



Potilaskansio metabolisesta oireyhtymästä Keravan terveyskeskuksen vastaanotolle



Rantanen, Leila

2010 Tikkurila

LAUREA -AMMATTIKORKEAKOULU
TIKKURILA

POTILASOPAS METEBOLISESTA OIREYHYTMÄSTÄ KERAVAN TERVEYS-
KESKUKSEN VASTAANOTOLLE

Leila Rantanen
SHV07SA
Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Tekijä: Leila Rantanen

Opinnäytetyön aihe: Potilasopas metabolisesta oireyhtymästä Keravan terveyskeskuksen vastaanotolle

Vuosi 2010

Sivumäärä 32+1

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tiivis ja selkeä tietopaketti kansion muotoon metabolisesta oireyhtymästä. Kansio tulee Keravan terveyskeskuksen itäisen, pohjoisen ja eteläisen avovastaanoton odotusaulaan asiakkaiden käyttöön. Työn tarkoituksena on tehdä aikuisasiakkaille potilasopas metabolisesta oireyhtymästä ja sen ennaltaehkäisystä. Tavoitteena on asiakkaiden terveystietoisuuden lisääminen. Oppaan tavoitteena on lisäksi, että ihmiset tiedostaisivat painoindeksinsä ja vyötärömittansa sekä lihavuuden aiheuttamat terveysriskit. Potilas on oman tilanteensa ja elämänsä asiantuntija, joka voi päättää ja ottaa vastuun toiminnastaan.

Oppaassa tuodaan esille toimintatapoja, joiden kautta asiakas voi tulla tietoiseksi omasta terveystietoisuudestaan ja kriittisen ajattelun kautta löytää omat voimavarat ja muutoksen mahdollisuuden. Selviytymiskeinojen suuntaajana on salutogeenisuus, joka on kytköksissä koherenssiin tunteeseen ja optimistisuuteen omien voimavarojen löytymisestä.

Kansanterveydellisestikin on tärkeää tuoda esille tehokkaita, edullisia ja helppoja hoitomuotoja, jotka ovat kaikkien saatavilla. Lihavuus on riskitekijä kansansairauksista muun muassa tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä aivohalvauksiin. Lihavuus on lisääntymässä ja se on yksi merkittävimmistä metabolisen oireyhtymän aiheuttajista. Lisäksi se vaikuttaa terveyden kautta työkykyyn sekä elämänlaatuun. Se näkyy sairauspoissaoloina sekä rahallisina kustannuksina lääkehoidossa.

Potilasopas on koottu viimeisimmistä tutkituista tiedoista ja artikkeleista. Oppaaseen on valittu itsehoidon kannalta keskeisemmät osa-alueet. Oppaassa tulee esille se, että metabolinen oireyhtymä koostuu neljästä osatekijästä ylipainosta, verenpaineesta, rasva- ja sokeriainevaihdunnan häiriöistä. Metabolisen oireyhtymän hoito on esitetty kolmella osa-alueella: painon pudotus, ravitsemus ja liikunta.

Opas tulee Keravan terveyskeskuksen vastaanoton asiakkaiden luettavaksi ja on tehty siihen muotoon, että myös tiivistelmätietolaatikoista tulee olennainen esiin. Opas on esitetty viidellä maallikolla. Vastausten perusteella opas on muokattu lopulliseen muotoonsa. Opas on tehty Microsoft Office Word-ohjelmalla ja kuvat valittu ClipArt-ohjelmasta. Opas tulostettiin värillisenä ja A4-kokoisena. Sivut laitettiin muovitaskulliseen kansioon sekä siitä tallennetaan versio Keravan terveyskeskuksen tiedoston N-asetalle, jossa se on kaikkien hoitohenkilöstön käytettävissä.

Asiasanat: metabolinen oireyhtymä, terveyden edistäminen, terveystietoisuuden lisääminen, salutogeenisuus

Name: Leila Rantanen

Bachelor`s Thesis: Patient guide on metabolic syndrome at Kerava Health Center reception

Year 2010

Pages: 32+16

The purpose of this study was to make a concise and clear information folder about metabolic syndrome. The folder will be placed in waiting lobbies of Kerava Health Center where it is available for customers to read. The aim was to collect an easy-to-understand information package about metabolic syndrome and its prevention for adult customers. From the viewpoint of public health it is important to make people aware of their BMI (Body Mass Index) and waist dimensions and to recognize the health risks of obesity. The guide indicates that those health risks can be prevented and treated by exercising and eating decent and healthy nutrition.

It is important that people become aware that there are inexpensive and easy treatments available to all. Obesity is a risk factor for diseases such as type 2 diabetes, cardiovascular disease and strokes. Obesity is increasing and it is one of the major causes of metabolic syndrome. In addition, it affects the ability to work and the quality of life, which is demonstrated by sick leaves and also by financial costs in medical treatment.

The guide is pre-tested with five customers and the guide has been edited into its final form based on their responses. The guide was made with Microsoft Office Word software and the images were selected from Clip Art program. The guide was printed out in colour to the size of A4 and the pages were placed into plastic covers. One version of the guide book will be saved in electrical form in Kerava Health Center where it is also available to the whole medical staff.

Key words: metabolic syndrome, health promotion, health awareness, salutogenesi

SISÄLLYS

JOHDANTO	2
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	3
2.1 Terveyden edistämisen määritelmä	3
2.2 Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen	4
3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ -MBO	6
3.1 Metabolisen oireyhtymän syyt	6
3.2 Metabolisen oireyhtymän hoito.....	8
3.2.1 Verenpaineen hoitotasapaino	9
3.2.2 Ravitsemussuositukset	10
3.2.3 Päihteiden käyttö.....	12
3.2.4 Laihduttaminen ja painonhallinta	14
3.2.5 Liikunta.....	15
4 TYÖN TOTEUTUS	16
4.1 Opaskansion suunnittelu	16
4.2 MBO-kansion esitestauksen arviointia	17
5 POHDINTA	19
LÄHTEET	21
LIITE 1 ESITESTAUKSEN KYSYMYKSET	25
LIITE 2 ESITESTAUKSEN VASTAUKSET	26
LIITE 3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ POTILASKANSIO.....	2

JOHDANTO

Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista terveystieteitä 15 vuoden tähtäimellä. Strategian pääpaino on terveyden edistämässä. Se on tarkoitettu terveydenhuollon ohella myös muille hallinnonaloille, koska väestön terveyteen vaikuttavat paljon terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat, ympäristö, tuotteiden laatu sekä muut terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. (Terveys 2015 2001,28.)

Tutkimukset osoittavat, että lihavuus ja sen myötä metabolinen oireyhtymä on lisääntynyt huomattavasti yhteiskunnassamme. Kansanterveyden kohentaminen edellyttää, että kaikille suomalaisille voidaan turvata yhtäläisesti korkeatasoiset, saavutettavissa olevat palvelut sairauksien ja vammojen ehkäisyyn ja hoitoon sekä huolenpitoon ja hoivaan. Tämä toteutetaan siten, että palvelut sovitetaan yhteen asiakkaiden tarpeiden mukaisesti.

Ihmiset voivat itse edistää terveyttään muun muassa liikkumalla ja syömällä terveellisesti sekä lopettamalla tupakoinnin, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöksensä perustaksi. Aihe on tärkeä, koska metaboliseen oireyhtymään voidaan vaikuttaa elämäntapamuutoksilla. Terveystieteen henkilöstöllä on haastetta ihmisten terveystietoisuuden lisäämisessä ja sitä kautta motivoida terveellisempiin elämäntapoihin. Sairauksien ennaltaehkäisy on kansantaloudellisesti kannattavaa verrattuna sairauksien hoitokustannuksiin.

Terveys 2000-tutkimuksessa on todettu monta hyvää asiaa suomalaisten aikuisten terveydestä. Erityisesti myönteistä on sepelvaltimotautien esiintyvyyden pieneneminen. Kolesterolitaso ja verenpaine ovat muuttuneet myönteisempään suuntaan. Huolestuttavaa on kuitenkin lihavuuden lisääntyminen. (Kansanterveys tiedotuslehti 5-6/2002.)

”Terveys 2000-tutkimuksen mukaan suomalaisista naisista lähes puolet ja miehistä lähes 70 % on vähintään lievästi lihavia BMI > 30 kg/m². Viimeksi kuluneen 20 vuoden aikana lihavuus on yleistynyt miehillä 75 % ja naisilla 34 %. Lihavimmat miehet löytyvät 55-64-vuotiaiden ikäryhmistä ja lihavuus on lähes kaksinkertaistunut. Tekemällä elintapamuutoksia, jotka johtavat 5-10 % painon alenemiseen voitaisiin ehkäistä metabolisen oireyhtymän aiheuttamien sairauksien puhkeamista” (KTL, Terveys ja toimintakyky Suomessa 2000).

Lihavuus lisää merkittävästi monia sairauksia tai oireyhtymiä. Erityisesti vyötärölihavuus lisää sairauksien vaaraa, joita ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, aivoinfarkti ja -verenvuoto, uniapnea, kihti, sappikivet, rasvamaksa, polvien nivelrikko, astma sekä eräät syöpämuodot. (Käypähoito. Lihavuus aikuisilla, 2007.)

Cardiovascular Risk in Young Finnish - tutkimuksen osatutkimuksessa kartoitettiin lähes kahdeltatuhannelta 24-39-vuotiaalta nuorelta aikuiselta todetun metabolisen oireyhtymän, sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden kykyä ennustaa kaulavaltimomuutosten kehittymistä kuuden vuoden aikana. Tutkimukseen osallistujien kaulavaltimoiden sisä- ja keskikerroksen paksuus mitattiin kaikuttutkimuksella seurannan alussa ja lopussa. Tuloksista ilmeni, että yksittäisistä riskitekijöistä lihavuus, sekä suuri insuliini- ja LDL-kolesterolipitoisuus ennustivat kaulavaltimoiden varhaismuutosten kehittymistä henkilöillä, joilla oli diagnosoitu metabolinen oireyhtymä. Nuoren aikuisen metabolinen oireyhtymä ennustaa varhaisia kaulavaltimomuutoksia. (Koskinen ym. 2009.)

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveyden edistämisen määritelmä

”Terveyden edistäminen on toiminta, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta” (Vertio 2003, 29).

Nykyinen terveyden edistäminen on rakentunut Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) asettamalle perustalle. Asiakirja on saanut nimensä ensimmäisen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin järjestämispaikan mukaan. Konferenssiin kokoontui Maailman terveysjärjestön (WHO) viiden vuoden valmistelun jälkeen suuri joukko asiantuntijoita eri aloilta keskustelemaan terveyden edistämistä painottavan monialaisen terveystalitiikan kehittämistä. Näkemykset kiteytettiin asiakirjaan. Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilön ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. (Vertio 2003,30).

Vertio (2003) mukaan määritelmästä näkyy kiinteä yhteys Maailman terveysjärjestön terveyden määritelmään ja sitä on sittemmin arvosteltu liiallisesta yksilökeskeisyydestä. Terveys määritettiin positiiviseksi käsitteeksi, joka painottaa henkilökohtaisia voimavaroja samoin kun fyysisiä toimintaedellytyksiä. Terveys ymmärrettiin asiakirjassa voimavarana, ei elämän tavoitteena. (Vertio 2003,30).

Terveyden edistämiseen liittyy näkemys toiminnasta, jolla pyritään lisäämään ihmisten mahdollisuuksia ylläpitää ja hoitaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Toiminnan avulla pyritään

vähentämään eriarvoisuutta ihmisten välillä ja luomaan terveyden edellytyksiä ihmisten arkielämässä. Terveyden edistämisessä tuetaan ihmistä aktiivisena toimijana ja osallistujana. (Haaranen 2003,12-13; Pietilä ym. 2001,56; Sirviö 2006,26-27.) ”Olennaista tässä terveystyössä on se, että terveys on kulutettavissa ja uusittavissa. Ihminen voi siis itse säädellä terveyttään, omaa terveysvoimavaraansa, tietämillään tavoilla” (Vertio 1993,10).

Terveyden lukutaito edustaa yksilön sosiaalisia ja tiedollisia taitoja, jotka määräävät motivaation, kyvyn ymmärtää ja saada tietoa sekä käyttää sitä terveyttä edistävällä tavalla. Terveyden lukutaito on jatkuva, elinikäinen prosessi, joka on yhteydessä kulttuuriin ja ympäristöön. Tällöin yksilö voi toimia oman ja yhteisönsä terveyden parantamiseen muuttamalla elämäntyyliään sekä vaikuttamaan elinolojensa kehittämiseen. Hänellä on kykyä ottaa vastaan omaan terveyteen liittyvää informaatiota viestintäkanavien kautta. Ammatillinen vuorovaikutus tähtää terveyden lukutaidon parantamiseen terveystyöskeskusteluissa ja edistää tiedollista, sosiaalista sekä emotionaalista tukea. Kriittinen terveyden lukutaidossa on kyse tasosta jolloin yksilö- tai yhteisö kykenee toiminnassaan luomaan uusia ratkaisumalleja terveyden edistämiseksi. (Leskinen yms. 2005,84-85.)

2.2 Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen

”Salutogeenisuus (salut=terveys, genesis=alku) tarkoittaa terveystyöskeskusteluita. Salutogeeninen teoria selvittää, miksi joku ihminen on terve, kun joku toinen taas sairastuu samoissa olosuhteissa. Salutogeeninen malli keskittyy terveyden vaalimiseen ja terveyttä tukevien tekijöiden vahvistamiseen sairauksien ja riskitekijöiden sijaan.” (Kansanterveysinfo 4/2008.)

