



AIKUISTEN TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUTUTKIMUS (ATH)


Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, mielellään viimeistään 10 päivän kuluessa. Palauttakaa vastauksenne oheisessa vastauskuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä.

Kyselyn voitte täyttää myös Internet-osoitteessa www.thl.fi/ath/vastaa, jonne kirjaututte tunnuksella ja salasanalla, jotka löytyvät tämän kyselylomakkeen etusivun yläosasta.

Kiitos vastauksistanne!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.
-  Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme, että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, Teille parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita.
- Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita.
Toivomme, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin – merkitkää myös kieltävä vastaus näkyviin joko rastittamalla vaihtoehto "ei" tai merkitsemällä "0" vastaukselle varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin

- hyvä
- melko hyvä
- keskitasoinen
- melko huono
- huono

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutenne ja painonne

pituus 1 6 5 cm

paino 6 2 kg

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/ath/osallistuvalla

ATH-ilmaisnumero p. 0800 97730 (klo 9–11)

e-mail: ath-info@thl.fi



SUOSTUMUS ATH-TUTKIMUKSEEN

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan ”Tietoja tutkimukseen osallistuvalla”-tiedotteeseen ja saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja siinä kerättävistä tiedoista, tietojen käsittelystä, yhdistämisestä ja luovuttamisesta. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että tietojani käsitellään luottamuksellisesti.

Vastaamalla tähän kyselyyn vahvistan osallistumiseni tutkimukseen.

TAUSTATIEDOT

1. Oletteko tällä hetkellä:

- avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- avoliitossa
- asumerossa tai eronnut
- leski
- naimaton

2. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käyneet koulua tai opiskellut päätoimisesti?

Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

3. Missä asutte tällä hetkellä:

- omistusasunnossa
- vuokra-asunnossa
- palvelutalossa, kuntoutuskodissa tai vanhainkodissa
- jossain muualla, missä: _____

4. Asutteko yksin:

- kyllä
- en, merkitkää tähän kotitaloutenne **muiden** jäsenten iät:

_____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta,

_____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta, _____ vuotta,

5. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa:

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto

- kokopäivätyössä
- osa-aikatyössä
- eläkkeellä iän perusteella
- työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana
- osa-aikaeläkkeellä
- työtön tai lomautettu, nykyisen jakson kesto kuukausina: _____
- perhevapaalla, kotiäiti tai -isä
- opiskelija
- jokin muu: _____

6. Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä
pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Esiintyykö asuntonne lähiympäristössä seuraavia tekijöitä, ja missä määrin ne haittaavat Teitä?

	ei esiinny	esiintyy, mutta ei haittaa	haittaa jonkin verran	haittaa paljon
vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jalankulkuväylien liukkaus talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkuväylien huono valaistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet terveystaloihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet muihin palveluihin (esim. kaupat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huonot julkiset liikenneyhteydet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Käytättekö Internetiä:

	en	kyllä
sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, Kela, verotoimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojen hakemiseen (esim. aikataulut, terveystieto ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERVEYS

9. Kuinka pitkä olette? _____ cm *Merkitkää senttimetrin tarkkuudella.*

10. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa? _____ kg *Merkitkää kilogramman tarkkuudella.*

11. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono

12. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- kyllä
 ei

13. Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

- rajoittaa vakavasti
 rajoittaa, muttei vakavasti
 ei rajoita lainkaan (*voitte siirtyä kysymykseen 15*)

14. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- kyllä
 ei

15. Kuinka monta kokonaista päivää olitte viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavallisia tehtäviänne?

Ellette muista tarkkaan, arvio riittää. Raskautta ei lasketa mukaan.

_____ päivää

16. Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesteroli	<input type="checkbox"/>
sydänveritulppa, sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>
sepelvaltimotauti, angina pectoris (=rintakipua rasituksessa)	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
heinänuha tai muu allerginen nuha	<input type="checkbox"/>
ei mitään yllämainituista sairauksista	<input type="checkbox"/>

17. Onko Teillä ollut seuraavia oireita tai vaivoja 30 viime päivän aikana?

	kyllä
päänsärkyä	<input type="checkbox"/>
nivelsärkyä	<input type="checkbox"/>
niska-, hartiavaivoja	<input type="checkbox"/>
selkäkipua	<input type="checkbox"/>
unettomuutta	<input type="checkbox"/>
virtsanpidätysongelmia	<input type="checkbox"/>
korvien soimista (tinnitus)	<input type="checkbox"/>
ei mitään yllämainituista oireista	<input type="checkbox"/>

Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä miltä Teistä on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne

18. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
ollut hyvin hermostunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan
 hyvin harvoin
 joskus
 melko usein
 jatkuvasti

20. Onko Teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa:

	ei	kyllä
ollut mieli maassa, alakuloinen tai masentunut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menettänyt kiinnostuksenne useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista yleensä koette mielihyvää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys käsittelee ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät itsen vahingoittamiseen. Osa ihmisistä on elämänsä aikana kohdannut vaikeuksia, joiden yhteydessä tällaisia ajatuksia ja tunteita esiintyy.

