

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Elina Tala

ELINTAPAOHJEIDEN NOUDATTAMINEN KOHONNEEN
VERENPAINNEEN HOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007

ELINTAPOHJEIDEN NOUDATTAMINEN KOHONNEEN VERENPAINEN HOIDOSSA

Tala, Elina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Joulukuu 2007
Jokela, Kaija
YKL: 59.534
Sivumäärä: 58

Asiasanat: kohonnut verenpaine, elintavat, elintapamuutos, elintapaohjaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten terveyskeskuksen asiakkaat, joilla on todettu kohonnut verenpaine ovat omasta mielestään noudattaneet kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa elintapaohjeiden noudattamisesta. Tuotetun tiedon avulla voidaan tukea asiakkaiden elintapamuutoksia kohonneen verenpaineen hoidon ja ohjauksen yhteydessä.

Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten luodun kyselylomakkeen avulla kesällä 2007. Kohderyhmänä olivat Sastamalan perusturvakuntayhtymään kuuluvien sivuneuvoloiden asiakkaat. Äetsän, Lavian, Mouhijärven ja Kiikoisten sivuneuvoloiden terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet niille asiakkaille, jotka kävivät kohonneen verenpaineen vuoksi verenpainemittauksilla terveydenhoitajan luona. Kyselyyn vastasi 27 asiakasta. Tutkimuksen tulokset analysoitiin Tixel-aineistonkäsittelyohjelmalla.

Tulosten mukaan asiakkaat noudattivat melko hyvin elintapoja kohonneen verenpaineen hoidossa. Vastaajista 54 % ilmoitti noudattaneensa elintapoja päivittäisissä valinnoissaan melko paljon ja 38 % vastaajista melko vähän. Vastaajista 39 % oli sitä mieltä, että ohjeiden mukaisten elintapojen noudattamisesta oli ollut suurin hyöty yhdessä lääkehoidon kanssa. Runsas 13 % oli sitä mieltä, että yksistään suositusten mukaisten elintapojen noudattamisesta oli eniten hyötyä. Vastaajista 17 % (n=4) oli mielestään noudattanut suositusten mukaisia elintapoja niin vähän aikaa, etteivät osanneet sen vuoksi vastata kysymykseen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kiinnittämällä huomiota ohjauksen toteuttamiseen ja ohjausmenetelmien kehittämiseen avoterveydenhuollossa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Jatkossa voisi elintapojen noudattamista tutkia selvittämällä asiakkaiden yksittäisiin elintapasuositukseen liittyvää käyttäytymistä laadullisesti siten, että tutkii kaikkia elintapasuositukseen kuuluvia asioita erikseen. Silällä tavalla voi saada tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa ihmisten elintavoista.

OBSERVING INSTRUCTIONS ON A HEALTHY LIFESTYLE IN HYPERTENSION TREATMENT

Tala, Elina
Satakunta University of Applied Sciences
Unit of Social Services and Health Care
Degree Programme in Health Care
December 2007
Jokela, Kaija
PLC: 59.534
Number of pages: 58

Key words: hypertension, lifestyle, change in lifestyle, lifestyle guidance

The purpose of the thesis was to find out how the health care centre clients with a diagnosed hypertension have, in their own opinion, observed the instructions concerning a healthy lifestyle in hypertension treatment. The goal of the thesis was to produce information on observing instructions concerning a healthy lifestyle. The produced information can be used in supporting clients' changes in lifestyle in high blood pressure treatment and guidance.

The thesis was a quantitative research, whose material was gathered in the summer of 2007 with the help of a questionnaire created for this study. The target group consisted of clients at Sastamala Social Welfare Concern's health clinic branches. Health nurses at Äetsä, Lavia, Mouhijärvi and Kiikoinen health clinics handed out questionnaires for the patients who visited a health nurse because of blood pressure control due to hypertension. The questionnaire was answered by 27 clients. The results of the study were analysed using Tixel program of data processing.

According to the results, clients observed instructions on a healthy lifestyle fairly well in hypertension treatment. 54 % of those who answered the questionnaire announced they observed the recommended lifestyle in their daily choices to a fairly large extent and 38 % to a fairly small extent. 39 % of the participants considered that the greatest benefit from observing the recommended lifestyle resulted when applied together with medical treatment. A good 13 % held the opinion that observing the recommended lifestyle alone brought the greatest benefit. About 17 % of the clients thought they had followed the recommended lifestyle for such a short time that they could not answer the question.

The study results can be utilized in implementing guidance and improving methods of guidance in non-institutional care, primary health care and specialized care. In the future, observing a healthy lifestyle could be enhanced by studying qualitatively the impact of following a given recommendation for a healthy lifestyle and having each factor studied individually. Doing so, more accurate and detailed information on people's lifestyles can be obtained.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KOHONNUT VERENPAINNE	8
2.1 Kohonneen verenpaineen määritelmä	8
2.2 Kohonneen verenpaineen hoidon tavoite	10
3 VERENPAINNEESEEN VAIKUTTAVAT ELINTAVAT	10
3.1 Elintapasuosituksen mukaisia terveellisiä elintapoja	10
3.2 Ravitsemussuosituksia	15
3.3 Elintapojen muuttamisen vaikutuksia kohonneeseen verenpaineeseen	16
3.4 Elintapamuutos	17
3.5 Elintapaohjaus	18
4 KOHONNEEN VERENPAINNEEN DIAGNOSOINTI	19
5 KOHONNEEN VERENPAINNEEN SEURANTA	20
6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	23
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
8.1 Tutkimusmenetelmä	27
8.2 Mittarin laadinta	27
8.2 Kohderyhmä ja tutkimuksen toteuttaminen	28
8.3 Tutkimusaineiston analysointi	29
9 TUTKIMUSTULOKSET	29
9.1 Taustatiedot	30
9.2 Elintapasuosituksia koskevan tiedon hankkiminen	33
9.3 Elintapaohjeiden noudattaminen	34
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	40

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
LÄHTEET	48
LIITELUETTELO	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena oli tutkia elintapaohjeiden noudattamista kohonneen verenpaineen hoidossa. Kyseinen aihe on valittu oman mielenkiintoni vuoksi. Mielestäni siihen on syytä puuttua enemmän, koska kohonnut verenpaine vaikuttaisi olevan nykyään Suomessa kansansairaus. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä lääkehoitoa vaan opinnäytetyö keskittyy vain elintapojen tarkastelemiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten terveystieteiden asiakkaat, joilla on todettu kohonnut verenpaine ovat omasta mielestään noudattaneet hoitoon liittyviä elintapaohjeita. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kohonnutta verenpainetta sairastavat ihmiset entistä enemmän painottamaan kohonneen verenpaineen hoidossa elintapojen muuttamista terveellisemmäksi ja ymmärtämään terveellisten elintapojen merkitys. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuottaa tietoa elintapaohjeiden noudattamisesta. Tuotetun tiedon avulla voidaan tukea asiakkaiden elintapamuutoksia kohonneen verenpaineen hoidon ja ohjauksen yhteydessä.

Suomessa on arvioitu noin 1,5 miljoonan ihmisen sairastavan kohonnutta verenpainetta. Jos kriteerinä pidetään verenpaineen kertamittausten raja-arvoja 140/90 mmHg, noin puolella 35-64-vuotiaista suomalaisista miehistä ja kolmasosalla samanikäisistä naisista on kohonnut verenpaine. Vain noin puolet verenpaineen kertamittauksissa arvon 140/90 mmHg ylittävistä 35–64-vuotiaista suomalaisista on tietoisia kohonneesta verenpaineestaan ja noin kolmasosa tietoisista käyttää verenpainelääkitystä ja vain 20–25 %:lla heistä verenpaine alittaa arvot 140/90 mmHg. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Elintapojen muuttaminen on ensisijaisen tärkeää, kun halutaan laskea kohonnutta verenpainetta. On tärkeää kiinnittää jo varhaisessa vaiheessa huomiota ihmisten elintapoihin, jotta saataisiin kohonnutta verenpainetta sairastavien määrä ja sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin sairastuvien riski vähenemään. Nykyisin on saatavilla runsaasti tutkittua tietoa elintapojen vaikutuksesta verenpaineeseen. Vain asiakas itse

voi muuttaa elintapojaan, mutta terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on tukea asiakkaita elämäntapamuutoksen yhteydessä

Kohonneelle verenpaineelle altistavia tekijöitä ovat runsas ruokasuolan käyttö, liikapaino, alkoholin liikkakäyttö, runsas rasvojen käyttö, stressi, tupakointi, vähäinen liikunta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ja lähisuvussa esiintyvät sydän- ja verisuonisairaudet (Sydänliitto 2007).

Elintapamuutosten tavoitteena on alentaa verenpainetta ja vaikuttaa edullisesti muihin sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin ja siten pienentää sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisvaaraa (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005).

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kiinnittämällä huomiota ohjauksen toteuttamiseen ja ohjausmenetelmien kehittämiseen avoterveydenhuollossa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Jatkossa voisi elintapojen noudattamista tutkia selvittämällä asiakkaiden yksittäisiin elintapasuositukseen liittyvää käyttäytymistä laadullisesti siten, että tutkii kaikkia elintapasuositukseen kuuluvia asioita erikseen. Sil- lä tavalla voi saada tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa ihmisten elintavoista.

2 KOHONNUT VERENPAINEN

2.1 Kohonneen verenpaineen määritelmä

Kohonneella verenpaineella tarkoitetaan verenkiertojärjestelmässä vallitsevia haitallisen korkeita paineolosuhteita. Kohonnut verenpaine kuormittaa sydäntä ja vahingoittaa valtimoiden seinämiä. Normaali systolinen ja diastolinen verenpaine on alle 140/90 mmHg, mutta tavoiteltavana verenpainetasona aikuisilla pidetään enintään 120/80 mmHg. (Sydänliitto 2007.)

Verenpaineeseen vaikuttaa se, miten paljon sydän pumpkaa verta ja mikä on verisuonten vastus. Mitä enemmän sydän pumpkaa ja mitä ahtaammat ovat suonet, sitä korkeampi verenpaine. Verenpainetta kuvataan kahdella elohopeamillimetрилukemalla, joka merkitään mmHg. Ylempi lukema eli systolinen paine on se, jonka sydän saa aikaan pumpatessaan verta verisuonistoon. Alempi lukema eli diastolinen paine on sydämen lepovaiheen aikainen paine verisuonissa. (Nikkilä 2007.)

Koholla oleva verenpaine pakottaa elimistön jatkuvaan poikkeustilaan, jolloin valtimoiden sisäkerrokseen alkaa kertyä rasvaa, valtimot paksuuntuvat ja kalkkiutuvat ajan mittaan. Sydän joutuu työskentelemään ankarasti, koska veri ei pääse kunnolla kiertämään ahtauneissa suonissa. Jos ahtauneet valtimot eivät kykene kuljettamaan kudoksiin riittävästi happea ja ravintoa, verenkiertoelimissä ilmenee monenlaisia ongelmia. (Karvinen 2002, 15.)

Valtimoiden kovettuminen johtaa vuosien mittaan usein sepelvaltimotautiin ja aivovaltimotauteihin. Sepelvaltimotaudin pahimmat seuraukset ovat angina pectoris, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, sydämen rytmihäiriöt ja aivoinfarkti. (Karvinen 2002, 15.) Verenpaineen ollessa pysyvästi koholla kuormittuvat sydän ja koko verenkiertoelimistö. Sydän joutuu tekemään kohonnutta painetta vastaan kovemmin työtä, ja tämä aiheuttaa erityisesti sydämen vasemman kammion laajentumista ja seinämän paksuuntumista. Kohonnut verenpaine kiihdyttää ateroskleroosia, tämä puolestaan lisää vaaraa sairastua sepelvaltimotautiin ja sydäninfarktiin. Vastaavasti ateroskleroosi aivovaltimoissa voi aiheuttaa aivohalvauksen. Kohonnut verenpaine voi myös saada aikaan

aivoverenvuodon ja muita aivotoiminnan häiriöitä sekä vaurioittaa munuaisia. (Verenpainepotilaan opas 2002, 2-3.)

Harvoilta ihmisiltä löytyy kohonneen verenpaineen taustalta jokin tietty sairaus. Noin 95 %:lla ihmisistä on kyseessä primaari hypertonia eli verenpaineen kohoamiselle ei ole selvää syytä. Perintötekijöillä on osuutta, mutta niiden lisäksi elintavat ovat erittäin keskeisessä asemassa. Sekundaarisesta hypertoniasta puhutaan, kun verenpaineen kohoamisen syynä on jokin sairaus. (Verenpainepotilaan opas 2002, 3.)

Suomalaisten verenpaine on huippulukemistaan laskenut, mutta kansainvälisessä vertailussa suomalaiset ovat silti huolestuttavasti kärkipäässä. Suomalaiset sairastuvat ja kuolevat kohonneen verenpaineen aiheuttamiin sairauksiin muita eurooppalaisia yleisemmin. Tilastojen mukaan normaalia herkemmin kohonneesta verenpaineesta kärsivät ne, joiden isä tai veli on sairastanut sydäninfarktin tai aivohalvauksen alle 55-vuotiaana tai äiti tai sisar alle 65-vuotiaana. Niiden, joiden lähisuvussa on kohonnutta verenpainetta, kannattaa olla erityisen tarkkana elämäntapojen suhteen. Tutkimuksen mukaan, kohonnut verenpaine (diastolinen paine yli 140 mmHg) 25 - 29-vuotiaana lyhentää keskimääräistä elinaikaa miehillä lähes kolme ja naisilla noin kaksi vuotta verrattuna henkilöihin, joiden verenpaine on lähes normaali (diastolinen alle 94 mmHg). (Karvinen 2002, 16-18.)

Verenpaineen kohoamiselle altistavia tekijöitä ovat tupakointi, liikapaino, runsas alkoholinkäyttö, suolainen ja rasvainen ravinto sekä liian vähäinen liikunta. Henkisellä kuormituksella ja kiireellä näyttää olevan myös oma osuutensa kohonneessa verenpaineessa. Tutkimuksissa on selvinnyt, että kaupunkilaisilla esiintyy enemmän kohonnutta verenpainetta kuin maaseudun asukkailla. (Karvinen 2002, 17.)

Kohonneen verenpaineen luokittelun tulee perustua vähintään neljän perättäisen mittauskerran kaksoismittauksien keskiarvoon. Uuden potilaan mittaukset tehdään ensimmäisellä mittauskerralla todetun painetaso perusteella 1 viikon–2 kuukauden aikana. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Koska verenpaine saattaa olla lääkärin vastaanotolla potilaan todellista painetasoa korkeampi nk. valkotakkisyndrooman vuoksi, tulisi luokittelun perustua ensisijaisesti sai

raanhoitajan, terveydenhoitajan, työterveyshoitajan tai muun terveydenhuollon ammattilaisen tekemiin mittauksiin. Kotimittausta tai verenpaineen pitkäaikaisrekisteröintiä voidaan käyttää apuna, jos terveydenhuollossa tehdyillä mittauksilla ei päästä luotettavaan arviointiin tai jos mittauskertojen välinen verenpaineen vaihtelu on suuri. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

2.2 Kohonneen verenpaineen hoidon tavoite

Kohonneen verenpaineen hoidon tavoite on alentaa verenpaine tasolle alle 140/85 mmHg. Diabeetikoilla tavoite on alle 140/80 mmHg. Hoitotavoite on alle 130/80 mmHg, jos diabetekseen liittyy nefropatia tai mikroalbuminuria tai potilaalla on ei-diabeettinen munuaissairaus tai merkittävä proteinuria. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.) Kun verenpaine on tavoitetasolla, riittää kotiseuranta kolmen kuukauden välein neljän päivän mittaussarjoina, hoitajan mittaamana 3–4 kuukauden välein ja lääkärin tarkastus kerran vuodessa (Nikkilä 2007).

3 VERENPAINEESEEN VAIKUTTAVAT ELINTAVAT

Viisainta olisi omaksua terveelliset elintavat jo lapsena. Lapsena ja nuorena rakennetaan tulevan terveyden perusta, sillä sydän- ja verisuonitaudit alkavat kehittyä varhain, vaikka niiden seuraukset havaitaan vasta vuosikymmenten kuluttua. Mitä paremmin omaksutaan terveelliset elintavat jokapäiväiseen elämään, sitä varmemmin verenpaine säilyy normaalina. (Karvinen 2002, 33.)

