



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mirella Mäkelä

**Korkeasta verenpaineesta kärsivien työttömien
pitkäaikaissairaiden asiakkaiden ryhmänohjausten
toteuttaminen terveydenhoitajan työssä**

Opinnäytetyö
Syksy 2023
Terveydenhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Terveydenhoitaja (AMK)

Tekijä: Mirella Mäkelä

Työn nimi: Korkeasta verenpaineesta kärsivien työttömien pitkäaikaissairaiden asiakkaiden ryhmänohjausten toteuttaminen terveydenhoitajan työssä

Ohjaajat: Marja Toukola & Anita Keski-Hirvi

Vuosi: 2023

Sivumäärä: 73

Liitteiden lukumäärä: 5

Yhteistyökumppanina opinnäytetyölle toimi Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalon yksikössä toteutettu Pitkospuut-hanke. Hankkeen tavoitteina oli tukea työttömien pitkäaikaissairaiden terveyttä ja työkykyä sekä edistää työllistymistä. Pitkäaikaiset kansansairaudet, kuten verenpainetauti, heikentävät toimintakykyä ja lisäävät riskiä työkyvyttömyyteen sekä pitkittyneeseen työttömyyteen. Terveyskäyttäytyminen on merkittävässä asemassa sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Elintapoihin liittyvä asiakasohjaus on tärkeä osa terveydenhoitajan työtä ja ammattitaitoisesti toteutettuna motivoi ja tukee asiakkaita muutosprosessien eri vaiheissa. Ryhmässä toteutettuna ohjaus tarjoaa osallistujille lisäksi arvokasta vertaistukea.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Työn tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa kaksi ryhmänohjaustilaisuutta kohonneesta verenpaineesta kärsiville pitkäaikaissairaille, työttömille työkäisille. Tavoitteena oli lisätä ryhmänohjaukseen osallistuvien valmiuksia omahoitoon verenpainetta alentavan terveystyöskentelyn osalta. Toisena tavoitteena oli, että koottua tietoa ja tuotettua ohjausmateriaalia voivat hyödyntää muut aiheen parissa työskentelevät terveydenhoitajat ja alan opiskelijat. Opinnäytetyön tuotoksena järjestettiin kaksi ryhmänohjaustilaisuutta, joista ensimmäinen käsitteli ravitsemusta ja toinen fyysistä aktiivisuutta ja stressinhallintaa. Ohjauksiin osallistujat olivat Pitkospuut-hankkeen asiakkaita, jotka kärsivät kohonneesta verenpaineesta.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä todettiin terveydenhoitajan työn laadukkaan toteuttamisen edellyttävän monipuolista kliinistä osaamista ja asiantuntemusta. Terveydenhoitajan antamalla asiakasohjauksella on mahdollista lisätä asiakkaiden valmiuksia kohonneen verenpaineen omahoitoon. Terveydenhoitajalta tarvitaan ohjausta ja tukea elintapamuutokseen liittyvien asioiden konkretisoimiseksi. Ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan terveydentilaansa omilla valinnoillaan ja toiminnallaan.

¹ Asiasanat: terveydenhoitaja, ryhmänohjaus, terveystyöskentely, verenpaine, pitkäaikaissairas, työtön

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Public Health Nursing

Author: Mirella Mäkelä

Title of thesis: Implementation of group guidance for unemployed long-term sick clients suffering from high blood pressure in the work of a public health nurse

Supervisors: Marja Toukola & Anita Keski-Hirvi

Year: 2023

Number of pages: 73

Number of appendices: 5

The co-operation partner for this thesis was the Pitkospuut-project implemented in School of Health Care and Social Work of Seinäjoki University of Applied Sciences. The objectives of the project were to support the health and working capacity of unemployed people with long-term illnesses and to promote employment. Long-term national diseases, such as hypertension, weaken functional capacity and increase the risk of disability and prolonged unemployment. Health behavior plays an important role in the prevention and treatment of diseases. Customer guidance related to lifestyles is an important part of a public health nurse's work and, if carried out professionally, motivates and supports customers at different stages of change processes. When implemented in a group, the guidance also provides valuable peer support to the participants.

This thesis was implemented as a functional thesis. The purpose of the work was to plan and implement two group guidance sessions for long-term sick, unemployed working-age people suffering from high blood pressure. The aim was to increase the ability of the participants to self-care in terms of blood pressure-lowering health behavior. Another aim was for the collected information and the produced guidance material to be used by other public health nurses and students in the field. The product of the thesis was two group guiding sessions, the first on nutrition and the second on physical activity and stress management. The participants were customers of the Pitkospuut-project who suffered from elevated blood pressure.

The conclusion of the thesis was that the high-quality implementation of the work of a public health nurse requires comprehensive skills and expertise. Customer guidance provided by a public health nurse makes it possible to increase customers' readiness for self-care of high blood pressure. Customers need guidance and support to make things more concrete. A person has the opportunity to influence their own health through personal choices and actions.

¹ Keywords: public health nurse, group guidance, lifestyle, blood pressure, long-term illness, unemployed

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 TYÖIKÄINEN VÄESTÖ JA PITKÄAIKAISSAIRAUDET	7
2.1 Työikäisten työkyvyn haasteet ja työkyvyn heikentyminen	7
2.2 Työttömyyden ja pitkäaikaissairauksien merkitys työikäiselle	9
3 KOHONNUT VERENPAINEN JA VERENPAINETAUDIN HOITO	11
3.1 Kohonneen verenpaineen hoidon perusteet ja seuranta	12
3.2 Terveyttä edistävä ruokavalio ja verenpainetaudin ravitsemushoito	14
3.3 Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi ja verenpainetaudin hoidossa	24
3.4 Uni, palautuminen ja stressinhallinta osana kohonneen verenpaineen hoitoa	28
3.5 Alkoholin, nikotiini- ja huumausainetuotteiden verenpainevaikutukset	30
4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖ JA RYHMÄNOHJAUS	34
4.1 Terveystieteiden ja asiakasohjaajan ja muutosprosessien tukijana	34
4.2 Ryhmänohjaustilaisuuden suunnittelu ja toteutus	39
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	44
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	45
6.1 Opinnäytetyön suunnitteluvaihe ja teoriaperustan rakentaminen	45
6.2 Ohjausten sisältöjen ja havainnollistamismateriaalien laatiminen	47
6.3 Ensimmäinen ohjaustilaisuus	49
6.4 Toinen ohjaustilaisuus	50
6.5 Toiminnan arviointi ja opinnäytetyön raportin viimeistely	52
6.6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	53
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	56
7.1 Johtopäätökset	56
7.2 Pohdinta	58
7.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet	60
LÄHTEET	62

LIITTEET 73

1 JOHDANTO

Terveys ja hyvinvointi mahdollistavat osaltaan työelämässä pysymistä, sinne pääsemistä tai palaamista ja torjuvat ennen aikaista eläköitymistä (Sarkkinen, 2022). Heikentynyt terveydentila johtaa usein alentuneeseen työkykyyn ja on yhteydessä sekä hetkelliselle työelämän ulkopuolelle pääntymiselle että pitkäaikaiselle työttömyydelle (Kerätär, 2016). Terveyskäyttäytymisen kohentamisella on vaikutuksia kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä monien sairauksien, kuten verenpainetaudin, ennaltaehkäisyyn ja hoitoon (Vuori, 2015).

Kohonnut verenpaine aiheuttaa ihmiselle huomattavia terveysriskejä lisäten todennäköisyyttä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin ja on globaalisti yleisin terveitä elinvuosia vähentävä riskitekijä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Yksilölle aiheutuvan terveysriskin lisäksi verenpainetauti tuo merkittävän taakan myös terveydenhuollolle ja sen kustannukset yhteiskunnalle ovat huomattavat liitännäissairauksien ja lääkehoidon vuoksi (Niiranen, 2022). Kohonnut verenpaine on kuitenkin hoidettavissa oleva riskitekijä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b).

Opinnäytetyön tarkoitus on suunnitella ja toteuttaa kaksi ryhmänohjaustilaisuutta kohonneesta verenpaineesta kärsiville pitkäaikaissairaille, työttömille työikäisille. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ryhmänohjaukseen osallistuvien valmiuksia omahoitoon verenpainetta alentavan terveyskäyttäytymisen osalta. Toisena tavoitteena on, että koottua tietoa ja tuotettua ohjausmateriaalia voivat hyödyntää muut aiheen parissa työskentelevät terveydenhoitajat ja alan opiskelijat.

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pitkospuut-hankkeen kanssa. Hanke on käynnistynyt Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä helmikuussa 2021. Hankkeen on määrä edistää pitkäaikaissairaiden työllistymistä terveyttä ja toimintakykyä tukemalla (Pitkospuut, i.a.). Opinnäytetyön painopisteinä ja ryhmänohjaustilaisuuksien aiheina ovat verenpainetta alentavan terveyskäyttäytymisen osa-alueista ravitsemus ja fyysinen aktiivisuus pitkäaikaissairaille työttömillä työikäisillä. Fyysisen aktiivisuuden yhteydessä huomioidaan myös stressinhallinta ja palautuminen.

2 TYÖIKÄINEN VÄESTÖ JA PITKÄAIKAISSAIRAUDET

Tilastokeskuksen määritelmän mukaan työikäiseksi väestöksi luetaan kaikki 15–74-vuotiaat (Suomen virallinen tilasto (SVT), 2022). Lokakuussa 2022 julkaistun tilaston mukaan työllisten henkilöiden lukumäärä edellisen kuukauden aikana oli 2 613 000. Työttömien määrä samassa tilastossa oli 189 000. Työllisten määrä oli noussut ja työttömien määrä säilynyt lähes samana vuodentakaiseen verrattuna. Kuukausittainen vaihtelu työllisyys- ja työttömyysluvuissa voi olla suurta, joten tilastoja tarkastellaan pääsääntöisesti vuositasolla. Tilastoja pidetään myös työvoiman ulkopuolella olevista työikäisistä, joiden määrä uusimmassa tutkimuksessa oli vähentynyt edellisvuoteen verrattuna. Työvoiman ulkopuolella olevaan työikäiseen väestöön kuuluvat muun muassa opiskelijat, varusmiehet, vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat sekä pitkäaikaisesti sairaat (Leskinen, 2020).

Kansaneläkelaitoksen tilastot antavat käsitystä työllisten työikäisten terveydentilasta ja siinä tapahtuvista muutoksista valtakunnallisella tasolla (Kansaneläkelaitos, 2022). Kansaneläkelaitos, eli Kela, korvaa hakemusten perusteella pitkistä sairauspoissaoloista koituneita ansiomenetyksiä sairauspäivärahoina. Uusimpien tilastojen mukaan sairauspäivärahan saajien määrä on ollut lievässä kasvussa ja sitä sai vuoden 2021 aikana 9,5 % 16–67-vuotiaista, jotka eivät olleet eläkkeellä. Eniten pitkiä sairauspoissaoloja aiheuttivat Kelan tilastojen mukaan mielenterveyden häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Pitkittyneet poissaolot voivat usein johtaa työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen. Sairauspoissaolot tuovat taloudellisia menetyksiä sekä työnantajalle että yhteiskunnalle ja pitkään jatkunut työkyvyttömyys on myös sairastuneelle työntekijälle taloudellinen riski (Martimo & Ala-Mursula, 2021). Sairauspoissaolojen kustannukset pelkästään Kelan maksamina sairauspäivärahoina ovat vuosittain satoja miljoonia euroja.

2.1 Työikäisten työkyvyn haasteet ja työkyvyn heikentyminen

Yhteiskunnan kehittyessä myös työelämän vaatimukset ja työhyvinvointia kuvaavat käsitteet muuttuvat ja kehittyvät (Halava ym., 2022). Työn imusta puhutaan nykyään enenevässä määrin ja käsitteellä tarkoitetaan työntekijän tunnetilaa, jolloin hän nauttii työstään kokien itsensä motivoituneeksi ja työnsä mielekkääksi. Työntekijä voi kuitenkin uupua työssään hyvästä työn imusta huolimatta, mikäli työn vaatimukset ovat liian suuret ja tilanne pitkittyy eikä palautumiselle jää enää aikaa. Nyky-yhteiskunnassa sosiaaliset taidot ovat tärkeässä roolissa ja ihmisen tulisi kyetä hallitsemaan ja säätelemään tunteitaan. Tunteidensäätelytaidot ja luovuus

korostuvat lähes kaikissa ammateissa alasta riippumatta ja ihmisen odotetaan haluavan kehittää ja haastaa itseään jatkuvasti. Liiallisuuksiin viety pyrkimys tehokkuuteen ja kaikkien ympäristön odotusten täyttämiseen voi kuitenkin ennen pitkää vaikuttaa negatiivisesti sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen. Nämä voivat näkyä muun muassa unihäiriöinä, ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja työkyvyn heikentymisenä. Työelämän lisäksi tehokkuuden ja tuotteliaisuuden pyrkimykset kohdistetaan usein myös muihin elämän osa-alueisiin. Työikäisen elämäntilanteeseen voi kuulua perhe-elämä haasteineen ja kiireineen, työn ohessa suoritettavat opinnot tai muu ammatilliseen kehittymiseen tähtäävä toiminta ja muihin kiinnostuksenkohteisiin asetetut tavoitteet. Äärimmillen viety toimintakulttuuri johtaa helposti kokemuksen omasta arvottomuudesta ja riittämättömyydestä, ja elämän hallittavuus voi tuntua karkaavan käsistä.

Työkyky muodostuu kokonaisuudessaan erilaisista osa-alueista, jotka tukevat ja täydentävät toisiaan (Työterveyslaitos, i.a.). Olennaisena perustana työkyvylle ovat yksilön terveys sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Työkykyyn kuuluvat myös ammattiosaaminen ja sen kehittäminen, motivaatio, yksilön ja työpaikan arvot ja asenteet, sekä työyhteisö, esihenkilötoiminta ja työskentely-ympäristö ja -olosuhteet. Työpaikan ulkopuolisia työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat työntekijän asuinympäristö, perhe ja muu lähiyhteisö. Yksilöllisyyden vuoksi työkyvyn lähtökohta on kuitenkin ihmisen oma subjektiivinen arvio omasta tilastaan (Hynninen ym., 2020). Työkyvyn itsearviointi auttaa tunnistamaan jo varhaista työkyvyn heikkenemistä, jolloin tilanteeseen voidaan puuttua ja tehdä tarvittavia tukitoimia työkyvyn parantamiseksi tai säilyttämiseksi. Suomalaisilla työkyvyn osittaisen menetyksen aiheuttavat yleisimmin tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja masennus (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), 2019a).

Suomen pitkäaikaistyöttömissä on suuri joukko ihmisiä, jotka ovat työkykynsä osalta osatyökykyisiä (Haatainen, 2022). Henkilö ei tällöin ole kokonaan työkyvytön, mutta kyetäkseen työskentelemään, hän tarvitsee toimenkuvan ja työtehtävien muokkaamista tai tukea työskentelyyn. Työkyvyn osittainen alentuminen voi olla hetkellistä, ja osatyökykyisten joukko on hyvin monimuotoinen (THL, 2019a). Joukko koostuu muun muassa pitkäaikaissairaista tai sairaudesta toipuvista, vammaisista ja huomattavia sosiaalisia ongelmia tai kriisejä kohdanneista ihmisistä.

Samankaltaiset tekijät vaikuttavat sekä täydelle että osittaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (Hannu ym., 2016). Näitä tekijöitä ovat pitkäaikaissairaudet, työn henkinen ja

fyysinen kuormittavuus, alempi ammattiasema ja tulotaso, ylipainoisuus, uniongelmat sekä ikääntyminen ja sen mukanaan tuoma heikentynyt toimintakyky. Työikäisten työkykyä tukeviin toimijoihin kuuluvat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuolto, Kelan ja TE-toimiston asiantuntijat sekä työpaikkojen mahdollinen johto ja esihenkilöt (Juvonen-Posti ym., 2021). Työssäkäynnin mahdollistuminen on yhteydessä ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin, mutta osatyökykyisten työllistymiseen on liittynyt muun muassa etuus- ja palvelujärjestelmien ongelmia, joiden olemassaolo on kuitenkin tiedostettu yhteiskunnan päättäjiä keskuudessa (Haatainen, 2022). Hallituksen valmisteleva Työkykyohjelma tavoittelee osatyökykyisten työllistymisen parantamista ja helpottamista (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), 2022). Ohjelman toimet kohdistuvat työttömiin ja sen tavoitteina ovat muun muassa osatyökykyisten tuen tarpeen tunnistaminen, työllistämispalveluiden kehittäminen ja ratkaisujen etsiminen osatyökykyisten rekrytointiin ja sosiaaliturvaetuuksiin tarvittaviin uudistuksiin.

2.2 Työttömyyden ja pitkäaikaissairauksien merkitys työikäiselle

Työikäisellä vakituinen työ ja työyhteisöön kuuluminen tuovat mukanaan terveyttä edistäviä tekijöitä, kuten taloudellisen toimeentulon ja sosiaalisen kanssakäymisen (Pekkala ym., 2012). Ennakoon harkittu tai odotettu työsuhteen päättymisen voi olla hetkellisesti helpotettava kokemus, mikäli siihen on johtanut työn liiallinen kuormittavuus (Hult ym., 2016). Tällöin työelämästä poistuminen voi tuoda mukanaan myös positiivisia vaikutuksia mahdollistaen esimerkiksi kuntoutumisen, oman osaamisen kehittämisen jatkokouluttautumalla tai ammattialan vaihtamisen kokonaan.

Sekä suunniteltu että suunnittelematon työelämän ulkopuolelle siirtyminen voi kuitenkin olla shokki ja horjuttaa elämän merkitykselliseksi kokemista (Hult ym., 2016). Työttömyys voi aiheuttaa arvottomuuden tunnetta ja häpeää omasta tilanteesta sekä pelkoa taloudellisiin ongelmiin ajautumisesta. Arjen sisällön muuttuessa tuttu päivärytmi katoaa, sosiaalinen vuorovaikutus ja muiden ihmisten kohtaaminen kasvotusten voivat vähentyä ja työttömäksi päätenyt voi passivoitua. Pitkään jatkuva työttömyys voi aiheuttaa yhteisöistä ja yhteiskunnasta syrjäytymistä ja johtaa muun muassa vähäisempään terveyspalveluiden käyttöön, mikä heikentää yksilön sekä fyysistä että psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia (Kerätär, 2016).

Työttömäksi jäämiseen tai pelkoon työsuhteen päättymisestä liittyy usein epävarmuutta tulevaisuudesta, lisääntyneitä stressiä, masennusta ja ahdistusta (Pekkala ym., 2012).

Työttömyys voikin osaltaan olla osatekijänä tai aiheuttajana erityisesti mielenterveyden häiriöiden sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien syntymiselle (Kerätär, 2016). Työttömyyden kokonaisvaltaiset vaikutukset voivat aiheuttaa elämäntapojen muuttumisen epäterveellisemmiksi (Pekkala ym., 2012), ja ne yhdessä psyykkisen kuormituksen tuoman stressin kanssa ovat merkittävimpiä aiheuttajia myös verenpaineen kohoamiselle (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Elämäntavoissa tapahtuvia negatiivisia muutoksia ilmenee usein etenkin pitkään jatkuneen työttömyyden seurauksena (Pekkala ym., 2012). Näitä muutoksia voivat olla muun muassa liikkumisen väheneminen, päihteidenkäytön lisääntyminen ja epäterveellisempi ravitsemus, jotka lisäävät riskiä myös ylipainon kertymiselle (Hult ym., 2016).

Terveyskäyttäytymisen muutokset vaikuttavat osaltaan työttömien korkeampaan sairastavuuteen työllisiin verrattuna, mutta terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat valinnat työttömyyden aikana eivät aina ole yksilön vapaasti päätettävissä (Hult ym., 2016). Yksilön käytettävissä olevien voimavarojen ja taloudellisten resurssien niukkuus voivat ohjata tekemään terveyden kannalta haitallisempia valintoja. Vaikka työttömyyden on osoitettu vaikuttavan negatiivisesti terveyteen, asiaa voidaan katsoa myös toisesta suunnasta, sillä huonompi terveys ja sairastavuus ovat myös työttömäksi joutumisen ja pitkittyvän työttömyyden riskitekijöitä. Heikompi terveydentila vaikeuttaa etenkin uudelleen työllistymistä (Kerätär, 2016). Pitkäaikaisen työttömyyden taustalla on usein myös jokin pitkäaikaissairaus (Maunu ym., 2023).

Suomessa pitkäaikaisia kansansairauksia ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet sekä mielenterveysongelmat (THL, 2019b). Pitkäaikaissairaudesta puhutaan yleensä silloin, kun sairaus on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään kuusi kuukautta ja johon henkilön tulisi saada säännöllistä hoitoa (SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, 2018). Pitkäaikaissairauksien vaikutukset toimintakykyyn vaihtelevat ja niiden hoidon kustannukset ovat erilaisia. Työikäisellä sairaus voi vaikuttaa heikentävästi sekä kykyyn toimia nykyisessä työtehtävässä että toimeentuloon ollen näin huomattava taloudellinen taakka. Sairauden aiheuttama taloudellinen haaste liittyy usein lääkekustannuksiin, joiden vuoksi sairastunut voi joutua karsimaan myös terveyteen vaikuttavista perustarpeista kuten hyvästä ravitsemuksesta.

3 KOHONNUT VERENPAINEN JA VERENPAINETAUDIN HOITO

Käsitteenä verenpaine tarkoittaa ihmisen verenkiertoelimistössä olevaa painetta (Terveysportti, i.a.-a). Kohonneesta verenpaineesta, eli hypertensiosta, puhutaan silloin, kun paine on jatkuvasti normaalia korkeammalla tasolla (Terveysportti, i.a.-b) ja tällöin käytetään myös termiä verenpainetauti (Mustajoki, 2020). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2020b) mukaan ihanteellinen verenpaineen taso on alle 120/80 mmHg, ja ainoastaan joka viidennen suomalaisen aikuisikäisen verenpaine on kyseisellä tasolla. Verenpaineen katsotaan olevan kohonnut, mikäli se on toistuvasti asiakkaan itse mittaamana kotona vähintään 135/85 mmHg tai terveydenhuollon ammattilaisen mittaamana vastaanottoolosuhteissa 140/90 mmHg tai enemmän. Suomen väkilukuun nähden kohonnut verenpaine on merkittävä kansanterveysriski, sillä siitä kärsii tällä hetkellä noin kaksi miljoonaa suomalaista, ja noin puolella heistä on verenpainetta alentava lääkehoito. Lääkehoitoon ei aina yksin riitä tilanteen parantamiseen, sillä ainoastaan alle puolet lääkehoidossa olevista on päässyt hoitotavoitteeseen. Yleinen verenpaineen hoitotavoitetaso on alle 140/90 mmHg. Yksilöllinen tavoitetaso voi olla alle 130/80 mmHg, mikäli henkilöllä on diabetes, krooninen munuaissairaus tai korkea sairastumisriski ja tavoitteeseen on mahdollista päästä ilman haittavaikutuksia.

Verenpainetaudin kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat perinnöllisen taipumuksen ohella muut sairaudet ja erityisesti sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, muihin sairauksiin liittyvät lääkitykset, elintavat sekä pitkäaikainen ja voimakas psyykkinen kuormitus ja arkielämän stressitekijät (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Epäterveelliset elintavat ovat yleisin kohonneen verenpaineen aiheuttaja (Mustajoki, 2020) ja tällöin kyseessä on primaarinen tai essentiaalinen verenpainetauti, eli verenpaineen kohoamisen syyksi ei voida todeta muuta sairautta tai tilaa (Terveysportti, i.a.-b). Sekundaarisessa verenpainetaudissa puolestaan muut sairaudet, kuten esimerkiksi munuaisten sairaudet, aiheuttavat verenpaineen nousun (Mustajoki, 2020).

Pitkään jatkuessaan kohonnut verenpaine voi aiheuttaa hoitamattomana merkittäviä elinvaurioita (Vaura & Niiranen, 2022). Vaurioita syntyy erityisesti sydämeen, verisuoniin, aivoihin, verkkokalvoihin ja munuaisiin. Kohonnut verenpaine on huomattava terveyttä heikentävä riskitekijä, josta voidaan olla osallisena esimerkiksi sepelvaltimotautiin, sydämen vajaatoimintaan ja eteisvärinänsä sairastumisessa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Lisäksi sen myötä aivohalvauksen, ateroskleroosin, kroonisen munuaissairauden

(Pearce, 2022) sekä verenkiertoperäisen kognitiivisen heikentymän riskit kasvavat (Erkinjuntti & Melkas, 2016). Aivoverenkierron häiriöistä aiheutuvaan kognitiivisen heikentymän käsitteeseen kuuluu useita erilaisia oireyhtymiä, jotka voivat näkyä suppeimmillaan yksittäisen tiedonkäsittelyn osa-alueen heikentymisenä ja laajimmillaan etenevänä verenkiertoperäisenä muistisairautena (Erkinjuntti & Melkas, 2016). Vakavista riskeistä huolimatta kohonnut verenpaine ei itsessään välttämättä aiheuta tuntevia oireita, joiden vuoksi henkilö hakeutuisi tutkimuksiin (Mustajoki, 2020). Korkea verenpaine voi kuitenkin aiheuttaa päänsärkyä, huimausta, näön hämärtymistä, nenäverenvuotoa, hengenahdistusta tai rintakipua (Pearce, 2022), mutta kaikille ihmisille erittäin korkeakaan paine ei aiheuta selkeää oireilua (Mustajoki, 2020).

3.1 Kohonneen verenpaineen hoidon perusteet ja seuranta

Lievästi kohonnutta verenpainetta hoidetaan ensisijaisesti tekemällä muutoksia terveyskäyttäytymiseen (Mustajoki, 2020). Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan toimintaa ja valintoja hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavissa asioissa (Terveyskirjasto, 2016). Näihin lukeutuvat esimerkiksi ravinto ja ruokailutottumukset, liikunta ja arkiaktiivisuus sekä päihteidenkäyttö. Elintavat vaikuttavat myös stressinhallintaan ja palautumiseen, jotka ovat tärkeitä osa-alueita sydän- ja verenkiertoelimistön terveyden edistämiseksi (Blek-Vehkaluoto, 2022). Usein terveyskäyttäytymisen pohja muodostuu tiedostamatta jo lapsuudessa ja vakiintuneet käytännöt vahvistuvat nuoruusiässä siirtyen myöhemmin aikuisuuteen (Terveyskirjasto, 2016). Terveyskäyttäytymistä voi kuitenkin pyrkiä muuttamaan tekemällä tietoisesti erilaisia valintoja luoden uusia tapoja ja tottumuksia. Yksilön tekemillä valinnoilla on myöhemmin ratkaiseva vaikutus terveyteen ja sairastumisriskiin.

Terveyskäyttäytymiseen voivat aikuisiällä vaikuttaa ihmisen omien valintojen lisäksi ulkoiset tekijät ja yhtenä isona osatekijänä on yhteiskunnallinen eriarvoistuminen ja sosioekonomisen aseman heikkeneminen (THL, 2021). Yksilön työtilanteen heikentyessä tai hänen jäädessään pois työelämästä, muutoksia voi ilmetä henkisten voimavarojen lisäksi hyvinvointiin vaikuttavissa aineellisissa voimavaroissa. Heikompi sosioekonominen asema vaikuttaa terveystalvelujen käyttöön ja ongelmat voivat lisääntyä palveluja tarvitsevan jäädessä tai jättäytyessä niiden ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenä keskeisenä tavoitteena on terveyserojen kaventaminen Suomessa (STM, 2019).

