



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

VERENPAINETAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUS JA HOITOSUOSITUSTEN KÄYTTÖ

- Kysely työterveyshoitajille

TEKIJÄ:

Heta Mehtonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön klinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Heta Mehtonen	
Työn nimi Verenpainetautia sairastavan potilaan ohjaus ja hoitosuosituksen käyttö	
Päiväys	12.9.2016
Sivumäärä/Liitteet	76 (13)
Ohjaaja(t) TtT, lehtori Pirjo Kinnunen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Iisalmen työterveysasema Oy	
Tiivistelmä	
<p>Verenpainetautia sairastaa yli miljardi ihmistä maailmassa. Verenpainetauti on vakava kansanterveydellinen ongelma. Siihen liittyvät liitännäissairaudet ja kohde-elinvauriot aiheuttavat ennenaikaista terveyden menettämistä ja kuolemia.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata verenpainetautia sairastavan potilaan ohjausta ja hoitosuosituksen käyttöä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten verenpainetautia sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella työterveydessä työskenteleviltä terveydenhoitajilta keväällä 2016 (n=46). Aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla ja tulosten raportoinnissa käytettiin tunnuslukuina frekvenssejä ja prosentteja.</p> <p>Tutkimuksen tärkeimpiä tuloksia olivat työterveyshoitajan antama elämäntapoihin ja lääkehoitoon liittyvä hyvä ja laadukas ohjaus, jossa tulevat tärkeimmät ohjaukselliset asiat esille. Lähes kaikki työterveyshoitajat ohjasivat suolan käytön rajoittamisen ja arki- ja kestävyysliikunta sekä painonpudottaminen tulivat hyvin esille ohjauksessa. Päihteisiin liittyvä ohjaus oli laadukasta ja kattavaa. Kuitenkin lääkehoitoon liittyvä ohjaus kuuluu pääsääntöisesti vielä lääkärin vastuulle työterveyshuollossa. Työterveyshoitajat huomioivat potilaat kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti ohjaustilanteessa.</p> <p>Tutkimuksen mukaan uusi tieto jalkautuu hitaasti käytäntöön, vaikka Käypä hoito-suositukset jo nähdäänkin tärkeänä apuna työterveyshoitajien työssä ja päätöksenteon tukena. Työterveyshoitajien mielestä tärkeimpiä ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ovat ajanpuute, potilaiden erilaiset tarpeet ja potilaan motivointi. Työterveyshoitajat toivovat organisaatiolta tavoitteellista tukea ja resursseja hoitosuosituksen käyttöönottoon. Koulutus, keskustelu ja kannustus ajallisena, taloudellisena ja sosiaalisen tukena parantavat hoitosuosituksen käyttöönoton mahdollisuuksia.</p> <p>Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kehittää verenpainetaudin hoitoa ja ohjausta sekä tehostaa hoitosuosituksen käyttöä. Tällä tavalla voidaan parantaa ja tehostaa hoitokäytäntöjä, hoitotyön laatua ja tasa-arvoisuutta terveydenhuollon palveluissa.</p> <p>Jatkotutkimushaasteita ovat kohonneen verenpaineen ohjauksen toteutuksen tutkiminen isommalla perusjoukolla esimerkiksi perusterveydenhuollon sairaanhoitajilta ja lähihoitajilta sekä kokemuksellisen tiedon keräämistä laadullisin menetelmin hoitohenkilökunnalta ja esimiehiltä.</p>	
Avainsanat Verenpainetauti, potilas, ohjaus, hoitosuositukset	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing			
Author(s) Heta Mehtonen			
Title of Thesis Guiding of patient with arterial hypertension and the use of the practical guidelines - survey for occupational health nurse			
Date	12.6.2016	Pages/Appendices	76 (13)
Supervisor(s) Pirjo Kinnunen			
Client Organisation /Partners Iisalmen Työterveysasema Oy			
<p>Abstract</p> <p>Over a billion people worldwide suffers from hypertension, which makes it a serious public health issue globally. Hypertension-related diseases and target organ damages cause premature health problems and deaths.</p> <p>This study describes the counselling of patients with hypertension and the adoption of clinical practice guidelines in the counselling. The aim is to gain information and enhance understanding on counselling which patients with hypertension receive in occupational health services.</p> <p>The data consists of questionnaires collected from public health nurses working in occupational healthcare in the spring of 2016 (n=46). The data was analyzed by Webropol-programme, and the results were reported in frequencies and percentages.</p> <p>The main findings of the study show that counselling related to a healthy way of life and medication is of high quality in occupational healthcare. Almost all nurses participating in the study informed the patients on the benefits of salt reduction, incidental and aerobic exercise as well as weight loss. Counselling related to intoxicants was also thorough and of high quality. As a rule, however, counselling related to medication is on physicians' responsibility in occupational healthcare. Occupational health nurses' counselling is typically holistic and individual.</p> <p>According to the findings of this study, it takes time to implement new knowledge, although clinical practice guidelines are generally considered as a useful and important resource in occupational health nurses' work and decision-making. Lack of time, various needs of patients and motivating the patients are regarded as the most challenging issues in counselling by the nurses. The nurses called for organizational support and resources for the efficient adoption clinical practice guidelines. Training, discussions, and encouragement in terms of time use and financial as well as social support are likely to improve the implementation of clinical practice guidelines.</p> <p>The study contributes to the development of treatment of hypertension and counselling of patients with hypertension. It also contributes to a more effective implementation of clinical practice guidelines, thus improving clinical practice by enhancing quality and equality in healthcare services.</p> <p>To get a more comprehensive account of the counselling practices, a further study could be conducted with a larger group of informants, including nurses working in public health care. In future studies, more qualitative data on work experience and practices could also be collected both from the nursing staff and directors.</p>			
<p>Keywords Hypertension, patient, counselling, clinical practice guidelines</p>			

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	7
2 TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Verenpainetauti sairautena	9
2.1.1 Verenkiertoelimistö ja sen tehtävät	9
2.1.2 Verenpaine ja sen luokittelu	11
2.1.3 Korkean ja matalan verenpaineen oireet, seuraukset ja hallinta	14
2.1.4 Kohonneen verenpaineen ilmeneminen ja seuranta Suomessa ja muissa maissa	15
2.1.5 Verenpaineen alentaminen ja diagnostiset rajat	17
2.2 Verenpainetautia sairastavan potilaan ohjaus	18
2.2.1 Verenpaine ja elintapoihin liittyvä ohjaus	19
2.2.2 Verenpaine ja lääkehoitoon liittyvä ohjaus	22
2.2.3 Kohonneen verenpaineen hoidon lääkeryhmät	24
2.2.4 Verenpaineen mittaamisen ohjaus	27
2.3 Hoitosuositukset verenpainetautia sairastavan potilaan ohjauksessa	28
2.3.1 Hoitosuositusten määrittelyä	28
2.3.2 Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus	29
2.3.3 Hoitosuositusten käytön vaikutus hoidon laatuun	30
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	34
4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston kerääminen	34
4.2 Mittarin rakentaminen	34
4.3 Aineiston analysointi	36
4.4 Tutkimuksen toteutus	37
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot	39
5.2 Elämäntapaohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle	40
5.3 Lääkehoidon ohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle	42
5.4 Verenpaineen seurannan ohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle	43
5.5 Yleinen ohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle	47
5.6 Työterveyshoitajan kokemuksia hoitosuosituksista ja niiden käytöstä	50

6 POHDINTA.....	53
6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	53
6.2 Tutkimuksen tulosten pohdintaa	57
6.3 Tutkimuksen keskeiset tulokset ja johtopäätökset	62
6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	64
6.5 Ammatillinen kasvu prosessin aikana	65
LÄHTEET	67
LIITTEET	77

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Verenpainetauti on vakava kansanterveydellinen ongelma niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin, sillä sitä sairastaa yli miljardi ihmistä maailmassa (Dokoohaki, Raeiskarimian, Rahgosha ja Sharifi 2015, 41-45). Kohonnut verenpaine vähentää terveitä elinvuosia ja aiheuttaa 9,4 miljoonaa ennenaikaista kuolemaa vuosittain (Käypä hoito 2014). Suomessa verenpainetauti on erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavista sairauksista potilasmäärältään selvästi suurin eli määrä lähestyy puolen miljoonan rajaa. Tämän lisäksi potilaat, joilla verenpaine on lievästi koholla jäävät tilaston ulkopuolelle, koska Kelan käyttämä kriteeristö erityiskorvattavan lääkehoidon oikeuksien saamiseen on tiukempi kuin hoidon aloittamisen suositus. (Sotkanet 2013.)

Aikuisikäisistä suomalaisista yli 35 %:lla on kohonnut verenpaine, ja ihanteellisella tasolla verenpaine on vain joka viidennellä suomalaisella. Verenpaineen yleinen hoidon tavoitetaso on 140/90 mmHg. Noin miljoonasta lääkehoitoa käyttävästä suomalaisesta vain noin 40 %:lla verenpainetaso on hoitotavoitteessa. Verenpainetauti lisää muun muassa aivohalvauksen, sepelvaltimotaudin ja sydämen- ja munuaisten vajaatoiminnan riskiä. Verenpaineen kohotessa lisääntyy myös kuolleisuus sepelvaltimotautiin ja aivohalvaukseen. Sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijät lisäävät kohonneen verenpaineen haittoja. (Käypä hoito 2014.)

Verenpainetta hoidetaan itsehoidolla ja lääkehoidolla. Itsehoito on ensisijainen hoitomuoto, johon kuuluu terveellisten elintapojen sisäistäminen. Potilaan tulee kiinnittää huomiota erityisesti liialliseen suolan saantiin, alkoholinkäyttöön, liikunnan vähäisyyteen ja ylipainoon. Lääkehoito tulee aloittaa mahdollisimman pian, jos itsehoidolla ei ole vaikutusta. Näin vältetään verenpaineen pitkäaikaisvaikutuksilta. Lääkehoidossa käytetään yleensä useita eri verenpaineen hoitoon käytettäviä lääkkeitä pieninä annoksina. (Käypä hoito 2014.)

Lääkehoidon piiriin kuuluvien verenpainetautia sairastavien työikäisten suomalaisten hoitotasapaino parani 1980-luvulla, mutta viime vuosikymmeninä tilanne ei ole muuttunut enää parempaan suuntaan. Huomattava osa ihmisistä, joilla on kohonnut verenpaine, on edelleen ilman lääkehoitoa, ja kahdella kolmasosalla lääkehoitoa käyttävistäkin on liian korkea verenpaine. Tilanteen parantaminen edellyttää kohonneen verenpaineen ehkäisyn, tunnistamisen ja hoidon tehostamista. (Laatikainen ym. 2013, 1803-1809.)

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Uudessa terveydenhuoltolaissa (Finlex 1303/2014) painotetaan parhaan mahdollisen hoidon takaamista potilaalle kaikissa tilanteissa. Potilaalle tulee tarjota hänen tarpeitaan parhaiten vastaavat palvelut sekä lääketieteellinen hoito. Laissa on myös hoidon jatkuvuutta ja tehokkuutta lisäävä maininta hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisestä potilaalle. Potilaan tulisi saada tasapuolista, tasa-arvoista ja tehokasta hoitoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman 2012 - 2015 eli Kaste-ohjelman tavoitteena on terveystalouden tasaaminen ja tasapuolinen saatavuus sekä hoidon tehostaminen. Kaste-ohjelma jatkuu vielä vuodelle 2016. Ohjelma pyrkii kaventamaan muun muassa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä tehostamaan riskiryhmien osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä.

Sairaanhoitajilla on keskeinen rooli verenpainetta sairastavien potilaiden hoidossa. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään suuren määrän potilaita ja verenpaineohjaus on osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Verenpaineen mittaaminen on perustutkimus, jonka voi toteuttaa vastaanotolla suhteellisen nopeasti ja helposti. Sairaanhoitajalla on myös tärkeä rooli hoitoon sitouttamisessa ja hoidon jatkuvuuden takaamisessa (Saano ja Taam-Ukkola 2013, 341). Hoitosuositukset ovat hoitajan tukena päätöksenteossa ja antavat hoitajalle perustellun tiedon, mitä kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteuttamiseksi ja hoitamiseksi. (Komulainen, Honkanen, Malmivaara ja Sipilä 2012, 5-6). Sairaanhoitajan tulee aloittaa verenpaineen kotiseuranta jo hiemankin kohonneeseen verenpaineeseen. Vastaanotolla tulee kartoittaa myös potilaan elintavat ja ohjata itsehoitoon. Tehokkaalla ohjauksella, hoidolla ja ennaltaehkäisyllä voidaan vähentää terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksia. (ks. Käypä hoito 2014.)

Verenpainetaudin ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja hoidon tehostamiseen kannattaa panostaa. Hoitohenkilökunnan kouluttaminen, hoitosuosituksiin perehtyminen työajalla ja organisaation tuki helpottavat ja auttavat hoitajia ottamaan hoitosuositukset käyttöön nykyistä paremmin (Lehtomäki 2009, 125-161; ks. myös Sipilä 2012, 76-77). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata verenpainetautia sairastavan potilaan hoidon ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä työterveyshuollossa. Tavoitteena on saada tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten verenpainetautia sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Tämän tiedon avulla potilaiden ohjausta ja hoitotyötä voidaan kehittää ja parantaa edelleen. Tutkimuksen toimeksiantaja ja yhteistyökumppani on Iisalmen Työterveysasema Oy.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Verenpainetauti sairautena

2.1.1 Verenkierroelimistö ja sen tehtävät

Verenkierroelimistön pääasialliset tehtävät ovat hapen ja ravinteiden kuljettaminen solujen tarpeisiin sekä aineenvaihdunnassa syntyvän hiilidioksidin ja kuona-aineiden kuljettaminen. Verenkierro osallistuu myös lämmönsäätelyyn, humoraalisen eli ainevälitteisen informaation välittämiseen ja neuraalisen eli hermostollisen informaation välittämiseen. Verenkierroon tavoitteena on pitää elinten ja elimistön toiminta tasapainossa. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie ja Toverud 2011, 268; ks. myös Heikkilä ym. 2008, 47; Sovijärvi ym. 2012, 154-155.)

Verenkierroelimistön keskeiset osat ovat sydän, valtimot eli arteriat, hiussuonet eli kapillaarit ja laskimot eli venat. Sydän on lihaspumppu, joka kuljettaa laskimoista tulevan veren aina uudestaan valtimoihin. Valtimot kuljettavat veren kaikkialle elimistöön. Hiussuonissa tapahtuu hapen ja muiden aineiden vaihto veren ja solujen välillä. (Leppäluoto ym. 2013, 141.)

Sydämen pumppaustoiminta perustuu sydämen omaan sähköiseen johtoratajärjestelmään. Sydämen toimintajakso alkaa sydämen eteis- eli sinussolmukkeessa syntyvästä herätteestä. Sinussolmuke aloittaa uuden toimintakierron ennen sydämen muita osia. Siinä muodostunut aktiopotentiaali leviää eteisen seinämiin kaikkiin suuntiin ja saa sydänlihaksen supistumaan. Eteiskammiosolmukkeessa sähköinen ärsytys hidastuu edistäen kammioiden täyttymistä ennen supistumistaan. (Heikkilä ym. 2008, 37; Sand ym. 2011, 274-277; Leppäluoto ym. 2013, 146-147.)

Sydämen yhdellä supistuksella pumppaamaa verimäärää kutsutaan iskuutilavuudeksi. Aikuisen ihmisen vasemman ja oikean kammion iskuutilavuus on levossa keskimäärin 70 millilitraa. Syke on sydämen toimintajaksojen lukumäärä minuutissa. Toimintajakso koostuu systolesta, jolloin sydän pumppaa verta eteenpäin, ja diastolesta, jolloin sydän täyttyy. Sydämen minuuttitulavuus lasketaan kertomalla iskuutilavuus sykkeellä. Tämä on sydämen pumppaama verimäärä minuutissa. Aikuisen sydämen minuuttitulavuus on noin viisi litraa minuutissa. (Sand ym. 2011, 281; Leppäluoto ym. 2013, 150.)

Verenkierro koostuu **suuresta verenkierrosta eli perifeerisestä verenkierrosta** ja pienestä **verenkierrosta eli keuhkoverenkierrosta**. Suuressa verenkierrossa sydänlihas pumppaa vasemasta kammioista happipitoista verta suureen valtimeen eli aorttaan, josta veri kulkee kaikkialle elimistöön valtimoita pitkin. Aivot, raajat, sisäelimet ja kudokset saavat happipitoista verta. Pään ja ylävartalon laskimoveri palaa yläonttolaskimoon ja alavartalon laskimoveri palaa alaonttolaskimoon. Näistä laskimoista veri palaa oikeaan eteiseen. Pienessä verenkierrossa sydänlihas pumppaa vähähappista verta oikeasta eteisestä oikeaan kammioon ja sieltä veri kulkee keuhkovaltimoja pitkin keuhkoihin. Keuhkoissa verestä poistuu hiilidioksidi ja ilmasta vereen suodattuu happea. Happipitoinen veri palaa keuhkolaskimoja pitkin sydämen vasempaan eteiseen ja sitä kautta vasempaan kammioon, josta

se pumpataan uudelle kierrokselle. Sydämessä olevat läpät ohjaavat verta oikeaan suuntaan. Läppiä on myös laskimoissa. Jotta verenkierto toimisi kunnolla, verisuonistossa on oltava riittävästi painetta. (Jaatinen ja Raudusojja 2012, 64-66; Sovijärvi ym. 2012, 154-155; Leppäluoto ym. 2013, 149-152.) Sepelvaltimot kuljettavat hapekasta ja ravinnerikasta verta sydänlihakselle. Sepelvaltimorungot lähtevät aortan tyvestä, kulkevat sydänlihaksen pinnalla ja niiden päätehaarat tunkeutuvat sydänlihaksen sisälle. (Töyry 2008, 11-13; Leppäluoto ym. 2013, 155.)

Sydämen toimintajakso jaetaan **systoleen** ja **diastoleen**. Diastolen eli lepovaiheen alussa kammiot ovat levossa ja laajentuneina. Eteisten korkeampi paine työntää eteiskammio läpät auki, ja kammiot täyttyvät verellä. Lepovaiheen lopussa eteisten supistuminen tehostaa vielä kammioiden täyttymistä. Kun kammiot alkavat supistua, niiden kohoava paine työntää eteiskammio läppien purjeet taakse ja siten läpät sulkeutuvat. Systole eli sydämen työvaihe alkaa. Kammioiden supistumisen jatkuessa paine nousee nopeasti ja pakottaa aortta- ja keuhkovaltimoläpät aukeamaan. Siten veri syöksyy aorttaan ja keuhkovaltimoon. Kammioiden supistumisen loppuessa aortan ja keuhkolaskimon paine ja vähäinen takaisinvirtaus pakottavat aortta- ja keuhkovaltimoläpät kiinni. Sydämen systole loppuu ja diastole alkaa. Diastolen alussa kammiot ovat taas levossa. (Sand ym. 2011, 278-280; Leppäluoto ym. 2013, 151.)

Verenkierron säätelymekanismit

Sydämen toiminnan säätely jaetaan **sisäisiin** ja **ulkoisiin säätelymekanismeihin**. Sisäisessä säätelyssä sydän sopeutuu erilaisiin fysiologisiin tilanteisiin joko sykettä tai iskutilavuutta muuttamalla. Sydänlihas sopeuttaa toimintansa automaattisesti laskimoista palaavaan verimäärään, joka säätelee sydämen minuuttitulavuutta. Laskimopaluun kasvaessa venytys sydänlihaksessa lisääntyy ja sydänlihas alkaa pumpata tehokkaammin verta valtimoihin. Sydämen ulkoiseen säätelyjärjestelmään kuuluu tärkeimpänä tahdosta riippumaton eli autonominen hermosto. (Leppäluoto ym. 2013, 152-153.)

Verenkierron säätely tapahtuu pääasiassa aivorungossa sijaitsevassa verenkierron säätelykeskuksessa. Sinne tulee tietoa eri puolilta elimistöä sijaitsevista reseptoreista. Näitä ovat muun muassa valtimoiden seinämien baroreseptorit, sydämen eteisten, kammioiden ja keuhkolaskimoiden venytysreseptorit, keuhkojen venytysreseptorit ja kemoreseptorit. Reseptoreista tulevan tiedon avulla verenkierron säätelykeskus ohjaa autonomisen hermoston toimintaa. Aivorungossa oleva säätelykeskus on koko ajan yhteydessä selkäytimessä sijaitsevaan sympaattisen hermoston sekä aivorungossa sijaitsevaan parasympaattisen hermoston tumakkeisiin. (Sovijärvi ym. 2012, 28.)

Hermostolliseen säätelyjärjestelmään kuuluu sydämen ulkoiseen säätelyjärjestelmään kuuluva autonominen hermosto. Autonomisen hermoston eli tahdosta riippumattoman hermoston toiminta sisältää sympaattisen ja parasympaattisen hermotuksen. **Sympaattisia** hermosäikeitä on sydämen eteisissä, kammioissa, sepelvaltimoissa ja johtoratajärjestelmässä. Ne käyttävät välittäjäaineinaan katekoliamiineja, muun muassa adrenaliinia, noradrenaliinia ja dopamiinia. Sympaattiset välittäjäaineet vaikuttavat sydämen soluihin beetareseptorien kautta. Katekoliamiinit erittyvät verenkiertoon pääasiassa

lisämunuaisen ytimestä ja tehostavat sympaattisen hermoston vaikutusta. **Parasympaattiset** hermosäikeet tulevat sydämeen kiertäjähermon eli vagushermon kautta. Niistä valtaosa menee sydämen eteisiin ja johtoratajärjestelmään, vain pieni osa ulottuu kammioihin. Parasympaattinen hermovaikeus hidastaa impulssin muodostusta sinussolmukkeessa ja johtumista eteiskammiosolmukkeessa. Sympaattisen hermoston ja parasympaattisen hermoston vaikutukset ovat vastakkaiset. Parasympaattinen hermoärsytys näkyy sydämen sykkeen hidastumisena muun muassa unen aikana. (Leppäluoto ym. 2013, 152-155; ks. myös Sovijärvi ym. 2012, 28-29.) Sympaattinen aktivaatio puolestaan nostaa sydämen sykettä. Esimerkiksi fyysinen rasitus tai kiihtyminen aiheuttavat sympaattista hermoärsytystä. Samalla sympaattinen hermoärsytys voi lisätä sydämen supistusvoimaa ja nopeutta ja siten iskuilavuutta. (Leppäluoto ym. 2013, 155.)

Itsesäätely eli autoregulaatio on tärkeää elinten toiminnalle, koska sen avulla verenkierron säätely vastaa elimistön tarpeita. Tämä edellyttää verenpaineen pysymistä tietyllä tasolla eli keskiverenpaineen pysymistä väillä 60-160 mmHg. Verenpaineen **lyhyen ajan säätely** perustuu baroreseptoriheijasteeseen. Baroreseptorit ovat sydämen hermopäätteitä, jotka reagoivat valtimon seinämän venytykseen. Verenpaineen vaihtelu on merkittävin verisuonten seinämää venyttävä tekijä. Baroreseptorien ärsytys lisääntyy verenpaineen noustessa ja käynnistää verenkierron säätelykeskuksessa heijasteen, jolle on ominaista lisääntynyt parasympaattisen hermoston toiminta ja vastaavasti sympaattisen hermoston aktiviteetin väheneminen. Tämän ilmiön seurauksena syke hidastuu, sydämen supistusvire laskee ja verisuonet laajenevat pyrkien palauttamaan verenpaineen takaisin lähtötasolle. Verenpaineen lasku käynnistää vastakkaisen heijasteen. Mikäli verenpaine muuttuu pysyvästi, kuten verenpainetaudissa, baroreseptorit asettuvat toimimaan uudella painetasolla. (Sovijärvi ym. 2012, 28-29.)

Verenpaineen **pitkäaikaisessa säätelyssä** hermostollisen säätelyn merkitys on vähäinen. Munuaisen toiminta on pitkäaikaissäätelyssä tärkeä. Siihen vaikuttavat ennen kaikkea eräät vasoaktiiviset hormonit sekä neste- ja suolatasapaino. (Sovijärvi ym. 2012, 28-29.) Humoraaliseen säätelyjärjestelmään kuuluu erilaisten hormonien vaikutus verenkiertoon. Reniini-angiotensiini-aldosteroni -järjestelmä (RAA-järjestelmä) on usean hormonin muodostama verenpaineen säätelyjärjestelmä. Munuaiset ovat tämän säätelyjärjestelmän tärkein elin, koska niiden erittämä reniini pilkkoo maksan valmistamaa angiotensinogeenia angiotensiini I:ksi. Keuhkojen erittämä angiotensiinin konvertaasientsyymi (ACE) puolestaan muuttaa angiotensiini I:n angiotensiini II:ksi. (Sand ym. 2011, 460-461.) Angiotensiini II supistaa verisuonia ja aktivoi sympaattista hermojärjestelmää ja kohottaa näin verenpainetta. Lisäksi angiotensiini II lisää suolan eli natriumin pysymistä verenkierrossa estämällä sen virtsaamisen erittymistä munuaisissa. Tälläkin on verenpainetta kohottava vaikutus. RAA-järjestelmän verenpainetta kohottava vaikutusta voidaan estää erilaisilla verenpainelääkkeillä, muun muassa ACE:n estäjillä ja angiotensiiniireseptori salpaajilla. (Kettunen 2014c.)

2.1.2 Verenpaine ja sen luokittelu

Verenpaineella tarkoitetaan valtimoissa eli sydäimestä pois päin vievien verisuontien sisällä vallitsevaa hydrostaattista painetta. Hydrostaattinen paine on siis sydämen pumppaustoiminnan synnyttämä paine verisuonissa. Paine laskee, kun mennään pienempiin valtimoihin, hiussuoniin ja laskimoihin.

Sydämen tasolla hydrostaattinen paine on noin 100 mmHg. Onttolaskimoissa paine on jo lähellä nollaa. Hydrostaattinen paine-ero pitää yllä nesteiden liikettä eri elimien välillä ja kuljettaa hiussuonista solujen tarvitsemat ravinteet soluvälitilaan ja poistaa samalla kuona-aineet takaisin hiussuonistoon ja siten edelleen maksaan, munuaisiin ja keuhkoihin poistettavaksi. (Leppäluoto ym. 2013, 283-284.)

Verenpaine syntyy sydämen supistuessa ja pumpatessa verta eteenpäin valtimoihin. Verenpaine muodostuu kahdesta hemodynaamisesta arvosta: systolisesta ja diastolisesta. **Systolinen** (yläpaine) arvo kuvastaa sydämen työvaiheen loppupainetta, jolloin sydämen verimassa voimakkaan sydänlihassupistuksen seurauksena työntyy aorttaan ja sieltä joka puolelle elimistöön. Verenpaine on korkeimmillaan, kun isossa verenkierrossa suurten valtimoiden paine on korkea. **Diastolisessa** (alapaine) vaiheessa sydänlihaksen on lepovaiheessa, jolloin sen kammiot ovat laajentuneina. Tällöin sydän lepää ja täyttyy palaavalla verellä. Lepovaiheen aikana on verenpaine matalimmillaan, eli silloin isossa verenkierrossa suurten valtimoiden paine on matala. (Sovijärvi ym. 2012, 250; Leppäluoto ym. 2013, 150-152.)

Verenpaine riippuu sydämen pumpaamasta veritilavuudesta ja verenkierron vastuksesta. Verenkierron säätelymekanismit huolehtivat tarkoituksenmukaisesta verenpaineesta. Verenpaine kohoaa, kun ihminen jännittää, liikkuu tai ponnistelee. Fyysisen rasituksen yhteydessä verenpaine on korkeampi kuin lepotilassa. Verenpainetta nostavat myös fyysinen ja psyykinen stressi. (Jaatinen ja Raudusojä 2012, 66; Leppäluoto ym. 2013, 152-153.) Stressi vaikuttaa myös unen laatuun ja määrään (Härmä ja Sallinen 2008). Tilapäinen verenpaineen vaihtelu on normaalia. Usein verenpaine nousee ikääntymisen myötä, koska suonten seinämien kimmoisuus vähenee ja näin ollen vastus kovenee. (Jaatinen ja Raudusojä 2012, 66; Leppäluoto ym. 2013, 152-153.) Tästä syystä iäkkäämmillä ihmisillä nousee yleensä ensimmäisenä yläpaine. Systolinen verenpaine suurenee aina 80 ikävuoteen saakka. Nuorilla ja keski-ikäisillä, joilla valtimoiden seinät ovat kimmoiset, nousee yleensä ensimmäisenä alapaine. Diastolinen verenpaine nousee ennen 60 vuoden ikää. (Leppäluoto ym. 2013, 173.)

Verenpainetta tarvitaan pitämään yllä riittävä verenkierto, jotta elimistö saa tarvittavan määrän happea ja ravinteita. Verenkierron ansiosta myös kudosaineenvaihdunta toimii, jolloin kuona-aineet ja hiilidioksidi kulkeutuvat pois soluista. Verenpaine on koholla, kun levossa mitattu verenpaine on yli 140/90 mmHg. Pysyvästi kohonnutta verenpainetta kutsutaan **hypertensioksi**. Vuosien ajan kohoava paine johtaa sydämen ja muun verenkiertoelimistön sairauksiin. Ajan kuluessa kohonnut verenpaine aiheuttaa kohde-elinvaurioita ja johtaa ennen aikaiseen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. (Heikkilä ym. 2008, 1041; Sovijärvi ym. 2012, 250.) **Alentuneeksi verenpaineeksi eli hypotensioksi** kutsutaan tilaa, jolloin verenpaine laskee liian matalaksi. Verenpaineen laskiessa liian matalaksi kudosaineenvaihdunta häiriintyy. Keskushermosto ja munuaiset reagoivat myös alentuneeseen verenpaineeseen ja verenpaineen säätelyjärjestelmät aktivoituvat. (Sovijärvi ym. 2012, 250.) Matalan verenpaineen rajoja ei ole tarkasti määritelty. Terveillä nuorilla ja keski-ikäisillä henkilöillä verenpaineen yläpaine voi olla jopa alle 100 mmHg aiheuttamatta oireilua tai tarvetta voimien tarkistamiseen. (Mustajoki 2015c.) Ikääntyneillä matalan verenpaineen syynä on usein jokin verisuonten tai sydämen sairaus. Myös joihinkin harvinaisiin aineenvaihdunnan sairauksiin liittyy verenpaineen laskua. (Käypä hoito 2014; Mustajoki 2015c.)

Verenpainetaudin luokittelua

Kohonnut verenpaine jaetaan primaariseen ja sekundaariseen verenpaineeseen. Potilailla, joilla on kohonnut verenpaine, on tärkeää kartoittaa verenpaineen nousulle altistavat elintapatekijät, sekä mahdolliset nautintoaineet ja käytössä olevat lääkitykset, jotka kohottavat verenpainetta. Lääkäri tekee anamneesin, kliinisen tutkimuksen, ja potilaalta otetaan peruslaboratoriokokeet. Näiden tutkimusten pohjalta lääkäri arvioi, onko kohonnut verenpaine primaarista vai sekundaarista. (Heikkilä ym. 2008, 1062.)

