



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Verenpainetaudin omahoidon onnistumista edistävät tekijät: kirjallisuuskatsaus

Peltomäki, Hanna

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Verenpainetaudin omahoidon onnistumista
edistävät tekijät: kirjallisuuskatsaus

Hanna Peltomäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2012

Peltomäki Hanna

Verenpainetaudin omahoidon onnistumista edistävät tekijät: kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2012 Sivumäärä 32

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää verenpainetaudin omahoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli löytää ja kuvata tärkeimmät tekijät, joihin puuttumalla verenpainetauti sairastavan omahoitoa voidaan tehostaa. Tämä tutkimus toteutettiin osana Vantaan kaupungin terveystietopalveluiden, Remote Analysis -yhtiön ja Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikön yhteistyöhanketta, jossa kehitetään verenpainetauti sairastavan terveydenhuollon asiakkaan omahoidon tukemista.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin systemaattista lähestymistapaa tutkimusten valinnassa ja analysoinnissa, mutta alkuperäistutkimusten metodologisia valintoja ei arvioitu eikä niiden tuloksia tarkasteltu tilastollisesti. Aineisto haettiin yhdestä suomalaisesta (Medic) ja kahdesta kansainvälisestä viitetietokannasta (CINAHL ja PubMed). Analysoitavaan aineistoon kelpuutettiin kahdeksan tutkimusartikkelia, jotka on julkaistu vuosina 2007 - 2012. Kaikissa tutkimuksissa lähestymistapa oli kvantitatiivinen.

Tämän tutkimuksen perusteella verenpainetauti sairastavan potilaan voimakas pystyvyyden tunne on yhteydessä parempaan omahoidon toteutumiseen. Omahoito onnistui keskimäärin paremmin myös niiltä, jotka olivat sairastaneet verenpainetauti jo pidemmän aikaa. Myös potilaan itsensä kotioloissa suorittamat verenpaineen mittaukset näyttäisivät tehostavan omahoitoa. Lisäksi potilaan terveydentilastaan huolehtimiseen suuntaaman kiinnostuksen eli terveysaktiivisuuden määrä vaikuttaa suoraan omahoitoaktiivisuuteen. Sen sijaan potilaan masennusoireiston tunnistamatta jääminen johtaa usein omahoidon epäonnistumiseen.

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella terveydenhuollon omahoitointerventio kannattaisi aloittaa intensiivisesti heti verenpainetaudin diagnosoinnin jälkeen. Näin saataisiin alulle potilaan yksilöllinen terveysaktiivisuuden kehitysprosessi ja siitä seuraava omahoitovalmiuksien kasvaminen. Omahoitovalmennus tulisi räätälöidä yksilöllisesti potilaan lähtökohdat huomioiden ja sen sisältöä tulisi päivittää potilaan saavuttaessa vähittäin uusia valmiuksia. Potilaiden itsensä suorittamat säännölliset verenpaineen kotimittaukset ja niiden tuloksista raportointi sekä ammattihenkilöltä saatava mittauksiin liittyvä palaute tulisi liittää osaksi verenpaineen omahoitoa. Omahoidon onnistumisen tukemiseksi tulisi verenpainetauti sairastavien potilaiden masennusoireistoa pyrkiä tunnistamaan varhaisessa vaiheessa, esimerkiksi seurantakäyntien yhteydessä tehtävien masennustestien avulla, ja mahdollista masennusoireistoa hoitaa.

Potilaiden pystyvyyden tunteen tai terveysaktiivisuuden tason tunteminen voisi lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia yksilöllisen omahoidon tuen antamiseen. Tähän tarkoitukseen olisi tärkeää kehittää mittareita, joilla potilaiden pystyvyyttä ja aktiivisuutta voitaisiin kartoittaa. Lisäksi jatkossa olisi hyödyllistä selvittää hoitohenkilökunnan valmiuksia omahoidon tukemiseen ja mahdollisen lisäkoulutuksen tarvetta.

Asiasanat: kirjallisuuskatsaus, verenpainetauti, omahoito

Peltomäki Hanna

Factors contributing to the success of hypertension self-management: a literature review

Year	2012	Pages	32
------	------	-------	----

This thesis is a literature review and aims to find out the factors contributing to the success of hypertension self-management. The objective is to discover and describe the most important factors that make hypertension self-management more efficient. This study was part of the cooperation project aiming to develop blood pressure self-management among hypertensive patients. This project was carried out in cooperation between Vantaa Health Care Services, Remote Analysis Ltd and Laurea Tikkurila UAS.

This literature review employed a systematic approach in choosing and analysing the research articles but methodological choices of the original research papers were not evaluated nor were the original results examined statistically. The material was collected from a Finnish (Medic) and two international databases (CINAHL and PubMed). Eight research articles applying quantitative approach and published between 2007 - 2012 were analysed.

This literature review shows that the strong self-efficacy of a hypertensive patient is in connection with a better self-management of the condition. Also on average the patients with longer durations of hypertension succeeded better in self-management. Further, the home blood pressure monitoring done by patients themselves seems to make self-management more efficient. Moreover, the self-management behavior correlates with the patient's interest in his or her own health, i.e. health activation. The patient's unidentified depressive symptoms often lead instead to the failure of the self-management.

Based on this study it would be useful to initiate the self-management intervention intensively right after the patient's hypertension diagnosis. This would start off the patient's individual development process of health activation resulting in increase in self-management skills. Self-management intervention should be tailored with the patient's starting point in mind and the contents of the training updated when the patient's abilities develop. Regular home blood pressure monitoring and reporting of the results by patients should be included in the self-management programmes as well as the self-monitoring feedback given by health care professionals. To support self-management, it would also be important to aim to identify the patient's depressive symptoms at an early stage, for example by screening depression during appointments, and to treat the problem if needed.

Knowing the level of patient self-efficacy or health activation could improve the health care professionals' abilities to give patients tailored self-management support. It would thus be important to develop measures whereby one could chart the patient's self-efficacy and activation. In future it would also be useful to find out the health care professionals' competencies to support self-management and possible need for further education.

Keywords: literature review, hypertension, self-management

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettisia näkökulmia verenpainetautiin ja sen hoitoon	7
2.1	Verenpainetaudin määritelmä ja yleisyys	7
2.2	Verenpainetaudin hoito ja hoitovaste	8
2.3	Omahoidon merkitys hoitotasapainon saavuttamisessa	9
2.4	Terveyshyötymalli uudistaa hoitoajattelua.....	10
3	Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymys ja tarkoitus	13
4	Tutkimuksen toteutus.....	13
4.1	Tutkimusartikkelien valinta	15
4.2	Tutkimusartikkelien käsittely ja tutkimusten luonne.....	18
5	Tulokset	18
5.1	Potilaan ominaisuudet ja voimavarat.....	18
5.2	Terveydenhuollon interventiot	18
6	Pohdinta.....	21
6.1	Tulosten tarkastelua.....	22
6.1.1	Pystyvyys, ikä ja sairaushistorian pituus	22
6.1.2	Koulutustausta ja sairausvakuutus	23
6.1.3	Verenpaineen kotimittaukset ja terveydenhuollon interventiot.....	23
6.1.4	Terveysaktiivisuus ja masennuksen vaikutus	24
6.2	Tulosten luotettavuus	25
6.3	Suosituksat käytännön hoitotyöhön ja jatkotutkimusaiheet	25
	Lähteet	27
	Kuvat	31
	Taulukot	32

1 Johdanto

Verenpainetauti on yleinen pitkäaikaissairaus etenkin keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla. Se on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, sillä noin puoli miljoonaa suomalaista tarvitsee verenpainetautiinsa lääkettä. Suurimmassa osassa tapauksista verenpainetaudin taustalla ovat elintavat: tupakointi, alkoholin käyttö, ylipaino, runsas suolan käyttö, vähäinen liikunta ja stressi. Elintapojen muuttaminen onkin tehokas tapa alentaa korkeaa verenpainetta. (Mustajoki 2011.) Lähinnä potilaiden huonon omahoitovalmiuden vuoksi elintapahoito ei kuitenkaan toteudu riittävän hyvin. Tämä on merkittävä syy siihen, että verenpainetaudin hoitotasapaino on huono kahdella kolmanneksella potilaista. (Jula ym. 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata aiempaa tutkimustietoa, joka liittyy verenpainetautiin sairastavan omahoitoon. Pyrkimyksenä on kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat verenpainetaudin omahoidon onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Työn tavoitteena on löytää tärkeimmät niistä tekijöistä, joihin vaikuttamalla verenpainetautiin sairastavan omahoitoa voidaan tehostaa.

Tämä opinnäytetyö liittyy Vantaan kaupungin terveystalouden, Remote Analysis -yhtiön ja Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikön yhteistyöhankkeeseen. Hankkeessa etsitään keinoja kehittää verenpainetautiin sairastavan terveydenhuollon asiakkaan omahoidon tukemista terveyshyötymallin (pitkäaikaissairauksien hoitomalli, Chronic care model, CCM) hengessä.

Tämä tutkimus taustoittaa edellä mainitussa hankkeessa toteutettavaa tutkimusta, jossa selvitetään verenpainetautiin sairastavien vantaalaisten perusterveydenhuollon asiakkaiden omahoitoa heidän itsensä kokemana. Lisäksi tämä työ täydentää hankkeen osiota, jossa kartoitetaan asiakkaiden kokemuksia lääkkehoidostaan osana verenpainetaudin omahoidon kokonaisuutta ja liittyy toiseen hankkeessa toteutettavaan kirjallisuuskatsaukseen, joka käsittelee verenpainetautiin sairastavan asiakkaan ohjausta.

Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseen tähtäävä opinnäytetyöaihe oli minulle erityisen sopiva, sillä olen kiinnostunut kansansairauksien ennaltaehkäisystä ja hoidosta erityisesti niiden kansantaloudellisen merkittävyyden vuoksi. Näin ollen tähän tutkimukseen on valittu hoitotieteellinen ja yhteiskunnallinen lähestymistapa, minkä vuoksi työssä painottuvat omahoidonäkökulma sekä omahoidon yhteys hoitoajattelua uudistavaan terveyshyötymalliin.

