


## FinSote – НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ, БЛАГОСОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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/finsote/vastaa](http://www.thl.fi/finsote/vastaa), для регистрации Вам понадобится код анкеты, который находится в верхней части этой страницы. Пароль Вы найдете в сопроводительном письме.

### ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ОТВЕЧАЮЩИХ

- На вопросы необходимо отвечать следующим образом: Шариковой ручкой поставьте крестик в квадратике подходящего варианта ответа или внесите запрашиваемые данные в отведенное для них место.
-  Если Вы сделали пометку в квадратике ответа ошибочно, то просим Вас заштриховать весь квадратик.
- На каждый вопрос нужно выбрать только один, наиболее подходящий ответ, если в вопросе отдельно не указано, что можно выбрать несколько вариантов ответа.
- Некоторые вопросы снабжены дополнительными инструкциями, касающимися ответа. Помните, что необходимо ответить на все вопросы. Зафиксируйте также отрицательный ответ, поставив крестик в квадратике варианта «нет» или написав «0» в поле, отведенном для ответа.

#### 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:**

[www.thl.fi/finsote/osallistuvalla](http://www.thl.fi/finsote/osallistuvalla) (на фин. яз.)

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

[finsote-info@thl.fi](mailto:finsote-info@thl.fi)



## СОГЛАСИЕ

Я ознакомился с Информацией для участника исследования и получил достаточное разъяснение об исследовании и связанном с ним сборе, обработке, объединении и передаче информации. Я понимаю, что мое участие в исследовании является добровольным. Вы можете позднее отозвать свое согласие, обратившись в Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния.

Я даю свое согласие на то, чтобы мои ответы могли объединить с регистрационными данными, указанными в информационной части

## УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

### 1. В настоящий момент Вы

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

**2. Сколько лет в общей сложности Вы учились в школе и других учебных заведениях очно? Сюда включается начальная школа и основная школа.**

\_\_\_\_\_ лет

### 3. Вы живете одни?

- да
- нет

### 4. В настоящее время Вы в основном:

*Выберите наиболее подходящий для Вас вариант*

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

### 5. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

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



**6. Имеются ли в непосредственной близости от Вашего дома следующие факторы, и насколько они Вам мешают?**

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

При ответе на следующие вопросы ( 7 - 9 ) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

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

- очень плохая
- плохое
- не хорошо и не плохо
- хорошее
- очень хорошая

**8. Насколько Вы довольны:**

	очень недоволен	недоволен	не опреде- лился / не определи- лась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справ- ляться 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 своем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**9. Как Вы в течение последних двух недель оценивали свои возможности по следующим вопросам**

	никогда	мало	умеренно	почти до- статочно	вполне до- статочно
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 своих потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ**

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

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

**11. Участвуете ли Вы в деятельности какого-либо кружка, организации, общества, группы по интересам или сообщества духовного или интеллектуального характера (например, спортивное общество, общественная деятельность жителей дома или района, партия, хор, церковная община)?**

- нет
- да, активно
- да, иногда

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

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

**13. 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.*

	супру- г/а, партнёр	кто-либо из близ- ких род- ственников	близ- кий друг	близ- кий коллега по ра- боте	близ- кий сосед	кто-ли- бо дру- гой из близ- ких	никто
Кто, по Вашему убеждению, на самом деле не останется равнодушным, что бы с Вами ни случилось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете практическую помощь, когда она Вам необходима?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

- нет (можете перейти к вопросу 16)
- да, супруге/у
- да, детям или внукам
- да, родителям, своим или супруга/и
- другим людям, кому? \_\_\_\_\_

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

- нет
- да

**16. 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, 100 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подняться по лестнице на один этаж без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе летом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе зимой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пользоваться общественным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Способны ли Вы обычно выполнять следующие действия в течение дня?**

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
выполнять лёгкую 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"/>





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

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

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

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

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

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

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

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

## ЗДОРОВЬЕ

**22. Каков Ваш рост? \_\_\_\_\_ см**  
в сантиметрах, обозначьте с точностью до

**23. Сколько Вы весите в легкой одежде? \_\_\_\_\_**  
в килограммах, обозначьте с точностью до килограмма

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

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

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

- да  
 нет (можете перейти к вопросу 28)

**26. Требуется ли Ваше хроническое заболевание или проблема со здоровьем регулярного лечения и наблюдения у медицинских специалистов (например, врача или медсестры)?**

- да  
 нет (можете перейти к вопросу 28)

**27. Для Вас составлен план лечения, где указаны цели лечения и наблюдения за их осуществлением?**

- да  
 нет  
 не знаю

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

- серьезно ограничивает  
 ограничивает, но не серьезно  
 вообще не ограничивает (можете перейти к вопросу 30)

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

- да  
 нет

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

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
инсульт	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
коронаротромбоз, инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>
коронарная болезнь, стенокардия (=боль за грудиной при нагрузке)	<input type="checkbox"/>
остеохондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
длительный бронхит, эмфизема легких	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>
алкогольная или какая-либо другая зависимость	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше заболеваний	<input type="checkbox"/>



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

Выберите только один вариант в каждой строке.

