




## 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. 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"/>



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

	не имеются	имеются, но не мешают	немного мешают	сильно мешают
опасные перекрестки и /или дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
скользкие зимой пешеходные дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо освещенные дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шум, запах или пыль 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 ( 6 - 8 ) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

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

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



## 7. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недо- волен	не опре- делился / не опре- делилась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справляться с ежедневными делами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отношениями с другими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
условиями жизни в своем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
возможностями использования общественного и/или другого транспорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Как Вы в течение последних двух недель оценивали свои возможности по следующим вопросам

	никогда	мало	умеренно	почти до- статочно	вполне достаточ- но
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

9. 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"/>

10. 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

11. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда  
 очень редко  
 иногда  
 довольно часто  
 постоянно

12. 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, пар- тнёр	кто-ли- бо из близких род- ствен- ников	близ- кий друг	близ- кий колле- га по работе	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"/>

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

- нет (можете перейти к вопросу 15)
- да, супруге/у
- да, детям или внукам
- другим людям, кому? \_\_\_\_\_

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

- нет
- да

**15. 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

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

## 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"/>
готовить или подогреть себе пищу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пережёвывать 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., причёсываться, 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 приёме лекарств – (напр., не забывать принимать лекарство, правильная дозировка, открывать упаковку с лекарствами)	<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

## ЗДОРОВЬЕ

**20. Каков Ваш рост?**

*в сантиметрах, обозначьте с точностью до*

\_\_\_\_\_ см

**21. Сколько Вы весите в легкой одежде?**

*в килограммах, обозначьте с точностью до*

\_\_\_\_\_ килограмма

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

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







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

да

нет *(можете перейти к вопросу 26)*

**24. 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 26)*

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

да

нет

не знаю

**26. 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 28)*

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

да

нет



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

	<b>да</b>
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"/>
хондроз коленного или тазобедренного сустава (= артроз)	<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"/>
нарушения памяти (напр., деменция, болезнь Альцгеймера)	<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"/>

**29. Сколько времени в течение последних 4 недель:**

*Выберите только один вариант в каждой строке*

	все время	боль- шую часть времени	значи- тельную часть времени	неко- торое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя 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.

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

нет

да

## УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**31. 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"/>

**32. 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"/>

**33. 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 и уход на дому для пожилых (напр. медицинские услуги на дому, услуги питания на дому и другие вспомогательные услуги, реабилитационные услуги, 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, индивидуальная помощь, услуги по реконструкции жилья)	<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"/>



**34. 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"/>





**35. 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	до- вольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать	я при- нимал/а участие следую- щим об- разом
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.

### 36. 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"/>

**37. 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



**38. 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

**39. Вы обдумываете возможность поменять 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"/>

**40. 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"/>

**41. 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"/>





**42. 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"/>



**43. 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"/>
другое основание, какое? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**44. 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



**45. 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

**46. 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"/>

**47. Для каких целей Вы используете интернет:**

	использую самостоятельно	использую с посторонней помощью	не пользуюсь
для проведения платёжных и иных операций (напр., Интернет-банк, KELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для получения информации (напр., расписания движения транспорта, информация о здоровье и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 48. 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

49. 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 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

**50. 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"/>

**51. 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"/>

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

- да  
 нет



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

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
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"/>



**54. 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	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
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"/>

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

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
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"/>

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

	не было необходимости	потребность в услуге была, но 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"/>



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

- нет  
 да

**58. 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
кровеное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
содержание сахара в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашу способность удерживать равновесие (напр., в положении стоя)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашу память	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59. 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"/>

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

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по поводу проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ
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 62 .*

**61. 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

**62. 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"/>
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"/>

**63. 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 65 .**

- да
- нет
- услуга была бесплатной

**64. 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

**65. 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"/>

**66. 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	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
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"/>

**67. 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	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией между профессионалами проходил гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
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"/>

**69. 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

70. 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 напри- мер, на оплату социальных льгот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. 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"/>

72. 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"/>

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

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

74. 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 ( 75 - 76 ) посвящены Вашей двигательной активности в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, выберите вариант, который лучше всего описывает ситуацию в среднем.

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

- 5 раз в неделю 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

### 76. 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 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  
 я в основном лежу в постели

### 77. 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"/>

### 78. Кто обычно готовит Вам еду для основного приёма пищи?

- сам/а  
 супруг/а или партнёр 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



**79. 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 медицинский работник	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровое питание по медицинским показаниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
похудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
снизить употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бросить курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

- нет (можете перейти к вопросу 86)
- да





**83. 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

**84. 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.

**85. 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

### 86. 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"/>
тазобедренный протектор	<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"/>

### 87. Используете ли Вы следующие вспомогательные средства?

*Можете отметить несколько вариантов ответа*

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

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

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



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

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

**90. 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.

