

www.thl.fi/finsote/vastaa

Код Анкеты:

Пароль:

FinSote-
**НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ,
БЛАГОСОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ
УСЛУГ**






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 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 165 cm

вес 62 kg

Дополнительная информация об исследовании:

thl.fi/finsote/osallistuvalla (на фин. яз.)

Бесплатный номер FinSote мел. 0800 97730 (с 9 до 11), finsote-info@thl.fi

Анкету можно также заполнить в сети Интернет!

Анкета находится в сети Интернет по адресу www.thl.fi/finsote/vastaa. При заполнении анкеты потребуются ввести личный код и пароль, которые находятся в правом верхнем углу лицевой стороны обложки. Чтобы заполнить анкету в сети Интернет, сделайте следующее:

1. Скопируйте сетевой адрес в адресную строку Вашего браузера и нажмите кнопку ввода “Enter”.
2. Введите код анкеты и пароль в отведенные для них поля.
3. Под заголовком «Avoimet kyselyt» нажмите «Jatka».
4. Ответьте на вопросы.
5. В конце, подтвердите ответы нажатием кнопки «отослать».

В сети Интернет, анкету желательно заполнить в 10 дней.

УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

1. Вы живете одни?

- да → можете перейти к вопросу 3
- нет

2. Сколько человек в Вашем домохозяйстве, включая Вас: (укажите 0, если нет ни одного)

	число
до 7 лет	<input type="text"/>
7-17 лет	<input type="text"/>
18-69 лет	<input type="text"/>
70 лет или старше	<input type="text"/>

3. В настоящий момент Вы

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

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

_____ лет

5. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

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



При ответе на следующие вопросы (6 - 10) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

6. Насколько Вы чувствуете себя в безопасности в повседневной жизни?

- никогда
- мало
- умеренно
- во многом
- очень сильно

7. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

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

8. Насколько Вы довольны?

	очень недоволен (-льна)	скорее недоволен (-льна)	не доволен (-льна) и не недоволен (-льна)	скорее доволен (-льна)	очень доволен (-льна)
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"/>



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

	никогда	мало	умеренно	почти достаточно	вполне достаточно
достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ниже приведены некоторые утверждения по поводу чувств и мыслей. В отношении каждого утверждения отметьте крестиком ту клетку, которая наиболее соответствует Вашей ситуации в течение последних двух недель.

	никогда	редко	иногда	часто	все время
я с большой надеждой смотрел /а в будущее	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я чувствовал /а себя полезным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я чувствовал /а себя расслабленным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я хорошо разобрался /разобралась с проблемами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я мыслил /а ясно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я чувствовал /а близость к другим людям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я был /а способен / способна принимать собственные решения по вопросам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

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. 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 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. Оценивали ли Вы вместе с профессиональным сотрудником Вашу потребность в услугах? 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
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"/>
передвигаться по квартире из комнаты в комнату	<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"/>



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 подогревать себе пищу	<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"/>
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"/>

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?

_____ см, в сантиметрах, обозначьте с точностью до

21. Сколько Вы весите в легкой одежде?

_____ килограмма, в килограммах, обозначьте с точностью до

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 25

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

- да
- нет

25. 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 27

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

- да
- нет



27. 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.

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

- нет
 да

УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

29. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг здравоохранения?

	абсолютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затрудняюсь ответить	не совсем согласен / не совсем согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии эти услуги функционируют	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я доверяю профессионализму обслуживающего персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эти услуги увеличивают общественное равноправие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



30. 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.

	абсолютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затрудняюсь ответить	не совсем согласен / не совсем согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии эти услуги функционируют	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я доверяю профессионализму обслуживающего персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эти услуги увеличивают общественное равноправие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. На сколько вы согласны со следующими утверждениями? Я уверен/а, что при необходимости получу...

	абсолютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затрудняюсь ответить	не совсем согласен / не совсем 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"/>
регулярный контроль при лечении хронического заболевания (напр., при диабете)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для пожилых людей (напр., услуги на дому, подразделение проживания и обслуживания, дом для престарелых)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие для поддержки доходов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. 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"/>



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

	больше нынеш- него	в нынешней мере	меньше нынеш- него
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"/>

34. 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?

Можете выбрать несколько вариантов ответа.

- да, для себя
- да, для своего ребенка
- нет, но думаю приобрести для себя
- нет, но думаю приобрести для своего ребенка
- нет, и не намеревался/ не намеревалась

Использование услуг сферы здравоохранения

35. 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 необ- ходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предо- ставлена	я воспользо- вался/вос- пользовалась, но услуга была недоста- точной	я воспользо- вался/вос- пользовалась, 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"/>
стоматологические услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Вы пользовались услугами здравоохранения в течение последних 12 месяцев (врач, медсестра, больничные услуги, стоматолог, стоматологическая медсестра)?

