



## РЕГИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ, АТН 2014

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](http://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 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

#### Дополнительную информацию, касающуюся данного исследования:

специалист Улла Тьюни, бесплатный номер, тел. 0800 97730 или [ulla.tyyni@thl.fi](mailto:ulla.tyyni@thl.fi)  
исследователь Юкка Мурто бесплатный номер, тел. 0800 97730 или [jukka.murto@thl.fi](mailto:jukka.murto@thl.fi)  
ведущий исследователь, директор по развитию Ристо Кайкконен, тел. 0295248176  
или [risto.kaikkonen@thl.fi](mailto:risto.kaikkonen@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 другом месте (в учреждении и пр.), 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 7 лет	<input type="checkbox"/>					
от 3 до 6 лет	<input type="checkbox"/>					
от 7 до 17 лет	<input type="checkbox"/>					
от 18 до 24 лет	<input type="checkbox"/>					
от 25 до 64 лет	<input type="checkbox"/>					
от 65 до 74 лет	<input type="checkbox"/>					
от 75 и старше	<input type="checkbox"/>					

## УСЛОВИЯ ЖИЗНИ, УСЛОВИЯ ТРУДА И БЛАГОПОЛУЧИЕ

7. 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

8. 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"/>

### 9. 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"/>

### 10. 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"/>
ваши расходы на жилье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. Есть ли в Вашем домохозяйстве связь с интернетом?

- нет  
 да

**12. 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"/>

**13. 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"/>				
по телефону	<input type="checkbox"/>				
по интернету (напр. электронная почта, чат, скайп, фейсбук и т.д.) или по почте	<input type="checkbox"/>				

**14. 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 -> можете пропустить три следующих пронумерованных вопроса
- да, активно
- да, иногда

**15. 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"/>				
культурные общества и организации	<input type="checkbox"/>				
политическое объединение или профсоюз (напр. PAM, JHL, Akava)	<input type="checkbox"/>				
организация безработных	<input type="checkbox"/>				
церковная община	<input type="checkbox"/>				
объединения пожилых людей (напр. организации пенсионеров или ветеранов, другие организации по уходу за пожилыми людьми)	<input type="checkbox"/>				
организация, работающая с детьми, молодежью или семьями (напр. Mannerheimin Lastensuojeluliitto)	<input type="checkbox"/>				
организации, работающие в сфере здравоохранения или объединяющие больных (напр. SPR, Suomen Diabetesliitto, Sydänliitto, Allergia ja astmaliitto ry)	<input type="checkbox"/>				
организации, работающие в сфере душевного здоровья или борьбы с алкоголем и наркотиками (напр. Suomen mielenterveysseura, A-klinikkasäätiö)	<input type="checkbox"/>				
организации инвалидов (напр. Invalidiliitto, Näkövammaisten Keskusliitto)	<input type="checkbox"/>				
организации, объединяющие родственников больных (напр. Omaishoitajat ja Läheiset - liitto, Omaisetsielenterveystyön tukena)	<input type="checkbox"/>				
неформальная группа по интересам	<input type="checkbox"/>				
другая	<input type="checkbox"/>				

**16. 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 раб
- в другом месте, в каком \_\_\_\_\_

**17. 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 веселая и/или развивающая деятельность приятная
- другая причина, какая? \_\_\_\_\_

**18. 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? \_\_\_\_\_

**19. 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"/>

**20. 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 ответа.**

	нет	да, детям или внукам	да, другим людям
уход за детьми	<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"/>
поход в магазин, в банк и т.п.	<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"/>
моральная помощь (выслушать и поддержать в трудной ситуации)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
материальная помощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Как часто Вы помогали кому-либо, кто не живет с Вами в одном домохозяйстве, в течение последних 12 месяцев?**

*Выберите только один вариант в каждой строке.*

	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
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"/>

**22. 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
- другим людям, кому? \_\_\_\_\_

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

- нет
- да



**24. Случалось ли Вам самим получать помощь от кого-либо в течение последних 12 месяцев? От кого? Можете выбрать несколько вариантов ответа.**

я справляюсь без посторонней помощи	ни от кого не получил/а, хотя помощь была нужна	да, от живущих в этом же домохозяйстве членов семьи	да, от членов семьи, живущих в другом домохозяйстве	да, от родственников, друзей или соседей	да, от муниципалитета (напр. патронаж, услуги по транспортировке.)	да, от частного производителя услуг	да, от другой стороны (напр. волонтерской организации)
-------------------------------------	---	---	---	--	--	-------------------------------------	--

домашняя работа и работа в саду (приготовление пищи, уборка, уход за садом, уборка снега и т.д.)