21. Onko Teillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?

- ei
 kyllä

TOIMINTA- JA TYÖKYKY

22. Kuinka usein olette seuraavilla tavoilla yhteydessä ystäviinne ja sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	päivittäin tai lähes päivittäin	1–3 kertaa viikossa	1–3 kertaa kuukaudessa	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
tapaamalla kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetin välityksellä (esim. sähköposti, chat, Skype, Facebook yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



23. Osallistutteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?

- en
 kyllä, aktiivisesti
 kyllä, silloin tällöin

24. Arvioikaa mahdollisuuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa.

Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon

	puoliso, kump- pani	joku muu lähi- omainen	lähei- nen ystävä	lähei- nen työto- veri	lähei- nen naa- puri	joku muu lähei- nen	ei kukaan
kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona? *Voitte valita useampia vaihtoehtoja.*

- en (*siirtykää kysymykseen 27*)
 kyllä, puolisoa
 kyllä, lasta tai lapsenlasta
 kyllä, vanhempia tai puolison vanhempia
 muuta henkilöä, ketä: _____

26. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

- en
 kyllä

27. Äänestittekö edellisissä:

	en	kyllä	en muista
kunnallisvaaleissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eduskuntavaaleissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presidentinvaaleissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EU-parlamenttivaaleissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



28. Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä, 100m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona kesällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkemaan julkisilla liikennevälineillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Pystytkö yleensä seuraaviin arkipäivän askareisiin ja toimintoihin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
tekemään kevyitä kotitöitä (esim. imurointi, astioiden pesu, vuoteen sijaaminen, pyykinpesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tekemään kodin pieniä korjaustöitä (esim. lampun tai palovaroitin pariston vaihtaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitamaan päivittäisiä raha-asioitanne (esim. laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään ruokakaupassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä:

	erittäin hyvin	hyvin	tydyttävästi	huonosti	erittäin huonosti
muistini toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pystyn yleensä keskittymään asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Tarvitseteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa?

- en tarvitse enkä saa apua
 tarvitsisin apua, mutta en saa sitä
 saan apua, mutta en tarpeeksi
 saan tarpeeksi apua
 selviytyisin vähemmälläkin avulla

32. Onko / oliko viimeisin työnne luonteeltaan

	kevyttä	melko kevyttä	jonkin verran rasittavaa	melko rasittavaa	hyvin rasittavaa	en ole koskaan ollut ansiotyössä
ruumiillisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Pitävätkö seuraavat kotiin ja työhön liittyvät väittämät paikkansa Teidän kohdallenne?

Valitkaa Teille sopiva vaihtoehto joka riviltä

	pitää täysin paikkaansa	pitää jokseenkin paikkaansa	ei pidä juurikaan paikkaansa	ei pidä lainkaan paikkaansa	en osaa sanoa / ei koske minua
kun tulen kotiin, lakkaan ajattelemasta työtäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tunnen laiminlyöväni kotiasioita työn vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perhe saa joskus jäädä syrjään, kun uppoudun täysin työhöni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minun on usein vaikea keskittyä työhöni kotiasioden vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jaksan paremmin lasten kanssa, kun käyn myös työssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Oletetaan, että työkykyne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? *Rasittakaa työkykyänne vastaava numero.*

Täysin työkyvytön	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Työkyky parhaimmillaan
	<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"/>	

35. Onko työkykyne: *Mikäli ette ole töissä, vastatkaa viimeisimmän työnne mukaan.*

	erittäin hyvä	melko hyvä	kohtalainen	melko huono	erittäin huono	en ole koskaan ollut ansiotyössä
työnne ruumiillisten vaatimusten kannalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työnne henkisten vaatimusten kannalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka?

- en
- todennäköisesti en
- todennäköisesti kyllä
- kyllä
- olen eläkkeellä

37. Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti?

Valitkaa tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

- en ole työssä tai työni on pääasiassa istumatyötä enkä kävele paljoakaan
- kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita taakkoja
- joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan jne.

ELINTAVAT

Seuraavilla kolmella kysymyksellä (38–40) selvitetään liikkumistanne työssä, työmatkalla ja vapaa-ajalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

38. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa

- luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
- kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
- harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa

39. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette? Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa

- päivittäin
- 4–6 kertaa viikossa
- 3 kertaa viikossa
- 2 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

40. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkoillanne?

