

KIPU METABOLISESSA OIREYHTYMÄSSÄ

Apteekkifarmasian
erikoistumisopinnot
proviisoreille, PD
Projektityö
Proviisori
Anne Kumpusalo-
Vauhkonen
Kuopion yliopisto
Koulutus- ja
kehittämiskeskus
Heinäkuu 2008

Julkaisua voi tilata osoitteesta:

**Anne Kumpusalo-Vauhkonen
Kapalantie 124
73 120 Nerkoo**

**Puh: (044) 532 6897
Sposti: akumpusa@hytti.uku.fi**

KUOPION YLIOPISTON KOULUTUS- JA KEHITTÄMISKESKUS

KUMPUSALO-VAUHKONEN ANNE: Kipu metabolisessa oireyhtymässä

Apteekki­farmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD

Projektityö, 34 s., 1 liite (17 s.)

Tutkimuksia ja selvityksiä 7/2008

ISBN 978-951-27-0986-1

ISBN 978-951-27-0910-6 (PDF)

ISSN 0789-4317

Projektityön ohjaaja: LT, ma. yleislääketieteen professori Pekka Mäntyselkä

Kesäkuu 2008

Tämän kvantitatiivisen projektityön tarkoituksena oli selvittää kivun esiintyvyyttä metabolisen oireyhtymän yhteydessä. Projektityön aineisto on itä-suomalaisia "Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän ja verisuonisairauksien yhteydestä" -väestötutkimukseen osallistuneita (Miettola 2004). Aineisto on koottu väestöpohjaltaan noin 7500 asukkaan Lapinlahden kunnasta vuosien 2004 - 2005 aikana. Postikysely lähetettiin kaikkiaan 760:lle iältään 30 – 65 vuotiaalle aikuiselle. Siihen vastasi 594 (78 %). Kaikki postikyselyyn vastanneet kutsuttiin Lapinlahden terveyskeskukseen terveystarkastukseen. Perusaineiston muodostavat yhteensä 480 henkilön tiedot, mikä oli 63 % koko tutkimusväestöstä. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jolla oli yhteensä kuusi kysymystä kipujen kokemisesta. Kivun kestoa ja merkittävyyttä selvitettiin strukturoiduilla kysymyksillä. Kipu määriteltiin krooniseksi silloin, kun se oli kestänyt vähintään kolme kuukautta. Kroonista kipua tarkasteltiin myös esiintymistiheyden mukaan. Tässä projektityötutkimuksessa tarkasteltiin kivun esiintyvyyttä niillä, joilla oli todettu metabolinen oireyhtymä. Metabolisen oireyhtymän poimintakriteerit olivat NCEP 2001 mukaiset. Ne täytyivät, kun tutkimukseen osallistujalla esiintyi vähintään kolme seuraavista viidestä piirteestä: paastoplasman glukoosi ≥ 6.1 mmol/l, keskivartalolihavuus eli miehillä vyötärön ympärysmitta > 102 cm ja naisilla > 88 cm, seerumin triglyseridit > 1.7 mmol/l, HDL-kolesteroli miehillä < 1.0 mmol/l ja naisilla < 1.3 mmol/l ja/tai verenpaine $\geq 130/85$ mmHg tai lääkehoito.

Koko tutkimusotoksesta metabolisen oireyhtymän kriteerit täytyivät 37,7 %:lla (N=181) ja kroonista kipua oli 47,3 %:lla (N=227). Heistä naisilla oli kroonista kipua enemmän (49,8 %:lla; N=123) kuin miehillä (45,2 %:lla; N=104). Niistä, joilla metabolinen oireyhtymän kriteerit täytyivät, kroonista kipua oli 53 %:lla (N=96). Kroonista kipua esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän yhteydessä kuin muutoin (53 % vs. 44 %). Miehillä tämä ero oli selkeämpi (52 % vs. 41 %) kuin naisilla (54 % vs. 47 %). Päivittäistä tai jatkuvaa kroonista kipua esiintyi enemmän niillä, joilla täytyivät metabolisen oireyhtymän kriteerit (27 % vs. 18 %). Sekä laaja-alaisia (16 % vs. 6 %) että paikallisia (36 % vs. 33 %) tuki- ja liikuntaelinten kipuja esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän yhteydessä.

AVAIN­SANAT: Krooninen kipu, metabolinen oireyhtymä, kvantitatiivinen kyselytutkimus

ESIPUHE

Tämä projektityö on tehty Apteekki­farmasian erikoistumisopintoihin (PD 2006) Kuopion yliopistossa.

Kiitän lämpimästi ohjaajaani lääketieteen tohtori Pekka Mäntyselkää kansanterveystieteen- ja kliinisen ravitsemustieteen laitoksen yleislääketieteen yksiköstä. LT Pekka Mäntyselkä on ohjannut projektityötäni asiantuntevasti ja kannustavasti, mutta myös riittävän jämäkästi. Hän on antanut ohjaajana asiantuntija-apua ja kritiikkiä sekä suunnannut projektityötäni sen nykyiseen muotoonsa. LT Pekka Mäntyselän kanssa käymistä keskusteluista on ollut paljon hyötyä projektityöni eri vaiheissa.

Kiitän sydämellisesti myös professori Riitta Ahosta sosiaalifarmasian laitokselta ja professori Esko Kumpusaloa yleislääketieteen laitokselta. Heidän ansiosta olen saanut kuulua tutkimusryhmään jo farmasian opintojeni alkuvaiheista lähtien ja sen myötä olen saanut oppia sellaista, mitä ei voi mitata opintopisteissä. Kiitän Kuopion yliopiston yleislääketieteen laitoksen johtajaa professori Esko Kumpusaloa saamastani mahdollisuudesta toteuttaa projektityöni laitoksella. Kiitän molempien laitoksien henkilökuntaa saamastani avusta ja “käytäväneuvoista”.

Kiitän sydämellisesti yleislääketieteen erikoislääkäri Juhani Miettola tutkimusyhteistyöstä aineiston hankinnassa. Hän on myös antanut arvokkaita kommenttejaan ja näkemyksiään projektityöhöni.

Kiitän Lapinlahden kunnan virkamiehiä ja terveyskeskuksen henkilökuntaa tutkimuksen toteutumisen mahdollistamisesta. Kiitän erityisesti Lapinlahden terveyskeskuksen vastaavaa lääkäriä Aino Huovista yhteistyökykyisyydestä hänen toimiessaan terveyskeskuksen ja tutkimusryhmän välillä. Kiitän erityisesti myös erikoissairaanhoitaja Ritva Kainulaista ansiokkaasta tutkimushoitajana toimimisesta tutkimuksen toteuttamisessa.

Kiitän tutkimukseen osallistuneita lapinlahtelaisia, sillä he mahdollistivat henkilökohtaisella vaivannäöllään tämän projektityöni toteutumisen. Lopuksi kiitän sydämellisesti aviomiestäni Jarmoa ja hänen vanhempiaan arjen pyörittämisestä ja tukemisesta opintojeni aikana sekä kiitän lapsiani Heidiä, Albertia ja Elmeriä voimia antaneista ilon hetkistä.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	9
2 KIPU.....	11
2.1 Kivun määritelmä.....	11
2.2 Kipu käsitteenä.....	11
2.3 Kipu kokemuksena.....	12
3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ.....	13
3.1 Metabolisen oireyhtymän määritelmä ja kriteerit.....	13
3.2 Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys.....	14
3.3 Metabolisen oireyhtymän keskeiset tunnusmerkit ja niiden merkitys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöinä.....	15
3.4 Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy ja lääkkeettömät hoitokeinot.....	17
3.5 Metabolinen oireyhtymä ja kipu.....	18
4 PROJEKTITYÖN TAVOITTEET.....	18
5 PROJEKTITYÖN AINEISTO JA -MENETELMÄ SEKÄ KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	19
5.1 Projektityön aineisto.....	19
5.2 Projektityön tutkimusmenetelmä.....	21
5.3 Projektityön käytännön toteutus.....	21
6 TULOKSET.....	22
7 POHDINTA.....	27
KIRJALLISUUS.....	29
LIITE	

1 JOHDANTO

Kipu on yleinen oire väestössä (esim. Crook ym. 1984; Sternbach 1986; von Korff ym. 1988; Brattberg ym. 1989; Buskila ym. 2000). Ruotsalaisen väestökyselytutkimuksen mukaan kivun esiintyvyys oli 66 % (Brattberg ym. 1989) ja toisen ruotsalaisen tutkimuksen 55 % (Andersson ym. 1993). Myös Suomessa erilaiset kivut ja säröt ovat väestön yleisimmän kokemia oireita, sillä kipu on monien sairauksien tavallisimpia oireita (Elo & Myllykangas 1986). Tuoreen suomalaisen väestötutkimuksen mukaan kipua oli tuntenut 80 % kyselyä edeltäneen viikon aikana (Turunen ym. 2004). Myös pitkäaikainen kipu on yleinen oire aikuisväestössä (Verhaak ym. 1998; Elliot ym. 1999; Blyth ym. 2001 ja Mäntyselkä ym. 2003). Mäntyselän (1998) väestötutkimuksen mukaan kipu oli kestänyt vähintään kuusi kuukautta runsaalla 20 %:lla kipupotilaista. Kroonisesta kivusta itsessään on tullut meillä kansansairaus, josta kärsii lähes 800 000 suomalaista (Breivik ym. 2006).

Kivun yleisyys näkyy myös tarkasteltaessa lääkäriin käynnin syitä, sillä kipu on yksi yleisimmistä yleislääkäriin käynnin syistä (Frølund & Frølund 1986; Mäntyselkä 1998). Tanskalaisessa tutkimuksessa kipu oli yleislääkäriin käynnin pääasiallinen syy 22 %:lla potilaista (Frølund & Frølund 1986). Näistä kipuoireen takia hoitoon hakeutuneista kipu oli ollut akuuttia 61 %:lla ja kroonista 39 %:lla. Suomessa Mäntyselän (1998) tutkimuksen mukaan kipu oli terveyskeskuslääkäriin käynnin pääsyy 30 %:ssa terveyskeskuskäynneistä ja liittyi lääkäriin käyntiin 40 %:ssa. Kivusta kärsivät potilaat muodostavat siis merkittävän osan terveystalouden käyttäjistä, ja siksi kivun hoito on terveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä.

Kipu on siis huomattava sekä kansantaloudellinen että -terveydellinen ongelma. Nämä seikat tekevät kivusta ja sen hoidosta tärkeän tutkimuskohteen. Monet muista sairauksista ja myös niiden hoito vaikuttavat kipuihin ja niiden hoitoon tai päinvastoin. Esimerkiksi diabeteksen vaikutukset ovat kahdensuuntaisia. Itse sairaus aiheuttaa neuropaattisia kipuja, mutta toisaalta tuhoaa myös kiputuntoa. Naisilla kohonneen systolisen verenpaineen ja kohonneen kipukynnyksen yhteyttä pidetään osoitettuna (D'Antono ym. 1999).

Metabolinen oireyhtymä ja kipu ovat molemmat merkittäviä länsimaiseen elämäntyyliin liittyviä kansanterveydellisiä ja –taloudellisia ongelmia. Tässä projektityössä on tarkoituksena tarkastella näiden välistä yhteyttä. Metabolinen oireyhtymä on merkittävä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä. Tutkimustietoa kivun esiintymisestä metabolisen oireyhtymän yhteydessä on vähän. Tämä tutkimus on osa “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän- ja verisuonisairauksien yhteydestä” -projektia, jonka aineisto koottiin Lapinlahden terveyskeskuksessa Itä-Suomessa vuosien 2004 - 2005 aikana (Miettola 2004). Kipu voi vähentää liikkumista tai heikentää muuta fyysistä toimintakykyä metabolisessa oireyhtymässä, tai pahimmillaan kipu voi olla jopa esteenä metabolisen oireyhtymän tärkeimmälle lääkkeettömälle hoitokeinolle eli liikunnalle.

