

Anni Kotisaari

**KEHONPAINOINDEKSIIN VAIKUTUS
KOKEMUKSEEN OMASTA TERVEYDESTÄ
SEKÄ ELÄMÄNTAPANEUVONNASTA JA
VAIKUTUS TERVEYSPALVELUIDEN
KÄYTTÖÖN**

Health and social support -tutkimus 2012

Lääketieteen ja terveystieteiden tiedekunta

Syventävä opinnäytetyö

TIIVISTELMÄ

Anni Kotisaari: Kehonpainoindeksin vaikutus kokemukseen omasta terveydestä sekä elämäntapaneuvonnasta ja vaikutus terveyspalveluiden käyttöön

Ohjaaja professori Markku Sumanen

Syventävä opinnäytetyö

Tampereen yliopisto

Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma

Joulukuu 2022

Suomalaisesta aikuisväestöstä suuri osa on ylipainoisia. Aikuinen henkilö katsotaan ylipainoiseksi, jos hänen kehonpainoindeksinsä on yli 25 kg/m². Ylipaino lisää riskiä sairastua useisiin sairauksiin, ja siihen on tutkimuksissa liitetty huonompi koettu elämänlaatu. Myös ylipainoon liittyvää syrjintää esiintyy sekä terveydenhuollossa että jokapäiväisessä elämässä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, onko kehonpainoindeksillä vaikutusta henkilön kokemukseen terveydentilasta, terveyspalveluiden käyttöön tai kokemukseen elämäntapaneuvonnasta. Terveyspalveluiden käytön osalta tutkitaan kuinka suuri osa ali- ja normaalipainoisista ja ylipainoisista ei ollut käynyt vastaanotoilla kertaakaan vuoden aikana ja kuinka suuri osa kävi kaksi kertaa tai enemmän. Aineistona käytetään vuonna 2012 kerättyä Health and Social Support -tutkimuksesta kerättyä aineistoa. Aineisto on kerätty kyselytutkimuksena, ja vuonna 2012 siihen vastanneita oli 15 993. Tutkittavia yhteyksiä tarkastellaan ristiintaulukoinnilla ja khiin neliön testillä.

Havaitaan, että ylipainolla on vaikutusta siihen, miten henkilö kokee oman terveydentilansa. Ylipainoisista pienempi osa kokee terveydentilansa hyväksi verrattuna ali- ja normaalipainoisiin. Ali- ja normaalipainoisista terveydentilansa koki hyväksi tai melko hyväksi 85 % ja ylipainoista 70 %. Terveyspalveluiden käytössä ylipainolla on vaikutusta etenkin terveyskeskuslääkärillä ja sairaalan poliklinikalla tapahtuneisiin käynnteihin, joissa ali- ja normaalipainoisista suurempi osa ei ollut käynyt terveyskeskuslääkärillä ja sairaalan poliklinikalla kertaakaan vuoden aikana verrattuna ylipainoisiin. Useampia käyntejä on ylipainoisilla enemmän terveyskeskuslääkärin vastaanotolla, työterveydessä ja sairaalan poliklinikalla. Ali- ja normaalipainoisilla useampia käyntejä on enemmän yksityislääkärin vastaanotolla ja hammaslääkärissä. Tapaturman vuoksi tapahtuneissa käynneissä erot olivat hyvin pieniä. Elämäntapaohjaukseen suhtautumisessa ylipainoisista suurempi osa koki lääkärin antamalla ohjauksella olevan hyvin paljon tai melko paljon vaikutusta. Sen sijaan ali- ja normaalipainoisista suurempi osa, 25 %, koki ettei ohjauksella ole heihin kovin paljon tai ollenkaan vaikutusta, kun ylipainoisilla osuus oli 18 %.

Tutkimus osoittaa, että ylipainolla on vaikutusta sekä terveyspalveluiden käyttöön että kokemukseen terveydestä ja annetusta ohjauksesta. Jotta kansanterveydellisenä haasteena olevaa ylipainoa voitaisiin pystyä paremmin hoitamaan, on tärkeää tietää miten se vaikuttaa henkilön kokemuksiin. Terveyspalveluiden tehostamisen kannalta tarvitaan tietoa, onko ylipainoisten terveyspalveluita syytä tehostaa.