2 Teoreettisia näkökulmia verenpainetautiin ja sen hoitoon

2.1 Verenpainetaudin määritelmä ja yleisyys

Verenpainetauti on tila, jossa sydämen työn aikaansaama paine verisuonistossa on jatkuvasti niin korkea, että se ajan kuluessa johtaa haitallisiin muutoksiin sydämen ja verisuonten toiminnassa. Näistä muutoksista seuraavat kohde-elinvauriot kehittyvät vähittäin vuosien tai vuosikymmenien aikana ja johtavat ennenaikaiseen ja lisääntyneeseen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Kohonneeseen verenpaineeseen ei yleensä löydetä osoitettavaa syytä, vaan kyse on primaarisesta verenpainetaudista, joka syntymekanismi on epäselvä. (Kantola 2008, Mustajoki 2011.)

Optimaalisena verenpainetasoa pidetään, kun systolinen paine on ≤ 120 mmHg ja diastolinen paine ≤ 80 mmHg. Verenpaine on normaali, jos se on alle 130/85 mmHg ja tyydyttävä välillä 130-139/85-89 mmHg. Kun systolinen paine on ≥ 140 mmHg tai diastolinen paine ≥ 90 mmHg aletaan puhua kohonneesta verenpaineesta eli verenpainetaudista. (Kantola 2008, Mustajoki 2011, Iivanainen & Syväoja 2008: 577.)

Kantolan (2008) mukaan myös kotona mitattu verenpaine kuvaa potilaan verenpainetasoa luotettavasti. Niiranen (2008) toteaa tutkimukseensa perustuen, että kotimittaukset voisivat tarkkuutensa puolesta olla jopa ensisijainen mittausvaihtoehto verenpainetaudin diagnostiikassa ja hoidossa. Kotimittauksiin perustuvina verenpainetaudin raja-arvoina tulee pitää keskimääräisiä lukemia 135/85 mmHg (Kantola 2008).

Tässä opinnäytetyössä termejä verenpainetauti, kohonnut verenpaine ja hypertensio käytetään synonyymeinä ja niillä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaan systolinen verenpaine on toistuvissa ja vakioituissa terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamissa mittauksissa korkeampi kuin 140 mmHg ja diastolinen verenpaine korkeampi kuin 90 mmHg tai verenpaine on toistuvissa kotimittauksissa korkeampi kuin 135/85 mmHg (Kantola 2008, Mustajoki 2011).

Suomalaisista 22-64 -vuotiaista naisista yli neljänneksellä verenpaine ylittää 140/90 mmHg ja saman ikäisistä miehistä noin 40 % kärsii kohonneesta verenpaineesta (Kantola 2008). Kuitenkin vain noin puolet verenpainetaudin kriteerit täyttävistä on tietoisia sairaudestaan (Jula ym. 2009). Kansaneläkelaitoksen erityiskorvattavuuskriteerien (diastolinen paine ≥ 105 mmHg tai systolinen paine ≥ 200 mmHg) mukaista verenpainetautia sairasti vuonna 2006 yli puoli miljoonaa suomalaista ja pelkästään erityiskorvattavien lääkkeiden kustannus oli kyseisenä vuonna yli 136 miljoonaa euroa (Kela 2009). Kaikkiaan verenpainetaudin hoidon arvioidaan maksavan yhteiskunnalle yli 260 miljoonaa euroa vuodessa sairaalahoitajaksoina, lääkekustannuksina ja muina hoitokustannuksina (Kantola 2008).

2.2 Verenpainetaudin hoito ja hoitovaste

Oireettomankin verenpainetaudin hoito on tärkeää, sillä jo yksistään kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua valtimotautiin ja sen seurauksena sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen. Jos verenpainetauti sairastava tupakoi tai hänellä on korkea veren kolesterolipitoisuus tai sokeriaineenvaihdunnan häiriö, lisääntyy valtimotaudin vaara edelleen merkittävästi. Lisäksi pitkään jatkunut verenpainetauti yllirasittaa sydänlihasta, mikä johtaa vähitellen sydämen vajaatoimintaan. (Mustajoki 2011.) Verenpainetaudin hoidon tavoitteena on muutoin terveillä henkilöillä verenpaine alle 140/85 mmHg sekä diabeetikoilla ja munuaissairailta alle 130/80 mmHg (Kantola 2008).

Verenpainetaudin hoidossa on keskeistä pyrkiä elintapamuutoksin alentamaan verenpainetta sekä hallitsemaan muita valtimotaudin riskitekijöitä. Olennaista on natriumin saannin vähentäminen, runsaasti kasvikunnan tuotteita, pehmeää rasvaa ja kuitua sisältävä ruokavalio, säännöllinen ja kohtuukuormitteinen liikunta, ylipainon välttäminen tai vähentäminen, alkoholin välttäminen tai kohtuukäyttö sekä stressinhallinta. (Jula ym. 2009.)

Verenpainetaudin lääkehoito aloitetaan ellei elintapamuutoksin ole pystytty alentamaan verenpainetta riittävästi. Lääkehoito aloitetaan kaikille potilaille jos verenpaine toistuvasti ylittää 160/100 mmHg. Yksilöllisesti arvioidun valtimotautiriskin tai muun sairauden perusteella voidaan lääkehoito aloittaa tätä alhaisemmalla verenpaineella. Lääkehoitoa tukeva, jatkuva elintapahoito ja siihen liittyvä ohjaus ovat tärkeä osa verenpainetaudin kokonaisvaltaista hoitoa. (Jula ym. 2009.)

Verenpainelääkitystä käyttää noin puolet niistä potilaista, joiden verenpaine on todettu korkeaksi ja heistä vain vajaalla kolmanneksella verenpainetauti on hyvässä hoitotasapainossa. Huono hoitovaste johtuu paitsi mittausteknisistä ja lääkehoidollisista syistä, niin ennen muuta hoitoon sitoutumattomuudesta ja elintapahoidon puutteellisuudesta. (Jula ym. 2009). Esimerkiksi Nykäsen (2008: 122) mukaan verenpainetauti sairastavista ruokavaliohoitoa toteuttaa vain noin 40 % ja liikuntaa on lisännyt noin puolet potilaista. Merirannan (2009: 161) tutkimuksessa tilanne oli parempi: yli 80 % pitkäaikaissairaista potilaista oli muuttanut ruokavaliotaan, liikunnalla itseään hoiti 60 % ja puolet oli laihduttanut. Pitkälän, Savikon & Routsalon (2006) mukaan parempi hoitoon sitoutuminen voisi merkittävästi tehostaa kroonisten sairauksien hoitoa, sillä nykyisellään vain puolet potilaista ottaa lääkkeensä oikein, kolmannes noudattaa liikuntasuosituksia ja joka kymmenes onnistuu laihduttamisessa.

2.3 Omahoidon merkitys hoitotasapainon saavuttamisessa

Hoitoon sitoutuminen on puhtaasti asiantuntijalähtöistä hoitomyöntyvyyttä seuraava askel kohti potilaslähtöisempää hoitoajattelua (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009). Asiakkaan tai potilaan sitoutuminen sairautensa hoitoon riippuu ennen muuta hoidon yksinkertaisuudesta tai monimutkaisuudesta, taudin oireista ja hoidon sivuvaikutuksista sekä hoidon lyhyellä aikavälillä ilmenevistä hyödyistä tai haitoista. Lisäksi siihen vaikuttavat asiakkaan arvot, asenteet ja taidot sekä ammattihenkilön vuorovaikutustaidot ja työskentelytavat. (Pitkälä ym. 2006.) Terveystieteiden asiantuntijan ja asiakkaan tasavertaiselle kumppanuudelle annetaan jatkuvasti enemmän painoarvoa ja hoitosuhdemallit ovat kehittyneet edelleen hoidosta sopimisen suuntaan. Hoidosta sopimiseen liittyy kiinteästi potilaan itsensä toteuttama sairauden hoito eli omahoito. (Routasalo ym. 2009.)

Omahoito-käsitteellä tarkoitetaan potilaslähtöistä sairauden ennaltaehkäisyä tai hoitoa, jossa korostuu potilaan rooli oman elämänsä asiantuntijana sekä hänen vastuunsa elämäntapa- ja hoitopäätöksistään. Terveystieteiden ammattihenkilö puolestaan toimii asiakkaansa tai potilaansa valmentajana, jonka tehtävänä on ohjata potilasta löytämään ja käyttämään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan. Keskeistä on motivoida potilasta voimaantumiseen, vahvistamaan elämäntietämisen tunnetta. Lisäksi potilas tulee saada kannustamisen ja positiivisen palautteen myötä vakuuttuneeksi pystyvyydestään itsenäiseen sairautensa hoitoon. On myös huomattava, että omahoito tarkoittaa nimenomaisesti terveystieteiden ammattihenkilön kanssa yhteistyössä toteutettavaa hoitoa, eivätkä siihen sisälly potilaan itsenäisesti valitsemat esimerkiksi vaihtoehdot hoidot. (Routasalo ym. 2009.) Myös tässä opinnäytetyössä omahoito määritellään edellä kuvatusti.

Omahoitovalmennuksen lähtökohtana on tasavertainen vuorovaikutus ja kokonaistavoitteena, että potilas saavuttaa mahdollisimman hyvän elämäntietämisen pitkäaikaissairaudesta huolimatta (Routasalo ym. 2009). Omahoidon onnistumista voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla muutoksia potilaan pystyvyyden tunteessa, subjektiivisesti koetussa voinnissa, jossakin fysiologisessa suureessa kuten verenpaineessa tai lääkärisäkäytin määrässä (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010).