Tämä projektityö on osa väitöskirjatutkimusta, joka tullaan toteuttamaan osana kahta eri projektia. Tutkimuksen ensimmäinen pelkästään kvalitatiivinen osuus oli osa “Kipupotilas perusterveydenhuollossa” -projektia, jonka aineisto koottiin 25 terveyskeskuksesta eri puolilla Suomea vuoden 1996 aikana (Mäntyselkä 1998). Siinä kuvattiin pitkäaikaisista kivuista kärsivien kokemuksia kivusta ja sen hoidosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaisi terveydenhuoltoalan eri sektoreilla kipupotilaiden kanssa työskenteleviä ymmärtämään kivun ja sen hoidon kokemusta. Tutkimuksen toinen osa koostuu sekä kvantitatiivisesta että kvalitatiivisesta osuudesta. Se on osa “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän- ja verisuonisairauksien yhteydestä” -projektia, jonka aineisto koottiin Pohjois-Savossa vuosien 2004 – 2005 aikana (Miettola 2004). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa eli tässä projektityössä selvitetään kivun esiintyvyyttä metabolisen oireyhtymän yhteydessä.

2 KIPU

2.1 Kivun määritelmä

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy uhkaavaan tai jo tapahtuneeseen kudonvaurioon tai jota kuvataan samanlaisin käsittein kuin kudonvaurion yhteydessä (International Association for the Study of Pain, IASP 1979). Sama taho on määritellyt kivun krooniseksi, kun se on jatkunut pidempään kuin kolme kuukautta (IASP 1986). Suomessa käytössä oleva tautiluokitus käyttää kuitenkin kroonisen kivun aikarajana kuutta kuukautta (Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto 1987).

2.2 Kipu käsitteenä

Kivun käsite ulottuu paikallisesta fyysisestä särystä totaaliseen, koko ihmisen olemuksen käsittävään kärsimykseen (Vainio 1993). Kipu on samalla niin yleiskäsite kuin yksityinen tieto, koska jokainen on sen kokenut, mutta kukaan ei luotettavasti pysty määrittämään, miten toinen sen kokee; toisen ihmisen aktuaalinen kipu on siten subjektiivinen ja jakamaton. Psykkinen kokeminen on laajempi käsite kuin havaitseminen ja aistiminen, joiden sisältö on ennen kaikkea neuropsykologinen ja neurofysiologinen (Rechartt 1981). Kivun käsitteellistäminen sensorisena on dualistinen kannanotto, joka merkitsee kivun ymmärtämistä biologian termein (Honkasalo 1996).

Toisin kuin neurofysiologisissa kiputeorioissa, joissa kipu käsitteellistetään ilman kokijaa, kivun käsitteellistäminen emotionaalisena edellyttää myös kokevan, yhteiskunnallisesti toimivan subjektin käsitettä (Honkasalo 1996). Koska Honkasalon (1996) mielestä kipukokemusta on mahdotonta eritellä dualistisesti, niin hän pitää dualismia kyseenalaistavaa kokemuksen teoriaa välttämättömänä kivun tutkimukselle. Ongelmana tämäntyyppisessä kipututkimuksessa kuitenkin on, että toisen ihmisen kokemusta välittää kieli, jolloin kipua kuvatessa ja ilmaistaessa kielen avulla objektivoidaan samalla kokemus.

2.3 Kipu kokemuksena

Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä. Koska kipu on samanaikaisesti sekä fyysinen aistimus että psyykkinen kokemus, ihminen on juuri niin kivulias kuin hänestä tuntuu, ja juuri siksi kipukokemus on hyvin subjektiivinen. Kipuun kanavoituu itse kunkin yksilöllisen elämäntilanteen ja olemassaolon tunteita: pettymystä, ahdistusta ja turhautumista. Tämä selittää pitkälti kivun yksilöllisen luonteen. Näin toisen kipu ei ole koskaan täysin koettavissa, vaikka sen ymmärtäminen olisikin mahdollista (Honkasalo 1996).

Kivun kokeminen on siis sekä fyysinen että psyykkinen tapahtuma. Kivun fyysis-psykkinen kokeminen selittyy pitkälti siitä, että aivot ottavat vastaan kipuärsyksen (Nieminen 1991). Kipuaistimukselle on tunnusomaista aivojen niin sanotun limbisen järjestelmän aktivoituminen. Limbinen järjestelmä säätelee pitkälti tunne-elämäämme ja sen aktivoituminen kivun yhteydessä tekee kivun kokemisen hyvin subjektiiviseksi. Kokemisessa kietoutuvat eri suhteissa yhteen aistittu, havaittu ja omassa mielessä luotu (Rechartt 1981). Kivun välittyminen keskushermostossa ja kipu kokemuksena ovat monimutkaisia ja monitasoisia ilmiöitä, joihin liittyvien perustapahtumien tietämys on vielä nykyäänkin puutteellista.

Brown ja Williams (1995) esittävät artikkelissaan, että lääketieteellinen näkökulma aliarvioi sairauden emotionaalisia, sosiaalisia ja kulttuurisia osa-alueita. Sillä kipu on enemmän kuin vain hermoimpulsseja ja Morrisin (1991) mukaan se vaatii aina yksilöllisen ja kulttuurisen sisältötarkastelun (Seers & Friedli 1996). Myös Kalson ja Vainion (1993) mukaan kivulla on huomattava sosiaalinen ja kulttuurinen merkitys. Kroonisen kivun kokeminen heijastaa aina paitsi mahdollista psyykkistä vauriota myös erilaisia kognitiivisia ja emotionaalisia tapahtumia sekä yksilön koko persoonallisuutta (Järvikoski 1987). Honkasalon (1996) mielestä kipukokemuksen tutkimisessa keskeistä on kivun ymmärtäminen intentionaalisena ja merkityksiä antavana kokemuksena, emootiona.

Narratiivinen lääketiede antaa perinteistä lääketiedettä enemmän tilaa ja huomiota potilaan yksilöllisille kokemuksille (Karjalainen & Kotkavirta 2001). Siinä potilasta ei ensisijaisesti nähdä jonakin sairaustapauksena, jolle diagnostisoidaan jokin somaattinen vaiva, vaan yksilöllisenä persoonana, jonka somaattiseen vaivaan liittyy ainutkertaisia kokemuksia ja näiden kielellistä artikulaatiota.

3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ

3.1 Metabolisen oireyhtymän määritelmä ja kriteerit

Metabolisella oireyhtymällä (MBO) tarkoitetaan glukoosi- ja rasva-aineenvaihdunnan poikkeavuuksia (dyslipidemia) sekä kohonneen verenpaineen muodostamaa vaaratekijäkokonaisuutta, johon liittyy myös keskivartalolihavuus. Seerumin pieni HDL-kolesterolipitoisuus ja suurentunut triglyseridipitoisuus ovat häiriintyneen glukoosiaineenvaihdunnan, kohonneen verenpaineen ja vyötärölihavuuden ohella metabolisen oireyhtymän keskeisiä tunnusmerkkejä. Sekä oireyhtymän yksittäisten poikkeavuuksien että niiden kasautumisen taustalla on insuliiniresistenssi.

Tässä projektityössä metabolisen oireyhtymän poimintakriteerit olivat NCEP 2001 mukaiset eli ne täytyivät, kun tutkimukseen osallistujalla esiintyi vähintään kolme seuraavista viidestä piirteestä: paastoplasman glukoosi ≥ 6.1 mmol/l, keskivartalolihavuus (miehillä vyötärön ympärysmitta > 102 cm ja naisilla vyötärön ympärysmitta > 88 cm), seerumin triglyseridit > 1.7 mmol/l, HDL-kolesteroli (miehet < 1.0 mmol/l ja naiset < 1.3 mmol/l) ja/tai verenpaine $\geq 130/85$ mmHg tai lääkehoito.

Perusterveydenhuollossa metabolisen oireyhtymän kriteereiksi on määritelty vähintään kolmen piirteen esiintyminen seuraavista kahdeksasta: tyypin 2 diabeteksen perimä, lihavuus, vatsakkuus, kohonnut verenpaine, hypertriglyseridemia ja/tai matala HDL-kolesteroliarvo, poikkeava glukoosinsieto ja hyperinsulinemia (Vanhala 2007). Muualla metabolisen oireyhtymän kriteereissä on painotettu pääosin samoja poikkeavuuksia eri tavoin.

WHO:n määritelmässä keskeisenä on insuliiniresistenssi, EGIR:n määritelmässä hyperinsulinemia ja ATP III:n määritelmässä verenpaine, dyslipidemia ja poikkeava glukoosinsieto. Kansainvälisen diabetesliiton IDF:n vuonna 2005 julkaistujen suositusten mukaan metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät, jos vatsan ympäryys on miehillä ≥ 94 cm ja naisilla ≥ 80 cm sekä samanaikaisesti todetaan vähintään kaksi seuraavista: triglyseridiarvo > 1.7 mmol/l, HDL-kolesteroli miehillä < 1.03 mmol/l ja naisilla < 1.29 mmol/l, verenpaine $\geq 130/85$ mmHg tai lääkehoito ja kohonnut paastoglukoositaso (≥ 5.6 mmol/l) tai aiemmin todettu tyyppi 2 diabetes (International Diabetes Federation 2005).

3.2 Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys

Metabolisen oireyhtymän erilaisista määritelmistä riippuen sen vallitsevuus keski-ikäisessä väestössä vaihtelee 17–30 % miehillä ja 8–20 % naisilla (Vanhala ym. 1997; Alexander ym. 2003). Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys kasvaa painoindeksin (BMI) ja fyysisen inaktiiviteetin kasvaessa (Park ym. 2003). Painoindeksi (body mass index lyh. BMI) on kehonpainon (lihavuuden, laihuuden) mittarina käytetty tunnusluku: paino (kilogrammoina) jaettuna pituuden (metreinä) neliöllä. Nykykäsityksen mukaan metabolinen oireyhtymä on osittain periytyvä, toisaalta ympäristötekijöiden muovaama elämäntapoihin liittyvä terveysongelma, jonka esiintyvyyden on ennustettu voimakkaasti lisääntyvän Suomessa ja muissa teollistuneissa maissa lähivuosikymmenien aikana. Metabolinen oireyhtymä on suomalaisessakin väestössä varsin yleinen (Vanhala ym. 1997; Rantala ym. 1999), jonka esiaste voidaan todeta jo hyvin nuorena (Viikari ym. 1991; Raitakari ym. 1995).

3.3 Metabolisen oireyhtymän keskeiset tunnusmerkit ja niiden merkitys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöinä

Metabolisen oireyhtymän keskeisiä tunnusmerkkejä ovat vatsakkuus ja lihavuus.

Keskivartalolihavilla sen vallitsevuus on noin 55 % miehillä ja 40 % naisilla. Kansainvälinen diabetesliitto IDF nosti vatsakkuuden metabolisen oireyhtymän keskeiseksi tekijäksi.