Elintapahoidossa kiinnitetään huomiota ravitsemuksen laatuun ja suolan käytön vähentämiseen, fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen, päihteidenkäyttöön, stressiin ja mahdollisen ylipainon hoitoon (Mustajoki, 2020). Mikäli elintapahoidolla ei saavuteta riittävän alhaista verenpainetasoa muutaman kuukauden kuluessa tai taso on jo tutkimusten alussa selkeämmin kohonnut, elintapahoidon rinnalle aloitetaan myös säännöllinen verenpainelääkitys (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Elintapahoidon yhdistäminen lääkehoitoon tehostaa selkeästi käytettävien lääkkeiden vaikutusta (Mustajoki, 2020). Ravitsemuksen muutokset ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen toimivat hoidettaessa myös lääkkeille resistenttiä verenpainetautiä, jota sairastavalla henkilöllä voi olla käytössään jo vähintään kolme optimaalisesti annosteltua verenpainelääkettä, joiden avulla verenpainetta ei kuitenkaan saada laskettua hoitotavoitteeseen (Blumenthal ym., 2021).

Kohonneen verenpaineen lääkehoitoon on käytettävissä useita toimivia lääkeryhmiä (Suojanen & Pörsti, 2022). Tärkeimpiä lääkkeitä ovat tällä hetkellä angiotensiinireseptorin (ATR) salpaajat, angiotensiinikonvertaasin (ACE) estäjät, beetasalpaajat, diureetit ja kalsiumkanavan salpaajat. Lääkehoidossa voidaan käyttää yhtä verenpainelääkettä tai yhdistelmähoitona vähintään kahta eri ryhmään kuuluvaa valmistetta (Nikkilä, 2020). Yhdistelmähoitoon vaikutus on tehokkaampi yksittäisen lääkkeen annoskoon nostamiseen verrattuna. Lääkehoitoon liittyviä mahdollisia haittavaikutuksia voivat olla muun muassa vatsavaivat, huimaus ja päänsärky. Lääkityksen valinnassa huomioidaan aina henkilön muut sairaudet ja käytössä olevat lääkkeet. Verenpainetautiä ei voida parantaa lääkityksellä, vaan lääkkeitä käytetään verenpaineen alentamiseksi ja siten pienentämään kohonneesta verenpaineesta aiheutuvien terveysongelmien ja sairauksien riskiä (Mustajoki, 2020). Lääkitystä voidaan päätyä käyttämään useiden vuosien tai koko eliniän ajan, mikäli elintapahoidolla ei onnistuta saamaan verenpainetasoa hoitotavoitteeseen.

Kotona tapahtuva mittaus on verenpainetason seurannassa optimaalisin vaihtoehto, sillä vastaanotto-olosuhteissa ympäristön stressitekijät ja jännitys voivat saada verenpaineen nousemaan, jolloin tulos on korkeampi kuin kotona mitattaessa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Ennen mittausta tulee levätä vähintään puolen tunnin ajan ja välttää nikotiinia, kofeiinia sekä muita piristeitä. Aktiivisessa kotiseurannassa mittaus tehdään sekä aamulla että illalla ennen mahdollisten verenpainelääkkeiden ottamista. Mittaus suoritetaan kaksi kertaa peräkkäin noin kahden minuutin välein ja tulosten keskiarvot kirjataan muistiin ainakin neljän päivän ajalta.

Verenpaineen voi mitata itse myös terveydenhuollon toimipaikkojen järjestämissä mittauspisteissä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Omaseurannassa voi hyödyntää lisäksi muun muassa Suomen Punaisen Ristin terveystalvupisteitä, joissa verenpaineen voi mittauttaa maksutta (Suomen Punainen Risti, i.a.). Verenpaineen mitataan tarvittaessa myös sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b).

Normaalilla tasolla olevaa verenpainetta seurataan suorittamalla tarkistusmittaukset joka toinen vuosi, mutta lievästäkin koholla olevaa painetta tulee seurata joka vuosi vähintään yhdellä aktiivisella kotimittausjaksolla (Hekkala, 2022a). Lääkehoidon tarvetta arvioitaessa seurantamittauksia tehdään tilanteen mukaan 1–6 kuukauden välein. Aloitetun lääkehoidon tai sen muutosten yhteydessä seuranta puolestaan jatketaan vähintään joka toinen kuukausi hoitotavoitteen saavuttamiseen saakka (Nikkilä, 2022). Hoitotavoitteessa olevan verenpaineen seuranta jatkuu yksilöllisesti henkilön muun terveydentilan ja käytettävän lääkityksen mukaan. Seuranta voi tällöin tapahtua sähköisen asiainnin kautta, puhelimitse tai terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotolla. Saavuttamaton hoitotavoite tai verenpainelääkkeiden reseptien uusiminen edellyttävät vastaanottokäyntiä tilanteen selvittämiseksi ja arvioimiseksi (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b).

3.2 Terveyttä edistävä ruokavalio ja verenpainetaudin ravitsemushoito

Terveyttä edistävän ja tukevan ruokavaliokokonaisuuden muodostamiseksi on laadittu suomalaiset ravitsemussuositukset, jotka huomioivat suomalaisen kulttuurin ruoan ja ruokaan liittyvien tottumusten suhteen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Suositukset koskevat koko tervettä ja fyysisesti kohtuullisen aktiivista väestöä, ja niitä voidaan hyödyntää terveydenhuollossa asiakkaiden ja potilaiden ohjaamisessa. Terveystilan muutokset vaikuttavat myös ravitsemukseen ja ravintoaineiden tarpeeseen, mutta yleiset ravitsemussuositukset toimivat perustana myös erilaisten sairauksien ravitsemushoidon suunnittelussa.

Ravitsemus on huomattava osatekijä monien sairauksien, kuten verenpainetaudin, sepelvaltimotaudin ja tyypin 2 diabeteksen, kehittymisessä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Ruokavaliion vaikutukset kehittyvät pitkällä aikajänteellä, eivätkä yksittäiset ateriat tai ruoka-aineet vaikuta heikentävästi tai edistävästi terveyteen. Terveellisyyden näkökulmasta

ruokavalion kokonaisuudella on merkitystä, ja tämä kokonaisuus muodostuu ravintoaineiden saannin osalta viikkojen, kuukausien ja vuosien myötä.

Terveyttä edistävään ravitsemukseen kuuluu ravintoaineiden ohella myös säännöllinen ateriarytmi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Suositeltavaan rytmiin kuuluu päivittäin 4–5 ateriaa, joiden ajankohdat voidaan määrittää yksilön arkeen sopiviksi. Ateriarytmin pitäminen säännöllisenä auttaa kontrolloimaan syömiskäyttäytymistä pitämällä verensokerin tasaisena, eikä nälkä pääse yltyämään kohtuuttomaksi. Pitkät ja epäsäännölliset ateriavälit voivat lisätä ylimääräistä napostelua aterioiden välillä tai johtaa tilanteeseen, jossa ruokaa tulee ahmittua liikaa kerralla. Myöhäiseen iltaan sijoittuvan ylensyömisen ja tällöin nautitun heikkolaatuisen ravinnon, kuten jalostettujen viljatuotteiden, alkoholin ja runsaasti punaista lihaa sisältävien ruokien, on todettu heikentävän verisuoniterveyttä erityisesti henkilöillä, joilla on sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä (Basdeki ym., 2022). Napostelun välttäminen edistää myös hammasterveyttä, ja annoskokojen pysyminen normaalina auttaa painonhallinnassa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018).

Yksittäisen aterian koostamisessa voidaan käyttää apuna lautasmallia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Mallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, yksi neljäsosa hiilihydraatin lähteellä ja yksi neljäsosa proteiinien lähteellä. Lautasmallin mukainen ateria täydennetään täysjyväleivällä ja jälkiruoaksi sopivat hedelmät ja marjat. Suositeltavia ruokajuomia ovat rasvaton maito ja piimä sekä janojuomana vesi. Juomien lisäksi nesteitä saadaan ruoan mukana, ja lähtökohtaisesti juodun nestemäärän tulisi olla aikuisilla vähintään 1–1,5 litraa eli noin 5–8 lasillista vuorokaudessa (Ruokavirasto, 2022). Nesteentarvetta nostavat muun muassa korkea ympäristön lämpötila, fyysinen aktiivisuus ja kuume, joiden vaikutuksesta nestettä haihtuu elimistöstä enemmän.

Energiantarve on yksilöllinen ja siihen vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden lisäksi perusaineenvaihdunta, johon puolestaan vaikuttavat henkilön ikä, sukupuoli ja paino (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Tarkkaa suositusta energiansaannista ei siten yleisesti ole, vaan energiantarpeen arvioinnissa voidaan käyttää ravitsemussuosituksen määrittämiä painonhallintaa tukevia energiansaannin viitearvoja. Aikuisten viitearvot ovat miehillä 9,7–13,2 MJ/vrk ja naisilla 8,1–10,5 MJ/vrk. Suomessa tehdyn FinRavinto 2017 -tutkimuksen mukaan miesten energiansaanti oli vuorokausitasolla keskimäärin 9,5 MJ ja naisten 7,3 MJ (Valsta ym., 2018, s. 64). Tutkimukseen osallistuneista naisista 22 % ja miehistä 28 % havaittiin kuitenkin energian aliraportoijiksi. Jätettäessä nämä huomioimatta keskimääräinen energiansaanti on

miehillä 10,5 MJ ja naisilla 8,1 MJ. Merkittävimmät energianlähteet suomalaisten ruokavalioissa ovat vilja- ja maitovalmisteet sekä liha- ja kananmunaruokat.

Ravitsemuksessa energiantarve täytetään energiaravintoaineilla, joita ovat hiilihydraatit, rasvat ja proteiinit sekä alkoholi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Alkoholi ei kuulu terveyttä edistävään ruokavalioon tarvittaviin ravintoaineisiin, joten sen saannille on aiemmin asetettu ylärajaksi 5 % vuorokauden kokonaisenergiamäärästä, eikä sen pitäisi olla osa päivittäistä ruokavaliota. Vuonna 2023 julkaistut pohjoismaiset ravitsemussuositukset suosittelevat välttämään alkoholia kokonaan (Blomhoff ym., 2023). Mikäli alkoholia halutaan käyttää, käyttömäärän tulisi olla mahdollisimman vähäistä, sillä sen käytölle ei määritettävissä turvallista raja-arvoa.

Ruokavalion kokonaisenergiamäärästä hiilihydraattien suositeltava osuus on 45–60 %, mutta määrääkin tärkeämpää on hiilihydraattien laatu (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Ruokavalion lisätty sokeri kuuluu hiilihydraatteihin ja sen tulisi kattaa kokonaisenergiamäärästä alle 10 %. Laadukkaita hiilihydraattien lähteitä ovat kasvikset, täysjyväviljavalmisteet, marjat ja hedelmät. Näiden lähteiden suosiminen ruokavaliossa auttaa myös täyttämään kuidun päivittäisen saantisuosituksen, joka on minimissään 25–35 grammaa. Päivittäisen ruokavalion olisi hyvä sisältää täysjyväviljaa kuivapainoltaan vähintään 90 gramman verran (Blomhoff ym., 2023). Täysjyväviljan käyttö pienentää muun muassa sepelvaltimotaudin riskiä ja auttaa alentamaan veren kokonaiskolesterolia sekä systolista verenpainetta.

Suosituksen mukainen hiilihydraattien osuus suomalaisten ruokavaliossa täyttyy harvoin (Valsta ym., 2018, s. 68). Vain noin 30 %:lla hiilihydraattien osuus kokonaisenergiamäärästä on riittävä loppujen jäädessä ravitsemussuosituksissa määritellyn alarajan alle. Suurin osa hiilihydraateista saadaan viljoista, maidosta, sokerista, makeisista sekä hedelmistä ja marjoista. Myös kuidun saanti jää suomalaisten ravitsemuksessa suositeltavaa alhaisemmaksi ollen keskimäärin 21 grammaa vuorokaudessa.

Rasvan kokonaismäärä ruokavaliossa koostuu erilaisista rasvahapoista, ja ne voidaan jakotella kerta- ja monitydyttymättömiin, eli pehmeisiin, sekä tyydyttyneisiin, eli koviin, rasvoihin (Schwab, 2020c). Rasvojen suositeltava osuus ruokavalion kokonaisenergiamäärästä on 25–40 % painottuen siten, että tyydyttymättömiä rasvahappoja olisi vähintään 2/3 rasvojen määrästä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Tyydyttyneiden rasvahappojen osuus ruokavaliossa on sama kuin lisätyn sokerin, eli senkin osuuden kokonaisenergiamäärästä tulisi

olla alle 10 %. Terveiden kannalta välttämättömiä ravinnosta saatavia rasvoja ovat monityydyttymättömät omega-3- ja omega-6-sarjojen rasvahapot, joita ei muodostu ihmisen elimistössä toisin kuin kertatyydyttymättömiä ja tyydyttyneitä rasvahappoja (Schwab, 2020c).

Terveellisiä rasvanlähteitä ovat useimmat kasviöljyt ja niistä valmistetut margariinit ja rasvalevitteet, pähkinät, siemenet ja mantelit (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Kasviöljyistä palmu-, palmunydin- ja kookosöljy sisältävät pääasiassa tyydyttynyttä rasvaa, joten niiden päivittäinen käyttö ei ole suositeltavaa. FinRavinto 2017 -tutkimuksen mukaan suomalaisista noin kolmanneksen ruokavaliossa rasvan määrä on ravitsemussuositusten määrittämää ylärajaa suurempi (Valsta ym., 2018, s. 74–76). Tyydyttyneiden rasvahappojen saantisuosituksen ylittää 97 % miehistä ja 94 % naisista. Tyydyttyneen rasvan merkittävimmät lähteet suomalaisten ruokavalioissa ovat maito ja liha. Tyydyttymättömien rasvahappojen määrä ruokavalioissa on yleensä riittävä ja niiden tärkeimpiä lähteitä ovat liharuoat, öljyt ja rasvalevitteet sekä viljavalmistetut.

Ruokavalion kokonaisenergiamäärästä 10–20 % tulisi saada proteiineista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Suositeltavia eläinperäisiä proteiinien lähteitä ovat rasvattomat ja vähärasvaiset maitovalmistetut, kala, liha ja kananmunanvalkuainen. Kalaa on suositeltavaa sisällyttää ruokavalioon viikkotasolla 300–450 grammaa, josta vähintään 200 grammaa rasvaisena kalana (Blomhoff ym., 2023). Suositetut grammamäärät koskevat kypsennettyä kalaa. Lihan osalta vaalea siipikarjanliha on punaista naudan-, sian- ja lampaanlihaa laadukkaampi vaihtoehto vähäisemmän rasvamäärän ja paremman rasvan laadun vuoksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Aiemmin punaisen lihan ja lihavalmistetuiden osalta tuotteita oli suositeltavaa käyttää viikkotasolla enintään 500 g kypsennettynä. Raakapainona määrä vastaa noin 700–750 grammaa lihaa. Uudet pohjoismaiset ravitsemussuositukset määrittävät nykyään suositelluksi maksimimääräksi 350 grammaa kypsennettyä lihaa viikossa (Blomhoff ym., 2023).

Punaisen lihan kulutuksen on osoitettu itsenäisesti yhdistyvän kohonneen verenpaineen todennäköisyyteen (Ba ym., 2022) ja korkeampaan sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuuden riskiin ilman muiden elintapojen tai geneettisten riskitekijöiden vaikutusta yhteyteen (Wang ym., 2022). Mitä useammin ruokavalio sisältää punaista lihaa, sitä suuremmaksi riski kasvaa. Punaisen lihan ja erityisesti punaista lihaa sisältävien lihajalosteiden kulutuksen pitäminen mahdollisimman vähäisenä, ja vaihtaminen esimerkiksi siipikarjanlihaan, kalaan tai palkokasveihin, auttaa osaltaan ehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumista ja

niistä johtuvia ennenaikaisia kuolemia (Hidayat ym., 2022). Korvattaessa ruokavalion lihaval-misteita muilla proteiininlähteillä myös kohonneen verenpaineen todennäköisyys laskee (Ba ym., 2022).

Kasviperäisiä proteiinien lähteitä suositellaan käytettäväksi monipuolisesti ruokavalion laa-dukkaan aminohappoprofiiliin varmistamiseksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Soijaproteiini on aminohappoprofiililtaan lähes yhtä laadukasta kuin eläinkunnan tuotteista saatavat proteiinit. Muita suositeltavia lähteitä ovat palkokasvit, täysjyvävilja, tofu, pähkinät ja siemenet. Suurin osa suomalaisista saa ruokavaliostaan riittävästi proteiinia ja viidenneksellä proteiininsaanti on suositeltavaan määrään verrattuna suurempaa (Valsta ym., 2018, s. 66). Vajavaista proteiininsaanti on todennäköisimmin 65 vuotta täyttäneillä. Ikääntyvillä suositel-tava proteiinin määrä on hieman korkeampi, ja ruokavalion kokonaisenergiasta sen osuuden tulisi heillä olla 15–20 %. Ruokavalion proteiineista 2/3 suomalaiset saavat eläinperäisistä tuotteista ja merkittävimmät lähteet ovat liha ja maito.

Päivittäisen ruokavalion olisi suositeltavaa sisältää monipuolisesti yhteensä vähintään puoli kiloa kasviksia, marjoja ja hedelmiä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Näiden tuot-teiden riittävä määrä ruokavaliossa auttaa turvaamaan myös riittävän vitamiinien, kivennäis-aineiden ja kuitujen saannin. Liian vähäinen vitamiinien ja kivennäisaineiden määrä ruokava-liossa johtaa muun muassa suurempaan riskiin sairastua moniin pitkäaikaissairauksiin.

Monipuolista ja ravitsemussuosituksia mukailevaa ruokavaliota noudatettaessa erillisten ra-vintolisien tarve on vähäistä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Ainoastaan D-vitamiin riittävä saanti on hyvä varmistaa sopivalla vitamiinilisällä tai sisällyttämällä ruokavalioon riittävä määrä D-vitamiinoituja elintarvikkeita. FinRavinto 2017 -tutkimuksen mukaan D-vita-miinia saa suositusten mukaisen määrän, eli 10 µg/vrk, 73 % miehistä ja 49 % naisista (Valsta ym., 2018, s. 92). Keskimääräisen tarpeen alittaa miehistä 14 % ja naisista 30 %. Muiden ravintolisien tarve ja käyttö tulee arvioida tapauskohtaisesti, sillä ravintolisien run-saalla käytöllä voi olla negatiivisia terveysvaikutuksia, eikä niillä tulisi pyrkiä perusteettomasti korjaamaan puutteellista ruokavaliota (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018).

Terveyttä edistävän ruokavalion koostamisessa tulee huomioida käytettävien raaka-aineiden ohella myös suolan kokonaismäärä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Runsas suo-lan käyttö, ja sitä kautta liiallinen natriumin saanti, lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin sekä verenpaineautiin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b).

Ihmisen fysiologinen natriuminsaannin tarve on 230 mg/vrk, ja turvalliseksi vähimmäisannokseksi on määritelty 575 mg/vrk. Tämän tarpeen täyttämiseen suolaa tarvitaan ainoastaan 1,5 g/vrk suomalaisten suolansaannin ollessa keskimäärin 9,5 g/vrk miehillä ja 7 g/vrk naisilla. Suositeltavan määrän ylittää 99,8 % miehistä ja 96 % naisista (Valsta ym., 2018, s. 112). Eniten suolaa saadaan teollisista elintarvikkeista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018), joihin lisätty suola kattaa yli puolet suomalaisten päivittäisestä natriuminsaannista (Valsta ym., 2018, s. 112). Elintarvikkeista erityisesti liha- ja viljavalmisteet sekä maitotaloustuotteet tuovat ravitsemukseen merkittävimmän osan lisätystä suolasta (Valsta ym., 2018, s. 112). Kansallisen suolan saannin vähentämiseksi on tehty yhteistyötä eduskunnan ja elintarviketeollisuuden kesken, ja elintarvikkeiden suolapitoisuuden vähentämisellä entisestään tavoitellaan ravitsemuksen parempia terveysvaikutuksia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Kuluttaja voi itse vaikuttaa ruokavalionsa suolapitoisuuteen valitsemalla vähäsuolaisempia tuotteita ja karsimalla suolankäyttöä ruoan valmistuksessa.

Käytännön ruokavalintoja tehtäessä kuluttajaa auttavat elintarvikepakkausten ainesosaluettelot ja ravintoarvomerkinnot (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Merkintöjen avulla saman tuoteryhmän elintarvikkeita voi vertailla keskenään ja tehdä terveyden kannalta parempia valintoja. Joissakin elintarvikepakkausissa on Sydänmerkki, joka myönnetään tuotteille, jotka ovat tuoteryhmässään hyviä valintoja ravintosisältönsä suhteen. Kriteereissä voidaan tarkastella tuoteryhmän mukaan esimerkiksi suolan tai kuidun määrää. Sydänmerkkiä ei automaattisesti lisätä kaikkiin kriteerit täyttäviin elintarvikepakkausihin, vaan asiantuntijaryhmä voi myöntää sen tuotteelle valmistajan hakemuksesta, joten ravintoarvomerkinnot avulla on löydettävissä paljon hyviä vaihtoehtoja, joissa ei kuitenkaan ole erillistä Sydänmerkkiä.

Elintarvikepakkausissa olevista ravintoarvomerkinnoista selviää tuotteen sisältämä energiamäärä tavallisesti 100 grammaa tai 100 millilitraa ja joskus myös annosta kohden (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Lisäksi merkinnöistä selviää hiilihydraatin määrä ja sokereiden osuus hiilihydraateista, proteiinin, suolan ja rasvan määrä sekä rasvojen laatu. Etenkin viljatuotteista löytyy usein myös tuotteen sisältämän ravintokuidun määrä. Ainesosaluettelossa kerrotaan kaikki tuotteen sisältämät ainesosat listattuna järjestykseen siten, että ensimmäisenä listassa olevaa ainesosaa on tuotteessa painon mukaan eniten ja viimeisenä olevaa vähiten.

Ravitsemussuosituksia mukailevan ruokavalion vaikutus kohonneen verenpaineen hoidossa vastaa tasoltaan lääkehoitoa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Ravitsemuksen

osalta merkittävin verenpaineen kohoamiseen vaikuttava riskitekijä on runsas suolan käyttö ja sitä kautta liiallinen natriumin saanti (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Suolan vaikutus verenpaineeseen perustuu sen aiheuttamaan veritilavuuden lisääntymiseen (Sand ym., 2012, s. 290–291). Natrium sitoo elimistöön vettä, jolloin myös veren määrä lisääntyy, mikä puolestaan nostaa painetta verisuonissa. Lisäksi liiallinen natrium aiheuttaa valtimoiden jäykistymistä, mistä seuraa verenpaineen kohoaminen verisuonten kimmoisuuden vähentyessä (Jula, 2013).

Natriumia poistuu elimistöstä hikoilun sekä ulosteiden välityksellä (Jula, 2013). Tämän lisäksi munuaisten toiminta on keskeisessä osassa elimistön suolatasapainon ja verenpaineen säätelyssä. Tarvittavaa suurempi natriuminsaanti nostaa kohoavan verenpaineen ohella suodatuspainetta munuaiskeräsissä, jolloin natriumin kertyminen elimistöön voi tasapainottua kuormittaen kuitenkin sydäntä ja verisuonia. Jatkuva ylikuormitus verenpainetta säätelevissä elimissä johtaa vähitellen niiden vaurioitumiseen, mikä puolestaan nostaa verenpainetta entisestään.

Verenpainetaudin hoidossa tavoitellaan ruokasuolan osalta alle 5 gramman vuorokausianosta (Nikkilä, 2022). Määrä vastaa noin yhtä teelusikallista suolaa (Pusa, 2021). Lääkityksen kannalta vähäisempi natriumin saanti tehostaa diureettien, beetasalpaajien, ACE:n estäjien ja ATR:n salpaajien vaikutusta ja parantaa näin lääkehoidon tuloksia. Natriumin vähentäminen ruokavaliossa vaikuttaa alentavasti verenpaineeseen sekä ihmisillä, joiden verenpaine on normaali, että heillä, joiden verenpainetaso on kohonnut (Graudal ym., 2020). Vaikutus on kuitenkin huomattavampi henkilöillä, joiden verenpaine on korkeampi.

Käytännössä suolan vähentäminen ruokavaliossa onnistuu valitsemalla vähäsuolaisempia ja suolaamattomia elintarvikkeita (Pusa, 2021). Erityisesti huomioitavia ruokia ja raaka-aineita ovat valmisruoat, liha ja lihajalosteet, juustot, viljavalmisteet, säilykkeet, mausteseokset ja -kastikkeet. Ruoanvalmistuksessa suolaa voi korvata mausteilla ja mausteseoksilla sekä mineraalisuoloilla, joissa natriumpitoisuus on pienempi kuin tavallisessa ruokasuolassa. Erikoisuolojen, kuten ruususuolan, käytössä tulee huomioida, että ne sisältävät pääasiassa yhtä paljon natriumia kuin ruokasuola, mutta ne eivät sisällä juurikaan jodia ja muidenkin kivennäis- ja hivenaineiden määrä on vähäinen, joten niiden käyttö ei tuo terveydellisiä etuja. Suolan vähentämisessä auttaa merkittävästi sen lisääminen joko jo valmiiseen ruokaan tai aivan valmistuksen loppupuolella (Sydänmerkki, i.a.). Tällöin suola maistuu ruoassa paremmin vähäisemmälläkin määrällä, eikä imeydy ruokaan, jolloin makukin laimenee ja suolaa tulee

helposti lisättyä entisestään. Vähennettäessä suolan kokonaismäärää asteittain makuaisti tottuu muutokseen muutaman viikon kuluessa (Pusa, 2021).

Suolan rajoittamisen lisäksi kohonneesta verenpaineesta kärsivien on hyvä välttää ruokavaliossaan lakritsia ja salmiakkia sisältäviä tuotteita (Nikkilä, 2022). Lakritsiuutetta voivat sisältää myös muun muassa tietyt teet, alkoholijuomat, nuuska, luontaistuotteet, purukumit ja muut makeiset (Tikkanen & Jula, 2020). Ohje perustuu tuotteiden sisältämään glykyrretiinihappoon, jonka vaikutuksesta elimistön elektrolyyttitasapaino muuttuu natriumin erityksen vähentyessä ja kaliumin erityksen lisääntyessä (Nikkilä, 2022). Muutos voi saada aikaan verenpaineen kohoamisen (Nikkilä, 2022). Erityisen herkästi lakritsiuutteeseen voivat reagoida verenpainetauti sairastavat, ikääntyneet sekä henkilöt, joiden munuaisten toiminta on heikentynyt (Tikkanen & Jula, 2020). Lakritsiuutetta sisältävien tuotteiden käyttö voi vaikuttaa verenpaineeseen useiden viikkojen ajan.

Ravitsemussuosituksen mukaisesti koostettu ruokavalio toimii sellaisenaan kohonneen verenpaineen ehkäisyssä ja hoidossa, mutta asiakasohjauksessa huomiota voidaan suunnata erityisesti verenpainetta alentaviin osatekijöihin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Suomalaisista aikuisista suurimman osan ruokavalio ei sisällä suositeltua määrää kasviksia, hedelmiä ja marjoja (Kaartinen ym., 2018, s. 49). Kyseisten raaka-aineiden runsas käyttö ruokavaliossa auttaa kuitenkin verenpaineen alentamisessa muun muassa niiden sisältämän kaliumin vuoksi (Sinkko & Leinonen, 2021). Kaliumin osuus verenpaineen alentamisessa perustuu sen natriumin erittymistä lisäävään vaikutukseen (Jula, 2013). Lisäksi kasvikunnan tuotteista saatavalla kuidulla sekä magnesiumilla on suotuisat vaikutukset verenpaineeseen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Kasvien ja hedelmien käytön vaikutus tehostuu entisestään vähennettäessä samalla natriumin saantia tai lisättäessä ruokavalioon myös maitotaloustuotteita (Sipilä ym., 2020).