Routasalo ym. (2010) ovat käyneet katsauksessaan läpi useita pitkäaikaissairauksien interventiotutkimuksia ja toteavat, että onnistuneisiin interventioihin on liittynyt yhteisiä, edellä esitetyn määritelmän mukaiselle omahoidolle ominaisia piirteitä. Interventiolla tarkoitetaan siis terveystieteissä toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Terveyskirjasto 2012). Vaikuttavuuden kannalta olennaista omahoitovalmennuksessa on tiedon lisääminen, ongelmanratkaisua painottava opastus, potilaan tie-

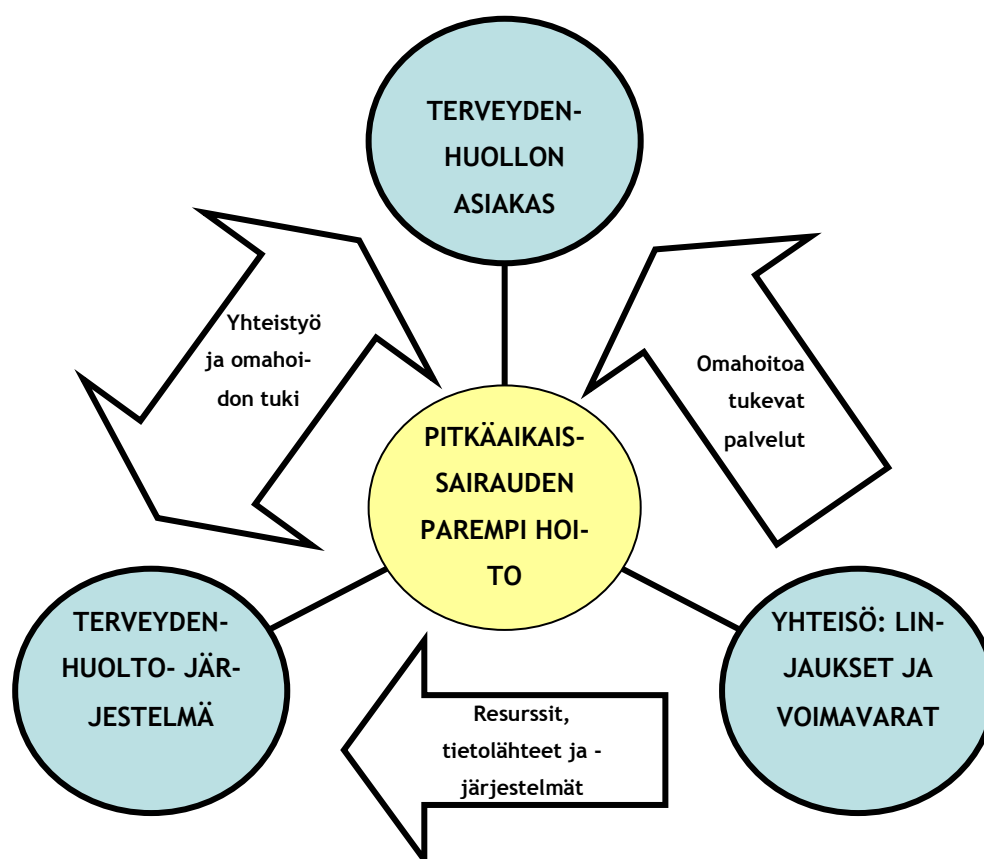
dollisten ja taidollisten lähtökohtien ja toiveiden huomioiminen sekä ohjauksen tavoitteellisuus (Routasalo ym. 2010).

Myös Kastarinen ym. (2002) toteavat suunnitelmallisesti toteutetun elintapaintervention vaikuttavaksi keinoksi alentaa verenpainetta ainakin niillä potilailla, joilla ei ole lääkitystä verenpainetautiin. Verenpainetautiin sairastavat saavat Merirannan (2009: 161) tutkimuksen mukaan terveyskeskuksista hyvin tietoa taudin hoidosta ja elintapamuutosten tarpeesta. Toisaalta Nykänen (2008: 122) toteaa väitöskirjassaan, etteivät sairaan- ja terveydenhoitajat keskustele potilaiden kanssa riittävästi elintapoihin ja omahoitoon liittyvistä kysymyksistä ja että saadun ohjauksen määrä on ainakin osin yhteydessä toteutuneiden elintapamuutosten määrään. Haapa & Pölönen (2002: 7, 9) puolestaan kirjoittavat, että ravitsemusneuvonnan ja hoidon taso on Suomessa puutteellinen ja lisäävät, että vaikuttavalla ravitsemusohjauksella voitaisiin huomattavasti tehostaa kansansairauksien hoitoa.

Omahoitoon luetaan yleensä kuuluvaksi sekä elämäntapamuutosten toteuttaminen ja ylläpito että varsinainen sairauden hoito. Yhteiskunnallisella tasolla tarkastellen terveydenhuollon tukema, mutta pääosin asiakkaan tai potilaan itse toteuttama sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito nähdään mahdollisuutena vaikuttavasti vähentää terveyden riskitekijöitä, tehostaa pitkäaikaissairauksien hoitoa ja parantaa terveydenhuollon resurssien riittävyttä (Routasalo ym. 2010). Myös terveyshyötymalliin perehtyneet Bodenheimer, Wagner & Grumbach (2002b) toteavat systemaattiseen katsaukseensa perustuen, että omahoidon tukeminen näyttäisi olevan keskeistä terveydellisten ja taloudellisten hyötyjen saavuttamiseksi. Onnistunut omahoidon tukeminen edellyttää kuitenkin terveydenhuollon henkilöstön koulutusta ja motivointia hoitoasenteiden ja toimintatapojen uudelleenarvioimiseksi. (Routasalo ym. 2010.)

2.4 Terveyshyötymalli uudistaa hoitoajattelua

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (Chronic care model, CCM) on konkreettinen toimintaperiaate, jossa yhteisö, terveydenhuoltojärjestelmä ja terveydenhuollon asiakas toimivat yhteistyössä pitkäaikaissairauksien kokonaisvaltaisen hoidon tehostamiseksi (Kuva 1). Avainasemassa ovat omahoitoon sitoutunut potilas ja valmistautunut, proaktiivinen hoitotiimi, joiden välinen suunnitelmallinen vuorovaikutus on saavutettavan terveyshyödyn edellytys. Yhteisötason linjauksilla sekä rajallisten resurssien harkitulla suuntaamisella ja jakamisella eli allokoinnilla puolestaan luodaan toiminnalle perusta, joka edistää terveystalouden tuottajien sitoutumista terveydellisten ja taloudellisten parannusten tavoitteluun. (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008, Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002a, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) (Kuva 1)



Kuva 1: Terveyshyötymallin periaate (Bodenheimeria ym. (2002a), mukaillen)

Terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa korostuu potilaan osallistuminen oman sairautensa hoitoon. Vaikuttava omahoidon tukeminen toteutuu suunnitelmallisen ja tavoitteellisen toiminnan avulla: potilaan kanssa laaditaan hoitosuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan yhteistyössä aika ajoin. Potilaan ja ammattihenkilöiden tapaamiset ovat säännöllisiä ja molemmat osapuolet ovat valmistautuneet niihin etukäteen. (Saarelma ym. 2008, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Saarelman ym. (2008) mukaan esimerkiksi Espoossa pitkäaikaissairaat potilaat itsearvioivat omahoitonsa toteutumista aina ennen vuosikäyntiään terveyskeskuksessa. Näin sekä potilas että vastaanottava ammattihenkilö saavat paremman käsityksen omahoidon toteutumisesta ja voidaan kartoittaa sitä, millaista ammattilaisten tarjoamaa tukea asiakas mahdollisesti tarvitsee (Saarelma ym. 2008).

Potilaita ohjataan myös käyttämään hoitoaan tukevia yhteisön palveluita, joita ovat esimerkiksi erilaisten järjestöjen palvelut tai liikuntapalvelut (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Perusterveydenhuoltoa suositellaan muutoinkin tekemään yhteistyötä näiden muiden

toimijoiden kanssa pitkäaikaissairauksien hoidon kokonaisvaltaistamiseksi (Bodenheimer ym. 2002a).

Potilaiden omahoitovalmiuksien parantamisen lisäksi terveyshyötymalli pyrkii varmistamaan terveydenhuollon henkilökunnan riittävät tiedolliset, taidolliset ja taloudelliset resurssit pitkäaikaissairauksien hoitoon (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). On esimerkiksi tärkeää, että kaikki potilaan hoitoon liittyvät suositukset ja kirjaaminen ovat koko hoitotiimin saatavilla ja että tietojärjestelmät mahdollistavat ajantasaisen tiedonkulun ja -saannin (Saarelma ym. 2008, Bodenheimer ym. 2002a, Bodenheimer ym. 2002b). Toimintamallin periaatteena on, että palveluntuottajien tulee yksin ja yhteistyössä toistensa kanssa taata hoitohenkilöstölle tarvittavat koulutusmahdollisuudet, tietolähteet ja -järjestelmät sekä toimivat organisaatiot hoidon toteuttamisen ja jatkuvan kehittämisen tueksi. (Saarelma ym. 2008, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Pitkäaikaissairauksien laadukas hoito tulee nähdä tärkeänä osana perusterveydenhoitoa eikä sen suuri merkitys yksilöille ja kansanterveydelle saa jäädä akuuttihoitoon varjoon (Bodenheimer ym. 2002a).

Saarelma ym. (2008) toteavat, ettei hyväkään toiminnan malli tuo merkityksellistä hyötyä, ellei sen mukaiseen toimintaan sitouduta kaikilla päätöksenteon tasoilla. Bodenheimer ym. (2002b) puolestaan sanovat mallin käyttöönoton vaativan suotuisat olosuhteet niin yhteisön, terveydenhuoltojärjestelmän kuin yksittäisten toimipaikkojenkin osalta. Avainasemassa ovat edistyksestä ajattelevat lääkärit ja hoitajat, jotka vievät uudenlaista lähestymistapaa eteenpäin käytännössä (Bodenheimer ym. 2002b). Lisäksi vaaditaan terveystalouden johdolta valmiutta panostaa työntekijöiden koulutukseen ja kannustinjärjestelmiin erityisesti käyttöönotto- eli implementointivaiheessa (Saarelma ym. 2008).

Terveyshyötymalli on moniulotteinen ratkaisu pitkäaikaissairauksien hoidon laatuongelmiin ja se vaatii laajoja uudistuksia hoitoajatteluun ja koko terveydenhuoltoon (Bodenheimer ym. 2002a). Vaikka mallin käyttöön liittyy alkuvaiheessa paljon haasteita, niin näyttää siltä, että pitkäaikaissairauksien hoito saataisiin loppujen lopuksi tuotettua aikaisempaa tehokkaammin ja pienemmällä kokonaiskustannuksella (Bodenheimer ym. 2002b, Saarelma ym. 2008). Realistena Bodenheimer ym. (2002b) kuitenkin esittävät, että terveyshyötyä voidaan alkaa tavoitella myös täysimittaista terveyshyötymallia pienemmin askelin: ottamalla päivittäisessä hoitotyössä soveltuvien osien käyttöön pitkäaikaissairauksien hoidon tavoitteellisuuteen ja suunnitelmallisuuteen sekä omahoidon tukemiseen liittyviä elementtejä. Myös ennaltaehkäisevän terveydenhuollon parissa toimivat voivat työssään soveltaa terveyshyötymallin mukaisia toimintaperiaatteita, sillä pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on paljon yhteisiä piirteitä (Glasgow, Orlean, Wagner, Curry & Solberg 2001).

