# आपका एनएचएस रजोनिवृत्ति अनुभव
# ब्रिस्टल, साउथ ग्लॉस्टरशायर और नॉर्थ समरसेट

## 1. इस सर्वेक्षण के बारे में - और आपके अधिकार

**यह सर्वे हेल्थवॉच ब्रिस्टल का है। हम चाहते हैं कि आप रजोनिवृत्ति से संबंधित शिक्षा, सहायता और उपचार के बारे में अपने अनुभवों को साझा करने के लिए आप हमें कुछ मिनटों का समय दें।** रजोनिवृत्ति तब होती है जब आपका मासिक कम हार्मोन के स्तर के कारण बंद हो जाता है। यह आमतौर पर 45 और 55 वर्ष की उम्र के बीच होता है। यह कभी-कभी स्वाभाविक रूप से पहले हो सकता है, या फिर अलग व्यक्तिगत कारणों से भी हो सकता है (कभी-कभी इसका कारण नामालूम होता है)।

**इस सर्वेक्षण की रिपोर्ट को सार्वजनिक किया जाएगा और उन लोगों को भेजा जाएगा जो अपनी देखभाल के मानकों में सुधार की उम्मीद में हमारी स्थानीय स्वास्थ्य सेवा को निधि देते हैं।**

**हेल्थवॉच ब्रिस्टल आपका स्थानीय स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल चैंपियन है। हमारे बारे में यहां और जानें: www.healthwatchbristol.co.uk**

**यह सर्वेक्षण गोपनीय और अनाम है (निजी रहेगा और इसे आपसे वापस नहीं जोड़ा जा सकेगा)। यदि आप सहमति देते हैं या राज़ी होते हैं, तो हम परवर्ती तारीख पर आगे के प्रश्न के लिए केवल आपके ईमेल पते (यदि शामिल हो) का उपयोग करेंगे।**

**कृपया हमारी गोपनीयता नीति को यहां देखें: [www.healthwatchbristol.co.uk/privacy](www.healthwatchbristol.co.uk/privacy)**

**हमारे अपने गोपनीयता कथन के अनुसार हेल्थवॉच ब्रिस्टल के लिए हमें इस सर्वेक्षण के आपके उत्तरों को संग्रहीत करने के लिए आपकी अनुमति की आवश्यकता है ताकि हम ब्रिस्टल, उत्तरी समरसेट और दक्षिण ग्लॉस्टरशायर में स्वास्थ्य और देखभाल सेवाओं के वितरण में सुधार के लिए इसका उपयोग कर सकें। कृपया नीचे हाँ चुनें यदि आप हमें ऐसा करने की अनुमति देते हैं तो या फिर नहीं यदि आप नहीं देते हैं।**

☐ हाँ
☐ नहीं

## 2. शिक्षा (स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता से मदद लेने से पहले/बाद आप रजोनिवृत्ति के बारे में क्या जानते थे)

**1. क्या आप ब्रिस्टल, नॉर्थ समरसेट, या साउथ ग्लॉस्टरशायर में रहते हैं?**

- ब्रिस्टल
- उत्तरी समरसेट
- दक्षिण ग्लूस्टरशायर

**2. मदद मांगने से पहले आप रजोनिवृत्ति के बारे में कितना जानती थीं? (0 कुछ नहीं, 10 बहुत जानना) कृपया उस संख्या पर घेरा लगाएँ जो आपको उपयुक्त लगे।**

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

**3. रजोनिवृत्ति पर सलाह, सूचना या उपचार के लिए आप सबसे पहले किस स्थान पर गई थीं?**

- ☐ चिकित्सक
- ☐ फार्मेसी
- ☐ परिवार या दोस्त
- ☐ इंटरनेट
- ☐ कहना पसंद नहीं
- ☐ अन्य (यदि आपने अन्य को चुना है, तो कृपया अपना उत्तर यहां लिखकर समझाएं):

**4. चिकित्सा उपचार के लिये, आपने शायद जीपी सर्जरी या हब में भाग लिया हो। क्या आप ऐसे क्लिनिक या हब को पसंद करेंगी जो केवल रजोनिवृत्ति या महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए हो?**

- ☐ हाँ

- ☐ नहीं
- ☐ शायद
- ☐ कहना पसंद नहीं

टिप्पणियाँ:

## 3. रजोनिवृत्ति के चरण

**5. क्या आप पेरी-मेनोपॉज़ल, पोस्ट-मेनोपॉज़ल, या वर्तमान में मेनोपॉज़ का अनुभव कर रही हैं?**

- पेरी-मेनोपॉज़ल (पेरी-मेनोपॉज़ तब होता है जब आपको मासिक रुकने से पहले लक्षण दिखाई देते हैं। आप मेनोपॉज़ पर पहुँचते हैं जब आपको 12 महीने तक मासिक नहीं होता है।)
- पोस्ट-मेनोपॉज़ल (पोस्ट-मेनोपॉज़ल मेनोपॉज़ के बाद का समय होता है।)
- वर्तमान में मेनोपॉज़ का अनुभव करना (मेनोपॉज़ तब होता है जब आपका मासिक कम हार्मोन स्तर के कारण बंद हो जाता है।)
- बहुत पक्का नहीं है

**6. यदि आप पोस्ट-मेनोपॉज़ल हैं, तो क्या आपको लगता है कि आपके डॉक्टर, या स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने आपको इस चरण की पर्याप्त जानकारी दी है? यदि यह आप पर लागू नहीं होता है तो कृपया इसे अनदेखा करें।**

कृपया अपना उत्तर नीचे लिखें:

**7. यदि आप पेरी-मेनोपॉज़ल हैं, तो क्या आपके डॉक्टर या स्वास्थ्य कार्यकर्ता को पता था कि आपके लक्षण पेरी-मेनोपॉज़ के कारण थे? (यदि यह आप पर लागू नहीं होता है तो कृपया इसे खाली छोड़ दें)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

कृपया नीचे कोई टिप्पणी लिखें:

**8. यदि आप पेरिमेनोपॉज़ल हैं, तो क्या आपको लगता है कि आपको पेरिमेनोपॉज़ल चरण पर आपके डॉक्टर या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से समर्थन मिला है? (यदि यह आप पर लागू नहीं होता है तो कृपया इसे खाली छोड़ दें)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

कृपया नीचे कोई टिप्पणी लिखें:

## 4. लक्षण (आपके शरीर या दिमाग में बदलाव)

**9. आपमें ऐसे कौन से लक्षण थे जिसकी वजह से आपने चिकित्सा सहायता खोजी या आप डॉक्टर के पास गए?**

कृपया अपना उत्तर नीचे लिखें:

**10. क्या आपको लगता है कि आपके लक्षणों को मेनोपॉज़ल होने के बजाय एक अलग स्वास्थ्य समस्या के रूप में गलत समझा गया था?**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ शायद
- ☐ कहना पसंद नहीं

यदि आपके पास कोई अनुभव है जो आप हमसे साझा करना चाहते हैं, तो कृपया उन्हें यहाँ लिखें:

**11. यदि आपको लगता है कि आपके चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा आपके लक्षणों को गलत समझा गया था, तो क्या आपको मेनोपॉज़ल उपचार के अलावा कोई और दवा दी गई थी? कृपया नीचे लिखें।**

यदि आपको लगता है कि आपके लक्षण गलत थे, तो कृपया उन्हें यहाँ लिखें:

## 5. अपने चिकित्सक को दिखाना और इलाज (बीमारी, चोट या किसी को बेहतर महसूस कराने में मदद करने के लिए कुछ किया गया हो)

**12. मेनोपॉज़ के संबंध में अपने डॉक्टर या स्वास्थ्य कार्यकर्ता को देखकर आपको कैसा लगा? (आप एक से अधिक का चयन कर सकते हैं)।**

- ☐ परेशान
- ☐ आरामदायक
- ☐ शर्मिंदा
- ☐ कसूरवार
- ☐ बेढंगा
- ☐ स्थिरता
- ☐ अस्पष्ट
- ☐ भयभीत
- ☐ रूचि
- ☐ चिंतामुक्त
- ☐ संतुष्ट
- ☐ अन्य (यदि आपने कुछ और महसूस किया है, तो कृपया यहाँ लिखें कि आपने क्या महसूस किया):

**13. क्या आपको अपने चिकित्सक या स्वास्थ्य कर्मियों की सलाह (लक्षणों के लिए क्या करना चाहिए) मददगार लगी?**

- ☐ अत्यंत उपयोगी
- ☐ बहुत उपयोगी
- ☐ कुछ उपयोगी
- ☐ उतनी उपयोगी नहीं
- ☐ बिल्कुल उपयोगी नहीं

