

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ (АТХ)

Убедительно просим Вас ответить на вопросы данной анкеты, желательно не позднее, чем в течение ближайших 10 дней, а затем вложить ответы в прилагаемый конверт и отправить по почте; почтовая марка не нужна

Вы можете также заполнить анкету в интернете по адресу www.thl.fi/ath/vastaa, для регистрации Вам понадобится код анкеты, который находится в верхней части этой страницы. Пароль Вы найдете в сопроводительном письме.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ АНКЕТЫ

Для ответа на вопросы:

- Прежде чем ответить, внимательно прочитайте вопрос.
- Отметьте галочкой нужный вариант или впишите ответ в отведенное для этого место. Используйте шариковую ручку, **не пишите карандашом!**
- Если Вы по ошибке отметили неправильный вариант или вписали ответ в другое место, то заштрихуйте полностью всю ячейку.
- Для ответа на каждый вопрос выбирайте только один, наиболее подходящий вариант, если в формулировке вопроса не содержится указание, что можно выбрать несколько вариантов.
- Некоторые вопросы снабжены дополнительными указаниями по ответу на них. Не забудьте ответить на все вопросы – отрицательные ответы также важны: обведите кружочком вариант "нет" или проставьте "0" в отведенное для этого место.

ПРИМЕР 1.

По-вашему мнению, Ваше состояние здоровья в настоящее время

- очень хорошее
- довольно хорошее
- среднее--
- довольно плохое
- плохое

ПРИМЕР 2.

Ваш рост и вес в настоящее время

рост 1 6 5 см

вес 6 2 kg

Дополнительная информация об исследовании:

Бесплатный номер АТХ тел. 0800 97730 (с 9 до 11)

e-mail: ath-info@thl.fi

www.thl.fi/ath/osallistuvalla (финский)

СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ АТХ

Я ознакомился с *Информацией для участника исследования* и получил достаточное разъяснение об исследовании и связанном с ним сборе, обработке, объединении и передаче информации. Я понимаю, что мое участие в исследовании является добровольным. Отвечая на данный опрос, я подтверждаю свое участие в исследовании.

АНКЕТНЫЕ ДАННЫЕ

1. В настоящий момент Вы

- женаты/замужем или зарегистрированная пара
- гражданский брак
- раздельное проживание или в разводе
- вдовец/вдова
- не женат/не замужем

2. Сколько лет в сумме Вы учились в школе и других учебных заведениях очно?. Включая начальную и основную школу.

_____ лет

3. Где Вы живете в настоящее время:

- в собственной квартире
- в арендованной квартире
- в приюте, в реабилитационном центре или в доме для престарелых
- где-то в другом месте, где: _____

4. Вы живете одни?

- да
- нет, внесите сюда возраст **других** членов вашего домохозяйства

_____ лет, _____ лет, _____ лет, _____ лет, _____ лет,

_____ лет, _____ лет, _____ лет, _____ лет, _____ лет

5. В настоящее время Вы в основном: Выберите наиболее подходящий для Вас вариант

- работаете полный рабочий день
- работаете неполный рабочий день
- вышли на пенсию по возрасту
- на пенсии по нетрудоспособности или проходите курс реабилитации
- на частичной пенсии
- безработный или в вынужденном отпуске, длительность настоящего периода в месяцах: _____ месяцев
- в отпуске по уходу за ребенком
- студент/ка
- что-то другое, что: _____

6. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

	нет	да
бояться, что у Вас закончится еда до того, как появятся деньги для покупки продуктов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от приобретения лекарств из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от посещения врача из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Имеются ли в непосредственной близости от вашего дома следующие факторы, и насколько они Вам мешают?

	не имеются	имеются, но не мешают	немного мешают	сильно мешают
опасные перекрестки и /или дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
скользкие зимой пешеходные дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо освещенные дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шум, запах или пыль транспорта или промышленного предприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления медицинских услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления других услуг (напр. магазины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо организованный общественный транспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ЗДОРОВЬЕ

8. Каков Ваш рост? _____ в сантиметрах, обозначьте с точностью до см

9. Сколько Вы весите в легкой одежде? _____ в килограммах, обозначьте с точностью до кг

10. Как Вы считаете, в настоящее время Ваше состояние здоровья

- хорошее
 довольно хорошее
 среднее
 довольно плохое
 плохое

11. Имеется ли у Вас какое-либо хроническое заболевание или другая затяжная проблема со здоровьем?

- да
 нет

12. Ограничивает ли какая-либо проблема со здоровьем Вашу способность выполнять обычные присущие людям действия?

- серьезно ограничивает
 ограничивает, но не серьезно
 вообще не ограничивает (можете перейти к вопросу 14)

13. Появлялись ли такие ограничения в течение как минимум последних шести месяцев?

- да
 нет

14. Сколько полных дней в течение прошлого года (12 месяцев) Вы не ходили на работу или не занимались обычными делами из-за болезни?

Если не помните точного количества, достаточно указать приблизительное число. Беременность не учитывается.

_____ суток

15. Были ли у Вас следующие обнаруженные врачом или пролеченные заболевания в течение последних 12 месяцев?