3.1 Elintapasuosituksen mukaisia terveellisiä elintapoja

Päivittäinen suositeltu **suolan** saannin määrä on alle 5 g eli vajaa teelusikallinen. Suolassa eli natriumkloridissa on haitallista sen sisältämä natrium. Suomalaiset saavat suolaa kaksinkertaisen määrän. (Sydänliitto 2007.) Päivittäisestä suolasta 80 % tulee elintarvikkeiden mukana. Ulkona syötyjen aterioiden osuus suolansaannista on 10 % ja 12

% suolasta lisätään kotona ruoan valmistusvaiheessa. (Karvinen 2002, 35.) Suuria suolan lähteitä ovat muun muassa leivät, lihavalmisteet, kalavalmisteet, juustot, margariinit, suolaiset naposteltavat kuten popcornit, suolapähkinät ja sipsit, aamiaismurot ja valmisruoat. Myös valmiit mausteseokset, -kastikkeet ja liemikuutiot ovat suolapitoisuuksiltaan suuria. (Karvinen 2002, 36-37; Sydänliitto 2007.) Mineraalisuolat saattavat maistua vähemmän suolaisilta kuin tavallinen suola. Mineraalisuolassa osa natriumista on korvattu kaliumilla ja magnesiumilla. Sitä ei pidä käyttää enempää kuin tavallista suolaa, jotta natriumin saanti todella vähenisi. (Karvinen 2002, 37; Sydänliitto 2007.) Suolan keskimääräistä päivittäistä saantia tulee vähentää nykyisestä miesten 9,9 g:sta ja naisten 6,8 g:sta alle 5 g. Tavoitteeseen päästään, kun korvataan runsassuolaiset elintarvikkeet vähäsuolaisilla ja luovutaan suolan käytöstä ruoanvalmistuksessa ja ruokapöydässä. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Runsas suolan käyttö on erityisen vaarallista diabeetikoille, iäkkäille ja liikapainoisille, joiden verenpaine on koholla (Karvinen 2002, 34). Runsas suolan saanti suurentaa aivohalvauksen, sydän- ja verisuonitapahtumien ja -kuolemien määrää. Suolan saannin rajoittaminen parantaa lääkkeitä ACE:n estäjien, beetasalpaajien ja diureettien vaikutusta kohonneeseen verenpaineeseen. Suolarajoitus vähentää myös verenpainelääkkeiden tarvetta. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Elintapasuositusten mukaan **rasvoja** tulisi käyttää päivittäin niin, että pehmeää rasvaa on vähintään 2/3 rasvojen kokonaismäärästä ja siitä kovaa rasvaa on korkeintaan 1/3. Rasvan laatu on ruokavalion tärkein veren kolesterolipitoisuuden vaikuttava tekijä. Kova eli tyydyttynyt rasva ja nk. transrasva kohottavat veren LDL-kolesterolipitoisuutta. LDL-kolesteroli tarkoittaa nk. pahaa kolesterolia. Kova rasva myös edistää ruoan kolesterolin imeytymistä, mikä omalta osaltaan lisää veren kolesterolipitoisuutta. Kovaa rasvaa saadaan etenkin voista, kermasta, maidosta, juustosta, viilistä, jogurtista, jääte- löstä ja muista maitovalmisteista sekä lihasta ja makkarasta. (Karvinen 2002, 42; Sydänliitto 2007.) Pehmeä eli tyydyttymätön rasva puolestaan pienentää veren LDL-kolesterolipitoisuutta. Pehmeää rasvaa saadaan rypsi- ja oliiviöljystä ja niistä tehdyistä margariineista, monista pähkinöistä, siemenistä ja avokadoista. (Karvinen 2002, 43; Sydänliitto 2007.)

Pahinta ei ole rasva, jota sivellään leivän päälle tai laitetaan paistinpannulle vaan nk. piilorasva, jota tulee huomaamatta muun ravinnon mukana. Piilorasva on suurimmaksi osaksi kovaa rasvaa. Erityisen paljon tätä haitallista rasvaa saadaan rasvaisista maitovalmisteista, lihavalmisteista ja leivonnaisista. Haitallista on myös nk. transrasva, jota on muun muassa ranskanperunoissa, kekseissä, kasvirasvajäätelössä ja pussikeittojauheissa. (Karvinen 2002, 42-43.)

Runsasrasvainen ruoka lihottaa ja lihavuus on yksi sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä. Rasvan vähentäminen ruokavaliossa on painonhallinnan kulmakivi. Tyydyttyneiden ja rasvahappojen vähentäminen ja korvaaminen kerta- ja monityydyttymättömillä rasvahapoilla pienentävät seerumin kokonaiskolesterolipitoisuutta, mutta eivät vaikuta verenpaineeseen. Jotta käytettäisiin elintapasuosituksen mukaisesti oikein rasvoja, valitaan rasvattomia tai vähärasvaisia elintarvikkeita ja käytetään kohtuullisesti margariinia ja kasviöljyä. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005; Sydänliitto 2007.)

Kalaa suositellaan syötäväksi kaksi kertaa viikossa, koska kalarasva pienentää veren triglyseridiarvoja. Se vaikuttaa myös suotuisasti veren hyytymistekijöihin ja sitä kautta vähentäveritulpan vaaraa. (Sydänliitto 2007.) Kalasta saa välttämättömiä omega-3-rasvahappoja, jotka alentavat verenpainetta. Kahdella viikoittaisella kala-arterialla saadaan riittävästi kalaöljyä ja omega-3-rasvahappoja. (Karvinen 2002, 44.)

Elintapasuosituksen mukaan **kasviksia, marjoja ja hedelmiä** pitäisi syödä vähintään 500 g päivässä. Kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita, antioksidantteja ja kuituja. Ne ovat suolattomia, rasvattomia ja kolesterolittomia. Niissä on vain vähän energiaa, joten ne auttavat keventämään ruokavaliota. (Sydänliitto 2007.) Runsaasti hedelmiä ja kasviksia sisältävä ruokavalio alentaa kohonnutta verenpainetta. Vaikutus tehostuu, jos ruokavalioon lisätään niukasti tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä vähärasvaisia maitovalmisteita ja/tai vähennetään suolan saantia. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Kuituja suositellaan syötäväksi vähintään 25 g päivässä. Kuidut alentavat kolesterolia ja lisäksi tasapainottavat vatsan toimintaa ja verensokeria. Kuidut myös lisäävät kylläisyyden tunnetta ja auttavat siten painonhallinnassa. Kuitu voi olla liukoista tai liukeneamatonta. Käytännössä samoissa ruoka-aineissa on sekä liukeneemattomia että liukenevia kuituja. Kuitupitoinen ravinto lisää yleensä sekä liukenevien että liukeneemattomien kui-

tujen saantia. Samalla saadaan runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidantteja. Liukenevaa kuitua saadaan kaura- ja ruisvalmisteista, marjoista, hedelmistä, herneistä ja linsseistä sekä lisäämällä papuja patoihin ja keittoihin. Liukenemattomia kuituja saadaan leseistä, omenankuorista, juureksista, marjoista ja kasviksista. (Sydänliitto 2007.)

Ylipaino lisää veren LDL-kolesterolipitoisuutta ja vähentää HDL-kolesterolin määrää. HDL-kolesteroli tarkoittaa nk. hyvää kolesterolia. Laihduttaminen korjaisi LDL- ja HDL-pitoisuuksien määrää veressä. Erityisesti nk. omenalihavuus eli vatsaonteloon kertyvä rasva on selvästi yhteydessä lisääntyneeseen sydän- ja verisuonitautien vaaraan. Vatsaonteloon kertyvä rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa kuin päärynälihavuudessa lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. (Sydänliitto 2007.) Lihavuus kohottaa verenpainetta ja lisää vaaraa sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Vyötärönmitta antaa tietoa keskivartalolihavuudesta ja sen aiheuttamasta sairauksiriskistä jopa luotettavammin kuin painoindeksi. (Karvinen 2002, 45-48.) Jos vyötärön ympäryksen lukema ylittää naisella 80 cm ja miehellä 94 cm, on syytä olla painon kanssa tarkkana. Kun painoindeksi on 30 tai vyötärön ympäryys miehellä on yli 100 cm ja naisella yli 90 cm, lihavuuteen liittyvät terveystriskit ovat jo siinä määrin suurentuneet, että pieni painonpudotus on tarpeen. (Karvinen 2002, 49.)

Ylipainoisia kannustetaan laihduttamaan. Alusta alkaen tähdätään painonhallintaan, pysyvään ruokavalio- ja liikuntatottumusten muutokseen. Samalla ruokavalio pysyy monipuolisena ja laihdutettavat kilot ovat pääasiassa rasvaa, ei lihasta. Hitaassa painonpudotuksessa on se etu, että pääpaino ei ole laihduttamisessa. (Sydänliitto 2007.) Suolajajoitus ja kalan syönnin lisääminen tehostavat laihduttamisen vaikutusta verenpaineeseen. Ylipainoisia tulisi kannustaa laihduttamaan 5-10 % lähtöpainostaan. Liikapainon vähentäminen, jota voidaan täydentää vähäsuolaisella dieetillä, näyttää pienentävän sydämen vasemman kammion massaa. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.) Jos lähtöpaino on paljon ihannetta korkeampi, ei ole terveydellisistä syistä syytä pyrkiä yleisiin suositukseen. Muutenkaan valtavien kilomäärien laihduttaminen ei ole suotavaa eikä edes välttämättä hyväksi terveydelle. (Karvinen 2002, 51.)

Elintapasuosituksen mukaan **alkoholin** viikkokulutus saisi olla miehillä enintään alle 21 ravintola-annosta ja naisilla enintään alle 14 ravintola-annosta (Kohonneen verenpai-

neen Käypä Hoito-suositus 2005). Yksi ravintola-annos tarkoittaa vajaata 2 pulloa ykkösolutta tai 1 pullo keskioletta tai 1 lasi puna- tai valkoviiniä tai 1 annos väkevää viiniä tai 1 annos viinaa (Sydänliitto 2007). Alkoholi ja sen aineenvaihdunta nostaa elimistössä verenpainetta. Alkoholissa on myös paljon energiaa, ja runsaasti alkoholia nauttivilla liikapainon kertyminen voi olla syy verenpaineen nousuun. Pitkäaikainen runsas juominen voi myös heikentää munuaisten kykyä erittää natriumia virtsaan. Tällöin verenpaine pyrkii nousemaan, jotta munuaisten suodatuskyky tehostuisi ja ylimääräinen natrium poistuisi jälleen tehokkaasti virtsaan. Runsaasti alkoholin käyttö lisää aivohalvauksen vaaraa ja voi vähentää verenpainelääkityksen tehoa. (Sydänliitto 2007.)

Elintapasuositusten mukaan **tupakointi** olisi syytä lopettaa. Tupakoinnin lopettamisen hyöty on suurempi kuin yhdenkään lääkityksen. (Sydänliitto 2007.) Tupakan nikotiini nostaa verenpainetta 5-10 mmHg. Tupakointi supistaa verisuonia ja lisää kaikkien elimistön verisuonten kalkkiutumista, tukkeutumista ja jäykistymistä. Lisäksi tupakointi nostaa veren LDL-kolesterolin ja triglyseridin määrää sekä laskee HDL-kolesterolin määrää. Se myös kiihdyttää LDL-kolesterolin kertymistä valtimoiden seinämään. Tupakointi lisää sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen vaaraa. (Sydänliitto 2007.) Tupakoivan henkilön riski sairastua sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin on kolminkertainen tupakoimattomaan verrattuna. Tupakoinnin lopettamisella saavuttaa suuria terveysetuja. (Karvinen 2002, 62.)

Lähteistä riippuen suositellaan yleisesti, että **liikuntaa** tulisi harrastaa 2–3 kertaa viikossa 20-30-45 minuuttia kerrallaan ja liikunnan aikana tulee hengästyä, hikoilla ja sykkeen tulee nousta selvästi. Liikunnan pitää olla riittävän rasittavaa, pitkäkestoista ja sen pitää toistua tarpeeksi usein. Suositeltavia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi hiihto, uinti, reipas kävely tai hölkkä. (Karvinen 2002, 58; Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005; Sydänliitto 2007.)

Liikunta vaikuttaa edullisesti veren kolesteroliarvoihin, joskin sen teho on pienempi kuin ruokavaliolla. Liikunta lisää HDL-kolesterolin pitoisuutta veressä. Liikunta kuluttaa myös energiaa, mikä puolestaan helpottaa painonhallintaa. Liikunta alentaa lepoverenpainetta vähentämällä sympaattisen hermoston aktiivisuutta, verisuonten ääreisvastusta ja parantamalla insuliinin kudosisvastusta. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005; Sydänliitto 2007.) Runsaasti liikkuvilla esiintyy vähemmän sepelvaltimotautia kuin fyysisesti passiivisilla. Runsaasti liikkuvien henkilöiden verenpaine on

pienempi kuin vähän liikkuvien. Myös lihasvoimaa kohentava kohtuullisesti kuormittava kuntosaliharjoittelu saattaa alentaa kohonnutta verenpainetta. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.) Liikunnasta on huomattavat hyödyt sydän- ja verenkiertoelimistölle ja se on avainasemassa kohonneen verenpaineen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta laskee diastolista verenpainetta. (Karvinen 2002, 55.)

Terveyden takia ei tarvitse rehkiä lenkipoluilla tai kuntosaleilla eikä olla erityisen urheilullinen. Jo päivittäisissä toiminnoissa voi saada riittävä määrän liikuntaa, varsinkin jos omaksuu fyysisesti aktiivisen elämäntavan. Kun valitsee portaat hissien sijaan, kävelee tai pyöräilee aina kun se on mahdollista tai harrastaa jotakin muuta hyötyliikuntaa piha- ja puutarhatöistä tai siivous- ja korjaustöistä marjojen poimintaan, pysyy elimistön rakenteet ja toiminnot kunnossa. (Karvinen 2002, 55.)

Pysyvä **stressi** lisää vaaraa sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Jatkuva stressi kohottaa verenpainetta. Verenpaine kohoaa, jotta veren virtaus pääsisi jatkumaan valtimoissa, joiden tilavuutta jännitystilasta tuottamat aineet ovat supistaneet. Jos paine on hyvin korkeissa lukemissa tai kauan koholla, valtimot alkavat jäykistyä. Tutkimuksilla ei ole voitu osoittaa rentoutusohjelmien laskevan verenpainetta. Kiireen pysäyttäminen tai tutun elämänrytmin muuttaminen on omilla hartioilla. Rennompaa elämänsäntettä voi harjoitella ja kannattaa opetella hallitsemaan stressiä. (Karvinen 2002, 65.)

3.2 Ravitsemussuosituksia

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on vuonna 2005 asettanut tavoitteita suomalaisten ravitsemuksen parantamiseksi. Tavoitteet ovat energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen, tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen, puhdistettujen sokereiden määrän vähentäminen, kovan rasvan saannin vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla, alkoholin kulutuksen pitäminen kohtuullisena ja suolan saannin vähentäminen. Aikuisille suositellaan kohtuullisen kuormittavaa tai raskasta fyysistä aktiivisuutta vähintään 30 minuuttia päivittäin ja painonnousun ehkäisemiseksi fyysisen aktiivisuuden määrä tulisi olla noin 60 minuuttia päivässä, esim. reipasta kävelyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Sydänliiton ravitsemussuositukseen kuuluvat kasvien, marjojen ja hedelmien runsas syöminen. Leivät ja viljatuotteet tulee olla runsaskuituisia täysjyväviljatuotteita. Rasvaa tulee käyttää kohtuullisesti ja pehmeät rasvat olisi hyvä korvata kovien tilalle esimerkiksi kasviöljyllä tai kasvimargariinilla. Kalaa tulisi syödä säännöllisesti. Suolaa tulisi käyttää vain vähän. Energiaa tulisi saada kulutusta vastaavasti, mutta ylipainoisilla vähemmän. (Sydänliitto 2007.)

Suomen Sydänliiton ja Diabetesliiton kehittämä Sydänmerkki on uudenlainen ja käytännönläheinen tapa vaikuttaa väestön ravitsemukseen. Sydänmerkillä merkittävät elintarvikkeita valitsemalla voi vaikuttaa ruokavalion sisältämän rasvan laatuun ja määrään sekä suolan määrään. Sydänmerkki-tuotteet ovat tärkeitä ruokavalion rasvan laadun ja määrän sekä suolan kannalta. Merkityksellisiksi on katsottu ne elintarvikkeet, joiden normaalin käyttöannoksen energiamäärä ylittää 5 % päivittäisestä kokonaisenergian tarpeesta, rasvan saantisuosituksesta tai suolan enimmäissaantisuosituksesta (5 g/vrk). (Sydänliitto 2007.)

Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositukseen kuuluvat suolan ja suolaa sisältävien mausteseoksien välttäminen ruoanvalmistuksessa ja pöydässä runsassuolaisten elintarvikkeiden välttäminen. Suositellaan vähäsuolaisten leipien, liha- ja kalajalosteiden, juustojen ja valmisruokien valitsemista sekä kasvien, hedelmien ja marjojen runsasta syömistä. Olisi suotavaa käyttää rypsiöljyä ja rypsiöljypohjaisia kasvimargariineja ja valita rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita. Kalaa pitäisi syödä vähintään kahdesti viikossa. Lakritsituotteita tulisi välttää. Alkoholia tulisi käyttää kohtuullisesti. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

3.3 Elintapojen muuttamisen vaikutuksia kohonneeseen verenpaineeseen

Useista lähteistä saatujen tietojen mukaan suolan käytön vähentäminen alentaa verenpainetta 6/4 mmHg (Muhonen 2007; Käypä Hoito-potilasversio 2005; Karvinen, 2002 34). Säännöllinen, kohtuullisesti kuormittava aerobinen liikunta alentaa verenpainetta 4/3 mmHg (Muhonen 2007; Käypä Hoito-potilasversio 2005). Karvisen (2002) mukaan liikunta alentaa verenpainetta 5/3 mmHg (Karvinen 2002, 34). Painon pudottaminen 4-8 %:lla alentaa verenpainetta 3-4 mmHg (Muhonen 2007; Käypä Hoito-potilasversio 2005). Karvisen (2002) mukaan liikapainon pudotus alentaa verenpainetta 3/3 mmHg

(Karvinen 2002, 34). Tyydyttyneiden ja trans-rasvahappojen vähentäminen ja korvaaminen kerta- ja monitydyttymättömillä pienentää seerumin kokonaiskolesterolia, mutta ei vaikuta verenpaineeseen (Nikkilä 2007). Runsaan alkoholinkäytön vähentäminen 21-28 alkoholiannoksella viikossa eli noin 3-4 annoksella päivässä alentaa verenpainetta noin 3-4/2 mmHg (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005). Karvisen (2002) mukaan alkoholin käytön vähentäminen alentaa verenpainetta 3/2 mmHg (Karvinen 2002, 34). Tupakoinnin lopettamisesta tai rentoutusohjelmien käytöstä ei ole saatu tutkimusnäyttöä, miten ne vaikuttavat kohonneen verenpaineen alentamiseen.

3.4 Elintapamuutos

Elintapamuutosten tavoitteena on alentaa verenpainetta ja vaikuttaa edullisesti muihin sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin ja siten pienentää sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisvaaraa (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005).

Potilaan motivaatio elämäntapojen muutokseen on ensisijainen tekijä elämäntapaohjauksen aloittamisessa, mutta suorat neuvot eivät motivoi. Neuvojen ja ohjeiden aika on vasta silloin, kun ne tulevat keskustelussa luontevasti esille tai potilas niitä suoraan pyytää. Potilaan motivaatio säilyy, kun hän ennen ohjeiden saamista on luovuttanut oikeuden antaa neuvoja. Elämäntapojen muuttaminen on asteittain etenevä prosessi. Käytännössä muutosta voidaan kuvailla janana, jonka vasemmassa päässä ovat henkilöt, jotka eivät ole lainkaan halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ja oikeassa päässä ne, jotka jo toteuttavat muutoksia. Muutosprosessin aikana potilas liikkuu janalla vasemmalta oikealle. Muutokseen kuuluu yleensä myös hetkellinen repsahdus ennen kuin uudesta käytännöstä tulee elämäntapa. (Leino 2005, 31.)

Kohonneen verenpaineen onnistunut hoito vaatii ponnisteluja potilaalta itseltään sekä häntä hoitavalta hoitohenkilökunnalta. Potilaskeskeisellä motivoivalla ohjauksella voidaan parantaa hoitotulosta ja sitä tulisi käyttää enemmän hoitotyössä. On tärkeitä hoitoyksiköissä sopia yhtenäiset linjaukset potilasohjaukseen, jota toteuttavat sekä lääkäri että hoitaja. On myös tärkeitä, että lähtiessään vastaanotolta potilas on vakuuttunut, että elämäntapojen muutos kannattaa. Ei saa unohtaa myöskään potilasta, joka ei ole motivoitunut elämäntapojensa muutokseen. Hän on myös oikeutettu saamaan tietoa elämän-

tapojen merkityksestä verenpaineen hoidossa. Myönteinen palaute on potilaalle tärkeätä, ja jo pienikin verenpaineen lasku vaikuttaa terveyteen positiivisesti. (Leino 2005, 31.)

3.5 Elintapaohjaus

Elintapaohjausta antavat muun muassa perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon ja muut hoitoalan ammattilaiset. Muita elintapaohjausta antavia tahoja ovat esimerkiksi Diabetesliitto, Sydänliitto, UKK-instituutti sekä kaupallisilta tahoilta Finnfood, Valio, Raisio ja apteekit.

Terveydenhoitajat käyttävät elintapaohjauksessa materiaaleina esimerkiksi potilasohjeita ja -esitteitä, joita he käyvät läpi asiakkaan kanssa vastaanotolla. Asiakaskäynnin yhteydessä tiedustellaan aina asiakkaalta omahoito-seurantaa ja elintapojen noudattamista kotona. Asiakas kuljettaa mukanaan verenpainekorttia, johon merkitään mitattuja verenpainearvoja ja niitä seurataan asiakaskäyntien yhteydessä. Asiakas voidaan tarvittaessa ohjata lääkärille ja esimerkiksi painonhallintaryhmään tai tupakan vieroitusryhmään. Terveydenhoitajan merkittävänä työnkuvana on kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy ja asiakkaan motivoiminen elintapojen muuttamiseen. Olen suorittanut avoterveydenhuollon harjoittelujakson sairaanhoitajan koulutukseni aikana ja sain siitä kautta näitä kyseisiä tietoja.

Lääkkeetöntä hoitoa annetaan aina lääkehoidosta riippumatta. Elintapaohjeet annetaan asiakkaalle sekä suullisesti että kirjallisesti. Lääkkeetön elintapaohjeiden antaminen ehkäisee verenpaineen kohoamista ja alentaa jo koholla olevaa verenpainetta. Se tehostaa verenpainetaudin lääkehoidon vaikutuksia ja voi vähentää lääkehoidon tarvetta. Yksilöllinen, jatkuva, pysyviä elintapamuutoksia tukeva ohjaus, jota voidaan tehostaa perheohjauksella saattaa vähentää suuren riskin omaavien potilaiden kuolemanvaaraa. (Sairanhoitajan vastaanoton ohjeet 2005.)

Elintapaohjaukseen kuuluu ruokasuolan saannin rajoittaminen, rasvojen koostumuksen muuttaminen siten, että kovien rasvojen tilalla suositaan pehmeitä rasvoja, liikapainon vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen, säännöllisen liikunnan harrastaminen, runsaan alkoholinkäytön välttäminen, lakritsituotteiden välttäminen, psykososiaalisten rasitustekijöiden vähentäminen ja kaliumin ja magnesiumin saannin lisääminen. (Nikkilä 2007.)

4 KOHONNEEN VERENPAINEN DIAGNOSOINTI

Kun asiakkaalla todetaan kohonnut verenpaine, tehdään hänelle sydän- ja verenkiertoelinsairauksien vaaratekijöiden kartoitus ja perustutkimukset. Nämä tutkimukset tekee lääkäri yhteistyössä sairaanhoitajan ja laboratorion kanssa. Vaaratekijöiden kartoitukseen kuuluu perusteellinen anamneesi. Verenpainetaudin alkamistapa, sen eteneminen ja vaikeusaste selvitetään. Asiakkaan elintavat käydään läpi. Jos potilaalla on liikapainoa tai lääkitys ei tehoa, keskustellaan potilaan elintapamuutosten ja lääkehoidon käytön esteistä. Myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä asiakkaan elämässä selvitetään. (Nikkilä 2007.)

Lääkäri tutkii asiakkaan yleistilan. Kliiniseen tutkimukseen kuuluvat myös sydämen palpaatio ja sydämen auskultaatio. Silmänpohjat tutkitaan, jos diastolinen verenpaine on yli 120 mmHg tai potilaalla ilmenee päänsärkyä. Sydämen kaikututkimus tehdään, jos EKG on vaikeasti tulkittava tai jos mukana on sydämen epäselvä vajaatoiminta tai läppävika. (Nikkilä 2007.)

Eurooppalaiseen aineistoon perustuva SCORE-riskilaskuri on verenpainepotilaan perustutkimukseen kuuluva menetelmä. SCORE-laskurilla voidaan määrittää 45–64-vuotiaiden henkilöiden kardiovaskulaarisen kuoleman vaara seuraavien 10 vuoden aikana. Vaaran arviointi perustuu henkilön sukupuoleen, ikään, tupakointiin, systoliseen verenpaineeseen ja kokonaiskolesteroliarvoon. Lääkehoidon aloittamista tulee harkita, jos elintapamuutoksista ja muihin vaaratekijöihin vaikuttamisesta huolimatta verenpaine on yli 140/90 mmHg ja sydän- ja verisuonitautikuoleman vaara on suuri eli SCORE-*taulukossa* riski on yli 5 /10 vuotta. (Nikkilä 2007.)

Perustutkimuksiin kuuluu asiakkaan verenpaineen mittaus. Verenpainearvo kirjataan verenpainekorttiin, seurantalomakkeeseen tai potilaskertomukseen. Tämän lisäksi merkitään syke, mittausasento, päivämäärä ja kellonaika muistiin. (Muhonen 2007.)

Asiakkaasta tutkitaan myös erinäisiä laboratorionkokeita, kuten virtsan proteiini ja erytrosyytit, PVK, seerumin kreatiniini, kalium, natrium, HDL-kolesteroli, LDL-kolesteroli ja triglyseridit, veren glukoosin paastoarvo ja EKG. (Muhonen 2007.)

Muita perustutkimuksia ovat asiakkaan painon ja pituuden mittaukset sekä painoindeksi ja vyötärön ympärysmittaus. Keuhkokuva otetaan harkinnan mukaan, jos epäillään sydämen vajaatoimintaa. (Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet 2005.)

5 KOHONNEEN VERENPAINEN SEURANTA

Jos asiakkaalla todetaan lievästi kohonnut verenpaine eli verenpainearvot ovat 140–159/90–99 mmHg ja jos potilas on oireeton, hänellä ei ole komplikaatioita eikä hän kuulu sepelvaltimotaudin sairastumisvaaran riskiryhmään, tulee kyseeseen lääkkeetön hoito. Silloin verenpaineen seuranta on kerran vuodessa. Lääkehoito on perusteltu seurannan jälkeen, mikäli potilaalla on todettu diabetes, munuaissairaus tai merkkejä kohde-elinvauriosta (vasemman kammion hypertrofia eli liikakasvu, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverisuonisairaudet, munuaisten vajaatoiminta, ääreisverenkierron häiriö, klaudikaatio eli katkokävely tai hypertonian aiheuttamat silmänpohjamuutokset tai merkittävä sydän- ja verisuonisairaus.) Lääkehoidon aloittamista tulee harkita, jos elintapamuutoksista ja muihin vaaratekijöihin vaikuttamisesta huolimatta verenpainearvot ovat yli 140/90 mmHg ja sydän- ja verisuonitautikuoleman vaara on suuri. (Nikkilä 2007.)

Jos asiakkaalla todetaan kohtalaisesti kohonnut verenpaine eli verenpainearvot ovat yli 160/100 mmHg, käy hän seurantamittauksilla kahden kuukauden ajan. Lääkehoito aloitetaan, jos potilaalla on elinvaurioita tai merkkejä sydämen vasemman kammion hypertrofioitumisesta ja verenpainearvot ovat edelleen yli 160/100 mmHg. Lääkehoito aloitetaan 4–6 kuukauden seurannan jälkeen, jos elinvaurioita tai sydämen vasemman kammion hypertrofioitumista ei ole havaittavissa. Diastolisen verenpainearvon ollessa kohtalaisesti koholla eli 110–119 mmHg, seurantamittaukset tehdään viikon välein seuraavan kuukauden ajan ja lääkehoito aloitetaan, ellei verenpainearvo laske alle 110 mmHg:n. Jos asiakkaalla todetaan elinvaurioita, lääkehoito aloitetaan jo aikaisemmin. (Nikkilä 2007.)

Jos asiakkaalla todetaan huomattavasti kohonnut systolinen verenpaine eli verenpaine-arvo on yli 180–200 mmHg ja/tai diastolinen verenpaine on yli 120 mmHg tai kyseessä on hypertensiivinen kriisi, aloitetaan välittömästi oireettomien asiakkaiden lääkehoito muutaman päivän seurannan jälkeen, elleivät painearvot laske (Nikkilä 2007).

Hypertensiivisessä kriisitilanteessa verenpaine-arvot ylittävät 180-200/120-130 mmHg. Hypertensiivinen kriisi on välitöntä hoitoa vaativa tilanne. Potilaat ovat yleensä oireettomia ja vaikeat kohde-elinlöydökset puuttuvat. Hoidon tavoitteena on alentaa verenpainetta turvalliselle tasolle kohde-elinten verenkiertoa vaarantamatta. Keskeisiä hypertensiiviseen hätätilanteeseen liittyviä kohde-elinlöydöksiä ja -oireita ovat sydämen vajaatoiminta, aivo-oireet, munuaisten nopeasti paheneva vajaatoiminta ja verenvuodot silmän verkkokalvoissa. Hypertensiivisessä kriisitilanteessa tarvitaan usein suonensisäinen lääkitys, ja aloitetaan myös verenpainelääkitys, jolloin hoitovaste näkyy 1-3 kuukauden kuluessa. (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005.)

Jos asiakkaalla todetaan kohonnut systolinen verenpaine eli verenpaine-arvo on yli 180 mmHg, hoidetaan sitä lääkehoidolla, jos paine ei laske 1-3 kuukauden seurannassa. Pidemmässä seurannassa jo yli 160 mmHg systolinen paine on lääkehoidon aihe. Systolisen verenpaineen ollessa 140–159 mmHg hoidetaan sitä elintapamuutoksin, joiden vaikutusta seurataan 3–6 kuukautta. Lääkehoitoa harkitaan tämän jälkeen erityisesti, jos potilaalla on elinvaurioita, kliinisesti merkittävä sydän- ja verisuonisairaus, munuaissairaus tai diabetes. (Nikkilä 2007.)

Sairaanhoitajan vastaanotolla verenpainetason seurantaan kuuluu kaksoismittaus 1–2 kertaa viikossa noin neljän viikon ajan, kirjaukset potilaskertomukseen ja asiakkaan verenpainekorttiin. Jatkossa potilas voi kotimittarilla seurata verenpainettaan ja käydä sen lisäksi hoitajan luona mittauksilla. Vastaanotolla seurataan elämäntapamuutoksia ja asiakkaan terveystottumuksia, asiakkaan sitoutumista hoitoon ja hänen tavoitteidensa saavuttamista. (Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet 2005.) Taulukossa 1 esitetään kohonneen verenpaineen seuranta-ajat sairaanhoitajan vastaanotolla. Taulukossa 2 esitetään Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksen mukainen hoitotason arviointi.

Taulukko 1. Kohonneen verenpaineen seuranta-ajat (Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet 2005).

- Lievästi kohonnut verenpaine (140–159 mmHg / 90–99 mmHg)
 - Seuranta ja lääkkeetön hoito 1–2 viikon välein 2 kk ajan
- Kohtalaisesti kohonnut verenpaine (160–179 mmHg/ 100–109 mmHg)
 - Seuranta ja lääkkeetön hoito 1 viikon välein 1 kk ajan
- Huomattavasti kohonnut verenpaine (yli 180 mmHg/ yli 110 mmHg)
 - Seuranta ja lääkkeetön hoito 1–2 viikon ajan 2–3 päivän välein
- Hypertensiivinen kriisi (systolinen paine yli 180–200 mmHg ja/tai diastolinen paine yli 120–130 mmHg)
 - Lääkehoito aloitettava välittömästi. Potilas lähetetään erikoissairaanhoidon.

Taulukko 2. Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksen mukainen hoitotason arviointi (Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus 2005).