Ensimmäisenä salutogeeniseen huomioita kiinnittänyt israelilainen tutkija Aron Antonovsky (1923-1994) esitti teorian siitä, mikä aikaan saa terveyttä, vastakohtana sille, mikä saa sairautta. Hän yllättyi tutkiessaan ihmisiä, joilla oli ollut suunnattomia vastoinkäymisiä. Vastoinkäymisistä huolimatta he elivät aivan normaalia elämää. Tutkimuksessa ilmeni, että nämä ihmiset olivat optimisteja ja osasivat käyttää hyväkseen voimavarojaan ja näin ratkaista ongelmiaan. Näin menetellen he oppivat näkemään itsensä osana kokonaisuutta ja saattoivat luoda itselleen edellytykset toimia tilanteen mukaan.(Eriksson & Lindström 2008.)

Salutogeenisen ajattelun keskeisiä käsitteitä ovat yleiset vastustusresurssit ja koherenssi tunne. Koherenssi tunne on tapa tarkkailla elämää ja elämän suuntaamista johonkin päin. Jos henkilöllä on vahva koherenssin tunne, hän kokee maailman jäsentyneenä, käsiteltävissä olevana ja tarkoituksenmukaisena eli koherenssina. Yleiset vastustusresurssit ovat puolestaan luonteeltaan biologisia, aineellisia sekä psyko-sosiaalisia voimavaroja. Nämä yhdessä ovat edellytys yhtenäisen elämäkokemuksen kertymiselle, joka luo tunteen siitä miten asiat ovat toisiinsa kytköksissä. Voimavarojen havaitseminen ja niiden käyttäminen on yksilöllinen taito.

Kyse on luottamuksesta siihen, että kaaoksesta huolimatta elämä kyllä järjestyy. (Eriksson ja Lindström lääkärilehti 2008; Metsäpelto & Feldt 2009, 104.)

Koherenssin tunne liittyy voimakkaasti yksilön kokemukseen hyvästä terveydestä, erityisesti hyvään mielenterveyteen. Koherenssi tunne vaikuttaa positiivisesti terveystilan kokemiseen vähentäen stressiä ja ahdistusta, toivottomuutta, huolestuneisuutta ja masennusta. Voimakkaat koherenssintunteet liittyvät myönteisiin tunteisiin, kuten optimismiin, toiveikkuuteen, itsetuntoon, sinnikkyteen yleiseen hyvän olon tunteeseen ja elämänlaatuun. (Eriksson ja Lindström 2008.) Ihminen, jolla on voimakas koherenssin tunne on taipuvainen tulkitsemaan ongelmat haasteeksi itselleen. Ongelmien käsittelyvaiheessa hän käyttää ongelmansuuntautuneita selviytymiskeinoja ja hyödyntää muiden ihmisten tuen ja neuvot. Hän pyrkii korjaamaan tehottomat ja huonot toimintatavat. (Metsäpelto & Feldt 2009, 104.)

Promotiivisella terveyden edistämisellä tarkoitetaan pyrkimystä vahvistaa mahdollisuuksia sekä yksilön ja yhteisön voimavaroja ja selviytymistä. Preventiivinen terveyden edistäminen tarkoittaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiota. Primaaripreventio vähentää yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua riskitekijöihin vaikuttamalla. Sekundaaripreventio pyrkii ehkäisemään sairauden pahentumista poistamalla riskitekijöitä tai pienentämällä niiden vaikutusta. Tertiaaripreventiolla pyritään parantamaan työ- ja toimintakykyä tai estämään niiden heikkeneminen. Terveys on moniulotteinen, laaja-alainen, yksilöllinen ja yhteiskunnallinen kokonaisuus. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Tämä työ on preventiivinen ja se tarkoittaa sairauksien ehkäisyn näkökulmaa ja se on usein ongelmalähtöistä. Preventiiviseen lähestymistapaan sisältyy primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Oppaalla pyritään ehkäisevään toimintaan ja sairauksien riskitekijöiden vähentämiseen. Tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen. (Pelto-Huikko ym. 2006, 13.)

Terveys voidaan ymmärtää ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä ja suoriutua. Terveyttä ja sen ulottuvuuksia on pyritty kuvaamaan myös visuaalisesti esimerkiksi janana ja spiraalina. Terveiden kuvaaminen spiraalina tuo mukaan elämäkokemusten ja eletyn elämän myötä terveyteen liittyviä ulottuvuuksia. Se kuvaa ajatusta, että ikääntymisestä huolimatta terveys voi säilyä ja sen säilymiseen voi vaikuttaa. (Haarala Päivi ym. 2008,53.)

3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ - MBO

3.1 Metabolisen oireyhtymän syyt

MBO - on lyhenne laajasta aineenvaihdunnan häiriöstä ja kirjaimet tulee sanoista metabolinen oireyhtymä. Metabolinen oireyhtymä, tarkoittaa sydänsairauksien vaaratekijöiden kasaamaa. Oireyhtymän taustalla on insuliiniresistenssi eli heikentynyt insuliinin vaikutus lihaksissa, maksassa ja rasvakudoksessa. Liiallisen rasvan määrän elimistössä ja erityisesti vyötärölihavuuden eli vatsaontelo sisään kertyneen rasvan tiedetään aiheuttavan insuliiniresistenssiä. Insuliiniresistenssillä on keskeinen merkitys MBO:n kehittymiselle. Siihen voi vaikuttaa geneettinen perimä ja suurelta osin ympäristötekijät. Ylipaino, tupakointi ja vähäinen liikunta lisäävät insuliiniresistenssiä. Verensokerit nousee vuosien aikana ja usein todetaan kohonnut verenpaine ja veren rasva-aineenvaihdunta on häiriintynyt. Veren triglyseridipitoisuus on kohonnut ja hyvän eli HDL-kolesterolin pitoisuus on matala. (Ilanne-Parikka yms. 2006,20-21; Käypähoito. Aikuisten lihavuus 2007. Duodecim 120(14),1794-816; Uusitupa 1998,23.)

Metabolisen oireyhtymän perinnöllisyyttä ei tarkoin tunneta, mutta energiankulutuksen - ja rasva aineenvaihdunnan häiriön on todettu tehostavan rasvan varastoitumista elimistöön vatsan alueelle sekä maksaan. (Vauhkonen & Holmström 2005, 349.)

Lihavuus yleistyy kehittyneissä maissa huimaa vauhtia tämä johtaa metabolisen oireyhtymän yleistymiseen. Finrisk 2002 - tutkimuksessa 68 % miehistä ja 53 % naisista luokiteltiin ylipainoiseksi (BMI >25 kg/m). Metabolinen oireyhtymä on siis todellinen uhka, jonka ehkäisyyn ja hoitoon on panostettava. Sekä miesten (14,9 %) että naisten (14,1 %) ruokavalio sisälsi kovia rasvoja yli suosituksen, joka on noin 10 prosenttia ruokavalion kokonaisenergiasta. Kovat rasvat, joiksi lasketaan tyydyttyneet rasvahapot ja transrasvahapot, kohottavat seerumin LDL-kolesterolipitoisuutta vaikuttaen sydämen terveyteen. Voimavarojen uudelleen ohjaaminen ja uusien keinojen kehittäminen terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi on tulevana vuosina entistäkin tärkeämpää (KTL julkaisu B7/2002:24). MBO:n yleisyys on noin 25-30 % aikuisväestössä, ja keski-ikäisillä se on suurempikin. (Käypähoito. Lihavuus aikuisilla 2007.)

Vaikka terveys on kehittynyt parempaan suuntaan, on lihavuus Suomessa yleistynyt vaikka väestötutkimusten mukaan energian sekä rasvan saanti on vähentynyt. Energian kulutuksen on täytynt vähentyä suhteellisesti vielä enemmän. Vapaa-ajan liikkuminen ei ole korvannut työliikunnan vähenemistä. Työmatka- ja arkiliikunnan lisääminen olisivat tärkeä keino painonhallinnassa. Suomalaiset saavat liikaa energiaa ravinnosta ja siitä seuraavasta lihavuudesta on tullut terveyshaitta. (Lahti 2005, 96; Huttunen & Mustajoki 2007,35.)

Nykyisen määritelmän mukaan metabolinen oireyhtymä on kyseessä, jos vyötärön ympäryys

ylittää miehellä 90 cm ja naisella 80 cm ja lisäksi todetaan vähintään kaksi seuraavista muutoksista. Veren triglyseridien määrä on suurentunut. Veren triglyseridit mitataan yön paaston jälkeen. Normaalisti veriplasmassa on triglyseridejä alle 2.0 millimoolia litrassa (mmol/l). Jos triglyseridiarvo ylittää tämän raja-arvon, tilaa kutsutaan nimellä hypertriglyseridemia. Termin suora suomennos on liiallinen veren triglyseridi. Suurentunut veren triglyseridiarvo lisää sydän ja verisuonitautien vaaraa. Siksi kohonnutta arvoa kannattaa alentaa. (Mustajoki 2009, Duodecim dlk00045).

Veren hyvän eli HDL-kolesterolin määrä on pienentynyt. Hoidon tavoitteena on saada kokonaiskolesterolin arvo alle 5 mmol:n/l (LDL-kolesteroli alle 3.0). Kolesterolin haitallisuus kuitenkin riippuu muista verisuonten riskitekijöistä (tupakointi, verenpaine, vähäinen liikunta). Siksi arvon 5.0 lievä tai kohtalainen ylittyminen on monilla muuten terveillä haitaton. Jos henkilöllä on jo todettu valtimosairaus tai hänellä on aikuistyyppin (tyypin 2) diabetes, tavoite on tiukempi, kokonaiskolesteroli alle 4.5 mmol/l (LDL-kolesteroli alle 2.5). Jos terveellä ihmisellä ei ole muita riskitekijöitä ja kolesteroliarvo on 5.0-6.4 mmol/l (LDL-kolesteroli 3.0-4.9) voidaan tyytyä ruokavalion muutoksiin ja seurata tilannetta rauhassa vuosia, koska valtimotaudin riski ei ole paljoa suurentunut. (Mustajoki 2009, Duodecim dlk00045; Suomen sydänliitto).

Verenpaine on normaali, kun se on alle 130/85 mmHg (millimetriä elohopeaa). Verenpainetaso on tyydyttävä välillä 130-139/85-89 ja koholla, kun paine on 140/90 tai enemmän. Verenpaineen kohoaminen on hyvin yleistä etenkin keski-ikässä ja sitä vanhemmilla. Nuorilla ja keski-ikäisillä, joilla valtimon seinämät ovat kimmoiset, nousee ensimmäisenä alapaine. Iäkkäämmillä, joilla valtimoiden seinämät ovat jäykemmät, alapaine on usein normaali mutta yläpaine kohoaa helposti liian korkeaksi. (Ilanne-Parikka 2006,70-71).

”Häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta eli diabeteksen määritelmänä on, että verensokeri eli veriplasman glukoosipitoisuus on pysyvästi yön paaston jälkeen 7.0 mmol/l tai sitä suurempi. Normaalin verensokerin yläraja on 6.0 mmol/l. Jos paastoverensokeri on välillä 6.1-6.9 mmol/l, tilaa kutsutaan heikentyneeksi paastosokeriksi ”(Mustajoki 2009, Duodecim dlk00011).

Muita tärkeitä tunnusmerkkejä ovat sukurasite, lähisuvussa 2 tyypin diabetes, lihavuus painoindeksi (BMI) vähintään 30 kg/neliömetri. Lisäksi poikkeava glukoosirasituskokeen tulos, heikentynyt sokerinsieto ja aikuistyyppin diabetes. Hyperurikemia (veren virtsahapon runsaus), miehillä vähintään 450µmol/l, naisilla vähintään 340µmol/l. Mikroalbuminuria (verenkierrosta erittyy virtsaan jatkuvasti normaalia enemmän albumiini-nimistä veren valkuaista), vuorokausivirtsan albumiini vähintään 20 mg/vrk. Hyperinsulinemia eli paastoplasman insuliini vähintään 13.0.U/l. Myös Alzheimerin tautia, depressio, kihti ja uniapnea voivat liittyä metaboliiseen oireyhtymään (Kunnamo ym. 2008, 831-832).

Perus- ja työterveyshuollon tulee huolehtia siitä, että jokainen kansalainen tietää, onko hänellä kohonnut verenpaine tai kohonnut kolesterolit ja että hän saa tarvittaessa hoidon ja ohjeet. Osa lääkähoidosta erityisesti statiinit kohdentuvat henkilöihin, joilla on matala sydän- ja verisuonisairauksien riski. Lääkehoidon paremmaksi suuntaamiseksi jokaiselle henkilölle tulisi automaattisesti laskea riskilaskurilla sairastumisriski ja kirjata terveyskertomukseen (KTL sydän- ja verisuonisairauksien raportti/2005/2005b10).

3.2 Metabolisen oireyhtymän hoito

Terveyden edistämässä itse vaikuttamisella tarkoitetaan niitä toimia, joilla yksilö tai yhteisöt saavat tarvittavan tiedot käyttöönsä terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Yleensä itsehoito ymmärretään toiminnaksi joka hyödyntää toimijoita itseään, esimerkiksi säännöllisen liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen valinta. Se sisältää myös sen, että normaalissa arkipäiväisissä asioissa toimiin ja tekee valintoja terveystään edistäväästi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005,76). Hoito on pääasiassa lääkkeetöntä ja elämäntapamuutoksiin perustuvaa. Elämäntapamuutokset ovat ainoa hoitomuoto, joka vaikuttaa kaikkiin metaboolisen oireyhtymän osatekijöihin. (Käypähoito. Lihavuus aikuisilla 2007.)