- нет → можете перейти к вопросу 47
- да



37. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни на приеме у врача, у фельдшера или медсестры, или врач или медсестра приходили к Вам домой: Если не были ни разу, укажите 0 раз. Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.

	у врача	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
при приеме на дому (амбулаторное лечение на дому)	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в каком-то другом месте	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз

	у стоматолога	у гигиениста полости рта / у зубного техника
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

38. 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"/>

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

- да
 нет



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

	всегда	часто	иногда	никогда
меня перенаправляли из одной точки в другую для решения моего вопроса	<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"/>
часы работы лечебного учреждения были очень неудобными	<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"/>
слишком высокие клиентские цены затруднили получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком длительное время в очереди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Вы пользовались ваучером на обслуживание для приобретения услуг здравоохранения в течение последних 12 месяцев?

- да, услуга была частично оплачена ваучером
- да, услуга была полностью оплачена ваучером
- нет
- не могу сказать

42. Где Вы в последний раз были на приеме у профессионала здравоохранения (врач, медсестра или иной сотрудник здравоохранения)? Учитывайте как телефонный звонок, так и посещение районной, частной или больничной поликлиники.

- в поликлинике
- в частной поликлинике
- в подразделении гигиены труда
- в поликлинике при больнице
- в другом месте

43. С кем Вы имели встречу? (если Вы встретились с несколькими профессионалами здравоохранения, что выберите того, с кем была основная встреча)

- с терапевтом
- с врачом-специалистом
- с медсестрой или фельдшером
- с другим сотрудником здравоохранения



44. Следующие вопросы касаются доступа к лечению при последнем вышеупомянутом посещении:

	безусловно да	в некоторой степени	не совсем	безусловно нет	затрудняюсь ответить
Вы легко связались с местом лечения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы достаточно быстро получили время приема?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы достаточно быстро поступили на исследование?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Следующие вопросы касаются взаимодействия с профессионалом здравоохранения, у которого Вы были в последний раз на приеме (врач/медсестра или иной сотрудник здравоохранения).

	безусловно да	в некоторой степени	не совсем	безусловно нет	затрудняюсь ответить
Было ли Вам уделено достаточно времени на приеме?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Понятно ли Вам объяснили вопросы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Относились ли к Вам с уважением?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обрабатывались ли Ваши данные конфиденциально?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Принималась ли во внимание конфиденциальность при исследовании?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Смогли ли Вы задать вопросы или высказать озабоченность по поводу рекомендованного лечения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получили ли Вы достаточную возможность участвовать в принятии решений по поводу своего лечения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спрашивали ли у Вас согласие до начала лечения или исследования?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 47.

46. 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

47. Считаете ли Вы, что в течение последних 12 месяцев Вы получили следующие социальные услуги в достаточной мере?

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользовалась/использовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовалась/использовалась, услуга была достаточной
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"/>
жилищные услуги для пожилых людей (например, подразделения проживания и обслуживания пожилых людей, дом престарелых, семейный уход, интервальные периоды)	<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"/>
жилищные услуги для людей с ограниченными возможностями (помощь, инструкция, жилье с поддержкой, подразделения проживания и обслуживания)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника или инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



48. 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	не относится ко мне или к услугам социального обеспечения, которыми я 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"/>

49. Какими социальными услугами Вы пользовались в последнее время (в течение последних 12 месяцев)?

- получение услуг по уходу и лечению на дому для пожилых людей (напр., уход на дому, услуги питания и другие вспомогательные услуги, услуги по реабилитации, услуги по модификации дома)
- жилищные услуги для пожилых людей (например, подразделение проживания и обслуживания пожилых людей, дом престарелых, семейный уход, интервальные периоды)
- услуги для инвалидов
- жилищные услуги для людей с ограниченными возможностями
- услуги социального работника или инструктора
- я не пользовался/пользовалась социальными услугами → можете перейти к вопросу 55

50. По Вашему мнению, была ли плата за последнюю использованную Вами социальную услугу умеренной?

- да
- нет
- услуга была бесплатной

51. Вы пользовались ваучером на обслуживание для приобретения социальных услуг в течение последних 12 месяцев?

- да, услуга была частично оплачена ваучером
- да, услуга была полностью оплачена ваучером
- нет
- не могу сказать



52. Оцените насколько успешно прошло взаимодействие с сотрудником? Оцените последнюю из полученных Вами вышеупомянутых услуг. Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.