Huom. tarkoittaa meno- ja tulomatkaan yhteensä käytettyä aikaa.

- en ole työssä tai työ on kotona
- kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- alle 15 minuuttia päivässä
- 15–30 minuuttia päivässä
- 30–60 minuuttia päivässä
- yli tunnin päivässä



41. Kuinka usein olette käyttäneet seuraavia ruokia ja juomia 7 viime päivän aikana?

	en kertaakaan	1–2 päivänä	3–5 päivänä	6–7 päivänä
rasvaisia juustoja (esim. Edam, Emmental, Oltermanni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar-15, Edam 17, raejuusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä tai marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampurilaisia, pizzeriaa, suolaisia piiraita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suklaata tai muita makeisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta (esim. Flora Culinesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
margariinia (esim. Flora, Keiju)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rasvatonta maitoa tai piimää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Onko teillä mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?

- kyllä
 ei
 en ole työssä enkä opiskele

43. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
 kaksi kertaa päivässä
 kerran päivässä
 harvemmin kuin joka päivä
 en koskaan

44. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut teitä 12 viime kuukauden aikana:

Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.

	ei kukaan	lääkäri tai hammas- lääkäri	terveydenhoi- taja tai muu terveyden- huollon am- mattilainen	perheenjäsen	joku muu
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottu- muksia terveyssyistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laihduuttamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähentämään alkoholin käyttöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lopettamaan tupakoinnin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Kuinka monta tuntia tavallisesti nukutte vuorokaudessa:

keskimäärin _____ tuntia.

46. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?

- kyllä, lähes aina
 kyllä, usein
 harvoin tai tuskin koskaan
 en osaa sanoa

47. Oletteko koskaan tupakoinut?

- en (*mikäli ette ole tupakoinut, siirtykää kysymykseen 50*)
 kyllä

48. Oletteko koskaan tupakoinut päivittäin ainakin yhden vuoden ajan? Kuinka monta vuotta yhteensä?

- en ole koskaan tupakoinut päivittäin
 olen tupakoinut päivittäin yhteensä _____ vuotta

49. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- kyllä, päivittäin
 satunnaisesti
 en lainkaan

50. Käytättekö nykyisin sähkötupakkaa (sähkösavukkeita)?

- kyllä, päivittäin
 satunnaisesti
 en lainkaan nykyisin
 en ole koskaan käyttänyt sähkötupakkaa



51. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en (*mikäli ette ole käyttänyt alkoholia, siirtykää kysymykseen 56*)
 kyllä

52. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.

- en koskaan
 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 2–4 kertaa kuukaudessa
 2–3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa tai useammin

53. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?

- 1–2 annosta
 3–4 annosta
 5–6 annosta
 7–9 annosta
 10 tai enemmän

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:
pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä tai
lasi (12cl) mietoa viiniä tai
pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4cl) väkeviä

54. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 kerran kuukaudessa
 kerran viikossa
 päivittäin tai lähes päivittäin

ESIMERKKEJÄ:
0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
0,75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

55. Montako lasillista, pullollista tai ravintola-annosta olette juonut seuraavia juomia 7 viime päivän aikana: *Ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0.*

7 viime päivän aikana	
keskiolutta (III-olutta), keskivahvaa siideriä tai long drink -juomia (<i>myydään ruokakaupassa, alkoholipitoisuus 2,9–4,7%</i>)	_____ pullollista (1/3 litraa)
A-olutta, vahvaa siideriä tai long drink -juomia (<i>myydään vain Alkossa, alkoholipitoisuus yli 4,7%</i>)	_____ pullollista (1/3 litraa)
viiniä	_____ lasillista (1 lasillinen=n. 12 cl)
viinaa tai muuta väkevää alkoholia	_____ ravintola-annosta (n. 4 cl)

56. Oletteko käyttänyt kannabista (hasis, marijuuna)?

- en ole koskaan kokeillut
 kyllä, 12 viime kuukauden aikana
 kyllä, mutta en 12 viime kuukauden aikana

Seuraavaksi kysymme Teiltä rahapelaamisesta. RAHAPELEJÄ ovat muun muassa arvontapelit kuten Lotto tai Keno, rahapeliautomaatit kuten hedelmäpeli, raaputusarvat, urheilu- ja raviveikkaus, Veikkauksen pelit, vedonlyönti, kasinopelit sekä Internetissä pelattavat rahapelit kuten nettipokeri.