Luokka	SVP (mmHg)	DVP (mmHg)	Toimenpiteet
Optimaalinen	<120	ja <80	Tarkistusmittaus 5 vuoden välein
Normaali	<130	ja <85	Tarkistusmittaus 2 vuoden välein
Tyydyttävä	130 – 139	ja 85 – 89	Tarkistusmittaus 1 vuoden välein, elintapaohjeet
<u>Kohonnut verenpaine</u>			
Lievästi kohonnut	140 – 159	tai 90 – 99	Verenpainetason ¹ arviointi 2 kuukauden aikana, elintapaohjeet
Kohtalaisesti kohonnut	160 – 179	tai 100 – 109	Verenpainetason ¹ arviointi 1 kuukauden aikana, elintapaohjeet
Huomattavasti kohonnut	=>180	tai =>110	Verenpainetason ¹ arviointi 1 – 2 viikon aikana, elintapaohjeet
Hypertensiivinen kriisi	=> 180 – 200	tai => 120 - 130	Välitön hoito
Isoloitu systolinen hypertensio	=> 140	ja < 90	Verenpainetason ¹ arviointi kuten yllä

1= vähintään neljän eri päivänä tehdyn kaksoismittauksen keskiarvo.

6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Kansanterveyslaitoksen teettämä FINRISKI 2002-tutkimus on osa Kansanterveyslaitoksen väestötutkimussarjaa, jonka tarkoituksena on seurata kansanterveydellisiä riskitekijöitä ja koettua terveydentilaa sekä tutkia erityisesti sydän- ja verisuonitautien, syövän, astman ja allergioiden sekä diabeteksen syitä ja tauteihin liittyviä ympäristö- ja perintötekijöitä. FINRISKI-tutkimuksia on toteutettu Suomessa vuodesta 1972 lähtien viiden vuoden välein. (Alfthan, Harald, Kennet., Jousilahti, Laatikainen, Leiviskä, Salminen, Salomaa, Sundvall, Tapanainen, & Vartiainen 2003, 21.) Kansanterveyslaitoksen toteuttaman FINRISKI 2002-tutkimuksen tiedonkeruu tehtiin tammi-huhtikuussa kuudella tutkimusalueella. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 131 kuntaa. Tutkimuksen kohteena oli kunkin alueen 25–64-vuotias väestö. Lisäksi Pohjois-Karjalan maakunnassa, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa ja Lapin läänissä kohdeväestöön kuuluivat myös 65–74-vuotiaat. FINRISKI 2002-tutkimuksen yhteydessä tehtiin perustutkimuksen lisäksi useita liitännäistutkimuksia pääasiallisesti erilaisille alaotoksille. Näitä tutkimuksia olivat muun muassa Finravinto-tutkimus, naisten tutkimus, liikuntatutkimus, kylmäaltistustutkimus, ympäristön tupakansavulle altistumisen tutkimus ja kaljuuntumistutkimus. Tutkimus sisälsi kyselylomakkeen täyttämisen ja terveystarkastuksen, jonka yhteydessä tutkittiin myös verinäytteitä.

Saatujen tutkimustulosten mukaan suomalaisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on laskenut vuodesta 1973 vuoteen 2001 yli 70 % ja naisten yli 75 %. Kuolleisuuden lasku on suurelta osin selitettävissä merkittävimpien riskitekijöiden kuten tupakoinnin, seerumin kolesterolin ja verenpaineen laskulla. Suomalaisten merkittävimmissä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöissä yli 20 vuotta jatkunut lasku näyttää osittain pysähtyneen, jopa kääntyneen nousuun. Sekä miesten että naisten tupakointi on lisääntynyt viimeisen viiden vuoden aikana. Alkoholinkäytössä on havaittavissa lisääntymistä varsinkin 1990-luvulta alkaen. Miesten ylipaino on merkittävästi lisääntynyt. Myös naisilla vähäistä lisääntymistä on havaittavissa, mutta nousu ei ole tilastollisesti merkitsevä. Kolesterolitasoissa 1970-luvulta alkanut voimakas lasku näyttää pysähtyneen. Vuonna 2002 miesten seerumin kolesterolin keskiarvo oli sekä miehillä että naisilla yli suositellun 5,0 mmol/l.

Miesten että naisten verenpainetasot ovat laskeneet viimeisen viiden vuoden aikana. Verenpainetasot olivat miehillä korkeampia kuin naisilla. Naisten systolisen verenpaineen keskiarvo 25–64-vuotiailla alitti 130 mmHg:n rajan, mutta miehillä keskiarvo oli 134 mmHg. Fyysisesti raskasta työtä tekevien osuus on laskenut 1990-luvulle saakka. Tämän jälkeen fyysisesti raskasta työtä tekevien osuus ei ole juurikaan muuttunut. Vapaa-aikana liikuntaa harrastavien osuus on kasvanut vuoteen 1997 saakka, mutta tämän jälkeen kasvu näyttää pysähtyneen. Suomalaiset kokevat terveydentilansa ja fyysisen kuntosaa kohentuneen viimeisten 30 vuoden aikana. Yli 40 % sekä miehistä että naisista raportoi fyysisen kuntosaa erittäin tai melko hyväksi. Lähes kolmasosa tutkituista oli edellisen vuoden aikana käynyt terveystarkastuksessa terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla muusta kuin sairaudesta tai oireista johtuvasta syystä. (Alfthan ym. 2003, 21.)

Kansanterveyslaitos on toteuttanut vuodesta 1978 alkaen vuosittain ”Suomalaisen aikuisväestön terveystarkastus ja terveys” (AVTK) -postikyselytutkimuksen sosi-aali- ja terveysministeriön tuella (Helakorpi, Patja, Prättälä & Uutela 2006). Keskeisenä tavoitteena on kartoittaa terveystarkastuksen pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksia. Tutkimuksen tärkeimmät terveystarkastuksen osa-alueet ovat tupakointi, ruokatottumukset, alkoholinkäyttö ja liikunta. Vuoden 2006 tutkimusaineistoksi poimittiin väestörekisteristä valtakunnallisesti edustava 5 000 henkilön satunnaisotos 15–64-vuotiaista suomalaisista. Kyselylomake postitettiin huhtikuussa 2006.

Tutkimustulosten mukaan päivittäistupakointi oli vähentänyt vuonna 2006 edellisiin vuosiin verrattuna. Vuonna 2006 24 % miehistä ja 19 % naisista tupakoi päivittäin. Pitkällä aikavälillä miesten tupakointi on vähentynyt ja naisten tupakointi pysynyt 1980-luvun puolivälin tasolla. Ruokatottumukset ovat pitkällä aikavälillä muuttuneet ravintosuosituksen mukaiseen suuntaan. Vuonna 2006 miehistä 29 % ja naisista 48 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Miehistä 43 % kertoi juovansa rasvatonta tai ykkösmaitoa, ja vastaava osuus naisista oli 53 %. Alkoholinkäyttö on puolestaan lisääntynyt Suomessa 1980-luvun alusta lähtien ja raittiiden osuus vähentynyt. Vuonna 2006 alkoholinkulutus pysytteli edellisen vuoden tasolla. Vuonna 2006 miehistä 63 % ja naisista 68 % kertoi harrastavansa vapaa-aajan liikuntaa vähintään 2–3 kertaa viikossa. Näin määritelty vapaa-aajan liikunta on lisääntynyt 1970-luvun lopusta alkaen, mutta työmatkaliikunta, jota naiset jatkuvasti harrastavat miehiä selvästi enemmän, väheni 1990-luvulle tultaessa ja on sen jälkeen pysynyt jokseenkin 1990-luvun alun tasolla. Eräiden

kroonisiin kansantauteihin liittyvien elintapojen (tupakointi, eräät ruokatottumukset) kehitys suotuisaan suuntaan on jatkunut Suomen työikäisessä väestössä vuonna 2006. Alkoholinkulutus ja ylipainoisten osuus ovat kuitenkin edelleen sillä korkealla tasolla, jolle ne ovat edeltävinä vuosina nousseet. (Helakorpi ym. 2006.)

Kastarisen (2002) väitöskirjan tarkoituksena oli selvittää kohonneen verenpaineen hoitokäytäntöjä ja erikoisesti elämäntapoihin kohdistunutta ohjausta. Väitöskirjan tutkimukseen osallistui 715 kohonneen verenpaineen omaavaa 25-74 miestä ja naista 10 itäsuomalaisessa terveyskeskuksessa. Tässä tutkimuksessa mitattiin ensimmäistä kertaa verenpaineen lääkkeettömän hoidon tehoa kontrolloidusti perusterveydenhuollossa riittävän suurella potilasmäärällä ja seuranta-ajalla. Tutkittavat satunnaistettiin joko tehostettua elämäntapaneuvontaa saaneeseen hoitoryhmään tai kohonneen verenpaineen seurantaa ja hoitoa jatkaneeseen vertailuryhmään. Hoitoryhmä sai suunnitellun mukaisesti elämäntapaneuvontaa paikallisilta terveydenhoitajilta, jotka saivat tähän tehtävään koulutuksen lääkäriltä ja ravitsemusterapeutilta ennen tutkimuksen alkua.

Väitöskirja osoitti, että kohonneen verenpaineen hoidossa tapahtui merkittävää kehitystä Suomessa vuosina 1982-1997. Tästä huolimatta erityisesti verenpaineen lääkehoidon tehossa on vielä paljon parannettavaa. Myös verenpainepotilaiden sydän- ja verisuonitautien kokonaisriskin kannalta tärkeiden muiden riskitekijöiden sekä elämäntapahoidon suhteen ei tilanne ole vielä optimaalinen. Verenpaine laski merkitsevästi enemmän hoitoryhmässä kuin vertailuryhmässä niillä tutkittavilla, joilla ei kaksi vuotta kestäneen tutkimuksen aikana ollut käytössä verenpainelääkitystä. Sen sijaan verenpainelääkkeitä käyttäneillä verenpaine laski yhtä paljon kummassakin ryhmässä. Hoitoryhmässä keskimääräinen paino ja veren kokonaiskolesteroli laskivat enemmän kuin vertailuryhmässä. Vapaa-ajan liikunta ja sydäntautiriskiä vähentävä veren HDL-kolesteroli lisääntyivät hoitoryhmässä vertailuryhmää enemmän.

Tutkimuksen tulosten perusteella jatkossa on tärkeää panostaa verenpainepotilaiden ja koko väestön suhteen etenkin niihin toimenpiteisiin, jotka tähtäävät alkoholinkäytön ja ylipainon vähentämiseen. Nämä toimenpiteet vähentävät kohonneen verenpaineen ilmaantuvuutta koko väestössä ja parantavat verenpainepotilaiden hoitotasapainoa. Lisäksi kohonneen verenpaineen lääkehoito tulisi aloittaa riittävän aikaisin ja tehokkaasti niillä potilailla, joilla elämäntapamuutokset eivät yksin riitä ja muiden riskitekijöiden

perusteella laskettu sydän- ja verisuonitautien kokonaisriski sitä vaatii. (Kastarinen 2002.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten terveyskeskuksen asiakkaat, joilla on todettu kohonnut verenpaine ovat omasta mielestään noudattaneet hoitoon liittyviä elintapaohjeita. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kohonnutta verenpainetta sairastavat ihmiset entistä enemmän painottamaan kohonneen verenpaineen hoidossa elintapojen muuttamista terveellisemmäksi ja ymmärtämään terveellisten elintapojen merkitys. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuottaa tietoa elintapaohjeiden noudattamisesta. Tuotetun tiedon avulla voidaan tukea asiakkaiden elintapamuutoksia kohonneen verenpaineen hoidon ja ohjauksen yhteydessä, ja toteuttaa elintapaohjausta paremmin.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten asiakkaat ovat omasta mielestään noudattaneet kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita?
2. Mitä kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita asiakkaat kertovat noudattaneensa?
3. Miten asiakkaat ovat kokeneet elintapaohjeiden noudattamisen kohonneen verenpaineen hoidon yhteydessä?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat aiheesta, käsitteiden tarkka määrittely, aineiston saattaminen määrälliseen ja tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja otoksen ottaminen perusjoukosta. Otoksen tarkoitus on, että se pätee perusjoukkoon. (Hirsjärvi ym. 2004, 131.) Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. (Heikkilä 2005, 16-17.) Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistettävyyteen, ennustettavuuteen ja kausaaliselityksiin. Kvantitatiivisen tutkimusotteen mukaan todellisuus on objektiivinen ja yhteneväinen ja tutkija pyrkii objektiiviseen kuvaukseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 22-24.) Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista tiedon strukturointi, mittaaminen, mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esittäminen numeroin, tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus sekä suuri vastaajien määrä (Vilka 2007, 17). Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. Sitä usein arvostellaan myös pinnallisuudesta, koska tutkija ei pääse riittävän syvälle tutkittavien maailmaan. (Heikkilä 2005, 16-17.)

8.2 Mittarin laadinta

Tutkimusaineisto kerättiin tutkimusta varten luodulla puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3). Kyselylomake sisälsi kolme avointa kysymystä ja niiden lisäksi 13 monivalintakysymystä, joihin asiakas vastasi ympyröimällä tai rastittamalla itselleen sopivimman vaihtoehdon. Yhteensä kysymyksiä oli 16. Valitsin kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksi, koska koin sen parhaimmaksi vaihtoehdoksi tämän kaltaisen tutkimuksen toteuttamiseen. Kyselylomakkeen avulla voidaan saada tutkimukseen mukaan paljon henkilöitä ja näin esittää useita kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 184; Vilka 2007, 79.) Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on

vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilkka 2007, 79). Hyvän kyselylomakkeen tunnusmerkkejä ovat selkeys, siisti ja houkutteleva ulkoasu. Teksti ja kysymykset on hyvin aseteltu, vastausohjeet ovat selkeät sekä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymykset etenevät loogisesti ja ovat numeroitu juoksevasti. Samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi, joilla voi olla selkeät otsikot. Kyselylomakkeen alussa on helppoja kysymyksiä, lomake ei ole liian pitkä ja lomake on esitestattu. Kyselylomake saa vastaajan tuntemaan vastaamisen tärkeäksi ja vastaukset on helppo käsitellä tilasto-ohjelmalla. (Heikkilä 2005, 48.)

Kyselylomake esitestattiin kolmella henkilöllä ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Nämä kolme ihmistä olivat keski-ikäisiä miehiä, joilla oli todettu kohonnut verenpaine ja jotka kävivät verenpainemittauksilla terveydenhoitajan luona. He eivät kuitenkaan käyneet mittauksilla neuvoloissa, joissa tutkimus toteutettiin. Esitestauksessa ei tullut esille mitään, mikä olisi vaatinut kyselylomakkeen muokkausta. Esitestaaajien mielestä kyselylomake oli selkeä, nopea täyttää (n.10min), lyhyt ja ytimekäs.

8.2 Kohderyhmä ja tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen otos valittiin tutkimuksen perusjoukosta eli Sastamalan perusturvakuntayhtymän maalaiskuntien sivuneuvoloissa käyvistä verenpaineasiakkaista. Jokaisesta ennaltamäärätyistä neljästä sivuneuvolasta valittiin satunnaisesti 10 verenpainemittauksilla käyvää asiakasta. Terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeen niille asiakkaille, joilla oli todettu kohonnut verenpaine. Kohonneeseen verenpaineeseen ei tarvinnut olla erikseen lääkärin toteamaa diagnoosia. Tutkimuskohteet eli sivuneurolat sijaitsivat Äetsässä, Mouhijärvellä, Kiikoisissa ja Laviassa. Valitsin kyseiset sivuneurolat tutkimuskohteiksi, koska Vammalan terveystieteiden neuvolan osastonhoitaja Merja Mäki-Kerttula suositteli, että voisin toteuttaa tutkimuksen kyseisissä maalaiskunnissa. Anottuani tutkimusluvan Sastamalan perusturvakuntayhtymän hallinnolta, sain luvan 12.6.2007 (Liite 1). Tämän jälkeen otin yhteyttä sähköpostilla kyseisten neljän sivuneuvolan terveydenhoitajiin ja kerroin heille tutkimuksesta ja tutkimusluvan hyväksymisestä. Kysyin vielä terveydenhoitajilta suostumusta tutkimukseen ja sovimme käytännön järjestelyt tutkimuksen toteuttamisesta.