Maitovalmisteiden sisältämä kalsium auttaa osaltaan alentamaan verenpainetta (Cormick ym., 2022) ja vuonna 2018 julkaistujen ravitsemussuosituksen mukaan ruokavaliosta tulisi saada päivittäin vähintään 800 mg kalsiumia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Kesällä 2023 julkaistut uudet pohjoismaiset ravitsemussuositukset ohjeistavat uusimpiin tutkimustuloksiin pohjautuen kalsiumin suositeltavaksi päiväsaanniksi 950 mg sekä naisille että miehille (Blomhoff ym., 2023). Keskimääräinen vaatimus kalsiuminsaannille on uusien suosittelusten mukaan 750 mg päivässä. Pohjoismaisissa ravitsemussuosituksissa ilmoitetaan kaksi arvoa, joista pienempi riittää kattamaan kyseisen ravintoaineen tarpeen puolella väestöstä ja

korkeampi lähes koko väestön tarpeen. FinRavinto 2017- tutkimuksen mukaan kalsiumin saanti on valtaosalla suomalaisista riittävällä tasolla, ja tärkeimpänä kalsiuminlähteenä ovat maitopohjaiset tuotteet (Valsta ym., 2018, s. 118).

Kohonneen verenpaineen hoidossa voidaan käyttää ruokavaliomallista myös termiä DASH eli dietary approach to stop hypertension, joka tarkoittaa paljon kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä vähärasvaisia tai rasvattomia maitotuotteita sisältävää ruokavaliota (Terveyskirjasto, 2021). Tarvittaessa maitovalmisteiden sijasta voidaan käyttää erillistä kalsiumlisää tai kalsiumilla täydennettyjä elintarvikkeita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Vaikka maitotuotteiden sisällyttämisen ruokavalioon on todettu alentavan verenpainetta ja niiden käyttäminen voi auttaa ehkäisemään sydän- ja verisuonitauteja, ruokavalion koostamisessa tulee kuitenkin huomioida maitotuotteiden mahdolliset vaikutukset veren kolesterolitasoihin (Rietsema ym., 2019) ja pyrkiä valitsemaan rasvattomia tai vähärasvaisia tuotteita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018).

Ruokavalion rasvahappoprofiililla ja rasvan määrällä ei ole välitöntä vaikutusta verenpaineeseen, vaan niiden vaikutukset kehittyvät pääosin muiden sydän- ja verisuonitautien kautta (Nikkilä, 2022). Ravinnon rasvat vaikuttavat erityisesti veren kolesteroliin, joka on liiallisina määrinä haitallista verisuoniterveydelle (Hekkala, 2022b). Ruokavalion sisältämä tyydyttynyt rasva lisää veren LDL-pitoisuutta (Schwab, 2020c). LDL on lipoproteiini, jonka vaikutuksesta valtimoiden seinämiin kertyy kolesterolia ja valtimot ahtautuvat (Hekkala, 2022b). Tyydyttyneen rasvan vaihtaminen tyydyttymättömään auttaa pienentämään sydän- ja verisuonitautien riskiä (Mangels, 2022). Muutoksen vaikutus voi vastata korkean kolesterolin lääkehoitoon käytettävien statiinilääkkeiden tehoa (mt).

Rasvojen osalta verenpaineen alentamista voidaan kuitenkin myös tukea kalaperäisten omega-3-rasvahappojen käytöllä (Miller ym., 2014). Kalaöljyn verenpainetta alentavat ainesosat ovat DHA, eli dokosaheksaeenihappo, ja EPA, eli eikosapentaeenihappo, jotka ovat pitkäketjuisia omega-3-rasvahappoja (mt). Ne vaikuttavat suotuisasti myös veren triglyseridiarvoihin (So ym., 2022). Annosvasteita tutkittaessa on todettu, että verenpaineen hallinnassa omega-3-rasvahappojen optimaalinen päivittäinen saanti on 2–3 grammaa, mutta henkilöt, joilla on korkeampi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, voivat hyötyä myös suuremmista annoksista (Zhang ym., 2022). Ruokavalion tulisi sisältää rasvaista kalaa vähintään kahdella aterialla viikon aikana (Nikkilä, 2022), tai kalaperäisten rasvahappojen saantia voidaan tarvittaessa lisätä ravintolisävalmisteen avulla (Miller ym., 2014).

Ravintolisävalmisteiden käyttöä harkittaessa tulee huomioida mahdolliset haitallisetkin vaikutukset verisuoniterveyteen erityisesti henkilöillä, joilla on todettu sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus tai joiden sairastumisriski on suurentunut (Visioli & Agostoni, 2022). Käytön tarve ja mahdolliset vasta-aiheet tulee ensin selvittää hoitavan lääkärin kanssa, sillä ravintolisien käyttö voi suurentaa muun muassa eteisvärinän riskiä entisestään. Ravintolisävalmisteiden sisältämä DHA voi lisäksi suurentaa veren LDL-pitoisuutta (So ym., 2022). LDL-pitoisuuden nousu on yhdistetty ainoastaan ravintolisävalmisteisiin, eikä ruokavalion sisältämällä kalalla ole todettu olevan vastaavaa vaikutusta (Schwab, 2020b). Hyviä omega-3-rasvahappojen lähteitä ovat myös kasviöljyt, kuten rypsi-, rapsi- ja pellavansiemenöljy.

Lihavuus on yksi verenpainetaudin riskitekijöistä, johon voidaan vaikuttaa myös ravitsemuksen avulla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Ruokavaliosta saatavan energiamäärän ylittäessä ihmisen energiankulutuksen, rasvakudoksen määrä lisääntyy ja paino nousee (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021). Painon lisääntyessä verenpaine voi kohota jo varhain, ja ylipainoisen riski verenpainetautiin sairastumiselle on kolminkertainen normaalipainoiseen verrattuna.

Erityisesti vyötärölihavuus lisää verenpainetautiin sairastumisen riskiä (Mustajoki, 2022b). Rasvakudoksen kerääntyminen vatsaonteloon aiheuttaa ja ylläpitää elimistössä tulehdusreaktiota, mikä johtaa aineenvaihdunnan häiriöihin. Häiriöiden vuoksi sairastumisriski kasvaa. Vyötärölle kerääntyvä rasvakudos on terveydelle haitallista, vaikka henkilö ei painoindeksin perusteella olisi ylipainoinen. Vyötärölihavuus voidaan painon punnitsemisen sijaan määrittää vyötärön ympäryksen mittaamisella; miehillä mittaustuloksen tulisi olla enintään 100 cm ja naisilla 90 cm.

Ruokavaliomuutosten avulla toteutettu painonpudotus laskee verenpainetta, eikä sillä ole todettu olevan haittavaikutuksia (Semlitsch ym., 2021). Positiivinen vaikutus verenpainetasoon saavutetaan jo onnistuttaessa pudottamaan painoa 4–8 % (Mustajoki, 2020), ja noin neljän kilon laihtuminen ruokavalion avulla alentaa ylipainoisen henkilön verenpainetta keskimäärin 4/3 mmHg (Jula, 2020). Lihavuuden hoidossa voidaan käyttää myös läike- tai leikkaushoitoa, mutta pysyvä verenpaineen alentaminen edellyttää lisäksi ruokavaliomuutosten, kuten natriumin saannin vähentämisen, pysyvää omaksumista (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021).

Ruokavalion koostamisen seurannassa voidaan käyttää apuna erilaisia ruokapäiväkirjoja (Terveyskylä, 2020b). Ruokapäiväkirjaan on tarkoitus kirjata muun muassa syödyt ateriat ja napostelut, juomat, annoskoot ja aterioiden ajankohdat. Sen avulla ihminen voi itsenäisesti tai yhdessä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa hahmottaa ruokavalionsa todellista koostumusta ja ateriarytmiään. Ruokapäiväkirjoja on saatavilla verkkoversioina ja erilaisina puhelinsovelluksina, tai ruokailun toteutumista voi seurata ottamalla aterioista kuvia tai kirjaamalla tietoja käsin paperille. Mitä tarkemmin ja pidempään ruokapäiväkirjaa pidetään, sitä selkeämpi ja totuudenmukaisempi kuva ruokavaliosta sen avulla saadaan, ja siten siitä saatu hyöty on myös kaikkein suurin. Ruokapäiväkirjan tarkkuus kannattaa määrittää jokaiselle yksilöllisesti sopivaksi, sillä omien ruokailujen tarkka kirjaaminen voi herättää epämukavia tunteita ja aiheuttaa ylimääräistä stressiä.

3.3 Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä ja verenpainetaudin hoidossa

Yleinen fyysinen aktiivisuus ja liikunnan harrastaminen vaikuttavat monin positiivisin tavoin ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn (THL, 2022). Liikkumista aloitettaessa aktiivisuuden lisäämisen vaikutukset kehittyvät eri tahdissa, osan ilmaantuessa heti ja osan kehkeytyessä ja kumuloituessa useampien kuukausien kuluessa (UKK-instituutti, 2022b). Välittömiä vaikutuksia tapahtuu verenkierron vilkastumisen seurauksena aivoissa ja hermostossa, mitkä ilmenevät muun muassa keskittymiskyvyn, tarkkaavaisuuden ja vireystilan paranemisena. Liikkuminen aktivoi välittömästi myös lihaksistoa, hengitys- ja verenkiertoelimistöä sekä niveliä. Aineenvaihdunnan vilkastuessa lisääntyvä energiankulutus parantaa veren sokeri- ja rasva-arvoja. Liikkuminen aktivoi aineenvaihduntaa myös niveliä ympäröivissä kudoksissa sekä nivelrustoissa ja voi auttaa lievittämään kipuja. Välittömiä vaikutuksia ovat myös verenpaineen aleneminen, nukahtamisen helpottuminen ja laadukkaampi uni liikkumisen jälkeen. Liikkumisen säännöllisyys terveyden edistämiseksi on tärkeää, sillä liikkumisen positiiviset terveysvaikutukset ovat yleensä lyhytaikaisia kestäen päivistä viikkoihin, joten satunnaiset liikuntakerrat tai kuuriluontoinen liikkuminen eivät tuo pysyviä terveyshyötyjä (Laukka, 2022).

Pidemmällä aikavälillä liikkuminen edistää entisestään psyykkistä terveyttä kohentaen mielialaa ja auttaen lievittämään myös ahdistusta ja masennusoireita (UKK-instituutti, 2022b). Positiivinen vaikutus unenlaatuun lisääntyy ja stressinsietokyky paranee. Fyysinen toiminta- ja suorituskyky kehittyvät vähitellen, tuki- ja liikuntaelimestön kiputilat helpottuvat ja luustosta tulee vahvempi. Perusaineenvaihdunnan vilkastuminen tukee painonhallintaa ja

säännöllisesti tapahtuva liikkuminen parantaa veren rasva-arvoja ja sokeriaineenvaihduntaa entisestään. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen vahvistaa vähitellen immuunipuolustusta ja myös riski sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tyyppin 2 diabetekseen pienenee. Elimistön kokonaisvaltainen vahvistuminen voi myös vähentää lääkkeiden käytön tarvetta.

Fyysinen passiivisuus on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana, ja se on WHO:n mukaan yksi tärkeimmistä kuolleisuuteen vaikuttavista tekijöistä (Katzmarzyk, 2018). Istuminen ja paikallaanolo altistavat useille tarttumattomille kroonisille sairauksille, joiden riskiä liikkuminen puolestaan pienentää. Pitkään jatkuva inaktiivisuus vaikeuttaa myös painonhallintaa, altistaa tuki- ja liikuntaelimistön kiputiloille sekä heikentää verenkiertoelimistön toimintaa ja aineenvaihduntaa (UKK-instituutti, 2022c). Yksilölle aiheutuvien fyysisten ja psyykkisten haittavaikutusten ohella väestön passiivisuus koskettaa koko yhteiskuntaa, sillä vähäisen liikumisen kokonaiskustannukset Suomen valtion taloudelle ovat yli kolme miljardia euroa vuositain (UKK-instituutti, 2022d).

Aikuisille 18–64-vuotiaille suunnattu kansallinen liikkumisen suositus huomioi viikoittaisen liikunnan harrastamisen lisäksi myös palautumisen ja arkiliikunnan (UKK-instituutti, 2022e). Viikkotasolla unen määrän tulee olla riittävä palautumisen varmistamiseksi. Suositus ohjeistaa tauottamaan paikallaanolon aina tilaisuuden tullen ja sisällyttämään päiviin kevyttä liikuskelua mahdollisimman paljon. Arjen terveyttä edistävää liikkumista ovat muun muassa koti- ja pihatyöt, portaiden käyttö hissien sijasta sekä työ-, harraste- ja asiointimatkojen kävely tai pyöräily. Viikoittaisen liikkumisannoksen voi koota oman kuntotason ja ajankäytön mukaan pienissä erissä esimerkiksi muutamakin minuutti kerrallaan. Liikuntaharrasteiden osalta suositus ohjeistaa reippaan sykettä kohottavan liikkumisen osuudeksi 2 tuntia ja 30 minuuttia tai vaihtoehtoisesti rasittavaa liikuntaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa.

Yksilön oma kuntotaso määrittää reippaan ja rasittavan liikunnan eron (UKK-instituutti, 2022e). Reippaasti liikkuessa ihminen hengästyy pystyen kuitenkin puhumaan, kun taas rasittavan liikunnan aikana puhuminen on hengästymisen vuoksi vaikeaa. Liikuntaharrastusten yhteydessä käytetään usein termejä aerobinen ja anaerobinen, jotka liittyvät lihasten energia-aineenvaihduntaan (Nissinen & Löfberg, 2023). Liikkuessa lihas voi tuottaa polttoainetta itselleen hapen avulla eli aerobisesti tai ilman happea eli anaerobisesti. Aerobista liikkumista ovat pitkäkestoisemmat ja rauhallisemmat liikkumissuoritteet, kuten kävely ja hiihto, kun taas anaerobinen liikkuminen on lyhytkestoista ja hyvin intensiivistä, kuten pikajuoksu. Aerobisen

liikunnan lisäksi suositukset ohjeistavat lisäämään viikkoon vähintään kaksi lihaskuntoa ja liikehallintaa kehittävää liikkumiskertaa (UKK-instituutti, 2022e). Näihin kuuluvat esimerkiksi lihasvoimaa vaativat raskaat pihatyöt, kuntosaliharjoittelu ja palloilulajien pelaaminen.

Finterveys 2017 – tutkimuksen tulosten perusteella liikkumissuosituksien toteutuminen on Suomessa vajavaista (Borodulin ym., 2018, s. 38–41). Tutkimuksen mukaan noin kolmannes suomalaisista ei harrasta lainkaan liikuntaa vapaa-ajallaan, ja kestävyttä kehittävän liikkumisen suositus toteutui puolella tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Naisten fyysinen aktiivisuus on säilynyt samalla tasolla, ja työmatkaliikunta on ollut naisilla yleisempää miehiin verrattuna. Miesten vapaa-ajan liikkuminen ja työmatkaliikunta kuitenkin lisääntyivät tutkimuksen aikana. Tutkimuksessa kartoitettiin myös passiivisen ruutuajan osuutta ajankäytössä, ja noin kolmannes tutkimukseen osallistuneista istui vapaa-ajallaan yli kolme tuntia ruudun äärellä päivittäin.

Fyysinen aktiivisuus on monien ennaltaehkäisevien terveysvaikutustensa lisäksi olennainen osa-alue kohonneen verenpaineen hoidossa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Liikkumisen verenpainetta alentava vaikutus muodostuu useiden mekanismien kautta (UKK-instituutti, 2020). Liikunta muun muassa auttaa vähentämään rasvakudoksen määrää, verisuonten ääreisvastusta ja sympaattisen hermoston aktiivisuutta. Lisäksi kunnon kehittyessä sydän ja verenkiertoelimistö vahvistuvat ja kuormittuvat arjen toiminnoista aiempaa vähemmän (Kukkonen-Harjula, 2021). Tutkittaessa terveyskäyttäytymisen suhteellisia ja kumulatiivisia vaikutuksia verenpaineeseen, aerobisen liikunnan lisäämisellä on todettu olevan selkeä korrelaatio verenpaineen alenemisen kanssa (Warren-Findlow ym., 2019). Liikunnan vaikutus on sitä suurempi, mitä korkeampi verenpaine on, mutta aerobinen harjoittelu laskee verenpainetta myös henkilöillä, joiden verenpaine on normaali, ja toimii siten osaltaan verenpainetautiä ehkäisevästi (Hansen ym., 2022).

Säännöllisesti vähintään neljän viikon ajan toteutettu kohtuullisesti kuormittava aerobinen liikkuminen alentaa verenpainetta keskimäärin 8/5 mmHg henkilöillä, joiden verenpaine on kohonnut (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016). Vaikutus vastaa lähes yhden verenpainelääkkeen tehoa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016), eikä ensilinjan verenpainelääkityksen ole todettu olevan aerobista liikuntaa merkittävästi tehokkaampi kohonneen verenpaineen hoidossa (Hansen ym., 2022). Lihasvoimaa kehittävän liikunnan vaikutukset verenpaineen alentamiseen ovat hieman aerobista liikkumista maltillisemmat ja verenpaine voi sen avulla laskea joitakin mmHg-yksiköitä (Kukkonen-Harjula & Mervaala, 2020). Vastuksilla

tehtävän voimaharjoittelun on kuitenkin osoitettu alentavan normaalilla tasolla olevaa verenpainetta jopa aerobista liikuntaa enemmän, joten myös lihasvoimaharjoittelu toimii verenpainetautia ehkäisevästi (Hansen ym., 2022). Vaikka liikunta tukee myös painonhallintaa ja auttaa tarvittaessa laihtumisessa, sen vaikuttavuus verenpaineeseen ei edellytä samanaikaista painonpudotusta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016).

Verenpainetautia sairastaville suositellaan kohtuukuormitteista aerobista liikkumista kansallisten liikkumissuositusten mukaisesti 2 tuntia ja 30 minuuttia sekä lihaskuntoa kehittävää voimaharjoittelua ainakin kahdesti viikossa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Liikkumisen kuormittavuus riippuu täysin yksilön senhetkisestä suorituskyvystä, ja se tulee suhteuttaa liikkujan tasoon. Liikkuminen tulee aina aloittaa kevyesti lisäten määrää ja tehokkuutta vähitellen.

Kohtuullisesti kuormittavan voimaharjoittelun ei ole todettu suurentavan verenpainetta ja olevan siten haitallista verenpainetautia sairastaville (Kukkonen-Harjula & Mervaala, 2020). Äkillistä ja kuntotasoon nähden liiallista rasitusta, johon liittyy hengityksen pidättäminen ja voimakas ponnistaminen, on kuitenkin syytä välttää, mikäli verenpaine on valmiiksi selkeästi kohonnut (Kukkonen-Harjula, 2021). Verenpaine voi tällöin hetkellisesti nousta liiaksi. Beetasalpaajien käyttäjien kohdalla liikunnan tehoa arvioitaessa huomioidaan lääkkeiden sydämen sykettä alentava vaikutus sekä levossa että rasituksen yhteydessä (Kukkonen-Harjula, 2021). Muilla verenpainetaudin hoidossa käytettävillä lääkkeillä ei yleensä ole vaikutusta sykkeeseen.

Liikuntapäiväkirjaa voidaan käyttää apuna fyysisen aktiivisuuden kartoituksessa ja seurannassa (Terveyskylä, 2020a). Päiväkirjaan merkitään esimerkiksi liikkumisen laji, siihen käytetty aika ja millaisia ajatuksia tai tunteita liikkumisen aikana heräsi. Aktiivisuuden seuraamiseen on kehitetty erilaisia laitteita ja mittareita, jotka mittaavat muun muassa päivittäisen askelmäärän, liikutun matkan tai liikunnan rasittavuuden, mutta kyseiset laitteet eivät ole millään tavalla välttämättömiä liikunnan harrastamiseksi. Liikuntapäiväkirjaa voi täyttää käsin kalenterinomaisesti tai käyttää apuna erilaisia verkkoversioita tai puhelinsovelluksia. Fyysistä aktiivisuutta ja sen muutoksia kannattaa seurata viikkojen tai kuukausien ajalta, sillä yksittäinen viikko ei yleensä vielä riitä kertomaan aktiivisuuden tasosta pitkällä aikavälillä.

3.4 Uni, palautuminen ja stressinhallinta osana kohonneen verenpaineen hoitoa

Ruokavalio, fyysinen aktiivisuus ja palautuminen ovat tärkeitä terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueita, jotka tukevat toisiaan ja joiden tasapaino on olennaista toimintakyvyn säilyttämiseksi ja kehittämiseksi (UKK-instituutti, 2022a). Uni on palautumisen kannalta keskeisessä asemassa ja sen tarve on yksilöllistä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020a). Aikuisen tarvitseman unen pituus on keskimäärin 6–9 tuntia.

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa selvitettiin suomalaisten nukkumista ja unen laatua (Partonen ym., 2018, s. 42–44). Tulosten mukaan miesten keskimääräinen unen pituus oli 7 tuntia ja 18 minuuttia ja naisten 7 tuntia ja 24 minuuttia. Uniongelmia raportoitiin tutkimuksessa runsaasti ja kokonaisuudessaan niiden voidaan arvioida koskevan noin kolmea miljoonaa suomalaista aikuista. Uniongelmia ovat muun muassa unettomuus, painajaisten näkeminen, yöllinen hikoilu ja päiväaikainen väsymys. Terveystilan muutokset ja pitkäaikaissairaudet voivat vaikeuttaa nukahtamista ja aiheuttaa unettomuutta, kuten myös joidenkin lääkkeiden käyttö, erilaiset stressitekijät, elämäntilanteiden muutokset, päihteidenkäyttö sekä muut elämäntavat (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020a).

Sairauksien ollessa osaltaan aiheuttamassa unettomuutta, pitkään muistakin syistä jatkuneella unettomuudella on puolestaan negatiivisia terveysvaikutuksia, ja sillä on todettu yhteys muun muassa lihavuuteen, kohonneeseen verenpaineeseen ja sepelvaltimotautiin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020a). Unettomuuden aiheuttama oksidatiivinen stressi ja sympaattisen hermoston aktivoituminen rasittavat elimistöä (Partinen, 2022). Terveyskäyttämällä on tärkeä rooli palautumisen mahdollistamisessa ja unettomuuden ennaltaehkäisyssä (Kajaste, 2015).

Nukahtamista ja unen laatua voi edistää esimerkiksi säännöllisillä nukkumisajoilla, hyvällä ravitsemuksella, liikkumisella ja kofeiinipitoista tuotteiden kohtuukäytöllä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020a). Ravitsemuksen osalta liian lähellä nukkumaanmenoaikaa syödyn raskaan aterian tiedetään heikentävän unen laatua, kun taas liikunnan harrastaminen myöhään illallakin voi edistää nukahtamista. Liikunta myös lisää syvän unen määrää, mikä on hyvinvoinnin ja palautumisen kannalta tärkeä osa unta. Kofeiini puolestaan aktivoi keskushermostoa toimien piristeenä ja voi siten häiritä nukahtamista, lyhentää unen kestoa ja vaikuttaa negatiivisesti unen laatuun (Mustajoki, 2022a). Kofeiini nostaa myös jonkin verran verenpainetta, mutta vaikutus ei ole pitkäkestoinen, eikä esimerkiksi kahvin juominen ole yhteydessä

pidempiaikaisesti kohonneeseen verenpaineeseen (Schwab, 2020a). Liian runsas kofeiinin nauttiminen voi kuitenkin aiheuttaa muun muassa sydämentykytyksiä, hermostuneisuutta ja johtaa pahimmillaan myrkytystilaan, joten käyttö on syytä pitää kohtuullisena (Mustajoki, 2022a).

Unen aikana verenpaine laskee normaalisti 10–20 % (Partinen, 2022). Huonosti lääkehoitoon reagoivassa ja sekundaarisessa verenpainetaudissa paineen madaltumisen puuttuminen on yleistä ja sympaattisen hermoston toiminta on tällöin aktiivista myös unen aikana. Muiden sairauksien, kuten uniapnean, lisäksi stressi voi ylläpitää sympaattisen hermoston toimintaa unen aikana. Hetkellinen stressi ei ole yleensä ole haitallista, mutta pitkään jatkuvana se voi aiheuttaa huomattavia terveysongelmia (Mattila, 2022).

Stressin ilmeneminen ja voimakkuus ovat vahvasti yksilöllisiä ja riippuvat ihmisen käytettävissä olevista voimavaroista ja sietokyvystä (Mattila, 2022). Yksilöllisen stressinsietokyvyn ohella myös stressin aiheuttajat ovat yksilöllisiä. Stressi voi aiheutua työstä tai työttömyydestä, ihmissuhde- ja perheongelmista, hektisestä elämänrytmistä tai traumaattisista kokemuksista. Oireet vaihtelevat ja voivat olla sekä fyysisiä että psyykkisiä. Fyysisesti stressi ilmenee muun muassa päänsärkynä, sykkeen kiihtymisenä, lihaskipuina ja vatsavaivoina. Lisäksi ihminen saattaa sairastua tavallista useammin flunssaan. Psyykkiset oireet voivat näkyä ahdistuksena, masennuksena, jännittyneisyytenä, asioiden unohteluna tai unihäiriöinä. Verenpaineen osalta koetun stressitason on todettu korreloivan verenpaineen kohoamiseen; korkeaksi koettu stressi näkyy korkeana verenpainetasona (Kafi & Dyah, 2022).

Itsenäisesti tapahtuvassa stressinhallinnassa rentoutuminen ja riittävä palautuminen ovat tärkeitä osa-alueita, mutta myös liikkuminen ja muiden mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen auttavat lievittämään ahdistusta (Mattila, 2022). Liikunnan osuus stressin lievittämisessä perustuu sen vaikutuksiin muun muassa elimistön hormonituotannossa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016). Liikkuessa kortisolin määrä veressä laskee ja endorfiinien määrä lisääntyy. Aiemmin liikuntaa harrastamattomilla liikumisen positiiviset psyykkiset vaikutukset ilmenevät jo yleisiä liikkumissuosituksia vähäisemmällä liikunnan määrällä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016).

Tutkimusnäyttöä on myös luontoympäristön vaikutuksesta sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen (Heikkilä & Wiens, 2020). Luonto ja metsäinen ympäristö lievittävät stressiä, kohentavat mielialaa, laskevat verenpainetta ja sykkettä sekä lisäävät vastustuskykyä.

Pelkästään luonnon läheisyydessä oleminen tai sen katsominen ei riitä verenpaineen alentamiseen, mutta ajan viettämisen luontoympäristössä voi alentaa systolista verenpainetta keskimäärin 6,33 mmHg. Vaikutuksen on todettu olevan sitä suurempi, mitä korkeampi verenpaine lähtötilanteessa on.

Stressin aiheuttajan kartoittaminen ja tilanteesta keskusteleminen tarvittaessa läheisten ihmisten kanssa auttaa selvittämään, voiko kuormittaviin tekijöihin vaikuttaa omalla toiminnalla, mutta ulkopuolinen apu voi olla tarpeen kohtuuttomaksi koetun stressin hoitamiseksi (Mattila, 2022). Ulkopuolisen avulla toteutetut stressinkäsittelyä koskevat interventiot, jotka ohjaavat lisäämään ja kehittämään ajatusten hallintaa stressin lievittämiseksi, voivat olla hyödyllisiä sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi ja verenpaineen alentamiseksi (Manigault ym., 2021). Kohonnut verenpaine ja psyykinen oireilu vaikuttavat toisiaan lisäävästi ja heikentävät siten entisestään yksilön terveyttä ja toimintakykyä (Jafari & Shahriari, 2021). Arviolta puolet verenpainetautiin sairastavista kärsii myös ahdistuksesta ja masennusoireista.

Kohonneen verenpaineen hoidossa elintapojen muuttaminen on keskeisessä asemassa ja terveyttä edistävien elintapojen omaksuminen voi edistää merkittävästi myös kykyä hallita stressiä (Jafari & Shahriari, 2021). Tietoisuus tarvittavista muutoksista ja niiden tekemisestä voi kuitenkin olla riittämätöntä ja puutteellista, mikä osaltaan on jälleen tilannetta heikentävä stressitekijä. Elintapojen muuttamisen kokonaisvaltaisuus yltää myös muutoksen tekijän lähipiiriin ja perheen tuella on tärkeä merkitys muutoksessa onnistumisessa. Perheeltä saadun tuen on todettu korreloivan elintapojen muuttamisen ja verenpaineen itsehoidon kanssa. Perheen ja muun lähipiirin tiedot sairaudesta ja sen hoidosta sekä tarvittavista elintapamuutoksista ovat kuitenkin usein myös puutteelliset, joten terveydenhuollon antama tieto ja ohjaus ovat merkityksellisiä verenpainetautiin sairastavan kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseksi.

