**翻譯與口譯服務調查**

NHS 諾丁漢和諾丁漢郡臨床醫療委託小組 (NHS Nottingham & Nottinghamshire Clinical Commissioning Group，CCG) 想傾聽母語為非英語的患者個人和團體/組織的意見，這些患者在使用 GP 服務時需要口譯和翻譯服務。 您提供的意見將用於制定 2022 年 12 月新服務的標準。

提供回應時，請先將下列資訊納入考量：

* 在 Covid-19 疫情期間，有更多的患者採取電話看診。雖然這個現象會隨時間推移而減少，但應注意的是，在臨床適合的情況下仍會繼續提供部分電話看診。
* 面對面口譯人員至少需在 48 小時前通知預約。  若通知時間少於 48 小時，則預約時通常提供電話口譯服務。
* 請求頻率較低/較少見的語言可能需要更長的通知期間。口譯人員是否有空是一項因素。
* 有時可能會發生面對面口譯人員無法出席預訂看診的情況。
* 可在 GP 手術或在家進行視訊會診。

我們期待收到您的問卷結果。

調查將於 **2022 年 4 月 24** 日結束

感謝您的協助

**1**  繼續之前，我們需要獲得您同意記錄您的意見的許可。您的意見將被用於分析和製作報表。此資訊將與其他服務共用，但將做匿名處理，並且不會包含任何可識別您個人身份的內容。您是否許可？

 是[ ]

 否 [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **關於您****您或您的患者在何處接觸到 GP 服務？** 諾丁漢郡中部 (曼斯菲爾德、艾士菲、紐瓦克、雪伍德)[ ] 諾丁漢市[ ] 南諾丁漢 (蓋德靈、布朗斯陶、拉什克利夫)[ ]  |
| **3** | **您完成此調查的身份是：**專業醫療人員 [ ] 利益團體[ ] 患者代表[ ] 患者[ ] 其他[ ]  |
| **4** | **與 GP 手術臨床醫師進行會診時的翻譯服務 – 例行看診**當母語為非英語而需要口譯服務的患者在**例行看診**時，可提供給請求 GP 或護理師會診病患的選項，根據其重要程度進行排序：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 完全不重要 | 有點重要  | 沒意見 | 重要 | 非常重要 |
| 面對面口譯 (由**面對面**口譯人員協助的看診需要稍等片刻) |  |  |  |  |  |
| 電話口譯 |  |  |  |  |  |
| 透過視訊口譯人員，與專業醫療人員進行面對面看診 |  |  |  |  |  |
| 與患者、專業醫療人員和口譯人員進行視訊會診 |  |  |  |  |  |
| 能夠最早看診的方式 (面對面、電話或視訊口譯) |  |  |  |  |  |

 |

 |
| **5** | **與 GP 手術臨床醫師進行會診時的翻譯服務 – 當日/緊急看診**當母語為非英語而需要口譯服務的患者在**例行看診**時，可提供給請求 GP 或護理師會診病患的選項，根據其重要程度進行排序：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 完全不重要 | 有點重要 | 沒意見 | 重要 | 非常重要 |
| 電話口譯  |  |  |  |  |  |
| 透過視訊口譯人員，與專業醫療人員進行面對面看診 (醫療情況允許時) 。  |  |  |  |  |  |
| 與患者、專業醫療人員和口譯人員進行視訊會診 |  |  |  |  |  |
| 與患者、專業醫療人員和口譯人員進行視訊會診 |  |  |  |  |  |
| 能夠最早看診的方式 (面對面、電話或視訊口譯) |  |  |  |  |  |

 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **您使用下列選項的可能性為？**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 非常可能 | 可能 | 沒意見 | 不可能 | 極不可能 |
| 面對面口譯 (由**面對面**口譯人員協助的看診需要稍等片刻) |  |  |  |  |  |
| 電話口譯  |  |  |  |  |  |
| 透過視訊口譯人員，與專業醫療人員進行面對面看診。 |  |  |  |  |  |
| 與患者、專業醫療人員和口譯人員進行視訊會診 |  |  |  |  |  |
| 能夠最早看診的方式 (面對面、電話或視訊口譯) |  |  |  |  |  |

 |

 |
| **7** | **其中一個建議是，只為母語為非英語並有以下溝通需求或弱勢之一的人提供面對面口譯服務：*** 失智
* 學習困難/障礙
* 心理疾病
* 唇語，患有聽覺異常，或患者請求根據 Accessible Information Standard (無障礙訊息標準) 做出合理的調整

您認為應該採取此措施嗎？是[ ] 否[ ] 不知道[ ]  |
| **8** | **其中一個建議是引入一套標準，在母語為非英語而需要口譯服務的患者面臨下列看診情況時，為其提供面對面口譯服務：*** 接收複雜/壞消息
* 進行重大醫療抉擇時
* 進行詳細檢查時