Primaarinen verenpaine

Kohonneesta verenpaineesta noin 90-95 % on **primaarista eli essentiaalista verenpainetta**. Perintötekijät vaikuttavat primaariseen verenpaineeseen noin 30-50 %:lla potilaista. Kohonneesta verenpaineesta kärsivän potilaan sisaruksilla on 3,5-kertainen kohonneen verenpaineen riski muuhun väestöön verrattuna. Primaariselle hypertensiolle altistavia geenejä on useita. Se on osittain geneettistä mutta osittain myös elämäntavoista johtuvaa. Runsas suolan käyttö, liikalihavuus ja alkoholin suurkulutus ovat verenpainetta kohottavia elämäntapoihin liittyviä tekijöitä. Lapsen matala syntymäpaino lisää kohonneen verenpaineen riskiä aikuisiällä. (Heikkilä ym. 2008, 1043.) Myös tupakointi, liikunnan vähäisyys, stressi, hormonien käyttö, lakritsituotteiden sekä tulehduskipulääkkeiden runsas käyttö voivat kohottaa verenpainetta. Erityisesti suolan käytön vähentäminen alentaa verenpainetta merkittävästi. (Käypä hoito 2014; Vuori 2015, 187.)

Sekundaarinen verenpaine

Kohonnut verenpaine voi olla myös jonkin muun sairauden aiheuttamaa. Tällöin puhutaan **sekundaarisesta eli osoitettavasta syystä johtuvasta verenpaineesta**. Se liittyy muun muassa moneen munuaissairauksiin. Esimerkiksi munuaisvaltimoiden ahtautuminen ja lisämunuaisen kuorikerroksen hormonien, kortisolien sekä aldosteronin liikatuotanto nostavat verenpainetta. (Heikkilä ym. 2008, 1062; Käypä hoito 2014.)

Verenpainetason luokittelua

Valkotakkihypertensiolla eli isoloituneella vastaanottohypertensiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa lääkärin tai hoitajan mitaamat verenpaineet vastaanotolla ovat koholla eli vähintään 140/90 mmHg, mutta kotona mitatut verenpaineet ovat normaaleja eli alle 135/85 mmHg. Valkotakkihypertensio ennakoi kuitenkin kohonneen verenpaineen ilmaantumista myöhemmässä vaiheessa. (Käypä hoito 2014.)

Piilevässä hypertensiossa vastaanotolla mitattu verenpaine on normaali, mutta kotona itse mitatut verenpaineet tai pitkäaikaisrekisteröinnin päivätaso on kohonnut eli verenpaine on 135/85 mmHg tai enemmän. Suomalaisista 45-74-vuotiaista 14 %:lla on piilevä hypertensio. Näillä asiakkailla on usein

myös muita sydän- ja verisuonitaudeille altistavia vaaratekijöitä, ja heidän elintapansa ovat epäterveellisemmät kuin valkotakkihypertensiivisten ja ihmisten, joilla on normaali verenpaine. (Käypä hoito 2014; ks. myös Hänninen 2014, 1500-1506.)

Pseudohypertensiossa verenpaine on korkea ja se reagoi huonosti lääkitykseen. Pseudohypertensiiviset potilaat ovat usein iäkkäitä ja heillä ei ole tavallisesti kohde-elinvaurioita. Sen sijaan heidän olkavarsivaltimonsa on tyypillisesti kalkkeutunut, jolloin mansettimenetelmällä mitattu verenpaine antaa liian suuria verenpainearvoja todelliseen verenpaineeseen nähden. (Käypä hoito 2014.)

Ortostaattisella hypotensiolla tarkoitetaan asennon muutoksesta, yleensä makuulta tai istumasta seisomaan noustessa, aiheutuvaa verenpaineen äkillistä laskua. Se johtuu usein siitä, että iäkkään ihmisen jäykistyneet valtimot sopeutuvat hitaasti asennon muutokseen. Ortostatismien tutkiminen on tärkeää erityisesti huimausoireisella, ikääntyneillä ihmisillä ja diabetestä sairastavilla. Ortostatismia epäiltäessä verenpaine mitataan makuulla, heti seisomaan noustessa sekä kahden minuutin seisomisen jälkeen. Ortostatismi todetaan, jos verenpaine laskee vähintään 20/10 mmHg. Lääkäri arvioi potilaan tilanteen myös anamneesin, oireiden ja absoluuttisen seisomapaineen avulla. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka ja Rasimus 2013, 57; Käypä hoito 2014; Syväne 2014, 12-15; Mustajoki 2015b; ks. myös Sovijärvi ym. 2012, 30-31.)

2.1.3 Korkean ja matalan verenpaineen oireet, seuraukset ja hallinta

Potilas ei yleensä itse tunne kohonnutta verenpainetta, eikä se aiheuta selkeitä oireita. Siksi painetta on tärkeä mitata ja kontrolloida. Kun verenpaine on merkittävästi koholla, potilas voi tuntea päänsärkyä tai huimauksen tunnetta. Kohonnut verenpaine voidaan kuitenkin todeta vain mittaamalla verenpainetta. Diagnoosi perustuu vastaanotolla ja kotona mitattuihin verenpainearvoihin tai verenpaineen vuorokausirekisteröintiin. Tämän lisäksi potilaan tulee seurata verenpainetta myös kotona diagnoosin varmistumisen jälkeenkin säännöllisin väliajoin. (Käypä hoito 2014; ks. myös Syväne 2014, 12-15.)

Joillakin ihmisillä on synnynnäisesti matala verenpaine. Se ei ole haitallista, jos potilaan vointi säilyy hyvänä. Matala verenpaine voi olla täysin oireeton. Jos verenpaine laskee liian matalalle, potilas voi kuitenkin tuntea heikotusta, huimausta, huonovointisuutta, sydämen tykyttelyä tai kylmänhikisyyttä. Tämä saattaa liittyä autonomisen hermoston häiriötilaan tai piilevään rytmihäiriöön. Myös verenpainelääkitys saattaa laskea verenpainetta liiaksi. (Remes 2006; Mustajoki 2015c; ks. myös Sulkava 2009.) Joskus saattaa esiintyä iäkkäillä ihmisillä nokturnaalista hypotensiota eli verenpaineen laskua yöaikaan virtsalla käydessä (Remes 2006). Verenpaineen voimakas lasku saattaa aiheuttaa pyörtymisen tai kaatumisen. Matalan verenpaineen oireita voi helpottaa riittävällä nesteytyksellä, säännöllisellä syömisellä, kohtuullisella suolan käytöllä ja sokeritasapainosta huolehtimalla. (Remes 2006; Mustajoki 2015c; ks. myös Sulkava 2009.)

Äkillinen verenpaineen lasku saattaa olla henkeä uhkaavaa. Systolisen verenpaineen laskeminen alle 100 mmHg saa aikaan verenkiertohäiriön eri elimissä. Verenpaineen laskun käynnistämä baroreseptorijärjestelmä nostaa sykettä ja supistaa ihon verisuonia sekä lisää sydämen supistumisvireyttä. Iho

kalpenee ja ihon lämpötila laskee. Verenkierron hidastuminen lihaksissa aiheuttaa voimattomuutta, munuaisissa verenkierron hidastuminen vähentää virtsanmuodostumista ja aivoissa se puolestaan aiheuttaa tajunnan häiriöitä. Sokin yhteydessä verenpaine usein romahtaa. (Leppäluoto ym. 2013, 174; ks. myös Sovijärvi ym. 2012, 46.)

Kohonnut verenpaine rasittaa vuosien kuluessa valtimoita ja sydäntä. Valtimoiden sisäkerrokseen eli intimaan alkaa kertyä rasvaa. Verenpaineen ollessa koholla sydän joutuu työskentelemään jatkuvasti normaalia enemmän, jotta veri pääsee kiertämään ahtautuneissa suonissa. Tällöin sydänlihas paksuunee ja laajenee, ja lopulta sydämen pumppausteho laskee. (Leppäluoto ym. 2013, 173; Käypä hoito 2014.) Sydän- ja verisuonitaukoiden altistavia vaaratekijöitä ovat ikä, sukupuoli, tupakointi, kokonaiskolesterolipitoisuus ja systolinen verenpaine. Sairastumisvaaraa lisää potilaan sairastama sepelvaltimotauti, diabetes, ahtauttava valtimosairaus, periytyvä hyperlipidemia tai lähisuvussa varhaisella iällä ilmennyt sepelvaltimotapahtuma. Myös seerumin HDL-kolesterolin matala arvo ja kohonnut triglyseridiarvo lisäävät vaaraa sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. (Takala ja Kumpusalo 1999, 976; Kettunen 2014b.) SCORE-tilin avulla voi määrittellä todennäköisyyden menehtyä kymmenen vuoden sisällä sepelvaltimotautiin, aivohalvaukseen tai muihin valtimotautiin. Sairastumisriskiä voidaan arvioida myös FINRISKI-laskurin avulla. (Kettunen 2014a.)

Kohonnut verenpaine aiheuttaa liitännäissairauksia ja kohde-elinvaurioita. Valtimoiden kovettuminen eli ateroskleroosi johtaa vuosien mittaan sepelvaltimotautiin tai aivovaltimotauteihin. Sepelvaltimotautille altistaa paitsi kohonnut verenpaine myös suurentunut veren kolesterolipitoisuus, tupakointi, liian vähäinen liikunta sekä ylipaino ja diabetes. Sepelvaltimotautissa sydämen sepelvaltimot ahtautuvat ja sydänlihas ei saa riittävästi hapekasta verta. Sepelvaltimotauti voi ilmetä potilaalla angina pectoris - eli rasisurintakipuna tai sydäninfarktina. Tällöin sydänlihas joutuu pitkäaikaiseen hapenpuutteeseen. Pitkään koholla ollut verenpaine ja sepelvaltimotauti yhdessä voivat johtaa sydämen vajaatoimintaan. Tällöin sydämen pumppaustehon vähentyessä keuhkoissa ilmenee verentungosta, mikä aiheuttaa hengästymistä ja nesteen kertymistä muualle kehoon, muun muassa nilkkoihin ja sääriin. Sepelvaltimotauti aiheuttaa usein rytmihäiriöitä ja lisää aivoinfarktin vaaraa. Tällöin aivovaltimo voi tukkeutua tai revetä kokonaan. (Mustajoki 2002, 15; Töyry 2008, 11-16, 20-21; ks. myös Leppäluoto ym. 2013, 149, 157, 173.) Kohonnut verenpaine on myös eteisvärinän merkittävä riskitekijä (Syväne 2014, 12-15). Tavallisimpia kohonneen verenpaineen aiheuttamia kohde-elinvaurioita ovat sydämen vasemman kammion liikakasvu eli hypertrofia, munuaisvauriot, silmänpohjan vauriot ja verisuonitason vauriot. (Jula ym. 2014; Käypä hoito 2014.)

2.1.4 Kohonneen verenpaineen ilmeneminen ja seuranta Suomessa ja muissa maissa

Aikuisikäisistä suomalaisista noin kahdella miljoonalla on kohonnut verenpaine, ja noin miljoonalla on verenpainelääkitys. Lääkityksestä huolimatta vain joka viidennellä verenpaine on ihanteellisella tasolla. (Käypä hoito 2014.) Hoitotavoitteeseen pääsee noin 40 % verenpainetautiin sairastavista henkilöistä (Kastarinen ym. 2009, 1552-1559). Joka toisella 30 vuotta täyttäneellä suomalaisella on kohonnut verenpaine (Koskinen, Lundqvist ja Ristiluoma 2009, 66). Verenpainetauti on erityiskorvattavaan lää-

kehoitoon oikeuttavista sairauksista potilasmäärältään selvästi suurin: määrä lähestyy puolen miljoonan rajaa. Kuitenkin henkilöt, joilla verenpaine on vain lievästi koholla, jäävät tilastojen ulkopuolelle. Kelan käyttämä kriteeristö erityiskorvattavan lääkehoidon oikeuksien saamiseen on tiukempi kuin hoidon aloittamisen suositus. (Sotkanet 2013.)

Suomessa väestön verenpainetta on seurattu FINRISKI-tutkimuksella viiden vuoden välein vuodesta 1972 alkaen. Seurannan aikana suomalaisten verenpainetasot laskivat sekä miehillä että naisilla 2000-luvulle saakka, mutta sen jälkeen lasku on lähes pysähtynyt eikä työikäisen väestön osuus kohonnutta verenpainetta sairastavista ole enää pienentynyt. Väestön tasolla suolan ja alkoholin käyttöä tulisi vähentää edelleen, ylipainoa tulisi välttää ja liikuntaa lisätä. Positiivisena voidaan kuitenkin pitää sitä, että yhä useampi kohonnutta verenpainetta sairastavista on hoidon piirissä ja hoitotasapaino on parantunut. Silti osa korkeaa verenpainetta sairastavista jää vielä ilman hoitoa, ja kahdella kolmasosalla lääkehoitoa saavista verenpaine on yhä liian korkea. (Laatikainen ym. 2013, 1803- 1809.)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -raportin mukaan kohonneen verenpaineen esiintyvyys lisääntyy iän mukana. Verenpaine on koholla noin 33 %:lla 75 vuotta täyttäneistä miehistä ja vastaavassa ikäryhmässä 71 %:lla naisista. 30-44- vuotiaista miehistä verenpaine on koholla 30 %:lla ja naisista saman ikäisenä 14 %:lla (vähintään 140/90 mmHg tai lääkehoidossa oleva). Naisilla verenpaine kohoaa jyrkemmin iän karttuessa. (Koskinen ym. 2009, 66-69.)

Usein verenpainetta sairastavilla potilailla on myös muita verenkiertoon liittyviä sairauksia, jotka lisääntyvät iän myötä. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -raportin mukaan verenkiertoelinten sairauksia esiintyi aiempaa vähemmän 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Joka kolmannella 75 vuotta täyttäneellä miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti. 55-64-vuotiaista miehistä 8 %:lla oli sepelvaltimotauti. Hoidon kehittyessä ja kirurgisen hoidon tehostuessa sepelvaltimotauti- ja aivohalvauskuolleisuus vähenee. Sepelvaltimotaudin esiintyvyys lisääntyy, kun sairauden ennuste paranee hoidon kehittyessä. (Koskinen ym. 2009, 82-87.)

Maailmanlaajuisesti verenpainetauti sairastaa yli miljardi ihmistä (Dokoohaki ym. 2015, 41-45). Kohonnut verenpaine vähentää väestön terveitä elinvuosia ja aiheuttaa yli 9 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa vuosittain (Käypä hoito 2014). Maailmalla sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy perustuu lähes samoihin lähtökohtiin kuin Suomessa. Elämäntapamuutokset ja lääkehoito ovat tärkeimpiä kohonneen verenpaineen alentajia. Ulkomailla terveydenhuollon yhteistyö ja verkostoituminen ovat verenpaineen hoidossa ja ehkäisyssä merkittävässä asemassa. Farmaseuttien ennaltaehkäisevä ja seurantoihin liittyvä rooli nousee useissa lähteissä voimakkaasti esille. (ks. Houle, Tsuyuki ja Campbell 2011, 295-304; Mancina ym. 2013, 1281-1357; Chambers 2014, 1-4; Townsend ja Anderson 2015, 69-75.)

Laajan skotlantilaisen tutkimuksen pohjalta laadittu suositus painottaa, että kansalliset vaaratekijät voivat olla erilaiset ja ne tulee huomioida sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä arvioitaessa kunkin maan väestön riskitekijöiden mukaan. Liikunnan lisääminen, kovien rasvojen välttäminen ja

suolan vähentäminen ovat kuitenkin tärkeitä elämäntapamuutokseen liittyviä tekijöitä kaikkialla maailmassa. Elämäntapaohjauksen suositukseen kuuluvat kestävyysliikunnan lisääminen, hedelmien ja kasvien lisääminen ruokavaliossa, tupakoinnin lopettaminen ja nikotiinikorvaushoidon käyttäminen vieroitukseen sekä alkoholin liikakäytön välttäminen. Aspiriinia suositellaan yli 50-vuotiaille korkean riskin potilaille. Verenpainelääkkeitä käyttäville potilaille, joilla verenpaine on yli 160/100 mmHg, suositellaan tehostettua elämäntapaohjausta. Sepelvaltimotautia sairastaville tulisi antaa ohjausta fyysisen toimintakyvyn parantamiseen sekä mielialan kohottamiseen. Potilaille, joilla on suuri riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, suositellaan influenssarokotetta. (Chambers 2014, 1-4.)

Kanadalaisesta aikuisväestöstä 20 % sairastaa verenpainetauti ja näistä potilaista joka kolmannella verenpainetauti ei ole tasapainossa ja riski liitännäissairauksiin ja kohde-elinvaurioihin on lisääntynyt. Syyt verenpainetaudin huonolle vasteelle ovat samansuuntaiset kuin Suomessa liittyen elämäntapoihin ja lääkitykseen: ylipaino, suolankäyttö, alkoholi ja tupakka sekä lääkehoidon riittämättömyys ja sopimattomat lääkeyhdistelmät. Näiden lisäksi Kanadan hoitosuosituksessa on huomioitu uniapnea, krooninen kipu ja liiallinen nesteytys. Kanadassa farmaseuteilla on tärkeä rooli verenpaineen seurannassa. (Houle ym. 2011, 295-304.) Yhdysvalloissa normaaliksi verenpaineeksi määritellään alle 120/80 mmHg, raja on sama Suomessakin. Verenpainetauti sairastavista amerikkalaisista noin 25 % on ylipainoisia tai lihavia. Hoidon suuntaviivat koostuvat verenpaineen säännöllisestä seurannasta huomioiden potilaan iän ja muut sairaudet. Elämäntapamuutokset ja lääkehoito ovat hoidon kulmakiviä. Erityisesti kiinnitetään huomiota ravinnon laatuun, painonpudottamiseen, kestävyysliikunnan harjoittamiseen ja suolan vähentämiseen. (Townsend ym. 2015, 69-75.)

Euroopan maissa terveydenhuollon järjestämisessä on suuria maakohtaisia eroja: useimmissa maissa verenpainetauti hoidetaan ja diagnosoidaan perusterveydenhuollossa yleislääkäreiden toimesta. Joissakin Euroopan maissa verenpainetauti pyritään saamaan hallintaan yhteistyöllä eri ammattiryhmien kesken. Joissakin maissa sairaanhoitajat työskentelevät jo tiiviissä yhteistyössä lääkäreiden kanssa ja uusivat lääkereseptejä, antavat ohjausta ja toteuttavat verenpainepotilaan kontrollikäyntejä. Useimmissa maissa sairaanhoitajien rooli on vielä vähäinen. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että tiimityö on tehokkaampaa ja verenpaineen aleneminen voimakkaampaa, kuin perinteisellä hoidolla. Sairaanhoitajien panoksen lisäksi hoitoon voi kuulua farmaseutin antamaa lääkeohjausta. Yleislääkärit voivat konsultoida eri alojen asiantuntijoita, esimerkiksi sisätautilääkäreitä, sydänlääkäreitä, nefrologeja, endokrinologeja sekä ravitsemusterapeutteja. Hoitajien osuus on erityisen merkittävä elintapaohjauksessa ja hoitoon sitouttamisessa. Lisäksi puhelinneuvonta on sairaanhoitajien rooliin kuuluva tärkeä osa hoidon seuranta. (Mancia ym. 2013, 1281-1357.)

2.1.5 Verenpaineen alentaminen ja diagnostiset rajat

Verenpaineen alentamiseen pyritään ohjaamalla potilasta elämäntapamuutoksiin ja lääkehoidolla. Lääkehoitoa suositellaan, jos vastaanotolla mitattu systolinen painetaso on elintapamuutoksesta huolimatta vähintään 140 mmHg tai diastolinen painetaso vähintään 90 mmHg ja kotona mitattu systolinen painetaso on vähintään 135 mmHg tai diastolinen painetaso vähintään 85 mmHg. Tyytyminen kotimittauksissa melkein tavoitearvoihin 140/90mmHg voi johtaa asiakkaan alihoitamiseen. Jos potilaalla

on diabetes, verenpaineen hoidon tavoitearvot ovat matalammat, koska liitännäissairaudet lisäävät kohonneen verenpaineen haittoja. (Käypä hoito 2014; Syväne 2014, 12-15.) Käypä hoito -suosituksessa annetaan ohjeistus ja raja-arvot verenpaineen seurantaan. Numeerinen mittayksikkö verenpaineessa on elohopeamillimetri eli mmHg. (Kuvio 1.)

Alle 120 ja alle 80 = hyvä, tarkistusmittaus 5 vuoden välein ja elintapaohjaus

120- 129 tai 80- 84 = normaali, uusintamittaus 2 vuoden välein ja elintapaohjaus, verenpaineen 4 vrk:n seuranta 4 kk:n sisällä mittauksesta

130-139 tai 85- 89 = tyydyttävä, kontrolli vuoden välein, elintapamuutos

Edellä mainittuihin rajoihin poikkeuksena ovat: diabeetikot, munuaissairaat tai henkilöt, joilla on jo kohde-elinvaurioita. Heillä aloitetaan lääkehoito varhaisemmin lääkärin arvion mukaan.

140- 159 tai 90- 99 = lievästi kohonnut, verenpaineen 7 vrk:n seuranta aloitetaan, elintapamuutos. 2 kk:n kuluttua uusi arviointi ja jos verenpaine on edelleen koholla, lääkehoitoa harkitaan.

Kuvio 1. Verenpaineen seurannan ohjaus ja seurantamittausten aloittaminen (Käypä hoito 2014 mukailen).

2.2 Verenpainetautiä sairastavan potilaan ohjaus

Verenpainetautiä sairastavan potilaan henkilökohtainen ohjaus on kahdenkeskistä vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on johdattaa potilas ajattelemaan omaa terveyttään, havaitsemaan muutostarpeet ja kannustamaan terveyttä edistäviin muutoksiin. Ohjauksen tavoitteena on potilaan terveyskäyttämisen tukeminen niin, että hän kykenee ottamaan mahdollisimman paljon vastuuta omasta hoidostaan. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee huomioida potilaan tiedot ja taidot sekä arvioida potilaan vastaanottokykyä ohjaustilanteessa. Ohjaus on parhaimmillaan avointa ja luottamuksellista vuorovaikutusta, jossa ohjaus suhteutetaan potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen ja hänelle tärkeisiin asioihin. Ohjauksen mielekkyyttä ja tehoa voi lisätä käyttämällä erilaisia ohjaustapoja, esimerkiksi suullisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää kirjallista ohjausta, kuvia, kyselyitä, esitteitä ja internetistä saatavaa materiaalia. (Uitti 2014, 246; ks. myös Lipponen 2014, 72.) Sairaanhoidajalla on tärkeä rooli potilaan sitouttamisella hoitoon ja motivoimisella elämäntapamuutokseen ja lääkehoitoon (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 341).

Ohjaukseen kuuluvia elementtejä ovat tiedon antaminen, neuvonta, konsultointi, terapia ja oppimisen elementit. Toisinaan ohjaustilanne painottuu enemmän tiedon antamisen ja neuvonnan näkökulmiin,

toisinaan taas terapeuttiset elementit ovat ohjaustilanteessa enemmän esillä. Ohjaukseen liittyy myös oppimista ja konsultointia. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen ja Mäkelä 2011, 19-20.) Potilaan tarvitsemaan tiedon tarpeeseen voi vastata lyhyessäkin ajassa yksilöllisesti kohdennetun ohjauksen avulla. Perusterveydenhuollon suhteellisen vaatimaton, mutta järjestelmällinen neuvonta, varsinkin hoitamattomilla verenpainepotilailla, voi tuottaa merkittävää kansanterveydellistä hyötyä ja laskea myös yksilötasolla potilaan verenpainetta. (Kastarinen ym. 2002, 2505-2512.)

Verenpaineen hoidon tärkeimmät tekijät ovat potilaalle annettava elintapamuutoksiin tähtäävä ja lääkehoitoon liittyvä ohjaus. Terveellisen ruokavalion tärkeimpiä tekijöitä ovat säännöllinen ruokailurytmi sekä niin sanotun ruokakolmion ja lautasmallin käyttäminen ravitsemuksessa. Ruokakolmio ja lautasmalli havainnollistavat eri ruoka-aineryhmien suhteellisia osuuksia ruokavaliossa. (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 341; Käypä hoito 2014; ks. myös Ravitsemussuositukset 2014).

2.2.1 Verenpaine ja elintapoihin liittyvä ohjaus

Ensisijainen kohonneen verenpaineen hoitomuoto on itsehoito eli potilaan elintapamuutokset. Tärkeimpiä riskitekijöitä ovat liiallinen suolan saanti, runsas alkoholin käyttö, liikunnan vähäisyys ja ylipaino. Myös tupakoinnin ja lakritsiuutetta sisältävien elintarvikkeiden vähentäminen alentaa verenpainetta. Elintapaohjaukseen kuuluvat kiinteästi ravitsemusneuvonta, päihdeohjaus ja painonhallinta. Jos elintapaohjauksella ei ole vaikutusta, lääkehoitoon tulisi turvautua herkästi, jotta kohonneen verenpaineen aiheuttamat pitkäaikaisvaikutukset voitaisiin minimoida. Elintapamuutokset ovat tarpeen myös silloin kun aloitetaan lääkehoito. (Käypä hoito 2014; ks. myös Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 341.)

Verenpaine ja ravintoon liittyvä ohjaus

Verenpaineen alentamiseen suositellaan suomalaisen ruokavaliosuosituksen mukaista ruokavaliota (Ravitsemussuositukset 2014). Yhdysvalloissa opiskelijoille tehdyssä tutkimuksessa seulottiin verenpaine- ja kolesteroliarvot sekä annettiin liikunta- ja ruokavalio-ohjausta. Tutkimuksen mukaan henkilökohtaisella, yksilöllisellä ohjauksella oli merkittävä vaikutus ihmisen elintapoihin muun muassa liikunta- ja ruokailutottumuksiin. (Melnik 2015, 138-143.)

Suolan vähentäminen ruokavaliosta on keskeinen kohonnutta verenpainetta alentava tekijä (Ito ym. 2015, 342-348). Se vähentää nesteen kertymistä elimistöön ja näin helpottaa sydämen työtä. Haitallista suolassa on sen sisältämä natrium. Elimistön tarvitsema natrium saadaan jo päivittäisistä peruselintarvikkeista, kuten maidosta, kalasta ja lihasta. Ylimääräisen natriumin poistaminen elimistöstä työllistää munuaisia ja kohottaa verenpainetta. Suurin osa suolasta tulee elintarvikkeista piilosuolana. (Aro 2013.) Suomalaiset miehet käyttävät suolaa keskimäärin 9 - 10 grammaa ja naiset 7 - 8 grammaa päivässä. Suolansaantia tulisi vähentää noin puoleen eli noin 5 grammaan päivässä. (Käypä hoito 2014; Ravitsemussuositukset 2014.)

Runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä sisältävä ruokavalio alentaa kohonnutta verenpainetta, sillä niistä saadaan **kaliumia, kalsiumia ja magnesiumia**. Kasvisten käyttö ja rasvattomat maitovalmisteet ruokavaliossa tehostavat verenpaineen laskua. **Ravintokuidun** lisääminen muun muassa täysjyväviljatuotteiden muodossa voi myös alentaa verenpainetta. **Lakritsiuutetta** sisältäviä tuotteita tulee välttää, koska ne voivat kohottaa verenpainetta. Lakritsiuutetta on esimerkiksi lakritsissa, salmiakissa, leivonnaisissa, makeisissa ja purukumissa. Myös jotkut luontaistuotteet, lääkkeenomaiset valmisteet, alkoholijuomat ja nuuska sekä tietyt teelaadut sisältävät lakritsiuutetta. Tuotteiden verenpainetta kohottava vaikutus on luultua yleisempää. Vaikutus voi kestää useita viikkoja. Osa väestöstä on erityisen herkkä lakritsiuutteen verenpainetta kohottavalle vaikutukselle. Kohonneen verenpaineen yhteydessä lakritsiuutetta sisältäviä tuotteita kannattaakin välttää kokonaan. Myös ikääntyminen ja heikentynyt munuaistoiminta lisäävät verenpaineen nousun riskiä. (Käypä hoito 2014.)

Kohonneen verenpaineen hallinnassa kannattaa kiinnittää huomiota ravinnosta saatavien rasvojen laatuun. Pehmeän rasvan eli kerta- ja monityydyttymättömien rasvojen riittävä käyttö ja kovan rasvan eli niin sanotun tyydyttyneen rasvan vähentäminen laskevat kolesterolia ja näin helpottavat verenkierron vastusta; verenpaineekin laskee. Kalaa on hyvä syödä 2-3 kertaa viikossa ja punaisen lihan osuutta ravinnosta tulisi vähentää. Kovaa rasvaa on runsaasti rasvaisissa maito- ja lihavalmisteissa, leivonnaisissa, kookosrasvassa ja palmuöljyssä. Pehmeää rasvaa on puolestaan runsaasti kasviöljyissä, margariineissa ja kalassa. (Käypä hoito 2014; Ravitsemussuositukset 2014.) Kalaa tai kalaöljyä, jossa on pitkäketjuisia omega-3-rasvahappoja, nauttivien ihmisten riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on tutkimuksen mukaan pienempi kuin muiden. (Swe 2013,1-4). Ravitsemussuositusten mukaiset ruokailutottumukset yleistyivät vuosina 2005 - 2009, mutta vuosina 2010 - 2014 myönteinen kehitys on pysähtynyt lähes koko Suomessa, lukuun ottamatta Itä-Suomea. Vuonna 2010 voi-kasviöljyseoksen käyttö on tosin kääntynyt nousuun. (Helldän ja Helakorpi 2015, 23,27.)

Suomalainen ravitsemussuositus suosittelee kaikille suomalaisille D-vitamiinia 10 mikrogrammaa vuorokaudessa vuoden pimeimpänä aikana. Vanhuksille ja yksipuolista ravintoa käyttäville suositellaan 20 mikrogrammaa D-vitamiinilisää vuorokaudessa. (Ravitsemussuositus 2014). D-vitamiinilisä saattaa estää verenpainetaudin puhkeamista. Sillä D-vitamiinin puutos nopeuttaa verenpainetaudin puhkeamista ja etenemistä. Syytä tähän ei vielä tunneta. Riittävä D-vitamiinipitoisuus näyttää kuitenkin vähentävän verisuonten jäykkyyttä, vaikka se ei vaikuta sykkeen voimakkuuteen. (Zaleski ym. 2015, 17.)

Verenpaine ja liikuntaan liittyvä ohjaus

Säännöllinen liikunta alentaa tehokkaasti verenpainetta. Säännöllisen kestävyysliikunnan vaikutuksesta sydämen leposyke laskee, iskutilavuus suurenee ja systolinen sekä diastolinen verenpaine laskevat. (Kiilavuori, 2014.) Säännöllinen kestävyysliikunta laskee verenpainetta jopa yhden verenpainelääkkeen verran. Päivittäin olisi hyvä liikkua reippaasti ainakin 30 minuuttia, vaikka useammassa lyhyemmässä jaksossa. Liikuntamuodoksi sopii esimerkiksi kävely, pyöräily tai jokin muu itselleen sopiva liikuntamuoto. Myös kuntosaliharjoittelu yhdistettynä muuhun liikuntaan auttaa hallitsemaan verenpainetta. (Kukkonen-Harjula, 2015.) Sen sijaan erilaisten rentoutusmenetelmien pitkäaikaisvaikutuksista verenpaineen alentajina ei ole selvää tutkimusnäyttöä (Käypä hoito 2014).