57. Onko Teistä 12 viime kuukauden aikana tuntunut, että rahapelaaminen saattaa olla Teille ongelma?

- en pelaa rahapelejä
 ei koskaan
 joskus
 usein
 lähes aina

TAPATURMAT JA VÄKIVALTA

58. Oletteko joutunut 12 viime kuukauden aikana tapaturmaan, jossa olette saanut vammoja? Missä tilanteessa tapaturma tapahtui, ja millaista hoitoa saitte vammoihinne?

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	en	kyllä, hoitoa koti- konstein	kyllä, hoitoa terveyden- / sairaanhoido- jalta	kyllä, lääkärin hoitoa	kyllä, sairaala- hoitoa
työssä tai työmatkalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vapaa-ajalla kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vapaa-ajalla liikuntaharrastuksen yhteydessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vapaa-ajalla muualla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Käytättekö seuraavia suojaimia tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä auton takapenkillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellunta-/pelastusliivejä veneessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nastoitettuja jalkineita tai kenkiin kiinnitettäviä liukuesteitä liukkaalla kelillä ulkoillessanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heijastinta pimeällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



60. Onko joku käyttäytynyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana?

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	ei kukaan	tuntematon tai puolittu	avo- tai aviopuoliso tai seurustelu- kumppani	muu lähemmin tuntemanne henkilö (muu perheenjäsen, entinen puoliso, ystävä, tuttava, työtoveri)
uhannut puhelimitse, kirjeitse tai Internetin välityksellä vahingoittaa fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uhannut kasvokkain vahingoittaa fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estänyt liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt tai töninyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läimäissyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyönyt nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut sukupuoliyhteyteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yrittänyt pakottaa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käyttäytynyt väkivaltaisesti jollain muulla tavalla, kuvatkaa yhdellä sanalla: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Ovatko vieraat ihmiset kadulla tai muulla yleisellä paikalla (esim. kaupassa, ravintolassa) kohdelleet Teitä epäoikeudenmukaisesti 12 viime kuukauden aikana?

- kyllä
 ei

62. Onko oma esimiehenne, työtoverinne tai asiakas työpaikalla kohdelleet Teitä epäoikeudenmukaisesti 12 viime kuukauden aikana?

- kyllä
 ei
 en ole ollut ansiotyössä 12 viime kuukauden aikana

PALVELUT

63. Mitä mieltä olette seuraavista sosiaali- ja terveyspalveluja koskevista väittämistä:

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana? *Huomioikaa kunnan ja yksityisen palvelutarjoajan tuottamat palvelut.*

	en ole tarvinnut	olis in tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävää	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävää
lääkärin vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslääkäripalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotiin saatavat hoito- ja hoivapalvelut (esim. kotihoito, ateriat- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut vanhuspalvelut (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omaishoitajan tukipalvelut (esim. mahdollisuus pitää vapaata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omaishoidon hoitopalkkio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Ovatko seuraavat asiat haitanneet tarvitsemienne terveyspalvelujen saamista 12 viime kuukauden aikana?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua
hankala matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korkeat asiakasmaksut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



66. Ovatko seuraavat asiat haitanneet tarvitsemienne sosiaalipalvelujen saamista 12 viime kuukauden aikana?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua
hankala matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korkeat asiakasmaksut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonanne: *Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette ollut sairaalassa sisään-otettuna potilaana.*

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
lääkärin vastaanotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Kuinka monta kertaa olette 12 viime kuukauden aikana ollut yhteydessä:

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
Puhelimitse					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijään tai sosiaaliohjaajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sähköisen asioinnin kautta					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijään tai sosiaaliohjaajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



69. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta vaihtaa terveysasemaanne (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? *Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palvelujentuottajan vastaamaan jonkin terveysaseman palveluista.*

- en ole käyttänyt terveysaseman palveluja 12 viime kuukauden aikana
- en ole vaihtanut terveysasemaa
- kyllä, olen vaihtanut terveysasemaa

70. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta valita tai vaihtaa sairaalaa (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? *Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palvelujentuottajan vastaamaan joistakin sairaalahoidoista.*

- en ole tarvinnut hoitoa tai tutkimuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalla tai vuodeosastolla 12 viime kuukauden aikana
- en ole valinnut tai vaihtanut sairaalaa
- kyllä, olen valinnut tai vaihtanut sairaalan

71. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksianne terveyspalveluista 12 viime kuukauden ajalta?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
pääsin hoitoon riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pääsin tutkimukseen riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelun lopputulos vastasi tarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Kuinka monta kertaa olette käynyt 12 viime kuukauden aikana:

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
hammaslääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammashoitajan tai suuhygienistin vastaanotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Oletteko saanut rokotuksen influenssaa vastaan 12 viime kuukauden aikana?

