



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

Kiitos vastauksistanne!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.
-  Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, 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

- erittäin hyvä
- melko hyvä
- kohtalainen
- melko huono
- huono

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutenne ja painonne

pituus 165 cm

paino 62 kg

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/ath/osallistuvalla

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

e-mail: ath-info@thl.fi



SUOSTUMUS ATH-TUTKIMUKSEEN

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

Vastaamalla tähän kyselyyn vahvistan osallistumiseni tutkimukseen.

TAUSTATIEDOT

1. Oletteko tällä hetkellä:

- avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- avoliitossa
- 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 tai vanhainkodissa
- jossain muualla, missä: _____

4. Asutteko yksin:

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

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

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



5. Oletteko 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"/>

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

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

7. Käytättekö Internetiä:

	käytän itse	käytän avustettuna	en käytä
sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, Kela, vero toimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojen hakemiseen (esim. aikataulut, terveys-tieto ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TERVEYS

8. Kuinka pitkä olette? *Merkittävä senttimetrin tarkkuudella.*

_____ cm

9. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa? *Merkittävä kilogramman tarkkuudella.*

_____ kg

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 kysymykseen 14*)

13. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- kyllä
- ei



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

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesteroli	<input type="checkbox"/>
sydänveritulppa, sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>
sepelvaltimotauti, angina pectoris (=rintakipua rasituksessa)	<input type="checkbox"/>
polven tai lonkan kulumavika (nivelrikko)	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
muistisairaus (esim. dementia)	<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"/>

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

	kyllä
päänsärkyä	<input type="checkbox"/>
nivalsärkyä	<input type="checkbox"/>
niska-, hartiavaivoja	<input type="checkbox"/>
selkäkipua, selkäsärkyä	<input type="checkbox"/>
unettomuutta	<input type="checkbox"/>
virtsanpidätysongelmia	<input type="checkbox"/>
korvien soimista (tinnitus)	<input type="checkbox"/>
huimausta	<input type="checkbox"/>
haittaavaa vapinaa	<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

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

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomatavan 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"/>

17. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan
- hyvin harvoin
- joskus
- melko usein
- jatkuvasti

18. 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.

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

- ei
- kyllä

TOIMINTAKYKY

20. 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 kuukau- dessa	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, face- book yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

en

kyllä, aktiivisesti

kyllä, silloin tällöin

22. Arvioikaa mahdollisuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa. Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon

	puoliso, kump- pani	joku muu lähi- omai- nen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu lä- heinen	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 käytän- nön 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"/>

23. Autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona?

Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

en (siirtykää kysymykseen 25)

kyllä, puolisoa

kyllä, lasta tai lapsenlasta

muuta henkilöä, ketä: _____

24. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

 en

 kyllä

25. 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"/>

26. Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
juoksemaan lyhyehkön matkan (noin 100 metriä, 100m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävelemään noin puolen kilomet- rin matkan levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemaan tavallista sanomalehti- tekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nousemaan portaita yhden kerros- välin levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona kesällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkemaan julkisilla liikenneväli- neillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan asunnossanne huonees- ta toiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Pystytkö yleensä seuraaviin arkipäivän askareisiin ja toimintoihin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
tekemään kevyitä kotitöitä (esim. imu- rointi, astioiden pesu, vuoteen sijaami- nen, pyykinpesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tekemään kodin pieniä korjaustöitä (esim. lampun tai palovaroittimen paris- ton vaihtaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitamaan päivittäisiä raha-asioitanne (esim. laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään ruokakaupassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valmistamaan tai lämmittämään aterioi- tanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pureskelemaan ruoan (kaiken tyyppistä ruokaa myös esim. jälkiuunileipää)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytymään suihkussa, kylvyssä tai sau- nassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huolehtimaan henkilökohtaisesta siis- teydestänne (esim. hiusten kampa- us, hampaiden pesu, parranajo, kasvojen ja käsien pesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leikkaamaan varpaankyntenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pukeutumaan ja riisuutumaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään WC:ssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huolehtimaan lääkityksestänne (esim. lääkkeenoton muistaminen, oikea annos- telu, lääkepakkauksen avaaminen)	<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. Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa?