	безусловно да	в некоторой степени	не совсем	безусловно нет	затрудняюсь ответить
Уделили ли Вам достаточно времени при встрече?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Понятно ли Вам объяснили вопросы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Относились ли к Вам с уважением?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получили ли Вы информацию о работе с Вашим вопросом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Смогли ли Вы задать вопросы или высказать озабоченность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получили ли Вы достаточную возможность участвовать в работе с Вашими вопросами и в принятии решений по ним?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Как следующие вопросы описывают Ваши впечатления от социальных услуг? Оцените последнюю полученную Вами услугу, о которой Вы ранее упоминали. Выберите в каждой строке лишь один вариант.

	безусловно да	в некоторой степени	не совсем	безусловно нет	затрудняюсь ответить
Вы легко нашли услугу, подходящую в Вашей ситуации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы достаточно быстро получили услугу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ответила ли данная услуга Вашим потребностям?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли приняты во внимание Ваши пожелания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы встретили того же сотрудника, что и раньше?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- да
 нет



СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ

55. Как Вы считаете, Вы получили в достаточной мере следующие социальные услуги или льготы в течение последних 12 месяцев?

	не было необходи- мости	потреб- ность в ус- луге была, но услуга не была предостав- лена	я восполь- зовался/ восполь- зовалась, но услуга была не- достаточ- ной	я восполь- зовался/ воспользо- валась, ус- луга была достаточ- ной
поддерживающие услуги лицам, ухаживающим за близкими (напр. возможность отдохнуть)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по уходу за близким	<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"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитето	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникло потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 57.

56. Какие утверждения лучше всего описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных Вами в течение последних 12 месяцев?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	не относится ко мне или к услугам, которыми я пользуюсь
процесс соискания услуги был легким (напр., заполнение анкет, информация, куда подать заявление на пособие, была получена)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я получил/а достаточно советов (напр., как подать заявление на пособие, предоставление приложений)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
из Kela меня направили в социальную службу моего муниципалитета для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя ситуация была принята во внимание при принятии решения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я понял/а полученное решение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ОБРАЗ ЖИЗНИ

57. Как много Вы двигаетесь в общей сложности еженедельно? Подумайте о последних 12 месяцах. Примите во внимание все еженедельные регулярные физические нагрузки. При необходимости ответ может занять несколько строк.

почти никакой регулярной еженедельной двигательной активности → можете перейти к вопросу 58

медленное и спокойное движение (=без отделения пота или ускоренного дыхания, напр., спокойная ходьба)

_____ сколько дней в неделю _____ часов в целом _____ минут в неделю

быстрое и бодрое движение (=с некоторым потоотделением и/или ускорением дыхания, напр., бодрая ходьба)

_____ сколько дней в неделю _____ часов в целом _____ минут в неделю

утомляющее и требующее усилий движение (=с интенсивным потоотделением и/или ускорением дыхания, напр., бег трусцой или пробежка)

_____ сколько дней в неделю _____ часов в целом _____ минут в неделю

58. Сколько дней в неделю Вы обычно занимаетесь упражнениями, поддерживающими и развивающими мышцы? Напр., занятия в тренажерном зале, домашняя физкультура, групповые занятия, игры с мячом и клюшкой или другие занятия с физической нагрузкой. Если вообще не занимаетесь, то поставьте 0.

_____ раза

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

	один раз в неделю или реже	2-6 раз в неделю	1-2 раза в день	3 раза в день или чаще
свежие 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"/>
красное мясо или мясные продукты (вкл. говядину, свинину, баранину, дичь, а также колбасы и нарезные колбасные изделия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. 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



61. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

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

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

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

63. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет → можете перейти к вопросу 67
- да

64. 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

65. 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.

66. 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 0,5л=1,5 дозы
Кружка пива крепостью 5,0%–5,5% или крепкого сидра 0,5л=2 дозы
Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз
Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз



НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И ИСПЫТАННОЕ

67. Используете ли Вы следующие вспомогательные средства или защитные приспособления? Можете отметить несколько вариантов ответа

- палку при ходьбе, опорные трости или костыли
- роллатор или самокат
- кресло-коляску
- слуховой аппарат

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

- мне не приходилось падать → можете перейти к вопросу 69
- да, внутри дома сколько раз? _____ раза
- да, во дворе дома сколько раз? _____ раза
- да, на улице или в общественном месте сколько раз? _____ раза

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

	никто	нынешний или прежний супруг или партнер	иной член семьи или родствен- ник	иной знакомый или не- знакомый человек
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"/>

Использование электронных услуг

Видами электронных услуг являются, например, бронирование времени приёма через цифровую систему, посещение базы данных Otakanta, а также просмотр сайтов в Интернете, предоставляющих информацию по вопросам здоровья. Просьба ответить на вопросы, даже если вы и не пользовались электронными услугами системы здравоохранения и социального обеспечения.

70. Пользуетесь ли Вы...