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Поход в магазин, в банк и т.п.

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ежедневные заботы (одевание, умывание, прием лекарств и т.д.)

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

моральная помощь (выслушать и поддержать в трудной ситуации)

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Материальная помощь

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**25. Как часто Вы получаете помощь при выполнении перечисленных выше работ от различных сторон?**

	ни разу	несколько раз в день	каждый или почти каждый день	один или два раза в неделю	один или два раза в месяц	один или несколько раз в год
от живущих в этом же домохозяйстве членов семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от живущих в другом домохозяйстве членов семьи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от родственников, друзей и соседей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от муниципалитета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от частного производителя услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от какой-либо другой стороны (напр. волонтерской организации)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от всех упомянутых сторон вместе взятых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Ходили ли Вы голосовать на предыдущих:**

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

**27. Насколько Вы доверяете следующим структурам или 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

**28. Каков Ваш рост?** *Отметьте с точностью до сантиметра.*

\_\_\_\_\_

**29. Сколько Вы весите в легкой одежде?** *Отметьте с точностью до килограмма.*

\_\_\_\_\_

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

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

**31. 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 коленного сустава или бедра (=артроз)	<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"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. 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"/>
головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сильная дрожь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- нет  
 да

### 34. 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 крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
объем талии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### 35. Сколько времени в течение последних 4 недель:

Выберите только один вариант в каждой строке.

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	недолго	такого не было
Вы 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 спокойным и умиротворенным	<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"/>

### 36. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
- очень редко
- иногда
- довольно часто
- постоянно

**37. 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 .*

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

- нет  
 да

## РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ

**39. 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
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<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"/>

#### 40. 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
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"/>
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"/>

**41. Следующие вопросы касаются Вашей памяти, способности учиться новому и способности сосредотачиваться.**

	очень хорошо	хорошо	удовлетво- рительно	плохо	очень плохо
моя память работает	<input type="checkbox"/>				
восприятие новой информации и обучение новым навыкам проходит у меня	<input type="checkbox"/>				
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>				

**42. 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 не достаточно
- получаю достаточную помощь
- мне хватило бы помощи и в меньшем объеме

## ЕДА

**43. 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 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"/>

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

- дома
- в ресторане, баре или бистро
- в доме сестринского ухода или центре дневного пребывания
- в других, не названных здесь, местах
- я не обедаю

**45. 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

**ЧИСТКА ЗУБОВ**

**46. 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

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

- нет
- да

**48. 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

**ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ**

*В данном разделе рассматривается Ваша физическая активность. Если Ваша физическая активность меняется в зависимости от времени года, то выберите вариант, который максимально подходит для описания усредненной ситуации.*

**49. 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

## 50. 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

## 51. Сколько времени Вы активно двигаетесь в течение недели?

Вспомните последний год (12 месяцев).

Учтите 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 и _____ 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 и _____ 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 и _____ 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 и _____ минут
<input type="checkbox"/> упражнения для координации движений или требующие удержания равновесия (= напр. тай чи, танцы, активные игры, упражнения на равновесие, например, на одной ноге, на неровной поверхности или на корточках)	_____ сколько дней в неделю	всего _____ часы и _____ минут

**52. Сколько часов в среднем Вы сидите в будний день**  
*Напишите 0, если совсем не сидите.*

сиджу в среднем, часов: \_\_\_\_\_

## ТАБАК

**53. Вы когда-нибудь курили?**

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

**54. 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 \_\_\_\_\_

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

- да, ежедневно  
 время от времени  
 нет, не курю

## АЛКОГОЛЬ И ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

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

- нет-> *Можете пропустить четыре следующих пронумерованных вопроса*  
 ja

**57. 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 тот вариант, который больше всего отвечает вашей ситуации.**

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

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

- 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

**59. 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

**60. 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 Alko, содержание алкоголя более 4,7%)	_____ бутылок (à 33 cl)
ВИНО	_____ бокалов (1 glas=ca 12cl)
водка или другой крепкий алкоголь	_____ ресторанных (ca 4 cl)

Следующие вопросы касаются азартных игр. К АЗАРТНЫМ ИГРАМ относятся, например, лотереи, такие как Lotto или Keno, игровые автоматы и другие игры на удачу и на счастливый номер, тотализатор по приему ставок на спортивные соревнования и скачки, заключение пари на деньги, казино и игры, в которые играют через интернет, например, покер.