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойным и умиротворённым	<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"/>

Следующие вопросы касаются мыслей и чувств, связанных с причинением вреда самому себе. Некоторые люди сталкиваются в жизни с трудными ситуациями, которые могут вызывать у них подобные мысли и чувства.

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

- нет  
 да

## УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

33. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг здравоохранения? Под услугами здравоохранения подразумеваются услуги, предоставляемые как поликлиниками, так и больницами.

Выберите в каждом ряду только один вариант ответа.

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги здравоохранения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере здравоохранения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**34. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг социального обеспечения? Под услугами социального обеспечения подразумеваются, например, услуги для престарелых, семей с детьми, услуги по уходу на дому, услуги для инвалидов, консультации социального работника, инструктора или куратора и социальное пособие для поддержки доходов.**

*Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.*

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги социального обеспечения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере социального обеспечения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. На сколько вы согласны со следующими утверждениями? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Я уверен/а, что при необходимости получу...**

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
неотложную помощь и лечение при внезапной серьезной болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
регулярное лечение и контроль при хроническом заболевании (напр., повышенное кровяное давление)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для престарелых (напр., услуги на дому, жилищные услуги, дома для престарелых)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр., транспортные услуги, индивидуальная помощь, услуги по реконструкции жилья)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, услуги на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультацию социального работника или социального инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**36. Система здравоохранения и социального обеспечения находится в стадии реорганизации. Реорганизация направлена на достижение целого ряда различных целей. Насколько важными Вы считаете следующие вопросы? Укажите три наиболее важных, по Вашему мнению, цели**

	это одна из трех наиболее важных целей
базовые услуги (напр., услуги поликлиники и социального обеспечения)	<input type="checkbox"/>
проблемы клиента решаются гибко, и обмен информации между специалистами происходит бесперебойно	<input type="checkbox"/>
увеличиваются возможности выбора для пациентов и клиентов (напр., места лечения или ухода)	<input type="checkbox"/>
все жители Финляндии на равных условиях при необходимости получают доступ к услугам (уровень доходов, место жительства, происхождение и прочие факторы не влияют)...	<input type="checkbox"/>
увеличивается собственная ответственность за состояние своего здоровья и благополучия, а также за здоровье и благополучие близких	<input type="checkbox"/>
по всей стране действуют одинаковые способы предоставления услуг и лечения	<input type="checkbox"/>
затраты на услуги сферы здравоохранения и социального обеспечения находятся под контролем	<input type="checkbox"/>

**37. Далее мы спросим Вас о том, каким образом обычные люди и клиенты могут привлечь внимание к своей точке зрения и опыту, а также принять участие в развитии услуг. Насколько важны, по Вашему мнению, перечисленные далее факторы, и есть ли у Вас опыт личного участия в подобном?**

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать	я принимал/а участие следующим образом
возможность повлиять на свое лечение или обслуживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
впечатления и отзывы пользователей услуг регулярно собираются посредством, например, опросов клиентов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жители и клиенты принимают участие в планировании услуг, их развитии и оценке (например, клиентские совещательные панели и совместные проекты по развитию вместе с сотрудниками)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## СВОБОДА ВЫБОРА

С начала 2014 года у живущих в Финляндии расширились возможности для выбора места лечения в рамках общественного здравоохранения (поликлиника или больница). Далее мы зададим Вам несколько вопросов, касающихся свободы выбора.

### 38. Известно ли Вам, что по закону Вы имеете право:

	нет	да
выбирать для себя любую поликлинику на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать вместе со своим лечащим врачом место специализированного лечения (больницу) на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать своего лечащего врача, медсестру или соответствующего специалиста здравоохранения (напр., физиотерапевта, психолога, логопеда) в пределах возможностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обратиться за медицинскими услугами в другую страну ЕС?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Вы пользовались возможностью менять поликлинику (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги поликлиники предоставляются частным учреждением.**

- я не пользовался/лась услугами поликлиники в течение последних 12 месяцев
- я не менял/а поликлинику
- я поменял/а поликлинику на, поменял/а
  - другую поликлинику на территории моего муниципалитета
  - другую поликлинику на территории другого муниципалитета в Финляндии
  - другую поликлинику на территории другой страны ЕС