Noin puolet suomalaisista liikkuu kestävyyskunnan kannalta riittävästi. Liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla on viime vuosikymmeninä lisääntynyt, mutta työn ja arjen fyysinen aktiivisuus on vähentynyt. Terveydelle haitalliseksi luokiteltu istuminen on lisääntynyt, 25 – 64 -vuotiaat istuvat keskimäärin yli seitsemän tuntia päivässä. (Husu, Paronen, Suni ja Vasankari 2011, 30.) Suomalaisen fyysinen aktiivisuus on liian vähäistä terveyden näkökulmasta. Liikunnan harrastaminen on yksipuolista kestävyysliikuntaa, lihaskunto- ja tasapainoharjoitteluun tulisi kannustaa enemmän. (Koskinen ym. 2009, 58.)

Suomalaisten vapaa-ajan liikunta on yleistynyt 1970-luvun lopulta lähtien. Vuonna 2014 miehistä 54 % ja naisista 60 % harrastivat vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Vähiten vapaa-ajan liikuntaa harrastivat 35 - 44 -vuotiaat: miehistä 48 % ja naisista 55 %. Eniten liikkuvia eli vähintään neljä kertaa viikossa vapaa-ajallaan liikkuvia oli miehistä 31% ja naisista 36%. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikilla alueilla Suomessa, kun mittarina on liikkuminen puoli tuntia vähintään kaksi kertaa viikossa. (Helldän ja Helakorpi 2015, 19,25,27.)

Verenpaine ja painonhallintaan liittyvä ohjaus

Eryteisesti vyötärölle kertyvä rasva aiheuttaa häiriöitä aineenvaihdunnassa ja ajan kuluessa lisää sairastuvuutta. Lievästikin ylipainoiselta kannattaa mitata vyötärön ympärysmitta. Painoindeksi (BMI) laskeminen potilaalta on tärkeää kartoitettaessa potilaan ylipainon vaikeusastetta. Painoindeksi laskussa käytetään potilaan painoa kiloina ja pituutta metreinä. Kun pituus korotetaan toiseen potenssiin ja potilaan paino jaetaan tällä pituuden neliöllä, saadaan painoindeksi. Kun painoindeksi on yli 25, puhutaan ylipainosta. Ylipainoisten ja lihaviiden painon pudotus laskee verenpainetta. (Mustajoki 2015a). Painon pudottaminen 4-8 % laskee keskimäärin 3-4 mmHg sekä systolista että diastolista verenpainetta. Painonpudotuksen tavoitteena tulisi olla 5-10 %:n painon laskeminen. Painon pudottaminen edistää terveyttä, vaikka normaalipainoa ei saavutettaisikaan. (Käypä hoito 2014; Mustajoki 2015a.)

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisyyden ja terveyden tutkimuksessa todetaan, että ylipaino on pitkällä aikavälillä yleistynyt kaikkialla Suomessa, joskin Uudellamaalla ylipainoisten naisten määrä on pienempi kuin muualla Suomessa. Vuosina 2010-2014 ylipainoisten miesten osuus vaihteli eri alueilla 58-65 %:n välillä. Ylipainoisten naisten osuus puolestaan vaihteli eri alueilla välillä 40-50 %:n välillä. (Helldän ja Helakorpi 2015, 26.) Suomalaisista naisista 30 % ja miehistä 40 % on normaalipainoisia eli painoindeksi on enintään 25 (Koskinen ym. 2009, 216-217).

Verenpaine ja päihteisiin liittyvä ohjaus

Tupakointi sekä alkoholin ja huumeiden käyttö kohottavat verenpainetta. Tupakointi nostaa verenpainetta lisäämällä sympaattista aktiivisuutta ja korottamalla sykettä. Tupakoinnin lopettaminen laskee systolisen verenpaineen päivätasoa, mutta ei kuitenkaan pienennä aamulla ennen ensimmäistä tupakkaa mitattua painetta. Lopettaminen vaikuttaa siten, että verenkierto paranee, hää ja nikotiini alkavat poistua elimistöstä ja syke normalisoituu. Siten tupakoinnin lopettaminen vähentää sydämen kuormaa.

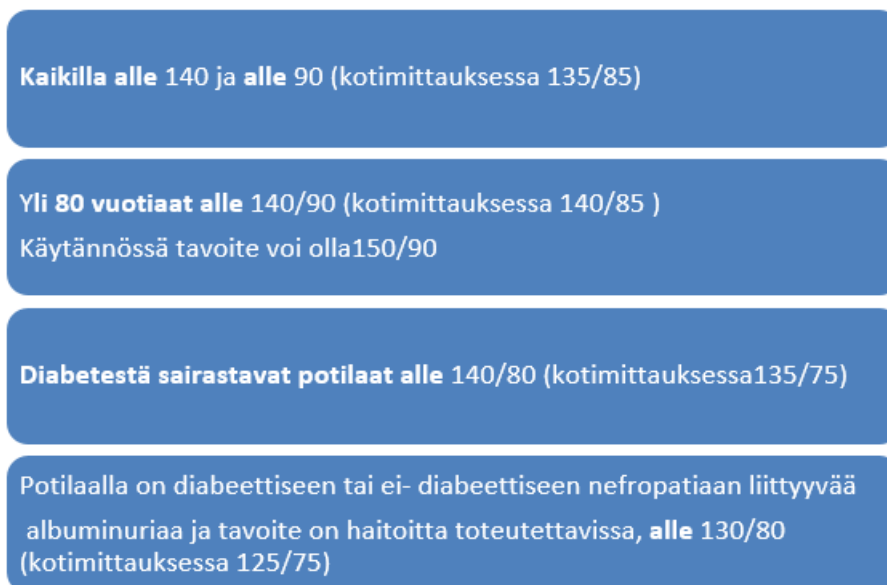
(Käypä hoito 2014.) Miesten päivittäinen tupakointi on vähentynyt koko Suomessa pitkällä aikavälillä (1978-2014). Naisten alueelliset tupakointierot ovat hävinneet lähes olemattomiin viimeisen tutkimusjakson (2010-2014) aikana. (Helldän ja Helakorpi 2015, 22.)

Alkoholi lisää sympaattisen hermoston aktiivisuutta ja lihottaa sekä näin myös voi kohottaa verenpainetta. Alkoholinkäyttö saattaa myös vähentää verenpainelääkityksen tehoa. Alkoholinkäytön vähentäminen laskee verenpainetta ja vähentää aivohalvauksien vaaraa. Alkoholin viikkokulutus saisi olla miehillä enintään 160 g eli alle 14 ravintola-annosta ja naisilla alle 100 g eli alle 9 ravintola-annosta. Ravintola-annos tarkoittaa 12 grammaa absoluuttista alkoholia. Sen verran alkoholia on esimerkiksi pullollisessa keskiolutta, yhdessä väkevässä alkoholiannoksessa tai 12 cl:ssa viiniä. Nämä määrät ovat niin sanottuja vähäisen riskin tasoja. Verenpaine alkaa nousta, jos alkoholin päivittäinen kulutus on yli kaksi annosta. (Käypä hoito 2014.) Uuden ravitsemussuosituksen (2014) mukaan alkoholin käytön vuorokausimäärä on laskettu naisilla 10 grammaan ja miehillä 20 grammaan. Lyhytneuvonta eli mini-interventio on tehokas tapa puuttua alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja (Käypä hoito 2015). Alkoholinkulutus on lisääntynyt pitkällä aikavälillä (1978-2014) ja täysin raittiiden osuus on vähentynyt. Kuitenkin vuosina 2010-2014 useimmilla alueilla alkoholinkulutus on lähentynyt hieman laskuun. (Helldän ja Helakorpi 2015, 24, 27.)

2.2.2 Verenpaine ja lääkehoitoon liittyvä ohjaus

Verenpaineen tehokas, tasalaatuinen hoito, ohjaus sekä verenpaineen hoitotavoitteista sopiminen potilaan kanssa näyttäisivät olevan tutkimustiedon valossa keskeisiä asioita kohonneen verenpaineen hoitopolkujen suunnittelussa. Valtaosalla verenpainelääkkeitä käyttävistä potilaista verenpaineen tavoitetaso on saavuttamatta. Mertarannan (2009) terveyskeskuksessa toteutetun tutkimuksen mukaan vain 24 % miehistä ja 30 % naisista saavuttaa hyvän hoitotason. Tutkimuksessa tarkasteltiin parisuhhteessa eläviä verenpainepotilaita, joiden lääkitys oli kestänyt vähintään puoli vuotta. Normaalipainoiset tai korkeintaan lievästi ylipainoiset saavuttivat verenpainetavoitteensa paremmin kuin ylipainoiset. Lääkäreistä kolmasosa sopi potilaan kanssa aina hoidon tavoitetaso. Lääkäreiden ja potilaiden käsitykset kohonneen verenpaineen hoidosta erosivat toisistaan ja hoitotavoitteista ei säännönmukaisesti sovittu. Verenpaineen hoitotuloksia voidaan parantaa tehostetulla lääkehoidolla ja potilaan paremmalla sitouttamisella hoitotavoitteisiin. Hoitosuunnitelmien kirjaaminen ja hoidon toteuttamista helpottavat kaaviot voivat parantaa hoitoa perusterveydenhuollossa. (Mertaranta 2009,163-167.)

Lääkehoito aloitetaan, jos verenpaine pysyy elintapahoidosta huolimatta kohonneena. Lääkehoitoa suositellaan, jos vastaanotolla mitattu systolinen painetaso on elintapahoidosta huolimatta vähintään 140 mmHg tai diastolinen painetaso vähintään 90 mmHg, ja kotona mitattu systolinen painetaso on vähintään 135 mmHg tai diastolinen painetaso vähintään 85 mmHg. Jos potilaalla on diabetes, verenpaineen hoidon tavoitearvot ovat matalammat, koska liitännäissairaudet lisäävät kohonneen verenpaineen haittoja. (Käypä hoito 2014.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Verenpaineen hoidon tavoitetasot (Käypä hoito 2014 mukaillen)

Verenpainelääkkeet on tarkoitettu säännölliseen käyttöön, ja lääkityksen aloittaa aina lääkäri. Lääkehoito koostuu seuraavista lääkeyhdistelmistä: angiotensiinikonvertaasientsyymin estäjät (ACE:n estäjät), angiotensiinireseptorin (ATR, tyyppi 1) salpaajat, beeta-adrenergisten reseptorien salpaajat (beeta-salpaajat), diureetit ja kalsiumkanavan salpaajat. Usein käytetään useaa lääkettä pienenä annoksena, jolloin saadaan parempi teho ja sivuvaikutukset ovat lievempiä. (Käypä hoito 2014; ks. myös Heikkilä ym. 2008, 1322-1323.) Verenpainelääkkeiden tarkoitus on alentaa verenpainetta ja sen avulla vähentää kohonneen verenpaineen aiheuttamien sairauksien vaaraa. Verenpainelääkkeet poistavat elimistöstä suolaa ja nestettä, laajentavat verisuonia ja vähentävät tahdosta riippumattoman sympaattisen hermoston toimintaa. Siten kiertävä verimäärä vähenee, sydämen kuormitus ja syketiheys laskevat ja ääreisverenkierron vastus vähenee. Näistä syistä verenpaine alenee. Verenpainelääkkeitä joudutaan usein käyttämään koko loppuelämän ajan. (Paakkari 2013.)

Useimmat potilaat tarvitsevat yhdistelmähoitoa tavoitteen saavuttamiseksi. Pienten annosten yhdistelmällä verenpaineen hoidon tavoitteet voidaan saavuttaa ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Kahden verenpainelääkkeen yhdistelmä alentaa kohonnutta verenpainetta enemmän kuin yhden lääkkeen annoksen kaksinkertaistaminen. (Paakkari 2013; Käypä hoito 2014.) Useimpia eri ryhmiin kuuluvia verenpainelääkkeitä voidaan yhdistää. Jos verenpaineen lähtötaso on huomattavasti kohonnut tai potilaalla on muita sairauksia tai merkittäviä riskitekijöitä (esimerkiksi diabetes, munuaissairaus tai kohde-elinvaurio), verenpainelääkitys aloitetaan suoraan yhdistelmähoidolla tai siihen siirrytään nopeasti. (Käypä hoito 2014; ks. myös Paakkari 2013.) Verenpainelääkityksen aloittamiselle on määritelty raja-arvot. (Kuvio 3.)

140- 159 tai 90- 99 = lievästi kohonnut, elintapamuutos, seurantakontrolli 2 kuukauden kuluttua, jos edelleen koholla lääkehoitoa harkitaan

160- 179 tai 100- 109 = kohtalaisesti kohonnut, tehostettu elintapamuutos, voidaan seurata 1 kuukausi tai aloitetaan heti lääkehoito

Kuvio 3. Verenpaineen lääkehoidon aloittamisen rajat (Käypä hoito 2014 mukaillen)

2.2.3 Kohonneen verenpaineen hoidon lääkeryhmät

- **Angiotensiinikonvertaasientsyymin estäjät (ACE:n estäjät) ja angiotensiinireseptorin (ATR, tyyppi 1) salpaajat**

ACE:n estäjien teho perustuu niiden verisuonia, etenkin valtimoita laajentavaan vaikutukseen. ACE:n estäjät sopivat hyvin diabeetikoille, munuaissairaille ja metabolista oireyhtymää sairastaville. Haittavaikutuksista merkittävin on kuiva yskä. Muita haittavaikutuksia ovat ihottumat ja huimaus. (Paakkari 2013; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 347-349.)

ACE:n estäjiä ovat esimerkiksi kauppanimiltään Renitec (enalapriili), Enalapril (enalapriili), Linatil (enalapriili) ja Cardace (ramipriili) (Duodecim lääketietokanta 2015). Vaikuttava aine on sulkeissa.

Angiotensiinireseptorin salpaajat sopivat potilaille, jotka saavat yskää ACE:n estäjistä (Mustajoki ym. 2013, 60). Angiotensiinireseptorin salpaajia ovat esimerkiksi kauppanimeltään Cozaar (losartaani), Losartan (losartaani) ja Losatrix (losartaani) (Duodecim Lääketietokanta 2015).

- **Beeta-adrenergisten reseptorien salpaajat eli beetasalpaajat**

Beetareseptorien aktivoituminen elimistössä lisää muun muassa sydämen lyöntitiheyttä ja supistuvuutta sekä laajentaa keuhkoputkia ja lihasten verisuonia. Beetasalpaajalääkityksellä voidaan estää näitä vaikutuksia ja siten alentaa verenpainetta. Beetasalpaajat kuuluvat sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden peruslääkkeisiin. Koska beetareseptoreja on myös keuhkoputkissa, beetasalpaajia ei suositella astmaatikoille. Haittavaikutuksia ovat väsymys ja heikotus sekä käsien ja jalkojen paleleminen. (Paakkari 2013; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 345-346.)

Beetasalpaajia ovat esimerkiksi kauppanimeltään Emconcor (bisoprololi), Orloc (bisoprololi), Selectol (seliprololi) ja Metohexal (metoprololi) (Duodecim lääketietokanta 2015).

- **Diureetit**

Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet lisäävät virtsan eritystä poistamalla natriumia ja sen mukana vettä. Haittavaikutukset ovat pienillä lääkemannoksilla lieviä. Diureetit saattavat kuitenkin aiheuttaa kaliumkatoa, mikä vältetään yhdistämällä kaliumia säästävä diureetti lääkitykseen. Diureetit saattavat kohottaa veren virtsahappopitoisuutta ja tästä syystä virtsahapon kiteytyminen niveliin voi aiheuttaa kihtioreita. Diureeteilla voi olla vaikutusta myös verensokeritasoon, minkä takia niitä ei suositella diabeetikoille. (Paakkari 2013; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 344.)

Diureetteja ovat esimerkiksi kauppanimeltään Hydrex (hydroklooritiatsidi), Furesis (furosemiidi), Spirix (spironolaktoni), Diurex (amiloridi, hydroklooritiatsidi) ja Amitrid (amiloridi, hydroklooritiatsidi) (Duodecim lääketietokanta 2015).

- **Kalsiumkanavan salpaajat**

Kalsiumkanavan salpaajat laajentavat verisuonia ja näin vähentävät verenkierron vastusta ja siten laskevat verenpainetta. Osa tämän lääkeryhmän lääkkeitä vaikuttaa myös sydämen sykevoimaan ja hidastaa sydämen sähköisen ärsyksen syntyä ja johtumista. Kalsiumkanavan salpaajien haitat johtuvat yleensä liiallisesta verisuonten laajenemisesta, sydämen sykevoimakkuuden laskemisesta tai johtumishäiriöistä. Kalsiumkanavan salpaajien haittavaikutuksia ovat nilkkojen turvotus, ummetus, päänsärky ja kasvojen punoitus. (Paakkari 2013; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 349-350.)

Kalsiumkanavan salpaajia ovat esimerkiksi kauppanimeltään Verpamil (verpamiili), Dilmin (diltiatseemi), Norvasc (amlodipiini), Plendil (felodipiini), Adalat (nifedipiini) ja Zanidip (lerkanidipiini) (Duodecim lääketietokanta 2015).

Yleisimmät verenpaineen hoitoon käytettävät lääkeryhmät ja vaikuttavat aineet, vaikutusmekanismi, mahdolliset haittavaikutukset sekä esimerkkejä lääkkeiden kauppanimistä on koottu alla olevaan taulukoon. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Yleisimmät käytössä olevat verenpainelääkkeet

(Paakkari 2013; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 344-350; Duodecim lääketietokanta 2015).

Lääkeryhmä	Vaikuttava aine	Vaikutusmekanismi	Mahdollisia haittavaikutuksia	Lääkeryhmän lääkkeitä kaupanimellä
ACE-estäjät	Kaptopriili, enalapriili, lisinpriili, kinapriili, ramipriili, perindopriili	Verisuonia, etenkin valtimoita laajentava vaikutus.	Kuiva yskä, ihottuma ja huimaus.	Renitec, Linatil, Cardace, Enalapril
ATR-salpaajat	Losartaani	Verisuonia laajentava vaikutus	Ei vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastaville ja dialyysipotilaille	Cozaar, Losartan, Losatrix
Beetasalpaajat	Bisoprololi, seliprololi, metoprololi	Laskee sykettä.	Väsymys, heikotus sekä käsien ja jalkojen paleleminen. Ei suositella astmaatikolle.	Emconcor, Orloc, Selectol, Metohexal
Diureetit	Hydroklooritiatsidi, spironolaktoni, amiloridi, furotemidi	Lisäävät virtsaneritystä poistamalla elimistöstä natriumia ja vettä.	Saattaa aiheuttaa kaliumkatoa, virtsahappopitoisuuden kohoamista ja verensokerien heittälyä.	Hydrex, Furesis, Spirix, Diurex, Amitrid
Kalsiumkanavan salpaajat	Amlodipiini, felodipiini, nifedipiini, lerkanidipiini, verpamiilihydrokloridi, diltiatseemiohydrokloridi	Laajentavat verisuonia ja näin vähentävät verenkierron vastusta ja verenpaine laskee.	Niikkojen turvotus, ummetus, päänsärky ja kasvojen punoitus.	Verpamil, Dilmin, Norvasc, Plendil, Adalat, Zanidip

Verenpainehoitoon läheisesti vaikuttavat muut lääkeriymät

Verisuonitukoksia ehkäisevä eli antitrompottinen lääkitys on sepelvaltimotautia sairastavalle yleensä asetyylisalisyylihappo eli aspiriini. Asetyylisalisyylihappo vähentää sydäninfarktin ja sydänkuoleman vaaraa noin kolmanneksen. Lääkeannos on päivässä 75-150 mg. Yleinen lääkkeen kaupan nimi on Primaspan. Hoitoon liittyvä vuotovaara on selkeästi lääkkeen hyötyjä vähäisempi. Potilaalla, joka ei siedä asetyylisalisyylihappoa, voidaan käyttää klopidogreelia. Klopidogreelia sisältävän lääkkeen kaupan nimi on muun muassa Plavix. (Heikkilä ym. 2008, 351.) Antikoagulantteja eli veren hyytymistä estäviä lääkkeitä käytetään muun muassa eteisvärinää sairastavilla potilailla (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 355).

Tulehduskipulääkkeet heikentävät kohonneen verenpaineen ja sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon tehoa. Tulehduskipulääkkeet todennäköisesti lisäävät riskiä sairastua sydäninfarktiin, erityisesti jos niitä käytetään säännöllisesti ja pitkäaikaisesti. Tulehduskipulääkkeillä on verenpainetta nostava vaikutus ja ne voivat aiheuttaa muutoksia veren hyytymiseen vaikuttavissa protrompottisten ja antitrompottisten prostaglandiinien tuotannossa. Jotkin tulehduskipulääkkeet, kuten ibuprofeeni ja naprokseeni, voivat vähentää asetyylisalisyylihappohoidon antitrompottista tehoa. (Heikkilä ym. 2008, 1321, 1325.) Verenpainetta kohottavat myös raskauden ehkäisyyn tarkoitettut yhdistelmäpillerit ja naisten vaihdevuosisoireiden helpottamiseksi tarkoitettu hormonikorvaushoito (Mustajoki ym. 2013, 59).

2.2.4 Verenpaineen mittaamisen ohjaus

Verenpaineen mittaaminen on ainoa keino saada tieto kohonneesta verenpaineesta. Verenpaine vaihtelee ihmisellä hyvin paljon tilanteesta riippuen. Fyysinen rasitus, ponnistelu ja jännittäminen sekä fyysinen ja psyykkinen stressi nostavat verenpainetta. Verenpaineen mittayksikkö on elohopeamillimetri eli mmHg. (Leppäluoto ym. 2013, 171-173.)

Verenpainetta voidaan mitata kahdella mittausmenetelmällä. **Suonensisäinen suora menetelmä eli invasiivinen menetelmä** on käytössä muun muassa leikkauksissa, tehohoidossa ja verenpaineen säätelyjärjestelmää tutkittaessa. Tätä käytetään silloin, kun halutaan tietää tarkasti verenpaineen vaihtelu ja taso. Mittaus tehdään suonensisäisellä paineanturilla tai kehon ulkopuolisella paineanturilla, joka on yhteydessä verenkiertoon nestesillan avulla. **Epäsuora menetelmä eli noninvasiivinen menetelmä** on käytössä vastaanottomittauksissa ja kotimittauksissa. Tällöin jonkin raajan ympärille kiedotaan painemansetti. Nykyään paljon käytetyt automaattiset mittauslaitteet toimivat oskillometrisellä mittausmenetelmällä. Tällöin mansetin sisäinen paine rekisteröidään jatkuvasti sähköisellä paineanturilla. Elohopeamittari on yhä tarkka mittausväline verenpaineen mittauksessa. (Sovijärvi ym. 2011, 250-252.) Sairaanhoidajan tulee osata mitata paine myös elohopeaverenpainemittarilla (Fallon 2015, 132-139), koska menetelmää käytetään silloin kun syke on epäsäännöllinen.

Ambulatorinen vuorokausirekisteröinti tarkoittaa ihmisen normaaleissa elinoloissa tapahtuvaa verenpaineenmittausta. Se on toimiva tapa saada selville tietyin väliajoin automaattisesti mittaavalla laitteella yölliset verenpainearvot sekä verenpaineen päivä-yövaihtelu. Asiakas täyttää samalla päiväkirjaa päivän tapahtumista. Verenpaineen pitkäaikais- eli vuorokausirekisteröinti on vaihtoehto kotimittaukselle. (Sovijärvi ym. 2012, 251-255; Leppäluoto ym. 2013, 172-173; ks. myös Syväne 2014, 12-15.) Vuorokausirekisteröinti soveltuu hyvin kohonneen verenpaineen alkudiagnostiikkaan, tilanteisiin, joissa kotimittaus ei luotettavasti onnistu ja ongelmatilanteisiin esimerkiksi silloin, kun verenpaine on erityisen vaihteleva, lääkeväste on erityisen huono tai kun epäillään hoidon aikaista hypotensiota. Vuorokausirekisteröinnin huonoja puolia saattavat olla saatavuus, hinta sekä toistuvien mittausten aiheuttama epämukavuus. (Syväne 2014, 12-15.) Ambulatorinen verenpaineen mittaus antaa lisätietoa sydän- ja vertisuonisairastuvuuden riskistä erityisesti potilailla, joilla on metabolinen häiriö tai munuaistoiminnan alentuma. Oletettavasti vuorokausirekisteröinti lisääntyy tulevaisuudessa. (Vasunta 2012, 65.) Ambulatorinen verenpaineen mittaus kuuluu epäsuoraan verenpaineenmittausmenetelmään. Kuitenkin tutkimusolosuhteissa voidaan käyttää suonensisäistä ambulatorista verenpaineen mittausta. (Sovijärvi ym. 2012, 253-254.)

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus (2014) verenpaineen seurannan ohjaukseen on selkeä ja tarkka. Verenpainetta seurattaessa verenpaine ja syke mitataan aamulla klo 6-9 välillä ja illalla klo 18-21 välillä kahdesti 1-2 minuutin välein 4-7 vuorokauden ajan. Seurannassa riittää 4 vrk:n kotimittaukset keskiarvoineen ja diagnosointivaiheessa verenpaineen seurantaan käytetään 7 vrk kotimittauksessa. Verenpaineen mittaustulokset kirjataan ylös sellaisenaan. Mittaamisessa pitäisi välttää ”kiusausta” kirjata ylös vasta hyviä verenpainetta. Asiakasta ohjataan, että verenpaineessa on aina vaih-

telua ja että se on odotettavaa. Verenpainetta tulisi arvioida aina keskiarvojen, ei yksittäisten mittaus-tulosten perusteella. Seurannan tiheys määräytyy tilannekohtaisesti: tuoreessa tapauksessa tai hoidon muutosten yhteydessä verenpainetta seurataan kuukausittain, ja vakaassa tilanteessa seurannaksi riittää noin 3 kuukauden väli. Mittaussarjasta lasketaan aamuverenpaineiden, iltaverenpaineiden ja kaikkien mittausten systolisen ja diastolisen paineiden keskiarvot. (ks. myös Syväne 2014, 12-15.) Huolellisesti toteutettu kotimittaus ennustaa kohonneen verenpaineen haittoja paremmin kuin vastaanottomittaukset. Kotimittaukset kuvaavat myös luotettavammin verenpaineen tasoa kuin vastaanotolla tehdyt mittaukset. (Niiranen 2008, 75-76; Pickering ym. 2010, 10-29.)

Yleensä ei ole merkitystä kummasta yläraajasta verenpaine mitataan, koska normaalisti paine-ero on enintään pari elohopeamillimetriä. Ensimmäisellä mittauskerralla on kuitenkin tärkeää varmistua paineiden symmetrisyydestä. Jos paine-ero on yli 10 mmHg, käytetään verenpaineen mittauksessa sitä olkavartta, jossa paine on korkeampi. Pulssin tunnustelu mahdollisen epäsäännöllisyyden havaitsemiseksi on tärkeää joka kerta verenpainetta mitattaessa. Myös epätavallinen syketaajuus tai laitteen antama virhekoodi voi olla merkki eteisvärinästä tai muusta rytmihäiriöstä. Yli 60-vuotiaita tulisikin ohjata oman pulssin tunnusteluun ja epäsäännöllisyyden havaitsemiseen. (Syväne 2014, 12-15.) Ranteen värttinä- eli radialisvaltimo on tavallisin sykkeen tunnustelukohta (Leppäluoto ym. 2013, 161.)

Standartoitu verenpaineen mittaaminen antaa diagnostisesti luotettavamman tuloksen. Tähän kuuluu muun muassa kalibroitu, laadukas verenpainemittari ja sopivan kokoisen mansetin valinta. Verenpaineen mittaus tulee suorittaa teknisesti oikein, ja potilaan tulee huolehtia levosta sekä raskaan liikunnan ja nautintoaineiden välttämisestä puoli tuntia ennen mittaamista. Asiakasta tulee ohjata istumaan viiden minuutin ajan mansetti kiinnitettynä olkavarteen ennen verenpaineen kaksoismittausta. Mittaustilanteen toistettavuus samankaltaisena ja vertailukelpoisuus ovat kohonneen verenpaineen diagnosoinnissa avainasemassa. Toistettujen mittausten tekeminen antaa tarkempaa ja laadukkaampaa tietoa verenpaineesta; siksi olosuhteiden vakioiminen on tärkeää. (Sovijärvi ym. 2012, 252-253; Käypä hoito 2014; Fallon 2015, 132-139; Dokoohaki ym. 2015, 41-45.) Verenpainemittarin mansetin koon sovittaminen asiakkaan kokoon lisää verenpaineen mittauksen tarkkuutta ja oikeellisuutta (Türk, Cinal-Yücel, Kocacal-Güler Eser ja Khorshid 2014, 21-28).

2.3 Hoitosuositukset verenpainetautiä sairastavan potilaan ohjauksessa

2.3.1 Hoitosuositusten määrittelyä

Hoitosuositus (clinical practice guideline) on asiantuntijoiden laatima, tieteellisesti perusteltu kannanotto tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitosuositus antaa ohjeita sairauden ehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoitoon. Suosituksissa keskitytään suomalaisille tärkeiden sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn sekä terveyteen liittyviin kysymyksiin. Hoitosuositusten avulla voidaan tehdä linjauksia oirekuvan hoidosta, mutta myös yksittäinen lääkäri, hoitaja tai potilas voi käyttää niitä hoitopäätösten tukena. Niitä voidaan käyttää myös perustana alueellisille hoito-ohjelmille. Hoitosuositukset eivät yleensä ota kantaa hoidon porrastukseen, työnjakoon tai hoidon järjestämistä koskeviin asioihin. Hoitosuositus kertoo

perustellen, mitä asioita kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niiden tavoitteena on hoidon tasalaatuisuuden parantaminen ja hoidon yhtenäistäminen. Käypä hoito-suosituksia voidaan käyttää hoidon laadun parantamiseen sekä vähentämään hoitokäytäntöjen vaihtelua. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ohjaa Käypä hoito -toimituksen toimintaa (Komulainen ym. 2012, 5-6; Käypä hoito 2014.)