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
хондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>
сенная лихорадка или другой аллергический ринит	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше заболеваний	<input type="checkbox"/>

16. Имелись ли у Вас в течение последних 30 дней следующие симптомы или недомогания?

	да
головная боль	<input type="checkbox"/>
боль в суставах	<input type="checkbox"/>
боль в шее и плечах	<input type="checkbox"/>
боль в спине,	<input type="checkbox"/>
бессонница	<input type="checkbox"/>
проблемы с недержанием мочи	<input type="checkbox"/>
звон (шум) в ушах	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше симптомов	<input type="checkbox"/>

Следующие пять (5) вопросов касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель. Обведите кружком в каждой строке ту цифру, которая наиболее соответствует Вашему состоянию.

17. Сколько времени в течение последних 4 недель:
Выберите только один вариант в каждой строке

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<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 себя грустным и подавленным	<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"/>

18. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
 очень редко
 иногда
 довольно часто
 постоянно

19. 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"/>

Следующие вопросы касаются мыслей и чувств, которые связаны с нанесением вреда самому себе. Часть людей сталкивается в жизни с такими трудностями, которые вызывают у них такие мысли и чувства.

20. Появлялись ли у Вас мысли о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ

21. Как часто Вы вступаете в контакт со своими друзьями и родственниками, которые не живут с вами в одном домохозяйстве, используя следующие способы?

	ежедневно или почти каждый день	1–3 раза в неделю	1–3 раза в месяц	реже, чем раз в месяц	никогда
при личной встрече	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по интернету (напр. электронная почта, чат, скайп, фейсбук и т.д.) или по почте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Участвуете ли Вы в деятельности какого-либо кружка, организации, общества, группы по интересам или религиозной или общественной организации (например, спортивное общество, общественная деятельность жителей дома или района, партия, хор, церковная община)?

- нет
 да, активно
 да, иногда

23. Оцените свои возможности получить помощь от Ваших близких в случае, если Вам понадобится помощь или поддержка. Можете отметить один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос. Можете отметить один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

	супруга, партнер	кто-либо из близких родственников	близкий друг	близкий коллега по работе	близкий сосед	кто-либо другой из близких	никто
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"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете практическую помощь, когда она Вам необходима?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Помогаете ли Вы регулярно кому-либо из живущих с Вами в одном домохозяйстве людей, справляться в быту, если у них нет сил или они больны? Можете выбрать несколько вариантов ответа. Можете выбрать несколько вариантов ответа.

- нет (можете перейти к вопросу 26)
 да, супруге/у
 да, детям или внукам
 да, родителям, своим или супруга/и
 да, дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и
 другим людям, кому? _____

25. Являетесь ли Вы официально лицом, ухаживающим за больным родственником? (договор заключен)

- нет
 да

26. Ходили ли Вы голосовать на предыдущих:

	нет	да	не помню
муниципальных выборах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
парламентских выборах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
президентских выборах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на выборах в парламент Евросоюза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Способны ли Вы обычно к следующим достижениям?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
пробежать небольшое расстояние (около ста метров, 100м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Следующие вопросы касаются Вашей памяти, обучаемости и способности концентрироваться:

	очень хорошо	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо
моя память работает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я воспринимаю новую информацию и обучаюсь новым навыкам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Ваша нынешняя/ предыдущая работа по характеру

	легкая	довольно легкая	не совсем легкая	довольно тяжелая	очень тяжелая	я никогда не работал/а по найму
физически	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
морально	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Являются ли приведенные ниже и касающиеся дома и работы утверждения правильными в отношении Вас? Выберите в каждом пункте подходящий для Вас вариант

	это абсолютно правильно	в какой-то мере это относится и ко мне	ко мне это практически не относится	нет, это не так	не знаю / ко мне это не имеет отношения
Когда я прихожу домой, я перестаю думать о работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я чувствую, что запускаю домашние дела из-за работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Семье приходится иногда оставаться в стороне, когда я полностью погружаюсь в работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне часто бывает трудно сосредоточиться на работе из-за домашних дел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У меня больше сил заниматься детьми, если я хожу и на работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Предположим, что ваша максимальная работоспособность равняется 10 баллам. Какое количество баллов Вы дали бы своей теперешней трудоспособности при шкале 0-10? Отметьте галочкой цифру, соответствующую оценке Вашей трудоспособности

Абсолютная нетрудоспособность	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Максимальная работоспособность
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

32. Ваша работоспособность: Если Вы не работаете, ответьте на основании Вашей последней работы.

	очень хорошая	довольно хорошая	средняя	довольно плохая	очень плохая	я никогда не работал/а по найму
с точки зрения необходимого для выполнения работы физического состояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с точки зрения необходимого для выполнения работы морального состояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Считаете ли Вы, что сможете по состоянию здоровья работать по профессии до достижения пенсионного возраста?

- нет
 наверное, нет
 наверное, да
 да
 я на пенсии

34. Насколько физически тяжелой является Ваша работа? Выберите максимально подходящий для Вас вариант.