Suomessa pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli tuli valtakunnalliseksi perusterveydenhuollon kehittämistyön painopisteeksi syksyllä 2008, kun Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman. Yhtenä ohjelman päätavoitteena on perusterveydenhuollon toimintamallien uudistaminen siten, että pitkäaikaissairauksien tehokas ja asiakaslähtöinen hoito toteutuu. Terveyshyötymallin käyttöönottoa kunnissa ja kuntayhtymissä on vuodesta 2009 alkaen tuettu Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuhteen Kaste-hankkeiden kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Tällaisia terveyshyötymallipainotteisia kehittämishankkeita on käynnissä ainakin Väli-Suomen (POTKU-hanke), Pohjois-Suomen (KYTKE-hanke) sekä Itä- ja Keski-Suomen (RAMPE-hanke) sairaanhoitopiirien alueilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

3 Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymys ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on löytää tärkeimmät tekijät, joihin vaikuttamalla verenpainetauti sairastavan omahoitoa voidaan kehittää ja tehostaa. Työn tutkimuskysymys on: mitkä ovat tärkeimmät verenpainetaudin omahoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät?

Tämä työ toteutetaan osana hanketta, jonka yhtenä tarkoituksena on terveyshyötymalliin perustuen kehittää verenpainetauti sairastavan terveydenhuollon asiakkaan omahoidon ohjausta Vantaan kaupungin terveysasemilla. Kehittämistyön suunnittelussa ja toteutuksessa tarvitaan tietoa paitsi vantaalaisten asiakkaiden omahoitoaan koskevista näkemyksistä (näitä selvitetään kahdessa hankeosiossa), niin myös kirjallisuuskatsausten keinoin systemaattisesti kerättyä ja jäsennettyä aikaisempaa tutkimustietoa (kaksi muuta hankeosiota).

Terveyshyötymallin mukaisen toiminnan toivotaan laajaltikin parantavan terveydenhuollon niukkenevien resurssien riittävyyttä ja sen uskotaan kustannussäästöistä huolimatta takaavan pitkäaikaissairauksien vaikuttavan hoidon (Routasalo ym. 2010). Tämän opinnäytetyön tuloksena saatua tietoa voitaneen hyödyntää Vantaan kaupungin hankkeen lisäksi myös muissa pitkäaikaissairauksien omahoidon kehittämiseen panostavissa terveydenhuollon toimipisteissä ja hankkeissa. Lisäksi tieto tärkeimmistä omahoitoon vaikuttavista tekijöistä antaa potilastyössä toimiville terveydenhuollon ammattilaisille näyttöön perustuvaa varmuutta erityisesti verenpainetaudin omahoidon tukitoimien oikeista painopisteistä. Myös minä parannan tämän opinnäytetyön myötä taitojani edistää asiakkaiden tai potilaiden aktiivisuutta, päätöksentekotaitoja ja vastuunottoa omasta hoidostaan.

4 Tutkimuksen toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukset ovat toisen asteen tutkimusta, jonka avulla voidaan jäsentää ja arvioida olemassa olevaa tutkimustietoa

(Aveyard 2010: 14). Näin saadaan tutkimustuloksia yhdistelemällä aikaan yksittäistutkimuksia vahvempaa näyttöä muun muassa näyttöön perustuvan hoitotyön päätöksenteon tueksi (Aveyard 2010: 12, Mäkelä, Varonen & Teperi 1996, Salanterä & Hupli 2003).

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa sitä, että sairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä koskeva päätöksenteko perustuu parhaaseen, ajantasaiseen tutkimustietoon. Tietoa käytetään terveydenhuollon henkilökunnan asiantuntemuksen tukena siten, että asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toimintaympäristö tulevat huomioiduiksi. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2012.) Mäkelä ym. (1996) toteavat, että systemoitujen kirjallisuuskatsausten rooli näyttöön perustuvan hoidon toteuttamisessa on usein merkittävä.

Parin viime vuosikymmenen aikana on kansainvälisessä tutkijayhteisössä vahvistunut käsitys systemoidun kirjallisuuskatsauksen paremmasta luotettavuudesta suhteessa perinteisiin kirjallisuuskatsauksiin, joissa tieto on kerätty valikoiden. Systemoitu kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmetodi, jossa alkuperäistutkimuksia kerätään kattavasti, tutkimusten menetelmällistä laatua arvioidaan ja niiden tuloksia yhdistellään tilastollisin menetelmin. (Aveyard 2010: 10, Mäkelä ym. 1996.)

Yliopistotasolla kirjallisuuskatsausten tulisi aina täyttää tiukasti systemaattisuuden kriteerit, mutta esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opinnäytteissä näistä vaatimuksista osin tingitään menetelmällisen vaativuuden vuoksi (Aveyard 2010: 15-16). Tämä opinnäytetyö ei siis ole varsinainen systemoitu kirjallisuuskatsaus, vaikka tutkimusten valinnassa ja analysoinnissa käytetäänkin systemaattista lähestymistapaa. Alkuperäistutkimusten metodologisia valintoja ei kuitenkaan arvioida, eikä niiden tuloksia tarkastella tilastollisesti (Aveyard 2010: 14-16).

Tutkimukseen valittavien artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittely on olennainen osa systemaattisten katsausten laatimista. Näiden kriteerien tarkoituksena on varmistaa, että analysoitaviksi päätyvät artikkelit ovat katsauksen aiheen kannalta relevantteja ja tarjoavat vastauksia tutkimuskysymykseen. Kriteerit siis määritellään tutkimuksen tavoitteen mukaisesti jo ennen aineistohakua. (Aveyard 2010: 70-74.)

Tässä tutkimuksessa sisäänottokriteerit valittaville artikkeleille olivat: tieteellisesti toteutettu ja vertaisarvioitu tutkimus, omahoitonäkökulma, primaarinen verenpainetauti, työikäiset (18-65 -vuotiaat), työssäkäyvät tai työkykyiset. Poissulkukriteerit olivat: sekundaarinen verenpainetauti, laitospotilaat, Euroopan- ja Pohjois-Amerikan ulkopuoliset alueet sekä opinnäytteet ja pro gradu-tutkielmat. Kieli rajattiin suomen- ja englanninkielisiin artikkeleihin ja julkaisuaika vuosiin 2007-2012.

Tietokantahakujen tuloksina saatujen tutkimusartikkeleiden ja edellä mainittujen, etukäteen määriteltyjen sisäänottokriteereiden vastaavuutta tarkasteltiin otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin tasoilla. Tutkimuksen loppukäsittelyyn valittiin ne artikkelit, jotka täyttivät sisäänottokriteerit kaikkien kolmen tarkastelutason perusteella.

4.1 Tutkimusartikkelien valinta

Tähän kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimusartikkeleita kolmesta eri tietokannasta, jotka olivat Medic, CINAHL ja PubMed. Medic on suomalainen terveystieteellinen viitetietokanta, joka sisältää Suomessa ilmestyneitä hoitotieteellisiä, lääke- ja hammaslääketieteellisiä sekä biotieteellisiä julkaisuja (Terveystieteiden keskuskirjasto 2012). CINAHL puolestaan on hoitotyön ja hoitotieteen kansainvälinen artikkeliviitetietokanta ja PubMed lääke- ja terveystieteiden sekä niiden lähialojen kansainvälinen viitetietokanta (EBSCO Publishing 2012, NCBI 2012). Tietokantahaut tehtiin 5.6.2012.

Ensimmäiseksi suoritettiin haku Medic-tietokannasta käyttämällä hakusanoina *hypertens* OR verenpaine* AND omahoi* OR itsehoi**. Lisäksi artikkeleiden julkaisuajankohta rajattiin vuosiin 2007-2012. Hakutulokseksi saatiin 1 artikkeli (Taulukko 1). Tämä artikkeli hyväksyttiin jatkotarkasteluun otsikon perusteella mutta hylättiin tiivistelmän perusteella, sillä se käsitteli verenpaineen kotimittauksia diagnostisesta näkökulmasta.

CINAHL-tietokannasta artikkeleita haettiin hakusanoilla *MW hypertension AND "self management"*, mikä tuotti tulokseksi 56 artikkelia. Kun hakua rajattiin julkaisuvuosiin 2007-2012, tulos oli 37 artikkelia. Hakuun tehtiin vielä rajaukset *adult: 19-44 years ja middle aged: 45-64 years*, jolloin lopputulokseksi saatiin 22 artikkelia. (Taulukko 1) Otsikon perusteella jatkotarkasteluun kelpuutettiin 14 artikkelia. Hylätyt artikkelit käsittelivät thaimaalaisia (1), taiwanilaisia (2), isovanhemmuutta (1), aivoja (1), sepelvaltimotautia (1), diabetesta (1) ja lääkehoitoa (1). Tiivistelmän perusteella jatkotarkasteluun hyväksyttiin yhdeksän artikkelia. Kahden hylätyn artikkelin tiivistelmiä ei löytynyt tietokannasta ja kolme muuta hylättyä tiivistelmää käsittelivät taiwanilaisia (1), keuhkovaltimoverenpainetta (1) ja laajasti kaikkia verisuonitautia (1). Koko teksteistä lopputarkasteluun hyväksyttiin kaksi tutkimusta, joissa selvitettiin terveydenhuollon suorittamien interventioiden vaikutusta verenpaineaudin omahoidon onnistumiseen. Kolme artikkelia hylättiin, koska niistä ei ollut saatavilla koko tekstejä. Lisäksi hylättiin kolme artikkelia, jossa kuvattiin keski-ikästään yli 65-vuotiaiden omahoitoa ja yksi artikkeli, joka ei ollut tutkimus (discuss-artikkeli).