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on hoitohenkilökunnalle tarkoitettu tietokanava, joka toimii tutkimusnäytön välittäjänä. Säätiön tarkoituksena on tukea hoitotieteellistä tutkimusta ja tutkimustulosten soveltamista käytäntöön. Toiminnan tavoitteena kehittää hoitotyön käytäntöjä tutkimustiedon pohjalta siten, että hoitohenkilökunnan on helppoa soveltaa tietoa käytännön työhön. Säätiö on laatinut useita hoitotyön suosituksia ja verenpainepotilaiden ohjaukseen on tulossa uusi hoitotyön suositus lähiaikoina. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

Käypä hoito -suositukset ovat nimensä mukaisesti suosituksia. Viime kädessä hoitava taho tekee yksilöllisen päätöksen hoidosta kokonaiskuvan, sairaushistorian ja kliinisen tutkimuksen perusteella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan yksilölliset tarpeet voivat ohittaa suositusten ehdotukset. Kun käypä hoito -suosituksesta katsotaan tarpeelliseksi poiketa, poikkeamisen perustelut kannattaa kirjata potilaskertomukseen riittävän selkeästi. (Kaivola ja Myllymäki 2004, 2972-2975.) Käypä hoito -suosituksia tarkastellaan aika ajoin uudestaan ja muutetaan siten, että ne vastaavat tuoreinta tutkimustietoa. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä on päivittänyt Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen syyskuussa 2014. Julkaistut Käypä hoito -suositukset ovat luettavissa sähköisessä muodossa www.käypähoito.fi ja www.terveysportti.fi sekä Lääkäriseura Duodecimin kotisivuilta ja Terveyskirjastosta. Hoitosuosituksia löytyvät myös lääkärin tietokannoista. (Hoitotyönsuositusryhmän käsikirja 2012, Yleistä tietoa Käypä hoidosta 2015.)

2.3.2 Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen keskeinen ajatus on, että verenpaineen hoitoa tulee tehostaa, jotta hoitotavoitteet saavutettaisiin tai ainakin päästäisiin lähelle niitä. Tavoitteen saavuttamiseksi hoitosuosituksen käyttöönottoa ja toteuttamista tulee tehostaa. Hoidon tehostamiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden sekä potilaiden yhteinen hoitotavoite. Tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaistaa kohonneen verenpaineen ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa ja siten vähentää sydän- ja verisuonisairauksia ja niihin liittyviä kuolemia. Tarkoituksena on lisätä ihmisten terveitä elinvuosia, vähentää kustannuksia ja parantaa hoidon laatua. (Käypä hoito 2014; ks. myös Laatikainen 2013, 1809.)

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen PERFECT- hanke (2009) tuottaa tietoa arjen hoitokäytännöistä ja tuloksista, siinä kartoitetaan Käypä hoito -suositusten käyttöä läpi hoitoketjun. Tietoa kerätään jo olemassa olevista rekistereistä. PERFECT- hanke on tutkinut muun muassa aivoinfarktin, sydäninfarktin ja lonkkamurtuman hoidon seurantaan rekistereiden avulla. PERFECT- hankkeen tulokset osoittavat,

että potilaiden ennuste on merkittävästi parantunut, mutta hoitokäytännöissä ja hoidon vaikuttavuudessa on edelleen suuria alueellisia eroja. Vuodesta 2009 alkaen, Käypä hoito -suosituksia on käytetty mittareiden laatimiseen. Mittareita on arvioinut asiantuntijapaneeli, joka ottaa kantaa lähinnä mittareiden toteutettavuuteen ja laadukkuuteen. Tarkoituksena on saada aikaan laadukkaita mittareita, joiden avulla voidaan seurata suositusten mukaisen hoidon toteutumista. Jokapäiväisen työn vaikuttavuuden edistämiseksi tulisi vahvistaa ja kehittää neljää elementtiä: hyvää kliinistä osaamista ja taitoja, ajantasaisen tieteellisen näytön hyödyntämistä, jatkuvaa suoriutumisen dokumentointia sekä hoitoyksiköiden välistä vertaiskehittämistä. (Malmivaara 2012, 445-446.)

Hoitajilla ja lääkäreillä on myönteinen asenne hoitosuosituksia kohtaan. Hoitosuosituksia pidetään hyvinä ja luotettavina, ja niiden uskotaan parantavan terveydenhuollon laatua. Niitä pidetään myös hyödyllisinä opetusvälineinä ja niistä saa kätevästi neuvoja. Hoitosuosituksia ei kuitenkaan pidetä kovin käytännöllisinä, ja niiden saatavuudessa on eri työpaikoilla ongelmia. Viidennes lääkäreistä kokee, että hoitosuositukset rajoittavat työntekijän itsenäisyyttä ja antavat liian yksinkertaisen kuvan lääketieteestä käytännössä. Vuonna 2006 kohonneen verenpaineen hoitosuositukseen oli tutustunut kaksi kolmasosaa hoitajista ja sen koettiin useimmiten nopeuttavan työn tekemistä. Hoitajat kuitenkin tuntevat suositukset lääkäreitä huonommin, käyttävät niitä vähemmän ja osallistuvat vähemmän hoitosuosituksia koskeviin koulutuksiin. Koulutusta on myös tarjolla liian vähän. Hoitosuositukset tarjoavat hoitajille työvälineen hoitotyön kehittämiseen, ohjauksen tehostamiseen ja lääkäreiltä hoitajille siirtyvien kontrollikäyntien sisällön parantamiseen. (Kuronen, Jallinoja, Ilvesmäki ja Patja 2006, 4571-4577.)

Käypä hoito -suositukseen luottavat laajasti niin lääkärit kuin hoitajatkin. Organisaation, työyhteisön ja lääkäreiden antama tuki hoitajille tehostaa Käypä hoito -suositusten käyttöönottoa. Lisäkoulutusta tarvitaan hoitosuosituksien jalkauttamiseen, ja sillä on tutkitusti myös vaikutusta Käypä hoito -suositusten käyttöönottoon. (Lehtomäki 2009, 125-161; ks. myös Sipilä 2012, 76-77.) Kiire ja suositusten suuri määrä kuitenkin heikentävät Käypä hoito -suositusten käyttöönottoa. (Kuronen ym. 2006, 4571-4577; Lehtomäki 2009, 125-161; ks. myös Sipilä 2012, 76-77.) Terveyskeskuksissa valtakunnallisten hoitosuosituksien käyttöönottoa (Lehtomäki 2009, 125-161) hankaloittavat suositusten riittämätön tunteminen, totuttujen käytäntöjen muuttamisen vaikeus, puutteelliset tiedonhakutaidot sekä hoitosuosituksien laajuus ja soveltaminen käytäntöön. Suosituksia laadittaessa tulisi myös huomioida eri ammattiryhmät, jotta käytäntöön soveltaminen helpottuisi. Kaikille tiedossa oleva tiedotuskanava uuden suosituksen valmistumisesta olisi hyvä olla olemassa. Lääkäreiden suositustietous koostui Käypä hoito -suosituksista ja Dehko- ja lääketehaiden suosituksista. Hoitajien tietolähteitä ovat puolestaan Terveysportti, lääkäreiden tietokannat ja Pharmaca Fennica.

2.3.3 Hoitosuosituksien käytön vaikutus hoidon laatuun

Potilaan motivoiminen omaan hoitoonsa ja sitoutuminen omaan hoitoon tulee tulevaisuudessa, resurssien vähentyessä, ikääntyvien lisääntyessä ja terveydenhuollon kulujen kasvaessa yhä tärkeämmäksi. Asiakslähtöisen terveydenhuollon mallin esittelyssä (Koivuniemi ja Simonen 2011, 28-29),

asiakas on aktiivinen terveydenhuollon palvelujen käyttäjä, vastuullinen kansalainen, jolla on keskeinen rooli hoitoprosessissa. Ajattelumallin jalkauttaminen terveydenhuoltoon voisi parantaa asiakkaan hoitoon osallistumista, hoidon laatua, tuloksia, vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta. Sipilän ja Lommin (2014, 832-839) mukaan sisäinen ryhmäprosessin suunnittelu ja toteuttaminen organisaation johdon tukemana ja kannustamana helpottaa uusien toimintatapojen käyttöönottoa perusterveydenhuollossa. Selkeän hoitoprosessin jalkauttaminen työntekijöille vaatii siis johdon tuen, aikaresursseja sekä tavoitteen ja tavoitteeseen pääsemisen arvioinnin. Kun prosessi on käytössä ja se on kohdennettu oikeaan potilasryhmään, aikaa säästyy ja työskentely tehostuu.

Saarnin mukaan (2010) hoidon rajaamisen haaste eettisestä näkökulmasta suomalaisessa terveydenhuollossa on se, että potilasta hoidetaan joko liikaa tai liian vähän. Ylihoidon taustalla on usein potilaiden tai omaisten vaatimukset ja alihoidon taustalla riittämättömät resurssit. Tutkimuksen pohjalta nousee myös tarve edistää vaikuttavuustiedon soveltamista päätöksentekoon ja tämän pohjalta edistää hoitosuosituksen käyttöönottoa potilasta hyödyttävällä tavalla. (Saarni 2010, 7, 97-99.) Hoidon resurssien tasapuolinen jakaminen potilaille niin, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa mutta ei ylihoitoa, on hyvä peruste hoitosuositusten määrätietoiselle jalkauttamiselle terveydenhuoltoon. Organisaatioon sopivan, potilaalle suunnitellun hoitopolun toteuttaminen sekä yhteistyön ja verkostoitumisen lisääminen terveydenhuollossa voisi tehostaa ja tasapuolistaa hoitoa.

Laadukas ja kattava potilaan ohjaaminen itsehoitoon ja organisaation tavoitteellinen tuki Käypä hoito-suositusten käyttöönottoon parantavat terveydenhuollon kustannustehokkuutta ja tehostavat asiakkaan aktiivista roolia terveydenhuollon palveluiden käyttäjänä. Kohonneen verenpaineen Käypä hoito-suosituksen juurruttaminen osaksi terveydenhuoltoa voi parhaimmillaan parantaa terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta huomattavasti. Tulokset ovat parhaita niissä ryhmissä, joissa käytetään elintapaohjausta ainoastaan tai yhdistettynä lääkehoitoon. (Kaila ym. 2008, 1423-1427.)

Terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden väliseen suhteeseen vaikuttavat työn piirteet. Työn kuormittavuus, sosiaalisen tuen puute ja tietotekniset ongelmat aiheuttavat kielteistä suhtautumista hoitosuosituksiin kohtaan. Erityisesti työntekijät, jotka kokevat työnsä kuormittavaksi, eivät innostu työnsä kehittämisestä ja hoitosuositusten käyttöönotosta. Työyhteisöltä saatu tuki ja suositusten helppo saatavuus vaikuttavat positiivisesti hoitosuositusten omaksumiseen. (Korhonen 2009, 54-56.)

Hoitosuositusten käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä ovat siis työntekijästä, työyhteisöstä, organisaatiosta ja hoitosuosituksista lähtöisin olevat tekijät (vrt. myös Lehtomäki 2009, 209-213). Hoitosuositusten tehokkaampaa käyttöä terveydenhuollossa voidaankin tehostaa näihin asioihin vaikuttamalla. Jo yhteenkin taustatekijään puuttuminen tehostaa hoitosuositusten käyttöä ja useampaan tekijään puuttuminen moninkertaistaa hoitosuositusten käyttöönoton paranemisen. Tekijät, joihin hoitosuositusten käyttöönotossa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota, ovat resurssit, tietotaito ja prosessi. Resurssit pitävät sisällään työajan, koulutuksen ja keskustelun aiheesta koko työyhteisössä. Tälle kaikelle organisaation tulee antaa tukensa ja hyväksyntänsä niin taloudellisesti kuin ajallisestikin. Organisaation tulee tukea myös työntekijän työhyvinvointia, koska tämä lisää resurssien käytön tehostumista.

Tietotaitokokonaisuuteen kuuluvat tiedottamisen, saatavuuden, keskustelun, koulutuksen ja atk-taitojen kehittäminen. Prosessin toteuttamiseen liittyy organisaation tavoitteellinen toiminta kohti onnistunutta hoitosuositusten käyttöönottoa. Siihen kuuluvat organisaatioon sopivan hoitopolun luominen ja suunnittelu, tavoite, toteutus ja arviointi. Prosessissa on huomioitava myös potilaan sitouttaminen hoitoon.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata verenpainetautia sairastavan potilaan ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä työterveyshuollossa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten verenpainetautia sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää verenpaineen ohjausta ja arvioida hoitosuositusten käyttöä sekä samalla parantaa niin sairaanhoitajien kuin terveydenhoitajienkin hoitotyön käytäntöjä, hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta.

TUTKIMUSKYSYMYKSET

1. Millaisia asioita työterveyshoitaja ohjaa verenpainetautia sairastavalle potilaalle elämäntavoista?
2. Millaisia asioita työterveyshoitaja ohjaa verenpainetautia sairastavalle potilaalle lääkehoidosta?
3. Millaisia asioita työterveyshoitaja ohjaa verenpainetautia sairastavalle potilaalle verenpaineen seurantaan liittyvissä asioissa?
4. Millaisia kokemuksia työterveyshoitajilla on hoitosuosituksista ja niiden käytöstä ohjauksessa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston kerääminen

Tämä YAMK-opinnäytetyöni on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Keräsin tutkimusaineiston keväällä 2016 Webropol -kyselylomakkeella Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Suomen Työterveys ry:n työterveyshoitajilta. Kyselyn avulla pyrin saamaan tietoa verenpainetautia sairastavien potilaiden ohjauksesta ja sen sisällöstä sekä hoitosuositusten käytöstä työterveyshuollossa.

Valitsin tutkimuksen kohderyhmäksi kaksi työterveyshuoltoon perehtynyttä terveydenhuollon yksikköä, koska nimenomaan työterveyshuollossa työskentelevät terveydenhoitajat ohjaavat eri-ikäisiä verenpainetta sairastavia potilaita. Lisäksi näillä terveydenhuollon ammattilaisilla oletin olevan kokemusta ja myös tietoa verenpainetta sairastavien potilaiden hoidosta ja ohjauksesta. Halusin mukaan sekä julkisen että yksityisen organisaation, jotta saisin mahdollisimman monipuolisen käsityksen verenpainetta sairastavien potilaiden ohjaamisesta ja hoitosuositusten käytöstä. Yksityistä puolta edustaa tässä tutkimuksessa Suomen Työterveys ry ja julkista puolta Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Suomen Työterveys ry:n kuuluvat 35 eri puolilla Suomea sijaitsevaa toimipaikkaa, joissa kaikissa työskentelee vähintään yksi työterveyshoitaja tai sairaanhoitaja. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä koostuu Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän kunnista, joissa kaikissa on järjestetty oma työterveyshuolto.

Käytän tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistujista käsitettä työterveyshoitajat, vaikka joukossa on myös muutama sairaanhoitaja tai lähihoitaja, joka työskentelee työterveyshuollossa ja antaa verenpainohjausta. Perusteluna on se, että tutkimus on tehty työterveyshuollossa työskenteleville hoitajille ja se kuvaa juuri heidän näkemystään verenpaineen ohjauksesta, sisällöstä ja hoitosuositusten käytöstä. Asiakkaista käytän tässä tutkimuksessa käsitettä potilas. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata verenpainepotilaan ohjausta ja antaa näkemystä potilasohjauksen sisällöstä. Tähän tutkimukseen vastasi 46 työterveyshoitajaa ja vastausprosentti oli 32.

4.2 Mittarin rakentaminen

Tutkimuksen mittarin suunnittelin aiemman teoratiedon pohjalta, koska aiheeseen sopivaa valmista mittaria ei ollut käytettävissä. Keskeiset käsitteet ja määritelmät nousivat aihealueen valinnan pohjalta. Teoratiedon purin pienemmiksi osa-alueiksi, kuten kysymyksiksi, väittämiksi ja vastausvaihtoehtoiksi. Näin operationalisoimalla käsitteet mitattavaan muotoon, sain rakennettua väittämät mittariin. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet koostuivat seuraavista asioista: verenpainetauti sairautena, verenpainetautia sairastavan potilaan ohjaus ja hoitosuositukset verenpainetautia sairastavan potilaan ohjauksessa. Perehdyin myös kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositukseen ja hoidon ohjaukseen sekä hoitosuositusten käyttöönottoon liittyviin haasteisiin. Vilkan (2007, 36-37), Metsämuurosen (2009, 72) ja Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 115) mukaan

tutkimuksen keskeiset käsitteet ja määritelmät nousevat jo olemassa olevan tiedon pohjalta ja kyselylomake laaditaan operationalisoimalla teoratietoa selkeään ja ymmärrettävään muotoon. Tällä tavoin varmistetaan, että mittari mittaa juuri sitä, mitä sillä halutaan mitata (Vilka 2007, 42; Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 154-155).

Mittari tulee laatia olemassa olevan teoratiedon pohjalta. (Metsämuuronen 2009,72-73). Kokosin hakemani teoratiedon ja kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositusten pohjalta mittarin. Mittarin rakensin kohonneen verenpaineen hoidon perustasta: elämäntapamuutoksesta ja lääkehoidosta. Elämäntapaohjaukseen liittyvät mittarin väittämät jaoin ravitsemukseen, liikuntaan ja painonhallintaan sekä stressinhallintaan liittyviin väittämiin. Lääkehoitoon liittyvän ohjauksen kysymyspatteriin liitin myös elämäntapaohjaukseen sisältöön kuuluviin päihteisiin liittyvät väittämät, koska päihteet ja lääkkeet limittyvät toisiinsa. Lääkehoidon väittämäpatteri jäi aika suppeaksi, koska lääkehoidon aloittaa aina lääkäri (ks. Käypä hoito 2014) ja näin ollen lääkehoidon ohjausta myös antaa usein lääkäri. Kokosin väittämäpattereihin myös verenpaineen mittaamiseen, kotiseurantaan ja seurantakäyntien ohjaukseen sekä yleiseen verenpaineohjaukseen liittyviä väittämiä. Kyselylomakkeen loppupuolella painotin hoitosuosituksen käyttöä hoidon ohjauksen tukena sekä hoitosuosituksen käytön parantamisen keinoja.

Taustamuuttujien vaikutusta voidaan peilata vastaajan mielipiteeseen, käyttäytymiseen tai johonkin muuhun mittariin kuuluvan ominaisuuden suhteeseen (Aaltola ja Valli 2010, 222-225). Mittarin taustakysymysten laadinnassa käytin valintaperusteina mahdollisen lisäinformaation saantia. Kysymykset liittyivät muun muassa koulutustaustaan ja työkokemuksen pituuteen. Tavoitteenani oli saada tietoa siitä, vaikuttavatko edellä mainitut asiat ohjaukseen. Sijoitin taustakysymyksiin myös kysymyksen verenpaineen hoidon ohjauksen määrästä viikoittain. Kysymyksen tavoitteena oli saada ohjauksen määrän lisäksi vastaajalle varmistus siitä, että kysely on kohdistettu oikein. Jos vastaajan työnkuvaan ei kuuluisi lainkaan verenpaineohjausta, kyselyyn ei kannattaisi vastata ollenkaan.

Valitsin mittarin asteikoksi 4-portaisen Likert-asteikon, joka sisälsi seuraavat vastausvaihtoehdot: aina, lähes aina, harvoin ja en koskaan. Yhdessä kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä ja täysin eri mieltä. Vilkan (2007, 46) ja Metsämuuronen (2009, 70-71) mukaan Likert-asteikon käyttäminen kyselyssä sopii silloin kun, vastaaja itse arvioi omaa käsitystään kysymyksen tai väittämän sisällöstä. Kyselyyn laadin muutaman avoimen kysymyksen, jotta vastaaja pystyi tarkentamaan vastaustaan tai lisäämään vielä jotain aiheeseen liittyvää, esimerkiksi selityksen siitä, miksi aina ei ohjaa jotain asiaa. Kankkusen ym. (2013, 191-192) mukaan mittariin kannattaa lisätä avoin kysymys, jossa vastaaja voi kertoa mielipiteensä, mahdolliset parannusehdotukset tai puutteet mittarista.

Mittarin esitestaus ja uudistus testauksen jälkeen on tärkeää. Vilkan (2007, 78) ja Metsämuuronen (2009, 72) mukaan mittari kannattaa esitestata ja uudistaa, jotta mittari mittaisi juuri haluttua asiaa ja olisi selkeä ja ymmärrettävä. Kankkusen ym. (2013, 191-192) mukaan mittarin luotettavuutta ja toimivuutta kannattaa testata pienellä joukolla ennen varsinaista kyselyä. Mittarin toimivuutta testasin

itselläni ja pienellä joukolla opiskelijoita. Annoin heille kyselylomakkeen täytettäväksi paperisena versiona. Esitestauksen pohjalta muokkasin kyselylomaketta jättämällä epäselvät kysymykset pois ja tarkentamalla kieliasua ja sanajärjestystä. Lisäksi opinnäytetyöni ohjaaja kommentoi mittaria ja antoi palautetta ja korjausehdotuksia. Tämän jälkeen lähetin kyselyn eteenpäin vastausten keräystä varten.

4.3 Aineiston analysointi

Analysoin aineiston Webropol-ohjelmalla ja tulosten esittämisessä käytin tunnuslukuina frekvenssejä (n) ja prosentteja (%). Tutkimustuloksia esittäessä käytin myös taulukoita ja kuvioita, koska numeerista tietoa oli paljon ja halusin kuitenkin esittää tulokset yksityiskohtaisesti ja tarkasti, jotta lukija voi nähdä kaikki saadut tulokset. Numeerisen tiedon lisäksi esitin keskeiset tulokset sanallisesti ja avasin tulokset kysymyksittäin. Vilkan (2007, 135) ja Kankkusen ym. (2013, 132-133) mukaan taulukot ja kuviot havainnollistavat saatuja tuloksia lukijalle.

Laadulliset eli avoimet kysymykset analysoin luokittelemalla ja yhdistelemällä keskeiset asiat tutkimuskysymysten mukaisesti. Vilkan (2007, 32, 68) ja Kankkusen ym. (2013, 132) mukaan avointen kysymysten sanalliset vastaukset voidaan luokitella ja ryhmitellä asiasisältöjen mukaan. Tutkimusraportissa raportoin laadullisen aineiston tuottamat tulokset määrällisten tulosten yhteydessä, koska laadullisten eli avointen kysymysten vastaukset tukivat määrällisten vastausten tuottamaa tietoa ja antoivat siihen myös lisäinformaatiota. Metsämuuronen (2009, 266) on todennut, että määrällisen tutkimuksen aineistoa voidaan täydentää laadullisella tutkimuksella ja se yleensä lisää raporttiin oleellista tietoa.

Taustamuuttujien osalta en tehnyt tässä tutkimuksessa ristiintaulukointia, koska tutkimusaineisto oli pieni. Metsämuuronen (2009, 363) on todennut, että vaaditaan riittävä otoskoko, jotta ristiintaulukoinnilla pystytään tekemään luotettavaa tilastollista testausta. Tarkoitukseni oli tässä tutkimuksessa kuvata verenpainetautiä sairastavan potilaan ohjausta ja hoitosuosittelun käyttöä. Vastaajien määrän jäädessä vähäiseksi en nähnyt tarpeelliseksi ryhmittäisten erojen testaamista. Kankkunen ym. (2013, 158-159) mukaan tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien määrittelyllä on merkitystä siihen, onko ryhmittäisten erojen testaaminen välttämätöntä. Prosentuaaliset osuudet pyörustin yhden desimaalin tarkkuudella niin, että kokonaisluvuksi muodostui 100 %. Tällä tavalla pyrin vähentämään pyöristämisen virhemarginaalia (ks. Kankkunen ym. 2013, 133.) Vastaajien vähäisen määrän takia prosenttiosuudet olisivat joissakin kohdissa voineet vääristää frekvenssiä, jos olisin esittänyt prosenttiosuudet kokonaislukuina.

Joidenkin vastausten kohdalla huomasin, että vastaaja oli valinnut väittämistä kaksi eri vaihtoehtoa. Kävin läpi kaikki 46 kyselylomaketta ja kartoitin näistä lomakkeet, joissa oli kaksi vastausta saman väittämän kohdalla. Poistin nämä vastaajat tuloksista ja siksi vastaajien määrät (n) vaihtelee eri väittämässä. Taulukoissa poikkeamat vastaajamäärissä on merkitty ylätunnisteella eli esimerkiksi ¹⁾.

Kankkusen ym. (2013, 109) mukaan vastaajat tulisi kuvata niin, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa aineistosta. Vastaajien yksityisyyden säilyttämiseksi ja turvaamiseksi olen kiinnittänyt

huomiota vastaajien kuvaamiseen. Taustamuuttujissa muut kuin terveydenhoitajat (sairaanhoitajat ja lähihoitajat) olen yhdistänyt kokonaisuudeksi ”muut”, jotta yksittäinen vastaaja ei henkilöidy. Osa yksityisellä puolella työskentelevistä vastaajista oli kirjannut työnantajan yksityiskohtaisesti, mutta jätin sen tiedon raportoimatta ja lisäsin heidät yksityisen puolen työterveyshoitajiksi, koska yksittäisten työnantajien nimeäminen ei olisi ollut tarkoituksenmukaista.

Aineistoa analysoidessa kirjasin yleiset asiat verenpaineohjauksesta (ks. mittarin väittämöpatteri 12) tulososioon ”yleinen ohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle” (ks. tulokset 5.5). Avointen kysymysten antaman informaation kirjasin tulososioon kyseiseen aiheeseen liittyvän kokonaisuuden yhteyteen. Mittarin viimeisestä avoimesta kysymyksestä nousi paljon informaatiota työterveyshoitajan antamaan verenpaineohjaukseen liittyen. Vastausten pohjalta kokosin tietoa ja lainauksia tulososioon ”muut ohjaukseen liittyvät asiat” (ks. s. 47). Siirrot tein vastaamaan paremmin tutkimuskysymysten sisältöä ja selkiyttämään kokonaisuutta. Vilkan (2007, 163) mukaan tutkimusraportin tulee olla johdonmukainen ja järjestelmällinen sekä edetä asiakokonaisuudesta toiseen.

4.4 Tutkimuksen toteutus

Suunnitteluvaihe

Aloitin tutkimuksen tekemisen keväällä 2015 tutustumalla tutkimusaiheeseen ja hakemalla aiheeseen rajausta. Etsin tietoa ja perehdyin siihen. Syksyllä 2015 aloitin tutkimussuunnitelman kirjoittamisen. Teoriatiedon pohjalta nostin alaotsikoiksi aiheeseen liittyviä pienempiä osa-alueita. Näiden pohjalta aloitin tutkimuskysymysten muokkaamisen. Näin pystyin rajaamaan tiedonhakua ja se helpotti tutkimussuunnitelman työstämistä. Muokkasin tietoa pienemmiksi, konkreettisemmaksi ja mitattaviksi kokonaisuuksiksi. Tämän pohjalta aloin laatia mittaria syksyllä 2015. Mittarin laatiminen ja kysymyskokonaisuuksien rajaaminen vaativat aikaa ja syventymistä. Mittaria ja kysymyksiä muokkasin ja selkiytin yleisesti ymmärrettävämpään muotoon koko prosessin ajan. Kankkusen ym. (2013, 114-115) mukaan mittarin laatiminen on tärkeä vaihe, jotta mittarista tulee riittävän kattava ja täsmällinen sekä se kuvaa tutkimusilmiötä laajasti.

Tutkimussuunnitelman ja mittarin valmistuttua anoin tutkimusluvut opinnäytetyölleni Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä (Liite 5) ja Suomen Työterveys ry:n (Liite 6) hallitukselta. Tutkimuslupaa anottaessa käytin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän omaa tutkimuslupakaavaketta. Suomen Työterveys ry:llä ei ollut omaa tutkimuslupakaavaketta, joten laadin tutkimuslupahakemuksen itse. Tutkimuslupa-anomukset lähetin postitse tammikuun 2016 alussa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä tuli myönteinen tutkimuslupapäätös tammikuun 2016 loppupuolella. Suomen Työterveys ry:n tutkimusluvan saanti viivästyi tutkimuslupahakemuksen kulkiessa eri henkilöiden kautta asiasta päättävälle henkilölle. Jouduinkin lähettämään kahteen kertaan tutkimussuunnitelman ja tutkimuslupahakemuksen, koska ensimmäinen katosi jossain prosessin vaiheessa organisaation sisällä. Tutkimuslupaprosessiin kuului useiden postitusten, puheluiden ja sähköpostiviestien työstämistä. Prosessissa vei aikaa myös Suomen Työterveys ry:n hallituksen kokouksen ajankohdan odottaminen ja päätöksen saanti. Sain myönteisen tutkimuslupapäätöksen maaliskuun alkupuolella 2016.

Toteutusvaihe

Mittarin esitestauksen ja korjauksen jälkeen julkaisin kyselylomakkeen (Liite 1) vastausten keräämistä varten. Vastaajia varten loin julkisen Webropol-linkin, johon tiedonantaja pystyi vastaamaan vain yhden kerran ja sitten linkki sulkeutui (ks. Heikkilä 2014, 68-70). Linkin lähetin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vastuuhenkilölle tammikuun 2016 lopulla ja Suomen Työterveys ry:n vastaaville hoitajille tai palveluohjaajille sähköpostitse maaliskuun puolessavälissä. Sähköpostin liitteeseen sisältyi saatekirje (Liite 2) ja sähköpostin mukana lyhyet tiedonannot tutkimuksesta, niin sanotut saatesanat (Liite 3 ja 4) (ks. Vilka 2007, 81). Tiedonantajien tutkimukseen vastaaminen oli samalla suostumus osallistua tutkimukseen (ks. Vilka 2007, 84). Kyselyn lähetin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vastaavalle henkilölle kaksi kertaa muutaman viikon välein ja Suomen Työterveys ry:n vastaaville hoitajille ja palveluohjaajille kolme kertaa kahden viikon ja viikon välein. Tällä tavoin pyrin varmistamaan riittävän vastaajien määrän. Suomen työterveys ry:n kyselykierrosten aikana osa vastaavista hoitajista tai palveluohjaajista oli poissa töistä tai lomalla. He saivat kyselyn töihin palatessaan.

Kyselyyn sain vastauksia kaikkiaan 46 työterveyshoitajalta. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä vastasi 10 työterveyshoitajaa (n=10) N=15. Vastausprosentiksi muodostui noin 67 %. Suomen Työterveys ry:ltä kyselyyn vastasi 36 työterveyshoitajaa (n=36) N=130. Vastausprosentiksi muodostui noin 28 %. Koko tutkimuksen vastausprosentti oli 32 %. Minulla ei ollut tarkkaa tietoa Suomen Työterveys ry:n työterveyshoitajien määrästä. Olen arvioinut perusjoukon määrän Suomen Työterveys ry:n nettisivujen tietojen perusteella eri 35:n työpaikan terveydenhuollon henkilöstön mukaan. Kävin läpi koko potentiaalisen vastaajamäärän yksitellen ja sen pohjalta arvioin perusjoukon lukumäärän.

Viimeistelyvaihe

Tutkimusaineiston analysoinnin aloitin huhtikuun lopulla 2016. Analysointiin kuului Webropol-ohjelmalla analysointia, prosenttien ja frekvenssien laskemista sekä avointen kysymysten ryhmittelyä. Sen jälkeen aloin kirjoittaa tuloksia ja raporttia. Tutkimukseni valmistui syksyllä 2016.

Tutkimusprosessin vaiheet limittyvät toisiinsa. Tutkimusprosessini etenemistä helpottivat ohjaajan tuki ja neuvot sekä keskustelut opiskelijatovereiden ja ystävien kanssa. Opinnäytetyöseminaaritkin auttoivat eteenpäin ja sieltä sain ajatuksia, neuvoja, ohjeita ja ideoita opinnäytetyönprosessin eteenpäin viemiseen.

