**نظرسنجی خدمات ترجمه شفاهی و کتبی**

NHS Nottingham & Nottinghamshire Clinical Commissioning Group (CCG) مایل است نظرات افراد و گروه‌ها/سازمان‌هایی را بشوند که با بیمارانی کار می‌کنند که زبان اول آنها انگلیسی نیست و هنگام دسترسی به خدمات GP، به خدمات ترجمه شفاهی و کتبی نیاز دارند. از نظرات ارائه شده برای اطلاع‌رسانی مشخصات خدمات جدید از دسامبر 2022 استفاده خواهد شد.

هنگام ارائه پاسخ‌های خود، می‌توانید اطلاعات زیر را در نظر داشته باشید؛

* طی پاندمی کووید-19، نوبت تلفنی بسیار بیشتری به بیماران داده شد. گرچه این امر طی زمان کاهش خواهد یافت، اما باید در نظر داشته که بخشی از نوبت‌های تلفنی در صورتی که از نظر بالینی مناسب باشد، همچنان ادامه می‌یابد.
* رزرو مترجم شفاهی حضوری به اعلان حداقل 48 ساعته نیاز دارد.  زمانی که فرصت اعلان کمتر از 48 ساعت باشد، معمولاً خدمات ترجمه تلفنی برای آن نوبت در نظر گرفته می‌شود.
* برای زبان‌هایی که درخواست کمتری دارند / متداول نیستند، ممکن است زمان اعلان قبلی طولانی‌تر باشد. در دسترس بودن مترجم شفاهی نیز عامل تعیین کننده است.
* گاهی اوقات ممکن است شرایطی به وجود آید که مانع حضور مترجم در نوبت رزرو شده شود.
* مشاوره‌های ویدئویی را می‌توان در مطب پزشک یا در خانه انجام داد.

صمیمانه در انتظار دریافت نظرسنجی تکمیل شده شما هستیم.

این نظرسنجی در تاریخ 24 **آوریل 2022 بسته می‌شود**

از کمک شما سپاسگزاریم

 **1**  قبل از اینکه ادامه دهید، لازم است اجازه شما را دریافت کنیم که موافقید نظراتتان ثبت شود.از نظرات شما برای تجزیه و تحلیل و تدوین گزارش استفاده می‌شود. ممکن است این اطلاعات با سائر مراکز خدماتی به اشتراک گذاشته شود اما ناشناس خواهد بود و حاوی هیچگونه اطلاعات هویتی شما به عنوان یک شخص نخواهد بود. آیا اجازه می‌دهید؟