3.5 Alkoholin, nikotiinituotteiden ja huumausaineiden verenpainevaikutukset

Suomessa alkoholinkulutus on ollut samalla tasolla Euroopan keskitasoon nähden (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018). Täysin raittiiden suomalaisten määrä on kuitenkin lisääntynyt viime vuosikymmenen aikana, mutta myös humalahakuinen juominen on melko yleistä (Mäkelä ym., 2018, s.30–32). Kohtuullinen alkoholinkäyttö ilman humalahakuista juomista ei aiheuta terveelle aikuiselle huomattavaa terveysriskiä (Mäkelä & Niemelä, 2022).

Vähäiselle terveystriskille ei kuitenkaan voida määrittää turvarajaa, eikä alkoholinkäyttö ole koskaan täysin riskitöntä. Keskimääräisen kulutuksen ei tulisi ylittää miehillä 14 ravintola-annosta ja naisilla 9 ravintola-annosta viikossa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Yksi ravintola-annos sisältää 12 grammaa puhdasta alkoholia ja yhdeksi ravintola-annokseksi katsotaan esimerkiksi 4 cl väkevää alkoholijuomaa, 12 cl viiniä tai 33 cl:n pullo keskiolutta. Vuorokausitasolla kulutuksen ei tulisi ylittää 5 ravintola-annosta.

Alkoholin haittavaikutusten määrä lisääntyy käyttömäärän lisääntyessä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018) ja haittojen esiintyvyydessä ja vakavuudessa on merkittäviä yksilöllisiä eroja (Mäkelä & Niemelä, 2022). Lyhytaikaisen liiallisen käytön haittavaikutukset ilmenevät muun muassa tapaturmina ja väkivaltaisena käytöksenä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018). Pidempiaikaisessa käytössä vakavien terveystriskien määrä kasvaa. Unen laatu usein heikkenee ja mielenterveyden häiriöiden ja psyykkisten oireiden ilmaantuvuus lisääntyy. Suureneva riski on myös sairastua muun muassa maksakirroosiin, verenpainetautiin sekä moniin syöpäsairauksiin. Ongelmalliseen käyttömäärään päädyttyessä vaurioita voi tulla lähes kaikkialle elimistöön. Nykytietämyksen mukaan alkoholin kohtuullinen käyttö täysraittiu- den sijasta ei vähennä riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin kuten aiemmin on oletettu (Mäkelä & Niemelä, 2022).

Alkoholi vaikuttaa keskushermostossa muuttamalla hermoston reseptorien ja välittäjäaineiden pitoisuuksia ja toimintaa (Korpi, 2018). Alkoholin keskushermostoa lamaava vaikutus käynnistää elimistössä stressireaktioita kortisolipitoisuuden noustessa ja testosteronipitoisuuden laskiessa. Stressireaktiot pyrkivät vastustamaan humalatilaa ja palauttamaan elimistön tasapainon. Maksa osallistuu tasapainotilan palauttamiseen pyrkimällä metaboloimaan ensisijaisesti alkoholia. Yhdestä grammasta alkoholia vapautuu noin 30 kJ energiaa, joten alkoholi voi kattaa yli puolet elimistön energiantarpeesta. Maksan keskittyessä pääsemään eroon alkoholista, elimistön muu aineenvaihdunta muuttuu ja sokereiden käyttö energiaksi heikentyy. Pitkään jatkuva ja suuri alkoholinkulutus altistaa siten ylipainon kertymiselle ja vaikeuttaa painonhallintaa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021).

Alkoholi vaikuttaa myös sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan, ja jo 25 gramman vuorokausisaanti vaikuttaa verenpainetta kohottavasti (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018). Alkoholin vaikutuksesta perifeeriset verisuonet laajenevat ja rytmihäiriöiden riski kasvaa (Korpi & Vähäkangas, 2018). Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa alkoholin käytön vähentäminen on olennainen osatekijä (Roerecke ym., 2017), sillä myös

verenpainetaudin lääkehoidon vaikutus heikkenee alkoholin vaikutuksesta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b). Erittäin runsaasti alkoholia kuluttavien henkilöiden kohdalla alkoholin vähentäminen voi olla ensimmäisiä toimenpiteitä hoitoa aloitettaessa (Roerecke ym., 2017). Alkoholinkulutuksen vähentämisen on todettu alentavan verenpainetta, ja käytön vähentämisen vaikutus on sitä suurempi, mitä runsaampaa alkoholinkulutus on aiemmin ollut (Roerecke ym., 2017).

Suomalaisten tupakointi on vähentynyt selkeästi viime vuosikymmenten aikana, mutta muiden nikotiinituotteiden, kuten nuuskan ja sähkösavukkeiden, käyttö on kuitenkin yleistynyt (Salminen & Lehto, 2022). Nikotiini vaikuttaa keskushermostoon, ja sympaattisen hermoston aktivoituminen saa sykkeen kiihtymään, verisuonet supistumaan ja verenpaineen kohoamaan hetkellisesti noin 5–10 mmHg. Nikotiinilla on lisäksi haitallinen vaikutus elimistön reniini-angiotensiinijärjestelmään, jonka toimintahäiriöt ovat yhteydessä myös kohonneeseen verenpaineeseen. Kokonaisuudessa nikotiinituotteiden käytön suora vaikutus verenpaineeseen on lyhykestoinen ja vähäinen, mutta käyttö lisää riskiä sairastua sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin merkittävästi (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020b).

Laittomien huumausaineiden käyttö on aina riskialtista ja käytön vaikutukset ovat yksilöllisiä ja käyttökertakohtaisia (Holmberg ym., 2015, s. 70). Niillä on akuuttien terveystarkkien lisäksi pidempiaikaisen käytön aiheuttamia haittoja sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen hyvinvointiin. Aineen käyttötapa ja annostus vaikuttavat käytöstä johtuviin seurauksiin ja osassa huumausaineista voi olla myös epäpuhtauksia, jotka lisäävät entisestään riskejä vakaviin terveysongelmiin.

Suomessa yleisimmin käytettyihin huumausaineisiin kuuluvat kannabistuotteet, joita käytetään suun kautta tai polttamalla (Holmberg ym., 2015, s. 70–72). Ne voivat olla vaikutukseltaan joko rauhoittavia tai piristäviä. Psykkisinä vaikutuksina voi olla mielihyvän ja rentoutumisen tuntemukset, mutta myös aistiharhat, ahdistus ja paniikitilat. Käyttö lisää riskiä akuutille psykoosille. Fyysisistä vaikutuksista merkittävimpiä voivat olla muun muassa sydämen sykkeen kiihtyminen, verenpaineen lasku sekä motoriikan heikkeneminen, mikä lisää tapaturmien riskiä. Poltettaessa käyttö voi lisätä riskejä myös hengitys- sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin.

Jotkin päihtymistarkoituksessa käytettävistä huumausaineista toimivat stimulantteina, joilla on piristävä ja keskushermostoa aktivoiva vaikutus (Holmberg ym., 2015, s. 72–74).

Stimulantteja voidaan käyttää suonensisäisesti, suun kautta, polttamalla tai nuuskaamalla ja käyttö voi johtaa riippuvuuteen. Sydämen tiheälyöntisyys, verisuonten supistuminen ja verenpaineen nousu kuuluvat stimulanttien fyysisiin vaikutuksiin. Psykkiset oireet vaihtelevat hyvinvointitunteesta masennukseen, paniikkiloihin ja aggressiivisuuteen. Yleisiä stimulantteja ovat muun muassa amfetamiini, metamfetamiini, kokaiini ja ekstaasi. Eri stimulanttien vaikutusten voimakkuudet ja kestot vaihtelevat, ja pitkäaikaisesta käytöstä tai yliannostuksesta voi seurata vakavia tai hengenvaarallisia terveydellisiä haittoja. Samankaltaisia, mutta lyhytkestoisempia vaikutuksia on myös hallusinogeeniksi luettavilla huumausaineilla, joita saadaan sekä luonnosta että valmistetaan osittain tai kokonaan synteettisesti (mts. 78–79). Hallusinogeenien käyttö tapahtuu yleensä suun kautta, eivätkä ne aiheuta helposti vieroitusoireita tai riippuvuutta.

Stimulanteista poiketen opioideihin kuuluvien huumausaineiden fyysiset vaikutukset ovat keskushermostoa lamaavia (Holmberg ym., 2015, s. 76–78). Myös opioideja voidaan käyttää suonensisäisesti, nuuskaamalla, polttamalla tai suun kautta, ja ne voivat aiheuttaa sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista riippuvuutta. Opioideilla on euforisoiva vaikutus ja suonensisäisesti käytettynä vaikutus alkaa yleensä muutamissa minuuteissa. Negatiivisina psyykkisinä oireina voi ilmentyä esimerkiksi sekavuutta, ahdistusta ja hallusinaatioita. Fyysisiä oireita ovat muun muassa pahoinvointi, oksentelu ja hengitystaajuuden lasku. Keskushermostoa lamaavan vaikutuksen lakatessa vieroitusoireina esiintyy muun muassa sykkeen kiihtymistä, verenpaineen nousua ja kouristuksia. Suonensisäisestä käytöstä voi seurata verisuonten vaurioita, tulehduksia ja tukoksia. Opioideihin kuuluvia huumausaineita ovat esimerkiksi heroïni, buprenorfiini, metadoni sekä opioideja sisältävät lääkeaineet, kuten fentanyyli ja tramadoli.

4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖ JA RYHMÄNOHJAUS

Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön (STM, i.a.). Julkisiin valtion tuella toteutettuihin terveyspalveluihin kuuluvat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Niiden rinnalla terveyspalveluita on saatavilla yksityisten yritysten tuottamina ja näiden palveluiden käytön kustannuksista vastaa yleensä asiakkaan mahdollinen vakuutusyhtiö tai asiakas itse. Yksityiset terveydenhuollon yritykset voivat tuottaa palveluita sopimusten mukaisesti myös julkisen terveydenhuollon käyttöön. Osana terveyspalveluita on myös lakisääteinen työterveyshuolto, jonka järjestämisestä vastaavat työnantajat. Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantajien tulee järjestää työntekijöilleen työterveyshuolto, jonka toiminta edistää työperäisten tapaturmien ja sairauksien ehkäisyä, työntekijöiden terveyttä ja työkykyä sekä työympäristön turvallisuutta.

Työttömille tarjottavat palvelut ja työkyvyn tuki painottuvat julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon (Partinen, 2021). Vastuu julkisten palvelujen järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta voimaantulleeseen sote-uudistuksen myötä (STM, 2023). Uudistuksen päämäärinä ovat muun muassa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaaminen ja terveyserojen kaventaminen. Palveluiden tulee tukea työikäisen väestön terveyttä ja työkykyä työmarkkina-asemasta riippumatta (Partinen, 2021). Terveystilan heikentymisen arvioidaan olevan merkittävin työllistymiseen negatiivisesti vaikuttava tekijä. Hallitusohjelman mukainen palvelujen kehittämiseen tarkoitettu Työkykyohjelma tavoittelee osatyökykyisten työttömien työllistymistä tarjoamalla työkyvyn tuen palveluita. Työkykyohjelman on tarkoitus helpottaa osatyökykyisten ja pitkäaikaistyöttömien paluuta työelämään. Sosiaali- ja terveyskeskuksen tarjoamaan tukeen kuuluu yksilöllisesti laadittu terveyttä, toimintakykyä ja työllistymistä edistävä palvelupolku.

4.1 Terveystenhoitaja asiakasohjaajana ja muutosprosessien tukijana

Terveystenhoitaja on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistettava ammattinimike (Valvira, 2022). Oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä myöntää sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Työssään terveydenhoitaja toimii ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon asiantuntijana (Terveystenhoitajaliitto, i.a.-b). Työn keskeisenä tavoitteena on asiakkaan ohjaaminen ja kannustaminen oman terveyden ylläpitämiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Terveystenhoitaja voi työskennellä erilaisissa ympäristöissä monenlaisten asiakasryhmien

kanssa, kuten neuvoloissa, kouluissa, vastaanotoilla, yrityksissä ja moniammatillisissa työryhmissä tai hankkeissa. Työn perustana on tieteellinen tutkittu tieto, kliinisen hoitotyön osaaminen sekä kyky toimia erilaisten ja vaihtelevissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kanssa.

Suomen lain mukaan jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan, sen merkityksestä ja erilaisista vaihtoehtoista, joita hoidossa voidaan käyttää (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamalla ohjauksella on tarkoitus tukea asiakkaan omahoitoa ja hoitoon sitoutumista (Lipponen, 2014). Omien voimavarojen ja valmiuksien lisääminen ja kehittäminen edistävät huolenpitoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Asiakasohjaus on yksi tärkeimmistä hoitotyön auttamiskeinoista ja ohjauksen antajan tavoitteena on tukea ohjattavaa aktivoitumaan ja motivoitumaan itse oman terveytensä edistämiseksi tarjoilematta suoraan valmiita sääntöjä ja ratkaisuja. Ohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä sovitettuna vastaanottajan tarpeisiin ja taustoihin. Ohjausta määrittäviä taustatekijöitä ovat muun muassa ohjattavan ikä ja kulttuurinen tausta. Laadukas ohjaus edellyttää ohjaajalta kattavia tietoja ohjauksen aiheesta sekä vahvoja vuorovaikutustaitoja.

Terveydenhuoltoalalla ohjaus kohdistuu usein vahvasti asiakkaan toiminnan ohjaamiseen hänen omaksi parhaakseen (Niemi-Murola ym., 2020). Ohjausmenetelmät, joissa asiakasta tuetaan itsenäiseen ajatteluun ja omatoimisuuteen, toimivat usein paremmin kuin menetelmät, joissa asiakas on passiivisessa tiedon vastaanottajan roolissa. Kysyminen, kannustaminen ja keskusteleminen ohjaavat asiakasta yhdistelemään omia aiempia tietojaan ja taitojaan uusiin asioihin ja hahmottamaan asiat omien kokemustensa ja tilanteensa kautta. Asiakasta voi ohjauksessa pyytää kertomaan oma käsityksensä asiasta ja sen hetkiset tietonsa ja taitonsa sekä kokemukset aiheeseen liittyen. Tällöin asiakasohjauksen toteuttaja ei toimi pelkästään tiedonsiirtäjänä ja auktoriteettina, vaan aktivoi asiakkaan omaa oppimista ja osallistumista.

Ohjauksen toteutuksen perusajatuksena voidaan käyttää motivoivaa haastattelua, johon kuuluu avoin keskustelu asiakkaan kanssa (Mustajoki & Alenius, 2019). Motivoiva haastattelu on tuloksellinen ja vaikuttava ohjausmenetelmä pyrittäessä edistämään terveyttä ja hyvinvointia elintapoja muokkaamalla (Järvinen, 2020b). Tarkoituksena on saada asiakas havaitsemaan omassa tilanteessaan olevia muutostarpeita, motivoitumaan muutosten toteuttamisessa sekä vahvistaa asiakkaan itseluottamusta ja pystyvyyden tunnetta (Mustajoki & Alenius, 2019). Elintavat ovat jokaisella yksilölliset, ja ne voidaan kokea hyvin henkilökohtaiseksi asiaksi (Järvinen, 2020a). Ulkopuolisen esittämä suora kehoitus niiden muuttamisesta voi herättää

vastarintaa, ja asiakas voi kokea tarpeelliseksi puolustella itseään ja omaa toimintaansa. Tämä voi vaikeuttaa yhteistyötä merkittävästi ja heikentää asiakkaan halukkuutta muutoksiin.

Elintapojen suhteen asiakas voi olla ristiriitaisessa tilanteessa tiedostaen nykyisten toimintatapojensa olevan epäedullisia terveyden ja hyvinvoinnin kannalta, mutta niiden muuttaminen voi tuntua ylitsepääsemättömän vaikealta ja raskaalta (Mustajoki & Alenius, 2019). Motivoivassa keskustelussa pyritään kartoittamaan asiakkaan omat resurssit, arvomaailma, toiveet tai tavoitteet tulevasta ja niiden merkitys asiakkaalle (Järvinen, 2020a). Keskeisiä periaatteita ovat empatia, pystyvyyden tunteen vahvistaminen, nykytilan ja tavoiteltavan asian ristiriidan korostaminen sekä väittelyn välttäminen. Tällöin asiakas kokee, ettei häntä vastaan hyökätä ja hän tulee kuulluksi. Pystyvyyden tunne vahvistuu tuomalla esiin asioiden hyviä puolia sekä asiakkaan omia kykyjä. Ristiriitojen tunnistaminen helpottaa asiakasta tilanteen hahmottamisessa ja vahvistaa myönteistä suhtautumista muutoksiin. Käytännön menetelmiä ja ohjaajalta edellytettäviä taitoja motivoivalle keskustelulle ovat ajatuksia herättävien avointen kysymysten esittäminen, refleктоiva kuuntelu, jonka avulla voidaan tehdä yhteenvetoja asiakkaan kertomista asioista, muutospuheen tunnistaminen ja sen vahvistaminen sekä myönteisen palautteen antaminen (Näkki, 2015, s. 89–91).

Erilaisten toiminnan muutokseen tähtäävien asiakasohjausten yhteydessä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmäinterventioita, joiden tavoitteena on antaa tietoa ja tukea prosessin aloittamiseen ja sen toteutukseen (Ylimäki, 2015). Muutosten tekemiseen tarvittava ajantarve on yksilöllinen, mutta yleensä pysyvän elintapamuutoksen saavuttaminen edellyttää pitkäjänteistä toimintaa kohti tavoitetta. Vanhojen tapojen ja tottumusten muokkaaminen tarkoittaa samalla uusien asioiden oppimista, ja prosessiin kuuluu monenlaisten tunteiden ja ajatusten läpikäyminen. Tavoiteltaessa oman hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, muutoksen tekijän on tärkeää kokea asia itselleen merkitykselliseksi ja tavoittelemisen arvoiseksi kyetäkseen sitoutumaan tavoitteeseensa ja jatkaakseen prosessia vastaantulevien hidasteiden ja vastoin käymisten jälkeenkin.

Pelkkä terveydenhuoltohenkilökunnan antamien ohjeiden noudattaminen ei yksistään johda pitkäaikaiseen muutokseen, vaan ihmisen on koettava toimivansa itseään varten löytääkseen sisäisen motivaation itsestään (Ylimäki, 2015). Tahtotila itsestään huolehtimiseen ja omasta terveydestä koettu vastuu ovat muutoksen toteuttamiseen ja tavoitteen saavuttamiseen tarvittavia tekijöitä, mutta ne eivät välttämättä saa ihmistä aloittamaan elintapamuutosta, vaan siihen tarvitaan usein ulkopuolista apua ja tukea. Vaikka elintapojen pysyvä muuttaminen on

pitkäkestoinen prosessi, lyhyellä ja yksittäiselläkin interventiolla on mahdollista antaa kimmoke muutoksen aloittamiselle ja tukea jo aloitettua muutosmatkaa.

Motivaatio liittyy elintapamuutoksiin, ja sen voidaan kuvailla tarkoittavan halukkuutta ja kyvykkyyttä sitoutua toimintatapojen muuttamiseen (Salo-Chydenius, 2015, s. 132). Motivaatio voi rakentua ulkoisista tai sisäisistä tekijöistä (Martela & Jarenko, 2014, s. 14–16). Ulkoinen motivaatio perustuu usein jonkin ulkoisen palkinnon tavoitteluun tai rangaistukseksi koettavan asian välttelyyn. Tekeminen voi vaatia ihmiseltä tietoista itsensä käskyttämistä ja asian toteuttaminen tuntuu suorittamiselta. Asioiden tekeminen sosiaalisesta paineesta ulkoisen motivaation voimin on psyykkisesti kuluttavaa eikä tue pitkäjänteistä toimintaa. Sisäinen motivaatio puolestaan tulee ihmisestä itsestään ja hän kokee toimivansa omaehtoisesti ja tekeminen tuntuu luonnolliselta. Tällöin oma innostus ja halu toimia tietyllä tavalla johtavat toimintaa ulkoisten tekijöiden sijasta ja tekeminen on mielekäästä. Sisäisesti motivoitunutkin ihminen voi kuitenkin tarvita ammattilaisen tukea ja ohjausta elintapojensa muuttamiseen (Salo-Chydenius, 2015, s. 132.).

Elintapamuutoksen ollessa usein pitkäaikainen prosessi, sen vaiheita voidaan hahmottaa ja tarkastella muun muassa transteoreettisen muutosvaihemallin kautta, huomioiden kuitenkin yksilölliset erot muutoksen etenemisessä (Salo-Chydenius, 2015, s. 136–140). Malliin kuuluvia vaiheita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätös, toiminta, vakiinnuttaminen ja lipsahdus tai retkahdus. Esiharkintavaiheen aikana ihmisellä itsellään ei ole aikomuksia tehdä muutoksia toimintaansa, eikä hän välttämättä vielä tiedosta muutostarvetta ja ongelmaa sen taustalla. Ensimmäinen ajatus muutostarpeesta voi tällöin tulla esimerkiksi lähipiiriltä tai terveydenhuollon ammattilaiselta, ja avun piiriin hakeudutaan ulkoisen tahon ohjaamana. Harkintavaiheeseen edetessään ihminen hahmottaa muutostarvettaan, mutta asia herättää epävarmuutta ja ristiriitaisia ajatuksia. Interventiossa voidaan tällöin tarkastella muutokseen tarvittavia konkreettisia toimia sekä muutosten ja nykyisten toimintatapojen jatkamisen tuomia etuja ja haittoja.

Harkintavaihe voi kestää pitkään, ennen kuin ihminen tekee päätöksen muutosten aloittamisesta (Salo-Chydenius, 2015, s. 136–140). Päätöksenteon jälkeen on mahdollista asettaa yksilölliset tavoitteet ja laatia konkreettinen suunnitelma niiden toteuttamiseksi. Toimintavaiheessa muutoksia aletaan toteuttaa askel kerrallaan ja toisinaan kompastellen. Lipsahduksia ja retkahduksia voi tapahtua toimintavaiheen aikana, ja ne kuuluvat prosessiin. Ne voivat olla lyhyitä tai pidempikestoisia ajautumisia takaisin vanhojen tapojen pariin, ja epäonnistumisen

tunne voi heikentää uskoa tavoitteen saavuttamiseen. Epäonnistumisista huolimatta toiminnan jatkaminen kohti tavoitteita on kuitenkin mahdollista, ja epäonnistumisten avulla voidaan oppia keinoja ennakoida haastavia tilanteita ja löytää niihin uusia käyttäytymismalleja. Niiden avulla ihminen voi päästä vähitellen vakiinnuttamisvaiheeseen, jolloin uudet tavat ovat osana jokapäiväistä elämää. Tällöinkin muutoksentekijän tukeminen ja rohkaiseminen on tärkeää, sillä prosessin mukanaan tuomien tunteiden käsittely voi olla edelleen haasteellista ja paluu vanhojen tapojen pariin voi yhä tapahtua.

Motivoivaan haastatteluun sekä transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuva motivoiva toimintatapa pyrkii herättelemään ja vahvistamaan asiakkaan sisäistä motivaatiota, tuomaan esiin tämän omia voimavaroja ja soveltuu moniin hoitotyön asiakasohjauksiin (Salo-Chydenius, 2015, s. 140–142). Toimintatavassa korostuu asiakkaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen huomiointi, ja se perustuu asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen luottamukselliseen yhteistyöhön. Keskeisinä osa-alueina motivoivaan toimintatapaan kuuluvat dialoginen vuorovaikutus, ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen, vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen sekä pystyvyyden vahvistaminen ja välineiden antaminen. Motivoivalla toimintatavalla toteutettu interventio tukee ja vahvistaa asiakkaan omaa motivaatiota elintapamuutoksen tekemiseen ja auttaa kehittämään asiakkaan itsetuntemusta ja itseluottamusta.

Motivoivaa ohjausmenetelmää on käytetty pitkään yksilöohjauksissa, mutta se sopii perustaksi myös ryhmien ohjaamisessa (Näkki, 2015, s. 94). Ryhmäohjaus soveltuu käytettäväksi laajalle skaalalle erilaisia asiakkaita, ja sitä voidaan käyttää useissa erilaisissa tilanteissa (Tuovila ym., 2021). Ryhmätoiminta on yleensä tarkoitettu tietyille kohderyhmälle, ja se voi olla tavoitteeltaan opetuksellista, ohjauksellista tai terapeutista. Ryhmässä toimiminen antaa osallistujille useita motivoivia ja toimintakykyä tukevia elementtejä, kuten mahdollisuuden kokea kuuluvansa ryhmään sekä yhteisten kokemusten jakamisen ja erilaisten näkökulmien löytämisen (Näkki, 2015, s. 94–95).

Motivoivan keskustelun käyttäminen ryhmässä edellyttää ohjauksen antajalta kykyä luoda ryhmään turvallinen ilmapiiri, jossa kaikilla on halutessaan yhtäläinen mahdollisuus osallistua keskusteluun ja kokea tulleeensa kuulluiksi (Näkki, 2015, s. 93–95). Ohjaaja huolehtii myös ohjauksen etenemisestä ja palauttaa huomion takaisin asiaan, mikäli keskustelu ajautuu liiaksi aiheen ulkopuolelle. On tärkeää huomioida jokaisen asiakkaan yksilöllisyys ja persoonallisuus sekä ymmärtää kaikkien olevan ryhmän toimintaan liittymisen suhteen erilaisia.

Ohjaaja voi kannustaa osallistujia kertomaan tuntemuksistaan ja ajatuksistaan, mutta vapautuneen ja turvallisen ilmapiirin luomiseksi kiertävien puheenvuorojen käyttäminen voi olla hyvä tietoisesti välttää. Asiakas voi tällöin osallistua ryhmään pelkästään kuuntelemalla, ja siten ohjaaja myös kunnioittaa jokaisen itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä.

Ryhmässä voidaan käsitellä aiheen teoreettista tietopuolta ja muutoksen vaiheita, vaikka jokaisen osallistujan lähtötilanne olisi erilainen (Näkki, 2015, s. 93–95). Myös epäonnistumisista puhuminen rohkaisevassa hengessä auttaa häivyttämään stigmaa ja ymmärtämään niiden kuuluvan osaksi muutosprosessia. Epäonnistuminen on voinut saada asiakkaat aiemmin luovuttamaan kokonaan ja uskomaan, että yksi epäonnistuminen romuttaa koko muutoksen ja kaiken siihen asti tehdyn työn. Yhdessä voidaan löytää ja jakaa keinoja myös epäonnistumisista selviämiseen ja niiden välttämiseen. Ryhmässä tapahtuva ohjaus mahdollistaa siten asiakkaille myös vertaistuen muista osallistujista (Lipponen, 2014). Vertaistuki muodostuu vuorovaikutuksesta muiden ihmisten kanssa, jotka kokevat saman asian tai ovat jakaneet samankaltaisen elämäntilanteen (Heinonen & Kero, 2020). Kokemus siitä, ettei ole ainoa asian kohdannut, mahdollistaa osallistujille usein omien ajatusten vapautuneemman ilmaisun muihin ryhmärakenteisiin tai sosiaalisiin tilanteisiin verrattuna. Vertaistensa kohtaaminen ja asioiden jakaminen yhdessä myös parantaa yksilön elämänlaatua ja lisää sosiaalista turvallisuuden tunnetta.