Avainsanat: ylipaino, lihavuus, terveyspalvelut, terveydentila, elämäntapaohjaus.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYS

Johdanto	1
Aineisto	2
Menetelmät	3
Tulokset	4
Pohdinta	14
Lähteet	18

JOHDANTO

Ylipaino määritellään aikuisilla kehonpainoindeksin avulla kehon pituudesta ja painosta siten, että ylipainoksi tulkitaan BMI 25 kg/m^2 tai yli ja lihavuudeksi BMI 30 kg/m^2 tai yli (1,2). Ylipaino voidaan joissain yhteyksissä myös määrittää vyötärön ympäryksen avulla siten, että miehillä vyötärön ympäryys 100 cm tai yli kertoo vyötärölihavuudesta ja naisilla vyötärön ympäryys 90 cm tai yli kertoo vyötärölihavuudesta (1). Ylipaino ja lihavuus ovat seurauksia liiallisesta energiansaannista energiankulutukseen suhteutettuna. Suuri vaikutus on elintapojen ja -ympäristön muuttumisella. Nykyinen elinympäristö on energiansaantiin kannustava. (3) Ylipaino lisääntyy koko ajan sekä Suomessa että kansainvälisesti (1,2). Suomalaisesta aikuisväestöstä suuri osa on ylipainoisia. Vuonna 2017 tehdyn FinTerveys-kyselyn mukaan nuorista 18–29-vuotiaista ylipainoisia tai lihavia on naisista 35 % ja miehistä 47 %. Ikäryhmästä yli 30-vuotiaat vastaavat osuudet olivat naisista 63 % ja miehistä 72 %. (1,3)

Lihavuus myötävaikuttaa useiden sairauksien syntyyn, ja sillä on suuri taloudellinen ja kansanterveydellinen merkitys. Lihavuus lisää riskiä sairastua useisiin sairauksiin kuten tyyppin 2 diabetekseen, sepelvaltimotautiin, uniapneaan, nivelrikkoon, useisiin syöpiin ja masennukseen. (3,4) Varsinaisten sairauksien ohella lihavuus lisää riskiä hedelmättömyyteen ja synnytyskomplikaatioihin naisten lihavuuden osalta. Lihavuus lisää myös kuolleisuutta, kun painoindeksi ylittää 30 kg/m^2 . (3) Lihavuus liittyy huonompaan elämänlaatuun etenkin fyysisen elämänlaadun osalta (5). Elämänlaatua on tutkittu suomalaisilla nuorilla, ja myös heillä yhteys on samansuuntainen. Vuonna 2017 tehdyn Kouluterveyskyselyn perusteella ylipainoisten nuorten kokemus omasta terveydentilasta oli keskinkertainen tai huono useammin kuin normaalipainoisilla. Myös ahdistuneisuus ja masennusoireilu olivat yleisempiä ylipainosten nuorten keskuudessa. (6)

Lihavuuteen liittyy useilla elämäniloilla esiintyvää syrjintää ja ennakkoluuloja. Ylipainoisiin kohdistuvaa syrjintää ja ennakkoluuloja on sosiaalisissa suhteissa ja työpaikoilla, mediassa ja

terveydenhuollossa. (3,7) Myös terveydenhuollon työntekijöillä esiintyy ennakkoluuloja, joiden mukaan he ajattelevat ylipainoisten ihmisten olevan muun muassa laiskoja, kurittomia, sitoutumattomia hoitoon ja heillä olevan matala tahtotila (7). Tällaiset ennakkoluulot vaikeuttavat terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä kommunikaatiota ja voivat vaikuttaa siihen, ettei painonhallintaohjausta osata antaa oikealla tavalla. (8) Koettu syrjintä ja ennakkoluulot voivat vaikeuttaa myös painonhallintaa (3). Terveystieteiden työntekijöiden ennakkoluulot ylipainoisia potilaita kohtaan vähentävät käyntejä terveydenhuollossa, tai käyntejä lykätään (9,10). Ylipainoiset naiset myös käyvät muita harvemmin rintojen mammografiaseulonnoissa ja kohdunkaulansyövän papa-seulonnoissa (11). Kuitenkin kokonaisuudessaan ylipainoiset vaikuttavat käyttävän terveystalvaeluita enemmän (12). Suomalaisessa HeSSup- tutkimuksessa tutkittiin ihmisten tyytyväisyyttä paikallisiin terveystalvaeluihin, eikä tässä ollut yhteyttä ylipainon ja tyytyväisyyden välillä. (13)