Vein kyselylomakkeita ja saatekirjeitä jokaiseen neuvolaan 10 kpl. Näiden lisäksi vein 4 kpl tutkimusta varten tekemiäni palautelaatikoita. Äetsän ja Lavian neuvoloihin vein kyselylomakkeet tiistaina 19.6.2007. Kiikoisten neuvolaan vein kyselylomakkeet 10.7.2007. Mouhijärven neuvolassa tutkimusaika oli heinäkuun viimeiset kaksi viikkoa terveydenhoitajan pitämän kesäloman vuoksi. Terveydenhoitajat lupasivat jakaa kyselylomakkeita aina asiakaskäynnin yhteydessä ja palautelaatikko sijoitettiin paikkaan, johon asiakkaat voisivat palauttaa kyselylomakkeen sen täytettyään. Tarkoitus oli, että asiakas täyttäisi kyselylomakkeen paikan päällä. Aineistonkeruu lopetettiin neuvoloissa 31.7.2007.

8.3 Tutkimusaineiston analysointi

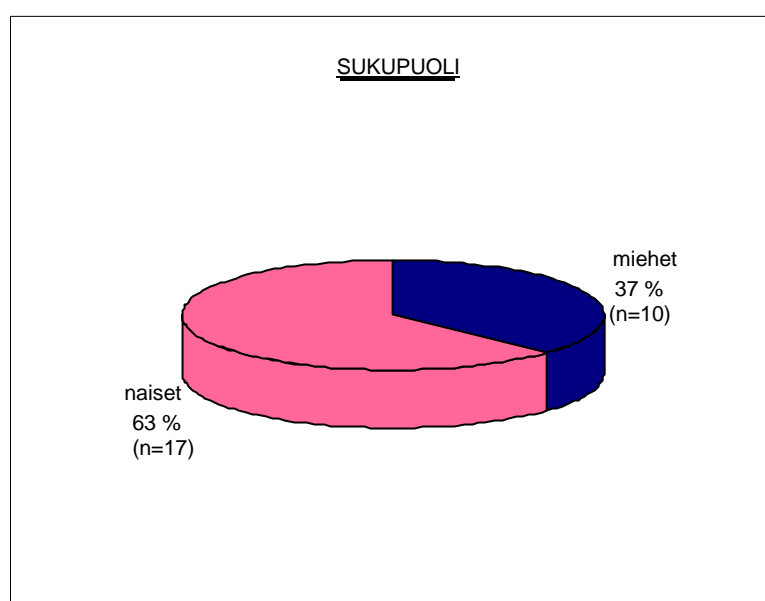
Saatuani kyselylomakkeet aloitin aineiston analysoinnin. Kokosin kaikki palautetut kyselylomakkeet yhteen. Tarkoitus ei ollut erotella, mistä neuvolasta tuli suurin vastausprosentti vaan koota kaikki palautetut kyselylomakkeet yhteen. Aineisto analysoitiin Tixel-aineistonkäsittelyohjelmalla. Syötin kyselylomakkeiden tulokset Tixel-ohjelmaan ja muodostin monivalintakysymyksistä yksiulotteisia jakaumia. Käytin apuna ristiintaulukointia tutkiessani miesten ja naisten elintapaohjeiden noudattamisen eroja. Merkittävimmistä tuloksista muodostin graafisia kaavioita. Avoimet kysymykset analysoin niin, että samantyylliset vastaukset jaottelin omiin luokkiinsa ja ilmoitin ne sanallisesti ja lukumäärällisesti tutkimustuloksissa.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Terveydenhoitajat olivat jakaneet 40:stä kyselylomakkeesta yhteensä 37 kyselylomaketta ja niistä palautettiin takaisin 27 kpl. Vastausprosentti oli 73. Kaikki palautetut kyselylomakkeet oli täytetty, mutta osa vastaajista oli jättänyt joitakin avoimia- ja monivalintakysymyksiä tyhjiksi.

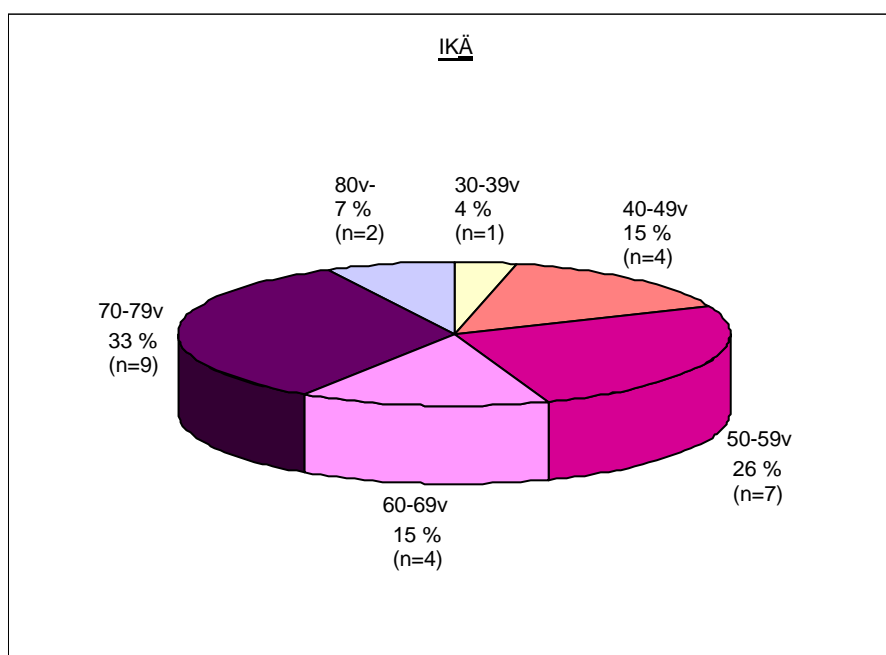
9.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen kuusi ensimmäistä kysymystä kartoittivat taustatietoja eli asiakkaiden sukupuolta, ikää, ja sitä, mikä oli ollut asiakkaiden verenpaine silloin kun heillä oli todettu verenpaine kohonneeksi, oliko asiakkaalle määrätty lääkehoito, oliko asiakkaalla todettu kohonnut kolesterolipitoisuus ja oliko asiakkaalla todettu muita sairauksia. Kuviossa 1 esitetään vastaajien sukupuolijakauma. Vastaajia oli yhteensä 27. Vastaajista naisia oli 63 % (n=17) ja miehiä oli 37 % (n=10) (Kuvio 1).



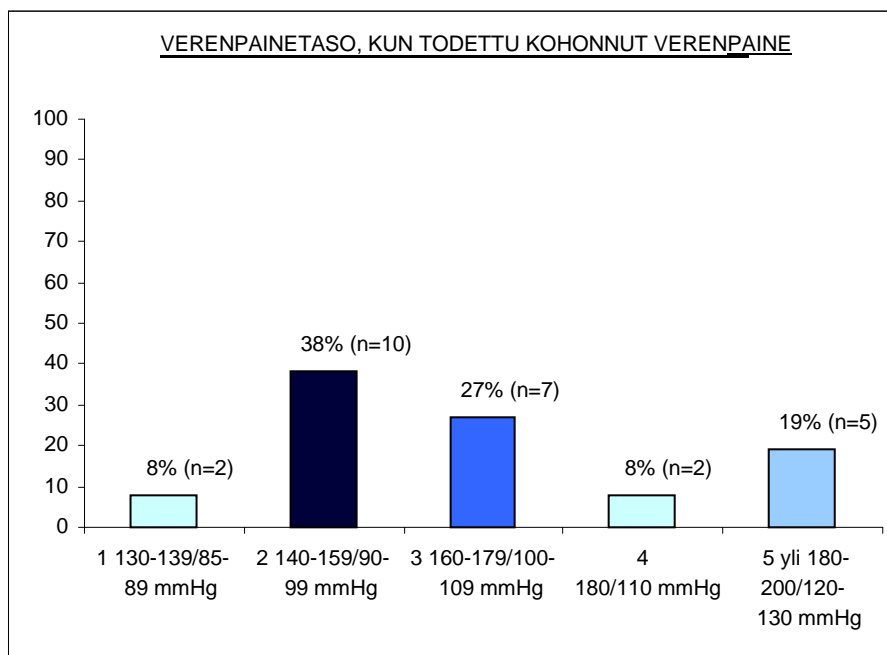
Kuvio 1. Vastaajien sukupuoli

Vastanneiden ikä jakautui niin, että 33 % (n=9) vastaajista oli 70-79-vuotiaita. 50-59-vuotiaita oli 26 % (n=7) vastaajista. Vastaajista 15 % (n=4) oli 40-49-vuotiaita ja 60-69-vuotiaita. Vastaajista 7 % (n=2) oli yli 80-vuotiaita ja 4 % eli yksi vastaaja oli 30-39-vuotias. Kuviossa 2 esitetään vastaajien ikäjakauma (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma

Kuviossa 3 esitetään vastaajien verenpaine silloin, kun heillä oli todettu kohonnut verenpaine. Tulosten mukaan vastaajista 38 % (n=10) oli sitä mieltä, että heidän verenpaineensa oli ollut lievästi koholla. Vastaajista 27 % (n=7) oli sitä mieltä, että heidän verenpaineensa oli ollut kohtalaisesti koholla. Vastaajista 19 % (n=5) oli sitä mieltä, että heillä oli todettu hypertensiivinen kriisi. Vastaajista 8 % eli kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heidän verenpaineensa oli ollut tyydyttävästi koholla. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heidän verenpaineensa oli ollut huomattavasti koholla (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastaajien verenpainetaso sillä hetkellä, kun oli todettu kohonnut verenpaine

1 = tyydyttävä verenpainetaso

2 = lievästi kohonnut verenpaine

3 = kohtalaisesti kohonnut verenpaine

4 = huomattavasti kohonnut verenpaine

5 = hypertensiivinen kriisi

Vastaajista 89 % (n=24) ilmoitti, että heille oli määrätty kohonneeseen verenpaineeseen lääkehoito. Vastaajista 44 % (n=12) ilmoitti, että heillä oli todettu kohonnut kolesterolipitoisuus.

Kun asiakkaalla todetaan kohonnut verenpaine, tutkitaan, onko hänellä lääkärin toteamia muita sairauksia. Kyseisiin sairauksiin kuuluvat kardiovaskulaariset sairaudet, joita ovat sepelvaltimotauti (tai sairastettu sydäninfarkti), aivoverenkierron sairaudet (aivohalvaus, TIA), ääreisvaltimoverenkierron eli perifeerisen verenkierron sairaudet, sydämen vasemman kammion toimintahäiriö (infarktin jälkitila, kardiomyopiat), sydämen vajaatoiminta, hemodynaamisesti merkittävät läppäsairaudet tai sairastettuja rytmihäiriöitä. Muut sairaudet joita tutkitaan, ovat diabetes, munuaissairaus tai -vaurio, astma ja kihti. Vastaajista 56 % (n=15) ilmoitti, että heillä oli todettu jokin muu sairaus. Kuusi vastaajaa ilmoitti sairastavansa diabetesta. Vastaajista kaksi ilmoitti, että heillä oli astma, kaksi ilmoitti sairastavansa sydämen vajaatoimintaa ja kaksi ilmoitti sairasta-

vansa sepelvaltimotautia. Kaksi vastaajista ilmoitti, että he olivat saaneet rytmihäiriöitä. Yksi vastaaja ilmoitti, että hänellä on läppäsairaus, aivoverenkiertosairaus ja kihti.

9.2 Elintapasuosituksia koskevan tiedon hankkiminen

Vastaajista 96 % (n=26) oli sitä mieltä, että he olivat tietoisia elintapaohjeista. Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksesta tietoisia ilmoitti olleensa 50 % (n=13) vastaajista. Vastaajista 89 % (n=24) oli sitä mieltä, että he olivat saaneet elintapaohjeita. Vastaajista 54 % (n=13) ilmoitti saaneensa elintapaohjeita terveydenhoitajalta. Vastaajista 29 % (n=7) ilmoitti saaneensa elintapaohjeita lääkäriltä sekä terveydenhoitajalta. Vastaajista 17 % (n=4) ilmoitti saaneensa lääkäriltä elintapaohjeita. Kukaan vastaajista ei ollut mielestään saanut elintapaohjeita sairaanhoitajalta.

Ensimmäisen avoimen kysymyksen aiheena oli, kuinka kauan asiakas oli käynyt terveydenhoitajan luona verenpainemittausten seurantakäynneillä. Kolme vastaajaa ilmoitti käyneensä kymmenen vuotta seurantakäynneillä. Kolme vastaajaa ilmoitti käyneensä neljä vuotta seurantakäynneillä. Kaksi vastaajaa ilmoitti käyneensä yhden vuoden tai kaksi vuotta seurantakäynneillä. Yksi vastaaja ilmoitti käyneensä kolme vuotta seurantakäynneillä. Kaksi vastaajaa ilmoitti käyneensä kaksi vuotta seurantakäynneillä. Yksi vastaaja ilmoitti käyneensä seitsemän vuotta ja yksi vastaaja ilmoitti käyneensä kahdeksan vuotta seurantakäynneillä. Kaksi vastaajaa ilmoitti käyneensä 12 vuotta seurantakäynneillä. Yksi vastaaja ilmoitti käyneensä 17 vuotta seurantakäynneillä. Yksi vastaaja ilmoitti käyneensä 22 vuotta ja myös yksi vastaaja ilmoitti käyneensä 25 vuotta seurantakäynneillä. Seitsemän vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

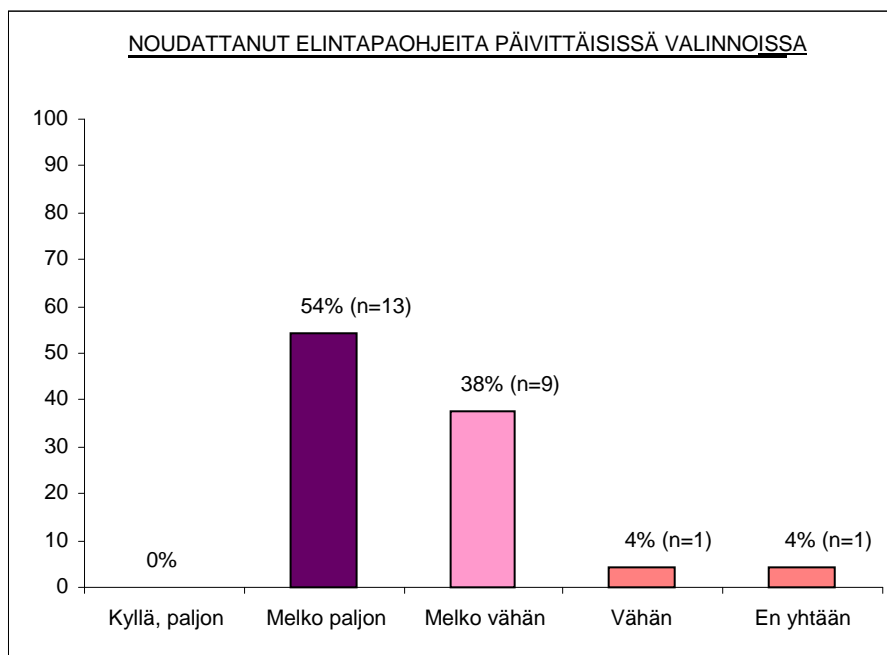
Toisen avoimen kysymyksen aiheena oli, kuinka usein asiakas käy terveydenhoitajan luona seurantakäynneillä. Vastausvaihtoehdoiksi oli annettu viikossa x kertaa, kuukaudessa x kertaa tai satunnaisesti. Kaksi vastaajaa ilmoitti käyneensä kerran viikossa seurantakäynneillä. Yksi vastaaja ilmoitti käyneensä kaksi kertaa kuukaudessa seurantakäynneillä ja 11 vastaajaa ilmoitti käyneensä kerran kuukaudessa seurantakäynneillä. 13 vastaajaa ilmoitti käyneensä satunnaisesti seurantakäynneillä.

Kolmannen avoimen kysymyksen aiheena oli asiakkaiden oma elintapaohjeiden tiedonhankinta muista lähteistä. Jos asiakkaat olivat itse hankkineet tietoa elintapojen muuttamisesta, selvitin mistä lähteistä he olivat sitä hankkineet. Vastausvaihtoehtoina oli: Sukulaiset, ystävät, tuttavat, terveys- ja/tai potilasjärjestöt, lehdet ja kirjat, radio ja tv, Internet, Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suositus, elintarvikkeiden tuoteselosteet. Vastausvaihtoehdoksi oli annettu myös; Muualta, mistä? Kysymykseen vastattiin rastittaen vaihtoehto tai useita vaihtoehtoja.

