**Опрос об услугах устного и письменного перевода**

Группа закупки медицинских услуг (CCG) Государственной службы здравоохранения (NHS) по Ноттингему и Ноттингемширу интересуется мнением людей, групп людей и организаций, работающих с пациентами, чей родной язык не английский, нуждающихся в устном и письменном переводе при обслуживании врачами общей практики. Результаты опроса будут учтены в организации новой услуги, запускаемой с декабря 2022 года.

Отвечая на вопросы, желательно принять во внимание следующую информацию:

* Во время пандемии COVID-19 пациентам было предложено гораздо больше приемов по телефону. Хотя со временем такая практика сократится, приемы по телефону все-таки будут проводиться, когда это клинически оправдано.
* Заказ устного перевода должен делаться не менее чем за 48 часов.  При уведомлении менее 48 часов до приема обычно будет предлагаться услуга устного перевода по телефону.
* Для не очень востребованных и употребляемых языков может понадобиться больший срок уведомления. Важное значение будет иметь наличие устных переводчиков.
* Иногда могут возникать обстоятельства, не позволяющие переводчикам явиться на назначенный прием.
* Из кабинета врача общей практики или на дому могут проводиться консультации по видеосвязи.

Мы с нетерпением ждем ваших заполненных анкет.

Опрос завершится **24 апреля 2022 года**

Благодарим вас за помощь.

**1**  Прежде чем продолжить, нам нужно получить ваше согласие на запись ваших ответов. Ваши ответы будут использоваться для анализа и составления отчетов. Эта информация может быть передана другим службам, но она будет анонимной и НЕ БУДЕТ содержать ничего, что могло бы идентифицировать вашу личность. Вы даете согласие?

Да

Нет

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **О вас**  **Регион, где вы или пациенты, с которыми вы работаете, обслуживаетесь врачами общей практики**  Средний Ноттингемшир (Мэнсфилд, Эшфилд, Ньюарк, Шервуд)  Ноттингем (сити)  Южный Ноттингем (Гедлинг, Брокстоу, Рашклифф) |
| **3** | **Вы заполняете эту анкету в качестве:**  Медицинского работника  Члена общественного движения  Представителя пациента  Пациента  Иное |
| **4** | **Устный перевод консультаций в кабинете врача общей практики – обычный прием**  Распределите по степени важности виды устного перевода пациентам (для которых английский не является родным языком) во время **обычного приема** у врача общей практики или медсестры.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Совсем не важно | Маловажно | Все равно | Важно | Очень важно | | Устный перевод на месте (будет очередь на прием **с присутствием устного переводчика**). |  |  |  |  |  | | Устный перевод по телефону. |  |  |  |  |  | | Личный прием у медицинского работника с участием устного переводчика по видеосвязи. |  |  |  |  |  | | Консультация по видеосвязи с участием пациента, медицинского работника и переводчика. |  |  |  |  |  | | Устный перевод на месте или перевод по телефону или видеосвязи для ускорения назначения приема. |  |  |  |  |  | | |
| **5** | **Устный перевод консультаций в кабинете врача общей практики – прием в день обращения/срочный прием**  Распределите по степени важности виды устного перевода пациентам (для которых английский не является родным языком) во время **приема в день обращения/срочного приема** у врача общей практики или медсестры.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Совсем не важно | Маловажно | Все равно | Важно | Очень важно | | Устный перевод по телефону. |  |  |  |  |  | | Личный прием (в зависимости от клинической картины) у медицинского работника с участием устного переводчика по видеосвязи. |  |  |  |  |  | | Консультация по видеосвязи с участием пациента, медицинского работника и переводчика. |  |  |  |  |  | | Консультация по видеосвязи с участием пациента, медицинского работника и переводчика. |  |  |  |  |  | | Устный перевод на месте или перевод по телефону или видеосвязи для ускорения назначения приема. |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Насколько вероятно, что вы воспользуетесь следующими возможностями?**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Очень вероятно | Вероятно | Ни вероятно, ни маловероятно | Маловероятно | Очень маловероятно | | Устный перевод на месте (будет очередь на прием **с присутствием устного переводчика**). |  |  |  |  |  | | Устный перевод по телефону. |  |  |  |  |  | | Личный прием у медицинского работника с участием устного переводчика по видеосвязи. |  |  |  |  |  | | Консультация по видеосвязи с участием пациента, медицинского работника и переводчика. |  |  |  |  |  | | Устный перевод на месте или перевод по телефону или видеосвязи для ускорения назначения приема. |  |  |  |  |  | | |
| **7** | **Есть мнение предлагать устный перевод на месте только тем, для кого английский язык не родной, И ПРИ ЭТОМ имеющим следующие проблемы коммуникации и уязвимости:**   * Слабоумие * Трудности в обучении/инвалидность * Проблемы психического здоровья * Чтение по губам, слабый слух, необходимость корректировки и адаптации в соответствии со «Стандартом доступности информации»   Вы считаете, что это нужно сделать?  Да  Нет  Не знаю |
| **8** | **Одно из предложений заключается в том, чтобы предлагать устный перевод на месте во время приема только пациентам, для которых английский язык не родной, в следующих условиях:**   * Получение сложных для понимания или плохих новостей * Необходимость важных решений по уходу. * Во время осмотра интимных мест.   Вы считаете, что это нужно сделать?  Да  Нет  Не знаю |
| **9** | **Определите свои приоритеты**  Как вы думаете, насколько важно следующее при заказе услуг устного и письменного перевода?   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Совсем не важно | Маловажно | Все равно | Важно | Очень важно | | Стоимость для ГСЗ |  |  |  |  |  | | Активное продвижение доступности различных видов услуг устного и письменного перевода |  |  |  |  |  | | Опыт устного переводчика в здравоохранении |  |  |  |  |  | | Гибкая организация приемов |  |  |  |  |  | | Успешный опыт работы с пациентами |  |  |  |  |  | | Успешный опыт, т.е.: простота заказа, полезность, наличие устных переводчиков |  |  |  |  |  | | Диапазон предлагаемых языков |  |  |  |  |  | | Предлагаемые методы (телефон, видеосвязь, перевод на месте) |  |  |  |  |  | | Надежность обслуживания |  |  |  |  |  | | Скорость реагирования |  |  |  |  |  | | Соотношение "цена-качество" |  |  |  |  |  | | Письменный перевод медицинских документов при обслуживании врачами общей практики |  |  |  |  |  | |
| **10** | **Поднимите другие темы, еще не отраженные в данном опросе.** |