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

ELINTAVAT

Seuraavilla kahdella kysymyksellä (30–31) selvitetään liikkumistanne vapaa-ajalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

30. Kuinka usein kävelette ulkona vähintään 20 minuuttia ?

- 5 kertaa viikossa tai useammin
 4 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 1-2 kertaa viikossa
 harvemmin kuin kerran viikossa
 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

31. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Valitkaa tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

- 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
- olen enimmäkseen vuoteessa

32. 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"/>

33. Kuka yleensä valmistaa pääaterianne arkisin?

- itse
- puoliso/avopuoliso
- muu läheinen
- kodinhoitaja valmistaa tai valmiit ateriat toimitetaan kotiin
- syön ateriani kodin ulkopuolella tai haen valmisaterian kotiin

34. Kuinka paljon teillä on omia hampaita?

- ei yhtään omaa hammasta
- omia hampaita 1–9 kpl
- omia hampaita 10–19 kpl
- 20 tai enemmän omia hampaita

35. Onko teillä irrotettavia hammasproteeseja?

- ei
- kyllä

36. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

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

37. 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 terveystyistä	<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"/>

38. Kuinka monta tuntia tavallisesti nukutte vuorokaudessa:

keskimäärin _____ tuntia.

39. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?

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

40. Oletteko koskaan tupakoinut?

- en (*mikäli ette ole tupakoinut, voitte siirtyä kysymykseen 43*)
- kyllä

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

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

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

- kyllä, päivittäin
- satunnaisesti
- en lainkaan

43. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en (*mikäli ette ole käyttänyt alkoholia, siirtykää kysymykseen 48*)
- kyllä

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

45. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytte alkoholia? Katsokaa oheista laatikkoa.

- 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

46. 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
 075 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
 0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

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

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

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

- ei koskaan
 joskus
 usein
 lähes aina
 en pelaa rahapelejä

TAPATURMAT JA VÄKIVALTA

49. 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 kotikonstein	kyllä, hoitoa terveyden- / sairaanhoid- tajalta	kyllä, lääkärin hoitoa	kyllä, sairaala- hoitoa
kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikuntaharrastuksen yhteydessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muualla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Käytättekö seuraavia suojaimia tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä auton takapenkillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellunta/pelastusliivejä veneessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nastoitettuja jalkineita tai kenkiin kiinnitettäviä liukuosteita 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"/>
lonkkasuojaimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Käytättekö seuraavia apuvälineitä? *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*

- kävelykeppiä, kyynärsauvoja tai kainalosauvoja
- rollaattoria tai potkupyörää
- pyörätuolia
- kuulokojetta
- lääkedosettia

52. Oletteko 12 viime kuukauden aikana kaatunut?

- en ole kaatunut
- kyllä, kodin sisätiloissa _____ kertaa
- kyllä, kodin piha-alueella _____ kertaa
- kyllä, ulkona kadulla tai julkisella paikalla _____ kertaa

53. Onko joku käyttäytynyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana? *Voitte valita useita vaihtoehtoja kullakin riviltä.*

	ei kukaan	tuntematon tai puolittu	avo- tai avio- puoliso tai seurustelu- kumppani	muu lä- hemmin tuntemanne henkilö (muu perheenjä- sen, entinen puoliso, ys- tävä, tuttava, työtoveri)
uhannut puhelimitse, kirjeit- se tai Internetin välityksellä vahingoittaa fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uhannut kasvokkain vahin- goittaa 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 esi- neellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut sukupuoliyhtey- teen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut muuhun seksuaali- seen kanssakäymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yrittänyt pakottaa sukupuoli- yhteyteen tai muuhun seksu- aaliseen kanssakäymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käyttäytynyt väkivaltaisesti jollain muulla tavalla, kuvat- kaa yhdellä sanalla:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

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

- kyllä
 ei

ELÄMÄNLAATU

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (55–57) kohdalla miettimään elämäänne kahden viime viikon ajalta.

55. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?

- erittäin huono
- huono
- ei hyvä eikä huono
- hyvä
- erittäin hyvä

56. Miten tyytyväinen olette:

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

57. 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

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

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä erimieltä	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"/>

59. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana?