4.2 Ryhmäohjaustilaisuuden suunnittelu ja toteutus

Ryhmäohjauksen toteutusta suunniteltaessa huomioidaan ohjauksen tarkoitus ja tavoite sekä osallistujien taustat ja lukumäärä (Salminen & Kinnunen, 2022, s. 374–375). Lisäksi määritellään ohjaukseen käytettävät menetelmät, tilat, ohjauksen ajankohta ja tilaisuuden kesto (Narsakka ym., 2021, s. 134). Tarkoitusta ja tavoitetta tarkastellaan kaikkien osapuolten näkökulmasta mahdollisimman toimivan kokonaisuuden luomiseksi (Kupias & Koski, 2012, s. 11–13). Osapuolina ovat ohjaaja itse, ohjauksen mahdollinen tilaaja sekä ryhmään osallistuvat asiakkaat. Ohjauksen tilaajana voi olla esimerkiksi yritys, hanke tai yhdistys, jonka asiakkaille, jäsenille tai työntekijöille ohjaus järjestetään.

Yhteisenä tavoitteena ohjaustilaisuudelle voi olla uusien tietojen, taitojen ja toimintatapojen oppimisen mahdollistaminen (Kupias & Koski, 2012, s. 14–15), voimavarojen, itseluottamuksen ja motivaation vahvistaminen sekä näiden prosessien tukeminen (Ståhlberg, 2019, s.

17–20, 25–26). Hoitotyössä korostuvat tarkkaan määritellyt tavoitteet, joiden myötä ohjaus voidaan perustaa tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon (Narsakka ym., 2021, s. 133–134). Realistisuus, relevanttius ja oikein mitoitettu haastavuus ovat tällöin olennaisia asioita tavoitteen määrittelyssä. Tavoiteltaessa käyttäytymisen muutosta, voidaan asettaa sekä pitkän että lyhyen aikavälin tavoitteita. Hoitotyössä tavoitteiden saavuttamista edistää asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu.

Ohjauksen järjestämiseen optimaalisesti soveltuva tila on kooltaan sopiva osallistujamäärään nähden ja se sisältää tarvittavan varustelun ja välineistön (Kupias & Koski, 2012, s. 89–91). Tilan valitseminen ja valmisteleminen etukäteen ei kuitenkaan aina ole välttämättä mahdollista, joten ohjausta suunniteltaessa on hyvä valmistautua myös tarvittaessa soveltamaan ja joustamaan, jotta ohjaus on mahdollista toteuttaa sujuvasti käytettävissä olevasta tilasta riippumatta. Tilan järjestelyllä voidaan vaikuttaa merkittävästi ryhmän vuorovaikutuksen ja keskinäisen kommunikoinnin edistämiseen. Suuressa tilassa, jossa on paljon istumapaikkoja, osallistujat voivat pyrkiä omatoimisesti sijoittautumaan hyvinkin etäälle toisistaan. Tämän välttämiseksi istumapaikat voidaan järjestellä pienemmälle alueelle ja ohjata osallistujat siten lähemmäs toisiaan. Osallistujien keskinäiseen vuorovaikutukseen ja keskusteluun pyrkivässä ohjauksessa istumapaikat voidaan järjestää siten, että osallistujat näkevät sekä toisensa että ohjaajan, istuen esimerkiksi saman pöydän ääressä tai kaarevassa muodostelmassa (mts. 91–93). Ohjaaja voi tällöin itsekin sijoittua istumaan osallistujien tasolle ilmapiirin rentouttamiseksi ja keskustelun edistämiseksi (Ståhlberg, 2019, s. 56–57). Ohjaaja voi puhua välillä myös seisten ryhmän edessä, jolloin äänen kuuluvuus on varmasti riittävä, kaikki osallistujat näkevät hänet ja keskittyvät helpommin ohjaajan kertomaan asiaan.

Osallistujien taustatietojen kartoittaminen etukäteen auttaa rakentamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeita vastaavan ohjaustilaisuuden (Salminen & Kinnunen, 2022, s. 374–375). Suunnittelua määritteleviä taustatietoja ovat esimerkiksi osallistujien ikä ja mahdolliset ryhmää yhdistävät tekijät, kuten elämäntilanne, terveydellinen tila tai diagnoosi sekä yhteineiset tavoitteet ja toiveet. Asiakkailla on myös usein hyvin erilaiset ennakkotiedot ja käsitykset ohjattavasta aiheesta (Kupias & Koski, 2012, s. 25). Ennen ohjauksen aloitusta asiakailta kysytyt kysymykset aiheeseen liittyvistä kokemuksista ja mielikuvista auttavat kartoittamaan, ovatko asiakkaat kokonaan uuden asian äärellä, oppimassa lisää aiheesta vai onko tarve korvata vanhaa tietoa uudella (mts. 28–29).

Ohjaajan on hyvä huomioida, etteivät kaikki osallistujat omaksu tietoa samalla tavalla, ja jokainen jäsentele asiaa mielessään aiempien tietojensa ja kokemustensa kautta (Kupias & Koski, 2012, s. 26–27). Uutta tietoa ei voida siirtää sellaisenaan ihmiseltä toiselle, mutta ohjaaja voi tuoda aiheesta esille merkityksellisiä ja olennaisia seikkoja, joista jokainen osallistuja voi ryhtyä rakentamaan uutta tietoa oman lähtötasonsa mukaisesti. Erilaisia näkökulmia ja mielipiteitä kohdatessaan, ohjaajan tulee itse ymmärtää, miksi ja mitä hän aiheesta kertoo ja kyetä perustelemaan asiat (mts. 30–31). Kokemuksia ja näkökantoja vertailemalla sekä ohjaaja että asiakkaat voivat laajentaa näkemyksiään asioista ja oppia siten uutta.

Ohjauksessa käytettävien menetelmien valintaan vaikuttavat muun muassa ohjaajan kokemus ja osaamistaso, ohjauksen tavoite ja tarkoitus, osallistujien taustatiedot ja lukumäärä sekä tilaan ja välineisiin liittyvät resurssit (Kupias & Koski, 2012, s. 100–103). Pääpiirteissään ohjausmenetelmä voi olla suullinen, kirjallinen, kuvallinen tai näiden yhdistelmä (Narsakka ym., 2021, s. 138). Suullisiin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi erilaiset luennot ja keskustelut sekä äänitallenteet. Kirjallisia menetelmiä ovat puolestaan muun muassa tulosteet ja digitaaliset tekstimateriaalit, kuvallisia taas erilaiset valokuvat, piirrookset ja videot.

Uuden tiedon jakamiseen ja asiakkaiden osallistamiseen soveltuva ryhmänohjausmenetelmä on aktivoiva luento (Kupias & Koski, 2012, s. 112–113). Menetelmä sopii käytettäväksi monenlaisten aiheiden käsittelyssä ja erilaisten ryhmien ohjaamisessa. Ohjaaja voi aktivoida ja osallistuttaa asiakkaita luentoan ajatuksia herättävillä avoimilla kysymyksillä. Kaikki kysymykset eivät välttämättä johda ryhmässä yhteiseen keskusteluun, eikä niihin välttämättä osata tai haluta vastata lainkaan. Kysymys on kuitenkin todennäköisesti herättänyt osallistujissa ajatuksia ja vastaamattomankin kysymyksen jälkeen ohjausta voidaan sujuvasti jatkaa eteenpäin. Avointen kysymysten lisäksi osallistujia voi aktivoida pyytämällä heitä miettimään tietyn asian osuutta omassa elämässään ja halutessaan kertomaan siitä muulle ryhmälle. Aktivoiva luento voi olla yhdistelmä sekä suullisia, kirjallisia että kuvallisia ohjausmenetelmiä.

Ohjaukseen voi sisällyttää erilaisia havainnollistamiskeinoja ja -materiaaleja (Kupias & Koski, 2012, s. 74–75). Ohjausta tukevaa kirjallista ja visuaalista sisältöä suunniteltaessa tulee huomioida niiden toimivuus ohjauksen tavoitteen kannalta. Selkeys ja ymmärrettävyys ovat edellytyksiä sille, että materiaalit tukevat osallistujien oppimista. Ryhmänohjaukseen sopivia ohjausmateriaaleja ovat esimerkiksi diaesitykset, tulosteet, esineet, kuvat ja videot. PowerPointesitykseksi laadittu diasarja on yleinen ja monenlaisissa ohjauksissa toimiva havainnollistamismateriaali. Diat eivät yleensä toimi itsenäisenä ohjausmateriaalina, vaan ne tukevat

ohjaajan puhetta ja tuovat tiivistetyksi esiin tärkeimmät pääkohdat ja ydinasiat (mts. 76). Toimivassa diaesityksessä on siten vähän tekstiä ja paljon asiaa, eli diat eivät ole täynnä informaatiota, mutta niissä esitetyt asiat ovat oleellisia ja keskeisiä (mts. 77). Esityksen tulee edetä loogisesti, eikä sen tule hallita ohjausta ja kiinnittää osallistujien keskittymistä jatkuvasti liiaksi itseensä, jolloin osallistujien omille ajatuksille ei jää tilaa (mts. 76).

PowerPoint-esityksen lisäksi ohjaus voi sisältää ohjausta tukevaa kirjallista oheismateriaalia (Kupias & Koski, 2012, s. 82). Ohjauksen suunnitellun rytmityksen mukaan materiaalin voi tarjota osallistujille etukäteen, ohjauksen aikana tai sen päättyessä. Oheismateriaali voi sisältää esimerkiksi lisätietoa tai esimerkkejä aiheesta sekä itsenäisesti tai ryhmässä työstettäviä tehtäviä. Materiaalia voidaan käydä läpi ohjauksen aikana tai se voi jäädä osallistujille itsenäisesti tutustuttavaksi.

Ohjaustilaisuuden suunnitteluun tarvittavien osatekijöiden kartoittamisen jälkeen voidaan ryhtyä jäsentelemään ohjauksen rytmitystä ja aikatauluja (Kupias & Koski, 2012, s. 53). Aikataulun määrittelyssä minuutilleen suunniteltu eteneminen auttaa hallitsemaan ajankäyttöä (Ståhlberg, 2019, s. 60–61). Äärimmäisen tarkka aikataulu ei kuitenkaan yleensä toteudu sellaisenaan, ja ohjaajan tulee varautua joustamaan ja muuttamaan suunnitelmaa ryhmän mukaan. Joistakin asioista voidaan keskustella pidempään ja toiset voidaan käydä läpi nopeammassa rytmissä. Suunnittelussa tulee kuitenkin ottaa huomioon keskustelun tärkeys ja varata sille riittävästi aikaa. Ohjauksen aloitus on tärkeässä asemassa ryhmän toiminnan ja ilmapiirin muovautumisen kannalta (Ståhlberg, 2019, s. 71). Aloitus voidaan muotoilla monin tavoin, mutta tärkeimmät esiteltävät asiat ovat ohjaustilaisuuden aihe ja tavoite (Kupias & Koski, 2012, s. 65). Niiden avulla tuodaan samalla esiin ohjauksen merkitys asiakkaille; mitä ohjaus voi heille tarjota ja miten he voivat hyötyä ohjauksesta.

Ohjaajan oman esittäytymisen ja ohjauksen sisällön selventämisen jälkeen on hyvä käydä heti läpi vuorovaikutuksen onnistumiseen ja luottamuksellisuuteen vaikuttavia asioita (Ståhlberg, 2019, s. 74–75). Osallistujille tulee kertoa, että kaikki ryhmän jäsenet sekä ohjaaja itse ovat vaihtolovelvollisia, eikä ohjaustilaisuudessa käsitellyistä henkilökohtaisista asioista keskustella ryhmän ulkopuolella. Lisäksi ryhmässä vallitsee tasa-arvo ja kaikki ajatukset, kysymykset ja mielipiteet on suotavaa tuoda esiin (mts. 72). Tämä turvaa avoimeen ja luottamukselliseen keskusteluun pääsemistä ja rohkaisee osallistujia kertomaan omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan (mts. 74–75). Ennen aiheeseen siirtymistä pidettävä esittelykierros ja ryhmäläisten toiveiden ja odotusten kysyminen tuo ohjaajalle mahdollisuuden tehdä muistiinpanoja

esiin tulleista asioista, joihin voidaan palata myöhemmin ohjauksen aikana (Ståhlberg, 2019, s. 75–77). Siten ohjaaja voi luoda tilaisuudesta osallistujille henkilökohtaisemman ja juuri heidän tarpeitaan paremmin vastaavan.

Ohjaustilaisuuden onnistunut päättäminen jättää osallistujiin positiivisen tunteen ja tukee ohjauksen kokonaisuutta (Kupias & Koski, 2012, s. 69–71). Tilaisuuden voi päättää yhteenveetoon käsitellyistä aiheista, jatko-ohjeiden antamiseen tulevaisuutta varten tai ohjauksen herättämien viimeisten kysymysten läpikäymiseen. Osallistujat voivat myös lopuksi antaa arvioivan tai kuvailevan palautteen ohjauksesta kirjallisesti tai suullisesti. Palautetta pyydetessä määritellään, mistä asioista palautetta tai arviota pyydetään. Se voi koskea ohjaajan toimintaa, ohjausta kokonaisuutena tai osallistujien omaa oppimista. Arviointi käsittää yleensä jonkinlaisen asteikon, johon arvioitava asia sijoitetaan eli arvotetaan (mts. 164). Kuvaileva palaute voi olla palautteenantajan näkökulman ja havaintojen kuvausta, jonka vastaanottamisessa voidaan kuitenkin kohdata tulkinnallisia ristiriitoja, ja positiivinen palaute voi olla tulkittavissa negatiiviseksi tai päinvastoin (mts. 166–167). Kaikenlaisen palautteen saaminen auttaa ohjaajaa kehittämään omaa toimintaansa ja ohjauksen sisältöä (mts. 164).

Kerätessä kirjallista palautetta, voidaan laatia palautelomake, jonka avulla kartoitetaan ohjauksen tavoitteiden toteutumista ja ohjauksen onnistumista (Kupias & Koski, 2012, s. 180–181). Tällöin kysymykset muotoillaan ohjauksen olennaisimpien asioiden ympärille. Kysymykset voivat olla avoimia kysymyksiä ohjauksen laadusta ja annista, toiveita jatkoa varten sekä kehittämissuhteita. Avointen kysymysten lisäksi voidaan laatia erilaisia asteikkoja, joihin palautteenantaja sijoittaa omat näkemyksensä.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on suunnitella ja toteuttaa kaksi ryhmänohjaustilaisuutta kohonneesta verenpaineesta kärsiville pitkäaikaissairaille, työttömille työikäisille.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ryhmänohjaukseen osallistuvien valmiuksia omahoitoon verenpainetta alentavan terveystyöskentelyn osalta. Toisena tavoitteena on, että koottua tietoa ja tuotettua ohjausmateriaalia voivat hyödyntää muut aiheen parissa työskentelevät terveydenhoitajat ja alan opiskelijat.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Miten pitkäaikaissairaat, työttömät työikäiset voivat itse vaikuttaa kohonneen verenpaineen alentamiseen ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden avulla?
2. Miten ryhmänohjaus toteutetaan verenpainetautiin sairastavan, työttömän työikäisen sairauden omahoitoa edistävasti ja tukevasti?

Opinnäytetyön painopisteenä ja ryhmänohjaustilaisuuksien aiheina ovat verenpainetta alentavan terveystyöskentelyn osa-alueista ravitsemus ja fyysinen aktiivisuus pitkäaikaissairailta työttömillä työikäisillä.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe tuli ehdotuksena opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta, ja aiheen valintaan vaikutti vahvasti tekijän oma kiinnostus terveyskäyttäytymiseen liittyviin asioihin ja niiden ohjaamiseen asiakkaille. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyökumppanin pyynnöstä. Toteutusmenetelmänä toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kohderyhmää palveleva tuotos (Kostamo ym., 2022, s. 11). Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli ryhmänohjaustilaisuuksien toteuttaminen, johon kuului kokonaisuudessaan kaksi erillistä ohjaustapaamista asiakkaiden kanssa, ohjauksia varten koostettu PowerPoint-esitysmateriaali sekä asiakkaille laaditut oheismateriaalit. Terveyskäyttäytymisen osa-alueista ensimmäiseen ohjaukseen valittiin aiheeksi ravitseminen ja toiseen ohjaukseen liikkuminen ja stressinhallinta. Kohderyhmä koostui Pitkospuut-hankkeeseen osallistuneista pitkäaikaissairaista työttömistä, jotka kärsivät kohonneesta verenpaineesta.

Opinnäytetyön tekemisestä pidettiin päiväkirjaa koko prosessin ajan aiheen valinnasta lähtien. Päiväkirjan tarkoituksena on auttaa muistamaan ja jäsentämään työn tekemisen vaiheet, päätöksenteot ja niihin vaikuttaneet asiat ja helpottaa siten toteutetun prosessin kuvausta (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 19–22). Tämän opinnäytetyön päiväkirjan tärkeimmiksi komponenteiksi osoittautuivat suunnitteluvaiheessa piirretyt ajatuskartat, jotka havainnollistivat mielikuvat opinnäytetyön halutusta sisällöstä, rakenteesta ja tekemisen vaiheista, joita ei osattu aluksi sanoittaa ja muotoilla pelkäksi tekstiksi. Suunnitteluvaiheen alussa aihe näyttäytyi tekijälle todella laajana kokonaisuutena, ja ajatuskarttojen avulla pystyttiin tekemään olennaiset rajaukset aiheeseen ja toteutukseen.

6.1 Opinnäytetyön suunnitteluvaihe ja teoriaperustan rakentaminen

Aiheen valinnan ohella toiminnallisen opinnäytetyön toteutus aloitetaan toimintasuunnitelman tekemisellä (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 26–30). Suunnitelman tarkoitus on auttaa tekijää jäsentämään itselleen työskentelyn vaiheet, osoittaa työn looginen ja johdonmukainen eteneminen ja toimia sitoumuksena tehtävästä työstä. Suunnitelmassa tulee määrittellä aiheen rajauksen ohella opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus sekä opinnäytetyön kysymykset, aikataulutus ja siinä tarvittava mahdollinen joustovara. Aikataulun määrittely auttaa hahmottamaan toimintasuunnitelman realistisuuden ajankäytön kannalta.

Toiminnallisen opinnäytetyön toimintasuunnitelmaa laadittaessa kartoitetaan aluksi työn etenemiseen ja tuotoksen tekemiseen tarvittavat osa-alueet (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 27). Näitä ovat muun muassa aiheeseen liittyvän teorian tiedon kerääminen, tuotokseen tarvittavien materiaalien hankkiminen ja muut toteutukseen liittyvät järjestelyt. Kattava teorian tietoperusta ja selkeät käsitteiden määrittelyt antavat vahvan pohjan opinnäytetyölle ja tuotoksen toteuttamiselle (mts. 42–43).

Tässä opinnäytetyössä koottiin ensin tutkittuun tietoon perustuva teoria-aineisto verenpainetta alentavasta terveystyöskäytännöstä aihealueen mukaisesti. Teorian tietoa haettiin lisäksi työttömyydestä ja pitkäaikaissairauksista sekä niiden vaikutuksista ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin, terveydenhoitajan työstä, asiakkaan ohjaamisesta, muutosprosessista ja sen tukemisesta, ohjausmenetelmistä sekä ryhmänohjauksesta. Teoriaosuuden haluttiin tukevan ryhmänohjaustilaisuuksille määritellyjä tavoitteita; ohjausten haluttiin tarjoavan osallistujille riittävät perustiedot terveyden edistämisestä, olevan vuorovaikutuksellisia ja herättävän keskustelua ryhmässä. Opinnäytetyöhön haluttiin koostaa riittävän laadukas teoriaosuus, jonka sisältö käsittelee aiheita syvemmin kuin vain asiakkaiden kanssa läpikäytävien asioiden verran. Teoriaosuutta laadittaessa tavoitteena oli tarjota riittävä tieto myös asioiden perustelemiseksi asiakkaille ja tukea ohjauksen järjestäjää asiakkaiden mahdollisesti esittämiin kysymyksiin vastaamisessa. Kokonaisuudessaan tavoitteena oli järjestää ammattimaisesti toteutetut tapaamiset ryhmän kanssa.

Tiedonhaun sujuvuus vaihteli aihealueittain ja luotettavaa ajantasaista aineistoa oli saatavilla vaihtelevasti. Erityisesti etsittäessä perusteluja asioille, hakusanoja täytyi muokata ja laajentaa alkuperäisistä huomattavasti. Osaa löydetyistä aineistosta ei ollut mahdollista tai järkevää soveltaa ja käyttää opinnäytetyössä liiallisen Suomen olosuhteista ja kulttuurista poikkeamisen vuoksi. Laadukasta ja opinnäytetyöhön soveltuvaa tutkimustietoa löytyi kuitenkin myös laajasti ja lähdeaineiston löytäminen helpottui koko prosessin ajan tiedonhakuosaamisen kehittyessä. Opinnäytetyössä käytettiin suomen- ja englanninkielistä lähdeaineistoa.

Aloitettaessa työstämään opinnäytetyön teoriaosuutta, oli tiedossa, että myöhemmin samana vuonna tultaisiin julkaisemaan uudet pohjoismaiset ravitsemussuositukset. Opinnäytetyön teoriaosuuden oli kuitenkin tarkoitus valmistua ennen julkaisua. Jotta uudet ravitsemussuositukset voitaisiin huomioida ravitsemusta käsittelevässä teoriaosuudessa myöhempää käyttöä varten, niistä saatava uusi tieto päätettiin lisätä myöhemmin teoriaosuuteen. Aiemmin julkaisut suositukset olivat kuitenkin työn perustana, ja niihin pohjautui myös asiakkaille pidetty

ravitsemusta käsittelevä ryhmänohjaustilaisuus. Uusien ravitsemussuositusten ilmestymisestä kerrottiin asiakkaille ohjauksen aikana ja ohjeistettiin heitä tutustumaan niihin halutesaan myöhemmin.

6.2 Ohjausten sisältöjen ja havainnollistamismateriaalien laatiminen

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksessa käytettävän kirjallisen ilmaisun on oltava kohderyhmän ymmärrettävissä ja tyyliltään tarkoituksenmukaista (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 129). Sekä kirjallisessa että visuaalisessa toteutuksessa tulee huomioida kohderyhmän asema ja mahdollinen aiempi tietämys esiteltävistä asioista, tuotoksen tarkoitus ja minkä ikäiselle kohderyhmälle tuotos esitetään. Tähän opinnäytetyöhön koostettua teoriaosuutta hyödynnettiin suunniteltaessa ja toteutettaessa opinnäytetyön tuotoksena järjestettyjä ryhmänohjaustilaisuuksia ja niissä käytettyä esitysmateriaalia.

Suunnittelua hankaloitti epätietoisuus osallistujista ja heidän lukumäärästään, ohjausten pitopaikasta sekä siitä, osallistuisiko molempiin ohjauskertoihin sama ryhmä vai tulisiko ohjauksista luoda toisistaan erilliset, jotka soveltuisivat pidettäviksi eri asiakkaille. Suunnitelmavaiheessa ensimmäinen arvio osallistujamäärästä oli noin 10–12 henkilöä, ja oletuksena oli ryhmän pysyminen samana molemmissa ohjaustilaisuuksissa. Seuraava tieto yhteistyöhankkeen taholta oli, että ohjaukset toteutettaisiin eri henkilöille ja ryhmäkoko joko puolittuisi tai voisi olla alkuperäistä arviota isompi, mikäli ohjaus pidettäisiin toisella paikkakunnalla. Toisen hankkeen kanssa yhteistyössä tehtävän opinnäytetyön toteutuksen siirtyessä, viimeisimmäksi arvioksi osallistujista jäi noin viisi asiakasta, jotka osallistuisivat molempiin ohjauksiin. Pitopaikka oli tässä vaiheessa vielä avoin, mutta ohjauksia lähdettiin suunnittelemaan pienryhmälle ja sisällöllisesti jatkumona toisilleen.

Esitysmateriaaliksi oli jo opinnäytetyön suunnitelmassa määritetty PowerPoint-diasarja, sillä siihen pystyisi tehokkaasti sisällyttämään ohjausten olennaiset asiat ilman, että asiakkaiden huomion tarvitsisi jatkuvasti liiaksi kiinnittyä esitysmateriaaliin, eikä sen seuraaminen vaatisi asiakkailta erillistä toimintaa. Ohjattavan asiakasryhmän pysyessä samana, ohjauksia varten suunniteltiin yksi diasarja (liite 1), joka sisälsi molempien ohjauskertojen aiheet. Tällöin edellisen ohjauksen asioihin olisi helpommin mahdollista palata tarvittaessa seuraavan tapaamisen yhteydessä. Asiat voitiin tällöin myös esittää jatkumona ja painottaa aiheiden yhteyttä toisiinsa.

Diasarjan rakenteesta ja ulkoasusta haluttiin yksinkertainen, hillitty ja helposti seurattava, mutta kuitenkin visuaalisesti riittävän aktivoiva, jotta se herättäisi sopivasti huomiota ja sitä olisi mielekästä seurata. Nämä tavoitteet vaikuttivat esityksessä käytettyjen kuvien ja fonttien valintaan sekä diojen tekstisisältöihin. PowerPoint-esityksen laatiminen toi tässä vaiheessa esiin myös pienet puutteet teoriaosuudessa, johon tehtiin samalla tarvittavat täydennykset.

Asiakastapaamisten ohjausmenetelmäksi valikoitui aktivoiva luento, jonka perustana oli motivoiva toimintatapa. Motivoivan keskustelun käyttö ja muutosvaihemallin tiedostaminen mahdollistaisivat paremman asiakaskokemuksen ohjaajan kyetessä huomioimaan erilaisista taustoista tulevat asiakkaat ja heidän sen hetkiset tilanteensa ja ennakkotietonsa asioista. Aktivoiva luento nähtiin perusteltuna ohjausmenetelmävalintana aikuisille osallistujille, joista ei ollut suunnitteluvaiheessa saatavilla tarkempia taustatietoja. Suunnitellut ohjaukset olisi siten mahdollista toteuttaa milloin ja missä tahansa yleisöstä riippumatta ja mahdollisten ennakkotietojen avulla räätälöidä kullekin ryhmälle heidän tarpeitaan vastaaviksi.

Yhteistyökumppanin toiveesta yhden tapaamisen kestoksi oli määritelty etukäteen 90 minuuttia. Molemmille ohjauskerroille laadittiin omat aikataulut (liite 2), joissa ajankäyttö jaettiin minuuttien tarkkuudella käsiteltäville asioille, ja joihin merkittiin aiheiden käsittelyssä käytettävät havainnollistamismenetelmät ja -materiaalit. Aikataulujen teossa huomioitiin mahdolliset muutokset ohjausten kulussa ja suunniteltiin etukäteen, miten ohjauksen kulkua tulee johtaa, jotta aikataulu on kokonaisuudessaan pitävä sisältäen riittävästi joustovaraa.

Ohjausten sisällön ja kulun hahmottuessa niihin haluttiin sisällyttää lisäksi asiakkaille annettavat oheismateriaalit (liitteet 3 ja 4), vaikka asiakasmateriaalien tekeminen ei kuulunut alkupe räiseen suunnitelmaan. Oheismateriaaleihin koottiin ohjauksen tavoitteita tukevia asioita pyrkien herättelemään asiakkaiden omaa ajattelua. Materiaalien tahdottiin toimivan myös itsenäisinä osina, joihin asiakkaat voisivat palata myöhemmin uudelleen, eikä niitä tarvitsisi palauttaa ohjauksen jälkeen.

Ryhmäohjauksiin osallistuvilta asiakkailta haluttiin pyytää anonyymi kirjallinen palaute ohjauksista ja palautteiden keräämistä varten laadittiin yksinkertaiset kyselylomakkeet (Liite 5.). Palautteiden avulla haluttiin kartoittaa opinnäytetyön tavoitteiden toteutumista ja miten hyvin tuotos oli vastannut tavoitteita asiakkaiden näkökulmasta. Esitys- ja oheismateriaalien, kirjallisten aikataulusuunnitelmien ja asiakaspalautelomakkeiden valmistuttua ne hyväksyttiin opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla.