Metabolista oireyhtymää pyritään hoitamaan ensisijaisesti lääkkeittä, mutta joissakin tapauksissa niitä tarvitaan. Mikäli reilusti ylipainoisen henkilön paino ei putoa liikunnasta ja dieetistä huolimatta, voidaan turvautua laihdutuslääkkeisiin. MBO-potilaalle voidaan määrätä myös verenpainelääkitys korkean verenpaineen alentamiseksi. Insuliiniresistenssin hoitoon on olemassa insuliiniherkistäjiä. Niiden vaikutus perustuu geeneihin, jotka säätelevät sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa. Ne vähentävät insuliiniresistenssiä rasvakudoksessa ja lihaskudoksessa ja vaikuttavat myös hillitsevästi maksan sokerituotantoon. Lääkäri saattaa määrätä asetyylialisilyä ehkäisemään sydänkohtauksia. Kolesterolilääkityksellä voidaan alentaa LDL-kolesterolin ja triglyseridien pitoisuuksia ja lisätä HDL-kolesterolin eli hyvän kolesterolin määrää veressä. (Mayo Clinic.)

Terveyden edistämisen kannalta tulee olemaan olennaista se miten ihmiset tunnistavat, tuntevat ja hallitsevat oman elämänsä terveysriskejä. Minkälaiset tulevat olemaan heidän elämänsä selviytymisen keinot ja niiden muuttamisen mahdollisuudet. Toistaiseksi ihmiset ovat useimmiten olleet eniten kiinnostuneita yksinkertaisista, lääkkeenomaisista riskien vähentämisestä. (Vertio 1993, 51.)

Metabolinen oireyhtymä on monien terveysongelmien yhdistelmä ja sitä tutkitaan paljon. Italialainen tutkimus on ensimmäinen, missä yhteys on osoitettu myös syysseuraukselliseksi. Tutkimuksessa tutkittiin yötyön osuutta metabooliseen oireyhtymään. Mahdollisesti unirytmien häiriintyminen selittää yhteyden. Sekä yötyöläisillä on tavallista enemmän sydänsairauksia,

joiden riskiä metabolinen oireyhtymä lisää. Tutkimukseen osallistui 400 yötyötä tekevää sairaanhoitajaa, joilla ei ollut metabolisen oireyhtymän oireita tutkimuksen alussa. Heitä verrattiin 300 päivävuorolaiseen. Hoitajille oli tehty vuosittaisia terveystarkastuksia neljän vuoden ajan, niiden perusteella MBO-oireyhtymä kehittyi selvästi useammin yövuorolaisille. Sadasta yötyötä tekevästä yhdeksällä todettiin oireyhtymä, kun sadasta päivävuorolaisesta vai kahdella. Tutkimus julkaistiin Occupational & Environmental Medicine -lehdessä. (Uutispalvelu Duodecim 12/2009.)

3.2.1 Verenpaineen hoitotasapaino

Kohonnut verenpaine on yksi tärkeimmistä sydän- ja verisuonitautisairastavuutta ja kuolleisuutta lisäävistä tekijöistä. Kohonneen verenpaineen hoidon keskeinen tavoite on merkittävien kohde-elinvaurioiden eli aivohalvauksen, sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan sekä näistä johtuvien kuolemien ehkäiseminen. Käypä hoito - suosituksen mukaan kohonneen verenpaineen hoidossa on yleisesti pyrittävä verenpaineeseen alle 140/85 mmHg. Diabetespotilaan verenpaineen tavoitetaso on matalampi alle 130/80mmHg. (Käypähoito. Kohonnut verenpaine 2009).

Verenpaine kohoaa myös iän myötä ja sitä säätelevät perinnöllinen alttius ja elintavat. Tärkeimpiä muutettavissa olevia tekijöitä ovat ylipaino, suolan liiallinen saanti, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja runsas alkoholin käyttö. Suomalaisten verenpaine on kansainvälisessä vertailussa edelleen korkea ja sairastuvuus, kuolleisuus aivohalvaukseen sekä sepelvaltimotautiin runsasta. (Käypähoito. Kohonnut verenpaine 2010).

Vuonna 2006 tehtiin tutkimus kaikkien yliopistosairaalaapiirien alueilla yli 18-vuotiaista verenpainepotilaista (N-823). Aineiston keräsi 72 terveyskeskuslääkäriä avoterveydenhuollon vastaanotoilla. Verenpaine oli kohonnut noin puolella 35-64-vuotiaista suomalaisista miehistä ja noin kolmasosalla samanikäisistä naisista. Vuodesta 1972 vuoteen 2002 oli väestön verenpaine laskenut merkittävästi, mutta kansainvälisessä vertailussa edelleen korkea. Vuonna 2006 erityiskorvattavuusoikeus verenpainetaudin hoidossa käytettäviin lääkkeisiin oli noin 508 000 suomalaisella. Heistä 55% oli naisia. Tutkimuksessa todettiin, että suomalaisten verenpainelääkkeitä käyttävien potilaiden hoitotasapaino on edelleen korkeintaan välttävä. Verenpainepotilaiden kolesterolipitoisuudet ovat yli suositustasojen, mutta kuitenkin aiempaa matalammat. (Varis yms. 2008, 3289-3294).

Mikäli elintapamuutokset eivät yksinään auta, tarvitaan verenpainelääkkeitä. Lääkehoito vähentää viidessä vuodessa aivovaltimohalvauksia 30-40 ja vakavia sepelvaltimokohtauksia 16 prosenttia. Lääkkeet hyötyvät lääkityksestä yhtä paljon kuin keski-ikäiset. Lääkehoitoa suositellaan aina, jos systolinen painetaso on vähintään 160 mmHg tai diastolinen painetaso vähintään 100 mmHg. Lääkehoitoa suositellaan jo painetasolta 140/90 mmHg alkaen. Sydän ja

verisuonisairauksia sairastavilla on verenpaineen hoitotavoite alle 140/85 mmHg. Diabeetikoilla, munuaissairailla ja aivohalvauksen tai sydäninfarktin sairastaneilla hoitotavoite on tiukempi - alle 130/80 mmHg. Jos munuaissairaudessa virtsaan erittyy valkuaista yli 1 g/vrk (proteinuria), tavoite on alle 125/75 mmHg. läkkäiden potilaiden ja systolista verenpainetauti sairastavien hoidossa tavoitteeseen ei aina päästä, mutta kohonneen verenpaineen mahdollisimman hyvään hallintaan kuitenkin pyritään. Useimmiten hyvään hoitotulokseen pääseminen vaatii useamman lääkkeen samanaikaista käyttöä. (Käypähoito, kohonnut verenpaine 2010.)

3.2.2 Ravitsemussuositukset

Ravitsemussuositusten tavoitteena on väestön ravitsemustilan parantaminen ja terveyden edistäminen. Ravinnon koostumuksesta tulee saada riittävästi ja tasapainoisesti kaikkia ravintoaineita elintoimintoihin ja kasvun turvaamiseen. Lisäksi tavoitteena on ravitsemusperäisten sairauksien ehkäisy. Tiedetään, että ravitsemuksen avulla voidaan pienentää sairastumisriskiä, ehkäistä sairauksia sekä tehostaa hoitoa. Kun ravinnosta saadaan sopivasti energiaa, paino pysyy normaalina ja liikkuminen on helppoa. WHO:n eli Maailman terveysjärjestön mukaan teollistuneiden maiden kahdeksan merkittävintä kuolleisuutta aiheuttavaa tekijää ovat tärkeysjärjestyksessä korkea verenpaine, tupakointi, korkea kolesteroli, ylipaino, vähäinen vihannesten ja hedelmien syönti, vähäinen liikunta ja runsas alkoholin kulutus. Liasta energiansaannista seuraa lihominen joka puolestaan altistaa muun muassa metaboliselle oireyhtymälle, kihdille ja uniapnealle. Edellisten lisäksi ravitsemustekijöillä on vaikutusta sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, karieksen ja joidenkin syöpätautien synnyssä. Näitä voidaan kuitenkin ehkäistä ja hoitaa ravitsemuksella. (Parkkinen & Sertti 2008,19-21.)

Usean riskitekijän samanaikaisuus lisää sairastumisen vaaraa, kun taas yksinään esiintyvät riskitekijät ovat tavallisesti vaikutukseltaan heikkoja (Aro yms. 2005,15-16). Ruokaa tulee syödä kohtuudella ja ruoasta saatavan energian tulee vastata kulutusta. Mikä tahansa ruoka lihottaa, jos sitä syö enemmän kuin kuluttaa. Sopivan energiansaannin paras mittari on kehon painon pitkäaikainen seuraaminen. Energiansaanti ja kulutus ovat tasapainossa, kun paino pysyy ennallaan. (Louheranta 2006, 23).

Suomalaisten ravitsemussuositusten lautasmalli konkretisoi hyvän aterian koostamista. Kasvisruokien suositeltava osuus on puolet lautasesta. Neljännes lautasesta on pastaa, perunaa tai riisiä. Toinen neljännes on liha-, kala tai munaruokaa tai vaihtoehtoisesti palkoviljaa, pähkinöitä tai siemeniä sisältävää kasvisruokaa. Aterian täydentävät lasillinen rasvatonta maitoa tai piimää, pehmeällä rasvalla voideltu leipäviipale ja annos marjoja tai hedelmiä. Aterian koko määräytyy energiatarpeen mukaan. (Parkkinen yms. 2008, 22.)

Tämän hetkisten tietojen mukaan sydänsairauksia voidaan vähentää tehokkaasti ruokavaliolla, johon kuuluu kasvisöljyä, soijaa, runsaasti kuituja ja muita palkokasveja, pähkinöitä sekä hedelmiä ja vihanneksia. Yhdysvaltain sydänliitto (American Heart Association, AHA) on lisäksi kiinnittänyt huomioita soijan ja pähkinöiden mahdollisiin hyötyihin. Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkintäviranomaiset antavat nykyään luvan mainita pakkauksissa, että kasvisterolit, liukoiset kuidut, soijaproteiini ja pähkinät vähentävät sydäntautiriskiä. (Harju 2007, 18.)

Veren kolesterolipitoisuutta pienentävät kasvisterolit ja kasvistanolin nauttiminen ravinnossa. Näitä aineita esiintyy luontaisesti kasviöljyssä, kuten rypsi- ja soijaöljyssä ja ne estävät kolesterolin imeytymistä pienentäen veren kolesterolipitoisuutta. Kahden gramman päivittäinen kasvisterolien ja kasvitanolien lisäys pienentää LDL-kolesterolin pitoisuutta keskimäärin 10 %. ravinnon avulla tapahtuva kolesterolin alentaminen tulisi olla ensimmäinen keino sydän - ja verisuonisairauksien ehkäisyssä. (Gyllin 2008, 2128.)

Tyydyttyneet eli kovat rasvat on yksi merkittävimmistä seerumin kolesterolipitoisuutta nostavista tekijöistä. Tyydyttyneen rasvan keskeisimmät lähteet ruokavaliossa ovat runsasrasvaiset maitovalmisteet, rasvainen liha ja lihavalmisteet, voi ja voipohjaiset rasvat sekä kovalla rasvalla leivotut leivonnaiset. Käyttämällä korkeintaan 1 % rasvaa sisältäviä maitotuotteita, korkeintaan 17 % rasvaa sisältäviä juustoa sekä valmistamalla ruoka vähärasvaisesti esimerkiksi keittämällä tai hauduttamalla. Leivonnaisiin suositellaan pehmeää rasvaa. (RTY /Ravitsemus ja ruokavaliot 2006, 98.)

Ravitsemuksessa pyritään lisäämään monitydyttymättömiä eli pehmeitä rasvahappoja. Levitteenä käytetään kohtuullisesti kasvimagariineja kasviöljypohjaisia kevytlevitteitä. Salaateissa ja leivonnassa käytetään rypsi-, maissi-, auringonkukka tai soijaöljyä. Käyttöön voi ottaa myös kasviteroli- ja kasvitanolierityisvalmisteet. On hyvä muistaa, että kolesterolia on vain eläinkunnan tuotteissa eli kasviöljyt ja kasvimagariinit ovat kolesterolittomia. (Haglund yms. 2006, 202-203.)

Energiasta suositellaan rasvan osuudeksi 25-35 %, mikä tarkoittaa päivässä 60-80 g grammaa rasvaa. Tämä sisältää kaiken itse lisätyn esimerkiksi leipärasvan, salaattinkastikkeet, ruoanvalmistus ja leivonta sekä elintarvikkeiden juustojen, makkaran, jäätelön sekä suklaan rasvan (Ihanainen yms. 2008, 48). Verenpainepotilaalle suositellaan vähärasvaista ruokavaliota. Runsaasti tyydyttyneitä rasvaa sisältävä ruokavaliota saattaa nostaa verenpainetta. Runsaan kala-peräisten n-3-sarjan rasvahappojen käytön tiedetään alentavan verenpainetta. Kalarasvan riittävä saanti on mahdollista varmistaa nauttimalla viikoittain kahdella aterialla rasvaista kalaa. On havaittu, että laihduttaminen alentaa nopeasti korkeaa verenpainetta. Tavoitteena on 5-10 prosentin vähenemä lähtöpainosta. (Haglund yms.2006, 205-206.)

Suurin osa natriumista saadaan suomalaisesta ruokavaliosta tavallisena ruokasuolana. Ruokasuola on tärkein verenpainetta kohottava ravintotekijä. (Ihanainen yms. 2008, 109). Suolalla lisätään ruuan makua ja säilyvyyttä. Huomattavan suuri osa saadaan piilosuolana lihaleikkeissä, juustosta ja leivästä. Päivittäisen ruokasuolan saantisuositus kohonneen verenpaineen alentamiseksi tulisi olla alle 5 grammaa. (Haglund yms. 2007,78). Tavallisen suolan tilalla voidaan käyttää mineraalisuolaa, jossa osa natriumista on korvattu kaliumilla ja magnesiumilla. (Ihanainen yms. 2007, 111). Suolan vähentämistä voidaan tehostaa valitsemalla vähäsuolaisia elintarvikkeita sekä vähentämällä suolan käyttöä ruoan valmistuksessa. Suolan vähentäminen parantaa useimpien verenpainelääkkeiden tehoa. (Seppänen yms. 2007, 34-35).

