

Vastaanottaja  
maksaa  
postimaksun  
Mottagaren  
betalar portot

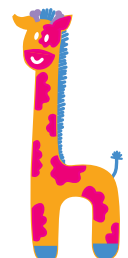
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
LTH  
Tunnus 5021360  
00003 VASTAUSLÄHETYS

Отправьте заполненную анкету в Национальный институт  
здравоохранения и социального благосостояния в  
приложенном конверте с оплаченной доставкой.

## Опрос «Здоровье и благосостояние ребенка, услуги для семей с детьми (LTH) 2018»



Исследование семей с детьми в возрасте 4-х лет  
Анкета для опекунов



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS  
[www.thl.fi/lth](http://www.thl.fi/lth)



## Уважаемый/уважаемая опекун ребенка в возрасте 4 лет, предлагаем Вам принять участие в опросе «Здоровье и благополучие ребенка, услуги для семей с детьми»!

Благодарим Вас и Вашего четырехлетнего ребенка за участие в исследовании Национального института здравоохранения и социального благополучия (THL) «Здоровье и благополучие ребенка, услуги для семей с детьми» (Lasten terveyst, hyvinvointi ja palvelut)!

Ваши ответы очень важны для нас.

Мы хотели бы узнать Вашу точку зрения на здоровье и благополучие Вашей семьи, а также уточнить Ваш личный опыт использования услуг для семей. Заполнив опросник, Вы сможете повлиять на сферу услуг для семей с детьми!

Выберите тот вариант ответа, который лучше всего отражает Вашу точку зрения или опыт. Некоторые вопросы могут показаться достаточно деликатными и даже вызвать болезненные воспоминания. Если Вас что-то беспокоит или Вам требуется помощь, Вы всегда можете конфиденциально сообщить об этом, например, медицинскому работнику. Поскольку ответы на вопросы анкеты не будут переданы медицинскому персоналу или другим специалистам, Вам следует открыто обратиться за помощью в соответствующие инстанции.

Мнение ребенка по поводу его собственного благополучия чрезвычайно важно для нас! В конце анкеты приведены три вопроса для ребенка в возрасте 4-х лет. Задайте их своему ребенку в обыденной ситуации.

Все ответы обрабатываются конфиденциально. В неизменном виде они доступны только научным сотрудникам. Результаты публикуются в сводном отчете, поэтому на основании ответов невозможно будет установить личность членов Вашей семьи.

Идентификационные данные используются только отделом обработки информации THL для сопоставления полученных сведений с данными из реестров (реестр данных о пациентах, реестр пороков развития у детей, реестр службы защиты детей, а также реестры пособий по уходу, закупок лекарственных средств и страхования фармацевтических расходов в Управлении социального обеспечения). После составления сводок материал обрабатывается научными сотрудниками, у которых нет доступа к идентификационной информации. Все лица, выполняющие сбор и обработку информации, связаны обязательством о неразглашении конфиденциальной информации. Не стесняйтесь обращаться к научным сотрудникам THL за подробной информацией об опросе и инструкциями по заполнению опросника.

### Инструкции по заполнению

- Если у Вас двое, трое или четверо близнецов, отвечайте на вопросы с учетом опыта, полученного со старшим ребенком.
- Если Вы не можете ответить на какой-либо вопрос, переходите к следующему.
- Используйте простой карандаш или шариковую ручку.
- Выбрав вариант ответа, отметьте крестиком соответствующую клетку.
- Если хотите изменить свой ответ, не используйте стирательную резинку. Вместо этого полностью закрасьте клетку с предыдущим ответом, и отметьте крестиком правильный вариант.

Подробную информацию об исследовании и инструкции по заполнению опросника можно получить:

- По дежурному номеру телефона: 029 524 8197 и электронной почте: [lastenhyvinvointi@thl.fi](mailto:lastenhyvinvointi@thl.fi)
- Маарет Вуоренмаа (Maaret Vuorenmaa), тел. 029 524 7008, [maaret.vuorenmaa@thl.fi](mailto:maaret.vuorenmaa@thl.fi), старший научный сотрудник (ответственный научный сотрудник)



## Общая информация

### 1. Вы являетесь?

- биологическим родителем ребенка  
 приемным родителем ребенка  
 другим опекуном ребенка

### 2. Укажите пол своего четырехлетнего ребенка?

- мальчик  
 девочка  
 другое

### 3. Укажите свой пол

- мужской  
 женский  
 другое

### 4. В каком году Вы родились (четыре цифры, например 1987)? \_\_\_\_\_

### 5. В каком муниципалитете Вы проживаете? \_\_\_\_\_

### 6. Укажите свой почтовый индекс? \_\_\_\_\_

### 7. Укажите свое основное образование?

- неоконченное основное среднее образование  
 основное среднее образование  
 полное среднее образование

### 8. После основной школы, какое у Вас самое высшее оконченное образование?

- нет профессионального образования  
 курс профессиональной подготовки или подготовка/инструктаж на рабочем месте  
 оконченное основное или специализированное профессиональное образование  
 среднее или высшее профессиональное (политехникум или университет прикладных наук, т.е. ammattikorkeakoulu) или высшее университетское образование  
 степень доктора или лицензиата

### 9. Вы сейчас? Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

- наемный работник у работодателя  
 временный работник  
 самозанятый/самозанятая (индивидуальный предприниматель, частный предприниматель, фрилансер, получатель гранта)  
 предприниматель-работодатель  
 студент/студентка  
 проходите военную или гражданскую службу  
 в семейном отпуске (в декретном отпуске или отпуске по уходу за ребенком)  
 без работы или в вынужденном отпуске *Укажите цифру, например 3. укажите продолжительность текущего периода в месяцах \_\_\_\_\_ мес.*  
 без работы по каким-либо другим причинам (например, по причине продолжительной болезни)  
 другое





Если в настоящий момент Вы не трудоустроены, перейдите к вопросу 14.

