

DEPRESSIO LIIKUNNALLISESTI PASSIIVISILLA ARTROOSIPOTILAILLA

Olli Kontulainen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
HeSSup-tutkimus
Joulukuu 2011

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
HeSSup-tutkimus

KONTULAINEN, OLLI: DEPRESSIO LIKUNNALLISESTI PASSIIVISILLA ARTROOSIPOTILAILLA

Kirjallinen työ, 24 s.
Ohjaaja: professori (ma) Markku Sumanen

Joulukuu 2011

Avainsanat: komorbiditeetti, seulonta, BDI, metabolinen ekvivalentti (MET)

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää liikunnallista toimintakykyä heikentävän pitkäaikaissairauden, artroosin, sekä liikunnallisen passiivisuuden yhteyttä depression. Aineistona käytettiin HeSSup-kyselytutkimusta, jossa 25 898 suomalaista työkäistä vastasi terveyteen liittyviin kysymyksiin. Tutkittaviksi valittiin kaikki artroosia sairastavat (N = 1 813) ja heidät jaettiin kahteen ryhmään liikunnallisen aktiivisuuden (N = 1 305) ja passiivisuuden (N = 483) mukaan. Jako tapahtui metabolisen ekvivalentin (MET) eli lepoaineenvaihdunnan kerrannaisen mukaan, joka oli laskettu liikunnan määrää ja laatua kartoittavasta kysymyksestä. Liikunnallisesti passiivisiksi luokitellut liikkuvat päivittäin korkeintaan tunnin hidasta kävelyä. Depressiota mitattiin Beckin depressiokyselyllä (BDI). Depression suhteen tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään: korkeintaan lievää depressiota sairastavat (N = 1 615) ja vähintään keskivaikeaa depressiota sairastavat (N = 181). Jako tapahtui depressiokyselyn pisteytyksen mukaisesti.

Liikunnallisesti passiivisista artroosipotilaista vähintään keskivaikeasti masentuneita oli 17 % ja liikunnallisesti aktiivisista artroosipotilaista 7 % ($p < 0.001$). Liikunnallisesti passiivisilla artroosipotilailla riskitulosuhde (OR) vähintään keskivaikean depression sairastamiseen oli 2,5-kertainen (CI 95 % 1,8–3,4) verrokkeihin nähden.

Vaikka tutkimuksessa oli useita sekoittavia tekijöitä, joita ei käytetyllä tutkimusasetelmalla saatu poissuljettua, voidaan tuloksista tehdä joitakin päätelmiä. Arthroosipotilaan liikuntakyvyn rajoittuessa kannattaa muistaa depression seulonta, jotta toimintakykyä edelleen heikentävä oheissairaus saadaan diagnosoitua ja hoidettua. Lisäksi depressioseulonta saattaa olla käytännöllinen lisäperuste esimerkiksi teknivelleikkausarvioon, jotta osataan valita suurimman riskin potilaat kiireellisimpiin operaatioihin.

Sisälllys

1	JOHDANTO	1
1.1	Arthroosi	1
1.2	Depressio.....	2
1.3	Liikunta ja liikuntasuositukset.....	3
1.4	Depressio ja liikunnallisuus	3
1.5	Arthroosi ja liikunnallisuus	4
1.6	Arthroosi ja depressio.....	5
1.7	Depressiodiagnostiikka ja BDI	5
2	TUTKIMUKSEN TAVOITE	6
3	AINEISTO	7
4	MENETELMÄT	8
4.1	Tutkittava joukko	8
4.2	Tutkittavien jako liikunnallisuuden mukaan.....	8
4.3	Tutkimuskohde	9
4.4	Tilastolliset menetelmät.....	9
5	TULOKSET	10
6	POHDINTA	12
	LÄHTEET	16
	LIITTEET	18

1 JOHDANTO

1.1 Artroosi

Tässä tutkimuksessa keskitytään kantavien nivelten nivelkulumaan eli lonkka- ja polviartroosiin. Rajaus on tehty, koska edellä mainitut artroosityypit rajoittavat koko kehon liikuntakykyä, toisin kuin pienempien nivelten artroosit. Nivelrikko eli artroosi on koko nivelen sairaus. Se voi vahingoittaa rustoa, luuta ja nivelkapselia. Artroosin perimmäinen syy on vielä selvittämättä, mutta sille tiedetään useita riskitekijöitä: tärkeimpinä ylipaino, nivelvammat ja raskas fyysinen työ. Artroosi on etenevä sairaus, jolle ei ole täsmähoitoa. (Artroosi. Käypä hoito 2007.) Tiedetään kuitenkin, että säännöllinen liikunta, etenkin kasvuiässä, ehkäisee oireiden ilmaantumista (Virolainen 2008).

Kansanterveyslaitoksen teettämässä Terveys 2000 -tutkimuksessa kaikista yli 30-vuotiaista diagnosoitiin 5 %:lla miehistä ja 4 %:lla naisista lonkka-arthroosi. Polviarthroosia todettiin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista. Yli 55-vuotiaista polvinivelrikkoon sairastuu vuodessa 1–3 % suomalaisista. Yli 75-vuotiaista vähintään joka viides sairastaa lonkka-arthroosia. Yli 75-vuotiaista naisista miltei kolmanneksella on polviarthroosi ja yli 85-vuotiaista miehistä lähes joka toisella. (Aromaa et al. 2002.)

Päävastuu sairauden diagnostiikasta ja hoidosta on perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Diagnostiikan kulmakivinä ovat potilaan kertomat tyyppioireet, nivelen kliininen tutkiminen ja radiologinen kuvantaminen. (Arthroosi. Käypä hoito 2007.) Nivelrikkon tyyppillisiä oireita ovat nivelkipu, niveljäykkyys ja päivittäisten toimintojen vaikeutuminen (Bäckmand et al. 2010). Yleistä ja yhteisesti hyväksyttyä diagnoosiluokittelua ei vielä ole artroosille olemassa. Diagnoosin voi asettaa joko pelkän kliinisen tutkimuksen tai radiologisten löydösten perusteella tai molempien perusteella.

