



Lomaketarra

Terve Suomi

Kansallinen tutkimus terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista

Kysely 2

Terve Suomi - kansallinen tutkimus terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista

Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, mielellään 10 päivän kuluessa.

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/tervesuomi

Terve Suomi -ilmaisnumero p. 0800 97730 (arkipäivisin klo 8-11 ja 15-17)

sähköposti: tervesuomi@thl.fi

Voit vastata tutkimukseen myös kätevästi netissä!

Kysely löytyy verkosta osoitteesta www.thl.fi/tervesuomi/osallistu

Voit kirjautua vastaamaan vahvaa tunnistautumista käyttäen tai käyttäjätunnuksella ja salasanalla.

Käyttäjätunnus ja salasana löytyvät kutsukirjeestä, jonka sait aiemmin.

Vastatessasi netissä, toimi näin:

1. Kirjoita internetselaimesi osoitekenttään thl.fi/tervesuomi/osallistu ja paina "enter".
2. Valitse haluamasi kirjautumistapa (vahva tunnistautuminen tai käyttäjätunnus ja salasana).
3. Paina "Jatka"-painiketta kohdassa "Kysely 2".
4. Vastaa kysymyksiin.
5. Vahvista vastauksesi painamalla lopuksi "Lähetä".

Kiitos vastauksistasi!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

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

ESIMERKKI 1.

Onko terveydentilasi nykyisin

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

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutesi ja painosi

pituus _____ 165 _____ cm

paino _____ 62 _____ kg

TERVEYS

1. Millainen terveytesi on yleisesti ottaen?

- erittäin hyvä
- hyvä
- keskinkertainen
- huono
- erittäin huono

2. Onko sinulta koskaan tutkittu veren sokeripitoisuutta? Koska viimeksi?

- viimeksi kuluneen ½ vuoden aikana
- ½ vuotta - 1 vuotta sitten
- 1 vuotta - 5 vuotta sitten
- yli 5 vuotta sitten
- ei koskaan → voit siirtyä kysymykseen 6
- en tiedä → voit siirtyä kysymykseen 6

3. Onko lääkäri joskus todennut sinulla diabeteksen?

Voit valita useita vaihtoehtoja

- ei → voit siirtyä kysymykseen 6
- ei, mutta minulla on todettu kohonnut sokeriarvot tai "piilevä diabetes"
- kyllä, tyypin 1 eli nuoruustyyppin diabeteksen
- kyllä, tyypin 2 eli aikuistyyppin diabeteksen
- kyllä, mutta en tiedä diabeteksen tyyppiä
- kyllä, raskausajan diabeteksen

4. Määrättiinkö sinulle diabeteksen toteamisen yhteydessä jotain seuraavista diabeteshoidoista?

Voit valita useita vaihtoehtoja

- elintapaneuvonta (ruokavalio, liikunta ym.)
- tablettihoito
- insuliinihoito
- muu pistettävä lääke
- ei mitään näistä

5. Mitä lääkärin määräämiä lääkkeitä käytät nykyisin diabeteksen takia?

Voit valita useita vaihtoehtoja

- en mitään
- insuliini
- tabletti
- muu pistettävä lääke

6. Onko sinulta koskaan tutkittu veren kolesterolipitoisuutta? Koska viimeksi?

- viimeksi kuluneen ½ vuoden aikana
- ½ vuotta - 1 vuotta sitten
- 1 vuotta - 5 vuotta sitten
- yli 5 vuotta sitten
- ei koskaan → *voit siirtyä kysymykseen 9*
- en tiedä → *voit siirtyä kysymykseen 9*

7. Onko sinulla koskaan todettu olevan korkea tai kohonnut veren kolesterolipitoisuus?

- ei → *voit siirtyä kysymykseen 9*
- kyllä

8. Oletko saanut ruokavalio-ohjeita veren kolesterolitason alentamiseksi?

- en
- kyllä

9. Onko sinulta koskaan mitattu verenpainetta? Koska viimeksi?

- viimeksi kuluneen ½ vuoden aikana
- ½ vuotta - 1 vuotta sitten
- 1 vuotta - 5 vuotta sitten
- yli 5 vuotta sitten
- ei koskaan → *voit siirtyä kysymykseen 14*

10. Onko sinulla koskaan todettu olevan korkea tai kohonnut verenpaine?

- ei → *voit siirtyä kysymykseen 13*
- kyllä

11. Oletko koskaan käyttänyt verenpainelääkkeitä?

- en → *voit siirtyä kysymykseen 13*
- kyllä

12. Milloin olet viimeksi ottanut verenpainelääkettä?

- tänään tai eilen
 2 - 7 päivää sitten
 1 viikko - ½ vuotta sitten
 ½ vuotta - 1 vuosi sitten
 1 vuosi - 5 vuotta sitten
 yli 5 vuotta sitten

13. Mittaatko verenpainettasi kotimittarilla?

- päivittäin
 viikoittain
 kuukausittain
 2-4 kertaa vuodessa
 kerran vuodessa
 en koskaan

14. Onko lääkäri joskus todennut sinulla:

	ei	kyllä
sydäninfarktin eli sydänveritulpan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivohalvauksen, aivoverenvuodon tai aivoverisuonitukoksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistisairauden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maksasairauden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uniapnean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Onko riskiäsi sairastua seuraaviin tauteihin arvioitu 12 viime kuukauden aikana?