**10. Вы работаете?**

- полный рабочий день
- неполный рабочий день

**11. Какой у Вас рабочий график?**

- регулярная работа в дневное время
- регулярная сменная работа
- регулярная работа в вечернее время
- регулярная работа в ночное время
- регулярная работа в утреннее время
- регулярная работа в выходные
- нерегулярная сменная работа
- нерегулярный график работы
- другое

**12. Сколько часов в среднем Вы работаете в неделю (7 дней)? Также учитывайте время, которое Вы тратите на свою работу, находясь дома.**

*Укажите целые часы, например 40.*

\_\_\_\_\_ часов в неделю

**13. Приходилось ли Вам выполнять дополнительную работу в течение последних 12 месяцев?**

- почти ежедневно
- еженедельно
- по крайней мере раз в месяц
- редко или никогда

**14. Вы сейчас состоите в отношениях?**

- да, мы живем вместе
- да, но мы не живем вместе
- нет (перейти к вопросу 16)

**15. Укажите пол супруги/супруга/партнера**

- мужской
- женский
- другое



## Семья и проживание

**16. Какое из утверждений лучше всего описывает условия проживания Вашего четырехлетнего ребенка? Ребенок живет:**

- с обоими родителями в общем доме (перейти к вопросу 18)
- родители живут отдельно, и ребенок живет поочередно у каждого из них приблизительно одинаковое время (перейти к вопросу 18)
- в основном или только со мной
- в основном или только со вторым родителем
- в приемной семье (в том числе у родственников, выступающих в качестве приемных родителей)
- в семейном приюте
- в учреждении социальной защиты детей
- другое (например, у бабушки с дедушкой)

**17. Как часто Ваш четырехлетний ребенок видится с родителем/родителями, с которыми он в основном не живет?**

- чаще, чем два раза в месяц
- не более двух раз в месяц
- реже
- никогда
- второго родителя/родителей нет

**18. Проживают ли в Вашей семье еще дети младше 18 лет кроме четырехлетнего ребенка (включая детей, которые живут в семье периодически)?**

- да
- нет (перейти к вопросу 21)

**19. Сколько в Вашей семье проживает детей младше 18 лет, кроме четырехлетнего ребенка?**

\_\_\_\_\_ постоянно  
\_\_\_\_\_ периодически

**20. В Вашей семье проживают другие дети кроме четырехлетнего ребенка?**

*Отметьте все пункты, соответствующие Вашей ситуации.*

- общие дети с нынешним супругом или супругой
- Ваши дети (включая детей, которые живут в семье периодически)
- дети Вашего нынешнего супруга или супруги (включая детей, которые живут в семье периодически)
- ребенок/дети, временно размещенные в семье
- дети с особыми потребностями
- близнецы (двое, трое, четверо)





**21. В какой стране родился Ваш четырехлетний ребенок?**

- Финляндия (перейти к вопросу 23)
- Россия
- Эстония
- Швеция
- Сомали
- Ирак
- Таиланд
- Китай
- Турция
- Афганистан
- Другая европейская страна
- Другая страна

**22. Сколько лет в совокупности Ваш четырехлетний ребенок прожил в Финляндии?**

*Если меньше года — укажите месяцы, в остальных случаях — годы.*

\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

**23. В какой стране Вы родились?**

- Финляндия (перейти к вопросу 25)
- Россия или бывшая территория СССР
- Эстония
- Швеция
- Сомали
- Ирак
- Таиланд
- Бывшая Югославия
- Китай
- Турция
- Афганистан
- Другая европейская страна
- Другая страна

**24. Сколько лет Вы прожили в Финляндии в совокупности?**

*Если меньше года — укажите месяцы, в остальных случаях — годы.*

\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев





**25. В какой стране родился второй опекун Вашего четырехлетнего ребенка?**

- Финляндия (перейти к вопросу 27)
- Россия или бывшая территория СССР
- Эстония
- Швеция
- Сомали
- Ирак
- Таиланд
- Бывшая Югославия
- Китай
- Турция
- Афганистан
- Другая европейская страна
- Другая страна
- У моего четырехлетнего ребенка только один опекун (перейти к вопросу 27)

**26. Сколько лет Ваш (-а) партнер/супруг/супруга прожил (-а) в Финляндии в совокупности? Если меньше года — укажите месяцы, в остальных случаях — годы**