PubMed-tietokannasta haettiin artikkeleita hakusanoilla *hypertension AND self management* ja saatiin tulokseksi 2372 viitettä. Hakua kohdennettiin hoitotieteellisiin artikkeleihin lisäämällä hakutermi *AND nurs**, jolloin tulokseksi saatiin 327 artikkelia. Haku rajattiin vielä kos-

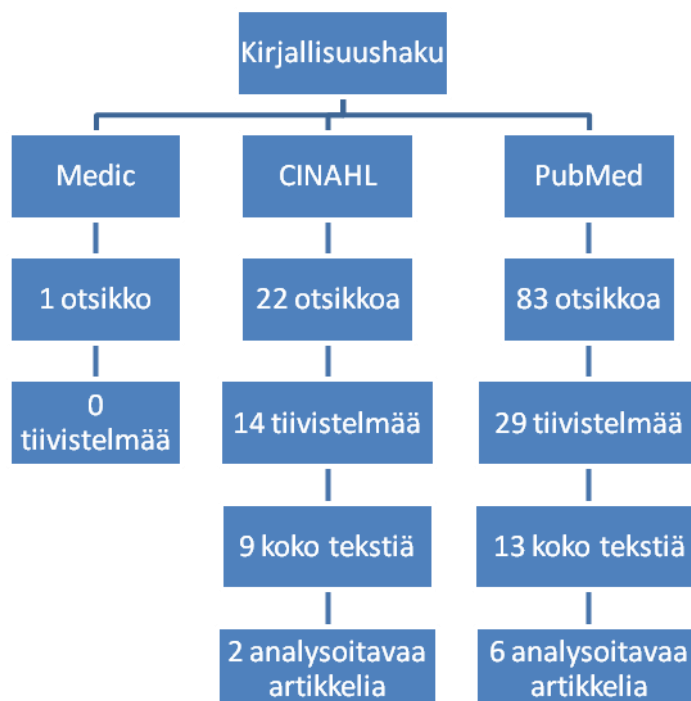
kemaan julkaisu vuosina 2007-2012, englanninkielisiä artikkeleita, ihmisiä sekä aikuisia ja keski-ikäisiä (19-64 -vuotiaat). Lopulliseksi hakutulokseksi saatiin 83 artikkelia. (Taulukko 1) Otsikoiden perusteella näistä valittiin jatkotarkasteluun 29 artikkelia. 54 artikkelia hylättiin seuraavin perustein: muu ensisijainen sairaus tai monisairaant potilaat (21), maantieteellinen sijainti (7), raskauden ajan terveysongelmat (4), verenpaineen mittaustavat (3), lääkehoito (3), verisuonitautien riskitekijöiden hallinta (2), hoitajien lääkkeenmääräämisoikeus (2), hoitotyöntekijöiden verenpaine (2), vastaanottoverenpaine (1), lapset (1), tietoisuus hypertensiosta (1), etnisten ryhmien eroavaisuudet (1), tietokoneohjelman testaus (1), aivotutkimus (1) ja perheiden terveystilanne (1).

Tiivistelmät käytiin läpi 29 artikkelista etsien työikäisten verenpainetaudin omahoitoon liittyviä tutkimuksia. Jatkotarkasteluun valittiin 13 artikkelia. Poissulkuperusteina 16 artikkelille olivat: diabetes-näkökulma (1), maantieteellinen sijainti (1), korkea ikä (1), painonhallintanäkökulma (2), kotihoidon asiakkuus (1), etnisten vähemmistöjen erityispiirteet (1), uskonnolliset yhteisöt (1), liikunnan merkitys (1), verenpaineen mittaustavat (2), teorian tai mittarin testaus (2), ammattihenkilöiden käsitykset (1) ja verisuonitautien riskitekijöiden hallinta (2). Jatkotarkasteluun valituista artikkeleista hylättiin yhteensä seitsemän: yhdessä potilasaineiston keski-ikä ylitti 65 vuotta, kolme oli review-artikkeleita, kahta ei saatu koko tekstinä ja yksi oli kaksoiskappale (sama tutkimus valittuna Cinahl-tietokannasta). PubMed-tietokannasta siis valittiin lopulliseen katsaukseen 6 artikkelia.

Kolmesta tietokannasta tehtyjen hakujen ja kolmivaiheisten valintaprosessien jälkeen hakutulokseksi saatiin kahdeksan analysoitavaa artikkelia (Kuva 2). Kuudessa näistä kuvataan tutkimuksia, joissa on selvitetty terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamien interventioiden vaikutusta verenpainetaudin omahoitoon ja hoitotasapainoon. Lisäksi kahdessa valitussa tutkimuksessa kartoitetaan omahoitoon vaikuttavia tekijöitä. (Taulukko 2)

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	TULOS
Medic	hypertens* OR verenpaine* AND omahoi* OR itsehoi*	2007-2012	1
CINAHL	MW hypertension AND "self management"	2007-2012 Adult: 19-44 years Middle Aged: 45-64 years	22
PubMed	hypertension AND self management AND nurs*	2007-2012 Humans Adult: 19-44 years Middle Aged: 45-64 years English	83

Taulukko 1: Hakusanat ja rajaukset



Kuva 2: Kirjallisuushaun valinta- ja poissulkuprosessi

4.2 Tutkimusartikkelien käsittely ja tutkimusten luonne

Tutkimukseen valitut artikkelit luettiin huolellisesti ja niiden sisältöä eritellen. Erityisesti kiinnitettiin huomiota tutkimuskysymyksen (Mitkä ovat tärkeimmät verenpainetaudin omahoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät?) kannalta olennaiseen sisältöön ja tuloksiin. Lopuksi tiedot tutkimuksista ja niiden keskeisistä tuloksista kerättiin taulukkoon (Taulukko 2), mikä helpotti kokonaisuuden hahmottamista.

Läpikäydyissä tutkimuksissa tutkimusmenetelmänä oli tavallisimmin kysely (lomakekysely tai puhelinkysely). Osassa tutkimuksista tehtiin tämän lisäksi tai yksinomaan erilaisia fysiologisia (esimerkiksi verenpaine, paino, pituus) ja / tai biokemiallisia (esimerkiksi veren kolesterolipitoisuus) mittauksia. Yhteistä kaikille tutkimuksille oli kvantitatiivinen lähestymistapa, eli näissä tutkimuksissa aineisto kerättiin siten, että se soveltui määrälliseen mittaamiseen (Hirsjärvi ym. 1997: 137). Valituista artikkeleista kuudessa käytettiin satunnaistettua tutkimusasetelmaa ja seitsemässä tutkimuksessa tuloksia analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Kuudessa tutkimuksessa oli kyse kontrolloidusta kokeesta, jossa pyrittiin selvittämään terveydenhuollon suorittaman intervention vaikutusta verenpainetaudin omahoidon tai jonkin sen osa-alueen toteutumiseen ja /tai sairauden hoitotasapainoon. Yksi näistä tutkimuksista selvitti lisäksi terveystiivisuuden muuttuvuutta ja muutosten vaikutuksia omahoitokäyttäytymiseen. Kahdessa tutkimuksessa kartoitettiin omahoidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Taulukko 2)

5 Tulokset

5.1 Potilaan ominaisuudet ja voimavarat

Tähän katsaukseen valittujen tutkimusten perusteella omahoidon toteutumiseen vaikuttavat merkittävästi potilaiden pystyvyyden (itsepystyvyys, "self-efficacy") tunne, ikä, sairaushistorian pituus, koulutustaso ja sairausvakuutuksen kattavuus. Korkea pystyvyyden tunne, korkea koulutustaso ja laajasti hoitokustannukset kattava sairausvakuutus lisäävät omahoidon onnistumisen todennäköisyyttä. Lisäksi vanhemmat ja pitempään verenpainetautia sairastaneet ovat muita sitoutuneempia sairautensa omahoitoon. (Taulukko 2)

5.2 Terveydenhuollon interventiot

Katsauksen valittujen tutkimusten tuloksia tarkasteltaessa voidaan havaita, että potilaiden itsensä suorittamia, säännöllisiä kotimittauksia sisältäneet interventiot saivat potilaat ottamaan lääkkeensä säännöllisemmin ja tuottivat kliinisesti merkittäviä positiivisia vaikutuksia

verenpainetasoihin. Erilaisten omahoidon tukimenetelmien yhdistelmät (kotimittaukset + terveysvalmennus, kotimittaukset + IT-pohjainen tiedonkulku ja vuorovaikutus, lääkehoito-ohjaus + elintapaohjaus) tuottivat myös hyviä tuloksia. Sen sijaan osassa tutkimuksista pelkkä terveysneuvonta tai omahoitovalmennus eivät merkittävästi vaikuttaneet potilaiden omahoitovalmiuksien lisääntymiseen tai omahoidon tehostumiseen. Joka tapauksessa voidaan tutkituun tietoon perustuen todeta, että yksilön aktiivisuus terveyteen liittyvissä asioissa (terveysaktiivisuus) voi muuttua ajan kuluessa ja nämä muutokset heijastuvat myös käyttäytymiseen: omahoitotottumusten omaksumiseen ja ylläpitoon. Toisaalta masennusoireet estävät terveysaktiivisuuden positiivisen kehityksen. (Taulukko 2)