Hoidollisesti tärkein rooli on sopivalla liike- ja liikuntaharjoittelulla. Hoidon tavoitteina ovat toimintakyvyn ylläpito sekä kivun hallinta. Kipulääkkeistä ensisijainen on parasetamoli. Jos kipua ei

ole hallittavissa tai potilaalla on olennaisesti toimintakykyyn vaikuttava liikevajaus tai virheasento, tehdään tekonivelleikkaus. (Artroosi. Käypä hoito 2007.)

1.2 Depressio

Masennustila on oireyhtymä, jonka keskeisiä oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän lasku ja uupumus ja jossa masennusoireet ovat jatkuneet vähintään kaksi viikkoa (Depressio. Käypä hoito 2010). Masennus on yleinen toimintakykyä lamaava sairaus, joka uusiutuu herkästi ja muuttuu usein pitkäkestoiseksi. Masennuksen sairastaa elämänsä aikana joka viides, ja vuosittain sairaudesta kärsii noin 200 000 suomalaista. Sairaus johtaa vuosittain noin 600–700 itsemurhaan ja vie noin 5 000 suomalaista työkyvyttömyyseläkkeelle. Terveyskeskukseen hakeutuvista noin joka kahdeksas on masentunut. (Kuosmanen et al. 2011.)

Masennuksen keskeisiä hoitomenetelmiä ovat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa masennuslääkkeet ja psykoterapia ovat tutkimusten mukaan yhtä tehokkaita. Vaikeassa masennuksessa lääkehoidon merkitys korostuu. Lisäksi aina tulisi keskustella masentuneen elämäntilanteesta, tarjota psykososiaalista tukea ja toimia hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa. Toimintakyky säilyy yleensä lievässä masennustilassa. Keskivaikeassa masennustilassa toimintakyky heikkenee ja vaikeassa masennustilassa henkilö tarvitsee yleensä apua päivittäistoimista selviytyäkseen. (Depressio. Käypä hoito 2010.)

Erityisenä haasteena on masennustilan tunnistaminen perusterveydenhuollossa, jonne päävastuu diagnosoinnista kuuluu. Ensimmäisellä lääkärikäynnillä perusterveydenhuollon lääkäri tunnistaa heikoimmillaan kaikista masentuneista vain noin neljäsosan. Tämän vuoksi masennuksen seulontaa kannattaa tehdä potilasryhmille, joissa masennuksen esiintyvyys on runsasta. Tällaisia ryhmiä ovat mm. synnyttäneet äidit, työuupumuksesta kärsivät, työttömäksi jääneet ja kroonisesti somaattisesti sairaat. Lisäksi henkilöitä, joilla jo on depressiivisiä oireita mutta ei vielä depressiodiagnoosin edellyttämää määrää, kannattaa seuloa. (Depressio. Käypä hoito 2010.)

1.3 Liikunta ja liikuntasuositukset

Liikunta on fyysistä aktiivisuutta, joka toteutuu usein joko liikunnallisena harrastuksena tai hyötyliikuntana, kuten työmatkakävelynä. Liikunta on keskeinen elämäntapamuutos useiden kansantautien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Sen rooli on täten myös nivelrikon ja masennuksen hoidossa merkittävä, ja tästä on myös tutkimusnäyttöä. Liikkumattomuus on haitallista terveydelle, ja oikein toteutetulla liikunnalla on vähän terveyshaittoja. (Liikunta. Käypä hoito 2010.)

Liikunnan Käypä hoito -suosituksessa, joka pohjautuu pitkälti yhdysvaltalaiseen vuonna 2008 julkaistuun suositukseen, on suositeltu seuraavaa:

- 18–64-vuotiaille kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa eli aerobista liikuntaa, kuten reipasta kävelyä, ainakin 2,5 tuntia viikossa tai raskasta liikuntaa, kuten lenkkeilyä, 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa
- yli 65-vuotiaille nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa kehittävää liikuntaa kestävyysliikunnan lisäksi
- kaikille aikuisille lisäksi lihaskuntoharjoittelua 2 kertaa viikossa.

(Liikunta. Käypä hoito 2010.)

Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 -katsauksesta käy ilmi, että vain runsas kymmenesosa 15–64-vuotiaista täyttää sekä kestävyys- että lihaskuntoliikunnan suosituksen. Suositusten mukaisesti liikkuvien vähäisyys selittyy pitkälti sillä, että harvempi kuin joka viides harjoittaa lihaskuntoa kahdesti viikossa, ja sillä, että hyötyliikunnan osuus kaikesta liikkumisesta on huomattavasti laskenut. Vaikka vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, vain noin puolet työikäisistä liikkuu kestävyysliikuntaa suosituksen mukaisesti. Eläkeikäisistä vain murto-osa liikkuu liikuntasuositukseen nähden riittävästi. (Husu et al. 2011.)

1.4 Depressio ja liikunnallisuus

Tutkimuksista on saatu tuloksia, että jo vähäinenkin liikunta-aktiivisuus vähentää masennukseen sairastumisen riskiä. Liikunta-aktiivisuutta edelleen lisättäessä myös masennukseen sairastumisen

riski pienenee, mutta vielä ei osata antaa tarkkaa suositusta siitä, millaista ja miten paljon liikuntaa tulisi harrastaa, jotta sillä olisi tehokkain masennusta ehkäisevä vaikutus. (Teychenne et al. 2008.)

Isossa seurantatutkimuksessa, jossa tutkittavina olivat yhdysvaltalaiset hoitajat, saatiin tulokseksi, että niillä hoitajilla, jotka liikkuvat päivittäin vähintään 90 minuuttia, verrattuna niihin jotka liikkuvat korkeintaan 10 minuuttia päivässä, oli viidenneksen pienempi riski sairastua masennukseen. (Lukas et al. 2011.)