Ylipainon kustannukset ovat huomattavat: pelkästään terveydenhuollon kustannuksista Suomessa on arvioitu 3 % olevan lihavuuden aiheuttamia. Sen lisäksi lihavuus lisää riskiä useisiin sairauksiin ja siten lisää työkyvyttömyyseläkkeiden määrää. (14)

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa vaikuttaako ylipaino suomalaisessa työikäisessä väestössä siihen, miten henkilö käyttää terveystalvaeluita tai miten hän kokee oman terveytensä tai suhtautuu elämäntapaneuvontaan.

AINEISTO

Tutkimuksen aineistona käytetään vuonna 2012 tehdystä Health and Social Support (HeSSup) - tutkimuksesta kerättyä aineistoa. Kyseessä on prospektiivinen seurantatutkimus, jonka kolme osaa on toteutettu Suomessa vuosina 1998, 2003 ja 2012. Tässä tutkimuksessa käytetään ainoastaan vuonna 2012 kerättyä aineistoa. Vuonna 1998 tutkimukseen valittiin Väestörekisterikeskuksesta 64 797 työikäistä suomalaista, joille lähetettiin kyselylomake. Kyselylomakkeessa oli useita kysymyksiä liittyen terveyteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Ensimmäisessä vaiheessa vuonna 1998

otoksessa oli mukana neljä syntymäkohorttia, jotka olivat seuraavat: 1944–1948, 1954–1958, 1964–1968, 1974–1978. Vastausosuus oli tuolloin noin 40 %. Vuonna 2012 lähetettiin kyselylomake niille henkilöille, jotka olivat vastanneet lomakkeeseen vuonna 1998, pois lukien henkilöt, joiden osoite Suomessa poistui tai he olivat kuolleet. Sen lisäksi otosta täydennettiin syntymäkohortilla 1984–1988, ja nämä henkilöt poimittiin samoin Väestörekisterikeskuksesta. Näin ollen kolmannessa osassa vuonna 2012 kyselylomakkeeseen vastasi 15 993 ihmistä, ja vastausosuus oli 45,4 %.

Vuoden 1998 aineistoa on analysoitu eikä vastaajien ja vastaamattomien ryhmien välillä ollut juurikaan eroja fyysisessä terveydessä (15). Kuolleisuus oli kohonnut vastaamattomien ryhmässä (16).

MENETELMÄT

Tutkimuskysymyksinä tässä syventävässä opinnossa olivat painoindeksin vaikutus terveyspalveluiden käyttöön, painoindeksin vaikutus kokemukseen omasta terveydestä sekä painoindeksin vaikutus lääkäriltä saatuun elintapaohjaukseen suhtautumisessa.

BMI eli kehonpainoindeksi laskettiin vastanneiden ilmoittaman painon ja pituuden mukaan kaavalla $BMI = \text{paino (kg)} / \text{pituus (m)}^2$. BMI dikonomisoitiin BMI:n normaalirajan, eli 25 kg/m² mukaan, kahteen ryhmään joista toisessa olivat ali- tai normaalipainoisten BMI:t eli BMI korkeintaan 25 kg/m², ja toisessa ylipainoiset ja lihavat, eli BMI yli 25 kg/m².

Terveydentilaa kuvaava muuttuja perustuu tutkimuksessa olleeseen kysymykseen ”Millaiseksi koet oman terveydentilasi?” Vastausvaihtoehtoja olivat ”hyvä”, ”melko hyvä”, ”kohtalainen”, ”melko huono” ja ”huono”.

Tutkimuslomakkeessa vastaajien terveyspalveluiden käyttöä kartoitettiin kysymyksellä ”Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet käynyt...?” Vastaajalta tiedusteltiin erikseen kyseisellä kysymyksellä, kuinka usein hän oli käynyt terveyskeskuslääkärin, työterveyslääkärin, yksityislääkärin, ja hammaslääkärin vastaanotolla sekä sairaalan poliklinikan vastaanotolla tai tapaturman vuoksi sairaalassa tai lääkärissä.