**40. Вы пользовались возможностью выбирать или менять больницу (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенное больничное лечение предоставляется частным учреждением.**

- я не нуждался/не нуждалась в лечении или исследованиях
- я не выбирал/а и не менял/а больницу
- да, я выбрал/а или поменял/а больницу, выбрал/а
  - ближайшую больницу, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
  - другую больницу на территории Финляндии, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
  - другую больницу на территории другой страны ЕС, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь

### 41. Вы обдумываете возможность поменить в ближайшее время Вашу...

	нет	возможно	да
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**42. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Для меня важно, что я могу самостоятельно выбрать...**

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43. У меня есть варианты, из которых я могу выбрать по-настоящему наиболее предпочтительную для себя...**

	много	несколько	нет вариантов выбора
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений?**

*Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.*

**У меня достаточно информации для выбора места своего лечения ...**

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
о качестве медицинского лечения в различных лечебных учреждениях (напр., успешность процедур, безопасность пациентов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
об удовлетворенности клиентов в различных лечебных учреждениях (хорошее обращение, возможность повлиять на собственное лечение, конфиденциальность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о длительности ожидания в очереди в различных лечебных учреждениях (напр., на прием к врачу или медсестре)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о наборе услуг в различных лечебных учреждениях (какие услуги можно получить в данном учреждении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**45. Далее перечислены факторы, которые люди могут обдумывать при выборе поликлиники. Выберите три наиболее важных для Вас фактора, влияющих на выбор.**

	Выберите три важнейших фактора
хорошее место расположения поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошая транспортная доступность (на общественном транспорте или собственном автомобиле, также парковочные места)	<input type="checkbox"/>
доступность врачебных консультаций (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
доступность консультаций медсестры / фельдшера (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
часы работы поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошее качество лечения в поликлинике	<input type="checkbox"/>
поликлиника специализированна в области услуг, в которых я нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
продолжительное лечение определенным врачом или медсестрой	<input type="checkbox"/>
уютность помещений	<input type="checkbox"/>
беспрепятственность передвижения: напр., автоматически открывающиеся двери, ровные дорожки, а также четкость указателей и инструкций	<input type="checkbox"/>
получение услуг трудового здравоохранения в том же месте	<input type="checkbox"/>
другое основание, какое? _____	<input type="checkbox"/>

**46. Насколько важным Вы считаете то, что можете выбрать частные услуги здравоохранения по той же стоимости, что и услуги общественного здравоохранения? Выберите только один вариант ответа.**

- очень важно
- довольно важно
- не очень важно
- совсем не важно
- не могу сказать

**47. Возможность выбора относится в настоящее время, главным образом, к услугам здравоохранения. Насколько важным Вы считаете расширение возможностей выбора также на...**

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать
услуги для престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УСЛУГ

### 48. Пользуетесь ли Вы...

	да	нет
Интернетом дома, на работе, в библиотеке или в другом месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
банковскими кодами или мобильным идентификатором для электронной удостоверения личности в Интернете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 49. Для каких целей Вы используете интернет:

	нет	да
для проведения платежных и иных операций (напр. Интернет-банк, KEELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для получения информации (напр. расписания движения транспорта, информация о здоровье и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 50. Каким был Ваш опыт использования Интернета в следующих вопросах?

	С учетом моего опыта Интернет в данном вопросе был			
	очень полезен	довольно полезен	бесполезен	я не пользовался / не пользовалась
Поиски информации о заболеваниях, симптомах и здоровом образе жизни (как называется эта услуга?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги групп взаимопомощи (например, группа похудения), консультации по поводу здорового образа жизни и прочая самопомощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
приобретение услуг сферы здравоохранения и социального обеспечения (напр., бронирование времени, получение рецептов и результатов лабораторных анализов, получение решений о социальных услугах и льготах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сравнение качества, стоимости и очередей в отношении услуг и лечебных учреждений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**51. 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 пункте базового здравоохранения (не включая посещения стоматолога)	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в частной поликлинике	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в пункте трудового здравоохранения	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в поликлинике при больнице	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в пункте базового здравоохранения у стоматологической медсестры	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
у частного стоматолога	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз

**52. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к специалистам сферы здравоохранения:**

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
<b>По телефону</b>					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)</b>					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. При использовании медицинских услуг Вас обычно обслуживают одни и те же...**

	всегда	часто	иногда	никогда
врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**54. Вы находились на лечении в стационаре (включая больничную палату поликлинического отделения) в течение последних 12 месяцев?**