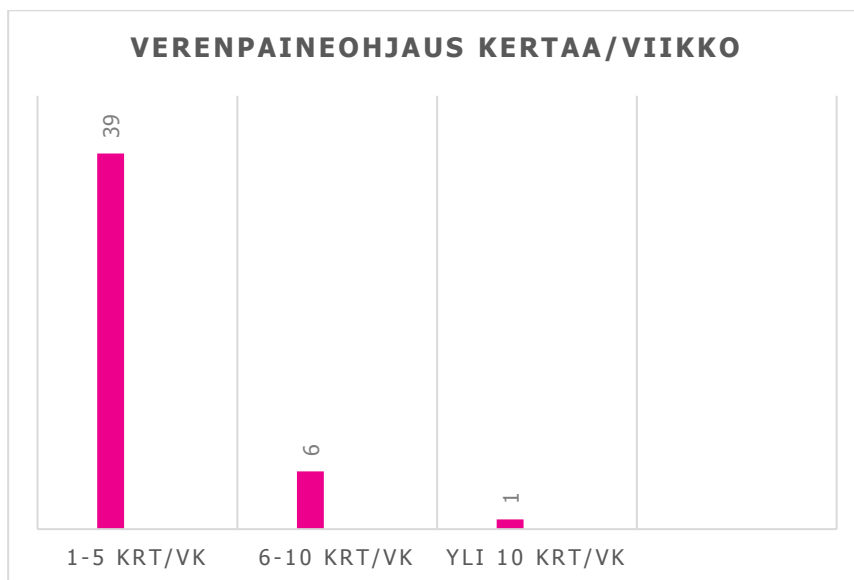
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tutkimuksen taustatiedoissa kysyin vastaajien sukupuolta, ikää, työnantajan kuulumista yksityisen tai julkisen terveydenhuollon piiriin, hoitajan työskentelyaika työterveyshuollossa sekä kuinka usein hän antaa verenpaineohjausta potilaalle. Vastaajista valtaosa oli työterveyshoitajina työskenteleviä naisia, joilla on yli 2 vuoden työkokemus alalta. (Taulukko 2.) Kaikki hoitajat antoivat verenpaineohjausta potilaille vähintään viikoittain. (Kuvio 4.)

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien taustatiedot (n=46)

Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli		
Nainen	44	96
Mies	2	4
Ikä		
Alle 30 vuotta	5	11
31-50 vuotta	29	63
Yli 50 vuotta	12	26
Työnantaja		
Yksityinen	35	76
Julkinen	11	24
Työterveyshuollossa työskentelyaika		
Alle 2 vuotta	11	24
2-10 vuotta	18	39
Yli 10 vuotta	17	37
Ammattikoulutus		
Terveydenhoitaja	6	13
Työterveyshoitaja	34	74
Vastaava työterveyshoitaja	4	9
Muut	4	9
Verenpaineohjauksen antaminen		
1-5 krt/vko	39	85
6-10 krt/vko	6	13
Yli 10 krt/vko	1	2



Kuvio 4. Hoitajien antama verenpaineohjaus (n=46)

5.2 Elämäntapaohjaus verenpainetautiä sairastavalle potilaalle

Potilaan ohjauksessa elämäntapoihin liittyvät kysymykset koskivat ravitsemusta, liikuntaa, painonhallintaa ja stressinhallintaa.

Ravisemukseen liittyvä ohjaus

Työterveyshoitajista 95,7 % ohjasi potilasta suolan käytön rajoittamiseen aina tai lähes aina. Ravintokuidun, kasvisten, marjojen, hedelmien, kalan lisäämisen ja ravinnon rasvojen laadun kävi läpi ohjauksessa lähes kaikki hoitajat aina tai lähes aina. Ruokakolmion käyttö, punaisen lihan käyttö, D-vitamiinin saanti sekä lakritsa- ja salmiakkituotteiden rajoittaminen käytiin sen sijaan ohjauksessa edellisiä harvemmin läpi. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ravitsemusohjaukseen liittyvät asiat (n=46)

Ravitsemusohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suolan käyttö	32	69,6	12	26,1	2	4,3	-	-
Ravintokuidun lisääminen	18	39,1	18	39,1	10	21,8	-	-
Kasvisten, marjojen ja hedelmien lisääminen ⁽¹⁾	38	84,4	7	15,6	-	-	-	-
Vähärasvaiset maitotuotteet ⁽¹⁾	29	64,5	11	24,4	3	6,5	-	-
Kalan käyttö	28	60,9	15	32,6	3	6,5	-	-
Punaisen lihan käyttö	13	28,4	16	34,8	16	34,8	1	2
Lautasmalli ⁽¹⁾	25	55,6	17	37,8	3	6,6	-	-
Ruokakolmio	9	19,6	16	34,8	19	41,3	2	4,3
Ravinnon rasvojen laatu	34	73,9	12	26,1	-	-	-	-
D-vitamiinin käyttö	14	30,4	22	47,8	10	21,8	-	-
Lakritsa- ja salmiakkituotteet ⁽¹⁾	12	26,7	17	37,8	15	33,3	1	2,2

¹⁾ n=45

Liikuntaan ja painonhallintaan liittyvä ohjaus

Potilaan arkiliikunnan otti puheeksi ohjauksessa työterveyshoitajista 98,5 % ja painon pudottamisen kaikki hoitajat aina tai lähes aina. Harvemmin potilasta ohjattiin muun muassa istumisen vähentämisessä ja vyötärölihavuudessa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Ohjauksessa liikuntaan ja painonhallintaan liittyvät asiat (n=46)

Liikuntaan ja painonhallinnan ohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Arkiliikunta	30	65,2	15	32,6	1	2,2	-	-
Kestävyysliikunnan merkitys	16	34,8	23	50	7	15,2	-	-
Istumisen vähentäminen ⁽¹⁾	12	26,7	23	51,1	9	20	1	2,2
Erilaiset liikuntamuodot	19	41,3	22	47,8	5	10,9	-	-
Painon pudottaminen	35	76,1	11	23,9	-	-	-	-
Painoindeksi	28	60,9	11	23,9	6	13	1	2,2
Vyötärölihavuus	16	34,8	19	41,3	10	21,7	1	2,2

¹⁾ n=45

Työterveyshoitajat toivat avoimessa kysymyksessä esille, että ohjauksessa huomioidaan potilaan kokonaistilanne ja esimerkiksi painonhallintaan liittyvissä asioissa ollaan hienotunteisia ja arvioidaan, milloin asiasta on sopivaa puhua. Ohjauksessa ei välttämättä oteta puheeksi sellaisia asioita, jotka ovat kunnossa. Työterveyshoitajat kuvasivat tätä potilaan kokonaisvaltaista ja yksilöllistä ohjausta muun muassa näin:

”Joskus asiakas harrastaa aktiivisesti liikuntaa eikä ole ylipainoinen.”

”Joillekin oma paino (painoindeksi) on arka juttu. Jos on saanut ”monta saarnaa” aiheesta, ei ota tietoa vastaan millään tasolla. Yritän toki ottaa asian puheeksi jollain tasolla, mikäli se vaan on mahdollista.”

”Harvemmin tuijotan painoindeksiä ja vyötärön ympärystä orjallisesti. Toki näistä mainitsen, mutta jokainen potilas/asiakas on yksilö. Jos huomaan ongelman olevan muualla kuin painoindeksissä, keskityn siihen ja painoindeksin mahdollinen lasku tulee siten sivutuotteena.”

”Ajanpuute, perusteelliseen liikuntaan liittyvän ohjauksen tarpeessa olevan ohjaajan työfysioterapeutille.”

Työterveyshoitajat pyrkivät kannustamaan potilasta niihin liikuntamuotoihin, joista potilas on kiinnostunut, esimerkiksi näin:

”Yritän tukea niihin liikuntamuotoihin, joihin asiakas on motivoitunut. Kaikkia ei esim. salilla käynti inspiroi.”

Stressinhallintaan liittyvä ohjaus

Työterveyshoitajista 91,3 % ohjasi potilasta riittävän levon merkityksestä ja 68,9 % ajankäytön hallinnasta aina tai lähes aina. Sen sijaan työterveyshoitajista otti puheeksi ohjauksessa rentoutumismenetelmät harvemmin, aina tai lähes aina 44,4 % eli alle puolet. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Stressinhallintaan liittyvä ohjaus (n=46)

Stressinhallintaan liittyvä ohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rentoutumismenetelmät ⁽¹⁾	4	8,9	16	35,5	22	48,9	3	6,7
Levon merkitys	27	58,7	15	32,6	4	8,7	-	-
Yöunen merkitys ⁽¹⁾	33	73,3	11	24,5	1	2,2	-	-
Ajankäytön hallinta ⁽¹⁾	13	28,9	18	40	14	31,1	-	-

¹⁾ n=45

5.3 Lääkehoidon ohjaus verenpainetautiä sairastavalle potilaalle

Potilaan ohjauksessa lääkehoitoon liittyvät kysymykset koskivat eri päihteiden käyttöä, potilaan käytössä olevaa lääkitystä ja lääkkeiden sivuvaikutuksia.

Kaikki työterveyshoitajat (100%) ohjasivat tupakoinnin ja alkoholin käytön rajoittamisen aina tai lähes aina. Huumeet otti puheeksi ohjauksessa 67,4 % ja tulehduskipulääkkeet 64,4 % aina tai lähes aina. Hormonituotteiden käyttö ja lääkkeiden sivuvaikutukset kuuluivat ohjaukseen harvemmin.

(Taulukko 6.)

Taulukko 6. Päihteisiin ja lääkitykseen liittyvä ohjaus (n=46)

Päihteet ja lääkkeet ohjauksessa	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tupakointi	44	95,7	2	4,3	-	-	-	-
Alkoholinkäyttö	42	91,3	4	8,7	-	-	-	-
Huumeet	18	39,1	13	28,3	13	28,3	2	4,3
Hormonituotteet	1	2,2	14	30,4	25	54,3	6	13,1
Tulehduskipulääkkeet ⁽¹⁾	9	20	20	44,4	14	31,2	2	4,4
Muut käytössä olevat lääkkeet	28	60,9	9	19,6	7	15,2	2	4,3
Lääkityksen sivuvaikutukset ⁽²⁾	7	15,9	16	36,4	19	43,2	2	4,5

¹⁾ n=45 ²⁾ n=44

5.4 Verenpaineen seurannan ohjaus verenpainetautiä sairastavalle potilaalle

Potilaan ohjauksessa verenpaineen seurantaan liittyvät väittämät koskivat verenpainemittarin käyttöä, verenpaineen mittaamista kotiseurannassa ja seurantakäynnillä.

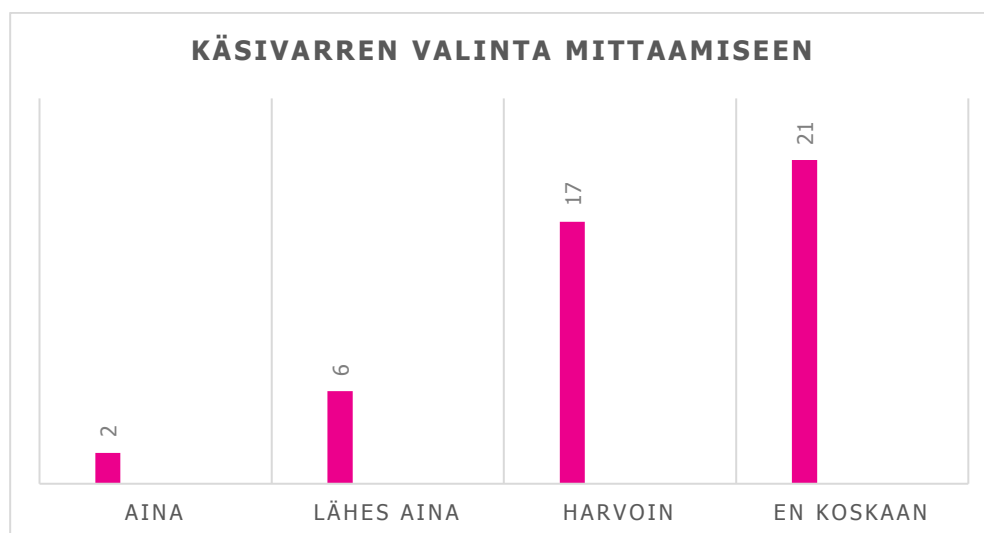
Verenpaineen mittaamiseen liittyvä ohjaus

Verenpaineen mittaamisen valmistelut ohjauksessa huomioi lähes kaikki hoitajat aina tai lähes aina. sen sijaan uuden potilaan verenpaineen mittasi molemmista olkavarsista aina tai lähes aina vain 6,7 % työterveyshoitajista. (Kuvio 5.) 82,7 % työterveyshoitajista valitsi harvoin tai ei koskaan verenpaineen mittaamiseen käsivarren, jossa on korkeampi verenpaine, jos oikeasta ja vasemmasta käsivarresta mitatut verenpaineet eroavat huomattavasti toisistaan (yli 10 mmHg). (Kuvio 5.) Työterveyshoitajista 57,8 % valitsi harvoin tai ei koskaan verenpaineen mittaamiseen potilaan ei-hallitsevan käsivarren, jos potilaalla ei ole todettu suurta (yli 10 mmHg) puolieroä verenpaineissa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Verenpaineen mittaamiseen liittyvä ohjaus (n=46)

Mittaamisen ohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittarin kalibrointi ⁽¹⁾	20	44,5	13	28,8	10	22,2	2	4,5
Mansetin koko	37	80,4	8	17,4	1	2,2	-	-
Mansetin kiinnittäminen	37	80,4	6	13	3	6,6	-	-
Mansetin kiinnittäminen ja 5 min odotus ⁽¹⁾	7	15,6	14	31,1	19	42,2	5	11,1
Mansetin kumipussin keskiosan paikka	33	71,7	9	19,6	1	2,2	3	6,5
5 minuutin odotus	30	65,2	10	21,8	6	13	-	-
Sykkeeseen tarkistus ⁽¹⁾	24	53,3	13	28,9	7	15,6	1	2,2
Puhumattomuus mittauksen aikana	43	93,5	3	6,5	-	-	-	-
Mittauksen toisto	36	78,3	9	19,5	-	-	1	2,2
Kyynärvarsi tuettuna	41	89,1	3	6,5	1	2,2	1	2,2
Mittaus molemmista olkavarsista ⁽¹⁾	-	-	3	6,7	20	44,4	22	48,9
Käsivarren valinta	2	4,3	6	13	17	37	21	45,7
Ei-dominantin käden valinta ⁽¹⁾	10	22,2	9	20	13	28,9	13	28,9

¹⁾ n=45



Kuvio 5. Käsivarren valinta verenpaineen mittaamiseen. Verenpaineen mittaamiseen tulisi valita käsivarso, jossa on korkeampi verenpaine, jos oikeasta ja vasemmasta käsivarresta mitatut verenpaineet eroavat huomattavasti toisistaan (yli 10 mmHg).

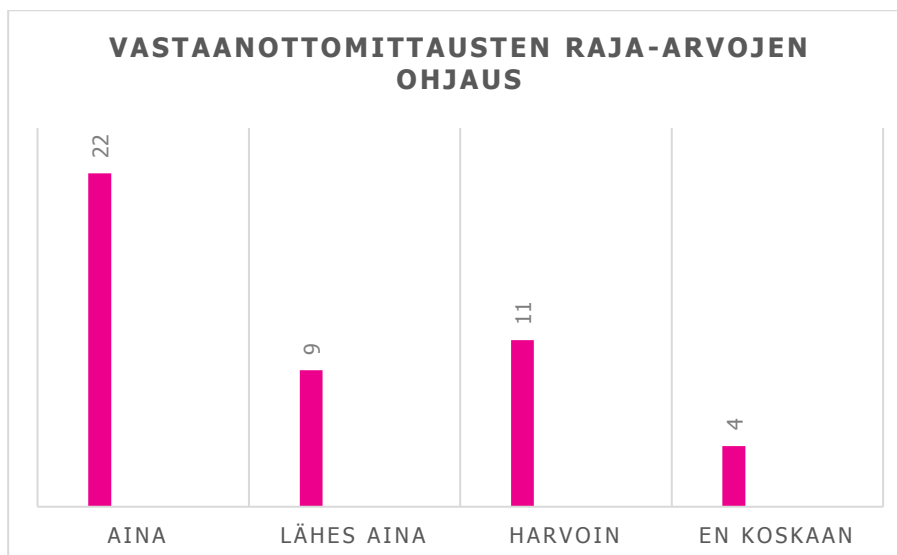
Kotiseurantaan liittyvä ohjaus

Työterveyshoitajista 76,1 % tarkisti potilaan mittarin kalibroinnin, 84,7 % keskusteli rannemittarin käytöstä aina tai lähes aina ja kaikki (100%) kävivät läpi nautintoaineiden välttämisen ennen verenpaineen mittaamista ja puhumattomuuden mittauksen aikana. Työterveyshoitajista 87 % ohjasi potilasta mittaamaan aina tai lähes aina verenpaineen aamuisin ja iltaisin. Hoitajista 84,4 % kävi potilaan kanssa läpi aina tai lähes aina kotimittausten raja-arvot, 67,4 % vastaanottomittausten raja-arvot (Kuvio 6) sekä 76,1 % diagnosointivaiheeseen kuuluvan 7 vuorokauden verenpaineen seurannan. Työterveyshoitajista 37 % ohjasi potilaalle aamumittauksen kellonaikavälin ja 45,7 % iltamittauksen kellonaikavälin harvoin tai ei koskaan. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kotiseurannan ohjaus (n=46)

Kotiseurannan ohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oman mittarin kalibrointi	19	41,3	16	34,8	10	21,7	1	2,2
Rannemittarin käyttö	29	63	10	21,7	5	10,9	2	4,4
Fyysisen ponnistelun ja nautintoaineiden välttäminen	34	73,9	12	26,1	-	-	-	-
Mansetin kiinnitys ja 5 min odotus	16	34,8	19	41,3	9	19,6	2	4,3
5 min odotus ennen mittaamista	33	71,8	10	21,7	2	4,3	1	2,2
Kyynärvarsi tuettuna, mansetin alareuna sydämen kohdalla	31	67,4	9	19,5	5	10,9	1	2,2
Puhumattomuus	39	84,8	7	15,2	-	-	-	-
Toisto 1-2 min kuluttua	39	84,8	6	13	1	2,2	-	-
Kirjaaminen	39	84,8	5	10,8	1	2,2	1	2,2
Aamu- ja iltamittaukset	34	74	6	13	6	13	-	-
Aamumittaus 6-9 välillä	19	41,3	10	21,7	12	26,1	5	10,9
Iltamittaus 18-21 välillä	15	32,6	10	21,7	16	34,8	5	10,9
Kotimittauksen raja-arvot ¹⁾	28	62,2	10	22,2	5	11,1	2	4,5
Vastaanottomittauksen raja-arvot	22	47,8	9	19,6	11	23,9	4	8,7
7 vrk:n seuranta diagnosointivaiheessa	20	43,5	15	32,6	7	15,2	4	8,7

¹⁾n=45



Kuvio 6. Verenpaineen vastaanottomittausten raja-arvojen ohjaus

Seurantakäynteihin liittyvä ohjaus

Työterveyshoitajista 97,8 % tiedusteli potilaan yleisvointia, 69,5 % huomioi verenpaineen mittaamisen taidot ja 95,6 % ohjasi potilasta huomioimaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja aloittamaan silloin verenpaineen seurannan aina tai lähes aina. Työterveyshoitajista 82,6 % kertoi potilaalle tavoiteverenpaine-arvon ja 87 % painotti verenpaine-lääkkeen säännöllisen käytön merkitystä aina tai lähes aina. Seurantakäynneillä ohjattiin harvemmin verenpaineen keskiarvojen mittaaminen, pulssin keskiarvojen mittaaminen ja 4 vuorokauden verenpaine-seuranta kuukauden välein lääkityksen aloituksen jälkeen. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Potilaan seurantakäyntiin liittyvä verenpaineen mittaaminen ja ohjaus (n=46)

Seurantakäynnin ohjaus	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yleisvointi	41	89,1	4	8,7	-	-	1	2,2
Mittaamisen taito	18	39,1	14	30,4	12	19,6	6	10,9
Yleisvoinnin muutokset ja mittaaminen	40	86,9	4	8,7	1	2,2	1	2,2
Lääkitys ja 4 vrk:n seuranta ⁽¹⁾	13	28,9	15	33,3	11	24,5	6	13,3
Lääkitys ja 4 vrk:n seuranta, 1 kk:n välein aluksi ⁽¹⁾	6	13,3	13	28,9	16	35,6	10	22,2
Vakaan tilanteen 4 vrk:n seuranta, 3 kk:n välein	9	19,6	16	34,8	11	23,9	10	21,7
Verenpaineen keskiarvojen laskeminen	15	32,6	6	13	12	26,1	13	28,3
Pulssin keskiarvojen laskeminen	11	23,9	5	10,9	16	34,8	14	30,4
Potilaan ohjaus keskiarvojen laskuun	4	8,7	6	13,1	18	39,1	18	39,1
Tavoiteverenpaineen kertominen	31	67,4	7	15,2	4	8,7	4	8,7
Lääkityksen säännöllisyyden merkitys	32	69,6	8	17,4	2	4,3	4	8,7
Sivuvaikutuksien tiedostaminen	13	28,3	20	43,4	9	19,6	4	8,7
Epäselvien asioiden kertaaminen	32	69,6	11	23,9	1	2,2	2	4,3

¹⁾ n=45

5.5 Yleinen ohjaus verenpainetautiin sairastavalle potilaalle

Potilaan ohjauksessa verenpainetautiin liittyvät yleiset asiat koskivat yleistä tietoa verenpainetaudista, potilaan huomiointia ja kirjaamista ohjaustilanteessa sekä avoimien kysymysten pohjalta nousseita ohjaukseen liittyviä asioita.

Työterveyshoitajista 91,3 % otti puheeksi verenpainetautiin liittyvät liitännäissairaudet aina tai lähes aina ja kohde-elinvauriot 97,8 %. Vuorokausirekisteröinnin otti puheeksi harvoin tai ei koskaan 50 % työterveyshoitajista. (Taulukko 10.)

Taulukko 10: Kohonneeseen verenpaineeseen liittyvien asioiden ohjaus (n=46)

Yleiset asiat ohjauksessa	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erilaiset oireet	29	63,1	14	30,4	2	4,3	1	2,2
Huimaus, päänsärky ja huono olo	35	76,1	10	21,7	1	2,2	-	-
Liitännäissairaudet	29	63	13	28,3	3	6,5	1	2,2
Kohde-elinvauriot	14	30,4	23	50	7	15,3	2	4,3
Hoidon tärkeys	38	82,6	7	15,2	1	2,2	-	-
Seurantakäynnin aikataulu	35	76,1	10	21,7	1	2,2	-	-
Vuorokausirekisteröinti	11	23,9	12	26,1	18	39,1	5	10,9
Muuta kysyttävää	40	87	6	13	-	-	-	-

Potilaan persoonan huomiointi ohjaustilanteessa

Työterveyshoitajista 87 % huomioi aina tai lähes aina potilaan taidot verenpaineen mittauksessa, potilaan tietotason verenpainetaudista 89,1 % ja henkilökohtaiset kyvyt ja valmiudet tiedon sisäistämiseen 95,6 %. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Henkilökohtainen ohjaustilanne (n=46)

Ohjattavan valmiudet oppia	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Verenpaineen mittaamisen taidot	26	56,5	14	30,5	4	8,7	2	4,3
Tietotason huomiointi	23	50	18	39,1	4	8,7	1	2,2
Valmiudet tiedon vastaanottamiseen	29	63	15	32,6	1	2,2	1	2,2

Ohjauksesta kirjaaminen

Työterveyshoitajista lähes kaikki kirjaa aina tai lähes aina ohjauksen toteutumisen, tavanomaisesta ohjauksesta poikkeamisen ja poikkeamisen perustelut tietojärjestelmään. (Taulukko 12.)

Taulukko 12: Kirjaaminen tietojärjestelmään (n=46)

Kirjaaminen	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ohjauksen kirjaaminen	35	76,1	9	19,5	1	2,2	1	2,2
Ohjauksesta poikkeaminen	32	69,6	8	17,4	3	6,5	3	6,5
Ohjauksesta poikkeamisen perustelut	31	67,4	9	19,6	3	6,5	3	6,5

Muut ohjaukseen liittyvät asiat

Työterveyshoitajat toivat avoimissa kysymyksissä esille ohjaukseen käytettävän ajan riittämättömyyden. Ohjauksen sisältö saattoi jäädä vajaaksi vastaanottoajan rajallisuuden vuoksi ja siksi että potilas

on harvoin vastaanotolla ainoastaan verenpaineen vuoksi. Kuitenkin työterveyshoitajien tavoitteena oli käydä läpi asiat, jotka he kokivat tärkeimmiksi verenpaineeseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Lisäksi työterveyshoitajat toivoivat selkeää ja hyvää materiaalia ohjeistukseen, jonka voisi antaa potilaalle mukaan. Työterveyshoitajat kuvasivat ohjaukseen liittyvistä asioista seuraavasti:

”Sellaiset asiat jäävät käymättä, joihin en ole mielestäni löytänyt riittävän hyvää ja selkeää materiaalia. Aika asettaa myös rajoitteensa, keskustellen usein löytyy oleellimmat asiat.”

”Aika ei kerta kaikkiaan riitä kaikkeen, joten on valittava ne asiat jotka ovat kyseisen potilaan kohdalla tärkeimmät.”

”Tietenkin haluaisi toimia jokaisen potilaan kohdalla kaikissa asioissa parhaalla mahdollisella tavalla, mutta realiteetti on nyt vain se, että se ei onnistu. Ei ole mahdollisuutta käyttää niin paljon aikaa kuin tarvitsisi jokaiselle potilaalle, vaan aikaa on käytettävissä rajallisesti ja välillä on tosi kiire.”

Ohjauksen sisältöön vaikutti myös potilaan työnkuva. Esimerkiksi istumatyöläiselle annetaan ohjausta liiallisesta istumisesta. Työterveyshoitajan työnkuvallakin oli vaikutusta ohjauksen sisältöön: Puhelinneuvonnan sisältö jäi usein niukemmaksi kuin vastaanottotilanteessa annettu ohjaus. Tämän vuoksi potilaalle varattiin aina vastaanottoaika, jos hänellä oli tarvetta tarkempaan ohjaukseen.

Avointen kysymyksen vastauksista nousi esille verenpaineen ohjauksen rutinoitunut hoitaminen ja usein potilaat ohjataan verenpaineen kontrolli- ja seurantakäynneille suoraan lääkärille. Työterveyshoitajat kuvasivat ohjaamista näin:

”Parannettavaa varmasti ohjauksessa on. Ohjausta annan hieman rutiinilla.”

”Tämä on niin arkinen hoitotoimenpide, että monesti jää huomioimatta virheet...tai mittauksen tekee kiireellä ja huolimattomasti. Automaattiset verenpainemittarit ovat helpottaneet paljon mittauksia.”

”Tässä kyselyssä ei ole otettu huomioon, että esim. meillä lääkäri määrää verenpainelääkityksen ja hän myös määrää verenpainelääkityksen jälkeisen seurannan- ei työterveyshoitaja.”

Potilaan motivointi ja kannustaminen ovat tärkeä osa verenpainepotilaan ohjausta. Hoitajat kuvasivat hoitoon motivointia muun muassa seuraavasti:

”Mielestäni tärkeintä on potilaan oma motivaatio hoitaa itseään. Sitä ei aina ole, joten suositustenkaan täsmällinen noudattaminen ei johda mihinkään. Mikäli havaitsen poti-

laalla olevan motivaatio-ongelmaa, pyrin kannustamaan ainakin jonkinlaiseen seurantaan, koska tarkat säännöt ja menetelmät yleensä karkottavat tällaiset asiakkaat. Työssä ei aina ole aikaa tehdä verenpaineen seurantaa ja ohjausta riittävän laadukkaasti.”

”Työpaikalle enemmän lainattavia mittareita rr-seurantaa varten, jotta seuranta voitaisiin toteuttaa mahdollisimman pian ja otollisella hetkellä, kun asiakkaan motivointi on saatu vauhtiin.”

5.6 Työterveyshoitajan kokemuksia hoitosuosituksista ja niiden käytöstä

Työterveyshoitajista 76 % koki hoitosuositukset helppokäyttöisiksi, 86,9 % ymmärrettäviksi, 91,1 % päätöksentekoa helpottaviksi ja 89,1% tärkeäksi apuvälineeksi työssään. Työterveyshoitajista 84,8 % käytti uutta kohonneen verenpaineen Käypä hoito-suositusta työssään ainakin osittain. Työterveyshoitajista 47,9 % oli osittain sitä mieltä että, työpaikalle ei ollut laadittu hoitopolkua. Työterveyshoitajista 80,4 % keskusteli hoitosuosituksista lääkäreiden kanssa ja 84,8 % työkavereiden kanssa ainakin joskus. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Hoitosuositusten käyttöönotto (n=46)

Kokemuksia hoitosuosituksista	Täysin samaa mieltä		Samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain samaa mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Helppokäyttöisyys	10	21,7	25	54,3	5	10,9	5	10,9	1
Ymmärrettävyys	11	23,9	29	63	4	8,7	1	2,2	1	2,2
Päätöksenteossa apuna ⁽¹⁾	17	37,8	24	53,3	3	6,7	-	-	1	2,2
Uuden Käypä hoito-suosituksen käyttö	11	23,9	18	39,1	5	10,9	10	21,8	2	4,3
Hoitopolku työpaikalle	3	6,5	6	13	15	32,6	10	21,8	12	26,1
Tärkeä apuväline	21	45,6	20	43,5	3	6,5	1	2,2	1	2,2
Keskustelu lääkäreiden kanssa	10	21,7	17	37	4	8,7	10	21,7	5	10,9
Keskustelu työkavereiden kanssa	11	23,9	23	50	5	10,9	5	10,9	2	4,3

¹⁾ n=45

Työterveyshoitajan saama tuki hoitosuositusten käyttöönottoon

Työterveyshoitajista 54,4 % sai tietoa uusista hoitosuosituksista työnantajalta aina tai lähes aina ja 63,1 % koki saavansa myös tavoitteellista kannustusta hoitosuositusten käyttöön. Työterveyshoitajien kokemus oli kuitenkin se, että työaika ei aina varata siihen, että hoitosuosituksiin voisi perehtyä työajalla ja koulutustakaan ei aina ollut saatavilla. Työterveyshoitajista 68,9 % toi esille, että työpaikalle ei ole koskaan nimetty vastuuhenkilöä hoitosuositusten käyttöönottoa parantamaan.

(Taulukko 14.)

