Russian

**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 **28 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 движенияПредставителя 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.**