- да  
 нет

**55. Вспомните свои впечатления от полученного в течение последних 12 месяцев лечения. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я легко связался /связалась с лечебным учреждением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к лечению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к исследованиям (напр., лабораторные анализы, рентген, ультразвуковое обследование)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
исследования и лечение были проведены с соблюдением неприкосновенности моей частной жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
посещения лечебного заведения были для меня полезны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56. Вспомните свои впечатления от контактов с медперсоналом (врачи, медсестры или другой лечащий персонал) в течение последних 12 месяцев. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
медперсонал относился ко мне с уважением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
беседы с медперсоналом велись так, что посторонние не могли услышать разговор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мои данные обрабатывались с соблюдением условий конфиденциальности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал на приеме уделял мне достаточно времени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне было предоставлено достаточно времени, чтобы задать вопросы, касающиеся состояния моего здоровья или полученного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вопросы объясняли мне понятным языком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность принимать участие в своем лечении или принятии решений по поводу проведенных исследований в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал спрашивал мое согласие перед началом лечения или исследования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**57. Затрудняли ли следующие эпизоды получение Вами лечения в течение последних 12 месяцев? Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одной точки в другую для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я был /а вынужден /а объяснять свою ситуацию многим работникам и много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы лечебного учреждения были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечебное заведение находилось в очень неудобном для меня месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собственная финансовая ситуация затруднила получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие клиентские цены затруднили получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользовался/ воспользовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовался/ воспользовалась, услуга была достаточной
услуги, предоставляемые на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предоставляемые на приеме у медсестры или фельдшера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- нет  
 да



**60. Когда медицинский работник 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"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по пово- ду проблем, связанных с употребле- нием пси- хоактивных веществ
в поликлинику, в пункт трудового здравоохранения или студенческий медпункт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в отделение психического здоровья или в психиатрическую поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в А-клинику, отделение дезинтоксикационной терапии или другое наркологическое отделение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в частную клинику (к врачу, психологу или другое место)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в психиатрическую или другую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другие места , где:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Следующий вопрос касается людей с хроническими заболеваниями.  
Если у Вас нет хронических заболеваний, можете перейти к вопросу 63 .

**63. Как следующие вопросы решались в связи с лечением Вашего хронического заболевания? Если у Вас несколько заболеваний, то выберите вариант заболевания, которое требует лечения больше всего.**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается из моего лечебного заведения в больницу или иное место специализированного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается между персоналом лечения на дому и другим медперсоналом системы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения и персоналом социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
со мной оговорено, каким образом я буду проводить лечение своего заболевания самостоятельно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
если имеется ряд заболеваний: все мои заболевания во время лечения принимаются во внимание полностью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**64. Как Вы считаете, Вы получили в достаточной мере следующие социальные услуги или льготы в течение последних 12 месяцев? Отметьте так же самую последнюю из представленных Вам услуг в последнюю ячейку.**

*Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками.*

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услугу или льготу не получили	услугой или льготой пользовались, но она была недостаточной	услугой или льготой пользовались, она была достаточной	это была последняя услуга, которой я пользовался/пользовалась
услуги и уход на дому (напр. медицинские услуги на дому, питание на дому и другие поддерживающие услуги, услуги по реабилитации, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, социальное обслуживание на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65. По Вашему мнению, была ли плата за последнюю использованную Вами социальную услугу умеренной? Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникало потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 68.**

- да  
 нет  
 услуга была бесплатной

**66. Как долго Вам пришлось ожидать получения требуемой социальной услуги?**

*Выберите лишь один вариант*

- ждать не потребовалось или менее недели  
 1-2 недели  
 3-4 недели  
 больше месяца, но менее 3-х месяцев  
 3 месяца или более

**67. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к социальным работникам или консультантам?**

	ни разу	один раз	2–3 раза	4–6 раз	более 6 раз
По телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**68. Оцените насколько успешно прошло взаимодействие с персоналом, когда Вы пользовались услугами социального обеспечения в течение последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Оцените последнюю из полученных услуг.**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
персонал обращался со мной вежливо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне объясняли вопросы понятным образом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне уделили достаточно времени на приеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
персонал предоставил мне достаточно времени, чтобы задать вопросы по поводу моей ситуации и услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я получил /а информацию о продвижении моего дела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность участвовать в принятии решений по поводу касающихся меня вопросов в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**69. Какие утверждения лучше всего описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных Вами в течение последних 12 месяцев? Оцените последнюю из полученных услуг**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информации между профессионалами проходил гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70. Затрудняли ли следующие факторы получение Вами социальных услуг в течении последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.**