Myös negatiivisilla elämäntapahtumilla, (joilla on voimakas yhteys masennukseen) tiedetään olevan liikunta-aktiivisuutta lisäävä vaikutus (Walli 2011). Liikunta saattaa vaikuttaa depressiota vähentävästi siten, että liikuntasuoritus keskeyttää masennusajatuksia ja kääntää huomion muuhun kuin masennusajatuksiin (Liikunta. Käypä hoito 2010). Masennuspotilaat hyötyvät liikunnasta, joka tapahtuu joko yksin tai ryhmässä (Depressio. Käypä hoito 2010).

1.5 Artroosi ja liikunnallisuus

Liikunta voi sekä aiheuttaa että ehkäistä artroosia. Raskas fyysinen työ ja nivelvammat altistavat polvi- ja lonkkanivelrikolle. Erityisesti polvivammat, joita yleisimmin tulee liikunnan yhteydessä, ovat polvinivelrikon aiheuttajina yleisiä. Toisaalta kuntoliikunta, jossa harvemmin tulee nivelvammoja, on turvallista ja saattaa myös ehkäistä nivelrikkoa mm. laihtumisen ja nivelruston vahvistumisen kautta.

(Liikunta. Käypä hoito 2010.) Polvinivelrikkoa sairastavista neljä viidestä on ylipainoisia (Marks 2007).

Kantavan nivelen nivelrikossa ilmaantuu tyypillisesti ensimmäisenä rasituskipua, mikä rajoittaa liikkumista. Lisäksi oireisiin kuuluu myös tyypillisesti liikkeellelähtöjäykkyys esimerkiksi istumisen jälkeen. Lonkka- ja polvinivelrikossa kävely vaikeutuu sekä tasamaalla että erityisesti portaissa, etenkin alaspäin mentäessä. Pitkälle edennyt artroosi voi viedä liikuntakyvyn niin heikoksi, että se kaventaa elämänpiirin pelkästään kotioloihin rajoittuvaksi. (Bäckmand et al. 2010.)

Ohjattu liike- ja liikuntaharjoittelu sekä kotiharjoittelu vähentävät kipua ja parantavat polven ja lonkan nivelrikkoa sairastavien toimintakykyä ja elämänlaatua. Nivel- ja raajakohtaisten liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitusten rinnalla suositetaan tehtäväksi yleiskuntoharjoittelua. Sopivia liikuntamuotoja ovat kävely, pyöräily, vesivoimistelu ja hiihto. Kipua ja niveloireita lisäävää toistuvaa iskutyypistä liikuntaa tulee välttää. (Bäckmand et al. 2010.) Tutkimuksessa, jossa tutkittiin artroosia sairastavien liikuntaharjoittelun ja toimintakyvyn paranemisen välistä yhteyttä, huomattiin selkeä yhteys liikuntaharjoittelu määrien lisääntymisen ja toimintakyvyn paranemisen välillä (Dunlop et al. 2011).

1.6 Artroosi ja depressio

Depressio on yleisempää pitkäaikaissairailta, kuten artroosipotilailla, kuin väestössä yleisesti. Tästä syystä depression Käypä hoito -suosituksessa pitkäaikaissairaille suositellaan tehtäväksi depressioseulontaa masennustesteillä (mm. BDI). (Depressio. Käypä hoito. 2010.) Toisaalta tämä seulottavien ryhmä on valtavan suuri, koska kroonisista somaattisista sairauksista kärsii noin puolet masentuneista (Kuosmanen et al. 2011). Brasilialaisen tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin nivelrikkoon liittyviä oheissairauksia, depressioseulonta oli positiivinen noin 60 prosentilla (Leite et al. 2011).

1.7 Depressiodiagnostiikka ja BDI

Depressiodiagnoosi tehdään kliinisen haastattelun perusteella. Kyselylomakkeet, kuten BDI, on tehty seulontoja ja seuranta varten. BDI:n haasteena depressiodiagnostiikassa on, että kysely ei sisällä oireiden kestoa kartoittavaa kysymystä. Masennusoireiden kesto on oltava yli kaksi viikkoa, jotta diagnostiset kriteerit keston osalta täyttyvät. Lisäksi BDI mahdollisesti yli diagnosoi depressiota somaattisesti sairailta, koska osa kysymyksistä mittaa fyysisiä oireita, joita myös somaattinen sairaus itsessään aiheuttaa.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että somaattisesti pitkäaikaissairailta, kuten artroosia sairastavilla, on kohonnut riski sairastua masennukseen (Depressio. Käypä hoito 2010). Lisäksi tiedetään, että liikunnalla on masennusta ehkäisevä vaikutus (Teychenne et al. 2008, Lukas et al. 2011) ja että sillä on masennuksen hoidon osana merkittävä tervehdyttävä vaikutus (Depressio. Käypä hoito 2010).

Oletettavasti pitkälle edennyt nivelrikko aiheuttaa huomattavan riskinkohouman masennukseen sairastumiseen, koska se on liikuntakykyä rajoittava pitkäaikaissairaus. Mahdollisesti myös masennuksesta parantuminen pitkittyy, mikä osaltaan lisää myös masennuksen esiintyvyyttä artroosipotilailla. Tutkimuksia, joissa tutkitaan artroosipotilaiden liikkumattomuuden yhteyttä masennukseen, ei kuitenkaan ole.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää depression yleisyys artrootikoilla ja ei artrootikoilla. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, onko liikunnallisesti passiivisilla artroosipotilailla riski sairastaa masennusta todella kohonnut liikunnallisesti aktiivisiin artroosipotilaihin verrattuna ja kuinka paljon. Tällä taasen on mahdollisesti merkitystä siihen, mille potilasryhmälle kaikista nivelkulumaa sairastavista kannattaa erityisesti tehdä masennusseulontaa ja hoidon tehostusta.