\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

**Здоровье четырехлетнего ребенка**

**27. Что Вы думаете о состоянии здоровья своего четырехлетнего ребенка?**

- очень хорошее
- скорее хорошее
- среднее
- скорее плохое или очень плохое

**28. Имеется ли у Вашего четырехлетнего ребенка какое-либо хроническое заболевание или другая затяжная проблема со здоровьем?**

- нет
- да





### 29. Имеются ли у Вашего четырехлетнего ребенка проблемы

	Нет проблем	Небольшие проблемы	Много проблем	Он(а) совсем не может
Со зрением (если ребенок носит очки или контактные линзы, оцените зрение с ними)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Со слухом (если ребенок носит слуховой аппарат, оцените слух ребенка с ним)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С передвижением пешком (если ребенок пользуется вспомогательным средством, оцените способность ребенка ходить с его помощью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С подниманием мелких предметов руками (по сравнению с детьми того же возраста)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С обучением новым вещам (по сравнению с детьми того же возраста)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С играми (по сравнению с детьми того же возраста)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С пониманием того, что Вы говорите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 30. Бывает ли Вам трудно понимать речь своего четырехлетнего ребенка?

- нетрудно  
 иногда трудно  
 очень трудно  
 совсем не понимаю

### 31. Проявлялись ли у Вашего четырехлетнего ребенка за последние шесть месяцев следующие симптомы и как часто?

	Никогда	Реже чем раз в месяц	Примерно раз в месяц	Примерно раз в неделю	Почти каждый день/ночь
Головная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ночное недержание мочи / потребность в использовании подгузника по ночам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Энкопрез (недержание кала)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Запоры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствие аппетита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с засыпанием	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бодрствование ночью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подавленность, плаксивость или отсутствие интереса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Напряженность, страхи, прилипчивость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Поведение четырехлетнего ребенка

32. Какие из следующих утверждений характеризуют Вашего четырехлетнего ребенка?

	Никогда	Редко	Часто	Очень часто
У него (нее) мало терпения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У него (нее) приступы ярости и гнева	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) легко раздражается	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) дразнит и шутит над другими детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) спорить и ссорится с другими детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) мешает и раздражает других детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) действует импульсивно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) предлагает помощь другим детям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) с интересом участвует в совместной деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) взаимодействует с другими детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) умеет быть хорошим другом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) считается с чувствами других детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Он(а) выказывает другим детям свое одобрение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Травля четырехлетнего ребенка

Под травлей подразумевается процесс взаимодействия в группе, который может причинять вред или оскорблять достоинство человека, и в результате которого один или несколько членов исключаются из коллектива. Травля и притеснение могут проявляться, например, в исключении из игр, оскорблениях, толчках, ударах и других формах грубого физического контакта. Травля отличается от ссор и игр тем, что регулярно повторяется, при этом жертва беззащитна перед своими обидчиками или находится в более слабом положении.

33. Сталкивался ли Ваш четырехлетний ребенок с травлей за последние 12 месяцев во время нахождения дома, в детском саду или в свободное время?

- нет
- иногда
- часто
- не знаю





## Ваше здоровье

**34. Как бы Вы охарактеризовали свое состояние здоровья?**

- очень хорошее  
 скорее хорошее  
 среднее  
 скорее плохое или очень плохое

**35. Есть ли у Вас какое-либо хроническое заболевание или иная долгосрочная проблема со здоровьем?**

- нет  
 да

**36. Есть ли у Вас какая-либо проблема со здоровьем, которая мешает Вам заниматься обычными делами?**

- да, существенно  
 да, но не существенно  
 совсем не ограничивает (перейти к вопросу 38)

**37. Наблюдались ли какие-то ограничения, по крайней мере, в течение последних 6 месяцев?**

- да  
 нет

**38. Сколько времени в течение последних 4 недель?**

	Все время	Большую часть времени	Значительную часть времени	Некоторое время	Недолго	Никогда
Вы были очень нервными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали грусть и подавленность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы были счастливы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Бывали ли у Вас в течение последних 12 месяцев периоды длительностью не менее двух недель, когда Вы были в основном**

	Нет	Да
Подавлены, грустны или депрессивны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Безучастны ко всему, например, к увлечениям, работе или другим занятиям, которые обычно доставляли удовольствие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. Чувствуете ли Вы себя одиноким (-ой)?**

- никогда  
 очень редко  
 иногда  
 довольно часто  
 постоянно





## Образ жизни четырехлетнего ребенка

41. Сколько часов Ваш четырехлетний ребенок обычно спит в ночное время суток?

в среднем \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

42. Сколько часов Ваш четырехлетний ребенок обычно спит в дневное время суток?

в среднем \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

43. Как часто Ваш четырехлетний ребенок употребляет следующие продукты или напитки в течение обычной недели (7 дней)?