Suhtautumista elämäntapaohjaukseen tiedusteltiin seuraavalla kysymyksellä ”Kuinka paljon lääkärin antamalla elintapaohjauksella on vaikutusta elintapoihisi? ” Vastausvaihtoja tähän kysymykseen oli viisi: ”Hyvin paljon”, ”melko paljon”, ”kohtalaisesti”, ”ei juurikaan” sekä ”en osaa sanoa”.

Kyseiä yhteyksiä tutkittiin IBM SPSS Statistics -ohjelmiston versiolla 27. Muuttujien analysointi toteutettiin ristiintaulukoinnilla sekä Khiin neliön testillä. Tulokinnassa merkitseväenä pidettiin p-arvoa < 0,05.

TULOKSET

BMI:n keskiarvo oli tässä aineistossa 26,0 ja standardideviaatio 4,8. Vastanneista hieman yli puolet eli 52 % ja 8198 olivat ali- tai normaalipainoisia ja vastaavasti 48 % ja 7616 oli ylipainoisia tai lihavia. Naisista ali- tai normaalipainoisia oli 54,0 % ja 5417, miehistä 38,0 % ja 2199. Ylipainoisia oli naisista 46,0 % ja 4614. Vastaavat osuudet olivat miehistä 62,0 % ja 3584.

Kysymykseen vastanneista suurin osa, 77 % piti terveydentilaansa hyvänä tai melko hyvänä. Hyvin pieni osa piti terveydentilaansa huonona tai melko huonona.

Taulukko 3: Suhtautuminen elämäntapaohjaukseen

Elämäntapaohjauksen vaikutus henkilöön	%	N
Hyvin paljon	13	2043
Melko paljon	43	6876
Ei kovinkaan paljon	23	3641
Ei ollenkaan	4	573
En osaa sanoa	17	2753
Yhteensä	100	15886

Oman ilmoituksensa mukaan kertaakaan terveyskeskuksen vastaanotolla ei ollut käynyt kertaakaan noin puolet vastaajista, kerran oli käynyt neljäsosa, 2–4 kertaa viidesosa ja 5 kertaa tai useammin muutama prosentti vastanneista.

Vastanneista yli puolet kertoi, ettei käynyt 12 kuukauden aikana työterveyslääkärin vastaanotolla lainkaan, viidesosa oli käynyt kerran, samoin viidesosa oli käynyt 2–4 kertaa ja kahdeskymmenesosa kertoi käyneensä 5 kertaa tai enemmän. Sairaalan poliklinikan vastaanotolla ei ollut käynyt kertaakaan seitsemän kymmenestä vastaajasta, kerran oli käynyt vajaa kuudennes, 2–4 kertaa oli käynyt joka kahdeksannes ja yli 5 kertaa muutama prosentti vastaajista. Yksityislääkärin vastaanotolla ei ollut käynyt kertaakaan reilusti yli puolet vastanneista, kerran oli käynyt viidesosa, 2–4 kertaa noin yksi kymmenestä ja 5 kertaa tai useammin pari prosenttia vastaajista. Hammaslääkärin vastaanotolla vuoden aikana ei ollut käynyt kertaakaan kolmannes vastanneista, kerran oli käynyt reilu kolmannes, 2–4 kertaa neljännes ja 5 kertaa tai useammin noin kahdeskymmenesosa vastanneista. Vastaajista suurin osa ilmoitti, ettei ollut käynyt tapaturman vuoksi sairaalassa kertaakaan, kymmenesosa oli käynyt kerran, pari prosenttia oli käynyt 2–4 kertaa ja vain yksi sadasta oli käynyt 5 kertaa tai enemmän.

Vastaajista reilu kymmenesosa kertoi, että lääkärin antamalla elintapaohjauksella on hyvin paljon vaikutusta, lähes puolet vastasi vaikutusta olevan melko paljon, lähes viidennes koki, ettei sillä ole kovinkaan paljon vaikutusta, muutama prosentti kertoi, ettei ohjeilla ole vaikutusta ollenkaan ja ”en osaa sanoa” vastasi lähes viidennes.

Painoindeksin vaikutuksesta terveydentilaan huomattiin, että BMI:n ollessa alle 25 kg/m², terveydentilansa koki hyväksi tai melko hyväksi useampi kuin neljä viidestä vastaajasta. Ylipainoisista vastaava osuus oli pienempi, vajaa kolme neljästä. Vastaavasti ylipainoisista terveydentilansa kokivat huonoksi tai melko huonoksi vajaa kymmenesosa, kun normaali- ja alipainoisilla osuus oli neljä sadasta, p < 0,001.