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одного сервисного центра в другой для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне пришлось объяснять свою ситуацию нескольким сотрудникам или много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
до сервисного центра было тяжело добираться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя финансовая ситуация затруднила получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие цены на услуги затруднили получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**71. Вы пользовались частными социальными услугами за свой счет в течение последних 12 месяцев? Под социальными услугам подразумеваются, например, услуги для престарелых и услуги по уходу на дому или услуги для инвалидов.**

- да  
 нет

## ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЗАТРАТЫ НА УСЛУГИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**72. В какой мере Вы хотели бы направить средства от поступления налогов на финансирование следующих услуг?**

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на перемещение доходов, как например, на оплату социальных льгот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**73. В каком объеме, по Вашему мнению, клиент должен сам оплачивать услуги, которые ему предоставляются?**

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**74. Считаете ли Вы, что плата за услуги должна варьироваться в зависимости от дохода таким образом, чтобы клиенты с более высоким доходом самостоятельно оплачивали большую часть стоимости услуги по сравнению с теми, кто имеет более низкий доход?**

	безусловно да	возможно да	нет
услуги здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75. Вы использовали ваучер на обслуживание в течение последних 12 месяцев?**

	да	нет	не знаю
на приобретение услуг здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приобретение социальных услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**76. Вы приобрели частную медицинскую страховку, которая компенсирует затраты на лечение болезни в Финляндии, как например, гонорары частных врачей, расходы на лекарства и плату за лечение в больнице?**

- да
- нет, но я намеревался/ намеревалась
- нет, и не намеревался/ не намеревалась

## ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Следующие три вопроса (77 - 79) посвящены Вашей двигательной активности по дороге на работу и в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, выберите вариант, который лучше всего описывает ситуацию в среднем.*

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

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

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

*Не учитывайте дорогу на работу*

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





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

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

**80. Как часто Вы употребляли следующие продукты в течение последних 7 дней?**

	один раз в неделю или реже	1–6 раз в неделю	1–2 раза в день	3 раза в день или чаще
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"/>
сливочное масло или смеси сливочного и растительных масел (напр., Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**81. 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

**82. Предлагал ли Вам кто-либо из перечисленных ниже людей в течение последних 12 месяцев: Можете выбрать несколько вариантов ответа.**

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





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

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

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

- да, ежедневно
- время от времени
- нет, не курю
- я никогда не курил (-а)

**85. Употребляете ли Вы в настоящее время следующие продукты?**

	ежедневно	иногда	никогда	Никогда не пользовался
Снюс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты, содержащие никотин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты без никотина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
продукты для никотинозамещающей терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рецептурные лекарства, назначенные для прекращения курения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
каннабис (гашиш, марихуана)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- нет (*можете перейти к вопросу 90*)
- да

**87. Как часто Вы пьёте 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 раз в неделю или чаще

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

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

ОДНА ДОЗА АЛКОГОЛЯ — ЭТО:  
 бутылка (330 мл) пива крепостью 2,8%–4,7% или сидра, или  
 бокал (120 мл) вина, или  
 маленький бокал (80 мл) крепленого вина, или  
 рюмка (40 мл) крепкого напитка.

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

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

ПРИМЕРЫ:  
 Кружка пива крепостью 2,8 %–4,7 % или сидра 0,5 л = 1,5 дозы  
 Кружка пива крепостью 5,0 %–5,5 % или крепкого сидра 0,5 л = 2 дозы  
 Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз  
 Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз

## НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И НАСИЛИЕ

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

	всегда	часто	иногда	абсолютно нет	это не относится ко мне
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"/>
шипованная обувь или средства защиты от скольжения при хождении по скользкой дороге	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
светоотражатель в темное время суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**91. Совершал ли кто-либо в отношении Вас насильственные действия в течение последних 12 месяцев? Можете выбрать несколько вариантов**

	никто	неизвест- ный или полузнако- мый	нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга	другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)
угрожал/а физической расправой лично, по телефону или в Интернете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не давал/а Вам пройти, хватал/а, толкал/а, пихал/а или давал/а пощечину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бил/а кулаком или твердым предметом, пинал/а, душил/а или использовал/а какое-либо оружие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подвергал/подвергала Вас посягательствам сексуального характера в словесной или физической форме (например, прикосновения, обзывательства, двусмысленные фразы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принуждал/а или пытался/пыталась принудить к половому акту или другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**92. 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)? \_\_\_\_\_
- анкету за меня заполнил другой человек. Кто? \_\_\_\_\_

**СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.**

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

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