Osa vastaajista oli rastittanut useita vaihtoehtoja. Kaksi vastaajista ilmoitti hankkineensa tietoa sukulaisilta, ystäviltä ja tuttavilta ja viisi vastaajaa oli valinnut useita vaihtoehtoja. Yksi vastaaja ilmoitti hankkineensa tietoa terveys- ja/tai potilasjärjestöjen kautta ja kolme vastaajaa oli valinnut useita vaihtoehtoja. Neljä vastaajista ilmoitti hankkineensa tietoa lehdistä ja kirjoista ja yhdeksän vastaajaa oli valinnut useita vaihtoehtoja. Yksi vastaaja ilmoitti hankkineensa tietoa radion ja tv:n kautta ja yksi vastaaja oli valinnut useita vaihtoehtoja. Kaksi vastaajaa ilmoitti hankkineensa tietoa Internetin kautta ja he olivat hankkineet tietoa muistakin lähteistä. Yksi vastaaja ilmoitti hankkineensa tietoa Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksesta. Elintarvikkeiden tuoteselosteista ilmoitti hankkineensa tietoa kaksi vastanneista ja he olivat hakeneet tietoa myös muista lähteistä. Kysymykseen muualta, mistä? oli vastannut kaksi vastaajaa. Annetut vastaukset olivat ammattikoulu sekä terveyskeskus. Kysymykseen vastaamatta jättäneitä oli kahdeksan vastaajaa.

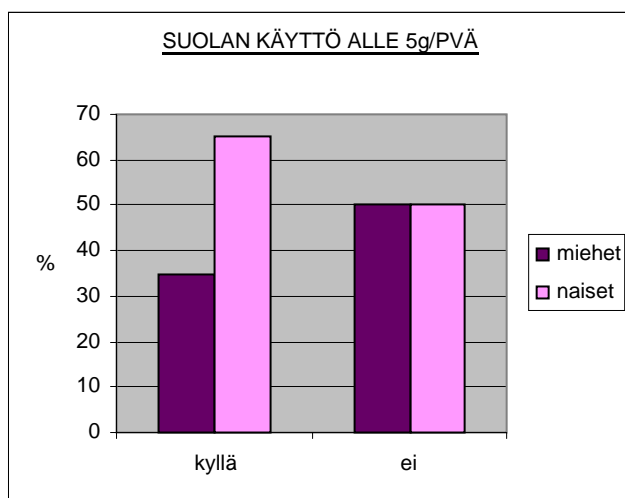
9.3 Elintapaohjeiden noudattaminen

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli, miten asiakkaat ovat omasta mielestään noudattaneet kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita? Kysyttäessä, olivatko asiakkaat noudattaneet elintapaohjeita päivittäisissä valinnoissaan, vastaajista 54 % (n=13) ilmoitti noudattaneensa elintapaohjeita päivittäisissä valinnoissaan ”melko paljon.” Vastaajista 38 % (n=9) ilmoitti noudattaneensa niitä ”melko vähän.” Yksi vastaaja ilmoitti noudattaneensa elintapaohjeita päivittäisissä valinnoissaan joko ”vähän” tai ”ei yhtään.” Vastausvaihtoehtoa ”kyllä, paljon” ei ollut valinnut kukaan.



Kuvio 4. Miten oli noudattanut elintapaohjeita päivittäisissä valinnoissa

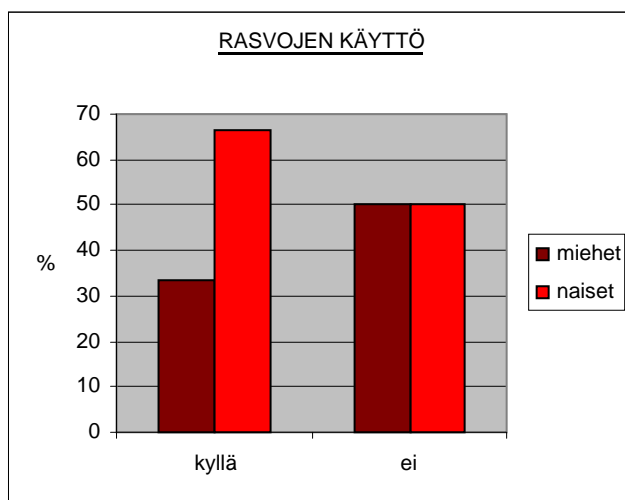
Toinen tutkimuskysymys oli, mitä kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita asiakkaat kertovat noudattaneensa? Tulosten mukaan 83 % (n=20) ilmoitti käyttäneensä päivittäin ruokasuolaa alle 5g. Kuviossa 5 esitetään miesten ja naisten ruokasuolan käyttö. Naisista 65 % (n=13) ja miehistä 35 % (n=7) ilmoitti käyttäneensä ruokasuolaa alle 5g päivässä (Kuvio 5).



Kuvio 5. Ruokasuolan käyttö alle 5g/päivä

Suolan lisäämistä ruokapöydässä tai ruoanvalmistuksessa ilmoitti välttäneensä vastaajista 92 % (n=23).

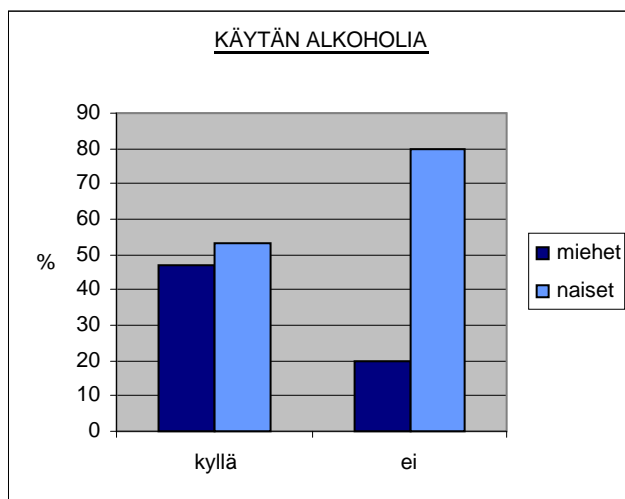
Tulosten mukaan vastaajista 82 % (n=18) ilmoitti käyttäneensä päivittäin rasvoja elintapasuositusten mukaisesti eli pehmeää rasvaa päivässä vähintään 2/3 rasvojen kokonaismäärästä ja siitä korkeintaan 1/3 oli kovaa rasvaa. Kuviossa 6 esitetään naisten ja miesten rasvojen käyttö. Naisista 67 % (n=12) ja miehistä 33 % (n=6) ilmoitti käyttäneensä rasvoja elintapasuositusten mukaisesti (Kuvio 6).



Kuvio 6. Vastaajien elintapasuositusten mukainen rasvojen käyttö

Vastaajista 36 % (n=9) ilmoitti käyttäneensä Sydänmerkki-tuotteita. Vastaajista 50 % (n=13) ilmoitti syöneensä kalaa kaksi kertaa viikossa. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja vähintään 500 g päivässä ilmoitti syöneensä 58 % (n=15) vastaajista. Vastaajista 100 % (n=27) ilmoitti syöneensä kuituja vähintään 25-30 g päivässä. Vastaajista 88 % (n=23) ilmoitti välttäneensä syömästä lakritsia.

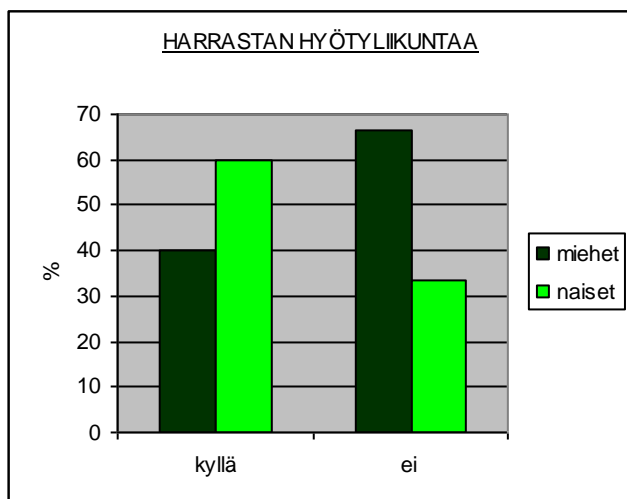
Vastaajista 63 % (n=17) ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Kuviossa 7 esitetään naisten ja miesten alkoholinkäyttö. Tulosten mukaan miehistä 47 % (n=8) ja naisista 53 % (n=9) ilmoitti käyttävänsä alkoholia (Kuvio 7).



Kuvio 7. Vastaajien elintapasuositusten mukainen alkoholin käyttö

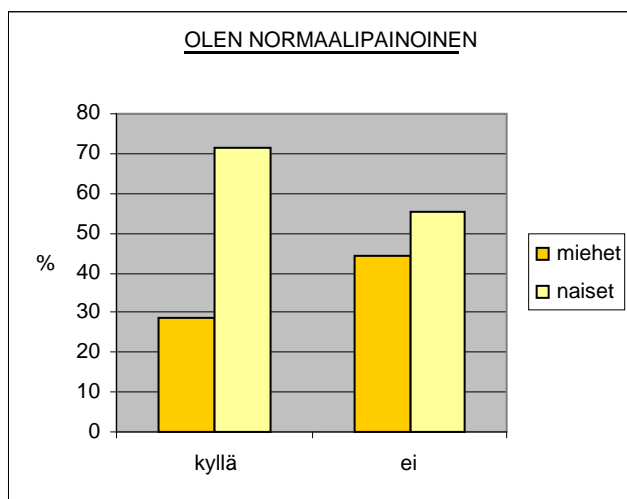
Vastaajista 71 % (n=12) ilmoitti juoneensa alkoholia elintapasuositusten mukaisesti määrätyn ravintola-annoksen viikossa, miehiä heistä oli seitsemän ja naisia oli viisi. Vastaajista 41 % (n=7) ilmoitti vähentäneensä alkoholin käyttöä, kun heillä oli todettu kohonnut verenpaine. Vastaajista 26 % (n=7) ilmoitti olevansa tupakoivia, miehiä heistä oli neljä ja naisia oli kolme. Tupakoinnin halusivat lopettaa kaikki viisi siihen kysymyseen vastannutta, ja he ilmoittivat myös vähentäneensä tupakointia, kun heillä oli todettu kohonnut verenpaine.

Vastaajista 42 % (n=10) ilmoitti harrastaneensa liikuntaa 2-3 kertaa viikossa 30-45 minuuttia kerrallaan. Puolet heistä oli miehiä ja puolet oli naisia. Vastaajista 21 % (n=5) ilmoitti harrastaneensa päivittäin liikuntaa, naisia heistä oli neljä ja miehiä oli yksi. Vastaajista 13 % (n=3) ilmoitti harrastaneensa kerran viikossa liikuntaa, heistä naisia oli kaksi ja yksi oli mies. Vastaajista 13 % (n=3) ilmoitti harrastaneensa muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikuntaa ja he olivat naisia. Vastaajista 13 % (n=4) ilmoitti, ettei voinut harrastaa liikuntaa vamman tai sairauden vuoksi, heistä miehiä oli kolme ja yksi oli nainen. Kuviossa 8 esitetään naisten ja miesten hyötyliikunnan harrastamisen osuus. Tulosten mukaan vastaajista 87 % (n=20) ilmoitti harrastaneensa hyötyliikuntaa, heistä naisia oli 60 % (n=12) ja miehiä oli 40 % (n=8) (Kuvio 8).



Kuvio 8. Harrastan hyötyliikuntaa

Asiakkaiden normaalipainon selvitin siten, että pyysin heitä ilmoittamaan pituutensa ja painonsa ja laskin erikseen jokaisen painoindeksin. Kuviossa 9 esitetään miesten ja naisten normaalipaino. Tulosten mukaan 29 % (n=7) vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat normaalipainoisia. Naisista 71 % (n=5) ja miehistä 29 % (n=2) oli sitä mieltä, että he olivat normaalipainoisia (Kuvio 9). Tarvetta painon pudottamiseen ilmoitti kokeneensa 68 % (n=17) vastaajista.

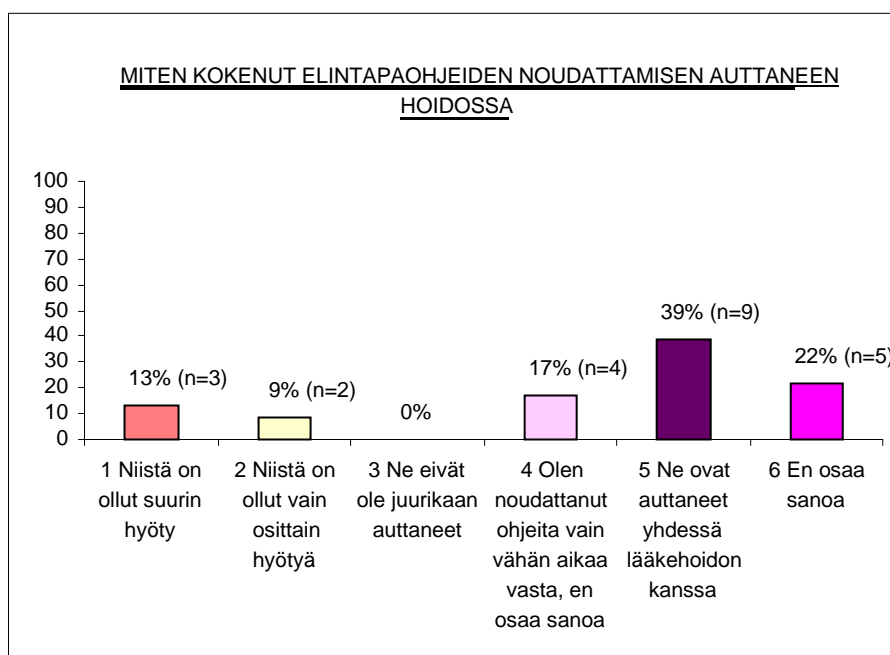


Kuvio 9. Olen normaalipainoinen

Vastaajista 35 % (n=8) oli sitä mieltä, että heidän elämänsä oli harvoin stressaavaa. Vastaajista 26 % (n=6) oli sitä mieltä, että heidän elämänsä oli usein stressaavaa. Vastaajista 22 % (n=5) oli sitä mieltä, että heidän elämänsä ei ollut juurikaan stressaavaa.

Jatkuvaa stressiä ei ollut vastaajien mielestä kenelläkään. Vastaajista 88 % (n=17) oli sitä mieltä, että he kykenivät hallitsemaan stressiä.

Kolmas tutkimuskysymys oli, miten asiakkaat ovat kokeneet elintapaohjeiden noudattamisen kohonneen verenpaineen hoidon yhteydessä? Kuviossa 10 esitetään asiakkaiden kokemuksia elintapaohjeiden noudattamisen auttamisesta kohonneen verenpaineen hoidossa. Tulosten mukaan 39 % (n=9) oli sitä mieltä, että elintapojen noudattaminen yhdessä lääkehoidon kanssa oli auttanut hoidossa, heistä 89 % (n=8) oli naisia ja yksi oli mies. Vastaajista 17 % (n=4) ilmoitti, että he olivat noudattaneet ohjeita vasta vähän aikaa, joten he eivät osanneet sanoa. Heistä miehiä oli kolme ja yksi nainen. Vastaajista 13 % (n=3) oli sitä mieltä, että elintapaohjeiden noudattamisesta oli ollut suurin hyöty, heistä yksi oli mies ja naisia oli kaksi. Vastaajista 9 % (n=2) oli sitä mieltä, että heille oli ollut vain osittain hyötyä elintapaohjeiden noudattamisesta, he olivat mies ja nainen. Vastaajista viisi ei osannut vastata kysymykseen mitään (Kuvio 10).



Kuvio 10. Miten on kokenut elintapaohjeiden noudattamisen auttaneen hoidossa

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan kahdella termillä, reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Jos kaksi eri tutkijaa saa samasta aiheesta samanlaiset tulokset, voidaan tulosta pitää reliabelina. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tutkimus on luotettava ja tarkka, kun toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta tutkijasta. Tutkimuksen reliabiliteettia tulee arvioida jo tutkimuksen aikana. (Vilka 2007, 149-154.) Tutkijan on oltava koko tutkimuksen ajan kriittinen ja tarkka. Virheitä voi sattua tietoja kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. Tärkeätä tutkijalle onkin taito tulkita tulosteet oikein ja käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hän hallitsee hyvin. (Heikkilä 2005, 30.)