**61. 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

**62. Предлагал ли кто-либо Вам 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

**63. Сколько часов Вы обычно спите в течение суток:**

в среднем часов: \_\_\_\_\_

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

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

**НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ**

**65. Происходил ли с Вами в течение последних 12 месяцев какой-либо несчастный случай, потребовавший наблюдения или ухода со стороны профессиональных медицинских работников? В какой ситуации произошел несчастный случай, и какое лечение Вы получили по поводу травм? Можете выбрать несколько вариантов.**

	нет	да, лечение домашними средствами	да, лечение у фельдшера или медсестры	да, лечение у врача	да, лечение в больнице
за пределами дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
внутри дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
во дворе дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
при занятиях физкультурой, 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"/>

**66. 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 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"/>
как-то иначе вел себя агрессивно, опишите одним словом:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**67. Подвергались ли Вы в течение последних 12 месяцев попыткам шантажа или угрозам с целью вымогательства денег или имущества? Можете выбрать несколько вариантов ответа.**

- нет
- со стороны неизвестных или полужнакомых
- со стороны нынешнего партнера или супруга/и или друга/подруги
- со стороны другого хорошо знакомого человека (другого члена семьи, бывшего супруга/и, друга, знакомого, товарища по работе)

**68. 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"/>				
защиту бедра	<input type="checkbox"/>				

**69. Используете ли Вы следующие вспомогательные средства?**

*Можете отметить несколько вариантов ответа.*

- роллатор
- палку при ходьбе (или костыли)
- финские санки или роллер
- слуховой аппарат
- коробочку для дозирования лекарств
- не использую ничего из названных выше предметов

В следующих вопросах под падением понимают падение из положения стоя на колени или на землю, или падение на лестнице, но не падение под влиянием внешней силы, например, при столкновении с автомобилем.

**70. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев падать при ходьбе?**

нет-> можете пропустить следующий вопрос

да, коdvнутри дома \_\_\_\_\_ раза

да, во дворе дома \_\_\_\_\_ раза

да, на улице или в общественном месте \_\_\_\_\_ раза

**71. Приходилось ли Вам из-за падения обращаться за врачебной помощью?**

нет, для лечения применялись домашние средства

да, на приеме у фельдшера или медсестры

да, на приеме у врача

да, в больнице

## НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

**72. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни 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 поликлинике	_____ раза	_____ раза
в частной клинике	_____ раза	_____ раза
в поликлинике при больнице	_____ раза	_____ раза
посещение больного на дому медперсоналом или врачом	_____ раза	_____ раза
в другом месте, в каком: _____	_____ раза	_____ раза

**73. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы из-за своей болезни были на связи по телефону: Если не были ни разу, то укажите 0 раз.**

с врачом \_\_\_\_\_ раза

с фельдшером или медсестрой \_\_\_\_\_ раза

**74. 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"/>

**75. Считаете ли Вы, что в настоящее время Вы нуждаетесь в лечении зубов?**

нет

да

**76. 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

**77. 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 пропустить следующий вопрос

	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. AA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для тех, кто решил отказаться от других ПАВ (напр. NA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
группа для игроков	<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"/>
другой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	har inte be- hövt	informationen har inte varit tillräcklig	informatio- nen har varit tillräcklig
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"/>

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

	не было необходи- мости	потребность в услуге была, но услугу не получили	услугой пользовались, но она была недостаточной	услугой пользовались, 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"/>

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

	не было необходимости	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"/>
лечение зубов	<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"/>
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"/>
Отделение для лежачих больных поликлиники/больницы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поликлиника больницы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дом для престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помощь на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уход за больными на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
цикл реабилитации в учреждении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
центры дневного пребывания и центры сестринского ухода за престарелыми, клубы жилого квартала	<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"/>

## 81. 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.

## 82. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

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

### 83. Насколько Вы довольны:

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

### 84. 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"/>				
возможностей проведения досуга	<input type="checkbox"/>				

### 85. Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?

- совсем нет
- небольшой
- умеренный
- большой
- очень большой

### 86. 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 патронажной сестрой
- Мне помог другой человек. Кто (напр. сосед)? \_\_\_\_\_



## **СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.**

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

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