	Каждый день, не менее трех раз	Каждый день, 1-2 раза	4-6 дней в неделю	1-3 дня в неделю	Редко или никогда
Фрукты или ягоды (не сок)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Свежие или вареные овощи (кроме картофеля)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сладости, шоколад, мороженое, печенье или другую сладкую выпечку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сладкий лимонад или сок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Сколько времени Ваш четырехлетний ребенок активно или быстро двигается, когда находится дома? (например, играет в пятнашки, катается на велосипеде, бегает, прыгает на батуте, лазает или катается на лыжах)

- более 2 часов в день
- более 1-2 часов в день
- полчаса — 1 час в день
- менее получаса в день
- никогда

45. Сколько времени Ваш четырехлетний ребенок спокойно двигается, когда находится дома? (например, ходит пешком, качается на качелях и играет в игры, требующие балансировки)

- более 2 часов в день
- более 1-2 часов в день
- полчаса — 1 час в день
- менее получаса в день
- никогда





## Вы и Ваша семья: образ жизни

**46. Как часто Ваша семья вместе принимает пищу в течение обычной недели (7 дней)? (по крайней мере один из родителей принимает пищу вместе с ребенком или с детьми)**

- каждый день
- 4-6 дней
- 1-3 дня
- никогда

**47. Как часто Вы занимаетесь физкультурой в течение не менее получаса так, что это немного затрудняет дыхание и заставляет Вас потеть?**

- ежедневно
- 4-6 раз в неделю
- 3 раза в неделю
- 2 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 2-3 раза в месяц
- несколько раз в год или реже
- я не могу заниматься физкультурой из-за травмы или болезни

**48. Курите ли Вы в настоящее время (сигареты, сигары или трубку)?**

- да, ежедневно
- иногда
- никогда
- я никогда не курил (-а)

**49. Курите ли Вы или другой член Вашей семьи в квартире?**

	Нет	Да
Сам/сама	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. Вы используете в настоящее время электронный табак (электронные сигареты)?**

- да, ежедневно
- иногда
- никогда
- я никогда не употреблял (-а) электронные сигареты

**51. Используйте ли Вы или другой член Вашей семьи электронный табак в квартире?**

	Нет	Да
Сам/сама	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**52. Употребляете ли Вы сейчас снюс?**

- да, ежедневно
- иногда
- никогда
- я никогда не употреблял (-а) снюс

**53. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?**

- нет (перейти к вопросу 56)
- да

**54. Как часто Вы употребляли не менее 5-и (женщины) или 7-и (мужчины) доз алкоголя за раз в течение последних 12 месяцев?**

*Обратите внимание на уточнения в рамках.*

- никогда (перейти к вопросу 56)
- реже, чем раз в месяц
- раз в месяц
- один раз в неделю
- ежедневно или почти каждый день

<p><i>Одна доза алкоголя — это:</i>                  бутылка (330 мл) пива крепостью 2,8%–4,7% или сидра, или                  бокал (120 мл) вина, или                  маленький бокал (80 мл) крепленого вина, или                  рюмка (40 мл) крепкого напитка.</p>	<p><i>Примеры:</i>                  Кружка пива крепостью 2,8 %–4,7 % или сидра 0,5 л = 1,5 дозы                  Кружка пива крепостью 5,0 %–5,5 % или крепкого сидра 0,5 л = 2 дозы                  Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз                  Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз</p>
--	---

**55. Был ли Ваш четырехлетний ребенок с Вами во время употребления алкоголя или сразу после?**

- никогда
- иногда
- чаще всего или всегда

**56. Вы когда-нибудь использовали каннабис (гашиш, марихуану) или другой наркотик в течение последних 12 месяцев?**

*Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.*

- нет
- Да, каннабис
- Да, другое наркотическое вещество





## Родительство

### 57. Насколько Вы довольны собой как родитель?

- очень доволен (-льна)  
 скорее доволен (-льна)  
 не доволен (-льна) и не недоволен (-льна)  
 скорее недоволен (-льна)  
 очень недоволен (-льна)

### 58. Как часто Вы испытываете следующее?

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Постоянно
Мне приятно проводить время со своим четырехлетним ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я чувствую близость к своему четырехлетнему ребенку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я стараюсь смотреть на вещи с точки зрения своего четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне сложно успокоить своего четырехлетнего ребенка, когда он или она расстроен (-а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я переживаю, что не справляюсь с родительскими обязанностями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я чувствую свою недостаточность как родителя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Как правило, мое мнение по вопросам воспитания четырехлетнего ребенка совпадает с мнением второго опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 59. Считаете ли Вы, что ребенка можно дергать за волосы или щелкать его?

- нет  
 да

## Свободное время

### 60. Принимал ли Ваш четырехлетний ребенок участие в следующей деятельности в течение последних 12 месяцев?

	Да, несколько раз в неделю	Да, раз в неделю	Да, иногда	Нет, не участвовал (-а)
Занятия в детских кружках или игровые занятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещение игровых и спортивных площадок (например, парки, игровые площадки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спортивные занятия с инструктором	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Занятия музыкой или изобразительным искусством с преподавателем (например, музыкальный детский сад)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Культурные услуги для детей (например, библиотека, концерты, театр)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Семейное кафе, детский сад со свободным посещением, семейный дом или место встреч в семейном центре	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**61. Что Вы думаете об организации досуга и хобби для семей с детьми в Вашем жилом районе?** Под жилым районом подразумевается городской район, в котором Вы живете, а в небольших муниципалитетах — община или населенный пункт.