Ravintokuidun lisääminen ruokavalioon ehkäisee ummetusta sekä geeliytyviä eli vesiliukoinen kuitu, jota on marjoissa, hedelmissä ja kasviksissa. Kuitu turpoo mahalaukussa ja hidastaa glukoosin imeytymistä. Hidas imeytyminen tasaa verensokerin pitoisuutta. Se sitoo myös ohutsuolessa sappihappoja ja lisää kolesterolin poistumista elimistöstä, mikä puolestaan pienentää veren kolesterolipitoisuutta. Runsaskuituinen ravinto sopii sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn. Runsaasti ravintokuitua sisältävä ravinto antaa kylläisen olon auttaen painonhallintaan (Parkkinen yms. 2008, 70).

Ravinnosta suomalaiset saavat hiilihydraatteja noin 340 g vuorokaudessa. Niiden osuus on noin puolet ravintotaseen mukaisesta energiansaannista, joka on 11,8 Mj (2800 kcal)/vrk. Hiilihydraattien saanti jakauma eri elintarvikkeiden osalle on viljavalmisteet 40 %, sokerit 27 %, peruna ja kasvikset 13 %, marjat ja hedelmät 9 % sekä maitovalmisteet 8 %. Ravitsemussuosituksen mukaan ruoassa tulisi olla hiilihydraatteja sellainen määrä, joka kattaa yli puolet eli 50-60% päivittäisestä energiansaannista. Sokerin lisäystä suositellaan korkeintaan 10 % kokonaisenergiasta, mikä vastaa noin 50 g energiatasolla 8,4 Mj eli 200 kcal. Suomalaisten sokerin kulutus on kuitenkin noin 90 g päivässä. (Parkkinen yms. 2008, 70).

3.2.3 Päihteiden käyttö

Alkoholin runsaalla kulutuksella on terveydellisiä sekä sosiaalisia ongelmia. Riskikulutuksen erottaa kohtuukäytöstä selvittämällä paljonko käyttää alkoholia. Suomessa riskikulutuksen rajana on käytetty miehillä 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla. Naisilla vastaavat luvut ovat 16 ja 5 annosta. Näiden rajojen ylittyessä riski saada alkoholihaittoja on huomattavan suuri. Lisäksi, jos henkilöllä on jo jokin sairaus, hänelle voi tulla vähäisemmästäkin määrästä huomattavaa haittaa.

Vuonna 2006 Suomessa kulutettiin 10.3 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti. Työikäisten alkoholisairaudet ovat tällä hetkellä tärkein kuolinsyy. Vuonna 2005 kuolleista lähes joka kymmenellä alkoholi liittyi jollakin tavalla kuolemaan. (STM ISSN 1236-2115, 2008,10.)

Kuolemien lisäksi alkoholi lisää sairastuvuutta. Maksakirroosiin, haimatulehduksiin sekä suun ja ruokatorven syöpiin liittyy runsas alkoholin käyttö. Naisilla rintasyöpä lisääntyy lineaarisesti alkoholin käytön lisääntyessä. Runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyy varsin usein joku psyykinen ja somaattinen sairaus. Potilaat ovat vaikeahoitoisia ja moniongelmaisia. (STM ISSN 1236-2115, 2008,15.)

Alkoholi nostaa verenpainetta. Erityisen haitallista on alkoholin päivittäinen käyttö, koska tällöin verenpaine ei ehdi laskea normaalille tasolle, vaan jää pysyvästi koholle. Pysyvästi kohonneen verenpaineen riski kasvaa, jos alkoholia kulutetaan yli kaksi annosta päivässä. Alkoholi sisältää lisäksi runsaasti energiaa ja lisää näin myös ylipainoa. (Päihdelinkki, alkoholi ja verenpaine 2005).

Gramma alkoholia sisältää 29kJ (7 kcal). Yhdessä ravintola-annoksessa alkoholia on enemmän energiaa kuin 10 gramman voinaapissa. Laihduttajan on hyvä muistaa, että mitä väkevämpi ja makeampi juoma on, sitä enemmän se sisältää energiaa. (Haglund ym. 2006, 110).

Vaikka suuriosa ihmisistä tietävät, että tupakanpolto on terveydelle haitallista, niin monet tupakoivat. Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 2004 Suomessa 27 % miehistä ja 20 % naisista tupakoi päivittäin. Tupakoitsijat eivät hahmota oman tupakoinnin todellista vaaraa terveydelleen nyt ja tulevana vuosina. Tupakka on voimakas päihde ja se aiheuttaa fyysistä, henkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Tupakka sisältää yhteensä yli 4000 erilaista kemikaalia ja ainakin 50 näistä on syöpää aiheuttavia. Tunnetuimpia ovat terva, häkä ja nikotiini. Terva aiheuttaa keuhkoissa limaneritystä ja yskää. Häkä eli hiilimonoksidi heikentää kudosten hapensaantia ja aiheuttaa päänsärkyä, väsymystä ja heikentää suorituskykyä. Nikotiini lisää sydän- ja verisuonisairauksia sekä aiheuttaa voimakasta riippuvuutta. (Ilanne-Parikka yms. 2006, 181-182.)

Tupakointi altistaa aikuistyyppin diabetekselle. Tupakoivan diabeetikon riski sairastua sydän-sairauteen on 4-6 -kertainen tupakoimattomaan verrattuna. Riski on kasvanut sekä nuoruustyyppin, että aikuistyyppin diabeteksessa. Tupakoivalla nuoruustyyppin diabeetikolla on 2,8-kertainen riski albuminuriaan, ja vastaavasti etenevä munuaisvaurio on tavallisempi tupakoivalla kuin tupakoimattomalla. Tupakointi lisää ääreisverenkierron verisuonivaurioiden määrää, altistaa diabetekseen liittyville ihovaurioille ja -tulehduksille. Tupakoinnin lopettaminen parantaa sokeritasapainoa ja vähentää kohde-elinvaurioiden riskiä. Tupakointi lisää kilpirauhasen suurentumisen riskiä, ja tupakoivien lievästi suurentunut kilpirauhanen saattaa olla merkki alkavasta kilpirauhasen toimintahäiriöistä. Tupakointi saattaa lisätä kilpirauhasen vajaatoiminnan riskiä jopa 3-5 -kertaiseksi. Tupakoivien naisten vaihdevuosi-ikä on 1,5 - 2 vuotta varhaisempi kuin tupakoimattomilla. (stumpfi.fi.)

Tupakoinnin lopettaminen on yksi merkittävimmistä terveyttä edistävästä toimenpiteistä. Tupakoinnin lopettamisessa on kyse elintapojen muuttamisesta sillä se vaatii ponnisteluja ja vie aikaa. Tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, joiden kestolla on yksilöllisiä

eroja. Yleisimmät oireet ovat ärtymys, hermostuneisuus, keskittymiskyvyttömyys ja tupakanhimo. Vieroitusoireet ovat pahimmillaan 2-3 päivän kuluttua lopettamisesta ja kestoaltaan yksilöllisiä yksilöstä riippuen 1-3 kuukautta. Tupakanpolton lopettaminen saattaa lisätä ruokahalua ja sitä kautta aiheuttaa painonnousua. Vieroitusoireisiin ja lopettamisen onnistumiseen voi käyttää nikotiinikorvaushoitoa. Käytössä on purukumeja, laastareita, nenäsuihkeita, inhalaattoreina sekä kielenalus- tai imeskelytabletteja. Erityisesti näitä suositellaan niille, jotka ovat polttaneet yli kymmenen savuketta päivässä ja yleensäkin niille jotka ovat vahvasti riippuvaisia nikotiinista. (KTL, tupakoinnin lopettaminen 2009.)

3.2.4 Laihduttaminen ja painonhallinta

Ylipainon kehittymisen ehkäisyyn on myös kiinnitettävä riittävästi huomiota. Pelkästään lisäämällä yksilön tietoisuutta ylipainon haitoista ei riitä, vaan tulisi tukea eri tavoin terveellisen ravintoon ja liikkumiseen tähtääviä toimia elinympäristössämme. Metabolinen oireyhtymä on yleisyytensä takia valtava haaste julkiselle terveydenhuollolle ja koko yhteiskunnalle. (KTL, sydän ja verisuonisairaudet 2005,21).

Ihmisen terveys on parhaimmillaan, kun normaali painoindeksi on 18.5-25. Jos painoindeksi on pienempi kuin 18.5 tai suurempi kuin 25, sairauksien vaara suurenee. Painoindeksiä voidaan käyttää 18 vuoden iästä lähtien. Painoindeksin perusteella lihavuus luokitellaan vaikeusasteisiin seuraavasti, 18.5-25 paino on normaali, 25-30 on lievä lihavuus, 30-35 on merkittävä lihavuus, 35-40 tarkoittaa vaikeaa lihavuutta ja yli 40 on sairaaloinen lihavuus. Painoindeksi kuvastaa varsin hyvin rasvakudoksen määrää ja on hyvä ylipainon mittari. Painoon vaikuttavat muutkin seikat, kuten turvotukset ja jos lihasmassaa on enemmän esimerkiksi urheilijoilla. (Mustajoki 2007, 81-82).

Laihduttaminen ja painonhallinta edellyttävät aina ponnisteluja ja paneutumista asiaan. Yleensä kannatta tehdä painotavoite kohtuullisesti, liian suuret tavoitteet painonpudotuksessa voi johtaa koko yrityksestä luopumiseen. Painonhallinta tarkoittaa saavutetun ihannepainon pysymistä. Normaalipainoon pyrkiminen voi olla vaikeaa jos ylipainoa on 10-20 kg tai enemmän. Terveiden kannalta sopiva laihdutustavoite on 5 - 10 % painosta. Tämä tavoite perustuu siihen, että sen on todettu vaikuttavan merkittävästi terveyteen. Lihavuuteen liittyvien sairauksien vaara vähenee selvästi ja jos on jo jokin sairaus, oireet selvästi lieventyvät. Esimerkiksi jos henkilö painaa 90 kg ja normaalipainon yläraja (painoindeksiä 25 vastaava paino) on 75 kg, tällöin hänellä on ylipainoa 15 kg. Kun hän laihtuu 5 tai 10 %, paino pienenee 4.5 kg tai 9 kg. Nuo poistuneet kilot ovat 30-60% liikkakiloista, eli niistä häviää melkein kolmasosa tai yli puolet. (Mustajoki 2002, 25-28).

Laihtuessa ylimääräinen rasva vatsaontelosta vähenee ensimmäisenä. Vatsaontelon sisälle kertynyt rasva on pääsyyllinen moniin lihavuuden aiheuttamiin sairauksiin, koska se on aineenvaihdunnallisesti aktiivista ja sitä kautta vaikuttaa sokeri- sekä rasva-ainevaihduntaan epäsuotuisasti. (Mustajoki yms. 2002,32-33; Mustajoki 2007, 84).

DEHKON 2D hankkeen tutkimuksissa selvisi, että yli puolet miehistä ja naisista ylitti lihavuuden määritelmän mukaisen (> 30 kg/m²) painokriteerin. Miehistä 70 % ja naisista 85 % oli vyötärölihavia. Lisäksi korkean riskin joukkoon seuloutuneista oli metabolinen oireyhtymä 74 %:lla miehistä ja 65 %:lla naisista (DEHKO 2D 2003-2007, 66-67).

3.2.5 Liikunta

Päivittäinen perusliikunta ja kuntoliikunta ovat terveystuottoa. Terveystuotto suurenevat nopeasti liikunnan määrän kasvaessa ja ovat suurimmillaan kuntoliikuttajilla. Kaikentyyppinen kävely, reippaasta kovavauhtiseen, kehittää aikaisemmin vähän liikkuvien aikuisten miesten ja naisten kestävyyttä ja tuottaa aineenvaihdunnallisia terveystuottoja. Monet viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi puolen tunnin päivittäinen liikunta joko yhtäjaksoisesti tai pätkittynä kolmeen 10 minuutin jaksoon parantaa kestävyyttä ja terveyttä yhtä hyvin. (Fogelholm yms.2005, 74-75.)

”Lääkkeetöntä hoitoa mikä sisältää säännöllistä liikuntaa ja laihdutusta sekä terveellistä ruokavaliota on pidettävä metabolisen oireyhtymän täsmähoitona ”(Uusitupa. 2001, 626).

Liikunnan suosimisesta on hyötyä myös erilaisten sairauksien yhteydessä, jolloin sairauksien etenemistä voidaan ehkäistä ja toimintakykyä pitää yllä lisääntyvällä liikunnalla. (Kesäniemi 2003: 119, 1819-22.) ”Liikunta kohdistaa laihduttavan vaikutuksensa ruokavaliota paremmin nimenomaan vyötärönseudun sisäosien rasvaan” (Fogelholm ym. 2005, 89).

Raskas liikunta, kuten hölkkä, voi monen liikkumattoman vuoden jälkeen kuormittaa liikaa sydäntä, verenkiertoa ja tuki- ja liikuntaelimiä. Siksi kävely on selvästi parempi liikuntamuoto. Aloittelevan liikkujan kannattaa välttää hyvin jyrkkiä mäkiä, koska hapenkulutus niissä voi nousta lähelle maksimia kävelyvauhdissakin. Lajit joissa omaa painoa ei tarvitse kannatella ovat suositeltavia. Koska lihavien liikunnan lisäämisen pysyvyys on tutkimuksessa ollut poikkeuksellisen huonoa, tulisi liikunnan mielekkyyteen ja iloon sekä fyysisen aktiivisuuden istuttamiseen päivittäiseen elämään kiinnittää erityistä huomiota. Määrän kuormittavuuden ja monipuolisuuden lisäämisen pitäisi olla maltillista ja varovaista. (Fogelholm ym. 2005, 91-92.)