Taustalla on hyvä tutkimusnäyttö vatsakkuuden ja sydäntautien välisestä yhteydestä, etenkin jos vatsakkuuteen liittyy suuri triglyseridipitoisuus (St-Pierre ym. 2002). Kansainvälinen diabetesliitto IDF onkin jättänyt painoindeksin $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ pois metabolisen oireyhtymän kriteereistä, vaikka metabolinen oireyhtymä tunnistettaisiin sen perusteella hyvin (Reaven 1988).

Metabolisen oireyhtymän tunnusmerkeistä liikapaino on vähäisen liikunnan ohella tärkeimpiä tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä (Carey ym. 1997). Lihavuus on yleistynyt Suomessa varsinkin miehillä (Vartiainen ym. 2003). Tämä selittää osaltaan diabeteksen esiintyvyyden kasvua. Sekä Terveys 2000- että FINRISKI 2002 –tutkimuksissa merkittävän lihavuuden kriteeri ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) täyttyi noin 25 %: lla 45 – 64-vuotiaista miehistä ja naisista. Näiden lisäksi FINRISKI 2002 –tutkimuksessa ylipainon esiintyvyys oli 49 % miehillä ja 39 % naisilla. Liikapainon lisäksi vyötärölihavuus on merkittävä diabeteksen riskitekijä. Rasvan kertymisellä keskivartaloon on painoindeksistä riippumaton vaikutus tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuuteen (Lindström ja Tuomilehto 2003; Carey ym. 1997). Eräissä tutkimuksissa vyötärölihavuuden on todettu olevan merkittävämpi diabeteksen ja sydän- sekä verisuonitautien riskitekijä kuin painoindeksi (Janssen ym. 2004; Zhu ym. 2002; Folsom ym. 1993; Larsson ym. 1984). Tämän ajatellaan johtuvan vatsaontelon sisälle kertyvän (viskeraalisen) rasvan lisääntymisestä. Viskeraalinen rasvakudos on metabolisesti aktiivisempaa kuin ihon alle kertynyt rasva, ja se erittää hormoneja, jotka ovat erityisen diabetogeenisiä (Wajchenberg BL 2000). Peltosen ym. (2006) tutkimuksessa vyötärölihavuuden uusimmat kriteerit täyttivät lähes kolmella neljästä tutkitusta.

Sydäninfarktin riski on diabeetikolla yhtä suuri kuin sydäninfarktin aikaisemmin sairastaneilla ei-diabeetikoilla (Juutilainen ym. 2005; Hu ym. 2005; Haffner ym. 1998). Erityisesti naisilla diabetes suurentaa sydän- ja verisuonitautien vaaraa voimakkaasti, niin että riski on lähes samalla tasolla kuin diabeetikkomiehillä (Juutilainen ym. 2005; Hu ym. 2005; Orchard TJ 1996). Lievemmat glukoosiainevaihdunnan häiriöt, suurentunut paastoglukoosiarvo ja heikentynyt glukoosinsieto, ovat tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä (Unwin ym. 2002). Eri tutkimusten mukaan henkilöistä, joilla on heikentynyt glukoosinsieto, sairastuu diabetekseen 6 – 16 % vuodessa (Tuomilehto ym. 2001; Pan ym. 1997; Heine ym. 1996) ja noin puolet 10 vuoden seurannassa. Lisäksi heikentynyt glukoosinsieto ennustaa itsenäisesti sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuutta ja niihin kuolleisuutta, mutta pelkkä suurentunut paastoglukoosiarvo ei liity lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Decode Study Group 2001; Qiao ym. 2002).

Metabolinen oireyhtymä ennakoii diabeteksen kehittymistä ja siihen liittyy suurentunut valtimotaudin vaara (Onat ym. 2002; Lakka ym. 2002). Diagnosoitu tyypin 2 diabetes lisää kliinisen valtimotaudin riskiä vielä selvemmin, ja sen lisäksi valtimotauti on diabeetikolla yleensä vaikeampi kuin muilla. Myös tyypin 1 diabetes lisää valtimotaudin riskiä, erityisesti kun siihen liittyy mikroalbuminuria (De Backer ym. 2004).

Metabolisen oireyhtymän keskeisistä tunnusmerkeistä kohonnut verenpaine on merkittävä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä lisäten sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Väestön keskimääräinen verenpaine nousee iän myötä. Vaikka suomalaisten verenpaine on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana laskenut 5 – 10 mmHg (Kastarinen 2002), sairastuvuus- ja kuolleisuuslukumme ovat edelleen kansainvälisessä vertailussa suuria. Kohonneen verenpaineen tehokas alentaminen on keskeistä sydän- ja verisuonitautitapahtumien sekä -kuolemien vähentämisessä. Kohonneen verenpaineen lääkehoito vähentää vaaraa sairastua aivohalvaukseen ja sydäninfarktiin: lääkehoidolla systolisen verenpaineen alentaminen 10 mmHg:lla ja diastolisen 5 mmHg:lla pienentää viidessä vuodessa vakavia aivovaltimovaurioita keskimäärin 38 prosenttia ja vakavia sepelvaltimovaurioita 16 prosenttia (Collins ja MacMahon 1994; Kantola 2004). Kohonneen verenpaineen lääkehoito vähentää aivohalvauksen sairastaneiden hypertensiopotilaiden sairastumista uuteen aivohalvaukseen (The INDANA Project Collaborators ym. 1997; MacMahon ym. 1997; Schrader ym. 2003).

Suomalaisista lääkehoidossa olevista verenpainepotilaista vain neljäsosa saavuttaa hoitotavoitteen alle 140/85 mmHg (Meriranta ym.2004). Osalla potilaista, erityisesti iäkkäillä ja systolista hypertensiota sairastavilla, hoitotavoitteen saavuttaminen voi olla vaikeaa, mutta tällöinkin tulee pyrkiä sekä systolisen että diastolisen verenpaineen mahdollisimman hyvään hallintaan. Lääkitys ja elintapamuutokset yhdessä antavat parhaan hoitotuloksen.

Joka toisella verenpainepotilaalla on hyperinsulinemia ja / tai insuliiniresistenssi. Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät 35 %:lla suomalaisista mies- ja 25 %: lla naispuolisista verenpainepotilaista.

3.4 Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy ja lääkkeettömät hoitokeinot

Metabolisen oireyhtymän pääasialliset hallintakeinot ovat ennaltaehkäisy ja lääkkeettömät hoitokeinot, joissa liikunnan merkitys on tärkeä. Väestötutkimusten mukaan liikunta suojaa tyyppin 2 diabetekseen sairastumiselta (Tuomilehto ym. 2001; Knowler ym. 2002)). Näiden tutkimusten mukaan runsaasti liikkuvien miesten ja naisten vaara sairastua diabetekseen oli selvästi pienempi kuin vähän tai ei lainkaan liikkuvien. Tulos oli riippumaton muista seikoista kuten siitä, mikä henkilön painoindeksi oli seurannan alussa. Vaara sairastua diabetekseen pienenee kuusi prosenttia jokaista 500 kilokalorin energiankulutusta vastaavaa säännöllistä viikoittaista liikuntasuoritusta kohti. Tämä vastaa noin tunnin tai puolentoista kävelyä. Hyvä kunto (hapenottoakyky) sinänsä suojaa diabetekselta, ja täten osan liikuntasuorituksesta olisi hyvä olla sen verran rasittavaa, että sillä saadaan aikaan kestävyyskuntoa nostava harjoitusvaikutus. Ravitsemuksella ja liikunnalla on ilmeinen toisiaan täydentävä suojavaikutus. Kahdessa merkittävässä diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa, joista toinen tehtiin Suomessa (Tuomilehto ym.2001) ja toinen Yhdysvalloissa (The Diabetes Prevention program Research Group 2002), todettiin, että yhdistämällä liikuntaohjelma ravitsemusneuvontaan voitiin diabeteksen sairastumisen vaaraa vähentää peräti 58 % korkean riskin henkilöiltä.

Vähäinen fyysinen aktiivisuus tai huono kestävyyskunto ovat sepelvaltimotaudin riskitekijöitä (Williams 2001). HDL-kolesteroliarvon edullisen muutoksen aikaansaamiseksi liikunnan pitää olla runsasta ja riipeää, ja sitä pitää harjoittaa useiden kuukausien ajan (Kraus ym. 2002). Käytännössä tämä tarkoittaa 30 – 60 minuuttia kestäväää, jokseenkin päivittäin toistuvaa riipeää kävelyä tai vastaavaa liikuntaa. Vaikka vähärasvaisen ruokavalion ja liikunnan yhdistelmällä on todettu olevan suurempi vaikutus seerumin lipideihin kuin pelkällä liikunnalla (Yu-Poth ym. 1999), tieto liikunnan optimaalisesta määrästä dyslipidemioiden hoidossa on edelleen puutteellista (Kesäniemi ym. 2001).

3.5 Metabolinen oireyhtymä ja kipu

Kipujen esiintyminen metabolisen oireyhtymän yhteydessä voi olla pahimmillaan jopa este liikkua tai kivut ainakin mahdollisesti heikentävät kykyä liikkua. Kuitenkin kipujen esiintymisestä metabolisen oireyhtymän yhteydessä tiedetään vähän.

4 PROJEKTITYÖN TAVOITTEET

Tämän projektityön tavoitteena oli:

- 1) selvittää kipujen esiintymistä metabolisen oireyhtymän (MBO) yhteydessä
- 2) saada kiinnittämään huomio niin terveydenhuollossa kuin apteekkeissakin kipujen esiintymiseen metabolisen oireyhtymän yhteydessä
- 3) rohkaista hoitamaan kipua metabolisen oireyhtymän yhteydessä liikunnan mahdollistamiseksi ja sen kautta painonhallinnan helpottamiseksi sekä elämänlaadun parantamiseksi

5 PROJEKTITYÖN AINEISTO JA -MENETELMÄ SEKÄ KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

5.1 Projektityön aineisto

Tämän projektityön aineistona on itä-suomalaisen “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän ja verisuonisairauksien yhteydestä” -väestötutkimuksen aineisto (Miettola 2004). Sen tutkimusaineisto on koottu väestöpohjaltaan noin 7500 asukkaan Lapinlahden kunnasta vuosien 2004 - 2005 aikana. Postikysely lähetettiin kaikkiaan 760 aikuiselle (ikäkohorteista heille, jotka olivat syntyneet vuosina 1939, -44, -49, -54, -59, -64, -69 ja -74). Siihen vastasi 594 (78,1 %).