यदि आप और जोड़ना चाहते हैं, तो कृपया इसे यहाँ लिखें:

**14. यदि आप चुन सकते, तो क्या आप किसी पुरुष या महिला चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता को देखना पसंद करते?**

- ☐ पुरुष
- ☐ महिला
- ☐ कोई आपत्ति नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**15. क्या डॉक्टर या स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने स्पष्ट रूप से बताया कि आपके लक्षणों का कारण क्या है?**

- ☐ अत्यंत स्पष्ट
- ☐ बहुत स्पष्ट
- ☐ कुछ स्पष्ट
- ☐ इतना स्पष्ट नहीं है
- ☐ बिल्कुल स्पष्ट नहीं

**16. आपने मेनोपॉज़ के अपने लक्षणों के इलाज के विभिन्न विकल्पों को कितना समझा?**

- ☐ पूरा समझा
- ☐ कुछ समझा
- ☐ वास्तव में कुछ नहीं समझा
- ☐ बिल्कुल नहीं समझा

**17. यदि आपने उपचार प्राप्त कर लिया है, उपचार की योजना बना रहे हैं, या वर्तमान में मेनोपॉज़ के लिए उपचार करवा रहे हैं, तो यह क्या उपचार है?**

यदि आप खुश हैं, तो कृपया अपना उत्तर नीचे लिखें:

**18. यदि आप मेनोपॉज़ के लिए हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी (एचआरटी) ले रही हैं, तो इससे आपको कितनी मदद मिली है? (यदि यह आप पर लागू नहीं होता है तो कृपया इसे खाली छोड़ दें)।**

***हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी - एक उपचार जो मेनोपॉज़ के कारण कम स्तर वाले हार्मोन को प्रतिस्थापित करता है।***

- ☐ अत्यंत सहायक
- ☐ बहुत सहायक
- ☐ कुछ कुछ सहायक
- ☐ उतना सहायक नहीं
- ☐ बिल्कुल सहायक नहीं

यदि आप इसके बारे में और लिखना चाहते हैं, तो कृपया नीचे लिखें:

## 6. स्थानीय स्वास्थ्य या सामाजिक देखभाल सेवाओं से निरंतर समर्थन

**19. आप क्या सोचती हैं कि मेनोपॉज से गुजर रहे लोगों या इससे गुजर चुके लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं (चिकित्सकों, अस्पतालों या कहीं भी जहां आप चिकित्सा सहायता के लिए जाते हैं) में सुधार कैसे किया जा सकता है?**

कृपया अपना उत्तर नीचे लिखें:

**20. क्या आप जिस स्थान पर काम करते हैं, वहाँ एक मेनोपॉज़ नीति है या वे किसी भी तरह से मेनोपॉज़ में आपकी सहायता कर सकते हैं? (यदि यह आप पर लागू नहीं होता है तो कृपया इसे खाली छोड़ दें)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ निश्चित नहीं

**21. क्या आप मेनोपॉज़ के अपने अनुभवों के बारे में कुछ और जोड़ना चाहेंगे?**

कृपया अपनी प्रतिक्रिया नीचे लिखें:

## 7. कृपया हमें अपने बारे में बताएं

हम यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि हम सभी का प्रतिनिधित्व करें (के लिए बोलें) और हमें अपने बारे में अधिक जानकारी देकर, आप हमें यह बेहतर ढंग से समझने में सहायता करेंगे कि लोगों के अनुभव उनकी व्यक्तिगत विशेषताओं के आधार पर भिन्न कैसे हो सकते हैं (जो आपको, आप बनाता है)।

**22. कृपया हमें अपनी उम्र बताएं**

- ☐ 13 से 15 साल
- ☐ 16 - 17 साल
- ☐ 18 - 24 साल
- ☐ 25 - 49 साल
- ☐ 50 - 64 वर्ष
- ☐ 65 से 79 वर्ष

- [ ] 80+ साल
- [ ] कहना पसंद नहीं
- [ ] ज्ञात नहीं

**23. क्या आपकी लैंगिक पहचान जन्म के समय दर्ज किए गए आपके लिंग के समान है?**

***लिंग की पहचान - लिंग की पहचान से हमारा मतलब है कि हम कौन हैं और हम खुद को कैसे देखते हैं और अपने को वर्णनित करते हैं***