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. Mittari ei välttämättä aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija on kuvitellut tutkivansa. Kyselylomakkeen vastaukset on voitu käsittää väärällä tavalla, miten tutkija on halunnut tarkoittaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tutkimuksen validiteetissa on kyse siitä, miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle. Määrällisessä tutkimuksessa ei voi välttyä käsittely-, mittausta-, kato- ja otantavirheilta. Tutkijan on oltava rehellinen, paljastettava tutkimuksensa virheet, arvioitava virheiden vaikutusta tuloksiin, tulosten hyödyntämiseen ja tulosten soveltamiseen. (Vilka 2007, 149-154.) Perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2005, 29.)

Laatimani kyselylomake esitettiin kolmella henkilöllä ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Nämä kolme ihmistä olivat keski-ikäisiä miehiä, joilla oli todettu kohonnut verenpaine ja jotka kävivät verenpainemittauksilla terveydenhoitajan luona. He eivät kuitenkaan käyneet mittauksilla neuvoloissa, joissa tutkimus toteutettiin. Esitestauksessa ei tullut esille mitään, mikä olisi vaatinut kyselylomakkeen muokkausta. Esitestaajien mielestä kyselylomake oli selkeä, nopea täyttää (n.10min), lyhyt ja ytimekäs. Kyselylomakkeen esitestausta antoi tutkimukselle luotettavuutta. Esitestauksessa testaajina voivat olla esimerkiksi perusjoukkoon kuuluvat. Testaamisen avulla arvioidaan mittarin

toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, mittarin vastausohjeiden selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä, selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, kysymysten kykyä mitata juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata ja lomakkeen pituutta ja vastaamisen käytetyn ajan kohtuullisuutta. (Vilka 2007, 78.) Testaamisen jälkeen tehdään tarpeelliset muutokset lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluun ja vastausvaihtoehtoihin (Heikkilä 2005, 61).

Laatimani saatekirje (Liite 2) oli lyhyt, ytimekäs, kohtelias, motivoiva, selkeä ja vastaaja puhutteleva. Siinä esiteltiin tutkija ja tutkimuksen tarkoitus. Saatekirjeestä ilmeni myös, että tutkimus on luottamuksellinen ja vastaajan henkilöllisyys ei tule tutkijan tietoon missään vaiheessa. Saatekirjeessä oli kyselylomakkeen palautusohje. Kyselylomakkeiden palauttaminen palautelaatikoihin lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan osoitetiedot saatekirjeen lopussa lisäsivät myös tutkimuksen luotettavuutta, koska siten vastaajat uskoivat tutkijan konkreettisuuteen ja tutkimuksen aitouteen. Tutkimusta koskevia yhteydenottoja minulle ei tullut. Saatekirje on sivun mittainen teksti, joka sisältää tietoa tutkimuksesta. Saatekirjeen perusteella tutkittava voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä. Saatekirjeestä tulee ilmetä muun muassa tutkittavan puhuttelu, vastaamiseen menevä aika, tutkimusongelma, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimuksen osapuolet, tutkimuksen valmistumisajankohta, kyselylomakkeen palautusohje, tutkimuksesta vastaavan tahon yhteystiedot sekä tieto siitä, että vastaajan henkilösuoja on turvattu ja kiitokset vastaajalle. (Vilka 2007, 88; Heikkilä 2005, 61.)

Pyysin myöhemmin syksyllä palautetta kyseisten sivuneuvolojen terveydenhoitajilta, miten tutkimus oli sujunut ja miten se oli otettu vastaan. En tuo esille sitä, mistä neuvolasta on kyse tai kuka on kyseinen terveydenhoitaja. Esitän terveydenhoitajien antamia suoria lainauksia.

Kysely oli helppo antaa.

Kyselyyn vastasivat sellaiset henkilöt, joilla oli silmälasit mukana ja jotka olivat aktiivisia hoidossaan.

Kysely oli aika pitkä, joten edellytti viitseliäisyyttä asiakkaalta. Suurin osa, jolle kaavakkeen annoin, sanoi, että kyllä opiskelijoita täytyy auttaa.

Asiakkaat eivät kuitenkaan olleet halukkaita täyttämään kyselyä odotustilassa, vaan halusivat viedä kyselylomakkeen kotiin. Syyksi mainitsivat, että haluavat rauhassa pa-

neutua kysymyksiin, tai heidän mielestään kysymyksiä oli niin paljon, tai silmälasit olivat jääneet kotiin.

Minusta tutkimus oli hyvä asia ja mielelläni jaoin kyselykaavakkeita.

Kyselylomakkeita täyttivät ihan mukisematta, kuultuaan tutkimuksen tarkoituksen. Ainoa ongelma oli joillakin se, että eivät nähneet, koska silmälasit olivat kotona (nämä eivät täyttäneet).

Kaikki kyselylomakkeet oli jaettu, lukuun ottamatta Mouhijärven neuvolaa, koska tutkimusaika jäi siellä lyhyemmäksi kuin muualla. Koska lähes kaikki kyselylomakkeet oli jaettu, kertoo se vastaajien innokkuudesta osallistua tutkimukseen. Toisaalta, koska kaikkia kyselylomakkeita ei palautettu, toi pieneksi jäänyt otos ja melko pieni vastausprosentti tutkimukseen epäluotettavuutta. Olin varautunut siihen, että todennäköisesti kyselylomakkeiden palauttamisessa syntyy katoa. Toivoin kuitenkin, että kaikki jaetut kyselylomakkeet palautettaisiin, jotta olisin saanut kattavan ja luotettavan tutkimusaineiston.

Tutkimuksen epäluotettavuutta lisääviä tekijöitä olivat joihinkin kysymyksiin vastamatta jättäminen tai huolimattomasti vastaaminen. Asiakkaat eivät olleet välttämättä ymmärtäneet kysymyksiä siten, kuten tutkija oli tarkoittanut. Annetut vastausvaihtoehdot oli voitu kokea riittämättömiksi tai huonoiksi. Pitää ottaa huomioon myös, olivatko asiakkaat vastanneet kysymyksiin rehellisesti, koska tutkimuksessa kartoitettiin asiakkaiden elintapoja. Olisiko haastattelututkimuksen avulla saatu rehellisempiä ja laadullisempia vastauksia? Kyselylomakkeen haittoina pidetään sitä, että ei voi tietää, ovatko vastaajat suhtautuneet vakavasti tutkimukseen, ja vastaavatko he huolellisesti jokaiseen kysymykseen. Ei voi myöskään tietää, jos vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset väärin, eikä niin kuten tutkija on halunnut. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.)

Epäluotettavuutta lisäsi myös se, että kaikki asiakkaat eivät olleet täyttäneet kyselylomaketta paikan päällä, joka oli tutkimuksen tarkoitus. Kyselylomake oli kuitenkin pyritty laatimaan siten, että se olisi helposti ja nopeasti täytettävissä asiakaskäynnin jälkeen ja sen voisi heti tiputtaa palautelaatikkoon. Terveystieteiltä saatujen palautteiden mukaan kyselylomake oli koettu liian pitkäksi. Ehkä yksi syy kyselylomakkeiden täyttämättä jättämiseen ja niiden matkan varrelle jäämiseen on vastaajien ikä. Vanhemmat ihmiset eivät välttämättä joko halua ottaa osaa tällaiseen tutkimukseen (motivaation

puute) tai eivät osaa täyttää kyselylomaketta (johtuen asiakkaiden huonosta näöstä ja siitä, koska silmälasit olivat jääneet kotiin tai lomakkeen monimutkaisesta ja epäselvästä sisällöstä). Terveystenhoitajien saatujen palautteiden mukaan usealla vastaajasta oli jäänyt silmälasit kotiin ja sen vuoksi he kokivat, että halusivat täyttää kyselylomakkeen kotona. Pyysin terveystenhoitajia kyselemään matkan varrelle jääneiden kyselylomakkeiden perään, mutta siitä huolimatta niitä ei palautettu takaisin. Oliko kaikkia asiakkaita informoitu selkeästi palautelaatikon sijainnista? Oliko saatekirje hyvä ja tarkoituksenmukainen? Olisiko kyselylomakkeessa ollut parantamisen varaa?

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten terveyskeskuksen asiakkaat, joilla on todettu kohonnut verenpaine ovat omasta mielestään noudattaneet hoitoon liittyviä elintapaohjeita. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kohonnutta verenpainetta sairastavat ihmiset entistä enemmän painottamaan kohonneen verenpaineen hoidossa elintapojen muuttamista terveellisemmäksi ja ymmärtämään terveellisten elintapojen merkitys. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa elintapaohjeiden noudattamisesta, jonka avulla voidaan tukea verenpaineasiakkaiden elintapamuutoksia kohonneen verenpaineen hoidossa ja ohjauksen yhteydessä, ja toteuttaa elintapaohjausta paremmin.

Terveystenhoitajat olivat jakaneet 40:stä kyselylomakkeesta yhteensä 37 kyselylomaketta ja niistä palautettiin takaisin 27 kpl. Vastausprosentti oli 73. Kaikki palautetut kyselylomakkeet oli täytetty, mutta osa vastaajista oli jättänyt joitakin avoimia- ja monivalintakysymyksiä tyhjiksi. Tutkimuksen otos valittiin tutkimuksen perusjoukosta eli Sastamalan perusturvakuntayhtymän maalaiskuntien sivuneuvoloissa käyvistä verenpaineasiakkaita. Jokaisesta ennalta määrätystä neljästä sivuneuvolasta valittiin satunnaisesti 10 verenpainemittauksilla käyvää asiakasta. Terveystenhoitajat jakoivat kyselylomakkeen niille asiakkaille, joilla oli todettu kohonnut verenpaine. Kohonneeseen verenpaineeseen ei tarvinnut olla erikseen lääkärin toteamaa diagnoosia.

Kyselylomake vastasi onnistuneesti kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseen. Vastaajista suurin osa oli naisia. Tulos osoitti, että naisilla oli joko enemmän havaittu kohonnuttu verenpainetta tai naiset olivat hakeutuneet miehiä enemmän lääkärin/terveydenhoitajan vastaanotoille ja sitä kautta oli todettu kohonnut verenpaine. Naisten suuri osuus voi osoittaa senkin, että naiset ottivat osaa tutkimukseen innokkaammin kuin miehet tai sattumalta tutkimusaikana kävi verenpainemittauksilla enemmän naisia kuin miehiä.

Enimmäkseen vastaajia löytyi eläkeikäisistä ja ikäihmisistä. Käyttämäni luokittelun perusteella ei saada selville vastaajien tarkkaa ikää, mutta tarkoitus oli kartoittaa, onko vastaaja nuori, keski-ikäinen vai ikäihminen. Tulos osoitti, että enimmäkseen kohonnuttu verenpainetta todettiin vanhemmissa ikäluokissa ja nimenomaan ikäihmisillä. Harvemmin nuorilla ihmisillä todetaan kohonnut verenpaine tai muita sydän- ja verenkiertoelinsairauksia. Vanhemmiten sairastetaan ehkä enemmän ja enimmäkseen vanhemmilla ihmisillä todetaan sydän- ja verenkiertoelinsairauksia.

Suurimmaksi osaksi vastaajat olivat olleet sitä mieltä, että heillä oli todettu joko lievästi tai kohtalaisesti koholla ollut verenpaine. Näissä tilanteissa aloitetaan hoito antamalla aluksi elintapaohjausta ja asiakkaalle määrätään säännölliset verenpainemittausten seurantakäynnit. Seurantakäyntien laajuus ja mahdollinen lääkehoidon aloitus riippuu verenpainetasosta. Oli hyvä, että verenpainetasot eivät olleet korkeita, joten ne voisivat olla korjattavissa elintapamuutoksella.

Vastaajista 56 % (n=15) ilmoitti, että heillä oli todettu jokin muu sairaus kohonneen verenpaineen lisäksi. Suurin osa eli kuusi vastaajaa ilmoitti sairastaneensa diabetesta. Kohonnut verenpaine ja diabetes liittyvät olennaisesti toisiinsa, ja elintapojen muuttamisella on suuri osuus ehkäistäessä ja hoidettaessa varsinkin tyyppi 1 diabetesta.

Elintapaohjeista tietoisia ilmoitti olleensa lähes kaikki vastaajista. Tulos oli tärkeä, koska se osoitti, että asiakkaiden mielestä he olivat tietoisia elintapasuosituksista, vaikka eivät niitä olisi käyttäneenkään. Ei ole välttämättä kyse tiedon puutteesta vaan omasta piittaamattomuudesta noudattaa terveellisempiä elintapoja. Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksesta tietoisia ilmoitti olleensa melkein puolet vastaajista. Käypä Hoito-suositukset löytyvät Internetistä, joten monet eivät ehkä saa niitä käsiinsä. Ehkä

tulevaisuudessa ne tulevat ihmisten tietoisuuteen paremmin, sillä esimerkiksi kyseisestä Kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksesta löytyy perusteellinen selvitys kohonneesta verenpaineesta. Vastaajista lähes kaikki ilmoitti saaneensa elintapaohjeita. Tulos osoitti, että asiakkaiden mielestä he olivat saaneet elintapaohjeita joltakin taholta, joten sen perusteella ei olisi ollut kyse tiedon puutteesta. Kysymyksestä ei ilmene se, onko elintapaohjaus ollut laadultaan ja määrältään riittävää ja tarkoituksenmukaista.

Suurin osa vastaajista ilmoitti hankkineensa tietoa elintapojen muuttamisesta lehdistä ja kirjoista. Heitä oli yhteensä 13 vastaajaa. Sukulaisilta, ystäviltä ja tuttavilta tietoa hankkineita oli yhteensä seitsemän vastaajaa. Tulos osoitti, että ihmiset olivat hakeneet tietoa runsaasti lehtien ja kirjojen kautta ja keskustellen ihmisten kanssa. Näin ollen ihmiset ovat kiinnostuneita omasta terveydentilastaan.

Vastaajista 54 % (n=13) ilmoitti noudattaneensa elintapaohjeita melko paljon ja 38 % (n=9) vastaajista ilmoitti noudattaneensa niitä melko vähän. Tulos osoitti, että asiakkaat noudattivat mielestään melko hyvin elintapoja, mutta mielestäni paremminkin niitä voisi noudattaa. Tulos ei osoittanut sitä, mitä elintapoja he mielestään noudattivat, mutta tulos antoi tietoa siitä, että niitä noudatettiin tai ainakin pyritään noudattamaan.

Vastaajista 83 % (n=20) ilmoitti käyttäneensä suolaa elintapasuosituksen mukaisesti. Suolan lisäämistä ruokapöydässä tai ruoanvalmistuksessa ilmoitti välttäneensä vastaajista 92 % (n=23). Vastanneista 82 % (n=18) ilmoitti käyttäneensä rasvoja elintapasuosituksen mukaisesti. Tulokset olivat tärkeitä, koska suurin osa vastaajista ilmoitti käyttäneensä suolaa ja rasvaa elintapasuosituksen mukaisesti.

Sydänmerkki-tuotteita ilmoitti käyttäneensä 1/3 vastaajista. Sydänmerkki-tuotteet on todettu hyväksi terveydelle ja siksi ihmisten, joilla on riski sairastua sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin tai jotka jo sairastavat sydän- tai verenkiertoelinsairauksia, olisi suositeltavaa käyttää Sydänmerkki-tuotteita. Tuotteissa on otettu huomioon vähäsuolaisuus ja vähärasvaisuus. Sydänmerkki-tuotteet ovat melko uusi tuotemerkki Suomessa, joten ehkä niiden käyttö lisääntyy ajan myötä.

Vastaajista noin puolet ilmoitti syöneensä kalaa kaksi kertaa viikossa, joten tulosten mukaan kalaa ei syöty elintapasuosituksen mukaan riittävän usein. Kalan osuutta ruoanvalmistuksessa pitäisi lisätä, koska siten varmistettaisiin kalarasvojen riittävä saanti.

Kasviksia, hedelmiä ja marjoja vähintään 500 g päivässä ilmoitti syöneensä lähes puolet vastaajista. Tulos osoitti, että kasviksia, hedelmiä ja marjoja syötiin, mutta ei elintapasuositusten mukaan riittävästi. Kysymys kuuluu, syökö kukaan 500 g päivässä kasviksia, hedelmiä ja marjoja? Kuituja vähintään 25-30 g päivässä ilmoitti syöneensä kaikki vastaajista. Tulos oli tärkeä, koska kuitujen syömistä suositellaan.