بله

خیر

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **درباره شما**  **در چه مکانی شما یا بیمارانی که با آنها کار می‌کنید به خدمات GP دسترسی دارند؟**  مید تاتینگهام شایر (Mansfield، Ashfield، Newark، Sherwood)  شهر ناتینگهام  ناتینگهام ساوث (Gedling، Broxtowe، Rushcliffe) |
| **3** | **این نظرسنجی را با چه عنوانی تکمیل می‌کنید:**  متخصص خدمات درمانی  گروه وکالت  نماینده بیمار  بیمار  سایر |
| **4** | **خدمات ترجمه شفاهی برای مشاوره با درمانگرها در مطب GP - نوبت معمول**  لطفاً میزان اهمیت گزینه‌های پیشنهادی به بیمارانی را که درخواست مشاوره با GP یا پرستار دارند و انگلیسی زبان اول آنها نیست و هنگام مراجعه برای **نوبت معمول** به خدمات ترحمه شفاهی نیاز دارند، اولویت بندی کنید؛   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | کاملاً بدون اهمیت | کمی مهم | بی طرف | مهم | بسیار مهم | | ارائه خدمات شفاهی حضوری (برای نوبت با **حضور** مترجم شفاهی وقت انتظار وجود دارد) |  |  |  |  |  | | ارائه ترجمه شفاهی تلفنی |  |  |  |  |  | | ارائه نوبت حضوری با متخصص خدمات درمانی از طریق حضور ویدئویی مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | مشاوره ویدئویی با بیمار، متخصص خدمات درمانی و مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | خدمات ترجمه شفاهی حضوری، تلفنی یا ویدئویی در زودترین نوبت ممکن |  |  |  |  |  | | |
| **5** | **خدمات ترجمه شفاهی برای مشاوره با درمانگرها در مطب GP - همان روز/نوبت فوری**  لطفاً میزان اهمیت گزینه‌های پیشنهادی به بیمارانی را که درخواست مشاوره با GP یا پرستار دارند و انگلیسی زبان اول آنها نیست و هنگام مراجعه برای **همان روز/نوبت فوری** به خدمات ترحمه شفاهی نیاز دارند، اولویت بندی کنید؛   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | کاملاً بدون اهمیت | کمی مهم | بی طرف | مهم | بسیار مهم | | ارائه ترجمه شفاهی تلفنی |  |  |  |  |  | | ارائه نوبت حضوری (که از نظر بالینی مناسب باشد) با متخصص خدمات درمانی از طریق حضور ویدئویی مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | مشاوره ویدئویی با بیمار، متخصص خدمات درمانی و مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | مشاوره ویدئویی با بیمار، متخصص خدمات درمانی و مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | خدمات ترجمه شفاهی حضوری، تلفنی یا ویدئویی در زودترین نوبت ممکن |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **چقدر احتمال دارد از این گزینه‌ها استفاده کنید؟**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | بسیار محتمل | محتمل | نه محتمل و نه غیرمحتمل | غیرمحتمل | بسیار غیرمحتمل | | ارائه خدمات شفاهی حضوری (برای نوبت با **حضور** مترجم شفاهی وقت انتظار وجود دارد) |  |  |  |  |  | | ارائه ترجمه شفاهی تلفنی |  |  |  |  |  | | ارائه نوبت حضوری با متخصص خدمات درمانی از طریق حضور ویدئویی مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | مشاوره ویدئویی با بیمار، متخصص خدمات درمانی و مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | خدمات ترجمه شفاهی حضوری، تلفنی یا ویدئویی در زودترین نوبت ممکن |  |  |  |  |  | | |
| **7** | **یک پیشنهاد این است که خدمات ترجمه شفاهی حضوری فقط به کسانی ارائه شود که زبان اول آنها انگلیسی نیست و یکی از نیازهای ارتباطی یا آسیب‌پذیری را دارند:**   * دیمانس * ناتوانی یادگیری/معلولیت * عارضه پزشکی * لب خوانی، کم شنوایی یا اینکه بیمار درخواست تعدیل/تعدیلاتی معقول در راستای استاندارد اطلاعات قابل دسترس، داشته است   فکر می‌کنید این کار باید انجام شود؟  بله  خیر  نمی‎​دانم |
| **8** | **یک پیشنهاد معرفی معیارهایی برای ارائه خدمات ترجمه شفاهی حضوری فقط به بیمارانی است که برای نوبت خود به خدمات ترجمه شفاهی نیاز دارند و انگلیسی زبان اول آنها نیست و یکی از موارد زیر در مورد آنها صدق می‌کند:**   * دریافت خبر پیچیده/بد * یا نیاز به گرفتن تصمیمی مهم درباره خدمات مراقبتی خود * یا زمانی که یک معاینه اعضای خصوصی انجام می‌شود   فکر می‌کنید این کار باید انجام شود؟  بله  خیر  نمی‎​دانم |
| **9** | **اولویت‌های خود را مشخص کنید**  فکر می‌کنید هنگام به کارگیری خدمات ترجمه شفاهی و کتبی، موارد زیر چقدر مهم است؟   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | کاملاً بدون اهمیت | کمی مهم | بی طرف | مهم | بسیار مهم | | هزینه آن برای NHS |  |  |  |  |  | | تبلیغات قوی در دسترس بودن انواع مختلف خدمات ترجمه شفاهی و کتبی |  |  |  |  |  | | تجربه مترجم شفاهی در زمینه خدمات مراقبتی بهداشتی |  |  |  |  |  | | انعطاف‌پذیری نوبت |  |  |  |  |  | | تجربه خوب بیمار |  |  |  |  |  | | تجربه روال کاری مطلوب؛ سهولت در رزرو، امکان و در دسترس بودن مترجم شفاهی |  |  |  |  |  | | طیف زبان‌های قابل ارائه |  |  |  |  |  | | طیف روش‌های قابل ارائه (تلفنی، ویدئویی/حضوری، حضوری، ویدئویی) |  |  |  |  |  | | قابلیت اطمینان به خدمات |  |  |  |  |  | | سرعت پاسخگویی |  |  |  |  |  | | ارزش پول |  |  |  |  |  | | ترجمه کتبی مدارک پزشکی برای حمایت از خدمات مراقبتی ارائه شده توسط GP |  |  |  |  |  | |
| **10** | **لطفاً نظرات بیشتر خود را که در این پرسشنامه نیامده است، بیان کنید.** |

**بخش برابری و تنوع**

ما خود را متعهد می‌دانیم دسترسی برابر به خدمات مراقبتی بهداشتی را برای تمامی اعضاء جامعه فراهم کنیم. برای تحقق این امر، گردآوری اطلاعات زیر ضروری است و به ما کمک می‌کند اطمینان حاصل کنیم که مؤثرترین و مناسب‌ترین خدمات مراقبتی بهداشتی را ارائه می‌دهیم.

پاسخ به این پرسش‌ها کاملاً اختیاری است و هر گونه اطلاعات ارائه شده ناشناس باقی خواهد ماند.

