



Цель этого соцопроса состоит в том, чтобы лучше понять ваши мнения о вашем здоровье и здоровье сообщества округа Йоло. Результаты помогут медицинскому Отделению Сообщества Здравоохранения и Социального Обеспечения округа Йоло, больницы области (Woodland Memorial Hospital, Sutter Davis) и клиники местного сообщества, поддерживать важные медицинские инициативы и проекты улучшения здоровья жителей округа Йоло.

Чтобы участвовать в соцопросе, мы просим, чтобы Вы соответствовали следующим критериям:

- Вы живете в округе Йоло
- Вы понимаете, что, вы участвуете в соцопросе добровольно
- Вы соглашаетесь участвовать в соцопросе только один раз

Мы ценим Ваше время, поскольку мы знаем, что это ценно. Соцопрос должен только занять приблизительно 10 минут. Если Вы хотели бы быть введенными в лотерею, чтобы выиграть подарочную карту визы на 30\$, заполните, отделите и возвратите нижнюю часть последней страницы вашего соцопроса. Будет не меньше чем десять победителей.

## Справочная Информация

### 1. В каком городе округа Йоло Вы живете?

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clarksburg | <input type="checkbox"/> Guinda          | <input type="checkbox"/> Winters       |
| <input type="checkbox"/> Davis      | <input type="checkbox"/> Knights Landing | <input type="checkbox"/> Woodland      |
| <input type="checkbox"/> Dunnigan   | <input type="checkbox"/> Madison         | <input type="checkbox"/> Yolo          |
| <input type="checkbox"/> Esparto    | <input type="checkbox"/> West Sacramento | <input type="checkbox"/> Другой: _____ |

### 2. Как долго вы прожили в округе Йоло?

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Меньше одного года | <input type="checkbox"/> 5 – 9 лет   | <input type="checkbox"/> более двадцати лет |
| <input type="checkbox"/> 1 – 4 лет          | <input type="checkbox"/> 10 – 20 лет |   |

### 3. Сколько вам лет?

- |                                    |                                 |   |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Моложе 18 | <input type="checkbox"/> 45-54  | <input type="checkbox"/> 85 или старше        |
| <input type="checkbox"/> 19-24     | <input type="checkbox"/> 55-64  | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать |
| <input type="checkbox"/> 25-34     | <input type="checkbox"/> 65- 74 |   |
| <input type="checkbox"/> 35-44     | <input type="checkbox"/> 75-84  |   |

### 4. Являетесь ли вы Испанского или Латиноамериканского происхождения?

- |                             |                              |   |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать |
|-----------------------------|------------------------------|---|

### 5. Какова ваша национальность?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Азиат            | <input type="checkbox"/> Коренной Американец             |
| <input type="checkbox"/> Афро- Американец | <input type="checkbox"/> Уроженец Островов Тихого Океана |
| <input type="checkbox"/> Белый/ Европейец | <input type="checkbox"/> Другой: _____                   |

### 6. Какова ваша половая идентификация?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Женщина                     | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать                            |
| <input type="checkbox"/> Мужчина                     | <input type="checkbox"/> Дополнительная Категория (пожалуйста, опишите): |
| <input type="checkbox"/> Гендерквир                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Трансгендерный Мужчина /FTM |  |
| <input type="checkbox"/> Трансгендерная Женщина/MTF  |  |



**7. Какова Ваша сексуальная ориентация?**

- Бисексуалист
- Гей
- Лесбианка
- Гомосексуал
- Под вопросом

- Гетеросексуалист
- Отказываюсь отвечать
- Идентифицируйте себя как \_\_\_\_\_

**8. Который описывает Ваш текущий статус занятости?**

- Полный рабочий день
- Неполный рабочий день
- На пенсии
- Безработный
- Инвалид
- Студент

- Отказываюсь отвечать

**9. Кем вы работаете(ли)?**

- Правительство города, округа, или региона
- Строитель
- Работник науки
- Занятие сельским хозяйством
- Работник сферы здравоохранения
- Фабричный рабочий
- Инженер-электрик