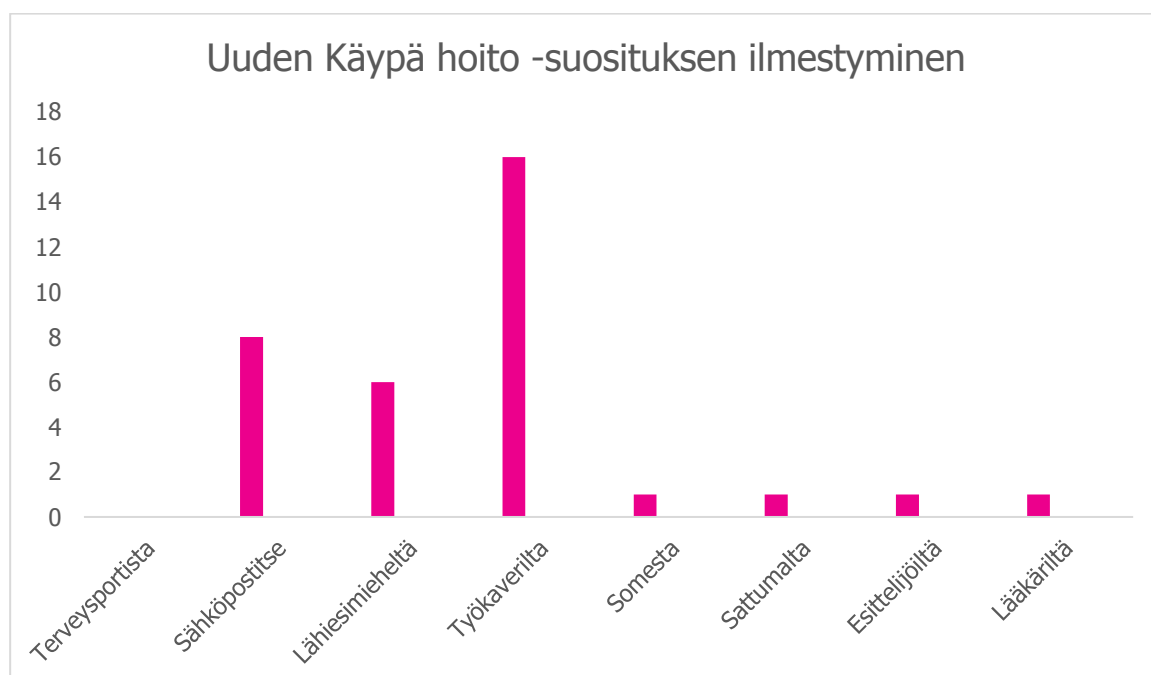
Taulukko 14. Työnantajan tuki hoitosuositusten käyttöönottoon (n=46)

Työnantajan tukikeinot	Aina		Lähes aina		Harvoin		En koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Työaika	5	10,8	13	28,3	21	45,7	7	15,2
Tiedotus	7	15,3	18	39,1	15	32,6	6	13
Lisäkoulutus ⁽¹⁾	3	6,7	11	24,4	26	57,8	5	11,1
Tavoitteellinen kannustaminen	9	19,6	20	43,5	11	23,9	6	13
Käytön arviointi ⁽¹⁾	4	8,9	6	13,3	20	44,5	15	33,3
Nimetty vastuuhenkilö ⁽¹⁾	3	6,7	3	6,7	8	17,7	31	68,9
Nimetty tiimi	2	4,3	3	6,5	9	19,6	32	69,6

¹⁾ n=45

Työterveyshoitajista lähes kaikki saivat tiedon uuden Käypä hoito -suosituksen ilmestymisestä Terveysportista. Muita tietolähteitä olivat sähköpostitiedote, lähiesimies, työkaveri, sosiaalinen media, lääkäri, työpaikalla vierailevat esittelijät sekä tiedon löytyminen sattumalta muuta tietoa etsiessä.

(Kuvio 5.)



Kuvio 5. Tiedon saanti uuden Käypä hoito -suosituksen ilmestymisestä

Työterveyshoitajat toivat avoimessa kysymyksessä esille tarpeen lisäkoulutukselle sekä toivoivat aikaa tiedon omaehtoiselle päivittämiselle sekä hoidon seurannalle ja selkeää hoitopolkua toteutukselle. Työterveyshoitajien vastauksista nousi myös toive organisaation johdon ja esimiesten panostuksen sekä taloudellisten resurssien lisäämiseen. Hoitajat kuvasivat keinoja hoitosuosituksen käytön parantamiseksi muun muassa näin:

”Esimiehet/johto joutuvat keskittymään liikaa muihin asioihin kuin hoidon laadun ja tason varmistamiseen, koulutuksen tai omaehtoisen tiedon päivittämiseen. Näihin ei ole aikaa. On pakko ”oikaista”, mutta pyrin tekemään sen niin, että keskityn tärkeimpiin asioihin. Tämä johtuu taloudellisista resursseista.”

”Huomasin, että itse asiassa minulla ei ole tietoa, miten he (lääkärit) sen seurannan määräävät-eikä itsellänikään ollut tietoa lääkityksen jälkeisestä seurannasta. Pitäpä meillä tarkistaa tuo asia.”

”Seurantaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Terävöittämistä tarvitsee tehdä.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen tutkimuksen perusta (Kankkunen ym. 2013, 211). Eettiset periaatteet (Helsingin julistus 1964) ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) ohjaavat koko tutkimusprosessia. Tutkijan tulee tiedostaa eettiset lähtökohdat ja kantaa vastuu niiden toteutumisesta tutkimusta tehdessä (Hirsjärvi ym. 2009, 23-27). Tutkimusaiheen valinta ja tutkimuksen merkitys, hyödynnettävyys sekä tutkimuksen vaikutukset osallistujiin tulee huomioida tutkimusta tehdessä. (ETENE 2012; Kankkunen ym. 2013, 218.)

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen yhteiskunnallisesti ja terveyden edistämisen näkökulmasta, koska kohonnut verenpaine on laaja ongelma kansanterveydellisesti. Kahdella miljoonalla suomalaisella aikuisella on kohonnut verenpaine ja vain 40 %:lla miljoonasta suomalaisesta verenpainelääkettä käyttävästä potilaasta verenpaine on hoitotavoitteessa (Käypä hoito 2014). Kohonneen verenpaineen ohjauksen ja neuvonnan tarve lisääntyy koko ajan (Käypä hoito 2014; Dokoohaki ym. 2015, 41-45). Lisäksi kohonnut verenpaine aiheuttaa välittömiä ja välillisiä kuluja yhteiskunnalle enenaikaisten kuolemien, työkyvyttömyyden ja lääkemenojen osalta (ks. Käypä hoito 2014). Seurantaikäntien ja osittain myös hoitovastuun siirtyminen tulevaisuudessa yhä enemmän hoitajille lisää tietotaidon ja tiedon soveltamisen tarvetta hoitohenkilökunnassa (Kotila ym. 2016, 5).

Tutkimustieto voi parantaa hoidon tasa-arvoisuuden ja tasalaatuisuuden tehostamista hoitotyössä (Finlex 1303/2014; Kaste 2012-2015). Näin ollen tutkimuksella voidaan parantaa myös hoitotyön laatua (Kankkunen ym. 2013, 218). Myös tämän tutkimuksen tuottama tieto antaa tilaajalle käsityksen siitä, miten verenpainetta sairastavia potilaita tällä hetkellä ohjataan ja miten ohjausta tulisi kehittää edelleen. Myös tutkimuksen tiedonantajat voivat hyötyä tutkimuksesta, koska se lisää heidän tietoisuutta aiheesta ja näin ollen perehtyneisyys verenpaineeseen liittyvään tietoon kasvaa (ks. Kankkunen ym. 2014, 218).

Tutkimuksen tekemistä varten haetaan organisaatiolta tutkimuslupa (Kankkunen ym. 2013, 222).

Tälle tutkimukselle hain organisaatioiden luvat Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä (Liite 5) ja Suomen Työterveys ry:n (Liite 6) hallitukselta. Eettisen toimikunnan lupaa en tarvinnut tähän tutkimukseen. Kankkunen ym. (2013, 222) mukaan eettisen toimikunnan lupaa ei tarvita silloin kun osallistujat eivät ole potilaita ja potilastietoihin ei tarvitse kajota.

Tutkimuksen kvantitatiivinen lähestymistapa antaa yksityiskohtaista tietoa terveydenhuollon asiantuntijoiden ohjauksen sisällöstä ja kehittämistarpeista (ks. Kankkunen ym. 2013, 54-55). Aiempaa tutkimustietoa ei juurikaan ole hoitohenkilökunnan ohjauksen sisällöstä peilattuna Käypä hoito -suositukseen. Lisäksi avoimia kysymyksiä voidaan pitää vastaajan eettisenä oikeutena, koska niissä vastaajalla

eli työterveyshoitajalla oli mahdollisuus kommentoida sitä, miksi joitain asioita kenties ohjattiin ja joitain ei.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta tutkittavalle. Tiedonantajan henkilöllisyyden tulee pysyä salassa ja heidän tietojaan tulee käsitellä siten, että yksityisyys säilyy ja henkilö ei ole tunnistettavissa. (Kankkunen ym. 2013, 217-218.) Tässä opinnäytetyössä kerroin työterveyshoitajille saatekirjeessä (Liite 2), että tutkittavien yksityisyys ja henkilötiedot eivät tule julki missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavalle tulee kertoa myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista (Kankkunen ym. 2013, 214). Tutkimuksen saatekirjeessä (Liite 2) totesin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista.

Tutkittavalle tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä kuka käsittelee ja hävittää aineiston (Kankkunen ym. 2013, 227). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja aineiston hävittämisestä kerroin tutkittavalle saatekirjeessä (Liite 2). Siinä painotin, että aineiston käsittelee ainoastaan tutkija ja se hävitetään asianmukaisesti numeerisen tallentamisen jälkeen. Tutkimus ei myöskään saa aiheuttaa vahinkoa, haittaa tai epätietoisuutta tiedonantajalle (Kankkunen ym. 2013, 219). Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajille ilmainen yhteystietoni saatekirjeessä (Liite 2), niin että kyselylomakkeen saajalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan niin halutessaan.

Otoskoko ja kvantitatiivinen lähestymistapa vähentävät yksittäisen tiedonantajan vastausten henkilöitymistä. (Kankkunen ym. 2013, 221.) Tässä tutkimuksessa aineisto jäi kuitenkin niukaksi. Näin ollen tulosten yleistettävyyteen (Kananen 2014, 24) ja vastaajien yksityisyyteen oli kiinnitettävä erityistä huomioita (Kankkunen ym. 2013, 221). Tämän vuoksi olen tehnyt muutamia eettisiä ratkaisuja tiedonantajien yksityisyyden turvaamiseksi. Taustamuuttujien kohdalle kirjasin ammattiryhmäksi muut (ks. tarkemmin tulokset s. 38), jotta yksittäiset pienemmät ammattiryhmien edustajat eivät nouse vastauksista esille. Kahdessa vastauksessa oli tarkasti yksilöity yksityisen sektorin työnantaja. Nämä työnantajat kirjasin yksityisen terveydenhuollon sektorin puolelle, jotta vastaajat eivät ole tunnistettavissa.

Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettiä (Kankkunen ym. 2013, 189). Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin.

Sisäisellä validiteetillä tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Käytännössä tällä tarkoitetaan tutkimuksessa käytettävien käsitteiden riittävyttä, laajuutta ja peilaavanko käsitteet teoriaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233; Metsämuuronen 2009, 65, 74- 75; Kankkunen ym. 2013, 189-197.) Sisäisen luotettavuuden varmistamiseen pyrin laatimalla huolellisesti teoriaosuuden, käsitteet ja teorian jakamisen eri osa-alueisiin. Mittarissa käytetyt käsitteet operationalisoitiin tässä tutkimuksessa niin, että ne ovat riittävän konkreettisia ja työterveyshoitajat ymmärtävät käsitteet samalla tavalla. Myös Kankkunen ym. (2013, 190-191) toteavat, että käsitteiden operationalisointi tulee tehdä hyvin, koska se vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Mittarin esitestaus ja uudistaminen testauksen jälkeen lisää tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen ym. 2013, 191-192). Mittarin esitestauksella pyrin korjaamaan ja parantamaan tekemääni mittaria ja sen toimivuutta. Avoimilla kysymyksillä pyrin saamaan lisätietoa tutkittavasta ilmiöstä ja mahdollisista epäkohdista sekä asioista, joita vastaaja haluaa vielä kertoa (ks. Kankkunen ym. 2013, 191-192).

Ulkoista validiteettia arvioidaan tulosten yleistettävyydellä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Yleistettävyydessä on hyvä pohtia perusjoukon suhdetta tutkimusotokseen ja sitä kuvaako otos hyvin perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233; Kankkunen ym. 2013, 189-197.) Tämän tutkimuksen tiedonantajien perusjoukko koostui työterveyshoitajista, jotka työskentelevät työterveyshuollossa. Heidän käsityksensä verenpainetta sairastavan potilaan ohjauksesta saattaa olla erilainen kuin esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevillä sairaanhoitajilla. Tuloksia ei voida yleistää kaikkiin työterveyshoitajiin, mutta tutkimus antaa perustietoa ja suuntaviivoja siitä, mitä asioita verenpainetta sairastavalle potilaalle työterveyshuollossa ohjataan ja miten työterveyshoitajat käyttävät Käypä hoito-suosituksia käytännön työssään.

Ulkoisen validiteetin arviontiin liittyy myös otoksen ja kadon suhde (Kankkunen ym. 2013, 193-194). Tutkimuksen luotettavuus laskee vastausprosentin jäädessä alhaiseksi ja tuloksia ei siksi voida yleistää (Kananen 2014, 24; Kankkunen ym. 2013, 106). Tässä tutkimuksessa tiedonantajien määrä jäi niukaksi (n=46) ja se laskee tutkimuksen luotettavuutta sekä vähentää tulosten yleistettävyyttä. Vastajien vähäiseen määrään saattoi vaikuttaa mittarin pituus tai se että kaikilla työterveyshoitajilla ei ollut mahdollisuutta käyttää työaika kyselyn täyttämiseen.

Kadon merkitystä voidaan ennakoida suunnittelemalla otoskoko tavoiteltua suuremmaksi. Kadon vaikutusta voidaan vähentää lähettämällä uusintakyselyjä. Uusintakyselyn lähettäminen suositellaan toteutettavaksi korkeintaan kaksi kertaa, jotta vastaajan vapaaehtoisuuteen ja nimettömyyteen perustuva kyselyn uudelleen saapuminen ei aiheuttaisi vastaajan luottamuksen laskua. (Kankkunen 2013, 109.) Tämän tutkimuksen uusintakyselyssä kiitin jo vastanneita ja toivoin vastauksia niiltä, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn. Otoskoon olisin voinut määritellä jo alkujaan suuremmaksi tai laajentaa kyselyä useampaan organisaatioon, jotta kyselyyn vastaajia olisi saatu enemmän.

Otannasta riippumaton virhe voi vaikuttaa otoskoko muun muassa vastaamatta jättäminen ja vastaajien tavoittamattomuudesta johtuvat virheet. Otostutkimuksessa voi esiintyä myös vastaamiseen liittyviä virheitä. Vastaaja voi tahallaan tai tahtomatta antaa vääriä vastauksia tai ymmärtää kysymykset väärin. Tutkija on voinut myös määritellä heikosti tutkimuksen tavoitteet tai kohderyhmän, kyselylomake voi olla epäselvä ja analyysimenetelmät tulkinnat ja päätelmät voivat olla vääriä. (Kankkunen ym. 2013, 108- 109.) Tässä tutkimuksessa haasteena oli tavoittaa kaikki vastaajat muun muassa lomalla olon vuoksi, ja epävarmaksi jäi myös se, tavoitinko kyselylläni kaikki potentiaaliset vastaajat. Muutamia vastauksia jouduin myös poistamaan, koska samaan väittämään oli valittu useita vaihtoehtoja.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös **reliabiliteetin** eli mittarin toistettavuuden näkökulmasta (Metsämuuronen 2009, 75). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus, mittarin pysyvyys ja mittarin vastaavuus ovat reliabiliteetin arvioinnin näkökulmia. Useamman tutkijan saama samankaltainen tulos samalla mittarilla tarkoittaa sitä, että mittarin vastaavuus on kunnossa. Myös silloin, jos samaa henkilöä tutkitaan toistuvasti samalla mittarilla ja saadaan samankaltainen tulos, mittarin pysyvyyden voidaan todeta olevan kunnossa. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta kuvaa osamittareiden muuttujien vaikutus toisiinsa sekä se, että osamittareiden muuttujat mittaavat samaa asiaa. Tätä voidaan testata erilaisilla kertoimilla tutkimuksen analysointivaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233; Kankkunen ym. 2013, 189-194; ks. myös Liamputtong 2010, 168.) Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettiä laskee se, että mittaria ei ole aiemmin käytetty ja kyselyä ei ole toistettu samoilla henkilöillä. Sisäisen johdonmukaisuuden testausta ei tässä tutkimuksessa ole suoritettu, koska se olisi vaatinut enemmän perehtymistä tilastollisiin menetelmiin ja erilaisten testien käyttöön (ks. Kankkunen ym. 2013, 158-159).

Teoreettisten käsitteiden operationalisointi eli mittarin muuttujien pohjautuminen kirjallisuuteen on luotettavuuden perusta kvantitatiivisessä tutkimuksessa. (Metsämuuronen 2009, 74; Kankkunen ym. 2013, 191; Parahoo 2014, 42-44.) Tutkimuksessa käytetty kirjallisuus ja lähdekritiikki liittyvät vahvasti tutkimuksen luotettavuuteen. Lähdekritiikin tulee kohdistua ainakin kirjallisuuden ikään, jotta tutkimustieto on mahdollisimman uutta ja tuoretta. Alkuperäislähteiden käyttö on suositeltavampaa, koska tieto on siinä alkuperäisessä muodossaan ja tietoa ei ole toinen tutkija muokannut. (Vilka 2007, 34-35; Hirsjärvi ym. 2009, 113-114; Kankkunen ym. 2013, 92-93; Parahoo 2014, 72-73.) Teoreettisen viitekehyksen kokoamisessa pyrin siihen että, kirjalliset lähteet olisivat laadukkaita ja tutkimustieto lähteissä luotettavaa. Lähdemateriaalia tutkimukseen hain manuaalisesti sekä kirjaston hakukoneella Savonian Aapeli-tietokannasta. Lisäksi tein hakuja Nelli-Portaalin kautta erilaisista tietokannoista (esim. Cinahl, Pubmed, John Brigg). Hakusanoina käytin sanoja: clinical practise guidelines, recommendation for treatment, recommendation of care. Lisäksi hakusanoina käytin blood pressure and salt, food, fatness, excess weight and medication. Tässä tutkimuksessa kirjallisuuden mukaanottokriteereinä olivat mahdollisimman tuoret ja alkuperäislähteet. Tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen pyrin keräämään teoreettista tietoa käyttäen rajauksena tutkimuskysymyksiä ja lähteistä rajasin pois lapsiin tai raskauteen kohdistuvat lähteet sekä lähteet, jotka eivät sisälly aiheen rajaukseen.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusprosessin objektiivisuus eli puolueettomuus. Tavoitteena ovat puolueeton tutkimusprosessi sekä puolueettomat tutkimustulokset. Objektiivisuutta lisää tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde ja mahdollisimman vähäinen vaikutus tutkittavan vastauksiin. (Vilka 2007, 16.) Sähköinen kyselylomake lisää tutkijan ja tutkittavan etäisyyttä. He eivät näe toisiaan, eikä mittariin vastatuista kysymyksistä pysty tunnistamaan vastaajaa. Tutkija ei myöskään pysty omalla käytöksellään tai kysymyksenasettelullaan johdattelemaan vastaajaa kvantitatiivisessä tutkimuksessa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tulosten esittämistapa ja tulkinta. Tekstiasun tulee olla selkeää, ymmärrettävää ja hyvää yleiskieltä. (Vilka 2007, 160.) Tutkimuksen tulosten esitystavassa pyrin selkeyteen, kaaviot ja kuviot laadin ymmärrettäviksi ja tulokset ovat suoraan aineiston pohjalta nousevia tulkintoja.

Tutkimukseni pääasiallinen tutkimusote oli kvantitatiivinen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää ja tuloksia tukee tiedonhankinnassa käytetyt laadulliset, avoimet kysymykset (Metsämuuronen 2009, 266). Avoimet kysymykset antoivat täydentävää tietoa verenpainetaudin ohjauksesta, selkiyttivät ja tarkensivat tuloksia. Näin avoimet kysymykset lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta. Esimerkiksi määrällisen kysymyksen perusteella olisi voinut tulla kuva, että työterveyshoitajat eivät ohjaa kaikille liikuntaan ja painonhallintaan liittyviä asioita. Avoimessa kysymyksessä työterveyshoitajat perustelivat asian. Mikäli potilas liikkui paljon ja oli hoikka, tämä asia sivuutettiin ohjauksessa. Avoimet kysymykset toivat myös lisäinformaatiota kohonneen verenpaineen hoidon ohjauksesta ja siihen vaikuttavista asioista.

6.2 Tutkimuksen tulosten pohdintaa

Elämäntapamuutoksiin liittyvä ohjaus

Tulosten perusteella ravitsemukseen liittyvä ohjaus on vakiintunutta ja hyvää työterveyshuollossa. Lähes kaikki työterveyshoitajat ohjasivat suolan käytön rajoittamisen. Ohjauksessa vähemmälle huomiolle jäivät ruokakolmion käyttö (ks. Saano ym. 2013, 341; Käypä hoito 2014; Ravitsemussuositukset 2014), punaisen lihan käytön rajoittaminen (ks. Käypä hoito 2014; Ravitsemussuositukset 2014) ja lakritsa- ja salmiakkituotteiden rajoittaminen (ks. Käypä hoito 2014). Suolan käytön rajoittaminen on tärkeimpiä keinoja kohonneen verenpaineen hoidossa (Ks. Käypä hoito 2014), suolan vaikutuksista verenpaineeseen on vahvaa tutkimusnäyttöä jo pitkältä aikaväliltä ja yhteiskunnallista keskusteluakin suolan vaaroista on käyty paljon mediassa. Näiden syiden takia suolan käytön rajoittaminen kuuluu vahvasti ohjauksen sisältöön.

Myös liikunta- ja painonhallintaohjaus näyttäisi olevan laadukasta tulosten perusteella. Työterveyshoitajat kävivät hyvin läpi arkiliikunnan mahdollisuudet (ks. Husu ym. 2011, 30), säännöllisen kestävyysliikunnan merkityksen, erilaisten liikuntamuotojen mahdollisuudet (ks. Koskinen ym. 2009, 58; Kiilavuori 2014; Kukkonen-Harjula 2015; Helldän ja Helakorpi 2015, 19,25,27) ja painon pudottamisen merkityksen (ks. Käypä hoito 2014; Mustajoki 2015a). Vyötärölihavuus ja istumisen vähentäminen (ks. Husu ym. 2011, 30) jäivät ohjauksessa hieman vähemmälle huomiolle. Aiemmat tutkimukset tuovat esille, että vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikkialla Suomessa (Husu ym. 2011, 30; Helldän ja Helakorpi 2015, 19, 25, 27). Kuitenkin suomalaisten fyysinen aktiivisuus on vieläkin liian vähäistä terveyden näkökulmasta (Koskinen ym. 2009, 58) ja väestön ylipaino lisääntyy koko ajan (Helldän ja Helakorpi 2015, 26; Koskinen ym. 2009, 216-217). Ohjauksessa tulee panostaa liikunnan ja painonhallinnan ohjaukseen yhä enemmän, jotta terveyshyötyjä saavutettaisiin. Digitalisaation syventyessä liiallisen istumisen aiheuttamien terveyshaittojen korostaminen ohjauksessa on tärkeää.

Liikunta- ja painonhallintaan liittyvissä avoimen kysymyksen vastauksissa työterveyshoitajat toivat esille potilaan kokonaistilanteen huomioinnin ja hienotunteisuuden painonhallintaan liittyvissä asioissa. Toisaalta painonhallintaan ja liikuntaan ei puututtu lainkaan, jos potilas oli hoikka ja liikunnallinen. Työterveyshoitajan kokemus ja vahva ammattitaito nousivat esille. Potilaita ei ohjattu yhden kaavan

mukaan, vaan potilaat huomioitiin kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti (ks. Lipponen 2014, 72; Utti 2014, 246).

Stressinhallintaan ja säännöllisen elämänrytmiin liittyvä ohjaus oli hoitajien mielestä tärkeää ja he huomioivat nämä asiat ohjauksessa hyvin. Työn tauotuksen, yöunen ja ajankäytön hallinnan huomiointi ohjauksessa oli kattavaa (ks. Jaatinen ja Raudusojja 2012, 66; Leppäluoto ym. 2013, 152-154; ks. myös Härmä ja Sallinen 2008.) Rentoutumismenetelmien ohjaus oli vähäisempää, mutta toisaalta varmaa tutkimusnäyttöä ei ole pystytty osoittamaan rentoutumismenetelmien hyödyistä suhteessa verenpaineen alenemiseen (Käypä hoito 2014).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työterveyshoitajien ohjaus elämäntapamuutoksiin on kattavaa ja ohjauksen sisältö on vakiintunut käytännöksi (vrt. Käypä hoito 2009; Käypä hoito 2014) sellaisissa asioissa joista on tutkimuksellista näyttöä ja joiden merkitys on todistettu jo pitkällä aikavälillä. Ohjauksisällöt, jotka jäävät ohjauksessa vähemmälle huomiolle, ovat uusia, vähemmän esillä olleita asioita. Ne eivät ole vielä juurtuneet työterveyshoitajien ohjauksen sisältöön (esimerkiksi liiallisen istumisen vaikutukset). Tutkimuksen tuoma tieto auttaa määrittelemään ohjauksen sisällön painopistealueita, laatimaan terveydenhuollon koulutuksen sisältöjä ja täsmentämään tiedotusta hoitosuosituksista.

Tutkimuksen antama tieto työterveyshoitajien antamasta laadukkaasta elämäntapaohjauksesta on merkityksellistä terveyden edistämisen ja kansanterveyden näkökulmasta. Elämäntapamuutoksiin liittyvä ohjaus on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä työtä, jolla on hyvin toteutettuna merkittäviä kansanterveydellisiä vaikutuksia (Käypä hoito 2014). Ohjauksen vaikutukset eivät rajoitu pelkästään ohjattavaan, vaan heijastuvat myös hänen lähipiiriinsä sekä lapsiinsa: ohjausta saanut potilas muuttaa elämäntapojaan terveellisemmiksi ja samalla edistää terveempien elämäntapojen juurtumista lähipiiriin ja siten vaikuttaa terveen kasvu ympäristön muovautumiseen. Ohjauksella on suoraan merkitystä terveyden edistämisen preventioon, ennaltaehkäisyyn. Ståhlin ja Rimpelän (2010, 3) mukaan yhteiskunnallisesti ajateltuna terveyden edistäminen on investointi tulevaisuuteen, hyvään työkykyyn ja väestön hyvinvointiin.

Lääkehoitoon liittyvä ohjaus

Lääkehoitoon liittyvä ohjaus kuuluu pääsääntöisesti vielä lääkärin vastuulle työterveyshuollossa (Käypä hoito 2014). Tämä näkyi myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Lääkityksen sivuvaikutukset (Käypä hoito 2014; Paakkari 2013; ks. myös Heikkilä ym. 2008, 1322-1323) ja hormonituotteiden käytön (Mustajoki ym. 2013, 59) vaikutukset jäävät ohjauksessa vähemmälle huomiolle. Sen sijaan päihteisiin liittyvä ohjaus on kattavaa ja laadukasta. Lääkehoidon sivuvaikutuksiin liittyvän ohjauksen vähäisyydessä saattaa olla kyse myös tietotaidon puutteesta, vähäisestä lääkehoidon kokemuksesta tai siitä että sen ajatellaan sen kuuluvan lääkärin työnkuvaan. Tulevaisuudessa sairaanhoitajien työtehtävien muokkauksessa lääkehoidon ohjaamisen tarve lisääntyy (Kotila ym. 2016, 25, 31). Hoitajien vastuun, omien vastaanottojen ja lääkemääräämisosoikeuksien lisääntyessä lääkehoidon vastuu kasvaa myös hoitajilla. Eliniän pidentyessä ja samalla sairauksien lisääntyessä lääkehoidon merkitys myös lisääntyy. Lääkehoidon tietämystä ja koulutusta tulisi lisätä tulevaisuudessa. Yhteistyö lääkäreiden

kanssa ja asiantuntijasairaanhoidajien tiedon jakaminen voivat merkittävästi lisätä hoitajien lääkehoidon ohjausta. Myös Mertarannan (2009, 163-167) mukaan verenpaineen hoitoa voidaan parantaa tehostetulla lääkehoidolla ja potilaan sitouttamisella hoitotavoitteisiin.

Sairaanhoidajan ja myös työterveyshoitajan työnkuvan muutokset tuovat tulevaisuudessa ainakin osittain seuranta- ja kontrollikäynnit yhä enemmän hoitajien vastuulle. (ks. Kuronen ym. 2006, 4571-4577). SOTE-uudistus muuttaa sairaanhoidajan työnkuvaa. Hoitajien vastaanottoja on kehitettävä ja näin voidaan edistää myös SOTE-uudistuksen päätavoitteita: palveluiden eriarvoisuuden vähentämisestä, oikea-aikaista hoitoon pääsyä, hoidon saatavuutta sekä ikääntyvän väestönosan lisääntymisestä johtuvaa kustannusten nousua (Maijala 2016, 41-42). Työnkuvan ja työn sisällön raamien määrittely on tärkeää, että terveydenhuollossa työskentelevät eri ammattiryhmät tietävät mitä kukin tekee ja mistä asioista vastaa. Vastuualueista tulisi myös keskustella yhdessä, jotta tiedetään mitä kenenkin tehtäviin kuuluu. Nämä ovat myös Kasteohjelman (2012-2015) ja uuden terveydenhuoltolain (Finlex 1303/2014) painopistealueita.

Verenpaineen seurantaan liittyvä ohjaus

Tulosten perusteella verenpaineen seurantaan liittyvä ohjaus on vakiintunutta ja sisältää tärkeimmät asiat kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksesta. Työterveyshoitajat huomioivat erittäin kattavasti ohjauksessa verenpaineen mittaamisen valmistelut ja diagnostisesti laadukkaaseen verenpaineen mittaamiseen vaikuttavat asiat (ks. Käypä hoito 2014). Sen sijaan verenpaineen mittaaminen molemmista olkavarsista uudella potilaalla ja sen käsivarren valinta verenpaineen mittaamiseen, jossa on yli 10 mmHg korkeampi verenpaine kuin toisessa käsivarressa, toteutui harvoin (ks. Syväne 2014, 12-15). Verenpaineen aamu- ja iltamittausten kellonaikavälien ohjaus sekä verenpaineen ja pulssin keskiarvojen laskeminen jäivät ohjauksessa vähemmälle huomiolle (ks. Käypä hoito 2014; Käypä hoito 2009; ks. myös Syväne 2014, 12-15). Tulos viittaa siihen, että Käypä hoito-suosituksen ohjeita ei ole kaikilta osin vielä otettu käytäntöön (vrt. Käypä hoito 2009; Käypä hoito 2014). Syitä voivat olla muun muassa ajan, rahan ja henkilöresurssien puute. Tulokset antavat tietoa käytännön ohjauksen sisällöstä ja esille nousee asioita, joihin voidaan kiinnittää yhä enemmän huomiota hoitohenkilökunnan koulutuksessa ja perehdytyksessä. Tavoitteena on päästä lähemmäksi verenpaineen hoitotavoitteita (ks. Käypä hoito 2014).