**11 جنسیت شما چیست؟**

پسر/مرد

دختر/زن

غیرباینری (واژه‌ای کلی برای افرادی که هویت جنسی آنها به راحتی در گروه «مرد» یا «زن» قرار نمی‌گیرد)

سائر (در صورت تمایل ذکر کنید)

ترجیح می‌دهم نگویم

**12 آیا هویت جنسی شما با جنسیت ثبت شده شما در زمان تولد یکی است؟**

بله

خیر

ترجیح می‌دهم نگویم

**13 در کدام گروه سنی قرار دارید؟**

زیر 16

16-17

18-24

25-34

35-44

45-54

55-64

65-74

75-84

85+

ترجیح می‌دهم نگویم

**14 چه نژاد/قومیتی به بهترین شکل شما را توصیف می‌کند؟**

عرب

آسیایی / آسیایی بریتانیایی - بنگلادشی

آسیایی / آسیایی بریتانیایی - هندی

آسیایی / آسیایی بریتانیایی - پاکستانی

سیاه / سیاه بریتانیایی - آفریقایی

سیاه / سیاه بریتانیایی - کارائیبی

چینی

کولی یا سیار

چند رگه - سفید و آسیایی

چند رگه - سفید و سیاه آفریقایی

چند رگه - سفید و سیاه کارائیبی

سایر قومیت‎​های آسیایی

سایر قومیت‎​های سیاه

سایر پیشینه‌های قومیتی

سایر پیشینه‌های چند رگه‌ای

سفید

سفید - ایرلندی

ترجیح می‌دهم نگویم

**15 لطفاً زبان مورد استفاده خود را انتخاب کنید**

آلبانیایی

امهری

عربی

بنگالی

کانتونی / ماندرین

چکی

دری

فارسی

فارسی

فرانسوی

هندی

پنجابی هندی

کردی سورانی

لاتویایی

لیتوانیایی

ماندرین

مغولستانی

پنجابی پاکستانی

پشتو

لهستانی

پرتغالی

رمانیائی

روسی

سورانی

اسپانیایی

تیگرینیا

اردو

ویتنامی

سایر

**16 آیا عارضه پزشکی یا معلولیتی دارید که بر زندگی شما اثر بگذارد؟**

معلولیت، عارضه پزشکی یا تفاوت یادگیری مشخصی وجود ندارد

بیماری یا عارضه پزشکی مزمن مثل سرطان، HIV، دیابت، بیماری مزمن قلب یا صرع

مشکلات سلامت روانی از جمله افسردگی، اسکیزوفرنی یا اختلال اضطراب

مشکل فیزیکی یا مشکل حرکتی از جمله سختی در استفاده از دست‌ها یا استفاده از صندلی چرخدار یا عصا

مشکل اجتماعی/ارتباطی از جمله مشکل گفتاری و زبانی یا سندروم آسپرگر/سایر اختلالات طیف اوتیسم

مشکل خاص یادگیری از جمله نارسا خوانی، کنش پریشی یا AD(H)D

نابینایی یا مشکل بینایی که با عینک اصلاح نشود

ناشنوایی یا مشکل شنوایی

نقص، عارضه پزشکی یا تفاوت یادگیری که در بالا ذکر نشده است (در صورت تمایل ذکر کنید)

ترجیح می‌دهم نگویم

**17 آیا شخص مراقب هستید که بدون هزینه از عضو خانواده، همسر یا دوستی که به دلیل بیماری، ضعف، معلولیت، مشکل سلامت روانی یا اعتیاد خدمات حمایتی ارائه می‌دهید؟**

بله

خیر  
ترجیح می‌دهم نگویم

**18 مذهب/اعتقاد شما، در صورت وجود، چیست؟**

بدون مذهب

آتئیست (بدون اعتقاد)

بودایی

مسیحی

مسیحی - کلیسای اسکاتلند

مسیحی - کاتولیک روم

مسیحی - کلیسای پرزبیتاری در ایرلند

مسیحی - کلیسای ایرلند

مسیحی - کلیسای متدیست در ایرلند

مسیحی - سایر فرقه‌ها

هندو

یهودی

مسلمان

سیک

معنوی

سایر مذاهب یا اعتقادات

ترجیح می‌دهم نگویم

**19 گرایش جنسی شما چیست؟**

فاقد جنسیت

دوجنسه

مرد گی

زن گی/لزبین

غیرهمجنس‌گرا/دگرجنس گرا

کوئیر

سایر

ترجیح می‌دهم نگویم

**از شما بابت شرکت در این نظرسنجی سپاسگزاریم**

**پاسخ‌های شما برای ما مهم هستند و برای کمک به شکل‌گیری آینده خدمات مراقبتی بهداشتی استفاده خواهند شد**