Kaikki postikyselyyn vastanneet kutsuttiin Lapinlahden terveyskeskukseen terveystarkastukseen. Perusaineiston muodostavat yhteensä 480 henkilön (63,1 % tutkimusotoksesta) tiedot. Naisten osallistumisprosentti oli parempi kuin miesten (Taulukko 1). Miesten suhteellinen osuus oli 51 % väestötöksessä ja 48 % tutkimusotoksessa. Vanhempien osallistujien osallistumisprosentti oli parempi sekä miehillä että naisilla kuin nuoremmilla tutkimukseen osallistuneilla (Taulukot 1 ja 2). Tässä projektityötutkimuksessa tarkasteltiin kivun esiintyvyyttä niillä, joilla oli todettu metabolinen oireyhtymä. Metabolisen oireyhtymän poimintakriteerit olivat NCEP 2001 mukaiset eli metabolisen oireyhtymän kriteerit täytyivät, kun tutkimukseen osallistujalla esiintyi vähintään kolme seuraavista viidestä piirteestä:

- paastoplasman glukoosi ≥ 6.1 mmol/l
- keskivartalolihavuus
Miehet: vyötärön ympärysmitta > 102 cm
Naiset: vyötärön ympärysmitta > 88 cm
- Seerumin triglyseridit > 1.7 mmol/l
- HDL-kolesteroli
Miehet < 1.0 mmol/l
Naiset < 1.3 mmol/l
- Verenpaine $\geq 130/85$ mmHg tai lääkehoito

Taulukko 1. “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän ja verisuonisairauksien yhteydestä”
–väestötutkimuksen tutkimusväestö

Syntymävuosi	Kyselylomake lähettiin (N=760)		Kyselytutkimukseen vastanneet (N=594)		Jatkotutkimukseen osallistuneet (N=480)	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
	N	N	N	N	N	N
1939	32	41	25	37	23	33
1944	38	34	35	27	28	23
1949	82	69	68	60	55	51
1954	64	57	43	47	32	41
1959	48	50	35	40	28	32
1964	49	45	37	34	27	28
1969	41	43	27	31	22	27
1974	39	28	25	23	15	15
Yhteensä	393	367	295	299	230	250

Taulukko 2. “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän ja verisuonisairauksien yhteydestä”
–väestötutkimuksen tutkimusväestö yhdistettynä kahteen ikäluokkaan

	N	%
30 – 45 vuotta	193	40,2
50 – 65 vuotta	284	59,2

5.2 Projektityön tutkimusmenetelmä

Projektityötutkimus oli kvantitatiivinen. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (liite 1), jolla oli yhteensä kuusi kysymystä kipujen kokemisesta. Kipujen kokemisesta kysyttiin minkä tahansa kipuoireen esiintyvyyttä edeltävän viimeisen viikon aikana. Kivun kestoa ja merkittävyyttä selvitettiin strukturoiduilla kysymyksillä. Kysymykset kipujen kokemisesta olivat vertailtavuuden mahdollistamiseksi tarkoituksella samat kuin Turusen (2007) väestötutkimuksessa. Kipu määriteltiin krooniseksi silloin, kun se oli kestänyt vähintään kolme kuukautta (Mäntyselkä ym. 2003). Kroonista kipua selvitettiin esiintymistiheyden mukaan: ei kroonista kipua, ei päivittäistä kroonista kipua ja päivittäistä kroonista kipua.

Projektityön kvantitatiivisen aineiston käsittelyyn käytettiin soveltuvia tietokoneohjelmia (SPSS, Excel).

5.3 Projektityön käytännön toteutus

Kaikki postikyselyyn vastanneet kutsuttiin Lapinlahden terveyskeskukseen terveystarkastukseen, johon kuului laboratoriotutkimukset (2 tunnin sokerirasitus ja veren rasvat sekä uraattipitoisuus) ja tutkimushoitajan (erikoissairaanhoidaja Ritva Kainulainen) suorittama terveystarkastus, jossa hän mittasi tutkimukseen osallistujan pituuden, painon, vyötärön ympäryksen ja verenpaineen. Tutkimushoitaja otti yhteyttä tutkittaviin puhelimitse. Jokaiselle tutkittavalle järjestettiin yksi laboratorio- ja yksi vastaanottokäynti. Päättäjänä toimi yleislääketieteen erikoislääkäri Juhani Miettola, joka suoritti myös mahdolliset lääkärintutkimukset. Lääkärin vastaanotto varattiin tarvittaessa. Kaikki tutkimukseen liittyvät käynnit olivat tutkittaville maksuttomia.

Tutkimuksen vastuullinen johtaja on Kuopion yliopiston yleislääketieteen professori Esko Kumpusalo. Työskentelimme tiiviissä yhteistyössä Lapinlahden terveyskeskuksen kanssa. Lapinlahden terveyskeskuksen vastaava lääkäri Aino Huovinen oli yhteyshenkilömme terveyskeskuksessa. Terveyskeskuksen laboratoriohenkilökunta vastasi verinäytteiden otosta. “Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän ja verisuonisairauksien yhteydestä” – tutkimuksella oli myös yhteistyötä Lapinlahdella käynnistyneen “Terveysliikunta ja ravitsemus” –hankkeen kanssa.

Perusaineiston muodostavat yhteensä 480 terveystarkastukseen osallistuneen henkilön tiedot, mikä oli 63 % koko tutkimusväestöstä eli niistä 760 lapinlahtelaisesta, joille postikysely oli alun perin lähetetty.

6 TULOKSET

Tutkimusotoksesta metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät 37,7 %:lla (N=181). Tutkimusotoksesta kroonista kipua oli 47,3 %:lla (N=227). Tutkimusotoksen miehistä kroonista kipua oli 45,2 %:lla (N=104). Tutkimusotoksen naisista kroonista kipua oli 49,8 %:lla (N=123). Kroonista kipua oli harvemmin kuin päivittäin 25,8 %:lla (N=124) ja päivittäin tai jatkuvasti 21,0 %:lla (N=101). Niistä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, kroonista kipua oli enemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet (Taulukko 3).

Taulukko 3. Kroonisen kivun esiintyminen metabolisen oireyhtymän yhteydessä

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	85	47,0	165	55,7
On kroonista kipua	96	53,0	131	44,3

Miehistä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, oli kroonista kipua enemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet (Taulukko 4). Miehillä tämä ero oli suurempi kuin koko tutkimusaineistossa näiden kahden ryhmän välillä.

Taulukko 4. Kroonisen kivun esiintyminen miehillä metabolisen oireyhtymän yhteydessä

	<i>Miehet, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Miehet, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	43	47,8	83	59,3
On kroonista kipua	47	52,2	57	40,7

Naisista, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, oli kroonista kipua enemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyttyneet (Taulukko 5).

Taulukko 5. Kroonisen kivun esiintyminen naisilla metabolisen oireyhtymän yhteydessä

	<i>Naiset, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Naiset, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	42	46,2	82	52,6
On kroonista kipua	49	53,8	74	47,4

Esiintymistiheyden mukaan tarkasteltuna harvemmin kuin päivittäin esiintyvää kroonista kipua oli hieman enemmän niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyttyneet, kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät (Taulukko 6). Päivittäin tai jatkuvasti esiintyvää kroonista kipua oli enemmän niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät.

Taulukko 6. Kroonisen kivun esiintyminen metabolisen oireyhtymän yhteydessä esiintymistiheyden mukaan

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	84	47,2	164	55,6
On kroonista kipua harvemmin kuin päivittäin	46	25,8	78	26,4
On kroonista kipua päivittäin tai jatkuvasti	48	27,0	53	18,0

Harvemmin kuin päivittäin esiintyvää kroonista kipua oli enemmän naisilla (27,8 %, N=68) kuin miehillä (24,6 %, N=56). Samoin päivittäin tai jatkuvasti esiintyvää kroonista kipua oli enemmän naisilla (21,6 %, N=53) kuin miehillä (21,1 %, N=48).

Taulukko 7. Kroonisen kivun esiintyminen miehillä metabolisen oireyhtymän yhteydessä esiintymistiheyden mukaan

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	42	47,2	82	59,0
On kroonista kipua harvemmin kuin päivittäin	23	25,8	33	23,7
On kroonista kipua päivittäin tai jatkuvasti	24	27,0	24	17,3

Taulukko 8. Kroonisen kivun esiintyminen naisilla metabolisen oireyhtymän yhteydessä esiintymistiheyden mukaan

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista kipua	42	47,2	82	52,6
On kroonista kipua harvemmin kuin päivittäin	23	25,8	45	28,8
On kroonista kipua päivittäin tai jatkuvasti	24	27,0	29	18,6

Niistä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, harvemmin kuin päivittäin esiintyvää kroonista kipua oli miehillä ja naisilla yhtä paljon (Taulukot 7 - 8). Miehistä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, kroonista kipua oli harvemmin kuin päivittäin enemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet. Naisista, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, harvemmin kuin päivittäin esiintyvää kroonista kipua oli vähemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet. Naisista, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät, päivittäistä tai jatkuvaa kroonista kipua oli enemmän kuin niillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet.

Miehillä esiintyi metabolisen oireyhtymän yhteydessä sekä paikallisia- että laaja-alaisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja enemmän kuin niillä miehillä, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täytyneet (Taulukko 9).

Taulukko 9. Kroonisen tuki – ja liikuntaelinten kivun esiintyminen miehillä metabolisen oireyhtymän yhteydessä luokiteltuna lokalisaatioiden määrän mukaan

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista tuki – ja liikuntaelinten kipua	44	48,9	86	61,4
Paikallinen tuki – ja liikuntaelinten kipu	32	35,6	46	32,9
Laaja-alainen tuki – ja liikuntaelinten kipu	14	15,6	8	5,7

Naisilla esiintyi metabolisen oireyhtymän yhteydessä vähemmän paikallisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja mutta enemmän laaja-alaisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja kuin niillä naisilla, joilla metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyttyneet (Taulukko 10).

Taulukko 10. Kroonisen tuki – ja liikuntaelinten kivun esiintyminen naisilla metabolisen oireyhtymän yhteydessä luokiteltuna lokalisaatioiden määrän mukaan

	<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät</i>		<i>Metabolisen oireyhtymän kriteerit eivät täyty</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ei kroonista tuki – ja liikuntaelinten kipua	42	46,2	84	53,8
Paikallinen tuki – ja liikuntaelinten kipu	32	35,2	49	31,4
Laaja-alainen tuki – ja liikuntaelinten kipu	17	18,7	23	14,7

7 POHDINTA

Koko tutkimusotoksesta metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyivät runsaalla kolmanneksella, mikä oli yleisempää kuin sen vallitsevuus yleensä keski-ikäisessä väestössä (Vanhala ym. 1997; Alexander ym. 2003). Tässä on kuitenkin huomioitava, että metabolisen oireyhtymän kriteerit ovat tiukemmat kuin aikaisemmissa tutkimuksissa.

Koko tutkimusotoksesta kroonista kipua oli lähes puolella. Naisilla oli kroonista kipua enemmän kuin miehillä. Kroonista kipua oli päivittäin tai jatkuvasti runsaalla viidesosalla.

Tämän tutkimuksen mukaan kroonista kipua esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän yhteydessä erityisesti miehillä. Myös päivittäistä tai jatkuvaa kroonista kipua esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän yhteydessä. Sekä laaja-alaisia että paikallisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja esiintyi enemmän metabolisen oireyhtymän yhteydessä.

Kivun hoidosta on tullut terveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä. Kivun hoito perustuu oikeaan diagnoosiin ja sen synnyttäneen tekijän poistamiseen. Tämä voi olla tärkeää paitsi onnistuneen kivun hoidon takia niin myös metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyssä, koska esimerkiksi fibromylgiasta kärsivillä naiskipupotilailla oli 5.6 kertaa korkeampi metabolisen oireyhtymän riski kuin niillä, joilla ei ollut kroonisia kipuja (Loevinger ym. 2006). Jos kivun aiheuttajan poistaminen ei ole mahdollista, niin silloin on kipuja hoidettava oireenmukaisesti ja siten parannettava potilaan toimintakykyä sekä edelleen sitä kautta hänen elämänlaatua.