- en
- kyllä



74. Milloin terveydenhuollon ammattilainen on viimeksi mitannut Teiltä:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	12 viime kuukauden aikana	1-5 vuotta sitten	yli 5 vuotta sitten	ei koskaan	en tiedä
verenpaineen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren kolesterolipitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren sokeripitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vyötärön ympäryksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Oletteko käynyt seuraavissa tutkimuksissa ja tarkastuksissa 5 viime vuoden aikana:

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	en	kyllä, viime (1) vuoden aikana	kyllä, 1-5 vuotta sitten
suolistosyövän seulontatesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammografia (rintasyövän seulonta) naisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-koe naisille (kohdunkaulan irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eturauhastutkimukseen kuuluva verinäytteestä mitattava PSA-arvo miehille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Oletteko käynyt mielenterveydellisten tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä, mielenterveydellisten ongelmien vuoksi	kyllä, päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi
avohoidossa (esim. työterveyshuollossa, A-klinikalla, mielenterveystoimistossa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laitoshoidossa (esim. psykiatrisessa sairaalassa tai muussa sairaalassa katkaisuhoidossa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Mitä sosiaalipalveluja olette käyttänyt 12 viime kuukauden aikana viimeksi?

Valitkaa yksi vaihtoehto sen perusteella, mitä palvelua olette käyttänyt viimeksi

- vanhusten palveluja (esim. asumispalvelut, kotipalvelut, vanhainkodit)
- vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)
- lapsiperheiden palveluja (esim. lastensuojelu, kotipalvelut, kasvatus- ja perheneuvonta)
- sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaa ohjausta ja neuvontaa
- en mitään yllä mainituista (*siirtykää kysymykseen 79*)

78. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksianne sosiaalipalveluista 12 viime kuukauden ajalta? Arvioikaa viimeksi käyttämäännne palvelua

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
pääsin palveluun riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelun lopputulos vastasi tarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELÄMÄNLAATU

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (79–81) kohdalla miettimään elämäännne kahden viime viikon ajalta.

79. Millaiseksi arvioitte elämänlaatonne?

- erittäin huono
 huono
 ei hyvä eikä huono
 hyvä
 erittäin hyvä

80. Miten tyytyväinen olette:

	erittäin tyytymätön	melko tyytymätön	en tyytyväinen enkä tyytymätön	melko tyytyväinen	erittäin tyytyväinen
terveyteenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kykyynne selviytyä päivittäisistä toimistanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itseenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteisiinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinalueenne olosuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Missä määrin olette kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäännne varten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavat tapaturmiin liittyvät viisi kysymysosiota kartoittavat 1) kotitapaturmia, 2) liikuntatapaturmia, 3) työtapaturmia, 4) liikenneonnettomuuksia sekä 5) muita vapaa-ajan tapaturmia. Kysymysten avulla kartoitetaan miten tapaturma tapahtui, millaisia vammoja siitä aiheutui sekä millaista hoitoa ne vaativat.

KOTITAPATURMAT

82. Oletteko joutunut kotitapaturmaan 12 viime kuukauden aikana? *Kotitapaturma on kotona, kodin piha-alueella, loma-asunnossa, kesämökillä tai muussa asunnossa sattuva tapaturma, kuten esimerkiksi vammoja aiheuttava kaatuminen, palovamma tai jonkin terävän esineen kuten veitsen tai rikkoutuneen lasin aiheuttama vamma.*

- en (siirtykää kysymykseen 89. Liikuntatapaturmat-osioon)
- kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

83. Miten kotitapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia kotitapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä. *Merkitkää vastauksenne jokaisesta kotitapaturmasta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen kotitapaturman kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3). Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen kotitapaturman osalta.*

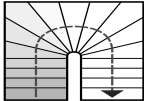
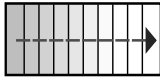
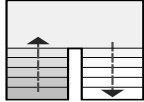
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
törmäyksessä henkilöön tai esineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
myrkytys tai altistuminen muulle haitalliselle aineelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poikkeavat lämpötilat; palovamma (tuli, palokaasut yms), paleltuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terävän esineen aiheuttama vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

84. Vaikuttiko kotitapaturmaan oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Millaisessa paikassa tai tilassa kotitapaturma tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen kotitapaturman osalta.

		Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
asuinhuone (olohuone, makuuhuone lastenhuone tms.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keittiö		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC, kylpyhuone tai saunatilat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piha-alue, parveke, terassi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autotalli, askarteluhuone		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellari, vintti, varasto tai liiteri		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kiertyvät portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koko kerrosvälin mittaiset suorat portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaksiosaiset lepotasolla varustetut portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:		_____	_____	_____

86. Mikä oli vakavin kotitapaturmasta aiheutunut vamma?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen kotitapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei vammaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mustelmia, ruhjeita tai haavoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno tai lihasvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivotärähdys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pään alueen vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmävamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiston vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palovamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paleltuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkiset vammat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu vamma, mikä:	_____	_____	_____



87. Millaista hoitoa saitte vammoihinne?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen kotitapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
hoitoa kotikonstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitoa terveyden-/sairaanhoitajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin hoitoa päivystyksessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (osastolla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (leikkauksessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Olitteko alkoholin, toimintakykyyn vaikuttavien lääkkeiden tai huumeiden vaikutuksen alaisena kotitapaturman tapahtuessa?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIIKUNTATAPATURMAT

89. Oletteko joutunut liikuntatapaturmaan 12 viime kuukauden aikana?

- en (siirtykää kysymykseen 98. Liikenneonnettomuudet-osioon)
- kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

90. Missä tilanteessa liikuntatapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia liikuntatapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa **kolme viimeisintä**. Merkitkää vastauksenne jokaisesta liikuntatapaturmasta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3).

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
1) vapaa-ajalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) oppilaitoksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) työpaikkaliikunnassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Miten liikuntatapaturma tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
törmäys ihmiseen tai esineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peli- tai liikuntavälineen aiheuttama vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lämpötila (kuumuus, kylmyys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suoritusvirhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aiempi vamma, liikararasitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

92. Vaikuttiko liikuntatapaturmaan oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Millaisessa paikassa tai tilassa liikuntatapaturma tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
liikuntasali tai -halli, palloiluhalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jäähalli, jääkenttä tai kaukalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urheilukenttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kevyenliikenteen väylä, suojatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pururata, liikuntareitti maastossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
metsä, pelto, ranta, tms. maasto /luonnonympäristö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meri, järvi, joki tms. vesistö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piha- tai paikoitusalue, puisto, tori tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työpaikan liikuntatila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koti tai kotipiha, loma-asunnon piha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulkomaanmatkalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

94. Mikä liikuntalaji oli kyseessä liikuntatapaturman tapahtuessa?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
jalkapallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salibandy, sähly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lentopallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jääkiekko, jääpallo, ringette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luistelu, rullaluistelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuntoliikunta (lenkkeily, kävely, hölkkä, sauvakävely, yms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuntosaliharjoittelu, voimailu ja painonnosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retkeily, vaellus, suunnistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiihto, laskettelu, lumilautailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uinti tai muu vesiliikunta (soutu, melonta, suppaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pyöräily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moottoriturheilu (ml. vesihiihto, vesiskootteri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kamppailulaji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eläinurheilu (esim. ratsastus, koirakilpailut, valjakkoajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
golf, keilaus, petankki, biljardi (urheilulaji, jossa käytetään umpinaista palloa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trampoliini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

95. Mikä oli vakavin liikuntatapaturmasta aiheutunut vamma?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei vammaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mustelmia, ruhjeita tai haavoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno tai lihasvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivotärähdys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pään alueen vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmävamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiston vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palovamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paleltuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkiset vammat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu vamma, mikä:	_____	_____	_____

96. Millaista hoitoa saitte vammoihinne?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikuntatapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
hoitoa kotikonstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitoa terveyden-/sairaanhoidajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin hoitoa päivystyksessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (osastolla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (leikkauksessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Olitteko alkoholin, toimintakykyyn vaikuttavien lääkkeiden tai huumeiden vaikutuksen alaisena liikuntatapaturman tapahtuessa?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIIKENNEONNETTOMUUDET

98. Oletteko joutunut liikenneonnettomuuteen 12 viime kuukauden aikana? *Liikenneonnettomuus tarkoittaa auton tai muun ajo- tai kulkuneuvon onnettomuutta, kuten esimerkiksi törmäämistä tai suistumista sekä kevyen liikenteen onnettomuuksia, jotka koskevat jalankulkijoita ja polkupyöräilijöitä.*

- en (siirtykää kysymykseen 106. Työtapaturmat-osioon)
- kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

99. Miten liikenneonnettomuus tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia liikenneonnettomuuksia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä. *Merkittävä vastauksenne jokaisesta liikenneonnettomuudesta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3). Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta*

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
törmäys (liikkuvan) moottoriajoneuvon kanssa (ml. jalankulkijana tai pyöräilijänä auton alle jääminen tai auton kanssa törmääminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksittäisonnettomuus, jossa ei muita osallisia (esim. suistuminen, törmääminen kiinteään esteeseen, jalankulkijana tai pyöräilijänä kaatuminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
törmäys pysäköityyn ajoneuvoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eläinonnettomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____



