

إستبيان حول الأدوية التي تعطى بدون وصفة طبية

شكراً لك على اهتمامك بالإستبيان حول دليل الأدوية التي تعطى بدون وصفة طبية.

هذا الاستبيان مخصص لأفراد الجمهور وأيضاً للعاملين في مجال الصحة والرعاية. قبل الإجابة على هذا الاستبيان، يرجى قراءة المعلومات على الموقع الإلكتروني www.liverpoolccg.nhs.uk لمزيد من التفاصيل حول ما هو مقترح ولماذا.

إجاباتك ستكون مجهولة. وسيتم التعامل مع بياناتك بشكل سري وتخزينها إلكترونياً وفقاً لقانون حماية البيانات وإشعار الخصوصية الخاص بخدمة الصحة الوطنية في ليفربول (مجموعة الطب السريري)، والذي يمكن العثور عليه على موقعنا.

يستفسر هذا الاستطلاع عن آرائك حول المبادئ التوجيهية المقترحة لوصف الأدوية / المواد لعلاج بعض الأمراض والحالات البسيطة. وهذا تنطبق على العيادات، والصيدليات ومراكز العلاج بدون موعد.

وفقاً للتوجيهات الوطنية، تدرس خدمة الصحة الوطنية في ليفربول (مجموعة الطب السريري) ما إذا كانت ستنصح الأطباء بعدم وصف أدوية معينة أو لبعض الحالات (انظر السؤال 9) والتي:

- سوف تتحسن من تلقاء نفسها دون علاج
- يمكن معالجتها في المنزل باستخدام أدوية من صيدلية أو متجر
- ستتطلب أدوية/علاجات غير مدعومة بأدلة طبية قوية للقول أنها فعالة

لا يزال الأطباء العامون قادرين على وصف هذه الحالات إذا اعتقدوا أن هناك سبب وجيه للقيام بذلك (انظر السؤال 10). ومع ذلك، بشكل عام، سيتم نصحك بجعل الأعراض تذهب من تلقاء نفسها أو استخدام علاج منزلي أو شراء شيء ما بدون وصفة طبية.

الأسئلة التي عليها علامة النجمة الحمراء (*) تتطلب إجابة.

1. هل تجيب على هذا الاستبيان بشكل فردي أم بالنيابة عن منظمة؟ *
- فردي (انتقل إلى سؤال 4)
- منظمة/ مهني

2. أي مما يلي يصف مؤسستك بشكل أفضل؟ *
- عيادة
- صيدلية
- مركز علاج بدون موعد
- بيت رعاية
- مؤسسة خدمة صحة وطنية أخرى
- مؤسسات مجتمعية وأخرى طوعية
- أخرى (من فضلك وضح):

إذا كنت تعمل لدى خدمة الصحة الوطنية في ليفربول، فيرجى إدخال اسم منطمتك:

3. هل أنت أي مما يلي؟ *

- طبيب عام
 صيدلي
 واصف أدوية غير طبية
 طبيب رعاية غير أساسية
 لا ينطبق عليك

4. الرجاء إدخال الرمز البريدي للمنزل أو المنظمة: *

5. هل تدفع حالياً مقابل الوصفات الطبية الخاصة بك؟ *

- نعم (اذهب الى سؤال 7)
 لا
 لا ينطبق (اذهب الى سؤال 7)

6. الرجاء إخبارنا عن سبب الإعفاء (يمكنك اختيار أكثر من اختيار ينطبق عليك): *

- أقل من 18 عاماً في التعليم بدوام كامل
 أكبر من 60 عاماً
 حالة طبية / الإعاقة البدنية
 دخل قليل
 حامل أو أنجبت طفلاً في آخر 12 شهراً
 متقاعد من حرب
 غير ذلك
 أفضل عدم القول
 لا أعرف

7. هل تعتنين بانتظام بطفل دون سن 18؟ *

- نعم
 لا
 لا ينطبق

8. بشكل عام، ما هو شعورك حيال نصيحة الأطباء بعدم وصف الأدوية؟

- للحالات التي ستتحسن لوحدها،
- للحالات التي يمكن علاجها في المنزل عن طريق شراء أدوية دون وصفة طبية، أو
- الأدوية/العلاجات التي لم تثبت فعاليتها؟ *

(يمكنك إخبارنا بالمزيد حول القضايا المحددة أدناه)

- أوافق على هذه النصيحة للأطباء
 لا أعلم
 لا أوافق على هذه النصيحة للأطباء

10. فيما يلي قائمة بالأسباب أو المواقف التي لا يزال الطبيب العام قادرًا على وصفها لهذه الحالات/البنود - وتعرف باسم الإعفاءات. الرجاء تحديد ما إذا كنت توافق/لا توافق/لا تعرف لكل واحد ما إذا كان يجب أن يكون استثناءً: *