- Рабочий ресторана
- Сотрудник розничного магазина
- Технический / Профессиональный работник
- Транспорт или водитель грузовика
- Работаю из дома
- Студент

- Другое: \_\_\_\_\_

**10. Если Вы - Вы студент, который описывает Ваш текущий статус приема?**

- Студент, обучающийся в режиме полной нагрузки
- Студент, обучающийся в режиме частичной нагрузки

**11. В каком колледже/университете/школе/программе вы зарегистрированы?**

**12. Каков ваш основной разговорный язык?**

- Английский
- Испанский
- Русский
- Отказываюсь отвечать
- Другой: \_\_\_\_\_

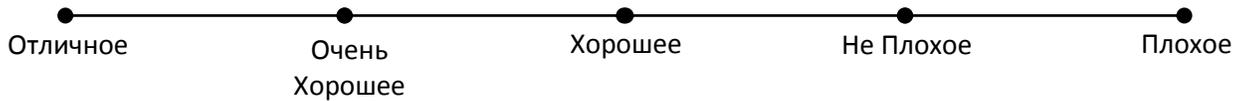
**13. Включая себя, сколько людей живут в вашм доме? \_\_\_\_\_**

**14. Каков ваш ежегодный семейный доход?**

- Меньше чем \$10,000
- \$10,000 to \$19,999
- \$20,000 to \$29,999
- \$30,000 to \$39,999
- \$40,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$59,999
- \$60,000 to \$69,999
- \$70,000 to \$79,999
- \$80,000 to \$89,999
- \$90,000 to \$99,000
- \$100,000 to \$149,999
- \$150,000 to \$249,999
- \$250,000 или больше
- Отказываюсь отвечать

## Информация о Вашем Здоровье

### 15. В целом как бы Вы описали состояние вашего здоровья?



### 16. У Вас есть заболевание, которое ограничивает одну или несколько физических активностей?

- Да
- Ходьба, подъем по лестнице, достижение, подъем или перенос
  - Одевание, купание, или подвижность в вашем доме
  - Выход на улицу, чтобы завершить покупки или посетить доктора
  - Трудность, работать на работе или бизнесе
- Другое: \_\_\_\_\_
- Нет

### 17. Вам когда-либо говорил доктор, что Вы имеете: (отметьте все подходящие варианты)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Астма/заболевание легких/хроническая обструктивная болезнь легких/эмфизема | <input type="checkbox"/> Психическое заболевание              |
| <input type="checkbox"/> Аутоиммунная болезнь (волчанка, диабет 1 типа)                             | <input type="checkbox"/> Проблема наркомания или палкоголизма |
| <input type="checkbox"/> Рак  | <input type="checkbox"/> Ограничение физических возможностей  |
| <input type="checkbox"/> Диабет (Диабет 2 типа, диабет во время беременности)                       | <input type="checkbox"/> Ожирение/избыточный вес              |
| <input type="checkbox"/> Болезнь сердца   | <input type="checkbox"/> Другое: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Гипертония (высокое кровяное давление)                                     |   |

### 18. Были ли у вас инциденты за последние 12 месяцев, когда вы чувствовали, что, возможно, вам нужно встретиться с профессионалом из-за проблем с вашим психическим здоровьем, эмоциями, нервами или использованием алкоголя или наркотиков?

- Да      (Если ДА, перейдите к вопросу № 19)                       Нет      (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 18а)

#### 18а. Если ДА, Вы обратились к врачу или специалисту в области психического здоровья (адвокат, психиатр, или социальный работник) для проблем с вашим психическим здоровьем, эмоции, нервы, или ваше использование алкоголя или наркотиков?