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Akyol, Çetinkaya, Bakan, Yarali & Akkuş. Turkki 2007.	Arvioida verenpaine- tautia sairastavien omahoitoa ja siihen liittyviä tekijöitä.	N = 120, 18-59 -vuotiaita 59 ja ≥ 60 -vuotiaita 61. Lomakekysely.	Omahoidon taso: huono 12,5 %, kohtalainen 64,2 %, hyvä 13,3 % ja erinomainen 10,0 % potilaista. Merkittävä vaikutus omahoidon toteutumiseen oli korkealla koulutustasolla ja kattavalla sairausvakuutuksella, jotka molemmat paransivat omahoidon tasoa.
Hibbard, Mahoney, Stock & Tusler. USA 2007.	Selvittää, onko terveysaktiivisuus muuttuva ominaisuus ja johtavatko aktiivisuusmuutokset muutoksiin omahoitokäyttäytymisessä.	N = 479, koeryhmä n = 244, kontrolliryhmä n = 235. Keski-ikä 60 vuotta. Verenpaine tautia sairasti 80,6 % (kontrolliryhmä) / 76,8 % (koeryhmä). Puhelinhaastattelu, lomakekysely.	Terveysaktiivisuus muuttuu yksilöllisen kehityskaaren mukaisesti. Aktiivisuuden lisääntyminen vaikuttaa positiivisesti useisiin omahoidon osaluksiin lisäämällä uusien omahoitotottumusten omaksumista ja parantamalla omahoitotottumusten ylläpitoa. Terveystieteen antama omahoitovalmennus ei merkittävästi vaikuttanut terveysaktiivisuuden lisääntymiseen. Potilaan masen-

			nusoireisto on este terveysaktiivisuudelle.
Tonstad, Söderblom Alm & Sandvik. Norja 2007.	Selvittää, parantaako sairaanhoitajan antama ylimääräinen terveysneuvonta kohonneen verenpainetaudin hoitotasapainoa verrattuna tavanomaiseen verenpainetaudin hoitoon.	N = 45, koeryhmä n = 29, kontrolliryhmä n = 16. Keski-ikä 55 vuotta. Hoitajan tekemät mittaukset, laboratoriotutkimukset.	Kuuden kuukauden seurannan aikana tehostettu terveysneuvonta ei vaikuttanut potilaiden verenpaineeseen mutta alensi veren triglyseridipitoisuuksia ja hillitsi vyötärön ympäryksen kasvua.
Bosworth, Olsen, Neary, Orr, Grubber, Svetkey, Adams & Oddone. USA 2008.	Arvioida potilaskohdittain räätälöidyn terveysvalmennuksen vaikutusta verenpainetautiin sairastavien lääkityksen toteutumiseen.	N = 636, koeryhmä n = 319, kontrolliryhmä n = 317. Keski-ikä 61 (koe-) ja 62 (kontrolliryhmä) vuotta. Kysely.	Terveysvalmennusta saaneiden potilaiden sitoutuminen säännölliseen verenpainelääkitykseen parani 8 % verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin.
Bosworth, Olsen, Grubber, Neary, Orr, Powers, Adams, Svetkey, Reed, Li, Dolor & Oddone. USA 2009.	Vertailla verenpaineen kotimittauksen, räätälöidyn terveysvalmennuksen, näiden yhdistelmän ja tavanomaisen hoidon vaikutuksia verenpainetaudin hoitotasapainoon.	N = 636, 24 kk seurannan lopussa N = 475. Keski-ikä 61 vuotta. Hoitajan tekemät mittaukset, kyselyt, potilaan raportoidut mittaukset.	Kotimittauksia tehneet ja terveysvalmennusta saaneet potilaat tarkkailivat verenpainettaan useammin ja heidän systolinen verenpaineensa oli keskimäärin 3,9 mmHg alempi kuin tavanomaista hoitoa saaneiden. Pelkkä kotimittaus tai terveysvalmennus yksinään ei vaikuttanut potilaiden mittauskäyttäytymiseen eikä verenpaineeseen.
Rinfret, Lussier, Peirce, Duhamel, Cossette, Lalonde, Tremblay, Guertin,	Selvittää, vaikuttavatko kotimittaukset yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tiedonkulkua tehostavan IT-pohjaisen ohjelmiston käytön kanssa	N = 223, koeryhmä n = 111, kontrolliryhmä n = 112. Keski-ikä 60 (koe) ja 61 (kontrolli) vuotta. Verenpaineen	Kotimittauksia tehneiden ja IT-pohjaista ohjelmistoa käyttävien potilaiden verenpaineet laskivat kontrolliryhmään verrattuna. Verenpaineen hoitotavoitteeseen päässeiden suhteellinen osuus kasvoi koeryhmässä 61 %.

LeLorier, Turgeon & Hamet. Kanada 2009.	positiivisesti veren- painetautia sairasta- vien veren- painetasoihin.	vuorokausi- mittaus, tervey- denhuollon rekis- terien tiedot.	
Lee, Han, Song, Kim, J., Kim B.K., Ruy & Kim, M.T. USA 2010.	Selvittää verenpaine- tautia sairastavien omahoidon toteutu- miseen vaikuttavia tekijöitä.	N = 445. Etnisel- tä taustaltaan korealaisia, asu- neet USA:ssa kes- kimäärin 16 vuotta. Keski-ikä 52 vuotta. Kysely.	Potilaan verenpainetaudin hoitoon liittyvä (itse-) pystyvyyden tunne oli tärkein omahoidon toteutumiseen vaikuttava tekijä. Omahoi- toon sitoutuminen oli parem- paa vanhemmilla ja pitem- pään verenpainetautia sairas- taneilla potilailla.
Hacihasanoglu & Gözümlü. Turkki 2011.	Selvittää kotimitta- usten ja potilasläh- töisen ohjauksen vai- kutuksia verenpaine- taudin hoitotasapai- noon ja siihen, miten tunnollisesti potilaat ottavat lääkkeensä.	N = 120, kahdes- sa koeryhmässä n = 40 / ryhmä ja kontrolliryhmässä n = 40. Keski-ikä 57 vuotta. Hoitajan tekemät mittaukset, lo- makekyselyt.	Lääkehoito-ohjausta saaneista noin 60 %:lla verenpaine saa- tiin hoitotasolle. Lääkehoito- ja elintapaohjausta saaneista noin 70 %:lla verenpaine saa- tiin hoitotasolle. Säännöllises- ti lääkkeitä ottavien osuus kasvoi vastaavasti 25 %:sta 80 %:iin ja 20 %:sta 85 %:iin. (It- se-)pystyvyys koheni molem- missa ryhmissä merkittävästi.

Taulukko 2: Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikat ja -vuodet, tarkoitus, aineisto ja sen keruu sekä keskeiset tulokset

6 Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa koottiin yhteen verraten uutta tutkimustietoa verenpainetaudin omahoidon toteutumisesta. Kirjallisuushakujen tulosten valossa vaikuttaa siltä, että viimeaikainen tutkimus on keskittynyt arvioimaan hoitotyön interventioiden vaikuttavuutta suhteessa verenpainetaudin omahoidon toteutumiseen. Sen sijaan verenpainetautia sairastavien potilaiden yksilöllisten ominaisuuksien ja voimavarojen vaikutusta omahoidon onnistumiseen on tätä katsausta varten tehtyjen tiedonhakujen perusteella tutkittu vähemmän ja tämäkin tutkimus on luonteeltaan määrällistä. Lauri (2003) toteaa aihetta sivuten, että nimenomaan kokeelliin asetelmiin liittyvä seurantatutkimus (esimerkiksi hoidon vaikuttavuustutkimukset) onkin

tärkeää näyttöön perustuvan hoitotyön ja hoitotyön itsenäisen tietoperustan kehittämisen näkökulmasta.

Toisaalta myös laadullisen tutkimuksen tarve on ilmeinen, sillä vaikuttavan omahoidon tuen suunnittelemiseksi tarvittaisiin kokonaisvaltaista tietoa pitkäaikaissairautta sairastavien kokemusmaailmasta. Etukäteen asetettujen hypoteesien ja tarkkaan harkittujen koejärjestelyiden ohella omahoitoon vaikuttavia tekijöitä tulisikin tutkia myös kvalitatiivisesta näkökulmasta, esimerkiksi teemahaastattelun keinoin (Hirsjärvi ym. 1997: 165). Aineistolähtöisen analyysin myötä annettaisiin tilaa myös kiinnostuksen kohteena olevan potilasryhmän näkökulmille (Hirsjärvi ym. 1997: 161, 165).

6.1 Tulosten tarkastelua

6.1.1 Pystyvyys, ikä ja sairaushistorian pituus

Pystyvyyden tunne eli potilaan oma kokemus siitä, pystyykö hän toimimaan tietyllä tavalla (Meriranta 2009: 40), vaikuttaa merkittävästi omahoidon onnistumiseen. Jos potilaan pystyvyyden tunne on voimakas, hänellä on paremmat mahdollisuudet onnistua esimerkiksi muuttamaan elintapojaan terveellisemmiksi. Yksinomaan verisuonisairautta potevilla pystyvyyden taso on verraten korkea lääkkeiden käytön, liikunnan ja painonhallinnan suhteen (Meriranta 2009: 41). Eniten terveydenhuollon ammattilaisten tukea potilas tarvitsee niillä omahoidon osa-alueilla, joilla hänen yksilöllinen pystyvyyksensä on heikko. Näin ollen tieto kunkin potilaan pystyvyydestä mahdollistaisi yksilöllisemmän elintapaohjauksen ja voisi parantaa elintapaohjauksen vaikuttavuutta. (Meriranta 2009: 41.)

lältään vanhempien ja kauemmin verenpainetautia sairastaneiden omahoitoon sitoutuminen ja taudin hoitotasapaino näyttäisivät olevan paremmalla tasolla kuin nuorempien ja vähemmän aikaa sitten diagnosoitujen potilaiden. Meriranta (2009: 140) teki naisten osalta päinvastaisen havainnon: korkeampi ikä oli yhteydessä keskimäärin huonompaan hoitotasapainoon, mutta muutos näkyi vasta yli 65-vuotiailla. Miesten kohdalla parhaassa hoitotasapainossa olivat myös Merirannan (2009: 164) mukaan iältään vanhimmat (yli 75-vuotiaat) potilaat. Lääkehoitoon sitoutuminen oli yli 55-vuotiailla sukupuolesta riippumatta parempaa kuin tätä nuoremmilla ja elintapamuutoksia toteuttivat tunnollisimmin alle 65-vuotiaat (Meriranta 2009: 129, 105). Potilaan iän vaikutus omahoidon toteutumiseen näyttäisi siis olevan suuressa määrin ristiriitainen eikä tämä katsaus riittäne ikään ja omahoidon onnistumiseen liittyvien johtopäätösten perusteluksi.

Korkeampi ikä ja pitempi sairaushistoria lienevät myös toisiinsa liittyviä tekijöitä, sillä iäkkäämpi potilas on todennäköisemmin sairastanut verenpainetautia kauemmin. Kauemmin sai-

rastaneiden parempi omahoito saattaa liittyä esimerkiksi siihen, että potilaalla on enemmän tietoa sairaudestaan ja hän on hyväksynyt sairautensa ja sen hoidon osaksi jokapäiväistä elämäänsä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008: 21). Verenpainetautia sairastavat voisivatkin hyötyä jo varhain taudin toteamisvaiheessa annetusta intensiivisestä neuvonnasta ja omahoitovalmennuksesta (Kastarinen ym. 2002). Toisaalta pitkäaikaiseen sairauteen sopeutuminen vie aikaa ja jokaisen potilaan terveyteen liittyvä aktiivisuus kehittyy yksilöllisesti (Hibbard, Eldon, Stock & Tusler 2007.), joten prosessia ei ehkä voida omahoitovalmennuksen keinoin nopeuttaa kuin tiettyyn rajaan asti.