Taulukko 4: Terveydentilan kokemus vastaajilla kehonpainoindeksin mukaan

Kokemus terveydentilasta	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Hyvä	53	4005	31	2562
Melko hyvä	32	2446	39	3169
Kohtalainen	12	887	23	1868
Melko huono	3	189	6	466
Huono	1	49	1	84
Yhteensä	100	11682	100	8149

p < 0,001

Painoindeksin vaikutusta käynteihin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tarkastellessa huomattiin, että vuoden aikana terveyskeskuslääkärin vastaanotolla oli käynyt kerran tai ei kertaakaan ylipainoisista lähes kolme neljästä ja ali- ja normaalipainoisista lähes neljä viidestä. Kerran vastaanotolla oli käynyt ali- ja normaalipainoisista ja ylipainoisista noin neljäsosa. Useampia

käyntejä (2 tai enemmän) oli vähemmän ali- ja normaalipainoisten ryhmässä, reilu viidennes, kun ylipainoisten ryhmässä, jossa osuus oli reilu neljännes, $p < 0,001$.

Taulukko 5: Käynnit terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vuoden aikana BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista.

Käynnit vastaanotolla	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Ei kertaakaan	55	4091	48	3842
Kerran	23	1705	24	1888
2-4 kertaa	19	1401	23	1835
5 kertaa tai enemmän	3	239	5	400
Yhteensä	100	7436	100	7965

$p < 0,001$

Kun verrattiin käyntejä työterveyslääkärin vastaanotolla kehonpainoindeksiin mukaan, vastaanotolla vuoden aikana ei ollut käynyt kertaakaan vuoden aikana ali- ja normaalipainoisista 57 % ja ylipainoisista 56 %. Useampia käyntejä, 2 tai enemmän, oli ali- ja normaalipainoisten ryhmässä 25 % ja ylipainoisten ryhmässä 27 %, $p = 0,033$.

Taulukko 6: Käynnit työterveyslääkärin vastaanotolla vuoden aikana BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista.

Käyntejä vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Ei kertaakaan	57	4207	56	4299
Kerran	18	1320	18	1397
2-4 kertaa	20	1444	21	1609
5 kertaa tai enemmän	5	354	6	433
Yhteensä	100	7325	100	7738

p = 0,033

Lääkärin vastaanotolla sairaalan poliklinikalla ei ollut käynyt kertaakaan ali- ja normaalipainoisista 72 % ja ylipainoisista 67 %. Useampia käyntejä (2 tai enemmän) oli ali- ja normaalipainoisten ryhmässä 15 % ja ylipainoisten ryhmässä 18 %, p < 0,001

Taulukko 7: Käynnit sairaalan poliklinikalla vuoden aikana BMI:n mukaan, prosenttia vastaajista

Käyntejä vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Ei kertaakaan	72	5275	67	5153
Kerran	13	961	16	1221
2-4 kertaa	12	843	15	1124
5 kertaa tai enemmän	3	204	3	253
Yhteensä	100	7283	100	7751

p < 0,001

Vuoden aikana yksityislääkärillä ei ollut käynyt kertaakaan ali- ja normaalipainoisista 64 % ja ylipainoisista 66 %. Useampia käyntejä (2 tai enemmän) oli ali- ja normaalipainoisten ryhmässä 20 % ja ylipainoisten ryhmässä 14 %, p = 0,005.

Taulukko 8: Käynnit yksityislääkärillä vuoden aikana BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista

Käyntejä vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
ei kertaakaan	64	4668	66	5116
Kerran	22	1593	20	1537
2-4 kertaa	13	938	12	925
5 kertaa tai enemmän	7	122	2	143
Yhteensä	100	7321	100	7721

P = 0,005

Kun sitten tarkasteltiin käyntejä hammaslääkärin vastaanotolla, huomataan että vuoden aikana hammaslääkärillä ei ollut käynyt kertaakaan ali- ja normaalipainoisten ryhmässä 36 % ja ylipainoisten ryhmässä 32 %. Useampia käyntejä (2 tai enemmän) oli vähemmän ali- ja normaalipainoisten ryhmässä, 28 %, verrattuna ylipainoisten ryhmään, jossa vastaava osuus oli 33 %, $p < 0,001$.

Taulukko 9: Käynnit hammaslääkärillä vuoden aikana BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista

Käynnit vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Ei kertaakaan	36	2660	32	2568
Kerran	36	2713	35	2798
2–4 kertaa	24	1791	28	2199
5 kertaa tai enemmän	4	284	5	369
Yhteensä	100	7448	100	7934

p < 0,001

Vuoden aikana tapaturman vuoksi sairaalassa tai lääkärissä ei ollut käynyt kertaakaan ali- ja normaalipainoisista 89 % ja ylipainoisista 88 %. Useampia käyntejä oli myös lähes saman verran kummassakin ryhmässä, 3 % ali ja normaalipainoisilla ja 4 % ylipainoisilla, p = 0,012.

Taulukko 10: Käynnit tapaturman vuoksi sairaalassa tai lääkärissä vuoden aikana BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista.

Käynnit vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Ei kertaakaan	89	6539	88	6805
Kerran	8	571	8	639
2–4 kertaa	2	178	3	226
5 kertaa tai enemmän	1	43	1	72
Yhteensä	100	7331	100	7742

p = 0,012

Tarkastellessa suhtautumista elämäntapaohjaukseen, ali- ja normaalipainoisista 55 % kokivat elämäntapaohjauksella olevan hyvin tai melko paljon vaikutusta, vastaava osuus ylipainoisista oli 57 %. Ali- ja normaalipainoisista 25 % vastasi, ettei tällaisella ohjauksella ole heihin kovinkaan paljon tai ollenkaan vaikutusta, vastaava osuus ylipainoisista oli 18 %, p < 0,001.

Taulukko 11: Suhtautuminen lääkärin antamaan elämäntapaohjaukseen BMI:n mukaan, prosentteja vastaajista.

Käynnit vuoden aikana	BMI korkeintaan 25 kg/m ²		BMI yli 25 kg/m ²	
	%	N	%	N
Hyvin paljon	14	1054	12	968
Melko paljon	41	3135	45	3689
Ei kovinkaan paljon	21	1552	25	2044
Ei ollenkaan	4	320	3	252
En osaa sanoa	20	1504	15	1206
Yhteensä	100	7565	100	8159

p < 0,001

POHDINTA

Tutkimuksen päätuloksena voidaan todeta, että kehonpainoindeksillä oli vaikutusta sekä kokemukseen omasta terveydestä että terveyspalveluiden käyttöön ja suhtautumiseen terveysneuvontaan.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli kehonpainoindeksin vaikutus kokemukseen omasta terveydestä. Ali- ja normaalipainoisista suurempi osa koki terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, ja ylipainoisista suurempi osa koki terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi, verrattuna ali- ja normaalipainoisiin. Tämän tutkimuksen perusteella siis ylipainoiset kokivat terveydentilansa harvemmin hyväksi ja useammin huonoksi, kuin ali- ja normaalipainoiset.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli terveystalveluiden käyttö kehonpainoindeksin mukaan. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että terveydenhuollon toimipisteellä oli vaikutusta siihen, miten paljon kehonpainoindeksi vaikutti käynteihin. Eniten vaikutusta kehopainoindeksillä näyttäisi tämän tutkimuksen perusteella olevan käynteihin terveyskeskuksessa, hammaslääkärillä, yksityislääkärillä ja sairaalan poliklinikalla. Erot käynneissä työterveyslääkärin vastaanotolla olivat hyvin pieniä. Samoin käynneissä tapaturman vuoksi sairaalassa erot olivat hyvin pieniä, vain yhdestä kahteen prosenttiyksikköä.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ei ollut käynyt kertaakaan pienempi osa ylipainoisista kuin ali- ja normaalipainoisista. Useampia käyntejä oli vähemmän ali- ja normaalipainoisten ryhmässä. Terveyskeskus on perusterveydenhuollon toimipiste, ja sen ajatellaan olevan usein ensimmäinen kontakti terveydenhuoltoon jonkin vaivan kohdatessa. Siellä tapahtuu sekä päivystystoimintaa että kiireetöntä vastaanottoa sekä esimerkiksi neuvolaa. Näitä tässä tutkimuksessa ei eritelty, joten vastaukset kattavat kaiken terveyskeskuksen vastaanottotoiminnan. Toisaalta voi olla, että osa vastanneista henkilöistä ei ajatellut esimerkiksi neuvolatoiminnan sisältyvän tähän kysymykseen, jos sen toimipiste on ollut eri sijainnissa kuin itse terveyskeskus.