3 AINEISTO

Tutkimukselle valittiin aineistoksi Terve Suomi -seurantatutkimus (Hessup = The Health and Social Support study). Seurantatutkimuksen lähtökohtana on kartoittaa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Terve Suomi -seurantatutkimus on toteutettu postikyselyinä ensin vuonna 1998 ja uusittu kysymyksiin vastanneille vuonna 2003. Vuonna 1998 kysely lähetettiin 64 797:lle satunnaisotannalla Suomen väestörekisteristä valitulle työikäiselle, jotka tuolloin sijoittuivat ikäryhmiin 20–24 vuotta, 30–34, 40–44 ja 50–54 vuotta. Tutkimukseen vastasi 25 898 henkilöä (40,4 %). Tutkimuskohteena poikittaistutkimukselle olivat vuoden 1998 kyselyyn vastanneet.

Jotta kyselystä tehtävät päätelmät olisivat yleistettävissä väestöön, tehtiin vuoden 1998 aineistolle kattava katoanalyysi, jonka mukaan kyselyyn vastanneet eivät merkittävästi poikenneet vastaavasta suomalaisesta väestöstä terveystutkimuksissa. Naiset vastasivat kyselyyn hieman yleisemmin kuin miehet (47,1 % vs. 32,1 %). Lievä aliedustus vastanneista verrattuna väestöön on myös alhaisesti koulutetuilla, eronneilla, leskillä ja työkyvyttömyyseläkkeellä olleilla. (Korkeila et al. 2001.)

4 MENETELMÄT

Kyselylomakkeen kysymykset, joita tutkimuksessa käytettiin, ovat nähtävillä syventävän työn lopussa (liite 1.). Kyselyssä on 110 kysymystä, joilla kartoitettiin fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Kysymykset on laadittu siten, että ne vastaavat yleisesti käytettyjä kansainvälisiä malleja.

4.1 Tutkittava joukko

Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki vuonna 1998 kysymykseen ”Onko lääkäri koskaan sanonut, että sinulla on tai on ollut nivelkuluma?” kyllä vastanneet henkilöt. Tämä artroosia sairastavien joukko jaettiin kahteen verrokkiryhmään liikunnallisen aktiivisuuden mukaan. Lisäksi artroosia sairastaville masennuksen esiintyvyyden suhteen verrokkiryhmänä olivat kaikki ei artrootikot.

4.2 Tutkittavien jako liikunnallisuuden mukaan

Liikunnallisen passiivisuuden tai aktiivisuuden luokitteluun käytettiin kysymystä, jossa pyydettiin arvioimaan vapaa-ajan tai työmatkan liikkumista (nro 27). Liikunnan rasittavuus on kysymyksessä jaettu neljään eri luokkaan, jotka kulkevat kävelyä vastaavasta reipasta juoksua vastaavaan. Kysymys on myös jaoteltu liikunnan keskimääräisen viikoittaiskeston mukaan 0–4 tuntia tai enemmän liikkuviin.

Vastauksia muokattiin uuden muuttujan, Met-arvon, (metabolinen ekvivalentti) eli lepoaineenvaihdunnan kerrannaisen avulla. Met-arvo 1 vastaa energiamäärää, joka ihmisellä kuluu tunnin aikana hiljaa paikallaan istumisessa. Met-arvo luotiin käyttämällä eri rasiustasoille luokiteltua taulukkoa (Wilson et al. 1986), jossa vastausvaihtoehdot liikunnan rasittavuuden suhteen olivat seuraavat: kävelyä vastaava (3 Met), reipasta kävelyä vastaava (4,5 Met), kevyttä juoksua (hölkkää) vastaava (7,5 Met) ja reipasta juoksua vastaava (9,75 Met). Lisäksi luotiin päiväkohtainen Met-arvo, jonka perusteella vastanneet luokiteltiin liikunnallisesti passiivisiin ja aktiivisiin. Liikunnallisesti passiivisiksi luokiteltiin ne, joilla päivittäinen Met-arvo oli alle 2 ja

aktiiviksi luokiteltiin Met-arvon 2 tai yli saaneet. Met-arvo alle 2 vastaa hidasta kävelyä tunnin ajan ja Met-arvo yli 2 vähintään neljänkymmenen minuutin normaalivauhtista kävelyä.

4.3 Tutkimuskohde

Tutkittavan joukon tutkimiskohteena oli masennus. Masennusta kyselyssä mitattiin Beckin depressiokyselyn avulla (Beck et al. 1961, kysymys nro 103), joka on 21 kysymystä kattava pisteytetty monivalintalomake, jossa itsearvioidaan masennukseen liittyviä eri oirealueita. Kyselyllä voidaan jaotella masennusta lievästä keskivaikeaan ja vaikeaan pistekertymän mukaan.

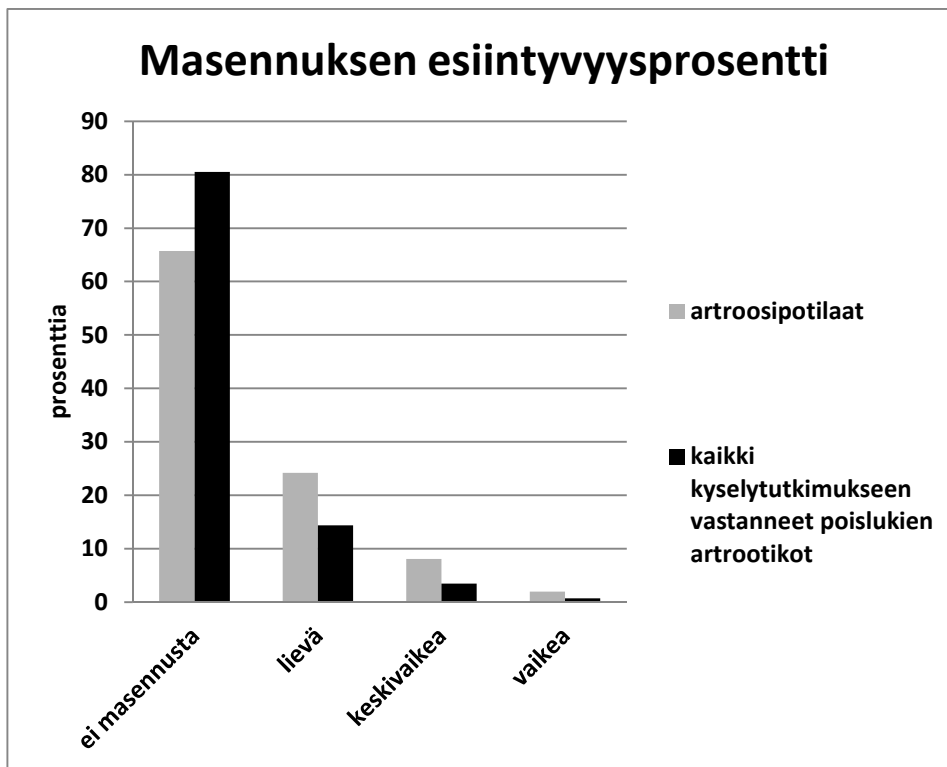
Tutkimukseen mukaan hyväksyttiin vastanneista ne, jotka olivat vastanneet vähintään 18 kohtaan 21:stä. Tutkimukseen vastanneet jaettiin kahteen ryhmään: korkeintaan lievästi masentuneet (alle 19 pistettä) ja vähintään kohtalaisesti masentuneet (19 pistettä tai yli).

