

РЕГИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ, ATH 2015

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/2014a, 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 поставьте "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

АНКЕТНЫЕ ДАННЫЕ

Национальный институт здоровья и социального благополучия

1. Пол

- муж.
- жен.

2. Год рождения 19 _____

3. Семейное положение

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

4. Сколько лет в сумме Вы учились в школе и других учебных заведениях очно?

Включая начальную и основную школу.

лет _____

5. Где Вы живете в настоящее время:

- в квартире, принадлежащей Вам на правах собственности (или в квартире, принадлежащей живущему в данной квартире члену семьи)
- в арендованной квартире (принадлежащей муниципалитету или некоммерческой организации, или частному лицу)
- в сестринском доме ухода, реабилитационном центре или в доме престарелых
- в каком-либо другом месте, где: _____

6. Сколько человек в вашем домохозяйстве (не считая Вас) относится к следующим возрастным группам

	ни одного	1 чел.	2 чел.	3 чел.	4 чел.	5+ чел.
до 3 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 3 до 6 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 7 до 17 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 18 до 24 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 25 до 64 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 65 до 74 лет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 75 и старше	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ждете ли Вы или Ваша жена/гражданская жена в настоящее время ребенка?

- нет
- да

8. В настоящее время Вы в основном:

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

9. Ваша последняя/нынешняя профессия /форма работы?

- наемный работник частное предприятие
 публичная корпорация, государство или государственное предприятие
 предприниматель в сельском хозяйстве публичная корпорация, муниципалитет или муниципальное предприятие
 другой предприниматель
 индивидуальный предприниматель или «свободный художник»
 неоплачиваемая работа в фирме члена семьи
 никогда не работал/а в какой-либо профессии
 что-то другое, что: _____

УСЛОВИЯ ЖИЗНИ, УСЛОВИЯ ТРУДА И БЛАГОПОЛУЧИЕ

10. Домохозяйство может иметь различные источники дохода, и доходы могут быть у нескольких членов домохозяйства. Если учесть все доходы Вашего домохозяйства, удастся ли Вам за их счет покрыть расходы:

- с большим трудом
 с трудом
 довольно трудно
 довольно легко
 легко
 очень легко

11. 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"/>

12. 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 транспорта, запах или пыль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления 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"/>
окружающая среда грязь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохое состояние зданий или жилого района	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
угроза, вызванная хищниками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другое, что именно? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Насколько вы довольны:

	очень доволен	скорее доволен	не определился/лась	скорее недоволен	очень недоволен
безопасностью жилого района	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
расходами на проживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Есть ли в Вашем домохозяйстве связь с интернетом?

- нет
 да

15. Для каких целей Вы используете интернет:

	нет	да
для проведения платежных и иных операций (напр. Интернет-банк, KELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<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"/>

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

	почти ежедневно	1-2 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"/>

17. 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)?

- неj -> можете пропустить три следующих пронумерованных вопроса
 да, активно
 да, иногда

18. Как часто Вы участвовали в деятельности следующих организаций, объединений, групп и т.д. в течение последних 12 месяцев?

	не участво- вал/а	реже, чем раз в месяц	1-3 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3 раза в неделю или чаще
спортивный клуб или общество	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
культурные общества и организации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
политическое объединение или профсоюз (напр. PAM, JHL, Akava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организация безработных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
церковная община	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
объединения пожилых людей (напр. организации пенсионеров или ветеранов, другие организации по уходу за пожилыми людьми)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организация, работающая с детьми, молодежью или семьями (напр. Mannerheimin Lastensuojeluliitto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организации, работающие в сфере здравоохранения или объединяющие больных (напр. SPR, Suomen Diabetesliitto, Sydänliitto, Allergia ja astmaliitto ry)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организации, работающие в сфере душевного здоровья или борьбы с алкоголем и наркотиками (напр. Suomen mielenterveysseura, A-klinikkasäätiö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организации инвалидов (напр. Invalidiliitto, Näkövammaisten Keskusliitto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
организации, объединяющие родственников больных (напр. Omaishoitajat ja Läheiset - liitto, Omaiset mielen-terveystyön tukena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
неформальная группа по интересам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Если Вы участвовали в деятельности указанных выше организаций в течение последних 12 месяцев, откуда Вы впервые узнали об их существовании? Можете выбрать несколько вариантов