您認為應該採取此措施嗎？是[ ] 否[ ] 不知道[ ]  |
| **9** | **識別您的優先順序**在委託口譯和翻譯服務時，下列各項的重要程度為何？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 完全不重要 | 有點重要 | 沒意見 | 重要 | 非常重要 |
| NHS 的支出 |  |  |  |  |  |
| 大力宣傳不同類型口譯和翻譯服務的可用性 |  |  |  |  |  |
| 口譯人員曾有醫療相關的口譯經驗 |  |  |  |  |  |
| 看診彈性  |  |  |  |  |  |
| 良好的患者體驗 |  |  |  |  |  |
| 良好的醫療體驗：是否可輕鬆預訂、實用性、口譯人員 |  |  |  |  |  |
| 提供的語言種類 |  |  |  |  |  |
| 提供的看診方式種類 (電話、視訊/面對面、面對面、視訊) |  |  |  |  |  |
| 服務的可靠性  |  |  |  |  |  |
| 回應速度 |  |  |  |  |  |
| 性價比 |  |  |  |  |  |
| 醫療文件書面翻譯 (用以支援一般醫學保健) |  |  |  |  |  |

 |
| **10** | **若有此問卷未涵蓋的內容，請在此進一步留下備註。** |

**平等和多樣性區段**

我們致力於為社群中的所有成員，提供平等的醫療保健服務。為達到此目的，收集下列資訊至關重要，這可確保我們提供最有效且合適的醫療保健。

下列問題的填寫與否純屬自願，您所提供的資訊將保持匿名。

**11 您的性別是？**

[ ] 男

[ ] 女

[ ] 非二元性別 (性別認同無法以「男」或「女」分別的人的總稱)

[ ] 其他 (如果願意，您可以說明)

 [ ] 我不願意提供此資訊

**12 您的性別認同是否與出生時登記的性別相同？**

[ ] 是

[ ] 否

[ ] 我不願意提供此資訊

**13 您屬於哪個年齡段？**

[ ] 未滿 16

[ ] 16-17

[ ] 18-24

[ ] 25-34

[ ] 35-44

[ ] 45-54

[ ] 55-64

[ ] 65-74

[ ] 75-84

[ ] 85+

[ ] 我不願意提供此資訊

**14 哪個種族/民族最能描述您？**

[ ] 阿拉伯裔

[ ] 亞裔/亞裔英國人 – 孟加拉人

[ ] 亞裔/亞裔英國人 – 孟加拉人

[ ] 亞裔/亞裔英國人 – 孟加拉人

[ ] 非裔/非裔英國人 – 非洲人

[ ] 非裔/非裔英國人 – 加勒比海人

[ ] 中國人

[ ] 吉普賽人或遊居者

[ ] 混血 – 白種人和亞洲人

[ ] 混血 – 白人和非洲黑人

[ ] 混血 – 白人和加勒比海黑人

[ ] 其他亞裔背景

[ ] 其他黑人背景

[ ] 其他族裔背景

[ ] 其他混血背景

[ ] 白人

[ ] 白人 – 愛爾蘭人

[ ] 我不願意提供此資訊

**15 請選擇您使用的語言**

[ ] 阿爾巴尼亞語

[ ] 安哈拉語

[ ] 阿拉伯語

[ ] 孟加拉語

[ ] 粵語/普通話

[ ] 捷克語

[ ] 達利語

[ ] 英語

[ ] 波斯語

[ ] 法語

[ ] 印地語

[ ] 印度旁遮普語

[ ] 索拉尼庫德語

[ ] 拉脫維亞語

[ ] 立陶宛語

[ ] 普通話

[ ] 蒙古語

[ ] 巴基斯坦旁遮普語

[ ] 普什圖語

[ ] 波蘭語

[ ] 葡萄牙語

[ ] 羅馬尼亞語

[ ] 俄語

[ ] 索拉尼

[ ] 西班牙語

[ ] 提格利尼亞語

[ ]  烏爾都語

 [ ] 越南語

 [ ] 其他

**16 您是否有影響您生活的健康問題或障礙？**

[ ] 無已知的障礙、健康問題或學習差異

[ ] 患有長期疾病或健康問題，例如癌症、HIV、糖尿病、慢性心臟病或癲癇

[ ] 心理健康問題，例如憂鬱症、思覺失調症或焦慮症

[ ] 肢體障礙或行動困難，例如難以使用雙臂或使用輪椅或拐杖

[ ] 社交/溝通障礙，例如口說和語言障礙，或亞斯伯格症/其他自閉症類群障礙

[ ] 特定學習困難，例如失讀症、運動障礙或注意力不足過動症

[ ] 失明或有未經眼鏡矯正的視覺障礙

[ ] 耳聾或有聽力障礙

[ ] 上方未列出的障礙、健康問題或學習差異 (可視需要提供)

[ ] 我不願意提供此資訊

**17 您是否作為照護者，為因疾病、虛弱、心理健康問題或成癮而需要幫助的家人、伴侶或朋友提供無償支援？**

[ ] 是

[ ] 否
[ ] 我不願意提供此資訊

**18 如有，您的宗教/信仰是？**

[ ] 無宗教信仰

[ ] 無神論者 (無信仰)

[ ] 佛教徒

[ ] 基督教徒

[ ] 基督教徒 - 蘇格蘭教會

[ ] 基督教徒 - 羅馬教會

[ ] 基督教徒 - 愛爾蘭長老會

[ ] 基督教徒 - 愛爾蘭教會

[ ] 基督教徒 - 愛爾蘭循道會

[ ] 基督教徒 - 其他教派

[ ] 印度教徒

[ ] 猶太教徒

[ ] 穆斯林

[ ] 錫克教徒

[ ] 靈性

[ ] 其他宗教或信仰

[ ] 我不願意提供此資訊

**19 您的性取向是？**

[ ] 無性戀

[ ] 雙性戀

[ ] 同性戀 (男)

[ ] 同性戀 (女)

[ ] 異性戀

[ ] 酷兒

[ ] 其他

[ ] 我不願意提供此資訊

**感謝您填寫此調查**

**您的回應對我們十分重要，並有助於塑造醫療保健的未來**