Lääkehoito on meillä yleisimmin käytetty kivun hoitokeino. Suomalaisen tutkimuksen mukaan lääkettä on määrätty lähes 70 %:lle kivun takia terveyskeskuslääkärin vastaanotolle hakeutuneista potilaista (Mäntyselkä 1998). Espanjalaisessa Bassolsin ym. (2002) väestötutkimuksessa 87 %:lle lääkkeet olivat ensisijainen lääkärin käyttämä hoitomuoto kipuihin. Israelissa tehdyssä tutkimuksessa pitkäaikaisista paikallisista kivuista kärsivistä

87 % ilmoitti käyttäneensä jotain lääkettä haastattelua edeltäneen viimeisen kuuden kuukauden ajan ja laajalle levinneistä kivuista kärsivistä 95 % (Buskila ym. 2000). Lääkärit määräävät kipulääkkeitä ja kipupotilaat käyttävät joko niitä tai ilman reseptiä saatavia kipulääkkeitä, tai molempia. Tästä huolimatta esimerkiksi Breivikin ym. (2006) tutkimuksen mukaan, suomalaisista kroonisista kipupotilaista neljäsosalla oli riittämätön kivunhoito. Svendsenin ym. (2005) tutkimuksen mukaan, pitkäaikaisesta kivusta kärsineistä 64 % niistä, jotka käyttivät reseptillä saatavia kipulääkkeitä, ilmoitti, että kipulääkitys oli ajoittain riittämätöntä. Onnistuessaan kivun lääkehoidolla voisi olla inhimillisen kärsimyksen vähentämisen lisäksi suuri taloudellinenkin merkitys paitsi kipupotilaalle itselleen niin myös terveydenhuoltojärjestelmälle (vrt. Mäntyselkä ym. 2002). Lisäksi Suomessa kipulääkkeet ovat myynniltään suurin itsehoitolääkkeiden ryhmä (Suomen lääketilasto 2006).

Tämän projektityötutkimuksen vahvuuksia on terveystarkastus, johon kuului haastattelu sekä kliiniset laboratoriomittaukset.

Projektityötutkimuksen heikkoutena on kato: varsinkin nuorempia jäi paljon pois tutkimuksesta. Tutkimukseen kuulunut glukoosirasituskoee, jonka suorittamiseen kuluu yli kaksi tuntia, saattoi rajoittaa työikäisten osallistumista terveydellisistä seikoista riippumatta. Yleensä väestötutkimuksiin osallistuvien terveyskäyttäytyminen on parempaa kuin niiden, jotka eivät osallistu.

Kipujen esiintymiseen erityisesti metabolisen oireyhtymän yhteydessä pitäisi perusterveydenhuollossa ja apteekeissa kiinnittää huomiota. Kipuja pitäisi rohkaista hoitamaan paitsi elämänlaadun parantamiseksi niin myös liikunnan mahdollistamiseksi. Esimerkiksi Gowansin ja deHueckn tutkimuksen (2004) mukaan fibromyalgiasta kärsivillä potilailla on noussut esille huoli oireiden pahenemisen tai lihasvaurion riskistä harjoituksissa. Kuitenkin viimeaikaisten tutkimusten mukaan sekä aerobinen harjoitus että kasvava voimaharjoittelu ovat hyvin siedettyjä ja tehokkaita kohennettaessa fibromyalgiapotilaiden toimintakykyä (esim. Gowans ja deHueck 2004). Painonpudotus voi myös vähentää fibromyalgiapotilaiden kipua ja muita oireita (Shapiro 2005). Erityisesti metabolisen oireyhtymän yhteydessä kivuista kärsiville pitäisi siis tiedottaa fyysisen aktiivisuuden ja painonhallinnan merkityksestä. Kivusta ja metabolisesta oireyhtymästä kärsivien potilaiden ja asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä.

KIRJALLISUUS

Adult Treatment Panel III. Executive summary of the third report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *JAMA* 285: 2486 – 2497, 2001

Alexander CM, Landsman PB, Teutch SM, Haffner SM: NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years, and older. *Diabetes* 52: 1210 - 1214, 2003

Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I et al: Chronic pain in a geographically defined general population. *Clin J Pain* 9: 174 - 182, 1993

Bassols A, Bosch F, Baños J-E: How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 23: 318 - 328, 2002

Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ: Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 89: 127 – 134, 2001

Brattberg G, Thorslund M, Wikman A: The prevalence of pain in a general population. *Pain* 37: 215 - 222, 1989

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D: Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10 (4): 287 – 333, 2006

Brown S, Williams A: Women`s experiences of rheumatoid arthritis. *J Adv Nurs* 21 (4): 695 -701, 1995

Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L: The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol* 27: 1521 - 1525, 2000

Carey VJ, Walters EE, Colditz GA ym.: Body fat distribution and risk of non – insulin - dependent diabetes mellitus in women. The Nurses` Health Study. *Am J Epidemiol* 145: 614 – 619, 1997

Collins R, MacMahon S: Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. *Br Med Bull* 50: 272 – 298, 1994

Crook J, Rideout E, Browne G: The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 18: 299 - 314, 1984

D'Antono B, Ditto B, Rios N, Moskowitz DS: Risk for hypertension and diminished pain sensitivity in women: autonomic and daily correlates. *Int J Psychophysiol* 31 (2): 175 – 187, 1999

De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Jensen K ym.: Eurooppalainen suositus sydän- ja verisuonitautien ehkäisystä käytännön lääkärin työssä. *Suom Laakaril* 59: 2120 - 2128, 2004

- Decode Study Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2 – hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 161: 397 – 405, 2001
- Elliot AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC and Chambers WA: The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 354: 1248 – 1252, 1999
- Elo J, Myllykangas M: Koetut oireet ja niiden johdosta suoritettut toimenpiteet. *Sos Laaketiet Aikak* 23: 28 - 38, 1986
- European Group for Insulin Resistance (EGIR). Haettu 12.6.2008 internetistä: <http://www.egir.org>
- Folsom AR, Kaye SA, Sellers TA ym.: Body fat distribution and 5 – year risk of death in older women. *JAMA* 269: 483 – 487, 1993
- Frølund F, Frølund C: Pain in a general practise. *Scand J of Prim Health Care* 4: 97 - 100, 1986
- Gowans SE, deHueck A: Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* 16: 138 – 142, 2004
- Guyffier F, Boissel J-P, Boutitie F, Pocock S, Coope J, Cutler J ym.: The INDANA (Individual Data Analysis of Antihypertensive interventional trials) Project Collaborators. Effect of antihypertensive treatment in patients having already suffered from stroke: gathering the evidence. *Stroke* 28: 2557 – 2562, 1997
- Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T: Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 339: 229 – 234, 1998
- Heine RJ, Nijpels G, Mooy JM: New data on the rate of progression of impaired glucose tolerance to NIDDM and predicting factors. *Diabet Med* 13: 12 – 14, 1996
- Honkasalo ML: Laadullinen tutkimus paradigmahaasteena - esimerkkinä krooninen kipu. *Sos Laaketiet Aikak* 33: 119 - 128, 1996
- Hu G, Jousilahti P, Qiao Q ym.: The gender specific impact of diabetes and myocardial infarction at baseline and during follow-up on mortality from all causes and coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol*: 45: 413 – 418, 2005
- International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on Taxonomy: Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain* 6: 249 - 252, 1979
- International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on Taxonomy: Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 3: (Suppl.): 1 - 225, 1986
- International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Worldwide definition for the use in clinical practice. Berlin 2005

Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R: Waist circumference and not body mass index explains obesity – related health risk. *Am J Clin Nutr* 79: 379 – 384, 2004

Juutilainen A, Lehto S, Rönnemaa T ym.: Type 2 diabetes as a “coronary heart disease equivalent”: an 18-year prospective population-based study in Finnish subjects. *Diabetes Care* 28: 2901 – 2907, 2005

Järvikoski A: Emootiot kroonisessa kivussa ja kipuun liittyvät toiminnalliset haitat. Teoksessa: Käyttätymislääketiede kivusta kuntoutumisen apuna, ss. 23 - 38. Toim. Hyyppä M, 1987

Kalso E, Vainio A: Kroonista kipua vahvistavat tekijät ja potilaan rooli. Kapselissa: Kroonisen kivun hoito, ss. 9. Toim. Eränkö P, Klaukka T, Kyllönen S, Rajaniemi S. Painatuskeskus Oy, Helsinki 1993

Karjalainen K, Kotkavirta J: Narratiivinen lääketiede. Mitä se on ja miksi se on tärkeää? *Suom Laakarilehti* 49 - 50 (56): 5138 - 5141, 2001

Kastarinen M: Community control of hypertension. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 280, 132, Kuopion yliopisto, Kuopio 2002

Kesäniemi YA, Danforth E, Jensen MD, Kopelman PG, Lefebvre P, Reeder BA. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med Sci Sports Exerc* 33 (Suppl 6): 351 – 358, 2001

Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE ym.: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346: 393 – 403, 2002

von Korff M, Dworkin S, Le Resche L: An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 32: 173 - 183, 1988

Kraus WE, Houmard JE, Duscha BD ym.: Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med* 347: 1483 – 1492, 2002

Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA ym.: The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 288: 2709 – 2716, 2002

Larsson B, Svardsudd K, Welin L ym.: Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *BMJ* 288: 1401 – 1404, 1984

Lindström J, Tuomilehto J: The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 26: 725 – 731, 2003

Loevinger B, Muller D, Alonso C, Coe CL: Metabolic syndrome in women with chronic pain. *Metabolism* 56: 87 – 93, 2007

Lääkelaitos: Suomen Lääketilasto 2006. Haettu 12.6.2008 internetistä: <http://www.laakelaitos.fi/>

- MacMahon S, Rodgers A, Neal B, Chalmers J: Blood pressure lowering for the secondary prevention of myocardial infarction and stroke. *Hypertension* 29: 537 – 538, 1997
- Vanhala M: Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja, 2007
- Meriranta P, Tikkanen I, Kumpusalo E ym.: Verenpainepotilas terveystieteessä: hoitotulokset paranemassa. *Suom Laakaril* 59: 3253 - 3258, 2004
- Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto, DSM III R. Osa 3. Tautiluokitus 1987. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1989
- Miettola J: Maallikkokäsitykset elintapojen sekä sydän- ja verisuonisairauksien yhteydestä.
- Mäntyselkä P: Kipupotilas terveystieteessä. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 165. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio 1998
- Mäntyselkä P, Ahonen R, Viinamäki H, Takala J, Kumpusalo E: Drug use by patients visiting primary care due to nonacute musculoskeletal pain. *Eur J Pharm Sci* 17: 201 - 206, 2002
- Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA: Chronic pain and poor self-rated health. *J Am Med Assoc* 290: 2435 – 2442, 2003
- Nieminen R: Kipu ja särky. Lääketehtas Orion, Vammala 1991
- Onat A, Ceyhan K, Basar O, Erer B, Toprak S, Sansoy V: Metabolic syndrome: major impact on coronary risk in a population with low cholesterol levels - a prospective and cross-sectional evaluation. *Atherosclerosis* 165: 285 – 292, 2002
- Orchard TJ: The impact of gender and general risk factors on the occurrence of atherosclerotic vascular disease in non – insulin - dependent diabetes mellitus. *Ann Med* 28: 323 – 333, 1996
- Pan XR, Li GW, Hu YH ym. Effects of diet and exercise in prevention NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 20: 537 – 544, 1997
- Park YW, Zhu S, Palaniappan L, Heshka S, Carnethon MR, Heymsfield SB: The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 – 1994. *Arch Intern Med* 163: 427 - 36, 2003
- Peltonen M, Korpi-Hyövähti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M ym.: Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiainevaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä Dehkon 2D –hanke (D2D). *Suom Laakaril* 61: 163 – 170, 2006
- Qiao Q, Pyörälä K, Pyörälä M ym.: Two – hour glucose is a better risk predictor for incident coronary heart disease and cardiovascular mortality than fasting glucose. *Eur Heart J* 23: 1267 – 1275, 2002