- Поиск в интернете (напр. на сайте организации или в социальных сетях типа Facebook, на форумах и т.д.)
 из собственных газет организаций, местных газет или других СМИ
 от родственников или знакомых
 в учреждениях здравоохранения, социальной службе или службе занятости (напр. по рекомендации врача, медсестры или социального работника)
 в другом месте, в каком _____

20. Почему Вы участвовали в деятельности организаций в течение последних 12 месяцев? Выберите самые важные для Вас причины.

- хочу помогать другим людям
 хочу научиться чему-то или узнать что-то новое
 хочу познакомиться с новыми людьми
 хочу быть членом какой-либо группы
 хочу участвовать в занятиях моего ребенка или моих детей
 хочу встречаться с другими людьми, которые находятся в такой же ситуации и получать от них помощь
 хочу влиять на дела общества
 волонтерская работа в организации полезна для учебы и /или работы
 получаю помощь/поддержку в трудной ситуации
 это приятная, веселая и/или развивающая деятельность
 другая причина, какая? _____

21. Почему Вы не участвуете в деятельности организаций? Если Вы участвуете в деятельности организаций, перейдите к следующему вопросу.

Можете выбрать несколько вариантов ответов

- не чувствую такой потребности
 интересующей меня деятельности нет в моем ближайшем окружении
 у меня нет достаточной информации о деятельности организаций в моем ближайшем окружении
 из-за недостатка времени
 из-за плохого транспортного сообщения
 плохое здоровье или болезнь близких не дают участвовать
 другая причина, какая? _____

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.

	супруг/а, партнер	кто-либо из близких	близкий друг	близкий товарищ 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 получите практическую помощь, когда она Вам понадобится?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Приходилось ли Вам помогать кому-либо, кто не живет с Вами в одном домохозяйстве, делать что-то из перечисленного ниже в ваше свободное время в течение последних 12 месяцев? Если да, то кому? Можете выбрать несколько вариантов в каждой строке .

	нет	да, родителям, своим или супруга/и	да, дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и	да, детям или внукам	да, другим людям
уход за детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
домашняя работа и работа в саду (приготовление пищи, уборка, уход за садом, уборка снега и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поход в магазин, в банк и т.п.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ежедневные заботы (одевание, умывание, прием лекарств и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моральная помощь (выслушать и поддержать в трудной ситуации)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
материальная помощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Как часто Вы помогали кому-либо, кто не живет с Вами в одном домохозяйстве, в течение последних 12 месяцев? Выберите в каждой строке только один вариант .

	ни разу	один или несколько раз в год	один или два раза в месяц	один или два раза в неделю	каждый или почти каждый день
родителям, своим или супруга/и	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
детям или внукам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другим людям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. 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 пропустить следующий вопрос
- да, супруге/у
- да, детям или внукам
- да, родителям, своим или супруга/и
- да, дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и
- другим людям, кому? _____

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

- нет
- да

Далее вопросы будут касаться Вашей работы.

27. 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"/>

28. Насколько Вы довольны своей нынешней/ последней работой?

- очень доволен/довольна
- почти доволен/ довольна
- не очень доволен/ довольна
- скорее недоволен/ недовольна
- очень недоволен/ недовольна
- я никогда не работал/а по найму

29. Сколько раз Вы нанимались на временную работу в течение последних двух (2) лет? Сосчитайте все случаи устройства на временную работу и все случаи продления временной работы. Временная работа – это работа, которая длится до определенной даты.

всего: _____

30. Являются ли приведенные ниже утверждения правильными в отношении Вас? Выберите правильный вариант в каждом пункте

	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, пока 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"/>
чувствую свою некомпетентность как родителя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. 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"/>

32. Насколько Вы доверяете следующим органам и их деятельности?