Liikunta ja vähärasvainen ruokavalio suojaavat tehokkaasti muun muassa sepelvaltimotaudilta ja ovat myös aikuisiän diabeteksen tärkeimmät lääkkeettömät hoitomuodot. Säännöllinen liikunta saattaa lisätä aikuistyyppin diabetesta sairastavien potilaiden insuliiniherkkyyttä ja

parantaa glukoosinsietoa sekä vaikuttaa muiden aineenvaihduntasairauksien vaaratekijöihin edullisesti. Voimakkaimmin liikunta näyttää vaikuttavan henkilöillä, joiden sairaus on varhaisvaiheessa tai lievä. Väestötutkimukset ovat osoittaneet, että liikunta voi ehkäistä diabeteksen kehittymistä. Erityisesti silloin, kun henkilöllä on diabeteksen vaaratekijöitä kuten ylipainoa tai kohonnut verenpaine, liikuntaa harrastavat sairastuvat diabetekseen harvemmin kuin inaktiiviset ikätoverinsa. Yhteys on havaittu nuorilla, keski-ikäisillä ja iäkkäillä miehillä ja naisilla. Liikunnan tavoitteiksi aikuistyyppin diabetesta sairastaville voidaan asettaa hyvän glukoositasapainon tukeminen, lääkkeiden tarpeen vähentäminen, muiden diabeetikoilla yleisten sairauksien kuten ateroskleroottisten valtimosairauksien vaaran vähentäminen ja säännöllisen liikunnan muiden edullisten vaikutusten saavuttaminen. Erityistä huomiota on syytä kiinnittää lihavuuden ehkäisyyn ja vähentämiseen. (Suomen sydänliitto, liikunta).

4 TYÖN TOTEUTUS

4.1 Opaskansion suunnittelu

Opinnäytetyön aihe nousi käytännön tarpeesta. Aihe tuli esille tammikuussa 2009 keskustelussa Keravan terveyskeskuksen diabeteshoitajan kanssa. Oppaan tekeminen metabolisesta oireyhtymästä kiinnosti myös itseäni siinä määrin, että tehtiin kirjallinen kyselykierros terveyskeskuksen hoitajille, mitä mieltä he olisivat asiasta. Palaute oli pelkästään positiivista ja silloinen osastonhoitaja toivotti työn lämpimästi tervetulleeksi. Aihealue olisi erittäin ajankohtaista, sillä metaboliseen oireyhtymään liittyvät oireet, sairaudet ja etenkin lihavuus ovat lisääntyneet.

Tarkoituksena on tehdä opaskansio metabolisesta oireyhtymästä Keravan terveyskeskuksen väestövastuutiimien odotusaulaan, missä sitä voi lukea ennen vastaanottoa. Kansioista on pyritty tekemään selkeä, helppolukuinen ja mahdollisimman lyhyt, niin että se on selattavissa nopeasti.

Yhdyshenkilönä Keravan terveyskeskuksessa on toiminut diabeteshoitaja. Oppaan suunnitteluun on osallistunut myös muilta terveyskeskuksen sairaanhoitajilta ja terveydenhoitajilta. Aluksi opas oli suunnattu työikäisille, mutta opasta työstäessä tulimme siihen tulokseen, että opas on suunnattu kaikille terveydestään kiinnostuneille.

”Terveyden edistämisen keskuksella on hyvän terveysaineiston laatukriteerit. Kriteereillä on selkeä terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomion herättävyys ja hyvä tunnelma.

Kaikkien kriteerien täytyminen mahdollistaa hyvän aineiston. Terveyttä edistävissä aineistossa on voimavaralähtöisyys eli miten aineisto tukee tai vahvistaa yksilön tai yhteisön omia voimavaroja. Terveysaineisto voi olla voimavaralähtöistä tai riskilähtöistä jolloin se kohdentuu sairauteen, oireeseen tai riskitekijään” (Rouvinen-Wilenius 2008, 9-11).

Terveystiedon tarkoituksena on, että kohdehenkilöille tarjotaan tietoa terveyttä edistävästä ja sairauksille altistavista asioista. terveystiedon tulee olla yksinkertaista ja selkeää. (Wiio 1993:27.) Selkeässä kirjallisessa oppaassa ilmoitetaan, kenelle se on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Opetettavan asian sisältö tulisi selkeyden vuoksi vain pääkohdittain, jotta tietoa ei olisi liikaa. (Kyngäs yms. 2007,126.)

Hyvä kirjallinen potilasohje puhuttelee potilasta. Kirjallisen ohjeen tulee olla luottamusta herättävä ja sellainen, että potilas kiinnostuu siitä. Oleellinen asia tulee esiin tekstistä ensimmäisenä. Tärkeimmän asian tuominen esiin heti oheen alussa viestii tekstin tekijän arvostuksesta lukijaa kohtaan. (Torkkola ym. 2002, 36-38.)

Selkeä kappalejako lisää potilasohjeen ymmärrettävyyttä. Fonttikoon tulisi olla vähintään 12 ja riviväli puolitoista. Kuvilla ja taulukoilla voidaan lisätä potilasohjeen sanoman kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Otsikosta tulee esille aiheen sisältö. Tekstikappaleessa esitetään vain yksi asiakokonaisuus. Käytettyjen sanojen ja termien tulee olla yksiselitteisiä ja konkreettisia. Sanojen ja lauseiden tulee olla lyhyitä ja käytettäessä lääketieteellisiä termejä niiden sisältö tulee määritellä. (Torkkola ym. 2002, 39-46.)

Opas on tehty Microsoft Office Word- ohjelmalla ja kuvat valitsin ClipArt ohjelmasta. Oppaan kaikki kuvat ovat piirrettyjä ja siten yhdenmukaisia tyyliltään. Tekstin fontiksi valitsin Century Gothic, koko 12 ja riviväli puolitoista. Testausryhmältä tuli positiivista palautetta sopivan suuren sekä selkeän fontin ja sen koon valinnasta. Potilasopas tulostettiin värillisenä ja A4 kokoisena. Toisen version valmistuttua oppaasta testattiin se viidellä maallikolla. He tutustuivat oppaaseen ja vastasivat avoimiin kysymyksiin (Liitteet 1 ja 2), joiden perusteella opasta on muokattu edelleen.

4.2 MBO-kansion esitestauksen arviointia

Toiminnallinen oppinäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista. Se voi olla käytäntöön suunnattu ohjeistus ja opas. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Potilaan tulee saada tietoa omaan hoitoonsa liittyvistä tekijöistä. Ohjeet tulee olla selkeitä, niin että potilas ne ymmärtää. Ohjeen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin. Tärkeää on mitä sanotaan ja miten sanotaan. Oppaat ovat kirjoitusasultaan selkeitä ja asiallisia. (Torkkola ym. 2002, 13-17.)

Lähdeaineistoksi on valittu uusimpia kirjallisia tuotoksia, tutkimuksia ja artikkeleita. Oppaan aihealueet muodostuvat metabolisen oireyhtymän neljästä tekijästä: ylipaino, kolesteriarvot, verenpaine sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriöistä. Oppaan viimeinen kappale on kirjoitettu positiiviseen sävyyn, jossa on johdateltu asiakasta omahoitoon sekä ottamaan vastuuta elinta-voistaan.

Ensimmäinen versio oppaasta kiersi Keravan terveyskeskuksen sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla syys-lokakuussa 2009. Muutosehdotusten tiimoilta pidettiin palaveri ja saatiin paljon hyviä parannusehdotuksia työhön. Kiitosta sai erityisesti se, että oppaaseen oli tehty oma selkeä osio vatsan ympäröivien mittaamisesta. Oppaan kannessa oli aluksi lyhyesti ”MBO- tunnistat riskitekijät” mutta testausryhmän toiveesta vaihdettiin pitkä nimi tilalle. Teksti, joka ammattilaiselle on päivän selvää, ei maallikolle avaudu samalla tavalla. Kansiossa ei ole juuri vierasperäisiä sanoja, mutta ne muutamatkin on avattu maallikkokielelle.

Opasta muokattiin edelleen ja seuraavaksi se esitettiin viidellä henkilöllä, jotka eivät ole terveydenhuoltoalalla. Tämä vaihe oli kaikista vaikuttavin ja eniten muutoksia tuova. Vastauksista tuli ilmi, että opasta olisi edelleen lyhennettävä ja tekstissä oli paikoin toistoa. Toisto johtui myös siitä, että metabolisessa oireyhtymässä on kyseessä oireet ja sairaudet, joihin vaikuttavat samat asiat. Kappaleiden lopussa on tiivistelmälaatikko, jossa kerrataan aiheotsikon alla oleva olennainen asia lyhyesti. Toisaalta tämä tiivistelmä saattaa antaa kipinän lukijalle lukea koko kappale kokonaan. Esitetauksessa tuli ilmi, että lihavuuden haitoista oli tietoa paljonkin, mutta sitä ei osattu yhdistää metaboliseen oireyhtymään.

Arviot oppaasta olivat myönteisiä. Opas lisää ymmärrystä niistä tekijöistä, joista metabolinen oireyhtymä kehittyy. Opas soveltuu hyvin odotustilaan ja muokkauksen jälkeen asiat on esitetty mahdollisemman lyhyesti ja hyvin ymmärrettävässä muodossa. Oppaan sisältö perustuu tutkimuksiin joita on käytetty opinnäytetyön teoreettiseen tietoon. Opas pyritti tiivistämään mahdollisemman lyhyeksi, jotta sen ehtisi lukea tai selata vastaanotolla odottaessa. Esitetauksen myötä voidaan todeta oppaan tekstin olevan tarpeeksi selkokielistä ja ymmärrettävää.

Opas palvelee tarkoitustaan terveydenedistämässä, se on väline lisätä terveyskeskuksen asiakkaiden tietoisuuttaan omasta terveydestään. MBO on todettavissa valtaosalla jo kauan ennen diabeteksen puhkeamista. MBO:ta sairastavilla on 3-6 kertaa suurentunut riski sairastua aikuistyyppin diabetekseen ja 2-3 kertaa suurentunut riski kuolla sydän- ja verisuonitautiin. Oireyhtymään liittyvät myös Alzheimerin tauti, depressio ja uniapnea. (Sydänliitto ry, MBO)

5 POHDINTA

Elämme terveempänä ja toimintakykyisempänä kuin koskaan aiemmin, silti monien kansansairauksien ja niiden riskitekijöiden ehkäisyssä ja hoidossa on parantamisen varaa. Viime vuosina on saatu tieteellistä näyttöä siitä, että potilaiden omahoito on keskeinen seikka sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. Monissa sairauksissa elämäntapojen kohentaminen voi ratkaisevasti parantaa yksilön elämänlaatua, vähentää sairaalahoitoja sekä ennen aikaista kuoleman riskiä. Terveystieteiden edistämiseksi kulmakiviä ovat potilaan valmentaminen omahoitoon, tukea häntä omahoidossa ja elämänhallinnassa. (Routasalo & Pitkälä 2009,5.)

Samoin Savola & Koskinen-Ollonqvist (2005:8) näkevät terveyden myös ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä ja suoriutua. Terveystieteiden vaikuttavat erilaiset taustatekijät, jotka ovat muun muassa yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia, poliittisia, kulttuurisia sekä ympäristöön liittyviä. Terveystieteen edistäminen on keino näihin tekijöihin vaikuttamiseksi ja sitä kautta terveyden aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveystieteen edistämiseksi korostuvat yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tarpeet. Terveystieteen edistämisen preventiivinen toimintamuoto on terveystieteiden kasvatusta, sillä se on luonteeltaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävää ja toteutuu kasvatuksen keinoin. Tietoa lisäämällä mahdollistetaan oma-kohtainen muutos. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005,14).

Voimavaroja lisää potilaasta itsestä lähtevä prosessi, jota sanotaan voimaantumiseksi. Se on yhteydessä potilaan kykyihin, mahdollisuuksiin ja hyvinvointiin. Voimaantuminen auttaa potilasta tunnistamaan ja lisäämään kykyä kohdata omat tarpeensa, ratkaista omat terveystieteen ongelmansa ja säädellä omia voimavarojaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13.)

Teoriaosuudessa on esitetty mitä terveystieteen edistäminen on ja sen lisäksi avattu salutogeenisuuden merkitystä terveystieteiden. Salutogeenisuus kiinnostaa siksi, että siinä sairauden sijaan suunnataan huomio siihen, mitä ihmisessä on tervettä ja sitä edistäviin voimavaratekijöihin. Keskittyminen terveystieteiden ja positiivisiin asioihin voi tuoda voimavaroja jokapäiväiseen elämään vaikeissakin olosuhteissa. Salutogeenisuuden teoria on kytköksissä koherenssiin tunteeseen. Ihminen jolla on vahva koherenssin tunne tuo kokemuksen siitä, että hän voi vaikuttaa omaan elämäänsä. Tällöin hän voi hyödyntää muiden ihmisten tukea ja neuvoja. (Metsäpelto & Feldt 2009,103-104.) Ammattihenkilö voi vahvistaa omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta ongelmien ratkaisuihin ja omahoitopäätöksiä tehdessään. (Routasalo ym. 2009, 125,2351-9.) Omahoito merkitsee sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa ja elämäntapamuutoksensa suunnitteluun. Tällöin painottuvat potilaan oman arjen asiantuntijuus ja potilaan omien hoitopäätösten hyväksyminen. (Routasalo & Pitkälä 2009,6.)

Myös terveyden edistämiseen liittyvissä määritelmissä on näkemys toiminnasta, jolla pyritään lisäämään ihmisten mahdollisuuksia ylläpitää ja hoitaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Toiminnan avulla pyritään vähentämään eriarvoisuutta ihmisten välillä ja luomaan terveyden edellytyksiä ihmisten arkielämässä. Terveyden edistämisessä tuetaan ihmistä aktiivisena toimijana ja osallistujana. (Haaranen 2003, 12-13; Pietilä ym. 2001, 56; Sirviö 2006, 26-27.)