	Полностью согласен/согласна	Согласен/согласна	Затрудняюсь ответить	Не согласен/не согласна	Полностью не согласен/не согласна
В моем жилом районе есть возможности для интересного досуга и хобби для семей с детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я осведомлен (-а) о возможностях проведения досуга и отдыха для семей с детьми в своем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подходящие моей семье варианты проведения досуга и отдыха расположены слишком далеко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Интересующую мою семью варианты проведения досуга и отдыха слишком дорогие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Помощь и услуги

**62. Насколько хорошо Вы осведомлены о перечисленных далее услугах и льготах?**

	Это не относится ко мне	Хорошо	Достаточно хорошо	Нормально	Достаточно плохо	Плохо
Услуги дошкольного воспитания (например, дошкольные учреждения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кружки по интересам, игры на детских площадках, услуги семейных кафе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Услуги для пар (например, консультирование, курсы, профессиональные группы поддержки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Работа с семьей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Помощь на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Помощь людям с ограниченными возможностями или услуги для инвалидов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Поддержка и льготы Управления социального обеспечения (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Муниципальная поддержка и льготы (например, муниципальное пособие, превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**63. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев Ваш четырехлетний ребенок получал следующие услуги в достаточной мере?**

	В этом не было необходимости	Пользовался (-лась), услуга была достаточной	Пользовался (-лась), но услуга была недостаточной	Потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	Потребность в услуге была, но я никому об этом не сказал (-а)
Детская консультация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое медицинское или психологическое консультирование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Физиотерапия, трудовая терапия и т.п.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Услуги дошкольного воспитания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Помощь людям с ограниченными возможностями или услуги для инвалидов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев получали следующие услуги для семей в достаточной мере?**

	В этом не было необходимости	Я воспользовался (-лась), услуга была достаточной	Пользовался (-лась), но услуга была недостаточной	Потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	Потребность в услуге была, но я никому об этом не сказал (-а)
Профессиональные группы поддержки (например, группы поддержки для родителей, консультации по поводу развода)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Услуги для пар (например, консультирование, курсы, профессиональные группы поддержки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Юридические услуги для семей (вопросы опеки над ребенком, выплаты алиментов и права встреч)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Услуги в области психического здоровья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Социальная работа с семьями и защита детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Работа с семьей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Помощь на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вопросы воспитания и семейная консультация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Организация поддержки в другой семье или индивидуально	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дома матери и ребенка и кризисные центры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Временная приемная семья, семейный приют, приют для молодежи и т.п.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**65. Получали ли Вы достаточно поддержки от специалистов различных сфер (включая детскую консультацию и учреждения дошкольного воспитания) в течение последних 12 месяцев по перечисленным пунктам?**

	В этом не было необходимости	Да, в достаточной мере	Да, но недостаточно	Потребность в поддержке была, но она не была предоставлена	Потребность в поддержке была, но я никому об этом не сказал (-а)
Рост и развитие четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с поведением и эмоциональным состоянием четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хроническое заболевание или проблемы со здоровьем у четырехлетнего ребенка или другого члена семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Контроль веса четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Родительство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваше самочувствие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Самочувствие супруга/супруги/партнера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отношения в паре	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Здоровое питание семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отказ от курения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сокращение употребления одурманивающих веществ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы не посещали детскую консультацию со своим четырехлетним ребенком, перейдите к вопросу 67.

**66. Как следующие вопросы решались во время визитов в детскую консультацию с Вашим четырехлетним ребенком?**

	Полностью согласен/согласна	Согласен/согласна	Затрудняюсь ответить	Не согласен/не согласна	Полностью не согласен/не согласна
Контроль за здоровьем, ростом и развитием моего четырехлетнего ребенка был компетентным и квалифицированным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я получил (-а) исчерпывающую информацию о прививках и болезнях, которые они предотвращают.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Со мной обсуждались важные вопросы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ко мне прислушивались в достаточной мере	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В детской консультации следили за благополучием всей семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне предоставили достаточно поддержки как родителю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я мог/могла открыто поднимать различные вопросы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**67. У Вашего четырехлетнего ребенка есть частная страховка, которая покрывает расходы на посещение частного врача?**

- да  
 нет

**Насилие**

Семьи с детьми сталкиваются с различными ситуациями, и некоторым из них также приходится решать трудные вопросы. Контакттировать с близкими людьми можно по-разному. Иногда контакт также может носить негативный или насильственный характер. Подобные ситуации и вопрос получения помощи также необходимо подробно изучить для развития услуг и оказания поддержки.

**68. Сталкивались ли Вы в течение последних 12 месяцев в Ваших партнерских отношениях с перечисленными ниже ситуациями?**

	Нет	Да	Я не состоял/не состояла в отношениях в течение последних 12 месяцев
Физическое насилие (например, толчки, удары)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Психологическое насилие (например, угрозы, оскорбления, издевательство, давление)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сексуальное насилие (например, принуждение к действиям сексуального характера)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Экономическое насилие (например, препятствие в доступе к семейным финансовым делам или совершению самостоятельных покупок)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

У родителей и детей могут быть разногласия — как серьезные, так и незначительные. Мы хотели бы, чтобы Вы вспомнили возможные конфликтные ситуации между детьми и взрослыми, случившиеся за последние 12 месяцев, и ответили на следующие вопросы максимально правдиво.