موافق - يجب أن يكون هذا معنى لا أوافق - لا يجب أن يكون هذا معنى لا أعلم

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ. هو علاج بدون وصفة طبية مرتبط بحالة صحية طويلة الأجل أو معقدة. على سبيل المثال، تقرحات الفم الناجمة عن مرض آخر قد يحتاج إلى علاج من الطبيب العام لحلها.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. عندما لا تستجيب حالة ما بشكل كافٍ للعلاج باستخدام الأدوية التي تأخذ بدون وصفة طبية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. عندما يعتقد الطبيب العام أن هناك مشكلات طبية أو صحية أو عقلية أو اجتماعية، وهذا يعني أن صحته و/أو رفاهيته قد تتأثر إذا لم يتم وصف العلاج. والأشخاص ذوي الإعاقات أو الخرف سيتم أخذهم بعين الاعتبار هنا أيضًا.

11. هل هناك أي أسباب أخرى تعتقد أن الأطباء يجب أن يكونوا قادرين على وصف هذه الأدوية (الإعفاءات)؟ *

- نعم
 لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح:

12. هل تعتقد أن هذه التغييرات ستؤثر على أي مجموعة من الأشخاص أكثر من الآخرين؟ *

- نعم
 لا (اذهب الى سؤال 14)
 لا أعلم (اذهب الى سؤال 14)

13. يرجى وضع علامة على الأشخاص الذين تعتقد أنهم الأكثر تضرراً (يرجى وضع علامة لغاية 3 أشخاص): *

- الناس من ذوي الدخل المنخفض
 الأشخاص ذوو الإعاقة (البدنية أو العقلية أو التعلم أو الحسية)
 الأشخاص الذين يعانون من ظروف صحية طويلة الأجل
 كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا
 الأشخاص الأصغر سنًا (18-25 عامًا)
 الأطفال دون سن 18
 أشخاص من السود والآسيويين والأقليات العرقية واللادينيين
 النساء الحوامل / أمهات الأطفال الصغار
 غير ذلك (يرجى التحديد):

من فضلك قل لنا المزيد عن السبب:

14. هل تعتقد أن هذه التغييرات سوف تؤثر عليك؟ *

- نعم
 لا (اذهب الى سؤال 16)
 ليس متأكد (اذهب الى سؤال 16)

15. يرجى ذكر كيف سيؤثر ذلك عليك (يرجى وضع علامة على خيار واحد فقط): *

- لا أستطيع شراء هذا المنتج
 لا أشعر بالثقة بالاهتمام بهذه الظروف في المنزل
 لدي الوصفات الطبية التي يتم توصيلها بواسطة الصيدلية وإذا لم تكن هذه الأدوية بوصفة طبية، فلن أتمكن من استلامها
 أنا أقدم الرعاية لشخص ما وأنا غير قادر على إعطاء الأدوية التي بدون وصفة طبية ولكن يمكنني إعطاء الأدوية الموصوفة
 أصف هذه العناصر حاليًا
 كشخص يصف الدواء، أعتقد أنه ستكون هناك مشاكل ناشئة عن هذه التغييرات
 كشخص محترف أعتقد أنه سيكون من الصعب تنفيذ الإرشادات
 أخرى (من فضلك وضح):

يرجى تقديم مزيد من المعلومات إذا كنت ترغب في ذلك:

16. في الوقت الحالي، قد يعالج الأطباء المرضى بشكل مختلف عندما يتعلق الأمر بوصفة الأدوية التي يمكن أن تأخذ من الصيدلية بدون وصفة طبية - وقد يصفها البعض وقد لا يصفها البعض الآخر. ما مدى أهمية أن يستجيب الأطباء في ليفربول للناس بنفس الطريقة؟ *

- مهم
 ليس مهم
 لا أعلم

17. تتيح الرعاية في الصيدلية المحلية للأشخاص الذين لا يدفعون مقابل الوصفات الطبية الحصول على الأدوية المجانية والمشورة لأمراض معينة من دون الحاجة إلى زيارة الطبيب. والتغييرات في وصف النصيحة ستؤثر على ذلك على النحو التالي:

- لن يتم توفير علاجات لمغص الرضيع والتهابات البول / التهاب المثانة والبنثور والثلول حيث لا تعتبر فعالة.
- سيكون علاج قمل الرأس عبارة عن مشط لمدة أسبوعين، وبعد ذلك محلول إذا لم يذهب قمل الرأس.
- بخصوص الإمساك الغير متكرر، سيتم تقديم الرعاية في الصيدلية استشارات لمرتين فقط.