6.3 Ensimmäinen ohjaustilaisuus

Ohjaustilaisuudet oli alun perin tarkoitus toteuttaa huhti-toukokuussa 2023, mutta hanke toivoi ohjausten järjestämistä jo maaliskuulle osan asiakkaista jäädessä tämän jälkeen pois hankkeesta. Materiaaleihin ja toteutussuunnitelmiin ei ollut tarpeen tehdä muutoksia ja ensimmäinen tapaaminen sovittiin maaliskuun puoliväliin. Osallistujamäärä oli yhä arvoitus, sillä hankkeella ei ollut olemassa valmista ryhmää, jolle ohjaukset olisi räätälöity, vaan yhteyshenkilö pyrki kokoamaan ryhmän sen jälkeen, kun toteutuksen ajankohta oli tiedossa. Ohjausta varten oli hankkeen taholta varattu tila, jonka oli aiemmin toivottu sisältävän tarvittavan laitteiston diasarjan esittämiseksi. Täyttä varmuutta tilan varustelusta ja sen toiminnasta ei etukäteen ollut, joten ohjaukseen päätettiin ottaa mukaan kannettavan tietokoneen ja muistitikun lisäksi tulostettuja esitysmateriaaleja. Paperiversioiden avulla pyrittiin turvaamaan ohjauksen onnistunut toteuttaminen lähes millä varustelulla ja kokoonpanolla tahansa.

Kaksi päivää ennen ensimmäistä ohjauskertaa selvisi, että ohjaukseen olisi osallistumassa kaksi hankkeen asiakasta. Toinen asiakkaista kuitenkin perui osallistumisensa viime hetkellä, eikä toista asiakasta tavattu eikä tavoitettu lainkaan, joten ohjaus peruuntui, ja se päätettiin järjestää uudelleen mahdollisimman pian. Uusi ajankohta järjestyi maaliskuun lopulle ja asiakkaista kolme oli ilmoittautunut osallistuvansa ohjaukseen. Tapaaminen saatiin tuolloin toteutettua, vaikka yksi asiakkaista uupui kokonaan kokoonpanosta, aloitus viivästyi noin kahdellakymmenellä minuutilla odotettaessa toista asiakasta ja toisen paikalle saapuneista asiakkaista täytyi poistua puoli tuntia ennen suunniteltua päätösjankohtaa. Aikataulu oli suunniteltu isommalle ryhmälle, joten asiasisällön käsittely ja ohjauksen kulku oli mahdollista tiivistää käytettävissä olevalle ajalle, eikä ohjauksen päättyminen viivästynyt.

Tilaisuuden alussa kerrottiin ohjauksen olevan osa opinnäytetyötä, käytiin läpi ohjauksen sisältö ja kulku sekä kaikkien osallisten vaitiolovelvollisuuteen liittyvät asiat. Alussa tiedusteltiin osallistujien ajatuksia ja ennakkotietoja tulevasta aiheesta sekä heidän mahdollisia toiveitaan ohjaukseen liittyen. Asioiden käsittely aloitettiin määrittelemällä, mitä kohonnut verenpaine tarkoittaa ja millaisia vaikutuksia sillä voi olla elimistössä. Seuraavaksi käsiteltiin syitä, jotka verenpaineen kohoamiseen voivat vaikuttaa ja miten sitä voidaan hoitaa. Hoidon kannalta painotettiin erityisesti terveystyöskäytymiseen liittyviä asioita, joihin on itse mahdollista vaikuttaa. Tiivistetyn aikataulun vuoksi ohjauksen ensimmäisen kolmanneksen lopulle suunnitellut aktivoivat ja avoimet kysymykset jäivät esittämättä, mikä teki ohjauksen alkuosasta liian

ohjaajapainotteisen. Päästäessä pidemmälle aiheen käsittelyssä, ohjaus sisälsi enemmän avointa keskustelua ja asiakkaiden kysymyksiä, ajatuksia ja näkökulmia.

Ensimmäinen ohjaustilaisuus eteni yleisestä verenpainetta koskevasta osiosta ravitsemusta ja ruokavaliota käsittelevään osuuteen, jossa käytiin läpi terveyttä edistävän ruokavalion sisältöä, annoskokoja ja ateriarytmiä. Ruokavalion sisältöön ja ruokailutottumuksiin liittyvien asioiden yhteydessä pyrittiin painottamaan yksilöllisyyttä ja tarjoamaan asiakkaille erilaisia perusteltuja esimerkkejä. Ravitsemuksesta puhuttaessa haluttiin korostaa pitkäjänteisyyttä ja muutosten maltillisuutta ja välttää ehdottomuuksien ja kieltojen esittämistä. Osallistujilta tiedusteltiin heidän aiempia tietojaan tai näkemyksiään muun muassa suolan vaikutuksista elimistössä ja todettiin, että osallistujilla oli tiedossa suolan yhteys verenpaineen kohoamiseen, mutta ei sitä, mihin yhteys perustuu tai mitä se konkreettisesti tarkoittaa. Heiltä kysyttiin myös avoimia kysymyksiä ruokavalioon ja syömiseen liittyvistä ajatuksista ja pyydettiin esittämään omia kysymyksiä aina, jos jokin asia askarrutti.

Ohjauksen loppupuoliskolla käytiin läpi erilaisia esimerkkejä tuotteiden vertaamisesta ja asioita, joihin osallistujat voisivat kiinnittää huomiota ostaessaan elintarvikkeita. Aivan kaikkea asiasisältöä ei ehditty käsitellä loppuun, ennen kuin toisen asiakkaan täytyi poistua tilaisuudesta. Viimeiseen aiheeseen liittyvien esimerkkien käsittely jäi hänen osaltaan siten hieman vajaaksi. Ohjauksen lopuksi esitettiin tiivis yhteenveto käsitellyistä asioista ja kysyttiin, millaisia ajatuksia aihe oli kokonaisuudessaan herättänyt. Tässä yhteydessä jaettiin ohjauksen aiheeseen liittyvä oheismateriaali kertoen samalla sen sisällöstä ja pyydettiin myös täyttämään kirjallinen palautelomake.

Kokonaisuudessaan ohjauksen suunniteltu sisältö ehdittiin käydä läpi aikataulun tiivistämisestä huolimatta ja vuorovaikutteinen keskustelu lisääntyi ohjauksen loppua kohti. Saadun palautteen perusteella ohjaus oli sisältänyt asiakasnäkökulmasta katsottuna uutta tietoa, asiat oli esitetty selkeästi ja ajatuksia herättävästi. Asiakastoiveena oli mahdollisuus verenpaineen mittaamiseen seuraavan tapaamiskerran yhteydessä ja tämä lisättiin toisen ohjauksen sisältöön.

6.4 Toinen ohjaustilaisuus

Toiselle ryhmänohjaustilaisuudelle löydettiin sopiva ajankohta kahden viikon päähän edellisestä tapaamiskerrasta. Hankkeen yhteyshenkilö esitti välissä toiveen päivämäärän

aikaistamisesta, mutta aikataulusyistä ohjausta ei voitu aikaistaa ehdotetulle päivämäärälle, joten alkuperäinen ajankohta säilytettiin. Osallistujamäärä varmistui jälleen kaksi päivää ennen ohjausta ja aiemman kokoonpanon lisäksi ohjaukseen oli tulossa kolmas asiakas, joka ei ollut ollut mukana edellisellä kerralla. Ohjauksen alussa kerrattiin siten hieman enemmän ensimmäisen ohjauksen sisältöä, jotta ohjauksen aihe ja näkökulma selkiytyisivät myös uudelle osallistujalle.

Kertauksen ja tulevan aiheen esittelyn jälkeen käytiin läpi ravitsemuksen, liikkumisen ja stressinhallinnan yhteyttä toisiinsa ja siirryttiin sitten käsittelemään liikkumista koskevia asioita. Ohjauksessa haluttiin tuoda esiin liikkumisen kokonaisvaltaisia vaikutuksia ja tärkeyttä ilman, että osallistujille tulisi tunnetta syyllistämistä tai painostamisesta. Liikkumisen ohella painotettiin myös unen ja palautumisen merkitystä kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa ja terveyden edistämisessä. Tärkeänä pidettiin yksinkertaisten ja toteutettavissa olevien arkiaktiivisuuden ja liikkumisen lisäämiseen liittyvien esimerkkien kertomista asiakkaille. Osallistujia pyydettiin kertomaan muun muassa heidän harrastuksistaan sekä ajatuksistaan nukkumisesta ja unentarpeesta. Ryhmässä heräsi aiheesta paljon avointa ja positiivista keskustelua. Ohjausta osallistui yllättäen seuraamaan tilaisuuden puolivälin tienoilla myös yksi hankkeessa toimivista opettajista. Keskeytyksellä ei ollut mitään negatiivisia vaikutuksia ohjaukseen tai asiakasiin.

Ohjauksen edetessä siirryttiin liikkumisesta stressinhallintaa koskevien asioiden käsittelyyn. Stressintunteesta haluttiin korostaa sen yksilöllisyyttä ja yksilöllisiä vaikutuksia. Asiaa haluttiin käsitellä sekä stressin tuntemisen että sen yksilöllisten hallintakeinojen kannalta samoin kuin liikkumista; ilman syyllistäväää, alentavaa tai aliarvioivaa kokemusta. Tässä onnistuttiin siinä määrin hyvin, että osallistujat kertoivat avoimesti omista tilanteistaan, kokemuksistaan ja stressinhallintakeinoistaan. Asioiden käsittely oli luennoinnin sijaan hyvin vuorovaikutteista ja osallistujat saivat vertaistukea ja ymmärrystä toisiltaan. Ohjauksen lopulla esitettiin yhteenveto sinä päivänä keskustelluista asioista sekä molempien tapaamiskertojen kokonaisuudesta. Osallistujia pyydettiin tässä vaiheessa kertomaan vielä ajatuksiaan aiheesta ja esittämään halutessaan kysymyksiä.

Ohjaustilaisuuden suunniteltu aikataulu toimi koko tapaamisen ajan. Asioiden käsittely eteni sujuvasti ja loogisesti. Tapaamisen loppuun suunnitellun oheismateriaalien käsittelyn ja kirjallisen palautteen pyytämisen yhteyteen onnistuttiin sisällyttämään verenpaineen mittaukset kaikille halukkaille. Osallistujien kesken heräsi ohjauksen aikana paljon avointa keskustelua,

kysymyksiä sekä ajatusten ja kokemusten vaihtoa. Ilmapiiiristä onnistuttiin rakentamaan avoin ja turvallinen ohjauksen alusta lähtien.

Palautteiden perusteella ohjaus oli ollut selkeästi esitetty ja aiheita oli käsitelty kiinnostavasti ja monipuolisesti. Asiakkaille oli jäänyt ohjauksesta parhaiten mieleen käsiteltyjen asioiden merkitys terveydelle sekä näiden perustelut. Mieleen oli jäänyt myös asioiden lähestyminen erilaisista näkökulmista. Kehittämissideana palautteissa oli toive esiteltävistä esimerkkitapauksista, joissa suositeltavia asioita olisi lähdetty noudattamaan ja millaisia tuloksia nämä henkilöt olisivat saavuttaneet. Ohjauksessa käsiteltiin terveyskäyttämisen muutosten tuomia etuja yleisellä tasolla tuomatta mukaan yksittäistapauksia tai yksityishenkilöitä. Toiveen toteuttaminen edellyttäisi esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden osallistumista ohjaukseen tai pidempiaikaista työskentelyä ryhmän kanssa, jolloin muutoksia tehneet osallistujat olisivat itse esimerkkeinä jakaen kokemuksiaan ja tuloksiaan toisilleen.

Ohjauksen tarjoama uuden tiedon määrä liikkumisesta ja stressinhallinnasta vaihteli suuresti osallistujakohtaisesti. Osalle ohjaus oli sisältänyt paljon uutta tietoa liikkumisesta, mutta vähemmän uutta tietoa stressistä. Osalle taas paljon uutta tietoa stressinhallinnasta, mutta vähemmän uutta tietoa liikkumisesta. Molemmat aiheet olivat olleet ennestään tuttuja osalle osallistujista, eikä ohjaus sisältänyt juurikaan heille uusia asioita. Vaikka ohjaus oli tuonut osallistujille vaihtelevasti uutta tietoa, kukaan osallistujista ei ollut täysin sitä mieltä, etteivät he kokeilisi tehdä tulevaisuudessa muutoksia terveyskäyttämiseensä. Suurin osa osallistujista vastasi kokeilevansa tehdä muutoksia arkeensa tulevaisuudessa.

Ryhmäohjauksen räätälöiminen vastaamaan paremmin asiakkaiden tiedontarvetta edellyttäisi ennakkotietojen keräämistä asiakkaista. Osallistujien varmistuminen näihin ryhmäohjauksiin tapahtui niin myöhään, ettei ennakkotietojen kartoittaminen ollut mahdollista. Ohjaukset toimivat kuitenkin hyvin ryhmän ensitapaamisina. Työskenneltäessä ryhmän kanssa pidempään ohjauksen sisältöä voitaisiin kehittää ja muokata näiden tapaamisten ja niistä saatujen palautteiden perusteella.

6.5 Toiminnan arviointi ja opinnäytetyön raportin viimeistely

Opinnäytetyön tuotoksena järjestettyihin ohjaustilaisuuksiin osallistuneiden asiakkaiden kirjaamien palautteiden perusteella pystyttiin arvioimaan tilaisuuksien onnistumista asiakasnäkökulmasta. Palautteiden perusteella ohjaustilaisuudet oli onnistuttu toteuttamaan selkeästi ja

kattavasti, aiheita oli käsitelty monipuolisesti mielenkiintoisista näkökulmista ja ohjaukset olivat sisältäneet vaihtelevissa määrin uutta tietoa asiakkaille. Ohjausten onnistumisen arvioinnissa merkittävimpänä palautteena pidettiin sitä, että jokainen palautteenantaja piti mahdollisena tai todennäköisenä sitä, että tulisi tekemään jonkinlaisia muutoksia terveystyöskäyttyämyksiensä tulevaisuudessa. Kukaan vastaajista ei sulkenut pois muutosmahdollisuutta. Tämän katsottiin vahvistavan käsitystä siitä, että ryhmässä tapahtuva ohjaus on toimiva ja aktiivinen toimintamalli myös elintapaohjauksessa.

Toiminnan ja opinnäytetyön kokonaisuuden arvioinnissa toteutusta ja lopputulosta peilattiin työlle asetettuihin tavoitteisiin. Opinnäytetyön katsottiin onnistuneen kokonaisuudessaan riittävällä tasolla sen vastattua kaikilta osa-alueiltaan ennakkoon määritellyjä tavoitteita. Tavoitteita vastaavan opinnäytetyön ei edellytetty onnistuneen alusta loppuun täydellisesti ja virheettömästi, sillä tavoitteena oli myös oppia prosessin aikana. Jatkuvan kehittymisen ja ammattitaidon edistämisen katsottiin olevan olennainen osa oppimisprosessia, joka jatkuisi opinnäytetyön aiheesta myös opinnäytetyöprosessin jälkeen.

6.6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry on laatinut lainsäädäntöön ja tiedeyhteisön käytänteisiin perustuvat suositukset eettisesti ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toteutettavia opinnäytetöitä varten (Arene, 2020). Opinnäytetyöprosessin eettiseen ja luotettavaan toteutukseen kuuluvat myös Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisemat ohjeet Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa sekä Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, ja näiden ohjeiden noudattaminen koko prosessin ajan. Ammattikorkeakoulut sitoutuvat opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseen tarvittaessa, ja tutkimuksen kohdistuessa organisaation, opinnäytetyön tekijä hakee tutkimuslupaa kyseiseltä organisaatiolta. Opinnäytetyötä suunniteltaessa on myös varmistuttava siitä, ettei tekijä ole esteellinen, eli hänen tulee kyetä säilyttämään puolueeton suhde asianosaisiin ihmisiin koko prosessin ajan. Tämän opinnäytetyön tuotoksena järjestetyissä ryhmänohjaustilaisuuksissa ei ollut tekijän kannalta esteellisyysongelmaa. Opinnäytetyössä ei myöskään tehty tutkimusta, joten eettisen ennakoarvioinnin tai tutkimusluvan hakemista ei suoritettu.

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia noudatettiin jokaisessa opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Lähtökohdat korostavat rehellisyyttä, tarkkuutta ja avoimuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2021). Toisten tekemän työn arvostavaan huomioimiseen kuuluvat lähdeviitteiden asianmukaiset kirjaukset ja vilpillisestä toiminnasta pidättäytyminen. Vilppi luokitellaan sepittämiseen, vääristelyyn, plagiointiin ja anastamiseen. Sepittäminen ja vääristely liittyvät olennaisesti tutkimustuloksiin, niiden hankintaan ja lopputulokseen vaikuttavaan muokkaamiseen. Plagiointia ja anastamista ovat toisen henkilön tuottaman materiaalin kopioiminen ilman selkeitä lähdeviittauksia ja muun muassa tutkimusidean tai -aineiston esittäminen omana tuotoksena.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkausten välttämiseksi tähän opinnäytetyöhön käytettävät lähteet valittiin ja merkittiin tekstiin ja lähdeluetteloon tarkasti ja huolellisesti. Tiedonhaussa käytettiin Medic-, Terveysportti, Cinahl Ultimate ja PubMed-tietokantoja, tiedejatutkimus.fi -palvelua, Käypä hoito -suosituksia ja sosiaali- ja terveysministeriön sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja ja artikkeleita. Lähteiden huolellinen valitseminen luotettavista tietokannoista minimoi virheellisen, harhaanjohtavan tai anastetun aineiston käytön opinnäytetyössä. Mukaan valittiin lähdeaineistoa vuosilta 2012–2023. Terveyskäyttäytymiseen liittyvien tutkimusten osalta hakutulokset rajattiin pääasiassa 2020-luvulle kaikkein uusimpien tutkimustietojen löytämiseksi. Aiheista haettiin tietoa useista lähteistä tutkimustietojen yhteneväisyyden ja yleistettävyyden varmistamiseksi. Tutkimukset olivat useissa tapauksissa linkittyneet toisiinsa meta-analysien kautta tai sisälsivät viittauksia toisiinsa, mikä lisäsi tiedon luotettavuutta.

Opinnäytetöiden eettisten suositusten mukaan opinnäytetyöprosesseissa on otettava huomioon myös tietosuojasetus ja tietosuojalaki tutkimuksiin tai tuotoksiin osallistuvien henkilöiden tietosuojan varmistamiseksi (Arene, 2020). Kaikkien henkilötietojen käsittelyyn täytyy olla oikeutettu käsittelyperuste. Henkilötiedoiksi katsotaan kaikki tiedot, joiden perusteella henkilö voidaan tunnistaa suoraan tai välillisesti. Tietojen keräämistä suunniteltaessa tulee tarkkaan määrittää, mitä tietoja tarvitaan, missä aineisto säilytetään prosessin ajan ja sen jälkeen, vai onko aineisto tarpeen tuhota. Henkilötietojen käsittelyyn ja säilytykseen on oltava osallistujan suostumus ja hänen tulee olla tietoinen kerätyn aineiston käyttötarkoituksesta ja säilyttämisestä. Tämän opinnäytetyön tuotoksena järjestettävään ryhmänohjaukseen osallistuvat henkilöt informoitiin etukäteen tilaisuuden aiheesta, ja he osallistuivat siihen vapaaehtoisesti. Heiltä ei kerätty opinnäytetyötä varten minkäänlaisia henkilö- tai tunnistetietoja. Ohjauksen

järjestäjä on vaitiolovelvollinen osallistujista, ja tämä kerrottiin ohjausten alussa kaikille osallistujille. Tilaisuuden alussa myös osallistujia informoitiin vaitiolovelvollisuudesta ja ohjeistettiin olemaan jakamatta ohjaustilaisuudessa käsiteltyjä yksilöllisiä tietoja ulkopuolisille. Tilaisuuden jälkeen osallistujilta pyydettävän palautteen antaminen oli myös vapaaehtoista ja palaute oli anonymi. Osallistujien kertomia tai heidän palautteeseen kirjoittamia henkilökohtaisia tietoja tai tunnuksia ei ole kirjattu opinnäytetyön raporttiin. Palautelomakkeet tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin ja hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu olennaisesti tieteen avoimuus (Arene, 2020). Opinnäytetyöt ovat julkisia ja niissä käytettyjen menetelmien, aineistojen, tutkimustulosten sekä tuotosten osalta pyritään avoimeen käytettävyyteen, mikäli se suinkin on eettisesti ja juridisesti mahdollista. Hyvä tieteellinen käytäntö ohjeistaa tieteellisten töiden asianmukaiseen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin (TENK, 2021). Toiminnallisissa opinnäytetöissä työn avoimuus ja luotettavuus ilmenevät opinnäytetyön raportissa (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 65). Raportista selviää, mitä on tehty, miksi ja miten. Huolellisesti laadittu raportti selventää loogisesti ja perustellusti prosessin vaiheet, työllä saavutetut tulokset ja johtopäätökset. Tekijän oma arviointi ja pohdinta työstä kertovat ammatillisesta osaamisesta ja lukija voi raportista päätellä, miten hyvin työ on onnistunut.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Terveydenhoitajan työn laadukas toteuttaminen edellyttää monipuolista osaamista.

Terveydenhoitajaliiton (i.a.-a) mukaan kyseessä on asiantuntija-ammatti, jossa toimiva henkilö työskentelee kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi aina yksilötasolta yhteiskuntatasolle. Työn laadukkaaseen toteutukseen todettiin kuuluvan laaja kliininen osaaminen ja teorian hallinta ihmisen kokonaisvaltaisesta terveyden- ja sairaanhoidosta. Olennaisena osana tähän sisältyy tiedonhakuosaaminen työn monipuolisuuden vuoksi ja moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi. Osaamiseen tulee kuulua vahvat vuorovaikutustaidot, sekä kyky toimia erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kanssa. Oma toiminta ja työskentelytapa tulee sovittaa kohdattavien asiakkaiden tarpeiden mukaisesti.

Ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan terveydentilaansa omilla valinnoillaan ja toiminnallaan. Huomattava osa pitkäaikaisista kansantaudeista on ehkäistävissä elintapojen avulla (THL, 2019b). Tärkeimpiä osa-alueita näiden sairauksien ehkäisemisessä ja terveyden edistämässä ovat terveellinen ruokavalio, riittävä fyysinen aktiivisuus, painonhallinta sekä päihteidenkäytön välttäminen (mt). Verenpainetta alentavasta terveystyöskentelystä kootusta opinnäytetyön teoriaosuudesta nousi esiin yksilön oman toiminnan suuri merkitys verenpaineen hallinnassa.

Terveellisistä valinnoista ja toimintatavoista on nykyään saatavilla runsaasti luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa, mutta sen löytäminen ja sovittaminen käytännössä osaksi omaa arkea vaihtelee yksilöiden omien käytettävissä olevien voimavarojen, elämäntilanteiden, asenteiden ja ympäristötekijöiden mukaan. Terveyden säilyttäminen, edistäminen ja parantaminen omalla toiminnalla jää varjoon, ja ratkaisuna nähdään useammin sairauksien hoitaminen erilaisilla ammattilaisten suorittamilla toimenpiteillä tai lääkehoidolla. Näitä päätelmiä tukee se, että Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2020b) mukaan suomalaisista aikuisista verenpaine on koholla arviolta kahdella miljoonalla ja heistä noin puolella on verenpainelääkitys. Kuitenkin alle puolet lääkityksen käyttäjistäkään saavuttaa hoitotavoitteen. Vaikka erilaiset sairaudet ja ihmisten heikentynyt toiminta- ja työkyky aiheuttavat maailmanlaajuisestikin valtavia taloudellisia kustannuksia, terveyttä edistävää työtä ei selkeästi vielä toistaiseksi

tehdä riittävästi, jotta näitä yhteiskunnallisia ja yksilötasolla vaikuttavia haittoja voitaisiin olennaisesti vähentää ennaltaehkäisyllä.

Terveydenhoitajan antamalla asiakasohjauksella on mahdollista lisätä asiakkaiden valmiuksia kohonneen verenpaineen omahoitoon. Elintapojen muuttamista käsittelevä ammattimainen ohjaus luo perustaa muutosprosessin aloittamiselle ja tukee jo aloitetun prosessin jatkamista (Ylimäki, 2015). Asiakasohjaus, jossa yhdistyvät yksilöllisyys ja vertaisryhmä, on erityisen tuloksellista tukemaan osallistujia elintapamuutoksissa ja auttaa pienentämään etenkin sydän- ja verisuonisairauksien riskejä. Yksittäisen asiakasohjauksen antamat valmiudet ilmenevät konkreettisina tuloksina pitkällä aikavälillä, eikä niitä ole mahdollista mitata ohjauksen aikana tai heti sen jälkeen.

Arvioitaessa ryhmänohjaustilaisuuksien onnistumista osallistujien antamien palautteiden perusteella, todettiin, että parhaiten asiakkaan tarpeita vastaava ja siten tuloksekkain ohjaus edellyttää yksilöllisyyttä, jolloin voidaan huomioida asiakkaan nykytilanne, tarve ja tavoite. Ryhmämuotoinenkin ohjaus pystytään paremmin toteuttamaan vastaamaan asiakkaiden tarpeita, mikäli ryhmään osallistujista on saatavissa ennakkotietoja tai pystyttäessä työskentelemään ryhmän kanssa jatkumona pitkäjänteisesti. Yksittäisten ryhmänohjausten parhainta antia asiakkaille voivatkin olla ajatusten ja motivaation herättely sekä vertaistuki.

Ryhmänohjaustilaisuuksiin osallistuneet asiakkaat olivat pitkäaikaissairaita työttömiä ja heidän työ- ja toimintakykynsä olivat erilaisia. Taloudellisuus tuli puheeksi osallistujien kysymyksissä, kommentoissa ja avoimessa keskustelussa, mutta erilaisista elämäntilanteista huolimatta jokainen heistä oli kiinnostunut omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään ja oli pohtinut niihin liittyviä asioita aikaisemminkin. Terveydenhoitajan on osattava lukea tilannetta ja kohderyhmää siten, että asiat pystytään esittämään tasolla, joka on jokaisen saavutettavissa. Kyseisenlaista tilanteenlukutaitoa ja vuorovaikutusosaamista tarvitaan myös esimerkiksi eri ikäisten asiakkaiden kanssa toimiessa, joten ryhmänohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus eivät ole riippuvaisia pelkästään osallistujista ja heidän tilanteestaan ja ominaisuuksistaan. Avainasemassa on ammattimaisesti toimiva ja ammattitaitoinen ohjaaja.

Terveydenhoitajalta tarvitaan ohjausta ja tukea elintapamuutokseen liittyvien asioiden konkretisoimiseksi. Tähän johtopäätökseen tultiin molemmissa ohjaustilaisuuksissa, joissa todettiin asiakkailla olevan ennakkoon teoretista tietoa terveellisestä ruokavaliosta, liikkumisesta ja stressinhallinnasta, mutta vähemmän valmiuksia siirtää teoreettista osaamista omiin arjen

toimintatapoihin. Terveystoimittajan antamat perustelut ja yksinkertaiset käytännönläheiset esimerkit auttavat hallitsemaan suurta tietomäärää ja voivat helpottaa terveyskäyttäytymisen muutosten aloittamista. Uusien asioiden kertaluonteinen tai lyhytkestoinen kokeileminen voi onnistua omatoimisesti, mutta pysyvien muutosten toteutukseen tarvitaan usein ulkopuolista tukea.

7.2 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kahden ryhmänohjaustilaisuuden suunnittelemisen ja toteuttamisen yhteistyöhankkeen asiakkaille. Ryhmänohjauksille asetettiin korkeat laatuvaatimukset ja asiakkaille haluttiin tarjota hyödyllinen vastine heidän ajalleen. Opinnäytetyöprosessin kokonaisuudesta ryhmänohjaustilaisuudet priorisoitiin tärkeimmiksi, sillä näillä katsottiin olevan konkreettisin vaikutus sekä asiakkaisiin että Pitkospuut-hankkeeseen, ja heidän mielikuvaansa ja käsitykseensä myös ammattikorkeakoulusta, opinnäytetyön tekijästä ja opinnäytetyötä ohjaavista opettajista. Hyvin toteutetuilla ohjauksilla haluttiin arvostaa kaikkia osapuolia.