6.1.2 Koulutustausta ja sairausvakuutus

Toisin kuin tässä katsauksessa, Meriranta (2009: 141) ei suomalaisessa tutkimuksessaan havainnut merkitsevää yhteyttä verenpainetautia sairastavien koulutustaustan ja hyvän hoitotasapainon saavuttamisen välillä. Eroa selittää se, että katsaukseen valittu tutkimus oli tehty Turkissa, jossa suhteelliset erot koulutustasossa ovat suurempia kuin Suomessa. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneista neljännes ei käytännössä ollut lukutaitoisia (Akyol, Cetinkaya, Bakan, Yarali & Akkuş 2007).

Myöskään yksilön sairausvakuutuksen kattavuudella ei Suomen oloissa liene merkitystä verenpainetaudin omahoitoon tai hoitotasapainoon, sillä kaikki Suomessa vakinaisesti asuvat henkilöt kuuluvat Kelan sairausvakuutuksen piiriin (Kela 2011). Lisäksi Suomessa jokaisella on oikeus riittäviin julkisiin terveyspalveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Tilanne on toinen esimerkiksi Turkissa, jossa eri vakuutusjärjestelmissä sairauskulujen kustannuksia jää potilaiden maksettavaksi erisuuri osuus (Akyol ym. 2007).

6.1.3 Verenpaineen kotimittaukset ja terveydenhuollon interventiot

Potilaan itsensä kotioloissa toteuttama verenpaineen mittaaminen on yhteydessä parempiin omahoitotuloksiin ja hoitotasapainoon. Myös Warsi, Wang, LaValley, Avorn & Solomon (2004) ovat laajassa katsauksessaan todenneet, että omatoiminen pitkäaikaisen sairauden seuranta ja mahdollisuus reagoida mittaustietoon esimerkiksi lääkehoitoa tai elintapoja säätelemällä lisäävät omahoidon onnistumisen todennäköisyyttä. Bobrie, Postel-Vinay, Delonca & Corvol (2007) puolestaan kirjoittavat tutkimukseensa perustuen, että jopa verenpainelääkityksen itsesäättely potilaan itsensä mittaamaan verenpainetasoon perustuen vaikuttaisi toimivalta ja turvalliselta tavalta parantaa verenpainetaudin hoitotasapainoa. Lisäksi säännöllinen yhteydenpito terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa sekä mittaus- ja omahoitotuloksiin liittyvä palaute ylipäätään kannustavat potilasta ottamaan vastuuta sairautensa hoidosta (Rinfret ym. 2009). Potilaan kokemien oireiden omaseuranta tai itse mitatut tulokset ja niiden mukaisesti

säädely hoito voidaankin nähdä tavoitteellisen intervention tyypillisenä piirteenä (Routasalo ym. 2010).

Interventiot eivät kaikissa tapauksissa tehosta verenpainetautia sairastavien omahoitoa eivätkä vaikuta merkittävästi sairauden hoitotasapainoon. Tutkimusaineistona olleissa tutkimuksissa interventiot saivat potilaat ottamaan lääkkeensä tunnollisemmin, joten yleensä suurimmat vaikutukset verenpainetasoihin näkyivät lääkehoitoa saavien potilaiden kohdalla (Bosworth ym. 2008, Rinfret ym. 2009, Hacıhasanoğlu & Gözüm 2011). Myös Kastarinen ym. (2002) arvelevat, että omahoitointerventio kohensi potilaiden lääkehoitoa. Lievästä hypertensiosta kärsivien osalta omahoitovalmennuksen hyödyt jäivät toisinaan vähäisemmiksi (Tonstad, Søderblom Alm & Sandvik 2007, Hibbard, Mahoney, Stock & Tusler 2007).

Kastarinen ym. (2002) toteavat kuitenkin, että pienet parannukset omahoidon onnistumisessa ja yksilötasolla vaatimattomilta vaikuttavat verenpaineen alenemat voivat silti olla kansanterveydellisesti merkityksellisiä. Esimerkiksi väestön keskimääräisen systolisen verenpaineen aleneminen 10 mmHg:llä ja diastolisen verenpaineen aleneminen vain 5 mmHg:llä riittäisi jo vähentämään vakavia sepelvaltimotautitapahtumia 16 %:lla ja aivohalvauksia 30-40 %:lla (Jula ym. 2009). Tällaisiin tuloksiin pääseviä interventioita näyttäisi hyvin suunniteltuna olevan mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa ilman merkittäviä lisäkustannuksia (Kastarinen ym. 2002, Bodenheimer ym. 2009).

6.1.4 Terveysaktiivisuus ja masennuksen vaikutus

Yksilön terveydentilaansa ja terveydestään huolehtimiseen suuntaama kiinnostus on tärkeää omahoidon toteutumisen kannalta, sillä tämä terveysaktiivisuus korreloi omahoitoaktiivisuuden kanssa. Hibbard ym. (2007) jakavat aktiivisuuden neljään toisiaan seuraavaan asteeseen, joita luonnehtivat 1. passiivinen hoidon vastaanottaminen, 2. tiedon tai ymmärryksen puute, 3. itseluottamuksen ja taitojen puute sekä 4. omahoitokäytäntöjen ylläpitämisen vaikeus. Vaikuttavan omahoitovalmennuksen tarjoamiseksi olisi hyödyllistä tietää, millä tasolla potilaan terveysaktiivisuus kulloinkin on, jotta pystyttäisiin räätälöimään omahoidon ohjaus yksilöllisesti (Hibbard ym. 2007).

Aktiivisuuden tason mittaamiseen onkin kehitetty mittari (Patient Activation Measure, PAM), joilla yksilön terveyteen liittyvää aktiivisuutta on mahdollista arvioida lyhyiden kyselyiden avulla (Hibbard ym. 2007). Näyttää siltä, että aktiivisuus saattaa hyvinkin olla avaintekijä terveyskäyttäytymisen ja omahoidon parantamisessa. Sitä, millä keinoin potilaiden aktiivisuutta kaikkein parhaiten pystytään lisäämään, ei kuitenkaan vielä tiedetä. (Fowles, Terry, Xi, Hibbard, Bloom & Harvey 2009.)

Masennusoireiden ja omahoidon epäonnistumisen yhteys on todettu aiemminkin. Lemieux, Lévesque & Ehrmann-Feldman (2011) päätyivät tulokseen, että masennus tai burn-out vaikuttavat yksilöllisistä ominaisuuksista eniten potilaan pystyvyyden tunnetta heikentävästi. Näin ollen myös potilaan psyykkisten ongelmien huomioiminen ja hoito ovat tärkeä osa pitkäaikais-sairauksien kokonaisvaltaista hoitoa. Liikunnan lisäämiseen kannustaminen osana minkä tahansa somaattisen pitkäaikais-sairauden omahoitovalmennusta voisi tuottaa positiivisia tuloksia myös masennusoireiden lievittymisen muodossa: fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen on todettu vähentävän myös somaattista pitkäaikais-sairautta potevien potilaiden masennusoireistoa (Herring, Puetz, O'Connor & Dishman 2012).

6.2 Tulosten luotettavuus

Tämän katsauksen luotettavuutta heikentää se, että julkaistuja artikkeleita haettiin yksinomaan elektronisista lähteistä. Vaikka sähköiset tietokannat ovat nykyisin melko kattavia etenkin tuoreimman tutkimustiedon osalta, jää osa relevanteista tutkimuksista tällä tavalla todennäköisesti löytymättä (Aveyard 2010: 74, 81-82). Suositeltavaa olisi etsiä tutkimuksia myös manuaalisesti löydettyjen artikkelien lähdeviitteistä, selaamalla tieteellisten lehtien sisällysluetteloita ja etsimällä tiettyjen tutkijoiden kirjoittamia artikkeleita (Aveyard 2010: 82-83).

Tähän katsaukseen ei myöskään etsitty julkaisemattomia tutkimuksia eli niin sanottua harmaata kirjallisuutta. Vaikka julkaisemattomien tutkimusten pois jättäminen voi vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen tuloksiin, huomioidaan näiden mahdollisten tiedonlähteiden olemassaolo tavallisesti vasta akateemisen tason katsauksia tehtäessä (Aveyard 2010: 73). Opinnäytetyön laatu ja laajuus eivät kuitenkaan edellytä muiden kuin opiskelijalle ilmaisten elektronisten tietokantojen ja lähteiden käyttöä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuuteen on vaikutusta myös sillä, ettei katsauksen laatijalla ole aiempaa kokemusta vastaavista tutkimuksista. Koska tämä katsaus on laadittu yhden opiskelijan työnä, on näkökulma tutkimusaiheeseen saattanut kaikissa prosessin vaiheissa jäädä usean tutkijan yhteistyönä tehtävää katsausta suppeammaksi.

6.3 Suositukset käytännön hoitotyöhön ja jatkotutkimusaiheet

Tämän katsauksen perusteella terveydenhuollon suorittama omahoitointerventio kannattaisi aloittaa intensiivisesti heti verensainetaudin diagnosoinnin jälkeen. Näin saataisiin alulle potilaan yksilöllinen terveysaktiivisuuden kehitysprosessi ja siitä seuraava omahoitovalmiuksien vähittäinen kasvaminen. Omahoitovalmennus tulisi räätälöidä kunkin potilaan yksilöllinen aktiivisuus- ja pystyvyytaso huomioiden ja valmennuksen sisältö tulisi päivittää aika ajoin, jotta

jokainen potilas pystyisi jatkuvasti mahdollisimman hyvin toimimaan oman sairautensa hoidon asiantuntijana.

Potilaiden suorittamat säännölliset verenpaineen kotimittaukset ja mittaustulosten raportointi tulisi ottaa kiinteäksi osaksi verenpainetaudin omahoitoa. Potilaiden tulisi saada mittausaktiivisuudesta ja -tuloksista palautetta esimerkiksi internetpohjaisen vuorovaikutuksen avulla tai vastaanottokäyntien yhteydessä. Osalle potilaista voisi soveltua myös kotimittauksiin perustuva, potilaan yhteistyössä lääkärin kanssa toteuttama verenpainelääkityksen titraus eli pienimmän vaikuttavan annoksen etsiminen. Esimerkiksi astman hoidossahan potilaat jo säätelevät itse lääkitystään mittaustulosten (PEF) perusteella (Haahtela ym. 2006).

