح کی وجہ سے آپ کی ماہواری رک جاتی ہے۔ یہ عام طور پر 45 اور 55 سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے۔ یہ کبھی کبھی قدرتی طور پر، یا مختلف ذاتی وجوہات کی بناء پر (بعض اوقات وجہ معلوم نہیں ہوتی) پہلے بھی ہوسکتا ہے ۔

### **ہیلتھ واچ برسٹل آپ کا مقامی صحت اور سماجی نگہداشت کا چیمپئن ہے۔**

### ہمارے بارے میں مزید معلومات حاصل کریں: [www.healthwatchbristol.co.uk](http://www.healthwatchbristol.co.uk)

### **یہ سروے خفیہ اور گمنام ہے (نجی رکھا گیا ہے اور اسے واپس آپ سے منسلک نہیں کیا جا سکتا)۔ اگر آپ رضامندی ہیں یا رضامندی دیتے ہیں تو ہم بعد میں کسی بعد کی تاریخ میں بعد کے سوال کے لیے صرف آپ کا ای میل پتہ (اگر شامل کیا گیا ہے) استعمال کریں گے۔**

### **براہ کرم ہماری رازداری پالیسی یہاں دیکھیں:** [www.healthwatchbristol.co.uk/privacy](http://www.healthwatchbristol.co.uk/privacy)

### اس سروے کے آپ کے جوابات کو اپنے رازداری کے بیان کے مطابق ذخیرہ کرنے کے لیے ہمیں ہیلتھ واچ برسٹل کے لیے آپ کی اجازت درکار ہے تاکہ ہم اسے برسٹل، نارتھ سمرسیٹ اور ساؤتھ گلوسٹر شائر میں صحت اور دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی کو بہتر بنانے کے لیے استعمال کر سکیں۔ براہ کرم ذیل میں ہاں کو منتخب کریں اگر آپ ہمیں ایسا کرنے کی اجازت دیتے ہیں یا نہیں کو اگر آپ اجازت نہیں دیتے ہیں۔

|  |  |
| --- | --- |
|   ہاں |  |
|   نہیں |  |

### **تعلیم (صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن سے مدد لینے سے پہلے/بعد میں بندش حیض کے بارے میں آپ کیا جانتے تھے)**

### **کیا آپ برسٹل، نارتھ سمرسیٹ، یا ساؤتھ گلوسٹر شائر میں رہتے ہیں؟**

|  |  |
| --- | --- |
| برسٹل |    |
| نارتھ سمرسیٹ |    |
| جنوبی گلوسٹر شائر |    |

### **مدد مانگنے سے پہلے آپ بندش حیض کے بارے میں کتنا جانتے تھے؟ (0 کچھ بھی نہیں، 10 بہت زیادہ) براہ کرم اس نمبر پر چکر لگائیں جو آپ کو مناسب لگے۔**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

### **بندشِ حیض کے بارے میں مشورہ، معلومات، یا علاج کے لیے آپ سب سے پہلے کس جگہ گئے تھے؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ڈاکٹر |  |    |
| فارمیسی |  |    |
| خاندان یا دوست |  |    |
| انٹرنیٹ |  |    |
| میں بتانا نہیں چاہتی کو ترجیح  |  |    |
| دیگر (اگر آپ نے دوسرے کا انتخاب کیا ہے، تو براہ کرم وضاحت کریں کہ اپنا جواب یہاں لکھیں): |  |    |

### **طبی علاج کی تلاش میں، آپ نے شاید GP سرجری یا ہب میں شرکت کی ہے۔ کیا آپ کسی ایسے کلینک یا مرکز کو ترجیح دیں گی جو صرف بندش حیض یا خواتین کی صحت کے لیے ہو؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  ہاں  |    |
| نہیں |    |
| ہو سکتا ہے |    |
| میں بتانا نہیں چاہتی کو ترجیح |    |

تبصرہ:

|  |
| --- |
|   |

1. **بندشِ حیض کے مرحلے**

### **کیا آپ بندش حیض سے پہلے ، بندش حیض کے بعد یا موجودہ وقت میں بندش حیض کا تجربہ کر رہی ہیں؟**

|  |  |
| --- | --- |
|    | بندش حیض سے پہلے (بندش حیض سے پہلے تب ہے جب آپ کی ماہواری بند ہونے سے پہلے آپ میں علامات ظاہر ہوں۔ آپ بندش حیض تک پہنچ جاتے ہیں جب آپ کو 12 مہینوں سے ماہواری نہیں ہوئی ہو۔) |
|    | بندش حیض کے بعد (بندش حیض کے بعد کا وقت بندش حیض کے بعد کا وقت ہے۔) |
|    | فی الحال بندش حیض کا تجربہ کر رہی ہیں (بندش حیض اس وقت ہوتا ہے جب ہارمون کی کم سطح کی وجہ سے آپ کی ماہواری رک جاتی ہے۔) |
|    | زیادہ یقین نہیں ہے۔ |