Выберите вариант, который соответствует вашему мнению:

не доверяю совсем --- доверяю полностью

	нисколько не доверяю			доверяю полностью		
государственное здравоохранение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
государственная социальная защита (напр. социальные услуги, пособия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
правовая система	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
полиция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
муниципальные власти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
людям вообще	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ЗДОРОВЬЕ

33. Каков Ваш рост? _____ см Отметьте с точностью до сантиметра

34. Сколько Вы весите в легкой одежде?

_____ kg Отметьте с точностью до килограмма

35. Как Вы считаете, в настоящее время Ваше состояние здоровья:

- хорошее
 довольно хорошее
 среднее
 довольно плохое
 плохое

36. Были ли у Вас в течение последних 12 месяцев следующие обнаруженные врачом или требовавшие лечения заболевания?

	нет	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
коронарная болезнь, стенокардия (=боль за грудиной при напряжении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
суставной ревматизм, другое воспаление суставов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
хондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
длительный бронхит, эмфизема легких	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другая проблема с душевным здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	нет	да
температура (выше 38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
головная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жидкий стул (не менее трех раз в течение суток) в течение хотя бы одних суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рвота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боль в суставах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боль, ломота в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
зубная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боль за грудиной при напряжении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бессонница	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
боли в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
проблемы с недержанием мочи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
звон (шум) в ушах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- нет
 да

С помощью следующих вопросов собирается информация, которая необходима для профилактики инфекционных заболеваний, а также для развития медицинских услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.

39. Сколько у вас было сексуальных партнеров в течение последних 12 месяцев?

- всего _____
 ни одного --> можете пропустить два следующих пронумерованных вопроса

40. Были ли у вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев

- с мужчиной / мужчинами
 с женщиной / женщинами
 и с мужчиной / мужчинами, и с женщиной / женщинами

41. Какой/какие способы контрацепции были вами использованы во время последнего полового акта (укажите способ, использованный Вами и Вашим партнером)? Можете выбрать несколько вариантов

- презерватив
 противозачаточные таблетки, кольцо или капсулы
 спираль
 стерилизация
 какой-либо другой способ (диафрагма, химическая контрацепция и пр.)
 никакого, мы хотим ребенка/планируем беременность
 никакого, по другой причине

42. Когда специалист сферы здравоохранения в последний раз измерял у Вас:

Выберите только один вариант в каждой строке.

	в течение последних 12 месяцев	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 кровис	<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"/>

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

43. Сколько времени в течение последних 4 недель:

Выберите только один вариант в каждой строке.

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	не-долго	такого не было
Вы были очень нервными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали 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"/>

44. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
 очень редко
 иногда
 довольно часто
 постоянно

45. 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 .

	нет	да
46. Появлялись ли у Вас мысли о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ

47. 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"/>
пробежать большое расстояние (больше половины километра, 500м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Предположим, что максимальная работоспособность получает 10 баллов. Какое количество баллов Вы дали бы своей теперешней трудоспособности при шкале 0–10? 0 означает, что в настоящее время Вы вообще не способны работать.

_____ баллов

49. 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 требований к физическому состоянию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с точки зрения требований к моральному состоянию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Считаете ли Вы, что сможете по состоянию здоровья работать по профессии до достижения пенсионного возраста? Если Вы не работаете, ответьте по ситуации с последней работой.

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

ЕДА

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

	ни разу	1–2 дня	3–5 дней	6–7 дней
Как часто Вы использовали следующие продукты и напитки в течение последних 7 дней?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мелкие 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 масла и растительных масел (напр. Oivariini)	<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"/>

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

- да
 нет
 я не работаю и не учусь

53. Где Вы обычно обедаете (между 10 и 15 часами) в будни?

- дома
 в ресторане, баре или бистро
 в столовой на работе или в учебном заведении
 ем продукты, взятые из дому
 в других, не названных здесь, местах
 я не обедаю

ЧИСТКА ЗУБОВ

54. Как часто вы обычно чистите зубы /зубные протезы?

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

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

В данном разделе рассматривается Ваша физическая активность на работе, по дороге на работу и в свободное время. Если Ваша физическая активность меняется в зависимости от времени года, то выберите вариант, который максимально подходит для описания усредненной ситуации.