- [ ] हाँ
- [ ] नहीं
- [ ] कहना पसंद नहीं

**24. कृपया हमें बताएं कि आप किस यौन रुझान से संबंधित हैं।**

***यौन अभिविन्यास - जिसके प्रति आप शारीरिक और भावनात्मक रूप से आकर्षण महसूस करते हैं, और यह रूमानी या भावनात्मक आकर्षण, या दोनों ही हो सकता है***

- [ ] अलैंगिक
- [ ] उभयलिंगी
- [ ] समलैंगिक पुरूष
- [ ] विषमलैंगिकामी / सीधा
- [ ] समलैंगिक / स्त्री
- [ ] पैनसेक्सुअल
- [ ] कहना पसंद नहीं
- [ ] आत्म-वर्णन करना पसंद:

____________________

**25. आपकी वैवाहिक (शादी) या साझेदारी की स्थिति में आप पर क्या लागू होता है?**

- [ ] एक
- [ ] सहवास करना
- [ ] एक नागरिक भागीदारी में
- [ ] विवाहित
- [ ] विलग
- [ ] तलाकशुदा/ विघटित नागरिक भागीदारी
- [ ] विधवा
- [ ] कहना पसंद नहीं

**26. क्या गर्भावस्था के दौरान इनमें से कोई भी स्थिति आप पर लागू हुये है?**

- ☐ यह प्रश्न मुझ पर लागू नहीं होता
- ☐ मैं इस समय गर्भवती हूं
- ☐ मैं वर्तमान में स्तनपान करा रही हूँ
- ☐ मैंने पिछले 26 हफ्तों में जन्म दिया है
- ☐ कहना पसंद नहीं
- ☐ ज्ञात नहीं है

**27. कृपया अपनी जातीयता का चयन करें।**

***जातीयता - वह जातीय समूह (जाति या संस्कृति) जिससे आपका संबंध हैं।***

- ☐ अरब
- ☐ एशियाई/एशियाई ब्रिटिश: बांग्लादेशी
- ☐ एशियाई/एशियाई ब्रिटिश: चीनी
- ☐ एशियाई/एशियाई ब्रिटिश: भारतीय
- ☐ एशियाई/एशियाई ब्रिटिश: पाकिस्तानी
- ☐ एशियाई/एशियाई ब्रिटिश: कोई अन्य एशियाई/एशियाई ब्रिटिश पृष्ठभूमि
- ☐ ब्लैक/ब्लैक ब्रिटिश: अफ्रीकी
- ☐ ब्लैक/ब्लैक ब्रिटिश: कैरेबियन
- ☐ ब्लैक/ब्लैक ब्रिटिश: कोई भी अन्य ब्लैक/ब्लैक ब्रिटिश पृष्ठभूमि
- ☐ मिश्रित/बहु जातीय समूह: एशियाई और श्वेत
- ☐ मिश्रित/बहु जातीय समूह: ब्लैक अफ्रीकी और सफेद
- ☐ मिश्रित/बहु जातीय समूह: ब्लैक कैरेबियन और सफेद
- ☐ मिश्रित/बहु जातीय समूह: कोई अन्य मिश्रित/एकाधिक जातीय समूह पृष्ठभूमि
- ☐ सफेद: ब्रिटिश/अंग्रेजी/उत्तरी आयरिश/स्कॉटिश/वेल्श
- ☐ सफेद: आयरिश
- ☐ सफेद: कोई अन्य सफेद पृष्ठभूमि
- ☐ कहना पसंद नहीं
- ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें):

**28. आपका धर्म या आस्था क्या है?**

- ☐ ईसाई

- ☐ मुसलमान
- ☐ हिंदू
- ☐ सिख
- ☐ यहूदी
- ☐ बौद्ध
- ☐ कोई धर्म नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं
- ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें):

**29. क्या आप स्वयं को एक देखभालकर्ता मानते हैं?**

***देखभालकर्ता - एक देखभालकर्ता वह है, जिसमें बच्चे और वयस्क शामिल हैं, जो परिवार के किसी सदस्य, साथी या मित्र की देखभाल करता है, जिन्हें उनकी बीमारी, दुर्बलता, अक्षमता, मानसिक स्वास्थ्य समस्या या लत के कारण मदद की आवश्यकता होती है और सहारे के बिना सामना नहीं कर सकते।'**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**30. निम्न में से कौन सा आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति (धन की स्थिति) का सबसे अच्छा वर्णन करता है।**

