



## 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](http://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 cm

вес 6 2 kg

### Дополнительная информация об исследовании:

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

e-mail: [ath-info@thl.fi](mailto:ath-info@thl.fi)

[www.thl.fi/ath/osallistuvalla](http://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. 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"/>

## 6. 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"/>

## 7. Для каких целей Вы используете интернет:

	использую са- мостоятельно	использую с посторонней помощью	не использую
для проведения платежных и иных операций (напр. Интернет-банк, KEELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для получения информации (напр. расписания движения транспорта, информация о здоровье и т.д.)	<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. Были ли у Вас следующие обнаруженные врачом или пролеченные заболевания в течение последних 12 месяцев?

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
инсульт	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>
коронарная болезнь, стенокардия (=боль за грудиной при напряжении)	<input type="checkbox"/>
хондроз коленного сустава или бедра (= артроз)	<input type="checkbox"/>
хондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
длительный бронхит, эмфизема легких	<input type="checkbox"/>
депрессия депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
нарушения памяти (напр. деменция)	<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"/>

#### 15. 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"/>
головокружение	<input type="checkbox"/>
сильная дрожь	<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.

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

	все время	боль- шую часть времени	значи- тельную часть вре- мени	неко- торое 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"/>

**17. Чувствуете ли Вы себя одиноким:**

- никогда  
 очень редко  
 иногда  
 довольно часто  
 постоянно

**18. 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.

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

- нет  
 да

## РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ

20. 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"/>

21. 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

22. 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.

	супруг/а, 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"/>

23. 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.

- нет (можете перейти к вопросу 25)  
 да, супруге/у  
 да, детям или внукам  
 другим людям, кому? \_\_\_\_\_

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

- нет
- да

## 25. 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"/>

## 26. 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"/>
подняться по лестнице на один этаж без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе летом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе зимой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пользоваться общественным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
передвигаться по квартире из комнаты в комнату	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 27. Способны ли Вы обычно выполнять следующие действия в течение дня?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
выполнять легкую работу по дому (напр. пылесосить, мыть посуду, заправлять постель, стирать)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
делать дома небольшой ремонт (напр., заменить лампочку или батарейку пожарного сигнализатора)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вести ежедневные финансовые дела (напр. оплачивать счета, снимать со счета наличные деньги)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ходить в магазин за продуктами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
готовить или подогревать себе пищу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пережевывать пищу – (любую, в том числе напр. ржаные хлебцы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мыться в душе, ванной или сауне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
заботиться о личной гигиене– (напр. причесываться, чистить зубы, бриться, умываться и мыть руки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
стричь ногти на ногах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
одеваться и раздеваться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ходить в туалет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
заботиться о приеме лекарств – (напр. не забывать принимать лекарство, правильная дозировка, открывать упаковку с лекарствами)	<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"/>				
я воспринимаю новую информацию и обучаюсь новым навыкам	<input type="checkbox"/>				
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>				

## 29. Нужна ли Вам помощь в домашних делах ввиду снижения работоспособности и получаете ли Вы такую помощь?

- не нужна и не получаю
- помощь нужна, но не получаю
- получаю помощь, но недостаточно
- получаю достаточную помощь
- мне хватило бы помощи и в меньшем объеме

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРИВЫЧКИ

Следующие два вопроса (30-31) ставят целью определить, насколько активно Вы двигаетесь. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, то выберите вариант, который наиболее соответствует вашей обычной ситуации.

### 30. Как часто Вы гуляете на свежем воздухе не менее 20 минут?

- 5 раз в неделю раз или чаще
- 4 раза в неделю
- 3 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- реже, чем раз в неделю
- я не могу активно двигаться из-за травмы или болезни

**31. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время? Выберите максимально подходящий для Вас вариант.**

- 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
- я в основном лежу в постели

**32. 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 Culinesse)	<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"/>

**33. Кто обычно готовит Вам еду для основного приема пищи?**

- сам/а
- супруг/а или партнер по гражданскому браку
- другой близкий человек
- социальный помощник по дому или готовую еду доставляют домой
- я обедаю за пределами дома или приношу готовую еду домой

**34. Сколько у Вас осталось своих зубов?**

- ни одного своего зуба
- своих зубов 1–9 шт.
- своих зубов 10–19 шт
- 20 или больше своих зубов

**35. Есть ли у Вас съемные протезы?**

- нет
- да

**36. 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

**37. 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 медицин- ский работ- ник	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"/>

**38. Сколько часов Вы обычно спите в течение суток?**

в среднем \_\_\_\_\_ часов

**39. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?**

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

**40. Вы когда-нибудь курили?**

- нет (если Вы не курили, можете перейти к вопросу 43)
- да

**41. 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

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

- да, ежедневно
- время от времени
- нет, не курю

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

- нет (можете перейти к вопросу 48)
- да

**44. 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

**45. 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

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

**46. 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

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

**47. 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)
А-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)

Следующие вопросы касаются азартных игр. АЗАРТНЫЕ ИГРЫ - это, например, лотереи, такие как Lotto или Кено, 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.

**48. 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

**49. 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 домашни- ми сред- ствами	да, лечение у фельдше- ра / медсе- стры	да, лечение у врача	да, лечение в больнице
дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
во время занятий спортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другом месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 50. Пользуетесь ли Вы следующими защитными средствами?