55. 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.

56. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время?

Не учитывая дороги 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

57. Сколько часов Вы в среднем сидите в будний день? Напишите 0, если совсем не сидите.

	часов
на работе	_____
в свободное время	_____

58. Сколько времени Вы активно двигаетесь в течение недели? Вспомните последний год (12 месяцев).

Учите все случаи регулярно повторяющегося в течение недели физического напряжения, которое длится каждый раз не менее 10 минут. Отметьте все варианты, которые характерны для Вашей ситуации, и впишите на черточки, время, в течение которого происходит такая двигательная активность (сколько дней в неделю, сколько часов и минут в течение одной недели). Если Вы практически не делаете в течение недели ничего, что требовало бы регулярного физического напряжения, то отметьте вариант «никакой регулярной двигательной активности каждую неделю» и не отмечайте другие варианты.

	сколько дней в неделю	всего за неделю часов и минут
<input type="checkbox"/> никакой регулярной двигательной активности каждую неделю		
<input type="checkbox"/> неторопливое и спокойное движение на выносливость (= без пота и учащения дыхания, напр. спокойная ходьба)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы _____ минут
<input type="checkbox"/> быстрое и энергичное движение на выносливость (= выступает пот и/или учащается дыхание, напр. быстрая ходьба)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы _____ минут
<input type="checkbox"/> требующее сил и нагрузок движение на выносливость (= сильное потоотделение и/или учащение дыхания, напр. пробежка или бег)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы _____ минут
<input type="checkbox"/> упражнения для мышц (= напр. силовые упражнения с собственным весом или в тренажерном зале, когда упражнения для различных групп мышц повторяют не менее 8-12 раз)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы _____ минут
<input type="checkbox"/> упражнения для мышц (= напр. силовые упражнения с собственным весом или в тренажерном зале, когда упражнения для различных групп мышц повторяют не менее 8-12 раз)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы _____ минут

ТАБАК

59. Вы когда-нибудь курили?

- нет (если Вы не курили, перейдите в следующий раздел)
 да

60. 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 _____

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

- да, ежедневно
 время от времени
 нет, не курю

АЛКОГОЛЬ И ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

62. Употребляли ли Вы алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет-> Можете пропустить четыре следующих пронумерованных вопроса
 да

63. 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

64. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь?

Обратите внимание на 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

65. 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

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

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 Алко, содержание алкоголя более 4,7%)	_____ бутылок (à 33 cl)
вино	_____ бокалов (1 glas= ca 12 cl)
водка или другой крепкий алкоголь	_____ ресторанных (ca 4 cl)

67. Употребляли ли Вы каннабис (гашиш, марихуану) в течение последних 12 месяцев?

- никогда не употреблял
 нет
 да

АЗАРТНЫЕ ИГРЫ это, например, лотереи, такие как Lotto или Keno, игровые автоматы и другие игры на удачу, тотализатор по приему ставок на спортивные соревнования и скачки, заключение пари на деньги, казино и игры типа покера, в которые играют через интернет.

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

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

ИЗМЕНЕНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПРИВЫЧЕК

69. 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/ мед-сестра или врач по проф. заболеваниям	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровую диету	<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"/>
пить меньше 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"/>

СОН

70. Сколько часов Вы обычно спите в течение суток?

в среднем часов _____

71. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

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

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

72. Приходилось ли Вам попадать в ситуацию, связанную с получением травмы, в течение последних 12 месяцев? Что это была за ситуация и какое лечение Вы получили в связи с травмой? Можете выбрать несколько вариантов ответа.

	нет	да, лечение домашними средствами	да, лечение у фельдшера/медсестры	да, лечение у врача	да, лечение в больнице
в рабочее время, за пределами дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в свободное время, дома, в помещении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в свободное время, во дворе дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в свободное время, при занятиях спортом, за пределами дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другое время, в другом месте:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	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 физическим насилием по телефону, в письме, по электронной почте или с помощью СМС-сообщения	<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"/>
Вел себя агрессивно как-то иначе, опишите одним словом:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. 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"/>

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

75. 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: Если не были ни разу, укажите 0 раз. Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.