- Да      (Если ДА, перейдите к вопросу № 19)
- Нет      (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 18б)

#### 18б. Если нет, Вы не обращались за медицинской помощью, почему нет? (отметьте все подходящие варианты)

- Я был обеспокоен стоимостью лечения.
  - Я не чувствовал себя комфортно, говоря с профессионалом о моих личных проблемах
  - Я был обеспокоен тем, что произошло бы, если бы кто-то узнал, что у меня была проблема.
  - Моя страховка не покрывает лечение проблем психического здоровья.
  - Я не смог назначить встречу
  - Я не знал к кому обратиться за помощью
- Другое: \_\_\_\_\_



**19. У Вас есть медицинское страхование?**

- Да (Если ДА, ответьте на вопрос № 19а)  НЕТ (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 19b)

**19а. Если да, какая у вас страховка?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Частная - через работодателя | <input type="checkbox"/> Ветеран                     |
| <input type="checkbox"/> Частная – Covered California | <input type="checkbox"/> Государственное страхование |
| <input type="checkbox"/> Частная – Отдельный план     | <input type="checkbox"/> Не знаю                     |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal                     |  |
| <input type="checkbox"/> Medicare                     | <input type="checkbox"/> Другое: _____               |

**19b. Если нет, у Вас НЕТ медицинского страхования: Вы планируете получить медицинское страхование через Covered California?**

- Да  Нет  Не знаю

**19с. Вы соответствуете критериям приемлемости для Medi-Cal или Medicare?**

- Да  Нет  Не знаю

**20. Вы обращались к врачу за последние 12 месяцев?**

- Да (Если ДА, ответьте на вопрос № 20а)  Нет

**20а. Если ДА, Сколько раз Вы обратились к своему врачу за прошлые 12 месяцев?**

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Один раз  | <input type="checkbox"/> Более 6 раз |
| <input type="checkbox"/> 2 - 5 раз | <input type="checkbox"/> Не знаю     |

**20b. Вы считаете, что вам были бы полезно чаще обращаться к врачу?**

- Да  Нет

**21. Как далеко вы едите на приём к вашему лечащему врачу?**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-4 миль   | <input type="checkbox"/> 15-19 миль | <input type="checkbox"/> Более 30 миль |
| <input type="checkbox"/> 5-9 миль   | <input type="checkbox"/> 20-24 миль |  |
| <input type="checkbox"/> 10-14 миль | <input type="checkbox"/> 25-29 миль |  |

**22. Сколько занимает у вас времени, чтобы доехать от вашего дома до офиса вашего лечащего врача?**

- |                                      |                                      |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-14 минут  | <input type="checkbox"/> 30-44 минут | <input type="checkbox"/> Более одного часа |
| <input type="checkbox"/> 15-29 минут | <input type="checkbox"/> 45-59 минут |  |

**23. Когда вы в последний раз пытались назначить встречу с врачом, сколько времени прошло, прежде чем вам назначили встречу с врачом?**

- \_\_\_\_\_ Дней или \_\_\_\_\_ Недель или  Не знаю

**24. Были ли вы удовлетворены тем, как быстро Вы смогли получить назначение на приём?**



**25. Насколько важно вам, чтобы иметь регулярные медицинские услуги и скрининге?**





**26. Получали ли вы медицинское обслуживание или медицинские осмотры в течение последних 12 месяцев?**

Да  Нет (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 26а)

**26а. Если нет, пожалуйста отметьте все что применимо.**

- Мне придется слишком долго ждать, чтобы увидеть врача
- Я был / являюсь слишком занят
- Врач не говорит на моем языке
- У меня не было транспорта в медицинскую клинику
- Медицинская клиника не открыта все время, поэтому трудно попасть на прием
- Врачей не хватает в моем районе, так что трудно попасть на прием
- Я имел / не имею медицинскую страховку
- Я имел / имею медицинскую страховку, но она не покрывает все мои расходы
- Мне не нужны медицинские услуги или медицинские осмотры, потому что я не был болен
- Я не доверяю поставщикам медицинских услуг
- Не уверен / не знаю
  