Hyvin toteutetut asiakasohjaukset edellyttivät perustukseen kattavaa tietopohjaa. Tiedonhankintaosaaminen oli alussa jokseenkin heikkotasoisista, mutta edistyi merkittävästi opinnäytetyöprosessin aikana. Tutkimusten ja tieteellisten artikkeleiden lukeminen tuntui myös alussa työläältä ja raskaalta. Tämä kuitenkin helpottui mitä useampaan lähteeseen tutustui ja englanninkielisten lähteiden avulla myös ammatillinen sanasto laajeni. Tiedonhankinta oli alun vaikeuksista huolimatta, ja osittain varmasti myös niiden vuoksi, kokonaisuudessaan opettavasta, antoisasta ja erittäin mukaansatempaavaa.

Teoriatiedon etsiminen ja ryhmänohjausten toteuttaminen käytännössä konkretisoivat terveydenhoitajan työtä ja asiakasohjausta. Tiedonhankintaosaaminen nähtiin merkittävässä roolissa asiantuntijatyössä. Oma osaamista ja tietotaitoa tulee osata ja haluta päivittää jatkuvasti ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Tiedonhankintaosaamisen voi nähdä myös asiakasturvallisuuteen vaikuttavana asiana.

Ryhmänohjausten toteuttaminen tuntui luontevalta ja mielekkäältä. Onnistumiseksi koettiin positiivisten asiakaspalautteiden lisäksi ehdottomasti se, että ohjaukset toteutettiin kokonaisuudessaan riittävän laadukkaasti, vaikka ennakkotiedot osallistujista, ryhmän koosta ja käytettävissä olevan tilan varustelusta puuttuivat. Ensimmäisen ohjaustapaamisen yllättävä

aikataulumuutos ei myöskään vaikuttanut negatiivisesti tai aiheuttanut ongelmia. Tämä kertoi siitä, että ohjausten aikataulusuunnittelu ja sisällönhallinta olivat riittävällä tasolla.

Opinnäytetyön asiakaslähtöisenä tavoitteena oli lisätä ryhmänohjauksiin osallistuvien valmiuksia kohonneen verenpaineen omahoitoon terveyskäyttäytymisen keinoin. Ohjauksissa kerätyn kirjallisen palautteen perusteella tavoite saavutettiin. Puuttuvat ennakkotiedot ryhmän todellisesta koosta ja kokoonpanosta vaikuttivat siihen, että ohjauksen vaikuttavuus vaihteli asiakaskohtaisesti. Tavoite olisi voitu saavuttaa selkeämmin suuntaamalla käsiteltäviä aiheita tarkemmin yksilöiden tarpeiden ja tilanteiden mukaisesti asioihin. Tämä havainnollisti kuitenkin sen, miten tärkeitä vuorovaikutustaidot ja asiakkaiden yksilöllinen kohtaaminen ja kuunteleminen ovat terveydenhoitajan työssä. Kaikki asiakkaat eivät ole samanlaisia, eikä kaikkien tilanteisiin sovellu samat ratkaisut, joten terveydenhoitajan on eriytettävä toimintaansa hoitaakseen työnsä laadukkaasti ja vaikuttavasti. Vaikuttavaa ja tuloksellista asiakasohjausta ei toteuteta kertomalla kaikille asiakkaille samoja asioita samalla tavalla. Ennakkotietojen puute ei myöskään ole este vaikuttavan ryhmänohjauksen onnistumiselle. Asiat voidaan esittää osallistujista riippumatta siten ja sillä tasolla, että ne ovat kaikkien ymmärrettävissä ja saavutettavissa.

Opinnäytetyön toinen tavoite oli koota tietoa ja tuottaa ohjausmateriaalia muiden terveydenhoitajien ja alan opiskelijoiden hyödynnettäväksi. Teoriaosuus toimi valmiuksia antavana tietopankkina ohjausten pitämistä varten. Ohjaajan riittävä tietämys muun muassa työttömyydestä, työkyvystä, pitkäaikaissairauksista ja muutosprosessista oli olennaista kohdattaessa yhteistyöhankkeen asiakkaat. Kaikkea teoriaosuuden sisältämää tietoa terveyskäyttäytymisestä ei käsitelty tämän opinnäytetyön tuotoksena toteutetuissa ryhmänohjauksissa. Sitä on siten mahdollista hyödyntää myös useampia tapaamiskertoja sisältävässä ryhmänohjauksessa ja yksilöllisemmässä neuvonnassa. Kaikkiin aiheisiin on mahdollista paneutua syvällisemmin ja uutta päivittyvää informaatiota ilmestyy jatkuvasti, mutta teoriaosuus oli riittävän kattava palvelemaan tämän tuotoksen kohderyhmänä olevia asiakkaita.

Ohjausten toteuttaminen aktivoivina luentoina onnistui luontevasti, ja sen koettiin sopivan lisäksi kohderyhmälle ja ohjattaviin aiheisiin. Mitä aktiivisemmin asiakkaat osallistuivat keskusteluun, sitä motivoituneemmilta ja innostuneemmilta he vaikuttivat, ja kynnys esittää kysymyksiä tai kommentteja laski hyvin alas. Monologinen tiivis luento olisi saattanut olla osallistujien kannalta sekä puuduttava että turhauttava, mutta pahimmillaan vaikuttaa myös syylliseltä ja alentavalta. Elintapoihin liittyvät valinnat ovat henkilökohtaisia ja monesta muusta

elämän osa-alueesta riippuvaisia, joten niiden käsittely liian mustavalkoisesti ja yksipuolisesti voisi mahdollisesti jopa lisätä ennakkoluuloja ja aiheuttaa muutosvastarintaa. Asiakkaiden osallistaminen ja aktivointi yhteiseen keskusteluun toi ohjauksiin turvallisen ja miellyttävän ilmapiirin ja antoi myös ohjaajalle mahdollisuuden kuulla ja oppia asiakkaiden näkemyksistä ja kokemuksista. Myös ohjauksissa käytetyt havainnollistamismateriaalit toimivat sujuvasti, eikä ohjausten aikana ilmennyt puutteita tai virheitä materiaalien suunnittelussa tai toteutuksessa.

Opinnäytetyön toisen tavoitteen voitiin katsoa toteutuneen riittävällä tasolla. Koottu tieto ja tuotettu ohjausmateriaali vastaavat opinnäytetyön ensimmäiseen kysymykseen siitä, miten pitkäaikaissairaat, työttömät työkäiset voivat itse vaikuttaa kohonneen verenpaineen alentamiseen ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden avulla. Opinnäytetyön teoriaosuuden, tuotoksen ja johtopäätösten perusteella voidaan vastata opinnäytetyön toiseen kysymykseen ryhmäohjauksen toteutuksesta verenpainetautiä sairastavan, työttömän työkäisen sairauden omahoidon edistämiseksi ja tukemiseksi.

Ennen lopullisten johtopäätösten tekemistä kirjattiin ylös ensimmäiset ajatukset johtopäätöksistä ja jätettiin sen jälkeen asia muutaman viikon ajaksi tekeytymään tekijän mieleen. Johtopäätösten tekoon palattaessa käytiin läpi prosessin siihenastinen toteutuminen vaiheineen ja mietittiin johtopäätöksiä uudelleen. Tässä vaiheessa päädyttiin pääasiassa samoihin johtopäätöksiin kuin aiemmin, mutta aiheesta nähtiin myös isompia kokonaisuuksia, jotka nousivat tärkeämmiksi kuin yksittäiset pienet huomiot. Tämä avarsi ja toi myös uusia näkökulmia työn pohdintaan ja itsearviointiin.

7.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet

Terveyskäyttäytymisen merkittävien yksilöllisten sekä yhteiskunnallisten kokonaisvaikutusten vuoksi yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta siitä, miten yksilöllistä elintapaneuvontaa ja -ohjausta voitaisiin mahdollistaa ja lisätä julkisessa terveydenhuollossa. Esimerkiksi sairaaloiden osastoilla hoidetaan paljon potilaita, joilla on erilaisia sairauksia, joihin elintavat vaikuttavat. Akuutin tilanteen helpottaessa potilaat kuitenkin usein kotiutuvat saamatta välttämättä mitään ohjausta terveyskäyttäytymiseen liittyvistä asioista.

Toisena jatkotutkimusaiheeksi esitetään kysymystä siitä, millaista terveyttä edistävää apua ja tukea pitkäaikaissairaat haluaisivat saada terveydenhoitajilta sairautensa omahoitoon. Tämän ehdotuksen perusteluna on terveydenhoitajan työn kehittämisen mahdollistaminen

entistä yksilöllisemmäksi ja vaikuttavammaksi, jolloin aika ja resurssit voitaisiin suunnata asiakaskohtaisesti tehokkaammin. Aihe on rajattavissa myös erityisesti työttömiin pitkäaikaissairaisiin, mutta olisi tärkeää lisätä omahoidon tukemista myös työelämässä oleville pitkäaikaissairaille työkyvyn säilyttämiseksi.

Kolmantena jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimusta siitä, miten terveydenhoitajat kokevat elintapaohjauksen työssään ja millaista apua he kaipaisivat ohjauksen toteutukseen. Elintapaohjaus on merkittävässä roolissa terveyttä edistävässä työssä, joten kartoittamalla muun muassa terveydenhoitajien asennoitumista, heidän mahdollisesti kohtaamiaan ongelmia ja kaipaamaansa ammatillista tukea, voitaisiin helpottaa elintapaohjauksen toteutusta ja parantaa sen laatua.

LÄHTEET

- Arene ry, (9.1.2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Ba, D. M., Gao, X., Chinchilli, V. M., Liao, D., Richie, J. P. Jr., & Al-Shaar, L. (2022). Red and processed meat consumption and food insecurity are associated with hypertension; analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey data, 2003-2016. *Journal of Hypertension*, 40(3), 553–560.
- Basdeki, E. D., Koumi, K., Tsirimiagkou, C., Argyris, A., Chrysostomou, S., Sfikakis, P. P., Protogerou, A. D., & Karatzi, K. (2022). Late-Night Overeating or Low-Quality Food Choices Late at Night Are Associated with Subclinical Vascular Damage in Patients at Increased Cardiovascular Risk. *Nutrients*, 14(3), 470. <https://doi.org/10.3390/nu14030470>
- Blek-Vehkaluoto, M. (22.6.2022). *Stressin vaikutukset sydänterveyteen*. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/stressin-vaikutukset-sydanterveyteen/>
- Blomhoff, R., Andersen, R., Arnesen, E. K., Christensen, J. J., Eneroth, H., Erkkola, M., Gudaviciene, I., Halldórsson, Þ. I., Høyer-Lund, A., Warensjö Lemming, E., Meltzer, H. M., Pitsi, T., Schwab, U., Siksna, I., Þórsdóttir, I., & Trolle, E. (2023). *Nordic Nutrition Recommendations 2023: Integrating Environmental Aspects* (Nord 2023:003). Nordic Council of Ministers. [10.6027/nord2023-003](https://doi.org/10.6027/nord2023-003)
- Blumenthal, J. A., Hinderliter, A. L., Smith, P. J., Mabe, S., Watkins, L. L., Craighead, L., Ingle, K., Tyson, C., Lin, P-H., Kraus, W. E., Liao, L., & Sherwood, A. (2021). Effects of Lifestyle Modification on Patients With Resistant Hypertension: Results of the TRIUMPH Randomized Clinical Trial. *Circulation*, 144(15), 1212–1226. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055329>
- Borodulin, K., Jousilahti, P., Mäki-Opas, T., Männistö, S., Valkeinen, H., & Wennman, H. (2018). Fyysinen aktiivisuus ja istuminen. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 – tutkimus* (s. 38–41). (THL Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Cormick, G., Ciapponi, A., Cafferata, M. L., Cormick, M. S., & Belizán, J. M. (2022). *Calcium supplementation for prevention of primary hypertension*. Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010037.pub4>
- Erkinjuntti, T., & Melkas, S. (22.9.2016). *Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD)*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01587>
- Graudal, N., Hubeck-Graudal, T., & Jurgens, G. (12.12.2020). *Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride*. Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004022.pub5>

- Haatainen, T. (16.2.2022). *Osatyökykyisiä tarvitaan työmarkkinoille*. Valtioneuvosto. <https://valtioneuvosto.fi/-/1410877/osatyokykyisia-tarvitaan-tyomarkkinoille>
- Halava, H., Kumlander, S., Kinnari, H., Berg, V., & Teerikangas, S. (2022). Hyvinvointia itsemyötätunnolla ja työtä kehittämällä. *Lääkärilehti*, 77(21–22), 1002–1005.
- Hannu, T., Lahti, J., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2016). Täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen riskitekijöiden erot kuntatyöntekijöillä. *Suomen Lääkärilehti*, 71(4), 236–242.
- Hansen, H., Boardman, H., Deiseroth, A., Moholdt, T., Simonenko, M., Kränkel, N., Niebauer, J., Tiberi, M., Abreu, A., Ekker Solberg, E., Pescatello, L., Brguljan, J., Coca, A., & Leeson, P. (2022). Personalized exercise prescription in the prevention and treatment of arterial hypertension: a Consensus Document from the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the ESC Council on Hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(1), 205–215. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa141>
- Heikkilä, K., & Wiens, V. (2020). *Voidaanko luontoon liittyvillä menetelmillä vaikuttaa mielen-terveyteen ja verenpaineeseen?* Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/02/nayttovinkki-1-2020-002.pdf>
- Heinonen, P., & Kero, K. (2020). Vertaistuki ja asiantuntija-apu vulvodyniapotilaiden hoidossa. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 136(2), 147–154.
- Hekkala, A.-M. (2022a). *Kohonnut verenpaine*. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/kohonnut-verenpaine/#verenpaine-seuranta>
- Hekkala, A.-M. (2022b). *Kolesteroli*. Sydänliitto. https://sydan.fi/fakta/kolesteroli-kohdalleen/?gclid=CjwKCAiA5sieBhBnEi-wAR9oh2gtzRh2OUi81zT8bW8iXnddkxhpCNsCff4kt2mnpF6fAjKQmLki9txoCDDY-QAvD_BwE#lidl-hdl
- Hidayat, K., Chen, J.-S., Wang, H.-P., Wang, T.-C., Liu, Y.-J., Zhang, X.-Y., Rao, C.-P., Zhang, J.-W., & Qin, L.-Q. (2022). Is replacing red meat with other protein sources associated with lower risks of coronary heart disease and all-cause mortality? A meta-analysis of prospective studies. *Nutrition Reviews*, 80(9), 1959–1973. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuac017>
- Holmberg, J., Partanen, A., & Koskelo, J. (2015). Päihteet ja niiden käyttö. Teoksessa A. Stormi (toim.), *Päihdehoitotyö* (s. 61–104). Sanoma Pro Oy.
- Hult, M., Saaranen, T., & Pietilä, A.-M. (2016). Työttömien kokemuksia terveydestä ja hyvinvoinnista: haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53(2), 108–118.
- Hynninen, Y., Voltti, S., Pohjonen, T., Tuovinen E., & Leskelä, R-L. (2020). Työntekijän koettu työkyky ennustaa sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon kustannuksia. *Lääkärilehti*, 75(41), 2138–2143.

- Jafari, F., & Shahriari, M. (2021). Effects of Lifestyle Education on Depression, Anxiety, Stress, and Perceived Family Support Among Hypertensive Patients. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 10(3), 1–9.
- Jula, A. (2013). Natriuminsaannin vähentäminen lisää terveitä elinvuosia. *Suomen Lääkärelehti*, 68(24), 1814–1817.
- Jula, A. (2020). *Laihtuminen ja verenpaineen lasku*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak01660>
- Juvonen-Posti, P., Tarvainen, K., Helin-Salmivaara, A., Räsänen, K., & Liira, J. (2021). Lääkäri työkykyä tukemassa. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 137(3), 293–300.
- Järvinen, M. (2020a). *Motivoiva haastattelu*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
- Järvinen, M. (2020b). *Vaikuttava terveysohjaus*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak08281>
- Kaartinen, N., Tapanainen, H., Reinivuo, H., Virtanen, S., Ali-Kovero, K., & Valsta, L. (2018). Elintarvikkeiden kulutus. Teoksessa L. Valsta, N. Kaartinen, H. Tapanainen, S. Männistö, & K. Sääksjärvi (toim.), *Ravitsemus Suomessa – FinRavinto 2017 -tutkimus; Nutrition in Finland – The national FinDiet 2017 survey* (s. 49). (THL Raportti 12/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3>
- Kafi, D. S., & Dyah, E. (2022). A Description of the Relationship between Occupational Stress and Blood Pressure Changes in Workshop Mechanics. *Indonesian Journal of Public Health*, 17(2), 297–304.
- Kajaste, S. (3.12.2015). *Unettomuushäiriön ehkäisy*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01065>
- Kansaneläkelaitos. (28.10.2022). *Tietopaketti: sairauspoissaolot*. <https://tietotarjotin.fi/muu-artikkeli/2699253/Tietopaketti:%20sairauspoissaolot?categories=sairastaminen#tutkimus-blogin-kirjoituksia>
- Katzmarzyk, P. T. (2018). Vähäinen liikunta vaikuttaa tärkeimpiin elintapasairauksiin. (T. Sjöros, käänt.). *Liikunta & Tiede*, 55(5), 32–37.
- Kerätär, R. (2016). *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä* (Acta Universitatis Ouluensis 1340) [väistöskirja, Oulun yliopisto]. Jultika. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526210865>
- Korpi, E. R. (3.12.2018) Alkoholin akuutit vaikutukset. Teoksessa H. Ruskoaho, J. Hakkola, R. Huupponen, A. Kantele, E. R. Korpi, E. Moilanen, P. Piepponen, E. Savontaus, O. Tenhunen, & K. Vähäkangas (toim.), *Farmakologia ja toksikologia*. Kustannus Oy Duodecim.

- Korpi, E. R., & Vähäkangas, K. (3.12.2018). Etanolin krooniset haittavaikutukset. Teoksessa H. Ruskoaho, J. Hakkola, R. Huupponen, A. Kantele, E. R. Korpi, E. Moilanen, P. Piepponen, E. Savontaus, O. Tenhunen, & K. Vähäkangas (toim.), *Farmakologia ja toksikologia*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kostamo, P., Airaksinen, T., & Vilkkä, H. (2022). *Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Art House.
- Kukkonen-Harjula, K. (7.4.2021). *Liikunta ja kohonnut verenpaine*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00979/liikunta-ja-kohonnut-verenpaine>
- Kukkonen-Harjula, K., & Mervaala, E. (10.9.2020). *Lihaskuntoharjoittelu ja lepoverenpaine*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak07218>
- Kupias, P., & Koski, M. (2012). *Hyvä kouluttaja*. Sanopa Pro.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laukka, P. (16.6.2022) *Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00934/terveysliikunta-kuntoa-terveytta-ja-elamanlaatua>
- Leskinen, T. (7.5.2020). *Työvoiman ulkopuolelta ja piilotyöttömyydestä töihin ja työhakuun – neljä hyvää vuotta ennen kriisiä*. Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2020/tyovoiman-ulkopuolelta-ja-piilotyottomyydesta-toihin-ja-tyonhakuun-nelja-hyvaa-vuotta-ennen-kriisia/>
- Lipponen, K. (2014). *Potilasohjauksen toimintaedellytykset*. (Acta Universitatis Ouluensis 1236) [väitöskirja, Oulun yliopisto]. Jultika. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>
- Manigault, A. W., Shorey, R.C., Decastro, G., Appelman, H. M., Hamilton, K.R., Scanlin, M.C., France, C. R., & Zoccola, P. M. (2021). Standardized stress reduction interventions and blood pressure habituation: Secondary results from a randomized controlled trial. *Health Psychology, 40*(3), 192-206. <https://doi.org/10.1037/hea0000954>
- Mattila, A. S. (1.4.2022). *Stressi*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00976>
- Mangels, R. (2022). The Latest on Saturated Fat. *Vegan Journal, 41*(2), 2.
- Martela, F., & Jarenko, K. (2014). *Sisäinen motivaatio: Tulevaisuuden työssä tuottavuus ja innostus kohtaavat* (Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 3/2014). https://www.eduskunta.fi/fi/naineduskuntatoimii/julkaisut/documents/tuvj_3+2014.pdf
- Martimo, K-P., & Ala-Mursula, L. (2021). Sairauspoissaolojen harkittu käyttö ja työhön paluun tuki ovat osa hyvää hoitoa. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja, 137*(2), 123–125.

- Maunu, T., Räisänen, H., & Tuomaala, M. (2023). *Pitkä työttömyys* (TEM-analyyseja 114/2023). Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164842/Pitk%C3%A4%20ty%C3%B6tt%C3%B6myys.pdf>
- Miller, P. E., Van Elswyk, M., & Alexander, D. D. (2014). Long-Chain Omega-3 Fatty Acids Eicosapentaenoic Acid and Docosahexaenoic Acid and Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Hypertension*, 27(7), 885–896. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpu024>
- Mustajoki, P., & Alenius, H. (30.11.2019). Motivoiva keskustelu elintapamuutoksissa ja hoidossa. *Lääkäriin käsikirja*.
- Mustajoki, P. (11.3.2020). *Kohonnut verenpaine (verenpainetauti)*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00034>
- Mustajoki, P. (2022a). *Kofeiini ja terveys*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01123/kofeiini-ja-terveys?q=kofeiini>
- Mustajoki, P. (2022b). *Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus)*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00890/vyotarolihavuus-keskivartalolihavuus-omenalihavuus>
- Mäkelä, P., Männistö, S., Alho, H., Lundqvist, A., & Härkönen, J. (2018). Alkoholinkäyttö. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Säöksjärvi, & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 – tutkimus* (s. 30–32). (THL Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Mäkelä, P., & Niemelä, S. (25.10.2022). *Alkoholi ja terveys*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01120>
- Narsakka, N., Pakkonen, M., Suhonen, R., & Stolt, M. (2021). Pitkäaikaishoidon asiakkaan toimintakyvyn edistäminen ohjauksen keinoin. Teoksessa S.-E. Eskolin, S. Inkeroinen, M. Riuttakorpi, & H. Virtanen (toim.), *Terveyttä edistävä ohjaus* (s. 127–144). (Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A84/2021). Turun yliopisto.
- Niemi-Murola, L., Pyörälä, E., Pöllänen, P., & Putkuri, T. (9.6.2020). *Aktivoivat ohjausmenetelmät*. [Verkkokurssi]. Duodecim Oppiportti.
- Niiranen, T. (2022). Verenpainetauti – edelleen yksi tärkeimmistä kansanterveyden uhkista. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 138(19), 1697–1698.
- Nikkilä, M. (29.10.2020). Kohonneen verenpaineen lääkehoito. *Lääkäriin käsikirja*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00099>

- Nikkilä, M. (2.11.2022). Kohonneen verenpaineen tutkiminen, hoidon aloitus ja lääkkeetön hoito. *Lääkärin käsikirja*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00096?toc=1516>
- Nissinen, H., & Löfberg, M. (2023). Aineenvaihduntasairaus lihasoireiden taustalla. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 139(10), 813–820.
- Näkki, P. (2015). Motivoiva haastattelu ryhmäkuntoutuksessa. Teoksessa P. Näkki & T. Sayed (toim.), *Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla* (s. 81–104). Edita.
- Partinen, M. (2022). Unihäiriöt, stressi ja verenpainetauti. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 138(19), 1733–1740. <https://www.duodecimlehti.fi/duo17045>
- Partinen, R. (2021). Työttömien työkyvyn tuki. *Työterveyshoitaja*, 46(4), 16–18.
- Partonen, T., Lundqvist, A., Wennman, H., & Borodulin, K. (2018). Uni. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 – tutkimus* (s. 42–44). (THL Raportti 4/2018). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Pearce, L. (2022). Hypertension: diagnosis and helping patients adjust: Advice for non-specialist nurses on high blood pressure symptoms, causes and treatment options, as well as the risks associated with the condition. *Nursing Standard*, 37(8), 51–52.
- Pekkala, J., Kujala, V., & Kaikkonen, R. (2012). Työttömyyden yhteys psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja somaattisiin pitkäaikaissairauksiin Pohjois-Pohjanmaalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49(3), 220–231.
- Pitkospuut. (i.a.). *Pitkospuut: Pitkäaikaissairaiden terveyden, työkyvyn ja työllistämisen edistäminen Etelä-Pohjanmaalla*. <https://www.pitkospuut.fi/>
- Pusa, T. (11.10.2021). *Suolaa vain kohtuudella*. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/suolaa-vain-kohtuudella/>
- Rietsema, S., Eelderink, C., Joustra, M. L., van Vliet, I. M. Y., van Londen, M., Corpeleijn, E., Singh-Povel, C. M., Geurts, J. M. W., Koosters-Ros, J. E., Westerhuis, R., Navis, G., & Bakker, S. J. L. (2019). Effect of high compared with low dairy intake on blood pressure in overweight middle-aged adults: results of a randomized crossover intervention study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 110(2), 340–348. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz116>
- Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S. W., Gmel, G., Hasan, O. S. M., & Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(2), 108–120. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30003-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8)

- Ruokavirasto. (13.5.2022). *Juomat*. <https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ruoka-aineet/juomat/>
- Salminen, A.-L., & Kinnunen, A. (2022). Kuntoutuminen ryhmässä. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara, & S. Melkas (toim.), *Kuntoutuminen* (373–379). Kustannus Oy Duodecim.
- Salminen, O., & Lehto, S. (2022). Mitä nikotiinin sydän- ja verisuonivaikutuksista tiedetään? *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 138(21), 1887–1893.
- Salo-Chydenius, S. (2015). Motivaatio. Teoksessa A. Stormi (toim.), *Päihdehoitotyö* (s. 131–162). Sanoma Pro Oy.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2012). *Ihminen: Fysiologia ja anatomia*. (R. Hekkanen, käänt.; K. C. Toverud, kuvit. 8.–9. uud. painos). Sanoma Pro Oy. (Alkuperäinen teos julkaistu 2007).
- Sarkkinen, H. (4.11.2022). *Työkyvyttömyyden ennaltaehkäisy rakentaa kestäväää hyvinvointia*. Valtioneuvosto. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/tyokyvyttömyyden-ennaltaehkaisy-rakentaa-kestavaa-hyvinvointia>
- Schwab, U. (2020a). *Kahvi ja terveys*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01000/kahvi-ja-terveys?q=kofeiini>
- Schwab, U. (2020b). *Omega-rasvahapot*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00900>
- Schwab, U. (2020c). *Ravinnon rasvat*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01074>
- Semlitsch, T., Krenn, C., Jeitler, K., Berghold, A., Horvath, K., & Siebenhofer, A. (8.2.2021). *Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension*. Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008274.pub4>
- Sinkko, J., & Leinonen, S. (2021). Munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan ravitsemus. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 137(11), 1179–1186.
- Sipilä, R., Jula, A., & Mervaala, E. (10.9.2020). *Runsaasti hedelmiä ja kasviksia sekä niukasti tyydyttynyttä rasvaa sisältävän ruokavalion vaikutus verenpaineeseen*. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak02083>
- So, J., Asztalos, B. F., Horvath, K., & Lamon-Fava, S. (2022). Ethyl EPA and ethyl DHA cause similar and differential changes in plasma lipid concentrations and lipid metabolism in subjects with low-grade chronic inflammation. *Journal of Clinical Lipidology*, 16(6), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2022.10.002>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (i.a.). *Terveyspalvelut*. <https://stm.fi/terveyspalvelut>