- Я не работаю или моя работа является в основном сидячей. Я хожу немного
- Я хожу на работе довольно много, но мне не приходится поднимать или таскать тяжести
- Мне приходится на работе много ходить и поднимать тяжести или подниматься по лестницам или в гору
- У меня тяжелая физическая работа, на которой мне приходится поднимать или таскать тяжелые предметы, копать, работать лопатой или молотом и т.д.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРИВЫЧКИ

Следующие три вопроса (35-37) посвящены Вашей двигательной активности на работе, по дороге на работу и в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, то выберите вариант, который наиболее соответствует вашей обычной ситуации.

35. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время? Не учитывайте двигательную активность по дороге на работу

- читаю, смотрю телевизор и занимаюсь делами, которые физически почти не утомляют
- хожу, катаюсь на велосипеде или делаю легкую работу по дому и во дворе и т.д. несколько часов в неделю
- я увлекаюсь непосредственно физической активностью с целью укрепления здоровья или занимаюсь спортом, например, бегом, лыжами, плаванием или игрой в мяч несколько часов в неделю

36. Как часто в свободное время Вы активно двигаетесь в течение не менее получаса, так что дыхание начинает учащаться и появляется потоотделение?

Не учитывайте дорогу на работу

- ежедневно
- 4-6 раз в неделю
- 3 раза в неделю
- 2 раза в неделю
- один раз в неделю
- 2-3 раза в месяц
- несколько раз в год или реже
- я не могу активно двигаться из-за травмы или болезни

37. Сколько минут Вы идете пешком или едете на велосипеде по дороге на работу и с работы? Внимание! Имеется в виду общее время, которое затрачиваете на дорогу туда и обратно

- я не работаю или работаю на дому
- при следовании на работу и с работы я пользуюсь автомобильным транспортом
- до 15 минут в день
- 15-30 минут в день
- 30-60 минут в день
- более часа в день

38. Как часто Вы использовали следующие продукты и напитки в течение последних 7 дней?

	ни разу	1-2 дня	3-5 дней	6-7 дней
жирные сыры (напр. Edam, Emmental, Oltermanni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
менее жирные сыры (напр. Polar-15, Edam 17, raejuusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рыбу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сырые овощи или овощные салаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
овощи после тепловой обработки (не картофель)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фрукты или ягоды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гамбургеры, пиццы, соленые пироги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
булку, слойки, печенье, торты и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шоколад или другие сладости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сладкие соки или прохладительные напитки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
черный хлеб (ржаной, сухие хлебцы и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растительное масло или жидкие продукты переработки растительных масел (напр. Flora Culinense)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сливочное масло или смеси сливочного и растительных масел (напр. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
маргарин (напр. Flora, Keiju)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обезжиренное молоко или простоквашу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Есть ли у Вас возможность посещать столовую на работе или в учебном заведении?

- да
- нет
- я не работаю и не учусь

40. Как часто Вы обычно чистите зубы / протез?

- чаще, чем два раза в день
- два раза в день
- один раз в день
- реже, чем каждый день
- никогда

41. Предлагал ли Вам кто-либо из перечисленных ниже людей в течение последних 12 месяцев: Можете обвести в каждой строчке несколько вариантов ответа

	никто	врач или стоматолог	фельдшер /медсестра или другой медицинский работник	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровое питание по медицинским показаниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
похудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
снизить употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бросить курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Сколько часов Вы обычно спите в течение суток?

в среднем _____ часов

43. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

- да, почти всегда
 да, часто
 редко или почти никогда
 не могу сказать

44. Вы когда-нибудь курили?

- нет (если Вы не курили, можете перейти к вопросу 47)
 да

45. Вы когда-нибудь курили ежедневно по меньшей мере в течение одного года? В течение скольких лет в общей сложности?

- я никогда не курил/а ежедневно
 я курил/а ежедневно всего _____ лет

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

- да, ежедневно
 время от времени
 нет, не курю

47. Вы употребляете снюс в настоящее время?

- да, ежедневно
 иногда
 в настоящее время не употребляю совсем
 я никогда не употреблял/а снюс

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

- да, ежедневно
 иногда
 в настоящее время не употребляю совсем
 я никогда не употреблял/а электронные сигареты

49. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет (можете перейти к вопросу 54)
 да

50. Как часто Вы пьете пиво, вино или другие алкогольные напитки? Учитывайте и те случаи, когда Вы выпиваете небольшое количество, напр. бутылку пива со средним содержанием алкоголя или глоток вина. Выберите наиболее близкий Вам вариант

- никогда
 примерно один раз в месяц или реже
 2–4 раза в месяц
 2–3 раза в неделю
 4 раза в неделю или чаще

ОДНА ДОЗА АЛКОГОЛЯ РАВНЯЕТСЯ:
 бутылке (330мл) пива или сидра или
 бокалу (120мл) слабоалкогольного вина или
 маленькому бокалу (80мл) крепкого вина или
 ресторанной дозе (40мл) крепкого напитка

51. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь? Обратите внимание на следующие примеры.