4.4 Tilastolliset menetelmät

Tilastollisina menetelminä liikunnallisuuden ja masennuksen yhteyden tutkimiseen artroosipotilailla käytettiin Khii-neliö-testiä (chi-square) tilastollisen todennäköisyyden laskemiseen ja logistista regressioanalyysia ristitulosuhteen ja luottamusvälien laskemiseen. Verrokkiryhminä olivat liikunnallisesti passiiviset artroosipotilaat ja liikunnallisesti aktiiviset artroosipotilaat. Kaikista kyselytutkimukseen vastanneista ei-artrootikoista ja artroosia sairastavista laskettiin masennuksen esiintyvyydemäärät ja -prosentit. Tilastollisena ohjelmana käytettiin SPSS 16.0:aa.

5 TULOKSET

Arthroosia sairastavia aineistossa oli 1 813. Heistä 1 796 vastasi Beckin depressiokyselyyn. Eimasantuneita (BDI alle 10 pistettä) oli 65,7 %, lievästi masentuneita (BDI 10–18 pistettä) 24,2 %, keskivaikeasti masentuneita (BDI 19–29 pistettä) 8,1 % ja vaikeasti masentuneita (BDI yli 29 pistettä) 2 %. Kaikista kyselytutkimukseen vastanneista ei-artrootikoista masennuksesta ei kärsinyt 80,5 %, lievästi masentuneita oli 14,4 %, keskivaikeasti masentuneita 3,5 % ja vaikeasti masentuneita 0,7 %. (Kuva 1.) Arthroosia sairastavista masentuneita oli 34,3 % ja ei-artrootikoista 18,6 %. Vähintään keskivaikeasti masentuneita oli artroosia sairastavista 10,1 % ja ei-artrootikoista 4,2 %.



KUVA 1. Masennuksen esiintyvyys (%) kaikilla 1998 kyselytutkimukseen vastanneilla poislukien artrootikot ja artroosipotilailla

Liikunnallisuutta mittaavaan kysymykseen vastasi 1 788 artroosipotilasta. Heistä liikunnallisesti aktiivisia oli 73 % ja passiivisia 27 %. Koko aineistossa liikunnallisesti aktiivisia oli 76,4 % ja passiivisia 23,6 %. Vähintään keskivaikeasti masentuneiden suhteellinen osuus liikunnallisesti passiivisten ryhmässä oli yli kaksi kertaa suurempi kuin liikunnallisesti aktiivisten ryhmässä

(taulukko 1). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Koko aineistossa liikunnallisesti aktiivisista vähintään keskivaikeasti masentuneita oli 3,7 % ja liikunnallisesti passiivisista 7,6 %.

TAULUKKO 1. Liikunnallisten osuus (%) vähintään keskivaikeasti masentuneilla (Beck 19 pistettä tai yli) ja ei tai lievästi masentuneilla artroosipotilailla (Beck alle 19 pistettä).

	Masennus	
	keskivaikea (n = 181) %	ei tai lievä (n = 1 592) %
Liikunnallisuus		
- passiiviset (N = 479)	17,1	82,9
- aktiiviset (N = 1 294)	7,7	92,3

Logistisessa regressioanalyysissä liikunnallisesti passiivisille artroosipotilaille tuli 2,5-kertainen riski (CI 95 % 1,8–3,4, $p < 0.001$) sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta liikunnallisesti aktiivisiin verrattuna.

6 POHDINTA

Tuloksista käy ilmi, että liikunnallisesti passiivisilla artroosipotilailla voi olla huomattavasti suurentunut riski sairastaa masennusta. Tämä käy tuloksissa ilmi myös siten, että liikunnallisesti passiivisilla artroosipotilailla on suhteellisesti enemmän keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta kuin liikunnallisesti aktiivisilla artroosipotilailla. Artrootikoilla esiintyi masennusta huomattavasti enemmän kuin ei artrootikoilla.

Kausaalisuuden suuntaa liikunnallisen passiivisuuden ja masennuksen välille ei voida kuitenkaan tästä tutkimuksesta tehdä. Voidaan kuitenkin todeta, että niiden välillä näyttäisi olevan selkeä tilastollinen yhteys ja että liikkumattomuus on mahdollisesti riski masennukselle artroosipotilailla. Tämä korostaa liikuntakyvyn ylläpitämisen tärkeyttä sekä omatoimisesti että hoitavan tahon toimien kannalta.