100. Olitteko liikenneonnettomuuden tapahtuessa liikenteessä:

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
jalankulkijana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polkupyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moottoripyörällä tai mopolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muulla ajoneuvolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. Vaikuttiko liikenneonnettomuuteen oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Millaisessa paikassa tai tilassa liikenneonnettomuus tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
jalkakäytävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävely- tai pyörätie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suojatie, pyörätien ja kadun risteys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tie tai katu taajama-alueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tie taajaman ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moottoritie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu esim. yleinen pysäköintialue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kerrostalon tai omakotitalon piha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maasto, metsä- tai peltoalue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meri, järvi, joki tai tms. vesistö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____



103. Mikä oli vakavin liikenneonnettomuudesta aiheutunut vamma?
Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei vammaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mustelmia, ruhjeita tai haavoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno tai lihasvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivotärähdys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pään alueen vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmävamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiston vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palovamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paleltuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkiset vammat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu vamma, mikä:	_____	_____	_____

104. Millaista hoitoa saitte vammoihinne?
Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
hoitoa kotikonstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitoa terveyden-/sairaanhoitajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin hoitoa päivystyksessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (osastolla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (leikkauksessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Olitteko alkoholin, toimintakykyyn vaikuttavien lääkkeiden tai huumeiden vaikutuksen alaisena liikenneonnettomuuden tapahtuessa?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TYÖTAPATURMAT

106. Oletteko joutunut työtapaturmaan 12 viime kuukauden aikana? *Huomioikaa myös työmatkalla, työharjoittelussa, opiskeluympäristössä, vapaaehtoistyössä tai näihin vertautuvissa tilanteissa tapahtuneet tapaturmat*

- en (siirtykää kysymykseen 114. Muut vapaa-ajan tapaturmat-osioon)
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

107. Miten työtapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia työtapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä. *Merkittävä vastauksenne jokaisesta työtapaturmasta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen työtapaturman kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3). Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen tapaturman osalta*

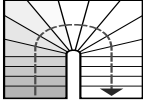
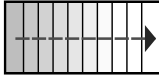
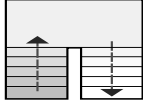
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
rakenteiden suistuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaatuminen, liukastuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoava esine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
takertuminen, puristuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
satuttaminen terävään esineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äkillinen liike, nostaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

108. Vaikuttiko työtapaturmaan oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Millaisessa paikassa tai tilassa työtapaturma tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen työtapaturman osalta

		Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
työpaikassa kodin ulkopuolella		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matkalla työpaikalle tai työpaikalta kotiin, työhön liittyväällä matkalla		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotona työskennellessä		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kiertyvät portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koko kerrosvälin mittaiset suorat portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaksiosaiset lepotasolla varustetut portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muualla, missä:		_____	_____	_____

110. Mikä oli vakavin työtapaturmasta aiheutunut vamma?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen työtapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei vammaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mustelmia, ruhjeita tai haavoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno tai lihasvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivotärähdys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pään alueen vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmävamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiston vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palovamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paleltuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkiset vammat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu vamma, mikä:	_____	_____	_____



111. Millaista hoitoa saitte vammoihinne?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen työtapaturman osalta.

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
hoitoa kotikonstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitoa terveyden-/sairaanhoitajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin hoitoa päivystyksessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (osastolla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoitoa (leikkauksessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112. Oliko vaara ennestään tiedossa, josta työtapaturma aiheutui?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. Onko teillä mahdollisuus vaikuttaa työpaikkanne työturvallisuusasioihin?

- kyllä
 ei

MUUT VAPAA-AJAN TAPATURMAT

114. Oletteko joutunut muunlaiseen vapaa-ajan tapaturmaan 12 viime kuukauden aikana?

Muut vapaa-ajan tapaturmat koskevat saatuja vammoja muissa kuin liikunta-, työ- ja kotitapaturmissa tai liikenneonnettomuuksissa, kuten esimerkiksi liukastuminen ostosmatkalla, loukkaantuminen talkootyössä tai loukkaantuminen telttaillessa, veneillessä tai asuntovaunussa.

- en (siirtykää kysymykseen 119. Sairauspoissaolot-osioon)
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa



115. Miten vapaa-ajan tapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia vapaa-ajan tapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä. Mikä oli tapaturman syy?

Merkitkää vastauksenne jokaisesta vapaa-ajan tapaturmasta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen tapaturman kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3).