- बहुत सुविधापूर्ण (मेरे पास रहने के खर्च के लिए पर्याप्त पैसा है, और बचत करने या अतिरिक्त पर खर्च करने के लिए बहुत है)
- काफी सुविधापूर्ण (मेरे पास रहने के खर्च के लिए पर्याप्त पैसा है, और बचत करने या अतिरिक्त पर खर्च करने के लिए थोड़ा है)
- बस चल रहा है (मेरे पास रहने के खर्च के लिए प्रयाप्त पैसा है और थोड़ा और)
- वास्तव में संघर्ष कर रहा हूं (मेरे पास रहने के खर्च के लिए पर्याप्त पैसा नहीं है और कभी-कभी पैसा खत्म हो जाता है)
- कहना पसंद नहीं

## 8. आपकी जातीयता

***जातीयता - वह जातीय समूह (जाति या संस्कृति) जिससे आपका संबंध हैं।***

31. मेनोपॉज़ पर कुछ समुदायों के अलग-अलग विचार और दृष्टिकोण हैं। क्या आपको लगता है कि आपकी जातीयता या समुदाय ने मेनोपॉज़ के बारे में आपके महसूस करने के तरीके को प्रभावित किया है? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों के बारे में कुछ और बता सकते हैं। (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।

32. क्या आपको लगता है कि आपकी जातीयता या जिस समुदाय से आप संबंधित हैं, उसने चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से आपके समर्थन मांगने पर किस तरह से प्रभावित किया है? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।

33. क्या आपको ऐसा लगता है कि मेनोपॉज़ को संवेदनशीलता के साथ देखा गया था या आपकी संस्कृति पर एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा गौर गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।

## 9. आपकी लिंग पहचान

*लिंग की पहचान - लिंग की पहचान हम कौन हैं और हम खुद को कैसे देखते हैं और उसका वर्णन कैसे करते हैं इसकी ओर सूचित करता है*

34. आप अपनी लैंगिक पहचान का वर्णन कैसे करेंगे? (कृपया एक चुनें)

☐ महिला
☐ पुरूष
☐ ट्रांसजेंडर (उन लोगों का वर्णन करने के लिए एक व्यापक शब्द है जिनकी वर्तमान लिंग पहचान उस लिंग से भिन्न है जो उनके जन्म के समय पंजीकृत हुई थी)
☐ नॉन-बाइनरी/नॉन-अनुरूप (लिंग जो पुरुष या महिला इन दो श्रेणियों में से किसी एक में नहीं आते हैं)
☐ कहना पसंद नहीं
☐ स्वयं वर्णन करना पसंद करें (कृपया लिखें कि आप अपनी लैंगिक पहचान का वर्णन किस रूप में करेंगे):

**35. क्या आपको लगता है कि आपकी लैंगिक पहचान ने आपके मेनोपॉज़ को महसूस करने के तरीके को प्रभावित किया है? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों को कुछ और बता सकते हैं। (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**36. किस तरह से, यदि कोई भी हो, आपको लगता है कि आपकी लैंगिक पहचान ने आपके चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से समर्थन मांगने को प्रभावित किया है? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**37. क्या आपको ऐसा लगता है कि मेनोपॉज़ को संवेदनशीलता के साथ देखा गया था या आपकी लिंग पहचान पर एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा गौर किया गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगे कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

## 10. जिप्सी, रोमा या राहगीर समुदायों

**38. क्या आप खुद को जिप्सी, रोमा या राहगीर मानते हैं? (यदि आप 'नहीं' चुनते हैं, तो कृपया खंड 11 पर जाएं)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**39. क्या आपको लगता है कि जिप्सी, रोमा या राहगीर समुदाय का हिस्सा होने से मेनोपॉज़ के बारे में महसूस करने के आपके तरीके को प्रभावित हुआ हैं? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों को कुछ और बता सकते हैं। (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**40. जिप्सी, रोमा या राहगीर समुदाय का हिस्सा होने के नाते, आपको किसी चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से सहायता मांगने पर किस तरह से प्रभावित किया है? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**41. क्या आपको ऐसा लगता है कि मेनोपॉज़ को संवेदनशीलता के साथ देखा गया था इस तथ्य पर कि आप एक जिप्सी, रोमा या राहगीर समुदाय का हिस्सा हैं या एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा गौर किया गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

