

מספר סידורי 1-4

5/1

שפה (6-7)		מ.ז. משק בית (8-13)						מ.ז. מרואיין (14-15)	
2	5							-	

תאריך ראיון:

		/			/		
יום (16-17)			חודש (18-19)			שנה (20-21)	

מספר מראיין: \_\_\_\_\_  
22-24

השם הפרטי של המשיב/ה: \_\_\_\_\_

# "50+ באירופה ובישראל"

## סקר בריאות, הזדקנות ופרישה באירופה ובישראל

גל 9 2021

### שאלון למילוי עצמי

רוסית

## Как ЗАПОЛНЯТЬ эту анкету

На большинство вопросов этой анкеты нужно ответить, отметив ячейку, расположенную под или рядом с подходящим Вам ответом.

**Отметить нужно только одну (1) ячейку:**

**Верно**  или

**Неверно**

Просьба отвечать на вопросы поочерёдно, один за другим. Пропускайте вопрос только в случае наличия однозначной инструкции так сделать.

*Образец:*

**У Вас есть дети?**

<sub>1</sub> Да

<sub>5</sub> Нет →

[Перейдите к вопросу ...](#)



*Если Вы отметили "Да" в этом образце, Вы переходите к следующему вопросу*

*Если Вы отметили "Нет" в этом образце, Вы переходите к вопросу, указанному в ячейке инструкции*

## Как ВЕРНУТЬ эту анкету

Если Вы заполнили анкету, а интервьюировавший Вас человек все еще находится в Вашем доме, верните ее ему, пожалуйста. Если нет, просим Вас при первой же возможности отправить заполненную анкету в полученном Вами предоплаченном конверте, наклеивать марку не требуется. Если Вам нужен дополнительный конверт, позвоните, пожалуйста, по телефону 03-6408963.

**ПОЖАЛУЙСТА, НАЧНИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ АНКЕТЫ С ВОПРОСА 1 НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ.**

**ЭТА АНКЕТА ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ВАШЕМУ ЖЕЛАНИЮ И ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОТВЕЧАТЬ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ВОПРОСЫ, ЧТО НЕ ПОВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ НИКАКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ.**

**НАМИ БУДЕТ СОБЛЮДЕНА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ВСЕ ВАШИ ОТВЕТЫ ОСТАНУТСЯ В ТАЙНЕ.**

**МЫ ХОТИМ ЕЩЕ РАЗ ПОБЛАГОДАРИТЬ ВАС ЗА ВАШЕ СОДЕЙСТВИЕ.**

1. Люди любого возраста раздумывают о перемене места жительства. Перед Вами несколько фраз, описывающих различные аспекты, связанные с вопросом перемены места жительства. *Отметьте, пожалуйста, в какой степени Вы согласны с каждым из этих предложений.*

		Совсем нет ▼ <sub>1</sub>	В малой степени ▼ <sub>2</sub>	В средней степени ▼ <sub>3</sub>	В большой степени ▼ <sub>4</sub>
1)	Я хочу остаться в моем сегодняшнем жилье и в будущем	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2)	Мне нужно/понадобится покинуть мой дом, т.к. он не соответствует моим нуждам (большой дом, нет лифта и т.п.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3)	Мне нужно/понадобится покинуть мой район проживания, т.к. он не соответствует моим нуждам (недоступны сервисы медицинского обслуживания, транспортное сообщение и т.п.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4)	Я заинтересован(-а)/буду заинтересован(-а) в переезде в место ассистированного проживания ("диюр муган", дом престарелых)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5)	Мне важно жить на пешем расстоянии от моих родственников	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6)	Мне важно жить на пешем расстоянии от моих друзей/членов моей общины	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7)	Мое финансовое положение не позволяет мне переехать в место ассистированного проживания или в квартиру, более соответствующую моим нуждам	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

2. Отметьте, пожалуйста, в какой мере, по Вашему мнению, следующие действия помогают предотвратить падения.

		Совсем нет ▼ <sub>1</sub>	В малой степени ▼ <sub>2</sub>	В средней степени ▼ <sub>3</sub>	В большой степени ▼ <sub>4</sub>
1)	Регулярная физическая нагрузка	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2)	Прием лекарств, соответствующих состоянию здоровья	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3)	Регулярная проверка зрения	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4)	Регулярная проверка слуха	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5)	Адаптация домашнего интерьера и окрестностей жилья (помехи, поручни и т.д.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6)	Использование вспомогательных средств, как например: трость, опоры-ходунки ("алихон")	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7)	Здоровое питание	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

3. Далее следуют вопросы о Вашем ощущении принесения пользы другим людям. Пожалуйста, учтите всё, чем Вы содействовали благосостоянию и благополучию окружающих Вас людей, в течение последних 12 месяцев, в виде, например: поддержки, времени, денег или советов.

		Совсем нет ▼ <sub>1</sub>	Редко ▼ <sub>2</sub>	Иногда ▼ <sub>3</sub>	Часто ▼ <sub>4</sub>
1)	Насколько часто Вы чувствуете, что способствуете благосостоянию и благополучию своей семьи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Насколько часто Вы чувствуете, что способствуете благосостоянию и благополучию друзей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Насколько часто Вы чувствуете, что способствуете благосостоянию и благополучию общества? (Например: людей в своем районе или посредством деятельности в организациях)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Насколько часто другие люди просили у Вас совет, например: при принятии важного решения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Отметьте, пожалуйста, насколько Вы согласны со следующими фразами, касательно сексуальной активности в пожилом возрасте.

		Совсем нет ▼ <sub>1</sub>	В малой степени ▼ <sub>2</sub>	В средней степени ▼ <sub>3</sub>	В большой степени ▼ <sub>4</sub>
1)	Я думаю, что люди пожилого возраста не ведут сексуальную жизнь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Я думаю, что есть возраст, в котором нужно прекратить вести сексуальную жизнь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Когда у меня или моего партнера будет нарушение сексуальной функции – мы прекратим вести сексуальную жизнь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Нарушение сексуальной функции в пожилом возрасте – естественный процесс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Я постесняюсь обратиться к специалисту по вопросу проблем с сексуальной функцией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Нет решения проблемам сексуальной функции, проистекающим из пожилого возраста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Сексуальные контакты в пожилом возрасте могут быть опасны для здоровья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Если я обращусь к моему врачу касательно проблем сексуальной функции, это меня точно смутит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	У меня есть достаточно знаний о сексуальности в пожилом возрасте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Если я испытаю проблемы сексуальной функции, я буду знать к кому обратиться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Следующие вопросы касаются регулярного приема лекарств по предписанию врача.

Да Нет  
▼<sub>1</sub> ▼<sub>5</sub>

1)	Принимаете ли Вы лекарства постоянно? (По предписанию врача)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Если Вы не принимаете постоянно лекарства по предписанию врача, перейдите, пожалуйста, к вопросу 6.			
2)	Забывали ли Вы когда-нибудь принять свои лекарства?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3)	Когда Вы чувствуете себя лучше, перестаете ли Вы принимать свои лекарства?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4)	Когда Вы чувствуете себя хуже, принимая лекарство, прекращаете ли Вы прием это лекарства?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

6. Следующие вопросы касаются питания в Вашем доме в течение последних 12 месяцев, и было ли у Вас достаточно денег, чтобы купить нужные Вам продукты.

*Отметьте, пожалуйста, степень верности первого и второго предложений, и ответьте на предложения с 3 по 6.*

В основном верно Иногда верно Совершенно неверно Не знаю Отказ отвечать  
▼<sub>1</sub> ▼<sub>2</sub> ▼<sub>3</sub> ▼<sub>8</sub> ▼<sub>9</sub>

1)	Купленной мною/нами еды не хватило, и не было денег, чтобы купить больше	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
2)	У нас не было достаточно денег для сбалансированного рациона питания	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

Да Нет Не знаю Отказ отвечать  
▼<sub>1</sub> ▼<sub>5</sub> ▼<sub>8</sub> ▼<sub>9</sub>

3)	Ели ли Вы меньше, чем хотели, потому что не было достаточно денег на покупку еды?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
4)	Бывали ли Вы голодны и не ели, потому что не было достаточно денег на покупку еды?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5)	Уменьшали ли Вы размеры порций или пропускали приемы пищи из-за отсутствия денег на покупку еды?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
6)	Если ответ на предыдущий вопрос был положительным - «Да», с какой частотой это случилось? <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Почти ежемесячно <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> В иные месяцы случилось, но не каждый месяц <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Только один-два месяца в год				

<p>7. Вчера, в течение какого-то времени, были ли Вы дома в одиночестве (без Вашего/Вашей супруга/и, партнера или кого-нибудь ещё)? Запишите, пожалуйста, сколько часов (0-24) и минут (0-60) Вы были один/одна. Если Вы не находились вчера дома в одиночестве, запишите "0" часов и "0" минут и перейдите к вопросу 8.</p>	<p>Часы _____</p> <p>Минуты _____</p>
--	---

Что Вы чувствовали вчера, когда находились дома в одиночестве?

Оцените следующие ощущения по шкале, где 0 означает «Совсем не испытывал/а», а 6 означает «Ощущение было очень сильным».

**Когда я был/а один/одна, я испытывал/а**

		Совсем не испытывал/а					Ощущение было очень сильным	
		▼ <sub>0</sub>	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>
1)	Радость	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
2)	Интерес	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
3)	Разочарование	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
4)	Печаль	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
5)	Удовлетворение	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
6)	Скуку	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
7)	Боль	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

8. В заключение, пожалуйста, внесите Ваш пол и год рождения:

а) Я являюсь...

мужчиной	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
женщиной	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

б) Я родился/ась в 

--	--	--	--

 (году)

**Благодарим Вас за то, что Вы уделите время ответам на наши вопросы.**