**69. Делали ли Вы, второй родитель четырехлетнего ребенка, Ваш бывший или нынешний супруг/супруга/партнер что-нибудь из перечисленного в последние 12 месяцев?**

	Никогда	Один раз	Иногда	Часто
Терял (-а) контроль над собой во время конфликта со своим четырехлетним ребенком и с трудом мог (-ла) успокоиться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бросал (-а), опрокидывал (-а) или пинал (-а) какие-нибудь предметы со злости (например, хлопал (-а) дверь) в присутствии своего четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Оставлял (-а) четырехлетнего ребенка без внимания и присмотра на продолжительное время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Словесно угрожал (-а) четырехлетнему ребенку насилием	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ругал (-а), унижал (-а), высмеивал (-а) или иным словесным образом оскорблял (-а) своего четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Щелкал (-а), шлепал (-а) или дергал (-а) за волосы своего четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пинал (-а) или била (-а) четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Применял (-а) насилие в какой-либо другой форме по отношению к четырехлетнему ребенку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Если Вам кажется, что дома небезопасно, или Вы хотите поговорить с кем-нибудь об этом, обратитесь на горячую линию помощи жертвам домашнего насилия **Nollalinja** (тел: 080 005 005), в **кризисный центр** (<https://www.thl.fi/turvakotipalvelut>) или к **медсестре женской/детской консультации**.

Если Вы ответили «нет» по всем пунктам вопроса 68 или «никогда» на вопрос 69, можете переходить к вопросу 71.

**70. По Вашему мнению, получали ли Вы достаточно помощи в связи с перечисленными выше ситуациями с применением насилия в течение последних 12 месяцев?**

	В этом не было необходимости	Да, в достаточной мере	Да, но недостаточно	Помощь была нужна, но ее не предоставляли	Помощь была нужна, но я никому об этом не сказал (-а)
От медицинского персонала (медсестра поликлиники, больничная медсестра и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От социального работника, семейного консультанта и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Из других источников (например, полиция, приют)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От сотрудников горячих линий, по телефону или в Интернете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В профессиональных группах поддержки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От супруга/супруги/партнера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От друзей и близких	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Будни семьи и повседневные заботы**

**71. Произошли ли в Вашей семье за последние 12 месяцев следующие изменения?**

	Да	Нет
Переезд семьи в другой населенный пункт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рождение ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Развод, в том числе в неофициальном браке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Начало совместной жизни с супругом/супругой/партнером	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Переезд детей супруга/супруги/партнера в Вашу семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тяжелая болезнь четырехлетнего ребенка, инвалидность или другое подобное событие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тяжелая болезнь или смерть члена семьи или другого близкого четырехлетнему ребенку человека	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Безработица	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72. Довольны ли Вы своей жизнью в данный момент?**

- очень доволен (-льна)
- скорее доволен (-льна)
- не доволен (-льна) и не недоволен (-льна)
- скорее недоволен (-льна)
- очень недоволен (-льна)





**73. Насколько хорошо обычно проходят будни в Вашей семье?**

- Хорошо
- достаточно хорошо
- не хорошо и не плохо
- достаточно плохо
- Плохо

**74. Каким образом следующие вопросы организованы в Вашей семье?**

	Не касается моей семьи	Хорошо	Достаточно хорошо	Не хорошо и не плохо	Достаточно плохо	Плохо
Одинаковое отношение к детям в семье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отношения внутри семьи (например, к сестрам и братьям, детям супруга)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отношения с дальними родственниками (например, бабушки и дедушки, бывшие супруги)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отношения четырехлетнего ребенка с бабушками и дедушками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Разделение расходов на четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Встречи четырехлетнего ребенка с родителем/родителями, живущими в другом месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Согласование опекуна над четырехлетним ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Организация проживания четырехлетнего ребенка, если у ребенка два или более домов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Адаптация четырехлетнего ребенка к новой семье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75. Считаете ли Вы, что за последние 12 месяцев провели недостаточно времени:**

	Это не относится ко мне	Никогда	Иногда	Часто	Постоянно
С детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С супругом/супругой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С друзьями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Со своими родителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Занимаясь хобби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**76. Оцените свои возможности получить помощь от Ваших близких в случае, если Вам понадобится помощь или поддержка. Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.**

	Супруг/ супруга, партнер	Бабушки и дедуш- ки четы- рехлет- него ребенка	Близкий друг	Близкий сосед	Кто-либо другой из близких	Никто
С кем Вы можете поделиться своими горестями и радостями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кто, по Вашему убеждению, на самом деле не останется равнодушным, что бы с Вами ни случилось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получите практическую помощь, когда она Вам понадобится?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете помощь по уходу за ребенком, когда она Вам нужна?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы не состоите в отношениях, перейдите к вопросу 78.