سيتم إحالة المرضى الذين يعانون من مشكلات أكثر تعقيدًا إلى الطبيب العام

الرجاء إخبارنا برأيك حول هذه التغييرات في عملية الرعاية في الصيدلية: *

- أوافق على هذه التغييرات بخصوص الرعاية في الصيدلية
- أنا أختلف مع هذه التغييرات بخصوص الرعاية في الصيدلية
- أوافق على بعض هذه التغييرات بخصوص الرعاية في الصيدلية
- لا أعلم

إذا كنت توافق على بعض هذه التغييرات فقط، فيرجى إخبارنا بالمزيد حولها:

18. يرجى تقديم أي معلومات أخرى ترغب في أن نأخذها بعين الاعتبار:

19. أين سمعت عن هذا الاستبيان؟

- الممرضة / الطبيب / موظف الاستقبال في المستشفى / العيادة
- العيادة الخاصة بي
- نشرة من الصيدلي / الصيدلية
- نشرة استلمتها في منزلي
- الموقع الإلكتروني الخاص بخدمة الصحة الوطنية في ليفربول، مجموعة الطب السريري
- بريد الإلكتروني من خدمة الصحة الوطنية في ليفربول، مجموعة الطب السريري
- الفيس بوك
- تويتر
- أخرى (من فضلك وضح):

معلومات عنك

الأسئلة التالية تدور حول تفاصيلك الشخصية حتى تتمكن من فهم ما إذا كنا قد تحدثنا إلى مجموعة واسعة من الأشخاص وفهم ما إذا كانت المجموعات المختلفة لديها وجهات نظر مختلفة. هذا جزء من واجباتنا في ما يخص قانون المساواة لعام 2010.

يمكنك التوقف هنا إذا كنت ترغب في ذلك. ومع ذلك، سيكون من المفيد حقاً أن تكمل جميع الأسئلة أو بعضها - لا توجد أسئلة إلزامية في هذا القسم.

سيتم التعامل مع بياناتك بشكل سري وتخزينها إلكترونياً وفقاً لقانون حماية البيانات وسياسة الخصوصية الخاصة بنا، والتي توجد على الموقع الإلكتروني الخاص بخدمة الصحة الوطنية في ليفربول، مجموعة الطب السريري.

20. ما الفئة العمرية التي تنتمي إليها؟

- تحت سن 18
 18-25
 26-44
 45-64
 65-75
 فوق سن الـ 75
 أفضل ألا أقول

21. أي من الخلفيات العرقية التالية التي تنتمي إليها؟

آسيوي أو آسيوي بريطاني

- هندي
 باكستاني
 بنغالي
 خلفية آسيوية أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

أسود أو أسود بريطاني

- كاريبي
 أفريقي
 خلفية سوداء أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

صيني أو صيني بريطاني

- صيني
 خلفية صينية أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

مختلط

- الأبيض والأسود الكاريبي
 الأبيض والأسود الأفريقي
 الأبيض والآسيوي
 خلفية مختلطة أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

أبيض

- بريطاني
 غجري / مسافر
 إيرلندي
 بولندي
 خلفية بيضاء أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

مجموعة عرقية أخرى

عربي

أمريكي لاتيني

غير المذكورة أعلاه (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

أفضل عدم القول

22. هل لديك دين او معتقد؟

بوذي

مسيحي

هندوسي

يهودي

مسلم

سيخ

ليس لدي ديانة

أفضل عدم القول

أخرى (يرجى تحديد ذلك إذا كنت ترغب):

23. هل تعتبر نفسك ممن لديهم إعاقة؟

نعم

لا (اذهب الى سؤال 25)

أفضل عدم القول (اذهب الى سؤال 25)

24. يرجى إخبارنا بطبيعة إعاقتك (يمكنك وضع علامة على كل ما ينطبق):

إعاقة جسدية

صعوبات التعلم

المرض العقلي / ضائقة

ضعف البصر / فقدان البصر / أعمى

فقدان السمع / الصم

مرض طويل المدى يؤثر على نشاطك اليومي

أفضل عدم القول

أخرى (من فضلك وضح):

25. أي مما يلي يصف هويتك الجنسية؟

ذكر

أنثى

متحول جنسياً

أفضل عدم القول

أفضل أن أصف نفسي:

26. هل أجريت أو فكرت أو هل تنوي إجراء عملية لتغيير الجنس، غير الذي تم تحديده عند الولادة؟ (هذا قد يشمل تغيير اسمك أو ارتداء ملابس مختلفة أو تناول الهرمونات أو إجراء أي عملية لإعادة تعيين الجنس).

نعم

لا

أفضل عدم القول

27. كيف تصف ميولك الجنسية؟

- مستقيم / متباين الجنس
- رجل مثلي الجنس
- امرأة مثليه الجنس
- ثنائي الجنس
- لست متأكد
- أفضل عدم القول
- أفضل أن أصف نفسي:

شكراً لك

شكراً لوقتكم للرد على هذا الاستبيان. إذا كنت ترغب في البقاء على اتصال حول هذا الموضوع أو غيره من الموضوعات الصحية، فيرجى زيارة قسم "المشاركة" في موقع خدمة الصحة الوطنية في ليفربول، مجموعة الطب السريري والنقر على الرابط للتسجيل للحصول على تحديثات البريد الإلكتروني.

سيتم نشر تحديثات النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة والخطوات التالية للمشاورة على موقعنا على الإنترنت في أوائل عام 2020.