Potilasoppaan tavoite on motivoida ihmisiä huomaamaan, että terveellinen ruokavalio ja painonhallinta ovat keskeisiä asioita terveyden ylläpitämiseksi ja siihen tarvittavat keinot ovat kaikkien saatavilla. Vastuu ei kuitenkaan ole pelkästään ihmisellä itsellä, vaan terveydenhuollon tulee tarjota hänelle mahdollisuus saada terveyttä edistävää tietoa ja palveluja. Metabolinen opaskansio on väline, jolla pyritään kohentamaan asiakkaiden terveystietoisuutta.

Vaikka terveys on kehittynyt parempaan suuntaan, on lihavuus Suomessa yleistynyt vaikka väestötutkimusten mukaan energian sekä rasvan saanti on vähentynyt. Energian kulutuksen on täytynt vähentyä suhteellisesti vielä enemmän. Vapaa-ajan liikkuminen ei ole korvannut työliikunnan vähenemistä. Työmatka- ja arkiliikunnan lisääminen olisivat tärkeä keino painonhallinnassa. Suomalaiset saavat liikaa ravinnosta energiaa ja siitä seuraavasta lihavuudesta on tullut terveyshaitta. (Huttunen & Mustajoki 2007,35).

Metabolisesta oireyhtymästä on tarjolla paljon tietoa, mutta siitä huolimatta monikaan ei ole tietoinen sairauteen liittyvistä oireista. Noin puolella 35-64 -vuotiaista suomalaismiehistä ja kolmanneksella naisista ylittyy verenpainelukemien suositusraja. Vain puolet heistä tietää kohonneesta verenpaineesta ja kolmasosa tiedonsaaneista on hoidon piirissä. Tulevaisuuden hoitotyön panostus kohdistuu ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon, koska elintaso-sairaudet ovat lisääntymässä ja samalla kustannukset hoidoista ovat lisääntyneet. (Käypähoito, kohonnut verenpaine 2010.)

Opinnäytetyötä tehdessä kävi ilmi, että ihmiset tietävät paljon ravitsemuksesta ja mitä vaikutuksia sillä on terveyteen. Siitä huolimatta motivaatio on usein hukassa. Oppaan esitestauksessa oli eräs vastaus, joka herätti ajatuksia.

Kysymys: ”herättikö opas omakohtaisia terveyteen liittyviä ajatuksia”?

Vastaus: ”vaikeinta on vastahakoisen motivointi..”

Seuraava aihe opinnäytetyöksi voisi olla, ihmisten motivointi ja voimavaraistamisen tukeminen painonhallinnassa.

LÄHTEET

Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. toim. 2005. Duodecim. Ravitsemustiede. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

DEHKON 2D loppuraportti. 2003-2007. Dehkon 2D-hanke. (Viitattu 5.12.2009).
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1764

Fogelholm, M., Kannus, P., Kukkonen-Harjula, K., Luoto, R, Nupponen, R., Oja, P., Parkkari, J., Paronen, O., Suni, J., Vuori, I. 2005. Terveystuokunta. Duodecim. UKK - instituutti. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Gyllin, H., Miettinen, T., 2008. Totta ja tarua kasvisteroleista ja kasvistanoleista. Suomen lääkärilehti, 23;2127.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., Tervaskanto-Mäentausta, T. Terveystuokujan osaaminen. Helsinki. Tekijät ja Edita Publishing Oy. 2008.

Haaranen, A. 2003. Lapsiperheiden terveyden edistäminen. Virikkeitä antava haastattelu ja terveydenhoitajan työ. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L., Hakala-Lahtinen, P. 2006. Ihmisen ravitsemus. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere. Tammer Paino Oy.

Harju Juhana. 2007. Ravintoa sydämelle. Ehkäise sydäntautiriskiäsi terveellisellä ravinnolla. Helsinki. Werner Soderström Oy.

Huttunen, J., ja Mustajoki, P. toim. 2007. Elämä pelissä. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A., Toponen, T. 2008. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki. Oppimateriaalit Oy.

Ilanne-Parikka, Kangas, T., Kaprio, A., Rönnemaa, T., toim.2006. Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Kansanterveys tiedotuslehti. 5-6/2002. Terveys 2000 tutkimus. (Viitattu 5.1.2010.)
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/ktl2002.pdf>

Kesäniemi A. Millainen liikunta edistää terveyttä. Duodecim. 2003;119(19):1819-22.

Koskinen, J., Kähönen, M., Viikari, J., Taittonen, L., Laitinen, T., Rönnemaa, T., Lehtimäki, T., Hutri-Kähönen, N., Pietikäinen, M., Jokinen, E., Helenius, H., Mattsson, N., Raitakari, O., Juonala, M. 2009. Aikakausikirja Duodecim. Nuorten aikuisten metabolinen oireyhtymä ennustaa varhaisia kaulavaltimomuutoksia. Cardiovascular Risk in Young Finns- tutkimuksen osatutkimus. (Viitattu 4.1.2010)
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo_98197&p_haku=metabolinen

Koskinen-Ollonquist. P, Parkkunen.N, ja Vertio Harri.2001. Terveystuokujan suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki. Trio-offset.

Kunnamo Ilkka, Alenius Heidi, Hermanson Elina, Jousimaa Jukkapekka, Teikari Martti, varonen Helena (toim.)2008. Lääkärin käsikirja. DUODECIM. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY oppimateriaalit Oy.

- Käypä hoito - suositus. 8.1.2010. Kohonnut verenpaine. (Viitattu 9.1.2010)
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00016>
- Käypä hoito - suositus. 2002. Aikuisten lihavuus. Duodecim. 1 päivitys 10.3.2006. (Viitattu 6.12.2009).
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi24010.pdf>
- Käypä hoito - suositus. 2007. Lihavuus aikuisilla. Duodecim. (Viitattu 1.9.2009)
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00017>
- Käypä hoito- suositus 2010. Kohonnut verenpaine (Viitattu 6.2.2010)
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00016>
- Lindström, B., ja Eriksson, M., 2008: Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. Suomen lääkäri-lehti. 6 (518).
- Louheranta, A., 2006. Ravitsemusterapeuttien yhdistys. RTY. Ravitsemus ja ruokavaliot. Di-eettimedia. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Mayo Clinic medical information. (Viitattu 14.9.2009)
<http://www.mayoclinic.com/health/metabolic%20syndrome/DS0052>
- Metsäpelto, R-L., Feldt, T. 2009. Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. PS-kustannus. Juva. WS-Bookwell Oy.
- Mustajoki, P. 2002. Laihdu Pysyvästi. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mustajoki, P. 2003. Paahtoleipäkatastrofi. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Mustajoki, P. 2009. Metabolinen oireyhtymä. (Viitattu 5.2.2010)
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045&p_haku=metabolinen%20oireyhtym%E4
- Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A., Uusitupa, M. 2006. Lihavuus ongelma ja hoito. Hämeenlinna. Karisto Oy kirjapaino.
- Parkkinen, K., Sertti, P. 2008. Avain ravitsemukseen. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M., Sirola, K. 2002. Terveiden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät. Juva. Ws Bookwell Oy.
- Routasalo, P., Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim. Forssan kirjapaino. (Viitattu 3.2.2010)
<http://www.tervesportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>
- Rouvinen-Wilenius, P.2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisija-sarja.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja - sarja 3/2005. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Seppänen, S., Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki. Edita Prima Oy.

Sirvio, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Stumppi. Endogrinologia (Viitattu 17.11.2009).

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/harkitsijalle/tupakointi_ja_terveys/endokrinologia

Suomen sydänliitto ry. Liikunta ehkäisee sydän sairauksia. (Viitattu 5.2.2010)

http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/liikunta/terveysliikunta/fi_FI/ehkaisee/

Suomen sydänliitto ry. Metabolinen oireyhtymä - MBO (Viitattu 5.2.2010)

http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/sydansairaudet/fi_FI/metabolinen_oireyhtyma/

Sydän ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijatyöryhmän raportti. KTL. 2005. Helsinki.

Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen julkaisu. 4/2006. ISBIJ 952-205-016-4. (Tulostettu 8.1.2010).

<http://www.health.fi/timage.php?i=100434&f=1&name=Toimintamallit.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Kovien rasvojen lähteitä vaikea tunnistaa. (Viitattu 16.11.2009).

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suomalaisten_ravitsemus/tyoikaiset/kovien_rasvojen_lahteita_vaikea_tunnistaa/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos(Viitattu 25.9.2009).. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2005.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suomalaisten_ravitsemus/tyoikaiset/kovien_rasvojen_lahteita_vaikea_tunnistaa

Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Ktl:n tutkimuksia. (Viitattu 6.12.2009).

<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Terveys 2015 kansanterveysohjelma. STM. (Viitattu 10.10.2009)

<http://www.terveys2015.fi/tietoa.html>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.

Tupakoinnin lopettaminen. KTL (Viitattu 20.3.2010)

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/tupakoinnin_lopettaminen/

Uusitupa, M.1998. Lihavuus ja terveys. Teoksessa lihavuus, ongelma ja hoito.(toim) Fogerholm M, Mustajoki, P., Rissanen, A. Kustannus oy. Helsinki. DUODECIM.

Uusitupa, M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Duodecim (Viitattu 8.1.2010).

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92156.pdf>

Uutispalvelu Duodecim. (Occupational & Environmental Medicine 2010;67:54-57). (Viitattu 5.1.2010.)

<http://oem.bmj.com/content/67/1/54.abstract>

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. ISBN 952-00-0973-6. (Viitattu 1.1.2010).

<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Varis, J., Savola, H., Vesalainen, R., Kantola, I. 2008. Verenpainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkään hyvä. Suomen lääkirilehti 40; 3289-3294.

Vauhkonen, I., Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki. WSOY.

Vertio, H. 1993. Terveyden edistäminen. Hämeenlinna. Karisto Oy kirjapaino.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Vilkkä, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE 1 ESITESTAUKSEN KYSYMYKSET

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Tikkurilan Laurea Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyökseni Keravan terveyskeskuksen vastaanotoille potilasopasta metabolisesta oireyhtymästä. Oppaan tarkoitus on herätellä työkäisiä ihmisiä tiedostamaan oma terveydentilansa ja kannustaa itsehoitoon. Kyselyn vastauksia käytetään hyväksi potilasoppaan lopullisessa muokkaamisessa. Luettuasi oppaan toivon, että vastaat mahdollisimman perustellusti alla oleviin kysymyksiin.

1. Millaista on tekstin luettavuus ja ymmärrettävyys?

2. Mitä mieltä olit oppaan ulkoasusta

Herättääkö opas omakohtaisia terveyteen liittyviä ajatuksia?

4. Saitko oppaasta uutta informaatiota?

5. Jäikö jokin seikka/asia oppaassa epäselväksi?

6. Miten opasta tulisi muuttaa tai millaista tietoa kaipaisit enemmän aiheesta?

7. Kiitos osallistumisestasi!

Leila Rantanen
Sairaanhoitajaopiskelija AMK
leila.rantanen@laurea.fi

LIITE 2 ESITESTAUKSEN VASTAUKSET

1. Millaista on tekstin luettavuus ja ymmärrettävyys?

- selkeää ja enimmäkseen ymmärrettävää
- ok
- asiat esitetty selkeästi lyhyillä virkkeillä. Ehkä sivu 4 ensimmäinen virke on vähän pitkä.
- selkeä ymmärrettävyys, lauserakenteet ok, termistö ei ole liian vaikea ”maallikkolukijalle”
- ok. Jotain ammattitermejä jtk käännettävä maallikkokielelle. Toistoja vähennettävä. Sama rakenne säilytettävä alusta loppuun.

2. Mitä mieltä olit oppaan ulkoasusta?

- raikas yhteenvetolaatikko hyviä
- ok
- Aiheet hyvin jaotettu, kuvat kivoja. ”Tärkeää” lipukkeet hyviä. Sivun 7 toiseksi viimeisen kappaleen viimeisen virkkeen voisi siirtää seuraavaan kappaleeseen. (Samaa asiaa).
- Hyvä, sopiva fonttikoko, keskeiset asiat helposti löydettävissä ”tiivistelmälaatikossa”.
- MBO pitkä nimi jo oppaan kanteen.

3. Herättääkö opas omakohtaisia terveyteen liittyviä ajatuksia?

- Innostuin heti - ja syystäkin
- Vaikeinta on vastahakoisen motivointi! (vastaus oli pitkä, lyhennetty)
- Kolesteroli- ja sokeritasoihin vaikuttava ruokavalio
- Kyllä, ko. asia ollut paljon julkisuudessa
- Kyllä. Mutta liian pitkä

4. Saitko oppaasta uutta informaatiota?

- aika vähän uutta, mutta eihän näitä kertaamatta muista
- en
- ei oikeastaan. www- linkit on kuitenkin hyvä lisä.
- Kyllä, täydensi aiempia tietoja
- En. Mutta olen ”valistunut maallikko”!

5. Jäikö jokin seikka/asia oppaasta epäselväksi?

- mistä tulee sana MBO ja mitä on metabolinen?
- Ikäjakama (kiva-tietää-jutt); onko 2-kymppisellä MBO?
- ei
- ei
- ei

6. Miten opasta tulisi muuttaa tai millaista tietoa kaipaisit enemmän aiheesta?

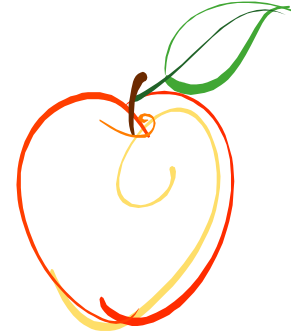
- eipä mitään
- joku herättävä maininta siitä, miten salakavalasti se ylipaino kertyy...
- -
- linkit Internet-sivustolle ja lähdekirjallisuus antavat lisätietoja kaipaaville ja mahdollisuuden tutustua asioihin laajemmin. Ehkä voisi lisätä sivunumerot sisällysluettelon otsikoiden perään
- alkoholin viikkokulutusrajat, toistojen vähentäminen, lyhentää tekstiä

LIITE 3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ POTILASKANSIO

METABOLINEN OIREYHTYMÄ

Tiedosta omat riskitekijäsi!