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

### 51. Используете ли Вы следующие вспомогательные средства? Можете отметить несколько вариантов ответа

- палку при ходьбе, опорные трости или костыли
- роллатор или самокат
- кресло-коляску
- слуховой аппарат
- коробочку для дозирования лекарств

### 52. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев падать при ходьбе?

- мне не приходилось падать
- да, внутри дома, сколько раз? \_\_\_\_\_ раза
- да, во дворе дома, сколько раз? \_\_\_\_\_ раза
- да, на улице или в общественном месте, сколько раз? \_\_\_\_\_ раза

**53. 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"/>	_____	_____	_____

**54. 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

## НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

**55. 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 общем оказываются хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В Финляндии социальные услуги в общем оказываются хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56. 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"/>
уход и социальное обслуживание на дому (напр. уход, приготовление пищи и другая помощь по дому, услуги по реабилитации, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<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"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
координация предоставления услуг и консультирование	<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"/>

**57. 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"/>				
дороговизна услуг	<input type="checkbox"/>				

**58. 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"/>				
дороговизна услуг	<input type="checkbox"/>				

**59. 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"/>				
на приеме у фельдшера или медсестры	<input type="checkbox"/>				

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

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

**61. 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

**62. 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

**63. 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"/>				
меня обследовали достаточно быстро	<input type="checkbox"/>				
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>				
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами	<input type="checkbox"/>				

**64. 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"/>				
на приеме у медперсонала стоматологии или гигиениста полости рта	<input type="checkbox"/>				

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

- нет  
 да

**66. 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"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашу способность удерживать равновесие (напр. в положении стоя)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вашу память	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. 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
скрининг на рак кишечника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
маммография (скрининг рака молочной железы) для женщин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAP-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"/>

**68. Проводилась ли для Вас положенная по закону оценка потребности в предоставлении услуг? Выберите только один вариант**

- да, в течение последних 12 месяцев
- да, не менее года (12 месяцев) назад
- нет

**69. 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"/>

**70. 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 72)

**71. 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 пользовался/ пользовалась социальными услугами)
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>				
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>				
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами	<input type="checkbox"/>				

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Просим Вас при ответе на следующие вопросы (72-74) подумать о вашей жизни в течение последних двух недель.

**72. Как Вы оцениваете качество своей жизни?**

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

**73. Насколько Вы довольны:**

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

## 74. 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"/>				
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения ваших потребностей?	<input type="checkbox"/>				

Следующие три вопроса 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.

## НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ В БЫТУ

**75. 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 82. Раздел Дорожно-транспортные происшествия)
- да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? \_\_\_\_\_ раз

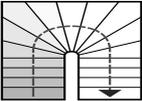
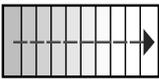
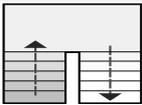
**76. Как произошел несчастный случай в быту? Если с Вами произошло несколько несчастных случаев в быту в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних.** *Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая в быту, отметьте, выбрав подходящий к каждому случаю вариант (Несчастный 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, горячие 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: _____			

**77. 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"/>

**78. 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: _____			

**79. 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:	_____	_____	_____

**80. 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"/>

**81. 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

**82. 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 90. Раздел Другие несчастные случаи, происходящие в свободное время)
- да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? \_\_\_\_\_ количество

**83. Как произошло ДТП? Если Вы попадали 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: _____			

**84. 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"/>

**85. 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"/>

**86. 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:	_____	_____	_____

**87. 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:	_____	_____	_____

**88. 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"/>

**89. 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"/>

## ДРУГИЕ НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ

**90. 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 95. Раздел Пропуски из-за болезни)
- да, Сколько раз всего в течение последних 12 месяцев? \_\_\_\_\_ раз

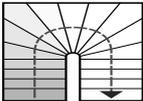
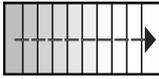
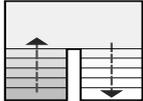
**91. Как произошел несчастный случай в свободное время? Если с Вами в свободное время произошло несколько несчастных случаев в течение последних 12 месяцев, опишите три самых последних. Ваш ответ, касающийся каждого отдельного несчастного случая в свободное время, отметьте, выбрав подходящий к каждому 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: _____			

**92. 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"/>

**93. 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 _____			

**94. 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).

### 95. 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
Дорожно-транспортное происшествие	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Другой несчастный случай, произошедший в свободное время	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Насилие	_____ дня	_____ дня	_____ дня

### 96. 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
Дорожно-транспортное происшествие	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Другой несчастный случай, произошедший в свободное время	_____ дня	_____ дня	_____ дня
Насилие	_____ дня	_____ дня	_____ дня

## НАСИЛИЕ

97. 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)

**98. 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.

**99. 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 \_\_\_\_\_

**100. Вы самостоятельно заполняли анкету или Вам кто-то помогал?**

- я заполнил/а самостоятельно
- я заполнил/а вместе с супругом/ой
- я заполнил / а вместе с каким-нибудь другим родственником
- я заполнил/а вместе с медсестрой или социальным работником
- мне помог другой человек

Кто (напр. сосед)? \_\_\_\_\_

**СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.**

**С результатами можете ознакомиться по адресу [www.thl.fi/ATN](http://www.thl.fi/ATN)**

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