Voit valita useita vaihtoehtoja

	ei	kyllä
muistisairauteen esimerkiksi muistisairauden riskitestillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetekseen esimerkiksi diabeteksen riskitestillä tai veren sokeriarvojen mittauksella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sydäntautiin esimerkiksi FINRISKI-laskurilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Kuinka usein 12 viime kuukauden aikana sinulla on ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

	ei lainkaan	satunnaisesti	viikoittain	päivittäin tai lähes päivittäin
päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ummetusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
virtsaankarkailua (virtsainkontinenssia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulosteenkarkailua (ulosteinkontinenssia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuumia aaltoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yöhikoilua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pahanhajuinen hengitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuiva suu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aaltoilevaa uupumusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Onko sinulla todettu aikuisiällä luunmurtuma, joka on syntynyt itsekseen tai sellaisen pienen tapaturman seurauksena, joka ei yleensä aiheuttaisi murtumaa?

- ei
 kyllä

18. Onko sinulla ollut migreenikohtauksia (lieviä, kohtalaisia tai vaikeita) 12 viime kuukauden aikana?

- ei yhtään
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 1–7 kohtausta kuukaudessa
 8–14 kohtausta kuukaudessa
 yli 15 kohtausta kuukaudessa

19. Kuinka usein olet käyttänyt seuraavia lääkkeitä viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana?

	harvoin tai en lainkaan	satunnaisesti	päivittäin tai lähes päivittäin
särkyläkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päänsärkyä estäviä lääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unilääkkeitä, nukahtamislääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rauhottavia lääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veritulpan ehkäisyyn asetosalisyylihappoa (mm. Aspirin, Disperin, Primaspan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kortisonivoidetta tai -liuosta iholle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Oletko sairastanut koronan?

- en → voit siirtyä kysymykseen 23
 kyllä, yhden kerran
 kyllä, ainakin kahdesti
 en osaa sanoa

21. Milloin sairastit koronan? Voit valita useita vaihtoehtoja.

- vuonna 2020
 vuonna 2021
 vuonna 2022
 vuonna 2023

22. Miten korona todettiin? Jos sinulla on ollut useita tartuntoja, ajattele ensimmäistä.

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- kotitestillä
 terveydenhuollossa tehdyllä testillä
 minulla oli koronaan sopivia oireita

23. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
Suhtaudun myönteisesti rokotteisiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen epäroinyt minulle määrätyn rokotteen ottamista, koska minulla ei ollut riittävästi tietoa rokotteiden turvallisuudesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen epäroinyt rokotteiden ottamista neula- tai pistospelon takia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Onko sinulla ollut seuraavia oireita viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana?

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- selkäkipua
- niskakipua
- olkapääkipua
- kävelyvaikeutta tai ontumista lonkan vaivan tai vian takia
- kävelyvaikeutta tai ontumista polven vaivan tai vian takia
- ei mitään edellä mainituista

25. Oletko sairastanut lääkärin toteaman vyöruusun viiden viime vuoden aikana?

- en → *voit siirtyä kysymykseen 27*
- kyllä Montako kertaa? _____ *kertaa*
Minä vuonna sairastit vyöruusun viimeksi? _____ *vuosi*
- en muista tai en tiedä → *voit siirtyä kysymykseen 27*

26. Oletko koskaan joutunut vyöruusun takia...

Voit valita useita vaihtoehtoja

- olemaan poissa työstä?
- olemaan puhelimitse yhteydessä hoitajaan tai lääkäriin?
- käymään hoitajan vastaanotolla?
- käymään lääkärin vastaanotolla?
- vuodeosastohoitoon?

27. Onko sinulla koskaan ollut mitään seuraavista?

	ei	kyllä, 12 viime kuukauden aikana	kyllä, viimeksi yli vuosi sitten
heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergisia silmäoireita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kutisevaa ihottumaa, jota on sanottu maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Onko sinulla ollut 12 viime kuukauden aikana mitään seuraavista?

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- hengenahdistusta
- hengityksestäsi kuulunut vinkuvaa tai pihisevää ääntä muulloin kuin flunssan tai hengitystieinfektion yhteydessä
- hengityksesi on tuntunut niin raskaalta, että olet herännyt siihen
- astmakohtaus
- ei mitään edellä mainituista

29. Esiintyykö sinulla tavallisesti limaisia ysköksiä herätessäsi talviaamuisin?

- ei
- kyllä

30. Esiintyykö sinulla tavallisesti limaisia ysköksiä päivisin tai öisin talviaikana?

- ei
- kyllä

31. Esiintyykö sinulla limaisia ysköksiä useimpina päivinä tai öinä ainakin 3 kk:n ajan vuosittain?

- ei
- kyllä

32. Oletko koskaan...

	en	kyllä, 12 viime kuukauden aikana	kyllä, viimeksi yli vuosi sitten
saanut oireita kotisi sisäilmasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saanut oireita työpaikkasi sisäilmasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut lääkärin tutkimuksissa tai hoidossa oireilun tai sairastelun takia, jonka on epäilty johtuvan pääasiassa huonosta sisäilmasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos et ole saanut oireita sisäilmasta, siirry kysymykseen 34.

33. Ovatko sisäilmasta saamasi oireet vaikeuttaneet työntekoasi, kotiasioiden hoitoa tai kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa 12 viime kuukauden aikana?

- ei lainkaan
- melko vähän
- kohtalaisesti
- melko paljon
- erittäin paljon

34. Rastita jokaisen otsikon alta yksi ruutu, joka parhaiten kuvaa terveyttäsi tänään.

Liikkuminen

- Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä
- Minulla on lieviä vaikeuksia kävelemisessä
- Minulla on kohtalaisia vaikeuksia kävelemisessä
- Minulla on suuria vaikeuksia kävelemisessä
- En kykene kävelemään

Itsestään huolehtiminen

- Minulla ei ole vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse
- Minulla on lieviä vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse
- Minulla on kohtalaisia vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse
- Minulla on suuria vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse
- En kykene peseytymään tai pukeutumaan itse

Tavanomaiset toiminnot (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)

- Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani
- Minulla on lieviä vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani
- Minulla on kohtalaisia vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani
- Minulla on suuria vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani
- En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani

Kivut / vaivat

- Minulla ei ole kipuja tai vaivoja
- Minulla on lieviä kipuja tai vaivoja
- Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja
- Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja
- Minulla on äärimmäisiä kipuja tai vaivoja

Ahdistuneisuus / masennus

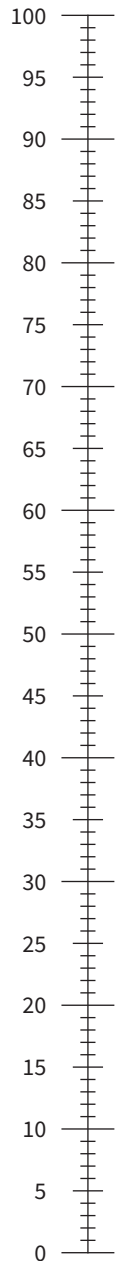
- En ole ahdistunut tai masentunut
- Olen lievästi ahdistunut tai masentunut
- Olen melko ahdistunut tai masentunut
- Olen erittäin ahdistunut tai masentunut
- Olen äärimmäisen ahdistunut tai masentunut

35. Haluaisimme tietää, miten hyvä tai huono terveytesi on tänään.

- Tämä asteikko on numeroitu 0-100.
- 100 merkitsee parasta terveyttä, jonka voit kuvitella. 0 merkitsee huonointa terveyttä, jonka voit kuvitella.
- Merkitse X asteikolle osoittamaan kuinka hyvä tai huono terveytesi on tänään.
- Nyt kirjoita asteikolle merkitsemäsi numero alla olevaan laatikkoon.

Terveytesi tänään =

Paras terveys,
jonka voit
kuvitella



Huonoin terveys,
jonka voit
kuvitella

36. Onko äidilläsi ja/tai isälläsi todettu...

	ei	kyllä	en tiedä
sydäninfarkti (sydänveritulppa) alle 60-vuotiaana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sydäninfarkti (sydänveritulppa) yli 60-vuotiaana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus alle 75-vuotiaana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes (sokeritauti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielenterveyshäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päihdeongelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lonkkamurtuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Onko hampaidesi kunto ja suusi terveydentila mielestäsi nykyisin...

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

TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

38. Oletetaan, että työkykyysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi asteikolla 0-10? Valitse työkykyäsi 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"/>	

39. Kuinka monta kokonaista päivää olit 12 viime kuukauden aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavallisia tehtäviäsi? Jos et yhtään, vastaa 0.

_____ päivää

40. Onko sinulla vaikeuksia...

	ei vaikeuksia	vähän vaikeuksia	paljon vaikeuksia	en pysty lainkaan
nähdä? (Jos käytät silmälaseja tai piilolinsssejä arvioi näkökykyäsi niiden kanssa.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävelemisessä tai portaiden kulkemisessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistamisessa tai keskittymisessä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itsestä huolehtimisessa, kuten peseytymisessä tai pukeutumisessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kommunikoida omalla kielelläsi niin, että ymmärrät muita ja muut ymmärtävät sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Onko sinulla vaikeuksia kuulla? (Jos käytät kuulokojetta, arvioi kuuloasi sen kanssa.)

- ei vaikeuksia → voit siirtyä kysymykseen 43
- vähän vaikeuksia
- paljon vaikeuksia
- en pysty lainkaan

42. Rajoittavatko kuulovaikeudet arkielämääsi?

- eivät
- kyllä, vähän
- kyllä, paljon

43. Onko joku läheinen epäillyt kuulosi olevan alentunut 12 viime kuukauden aikana?

- ei
- kyllä

44. Kuinka helpoksi kuvailisit seuraavia asioita?

	hyvin vaikeaa	melko vaikeaa	melko helppoa	hyvin helppoa	en osaa sanoa
Saada selville, mistä saat ammattiapua, kun olet sairas (esim. lääkäri, hoitaja, apteekkihenkilökunta, psykologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ymmärtää ohjeita siitä, kuinka kiireellisissä sairaustapauksissa tulee toimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioida eri hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noudattaa lääkärin tai apteekkihenkilökunnan ohjeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löytää tietoa siitä, kuinka mielenterveysongelmia kuten stressiä tai masennusta hallitaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ymmärtää tietoa suositelluista terveystarkastuksista tai seulontatutkimuksista (esim. syöpäseulonnat, verensokerin mittaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioida epäterveellisiin elintapoihin liittyvän tiedon luotettavuutta esim. tupakointiin, vähäiseen liikuntaan tai liialliseen alkoholinkäyttöön liittyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päätellä median välittämän tiedon perusteella, kuinka sairauksilta voi suojautua (esim. sanomalehdet, TV tai internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löytää tietoa terveellisistä elintavoista, kuten liikunnasta, terveellisestä ruuasta ja ravitsemuksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ymmärtää perheenjäsenten tai ystävien antamia terveyteen liittyviä neuvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioida, kuinka asumisolosuhteet vaikuttavat terveyteesi ja hyvinvointiisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tehdä päätöksiä edistääksesi terveyttäsi ja hyvinvointiasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAINO

45. Pidätkö itseäsi...

- liian laihana
- hieman liian laihana
- sopivan painoisena
- hieman ylipainoisena
- liian lihavana

46. Onko painosi muuttunut 12 viime kuukauden aikana?

- ei
- kyllä, painoni on noussut _____ kg
- kyllä, painoni on laskenut _____ kg

47. Oletko yrittänyt laihduttaa 12 viime kuukauden aikana?

- en
- olen, mutta en onnistunut
- kyllä ja laihtuinkin, mutta kiloja on tullut takaisin
- kyllä ja olen onnistunut pysymään saavutetussa painossa

48. Oletko 10 viime vuoden aikana vuoron perään laihduttanut ja lihonut takaisin (eli jojo-laihduuttanut)?

- en
 kyllä, kerran tai pari
 kyllä, useita kertoja tai jatkuvasti

49. Miten koet seuraavien tekijöiden vaikuttaneen painonhallintaasi 12 viime kuukauden aikana?

	helpottanut	ei vaikutusta, en osaa sanoa	vaikeuttanut
sairaus tai terveysongelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perintötekijät (geenit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lähipiirin asenteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mainokset, media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
taloudellinen tilanne esim. terveellisen ruoan tai liikuntaharrastusten hinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aiemmat kokemukset painonhallinnasta ja laihduttamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elämäntilanne (esim. ajankäyttö arjessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokatottumukset ja mieltymykset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiedot ja taidot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Oletko kohdannut epäasiallista kohtelua painosi vuoksi 12 viime kuukauden aikana?

- en
 kyllä, kerran tai pari
 kyllä, useita kertoja tai jatkuvasti

51. Mitä yhteiskunnan tulisi mielestäsi tehdä, jotta lihavuus ei enää yleistyisi Suomessa?

Voit valita useita vaihtoehtoja

- Runsaasti sokeria sisältäviä ruokia ja juomia tulisi verottaa nykyistä enemmän
 Runsaasti rasvaa sisältäviä ruokia tulisi verottaa nykyistä enemmän
 Epäterveellisten ruokien paljousalennukset tulisi kieltää
 Ruokien pakkauksissa pitäisi olla selvästi merkittynä, miten suositeltavia ne ovat terveyden kannalta
 Kaupoissa epäterveelliset ruoat (esim. makeiset) tulisi siirtää pois kassojen läheisyydestä
 Pikaruoan saatavuutta tulisi rajoittaa esimerkiksi säätelemällä ravintoloiden määrää tai aukioloaikoja
 Epäterveellisten ruokien mainontaa tulisi rajoittaa (esim. lastenohjelmien yhteydessä)
 Painonhallintaryhmiin osallistuminen pitäisi tehdä nykyistä helpommaksi (esim. ilmaiset ryhmät)
 Elintarviketeollisuuden tulisi muokata elintarvikkeita terveellisemmiksi
 Epäterveellisten ruokien pakkauskokoja tulisi pienentää
 Arkiliikuntamahdollisuuksia tulisi lisätä (esim. enemmän kevyen liikenteen väyliä)
 Ruokapalveluissa (esim. koulut, työpaikat, vanhustalot) tarjottavan ruoan laatua pitäisi parantaa, vaikka se maksaisikin enemmän

52. Kuinka paljon painoit noin 20-vuotiaana? (Arviokin riittää.)

_____ kg

HYVINVOINTI

53. Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua kahden viime viikon aikana?

	ei lainkaan	useina päivinä	useammin kuin puolet ajasta	lähes joka päivä
Asioiden tekeminen kiinnostaa hyvin vähän tai ei juuri tuota mielihyvää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nukahtamis- tai nukkumisvaikeudet tai liiallinen nukkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsymys tai energian puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huono ruokahalu tai ylensyöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyytymättömyys omaan itseen – tai tunne, että olet epäonnistunut tai laiminlyönyt itsesi tai perheesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeus keskittyä asioihin, kuten lehden lukemiseen tai television katseluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikutko tai puhutko niin hitaasti, että muut ihmiset ovat saattaneet huomata? Tai päinvastoin – oletko ollut niin hermostunut tai levoton, että olet liikkunut paljon tavallista enemmän?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajatukset, että voisi olla yhtä hyvin kuollut, tai että voisi vahingoittaa itseään jollakin tavalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Arvioi jokaisen väittämän kohdalla, kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua kyselyn täyttöä edeltäneen kahden viikon aikana.

	ei lainkaan	useana päivänä	suurimpana osana päivistä	lähes joka päivä
Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus harmistua tai ärsyyntyä helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Kuinka tyytyväinen olet taloudelliseen tilanteeseesi?

- erittäin tyytyväinen
 tyytyväinen
 jokseenkin tyytyväinen
 tyytymätön
 erittäin tyytymätön

56. Kuinka tyytyväinen olet siihen, mitä olet saavuttanut elämässäsi?

- erittäin tyytyväinen
 tyytyväinen
 jokseenkin tyytyväinen
 tyytymätön
 erittäin tyytymätön

57. Kuinka tyytyväinen olet perhe-elämääsi?

- erittäin tyytyväinen
 tyytyväinen
 jokseenkin tyytyväinen
 tyytymätön
 erittäin tyytymätön
 minulla ei ole perhettä

58. Onko sinulla tällä hetkellä läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistasi?

- ei ole ystävää
 on, yksi ystävä
 on, kaksi tai useampia ystäviä

Oliko sinulla seuraavia kokemuksia lapsena (alle 18-vuotiaana)?

Joihinkin kohtiin vastaaminen voi tuntua raskaalta.

59. Missä tahansa, kotona tai muualla:

	ei koskaan	harvoin	joskus	usein	jatkuvasti
Minua kiusattiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouduin fyysisen väkivallan kohteeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouduin seksuaalisen häirinnän tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joku kosketti minua seksuaalisella tavalla tai sai minut koskettamaan häntä seksuaalisella tavalla, vaikken olisi halunnut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla oli aikuinen, jolle pystyin kertomaan omista asioistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Vanhemmat ja perhe: Vanhemmalla tarkoitetaan aikuista, jolla oli **vastuu sinusta**.
Vastaa ajatellen sitä vanhempasi, jonka suhteen asia oli huonoimmin.

	ei koskaan	harvoin	joskus	usein	jatkuvasti
Vanhempani loukkasi, vähätteli tai nöyryytti minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti toista vanhempiani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhempani oli päihtyneenä (humalassa tai huumeissa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheelläni oli taloudellisia vaikeuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouduin olemaan nälissäni tai esimerkiksi likaisissa tai rikkiäisissä vaatteissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheenjäsenelläni oli mielenterveyden ongelmia, esimerkiksi masennusta tai itsetuhoisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin vanhempani menettämisestä esimerkiksi eron, hylkäämisen tai kuoleman takia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua arvostettiin ja pidettiin tärkeänä kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikäli kyselyyn vastaaminen herätti sinussa halun keskustella lisää aiheesta, voit olla yhteydessä alueesi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, Kriisipuhelimeen p. 09 2525 0111 ja väkivaltakokemuksista Nollalinjaan p. 080 005 005.

ELINTAVAT

61. Kuinka paljon istut keskimäärin arkisin?

Merkitse 0, jos et yhtään.

	tuntia	minuuttia
työ- tai opiskelupäivän aikana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vapaa-ajalla television, tietokoneen tai älylaitteen ääressä	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kulkuneuvossa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
muu istuminen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

62. Kuinka paljon liikut ja rasitat itseäsi ruumiillisesti vapaa-aikana?

- Vapaa-aikanani luen, katselen televisiota ja teen askareita, joissa en paljonkaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
- Vapaa-aikanani kävelen, pyöräilen tai liikun muulla tavalla useita tunteja viikossa. Tähän lasketaan mm. kävely, kalastus ja metsästys, ja kevyt puutarhatyö
- Harrastan vapaa-aikanani varsinaista kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa. Tähän lasketaan mm. juoksu, lenkkeily, hiihto, kuntovoimistelu, uinti, pallopelit ja rasittavat puutarhatyöt
- Harjoittelen vapaa-aikanani kilpailumielessä säännöllisesti rasittavia urheilumuotoja useita kertoja viikossa. Tähän lasketaan mm. juoksu, suunnistus, hiihto, uinti, pallopelit kilpailumielessä

63. Kuinka usein teet seuraavia (vapaa-ajan) liikuntamuotoja? Kesällä ja talvella kirjataan erikseen.

KESÄLLÄ	harvoin tai en koskaan	muutaman kerran kuukaudessa	kerran viikossa	useita kertoja viikossa tai päivittäin
hyötyliikunta sisällä tai pihapiirissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävely, sauvakävely, työmatkakävely, ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pyöräily, kuntopyöräily, työmatkapyöräily, asiointipyöräily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hölkkä, juoksu, suunnistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uinti ja vesiliikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiihto- ja luistelulajit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pallo- ja mailapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuntosali- ja voimaharjoittelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryhmäliikunta, voimistelu, tanssi, kamppailulajit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TALVELLA	harvoin tai en koskaan	muutaman kerran kuukaudessa	kerran viikossa	useita kertoja viikossa tai päivittäin
hyötyliikunta sisällä tai pihapiirissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävely, sauvakävely, työmatkakävely, ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pyöräily, kuntopyöräily, työmatkapyöräily, asiointipyöräily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hölkkä, juoksu, suunnistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uinti ja vesiliikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiihto- ja luistelulajit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pallo- ja mailapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuntosali- ja voimaharjoittelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryhmäliikunta, voimistelu, tanssi, kamppailulajit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos et opiskele tai käy töissä, siirry kysymykseen 66.

64. Kuinka pitkä on työ- tai opiskelumatkasi yhteen suuntaan?

Jos sinulla on useita työpisteitä, arvioi tyypillisen työmatkasi pituus.

_____ km

65. Kuinka monena päivänä viikossa käytät seuraavia kulkumuotoja työ- ja opiskelupaikalle kulkiessasi? Lämpimänä vuodenaikana (kesäkelillä) ja kylmänä vuodenaikana (talvikelillä) kirjataan erikseen.

KESÄKELILLÄ	en yhtenäkkään	1-2 päivänä	3-4 päivänä	5 päivänä tai useammin
kävely (koko matka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pyöräily (koko matka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkinen liikenne, matkasta alle 1 km jalan/pyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkinen liikenne, matkasta yli 1 km jalan/pyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilöauto, kuljettajana tai matkustajana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TALVIKELILLÄ	en yhtenäkkään	1-2 päivänä	3-4 päivänä	5 päivänä tai useammin
kävely (koko matka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pyöräily (koko matka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkinen liikenne, matkasta alle 1 km jalan/pyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
julkinen liikenne, matkasta yli 1 km jalan/pyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilöauto kuljettajana tai matkustajana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Oletko koskaan tupakoinut elämäsi aikana?

en → voit siirtyä kysymykseen 80

kyllä

67. Oletko tupakoinut elämäsi aikana vähintään 100 kertaa (savukkeita, sikareita, piippua)?

en → voit siirtyä kysymykseen 80

kyllä

68. Oletko koskaan tupakoinut säännöllisesti (lähes päivittäin ainakin yhden vuoden ajan)?

- en ole koskaan tupakoinut säännöllisesti → voit siirtyä kysymykseen 80
- olen tupakoinut säännöllisesti _____ vuotta

69. Koska olet tupakoinut viimeksi? Jos tupakoit jatkuvasti, merkitse vaihtoehto "eilen tai tänään".

- eilen tai tänään
- 2pv – 1kk sitten → voit siirtyä kysymykseen 80
- 1kk – puoli vuotta sitten → voit siirtyä kysymykseen 80
- puoli vuotta – vuosi sitten → voit siirtyä kysymykseen 80
- vuosi – 5 vuotta sitten → voit siirtyä kysymykseen 80
- 6–10 vuotta sitten → voit siirtyä kysymykseen 80
- yli 10 vuotta sitten → voit siirtyä kysymykseen 80

70. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten pääasiallista tapaasi käyttää tupakka- tai nikotiinituotteita? Jos et enää käytä tuotteita, vastaa entisen käyttötapaasi perusteella.

- käytän/käytin aina yhtä samaa tuotetta (esim. savuketta)
- olen vaihtanut yhdestä tuotteesta kokonaan toiseen (esim. savukkeista sähkötupakkaan)
- käytän/käytin jatkuvasti useampaa tuotetta
- vaihtelen/vaihtelin eri tuotteiden välillä

71. Kuinka pian heräämisen jälkeen sinulla on tapana polttaa ensimmäinen savuke?

- 5 minuutin kuluessa
- 6-30 minuutin kuluessa
- 31-60 minuutin kuluessa
- 60 minuutin jälkeen

72. Miten paljon poltat keskimäärin päivässä?

Merkitse kaikki polttamasi tupakkalaadut. Jos et ole polttanut kyseistä tuotetta lainkaan, merkitse 0.

	päivässä
tehdasvalmisteisia savukkeita	<input type="text"/> kpl
itse käärittynyt savukkeita	<input type="text"/> kpl
piippua	<input type="text"/> kpl
sikareita	<input type="text"/> kpl

73. Onko sinun vaikeaa olla polttamatta paikoissa, joissa tupakointi on kielletty?

- kyllä
- ei

74. Mistä savukkeesta sinun on kaikkein ikävintä luopua?

- aamun ensimmäisestä
- jostakin muusta

75. Onko sinulla yleensä tapana polttaa tiheämmin ensimmäisten heräämisen jälkeisten tuntien aikana kuin muuhun aikaan päivästä?

- kyllä
 ei

76. Tupakoitko, vaikka olet niin sairas, että joudut olemaan vuoteessa suuren osan päivää?

- kyllä
 en

77. Haluaisitko lopettaa tupakoinnin?

- en
 kyllä
 en osaa sanoa

78. Oletko koskaan vakavasti yrittänyt lopettaa tupakointia tai ollut tupakoimatta 24 tuntia? Jos olet niin milloin viimeksi?

- viimeisen kuukauden aikana
 1 kk - puoli vuotta sitten
 puoli vuotta - vuosi sitten
 yli vuosi sitten
 en koskaan

79. Mitä seuraavista keinoista olet käyttänyt avuksi viimeksi, kun yritit lopettaa/lopetit tupakoinnin?

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- en ole yrittänyt lopettaa tupakointia
 en käyttänyt mitään tukea
 terveydenhuollon ammattilaisen tuki (ei lääkkeellinen, esim. neuvonta)
 nikotiinikorvaushoito (esim. purukumi, laastari)
 reseptilääkkeet tupakoinnin lopettamiseen
 neuvontapuhelin
 verkkosivut
 vertaistuki
 nuuska
 sähkösavuke (sähkötupakka)
 kuumennettava tupakkatuote
 joku muu keino tai tuote

80. Montako tuntia päivässä olet sisätiloissa, joissa joudut hengittämään muiden aiheuttamaa tupakansavua?

Jos et lainkaan merkitse 0. Pyöristä vastauksesi lähimpään täyteen tuntiin.

	tuntia
työpaikalla	<input type="text"/>
kotona	<input type="text"/>
muissa tiloissa	<input type="text"/>

81. Merkitse omaa alkoholijuomien käyttöäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- Olen ollut koko elämäni raitis (tai maistanut alkoholijuomia enintään 10 kertaa koko elämäni aikana)
- Olen käyttänyt aiemmin alkoholijuomia, mutta lopettanut _____ vuotta sitten
- Olen käyttänyt alkoholijuomia, ja käytän niitä edelleen

82. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olet juonut 7 viime päivän aikana seuraavia?

Jos et ole juonut yhtään, merkitse 0.

	annosta
olutta: pullollista/ tölkillistä (1/3 litraa)	<input type="text"/>
siideriä, long-drinkia tai vastaavaa juomasekoitusta: pullollista/ tölkillistä (1/3 litraa)	<input type="text"/>
viiniä: lasillista (1 lasillinen= n. 12 cl)	<input type="text"/>
väkeviä alkoholijuomia: ravintola-annosta (n. 4 cl)	<input type="text"/>

83. Kuinka usein 12 viime kuukauden aikana olet käyttänyt...

	en ole koskaan elämässäni kokeillut tai käyttänyt	en kertaakaan 12 viime kuukauden aikana	harvemmin kuin kuukausittain	kuukausittain	viikoittain	päivittäin tai melkein päivittäin
unilääkkeitä tai rauhoittavia lääkkeitä (bentsodiatsepiineja tai vastaavia) päihtyäksesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vahvoja kipulääkkeitä (opioideja) päihtyäksesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Mihin kellonaikaan tavallisesti nukahdat?

	kello
työ/arkipäivinä nukahdan noin kello (esim. 22:30)	<input type="text"/>
vapaa/lomapäivinä nukahdan noin kello (esim. 23:20)	<input type="text"/>

85. Mihin kellonaikaan tavallisesti heräät?

	kello
työ/arkipäivinä herään noin kello (esim. 07:15)	<input type="text"/>
vapaa/lomapäivinä herään noin kello (esim. 10:30)	<input type="text"/>

86. Mihin aikaan sinulle olisi luontevinta nukahtaa ja herätä, jos voisit vapaasti valita ilman mitään velvoitteita ja ilman herätyskelloa?

	kello
nukahtaisin noin kello (esim. 23:20)	<input type="text"/>
heräisin noin kello (esim. 07:20)	<input type="text"/>

87. On olemassa niin sanottuja "aamuihmisiä" (aamunvirkku, illantorkku) ja "iltaihmiisiä" (illanvirkku, aamuntorkku). Kumpaan ryhmään sinä kuulut?

- ehdottomasti "aamuihmisiin"
 enemmän "aamu-" kuin "iltaihmiisiin"
 enemmän "ilta-" kuin "aamuihmisiin"
 ehdottomasti "iltaihmiisiin"

88. Kuorsaatko äänekkäästi?

- kyllä
 en

89. Onko kukaan havainnut, että lopetat hengittämisen, haukot henkeäsi tai köhiset nukkuessasi?

- ei
 kyllä

90. Missä määrin seuraavat asiat ovat sinulle erilaisia eri vuodenaikoina eli vaihtelevat vuodenaikojen mukaan?

	ei muutosta	vaihtelee jonkin verran	selvää vaihtelua	huomattavan suurta vaihtelua
unen pituus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalinen aktiivisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mieliala (yleinen hyvinvoinnin tunne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokahalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toimintatarmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Jos sinulla on edellä mainituista yksi tai useampia vaihteluita vuodenaikojen mukaan, kuinka vaikea ongelma se sinulle on?

- ei ole vaihtelua vuodenaikojen mukaan
 on vaihtelua, mutta ei ole ongelma
 lievä ongelma
 kohtalainen ongelma
 huomattava ongelma
 vakava ongelma

92. Onko terveydenhuollon ammattihenkilö kehottanut sinua terveystyistä 12 viime kuukauden aikana...

	ei	kyllä
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottumuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan nukkumistottumuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laihduuttamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähentämään alkoholin käyttöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lopettamaan tupakoinnin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Oletko saanut terveydenhuollon ammattihenkilön tukea...

	en ole tarvinnut	olisin tarvinnut mutta en saanut	olen saanut mutta se ei ollut riittävä	olen saanut riittävästi
liikunnan lisäämiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokatottumusten muutokseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukkumistottumusten muutokseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painonhallintaan, laihduttamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkoholin käytön vähentämiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tupakoinnin lopettamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielen hyvinvointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistin ylläpitämiseen ”aivojumpan” avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rahapelaamisen lopettamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAPATURMAT

94. Käytätkö seuraavia suojaimeja tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä autolla liikkeessasi	<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 ulkoillessasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heijastinta tai heijastavia asusteita pimeällä liikkeessasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Onko sinulle 12 viime kuukauden aikana tapahtunut jokin seuraavista tapaturmista, jonka vuoksi olet käynyt lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla? Voit valita useita vaihtoehtoja

- liikenneonnettomuus
- työtapaturma tai työmatkalla tapahtunut tapaturma (ei liikenneonnettomuus)
- kotitapaturma sisällä tai kodin pihapiirissä
- liikuntatapaturma sisällä tai ulkona (kuntoliikunnassa tai urheilussa)
- muu vapaa-ajan tapaturma
- ei mikään edellä mainituista

96. Kuinka monta kokonaista päivää sinun oli 12 viime kuukauden aikana vaikeaa tai mahdotonta selvittää tavanomaisista päivittäisistä tehtävistäsi ja toimistasi tapaturman aiheuttamien vammojen takia?

Jos ei yhtään päivää, vastaa 0.

_____ päivää

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

97. Mitä ehkäisyä olet käyttänyt 12 viime kuukauden aikana? Merkitse omasi ja kumppanisi/kumppaniesi käyttämät ehkäisymenetelmät. Voit valita useita vaihtoehtoja.

- ei koske minua
- en mitään
- ehkäisytabletit (yhdistelmäehkäisy- ja minipillerit), -rengas tai -laastari, hormonikierukka, ehkäisykapseli
- kuparikierukka
- kondomi
- jälkiehkäisy ("katumuspillerit")
- sterilointi
- jokin muu ehkäisymenetelmä

98. Onko sinulla ollut 12 viime kuukauden aikana seksiä? Voit valita useita vaihtoehtoja.

- minulla ei ole ollut seksiä
- kyllä, itsetyydytystä/sooloseksiä
- kyllä, samaa sukupuolta olevan tai olevien kanssa
- kyllä, eri sukupuolta olevan tai olevien kanssa

99. Onko sinulla ollut 12 viime kuukauden aikana?

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- emätinyhdyntä
- anaaliyhdyntä
- suuseksiä
- ei mitään edellä mainituista

100. Kuinka monen eri henkilön kanssa olet ollut yhdynnässä 12 viime kuukauden aikana?

_____ henkilön

Miesten osalta lomake päättyy tähän. Naisille on vielä kysymyksiä.

KIITOS VASTAUKSISTASI!

NAISTEN KYSYMYKSET

101. Kuinka monta kertaa...

Merkitse 0 jos ei yhtään. Jos olet tällä hetkellä raskaana, laske se mukaan raskauksien lukumäärään.

olen ollut raskaana _____ kertaa ja synnyttänyt _____ kertaa

minulle on tehty raskaudenkeskeytys _____ kertaa

minulla on ollut keskenmeno _____ kertaa ja kohdunulkoinen raskaus _____ kertaa

102. Kuinka kauan olet yhteensä imettänyt lastasi/kaikkia lapsiasi?

en ole koskaan imettänyt

olen imettänyt yhteensä _____ vuotta _____ kuukautta

103. Kuinka pitkään olet käyttänyt seuraavia hormonihoitoja elämäsi aikana?

en ole käyttänyt mitään

ehkäisytabletit (yhdistelmä- ja minipillerit), -rengas tai -laastari _____ vuotta

hormonikierukka tai -kapseli _____ vuotta

iholle annosteltava estrogeeni (esim. vaihdevuosisoireisiin) _____ vuotta

suun kautta otettava estrogeeni (esim. vaihdevuosisoireisiin) _____ vuotta

104. Oletko kokenut jotain seuraavista yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan jossain elämäsi vaiheessa?

Voit valita useita vaihtoehtoja

en ole kokenut

kova kipu kuukautisten tai munasolun irtoamisen (ovulaatio, noin 14 päivää kuukautisvuodon alusta) aikana

jatkuva kipu lantion tai alavatsan alueella

runsas kuukautisvuoto

kipu virtsatessa tai ulostaessa

yhdyntä - ja/tai tärinäkipu alavatsalla tai sukupuolielimissä

KIITOS VASTAUKSESTASI.