- Другое: \_\_\_\_\_

**27. Посещали ли вы отдел неотложной помощи в течение последних 12 месяцев?**

Да (Если да, ответьте на вопрос № 27а)  Нет (Если нет, ответьте на вопрос №28)

**27а. Если да, на последнем визите вы были там потому что вы:** (отметьте все, что применимо)

- Была жизни опасная болезнь или травма
- Не могли попасть на срочный неотложный прием со своим врачом
- Заболели или были ранены до 8ми утра или после 5ти вечера в будний день
- Заболели или были ранены в выходные дни
- Требовалось пополнить рецепт
- Это показалось более удобным, чем ждать приема со своим врачом
- Не имею своего доктор, это мой обычный источник медицинской помощи

**28. Вы болели или получали травму на работе в течение последних 12 месяцев?**

- Да (Если да, ответьте на вопрос № 28а)
- Нет (Если нет, ответьте на вопрос №29)
- Не применимо (не работает)

**28а. Если да, обращались ли вы за медицинской помощью для вашего заболевания или травмы связанные с работой?**

Да  Нет

**28b. Если нет, то почему?** \_\_\_\_\_

**29. Есть ли у вас стоматологическая страховка?**

Да  Нет  Неуверен

**30. Вы были у стоматолога в течение последних 12 месяцев?**

Да  Нет

## Состояние здоровья населения округа Йоло

### 31. В вашем мнении, какие три самых больших ПРОБЛЕМ С ЗДОРОВЬЕМ, которые наиболее влияют на наше сообщество? Выберите три (3):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Алкоголизм                                   | <input type="checkbox"/> Инфекционные заболевания (например, гепатит, туберкулез и т. д.) | <input type="checkbox"/> Сексуальное насилие                     |
| <input type="checkbox"/> Рак  | <input type="checkbox"/> Психические заболевания  | <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем |
| <input type="checkbox"/> Жестокое обращение и пренебрежение детьми    | <input type="checkbox"/> Автомобиль/велосипед аварии                                      | <input type="checkbox"/> Инсульт                                 |
| <input type="checkbox"/> стоматологические проблемы                   | <input type="checkbox"/> Ожирение   | <input type="checkbox"/> Беременности подростков                 |
| <input type="checkbox"/> Сахарный диабет                              | <input type="checkbox"/> Плохие исходы родов  | <input type="checkbox"/> Другое: _____                           |
| <input type="checkbox"/> Проблемы со здоровьем, связанные с возрастом | <input type="checkbox"/> Респираторные заболевания/заболевания легких/астма               | <input type="checkbox"/> Другое: _____                           |
| <input type="checkbox"/> Болезни сердца                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Убийство                                     |   |  |

### 32. В вашем мнении, какие три индивидуальных ПОВЕДЕНИЙ, которые являются наиболее отвечающие за вопросы здравоохранения в нашем сообществе? Выберите три (3):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Злоупотребление алкоголем                          | <input type="checkbox"/> Отсутствие физических упражнений                         | <input type="checkbox"/> Курение/употребление табака     |
| <input type="checkbox"/> Преступности/насилия                               | <input type="checkbox"/> Стресс жизни/отсутствие навыков совладания               | <input type="checkbox"/> Самоубийство                    |
| <input type="checkbox"/> Отвлечения за рулем                                | <input type="checkbox"/> Не получая "уколы" (вакцин) для профилактики заболеваний | <input type="checkbox"/> Подростковый секс               |
| <input type="checkbox"/> Насилия со стороны интимного партнера или сожителя | <input type="checkbox"/> Не получает регулярные осмотры врача                     | <input type="checkbox"/> Небезопасный секс               |
| <input type="checkbox"/> Вождение в пьяном виде/под влияние наркотиков      | <input type="checkbox"/> Плохое питание/привычки в еде                            | <input type="checkbox"/> Использование оружия/пистолетов |
| <input type="checkbox"/> Наркомание   |   | <input type="checkbox"/> Другое: _____                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Другое: _____                   |