**Раздел о равенстве и разнообразии**

Мы стремимся обеспечить равный доступ к медицинским услугам для всех членов общества. Поэтому нижеуказанные сведения крайне важны для нас в организации наиболее эффективного и качественного медицинского обслуживания.

Ответы на вопросы являются полностью добровольными, и любая предоставленная информация останется анонимной.

**11 Ваш пол?**

Мальчик/Мужчина

Девочка/Женщина

Небинарный (обобщающий термин для людей, чья гендерная идентичность четко не сочетается с понятиями «мужчина» или «женщина»)

Иное (можно указать по желанию)

Предпочитаю не сообщать

**12 Совпадает ли ваша гендерная идентичность с полом, зарегистрированным при рождении?**

Да

Нет

Предпочитаю не сообщать

**К какой возрастной группе вы относитесь?**

Младше 16

16-17

18-24

25-34

35-44

45-54

55-64

65-74

75-84

85+

Предпочитаю не сообщать

**14 Какая раса/этническая принадлежность лучше всего описывает вас?**

Араб

Азиат / Британец азиатского происхождения – Бангладешец

Азиат / Британец азиатского происхождения – Индус

Азиат / Британец азиатского происхождения – Пакистанец

Чернокожий / Чернокожий британец – Африканец

Чернокожий / Чернокожий британец – Карибец

Китаец

Цыган или «путешественник»

Смешанный – Белый и азиат

Смешанный – Белый и чернокожий африканец

Смешанный – Белый и чернокожий карибец

Другое азиатское происхождение

Другое чернокожее происхождение

Другое этническое происхождение

Другое смешанное происхождение

Белый

Белый – Ирландец

Предпочитаю не сообщать

**Выберите язык, которым вы пользуетесь**

Албанский

Амхарский

Арабский

Бенгальский

Кантонский/Севернокитайский

Чешский

Дари

Русский

Фарси

Французский

Хинди

Индийский пенджаби

Курдский (сорани)

Латышский

Литовский

Севернокитайский

Монгольский

Пакистанский пенджаби

Пуштунский

Польский

Португальский

Румынский

Русский

Сорани

Испанский

Тигринья

Урду

Вьетнамский

Иное

**16 Есть ли у вас осложняющие жизнь заболевание или инвалидность?**

Нет известных инвалидностей, недомоганий или трудностей в обучении.

Хронические болезни или недомогания, такие как рак, ВИЧ, диабет, хроническое заболевание сердца или эпилепсия.

Проблемы с психическим здоровьем, депрессия, шизофрения или состояние тревоги.

Физические нарушения или проблемы с подвижностью: трудности с работой рук, пользование инвалидной коляской или костылями.

Социальные и коммуникативные нарушения: нарушение речи и языка, синдром Аспергера или другое расстройство аутистического спектра.

Специфические трудности в обучении, такие как дислексия, диспраксия или СДВГ.

Слепота или нарушения зрения, не скорректированные очками.

Глухота или нарушения слуха.

Нарушение, состояние здоровья или отставание в обучении, не указанные выше (укажите, если хотите).

Предпочитаю не сообщать

**17 Вы бесплатно поддерживаете и ухаживаете за членом семьи, партнером или другом, нуждающимся в помощи из-за болезни, слабости, инвалидности, проблем с психическим здоровьем или зависимости?**

Да

Нет  
Предпочитаю не сообщать

**18 Ваша религия/верования, если таковые у вас есть**

Никакой религии

Атеист (неверующий)

Буддист

Христианин

Христианин – Шотландская церковь

Христианин – Католик

Христианин – Пресвитерианская церковь в Ирландии

Христианин – Ирландская церковь

Христианин – Методистская церковь в Ирландии

Христианин – Другая конфессия

Индуист

Иудаист

Мусульманин

Сикх

Верующий

Любая другая религия или верование

Предпочитаю не сообщать

**Ваша сексуальная ориентация**

Асексуал

Бисексуал

Гей

Лесбиянка

Гетеросексуал/натурал

Квир

Иное

Предпочитаю не сообщать

**Благодарим вас за участие в опросе.**

**Ваши ответы важны для нас и будут использованы для улучшения организации медицинского обслуживания.**