- 1–2 дозы
 3–4 дозы
 5–6 доз
 7–9 доз
 10 или больше

ПРИМЕРЫ:
 0,5 л кружка пива или сидра = 1,5 дозы
 0,5 л кружка А-пива или крепкого сидра=2 дозы
 0,75 л бутылка слабого (12%) вина = 6 доз
 0,5 л бутылка крепкого напитка = 13 доз

52. Как часто Вы выпивали за один раз шесть или больше доз?

- никогда
 реже, чем один раз в месяц
 один раз в месяц
 один раз в неделю
 ежедневно или почти ежедневно

53. Сколько бокалов, бутылок или ресторанных доз перечисленных ниже напитков Вы выпивали в течение последних 7 дней? Если не пили ничего, впишите 0.

в течение последних 7 дней	
пиво со средним содержанием алкоголя (III-пиво), сидр средней крепости или коктейль long drink (продается в продовольственном магазине, содержание алкоголя 2,9–4,7%)	_____ бутылок (à 33 cl)
A-пиво, крепкий сидр или коктейль long drink (продается только в Alko, содержание алкоголя более 4,7%)	_____ бутылок (à 33 cl)
вино	_____ бокалов (~ 12 cl)
водка или другой крепкий алкоголь	_____ ресторанных (~ 4 cl)

54. Употребляли ли Вы каннабис (гашиш, марихуану)?

- никогда не пробовал/а
- да, в течение последних 12 месяцев
- да, но не в течение последних 12 месяцев

Следующие вопросы касаются азартных игр. АЗАРТНЫЕ ИГРЫ - это, например, лотереи, такие как Lotto или Keno, игровые автоматы, такие как слот-автоматы, скретч-карты, тотализатор по приему ставок на спортивные соревнования и скачки, заключение пари на деньги, казино и игры типа покера, в которые играют через интернет.

55. Казалось ли Вам в течение последних 12 месяцев, что азартные игры, возможно, являются для Вас проблемой?

- я не играю в азартные игры
- никогда
- иногда
- часто
- почти всегда

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

56. Происходил ли с Вами в течение последних 12 месяцев какой-либо несчастный случай, повлекший травму? В какой ситуации произошел несчастный случай, и какое лечение Вы получили по поводу травм?

Можете выбрать несколько вариантов ответа

	нет	да, лечение домашними средствами	да, лечение у фельдшера / медсестры	да, лечение у врача	да, лечение в больнице
на работе или по дороге на работу/с работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дома в свободное время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в свободное время во время занятий спортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в свободное время в другом месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Пользуетесь ли Вы следующими защитными средствами?

	всегда	часто	иногда	не пользуюсь	ко мне это не относится
шлем при езде на велосипеде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ремень безопасности на заднем сидении автомобиля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поплавок/спасательный жилет при катании на лодке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шипованную обувь или средства защиты от скольжения при хождении по скользкой дороге	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
светоотражатель в темное время суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Совершал ли кто-либо в отношении Вас насильственные действия в течение последних 12 месяцев? Можете обвести в каждой строчке несколько вариантов

	никто	неизвестный или полужнакомый	нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга	другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)
угрожал физической расправой по телефону, в письме или по интернету	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
угрожал физическим насилием при личной встрече	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не давал пройти, хватал или толкал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шлепнул с размаху	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ударил кулаком или твердым предметом, пинал, душил или использовал какое-либо оружие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принудил к половому акту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принудил к другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пытался принудить к половому акту или другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
как-то иначе вел себя агрессивно, опишите одним словом:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Случалось ли, что посторонние люди на улице или в других общественных местах (напр. в магазине, ресторане) обращались с Вами несправедливо в течение последних 12 месяцев?

- да
- нет

60. Случалось ли, что на рабочем месте Ваш начальник, коллега по работе или клиент обращались с Вами несправедливо в течение последних 12 месяцев?

- да
- нет
- я не работал/а по найму в течение последних 12 месяцев

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

61. Что Вы думаете о следующих утверждениях, касающихся социальных и медицинских услуг?

	полностью согласен/согласна	в какой-то мере согласен	не то и не другое	не совсем согласен	совершенно не согласен
В Финляндии медицинские услуги в целом оказываются хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В Финляндии социальные услуги в целом оказываются хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Как Вы считаете, Вы получали в достаточной мере следующие социальные и медицинские услуги или льготы в течение последних 12 месяцев. Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками услуг

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услугу или льготу не получили	услугой или льготой пользовались, но она была недостаточной	услугой или льготой пользовались, она была достаточной
услуги, предоставляемые на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предоставляемые на приеме у медсестры или фельдшера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги материнских и детских консультаций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для семей с детьми (напр. защита детей, семейные консультации и воспитание детей, социальное обслуживание на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальная помощь лицам, ухаживающим за престарелым родственником (напр. возможность отдохнуть)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по уходу за престарелым родственником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальное пособие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Следующие обстоятельства мешали Вам получать необходимые медицинские услуги в течение последних 12 месяцев?