	на приеме у врача	на приеме у фельдшера или медсестры
в отделе профилактики профзаболеваний	_____ раз	_____ раз
в поликлинике	_____ раз	_____ раз
в частной клинике	_____ раз	_____ раз
в поликлинике при больнице	_____ раз	_____ раз
посещение больного на дому медперсоналом или врачом	_____ раз	_____ раз
в другом месте, в каком:	_____ раз	_____ раз

76. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев:

	нет	да
к стоматологу в поликлинике	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к частному стоматологу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к другому стоматологу (в университете, больнице и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к зубному технику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к медперсоналу стоматологии или гигиенисту полости рта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев по поводу проблем с душевным здоровьем или употреблением психоактивных веществ?

нет --> можете перейти к следующему вопросу.

Можете выбрать несколько вариантов ответа	да, по поводу проблем с душевным здоровьем	да, по поводу проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ
в поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в отдел профилактики профзаболеваний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в структуру студенческого здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в бюро душевного здоровья или в психиатрическую поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в А-клинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в частную клинику (к врачу, психологу или другое)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в психиатрическую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение, направленное на прекращение употребления ПАВ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другие места, предлагающие лечение, где:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Приходилось ли Вам участвовать регулярно в какой-либо групповой деятельности для улучшения своего здоровья и благополучия в течение последних 12 месяцев? Отдельная лекция или беседа не учитывается.

нет --> можете перейти к следующему вопросу

	да, это было полезно	да, это было бесполезно
группа или курс для желающих похудеть или следить за своим весом или стремящихся питаться здоровой пищей и активно двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа или курс для тех, кто борется с проблемами шейного отдела позвоночника или спины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа или курс для бросающих курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для тех, кто борется со злоупотреблением алкоголем (напр. АА)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для тех, кто решил отказаться от других ПАВ (напр. НА)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для игроманов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для тех, кто сам себя лечит (напр. группа больных с заболеваниями сердечнососудистой системы, диабетиков, душевнобольных)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа релаксации для снятия физической и психической усталости (напр. йога, пилатес, майндфулнес, медитация)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа поддержки для тех, кто переживает развод, потерю близких или другой кризис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другая:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев получали достаточную информацию об услугах, предлагаемых вашим муниципалитетом?

	не было необходимо-ности	информации было недостаточ-но	информация была достаточной
услуги здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги учреждений дневного ухода	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
образовательные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
библиотечные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере культуры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере физкультуры и спорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги отдела по работе с молодежью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев получали в Вашем месте проживания в достаточной мере следующие услуги?

	не было необходимо-ности	потребность в услуге была, но услугу не получили	услугой воспользо-лись, но она была недостаточной	услугой воспользо-лись, она была достаточной
библиотечные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, связанные с занятиями спортом внутри помещения (напр. крытые бассейн, тренажерный зал)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, связанные с занятиями спортом на открытом воздухе (напр. стадионы, маршруты для прогулок)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере культуры (напр. фильмы, театры, концерты, выставки и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
общественные и рабочие училища	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предназначенные для молодежи, помещения для молодежи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
детские игровые площадки или скверы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев получали в достаточной мере следующие социальные услуги и услуги в сфере здравоохранения? Учитывайте услуги, предоставляемые муниципалитетом и/или частными организациями

	не было необходи-мости	потребность в услуге была, но услугу не получили	услугой пользовались, но она была недостаточной	услугой пользовались, она была достаточной
прием врача поликлиники	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
прием медсестры поликлиники	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
стоматология	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
физиотерапия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
профилактика профзаболеваний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, связанные с душевным здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение и реабилитация лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
прием социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги социального агента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги агента пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
планирование семьи или консультация по профилактике	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
женская и детская консультация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечение зубов у детского стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
семейная консультация и воспитание детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
муниципальные детские дошкольные учреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группы продленного дня для школьников	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги на дому для семей с детьми, работа с семьей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
школьное здравоохранение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
здравоохранение в учебных заведениях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
забота об учениках (напр. школьный куратор, школьный психолог)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, связанные с душевным здоровьем детей и подростков	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
защита детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие на проживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по уходу за близкими	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультация по ведению хозяйства и реструктуризации долгов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Как часто Вы пользовались следующими услугами сферы культуры в течение последних 12 месяцев?

