

[www.thl.fi/finsote/vastaa](http://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](http://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](http://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)

### Анкету можно также заполнить в сети Интернет!

Анкета находится в сети Интернет по адресу [www.thl.fi/finsote/vastaa](http://www.thl.fi/finsote/vastaa).

При заполнении анкеты потребуется 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. В настоящее время Вы в основном: Выберите наиболее подходящий для Вас вариант

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

### 6. 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 ( 7 - 11 ) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

**7. Насколько Вы чувствуете себя в безопасности в повседневной жизни?**

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

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

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

**9. 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"/>

**10. 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"/>



**11. 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

**12. 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

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

- никогда  
 очень редко  
 иногда  
 довольно часто  
 постоянно

**14. 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 16  
 да, супруге/у  
 да, детям или внукам  
 да, родителям, своим или супруга/и  
 да, дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и  
 другим людям, кому? \_\_\_\_\_

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

- нет  
 да



**16. Способны ли Вы обычно к следующим достижениям?**

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
пробежать небольшое расстояние (около ста метров, 100 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. 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"/>

**18. Предположим, что Ваша максимальная работоспособность равняется 10 баллам. Какое количество баллов Вы дали бы своей теперешней трудоспособности при шкале 0-10?**

Отметьте галочкой цифру, соответствующую оценке Вашей трудоспособности

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

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

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



## ЗДОРОВЬЕ

### 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"/>
услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, услуги на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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"/>

**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 необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользо- вался/восполь- зовалась, но услуга была недостаточной	я воспользо- вался/восполь- зовалась, но 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 46
- да

**37. 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.**

	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 пункте трудового здравоохранения	<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 другом месте (напр., пункт здравоохранения учащихся, пункт здравоохранения военнослужащих)	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз

	у стоматолога	у гигиениста полости рта / у зубного техника
в пункте базового здравоохранения у стоматологической медсестры (также здравоохранения учащихся, здравоохранения военнослужащих)	<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"/>

**46. 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 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	<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 48.

**47. 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

**48. 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 воспользовался/воспользовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовался/воспользовалась, услуга была достаточной
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"/>
другие услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, социальное обслуживание на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника или инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**49. 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"/>

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

- другие услуги для семей с детьми
- 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 56

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

- да
- нет
- услуга была бесплатной

**52. 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



**53. 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"/>

**54. 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"/>

**55. 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

## СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ

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

	не было необхо- димости	потребность в услуге была, но услуга не была предо- ставлена	я воспользо- валась/вос- пользовалась, но услуга была недоста- точной	я восполь- зовался/ восполь- зовалась, услуга была достаточной
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 муниципалитета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникало потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 58.

**57. 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 услу- гам, 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

**58. Как много Вы двигаетесь в общей сложности на работе, по пути на работу и в свободное время?**

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 59
- 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



**59. 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

**60. 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"/>

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

	ежедневно	иногда	никогда	Никогда не пользовался
Снюс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты, содержащие никотин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты без никотина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
продукты для никотинозамещающей терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64. Употребляли ли Вы каннабис (гашиш, марихуану)?**

- никогда не пробовал/а  
 да, в течение последних 12 месяцев  
 да, но не в течение последних 12 месяцев



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

- нет → можете перейти к вопросу 69  
 да

**66. 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

**67. 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.

**68. 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

## ИСПЫТАННОЕ НАСИЛИЕ

**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 родственник	иной знакомый или незнакомый 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"/>
подвергал/подвергала Вас посягательствам сексуального характера в словесной или физической форме (например, прикосновения, обзывательства, двусмысленные фразы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принуждал/а или пытался/пыталась принудить к половому акту или другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Использование электронных услуг

Видами электронных услуг являются, например, бронирование времени приёма через цифровую систему, посещение базы данных Omatkanta, 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 Интернетом:

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

### 71. Сколько деловых визитов в электронном виде Вы нанесли следующим профессиональным 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"/>

### 72. 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

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

	абсолютно согласен / согласна	частично согласен / согласна	затрудняюсь ответить	не совсем согласен / не совсем согласна	совершенно не согласен / 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 пользованию сетевыми услугами системы здравоохранения и социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**74. 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**

**75. Повлияла ли эпидемия коронавируса на Ваше материальное положение?**

- очень сильно
- Достаточно сильно
- В некоторой степени
- мало
- никогда

**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. 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 перекусы (сладости, шоколад, прохладительные напитки, чипсы и т.п.)	<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"/>
На удаленную работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
На покупку продуктов питания через Интернет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.**

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