Yleinen ohjaus verenpainetta sairastavalle potilaalle

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat antavat verenpaineeseen yleisesti liittyvää ohjausta hyvin ja kattavasti. Työterveyshoitajista 91,3 % otti puheeksi verenpainetautiin liittyvät liitännäissairaudet ja kohde-elinvauriot 97,8 %. Kuitenkin vain noin puolet keskusteli potilaan kanssa vuorokausirekisteröinnistä. Aiemman tiedon mukaan verenpaineen pitkäaikais- eli vuorokausirekisteröinti on vaihtoehto kotimittaukselle (Sovijärvi ym. 2012,251-255; Leppäluoto ym. 2013, 172-173; ks. myös Syväne 2014,12-15). Vuorokausirekisteröintiä ei oletettavasti ole mahdollista toteuttaa kaikissa työterveyshuollon toimipaikoissa eikä se ole yleistynyt käytännöksi haastavuutensa ja kalleutensa takia, vaikka se olisi joissakin tilanteissa erittäin toimiva ja diagnoosia selventävä verenpaineen mittaustapa.

Tulosten perusteella ohjauksen sisällön ja ohjaustavan valinta perustuu ainakin osittain työterveyshoitajan arvioon potilaan tiedon vastaanottokyvystä. Tulosten mukaan työterveyshoitajat huomioivat kattavasti potilaan taidot verenpaineen mittauksessa, tietotason verenpainetaudista ja henkilökohtaiset kyvyt ja valmiudet tiedon sisäistämiseen. Työterveyshoitajien kirjaaminen on laadukasta ja tarkkaa. Kirjaaminen on tärkeää tiedon tallentumisen ja jäljittämisen takia, mutta myös potilaan ja työterveyshoitajan oikeusturvan vuoksi. Yhteneväiset tietojärjestelmät ja kirjaamistavat helpottavat myös hoidon vaikuttavuuden mittaamista, koska kirjatusta asioista voidaan laatia hoidon vaikuttavuuden mittareita.

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa työterveyshoitajien ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Avointen kysymysten pohjalta potilasohjaukseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousevat ajanpuute, potilaiden erilaiset tarpeet ja potilaan motivointi. Hoitajien ajanpuute ohjata potilasta on noussut esille myös aiemmissa tutkimuksissa (ks. Kuronen ym. 2006, 4571-4577; Lehtomäki 2009, 125-161; ks. myös Sipilä 2012, 76-77). Työterveyshoitajat eivät vain toteuta ohjausta tietyn kaavan mukaan, vaan huomioivat potilaiden yksilölliset tarpeet ja taidot ja pyrkivät vaikuttamaan hoidon ohjauksen toteutumiseen panostamalla potilaan motivointiin. Tuloksen perusteella työterveyshoitajien työkokemus, ihmistuntemus ja hiljainen tieto vaikuttavat ohjaukseen. Työterveyshoitajien ohjauksen tavoitteena on hoidon vaikuttavuus motivoinnin avulla.

Nykyisin ohjauksessa ollaan siirtymässä yhä enemmän potilaan omaan vastuuseen terveydestään. (ks. Koivuniemi ym. 2011, 28-29). Myös Ståhlin ja Rimpelän (2010, 62-63) mukaan terveystaloudessa vastuuta ollaan yhä enemmän siirtämässä yksilölle. Ihmisen elämäntavat ovat kuitenkin vahvasti sidoksissa fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Poliittisilla päätöksillä ja elinkeinoelämän toiminnalla pystytään vaikuttamaan juuri näihin tekijöihin. Sosioekonomisilla tekijöillä, kuten koulutustasolla ja potilaan taloudellisella tilanteella on merkitystä ihmisen terveyteen ja elinajanodotteeseen (Kosonen 2016, 173). Työterveyshoitajien potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja motivointi oman terveytensä asiantuntijaksi vastaavat juuri näihin asioihin.

Tämä tutkimus antaa tietoa verenpainepotilaan ohjauksen sisällöstä ja käytänteistä. Uusi terveydenhuoltolaki (Finlex 1303/2014) ja Kaste-ohjelma (2012-2015) velvoittavat hoitajia antamaan tasalaatuisia ja tasa-arvoista hoitoa ja ohjausta. Tämän pohjalta on tärkeää, että tietyt ohjaukselliset tavoitteet ja sisällöt tulevat jokaisen potilaan tietoon. Tulevaisuudessa potilaan omaa vastuuta terveydestään voidaan lisätä potilasohjauksen keinoin muun muassa ohjaamalla omaan sairauteen liittyvään tiedonhakuun, kannustamalla järjestötoimintaan liittymiseen vertaistuen vuoksi sekä opettamalla digitaalisia seurantaohjelmia esimerkiksi verenpainetietojen siirtämiseen. Digitalisaatiolla on siis lisääntyvä vaikutus niin sairaanhoitajan työnkuvaan kuin tutkimustiedon jalkautumiseen hoitohenkilökunnalle sekä potilasohjaukseen. Tulevaisuudessa tarvitaan erilaisia ja uusia ohjaustapoja ja käytänteitä. Ryhmäohjaus tai kollegan ohjauksen kuunteleminen voisi parantaa oman ohjauksen sisältöä ja haastaa uudistamaan ja tehostamaan ohjausta.

Työterveyshoitajan kokemuksia hoitosuosituksista

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitosuositukset ovat hyödyllisiä ja tärkeä apu työterveyshoitajan työssä. Hoitajien mielestä hoitosuositukset ovat helppokäyttöisiä, ymmärrettäviä ja päätöksentekoa helpottavia. Ainakin osa työterveyshoitajista käytti uutta kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositusta työssään laajasti. Tämä osoittaa myös, että hoitosuositukset vastaavat hyvin niille asetettuja tavoitteita esimerkiksi hyödynnettävyyden, nopean tiedonhaun sekä hoidon laadun parantamisen ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen osalta (Komulainen ym. 2012, 5-6; Käypä hoito 2014). Hoitosuosituksien avulla pyritään vastaamaan implementoinnin haasteeseen eli tutkimustiedon käyttöönoton tehostamiseen. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen ja Kaila 2016, 850- 857; Käypä hoito 2014). Samaan tavoitteeseen pyritään hoitotyön tutkimussäätiön kanavoiman tiedon kautta (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

Tämän tutkimuksen mukaan kohonneen verenpaineen hoitopolkua ei ole useinkaan laadittu työpaikalle tai työterveyshoitajilla ei ole aina tietoa hoitopolun olemassaolosta. Työkaverit ja lääkärit jakoivat tietoa ja keskustelivat hoitosuosituksista paljon. Tutkimuksen tulos viittaa siihen, että hoitohenkilökunta ja lääkärit kokevat hoitosuosituksista keskustelun ja vastavuoroisen mielipiteiden vaihdon tärkeäksi työyhteisössä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että organisaation, työyhteisön ja lääkäreiden antama tuki tehostavat Käypä hoito -suositusten käyttöönottoa (Lehtomäki 2009, 125-161; ks. myös Sipilä 2012, 76-77).

Tutkimustulokset viittaavat tarpeeseen laatia hoitopolkua organisaatioihin ja lisätä tiedottamista hoitopolkujen käytöstä. Kilpailun lisääntyessä terveydenhuollon yksiköiden väillä ja SOTE-uudistuksen muutosten vapauttaessa potilaan valitsemaan hoitopaikkansa, potilasnäkökulma ja hoidon laatu nousevat keskiöön. Toimivien hoitopolkujen merkitys korostuu. Prosessin toimivuuteen panostaminen asiakkaan näkökulmasta parantaa palvelua ja organisaation näkökulmasta poistaa tuottamattomat tai tehottomat toiminnot, uudistaa ydinprosessit ja mahdollistaa uusien innovaatioiden käyttöönoton (Niskanen 2013, 102-103). Hoitopolut lisäävät tietoa, selkiyttävät prosessia ja tasa-arvoistavat hoitoa, koska toimintatapa on samankaltainen samaa sairautta sairastaville potilaille. Terveydenhuollon laatu- ja järjestelmiin koottuja prosessikuvauksia voisi käyttää hoitopolkujen laatimisen pohjana.

Tämän tutkimuksen mukaan terveystieto on hoitajille tärkeä kanava uusien Käypä hoito -suositusten tiedonsaannissa. Muita tietolähteitä ovat sähköpostitiedote, lähiesimies, työkaveri, sosiaalinen media, lääkäri, työpaikalla vierailevat esittelijät sekä tiedon löytyminen sattumalta. Lehtomäki (2009, 125-161) on saanut samansuuntaisen tuloksen. Tieto ja saatavuus hoitosuosituksista on parantunut lähi-vuosina. Aiemmin hoitosuosituksien saatavuudessa on ollut ongelmia (Kuronen ym. 2006, 4571-4577). Käytännön hoitotyössä hoitohenkilökunnan tiedonhaun mahdollistaminen pääsyyllä laajasti erilaisiin tietokantoihin voisi parantaa omaehtoista tiedonhakua ja lisätä kiinnostusta hoitosuosituksista kohtaan.

Tulosten perusteella työterveyshoitajat saavat tavoitteellista kannustusta ja tietoa uusista hoitosuosituksista työnantajalta melko paljon. Sen sijaan työaika ja lisäkoulutusta hoitosuosituksiin perehtymiseen saa aika harvoin. Hoitosuosituksien käyttöönoton parantamiseksi ei useinkaan ole nimetty henki-

löö tai tiimiä, ja hoitosuosituksen käyttöönoton arviointi on vähäistä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitosuosituksen käyttöönottoa voidaan työterveyshoitajien mielestä parantaa, tehostamalla tiedotusta, lisäämällä koulutusta ja antamalla työntekijälle työaikaan tutustua uusiin hoitosuosituksiin. Lisäksi hoidon seurannalle ja toteutukselle toivotaan selkeää hoitopolkua. Hoitosuosituksen jalkautumista tulisi myös arvioida organisaatioiden sisällä. Organisaation johdon ja esimiesten tulisi olla vahvasti sitoutunutta hoitosuosituksen käyttöönottoon. Ajalliset ja taloudelliset resurssit ovat rajallisia ja siksi hoitosuosituksen käyttöönotto kannattaa sitoa osaksi organisaation kehittämistyötä (Sipilä ym. 2014, 832-839). Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia: kuormittava työ ja sosiaalisen tuen puute vähentävät halukkuutta hoitosuosituksen käytölle hoitajien keskuudessa (Korhonen 2009, 12-15).

Tutkimuksen tulos viittaa siihen, että hoito-organisaatioiden taloudelliset resurssit ovat niin yksityisellä kuin julkisella puolella niukat. SOTE-uudistuksen tuomat haasteet ja muutokset ovat monilta osin vielä epävarmoja ja aiheuttavat odottavaa tunnelmaa, joka voi vaikuttaa siihen, että investointeja ei tehdä, eikä uutta työvoimaa rekrytoida. Oletuksena on myös, että SOTE-uudistus vaikuttaa erityisesti työterveyshuoltoon mullistavasti. Yhteiskunnalliset ”pakotteet”, kuten e-resepti, Kantapalvelut, atk-järjestelmien sekä laatu-järjestelmien taloudelliset menot ovat suuret. Paine henkilökunnan supistamiseen ja työmäärän lisäämiseen yksilötasolla kasvaa. Tämän tutkimuksen antama tieto ajanpuutteesta, kiireestä ja resurssien rajallisuudesta työterveyshuollossa voi heijastua myös yhteiskunnallisesta ilmapiiristä.

Tutkimuksen tulos viittaa siihen, että verenpainetaudin hoitoa on vielä mahdollista parantaa. Tämä edellyttää hoitosuosituksen käyttöönottoa mahdollisimman laajasti ja tavoitteellisesti. Tulevaisuuden haaste kohonneen verenpaineen hoidolle ja koko terveydenhuollolle on, hoidon vaikuttavuuden mittaaminen ja implementoinnin parantaminen. Vaikuttavuuden mittaamisella pystytään todentamaan näyttöön perustuvan hoitotyön tuloksellisuus. Toimintamalleja voidaan soveltaa näyttöön perustuvien käytäntöjen parantamisessa ja hoidon ohjauksessa. Sipilän ym. (2016, 850-857) mukaan implementoinnin viitekehystä voidaan käyttää koko prosessin arvioinnin tukena sekä nostamaan esille näyttöön perustuvan hoidon jalkauttamiseen vaikuttavia tekijöitä.

6.3 Tutkimuksen keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Työterveyshoitajien antama ohjaus verenpainetautia sairastavalle potilaalle on kokonaisuutta ajatellen laadukasta ja kattavaa, ja siinä huomioidaan hyvin kohonneen verenpaineen ohjaukseen liittyvät asiat. Kohonneen verenpaineen ohjauksen sisällöstä on koottu taulukko, johon on kirjattu tämän tutkimuksen keskeiset tulokset ohjauksen sisällöstä. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Keskeiset tulokset ohjauksen sisällöstä

Hyvää ohjausta	Kehitettäviä asioita
<ul style="list-style-type: none"> - Suolan käytön rajoittaminen - Ravintokuidun, kasvisten, marjojen, hedelmien ja kalan lisääminen ruokavalioon - Ravinnon rasvat ja rasvattomat maitotuotteet - Lautasmalli 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruokakolmion käyttö - Punaisen lihan käytön rajoittaminen - D-vitamiinin saanti (ei vahvaa näyttöä) - Lakritsi- ja salmiakkituotteiden rajoittaminen
<ul style="list-style-type: none"> - Arkiliikunnan mahdollisuudet - Säännöllisen kestävyysliikunnan merkitys - Erilaiset liikuntamuodot - Painon pudottaminen, painoindeksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Vyötärolihavuus - Istumisen vähentäminen
<ul style="list-style-type: none"> - Stressinhallinta ja säännöllinen elämänrytmi 	<ul style="list-style-type: none"> - Rentoutumismenetelmät (tutkimusnäyttö ei varmaa)
<ul style="list-style-type: none"> -Tupakointi, alkoholi, huumeet, tulehduskipulääkkeet ja muut käytössä olevat lääkkeet 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkityksen sivuvaikutukset ja hormonituotteiden käyttö
<ul style="list-style-type: none"> - Mittauksen valmistelu, laadukas mittari ja mittaus-asento, puhumattomuus mittauksen aikana, sykkeen tarkistus ja mittauksen toisto - Yleisvointi, mittaamisen taidot, voinnin muutoksien huomiointi ja sen perusteella mittaamisen aloittaminen - Tavoiteverenpaineen kertominen, säännöllisyys verenpainelääkkeen käytössä, epäselvien asioiden tiedustelu - Verenpaineeseen liittyvä oireilu ja oireettomuus, liittämissairaudet ja kohde-elinvauriot -Seuranta-aikataulujen ja verenpaineen hoidon merkityksen läpikäyminen sekä muut kysyttävät asiat 	<ul style="list-style-type: none"> -Verenpaineen ja sykkeen keskiarvojen laskeminen -Verenpaineen mittaaminen molemmista olkavarsista, ei- dominantin käden valinta verenpaineen mittaamiseen ja viiden minuutin odotus mansetti kiinnitettynä käsivarteen ennen verenpaineen mittaamista. - Käsivarren valinta, jossa on korkeampi verenpaine, jos oikeasta ja vasemmasta käsivarresta mitatut verenpaineet eroavat huomattavasti toisistaan (yli 10 mmHg). - Verenpaineen mittauksen ajat aamuisin ja iltaisin -Diagnosointi -ja seuranta-aikojen pituuksien vaihtelevuus -Vuorokausirekisteröinti

Johtopäätöksiä:

Elämäntapamuutoksiin liittyvä ohjaus on laadukasta ja kattavaa niiltä osin kuin tieto ja tutkimus ovat vakiintuneet käytäntöön.

Liikunta- ja painonhallintaohjaus on hyvää. Siihen tulisi kuitenkin panostaa vielä enemmän, jotta terveyshyödyt vahvistuisivat ja suomalaisten paino saataisiin kääntymään laskuun. Istumisen vaaroista tulisi puhua enemmän niin aikuisten kuin lasten kohdalla.

Lääkehoidon ohjauksen lisääminen, koulutus lääkehoitoon ja organisaation tuki ovat työnkuvien muutoksessa tärkeitä kehittämisalueita. Pääteisiin liittyvä ohjaus on kattavaa. Lääkehoidon osuus ohjauksesta on vielä vähäistä; sairaanhoitajan työnkuvan muutokset, SOTE-uudistuksen tavoitteet ja vastuunsiirrot lisäävät hoitajien lääkehoidon tiedon tarvetta.

Verenpaineen mittaamiseen ja yleiseen ohjaukseen liittyvät rutiinit ovat selkeitä ja käytössä. Juurtuneet tavat rutinoittavat ohjausta ja uuden tiedon jalkautuminen on hidasta. Työterveyshoitajien mielestä tärkeimpiä ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ovat ajanpuute, potilaiden erilaiset tarpeet ja potilaan motivointi.

Käypä hoito -suositukset ovat merkittävä ja tärkeä apu hoitajan työssä ja päätöksenteon tukena. Organisaatioiden tavoitteellinen ja arvioiva hoitosuosituksen käyttöönoton jalkauttaminen tehostaa ohjausta. Koulutus, keskustelu ja kannustus niin ajallisena, taloudellisena ja sosiaalisena tukena parantavat käyttöönoton mahdollisuuksia.

6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Hoitotieteellisen tutkimuksen tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Tavoitteena on, että tutkimuksen tulokset ovat sovellettavissa hoitotyön käytäntöön. (Kankkunen ym. 2013, 172-177). Tästä tutkimuksesta on hyötyä hoitotyölle, terveyden edistämiselle ja verenpainepotilaan hoidolle.

Hyödynnettävyys

Aiempaa tutkimustietoa ei juurikaan ole kohonneen verenpaineen ohjauksen sisällöstä. Tämä tutkimus antaa tietoa minkälaisiin asioihin hoitajan tulisi kiinnittää huomiota potilaan ohjauksessa. Tutkimus antaa tietoa myös minkälaisiin asioihin organisaatiossa sekä johdon ja esimiesten tulisi kiinnittää huomiota, jotta hoitosuositukset saataisiin jalkautumaan käytäntöön.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveyden edistämisessä laajasti. Tutkimuksen tuloksia ja teoriaa voidaan käyttää terveydenhuollon toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Terveydenhuollon henkilökunta voi kerrata kohonneeseen verenpaineeseen liittyviä asioita ja uuden Käypä hoito -suosituksen toimintaohjeita tutkimuksen teoreettisesta osiosta. Tutkimusta varten koottua teoriaa voidaan hyödyntää terveydenhuollon opiskelijoiden verenpaineeseen liittyvänä tietopakettina, koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa, potilaan ohjauksen tukena ja hoitopolkujen suunnittelussa eri organisaatioihin.

Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää hoitosuosituksen käyttöönottoprosessin vahvistamisessa ja antamalla lisänäyttöä prosessin etenemisen pohjaksi. Näin tutkimus antaa tukea ja suuntaa näytön jalkauttamiseen käytännön työhön eli vastaa osaltaan implementoinnin haasteeseen.

Teoriatietoa voi päivittää uusien hoitosuosituksen ilmestymisen myötä ja valmista mittaria voi käyttää laajempiin määrällisiin tutkimuksiin joko sellaisenaan tai muokattuna. Tätä tutkimusta varten kehitetty mittaria voidaan käyttää jatkossa mukailien hoitosuosituksen ohjauksen sisällön tutkimisen pohjana tai laajemmalla otoskoolla samantapaiseen tutkimukseen.

Jatkotutkimusaiheet

1. Kohonneen verenpaineen ohjausta tulisi tutkia määrällisenä tutkimuksena isommalla perusjoukolla esimerkiksi perusterveydenhuollon sairaanhoitajilta ja lähihoitajilta. Näin saataisiin yleistettävämpää tietoa ohjauksen sisällöstä ja näyttöön perustuvan hoidon jalkautumisesta käytäntöön.
2. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi myös laadullinen tutkimus, jossa haastattelemalla päästäisiin syvemmin sisälle hoitajan näkemykseen ja kokemukseen kohonneen verenpaineen ohjauksesta ja hoitosuosituksen käytöstä.
3. Organisaation johto ja esimiehet pystyvät vaikuttamaan näyttöön perustuvan hoidon käyttöönottoon paljon. Organisaation johdon ja esimiesten näkemystä hoitosuosituksen käytöstä ja jalkauttamisesta käytäntöön tulisi tutkia, jotta implementoinnin haasteeseen pystyttäisiin paremmin vastaamaan.
4. Hoitajien työnkuvan muutokset, SOTE-uudistus, resurssien riittävyys, kansainvälistyminen ja ikäihmisten määrän lisääntyminen haastavat hoitajien taidot ja uuden tiedon haun sekä työhön käytettävät ajalliset resurssit. Uutta tutkimusta ja kirjallisuuskatsauksia tulisi tehdä niin suomalaisista kuin kansainvälisistä hoitosuosituksista. Näin hoitajien olisi helpompaa, nopeampaa ja tehokkaampaa hyödyntää tietoa käytännön työssä.

6.5 Ammatillinen kasvu prosessin aikana

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset sisältävät samoja asioita kuin kliinisen hoitotyön asiantuntijan osaamisvaatimukset, mutta pienemmässä mittakaavassa. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluvat potilaslähtöisyys ja ammatillisuus huomioiden hoitotyön arvot, etiikan ja lainsäädännön sekä terveystaloudelliset linjaukset. Lisäksi kliininen työ, ohjaus, opettaminen sekä verkostoituminen ja näyttöön perustuvan työn jalkauttaminen sosiaali- ja terveyspalveluiden työympäristössä ovat sairaanhoitajan kompetensseihin kuuluvia kokonaisuuksia. (Eriksson, Korhonen, Mersto ja Moisio 2015, 8.) Kuitenkin kliinisen hoitotyön asiantuntijan (Savonian opetussuunnitelma YAMK 2014) osaamisvaatimukset ovat laajemmat ja syvemmät sekä kansainvälisyyttä korostavat. Niihin kuuluvat kliinisen osaamisen lisäksi konsultointi, terveyden edistäminen, koulutus ja ohjaaminen, tutkimus- ja kehittämisosaaminen ja johtamisosaaminen. Työ tapahtuu potilaan, hoitotyön kehittämisen ja hallinnollisen järjestelmän parissa.

Kliinisen hoitotyön asiantuntijan työnkuvaan kuuluvat hoitotyön laadun varmistaminen ja kehittäminen, näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönottoon panostaminen sekä organisaation strategian tukeminen omalla työpanoksella (Kotila ym. 2016, 9). Tutkimustani voin käyttää työpaikallani työterveyshuollossa kohonneen verenpaineen hoitopolun uudistamisessa, ohjauksen tehostamisessa ja kouluttamisessa, ja näin parantaa hoitotyön laatua, jalkauttaa tutkimusnäyttöä ja samalla tukea organisaation strategiaa kohti parempia työterveyshuollon palveluita.

Tutkimusprosessi on tukenut kasvuani kliinisen hoitotyön asiantuntijan moninaiseen rooliin. Yleinen kiinnostus tutkimustyötä ja tekeillä olevia tutkimuksia kohtaan on lisääntynyt tutkimusprosessin aikana. Verenpaineeseen liittyvä tietotaito on lisännyt edelleen kiinnostustani verenpainetta sairastavien potilaiden hoitoon ja hoidon kehittämiseen. Lisäksi olen oivaltanut aiempaa syvemmin potilashoidoksen merkityksen potilaiden kokonahoidossa tämän opinnäytetyöprosessin aikana. Prosessin aikana olen oppinut laajempaa näkökulmaa erilaisiin tutkimusmenetelmiin, tutkimukselliseen otteeseen, tiedon sisäistämiseen ja jakamiseen. Erilaiset hoitotyön käytännöt, palveluverkosto sekä verkostoitumisen merkitys ovat konkretisoituneet prosessin aikana. (vrt. Savonia opetussuunnitelma YAMK 2014.) Jatkuva kouluttautuminen on ajan tasalla pysymisen ehto nykypäivänä kliinisen asiantuntijankin roolissa (ks. Jaakkola 2012, 47). Vastavuoroinen vuorovaikutus ja verkostoituminen on lisääntynyt työssäni, ohjaukseen ja konsultointiin panostaminen ja jatkuva hereillä olo uuden tiedon vastaanottamisessa ja tietoon kriittisesti suhtautumisessa on tehostunut.

Tutkimusprosessi on ollut mielenkiintoinen, avartanut ajattelua ja vahvistanut itselle sopivaa oppimistyyliä sekä opettanut sietämään keskeneräisyyttä yhä enemmän. Tutkimusprosessin kulku on matkan aikana selkiytynyt. Tutkimuksen tekeminen on opettanut enenevässä määrin kurinalaista työskentelyä, tiedon hakua ja asioiden yhdistämistä kokonaisuudeksi. Samalla olen oppinut kriittisyyttä arvioidessani lähteiden laatua ja sopivuutta. (vrt. Savonia opetussuunnitelma YAMK 2014.) Näistä taidoista ja kokemuksista on hyötyä työssäni tiedonhaussa, laadukkaan tiedon valikoinnissa ja itsetuntemuksen kehittymisessä.

Näyttöön perustuva hoitotyö on noussut tutkimusprosessin rinnalla arvoon, jota en aiemmin ole niin selkeästi ymmärtänyt. Näyttöön perustuvan hoidon merkitys on laadukkaan ja tasa-arvoisen hoidon tarjoaminen potilaalle. Hoitaja pystyy perustelemaan toimintaansa näyttöön perustuen ja uuden tiedon vieminen käytäntöön lisää myös sairaanhoitajan mahdollisuuksia urakehitykseen, motivoi työhön sitoutumiseen ja haastaa uuden oppimiseen. Näin pystytään vaikuttamaan hoitotyön laatuun, vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen. Prosessin myötä olen oivaltanut, että tiedon jalkauttaminen on haastavaa, mutta sillä voi olla taloudellisia, sosiaalisia ja resurssien hallintaan vaikuttavia positiivisia seurauksia. Työssäni tulen enenevässä määrin perustelemaan ratkaisujani ja valintojani näyttöön perustuvalla tiedolla.

Hoitotyön ja hoitotieteen näkökulmasta tutkimuksen tekeminen on ensiarvoisen tärkeää. Sen avulla voidaan kehittää hoitotyötä ja parantaa hoidon laatua. Tutkimuksen tekemisen yhteiskunnallinen vaikutus voi olla merkittävä. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää kansanterveydellisesti merkittäviä asioita ja nostaa esille epäkohtia. (vrt. Savonia opetussuunnitelma YAMK 2014.) Mielenkiintoisinta on ollut oppia ymmärtämään, miten paljon maailmalla tehdään tutkimusta ja miten tätä kaikkea tietoa voimme hyödyntää myös oman työn ja käytännön hoitotyön kehittämisessä.

LÄHTEET

AALTOLA, J. ja VALLI, R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: Bookwell Oy.

ARO, A. 2013. Ruokavalio ja verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00058

CHAMBERS, H. 2014. Cardiovascular Disease: Risk Estimation and Prevention. The Joanna Briggs Institute. 1-4.

DOKOOHAKI, R., RAEISKARIMIAN, F., RAHGOSHA, A. ja SHARIFI, M. 2015. The Frequency of errors of Blood Pressure Measurement among Nurses in the Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, 2014. International Cardiovascular Research Journal 9 (1); 41-45.

Duodecim lääketietokanta. 2015 [Viitattu 2015-11-30]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

ERIKSSON, E., KORHONEN, T., MERASTO, M. ja MOISIO, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen-Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. [Viitattu 2016-07-25]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Etene 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2016-07-25]. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9>

FALLON, N. 2015. The challenge of measuring blood pressure accurately. British Journal of Cardiac Nursing 10 (3); 132-139. [Viitattu 2015-09-23]. Saatavissa: <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012939674&lang=fi&site=ehost-live>

FINLEX 1303/2014. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta. Finlex 30.12.2014/1303. [Viitattu 2015-10-19]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141303#Pidp576576>

HEIKKILÄ, J., KUPARI, M., AIRAKSINEN, J., HUIKURI, H., NIEMINEN, M. ja PEUHKURINEN, K. 2008. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

HEIKKILÄ, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

HELLDÁN, A. ja HELAKORPI, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

Helsingin julistus 1964. Maailman lääkäriiliiton Helsingin julistus. Suomen lääkäriliitto. [viitattu 2015-08-14]. Saatavissa:

<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

HIRSJÄRVI, S. REMES, P. ja SAJAVAARA, P. Tutki ja kirjoita. 2009. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 18.12.2012. [Viitattu 2015-08-26]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

Hoitotyön tutkimussäätiö hotus. [Viitattu 2015-11-12]. Saatavissa:

<http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/valmisteilla-olevat-suositukset>

HOULE, S., TSUYUKI, R. ja CAMPBELL, N. 2011. The Canadian Hypertension Education Program (CHEP) 2011 guidelines for pharmacists. Canadian pharmacists journal 144 (6); 295-304.

HUSU, P., PARONEN, O., SUNI, J. ja VASANKARI, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu. [Viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi>

HÄNNINEN, M-L. 2014. Onko piilevällä kohonneella verenpaineella merkitystä? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130 (15); 1500-1506. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=3CAB4583735098DE0AFE6DE23FCD1660?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11775

HÄRMÄ, M. ja SALLINEN, M. 2008. Stressi ja unettomuus. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 2016-01-21]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00086

ITO, T., TAKEDA, M., HAMANO, T., KIJIMA, T., YAMASAKI, M., ISOMURA, M., YANO, S., SHIWAKU, K. ja NABIKA, T. 2015. Effect of salt intake on blood pressure in patients receiving antihypertensive therapy: Shimane CoHRE Study. European journal of internal medicine 2 (15); 342-348.