	всегда	часто	иногда	никогда	ко мне это не относится
трудная дорога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дороговизна услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Следующие обстоятельства мешали Вам получать необходимые социальные услуги в течение последних 12 месяцев?

	всегда	часто	иногда	никогда	ко мне это не относится
трудная дорога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дороговизна услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни (или беременности или родов) на приеме у врача, у фельдшера или медсестры, или врач или медсестра приходили к Вам домой: *Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.*

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приеме у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были в контакте:

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
По телефону					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с социальным работником или социальным руководителем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через портал электронных услуг					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с социальным работником или социальным руководителем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Вы воспользовались возможностью поменять медицинское учреждение (государственное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Имеется в виду, что услуга относится к государственному здравоохранению и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги предоставляет частное учреждение

- я не пользовался услугами медицинского учреждения в течение последних 12 месяцев
 я не менял/а медицинское учреждение
 я поменял/а медицинское учреждение

68. Вы воспользовались возможностью выбрать или поменять больницу (государственное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Имеется в виду, что услуга относится к государственному здравоохранению и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги предоставляет частная больница

- у меня не было необходимости получать лечение или проводить обследования в поликлинике специализированной медицинской помощи или в стационаре в течение последних 12 месяцев
 я не выбирал/а и не менял/а больницу
 да, я выбрал/а или поменял/а больницу

69. Как следующие утверждения описывают Ваши впечатления от медицинских услуг, полученных в течение последних 12 месяцев?

	всегда	чаще всего	иногда	никогда	не касается меня (я не пользовался/пользовалась медицинскими услугами)
я достаточно быстро получил/а лечение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
меня обследовали достаточно быстро	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были:

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
у стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приеме у медперсонала стоматологии или гигиениста полости рта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Делали ли Вам прививку от гриппа в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

72. Когда медицинский работник в последний раз измерял у Вас: Выберите только один вариант в каждой строке

	в течение последних 12 месяце	1-5 лет назад	более 5 лет назад	никогда	не знаю
кровенное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
содержание сахара в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
объем талии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Проходили ли Вы следующие обследования и лабораторные исследования в течение последних 5 лет:

	нет	да, в течение последнего (1) года	да, в течение последних 1-5 лет
маммография (скрининг рака молочной железы) для женщин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-тест для женщин (мазок для теста на рак шейки матки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
анализ крови и определение значения PSA для исследования предстательной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев по поводу проблем с психическим здоровьем или употреблением психоактивных веществ:

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по поводу проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ
амбулаторное лечение (напр. профилактика и лечение профессиональных заболеваний, А-клиника, кризисный центр психиатрической клиники)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (напр. купирование абстинентного синдрома в психиатрической или в другой больнице)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Какими социальными услугами Вы пользовались в течение последних 12 месяцев в последнее время? Выберите один вариант на основании того, какие услуги были последними по времени

- услуги для лиц старшего возраста (напр. улучшение условий проживания, надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых)
 услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)
 услуги для семей с детьми (напр. защита детей, социальное обслуживание на дому, семейные консультации и воспитание детей)
 координация предоставления услуг и консультации социального работника
 ничего из названного выше (Если Вы не курили, перейдите к вопросу 77)

76. Как следующие утверждения описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных в течение последних 12 месяцев? Оцените последнюю из полученных услуг

	всегда	чаще всего	иногда	никогда	не касается меня (я не пользовалась/пользовался социальными услугами)
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Просим Вас при ответе на следующие вопросы (77-79) подумать о вашей жизни в течение последних двух недель.

77. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

- очень плохое
 плохое
 не хорошее и не плохое
 хорошее
 очень хорошее

78. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недоволен	не определился / лась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справляться с ежедневными делами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отношениями с другими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
условиями жизни в вашем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Как Вы в течение последних двух недель оценивали ваши возможности по следующим вопросам

	нет совсем	мало	средне	почти достаточно	вполне достаточно
достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения ваших потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие пять групп вопросов посвящены несчастным случаям и исследуют 1) несчастные случаи в быту, 2) несчастные случаи во время занятий спортом, 3) несчастные случаи на производстве, 4) дорожно-транспортные происшествия, а также 5) другие несчастные случаи, происходящие в свободное время. С помощью вопросов выясняется, как произошел несчастный случай, какие травмы были им вызваны, а также какое лечение потребовалось.

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ В БЫТУ

80. Происходил ли с Вами в течение последних 12 месяцев какой-либо несчастный случай в быту? Несчастный случай в быту происходит дома, во дворе дома, на отдыхе, на даче или в другом жилом помещении, например, травмы, полученные при падении, ожог или травма, нанесенная острым предметом, порез ножом или осколком стекла.

- нет (перейдите к вопросу 87. (Несчастные случаи во время занятий спортом))
 да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? _____ раз

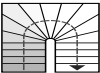


81. Как произошел несчастный случай в быту? Если с Вами произошло несколько несчастных случаев в быту в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая в быту, отметьте, выбрав подходящий к каждому случаю вариант (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3). Выберите вариант, наиболее близко описывающий каждый несчастный случай.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
споткнулись, упали, поскользнулись или свалились с небольшой высоты (до 1 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
свалились с высоты более 1 м	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
столкнулись с человеком или предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отравились или подверглись воздействию другого вредного вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
удар электрическим током	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
экстремальная температура; ожог (огонь, горючие газы и т.д.), обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма, нанесенная острым предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если причина в другом, то это: _____			

82. Повлияла ли на несчастный случай в быту собственная спешка, усталость или небрежность?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. В каком месте или помещении произошел несчастный случай в быту?
 Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая в быту.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
жилая комната (гостиная, спальня, детская и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
кухня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
туалет, ванная или помещения сауны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дворовая территория, балкон, терраса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гараж, мастерская	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подвал, чердак, склад или сарай	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
винтовая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
межэтажная прямая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двухмаршевая лестница с промежуточной площадкой во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое место, то какое: _____			

84. Какой была самая тяжелая травма, вызванная несчастным случаем в быту?
 Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая в быту.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
без травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
синяки, контузия или раны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растяжение связок, растяжение мышц или вывих, или мышечная травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перелом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сотрясение мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма в области головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ожог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
душевные травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какая-то другая травма, то какая: _____			

85. Какое лечение Вы получали по поводу полученных травм? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая в быту.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
лечение домашними способами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у дежурного врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в отделении больницы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в хирургическом отделении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Находились ли Вы под влиянием алкоголя, наркотиков или лекарств, влияющих на координацию движений, когда произошел несчастный случай?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ

87. Попадали ли Вы в дорожно-транспортное происшествие в течение последних 12 месяцев?

- нет (перейдите к вопросу 96. Раздел Несчастные случаи, связанные с дорожно-транспортными происшествиями)
- да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? _____ количество

88. В какой ситуации произошло ДТП? Если Вы попадали в несколько дорожно-транспортных происшествий в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая, отметьте, поставив галочку в соответствующей строке (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3).

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
в свободное время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в учебном заведении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на рабочем месте во время занятий спортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Как произошел несчастный случай во время занятий спортом? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая во время занятий спортом.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
Вы споткнулись, упали, поскользнулись или свалились с небольшой высоты (до 1 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
свалились с высоты более 1 м	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
столкнулись с человеком или предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма, нанесенная тренажером или спортивным снарядами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
температура (жара, холод)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ошибка при выполнении физического упражнения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
прежняя травма, переутомление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если что-то другое, то это:			

90. Повлияла ли на происшествие собственная спешка, усталость или небрежность?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. В каком месте или помещении произошел несчастный случай во время занятий спортом? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая во время занятий спортом.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
спортивный зал или зал для спортивных игр	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ледовый дворец, каток или хоккейная площадка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
стадион	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
велосипедная или пешеходная дорожка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
беговая дорожка, пешеходный маршрут на пересеченной местности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лес, поле, берег или другое место на природе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
море, озеро, река или другой водоем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дворовая территория или парковка, парк, площадь и пр.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помещения для занятий спортом на рабочем месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дома или во дворе дома, во дворе летнего домика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по время заграничной поездки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если что-то другое, то это:			

92. Каким видом спорта Вы занимались, когда произошел несчастный случай? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая во время занятий спортом.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
футбол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
флорбол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
волейбол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
хоккей с шайбой, хоккей с мячом, женский хоккей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
коньки, роликовые коньки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фитнес (пешие прогулки, ходьба, бег трусцой, скандинавская ходьба и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тренировки в тренажерном зале, тяжелая атлетика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
походы, спортивное ориентирование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
катание на лыжах, горные лыжи, сноуборд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плавание или другие водные виды спорта (гребля, гребля на байдарках и каноэ, сапсерфинг)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
велосипедный спорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мотоспорт (вкл. водные лыжи, водный скутер)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боевое искусство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
спортивные занятия с животными (напр. конный спорт, спорт с собакой, собачьи упряжки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гольф, боулинг, петанк, бильярд (виды спорта, в которых используется сплошной мяч)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
трамплин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если что-то другое, то что:			

93. Какой была самая тяжелая травма, связанная с занятием спортом?

Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая во время занятий спортом.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
без травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
синяки, контузия или раны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растяжение связок, растяжение мышц или вывих, или мышечная травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перелом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сотрясение мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма в области головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ожог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
душевные травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какая-то другая травма, то какая:			

94. Какое лечение Вы получали по поводу полученных травм? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая во время занятий спортом.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
лечение домашними способами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у дежурного врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в отделении больницы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в хирургическом отделении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Находились ли Вы под влиянием алкоголя, наркотиков или лекарств, влияющих на координацию движений, когда произошел несчастный случай?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

96. Попадали ли Вы в дорожно-транспортное происшествие в течение последних 12 месяцев? Дорожно-транспортное происшествие означает несчастный случай, который произошел с автомобилем или другим транспортным средством, например, столкновение или съезд с проезжей части, а также несчастный случай на дороге с участием пешеходов и велосипедистов.

- нет (перейдите к вопросу 104. Раздел Несчастные случаи на производстве)
 да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? _____ количество

97. Как произошло ДТП? Если Вы попали в несколько дорожно-транспортных происшествий в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного дорожно-транспортного происшествия, отметьте, выбрав подходящий к каждому случаю вариант (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3). Выберите вариант, наиболее близко описывающий каждое дорожно-транспортное происшествие.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
столкновение с (движущимся) транспортным средством (вкл. случаи, когда пешеход или велосипедист попал под машину или столкнулся с машиной)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
единичное дорожно-транспортное происшествие, в котором нет других участников (напр. съезд с проезжей части, столкновение с твердой преградой, падение пешехода или велосипедиста)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
столкновение со стоящим транспортным средством	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дорожно-транспортное происшествие с участием животных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если что-то другое, то что: _____			

98. В каком качестве Вы участвовали в дорожно-транспортном происшествии? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого дорожно-транспортного происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
в качестве пешехода	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в качестве велосипедиста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на машине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на мотоцикле или мопеде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на другом транспортном средстве	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Повлияла ли на происшествие собственная спешка, усталость или небрежность? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого дорожно-транспортного происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. В каком месте или в каких обстоятельствах произошло дорожно-транспортное происшествие? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого дорожно-транспортного происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
тротуар	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пешеходная или велосипедная дорожка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пешеходный переход, на перекрестке дороги и велосипедной дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дорога или улица жилого района	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дорога за пределами жилого района	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шоссе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другое, напр. открытая парковка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двор многоквартирного или одноэтажного дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
открытая местность, участок леса или поля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
море, озеро, река или другой водоем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое место, то какое: _____			

101. Какой была самая тяжелая травма, вызванная дорожно-транспортным происшествием? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого дорожно-транспортного происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
без травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
синяки, контузия или раны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растяжение связок, растяжение мышц или вывих, или мышечная травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перелом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сотрясение мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма в области головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ожог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
душевные травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какая-то другая травма, то какая:			

102. Какое лечение Вы получали по поводу полученных травм? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого дорожно-транспортного происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
лечение домашними способами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у дежурного врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в отделении больницы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в хирургическом отделении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. Находились ли Вы под влиянием алкоголя, наркотиков или лекарств, влияющих на координацию движений, когда произошло дорожно-транспортное происшествие?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

104. Происходил ли с Вами в течение последних 12 месяцев какой-либо несчастный случай на работе? Учитывайте также несчастные случаи, которые произошли по дороге на работу, на стажировке, в ситуации, связанной с обучением, на волонтерской работе и в других подобных ситуациях.

- нет (перейдите к вопросу 112. Раздел Другие несчастные случаи, происходящие в свободное время)
- да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? _____ раз

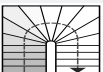


105. Как произошел несчастный случай на работе? Если с Вами произошло несколько несчастных случаев на работе в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая на работе, отметьте, выбрав подходящий к каждому случаю вариант (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3). Выберите вариант, наиболее близко описывающий каждый несчастный случай.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
обрушение конструкций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
падение, скольжение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
падение с высоты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
падающий предмет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
зацепление, защемление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ушиб об острый предмет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
резкое движение, поднятие тяжести	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое последствие, то какое:			

106. Повлияла ли на несчастный случай на работе собственная спешка, усталость или небрежность?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. В каком месте или в каких обстоятельствах произошел несчастный случай на работе? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая на работе.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
на рабочем месте за пределами дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по дороге на работу или с работы домой, во время поездки, связанной с работой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
при работе на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
винтовая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
межэтажная прямая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двухмаршевая лестница с промежуточной площадкой во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое место, то какое: _____			

108. Какой была самая тяжелая травма, вызванная несчастным случаем на работе? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая на работе.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
без травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
синяки, контузия или раны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растяжение связок, растяжение мышц или вывих, или мышечная травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перелом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сотрясение мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма в области головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ожог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
душевные травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какая-то другая травма, то какая: _____			

109. Какое лечение Вы получали по поводу полученных травм? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая на работе.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
лечение домашними способами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение у дежурного врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в отделении больницы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение в стационаре (в хирургическом отделении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Была ли заранее известна опасность, приведшая к несчастному случаю?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111. Есть ли у Вас возможность повлиять на вопросы безопасности на рабочем месте?

- да
 нет

ДРУГИЕ НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ

112. Происходили ли с Вами другие несчастные случаи в свободное время в течение последних 12 месяцев? Имеются в виду другие несчастные случаи, произошедшие в свободное время, помимо травм, полученных во время занятий спортом, на работе или дома, или во время дорожно-транспортного происшествия, например, если Вы поскользнулись, когда делали покупки в торговом центре, или были травмированы во время субботника, или в палаточном походе, или когда катались на лодке, или путешествовали с трейлером.

- нет (перейдите к вопросу 117. Раздел Пропуски из-за болезни)
 да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? _____ раз

113. Как произошел несчастный случай в свободное время? Если с Вами в свободное время произошло несколько несчастных случаев в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая в свободное время, отметьте, выбрав подходящий к каждому случаю вариант (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3).