- Raitakari O, Leino M, Rääkkönen K ym.: Clustering of risk habits in young adults. *Am J Epidemiol* 142: 36 - 44, 1995
- Rantala AO, Kauma H, Lilja M, Savolainen MJ, Reunanen A, Kesäniemi YA: Prevalence of the metabolic syndrome in drug-treated hypertensive patients and control subjects. *J Intern Med* 245: 163 – 174, 1999
- Reaven GM: Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 37: 1595 – 1607, 1988
- Rechardt E: Kipu ja psyyke. *Duodecim* 97: 1040 - 1044, 1981
- Schrader J, Lüders S, Kulschewski A ym.: The ACCESS Study: evaluation of acute candesartan cilexetil therapy in stroke survivors. *Stroke* 34: 1699 – 1703, 2003
- Seers K, Friedli K: The patients' experiences of their chronic non-malignant pain. *J Adv Nurs* 24, 1160-1168, 1996
- Shapiro JR, Anderson DA, Danoff – Burg S: A pilot study of the effects of behavioural weight loss treatment on fibromyalgia symptoms. *J Psychosom Res* 59: 275 – 282, 2005
- Sternbach RA: Survey of Pain in the United States: The Nuprin Pain Report. *Clin J Pain* 2: 49 - 53, 1986
- St – Pierre J, Lemieux I ym.: Contribution of abdominal obesity and hypertriglyceridemia to impaired fasting glucose and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 90: 15 – 18, 2002
- Suomen Sisätautilääkärien Yhdistyksen ja Suomen Kardiologisen Seuran työryhmä. Aikuisten hyperkolesterolemian ja muiden hyperlipidemioiden diagnostiikka ja hoito. *Duodecim* 109: 481 – 492, 1993
- Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä: Kohonneen verenpaineen hoitosuositus. Käypähoito –suositus. Terveysportti. Haettu 29.5.2006 Internetistä: <http://www.kaypahoito.fi/>
- The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346: 393 – 403, 2002
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG ym.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 344: 343 – 350, 2001
- Turunen J: Pain and Pain Management in Finnish General Population. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 99, Kuopion yliopisto. Kuopio 2007
- Turunen J, Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R: How do people ease their pain? A population - based study. *J Pain* 5 (9): 498 - 504, 2004
- Unwin N, Shaw J, Zimmel P ym.: Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current status on definition and intervention. *Diabet Med* 19: 708 – 723, 2002

Vainio A: Kipu ja kärsimys - filosofisia ja antropologisia näkökohtia. Teoksessa: Kipu, ss. 13. Toim. Kalso E, Vainio A. Kustannus Oy Duodecim, Vammala 1993

Vanhala MJ, Kumpusalo EA, Pitkälä TK, Takala JK: Metabolic syndrome in a middle-aged Finnish population. *J Cardiovasc Risk* 4 (4): 291 – 295, 1997

Vartiainen E, Laatikainen T, Tapaninen H ym.: Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI –tutkimuksessa 1982 – 2002. *Suom Laakaril* 58: 4099 – 4106, 2003

Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM: Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 77: 231 – 239, 1998

Viikari J, Rönkä T, Seppänen A ym.: Serum lipids and lipoproteins in children, adolescents and young adults in 1980-1986. *Ann Med* 23: 53 – 59, 1991

Wajchenberg BL: Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev* 21: 697–738, 2000

Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 33: 754 – 761, 2001

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation 1999

Yu-Poth S, Zhao G, Etherton T, Naglak M, Jonnalagadda S, Kris-Etherton PM. Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and step II dietary intervention programs on cardiovascular disease risk factors: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 69: 632 – 646, 1999

Zhu S, Wang Z, Heshka S ym.: Waist circumference and obesity – associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr* 76: 743 – 749, 2002

Lapinlahti 2005 - tutkimus

Arvoisa _____

Kiitos osallistumisestanne postikyselyymme vuonna 2004. Tutkimuksemme jatkuu terveys selvityksellä, jonka aloitimme kuluneena keväänä ja jatkamme nyt syksyllä. Se koskee kaikkia postikyselyyn vastanneita lapinlahtelaisia. Terveys selvitykseen sisältyvät kyselylomakkeen täyttäminen sekä käynnit laboratorion kokeissa ja tutkimushoitajan vastaanotolla.

Sairaanhoitaja Ritva Kainulainen on varannut Teille vastaanottoajan ____/____2005 klo _____. Täyttäkää tämä lomake huolellisesti ennen vastaanotolle tuloa. Jos olette jostain lomakkeen kohdasta epävarma, saatte apua täyttämiseen sairaanhoitajalta vastaanottokäynnin yhteydessä. Vastaanotolla sairaanhoitaja tekee Teille myös terveystarkastuksen. Hän varaa tarvittaessa Teille lääkärin vastaanottoajan.

Tähän terveys selvitykseen liittyvät käynnit laboratoriossa, sairaanhoitajan vastaanotolla ja tarvittaessa lääkärillä ovat Teille maksuttomia. Matkakustannuksiin emme kuitenkaan voi osallistua.

Ottakaa sairaanhoitajan vastaanotolle mukaan tämän lomakkeen lisäksi kaikkien lääkärin määräämien nykyisin käyttämienne lääkkeiden reseptit (tai lääkepurkit, mikäli ette löydä reseptejanne) ja lääkeohjekortti, jos Teillä sellainen on. Ottakaa mukaan myös KELA-korttinne. Sairaanhoitaja täydentää vastaanotolla kanssanne kyselylomakkeen mahdollisesti puuttuvat kohdat.

Kiitos!

Kuopiossa 1.10.2005

Juhani Miettola
yleislääketieteen erikoislääkäri,
päättökija

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos
Kuopion Yliopistosairaala, yleislääketieteen yksikkö

Vastausohjeet

Ympyröikää vain yksi vastausvaihtoehto, ellei kysymyksessä ole toisin mainittu. Esimerkiksi:

Ruokailen mielestäni

- 1 Erittäin terveellisesti
- 2 Melko terveellisesti
- 3 Melko epäterveellisesti
- 4 Erittäin epäterveellisesti

Osittain tai kokonaan avoimissa kysymyksissä kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Esimerkiksi:

Onko Teillä yksi tai useampi säännöllinen harrastus

- 1 Ei
- 2 Kyllä. Mikä/Mitkä? _____

Järjestystä tiedustelemissa kysymyksissä merkitkää järjestysnumero tekstiä vastaavaan lokeroon. Esimerkiksi:

Jos olette saanut tietoa aikuisiän diabeteksen syistä, mistä olette tätä tietoa saanut? Valitkaa 3 tärkeintä tietolähdettänne: Merkitkää numerolla 1 tietolähde, josta olette saanut eniten tietoa, numerolla 2 tietolähde, josta olette saanut tietoa toiseksi eniten ja numerolla 3 tietolähde, josta olette saanut tietoa kolmanneksi eniten.

<input type="checkbox"/>	Ystävä, tuttava
<input type="checkbox"/>	Perheenjäsen tai sukulainen
<input type="checkbox"/>	Naapuri
<input type="checkbox"/>	Työtoveri
<input type="checkbox"/>	Lääkäri
<input type="checkbox"/>	Sairaalan- tai terveydenhoitaja
<input type="checkbox"/>	Tiedotusväline (radio, tv, aikakausi- tai sanomalehti)
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Muu, Mikä? _____

Väittämäkysymyksissä ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla omaa mielipidettänne lähinnä vastaava numero. Esimerkiksi:

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei koske minua
Minun on vaikea harrastaa tarpeeksi liikuntaa	1	2	3	4	5

Tuokaa täytetty lomake tullessanne hoitajan vastaanotolle. Myös osittain täytetty lomake on arvokas. Hoitaja täyttää viimeisellä sivulla olevat hänen täytettävikseen kuuluvat lomakkeen osat ja Teidän kanssanne varmistaa, että lomakkeesta löytyvät oleelliset tiedot.

Aloittakaa vastaaminen tästä:**A. ELINTAVAT****1. Kuinka usein syötte lämpimän aterian**

- 1 Harvemmin kuin kerran päivässä
- 2 1-2 kertaa päivässä
- 3 3 kertaa päivässä tai useammin

2. Missä syötte päivän pääaterian

- 1 Kotona
- 2 Työpaikalla tai oppilaitoksessa
- 3 Muualla. **Missä?** _____

3. Mitä ruokajuomaa käytätte eniten?

- 1 Vettä
- 2 Rasvatonta maitoa tai rasvatonta piimää (vaalean sininen)
- 3 Kevytmaidon, ykkösmaitoa (sininen) tai piimää
- 4 Kulutusmaidon (punainen)
- 5 Täysmaidon (lehmänmaidon, tankkimaiton)
- 6 Muuta. **Mitä?** _____

4. Mitä rasvaa kotonanne käytetään eniten ruoanvalmistukseen?

- 1 Ei mitään
- 2 Kasviöljyä
- 3 Margariinia
- 4 Voin ja kasviöljyn seosta
- 5 Voita
- 6 Muuta. **Mitä?** _____

5. Mitä rasvaa käytätte eniten voileivällänne?

- 1 Ei mitään
- 2 Kevytlevitetä
- 3 Voin ja kasviöljyn seosta
- 4 Voita
- 5 Muuta. **Mitä?** _____

6. Kuinka monena päivänä viikossa keskimäärin syötte vihanneksia tai juureksia sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina?

- 1 En yhtenäkkään tai satunnaisesti
- 2 1-2 päivänä
- 3 3-5 päivänä
- 4 6-7 päivänä

7. Kuinka monena päivänä viikossa keskimäärin syötte hedelmiä tai marjoja?

- 1 En yhtenäkkään tai satunnaisesti
- 2 1-2 päivänä
- 3 3-5 päivänä
- 4 6-7 päivänä

8. Kuinka usein lisäätte suolaa ruoka-annokseenne?

- 1 En koskaan
- 2 Tavallisesti silloin, kun ruoka ei tunnu riittävän suolaiselta
- 3 Usein jo ennen maistamista

9. Kun syötte muualla kuin kotona, maistuuko ruoka tavallisesti?

- 1 Vähemmän suolaiselta kuin kotona
- 2 Yhtä suolaiselta kuin kotona
- 3 Suolaisemmalta kuin kotona

10. Kuinka usein syötte pikaruokaa (pizzaa, hampurilaisia, grilliruokaa)?

- 1 En syö ollenkaan
- 2 Harvemmin kuin kerran viikossa
- 3 1-2 kertaa viikossa
- 4 3-4 kertaa viikossa
- 5 5 kertaa viikossa tai useammin

11. Kuinka usein syötte makeisia?

- 1 En syö ollenkaan
- 2 Harvemmin kuin kerran viikossa
- 3 1-2 kertaa viikossa
- 4 3-4 kertaa viikossa
- 5 5 kertaa viikossa tai useammin

12. Mitä virvoitusjuomia (limonadi, limppari) yleensä juotte?

- 1 En mitään. **Siirtykää kysymykseen 14.**
- 2 Sokerittomia. **Siirtykää kysymykseen 14.**
- 3 Tavallisia (sokeroituja)

13. Jos juotte tavallisia (sokeroituja) virvoitusjuomia (limonadi, limppari), kuinka usein juotte niitä?

- 1 Harvemmin kuin kerran viikossa
- 2 1-2 kertaa viikossa
- 3 3-4 kertaa viikossa
- 4 5 kertaa viikossa tai useammin

14. Käytättekö alkoholia?

- 1 En ole käyttänyt koskaan.
Siirrykää kysymykseen 16.
- 2 En ole käyttänyt viimeisen vuoden aikana ollenkaan.
Siirrykää kysymykseen 16.
- 3 Käytän

15. Alkoholin käyttönne:

Laskekaa tarkkaan, kuinka monta ravintola-annosta käytätte nykyisin tavanomaisen viikon aikana. Yksi annos alkoholia on pullollinen olutta, yksi grogi (4cl) viinaa, yksi 12 cl annos puna- tai valkoviiniä tai 8 cl annos väkevää viiniä (esim. Sorbus, Gambina, Vinetto). Yksi ½ litran pullo viinaa (esim. Koskenkorva) on 12 annosta, yksi pullo mietoa viiniä on 6 annosta ja yksi pullo väkevää viiniä on 9 annosta.