JAANKOLA, V. 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 2016-06-10]. Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120589/urn_nbn_fi_uef-20120589.pdf

JAATINEN, T. ja RAUDASOJA, J. 2012. Kansamme taudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

JULA, A., KANTOLA, I., KORHONEN, P., LEHTO, S., MERVAALA, E., METSÄRINNE, K., STRANDBERG, T., TIKKANEN, I. ja SYVÄNNE, M. 2015. Kohonnut verenpaine. Duodecim Terveyskirjasto. [Viitattu 2015-11-17]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi04010#s7

KAILA, M., MÄKELÄ, M., BOOTH, N., ARONEN, P., JULA, A., KLAUKKA, T., KUKKONEN-HARJULA, K., EUNANEN, A., RISSANEN, P. ja SINTONEN, H. 2008. Käypä hoito-suositusten juurruttaminen terveydenhuoltoon voi parantaa huomattavasti kustannusvaikuttavuutta. Suomen Lääkärelehti 15 (63); 1423-1427. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL152008-1423.pdf>

KAIVOLA, J. ja MYLLYMÄKI, K. 2004. Hoitosuosituksien ja laki. Duodecim 120 (24); 2971-2976. [Viitattu 2015-09-04]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=D7CC4B83736A1C1DD7619F888685A29D?p_auth=yFPz8mVi&p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94688&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero

KANANEN, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

KANANEN, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

KANKKUNEN, P. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KASTARINEN, M., PUSKA, P., KORHONEN, J., SALOMAA, V., SUNDVALL, J., TUOMILEHTO, J., UUSITUPA, M. ja NISSINEN, A. 2002. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. Journal of Hypertension 29 (12); 2505-2512. [Viitattu-2015-11-11]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473876>

KASTARINEN, M., ANTIKAINEN, R., LAATIKAINEN, T., BARENGO, NC., JULA, A., SALOMAA, V., JOUSILAHTI, P., NISSINEN, A., VARTIAINEN, E. ja TUOMILEHTO, J. 2009. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982-2007. Journal of hypertension 27 (8); 1552-1559. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412128>

Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012- 2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 20. [Viitattu 2015-08-25]. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112147/URN%3aNBN%3afi-fe201504224670.pdf?sequence=1>

KETTUNEN, R. 2014. Sepelvaltimoataudin vaaran arviointi. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2015-11-24]. Saatavissa: 2014a:

http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00103

KETTUNEN, R. 2014. Sepelvaltimotaudin vaaratekijät. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2015-11-24]. Saatavissa: 2014b:

http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00101

KETTUNEN, R. 2014. Reniini.angiotensiini-aldosteroni-järjestelmä (RAA-järjestelmä). Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2016-08-29]. Saatavissa:2014c:

http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syk00008

KIILAVUORI, K. 2014. Liikunnan vaikutukset sydän- ja verenkiertojärjestelmään. Duodecim. [Viitattu 2015-11-23]. Saatavissa:

http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00013#T1

KOIVUNIEMI, K ja SIMONEN, K. 2011. Kohti asiakkuutta Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

KOMULAINEN, J., HONKANEN, M., MALMIVAARA, A. ja SIIPIÄ. R. (toim.) 2012. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

KORHONEN, H. 2009. Työn piirteet ja hoitosuositusasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteet. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80987/gradu03843.pdf?sequence=1>

KOSKINEN, S., LUNDQVIST, A. ja RISTILUOMA, N.2009. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

KOSONEN, S. 2016. Lääkäriliitto: Terveys ja sen sosiaaliset taustatekijät huomioitava kaikessa päätöksenteossa. Lääkärilehti 71 (3); 173. [Viitattu2016-07-15]. Saatavissa: <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.savonia.fi/liitossa/liitto-toimii/laakariliitto-terveys-ja-sen-sosiaaliset-taustatekijat-huomioitava-kaikessa-paatoksenteossa/>

KOTILA, J., AXELIN, A., FAGERSTRÖM, L., FLINKMAN, M., HEIKKINEN, K., JOKINIEMI, K., KORHONEN, A., MERETOJA, R. ja SUUTARLA, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat- laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliiton APN-asiantuntijatyöryhmä. [Viitattu 2016-05-31]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

KUKKONEN- HARJULA, K. 2015. Liikunta ja kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-30]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00979

KURONEN, R., JALLINOJA, P., ILVESMÄKI, V. ja PATJA, K. 2006. Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuosistukset on otettu käyttöön? Suomen Lääkärilehti 44 (61); 4571-4577. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000026918>

Käypä hoito 2009. Kohonnut verenpaine Käypä hoito-suositus. 23.11.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Sijainti: Minna Haukio, tekninen toimittaja, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Käypä hoito 2014. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. [Viitattu 2015-08-21]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=7AFA7A9271208E3FC39094A093A07E4E?id=hoi04010>

Käypä hoito 2015. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito-suositus. 4.11.2015. [Viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#T2>

LAATIKAINEN, T., JULA, A., KASTARINEN, M., SALOMAA, V., BORODULIN, K., HARALD, K., PELTONEN, M., JOUSILAHTI, P. ja VARTIAINEN, E. 2013. Verenpainetasot ja hoitotasapaino FINRISKI-tutkimusalueilla 1982-2012. Suomalainen Lääkärilehti 68 (24); 1803-1809.

LEHTOMÄKI, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteet. Tampereen yliopisto. Tampere: Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

LEPPÄLUOTO, J., KETTUNEN, R., RINTAMÄKI, H., VAKKURI, O., VIERIMAA, H. ja LÄTTI, S. 2013. Anatomia ja fysiologia Rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

LIAMPUTTONG, P. 2013. Research methods in health Foundations fos evidencebased practice. Singapore: Markono Print Media Pte Ltd.

LIPPONEN, P. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. [Viitattu 2015-11-19]. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>

MAIJALA, V. 2016. Health promotion in primary health care registered nurses appointments. Terveystieteet. Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 2016-06-09]. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2105-5/urn_isbn_978-952-61-2105-5.pdf

MALMIVAARA, A. 2012. Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (5); 445-446. [Viitattu 2015-10-27]. Saatavissa: [http://www.duodecim-](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/kokoelmat;jsessionid=0AA1C5622FBA35A9A1E923969CA89AB2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusin_numero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10121)

[lehti.fi/web/guest/kokoelmat;jsessionid=0AA1C5622FBA35A9A1E923969CA89AB2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusin_numero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10121](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/kokoelmat;jsessionid=0AA1C5622FBA35A9A1E923969CA89AB2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusin_numero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10121)

MANCIA, G., FAGARD, R., NARKIEWICH, K., REDÓN, J., ZANCHETTI, A., BÖHM, M., CHRISTIAENS, T., CIFKOVA, R., DE BACKER, G., DOMINICZAK, A., GALDERISI, M., GROBBEE, D., JAARSMA, T., KIRCHHOF, P., KJELDSSEN, S., LAURENT, S., MANOLIS, A., NILSSON, P., RUILOPE, L., SCHMIEDER, R., SIRNES, P., SLEIGHT, P., VIIGIMAA, M., WAEBER, B. JA ZANNAD, F. 2013. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of hypertension 31 (7); 1281-1357.) [Viitattu 2015-11-24]. Saatavissa:

<http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>

MELNYK, J. A. 2015. Awareness and Knowledge of Cardiovascular Risk Through Blood Pressure and Cholesterol Testing in College Freshmen. American journal of Health Education. 46 (3); 138-143. [Viitattu 2015-09-23]. Saatavissa: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012998553&lang=fi&site=ehost-live)

[rect=true&db=ccm&AN=2012998553&lang=fi&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012998553&lang=fi&site=ehost-live)

MERTARANTA, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito Hyvää hoitoa etsimässä. Lääketiede. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

METSÄMUURONEN, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

MUSTAJOKE, M., ALILA, A., MATILAINEN, E., PELLIKKA, M. ja RASIMUS, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

MUSTAJOKE, P. 2002. Verenpaine. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

MUSTAJOKE, P. 2015. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-30].

Saatavissa: 2015a:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

- MUSTAJOKI, P. 2015. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa:2015b: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034
- MUSTAJOKI, P. 2015. Matala verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa:2015c: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk000300
- NIIRANEN, T. 2008. Home blood pressure measurement –epidemiology and clinical application. Department of Medicine. University of Turku. [Viitattu 2015-09-24]. Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38562/diss2008niiranen.pdf?sequence=1>
- NISKANEN, M. 2013. Organisaatiot ja johtaminen Leiritulilta globaaliin maailmaan. Vaajakoski: Jyväskylän koulutuskeskus Oy.
- NUMMENMAA, J. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Akateeminen väitöskirja. Lääketiede. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. [Viitattu 2015-09-02]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67688/978-951-44-6826-1.pdf?sequence=1>
- NUMMENMAA, L. 2010. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- PAAKKARI, P. 2013. Verenpainelääkkeet. Duodecim Terveyskirjasto. [Viitattu 2015-11-18]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk000915
- PARAHOON, K. 2014. Nursing research principles, process and issues. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- PERFECT- hanke mukaan mittaamaan Käypä hoito-suositusten toteutumista. 29.8.2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2015-10-27]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksentalous-talousoptimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uu-tiskirje/2012/perfect-hanke-mukaan-mittaamaan-kaypa-hoito-suositusten-toteutumista>
- PICKERING, T., MILLER, N., OGEDEGBE, G., KRAKOFF, L., ARTINIAN, N. ja GOFF, D. 2010. Call to Action on Use and reimbursement for Home Blood Pressure Monitoring a Joint Scientific Statement from the American Heart Association, American Society of Hypertension, and the Preventive Cardiovascular Nurses` Association. Journal of cardiovascular nursing 23 (4); 299-323. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596492>

Ravitsemussuositukset 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset Terveyttä ruoasta! [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa:

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3.pdf

REMES, J. 2006. Perustietoa verenpaineesta. [Viitattu 2015-11-30]. Saatavissa: <http://www.toh-tori.fi/?page=6333637&id=5751363>

SAANO, S. ja TAAM-UKKONEN, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

SAARNI, S. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Yliopistollinen väitöskirja. Lääketiede. Turun yliopisto. THL Helsinki: Yliopistopaino.

SAND, O., SJAASTAD, O., HAUG, E., BJÄLIE, J. TOVERUD. K. 2011. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro OY.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. [Viitattu 2015-08-14]. Saatavissa:

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SAVONIAN opetussuunnitelma, hoitotyön kliininen asiantuntija. 2014. [Viitattu 2016-07-25]. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/node/209?yks=KS&krtid=790&tab=2>

SIPILÄ, R. 2012. Peer facilitation and multifaceted intervention in guideline implementation: enhancing care of cardiovascular diseases in primary care 2012. Akateeminen väitöskirja. Lääketietiede. Helsingin yliopisto. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/33543/Peerfaci.pdf?sequence=1>

SIPILÄ, R. ja LOMMI, M-L. 2014. Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Duodecim 130 (8); 832-839. [Viitattu 2015-09-29]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11594.pdf>

SIPILÄ, R., MÄNTYRANTA, T., MÄKELÄ, M., KOMULAINEN, J. ja KAILA, M. 2016. Implementointia suomeksi. Duodecim lääketieteellinen aikakausikirja 132(9); 850-857 [Viitattu 2016-06-08]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13109&p_haku=implementointia%20suomeksi

SWE, K. 2013. Cardiovascular Disease (Primary and Secondary Prevention): Omega-3 Fatty Acids. The Joanna Briggs Institute.1-4. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa:

http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BBGMP-DFCDBHFJKGFJFKGAJHLHEAAA00&Link+Set=S.sh.80%7c118%7csl_190

SOTKANET. FI. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2015-09-28]. Saatavissa:

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

SOVIJÄRVI, A., AHONEN, A., HARTIALA, J., LÄNSIMIES, E., SAVOLAINEN, S., TURJANMAA, V. ja VANNINEN, E. (toim.) 2012. Kliinisen fysiologian perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

STÅHL, T. ja RIMPELÄ, A. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-15]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

SULKAVA, R. 2009. Vireyden säilyttäminen. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 2015-01-05]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00155&p_haku=verenpaine%20ja%20uni#s10

SYVÄNNE, M. 2014. Miten verenpaine mitataan oikein? Best Practice 5 (7); 12-15. [Viitattu 2015-11-03]. Saatavissa:

<http://www.swiflet.com/bpfidiabetes/bpfidia/7/12/>

TAKALA, J. ja KUMPUSALO, E. 1999. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta. Duodecim 115 (8); 971-81. [Viitattu 2015-11-24]. Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo90239.pdf>

TOWNSEND, T. ja ANDERSON, P. 2015. What goes up must come down: Hypertension and the JNC-8 guidelines. American nurse today 10 (6); 69-75.

TÜRK, G., CINAR-YÜCEL, S., KOCACAL-GÜLER, E., ESER, I. ja KHORSID, L. 2014. The effect of cuff size on the blood pressure in individuals with large arm diameter Turkish Journal of Research & Development in Nursing 16 (2); 21-28. [Viitattu 2015-09-23]. Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3d14df83-d675-4f2d-a36c-80ba14ffaa49%40sessionmgr4005&vid=40&hid=4214>

TÖYRY, J. 2008. Sydän- ja verisuonisairaudet. EU: Unipress Suomi.

UETTI, J. 2014. (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

VASUNTA, R-L. 2012. Ambulatory blood pressure. Assosiation with metabolic risk indicators, renal function and carotid artery atherosclerosis. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. [Viitattu 2015-11-19]. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514299605/isbn9789514299605.pdf>

VILKKA, H. 2007. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

VUORI, I. 2015. Liikuntaa lääkkeeksi. Porvoo: Bookwell Oy.

VÄNSKÄ, K., LAITINEN-VÄÄNÄNEN, S., KETTUNEN, T. ja MÄKELÄ, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Yleistä tietoa Käypä hoidosta 2015. Käypä hoito. 8.1.2015.[Viitattu 2015-08-21]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>

ZALESKI, A., PANZA, G., SWALES, H., ARORA, P., NEWTON-CHEH, C., WANG, T., THOMPSON, P. ja TAYLOR, B. 2015. High-Dose versus Low-Dose Vitamin D Supplementation and Arterial Stiffness among Individuals with Prehypertension and Vitamin D Deficiency. Disease markers 2015 (9); 1-7. [Viitattu 2015-11-11]. Saatavissa: <http://www.hindawi.com/journals/dm/2015/918968/>

LIITTEET

Kyselylomake Liite 1

1. Sukupuoli *

- Nainen Mies

2. Ikä *

- Alle 30 vuotta 31- 50 vuotta Yli 50 vuotta

3. Työnantajani on: *

- Yksityinen Julkinen Muu, mikä?

Muu, mikä?

- Yksityinen Julkinen

4. Kuinka kauan olet työskennellyt työterveyshuollossa? *

- Alle 2 vuotta 2- 10 vuotta Yli 10 vuotta

5. Työskentelen työterveyshuollossa: *

- Terveystenhoitajana
 Työterveyshoitajana
 Sairaanhoidajana
 Vastaavana työterveyshoitajana

Jokin muu, mikä?

-

6. Kuinka monta kertaa viikossa keskimäärin ohjaat potilasta korkeaan verenpaineeseen liittyvissä asioissa? Valitse toimintaasi parhaiten vastaava vaihtoehto. *

- 1- 5 kertaa/ viikko
 6-10 kertaa/viikko
 Yli 10 kertaa/viikko

En ohjaa lainkaan

7. Elintapaohjauksessa käyn potilaan kanssa läpi seuraavat ravitsemukseen liittyvät asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Suolan käytön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravintokuidun lisäämisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasvisten, marjojen ja hedelmien lisäämisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vähärasvaiset maitotuotteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalan käytön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punaisen lihan käytön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lautasmallin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokakolmion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravinnon rasvojen laadun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-vitamiinin käytön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lakritsa- ja salmiakkituotteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Elintapaohjauksessa käyn potilaan kanssa läpi seuraavat liikuntaan ja painonhallintaan liittyvät asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Arkiliikunnan lisäämisen mahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säännöllisen kestävyysliikunnan merkityksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runsaan istumisen vähentämisen merkityksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erilaisten liikuntamuotojen mahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painon pudottamisen merkityksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painoindeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyötärölihavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Jos et käy edellisen kysymyksen jotain kohtaa läpi potilaan kanssa, liittyen liikuntaan ja painonhallintaan. Kertoisitko syyn, miksi?

500 merkkiä jäljellä

10. Elintapaohjauksessa käyn potilaan kanssa läpi seuraavat stressinhallintaan liittyvät asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Erilaisia rentoutumismenetelmiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riittävän levon (tauotuksen) merkitystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riittävän yönunen merkitystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajankäytön hallinnan merkitystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Elintapaohjauksessa käyn potilaan kanssa läpi seuraavat päihteisiin ja lääkkitykseen liittyvät asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	en koskaan
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumaavien aineiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erilaisten hormonituotteiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulehduskipulääkkeiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut käytössä olevat lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkitykseen liittyvät sivuvaikutukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Käyn potilaan kanssa läpi seuraavat kohonneeseen verenpaineeseen liittyvät asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Kerron potilaalle, että korkea verenpaine ei välttämättä aiheuta oireita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle oireista, joita korkea verenpaine saattaa aiheuttaa muun muassa päänsärky, huimaus ja huono olo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle liitännäissairauksista, joita korkea verenpaine voi aiheuttaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle kohde-elinvaurioista, joita korkea verenpaine voi aiheuttaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle, miksi verenpaineen hoito on tärkeää.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta tulemaan seurantakäynnille sovitun aikataulun mukaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kerron potilaalle verenpaineen mittaamisen vuorokausirekisteröinnistä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedustelen potilaalta, onko hänellä jotain kysyttävää.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Vastaanotolla verenpainetta mitattaessa toimin seuraavalla tavalla.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Tarkistan, että mittari on kalibroitu säännöllisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkistan, että mansetti on oikeankokoinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiinnitän mansetin siten, että mansetin alareuna on sydämen alareunan kohdalla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiinitän mansetin olkavarteen ja sitten odotan 5 minuuttia ennen mittaamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkistan, että mansetin kumipussin keskiosa on olkavarsivaltimon päällä, ennen mittaamisen aloittamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta istumaan paikallaan rauhallisesti 5 min ennen mittaamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkistan potilaan sykkeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle, että mittauksen aikana ei saa puhua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle, että mittaus toistetaan 1-2 minuutin kuluttua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta istumaan kyynärvarsi tuettuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittaaan uuden potilaan verenpaineen molemmista olkavarsista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittaaan potilaan verenpaineen siitä kädestä jossa verenpaine on ollut korkeampi, jos oikeasta ja vasemmasta käsivarresta mitatut verenpaineet eroavat huomattavasti (yli 10 mmHg) toisistaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittaaan potilaan verenpaineen ei-dominantista (ei -hallitsevasta) kädestä, jos potilaalla ei ole todettu suurta (yli 10 mmHg) puolieroja verenpaineissa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Kun ohjaan potilasta verenpaineen kotiseurantaan, käyn läpi seuraavat asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Tiedustelen potilaalta, onko hänen oman verenpaineenmittarin tulosten oikeellisuutta arvioitu/mittaria kalibroitu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kerron potilaalle, että rannemittari ei ole suositeltava verenpaineen mittaamiseen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta välttämään fyysistä ponnistelua, tupakointia, kahvin, teen, kolajuomien ja energiajuomien nauttimista ennen mittaamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta kiinnittämään mansetin olkavarteen ja sitten odottamaan 5 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta istumaan paikallaan rauhallisesti 5 min ennen mittaamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta istumaan kyynärvarsi tuettuna mansetin alareuna sydämen alareunan kohdalla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan, että mittauksen aikana ei saa puhua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilaalle, että mittaus tulee toistaa 1-2 minuutin kuluttua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilaalle, että ensimmäinen ja sitä seuraava verenpaine kirjataan ylös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta mittaamaan verenpaineen kotiseurannassa aamulla ja illalla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta mittaamaan verenpaineen aamulla klo 6-9 välillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta mittaamaan verenpaineen illalla klo 18-21 välillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron, että normaalin verenpaineen kotimittauksen ylärajat ovat 135/85 mmHg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron, että vastaanotolla mitatun verenpaineen ylärajat ovat 140/90 mmHg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta mittaamaan verenpaineen 7 vuorokauden ajan verenpainetaudin diagnosointivaiheessa (kun potilaalla ei ole vielä verenpainetautidiagnoosia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Kun potilas on saanut elintapaohjausta ja tulee seurantakäynnillä, käyn potilaan kanssa läpi seuraavat asiat.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Pyydän potilasta kertomaan voinnistaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varmistan, että potilas osaa mitata verenpaineen oikein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta seuraamaan verenpainetta, jos yleisvoinnissa tapahtuu muutosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kun potilaalle on aloitettu verenpainetta alentava lääkitys, ohjaan potilasta mittamaan verenpaineen 4:n päivän ajan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kun potilaalla on tuore verenpainetauti tai lääkitystä on muutettu, ohjaan häntä aluksi mittaamaan verenpainetta 4:n päivän ajan ja sitten noin kuukauden välein 4:n päivän ajan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kun potilaan verenpainetaso on vakaa, ohjaan häntä seuraamaan verenpainetta noin 3 kuukauden välein 4:n päivän ajan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasken potilaan verenpaineen kotiseurannan keskiarvot jokaiselta mittauskerralta (esimerkiksi aamun kahden mittauksen keskiarvo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasken potilaan pulssin keskiarvot kotiseurantajaksolta, jokaiselta mittauskerralta (esimerkiksi aamun kahden mittauksen keskiarvo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan potilasta itse laskemaan jokaisen mittauskerran verenpainneiden ja pulssin keskiarvon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron potilaalle hänen verenpaineensa tavoitearvon eli mihin verenpainetasoon hoidolla pyritään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskustelen potilaan kanssa verenpainelääkityksen ottamisen säännöllisyyden tärkeydestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskustelen potilaan kanssa verenpainelääkityksen sivuvaikutuksista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kysyn potilaalta, jäikö hänellä epäselviä asioita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Huomioin seuraavat asiat henkilökohtaisessa ohjaustilanteessa potilaan kanssa.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Potilaan taidot esimerkiksi verenpaineen mittauksessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan aiemman tietotason verenpainetaudista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan vastaanottokyvyn, ottaa tietoa vastaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Huomioin seuraavat asiat kirjatessani verenpainetaudin ohjauksesta tietojärjestelmään.

Valitse toimintaasi parhaiten sopiva vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	En koskaan
Kirjaan ohjauksen toteutumisen tietojärjestelmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirjaan tavanomaisesta ohjauksen sisällöstä poikkeamisen tietojärjestelmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirjaan poikkeamisen perustelut tietojärjestelmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hoitosuositusten käyttöönotto *

Valitse seuraavista väittämistä mielestäsi paras vaihtoehto

	Täysin sama mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin eri mieltä
Hoitosuositukset ovat helppokäyttöisiä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuositukset ovat ymmärrettäviä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuositukset helpottavat päätöksentekoa hoitotilanteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän apuna työssäni uutta (2014) verenpaineen Käypä hoito- suositusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työpaikallemme on tehty työnkuvaamme sopiva hoitopolku uuden (2014) verenpaineen Käypä hoito- suosituksen mukaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuositukset ovat mielestäni tärkeitä apuvälineitä työssäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskustelen hoitosuosituksista lääkäreiden kanssa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskustelen hoitosuosituksista työkavereiden kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Työnantajani tukee hoitosuositusten käyttöönottoa.

Valitse seuraavista väittämistä mielestäsi paras vaihtoehto. *

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
Varaamalla siihen työaika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusista suosituksista tiedottamalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisäkoulutuksella, jossa käsitellään hoitosuosituksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työnantaja kannustaa tavoitteelliseen hoitosuositusten käyttöön.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työnantaja arvioi hoitosuositusten käyttöä työyksikössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuosituksen käyttöönoton tehostamiseksi on työpaikallemme nimetty vastuuhenkilö.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuosituksen käyttöönoton tehostamiseksi on työpaikallemme nimetty tiimi/ryhmä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Mistä saat tiedon uuden Käypä hoito -suosituksen ilmestymisestä? *

- Terveysportista
- Sähköpostitiedotteesta
- Lähimmältä esimieheltäni
- Työkaverilta

Sosiaalisesta mediasta

Muualta, mistä?

21. Mitä muuta haluaisit sanoa kohonnutta verenpainetta sairastavan potilaan ohjauksen toteuttamisesta omassa työssäsi?

2000 merkkiä jäljellä

Liite 2: Saatekirje

Hyvä työterveyshuollon asiantuntija

Olen aikuisopiskelija Heta Mehtonen ja opiskelen Savonia-AMK:ssa kliinisen hoitotyön asiantuntijan YAMK-tutkintoa. Työpaikkani on työterveyshuollossa ja teen opinnäytetyötäni verenpainetautiä sairastavan potilaan ohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten verenpainetautiä sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää verenpainetautiä sairastavan potilaan hoitoa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon että osallistuisit tähän, sillä jokaisen työterveyshuollon asiantuntijan vastaus on tärkeä. Vastaukset tulevat Webropol-linkin kautta tutkijalle nimettömänä, joten kenenkään henkilöllisyys ei tule esille. Vastaukset käsittelee vain tutkija ja aineisto hävitetään asianmukaisesti numeraalisen tallentamisen jälkeen.

Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia.

Tutkimukseni on tarkoitus valmistua syksyllä 2016. Halutessasi voit tutustua valmiiseen tutkimukseen Theseus -tietokannassa Savonia-ammattikorkeakoulun alla.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin:

Heta Mehtonen

Liite 3: Sähköpostiin liitetty tiedonanto kyselylomakelinkin mukana (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä)

Laitathan tämän sähköpostin eteenpäin kaikille Ylä-Savon Sote kuntayhtymässä työskenteleville työterveyshoitajille.

Käytähän toimintoa: lähetä edelleen, että liitetiedosto lähtee mukaan + poista tämä yläpuolen teksti, joka on tarkoitettu sinulle.

Etukäteen kiitellen
Heta

Hyvä työterveyshuollon asiantuntija!

Olen aikuisopiskelija Heta Mehtonen ja teen YAMK-opintoihini liittyen Savonia-AMK:ssa opinnäytetyötä verensairautta sairastavan potilaan ohjauksesta.

Tutkimuksen avulla voidaan kehittää hoitotyötä. Osallistuthan tutkimukseen alla olevan linkin kautta.

<https://www.webpolsurveys.com/S/D9CDE0ABCAAA0F0A.par>

Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia.

Tarkemmat tiedot tutkimuksesta on liitteessä.

Vastaa mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin

Ystävällisin terveisin
Heta Mehtonen

Liite 4: Sähköpostiin liitetty tiedonanto kyselylomakelinkin mukana (Suomen Työterveys ry)

Hyvä työterveyshuollon vastaava hoitaja!

Suomen Työterveys ry:n hallitus on myöntänyt tutkimusluvan tutkimukselleni, joka koskee verenpaineen ohjausta työterveyshuollossa. Kysely lähetetään kaikille Suomen Työterveys ry:n työterveyshoitajille ja sairaanhoitajille, jotka mittaavat verenpainetta työssään. Verkostokoordinaattori Leila Rautjärven kanssa on sovittu, että lähestyn Teitä työterveyshuollon vastaavia hoitajia. Teidän on varmaankin helpointa välittää tämä linkki sähköpostin LÄHETÄ EDELLEEN -toiminnolla (näin liitetiedosto lähtee myös mukaan) hoitajille, jotka mittaavat asiakkailta verenpainetta teidän työyksikössä.
Poistathan myös tämän Sinulle tarkoitetun tekstin!

Yhteistyöstä jo etukäteen kiitellen

Hyvä työterveyshuollon asiantuntija!

Osallistuthan oman työsi kehittämiseen, vastaamalla tähän tutkimukseen.

Olen aikuisopiskelija Heta Mehtonen ja teen YAMK-opintoihini liittyen Savonia-AMK:ssa opinnäytetyötä verenpainetautia sairastavan potilaan ohjauksesta.

Tutkimuksen avulla voidaan kehittää verenpainetta sairastavien potilaiden hoitotyötä.

Kyselyyn pääset alla olevasta linkistä

<https://www.webpolsurveys.com/S/D9CDE0ABCAAA0F0A.par>

Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia.

Tarkemmat tiedot tutkimuksesta on liitteessä.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin

Ystävällisin terveisin

Heta Mehtonen

Liite 5: Ylä Savon SOTE kuntayhtymän tutkimuslupa

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä	Viranhaltijapäätös	Julkinen	1
	20.1.2016	6 § / 2016	

47/13.00/2016

Tutkimuslupa / Heta Mehtonen

Selostus asiasta	<p>Valmistelija ja yhteystiedot: hallintosihteeri Tiina Miettinen, tiina.miettinen(at)ylasavonsote.fi, puh. 040 489 4216</p> <p>Savonia-ammattikorkeakoulun klinisen hoitotyön asiantuntijaopiskelija (YAMK) Heta Mehtonen hakee tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on "Verenpainetautia sairastavan potilaan ohjaus ja hoitosuositusten käyttö – Kysely työterveyshuollon työterveyshoitajille".</p> <p>Opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimus toteutetaan verkkokyselynä, jossa käytetään internetpohjaista Webropol-kyselyä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata verenpainetautia sairastavan potilaan ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten verenpainetautia sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää potilaiden ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä ja samalla parantaa niin sairaanhoitajien kuin terveydenhoitajienkin hoitotyön käytäntöjä, hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta.</p>
Päätös	Myönnän tutkimusluvan Heta Mehtoselle opinnäytetyöhön "Verenpainetautia sairastavan potilaan ohjaus ja hoitosuositusten käyttö - Kysely työterveyshuollon työterveyshoitajille" esitetyn tutkimussuunnitelman ja hakemuksen mukaisesti.
Päätöksen perustelu	Tieteellisen tutkimuksen ja ammatillisen koulutuksen edistäminen.
Peruste	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 47
Otto-oikeus	Yhtymähallitus
Nähtävilläolo	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 27.1.2016
Muutoksenhaku ja toimielin	Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Julkinen

2

20.1.2016

6 § / 2016

Janne Forsberg
Terveysjohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksella.

Jakelu

Saaja:
Heta Mehtonen
Tiedoksi:
Savonia amk / Pirjo Kinnunen
Anne Väisänen
Leila Pekkanen
Yhtymähallituksen puheenjohtaja

Liite 6: Suomen Työterveys ry:n tutkimuslupa

Tutkimuslupa-anomus

Hakijan nimi: Heta Mehtonen

Osoite: [redacted]

puhelin: [redacted]

e-mail: heta.mehtonen@ecu.savonia.fi

Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot: Pirjo Kinnunen

Puh: [redacted], Pirjo.Kinnunen@savonia.fi

Tutkimuksen nimi: Verenpainetauti sairastavan potilaan ohjaus ja hoitosuositusten käyttö**Tutkimuksen tarkoitus:** Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata verenpainetauti sairastavan potilaan ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä.**Tutkimuksen tavoitteet:** Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten verenpainetauti sairastavia potilaita ohjataan työterveyshuollossa. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää verenpaineen ohjausta ja hoitosuositusten käyttöä.**Tutkimuskysymykset:** Miten työterveyshoitaja ohjaa potilasta elämäntapamuutoksiin liittyvissä asioissa?

Miten työterveyshoitaja ohjaa potilasta lääkitykseen liittyvissä asioissa?

Miten työterveyshoitaja ohjaa potilasta verenpaineen mittaamiseen liittyvissä asioissa?

Miten työterveyshoitaja käyttää hoidon ohjauksen tukena hoitosuosituksia?

Miten hoitosuositusten käyttöönottoa voidaan parantaa?

Aineistonkeruu ja analyysi: helmikuu 2016- toukokuu 2016

Paikka Tampere Päiväys 10.3.2016

Hakijan allekirjoitus


HETA MEHTONEN

Liitteet:

- 1) Tutkimussuunnitelma
- 2) Kyselylomake
- 3) Saatekirje
- 4) Yhteistyösopimus

Puolion tutkimuslupa/En puolelle tutkimuslupaa

Paikka ja aika

Tampere 10.3.2016

Nimi

Erishonni Michaluse -ISTRAY

Allekirjoitus

LUVAN MYÖNTÄMINEN

Lupa Myönnetty/Lupaa ei myönnetty