**77. Насколько Вы довольны разными аспектами своих отношений?**

	Очень доволен/ довольна	В целом доволен/ довольна	Затрудня- юсь отве- тить	В целом недоволен/ недоволь- на	Очень недоволен/ очень не- довольна
Взаимное уважение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Совместно проведенное время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Совместные занятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Открытость разговоров	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Достижение понимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Секс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Распределение домашних обязанностей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Распределение обязанностей по уходу за ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувство близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Совмещение трудовой и семейной жизни

Если в настоящий момент Вы не трудоустроены, перейдите к вопросу 81.

### 78. За последние 12 месяцев Вы работали

- слишком мало
- достаточно
- слишком много
- рабочая ситуация часто менялась

### 79. Доступны ли следующие возможности для гибкой организации труда и рабочего времени на Вашем рабочем месте?

	Да, в том числе на практике	Да, по крайней мере в теории	Нет таких возможностей	Затрудняюсь ответить
Гибкий рабочий график	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возможность взять выходной из расчета времени переработки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возможность удаленной работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возможность уйти с рабочего места, чтобы решить личные вопросы в рабочее время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возможность отказаться от дополнительной работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 80. Верны ли в отношении Вас следующие утверждения, связанные с домом и работой?

	Абсолютно верно	Скорее верно	Не совсем верно	Совсем не верно	Затрудняюсь ответить, или это не касается меня
Когда прихожу домой, перестаю думать о работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувствую, что не успеваю делать домашние дела из-за работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Семья порой отходит на второй план, когда полностью погружаюсь в работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне часто трудно сосредоточиться на работе из-за домашних забот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я лучше справляюсь с детьми, когда хожу на работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я часто задерживаюсь на работе, чтобы все доделать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне приходится делать больше дополнительной работы, чем хотелось бы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У меня гибкий график работы, который позволяет проводить достаточно времени с семьей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Экономическое благосостояние

81. Как Вы оцениваете материальное положение своей семьи?

- очень хорошее  
 скорее хорошее  
 относительно хорошее  
 скорее плохое  
 очень плохое

82. Были ли случаи, когда Вы за последние 12 месяцев:

	Нет	Да
Боялись, что у Вас закончится еда до того, как Вы получите деньги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вынуждены были экономить на лекарствах из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не ходили к врачу из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Получала ли Ваша семья социальное пособие для малоимущих в течение последних 12 месяцев?

- нет  
 да, менее чем 4 месяца  
 да, 4 месяца или больше

## Вовлеченность

84. Считаю, что играю важную роль

	Полностью согласен/согласна	Согласен/согласна	Затрудняюсь ответить	Не согласен/не согласна	Полностью не согласен/не согласна
В семье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Среди родственников	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В кругу друзей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В сообществе нашего жилого района	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В нашей любительской команде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В моем любимом интернет-сообществе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В рабочем/учебном коллективе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В финском обществе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Ваше собственное детство

85. Подумайте о периоде своего взросления, до того, как Вам исполнилось 16 лет...

	Нет	Да	Затрудняюсь ответить
Испытывала ли Ваша семья финансовые трудности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто ли Ваши родители были безработным, даже если хотели работать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Было ли у Ваших отца или матери какое-либо серьезное заболевание или травма?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у Вашего отца проблемы с употреблением алкоголя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у Вашей матери проблемы с употреблением алкоголя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у Вашего отца какие-либо проблемы с психическим здоровьем (например, депрессия, тревожное расстройство, шизофрения, психоз)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у Вашей матери какие-либо проблемы с психическим здоровьем (например, депрессия, тревожное расстройство, шизофрения, психоз)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли в Вашей семье серьезные разногласия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваши родители развелись?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вас травили в школе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Организация ухода за четырехлетним ребенком

86. Каким образом уход за четырехлетним ребенком организован на данный момент?

Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

- я сам (-а) забочусь о ребенке
- о ребенке заботится мой супруг/моя супруга или второй опекун ребенка
- ребенок находится под бесплатным присмотром дома или за его пределами (например, бабушка или дедушка)
- ребенок находится под платным присмотром дома или за его пределами (например, au pair, няня)
- ребенок посещает муниципальный детский сад
- ребенок посещает частный детский сад
- ребенок посещает муниципальный семейный или групповой детский сад
- ребенок посещает частный семейный или групповой детский сад
- другое

Если Ваш четырехлетний ребенок никогда не посещал муниципальный, семейный или групповой семейный детский сад, перейдите к вопросу 94

87. Сколько дней в неделю (7 дней) Ваш четырехлетний ребенок обычно в среднем проводит в детском саду, семейном или групповом детском саду?

Укажите цифру, например 5.

\_\_\_\_\_ дн. в неделю

88. Сколько часов в неделю (7 дней) Ваш четырехлетний ребенок обычно в среднем проводит в детском саду, семейном или групповом детском саду?

Укажите цифру, например 40.

\_\_\_\_\_ часов в неделю





**89. Как часто Ваш четырехлетний ребенок находится в детском саду, семейном или групповом детском саду?**

	Никогда	Ежедневно	Каждую неделю	Несколько раз в месяц	Несколько раз в год
10 часов в сутки подряд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По утрам в период с 05:00 до 07:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По вечерам в период с 18:00 до 22:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В ночное время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По выходным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**90. Посещает ли четырехлетний ребенок детский сад, семейный или групповой детский сад в то время, как опекун находится дома (например, присматривая за другими детьми)?**

- нет
- да, не более 20 ч/нед.
- да, более 20 ч/нед.