## 11. विकलांगता या दीर्घकालिक स्थितियां

**42. क्या आप खुद को एक विकलांग व्यक्ति मानते हैं या आपकी कोई दीर्घकालिक स्थिति है? (यदि नहीं, तो कृपया खंड 12 पर जाएं)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**43. क्या आपको लगता है कि आपकी विकलांगता या दीर्घकालिक स्थिति ने आपके मेनोपॉज़ को महसूस करने के तरीके को प्रभावित किया है? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों को कुछ और बता सकते हैं। (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**44. किस तरह से, यदि कोई हो, आपकी अक्षमता या दीर्घकालिक स्थिति ने किसी डॉक्टर या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से आपको सहायता मांगने पर प्रभावित किया है? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता है कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**45. क्या आपको ऐसा लगता है कि मेनोपॉज़ को आपकी अक्षमता या दीर्घकालिक स्थिति को ध्यान में रखकर संवेदनशीलता के साथ देखा गया था, या यह कि एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा**

**इस पर विचार किया गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर नीचे लिखें:

## 12. दृष्टि दोष या ब्रिटिश सांकेतिक भाषा (बीएसएल) का उपयोग करने वाला व्यक्ति

**46. क्या आप स्वयं को दृष्टि बाधित मानते हैं? (यदि नहीं, तो कृपया खंड 13 पर जाएं)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**47. क्या आपको लगता है कि आपका दृष्टि बाधित होना या ब्रिटिश सांकेतिक भाषा (बीएसएल) के उपयोग ने आपके मेनोपॉज़ को महसूस करने के तरीके को प्रभावित किया हैं? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों को कुछ और बता सकते हैं। (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**48. किस तरह से, यदि कोई हो, आपके दृष्टि बाधित होने या बीएसएल के उपयोग ने आपके किसी चिकित्सक या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से सहायता मांगने को प्रभावित किया हैं? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**49. क्या आपको ऐसा लगता है कि मेनोपॉज़ को आपके दृष्टि बाधित होने या बीएसएल के उपयोग को संवेदनशीलता के साथ संबोधित किया गया था, या यह कि एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा इस पर विचार किया गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**50. क्या मेनोपॉज़ की जानकारी, सलाह और दवाएं आपको सुलभ प्रारूप में उपलब्ध थीं? (कृपया ध्यान न दें अगर आपको लगता कि यह आपसे संबंधित नहीं है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

## 13. सीखने की अक्षमता

**51. क्या आप स्वयं को सीखने की अक्षमता वाला एक विकलांग व्यक्ति मानते हैं? (यदि नहीं, तो कृपया ध्यान न दें और अगले भाग पर जाएं)।**

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ कहना पसंद नहीं

**52. क्या आपको लगता है कि आपके सीखने की अक्षमता ने आपके मेनोपॉज़ को महसूस करने के तरीके को प्रभावित किया है? क्या आप हमें इसके बारे में अपने अनुभवों को कुछ और बता सकते हैं? (कृपया ध्यान न दें अगर यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**53. किस तरह से, यदि कोई हो, आपके सीखने की अक्षमता ने आपको एक चिकित्सक या स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता से सहायता मांगने को प्रभावित किया है? (कृपया ध्यान न दें अगर यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

**54. क्या आपको ऐसा लगता है कि आपके सीखने की अक्षमता या दीर्घकालिक स्थिति के प्रति संवेदनशीलता के साथ मेनोपॉज़ को संबोधित किया गया था, या यह कि एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा इस पर गौर किया गया था? (कृपया ध्यान न दें अगर यह आप पर लागू नहीं होता है)।**

कृपया अपना उत्तर यहाँ लिखें:

आपके एनएचएस मेनोपॉज़ अनुभव को पूरा करने पर हार्दिक धन्यवाद - हेल्थवॉच ब्रिस्टल द्वारा बीएनएसएसजी। हम आपके समय की सराहना करते हैं जो आपने इन सवालों के जवाब देने में लगायो।