### 33. В вашем мнении, какие три СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ, наиболее отвечающих за вопросы здравоохранения в нашей общине? Выберите три (3):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Культурные барьеры                              | <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки       | <input type="checkbox"/> Семь с одним родителем |
| <input type="checkbox"/> Бездомность                                     | <input type="checkbox"/> Не хватает еды (продовольствия) | <input type="checkbox"/> Безработица            |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие образования/нет среднего образование | <input type="checkbox"/> Бедность                        | <input type="checkbox"/> Другое: _____          |
| <input type="checkbox"/> Языковые барьеры                                | <input type="checkbox"/> Расизм и дискриминация          | <input type="checkbox"/> Другое: _____          |

### 34. В вашем мнении, какие три ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ, которые наиболее ответственны за вопросы здравоохранения в нашей общине? Выберите три (3):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Сигаретный дым                                       | <input type="checkbox"/> Отсутствие общественного транспорта                    | <input type="checkbox"/> Мусор на улицах     |
| <input type="checkbox"/> Загрязнение питьевой воды                            | <input type="checkbox"/> Отсутствие безопасных пешеходных дорожек и велодорожек | <input type="checkbox"/> Загрязнение воздуха |
| <input type="checkbox"/> Наводнений/проблемы дренажа                          | <input type="checkbox"/> Использование пестицидов                               | <input type="checkbox"/> Другое: _____       |
| <input type="checkbox"/> Жара/жаркие дни                                      | <input type="checkbox"/> Плохие жилищные условия                                | <input type="checkbox"/> Другое: _____       |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие доступа к здоровой пище                   | <input type="checkbox"/> Плохой дизайн района                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие доступа в места для физической активности | <input type="checkbox"/> Трафик   |  |



**35. В вашем мнении, какие являются три наиболее важных факторов “ЗДОРОВОГО СООБЩЕСТВА”?**

Выберите три (3):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доступ к присмотру за детьми    | <input type="checkbox"/> Вакансии на работу   | <input type="checkbox"/> пропагандистской деятельности социального работника)   |
| <input type="checkbox"/> Доступ к услугам здравоохранени | <input type="checkbox"/> Низкий уровень преступности/безопасные районы                                  | <input type="checkbox"/> Семейное время   |
| <input type="checkbox"/> Доступ к здоровой пище          | <input type="checkbox"/> Парки и места отдыха   | <input type="checkbox"/> Толерантность для разнообразие                         |
| <input type="checkbox"/> Доступное жилье                 | <input type="checkbox"/> Безопасное место для растения детей  | <input type="checkbox"/> Хорошо информированное сообщество по вопросам здоровья |
| <input type="checkbox"/> Качества воздуха                | <input type="checkbox"/> Агентства поддержки (религиозные организации, группы поддержки, информационно- | <input type="checkbox"/> Другое: _____  |
| <input type="checkbox"/> Участие общины                  |   | <input type="checkbox"/> Другое: _____  |
| <input type="checkbox"/> Уход за пожилыми                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Хорошие школы                   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Зеленые/открытые пространства   |   |   |

**36. Есть ли ещё что-нибудь что вы хотели бы поставит нас в известность о вашем личном здоровье или, о состоянии здоровья населения округа Йоло?**

Пожалуйста, сдайте этот опрос прежде чем вы покинете здание или вы можете взять его с собой, чтобы завершить позже и сдать в лобби любого из мест, HHSA указавших ниже:

DAVIS	WEST SACRAMENTO	WINTERS	WOODLAND
600 A St.	500 Jefferson Blvd.	111 E. Grant Ave	Gonzales Building 25 N. Cottonwood St.
			Bauer Building 137 N. Cottonwood St

Пожалуйста, оторвите и верните информацию ниже опроса для шанса выигрыша подарочную карту в сумме \$30.

Имя: \_\_\_\_\_  
 Номер Телефона: \_\_\_\_\_  
 Адрес Электронной Почты: \_\_\_\_\_