Huomioikaa kunnan ja yksityisen palvelutarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olis in tarvin- nut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttä- nyt, palvelu tai etuus ei ollut riittä- vää	olen käyttä- nyt, 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"/>
kotiin saatavat hoito- ja hoivapalvelut (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut vanhuspalvelut (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluohjaus ja -neuvonta	<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"/>

60. 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"/>

61. 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"/>

62. 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 sisäänotettuna 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"/>

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

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

64. 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

65. 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

66. 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"/>

67. Kuinka monta kertaa olette käyneet 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"/>

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

- en
- kyllä

69. 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"/>
painon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tasapainokykyänne (esim. seisomatasapainoanne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistianne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

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

71. Onko teille tehty lakisääteinen palvelutarpeen arviointi? Valitkaa yksi vaihtoehto.

- kyllä, 12 viime kuukauden aikana
 kyllä, vähintään vuosi (12kk) sitten
 ei



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

	en	kyllä, mielen- terveydellisten 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"/>

73. 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 75*)

74. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksianne 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, sairastumisriskeihin ja palvelutarjontaan liittyvä tieto verkossa, sekä yhteydenpito ammattilaisiin internetin välityksellä.

75. 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

76. 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"/>	_____

77. 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"/>	_____

78. 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"/>	_____

79. 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 mittaustuloksia 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"/>	_____

80. 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

81. Mitkä ovat mielestänne sähköisten sosiaali- ja terveystalveluiden 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 terveytään/ 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, laboratoriotokokeesta, 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"/>

82. 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"/>

83. 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"/>

jatkuu edelliseltä sivulta

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"/>
tarvitsemani 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"/>
tarvitsemani 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 kolme kysymysosiota kartoittavat 1) kotitapaturmia, 2) liikenneonnettomuuksia ja 3) muita vapaa-ajan tapaturmia. Kysymysten avulla kartoitetaan miten tapaturma tapahtui, millaisia vammoja siitä aiheutui sekä millaista hoitoa ne vaativat.

KOTITAPATURMAT

84. 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 91. Liikenneonnettomuudet-osioon)

kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

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

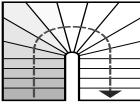
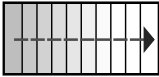
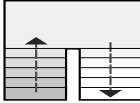
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

86. 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"/>

87. 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"/>
koko kerrosvälin mittaiset suorat portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaksiosaiset lepotasolla varustetut portaat sisätiloissa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu:	_____	_____	_____

88. 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:	_____	_____	_____

89. 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"/>

90. 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"/>

LIIKENNEONNETTOMUUDET

91. 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 99. Muut vapaa-ajan tapaturmat-osioon)

kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

92. 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:	_____	_____	_____

93. Olitteko liikenneonnettomuuden tapahtuessa liikenteessä:

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta.

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

94. Vaikuttiko liikenneonnettomuuteen oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

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

95. Millaisessa paikassa tai tilassa liikenneonnettomuus tapahtui?

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen liikenneonnettomuuden osalta

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

96. 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:	_____	_____	_____

97. 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"/>

98. 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"/>

MUUT VAPAA-AJAN TAPATURMAT

99. Oletteko joutunut muunlaiseen vapaa-ajan tapaturmaan 12 viime kuukauden aikana? *Muut vapaa-ajan tapaturmat koskevat saatuja vammoja muissa kuin kotitapaturmissa ja liikenneonnettomuuksissa kuten esimerkiksi liukastuminen ostosmatkalla, loukkaantuminen talkootyössä tai loukkaantuminen telttaillessa, veneillessä tai asuntovaunussa.*

en (siirtykää kysymykseen 104. Sairauspoissaolot osioon)

kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä 12 viime kuukauden aikana: _____ kertaa

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

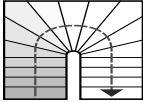

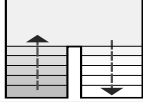
	Tapaturma 1	Tapaturma 2	Tapaturma 3
kompastuminen, kaatuminen, liukastuminen tai matalalta (alle 1 m korkeudelta) putoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
putoaminen yli 1 m korkeudelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

101. 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"/>

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

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto jokaisen tapaturman osalta

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

103. 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 lihaskivertys	<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).

104. Kuinka monta päivää jouduitte olemaan vammojen seurauksena sairaalassa?

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

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

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

VÄKIVALTA

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

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

107. 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.

108. Miten Teitä kohdeltiin kun hakeuduitte edellä mainittuihin palveluihin?

Voitte valita useita vaihtoehtoja

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

109. Täytittekö lomakkeen yksin vai auttoiko Teitä siinä joku muu?

- täytin yksin
- täytin yhdessä puolison kanssa
- täytin yhdessä jonkun muun sukulaisen kanssa
- täytin yhdessä hoitajan tai kotiavustajan kanssa
- minua auttoi joku toinen henkilö.

Kuka (esim. naapuri)? _____

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Muistakaa irrottaa kansilehti ennen kuin lähetätte lomakkeen.

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa www.thl.fi/ath