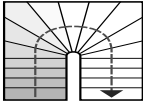

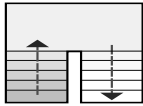
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
törmäyksessä henkilöön tai esineeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
myrkytys tai altistuminen muulle haitalliselle aineelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poikkeavat lämpötilat; palovamma (tuli, palokaasut yms), paleltuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terävän esineen aiheuttama vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

116. Vaikuttiko vapaa-ajan tapaturmaan oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Millaisessa paikassa tai tilassa vapaa-ajan tapaturma tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen tapaturman osalta

		Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kevyen liikenteen väylä		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ajorata		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkisen rakennuksen piha- tai paikoitusalue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinrakennuksen piha- tai paikoitusalue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maasto, esim. metsä- tai peltoalue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muualla ulkona, esim. pysäkki, puisto tai tori		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkisen rakennuksen sisätila		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kiertyvät portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koko kerrosvälin mittaiset suorat portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaksiosaiset lepotasolla varustetut portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:		_____	_____	_____

118. Mikä oli vakavin vapaa-ajan tapaturmasta aiheutunut vamma?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen tapaturman osalta

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
ei vammaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mustelmia, ruhjeita tai haavoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno tai lihasvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivotärähdys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pään alueen vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmävamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hampaiston vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palovamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paleltuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkiset vammat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu vamma, mikä:	_____	_____	_____

SAIRAUSSPOISSAOLOT

Seuraavaksi kysymme Teiltä tapaturmiin, onnettomuuksiin tai väkivaltaan liittyen saamastanne hoidosta ja sairauspoissaoloista. Jos Teille on tapahtunut useampia tapaturmia 12 viime kuukauden aikana, **kuvatkaa kolme viimeisintä**. Merkitkää vastauksenne jokaisesta tapaturmasta erikseen, kirjoittamalla päivien määrä sille varattuun kenttään jokaisen tapaturman osalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3).

119. Kuinka monta päivää jouduitte olemaan vammojen seurauksena sairaalassa?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
Kotitapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikuntatapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikenneonnettomuus	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Työtapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Muu vapaa-ajan tapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Väkivalta	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää

120. Kuinka monta päivää Teidän oli vaikeaa tai mahdotonta selvittää tavanomaisista päivittäisistä tehtävistänne ja toimistanne vammojen seurauksena? (mahdollisten sairaalassaolopäivien lisäksi)

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
Kotitapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikuntatapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikenneonnettomuus	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Työtapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Muu vapaa-ajan tapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Väkivalta	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää

121. Kuinka monta päivää jouduitte olemaan vammojen seurauksena poissa työstä (sisältäen sairaalassaolopäivät)?

	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
Kotitapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikuntatapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Liikenneonnettomuus	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Työtapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Muu vapaa-ajan tapaturma	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää
Väkivalta	_____ päivää	_____ päivää	_____ päivää



VÄKIVALTA

122. Onko joku vaatinut Teitä kiristämällä tai uhkaamalla rahaa tai omaisuutta 12 viime kuukauden aikana? *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*

- ei kukaan
- tuntematon tai puolittu
- nykyinen avio- tai aviopuoliso tai seurustelukumppani
- muu lähemmin tuntemanne henkilö (muu perheenjäsen, entinen puoliso, ystävä, tuttava työtoveri)

123. Mikäli olette joutunut väkivallan uhriksi 12 viime kuukauden aikana, hakeuduitteko sen vuoksi? *Voitte valita useampia vaihtoehtoja*

- jonkun järjestön tarjoamiin palveluihin (es. Raiskauskriisikeskus, Tukinainen, Tyttöjen talot, Riku, Monika Naiset, turvakodit, kriisipäivystykset, kuntien seksuaaliterapeutit tai vastaava)
- terveys- tai sosiaalihuollon palveluihin (es. sairaalaan tai terveyskeskuksen päivystykseen)
- en ole joutunut väkivallan uhriksi 12 viime kuukauden aikana. *Voitte siirtyä seuraavan kysymyksen yli.*

124. Miten Teitä kohdeltiin kun hakeuduitte edellä mainittuihin palveluihin?

Voitte valita useita vaihtoehtoja

- asiallisesti ja asiantuntevasti
- avustavasti ja ymmärtäväisesti
- julmasti
- välinpitämättömästi
- jollain muulla tavalla: _____

125. Täyttittekö lomakkeen yksin vai auttoiko Teitä siinä joku muu?

- täytin yksin
- täytin yhdessä puolison kanssa
- täytin yhdessä jonkun muun sukulaisen kanssa
- täytin yhdessä hoitajan tai kotiavustajan kanssa
- minua auttoi joku toinen henkilö. Kuka (esim. naapuri)? _____

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!
Muistakaa irrottaa kansilehti
ennen kuin lähetätte lomakkeen.**

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa www.thl.fi/ath