	один раз в неделю или чаще	1-3 раза в месяц	несколько раз в год	не пользовался в течение последних 12 месяцев
Искусство театра, танца, цирк, и другое сценическое искусство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Концерт классической/концертной музыки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Концерт легкой или рок-музыки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Музей или выставка изобразительного искусства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Библиотека	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кинотеатр	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спортивное мероприятие в качестве зрителя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое культурное событие в качестве зрителя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие одиннадцать (11) вопросов, касающиеся качества жизни, используются в индексе качества жизни Всемирной организации здравоохранения ВОЗ. Он переведен на многие языки и позволяет получать сравнимую в мировом масштабе информацию. Будьте добры и ответьте еще и на следующие вопросы.

83. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

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

84. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недоволен	не опреде- лился/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"/>
возможностями использования общественного и/или другого транспорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. 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"/>
возможностей проведения досуга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Кажется ли Вам, что Ваша жизнь имеет смысл?

- совсем нет
 небольшой
 умеренный
 большой
 очень большой

С помощью следующих десяти (10) вопросов оценивается ваша подверженность воздействию шума и его возможного вредного влияния.

87. Оцените по шкале от 1 до 5, в какой степени в среднем воздействуют на вас следующие источники шума в вашем окружении в быту (НЕ на работе)?

	Не воздействует вообще 1	2	3	4	Воздействует очень сильно 5
Шум, вызываемый движением автомобилей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый железнодорожным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый трамваями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый самолётами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый промышленными предприятиями или портами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый вашими ближайшими соседями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другой шум по соседству (школы, стадионы, рестораны и пр.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Мешают ли вам обычно в быту (НЕ на работе) следующие факторы?

	Не мешает вообще 1	2	3	4	Мешает очень сильно 5
Шум, вызываемый движением автомобилей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый железнодорожным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый трамваями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый самолётами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый промышленными предприятиями или портами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый вашими ближайшими соседями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другой шум по соседству (школы, стадионы, рестораны и пр.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Мешает ли вам обычно шум транспортных средств спать дома (например, не дает заснуть, будит)?

	Не мешает вообще 1	2	3	4	Мешает очень сильно 5
Шум, вызываемый движением автомобилей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум, вызываемый железнодорожным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. На каком этаже вы живете?

Этаж, находящийся на уровне земли, это 1-й этаж, цокольный этаж является 0-ым этажом. Если ваша квартира располагается на нескольких этажах, обозначьте тот этаж, на котором находится ваша спальня.

На _____ этаже

91. Где находится ваша спальня?

- с уличной стороны
 со стороны двора

92. Держите ли вы обычно окно открытым в теплое время года?

- Да
 Нет

93. Слышен ли обычно шум транспортных средств в вашем доме внутри помещений?

Не слышен вообще 1	2	3	4	Слышен очень хорошо 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Влияет ли слышимый в вашем доме шум от транспортных средств на то, сколько времени вы проводите во дворе или на балконе?

- Да
 Нет

94. Оказал ли шум транспортных средств заметное влияние на ваш выбор места жительства?

- Да
 Нет

95. Насколько характерны для вас следующие утверждения?

Выберите в каждом пункте тот вариант, который лучше всего отражает ваше собственное мнение

	Полностью согласен 1	2	3	4	Нет, не согласен 5
Легко просыпаюсь от шума	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Меня раздражает, когда соседи шумят	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Иногда шум действует на нервы, и я чувствую раздражение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я умею сосредотачиваться, чтобы ни происходило вокруг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мне трудно расслабиться в шумном месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я очень подвержен шуму	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.

88. Сколько раз Вы рожали?

Учитываются и обычные роды и кесарево сечение

- ни одного
 родов всего: _____

89. Были ли у Вас прерывания беременности?

- нет
 да, _____ сколько

90. 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.**