Laskujeni mukaan käytän alkoholia viikossa keskimäärin:

- 1 Alle 1 annoksen
- 2 1-2 annosta
- 3 3-5 annosta
- 4 6-9 annosta
- 5 10-14 annosta
- 6 15-21 annosta
- 7 22-28 annosta
- 8 29 annosta tai enemmän

16. Kuinka kiinnostunut olette terveellisestä ravinnosta

- 1 Hyvin kiinnostunut
- 2 Jonkin verran kiinnostunut
- 3 En ollenkaan kiinnostunut

17. Kuinka usein rasiatatte itseänne työssä, työmatkalla tai kotiaskareissa vähintään puoli tuntia kerrallaan, niin että hengästyte tai/ja hikoillette?

- 1 Yli seitsemän kertaa viikossa
- 2 3-6 kertaa viikossa
- 3 1-2 kertaa viikossa
- 4 Vähemmän kuin kerran viikossa

B. TERVEYSTIETO

1. Oletteko saanut tietoa aikuisiän diabeteksen syistä

- 1 En. **Siirrykää kysymykseen 3.**
- 2 Olen.

2. Jos olette saanut tietoa aikuisiän diabeteksen syistä, mistä olette tätä tietoa saanut? Valitkaa 3 tärkeintä tietolähdettänne: Merkitkää numerolla 1 tietolähde, josta olette saanut eniten tietoa, numerolla 2 tietolähde, josta olette saanut tietoa toiseksi eniten ja numerolla 3 tietolähde, josta olette saanut tietoa kolmanneksi eniten.

- Ystävä, tuttava
- Perheenjäsen tai sukulainen
- Naapuri
- Työtoveri
- Lääkäri
- Sairaalan- tai terveydenhoitaja
- Radio, tv, aikakausi- tai sanomalehti
- Internet
- Muu. **Mikä?** _____

3. Oletteko saanut tietoa metabolisen oireyhtymän (MBO) syistä?

- 1 En. **Siirrykää kysymyksen 4 yli.**
- 2 Olen

4. Jos olette saanut tietoa metabolisen oireyhtymän (MBO) syistä, mistä olette tätä tietoa saanut? Valitkaa 3 tärkeintä tietolähdettänne: Merkitkää numerolla 1 tietolähde, josta olette saanut eniten tietoa, numerolla 2 tietolähde, josta olette saanut tietoa toiseksi eniten ja numerolla 3 tietolähde, josta olette saanut tietoa kolmanneksi eniten.

- Ystävä, tuttava
- Perheenjäsen tai sukulainen
- Naapuri
- Työtoveri
- Lääkäri
- Sairaalan- tai terveydenhoitaja
- Radio, tv, aikakausi- tai sanomalehti
- Internet
- Muu. **Mikä?** _____

C. TOIMINTAKYKY

Ohje: Lukekaa ensin läpi huolellisesti kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot. Ympyröikää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa nykivistä terveydentilaanne. Menetelkää näin kaikkien kysymysten 1-15 kohdalla. Kustakin kysymyksestä valitaan siis yksi vaihtoehto.

1. Liikuntakyky

- 1 Pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa.
- 2 Pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.
- 3 Pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.
- 4 Pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.
- 5 Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.

2. Näkö

- 1 Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).
- 2 Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 3 Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 4 En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen kulkea ilman opasta.
- 5 En näe kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea.

3. Kuulo

- 1 Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).
- 2 Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.
- 3 Minun on melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.
- 4 Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro.
- 5 Olen täysin kuuro.

4. Hengitys

- 1 Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.
- 2 Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.
- 3 Minulla on hengenahdistusta, kun kävelen tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.
- 4 Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.
- 5 Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.

5. Nukkuminen

- 1 Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen.
- 2 Minulla on lieviä uniongelmiä, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä.
- 3 Minulla on melkoisia uniongelmiä, esim. nukun levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.
- 4 Minulla on suuria uniongelmiä, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.
- 5 Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä.

6. Syöminen

- 1 Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.
- 2 Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin).
- 3 Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä.
- 4 En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää.
- 5 En pysty syömään itse lainkaan, vaan minulle pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.

7. Puhuminen

- 1 Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.
- 2 Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.
- 3 Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.
- 4 Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani.
- 5 Pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein.

8. Eritystoiminta

- 1 Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta.
- 2 Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
- 3 Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.
- 4 Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta.
- 5 En hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.

9. Tavanomaiset toiminnot

- 1 Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).
- 2 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.
- 3 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
- 4 Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.
- 5 En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.

10. Henkinen toiminta

- 1 Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti.
- 2 Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
- 3 Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
- 4 Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
- 5 Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua

11. Vaivat ja oireet

- 1 Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 Minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

12. Masentuneisuus

- 1 En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 2 Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 3 Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 4 Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

13. Ahdistuneisuus

- 1 En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 2 Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 3 Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 4 Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

14. Energisyys

- 1 Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.
- 2 Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 3 Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 4 Tunnen itseni erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".

15. Sukupuolielämä

- 1 Terveystilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.
- 2 Terveystilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.
- 3 Terveystilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.
- 4 Terveystilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.
- 5 Terveystilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.

D. TERVEYS JA JAKSAMINEN**Vastausohjeet:**

Lukekaa ensin huolellisesti läpi kunkin väittämryhmän neljä vaihtoehtoa. Ympyröikää se numero, jota vastaava vaihtoehto parhaiten kuvaa nykivistä oloilanne. Menetelkää näin kaikkien kysymysten kohdalla. Kustakin väittämryhmästä valitaan siis vain yksi vaihtoehto.

Väittämryhmä 1:

- | | |
|---|--|
| 1 | En ole surullinen |
| 2 | Olen alakuloinen ja surullinen |
| 3 | Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen |
| 4 | Olen niin onneton, etten enää kestä |

Väittämryhmä 2:

- | | |
|---|--|
| 1 | Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua |
| 2 | Tulevaisuus pelottaa minua |
| 3 | Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään |
| 4 | Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksaa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin |

Väittämryhmä 3:

- | | |
|---|--|
| 1 | En tunne epäonnistuneeni |
| 2 | Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset |
| 3 | Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia |
| 4 | Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä |

Väittämryhmä 4:

- | | |
|---|--|
| 1 | En ole erityisen haluton |
| 2 | En osaa nauttia asioista niin kuin ennen |
| 3 | Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään |
| 4 | Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen |

Väittämryhmä 5:

- | | |
|---|--|
| 1 | En tunne erityisemmin syyllisyyttä |
| 2 | Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton |
| 3 | Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina |
| 4 | Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton |

Väittämäryhmä 6:

- | | |
|---|---|
| 1 | En koe, että minua rangaistaan |
| 2 | Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle |
| 3 | Uskon, että kohtalo rankaisee minua |
| 4 | Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista |

Väittämäryhmä 7:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | En ole pettynyt itseeni |
| 2 | Olen pettynyt itseeni |
| 3 | Inhoan itseäni |
| 4 | Vihaan itseäni |

Väittämäryhmä 8:

- | | |
|---|---|
| 1 | Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin |
| 2 | Kritisoin itseäni heikkouksista |
| 3 | Moitin itseäni virheistäni |
| 4 | Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen' |

Väittämäryhmä 9:

- | | |
|---|---|
| 1 | En ole ajatellut vahingoittaa itseäni |
| 2 | Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin |
| 3 | Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat |
| 4 | Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus |

Väittämäryhmä 10:

- | | |
|---|---|
| 1 | En itke tavallista enempää |
| 2 | Itken nykyään aiempaa enemmän |
| 3 | Itken nykyään jatkuvasti |
| 4 | En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin |

Väittämäryhmä 11:

- | | |
|---|---|
| 1 | En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään |
| 2 | Ärsynnyn aiempaa herkemmin |
| 3 | Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan |
| 4 | Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin |

Väittämäryhmä 12:

- | | |
|---|---|
| 1 | Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä |
| 2 | Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän |
| 3 | Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet |
| 4 | Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan |

Väittämäryhmä 13:

- | | |
|---|---|
| 1 | Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin |
| 2 | Yritän lykätä päätöksentekoa |
| 3 | Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä |
| 4 | En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä |

Väittämäryhmä 14:

- | | |
|---|---|
| 1 | Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut |
| 2 | Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä |
| 3 | Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä |
| 4 | Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen |

Väittämäryhmä 15:

- | | |
|---|---|
| 1 | Työkykyyni on säilynyt ennallaan |
| 2 | Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia |
| 3 | Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen |
| 4 | En kykene lainkaan tekemään työtä |

Väittämäryhmä 16:

- | | |
|---|---|
| 1 | Nukun yhtä hyvin kuin ennen |
| 2 | Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen |
| 3 | Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen |
| 4 | Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti |

Väittämäryhmä 17:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | En väsy sen nopeammin kuin ennen |
| 2 | Väsyn nopeammin kuin ennen |
| 3 | Väsyn lähes tyhjästä |
| 4 | Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään |

Väittämäryhmä 18:

- | | |
|---|---|
| 1 | Ruokahaluni on ennallaan |
| 2 | Ruokahaluni on huonompi kuin ennen |
| 3 | Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen |
| 4 | Minulla ei ole lainkaan ruokahalua |

Väittämäryhmä 19:

- | | |
|---|--|
| 1 | Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan |
| 2 | Olen laihtunut yli 2½ kg |
| 3 | Olen laihtunut yli 5 kg |
| 4 | Olen laihtunut yli 7½ kg |

Väittämäryhmä 20:

- | | |
|---|--|
| 1 | En ajattele terveyttäni tavallista enempää |
| 2 | Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen |
| 3 | Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa |
| 4 | Terveyteni ja tuntemusteni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni |

Väittämäryhmä 21:

- | | |
|---|---|
| 1 | Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan |
| 2 | Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt |
| 3 | Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin |
| 4 | Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään |

E. OMA ARVIO FYYSISESTÄ JA HENKISESTÄ KUNNOSTA**1. Millainen on mielestänne ruumiillinen kuntonne ikätovereihinne verrattuna?**

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Tyydyttävä
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

2. Millainen on mielestänne henkinen kuntonne ikätovereihinne verrattuna?

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Tyydyttävä
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

F. KIPUJEN KOKEMINEN

1. Oletteko tuntenut jotain kipua tai särkyä viimeisen viikon (7 vrk) aikana?

- 1 En. Siirtykää kysymykseen 5.
- 2 Kyllä. Ympyröikää listasta kaikki viikon aikana tuntemanne kivut.
 1. Pääkipu, päänsärky
 2. Korvakipu
 3. Hammaskipu
 4. Kurkkukipu
 5. Niska- tai hartiakipu
 6. Olkapää- tai olkavarsikipu
 7. Kyynärpää- tai kyynärvarsikipu
 8. Ranne-, kämmen- tai sormikipu
 9. Rintakipu
 10. Selkäkipu
 11. Vatsakipu
 12. Kuukautiskipu
 13. Nivuskipu tai sukuelinten kipu
 14. Lonkkakipu
 15. Reisikipu
 16. Polvikipu
 17. Säärikipu
 18. Nilkka-, jalkaterä- tai varvaskipu
 19. Jokin muu/ jotkin muut kivut.