Kun sitten tarkastellaan käyntejä työterveyslääkärin vastaanotolla, tuloksista voidaan päätellä, että ei kertaakaan käynteitä oli jotakuinkin saman verran kummassakin ryhmässä. Useampia käyntejä samalla henkilöllä oli hieman vähemmän ali- ja normaalipainoisten ryhmässä, 25 %, kun ylipainosten ryhmässä osuus oli 27 %. Tähän voi mahdollisesti vaikuttaa se, että usein työntekijän mahdollisuudet käyttää työterveyshuoltoa vaihtelevat paljon työterveyssoimusten mukaan, eikä mahdollisesti niinkään henkilön oma tarve määrittele käyntien määrää, ja esimerkiksi akuuteissa sairaustapauksissa henkilö voi hakeutua työterveyslääkärin vastaanoton sijaan terveyskeskukseen tai sairaalan päivystykseen.

Sairaalan poliklinikalla oli käynyt useampia kertoja enemmän ylipainoiset ja toisaalta ali- ja normaalipainoisista suurempi osa ei ollut käynyt sairaalan poliklinikalla vastaanotolla kertaakaan vuoden aikana. Tähän kysymykseen moni henkilö ei ollut välttämättä sisällyttänyt

päivystyskäyntejä, sillä kysymyksessä puhuttiin nimenomaan sairaalan poliklinikalla tapahtuneista käynneistä.

Tarkastellessa käyntejä yksityislääkärillä, voidaan todeta että ali- ja normaalipainoisista pienempi osa ei ollut käynyt vastaanotolla kertaakaan. Useampia käyntejä oli enemmän ali- ja normaalipainoisten ryhmässä. Tämän perusteella siis ylipainoiset kävivät yksityislääkärillä vähemmän ylipäättänsä.

Hammaslääkärikäynneistä voidaan kertoa, että ali- ja normaalipainoisista suurempi osa ei ollut käynyt hammaslääkärillä kertaakaan ja samoin useampia käyntejä oli enemmän ali- ja normaalipainoisilla.

Tapaturman vuoksi sairaalassa tehdyt käynnit poikkesivat toisistaan ainoastaan yhden prosenttiyksikön verran, joten voidaan todeta, että painoindexillä ei siis ollut juurikaan vaikutusta siihen, kuinka moni ei käynyt tapaturman vuoksi vastaanotolla lainkaan tai kuinka moni kävi siellä toistuvasti tästä syystä.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli kehonpainoindeksin vaikutus terveysneuvontaan suhtautumisessa. Ylipainoisista suurempi osa koki lääkärin antamalla terveysneuvonnalla olevan hyvin paljon tai melko paljon vaikutusta. Sen sijaan normaali- ja alipainoisista suurempi osa, 25 % vastaajista, koki ettei neuvonnalla ollut heihin paljon vaikutusta, kun ylipainoisista osuus oli vain 18 %.

Terveydentilan osalta tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen kuin vuonna 2017 suomalaisilla nuorilla tehdyssä Kouluterveyskyselyssä, jossa ylipainoiset nuoret kokivat terveydentilansa useammin huonoksi tai keskikertaiseksi kuin normaalipainoiset saman ikäiset nuoret (6). Ylipainon vaikutuksista käynteihin ja niiden määriin terveydenhuollossa on paljon

tutkimuksia, mutta niiden tulokset ovat osittain ristiriitaisia (10). Tämän tutkimuksen mukaan vaikutus riippuu terveydenhuollon toimipisteestä.