Liikuntakyvyn ylläpitämistoimia ovat esimerkiksi liikuntaharjoitteluun kannustaminen, tehostettu kivunhoito, liikkumisen apuvälineet ja fysioterapeutin antama neuvonta ja hoito joko yksilö- tai ryhmämuotoisena. Toisaalta oikein ajoitettu lähete ortopedialle tekonivelleikkausharkintaan saattaa joissain tapauksissa olla noidankehän katkaiseva väliintulo. Leikkaus on perusteltu esimerkiksi, kun ilmaantuu viikoittaista liikunnallista aktiviteettia selvästi vähentävä rasisärky tai kohtalainen toiminnallinen rajoite, jolla tarkoitetaan kävelyn rajoittumista kivun vuoksi, vaikeuksia esimerkiksi portaiden kävelyssä tai sukien jalkaan vetämisessä tai lievää ontumista (Virolainen 2008). Leikkausharkintaan masennusseulonta saattaa olla oiva lisä.

Tutkimustulos myös vahvistaa jo tiedetyn tosiasian, että artroosiin liittyy usein liitännäissairautena masennus. Tämä on hyvä perusterveydenhuollossa pitää mielessä, jotta osataan epäillä, seuloa ja hoitaa masennusta. Tunnetusti perusterveydenhuollon lääkärit alidiagnosoivat depressiota (Penn et al. 1997). Koska artroosia sairastavia on runsaasti, voidaan tästä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella vielä kohdentaa erityisesti liikunnallisesti passiiviset artroosipotilaat seulottavien eturintamaan.

Arthroosi on aaltoileva sairaus, jossa on pahenemisvaiheita esimerkiksi nivelen ajoittaisten tulehdusten takia. Pahenemisvaiheiden aikana olisi syytä tehostaa hoitoa ja ehkäpä tehdä masennusseulontaa, koska liikkumiskyky on huonontunut kyseisinä aikoina. Pahenemisvaiheiden jälkeen saattaa toimintakyky palautua edeltävälle tasolle. Toimintakyvyn palautuminen johtuu osaltaan artroosin hoidon tehostuksesta ja osaltaan sairauden luontaisesta aaltoilusta. Jos masennusta ei osata tunnistaa osaksi pahenemisvaiheita, ei myöskään osata aloittaa masennuksen hoitoa. Ilman hoitoa saattaa olla, että toimintakyky muutoin palautuisi, mutta masennuksen takia palautuminen pitkittyy tai estyy kokonaan. Komorbidin masennuksen hoidon on todettu parantavan niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista toimintakykyä (Coulehan et al. 1996).

Tutkimustulosta voi vääristää masennuksen ylidiagnosointi kyselyssä käytetyn masennusseulonnan mahdollisten väärin positiivisten tulosten takia. BDI mahdollisesti ylidiagnosoi masennusta somaattisesti sairailta ja siitä puuttuu olennainen oireiden kestoa määrittävä kysymys. Toisaalta useissa tutkimuksissa BDI:n on todettu olevan tarkka erottamaan kliinisesti masentuneet ei masentuneista myös somaattisesti sairailta (Olaya-Contreras et al. 2010, Bennett et al. 1997).

Somaattiseen sairauteen liittyvän masennuksen on huomattu olevan erilaista kuin ei-komorbidin masennuksen; somaattisesti sairailta masennusoireet liittyvät enemmän uupumuksen ja huolen kokemukseen, kun taas ei-komorbidin masennuksen (psykiatriset potilaat) huomattiin liittyvän itsetuhoisiin ajatuksiin ja mielenkiinnon menettämiseen. (Emmons et al. 1987). Olisiko tästä myös mahdollista päätellä masennuksen alkuperää ja sitä, onko somaattisen sairauden hoidon tehostamisella mahdollisesti suurempi rooli masennuksen hoidossa niillä, joilla masennukseen liittyvät somaattiset oireet ovat vallitsevia?

Seuraavissa aihetta käsittelevissä kyselytutkimuksena toteutettavissa tutkimuksissa olisi mahdollisesti tarkempaa käyttää masennuskyselyä BDI-PC:a (Beck Depression Inventory for Primary Care), jossa masennusta seulotaan poissulkien somaattisen sairauden aiheuttamat oireet, jotka ovat päällekkäisiä masennusoireiden kanssa (Moore et al. 1998).

Tutkimuksesta ei käy ilmi, onko liikunnallinen passiivisuus sairauden etenemisestä johtuvaa, elämäntapoihin liittyvää vai kenties masennuksesta johtuvaa. Kausaalisuuden määrittelemiseksi satunnaistettujen kaksoissokkoutettujen seurantatutkimusten tekeminen olisi tarpeellista.

Kyselytutkimuksessa käytössä olleen kysymysmallin, jossa tiedustellaan onko lääkäri diagnosoinut jossain elämänvaiheessa artroosin, on osoitettu olevan luotettava tapa osoittaa kliininen artroosi (Szoeki et al. 2008). Artroosityypeistä vain lonkka- ja polviartroosilla on vaikutusta kokonaisvaltaiseen liikuntakykyyn ja siten sairauden vaikeutuminen voi myös johtaa liikunnalliseen passiivisuuteen. Osa tässä tutkimuksessa edellä mainittuun ryhmään määritellyistä sairastaa jonkin muun nivelen artroosia, todennäköisimmin sormiartroosia, joka on yleinen väestössä. Nämä artrootikoiden ryhmään määritellyt, mutta oikeasti muuta kuin lonkka- tai polviartroosia sairastavat, luultavimmin ovat kasvattaneet liikunnallisesti aktiivisten ryhmää. Tämä taas on pienentänyt liikunnallisesti passiivisten ja masentuneiden ryhmää suhteessa liikunnallisesti aktiivisiin ja ei masentuneisiin. Mahdollisesti jos kaikki artroosipotilaiksi luokitellut olisivat oikeita positiivisia (lonkka- ja polviartrootikot, jotka kliinisesti diagnosoitu), tutkimustulos liikunnallisen passiivisuuden ja masennuksen välillä saattaisi olla vielä tilastollisesti merkittävämpi.

Toisaalta jos liikunnallinen passiivisuus ei olekaan masennuksen lisääntymistä selittävä tekijä, tulokset saattavat olla korostuneet tilastollisesti merkittävämmiksi kuin ne todellisuudessa ovat. Jos asetetaan hypoteesiksi, että kipu on merkittävin masennusta aiheuttava tekijä artroosipotilailla, vähemmän kipua aiheuttavat artroosin muodot (pienemmän nivelet vs. isommat nivelet), jotka ovat liikuntakykyyn vaikuttamattomina oletettavasti enemmän luokiteltuina liikunnallisesti aktiivisten ryhmään, aiheuttavat vähemmän masennusta kuin enemmän kipua aiheuttavat ja liikunnallisesti passiivisiin enemmästi luokitellut suurempien nivelten artroosit. Tässä tutkimuksessa tarkempaa jakoa artroosityyppien välillä ei kuitenkaan voitu suorittaa.

”Kun kysyntä kasvaa ja voimavarat ovat rajalliset, nousee esille priorisointi. Lievän masennuksen ja psyykkisen kuormituksen kohdatessaan puolet yleislääkärin potilaista pitää suotavampana epämuodollista apua ja ihmissuhteita kuin varsinaista masennuksen hoitoa [...] Monet eivät edes halua hoidon piiriin vaan selviytyvät omin avuin elämänsä vaikeuksista. Strategisesti tärkeä kysymys on, hoidammeko kaikkia hoitoon haluavia masennuspotilaitamme vähän vai keskitämmekö voimavarat johonkin osaryhmään masentuneita.” (Lönnvist 2010.)

Jotta priorisointi eli hoidon kohdentaminen olisi mielekästä ja eettistä, tarvitaan tietoa ohjaamaan päätöksentekijöitä viisaisiin ratkaisuihin. Tästä tutkimuksesta saadaan hieman lisätietoa artroosista ja depressiosta sekä liikunnallisesta passiivisuudesta, mutta lisätutkimuksia tarvitaan viisaiden hoitopäätöksien tueksi.

LÄHTEET

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Helsinki 2002.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4:561-71.

Bennett DS, Ambrosini PJ, Bianchi M, Barnett D, Metz C, Rabinovich H. Relationship of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents. *J Affect Disord.* 1997 Sep; 45(3):127–34.

Bäckmand H, Vuori I (toim.). Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas 11, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos 2010.

Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med*, 157 (1996), pp. 1113–1120.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2010. www.kaypahoito.fi.

Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Sharma L, Chang RW. Physical activity levels and functional performance in the osteoarthritis initiative: a graded relationship. *Arthritis & Rheumatism*. 63(1):127-36, 2011 Jan.

Emmons C, Fetting J, Zonderman A. A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck Depression Inventory. *General Hospital Psychiatry*. 9(6):398-404, 1987 Nov.

Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 -katsaus. *Liikunta ja tiede* 2011.vol 48. no.2-3. s. 18–23.

Penn J, Boland R, McCartney J. Recognition and treatment of depressive disorders by internal medicine attendings and housestaff. *Gen Hosp Psychiatry*, 19 (1997), pp. 179–184.

Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, Ojanlatva A, Rautava P, Helenius H, Koskenvuo M. Nonresponse and related factors in a nation wide health survey. *European Journal of epidemiology*. 2001;17:991-9.

Kuosmanen L, Hätönen H, Liukka M, Melartin T. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. *Yleislääkäri* [1796–2889] v:2011 vsk/osa:26

Leite AA, Costa AJ, Lima Bde A, Padilha AV, Albuquerque EC, Marques CD. Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical function. *Revista Brasileira de Reumatologia* 51(2):118-23, 2011 Apr.

Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 2010. www.kaypahoito.fi.

Lukas M, Mekary R, Pan A, Mirzaei F, O'Reilly E, Willett W, Koenen K, Okereke O, Ascherio A. Relation Between Clinical Depression Risk and Physical Activity and Time Spent Watching Television in Older Women: A 10-Year Prospective Follow-up Study *Am. J. Epidemiol.* 2011; 174;9:1017–1027.

Lönnvist J. Mistä hoitoa vakavasti masentuneelle? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2010;126(16):1871-2.

Marks R. Obesity profiles with knee osteoarthritis: correlation with pain, disability, disease progression. *Obesity.* 15(7):1867-74, 2007 Jul.

Moore MJ, Moore PB, Shaw PJ. Mood disturbances in motor neurone disease. *Journal of the neurological sciences* 160 Suppl 1: S53–6, 1998 Oct.

Olaya-Contreras P, Persson T, Styf J. Comparison between the Beck Depression Inventory and psychiatric evaluation of distress in patients on long-term sick leave due to chronic musculoskeletal pain. *Journal of multidisciplinary healthcare.* 3:161-7, 2010.

Penn JV, Boland R, McCartney JR, Kohn R, Mulvey T. Recognition and treatment of depressive disorders by internal medicine attendings and housestaff. *General Hospital Psychiatry.* 19(3):179-84, 1997 May.

Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2007. www.kaypahoito.fi.

Szoeki CE, Dennerstein L, Wluka AE, Guthrie JR, Taffe J, Clark MS, Cicuttini FM. Physician diagnosed arthritis, reported arthritis and radiological non-axial osteoarthritis. *Osteoarthritis & Cartilage.* 16(7):846-50, 2008 Jul.

Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med* 2008;46:397–411.

Virolainen P. Lonkka-artroosin hoito. *Suomen lääkirilehti.* 2008. vol. 63 no. 20 s. 1839–1841.

Walli T. Negatiiviset elämäntapahtumat ja muutos liikunnan harrastamisessa työikäisillä suomalaisilla. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Yleislääketiede. Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö.

Wilson PW, Paffenbarger RS Jr, Morris JN, Havlik RJ. Assessment methods for physical activity and physical fitness in population studies: report of a NHLBI workshop. *American Heart Journal.* 1986; 111(6):1177–92.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimukseen käytetyt HeSSup- kyselyn kysymykset.



