

## FINRISKI 2002-tutkimus

### NAISTEN TERVEYS 2002

#### OHJEET VASTAAJALLE

Kädessänne on naisten terveyttä kartoittava lomake, joka on osa vuonna 2002 suoritettavaa FINRISKI-tutkimusta. FINRISKI-tutkimuksen tavoitteena on arvioida riskitekijöitä ja niiden kehitystä suomalaisessa väestössä. Tutkimus suoritetaan viiden vuoden välein, viimeksi vuonna 1997. Nyt tehtävässä tutkimuksessa naisten kysymykset on eroteltu omaksi lomakkeeksi.

Kysymyksiin vastataan rastittamalla sopivan vaihtoehdon kohdalla oleva ruutu tai kirjoittamalla kysytty tieto sitä varten varattuun tilaan. Lukekaa kysymys huolellisesti ennen vastaamista. Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto. Piirtäkää rastit tarkasti ruutujen sisään.

Muistakaa vastata kaikkiin kysymyksiin - myös kieltävä vastaus on merkittävä näkyviin joko rastittamalla vaihtoehto "ei" tai merkitsemällä "0" vastaukselle varattuun tilaan.

Joissakin kysymyksissä on tiettyjen vaihtoehtojen jälkeen merkintä: "Siirtykää kysymykseen...", jolloin voitte siirtyä suoraan tähän kysymykseen ja jättää väliin jäävät vastaamatta.

Mikäli koette johonkin kysymykseen vastaamisen vaikeaksi, voitte kysyä neuvoa ja täydentää vastauksianne tutkimuspaikalla.

Lomakkeet tallennetaan optisesti. Pyydämme noudattamaan tarkasti täyttö-ohjeita ja välttämään kaikkia ylimääräisiä merkintöjä.

Kaikkia Teitä koskevia tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Noudatamme terveydenhoitohenkilökunnalta vaadittavaa salassapitovelvollisuutta sekä kaikkia henkilörekistereistä annettuja lakeja ja asetuksia.

Pyydämme Teitä ystävällisesti palauttamaan täytetyn lomakkeen FINRISKI-kenttätutkimuksen henkilökunnalle tullessanne terveystutkimukseen. Lisätietoja naisten kysymyksistä antaa tarvittaessa dosentti Riitta Luoto (p. 03-215 8821, sähköposti riitta.luoto@uta.fi).

Kiitos jo etukäteen vastauksestanne!

Y

Y

Ikä:  vuotta

**I KUUKAUTISET**

1. Minkä ikäinen olitte kun kuukautisenne alkoivat?

vuotta

2. Milloin viimeisimmät kuukautisenne alkoivat?

(päivä)  (kk)  (vuosi)

3. Montako päivää kuukautisenne kestävät/ kestivät tavallisesti?

päivää

4. Kuinka pitkä on/oli kuukautiskierron keskimäärin (=aika alkamispäivästä seuraavan vuodon alkuun)?

päivää

5. Ovatko/ olivatko kuukautisenne mielestänne keskimäärin (rastita vain yksi vaihtoehto)

- 1  niukat
- 2  tavalliset
- 3  runsaat
- 4  hyvin runsaat

6. Onko Teillä koskaan ollut gynekologisia vaivoja?

ei kyllä  
1 2

Kuukautiskipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epäsäännölliset kuukautiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painon tunnetta/ kipuja alavatsalla/ selässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu gynekologinen oire, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Onko Teillä tällä hetkellä jokin hoito (lääkitys) kuukautisvaivojen vuoksi?

- 1  ei
- 2  kyllä, mikä?

8. Onko kuukautisiin liittyviä vaivoja hoidettu koskaan?

- 1  ei
- 2  kyllä, lääkehoito, mikä?

- 3  kyllä, leikkaushoito, mikä?

9. Koetteko tällä hetkellä tarvetta saada apua jonkin gynekologisen vaivan selvittämiseksi tai lievittämiseksi?

ei kyllä

1 2

Runsaat kuukautiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epäsäännölliset kuukautiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painon tunnetta/ kipuja alavatsalla/ selässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu gynekologinen oire, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Onko Teillä kuukautisia edeltäviä premenstruaalitentensio-oireita (turvotus, masennus, ärtyneisyys ym)?

- 1  ei
- 2  kyllä, mutta en ole tarvinnut siihen hoitoa
- 3  kyllä, olen saanut hoitoa, mitä?

X

11. **Jos kuukautisenne ovat loppuneet, loppuivatko ne** (rastita vain yksi vaihtoehto)

- 1  luonnollisesti vaihdevuosiin vuonna  
| | | | |
- 2  kohdunpoiston (ainakin toinen munasarja jäljellä) vuoksi vuonna  
| | | | |
- 3  kohtu ja molemmat munasarjat poistettiin vuonna  
| | | | |
- 4  sädehoidon tai muun syyn seurauksena vuonna  
| | | | |
- 5  kuukautiseni eivät ole loppuneet (koskee myös jatkuvassa hormonikorvaushoidossa olevia)

13. **Oletteko aiemmin käyttänyt ehkäisy-pillereitä?**

- 1  kyllä  
2  en ole koskaan käyttänyt (siirtykää kysymykseen 15)

14. **Kuinka monen vuoden ajan yhteensä (nyt tai aiemmin) olette käyttänyt ehkäisy-pillereitä?**

| | | | | vuoden ajan

15. **Käytättekö tällä hetkellä ehkäisyyn**

- |                      | en<br>1                  | kyllä<br>2               |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| hormonikierukkaa     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tavallista kierukkaa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. **Oletteko joskus aiemmin käyttänyt ehkäisyyn hormonikierukkaa?**

- 1  kyllä  
2  en ole koskaan käyttänyt (siirtykää kysymykseen 18)

**II EHKÄISY JA HORMONIHOIDOT**

12. **Käytättekö tällä hetkellä ehkäisy-pillereitä?**

- 1  kyllä  
2  en

17. **Kuinka monen vuoden ajan yhteensä (nyt tai aiemmin) olette käyttänyt hormonikierukkaa?**

| | | | | vuoden ajan

18. **Oletteko viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana käyttänyt vaihdevuosien tai kuukautishäiriöiden takia hormonikorvaushoitoa?**

- |                                       | ei<br>1                  | kyllä<br>2               | lääkkeen nimi: |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Tabletteina                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Iholle annosteltuna (geeli, laastari) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Muussa muodossa                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |

19. **Oletteko aiemmin käyttänyt vaihdevuosien tai kuukautishäiriöiden takia hormonikorvaushoitoa?**

- |                                       | ei<br>1                  | kyllä<br>2               | lääkkeen nimi: |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Tabletteina                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Iholle annosteltuna (geeli, laastari) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Muussa muodossa                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |

X

**Jos vastasitte kaikkiin kohtiin EI siirtykää kysymykseen 22.**

20. **Kuinka monen vuoden ajan olette käyttäneet hormonikorvaushoitoa?**

\_\_\_\_\_ vuoden ajan

21. **Minkä ikäisenä aloititte vaihdevuosisien hormonikorvaushoidon käytön?**

\_\_\_\_\_ vuoden iässä

### III RASKAUDET JA SYNNYTYKSET

22. **Kuinka monta elossa olevaa lasta Teillä on** (mukaanlukien adoptiolapset, sijaisvanhemmuus ja muut ”ei-biologiset” lapset)?

\_\_\_\_\_ lasta

23. **Oletteko tällä hetkellä raskaana?**

- 1  en  
2  kyllä

24. **Montako kertaa olette ollut raskaana** (keskenmenot, keskeytykset ja kohdun ulkopuoliset raskaudet mukaanlukien)?

\_\_\_\_\_ kertaa  
(jos 0, siirtykää kysymykseen 37)

25. **Onko Teillä ollut keskenmenoja?**

- 1  ei  
2  kyllä, montako? \_\_\_\_\_

26. **Onko Teillä ollut kohdun ulkopuolisia raskauksia?**

- 1  ei  
2  kyllä, montako? \_\_\_\_\_

27. **Onko Teille tehty raskauden keskeytyksiä ?**

- 1  ei  
2  kyllä, montako? \_\_\_\_\_

28. **Onko mikään raskautenne ollut monisikiöinen?**

- 1  ei  
2  kyllä, monesko? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

29. **Kuinka monta synnytystä Teillä on ollut?** (Laskekaa mukaan sekä keisarinleikkaukset (sektiot) että tavalliset alatiesynnytykset.)

\_\_\_\_\_ synnytystä vuosina:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(jatkaa tähän tarvittaessa)

Jos Teillä ei ole synnytyksiä, siirtykää kysymykseen 31.

30. **Kuinka monta kuukautta imetitte 1. lastanne mukaanlukien myös osittainen imetys lapsen muun ruokinnan ohella?** (Merkitkää myös alle kuukauden kestäneet imetykset.)

\_\_\_\_\_ kk

Entä 2. lastanne \_\_\_\_\_ kk

3. lastanne \_\_\_\_\_ kk

4. lastanne \_\_\_\_\_ kk

5. lastanne \_\_\_\_\_ kk

6. lastanne \_\_\_\_\_ kk

(jatkaa tähän tarvittaessa)

31. **Oletteko kokenut itsenne minkään raskauden jälkeen masentuneeksi?**

- 1  en  
2  kyllä, mutta en tarvinnut hoitoa  
3  kyllä, en saanut hoitoa, vaikka olisin tarvinnut  
4  kyllä, sain hoitoa, mitä?

32. **Onko Teillä (minkään) raskauden aikana ollut:**

a. **raskausmyrkytys** (toksemia) (valkuaista virtsassa ja verenpaine koholla 20. raskausviikon jälkeen eli raskauden puolenvälin jälkeen)

1  kyllä, vuosina:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(jatkaa tähän tarvittaessa)

2  ei

Z

**b. kohonnut verenpaine (> 140/90 mmHg)?**

1  kyllä, vuosina:  
| | | | | , | | | | |

\_\_\_\_\_  
(jatkaa tähän tarvittaessa)

2  ei

**c. valkuaista virtsassa?**

1  kyllä, vuosina:  
| | | | | , | | | | |

\_\_\_\_\_  
(jatkaa tähän tarvittaessa)

2  ei

**d. kohonneet verensokeriarvot?**

1  kyllä, vuosina:  
| | | | | , | | | | |

\_\_\_\_\_  
(jatkaa tähän tarvittaessa)

2  ei

**33. Hoidettiin kohonnutta verenpainettanne (minkään) raskauden aikana lääkkeitä?**

1  verenpaine ei ollut kohonnut (siirtyä kysymykseen 36)

2  kyllä, vuosina:  
| | | | | , | | | | |

\_\_\_\_\_  
(jatkaa tähän tarvittaessa)

3  ei (siirtyä kysymykseen 36)

**34. Lopetettiin verenpainelääkityksenne (aina) synnytyksen jälkeen?**

1  kyllä

2  ei

3  ei ollut tarvetta hoitoon (siirtyä kysymykseen 36)

**35. Jatkettiin verenpainelääkitystänne (jonkun) synnytyksenne jälkeen:**

1  korkeintaan 1 vuoden ajan

2  yli vuoden ajan, kuinka pitkään:  
\_\_\_\_\_

**36. Millaista hoitoa saitte kohonneiden verensokeriarvojen vuoksi:**

1  Verensokerini ei ollut koholla raskauden aikana (siirtyä kysymykseen 37).

ei kyllä  
1 2

Aloitettiin insuliinihoito, jota jatkettiin yli vuoden synnytyksen jälkeen

Aloitettiin insuliinihoito, joka lopetettiin raskauden jälkeen

Ruokavalion muutokset (dieetti)

Muu hoito, mikä?