### **اگر آپ بندش حیض کے بعد ہیں، تو کیا آپ محسوس کرتی ہیں کہ آپ کے ڈاکٹر، یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے آپ کو اس مرحلے پر کافی معلومات دی ہیں؟ اگر یہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے تو براہ کرم نظر انداز کریں۔**

براہِ مہربانی اپنا جواب نیچے لکھئے:

|  |
| --- |
|   |

### **اگر آپ بندشِ حیض سے پہلے کی حالت میں ہیں، تو کیا آپ کے ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن کو معلوم ہے کہ آپ کی علامات بندش حیض سے پہلے کی وجہ سے ہیں؟ (براہ کرم خالی چھوڑ دیں اگر یہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |

براہ کرم ذیل میں تبصرہ لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **اگر آپ بندش حیض سے پہلے کی حالت میں ہیں، تو کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کو بندش حیض سے پہلے مرحلے میں آپ کے ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے مدد فراہم کی ہے؟ (براہ کرم خالی چھوڑ دیں اگر یہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |

### براہ کرم ذیل میں کوئی تبصرہ لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **علامات ( آپ کے ذہن یا جسم میں تبدیلی)**

### **آپ کو کون سی علامات ہیں جن کی وجہ سے آپ طبی مدد تلاش کرنے یا ڈاکٹر کے پاس جانے پر مجبور ہوئیں؟**

### براہ کرم ذیل میں کوئی تبصرہ لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی علامات کو بندش ِ حیض کے بجائے ایک مختلف صحت کا مسئلہ سمجھا گیا تھا؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  ہاں  |    |
| نہیں |    |
| ہو سکتا ہے |    |
| میں نہ بتانے کو ترجیح |    |

اگر آپ کے پاس کوئی تجربہ ہے جس کے بارے میں آپ ہمیں بتانا چاہتی ہیں، تو براہ کرم انہیں یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے علامات کو آپ کے ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے غلطی سے سمجھا تھا، تو کیا آپ کو بندش حیض کے علاج کے علاوہ کوئی اور دوا دی گئی تھی؟ براہ کرم نیچے لکھیں۔**

اگر آپ محسوس کرتی ہیں کہ آپ کی علامات غلط تھیں، تو براہ کرم انہیں یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **اپنے ڈاکٹر سے ملنا اور علاج (بیماری، چوٹ کے علاج یا کسی کو بہتر محسوس کرنے میں مدد کرنے کے لیے کیا گیا ہے)**

### **آپ کو بندش حیض کے بارے میں اپنے ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن کو دیکھ کر کیسا لگا؟ (آپ ایک سے زیادہ کا انتخاب کر سکتی ہیں)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | گھبراہٹ |
|  | آرام دہ |
|  | شرمندہ |
|  | مجرم |
|  | عجیب |
|  | پرسکون |
|  | الجھن زدہ |
|  | خوف زدہ |
|  | دلچسپی |
|  | سکون |
|  | مطمئن |
|  | دیگر (اگر آپ نے کچھ اور محسوس کیا تو براہ کرم یہاں لکھیں کہ آپ نے کیا محسوس کیا): |
|  |  |

### **کیا آپ کو اپنے ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن کا مشورہ (علامات کے لیے کیا کرنا چاہیے کی تجویز) کارآمد معلوم ہوا؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | انتہائی مددگار |
|  | بہت مددگار |
|  | کسی حد تک مددگار |
|  | اتنا مددگار نہیں۔ |
|  | بالکل مددگار نہیں۔ |

اگر آپ مزید اضافہ کرنا چاہتی ہیں، تو براہ کرم اسے یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

###  **اگر آپ انتخاب کر سکتی تو کیا آپ مرد یا خاتون ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن کو دیکھتی؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | مرد |
|  | خاتون |
|  | کوئی مسئلہ نہیں |
|  | میں نہ بتانے کوترجیح دیتی ہوں |

### **کیا ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے واضح طور پر وضاحت کی ہے کہ آپ کی علامات کیا ہیں؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | انتہائی واضح |
|  | بہت صاف |
|  | کسی حد تک واضح |
|  | اتنا واضح نہیں۔ |
|  | بالکل واضح نہیں۔ |

### **آپ نے بندشِ حیض کی علامات کے علاج کے لیے مختلف اختیاراتکو کتنا سمجھا؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | پوری طرح سمجھ آئی |
|  | کسی حد تک سمجھ آئی |
|  | واقعی سمجھ نہیں آئی |
|  | بالکل سمجھ نہیں آئی |

### **اگر آپ نے علاج کروا لیا ہے، علاج کی منصوبہ بندی کر رہی ہیں، یا فی الحال بندش ِ حیض کےلیے علاج کروا رہی ہیں، تو یہ کیا علاج ہے؟**

اگر آپ اپنی خوشی سے دینا چاہیں تو، براہ کرم ذیل میں اپنا جواب لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **اگر آپ ٍبندشِ حیض کے لیے ہارمون ریپلیسمنٹ تھراپی (HRT) لے رہی ہیں، تو اس سے آپ کی کتنی مدد ہوئی ہے؟ (براہ کرم خالی چھوڑ دیں اگر یہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے)۔**

### **\*ہارمون ریپلیسمنٹ تھراپی – ایک ایسا علاج جو بندش حیض ی کی وجہ سے کم سطح والے ہارمونز کی جگہ لے لیتا ہے۔\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | انتہائی مددگار |
|  | بہت مددگار |
|  | کسی حد تک مددگار |
|  | اتنا مددگار نہیں۔ |
|  | بالکل مددگار نہیں۔ |

اگر آپ اس بارے میں مزید لکھنا چاہتے ہیں تو ذیل میں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **مقامی صحت یا سماجی نگہداشت کی خدمات سے جاری تعاون**

### **آپ کے خیال میں صحت کی دیکھ بھال کی خدمات (ڈاکٹروں، ہسپتالوں یا جہاں کہیں بھی آپ طبی امداد حاصل کرنے کے لیے جاتے ہیں) ان لوگوں کے لیے کیسے بہتر ہو سکتے ہیں جو بندشِ حیض سے گزر رہے ہیں یا گزر چکے ہیں؟**

### ذیل میں اپنا جواب لکھیئے:

|  |
| --- |
|   |

###  **کیا آپ جس جگہ پر کام کرتی ہیں وہاں بندشِ حیض کی پالیسی ہے یا کسی بھی طرح سے وہ بندشِ حیض کے ساتھ آپ کی مدد کر سکتے ہیں؟ (براہ کرم خالی چھوڑ دیں اگر یہ آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  ہاں  |    |
| نہیں |    |
| یقین نہیں |    |

### **کیا آپ بندشِ حیض کے اپنے تجربات کے بارے میں کوئی اور چیز شامل کرنا چاہیں گی؟**

### براہ کرم اپنا جواب نیچے درج کیجئے:

|  |
| --- |
|   |

1. **براہ کرم ہمیں اپنے بارے میں بتائیے:**

ہم اس بات کو یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ ہم ہر ایک کی نمائندگی کرتے ہیں(بات کرتے ) اور ہمیں اپنے بارے میں مزید معلومات بتا کر، آپ ہمیں بہتر طور پر یہ سمجھنے میں مدد کریں گے کہ لوگوں کے تجربات ان کی ذاتی خصوصیات کی بنیاد پر کیسے مختلف ہو سکتے ہیں (کیا آپ کو آپ بناتا ہے)۔

### **براہ کرم ہمیں اپنی عمر بتائیے:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 13 سے 15 سال |
|  | 16 - 17 سال |
|  | 18 - 24 سال |
|  | 25 - 49 سال |
|  | 50 - 64 سال |
|  | 65 سے 79 سال |
|  | 80سال سے زائد |
|  | میں نہ بتانے کو ترجیح دوں گی۔ |
|  | نہیں معلوم |

### **کیا آپ کی صنفی شناخت وہی ہے جو آپ کی پیدائش کے وقت ریکارڈ کی گئی ہے؟**

### **صنفی شناخت - صنفی شناخت سے مراد یہ ہے کہ ہم کون ہیں اور ہم خود کو کیسے دیکھتے اور بیان کرتے ہیں\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ کہنے کو ترجیح دوں گی |

### **براہ کرم ہمیں بتائیں کہ آپ کس جنسی رجحان کے ساتھ شناخت کرتے ہیں۔**

### **\*جنسی رجحان - جس کی طرف آپ جسمانی اور جذباتی طور پر اپنی طرف متوجہ محسوس کرتے ہیں، اور یہ رومانوی یا جذباتی کشش ہوسکتی ہے، یا دونوں\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | غیر جنسی |
|  | ابیلنگی۔ |
|  |  ہم جنس پرست مرد |
|  | جنس مخالف کی طرف کشش/ سیدھا |
|  |  ہم جنس پرست / ہم جنس پرست عورت |
|  | جنسی تفریق کے بغیر کشش رکھنے والا/والی |
|  |  میں نہ بتانے کو ترجیح دوں گا /گی |
|  |  خود بیان کرنے کو ترجیح دوں گا/گی: |
|  |  |

### **جو آپ پر لاگو ہوتا ہے، آپ کی ازدواجی (شادی) یا شراکت داری کی صورت حال کے ارد گرد؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | کنواری |
|  | کسی کے ساتھ |
|  | سرکاری سانجھ میں |
|  | شادی شدہ |
|  | الگ ہوئی ہوئی |
|  | طلاق شدہ/ تحلیل شدہ سرکاری سانجھ |
|  | بیوہ |
|  | نہ کہنے کو ترجیح |

### **کیا ان میں سے کوئی بھی صورت حال آپ پر حمل کے دوران لاگو ہوتی ہے؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | یہ سوال مجھ پر لاگو نہیں ہوتا |
|  |  | میں فی الحال حاملہ ہوں۔ |
|  |  | میں فی الحال دودھ پلا رہا ہوں۔ |
|  |  | میں نے پچھلے 26 ہفتوں میں جنم دیا ہے۔ |
|  |  | میں نہ بتانے کو ترجیح دیتی ہوں/دیتا ہوں۔ |
|  |  | نہیں معلوم |

### **براہ کرم اپنی نسل کا انتخاب کریں۔**

### **\*نسل - جس نسلی گروہ (نسل یا ثقافت) سے آپ تعلق رکھتے ہیں۔\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | عرب |
|  | ایشیائی/ایشین برطانوی: بنگلہ دیشی |
|  | ایشیائی/ایشیائی برطانوی: چینی |
|  | ایشیائی/ایشین برطانوی: ہندوستانی۔ |
|  | ایشیائی/ایشین برطانوی: پاکستانی |
|  | ایشیائی/ایشیائی برطانوی: کوئی دوسرا ایشیائی/ایشین برطانوی پس منظر |
|  | سیاہ/سیاہ برطانوی: افریقی |
|  | سیاہ/سیاہ برطانوی: کیریبین |
|  | سیاہ/سیاہ برطانوی: کوئی دوسرا سیاہ/سیاہ برطانوی پس منظر |
|  | مخلوط/متعدد نسلی گروہ: ایشیائی اور سفید فام |
|  | مخلوط/متعدد نسلی گروہ: سیاہ افریقی اور سفید |
|  | مخلوط/متعدد نسلی گروہ: سیاہ کیریبین اور سفید |
|  | مخلوط/متعدد نسلی گروہ: کوئی دوسرا مخلوط/متعدد نسلی گروہ پس منظر |
|  | سفید: برطانوی/انگریزی/شمالی آئرش/سکاٹش/ویلش |
|  | سفید: آئرش |
|  | سفید: کوئی دوسرا سفید پس منظر |
|  | نہ کہنے کو ترجیح دیں۔ |
|  | دیگر (وضاحت براہ مہربانی): |
|  |  |

### **آپ کا مذہب یا عقیدہ کیا ہے؟**

|  |  |
| --- | --- |
|  | عیسائی |
|  | مسلمان |
|  | ہندو |
|  | سکھ |
|  | یہودی |
|  | بدھ مت  |
|  | کوئی مذہب نہیں |
|  | نہ کہنے کو ترجیح  |
|  | دیگر (وضاحت براہ مہربانی): |
|  |  |

### **کیا آپ اپنے آپ کو ایک نگہداشت کنندہ کے طور پر دیکھتی ہیں/دیکھتے ہیں؟**

### **نگہداشت کرنے والا - دیکھ بھال کرنے والا کوئی بھی ہے، بشمول بچے اور بالغ جو خاندان کے کسی رکن، ساتھی یا دوست کی دیکھ بھال کرتا ہے جسے اپنی بیماری، کمزوری، معذوری، دماغی صحت کے مسئلے یا لت کی وجہ سے مدد کی ضرورت ہوتی ہے اور وہ ان کے تعاون کے بغیر مقابلہ نہیں کر سکتا۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ بتانےکو ترجیح  |

###  **مندرجہ ذیل میں سے کیا آپ کی موجودہ مالی صورتحال (پیسے کی صورت حال) کو بہترین انداز میں بیان کرتا ہے۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | بہت آرام دہ (میرے پاس رہنے کے اخراجات کے لیے کافی رقم ہے، اور زائدپر بچانے یا خرچ کرنے کے لیے بہت کچھ ہے) |
|  | کافی آرام دہ (میرے پاس رہنے کے اخراجات کے لیے کافی رقم ہے، اورزائدا پر بچانے یا خرچ کرنے کے لیے تھوڑا سا فاضل) |
|  | بس گزارا(میرے پاس رہنے کے اخراجات کے لیے کافی رقم ہے اور کچھ اور ہے) |
|  | واقعی جدوجہد کر رہی ہوں/رہا ہوں (میرے پاس رہنے کے اخراجات کے لیے کافی رقم نہیں ہے اور بعض اوقات پیسے ختم ہو جاتے ہیں) |
|  | نہ بتانے کو ترجیح۔ |

1. **آپکی نسل**

**\*نسل - جس نسلی گروہ (نسل یا ثقافت) سے آپ تعلق رکھتے ہیں۔\***

### **کچھ برادریاں بندش حیض کے بارے میں مختلف خیالات اور نظریات رکھتی ہیں۔ کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کی نسل یا برادری نے بندشِ حیض کے بارے میں آپ کے محسوس کرنے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

|  |
| --- |
|    |

###  **کس طرح سے، اگر کوئی ہے، تو کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی نسل یا برادری جس سے آپ تعلق رکھتے ہیں، ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن سے مدد طلب کرتے ہوئے آپ کو متاثر کرتی ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسے بندش حیض کے وقت حساسیت کے ساتھ رابطہ کیا گیا تھا یا آپ کی ثقافت کو صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے سمجھا تھا؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

|  |
| --- |
|   |

1. **آپکی صنفی شناخت**

**\*صنفی شناخت - صنفی شناخت سے مراد یہ ہے کہ ہم کون ہیں اور ہم خود کو کیسے دیکھتے اور بیان کرتے ہیں\***

### **آپ اپنی صنفی شناخت کو کیسے بیان کریں گے؟ (براہ کرم ایک کا انتخاب کریں)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | عورت |
|  | آدمی |
|  | مخنث (ان لوگوں کو بیان کرنے کے لیے ایک چھتری کی اصطلاح جن کی موجودہ صنفی شناخت اس جنس سے مختلف ہے جس کے ساتھ وہ پیدائش کے وقت رجسٹرڈ تھے) |
|  | غیر بائنری/غیر موافق (جنس جو ان دو زمروں میں سے کسی ایک میں نہیں آتی ہیں، مرد یا عورت) |
|  | نہ بتانے کو ترجیح |
|  | خود بیان کرنے کو ترجیح (براہ کرم لکھیں کہ آپ اپنی صنفی شناخت کو اس طرح بیان کریں گے): |
|  |  |

### **کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی صنفی شناخت نےبندش حیض کے بارے میں آپ کے محسوس کرنے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

برائے مہربانی اپنا جواب یہاں لکھئے:

|  |
| --- |
|   |

###  **کس طرح سے، اگر کوئی ہے، کیا آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی صنفی شناخت نے آپ کو کسی ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن سے مدد مانگنے سے متاثر کیا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسےبندش حیض کے وقت حساسیت کے ساتھ رابطہ کیا گیا تھا یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے آپ کی صنفی شناخت پر غور کیا تھا؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **خانہ بدوش، روما یا مسافر برادری**

### **کیا آپ خود کو خانہ بدوش، روما یا مسافر سمجھتے ہیں؟ (اگر آپ 'نہیں' کا انتخاب کرتے ہیں، تو براہ کرم سیکشن 11 پر جائیں)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ بتانےکو ترجیح  |

### **کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ خانہ بدوش، روما یا مسافر برادری کا حصہ بننے سے آپ کے بندش حیض کے بارے میں محسوس ہونے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

###  آپکو کیسے **خانہ بدوش، روما یا مسافر برادری کا حصہ ہونے کی وجہ سے، اگر کوئی ہےتو آپ کو ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کے کارکن سے مدد مانگنے پر اثر پڑا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسےبندش ِ حیض کے وقت حساسیت کے ساتھ رابطہ کیا گیا تھا یا حقیقت یہ ہے کہ آپ خانہ بدوش، روما یا مسافر برادری کا حصہ ہیں یا آپ کو صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نےسمجھا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **معذوریاں یا طویل مدتی حالات**

### **کیا آپ اپنے آپ کو ایک معذور شخص سمجھتے ہیں یا آپ کی طویل مدتی حالت ہے؟ (اگر نہیں، تو براہ کرم سیکشن 12 پر جائیں)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ بتانےکو ترجیح  |

### **کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کی معذوری یا طویل مدتی حالت نے بندشِ حیض کے بارے میں آپ کے محسوس کرنے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

###  براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

###  **کس طرح سے، اگر کوئی ہے، تو کیا آپ کی معذوری یا طویل مدتی حالت نے آپ کو کسی ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن سے مدد مانگنے پر اثر انداز کیا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسے بندشِ حیض آپ کی معذوری یا طویل مدتی حالت کی حساسیت کے ساتھ رابطہ کیا گیا تھا، یا یہ کہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے اس پر غور کیا تھا؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **بصارت کی خرابی یا وہ شخص جو برٹش سائن لینگویج (بی ایس ایل) استعمال کرتا ہے**

### **کیا آپ خود کو بصارت سے محروم سمجھتے ہیں؟ (اگر نہیں، تو براہ کرم سیکشن 13 پر جائیں)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ بتانےکو ترجیح  |

### **کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کی بصارت کی خرابی ہے یا برٹش سائن لینگویج (BSL)کے استعمال نےبندش حیض کے بارے میں آپ کے محسوس کرنے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

###  **کس طرح سے، اگر کوئی ہے، تو کیا آپ کی بصارت کی خرابی یا BSL کے استعمال سے آپ کو کسی ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کے کارکن سے مدد مانگنے سے متاثر ہوا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسے آپ کی بصارت کی خرابی یا آپ کے BSL کے استعمال کی حساسیت کے ساتھ بندش حیض کا رابطہ کیا گیا تھا، یا یہ کہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے اس پر غور کیا تھا؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا بندش حیض کے لیے معلومات، مشورہ اور ادویات آپ کے لیے قابل رسائی شکل میں دستیاب تھیں؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ سے متعلق ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

1. **سیکھنے کی معذوری**

### **کیا آپ اپنے آپ کو سیکھنے کی معذوری کے ساتھ معذور شخص سمجھتے ہیں؟ (اگر نہیں، تو براہ کرم نظر انداز کریں اور اگلے حصے پر جائیں)۔**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ہاں |
|  | نہیں |
|  | نہ بتانےکو ترجیح  |

### **کیا آپ محسوس کرتے ہیں کہ آپ کی سیکھنے کی معذوری نے بندشِ حیض کے بارے میں آپ کے محسوس کرنے کے انداز کو متاثر کیا ہے؟ کیا آپ ہمیں اس بارے میں اپنے تجربات کے بارے میں کچھ اور بتا سکتے ہیں۔ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

###  **کسی ڈاکٹر یا صحت کی دیکھ بھال کے کارکن سے مدد مانگنے کو آپکی سیکھنے کی معذوری ، اگر کوئی ہے نے کس طرح متاثر کیا ہے؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

### **کیا آپ کو ایسا لگتا ہے جیسے بندشِ حیض کو آپ کی سیکھنے کی معذوری یا طویل مدتی حالت کی حساسیت کے ساتھ رابطہ کیا گیا تھا، یا یہ کہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکن نے اس پر غور کیا تھا؟ (براہ کرم نظر انداز کریں اگر آپ محسوس نہیں کرتے کہ یہ آپ پر لاگو ہوتا ہے)۔**

### براہ کرم اپنا جواب یہاں لکھیں:

|  |
| --- |
|   |

**ہیلتھ واچ برسٹل کے ذریعے آپ کا NHS بندشِ حیض کا تجربہ- BNSSG مکمل کرنے کے لیے آپ کا بہت شکریہ۔ ہم ان سوالات کے جوابات دینے کے لیے آپ کے وقت دینے کی قدر کرتے ہیں۔**