

Olotilakysely

Käyttämäsi Parkinson-lääkkeet:

_____ mg _____ kertaa päivässä
_____ mg _____ kertaa päivässä
_____ mg _____ kertaa päivässä
_____ mg _____ kertaa päivässä

Muut lääkkeet, joita otat säännöllisesti

_____ mg _____ kertaa päivässä
_____ mg _____ kertaa päivässä
_____ mg _____ kertaa viikossa

1. Mieliala

	Ei koskaan	Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Oletko alakuloinen?					
Onko sinulla masennusta?					
Itkettääkö sinua ilman syytä?					
Ahdistaako sinua?					
Onko sinulla pelkotiloja?					
Onko sinulla paniikkihäiriö?					
Oletko menettänyt mielenkiinnon eri asioihin?					
Onko sinulla aloitekyvyn puutetta?					
Pelkäätkö sosiaalisia tilanteita?					
Oletko haluton lähtemään kotisi ulkopuolelle, esim. kauppaan?					
Haluatko eristäytyä muista? Et pidä yhteyttä muihin ihmisiin?					

2. Addiktiot

2.1 Ostoriippuvuus

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Ostatko tavaroita, jotka ovat tarpeettomia?					
Ostatko tavaroita, joihin sinulla ei ole varaa?					
Teetkö heräteostoksia?					
Piilotteletko ostoksiasi?					
Koetko mielipahaa tehdyistä ostoksistasi?					
Kadutko ostoksiasi?					
Yritätkö olla ostamatta, mutta ostat silti?					

2.2 Nettiriippuvuus

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Kuinka usein huomaat olleesi internetissä pitempään kuin olit alun perin ajatellut?					
Kuinka usein läheisesi valittavat internetiin käyttämästäsi ajasta?					
Kuinka usein muut hommasi kärsivät netin takia?					
Kun et ole nettiyhteydessä, kuinka usein internet pyörii mielessäsi tai toivoisit olevasi netissä?					
Yritätkö vähentää netissä viettämäsi aikaa?					

2.3 Seksiaddiktio

	En koskaan	Harvoin	Joskus	Kerran päivässä	Monta kertaa päivässä
Ajatteletko seksiä?					
Häiritseekö seksin ajatteluun muita hommia?					
Katseletko kiihottavaa tai pornoa sisältävää materiaalia: lehtiä, videoita, netissä?					
Onko seksikäyttäytymisesi liiallista tai kontrolloimatonta?					
Saako seksikäyttäytymisesi sinut tuntemaan ahdistusta tai katumusta jälkeenpäin?					

1. Onko seksikäyttäytymisestäsi ollut haittaa parisuhteellesi tai läheisillesi?

- Ei
 Kyllä, joskus
 Kyllä, usein

2. Oletko yrittänyt muuttaa tai vähentää jotain seksikäyttäytymisesi muotoa?

- En
 Kyllä ja onnistuin
 Kyllä ja epäonnistuin

2.4 Peliriippuvuus

1. Mitä seuraavista peleistä pelaat?

	En koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Pari kertaa viikossa	Kerran päivässä	Monta kertaa päivässä
Rahapeliautomaatit, mm. hedelmäpelit, pokeri					
Nettikasinopelit, mm. nettipokeri					
Rahapelit pelipaikassa, mm. pokeri, ruletti					
Veikkaus- ja vedonlyöntipelit, mm. vakioveikkaus, toto					
Arvontapelit, mm. lotto					
Raha-arvat					
Bingo					
Ilmaiset tietokonepelit					
Muu peli, mikä? _____					

2. Mikä on suurin summa, jonka olet käyttänyt pelaamiseen päivässä?

- 0 - 19 €
 20 - 49 €
 50 - 99 €
 100 - 999 €
 1000 - 10 000 €
 yli 10 000 €

3. Jos pelaat, kuinka usein palaat takaisin toisena päivänä voittaaksesi häviämäsi summan takaisin?

- En koskaan tai hyvin harvoin
 Joskus (alle puolet häviämiskerroista)
 Usein
 Aina, kun häviän

4. Onko sinulla omasta mielestäsi ongelmia pelaamisen kanssa?

- Ei
 Kyllä, nyt
 Kyllä aikaisemmin, mutta ei nyt

5. Oletko yrittänyt lopettaa pelaamisen?

- En
 Kyllä ja onnistuin
 Kyllä ja epäonnistuin

2.5 Muu riippuvuus

1. Onko sinulla jokin harrastus tai muu toiminto, jota ilman et voi olla? (Ei kahvi eikä tupakka)

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

2. Tuleeko sinulle "vieroitusoireita", esim. ärtymystä tai päänsärkyä, jos et pääse tähän harrastukseen tai toimintoon?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

3. Ajatteletko tätä harrastusta tai toimintoa paljon silloinkin, kun et tee sitä?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä

4. Häiritseekö tämä harrastus tai toiminto muuta elämääsi tai ihmissuhteitasi?

<input type="checkbox"/>	Ei
<input type="checkbox"/>	Kyllä, joskus
<input type="checkbox"/>	Kyllä, usein

5. Haluaisitko vähentää tähän harrastukseen tai toimintoon käyttämäsi aikaa ja/tai rahaa?

<input type="checkbox"/>	En
<input type="checkbox"/>	Kyllä

3. Harhat

	En koskaan	Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Näetkö harhoja? Ihmisiä, eläimiä, esineitä tai asioita, jotka eivät ole siinä oikeasti					
Kuuletko harhoja?					
Haistatko hajuja, joita muut eivät haista?					

4. Suolen toiminta

	Ei juuri koskaan	Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Onko sinulla ummetusta?					
Ripulia?					
Meneekö mahasi "löysälle" lähes heti lääkkeenoton (levodopan) jälkeen?					
Käytkö yöllä monta kertaa wc:ssä?					
Onko sinulla vaikeuksia pidättää ulostetta?					
Onko sinulla virtsankarkailua?					
Onko sinulla tihentynyt virtsaamisen tarve?					
Onko sinulla ulostamisvaikeuksia, vaikka ei olisi ummetusta?					
Tuntuuko, ettei rakko tyhjene kunnolla?					
Käytätkö suolen toimintaan vaikuttavia lääkkeitä?					

5. Liikkuminen

1. Kuinka pitkän matkan pystyt kävelemään ilman suuria ponnistuksia, ilman apuvälinettä?

- alle 10 m
- 10 - 100 m
- 100 - 500 m
- 500 - 1 000 m
- yli 1 km

2. Mitä apuvälinettä käytät liikkumiseen?

- en mitään
- otan tukea seinästä, kaiteista, huonekaluista, ...
- kävelykeppiä
- rollaattoria
- pyörätuolia
- sähkömopoa

	Ei juuri koskaan	Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Lähes päivittäin
Liikutko säännöllisesti?					
Onko sinulla tasapainovaikeuksia?					
Kaatuiletko?					
Kompastutko mattoihin, kynnyksiin,...?					
Laahaako jalkasi?					
Tökkääkö käveleminen jonkun matkaa käveltyäsi, ettet pääse eteenpäin?					
Onko kävelemisesi töpöttävää, lyhyitä askelia?					
Pystytkö nousemaan ja laskeutumaan portaita?					
Pystytkö kävelemään maastossa?					
Menevätkö sinulta "jalat alta"?					
Onko sinulla kipuja kävellessä?					
Parantaako liikkuminen oloasi?					
Muuta?					

3. Mitä liikuntaa harrastat ja kuinka usein?