**Дошкольное воспитание четырехлетнего ребенка в муниципальном, семейном или групповом семейном детском саду**

**91. Подумайте о том, насколько комфортно Вашему четырехлетнему ребенку было в детском саду, семейном или групповом детском саду в течение последних четырех недель, и оцените следующие утверждения?**

	Никогда	Редко	Иногда	Достаточно часто	Очень часто	Постоянно
ребенку нравилось ходить в детский сад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ребенок старался избегать контактов с другими детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ребенку было тяжело расставаться с родителями, он был подавлен и безутешен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ребенок не чувствует себя свободно в группе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ребенку очень понравились игры и игровая площадка в детском саду	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**92. Что Вы думаете по поводу дошкольного воспитания Вашего четырехлетнего ребенка в детском саду, семейном или групповом детском саду?**

	Полностью согласен/согласна	Согласен/согласна	Затрудняюсь ответить	Не согласен/не согласна	Полностью не согласен/не согласна
Дошкольное воспитание соответствует потребностям семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
К моему четырехлетнему ребенку применяется индивидуальный подход, воспитатели учитывают его культурное происхождение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мой четырехлетний ребенок получает индивидуальный уход и внимание, отвечающие его потребностям (например, питание, отдых, безопасность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мой четырехлетний ребенок хорошо общается с персоналом детского сада	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
К моему четырехлетнему ребенку прислушиваются в детском саду, и у него/нее есть возможность участвовать в планировании и развитии деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**93. Следующие вопросы касаются благополучия Вашего четырехлетнего ребенка и Вашего взаимодействия с персоналом учреждения дошкольного воспитания. Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями?**

	Полностью согласен/согласна	Согласен/согласна	Затрудняюсь ответить	Не согласен/не согласна	Полностью не согласен/не согласна
Я получаю достаточно информации о том, как проходит день моего четырехлетнего ребенка, и о деятельности группы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я обсуждаю уход за своим четырехлетним ребенком, его воспитание и развитие с персоналом детского сада	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если у моего четырехлетнего ребенка есть проблемы с поведением, я решаю их вместе с персоналом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Персонал интересуется моим мнением и предложениями по вопросам обучения и воспитания моего четырехлетнего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Персонал прислушивается к моим словам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я уважаю персонал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Персонал уважает меня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я могу поделиться с персоналом своим беспокойством по поводу ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Персонал честен со мной, даже если новости только плохие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я чувствую, что мне рады в учреждении, которое посещает мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Организация ухода за четырехлетним ребенком на дому

Если Ваш четырехлетний ребенок **в основном находится дома**, ответьте на следующий вопрос, если нет — перейдите к вопросу 95.

### 94. Насколько важны следующие факторы для организации ухода за четырехлетним ребенком на дому?

	Не касается моей семьи	Очень важно	Важно	Довольно важно	Не очень важно	Совсем не важно
Финансовое благосостояние семьи позволяет присматривать за четырехлетним ребенком на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствие работы у того, кто присматривает за четырехлетним ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тот, кто присматривает за ребенком на дому, не работает по причине низкой зарплаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тот, кто присматривает за ребенком на дому, находится в семейном отпуске (декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком) с младшими детьми	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Желание самостоятельно заниматься воспитанием четырехлетнего ребенка	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доступные услуги дошкольного воспитания и возможности организации ухода не соответствуют потребностям семьи (например, большие расстояния)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Качество дошкольного воспитания не соответствует моим ожиданиям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По моему мнению, маленьких детей лучше воспитывать дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У моего четырехлетнего ребенка есть особые потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Следующие вопросы предназначены для четырехлетнего ребенка.

Задайте их в обыденной ситуации. Не давите на ребенка, если он или она не захочет отвечать на вопрос. Вы можете попробовать еще раз в другое время, или, по собственному решению, оставить какой-либо пункт незаполненным.

Если Вы знаете, что второй опекун ребенка уже задал ему или ей эти вопросы, не нужно делать это еще раз.

Если на данный момент ребенок проживает со вторым опекуном, Вы можете пропустить эти вопросы.

### 95. Как ты себя чувствуешь?

				
<p>Мне почти постоянно грустно или плохо</p>	<p>Мне часто грустно или плохо</p>	<p>Мне бывает весело и грустно примерно одинаково часто</p>	<p>Я достаточно часто бываю веселым/веселой и в хорошем настроении</p>	<p>Я очень часто бываю веселым/веселой и в хорошем настроении</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Задайте ребенку следующие вопросы. Не направляйте ребенка и не помогайте ему/ей отвечать — пусть ребенок ответит своими словами, как ему или ей хочется. Постарайтесь записать ответ максимально близко к тому, что скажет ребенок.

96. Что тебя радует? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

97. Что тебя расстраивает? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отзывы о данном опроснике: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Спасибо за ответы!

Отправьте заполненную анкету в Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния в приложенном конверте с оплаченной доставкой.

