

## تقييم العميل لرعاية القبالة - عام

يتم توفير هذا النموذج من قبل كلية القبالات في ألبرتا (CMA). والغرض منه هو مساعدة القبالات في ألبرتا على الحصول على تعليقات من عمالهن حول الرعاية التي قدمنها. يجب أن تقدم لك عيادة القبالة هذا النموذج في غضون ستة أشهر بعد الانتهاء من الرعاية. نطلب منك مألها وإعادة إرسالها إلى العيادة.

يرجى التفكير في الرعاية التي تلقيتها من القبالات. إن تعليقاتكِ ستكون وَّهجةً حولِ لِعَمُوالدةِ طفلكِ لِعَمُوالدةِ الخيرة. إنك لست بحاجة إلى تدوين اسمك إل إذا كنت ترغبين في ذلك. إذا كنت ال تريد أن تعرف ممرضة التوليد هويتك، فإن التفاصيل التي نكتبها قد تمكن ممرضة التوليد معرفة من أنت. ستتم مراجعة تعليقاتك من قبل ممارسة القبالة للمساعدة في تحسين الرعاية المقدمة للعمالء.

يرجى وضع اسم القبالة/الفريق هنا (اختياري): \_\_\_\_\_  
اسمك (اختياري): \_\_\_\_\_  
في أي مرحلة من مراحل الحمل تم قبولك في الرعاية من قبل القبالة (اختياري)؟ \_\_\_\_\_  
يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق على نوع الرعاية التي تلقيتها من القبالات:  
رعاية الحمل \_\_\_\_\_ رعاية المخاض والولادة \_\_\_\_\_ رعاية ما بعد الولادة \_\_\_\_\_ الرعاية الصحية الأخرى:

| ما مدى رضاك عن الرعاية الصحية التي حصلت عليها بشكل عام؟ | ممتاز | جيد | عادل | ضعيف | ال أعرف |
|---|-------|-----|------|------|---------|
| هل كان لدي لصلابة قبالة تعني ب لظني هُنا                |       | نعم |      |      | ال      |

التعليقات:

قَيَمِي الأجزاء التالية من رعاية ما قبل الولادة، والمخاض، والولادة، ورعاية ما بعد الولادة. حدد اختيار تقييم واحد لكل مربع

| رقم | مقياس | مقياس | مقياس | مقياس | مقياس | رعاية ما قبل الولادة (إن وجدت)   |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--|
|     |       |       |       |       |       | 1. عدد زيارات ما قبل الولادة لبي احتياجاتي:  |
|     |       |       |       |       |       | 2. كان لدي الوقت الكافي للتحدث وطرح أسئلة على القبالة في مواعيدنا:   |
|     |       |       |       |       |       | 3. أعطتني القبالة/القبالات المعلومات التي احتجت إليها للتخاذ القرارات:   |
|     |       |       |       |       |       | 4. ناقشت المعلومات مع القبالة/القبالات بطريقة يمكنني فهمها:  |
|     |       |       |       |       |       | 5. شعرت بالدعم من قبل القبالة/القبالات للتخاذ القرارات:  |
|     |       |       |       |       |       | 6. شعرت بالدعم من قبل القبالة/القبالات، بغض النظر عن القرار الذي اتخذته:   |
|     |       |       |       |       |       | 7. مدى راحتي في الاتصال بالقبالة/القبالات لطرح الأسئلة أو المشاكل:   |
|     |       |       |       |       |       | 8. كان من السهل الاتصال بقبالتي/قبالتي:  |
|     |       |       |       |       |       | 9. كانت تقني في مهارة وقدرة القبالة/القبالات:  |
|     |       |       |       |       |       | يرجى الإدلاء بتعليقات أو تقديم أفكار لتحسين رعاية ما قبل الولادة، خاصة بالنسبة للمناطق المذكورة أعلاه التي صنفتها بشكل عادل أو ضعيف: |

| يوجد ال | في | قدا | ٤ | زاعم | رعاية المخاض والوالدة<br>(إن وجدت)   |
|---------|----|-----|---|------|--|
|         |    |     |   |      | 1. كان من السهل الاتصال بقابلتي/قابلاتي:   |
|         |    |     |   |      | 2. شعرت بالمان لالتصال بالقابلة/القابلات لطرح الأسئلة والمشاكل:  |
|         |    |     |   |      | 3. أعطتني القابلة/القابلات المعلومات التي احتجت إليها اتخاذ القرارات:  |
|         |    |     |   |      | 4. ناقشت المعلومات مع القابلة/القابلات بطريقة يمكنني فهمها:  |
|         |    |     |   |      | 5. شعرت بالدعم من قبل القابلة/القابلات اتخاذ القرارات:   |
|         |    |     |   |      | 6. شعرت بالدعم من قبل القابلة/القابلات، بغض النظر عن القرار الذي اتخذته:   |
|         |    |     |   |      | 7. كانت الرعاية والدعم الذي تلقيته خلال مرحلة المخاض والوالدة:   |
|         |    |     |   |      | 8. ثقتي في المهارات والقدرات العامة للقابلة خلال مرحلة المخاض ورعاية الوالدة:  |
|         |    |     |   |      | يرجى الإدلاء بتعليقات أو تقديم أفكارك لتحسين رعاية مرحلتي المخاض والوالدة، خاصة بالنسبة للمجالات المذكورة أعلاه التي صنفت أنها عادلة أو ضعيفة: |

| يوجد ال | في | قدا | ٤ | زاعم | رعاية ما بعد الوالدة<br>(إن وجدت)   |
|---------|----|-----|---|------|---|
|         |    |     |   |      | 1. لقد لَبَى عدد زيارات ما بعد الوالدة احتياجاتي:   |
|         |    |     |   |      | 2. كان لدي الوقت الكافي للتحدث إلى القابلة/القابلات وطرح الأسئلة:   |
|         |    |     |   |      | 3. كان الوقت الذي قضيناه في الحديث عن كيفية رعاية طفلي:   |
|         |    |     |   |      | 4. كان الوقت الذي قضيناه في الحديث عن كيفية رعايتي الشخصية:   |
|         |    |     |   |      | 5. مدى راحتي لالتصال بالقابلة/القابلات لطرح الأسئلة والمشاكل:   |
|         |    |     |   |      | 6. أعطتني القابلة/القابلات المعلومات التي احتجت إليها اتخاذ القرارات:   |
|         |    |     |   |      | 7. ناقشت القابلة/القابلات المعلومات بطريقة يمكنني فهمها:  |
|         |    |     |   |      | 8. شعرت بالدعم من قبل القابلة/القابلات اتخاذ القرارات:  |
|         |    |     |   |      | 9. شعرت بالدعم من قبل القابلة/القابلات، بغض النظر عن القرار الذي اتخذته:  |
|         |    |     |   |      | 10. الدعم الذي حصلت عليه من القابلة/القابلات في إطعام طفلي كان:   |
|         |    |     |   |      | يرجى الإدلاء بتعليقات أو تقديم أفكارك لتحسين رعاية مرحلة ما قبل الوالدة، خاصة بالنسبة للمناطق المذكورة أعلاه التي صنفتها بشكل عادل أو ضعيف: |

تشمل الأسئلة الواردة في هذا القسم رعايتك من قبل القابلات فترة الحمل والمخاض والولادة وبعد ولادة طفلك وحتى يبلغ طفلك ستة أسابيع من العمر. يُرجى تحديد إجابة واحدة لكل سؤال.

| اسئلة | ن | ك |  |
|-------|---|---|--|
|       |   |   | استمرارية الرعاية<br>التأكد من أنّ الممارس ليس لديه أكثر من أربع قابلات مع نوبات في فترتين وأنّه يمكن للممارس يجب<br>التصل بإحدى القابلات على مدار 24 ساعة في اليوم. |
|       |   |   | 1. كان عدد القابلات الّ مع نوبات لي 4 أو أقل:  |
|       |   |   | 2. كنت أعرف من كانت القابلة/ القابلات المعينات خلال فترة استفادتي من رعاية القبالة:  |
|       |   |   | 3. أتحت لي فرص كافية لمقابلة جميع القابلات المعينات:   |
|       |   |   | 4. كنت أعرف كيفية الوصول إلى القبالة على مدار 24 ساعة في اليوم:  |
|       |   |   | تعليقات وأفكار لجعل رعايتك من قبل القابلات المعينات أفضل:  |

| اسئلة | ن | ك |  |
|-------|---|---|--|
|       |   |   | الخيار المستنير:<br>الممارس معلومات كافية اتخاذ خيارات بشأن رعايتي. بعض لجميع الممارس اتخاذ خيارهين يجب على<br>الخاصة متى إذا كان هذا الخيار يعارض مع التوصيات.        |
|       |   |   | 1. عندما كان عليك اتخاذ خيارات بشأن رعايتك:<br>- هل كانت اختياراتي لفتحظي باحترام القبالة/ القابلات؟<br>- هل كنت تعلمين أنه يمكن لرفض أي شيء تقدمه القبالة أو توصي به؟ |
|       |   |   | 2. هل تم إعطاؤك تفاصيل كافية اتخاذ خيارات مستنيرة بشأن رعايتك؟   |
|       |   |   | 3. هل حصل لي ما يكفي من التفاصيل والدعم عند تحديد مكان ولادة طفلي؟   |
|       |   |   | 4. إذا كان لدي لفريق من القابلات، فهل كانت المعلومات المقدمة لي لفتشابهة بين ما قدم من طرف جميع القابلات؟  |
|       |   |   | 5. هل تحدثت القابلات عن الإيجابيات، والسلبيات، وخيارات الرعاية الأخرى عندما كن تتخذين الخيارات؟  |
|       |   |   | تعليقات وأفكار لجعل محادثات الاختيار المستنيرة أفضل بالنسبة لك:  |

| اسئلة | ن | ج | استشارة ونقل الرعاية<br>لمع أطباء التوليد أو أطباء متخصصين آخرين حول بعض المشاكل التي قد تحدث أثناء العمل قد تم<br>قرب والد، إن بعض المخاوف الصحية قد تكون مغلقة وقد يتم نقل الرعاية إلى الطبيب. |
|-------|---|---|--|
|       |   |   | 1. هل تحدثت معك القابلة/القبالة أثناء رعايتك حول ماهية الاستشارة أو معنى نقل الرعاية؟  |
|       |   |   | 2. هل احتاجت ممرضة التوليد إلى استشارة طبيب توليد أو طبيب آخر أثناء رعايتك؟  |
|       |   |   | 2. إذا كان الأمر كذلك، فهل تعلمين لماذا احتاجت القابلة التحدث إلى طبيب؟  |
|       |   |   | 3. هل تم نقل رعايتك من القابلة إلى الطبيب في وقت من الأوقات؟   |
|       |   |   | 3. إذا كان الأمر كذلك، فهل تعلمين لماذا احتاجت القابلة إلى نقل رعايتك إلى طبيب؟  |
|       |   |   | 4. هل تم نقلك خارج محيطك الاجتماعي أثناء والدتك إلى مستشفى بدون قابلة خاصة بك؟   |
|       |   |   | 4. إذا كان الأمر كذلك، فهل كنت تعلم لماذا تحتاجين الانتقال إلى مستشفى مختلف؟   |
|       |   |   | 4.ب. إذا كان الأمر كذلك، هل كانت لديك معرفة مسبقة حول كيفية رعايتك؟  |
|       |   |   | 5. هل شعرت أن القابلة/القبالة وأي أشخاص آخرين يشاركون في رعايتك الصحية (الأطباء والممرضات والدوال والأخصائي الاجتماعي وما إلى ذلك) عملوا كفريق واحد أثناء رعايتك؟                                |
|       |   |   | يرجى تقديم تعليقات وأفكار الإجراءات الاستشارات أو نقل الرعاية بشكل أفضل:   |
|       |   |   | إذا لم تكوني تعرفين سبب نقلك إلى طبيب نساء وتوليد أثناء رعايتك، فُيرجى إخبارنا بذلك هنا:   |

## تعليقات عامة:

|  |
|--|
|  |
|--|

- إذا لم تكوني راضية عن الرعاية التي حصل عليها من القابلة، فُيرجى وضع علامة هنا \_\_\_\_\_.

- إذا كنت ترغبين في الحصول على مكاملة من ممارسة القبالة لمناقشة مخاوفك، يرجى التحقق هنا \_\_\_\_\_.

يرجى كتابة رقم هاتفك المفضل هنا: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

للتعليقات أو الأسئلة العامة، نرحب بك لالتصال كلية القبالات في ألبرتا (CMA) على [info@albertamidwives.org](mailto:info@albertamidwives.org)

| إلستخدام من طرف مكتب القبالة فقط |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | إذا كان ذلك ممكناً، قم بتأريخ ممارسة القبالة التي اتصلت بالعميل لمراجعة الملاحظات: |
|                                  | قم بتأريخ الملاحظات التي تمت مناقشتها مع فريق القبالة/القابالت, إن وجدت:           |
|                                  | ما هي التغييرات التي تم إجراؤها بسبب تعقبات العميل, إن وجدت:                       |