	да	нет
Интернетом дома, на работе, в библиотеке или в другом месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
банковские идентификаторы, мобильную аутентификацию или другой способ электронного идентифицирования в Интернете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Пользуетесь ли Вы Интернетом:

	пользуюсь самостоя- тельно	пользуюсь с помощью кого-то другого или кто- то другой пользуется по моей просьбе	не пользуюсь
для электронного решения своих вопросов (напр., Omakanta, OmaVero, Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для поиска информации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Сколько деловых визитов в электронном виде Вы нанесли следующим профессиональ- ным работникам (напр., с помощью видеосвязи или чата) за последние 12 месяцев?

	ни разу	один раз	часто
врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестра (напр., медицинская сестра, патронажная сестра или сестра-хозяйка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальный работник или социальный инструктор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
иной профессиональный работник системы здравоохранения или социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Если Вы пользовались услугами системы здравоохранения или социального обеспечения в электронном виде в течение последних 12 месяцев, то оцените, сколько традиционных звонков и визитов заменило решение вопросов в электронном виде. Если решение вопросов в электронном виде не заменило звонка или визита, то поставьте «ноль».

Я не пользовался / не пользовалась услугами в электронном виде

Электронное посещение заменило звонок или визит в организацию _____ раз

74. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся электронных услуг?

	абсо- лютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затруд- няюсь ответить	не совсем согласен/ не совсем согласна	совершен- но не со- гласен / не согласна
Личную встречу нельзя заменить электронным контактом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
те электронные услуги, в которых я нуждаюсь, мне недоступны, например, по причине слепоты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
те услуги, в которых я нуждаюсь, недоступны в электронном виде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я озабочен / -а безопасностью моих личных данных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
телекоммуникационная связь в моем районе является слишком слабой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я нуждаюсь в инструкциях по пользова- нию сетевыми услугами системы здраво- охранения и социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений о преимуществах электронных услуг? Если Вы не можете оценить электронные услуги, то выберите вариант "затрудняюсь ответить"

Электронные услуги...	абсолютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затрудняюсь ответить	не совсем согласен / не совсем согласна	совершенно не согласен / не согласна
помогают придерживаться здорового образа жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помогают оценить необходимость делового посещения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
облегчают поиск и выбор подходящих для самого себя услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
облегчают пользование услугами, невзирая на время и место	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
облегчают взаимодействие с профессиональными работниками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помогают занять активную позицию в деле сохранения собственного здоровья и благосостояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помогают модифицировать услуги для удовлетворения индивидуальных потребностей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
помогают заботиться о здоровье, благосостоянии и функциональной способности близких	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

корона

76. Люди могут испытывать беспокойство в связи с ситуацией с коронавирусом. Вы испытываете беспокойство по поводу...

	никогда	мало	во многом
заражения коронавирусной инфекцией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
того, что Вы можете заразить других людей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
способности правительства контролировать ситуацию с эпидемией коронавируса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
способности системы здравоохранения принять всех пациентов с коронавирусной инфекцией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
того, что Ваш близкий человек может заразиться коронавирусной инфекцией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



77. Начиная с марта 2020 года, сталкивались ли Вы с невозможностью получить перечисленные ниже услуги или лечение, хотя Вы в них нуждались?

	да, я самостоятельно отменил (-а) или перенес (-ла) прием	прием был перенесен или отменен службой услуг социального обеспечения и здравоохранения (sote)	мне не пришлось столкнуться с невозможностью получения услуг	не было необходимости
посещение врача или медсестры по причине хронического заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
посещение врача или медсестры по иной причине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
стоматология	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги психического здоровья (напр., услуги психолога, психотерапевта или психиатра)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, поддерживающие проживание дома (напр., уход на дому, вспомогательные услуги ухода на дому, реабилитация)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Повлияла ли эпидемия коронавируса или меры по ее ограничению на Вашу повседневную жизнь? Если пункты списка совершенно не относятся к Вашей жизни, выберите вариант "ко мне не относится".

	Не повлияли	Да, стало меньше	Да, стало больше	ко мне не относится
На общение с друзьями и родственниками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На чувство одиночества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На надежду на будущее	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На ежедневную физическую активность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На проблемы со сном, ночные кошмары	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На употребление растительной пищи (также в спелом виде, кроме картофеля)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



79. Получили ли Вы помощь по обеспечению продуктами питания и медикаментами во время эпидемии коронавируса или по причине мер по ее ограничению?

	Я не нуждался (-ась) в помощи	Я нуждался (-ась) в помощи, но не получил (-а) ее	Я получил (-а) по- мощь, но не доста- точно	Я полу- чил (-а) помощь, в достаточ- ной мере
Обеспечение продуктами питания (напр., посещение магазина, доставка покупок/блюд на дом)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обеспечение медикаментами (напр., посещение аптеки, доставка лекарств на дом)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. 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