Tämän tutkimuksen heikkoutena on, että siinä käytettiin henkilöiden omia vastauksia. BMI laskettiin itse ilmoitetusta pituudesta ja painosta, joka lisää virheellisten tulosten määrää. Lisäksi useissa kysymyksissä oli ajanjaksona 12 kuukautta, joka on suhteellisen pitkä aika ja henkilöiden omat arviot ja muisti tänä aikana käydyistä vastaanotoista voi olla virheellinen. Otoksessa oli mukana ainoastaan työikäisiä suomalaisia, joten se ei kuvaa kuitenkaan koko kansan osalta tutkimuksen kohteena olleita aiheita. Ikääntyvä väestö on iso joukko, joka käyttää terveyspalveluita, ja he jäävät tästä otoksesta kokonaan pois. Vahvuutena tässä tutkimuksessa on hyvä yleistettävyyys suomalaiseen työikäiseen väestöön. Tutkimuksen otos on myös iso.

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu lainkaan terveyspalveluiden käytön kokonaismääriä näiden kahden ryhmän välillä. Tutkittaessa käyntejä eri terveydenhuollon toimipisteessä, vertailtiin ainoastaan ”ei kertaakaan” vastanneita keskenään sekä ”2–4 kertaa” ja ”5 kertaa tai enemmän” vastanneita. Tutkimusta tehdessä haluttiin painottaa erityisesti sitä, vaikuttavatko kielteiset asenteet ylipainoa kohtaan siihen, että ylipainoiset henkilöt käyttäisivät terveyspalveluita vähemmän. Toisaalta haluttiin tutkia myös sitä, onko ylipainon aiheuttamiin riskeihin erilaisten sairauksien osalta vaikutusta siten, että ne lisäisivät useampia käyntejä tehneiden määrää. Koska tässä tutkimuksessa ei erikseen vertailtu ”kerran” vastanneita, ei tarkasteltu myöskään kokonaismääriä käyntien osalta. Sen vertaileminen toisi lisää tulkittavaa tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin.

Ylipainoon liittyviä tutkimuksia tehdään jatkuvasti sekä Suomessa että kansainvälisesti. Fysiologisten ilmiöiden lisäksi on tärkeää tutkia ihmisten kokemuksia, jotta voisimme paremmin hoitaa ylipainoa kansantautina. Kun Suomen terveydenhuoltoa kehitetään ja voimaan astuvat uudet hyvinvointialueet, palveluita pyritään tehostamaan. Tässä yhteydessä tarvitaan tietoa siitä, miten ihmiset palveluita käyttävät. Tietoa tarvitaan sekä eri sairausryhmien ja esimerkiksi ylipainoisten osalta, mutta myös ikäluokittain ja asuinkunnittain. Kansainvälisiä tutkimuksia ylipainoon liittyvän

syrjinnän vaikutuksista terveyspalveluiden käyttöön on tehty, mutta tällaista tutkimusta tarvittaisiin lisää myös Suomesta.

LÄHTEET

1. Lihavuuden yleisyys, THL. Viitattu 3.11.2021
<https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys>
2. Obesity overview, WHO. Viitattu 1.10.2021
https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
3. Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020. Viitattu 1.10.2021
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50124>
4. Mäki P, Harald K, Lindström J, ym. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuvuus. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
5. Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clin Obes* 2017;7:273–289
6. Mäki P, Hedman L, Oksanen J, ym. Nuorten ylipaino, itse arvioitu terveydentila ja hyvinvointi – Kouluterveyskyselyn 2017 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 29/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
7. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17:941–964.
8. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27:117–27.
9. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, ym. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res* 2019;20(e116): 1–14.
10. McGuigan RD, Wilkinson JM. Obesity and Healthcare Avoidance: A Systematic Review. *AIMS Public Health*. 2015;2(1):56–63.
11. Østbye T, Taylor DH Jr, Yancy WS Jr, ym. Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination: results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *Am J Public Health*. 2005 Sep;95(9):1623-30.
12. Quesenberry CP. Jr, Caan B, Jacobson, A. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Arch Intern Med*. 1998 Mar 9;158(5):466–72.
13. Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, ym. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract* 2020; 21:181
14. Pekurinen M. Mitä lihavuus maksaa? *Duodecim* 2006;122(10):1213–4
15. Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, ym. Non-response and related factors in a nationwide health survey. *Eur J Epidemiol*. 2001;17(11):991–9
16. Suominen S, Koskenvuo K, Sillanmäki LH, ym. Non-response in a nationwide follow-up postal survey in Finland: a register-based mortality analysis of respondents and non-respondents of the health and Social Support (HeSSup) Study. *BMJ Open*. 2012;2:e000657.