Pitkäaikaissairautta kuten verenpainetautiä sairastavien potilaiden masennusoireistoa tulisi pyrkiä tunnistamaan varhaisessa vaiheessa, sillä masennus heikentää aktiivisuutta ja heikentää omahoitovalmiuksia. Perusterveydenhuollossa käyttökelpoinen seulontamenetelmä on esimerkiksi Suomessa kehitetty DEPS (Isometsä ym. 2010). Potilaat voisivat tehdä masennustestin esimerkiksi seurantakäyntien yhteydessä. On kuitenkin muistettava, ettei pelkästä depression seulonnasta ole hyötyä, vaan mahdollisesti löydettyä masennusoireistoa tulee hoitaa ja hoidon tehoa seurata (Isometsä ym. 2010).

Verenpainetautiä tai muuta pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden pystyvyyden tunteen ja terveyteen liittyvän aktiivisuuden tunteminen voisi antaa hoitohenkilökunnalle lisävalmiuksia yksilöllisen omahoitovalmennuksen antamiseen. Tästä syystä jatkossa olisi tärkeää kehittää tai laatia sovelluksia mittareista, joilla yksilön pystyvyyttä tai aktiivisuutta voidaan suomalaisissa oloissa yksinkertaisella ja nopealla tavalla kartoittaa.

Vaikuttavat omahoidon tukitoimet edellyttävät myös terveydenhuollon asiantuntijoiden perehtyneisyyttä omahoitovalmennuksessa vaadittaviin tietoihin ja taitoihin kuten kognitiivis-behavioraaliseen eli oppimiseen perustuvaan ohjaukseen ja ryhmämuotoiseen ohjaukseen (Newman, Steed & Mulligan 2004). Hoitohenkilökunnan tämänhetkisten omahoidon tukemismallien ja mahdollisen lisäkoulutustarpeen selvittäminen olisikin tarpeen terveyshyötymallin ja tehokkaamman omahoidon hyötyjen tavoittelemiseksi.

Lähteet

- Akyol, A.D., Cetinkaya, Y., Bakan, G., Yarali, S. & Akkuş, S. 2007. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs*. 2007 Apr;16(4):679-87.
- Aveyard, H. 2010. *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide.* Berkshire: Open University Press.
- Bobrie, G., Postel-Vinay, N., Delonca, J. & Corvol, P. 2007. Self-Measurement and Self-Titration in Hypertension: A Pilot Telemedicine Study. *American Journal of Hypertension*. Volume 20, Issue 12, December 2007, Pages 1314-1320.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. 2002a. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *The Journal of the American Medical Association*. 2002;288(14):1775-1779.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. 2002b. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *The Chronic Care Model Part 2. The Journal of the American Medical Association*. 2002;288(15):1909-1914.
- Bosworth, H.B., Olsen, M.K., Grubber, J.M., Neary, A.M., Orr, M.M., Powers, B.J., Adams, M.B., Svetkey, L.P., Reed, S.D., Li, Y., Dolor, R.J. & Oddone, E.Z. 2009. Two Self-management Interventions to Improve Hypertension Control. A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2009;151:687-695.
- Bosworth, H.B., Olsen, M.K., Neary, A.M., Orr, M.M., Grubber, J.M., Svetkey, L.P., Adams, M.B. & Oddone, E.Z. 2008. Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioural and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Educ Couns*. 2008 March ; 70(3): 338-347.
- EBSCO Publishing 2012. The CINAHL® Database. Viitattu 15.6.2012.
<http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database>
- Fowles, J.B., Terry, P., Xi, M., Hibbard, J., Bloom, C.T. & Harvey, L. 2009. Measuring self-management of patients' and employees' health: Further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient Education and Counselling* 77 (2009) 116-122.
- Glasgow, R.E., Orleans, C.T., Wagner, E.H., Curry, S.J. & Solberg, L.I. 2001. Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 4, 2001.
- Haahtela, T., Kaila, M., Ahonen, E., Kava, T., Kinnula, V., Klaukka, T., Mäkelä, M., Remes, S., Sovijärvi, A., Valovirta, E., Sauni, R., Pasternack, I., Järvinen, P., Uitti, J., Tuhkanen, T. & Nordman, H. 2006. Astma. Käypä hoito -suositus. Viitattu 19.6.2012.
www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi06030.pdf
- Haapa, E. & Pölonen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:14. Helsinki. Viitattu 4.6.2012.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ravitsemushoito/ravhoito.pdf>
- Hacihasanoglu, R. & Gözü, S. 2011. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs*. 2011 Mar;20(5-6):692-705.

- Herring, M.P., Puetz, T.W., O'Connor, P.J. & Dishman, R.K. 2012. Effect of Exercise Training on Depressive Symptoms Among Patients With a Chronic Illness. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med.* 2012;172(2):101-111.
- Hibbard, J.H., Eldon, R.M., Stock, R & Tusler, M. 2007. Self-Management and Health Care Utilization. Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors? *Health Services Research* 42:4 (August 2007) 1443-1463.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hoitotyön Tutkimussäätiö 2012. Viitattu 10.5.2012. <http://www.hotus.fi/joanna-briggs-institute/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. WSOY.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Isometsä, E., Jousilahti, P., Lindfors, O., Luutonen, S., Marttunen, M., Pirkola, S., Salminen, J.K., Kinnunen, E., Pasternack, I., Syvälahti, E. & Vuorilehto, M. 2010. Depressio. Käypä hoito -suositus. Viitattu 19.6.2012. www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf
- Jula, A., Kantola, I., Lehto, S., Mervaala, E., Metsärinne, K., Pörsti, I., Strandberg, T., Tikkanen, I., Tikkanen, T. & Kukkonen-Harjula, K. 2009. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Viitattu 14.5.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi04010
- Kantola, I. 2008. Primaarinen hypertensio. *Duodecim Oppikirjat*. Viitattu 9.5.2012. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00016&p_haku=verenpainetauti
- Kastarinen, M.J., Puska, P.M., Korhonen, M.H., Mustonen, J.N., Salomaa, V.V., Sundvall, J.E., Tuomilehto, J.O., Uusitupa, M.I. & Nissinen, A.M. 2002. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *J Hypertens.* 2002 Dec;20(12):2505-12.
- Kela 2011. Mitä Kela korvaa? Viitattu 14.6.2012. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090801095216EH?OpenDocument>
- Kela 2009. Verenpainetauti lääkekorvausten näkökulmasta. Viitattu 4.6.2012. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170407133657KA?OpenDocument>
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Lauri, S. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Juva: WS Bookwell Oy, 151-156.
- Lee, J.-E., Han, H.-R., Song, H., Kim, J., Kim, K.B., Ruy, J.P. & Kim, M.T. 2010. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 411-417.
- Lemieux, V., Lévesque J.-F. & Ehrmann-Feldman, D. 2011. Are Primary Healthcare Organizational Attributes Associated with Patient Self-Efficacy for Managing Chronic Disease? *Health Policy.* 2011 May; 6(4): e89-e105.
- Meriranta, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito. Hyvää hoitoa etsimässä. Kuopion yliopisto. Viitattu 14.5.2012. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1388-2/urn_isbn_978-951-27-1388-2.pdf

Mustajoki, P. 2011. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 9.5.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034

Mäkelä M., Varonen H. & Teperi J. 2006. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim 1996;112:1999-2006.

NCBI 2012. PubMed. Viitattu 15.6.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. 2004. Self-management interventions for chronic illness. Lancet 2004; 364: 1523-37.

Niiranen, T. 2008. Verenpaineen kotimittaus - epidemiologia ja kliininen käyttö. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A16/2008. Viitattu 5.6.2012. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2008/2008a16.pdf

Nykänen, I. 2008. Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996-2005. Kuopion yliopisto. Viitattu 14.5.2012. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1048-5/urn_isbn_978-951-27-1048-5.pdf

Pitkälä K, Savikko N & Routasalo P. 2006. Kuntoutuspolun solmukohtia - asiakaslähtöisyys ja hoitoon sitoutuminen. Tiivistelmä tutkimusraportista Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti no 10. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 14.5.2012. http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/geriatrisen_kuntoutus/

Rinfret, S., Lussier, M.-T., Peirce, A., Duhamel, F., Cossette, S., Lalonde, L., Tremblay, C., Guertin, M.-C., LeLorier, J., Turgeon, J. & Hamet, P. 2009. The Impact of a Multidisciplinary Information Technology-Supported Program on Blood Pressure Control in Primary Care. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009;2;170-177.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen Lääkärilehti 21/2010 vsk 65, 1917-1922.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125(21):2351-9. Viitattu 14.5.2012. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>

Saarelma, O. Lommi, M.-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A.-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50/2008 vsk 63, 4441 - 4448.

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy, 21-39.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Terveyspalvelut. Viitattu 14.6.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 8.5.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Perusterveydenhuollon Kaste-hankkeet. Viitattu 8.5.2012. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus/kaste

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). Viitattu 15.5.2012. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>

Terveyskirjasto 2012. Lääketieteen sanasto. Viitattu 15.6.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=108&p_teos=ltt

Terveystieteiden keskuskirjasto 2012. Medic - kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta.
Viitattu 15.6.2012. <http://www.terkko.helsinki.fi/medic/lisatieto.htm>

Tonstad, S., Söderblom Alm, C. & Sandvik, E. 2007. Effect on nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (2007) 160-164.

Warsi, A., Wang, P.S., LaValley, M.P., Avorn, J. & Solomon, D.H. 2004. Self-management Education Programs in Chronic Disease. A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Arch Intern Med.* 2004; 164(15):1641-1649.

Kuvat

Kuva 1: Terveystyömallin periaate (Bodenheimeria ym. (2002a), mukailleen).	11
Kuva 2: Kirjallisuushaun valinta- ja poissulkuprosessi.....	17

Taulukot

Taulukko 1: Hakusanat ja rajaukset	17
Taulukko 2: Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikat ja -vuodet, tarkoitus, aineisto ja sen keruu sekä keskeiset tulokset.....	21