TURUN YLIOPISTO
KANSANTERVEYSTIEDE
YLEISLÄÄKETIEDE



TYÖTERVEYSLAITOS



TAMPEREEN YLIOPISTO
YLEISLÄÄKETIEDE

Ihmissuhteet, hyvinvointi ja terveys Suomessa

Terve Suomi - tutkimus -

Turun yliopistossa toimiva tutkimusryhmämme selvittää FYYSISTEN, PSYYKKISTEN JA SOSIAALISTEN TEKIJÖIDEN VAIKUTUSTA TERVEYTEEN. Tässä kyselylomakkeessa on pyritty kattavasti huomioimaan kaikki tärkeimmät henkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät.

Olet mukana Suomen väestöstä tehdyn 60 tuhannen henkilön otannan perusteella.

Jotta tutkimuksen tulokset olisivat luotettavia, on erittäin tärkeää, että kaikki lomakkeen saaneet vastaavat.

Voit jättää vastauksesi oheisessa palautuskuoressa ilman postimerkkiä postin kuljetettavaksi. Kiitämme jo etukäteen siitä, että jaksat vastata kaikkiin lomakkeen kysymyksiin.

HUOMAA! Henkilöllisyytesi ja tietosi pidetään täysin salassa. Tutkimuksen tuloksia ei tarkastella henkilöittäin, vaan ne esitetään tilastollisina kokonaisuuksina taulukoiden muodossa.

39

Kuinka paljon olet liikkunut vapaa-aikana tai työmatkalla (viimeksi kuluneen vuoden aikana)? Miten rasittavaksi arvioit harjoittamasi liikunnan?

Liikunnan rasittavuus (vastaa kaikkiin neljään alla olevaan kohtaan)	Liikunnan kesto keskimäärin tavallisen viikon aikana				
	Ei lainkaan	Alle 1/2 tuntia viikossa	Noin tunti viikossa	2-3 tuntia viikossa	4 tuntia tai enemmän viikossa
kävelyä vastaava	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
reipasta kävelyä vastaava	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kevyttä juoksua (hölkkää) vastaava	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
reipasta juoksua vastaava	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

66

Onko lääkäri koskaan sanonut, että sinulla on tai on ollut (rastita myös, jos vastaat ei):

	ei	kyllä
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus tai keuhkojen laajentuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keuhkoastma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allerginen nuha, esim. heinänuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korkea kolesteroliarvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sokeritauti (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sydäninfarkti eli sydänveritulppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angina pectoris eli sepelvaltimotaudista johtuva rintakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sydämen eteisvärinä (flimmeri) tai eteislepatus (flutteri, flutteri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu aivoverenkierron häiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vatsahaava (maha- tai pohjukaissuolihaava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nivelkuluma eli artroosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iskias (lannenikaman välilevyn pullistuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harmaakaihi tai glaukooma (viherkaihi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivovamma (vakavampi kuin aivotärähdys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aivokalvontulehdus tai aivotulehdus (aivokuume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu aivosairaus tai neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
masennus (depressio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paniikkihäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
syömishäiriö (anorexia, bulimia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveyden häiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pahanlaatuinen kasvain (syöpä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu pitkäaikainen tai vaikea sairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110

Lue huolellisesti jokainen väittämä ja merkitse jokaisesta väittämäryhmästä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi juuri tällä hetkellä.

- En ole surullinen
- Tunnen itseni alakuloiseksi
- Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
- Olen niin onneton, etten kestä enää

- En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
- Tulevaisuus tuntuu minusta masentavalta
- Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

- En tunne epäonnistuneeni elämässä
- Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

- En ole erityisen tyytymätön
- En nauti asioista samalla tavalla kuin aikaisemmin
- Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
- Olen täysin tyytymätön kaikkeen

Z

- En tunne itseäni erityisemmin syylliseksi mihinkään
- Minulla on syyllisyyden tunteita
- Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- Olen kerta kaikkiaan arvoton

- Minua ei mielestäni rangaista
- Minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle
- Tunnen, että ansaitseen rangaistuksen
- Haluan että minua rangaistaan

- En ole pettynyt itseni suhteen
- Olen pettynyt itseni suhteen
- Minua inhottaa oma itseni
- Vihaan itseäni

- Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa
- Suhtaudun melko arvostelevasti itseeni heikkouksieni ja erehdysteni tähden
- Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee vinoon"
- Pidän itseäni täysin kelvottomana

- En ole koskaan halunnut vahingoittaa itseäni
- Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä
- Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
- Tekisin itsemurhan, jos vain voisin

Z

- En itke tavallista enempää
- Itken nykyisin enemmän kuin ennen
- Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä
- Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin

- En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti
- Ärsynnyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin
- Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
- Asiat, jotka saivat minut ennen raivostumaan eivät enää ärsytä minua

- Olen jatkuvasti kiinnostunut muista ihmisistä
- Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

- Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
- Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa
- En pysty lainkaan tekemään ratkaisuja

Z

A

- Luulen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan
- Pelkään näyttäväni vanhalta ja epämiellyttävältä
- Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta
- Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

- Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan
- Työn aloittaminen vaatii minusta ylimääräisiä ponnistuksia
- Minun on väkisin pakotettava itseni työhön
- Minun on täysin mahdotonta tehdä mitään työtä

- Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen
- Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa

- En ole väsyneempi kuin tavallisesti
- Väsyn nopeammin kuin ennen
- Vähäinenkin työ väsyttää minua
- Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

- Ruokahaluni on ennallaan
- Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen
- Minulla ei ole lainkaan ruokahalua

A

- Painoni on pysynyt ennallaan
- Olen laihtunut enemmän kuin 2 kg
- Olen laihtunut enemmän kuin 4 kg
- Olen laihtunut enemmän kuin 6 kg

- En ajattele terveyttäni tavallista enemmän
- Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kipuun sekä muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin itsessäni
- Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa
- Terveytteni tuntemuksien ajattelevinen on kokonaan vallannut mieleni

- Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestä
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti pienempi kuin ennen
- En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä

A