RISKIELÄMÄ –
ELÄMÄN RISKI



Sisällys

1. SAATTEEKSI	3
2.METABOLINEN OIREYHTYMÄ	4
□Tavoiteltavat verenpainearvot	5
□Tavoiteltavat rasva-arvot	6
□Tavoiteltavat sokeriarvot	6
□Tavoiteltava vyötärön ympäryys	7
3.METABOLISEN OIREYHTYMÄN ENNALTAEHKÄISY JA HOITO	8
□Painon pudotus	9
□Ravitsemus	10
□Liikunta	12
4.MUUTOS TAPAHTUU PIENIN ASKELIN!	13
5.LÄHTEET	15

1. SAATTEEKSI

Tähän oppaaseen on koottu tietoa MBO:sta eli metabolisesta oireyhtymästä (sokeri- ja rasva-ainehäiriö). Oppaan pohjana on viimeisin aiheeseen liittyvä tutkittu tieto. Opas on tarkoitettu kaikille terveydestään kiinnostuneille. Erityisesti se on tarkoitettu työikäisille henkilöille.

Oppaan tavoitteena on herätellä terveyskeskuksen asiakkaita kiinnostumaan omaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Elämäntapojen kohentamisella voi olla pieniä, mutta ratkaisevia vaikutuksia sairauksien ehkäisemisessä ja hoidossa. Potilas on oman tilanteensa ja elämänsä asiantuntija, joka voi päättää ja ottaa vastuun toiminnastaan.

Metabolisen oireyhtymän syntyyn vaikuttavat elämäntapatekijät, joista tärkeimmät ovat lihominen ja liikapaino, vartalolle ja vatsaontelon sisään kertyvä liikarasva sekä liikunnan puute ja runsasrasvainen ruoka. Myös niukkakuituinen ruokavalio, tupakointi, alkoholin runsas käyttö ja psykososiaalinen stressi yhdistetään metaboliseen oireyhtymään.

Tietoisuus sairauden syistä ja että niihin voi itse vaikuttaa, auttaa asiakkaan voimaantumista. Tällöin hän kykenee tunnistamaan omat terveysongelmansa ja tekemään elämäntapamuutoksia terveyden edistämiseksi.



2. METABOLINEN OIREYHTYMÄ

MBO:n eli metabolisen oireyhtymän tunnusomaisia piirteitä ovat keskivartalolihavuus, verensokerin nousu, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, kohonnut verenpaine sekä veritulpalle altistavat muutokset veren hyytymisjärjestelmässä ja verisuonten seinämissä.

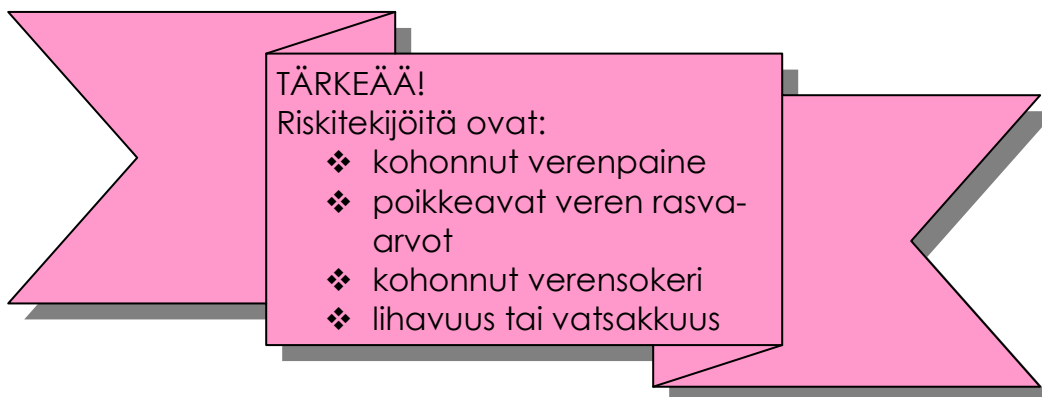
MBO ei ole sinällään sairaus, vaan usean tekijän summa, jossa on riski sairastua vakavasti. Suurin riski on keskivartalolihavilla sekä verenpainepotilailla.

MBO kasvattaa riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, 2-typin diabetekseen sekä näiden mahdollisiin liitännäissairauksiin.

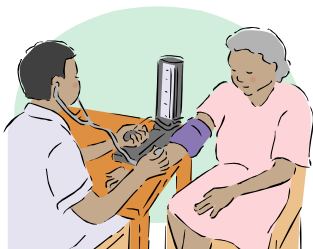
Keskivartalolihavuuden lisäksi oireyhtymään liittyy vähintään kolme seuraavista:

- ✓ kohonnut verenpaine > 130/85mmHg
- ✓ korkea veren triglyseridipitoisuus (veressä oleva rasva-aine) > 1.7 mmol/l
- ✓ matala veren HDL- pitoisuus (hyvä kolesteroli) < 1.0 miehillä
< 1.3 naisilla
- ✓ heikentynyt sokeriaineenvaihdunta, plasman glukoosi (veren sokeripitoisuus) > 6.1 mmol/l tai jo todettu diabetes
- ✓ Vyötärön ympärys >100 cm miehillä
>90 cm naisilla

Metabolista oireyhtymää voidaan ehkäistä ja hoitaa terveellisillä elämäntavoilla.



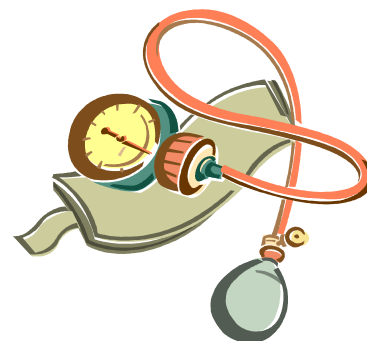
• Tavoiteltavat verenpainearvot



Jokaisen tulisi tietää oma verenpainearvonsa. Ihanteellinen verenpaine on alle 120/80 mmHg. Tavoiteltava verenpainetaso on 140/85 mmHg ja diabeetikoilla 130/80 mmHg.

Noin puolella 35–64-vuotiaista suomalaismiehistä ja kolmanneksella naisista toinen lukemista ylittyy. Vain noin puolet heistä tietää kohonneesta verenpainestaan ja ainoastaan kolmasosaa tiedon saaneista hoidetaan.

Myös perinnöllinen alttius ja elintavat säätelevät verenpainetta. Verenpainetta nostavat monet ruoka-aineet. Ruokaostoksilla voi kiinnittää huomioita juuston, leivän ja leikkeleiden suolapitoisuuksiin. Salmiakki, lakritsi sekä runsas kolan ja kahvin juominen nostavat myös verenpainetta. Tupakanpoltto nostaa verenpainetta ja sykettä. Tupakoinnin lopettaminen puolittaa vuodessa riskin sairastua sydäninfarktiin.



Ennen verenpaineen kotimittausta tulee välttää puoli tuntia aiemmin fyysistä raskuutta, tupakointia sekä kola- tai kahvijuomien nauttimista. Mittaus tulee tehdä vähintään viiden minuutin istumisen jälkeen kaksi kertaa.

TÄRKEÄÄ!

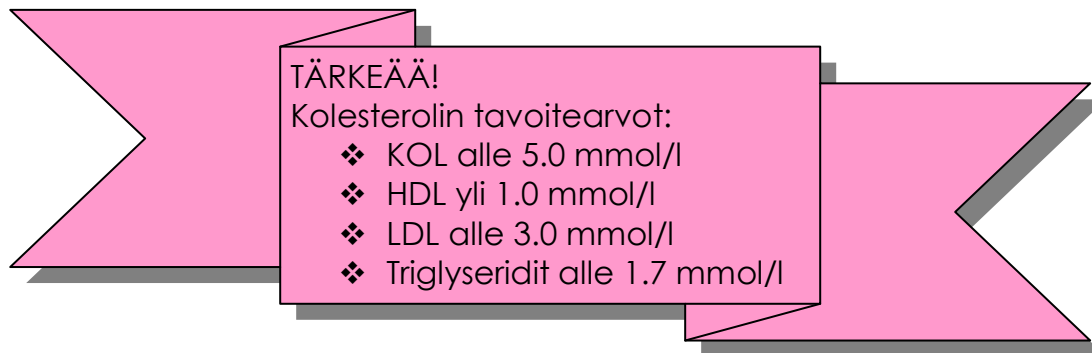
Verenpaineen hoitotavoite:

- ❖ verenpaine alle 140/85 mmHg
- ❖ diabeetikko alle 130/80 mmHg

- **Tavoiteltavat rasva-arvot**

Veren seerumin kolesterolipitoisuuksien tavoitearvot: kokonaiskolesterolin pitoisuus tulisi olla < 5.0 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus < 3.0 mmol/l ja HDL > 1.0 mmol/l. HDL- kolesteroli on "hyvää" kolesterolia, joka vähentää "huonon" LDL-kolesterolin määrää veressä. Lisäksi tavoitteena on pienentää kohonnutta seerumin triglyseridipitoisuutta jonka tavoitetaso on < 1.7 mmol/l.

Triglyseridipitoisuutta vähennetään laihtuttamalla, reippaalla liikunnalla sekä vähentämällä runsasta alkoholin ja sokerin käyttöä. Eduksi on Omega -3-rasvahappojen (kalaöljyn) käyttö 3-4g/vrk.



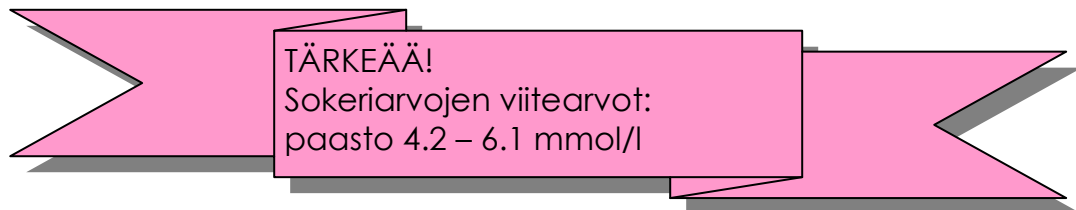
- **Tavoiteltavat sokeriarvot**

Heikentynyt sokeriaineenvaihdunta on diabeteksen esiaste. Heikentynyt sokeriaineenvaihdunta tarkoittaa tilaa, jolloin solujen kyky reagoida insuliiniin on heikentynyt, niin että solut eivät pysty käyttämään sokeria hyödyksi. Lihakset eivät kykene käyttämään sokeria polttoaineenaan normaalisti. Kun insuliinin erityös on puutteellista, verensokeri nousee liiallisesti aterian jälkeen.



Verensokeri kohoaa hitaasti kuukausien kuluessa ja oireisiin tottuu, eikä niitä tiedosta kohonneesta verensokerista johtuviksi. Voimattomuus, väsymys ja masennus voivat vaivata pitkään ennen tilanteen havaitsemista. Tulehdustaudit, jalkasäryt suonenvetoiheen ja puutumisineen sekä näköhäiriöt ovat tavallisia kohonneen verensokerin aiheuttamia oireita. Verensokerin ollessa koholla liiallinen sokeri erittyy munuaisten kautta virtsaan. Virtsaneritys ja virtsaamistarve lisääntyvät. Tämä aiheuttaa limakalvojen ja suun kuivumista sekä janon tunnetta.

Terveellä ihmisellä sokeriarvojen viitearvot ovat 4.2–6.1 mmol/l. Verensokerin paastoarvoihin vaikuttaa jossakin määrin edeltävä ruoka sekä fyysinen ja henkinen tila. Häiriintyneen sokeriaineenvaihdunnan eli diabeteksen määritelmänä on, että verensokeri eli veriplasman glukoosipitoisuus on toistuvasti yön paaston jälkeen 7.0 mmol/l tai sitä suurempi.



Testaa riskisi osoitteesta:

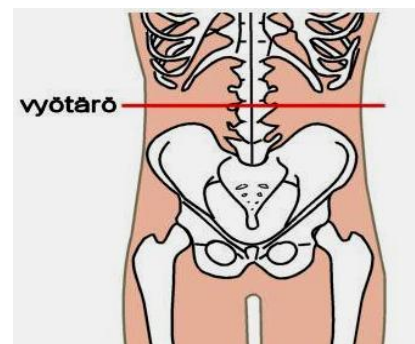
<http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti>

- **Tavoiteltava vyötärön ympäryys**



Vyötärölihavuuden arviointiin tarvitaan vyötärömitta. Rasvakudos voi kerääntyä ihon alle tai vatsaontelon sisälle. Mittanauhan avulla selvitetään, missä määrin liikarasvaa on kertynyt vatsaontelon sisäl-

le. Vatsaontelon rasva häiritsee erityisesti ihmisen neenvaihduntaa ja rasvojen tuotantoa. Vatsaontelon rasvakudos pullottaa mahan seutua ulospäin, mikä näkyy vyötärömitassa.



Mittaus suoritetaan tavallisella venymättömällä mittanauhalla hieman lonkkaluiden yläpuolelta pehmeältä alueelta tai etupuolelta katsottuna 1- 2 cm navan yläpuolelta. Mittanauhan tulee olla vaakasuorassa ja mitattaessa painon tulee olla tasan molemmilla jaloilla. Ensin hengitetään sisään ja sitten ulos. Mittanauhan lukema katsotaan hengityksen loppuksi. Miehellä yli 100 cm ja naisella yli 90 cm vyötärön ympäryys lisää huomattavasti sairauksien vaaraa. Lievästi suurentunut vaara on, kun vyötärön ympäryys on miehellä yli 90 cm ja naisella yli 80 cm.