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (16.09.2019). *Terveysten edistäminen*. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (20.10.2022) *Työkykyohjelma*. <https://stm.fi/tyokykyohjelma>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (26.1.2023). *Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien*. <https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet>
- SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. (30.11.2018). *Pitkäaikaissairauden vaikutukset toimeentuloon*. <https://www.soste.fi/pitkaaikaissairauden-vaikutukset-toimeentuloon/>
- Ståhlberg, L. (2019). *Pienryhmäohjaajan opas*. PS-kustannus.
- Suojanen, L., & Pörsti, I. (2022). Beetasalpaajien asema kohonneen verenpaineen hoidossa. *Lääkärilehti*, 77(41), 1692–1694.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (13.1.2016). *Liikunta (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50075#s10>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (21.8.2018). *Alkoholiongelmat (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2020a). *Unettomuus (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#s6>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2020b). *Kohonnut verenpaine (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#K1>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (12.11.2021). *Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset) (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124#s8>
- Suomen Punainen Risti. (i.a.). *Terveyspisteistä maksuttomia terveyspalveluita*. <https://www.punainenristi.fi/hae-apua-ja-tukea/terveyspisteet/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT). (25.10.2022). *Työllisten määrä kasvoi syyskuussa 2022 vuoden takaiseen verrattuna*. Tilastokeskus. <https://stat.fi/julkaisu/cktrr5dd4848e0c123dhmc3m9>
- Sydänmerkki. (i.a.). *Mausteiden maailma*. <https://www.sydanmerkki.fi/mausteilla-makua/>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (TTK). (i.a.-a). *Terveystieteen ammatti*. <https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti-ja-koulutus/terveydenhoitajan-ammatti/>

- Terveydenhoitajaliitto. (i.a.-b). *Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija*. https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti_ja_koulutus/terveydenhoitajan_ammatti
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2019a). *Osatyökykyisyys*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/iisisti-toihin/osatyokykyisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2019b). *Kansantaudit: Yleistietoa kansantaudeista*. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (22.11.2021). *Eriarvoisuus*. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (22.12.2022). *Liikunnan terveyshyödyt*. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta/liikunnan-terveyshyodyt>
- Terveyskirjasto. (18.10.2016). *Lääketieteen sanasto: terveystyöskäyttyminen*. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03441>
- Terveyskirjasto. (23.8.2021). *Lääketieteen sanasto: DASH-ruokavalio*. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03987>
- Terveyskylä. (2020a). *Liikkumisen seuranta*. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito/omaseuranta-painonhallinnan-itsehoidon-v%C3%A4lineen%C3%A4liikkumisen-seuranta>
- Terveyskylä. (2020b). *Ruokapäiväkirja*. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito/omaseuranta-painonhallinnan-itsehoidon-v%C3%A4lineen%C3%A4ruokap%C3%A4iv%C3%A4kirja>
- Terveysportti. (i.a.-a). *Lääketieteen termit: verenpaine*. <https://www.terveysportti.fi/apps/sanakirjat/0/verenpaine>
- Terveysportti. (i.a.-b). *Lääketieteen termit: kohonnut verenpaine*. <https://www.terveysportti.fi/apps/sanakirjat/0/lte10880>
- Tikkanen, I., & Jula, A. (10.9.2020). *Lakritsiuutetta sisältävät tuotteet kohottavat verenpainetta*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/nix01452>
- Tuovila, T., Seilo, N., & Kunttu, K. (9.7.2021). *Opiskeluterveydenhuollon opas 2021*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9695-3>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (8.2.2021). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa*. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

- Työterveyshuoltolaki 1383/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
- Työterveyslaitos. (i.a.). Työkyky. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyokyky>
- UKK-instituutti. (12.11.2020). *Säännöllinen liikunta laskee verenpainetta*. <https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-sairaudet/verenpaine/>
- UKK-instituutti. (2022a). *Liikunta ja ravitseminen*. <https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-ravitseminen/>
- UKK-instituutti. (2022b). *Liikkumisen vaikutukset*. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-vaikutukset/>
- UKK-instituutti. (2022c). *Paikallaanolon terveysvaikutukset*. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-vaikutukset/paikallaanolon-terveyshaitat/>
- UKK-instituutti. (2022d). *Liikkumattomuuden kustannukset Suomessa*. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumattomuuden-kustannukset/liikkumattomuuden-kustannukset-suomessa/>
- UKK-instituutti. (2022e). *Aikuisten liikkumisen suositus*. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/aikuisten-liikkumisen-suositus/>
- Valsta, L., Tapanainen, H., Kaartinen, N., Reinivuo, H., Aalto, S., Ali-Kovero, K., & Männistö, S. (2018). Ravintoaineiden saanti ruoasta ja ravintoaineiden lähteet. Teoksessa L. Valsta, N. Kaartinen, H. Tapanainen, S. Männistö, & K. Sääksjärvi (toim.), *Ravitseminen Suomessa – FinRavinto 2017 -tutkimus; Nutrition in Finland – The national FinDiet 2017 survey* (s. 64–118). (THL Raportti 12/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2018). *Terveyttä ruoasta: Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014* (5. korj. p.). https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf
- Valvira. (18.3.2022). *Ammattioikeudet*. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>
- Vaura, F., & Niiranen, T. (2022). Verenpainetaudin geneettinen tausta. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 138(19), 1712–1720.
- Vilka, H., & Airaksinen, T. (2004). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi.
- Visioli, F., & Agostoni, C. (2022). Omega 3 Fatty Acids and Health: The Little We Know after All These Years. *Nutrients*, 14(2), 239. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu14020239>

- Vuori, I. (2015). Elintapojen terveysvaikutukset. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 131(8), 729–736.
- Wang, M., Ma, H., Song, Q., Zhou, T., Hu, Y., Heianza, Y., Manson, J. E., & Qi, L. (2022). Red meat consumption and all-cause and cardiovascular mortality: results from the UK Biobank study. *European Journal of Nutrition*, 61(5), 2543–2553.
<https://doi.org/10.1007/s00394-022-02807-0>
- Warren-Findlow, J., Krinner, L. M., Vinoski Thomas, E., Coffman, M. J., Gordon, B., & Howden, R. (2019). Relative and Cumulative Effects of Hypertension Self-Care Behaviors on Blood Pressure. *Western Journal of Nursing Research*, 42(3), 157–164.
<https://doi.org/10.1177/0193945919851111>
- Ylimäki, E.-L. (2015). *Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen* (Acta Universitatis Ouluensis 1285) [väitöskirja, Oulun yliopisto]. Jultika.
- Zhang, X., Ritonja, J. A., Zhou, N., Chen, B. E., & Li, X. (2022). Omega-3 Polysaturated Fatty Acids Intake and Blood Pressure: A Dose-Response Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association*, 11(11).
<https://doi.org/10.1161/JAHA.121.025071>

LIITTEET

Liite 1. PowerPoint-esitys

Liite 2. Aikataulusuunnitelmat

Liite 3. Oheismateriaali 1

Liite 4. Oheismateriaali 2

Liite 5. Palautelomakkeet

Liite 1. PowerPoint-esitys

Verenpainetta alentava terveyskäyttäytyminen

MIRELLA MÄKELÄ

Verenpaine koholla?

Miten oireilee?

- > Voi olla salakavalasti oireeton
- > Päänsärky
- > Huimaus
- > Näön hämärtyminen
- > Nenäverenvuoto
- > Hengenahdistus
- > Rintakipu

Mitä haittaa siitä on?

- > Vauriot
 - sydän ja verisuonet
 - aivot
 - silmät
 - munuaiset
- > Sairastumisriski kasvaa
- > Tiedonkäsitteilyn ja muistin heikkeneminen
- > Ennenaikainen kuolema

Verenpaine koholla?

Mistä voi johtua?

- > Elämäntavat
- > Stressi
- > Ylipaino
- > Lääkkeet
- > Muut sairaudet
- > Perintötekijät

Millä voi hoitaa?

- > Ruokavalio
- > Liikkuminen
- > Stressinhallinta
- > Päihteidenkäytön minimointi
- > Painonhallinta
- > Lääkehoito

Syömällä paineet alemmas?

Mitä ruokavaliolla voidaan saavuttaa?

- > parempi jaksaminen arjessa
- > vahvempi vastustuskyky
- > pienempi sairastumisriski
- > joustava painonhallinta
- > vähäisempi lääkkeiden tarve

Ruokavalio

Otelaan halluun:

- Ateriarytmi
- Annoskoko
- Suolan käyttö
- Ruokakolmion alaosa
- Pehmeät rasvat
- Lakritsit
- Maitti

Kuva: Välikä, ruokavalioasiantuntijana (2018). Terveystieteiden tutkimuskeskus, Suomalainen Lääketieteellinen Seura (2014), s. 104, p.1.

Mihin huomio ruokaostoksilla?

Ravinnoisäällö:	100g	Ravinnoisäällö:	100g
Energia	1053kJ/250kcal	Energia	815 kJ/195kcal
Rasva	5,5g	Rasva	1,3g
- josta tyydyttyynyttä	1g	- josta tyydyttyynyttä	0,2g
Hiliihydraatit	40g	Hiliihydraatit	36g
- josta sokereita	5g	- josta sokereita	4,5g
Ravintokuitu	6,5g	Ravintokuitu	10g
Proteiini	10g	Proteiini	4,9g
Suola	1,5g	Suola	0,7g

Mihin huomio ruokaostoksilla?

Ravinnoisäällö:	100g	Ravinnoisäällö:	100g
Energia	1151kJ/275kcal	Energia	486kJ/112kcal
Rasva	23g	Rasva	4g
- josta tyydyttyynyttä	11g	- josta tyydyttyynyttä	1g
Hiliihydraatit	0g	Hiliihydraatit	0g
- josta sokereita	0g	- josta sokereita	0g
Kuitu	0g	Kuitu	0g
Proteiini	17g	Proteiini	19g
Suola	0g	Suola	0g

Mihin huomio ruokaostoksilla?

Ravinnoisäällö:	100g	Ravinnoisäällö:	100g
Energia	447kJ/107kcal	Energia	1808kJ/432kcal
Rasva	3,7g	Rasva	38g
- josta tyydyttyynyttä	1,2g	- josta tyydyttyynyttä	20g
Hiliihydraatit	0g	Hiliihydraatit	2,7g
- josta sokereita	0g	- josta sokereita	2,7g
Ravintokuitu	0g	Ravintokuitu	0,1g
Proteiini	19g	Proteiini	20g
Suola	1,8g	Suola	4,5g

Liikkumisella paineet alemmas?

Mitä hyötyjä liikkuminen tuo?

- aineenvaihduntaan vauhtia
- stressiin lievitystä
- nukahtamiseen helpotusta
- uneen laatua
- hermostoon rauhaa
- verisuonin joustoa
- sydämeen voimaa

Liikkuminen

Otetaan haltuun:

- Nukkuminen
- Taukoliikselelu
- Arjen tarjoamat mahdollisuudet liikkua
- Itsellesopivat harrastukset
- Malti



Viikoittainen liikkumisen suositus 18-64-vuotiaille **LIK-instituutti**

Stressin-hallinnalla paineet alemmas?

Mitä stressi voi aiheuttaa?

- Uni ei tule tai on huonoa
- Päänsärkyä ja lihaskipuja
- Vatsavaivoja
- Vastustuskyky heikkenee
- Mieli on raskas ja sumea
- Syke kiihtyy
- Verenpaine nousee

Stressi haltuun?

Tarpeeksi unta Rentoutuminen Lähipiirin tuki

Päihitteiden välttäminen Liikkuminen Huolten jakaminen

Harrastukset Mielekäs ajanviete Ulkoilu luonnossa

??

Liite 2. Aikataulusuunnitelmat

OHJAUSTILAISUUS 1

Ajankäyttö	Ohjauksen kulku	Menetelmät ja materiaalit
5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Oma esittäytyminen - Ohjauksen aiheen, tarkoituksen ja kulun esittely ja läpikäyminen - Ryhmän vaitiolovelvollisuuden kertominen 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen taustalla PowerPoint-esityksen aloitusdia
12 min	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujien esittelykierros 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoimet kysymykset; millaisia ajatuksia ja kokemuksia osallistujilla on aiheesta, millaisia toiveita ohjausta koskien
10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheen aloitus, yleistä kohonneesta verenpaineesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena diat 2 ja 3 - Ajatuksia herättävät kysymykset
3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheen rajaaminen ravitsemukseen 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 4
20min	<ul style="list-style-type: none"> - Ruokavalioon liittyvien asioiden läpikäyminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 5, puheessa tuodaan esiin käytännön esimerkkejä ja tilanteita - Avoimet ja gallup -tyyppiset kysymykset
10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Esimerkit ravintosisältöjen vertailusta - → sisältyy aiempaan aiheeseen ja ohjauksen kulussa huomioidaan tässä vaiheessa osallistujien mahdolliset kysymykset ja omat ajatukset 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena diat 6–8, puheessa tuodaan esiin käytännön ohjeita ja esimerkkejä tuotteiden vertailuun - Avoimet kysymykset
3 min 10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Tiivis yhteenveto aiheesta - Mahdollisuus avoimeen keskusteluun 	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteenvetoa tuke- massa dia 5 - Avoimet kysymykset - Osallistujien omien kysymysten pyytämisen

2 min	<ul style="list-style-type: none"> - Oheismateriaalista kertominen - Oheismateriaalin ja kynien jakaminen osallistujille 	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujille jaettava oheismateriaali
2 min	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujat tutustuvat oheismateriaaliin 	<ul style="list-style-type: none"> - Oheismateriaali
7 min	<ul style="list-style-type: none"> - Käytännön esimerkkien kertominen 	<ul style="list-style-type: none"> - Oheismateriaali - Avoimet kysymykset - Taustalla tukena dia 5
5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheen päättäminen - Ilmoitus seuraavan kokoontumisen aiheesta - Palautteen pyytäminen ja lomakkeiden jakaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Palautelomakkeet
1 min	<ul style="list-style-type: none"> - Kiitokset osallistujille ja tilaisuuden päättäminen 	
Merkittävään aika- taulun jous- toon varau- tuminen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aiheen käsittelyn venyy 2. Aiheen käsittelyyn kuluva aika alittuu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tiivistetään yhteenvetoa ja/tai oheismateriaalin käsittelyyn käytettävää aikaa 2. Käytetään enemmän aikaa oheismateriaaliin tutustumiseen ja/tai seuraavan kokoontumisen aiheen alustukseen

OHJAUSTILAISUUS 2

Ajankäyttö	Ohjauksen kulku	Menetelmät ja materiaalit
3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Tilaisuuden aloitus ja aiheen esittely - Muistutus ryhmän vaitiolovelvollisuudesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen taustalla dia 3
5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Edelliseen ohjaukseen liittyvät kysymykset 	<ul style="list-style-type: none"> - Pyydetään osallistujilta kysymykset
4 min	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheeseen siirtyminen - Ruokavalion, liikkumisen ja stressinhallinnan yhteydet toisiinsa 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 3
4 min	<ul style="list-style-type: none"> - Liikkumisen vaikutukset 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 9
20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Liikkumiseen liittyvien asioiden läpikäyminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 10, puheessa tuodaan esiin käytännön esimerkkejä ja tilanteita - Avoimet ja gallup - tyyppiset kysymykset
10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Stressin aiheuttajat ja vaikutukset 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 11, puheessa tuodaan esiin käytännön esimerkkejä ja tilanteita - Avoimet/ajatuksia herättävät kysymykset
10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Stressinhallintakeinojen käsittely 	<ul style="list-style-type: none"> - Puheen tukena dia 12 - Avoimet kysymykset
3 min 10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteenveto aiheista - Mahdollisuus avoimeen keskusteluun 	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteenvetoa tuke- massa dia 10 - Avoimet kysymykset - Osallistujien omien kysymysten pyytäminen
2 min	<ul style="list-style-type: none"> - Oheismateriaalista kertominen - Oheismateriaalin ja kynien jakaminen osallistujille 	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujille jaettava oheismateriaali

2 min	- Osallistujat tutustuvat oheismateriaaliin	- Oheismateriaali
7 min	- Oheismateriaalin tehtävien selittäminen - Käytännön esimerkkien kertominen	- Oheismateriaali - Avoimet kysymykset - Taustalla tukena dia 10
5 min	- Aiheen päättäminen - Yhteenveto molemmista ohjaustilaisuuksista - Palautteen pyytäminen ja lomakkeiden jakaminen	- Palautelomakkeet
1 min	- Kiitokset osallistujille ja tilaisuuden päättäminen	
Merkittävään aikataulun joustoon varautuminen	1. Aiheen käsittelyn venyy 2. Aiheen käsittelyyn kuluva aika alittuu	1. tiivistetään yhteenvetoa ja/tai oheismateriaalin käsittelyyn käytettävää aikaa 2. Käytetään enemmän aikaa oheismateriaaliin tutustumiseen ja tehtäviin

Liite 3. Oheismateriaali 1

SYÖDÄÄN HYVIN

Ruokavalion sisältö vaikuttaa huomattavan paljon omaan jaksamiseen ja terveyteen; yksipuolimpi ja heikkolaatuisempi heikentää, monipuolisempi ja laadukkaampi vahvistaa. Kokonaisuus ratkaisee ja kokonaisuus rakentuu jokaisesta suupalasta. Mikään yksittäinen pieni osa ei siten riko eikä korjaa koko kokonaisuutta.

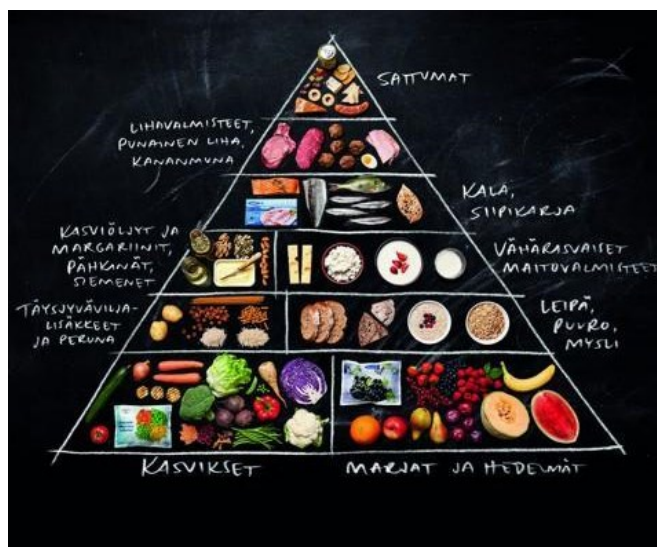
Alla oleva taulukko on peräisin suomalaisista ravitsemussuosituksista. Se sisältää suositeltavia muutoksia, joita ruokavalioon voi tehdä. Voit pohtia, mitä oma ruokavaliosi tällä hetkellä sisältää. Mitä voisit kenties syödä enemmänkin tai kokeilisitko uusia ruokia? Mitä voisit vaihtaa? Mitä voisit jättää vähemmälle? Kirjaa ajatuksiasi tyhjään taulukkoon.

Lisää	Vaihda	Vähennä
Kasvikset (erityisesti juurekset) Palkokasvit (herneet, pavut, linssit)	Vaaleat viljavalmisteen → täysjyväviljavalmisteen	Lihavalmisteen Punainen liha
Marjat, hedelmät	Voi, voita sisältävät levitteet → kasviöljyt, kasviöljypohjaiset levitteet	Lisättyä sokeria sisältävät juomat ja ruoat
Kalat ja muut merenelävät	Rasvaiset maitovalmisteen → vähärasvaiset/rasvattomat maitovalmisteen	Suola
Pähkinät ja siemenet		Alkoholijuomat

Kuva: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2018). Terveyttä ruoasta: Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014 (5. korj. p.).

Lisään	
Vaihdan	
Vähennän	

”First step”, eli ensi askeleen ruokapäiväkirja:



Kuva: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2018). Terveyttä ruoasta: Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014 (5. korj. p.).

1. Piirrä kolmio, jossa on yhtä monta lokeroa kuin ruokakolmiossa TAI
1. Anna ruokakolmion lokeroille numerot 1-9. 1= kasvikset, 2 = marjat ja hedelmät, 3= leipä, puuro myslit, 4= täysjyväviljalisäkkeet ja peruna jne... ja kirjoita numerot allekkain.
2. Vedä viiva oikeaan lokeroon tai oikean numeron perään sitä mukaan, kun syöt. Yksi viiva voi tarkoittaa esim. kourallista karkkia tai marjoja, yhtä suklaapatukkaa, keksiä tai hedelmää, ¼ lautasellista perunaa, lihaa tai kasviksia (jos siis syöt ½ lautasellista, vedä kaksi viivaa tai jos syöt keittoa, vedä sopiva määrä viivoja kaikkeen, mitä keitto sisältää). Sijoita alkoholia tai sokeria sisältävät juomat kolmion huipulle.
3. Pidä päiväkirjaa haluamasi ajan ja laske sitten viivat. Tavoitteena on, että viivoja olisi eniten kolmion alaosassa tai sitä vastaavien numeroiden perässä ja vähintään kolmion huippua kuvaavassa kohdassa.
4. Halutessasi voit jalostaa ruokapäiväkirjaa ja merkitä ylös myös aterioiden lukumäärän tai muita haluamiasi tietoja.

Faktatietoa verenpaineen hoidosta ja ruokavaliosta:

www.sydan.fi/sydantietoa/terveys-hyvinvointi/verenpaine

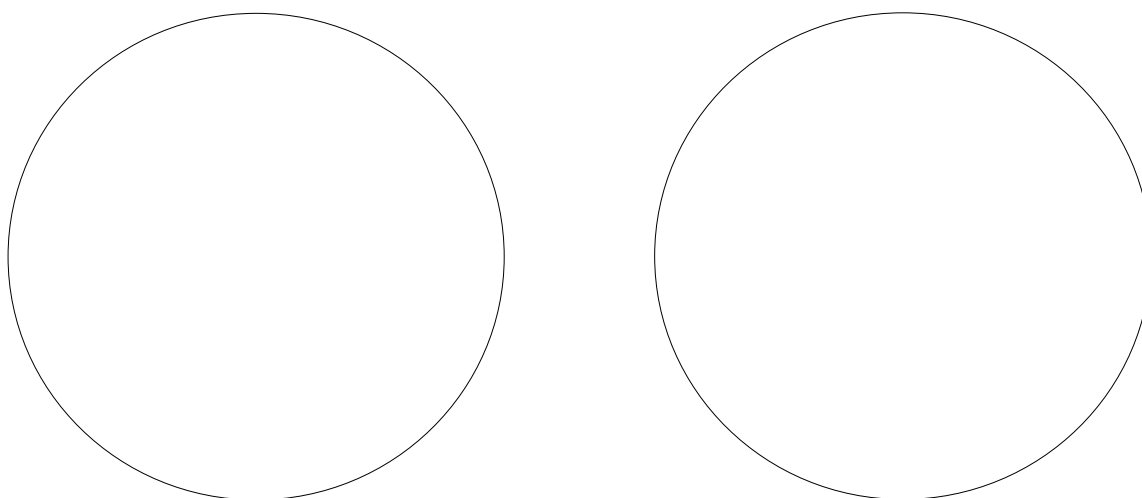
www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio

Ruokapäiväkirja ja ruoka-aineiden vertailua:

www.fineli.fi

Liite 4. Oheismateriaali 2**ELINVOIMAA ARJESTA**

Liikkuminen ja stressi vaikuttavat huomattavan paljon omaan jaksamiseen ja terveyteen; vähäinen liikkuminen ja voimakas stressi heikentävät, sopiva aktiivisuus ja stressinhallinta vahvistavat. Aktiivisuus koostuu jokaisesta askeleesta tai liikkeestä, jonka teet. Liikkuminen, mielekkäät ajanvietteet ja arjen ajanhallinta auttavat myös hallitsemaan ja hillitsemään stressiä.



Yllä olevat ympyrät kuvaavat kellotauluja. Merkitse toiseen vähintään 9 h, jotka varataan unelle ja omille ilta- ja aamutoimille. Lähde sitten sijoittamaan kellotauluihin muut välttämättömät osuudet, joihin juuri sinä käytät päivässä aikaasi. Jäljelle jäävä aika jaetaan vapaa-ajan toiminnalle. Pyri löytämään pieniäkin hetkiä liikkumiselle ja muulle mielekkäälle tekemiselle.

Mitä haittaa siitä on minulle, jos en tee muutoksia?	Mitä hyötyä siitä on minulle, jos en tee muutoksia?
Mitä haittaa siitä on minulle, jos teen muutoksia?	Mitä hyötyä siitä on minulle, jos teen muutoksia?

Mitä haluan nyt? Mitä haluan eniten?

Alla oleva taulukko on mukaelma ravitsemussuositusten ruokavaliota käsittelevästä ohjeesta, mutta tällä kertaa taulukko koskee liikkumista. Pohdi, millaista aktiivisuutta arkeesi jo nyt sisältää ja mitä voisit lisätä. (Esim. harrastukset ja arkiaskareet) Toiseen lokeroon voit kirjata asioita, joita voisit vaihtaa ja sisällyttää siten enemmän aktiivisuutta päivääsi (Esim. hissi → portaat) Kolmannen lokeron kohdalla voit miettiä, millaisia passiivisia hetkiä päivässäsi on, jotka eivät ole aivan välttämättömiä. Kuluuko aika esimerkiksi selaamalla televisiokanavia tai sosiaalista mediaa?

<p><u>Lisää</u> Mitä teen jo nyt ja mitä voisin lisätä?</p>	
<p><u>Vaihda</u> Mitä voisin vaihtaa?</p>	
<p><u>Vähennä</u> Mitä voisin vähentää?</p>	

Liikuntasuositukset kannustavat liikkumaan viikon aikana reippaasti yhteensä 2 tuntia ja 30 minuuttia tai rasittavasti 1 tunnin ja 15 minuuttia. Lisäksi pari kertaa viikossa lihaskuntoa ja liikehallintaa kehittävää tekemistä, mahdollisimman paljon kevyttä liikuskelua ja paikallaanolon tauottamista.

Ohje helppoon liikuntapäiväkirjaan:

1. Ota avuksesi kalenteri tai kirjoita allekkain viikonpäivät maanantaista sunnuntaihin.
2. Valitse yllä olevaan taulukkoon kirjaamistasi asioista itsellesi sopiva tavoite, joka ei ole liian vaikea, eikä liian helppo.
3. Merkitse viikonpäivän kohdalle viiva, kun olet tehnyt yhden asian kohti tavoitettasi esim. noussut välillä seisomaan, käyttänyt rappusia hissien sijasta/ohella, kävellyt tietyn ajan (lähtötasosi mukaan aika voi olla 1-15min), jättänyt auton kauemmas parkkiin tmv.
4. Tarkastele tavoitettasi viikoittain tai kuukausittain ja aseta itsellesi uusi tavoite, kun edellinen on saavutettu.

Lisätietoa liikkumisesta: www.ukkinstituutti.fi/liikkuminen/vinkkeja-liikkumiseen

Liite 5. Palautelomakkeet

PALAUTTEEN PAIKKA

1. Merkitse taulukkoon parhaiten ajatuksiasi kuvaava vaihtoehto

Asteikon selitykset: 1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = samaa mieltä, eos = en osaa/halua sanoa

	1	2	3	4	5	eos
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa verenpaineesta ja/tai sen hoidosta						
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa ruokavaliosta						
Kokeilen tulevaisuudessa tehdä muutoksia ruokavaliiooni						
Ohjaus oli selkeää						

2. Mikä jäi parhaiten mieleesi?

3. Mitä olisit toivonut ohjauksen sisältävän enemmän? Entä vähemmän?

4. Toiveita seuraavaa ohjauksetta varten:

5. Vapaa sana, ruusuja ja risuja:

PALAUTTEEN PAIKKA

1. Merkitse taulukkoon parhaiten ajatuksiasi kuvaava vaihtoehto

Asteikon selitykset: 1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = samaa mieltä, eos = en osaa/halua sanoa

	1	2	3	4	5	eos
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa liikkumisesta						
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa stressistä/stressinhallinnasta						
Kokeilen tulevaisuudessa tehdä muutoksia arkeeni						
Ohjaus oli selkeää						

2. Mikä jäi parhaiten mieleesi?

3. Mitä olisit toivonut ohjauksen sisältävän enemmän? Entä vähemmän?

4. Vapaa sana, ruusuja ja risuja:
