

## 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](http://www.thl.fi/ath/vastaa), jonne kirjaututte tunnuksella ja salasalla, jotka löytyvät tämän kyselylomakkeen etusivun yläosasta.

Kiitos vastauksistanne!

### OHJEET VASTAAJALLE

#### Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysytyt tiedot sille varattuun tilaan.
- Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita.
- Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita.
- Muistakaa vastata 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 painon

pituus 1 6 5 cm

paino 6 2 kg

#### Lisätietoja tutkimuksesta:

[www.thl.fi/ath/osallistuvalla](http://www.thl.fi/ath/osallistuvalla)

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

e-mail: [ath-info@thl.fi](mailto: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  
 asumuserossa tai eronnut  
 leski  
 naimaton

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

*Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.*

\_\_\_\_\_ vuotta

#### 3. Missä asutte tällä hetkellä:

- omistusasunnossa  
 vuokra-asunnossa  
 palvelutalossa, kuntoutuskodissa  
 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 terveyspalveluihin	<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"/>

**TERVEYS**

**8. Kuinka pitkät olette?** \_\_\_\_\_ cm *Merkitkää senttimetrin tarkkuudella.*

**9. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa?** \_\_\_\_\_ kg *Merkitkää kilogramman tarkkuudella.*

**10. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:**

- hyvä  
 melko hyvä  
 keskitasoinen  
 melko huono  
 huono

**11. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?**

- kyllä  
 ei

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

- rajoittaa vakavasti  
 rajoittaa, muttei vakavasti  
 ei rajoita lainkaan (*voitte siirtyä kysymyksen 14*)

**13. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?**

- kyllä  
 ei

**14. 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

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

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesterolit	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<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"/>

**16. 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

#### 17. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana:

	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"/>

#### 18. Tunneteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan  
 hyvin harvoin  
 joskus  
 melko usein  
 jatkuvasti

#### 19. 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.

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

- ei  
 kyllä

## TOIMINTA- JA TYÖKYKY

#### 21. 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"/>

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

- en  
 kyllä, aktiivisesti  
 kyllä, silloin tällöin

#### 23. Arvioi mahdollisuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa.

Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon

	puoliso, kumppani	joku muu lähiomainen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu läheinen	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"/>

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

- en (siirtykää kysymykseen 26)  
 kyllä, puolisoa  
 kyllä, lasta tai lapsenlasta  
 kyllä, vanhempia tai puolison vanhempia  
 muuta henkilöä, ketä: \_\_\_\_\_

#### 25. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

- en  
 kyllä

**26. 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"/>

**27. Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?**

	pystyn vaikeuksista	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"/>

**28. 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"/>

**29. Onko / oliko viimeisin työenne 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"/>

**30. Pitävätkö seuraavat kotiin ja työhön liittyvät väittämät paikkansa Teidän kohdallenne?**
*Valiikaa Teille sopiva vaihtoehto jokaiselta 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 kotiasioiden 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"/>

**31. Oletetaan, että työkykyenne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? Rastittakaa työkykyenne 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Onko työkykyenne:** *Mikäli ette ole töissä, vastatkaa viimeisimmän työenne mukaan.*

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

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

- en  
 todennäköisesti en  
 todennäköisesti kyllä  
 kyllä  
 olen eläkkeellä

**34. Miten rasittavaa työenne on ruumiillisesti?**
*Valiikaa 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 (35-37) selvitetään liikkumistanne työssä, työmatkalla ja vapaa-ajalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

### 35. Kuinka paljon liikutte ja rasitate 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

### 36. 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 vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

### 37. 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

### 38. Kuinka usein olette käyttänyt 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, pizzaa, 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"/>

### 39. Onko teillä mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?

- kyllä
- ei
- en ole työssä enkä opiskele

### 40. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

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

**41. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut teitä 12 viime kuukauden aikana:**
*Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.*

	ei kukaan	lääkäri tai hammaslääkäri	terveydenhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen	perheenjäsen	joku muu
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottumuksia 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"/>

**42. Kuinka monta tuntia tavallisesti nukutte vuorokaudessa:**

keskimäärin \_\_\_\_\_ tuntia.

**43. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?**

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

**44. Oletteko koskaan tupakoinut?**

- en (*mikäli ette ole tupakoinut, siirtykää kysymykseen 47*)  
 kyllä

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

- en ole koskaan tupakoinut päivittäin  
 olen tupakoinut päivittäin yhteensä \_\_\_\_\_ vuotta

**46. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?**

- kyllä, päivittäin  
 satunnaisesti  
 en lainkaan

**47. Nuuskaatteko nykyisin?**

- kyllä, päivittäin  
 satunnaisesti  
 en lainkaan nykyisin  
 en ole koskaan nuuskannut

**48. Käyttekö nykyisin sähkö tupakkaa (sähkösavukkeita)?**

- kyllä, päivittäin  
 satunnaisesti  
 en lainkaan nykyisin  
 en ole koskaan käyttänyt sähkö tupakkaa

**49. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?**

- en (*mikäli ette ole käyttäneet alkoholia, siirtykää kysymykseen 54*)  
 kyllä

**50. 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

**51. 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

**52. 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

**53. 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)

**54. Oletteko käyttänyt kannabista (hasis, marijuana)?**

- 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, raapatutarvat, urheilu- ja raviveikkaus, Veikkauksen pelit, vedonlyönti, kasinopelit sekä Internetissä pelattavat rahapelit kuten nettipokeri.

**55. 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**
**56. 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"/>

**57. Käytättekö seuraavia suojaimeita 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"/>

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

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	ei kukaan	tuntematon tai puolittunut	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"/>

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

- kyllä  
 ei

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

- kyllä  
 ei  
 en ole ollut ansiotyössä 12 viime kuukauden aikana

## ELÄMÄNLAATU

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (61-63) kohdalla miettimään elämäänne kahden viime viikon ajalta.

### 61. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?

- erittäin huono  
 huono  
 ei hyvä eikä huono  
 hyvä  
 erittäin hyvä

### 62. 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"/>
ihmissuhteisiin	<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"/>

### 63. Missä määrin olette kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne 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"/>

## PALVELUT

### 64. 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"/>

### 65. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana? Huomioikaa kunnan ja yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olis in tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävä	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävä
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"/>
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äitiys- ja lastenneuvolapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut lapsiperheiden palvelut (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<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"/>

### 66. 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"/>



67. 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"/>

68. 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"/>

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

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
<b>Puhelimitse</b>					
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"/>
<b>Sähköisen asioinnin kautta</b>					
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"/>

70. 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

71. 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

72. 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 tutkimuksiin 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"/>

73. 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"/>

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

- en  
 kyllä

**75. 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"/>

**76. 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
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"/>

**77. 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"/>

**78. 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 80)

**79. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksiinne sosiaalipalveluista 12 viime kuukauden ajalta? Arvioikaa viimeksi käyttämäänne 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"/>

Tässä osassa kartoitetaan näkemyksiänne sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sähköistämisestä. Vaikka ette olisi käyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sähköisesti, näkemyksenne ovat ensiarvoisen tärkeitä kehitettäessä palveluita vastaamaan entistä paremmin kansalaisten tarpeisiin. Sähköisiä palveluita ovat esimerkiksi Omakanta-palvelut, sähköinen ajanvaraus, terveyteen, sairastumisriskiä ja palvelutarjontaan liittyvä tieto verkossa, sekä yhteydenpito ammattilaisiin internetin välityksellä.

**80. Käytättekö Internetiä:**

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

**81. Millaiseksi arvioitte osaamisenne internetin - verkkopalveluiden käyttäjänä (tietokoneella tai mobiililaitteilla)?**

- en käytä  
 noviisi - käytän mutta tarvitsen apua  
 käytän peruspalveluja itsenäisesti  
 käytän sujuvasti monia verkkosovelluksia  
 asiantuntija/pystyn ohjaamaan muita

**82. Miten olette viimeisen vuoden aikana tehnyt seuraavia asioita? Mikäli sähköinen asiointi korvasi käynnin tai soiton, arvioikaa myös, montako kertaa. Tavoista voi valita sekä perinteisen (paperi, käynti tai soitto) että sähköisen asiointitavan (mobiililaitteiden tai tietokoneen välityksellä).**

	en ole	olen perinteisesti	olen sähköisesti	sähköinen asiointitapa korvasi käynnin tai soiton: montako kertaa
seurannut/ mitannut omaa hyvinvointia tai terveyttä ja sen muutoksia säännöllisesti (mm. ruokapäiväkirja, paino, verenpaine, hyvinvointi- tai aktiivisuusranneke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
etsinyt tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, sairauksista, niiden oireista ja hoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tehnyt riskitestejä, oirearvioita, terveystarkastuksen tai kirjallisen arvion omasta toimintakyvystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
kysynyt terveydentilaan tai hyvinvointiin liittyen neuvoa ammattihenkilöltä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**83. Miten olette viimeisen vuoden aikana tehnyt seuraavia asioita? Mikäli sähköinen asiointi korvasi käynnin tai soiton, arvioikaa myös, montako kertaa. Tavoista voi valita sekä perinteisen (paperi, käynti tai soitto) että sähköisen asiointitavan (mobiililaitteiden tai tietokoneen välityksellä).**

	en ole	olen perinteisesti	olen sähköisesti	sähköinen asiointitapa korvasi käynnin tai soiton: montako kertaa
etsinyt tietoa terveys- tai sosiaalipalveluista alueellani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
vertaillut tarjolla olevien palveluiden hintaa, jonoja tai laatua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hakenut sosiaalipalvelua tai toimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tehnyt ajanvarauksen sosiaali- tai terveydenhuollon palveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
pyytänyt lääkemääräyksen uusimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
saanut päätöksen sosiaalipalvelusta tai toimeentulotuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**84. Miten olette viimeisen vuoden aikana tehnyt seuraavia asioita? Mikäli sähköinen asiointi korvasi käynnin tai soiton, arvioikaa myös, montako kertaa. Tavoista voi valita sekä perinteisen (paperi, käynti tai soitto) että sähköisen asiointitavan (mobiililaitteiden tai tietokoneen välityksellä).**

	en ole	olen perinteisesti	olen sähköisesti	sähköinen asiointitapa korvasi käynnin tai soiton: montako kertaa
tarkastellut ammattilaisten minusta kirjaamia potilas-asiakastietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tehnyt korjauspyyntöjä itse havaitsemiini virheisiin potilas/asiakastiedoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
saanut laboratoriotestien tai muita tutkimustuloksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
saanut oman hoito- tai palvelusuunnitelman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**85. Miten olette viimeisen vuoden aikana tehnyt seuraavia asioita? Mikäli sähköinen asiointi korvasi käynnin tai soiton, arvioikaa myös, montako kertaa. Tavoista voi valita sekä perinteisen (paperi, käynti tai soitto) että sähköisen asiointitavan (mobiililaitteiden tai tietokoneen välityksellä).**

	en ole	olen perinteisesti	olen sähköisesti	sähköinen asiointitapa korvasi käynnin tai soiton: montako kertaa
toimittanut omia mittauksia tai muita asiakkuuteen liittyviä tietoja ammattilaisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
saanut neuvoja tai ohjeita terveydenhuollon tai sosiaalipalveluiden ammattilaisilta esim. testitulosten tai toimittamieni seurantatietojen perusteella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
käynyt terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaisen vastaanotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
osallistunut vertaistukiryhmiin tai muihin tietyille asiakasryhmille suunnattuihin palveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
käyttänyt kotona asumisen turvallisuutta lisääviä palveluita (perinteisesti mm. valvontakäynnit, sähköisesti mm. turvaranneke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
vastannut sosiaali- tai terveydenhuollon asiakaspalautekyselyihin tai antanut vapaamuotoista palautetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tehnyt hoitotahdon (omaa hoitoa ja hoivaa koskeva tahdonilmaisu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**86. Oletteko viimeisen vuoden aikana hoitanut sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä asioita toisen puolesta (esim. omainen, huollettava)?**

- en ole  
 kyllä, perinteisesti (paperi, käynti tai soitto)  
 kyllä, sähköisesti. Sähköinen asiointi korvasi soiton tai käynnin sosiaali- ja terveydenhuoltoon \_\_\_\_\_ kertaa

**87. Mitkä ovat mielestänne sähköisten sosiaali- ja terveyspalveluiden keskeiset hyödyt?**
**Sähköiset palvelut...**

	täysin samaa mieltä	osin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	osin eri mieltä	täysin eri mieltä
auttavat kansalaisia hoitamaan itse terveyttään/ hyvinvointiaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auttavat kansalaisia arvioimaan itse terveyteen/ hyvinvointiin liittyviä riskejä/ palveluntarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpottavat itselle sopivien palvelujen etsimistä ja valintaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auttavat kansalaisia läheisen terveyden/ hyvinvoinnin edistämisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tarjoavat hyödyllisiä muistutuksia (esim. vastaanottoajasta, laboratoriotuloksesta, reseptin uusinnasta jne.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nopeuttavat tai helpottavat tarvittavien palvelujen piiriin pääsemistä ajasta ja paikasta riippumatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpottavat osallistumista oman terveys/hyvinvointiongelman hoitoon yhteistyössä ammattilaisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auttavat säilyttämään asiakas- ja potilastiedot turvassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auttavat mukauttamaan palveluita erilaisille asiakasryhmille sopivaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tukevat yhteistyötä ja tiedonkulkua potilaan/ asiakkaan ja häntä hoitavien henkilöiden välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auttavat potilaita/ asiakkaita seuraamaan, missä heidän terveys- ja asiakastietojaan on käsitelty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
säästävät asiointiaikaa tai rahaa (matkakulut, työaika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyhentävät hoitoaikaa ja tehostavat hoitoa (kun esim. vältetään päällekkäisiä tutkimuksia ja tiedonkeruuta, kerätään esitietoja sähköisesti jo ennen vastaanotolle tuloa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu mikä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**88. Kuinka tärkeää teille on jatkossa saada seuraavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sähköisenä?**

	täysin turha	melko turha	ei turha eikä tärkeä	melko tärkeä	hyvin tärkeä
itsehoitoa ja palvelutarpeen arviointia tukeva tieto ja testit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluden löytämistä, valintaa ja ajan varausta tukevat verkkopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omien potilas- tai asiakastietojen katselupalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa tukevat verkkopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tahdonilmaisut (kuten hoitotahto, kiellot potilastietojen käyttöön) ja palautepalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu mikä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**89. Mitkä seikat estävät/ vaikeuttavat teidän sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalveluiden käyttöönnne?**

	täysin samaa mieltä	osin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	osin eri mieltä	täysin eri mieltä
minulla ei ole käytössäni henkilökohtaista tietokonetta ja internet-yhteyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minulla ei ole riittäviä taitoja sähköisten palveluiden käyttämiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietoliikenneyhteydet ovat liian heikot alueellani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköiset palvelut ovat vaikeakäyttöisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en saa sähköistä palvelua omalla äidinkielelläni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en ole saanut tukea sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalveluiden käyttöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en saa mistään apua teknisen ongelman sattuessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköinen asiointi ei kiinnosta minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköiset palvelut eivät tuota minulle mitään hyötyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköisiä palveluita ei tarvita, koska voin olla yhteydessä ammattilaisiin puhelimitse soittoaikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en usko saavani hyvää hoitoa tai palvelua, jos en tapaa ammattilaista kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköiset palvelut hidastavat palveluun pääsemistä ja hoito- tai palveluprosessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilökohtaista tapaamista ei voi korvata sähköisellä yhteydenotolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ei-lääketieteelliset kohdat hoidossani jäävät taustalle, jos en tapaa palveluntuottajaa kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en voi olla varma, että virheet esim. lääkityksessä vältetään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minua huolestuttaa henkilökohtaisten tietojeni turvallisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en luota sähköisen palvelun tuottajiin (huijatuksi joutumisen mahdollisuus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käyttöehdot ovat epäselvät ja liian pitkät ("olen lukenut ja hyväksyn nämä ehdot")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en luota siihen, että henkilötietoni pysyvät salassa nimettömissä yhteydenotoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tarvitsemiani palvelut eivät ole saatavilla sähköisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sähköisiä palveluja on vaikea löytää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tarvitsemiani sähköiset palvelut eivät ole esteettömiä minulle esim. näkövamman vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en pysty asioimaan toisen puolesta sähköisesti, vaikka se olisi tarpeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu mikä: _____	<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

**90. 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 97. Liikuntatapaturmat-osioon)  
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: \_\_\_\_\_ kertaa

**91. Miten kotitapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia kotitapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvataa 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.*

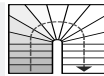

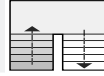
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____			

**92. 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"/>

**93. 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: _____			

**94. 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: _____			

**95. 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-/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"/>

**96. 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**
**97. Oletteko joutunut liikuntatapaturmaan 12 viime kuukauden aikana?**

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

**98. 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"/>

**99. 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, liikarasitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

**100. 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"/>

**101. 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:	_____	_____	_____

### 102. 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:			

### 103. 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:			

### 104. 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"/>
sairaalahoittoa (osastolla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalahoittoa (leikkauksessa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 105. 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

**106. 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 114. Työtapaturmat-osioon)  
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: \_\_\_\_\_ kertaa

**107. Miten liikenneonnettomuus tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia liikenneonnettomuuksia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä.** *Merkitkää 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:			

**108. 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"/>
mootoripyörällä tai mopolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muulla ajoneuvolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**109. Vaikuttko 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"/>

**110. 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"/>
mootoritie	<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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**111. 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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**112. 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"/>

**113. 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

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

- en (siirtykää kysymykseen 122. Muut vapaa-ajan tapaturmat-osioon)  
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: \_\_\_\_\_ kertaa

**115. Miten työtapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia työtapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä.** *Merkitkää 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*

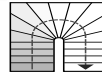


	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
rakenteiden suistuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaatuminen, liukastuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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: _____			

**116. 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"/>

**117. 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 liittytävällä 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: _____			

**118. 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 lihaskvamma	<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: _____			

**119. Millaista hoitoa saitte vammoihinne?**

Valikaa 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-/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"/>

**120. 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"/>

**121. Onko teillä mahdollisuus vaikuttaa työpaikkanne työturvallisuusasioihin?**

- kyllä  
 ei

**MUUT VAPAA-AJAN TAPATURMAT**
**122. 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 teltillessä, veneillä tai asuntovaunussa.

- en (siirtykää kysymykseen 127. Sairauspoissaolot-osioon)  
 kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: \_\_\_\_\_ kertaa

**123. Miten vapaa-ajan tapaturma tapahtui? Jos Teille on tapahtunut useampia vapaa-ajan tapaturmia 12 viime kuukauden aikana, kuvatkaa kolme viimeisintä. Merkitkää vastauksenne jokaisesta vapaa-ajan tapaturmasta erikseen valitsemalla sopiva vaihtoehto jokaisen tapaturman kohdalta (Tapaturma 1, Tapaturma 2 tai Tapaturma 3).**

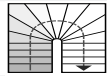

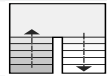
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____			

**124. 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"/>

### 125. 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 sisätilä	<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: _____			

### 126. 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 lihavamma	<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: _____			

### SAIRAUSPOISSAOLOT

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).

#### 127. 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

#### 128. Kuinka monta päivää Teidän oli vaikeaa tai mahdotonta selvittää tavanomaisia päivittäisiä tehtävistänne ja toimistänne 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

#### 129. 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

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

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

**131. 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.*

**132. Miten Teitä kohdeltiin kun hakeuduitte edellä mainittuihin palveluihin?**

*Voitte valita useita vaihtoehtoja*

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

**MIESTEN OSALTA TUTKIMUS LOPPUU TÄHÄN  
KIITOS VASTAUKSESTANNE!**

**Muistakaa irrottaa kansilehti itsellenne  
ennen kuin lähetätte lomakkeen.**

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa [www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)

*Seuraavat kolme kysymystä koskevat vain naisia.*

**133. Kuinka monta synnytystä Teillä on ollut?**

*Laskekaa mukaan sekä tavalliset synnytykset että keisarileikkaukset*

- ei yhtään  
 yhteensä \_\_\_\_\_ synnytystä

**134. Onko Teille tehty raskauden keskeytyksiä (abortteja)?**

- ei  
 kyllä, \_\_\_\_\_ keskeytystä

**135. Onko Teillä ollut keskenmenoon päättyneitä raskauksia tai kohdunulkoisia raskauksia?**

- ei  
 kyllä, \_\_\_\_\_ raskautta

**KIITOS VASTAUKSESTANNE!**

**Muistakaa irrottaa kansilehti  
ennen kuin lähetätte lomakkeen.**

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa [www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)