TÄRKEÄÄ!

MBO:n vaaratekijät:

Lihavuus, erityisesti vyötärölihavuus

- ❖ vyötärön ympäryys miehillä > 100 cm
naisilla > 90 cm
- ❖ heikentynyt sokerinsieto
- ❖ liikunnan puute
- ❖ runsasrasvainen ruokavalio

3. METABOLISEN OIREYHTYMÄN ENNALTAEHKÄISY JA HOITO

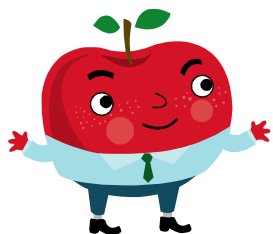
Metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa painottuvat *elämäntapamuutokset*: säännöllinen liikunta, laihduttaminen ja terveellinen ruokavalio. Elämäntapamuutokset voivat vähentävää selvästi riskiä sairastua diabetekseen. Mikäli ha-

luua laihtua, on elintavoissa tehtävä muutoksia. Mikäli haluaa laihtua pysyvästi, on myös muutoksen oltava pysyvä.

Vaikka metabolista oireyhtymää pyritään hoitamaan ensisijaisesti lääkkeitä, joissakin tapauksissa tarvitaan lääkehoitoa. MBO-potilaalle voidaan määrätä myös verenpainelääkitys korkean verenpaineen alentamiseksi. Lääkkeillä voidaan lisätä insuliiniherkkyyttä sekä haiman insuliinin eritystä.

Kolesterolilääkityksellä voidaan alentaa LDL-kolesterolin ja triglyseridien pitoisuuksia ja lisätä HDL-kolesterolin eli "hyvän" kolesterolin määrää veressä. Jos ylipainoisen henkilön paino ei putoa liikunnasta ja dieetistä huolimatta, voidaan turvautua laihdutuslääkkeisiin.

- **Painon pudotus**



Lihavuudella tarkoitetaan liian rasvan kertymistä kehoon. Monesti jo laadulliset muutokset ruokavaliossa vähentävät energian saantia siinä määrin, että paino pienenee suositeltavaa tahtia. Jo 5-10 % laihdutusavoite on terveyden kannalta sopiva ja sen on todettu vaikuttavan merkitsevästi terveyteen. Esimerkiksi jos henkilö painaa 80 kg, 5-10 % painonpudotus on 4-8 kg.

Laihduttaessa liikarasva vähenee vatsaontelosta nopeammin kuin muualta. Terveydellisesti tämä on merkittävää etenkin ajatellen MBO-oireyhtymää.

Laihduttaessa liikarasva vähenee vatsaontelosta nopeammin kuin muualta. Terveydellisesti tämä on merkittävää etenkin ajatellen MBO-oireyhtymää.

TÄRKEÄÄ!

Jo pieni 5-10 % painon pudotus on **MERKITTÄVÄ** terveyden kannalta!

AIKUISTEN PAINOINDEKSITÄULUKKO

Pituus cm	Painoindeksi (kg/m ²)				
	18,5–25	25–30	30–35	35–40	yli 40
	Normaali paino (kg)	Lievä lihavuus eli ylipaino (kg)	Merkittävä liha- vuus (kg)	Vaikea liha- vuus (kg)	Sairaallinen liha- vuus (kg)
150	42–56	56–67	67–79	79–90	90–
152	43–57	57–69	69–81	81–92	92–
154	44–59	59–71	71–83	83–95	95–
156	45–61	61–73	73–85	85–97	97–
158	46–62	62–75	75–87	87–100	100–
160	47–64	64–77	77–90	90–102	102–
162	49–65	65–79	79–92	92–105	105–
164	50–67	67–81	81–94	94–108	108–
166	51–69	69–83	83–96	96–110	110–
168	52–70	70–85	85–99	99–113	113–
170	53–72	72–87	87–101	101–116	116–
172	55–74	74–89	89–104	104–118	118–
174	56–75	75–91	91–106	106–121	121–
176	57–77	77–93	93–108	108–124	124–
178	59–79	79–95	95–111	111–127	127–
180	60–81	81–97	97–113	113–130	130–
182	61–83	83–99	99–116	116–132	132–
184	63–84	84–102	102–118	118–135	135–
186	64–86	86–104	104–121	121–138	138–
188	65–88	88–106	106–124	124–141	141–
190	67–90	90–108	108–126	126–144	144–
192	68–92	92–111	111–129	129–147	147–
194	70–94	94–113	113–132	132–150	150–

Artikkelin tunnus: dia00701 (006.010) © 2009 Kustannus Oy Duodecim (16.11.2009 klo 15.45)

- **Ravitsemus**



Ravintoaineiden tasapainoinen ja sopiva saanti luo perustan terveydelle ja hyvinvoinnille. Kun ravinnosta saadaan sopivasti energiaa, paino pysyy normaalina ja liikkuminen on helppoa. Fyysisesti hyvin voiva jaksaa paremmin ja tuntee itsensä vireäksi. Ravitsemus-

suosituksissa korostetaan ruokavalion kokonaisuutta.



Ravitsemus suositusten ydinkohdat ovat:

- ❖ energiansaannin ja –kulutuksen tasapainottaminen
- ❖ tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti
- ❖ ravintokuitua sisältävien hiilihydraattilähteiden lisääminen
- ❖ sokerin vähentäminen
- ❖ kovan rasvan vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla
- ❖ ruokasuolan/natriumin saannin vähentäminen
- ❖ alkoholinkulutuksen kohtuullisuus

Ruokavaliomuutoksilla kolesterolipitoisuutta voidaan pienentää keskimäärin 3-6 %. Kovaa rasvaa saadaan etenkin maitotaloustuotteista. Sitä on monesti ns. piilorasvana liharuoissa, juustoissa, jäätelössä, jogurtissa ja leivonnaisissa.

Lautasmallissa kasvien suositeltava osuus on puolet lautasesta. Neljännes lautasesta on perunaa, riisiä tai pastaa. Toinen neljännes on liha-, kala- tai munaruokaa. Ateriaa täydentää lasillinen rasvatonta maitoa tai piimää, pehmeällä rasvalla voideltu leipäviipale ja annos marjoja tai hedelmiä. Ateriakoko määräytyy energian tarpeen mukaan.



Ruoka on muutakin kuin ravintoaineita; ruoka ja ruokailut tuottavat myös mielihyvää. Jokapäiväiset, usein toistuvat valinnat määräävät ruokavalion laadun. Satunnaiset poikkeamat eivät vaikuta suuntaan tai toiseen. Tärkeimmät muutosten kohteet ovat säännöllinen ateriarytmi, harkitut ruokaostokset, syömisen houkutusten vähentäminen sekä syömiseen keskittyminen.

Ravitsemuksellisesti alkoholijuomia voidaan verrata sokeriin ja koviin rasvoihin. 100g alkoholia sisältää energiaa 700kcl eli lähes yhtä paljon kuin rasva. Alkoholi tuottaa elimistössä runsaasti energiaa ja tämä johtaa herkästi lihomiseen. Runsaasti alkoholia nauttivilla vatsaontelon sisäistä rasvaa on enemmän kuin kohtuu-

käyttäjillä. Suurina määrinä alkoholi vaikuttaa kaikkiin elimiin ja sillä on äkillisiä sekä pitkäaikaisia haittavaikutuksia terveydelle.

www.paihdelinkki.fi/testaa/audit



Yksi ravintola-annos annos vastaa energiamäärältään voinin verran, eli 14 g.

- **Liikunta**



Kävely on hyvää liikuntaa. Sauvakävely antaa siihen vaihtelua ja sen voi pilkkoa pätkäliikunnaksi, vähintään 10 min kestäviin jaksoihin. Liikunnan lisääminen yksinään ilman painon muutostakin pienentää MBO riskiä.

Aluksi kannattaa kohottaa kuntoa harrastamalla arkiliikuntaa niin paljon kun ehtii. Käytä lihaksiasi aina, kun siihen on mahdollisuus. Kulje kävelen tai pyöräillen työ- ja kauppamatkat. Jää bussista yhtä pysäkkiä aiemmin ja käytä portaita hissien sijaan. Kävele aina kun on mahdollisuus.



Tärkeintä on lisätä päivittäisiä askeleita tai muuta fyysistä ponnistelua.

Mikäli ylipainoa on huomattavasti, ei raskasta liikuntaa kuten hölkkäämistä suositella. Se voi kuormittaa liikaa tuki- ja liikuntaelimiä. Liika rasitus voi kipeytymisen vuoksi sammuttaa liikunnan ilon kokonaan. █

Liikunta vaikuttaa ihmisen mielialaan virkistävästi ja lievittää psyykkistä kuormittavuutta. Kunnon kehittyessä elämänlaatu ja terveys paranevat. Säännöllinen liikunta tukee painonhallintaa ja ehkäisee ylipainon kehittymistä sekä ehkäisee MBO-oireyhtymän muodostumista.

Terveysliikunnansuosituksia: www.ukkinstituutti.fi

TÄRKEÄÄ!
Päivittäinen 30 min kävely edistää kokonaisvaltaisesti terveyttä!

4. MUUTOS TAPAHTUU PIENIN ASKELIN!

Metabolista oireyhtymää hoidetaan ensisijaisesti **elämäntapamuutoksilla**. Usein tärkein toimenpide on laihduttaminen. Laihduttamisen on todettu vaikuttavan positiivisesti verenpaineeseen, sokeriaineenvaihduntaan, painonhallintaan sekä mielialaan.

Muutoksen toteuttamiseksi on tunnistettava tarve ja mahdollinen ongelma. Pienet arkipäivän valinnat merkitsevät ajan mittaan paljon ja niillä on hyvinvoinnille ratkaiseva merkitys. Myönteiseen muutosprosessiin kuuluu lipsumiset. Parhaiten motivoi itse asetettu tavoite. Pystyvyyden tunne antaa uskoa siihen, että itsellä on kykyä hallita omaa toimintaa ja tapahtumia, jotka vaikuttavat omaan elämään. Voimaantumisen seurauksena kykenee itse asettamaan ja saavuttamaan päämääriä sekä omaa vastuuta elintavoistaan.



Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tulee järjestää mahdollisuus siihen, että jokainen kansalainen tietää, onko hänellä verenpaine tai kolesteroli koholla. Terveyskeskuksen itsehoito-pisteessä voi mitata verenpainetta ja terveydenhoitajan vastaanotolla keskustella elintapamuutoksista. Työterveyslääkärin tai omalääkärin vastaanotolla selvitetään tarkemmin, mitkä terveyteen liittyvät laboratoriotestit ovat aiheellisia.

Sinulla on mahdollisuus tehdä valintoja. Muutoksen avaimet ovat käsissäsi.



TÄRKEÄÄ!**SUOJAAVAT ASIAT:**

- ❖ Säännöllinen liikunta
- ❖ 5-10 % painonpudotus
- ❖ terveellinen ruoka
- ❖ tupakoimattomuus
- ❖ alkoholin kohtuukäyttö
- ❖ riittävä uni ja lepo
- ❖ myönteinen elämänsenne

Terveysteen liittyviä linkkejä:

www.diabetes.fi/testit/riskitesti
www.pienipaatospaivassa.fi/testaa.php
www.kaypahoito.fi
<http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki>
www.sydanliitto.fi
http://www.sydanliitto.fi/testaa/fi_FI/painoindeksi
<http://www.tohtori.fi/>
<http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti>
<http://elamapelissa.yle.fi/>

Linkejä liikuntaan:

www.ukkinstituutti.fi
www.kerava.fi/liikunta.asp
<http://knv.sporttisaitti.com/>
www.liikkumisresepti.net
www.kki.likes.fi
www.soveli.fi
www.fysiokimppa.fi
www.pienipaatospaivassa.fi



5. LÄHTEET

Aro, A., Mutanen, M., uusitupa, M.(toim.). 2005. Duodecim. Ravitsemustiede. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino.

Duodecim. Lääkärin käsikirja. 2008. Gummerus

Fagerholm, M., Vuori, I., (toim.). 2005. Terveysliikunta. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R., Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemus-hoito-opas. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino.

Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, A. E., Rönnemaa, T. (toim.). 2006. Diabetes. DUODECIM. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Kemppainen, T., Junnila, U. 2007. Sepelvaltimotautipotilaan itsehoidon tueksi. Varsinais-Suomen Sydänpiiri ry. (Viitattu 5.7.2009).

Mustajoki, P., Leino, U. 2002. Laihdu pysyvästi, hallitse painoasi. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Parkkinen, K., Sertti, P. 2008. Avain ravitsemukseen. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto Oy.
<http://tbn2.google.com/images?q=tbn:NRy69xBYiccXdM:http://piirit.sydanliitto.fi/varsinaissuomen>
 (Viitattu 13.10.2009).

Uusitupa, M., Duodecim 2001;117:621–30.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92156.pdf> (Viitattu 7.7.2009).

<http://www.biovita.fi/suomi/tuotteet/painotaulukko.html> (Viitattu 31.11.2009).

<http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/index.php> (Viitattu 20.10.2009).

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00047> (Viitattu 10.9.2009).

<http://office.microsoft.com/fi-fi/clipart/download.aspx>. (Viitattu 28.8.2009).

<http://ffp.uku.fi/kuntoneuvola/testi.htm> (Viitattu 20.10.2009).

<http://office.microsoft.com/fi-fi/clipart/results.aspx?qu=omena&sc=20/kuvat> (Viitattu 31.10.2009).

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00701#T1 (Viitattu 15.11.2009).

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dik00043 (Viitattu 15.10.2009).

<http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=khp00016> (Viitattu 3.5.09).

<http://www.valio.fi/profeel/linkki> (Viitattu 25.9.09).