Mikä?/Mitkä?

2. Mikäli valitsitte edellä useita kipuja, mikä näistä kivuista on pahin?

3. Kuinka kauan pahimmaksi kokemanne kipu on jatkunut?

- 1 Alle viikon
- 2 1-4 viikkoa
- 3 1-3 kuukautta
- 4 3-6 kuukautta
- 5 Yli 6 kuukautta

4. Arvioikaa alla olevalla asteikolla, miten voimakas pahin kipunne on ollut. Ympyröikää numero, joka kuvaa parhaiten kipunne voimakkuutta. (0= ei kipua; 10= pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu)

ei kipua → pahin mahdollinen kipu
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Kuinka usein kipu on vaivannut Teitä?

- 1 Ei koskaan
- 2 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 Noin kerran kuukaudessa
- 4 Noin kerran viikossa
- 5 Useita kertoja viikossa
- 6 Joka päivä tai yö
- 7 Useita kertoja vuorokaudessa
- 8 Kipu on jatkuvaa

6. Tunnetteko tällä hetkellä jotain kipua tai särkyä?

1. En
2. Kyllä. Mitä kipua tai särkyä?

G. TAUSTATIEETOJA

1. Mikä on siviilisäätyenne?

- 1 Naimaton
- 2 Avioliitossa
- 3 Avoliitossa
- 4 Eronnut tai asumuserossa
- 5 Leski

2. Mikä on peruskoulutuksenne?

- 1 Kansakoulu tai kansalaiskoulu
- 2 Keskkoulu tai peruskoulu
- 3 Ylioppilastutkinto

3. Mikä on ammatillinen koulutuksenne?

- 1 Ei mitään ammattikoulutusta
- 2 Ammattikoulu tai -kurssi, oppisopimuskoulutus tai työpaikan järjestämä koulutus
- 3 Opistotason tutkinto
- 4 Korkeakoulututkinto

4. Mikä on nykyinen työtilanteenne?

- 1 Palkansaaja, kokopäivätyössä
- 2 Palkansaaja, osapäivätyössä
- 3 Maatalousyrittäjä
- 4 Muu yrittäjä, itsenäinen ammatinharjoittaja
- 5 Perheyriyksessä työskentelevä perheenjäsen
- 6 Työtön
- 7 Eläkkeellä
- 8 Opiskelemissa
- 9 Äitiys- tai isyyslomalla tai hoitovapaalla
- 10 Muu. **Mikä?** _____

5. Oletteko eläkkeellä?

- 1 En. **Siirtykää kysymykseen 7.**
- 2 Kyllä.

6. Jos olette eläkkeellä, saatteko?

- 1 Työkyvyttömyyseläkettä
- 2 Työttömyyseläkettä
- 3 Yksilöllistä varhaiseläkettä
- 4 Osa-aikaeläkettä
- 5 Määräaikaiseläkettä
- 6 Kuntoutustukea/sairauspäivärahaa
- 7 Muuta. **Mitä?** _____

7. Oletteko tällä hetkellä ilman ansiotyötä?

- 1 En. **Siirtykää kysymykseen 9.**
- 2 Kyllä.

8. Kuinka kauan olette ollut ilman ansiotyötä?

- 1 Alle vuoden
- 2 1-5 vuotta
- 3 Yli 5 vuotta

9. Mikä on pääasiallinen toimeentulonne tällä hetkellä?

- 1 Oma palkka- tai yrittäjätulo
- 2 Eläketulo
- 3 Toisen perheenjäsenen tai muun henkilön tulot
- 4 Sairauspäiväraha tai kuntoutustuki
- 5 Työttömyyspäiväraha
- 6 Äitiyspäiväraha tai vanhempainraha
- 7 Muu avustus tai apuraha
- 8 Opintoraha tai opintolaina
- 9 Vuokra- tai pääomatulo tai säästöt
- 10 Muu. **Mikä?** _____

10. Miten asutte tällä hetkellä

- 1 Omistusasunnossa
- 2 Vuokra-asunnossa
- 3 Opiskelija-asunnossa
- 4 Työsuhdeasunnossa
- 5 Kotona vanhempien luona
- 6 Muuten. **Miten?** _____

11. Kuinka monta kertaa olette käynyt lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden (12kk) aikana?

- 1 En kertaakaan
- 2 1-2 kertaa
- 3 3-5 kertaa
- 4 6-10 kertaa
- 5 Yli 10 kertaa

12. Kuinka monta kertaa olette käynyt terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla viimeisen vuoden (12kk) aikana?

- 1 En kertaakaan
- 2 1-2 kertaa
- 3 3-5 kertaa
- 4 6-10 kertaa
- 5 Yli 10 kertaa

13. Kuinka monta kertaa olette ollut sairauslomalla viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana ?

- 1 En kertaakaan. Siirtykää kysymyksen 14 yli.
 2 1-2 kertaa
 3 3-5 kertaa
 4 6-10 kertaa
 5 Yli 10 kertaa

14. Kuinka kauan olette ollut sairauslomalla viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana?

- 1 Alle kaksi viikkoa
 2 Kaksi viikkoa – 2 kuukautta
 3 2 kuukautta – 6 kuukautta
 4 Yli 6 kuukautta

H. SUKULAISET, YSTÄVÄT, HARRASTUKSET, SOSIAALISET SUHTEET

1. Onko Teillä läheisiä ystäviä?

- 1 Ei lainkaan
 2 1-2 hyvää ystävää
 3 3-5 hyvää ystävää
 4 Enemmän kuin 5 hyvää ystävää

2. Onko Teillä yksi tai useampi säännöllinen harrastus?

- 1 Ei
 2 Kyllä. Mikä/Mitkä? _____

3. Asutteko yksin?

- 1 En
 2 Kyllä

4. Pidättekö yhteyttä sukulaisiinne?

- 1 En. Siirtykää kysymykseen 6.
 2 Kyllä

5. Jos pidätte yhteyttä sukulaisiinne, kuinka usein tätä tapahtuu?

- 1 Päivittäin
 2 Viikoittain
 3 Kuukausittain
 4 3-4 kertaa vuodessa
 5 1-2 kertaa vuodessa
 6 Harvemmin

6. Onko teillä läheistä ihmistä, johon voitte luottaa kaikissa tilanteissa?

- 1 Ei
 2 Kyllä

7. Pidättekö eläimistä?

- 1 Pidän
 2 Yhdentekevää
 3 En

8. Onko Teillä kotona lemmikkieläintä?

- 1 Ei
 2 Kyllä. Mikä?/Mitkä? _____

I. SUHDE TERVEYTEEN JA SAIRAUTEEN

Seuraaviin vastaavat kaikki.

Seuraavassa on lueteltu terveyteen ja terveydenhoitoon liittyviä väittämiä. Ympyröikää kunkin väittämän kohdalla Teidän mielipidettänne parhaiten kuvaava numero.

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei koske minua
1. Minun on vaikea harrastaa tarpeeksi liikuntaa	1	2	3	4	5
2. Läheiseni eivät tue minua tarpeeksi terveyteni ylläpidossa	1	2	3	4	5
3. En voi mitään lihavuudelleni, koska se on perinnöllistä	1	2	3	4	5
4. En laihtu, koska ruoka on harvoja ilojani	1	2	3	4	5
5. Pieni määrä alkoholia päivittäin edistää terveyttä	1	2	3	4	5
6. Elintapani eivät kuulu muille	1	2	3	4	5
7. Vähäsuolainen ruoka on mielestäni mautonta	1	2	3	4	5
8. En rasita itseäni ajattelemalla aina vain terveydentilaani	1	2	3	4	5
9. En haluaisi elinikäistä lääkitystä	1	2	3	4	5
10. Tupakka ei ole niin vaarallista kuin kerrotaan	1	2	3	4	5
11. Lääkärit ja hoitajat tuputtavat liikaa terveysneuvontaa	1	2	3	4	5
12. Tiedotusvälineet toittovat liikaa terveydestä ja sairauksista	1	2	3	4	5
13. Lääkärissä käynti on epämiellyttävää	1	2	3	4	5
14. Stressi voi aiheuttaa sydänsairauksia	1	2	3	4	5
15. En viitsi liikkua tarpeeksi laihtuakseni	1	2	3	4	5
16. Minulla ei ole varaa terveelliseen ruokavalioon	1	2	3	4	5
17. Jatkuva lääkitys saattaa aiheuttaa ihmiselle haitallisia vaikutuksia ajan mittaan	1	2	3	4	5
18. Koen tutkimustoimenpiteet epämiellyttävinä	1	2	3	4	5
19. Rasvaisten ruokien vaarallisuutta liioitellaan	1	2	3	4	5
20. Lääkärit eivät osaa antaa tarpeeksi yksityiskohtaisia neuvoja, jotta laihtuisin	1	2	3	4	5
21. Yhteinen ateriointi edistää perheenjäsenten terveyttä	1	2	3	4	5

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei koske minua
22. Minun on mahdotonta liikkua vaivojeni vuoksi	1	2	3	4	5
23. Olen yrittänyt parhaani laihtuakseni	1	2	3	4	5
24. Terveystoimijat eivät osaa antaa tarpeeksi yksityiskohtaisia neuvoja, jotta laihtuisin	1	2	3	4	5
25. Minun on vaikea valita terveellisiä elintarvikkeita kaupasta	1	2	3	4	5
26. Minun on vaikea syödä terveellisesti kotona, koska muilla perheenjäsenillä on omat mielihalunsa	1	2	3	4	5
27. Minun ei tule lähdetyksi liikkeelle talvella, kun on kylmää ja pimeää	1	2	3	4	5
28. Työni/opiskeluni ei ole esteenä terveyteni ylläpidolle	1	2	3	4	5
29. Lihavuudella ei ole merkitystä sairauksien kehittämisessä	1	2	3	4	5

Seuraaviin vastaavat vain ne, joilla on todettu lääkärin hoitoa vaativa sairaus.

Seuraavassa on lueteltu sairautteen ja sairauden hoitoon liittyviä väittämiä. Ympyröikää kunkin väittämän kohdalla Teidän mielipidettänne parhaiten kuvaava numero.

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei koske minua
30. En ole saanut lääkäriltä riittävästi ohjeita sairauteni/sairauksieni hoitoon	1	2	3	4	5
31. Olen yrittänyt hoitaa sairauttani/ sairauksiani parhaan taitoni mukaan	1	2	3	4	5
32. Minun on vaikea muistaa ottaa minulle määrättyä jatkuvaa lääkitystä	1	2	3	4	5
33. Lääkärissä käynnit sairauteni/sairauksieni vuoksi ovat jääneet oman harkintani varaan	1	2	3	4	5
34. Sairauteni on/ ovat nykyisessä elämäntilanteessani toisarvoinen ongelma	1	2	3	4	5
35. Perheeni ei tue minua riittävästi sairauteni/sairauksieni hoidossa	1	2	3	4	5
36. Lääkärit vaativat minua muuttamaan liikaa elintapojani	1	2	3	4	5