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
Вы споткнулись, упали, поскользнулись или свалились с небольшой высоты (до 1 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
свалились с высоты более 1 м	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
столкнулись с человеком или предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отравились или подверглись воздействию другого вредного вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
получили удар электрическим током	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
экстремальная температура; ожог (огонь, горючие газы и т.д.), обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма, нанесенная острым предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое последствие, то какое:			

114. Повлияла ли на несчастный случай на работе собственная спешка, усталость или небрежность?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

115. В каком месте или при каких обстоятельствах произошел несчастный случай в свободное время? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого происшествия.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
велосипедная или пешеходная дорожка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
проезжая часть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дворовая территория или парковка возле общественного здания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дворовая территория или парковка возле жилого дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
открытая местность, участок леса или поля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другое открытое место, напр. остановка, парк или площадь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
внутри общественного здания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
винтовая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
межэтажная прямая лестница во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двухмаршевая лестница с промежуточной площадкой во внутренних помещениях 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какое-то другое место, то какое:			

116. Какой была самая тяжелая травма, вызванная несчастным случаем в свободное время? Выберите вариант, наиболее близко описывающий вашу ситуацию в отношении каждого несчастного случая.

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
без травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
синяки, контузия или раны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
растяжение связок, растяжение мышц или вывих, или мышечная травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перелом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сотрясение мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма в области головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
травма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ожог	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обморожение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
душевные травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если какая-то другая травма, то какая:			

ПРОПУСКИ ИЗ-ЗА БОЛЕЗНИ

Следующие задаваемые нами вопросы касаются пропусков из-за болезни и того лечения, которое Вы получали в связи с произошедшим несчастным случаем, катастрофой или насилием. Если в Вами произошло несколько несчастных случаев в течение последних 12 месяцев, опишите **три самых последних**. Опишите каждый несчастный случай отдельно, обозначив количество дней в отведенном для этого поле в отношении каждого несчастного случая (Несчастный случай 1, Несчастный случай 2 или Несчастный случай 3).

117. Сколько дней Вам пришлось провести в больнице из-за травм?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
Несчастный случай в быту	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай во время занятий спортом	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Дорожно-транспортное происшествие	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай на производстве	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Другой несчастный случай, произошедший в свободное время	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Насилие	_____ дня	_____ дня	_____ дня

118. Сколько дней Вам было трудно или невозможно справиться с обычными ежедневными делами и обязанностями из-за травм? (помимо дней, возможно проведенных в больнице)

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
Несчастный случай в быту	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай во время занятий спортом	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Дорожно-транспортное происшествие	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай на производстве	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Другой несчастный случай, произошедший в свободное время	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Насилие	_____ дня	_____ дня	_____ дня

119. Сколько дней Вы из-за травм не могли выйти на работу (включая дни, проведенные в больнице)?

	Несчастный случай 1	Несчастный случай 2	Несчастный случай 3
Несчастный случай в быту	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай во время занятий спортом	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Дорожно-транспортное происшествие	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Несчастный случай на производстве	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Другой несчастный случай, произошедший в свободное время	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Насилие	_____ дня	_____ дня	_____ дня

НАСИЛИЕ

120. Случалось ли, что кто-то с помощью угроз и шантажа требовал от Вас денег или имущества в течение последних 12 месяцев? Можете выбрать несколько вариантов

- никто
 неизвестный или полужнакомый
 нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга
 другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)

121. Если Вы оказались жертвой насилия в течение последних 12 месяцев, воспользовались ли Вы в связи с этим: Можете выбрать несколько вариантов

- услугами, предлагаемыми какой-либо организацией (напр. Raiskauskriisikeskus, Tukinainen, Tyttöjen talot, Riku, Monika Naiset, кризисные центры, кризисные дежурства, муниципальные сексопатологи и пр.)
 услугами учреждений здравоохранения и социальной службы (напр. дежурной больницы или поликлиники)
 я не был/а жертвой насилия в течение последних 12 месяцев. Можете пропустить следующий вопрос.

122. Как к Вам отнеслись в названных выше местах, в которые Вы обратились для получения услуг? Можете выбрать несколько вариантов

- рационально и профессионально
 с пониманием и поддержкой
 жестоко
 безразлично
 как-то иначе _____

**ДЛЯ МУЖЧИН ОПРОС ЗДЕСЬ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ,
СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.**

С результатами можете ознакомиться по адресу www.thl.fi/ath

**Не забудьте оставить себе титульный лист,
прежде чем отправить анкету.**

Следующие три вопроса касаются только женщин.

123. Сколько раз Вы рожали?

- ни одного
 всего: _____ родов (количество)

124. Были ли у Вас прерывания беременности (аборты)?

- нет
 да _____ сколько

125. Были ли у Вас беременности, закончившиеся выкидышем, или внематочные беременности?

- нет
 да _____ сколько

СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.

С результатами можете ознакомиться по адресу www.thl.fi/ath

**Не забудьте оставить себе титульный лист,
прежде чем отправить анкету.**