**37. Onko Teillä ollut laskimotulppia tai keuhkoveritulppia e-pillereiden, raskauden tai hormonikorvaushoidon aikana?**

1  ei

2  kyllä, vuonna | | | | |

**38. Onko Teillä tai lähisukulaisillanne ollut laskimotulppia/ keuhkoveritulppia?**

ei kyllä  
1 2

minulla

lähisukulaisilla

(vanhemmat, sisarukset)

**39. Onko Teillä todettu ns. perinnöllinen veritulppataipumus?**

1  ei

2  kyllä

Z

40. **Onko Teillä tai lähisukulaisillanne ollut sappikivitauti?**

	ei 1	kyllä 2
minulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lähisukulaisilla (vanhemmat, sisarukset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. **Onko Teillä raskauksien aikana ollut maksan toiminnan häiriöitä (oireena kutinaa ja/ tai maksa-arvot koholla)?**

1  ei  
2  kyllä  
3  en ole ollut raskaana

42. **Oletteko joutunut lopettamaan e-pillerien käytön maksa-arvojen kohoamisen vuoksi?**

1  en  
2  kyllä

43. **Tiedättekö oman syntymäpainonne?**

1  kyllä, \_\_\_\_\_ grammaa  
2  en tiedä

44. **Onko Teille koskaan tehty ulkonäkö-kirurgista toimenpidettä (ns. kauneusleikkausta)?**

1  ei  
2  kyllä, milloin? \_\_\_\_\_  
mikä?

48. **Millaisia lapsettomuushoitoja olette saanut?**

(Hoitokerta = koko hoitajakso toimenpidettä edeltäneestä hoidosta mahdolliseen raskauteen tai hoidon lopettamiseen. Vuosien kohdalle merkitään hoitajaksojen alkamisvuodet.)

	ei 1	kyllä 2			
<u>hormonihoitoja</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	hoitajaksoa	_____
			vuosina		_____
					kuukautta yhteensä
<u>keinosiemennys</u> (inseminaatio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	hoitajaksoa	_____
			vuosina		_____
					kuukautta yhteensä
<u>koeputkihedelmöitys</u> (IVF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	hoitajaksoa	_____
			vuosina		_____
					kuukautta yhteensä
<u>mikroinjektiohoito</u> (ICSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	hoitajaksoa	_____
			vuosina		_____
					kuukautta yhteensä
<u>pakastetun alkion</u> <u>siirto (FET)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	hoitajaksoa	_____
			vuosina		_____
					kuukautta yhteensä
jokin muu hoito, mikä?			_____		_____

#### IV LAPSETTOMUUS

45. **Onko Teillä koskaan ollut sellaisia ajanjaksoja, jolloin olette yrittäneet tulla raskaaksi, mutta raskaus ei ole alkanut tai siihen on kulunut aikaa yli 12 kuukautta?**

1  kyllä  
2  ei

46. **Oletteko koskaan ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen?**

1  kyllä  
2  en (voitte lopettaa vastaamisen tähän)

47. **Mikä on syy lapsettomuuteenne?**

	ei 1	kyllä 2
munajohdinvaurio (esim. tukkeumat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
munasolun irtoamiseen liittyvä häiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
endometriooosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
miehestä johtuvat syyt (esim. siittiöiden heikko liikkuvuus tai siittiöiden vähäinen määrä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu syy, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
syy epäselvä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

## 49. Mikä on ollut hoitojen tulos?

	ei	kyllä	
	1	2	
Raskaus/ raskauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kertaa
Synnytys/ synnytyksiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vuosina _____, _____

(jatkakaa tähän tarvittaessa)

## 50. Saitteko mielestänne riittävästi henkistä tukea hoitojen yhteydessä?

- 1  täysin riittävästi  
 2  jonkin verran, mutta en riittävästi  
 3  en ollenkaan

## 51. Mistä olette saanut henkistä tukea lapsettomuusongelmissa?

	ei	kyllä
	1	2
puoliso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykologin/ psykiatrin keskusteluapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsettomuusklinikan tai sairaalan poliklinikan lääkäri ja/ tai hoitajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neuvola tai muu terveyskeskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsettomien tukiryhmä (esim. Lapsettomien Tuki ry:n järjestämä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu järjestötoiminta (esim. muu Lapsettomien Tuki ry:n toiminta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut omaiset ja sukulaiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ystävät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

_____
-------

Havaintotunnus

6

Lomaketarra L2

T