Saadut tulokset alkoholin käytöstä eivät yllättäneet tutkijaa, koska suomalaisten alkoholinkulutus on noussut. Oli tärkeää, että vastaajat pyrkivät kuitenkin noudattamaan elintapasuositusten mukaista alkoholin käyttöä. Tupakoivia oli vastaajista seitsemän. Tupakoinnin halusivat lopettaa kaikki viisi siihen kysymykseen vastannutta, ja he ilmoittivat vähentäneensä tupakointia, kun heillä oli todettu kohonnut verenpaine. Oli hyvä, että kaikki halusivat lopettaa tupakoinnin. Oma haasteensa on, miten asiakkaita tuetaan tupakoinnin lopettamisessa.

Kymmenen ilmoitti harrastaneensa liikuntaa 2-3 kertaa viikossa 30-45 minuuttia kerrallaan, puolet heistä oli miehiä ja puolet naisia. Vastaajista viisi ilmoitti harrastaneensa päivittäin liikuntaa, naisia heistä oli neljä ja yksi mies. Voidaan pohtia, liikkuko kovinkaan moni iäkkäämmistä ihmisistä elintapasuositusten mukaisesti? Onko suositus liian ankara nykypäivänä? Ihmisillä voi olla kiireinen elämänrytmi, joten heillä ei ole aikaa liikuntaharrastuksille. Jotkin vakavat sairaudet myös rajoittavat aktiivista liikuntaa. Ihmiset eivät myöskään välttämättä jaksaviitsi harrastaa liikuntaa. Tästä syystä oli tärkeää, että hyötyliikunnan osuus oli suuri, sillä tulosten mukaan vastaajista melkein 2/3 ilmoitti harrastaneensa hyötyliikuntaa.

Tulosten mukaan vastaajista alle kymmenen oli sitä mieltä, että he olivat normaalipainoisia. Suurin osa ylipainoisista ilmoitti, että he kokivat tarvetta painon pudottamiseen, joka oli tärkeä tulos. Laihduttaminen on pitkä prosessi, mutta mahdollinen. Haasteena onkin, miten tuetaan asiakasta ylipainon pudottamisessa.

Suurin osa oli sitä mieltä, että yhdessä lääkehoidon kanssa elintapojen noudattaminen oli auttanut kohonneen verenpaineen alentamisessa. Tulos osoitti, että asiakkaiden mielestä yhdessä lääkityksen kanssa elintapoja noudatettiin tai ainakin pyrittiin noudattamaan. Tuloksesta ei selvinnyt, mikä oli elintapojen noudattamisen hyöty kohonneen verenpaineen alentamisessa. Vastaajista kolmelle elintapaohjeiden noudattamisesta oli

ollut eniten hyötyä ja kahdelle vastaajalle osittain hyötyä. Mielestäni tulosten perusteella elintapaohjauksen määrään ja laatuun on syytä panostaa terveydenhuollossa, jotta elintapaohjeiden noudattaminen lisääntyisi tulevaisuudessa.

Opinnäytetyössä selvitettiin terveyskeskuksen asiakkaiden mielipiteitä elintapaohjeiden noudattamisesta ja saadut tutkimustulokset osoittivat, että joitakin yhteneväisyyksiä löytyy tämän opinnäytetyön tutkimustulosten ja aikaisempien tutkimuksien tulosten väliltä.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kiinnittämällä huomiota ohjauksen toteuttamiseen ja ohjausmenetelmien kehittämiseen avoterveydenhuollossa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Jatkossa voisi elintapojen noudattamista tutkia selvittämällä asiakkaiden yksittäisiin elintapasuositukseen liittyvää käyttäytymistä laadullisesti siten, että tutkii kaikkia elintapasuositukseen kuuluvia asioita erikseen. Sil- lä tavalla voi saada tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa ihmisten elintavoista. Tä- män tutkimuksen tulosten perusteella verenpaineasiakkaiden elintapojen noudattaminen on melko hyvää, mutta sitä pitää vielä parantaa. Se onnistuu, kun kiinnitetään huomiota elintapaohjauksen määrään ja laatuun ja parannetaan sitä. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ne ovat suuntaa antavia. Tämän opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimusehdotuksia ovat elintapaohjauksen määrän, laadun, sisällön ja menetelmi- en tutkiminen.

LÄHTEET

Alfthan, G., Harald, Kennet., Jousilahti, P., Laatikainen, T., Leiviskä, J., Salminen, I., Salomaa, V., Sundvall, J., Tapanainen, H. & Vartiainen, E. 2003. Kansallinen FINRISKI 2002-terveystutkimus, 2002. (Verkkodokumentti). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7/2003. Helsinki. (Viitattu 10.9.07). Saatavissa: <http://www.ktl.fi/publications/2003/b7.pdf>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä R. & Uutela, A. 2006. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. (Verkkodokumentti). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki. (Viitattu 10.9.07). Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b01.pdf

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P, Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito-potilasversio, 2006. (Verkkodokumentti). (29.6.2006). (Viitattu 29.10.07). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00016>

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito-suositus, 2005. (Verkkodokumentti). (26.9.2005). (Viitattu 10.8.07). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi04010>

Karvinen, M. 2002. Verenpaine. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kastarinen, M. 2002. Kohonneen verenpaineen hoito väestössä. Tutkimus kehityssuunnista Suomessa painottaen erityisesti elämäntapahoitoa. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Leino, K. 2005. Elintapojen muutos pääroolissa kohonneen verenpaineen hoidossa. Sairaanhoitaja vol. 12, 31.

Muhonen, R. 2007. Verenpainetautipotilaan hoito. (Verkkodokumentti). (22.3.2007). Helsinki: Duodecim. (Viitattu 20.9.07). Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=kohonnut%20verenpaine

Nikkilä, M. 2007. Kohonnut verenpaine. (Verkkodokumentti). (12.3.2007). Helsinki: Duodecim. (Viitattu 20.9.07). Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=kohonnut%20verenpaine

Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet, 2005. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta. (Verkkodokumentti). (29.4.2005). Helsinki: Duodecim. (Viitattu 20.9.07). Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=kohonnut%20verenpaine

Sydänliiton kotisivut, 2007. (Verkkodokumentti). (Viitattu 10.8.07). Saatavissa: http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/sydansairaudet/fi_FI/verenpaine/

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005. (Verkkodokumentti). Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (Viitattu 29.10.07). Saatavissa: <http://www.mmm.fi/fi/index/etusivu/elintarvikkeet/laatujaturvallisuus/valtionravitsemusneuvottelukunta.html>

Verenpainepotilaan opas, 2002. (verkkodokumentti). 5. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Sydänliitto ja AstraZeneca. (Viitattu 22.10.07). Saatavissa: <http://www.astrazeneca.fi/sites/18/imagebank/typearticleparam500904/VERENPAINEPOT%20OPASK.pdf>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 2 Saatekirje

LIITE 3 Kyselylomake

Elina Tala
Kiertokatu 5 B 17
28130 Pori
045-1140532
elina.tala@samk.fi

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

31.5.2007

Sastamalan perusturvakuntayhtymä
Hallintopäällikkö Kirsti Peuraniemi
Ojansuunkatu 1 A
38200 Vammala

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa. Opintoihini kuuluu tehdä 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihealueena on kohonneen verenpaineen hoitoon liittyvä elintapaohjaus. Tutkimussuunnitelman mukaan opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeella kohonneen verenpaineen hoidon seuranta-käynneillä käyviltä asiakkailta.

Pyydän lupaa kerätä tutkimusaineistoni Mouhijärven, Lavian, Kiiikoisten ja Äetsän sivuneuvoloista. Kyselylomakkeet jaettaisiin asiakkaille aamuvastaanottojen yhteydessä. Kyselyn toteuttamisesta on alustavasti neuvoteltu Merja Mäki-Kerttulan kanssa. Sovin mahdollisen tutkimusluvan saatuni kyselyn toteuttamiseen liittyvistä yksityiskohdista sivuneuvoloiden terveydenhoitajien kanssa. Kysely toteutuisi kesä- heinäkuussa. Tavoitteenani on saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2007 aikana.

Kyselylomakkeessa ei kysytä asiakkaiden nimiä eikä henkilötunnuksia. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän tutkimuksen yhteydessä. Tiedän mitä vaitiolovelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittaa ja osaan soveltaa tietojani tutkimusaineiston keruun yhteydessä. Tulen tiedottamaan tutkimuksen tuloksista Sastamalan perusturvakuntayhtymään myöhemmin sovittavalla tavalla.

Opinnäytetyöni ohjaaja on lehtori Kaija Jokela (puh: 0400 – 577 900 sähköposti: kaija.jokela@samk.fi.)

Ystävällisin terveisin,

Elina Tala

LIITTEET

tutkimussuunnitelma
kyselylomake

Arvoisa vastaaja

31.5.2007

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Opintoihini kuuluu 15 op laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihealueena on kohonneen verenpaineen hoitoon liittyvä elintapaohjaus.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia, miten verenpaineen hoidon yhteydessä seurantakäyneillä käyvät asiakkaat ovat noudattaneet elintapaohjeita. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa elintapaohjausta koskevaa tietoa, jota voidaan hyödyntää koulutuksessa ja ohjausmenetelmien kehittämisessä. Vastaamalla kyselylomakkeeseen annatte opinnäytetyölleni arvokasta tutkimustietoa.

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Vastaajien nimet tai henkilötunnukset eivät tule tietooni. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän tutkimuksen yhteydessä. Tutkimuksen tuloksista tiedotetaan myöhemmin Sastamalan perusturvakuntayhtymään.

Kerään opinnäytetutkimukseni aineiston oheisella kyselylomakkeella. Pyydän Teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen huolellisesti vastaamalla kaikkiin kysymyksiin.

Palauttakaa kyselylomake palautelaatikkoon asiakaskäyntinne jälkeen.

Ystävällisin terveisin,

Elina Tala
Kiertokatu 5 B 17
28130 Pori
e-mail: elina.tala@samk.fi

KYSELYLOMAKE

Pyydän, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin ympyröimällä oikea vastausvaihtoehto tai antamalla vastaus numeroin / sanallisesti sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli 1. mies
2. nainen

2. Ikä 1. 30-39v
2. 40-49v
3. 50-59v
4. 60-69v
5. 70-79v
6. 80v-

3. Milloin Teillä on todettu kohonnut verenpaine? Vuonna _____

4. Mikä oli Teidän verenpainetasonne silloin?

1. 130-139/85-89 mmHg
2. 140-159/90-99 mmHg
3. 160-179/100-109 mmHg
4. 180/110 mmHg
5. yli 180-200/120-130 mmHg

5. Onko Teillä lääkärin toteamia sairauksia?

<u>Sydän –ja verenkiertoelinsairaudet</u>	Kyllä	Ei
Sepelvaltimotauti(sydäninfarkti)	1	2
Aivoverenkierron sairaudet	1	2
Ääreisvaltimoverenkierron sairaudet	1	2
Sydämen vasemman kammion toimintahäiriö	1	2
Sydämen vajaatoiminta	1	2
Läppäsairaudet	1	2
Rytmihäiriöt	1	2

<u>Muut sairaudet:</u>	Kyllä	Ei
Diabetes(sokeritauti)	1	2
Munuaissairaus tai -vaurio	1	2
Astma	1	2
Kihti	1	2

6. Onko Teillä todettu kohonneita kolesteroliarvoja?

1. Kyllä
2. Ei

7. Onko Teille määrätty kohonneeseen verenpaineeseen lääkehoito?

1. Kyllä
2. Ei

8. Kuinka kauan olette käyneet terveydenhoitajalla verenpainemittausten seurantakäynneillä?

9. Kuinka usein käytte terveydenhoitajan seurantakäynneillä?

viikossa ____ kertaa

kuukaudessa ____ kertaa

satunnaisesti ____

10. Oletteko tietoinen kohonneen verenpaineen Käypä Hoito-suosituksesta?

1. Kyllä
2. Ei

11. Oletteko tietoinen kohonneen verenpaineen hoitoon liittyvistä elintapaohjeista? (ravitsemussuositukset, alkoholin käyttö, tupakointi, liikunta, painonhallinta, stressin hallinta)

1. Kyllä
2. Ei

12. Oletteko saanut kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapojen muuttamista koskevia ohjeita seurantakäyntien yhteydessä?

1. Kyllä
2. Ei

13. Jos vastasitte Kyllä, niin keneltä olette saanut elintapaohjeita?

1. Lääkäri
2. Terveystenhoitaja
3. Sairaanhoidaja

14. Olen hankkinut itse tietoa verenpaineen hoitoon liittyvistä elintapojen muuttamisesta seuraavista lähteistä:

- Sukulaiset, ystävät, tuttavat _____
- Terveys- ja/tai potilasjärjestöt _____
- lehdet, kirjat _____
- radio, tv _____
- Internet _____
- Verenpaineen Käypä Hoito suositus _____
- Elintarvikkeiden tuoteselosteet _____
- Muualta, mistä? _____

14. Oletteko noudattanut kohonneen verenpaineen hoitoon liittyviä elintapaohjeita päivittäisissä valinnoissanne?

1. Kyllä, paljon
2. Melko paljon
3. Melko vähän
4. Vähän
5. En yhtään

15. Mitä seuraavista kohonneen verenpaineen hoitoon liittyvistä elintapaohjeista olette noudattanut?

Ravitsemus

Käytän ruokasuolaa alle 5g/päivä = 1tl.

1. Kyllä
2. Ei

Vältän lisäämstä suolaa ruokaan ruoanvalmistuksessa ja ruokapöydässä.

1. Kyllä
2. Ei

Käytän rasvoja seuraavasti: pehmeää rasvaa päivässä vähintään 2/3 rasvojen kokonaismäärästä ja siitä korkeintaan 1/3 kovaa rasvaa.

1. Kyllä
2. Ei

Käytän Sydänmerkillä-varustettuja elintarvikkeita.

(Nämä tuotteet ovat tärkeitä ruokavalion rasvan laadun ja määrän sekä suolan kannalta. Merkitykselliseksi on katsottu ne elintarvikkeet, joiden normaalin käyttöannoksen energiamäärä ylittää 5 % päivittäisestä kokonaisenergian tarpeesta, rasvan saanti- suosituksesta tai suolan enimmäissaantisuosituksesta 5 g/vuorokausi.

1. Kyllä
2. Ei

Syön kalaa vähintään 2 kertaa viikossa.

1. Kyllä
2. Ei

Syön hedelmiä, kasviksia ja marjoja vähintään 500g päivässä.

1. Kyllä
2. Ei

Vältän lakritsituotteiden syöntiä.

1. Kyllä
2. Ei

Syön kuitutuotteita vähintään 25-35g päivässä. (kuitua sisältävät täysjyväleivät, -puurot, erityisesti ruispohjaiset, täysjyväriisi, -pasta, mysli, marjat, hedelmät, juurekset, kasvikset, pavut, linssit, herneet, leseet, siemenet)

1. Kyllä
2. Ei

Alkoholin käyttö

(ravintola-annos on vajaa 2 pulloa ykkösolutta tai 1 pullo keskiolutta tai 1 lasi puna- tai valkoviiniä tai 1 annos väkevää viiniä tai 1 annos viinaa)

Käytättekö alkoholia?

1. Kyllä
2. Ei

(miehet) Jos vastasitte Kyllä, juotteko alle 21 ravintola-annosta viikossa?

1. Kyllä
2. Ei

(naiset) Jos vastasitte Kyllä, juotteko alle 14 ravintola-annosta viikossa?

1. Kyllä
2. Ei

Oletteko vähentänyt alkoholin käyttöä, kun Teillä todettiin kohonnut verenpaine?

1. Kyllä
2. Ei

Tupakointi

Tupakoitteko?

1. Kyllä
2. Ei

Jos vastasitte Kyllä, haluaisitteko lopettaa tupakoinnin?

1. Kyllä
2. Ei

Oletteko vähentänyt tupakointia tai lopettanut tupakoinnin, kun Teillä todettiin kohonnut verenpaine?

1. Kyllä
2. Ei

Liikunta

Harrastatteko vapaa-ajan liikuntaa 30-45 min kerrallaan siten, että lievästi hengästytte ja hiikoilette?

1. Päivittäin
2. 2-3 kertaa viikossa
3. Kerran viikossa
4. 2-3 kertaa kuukaudessa
5. Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
6. En voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

Harrastatteko hyötyliikuntaa?

(esim. työmatkat kävellen, pyöräillen, piha -ja puutarhatyöt, korjaustyöt, siivoustyöt)

1. Kyllä
2. Ei

Painonhallinta

Kuinka pitkä olette? ____ cm

Miten paljon painatte? ____ kg

Onko Teillä ollut mielestänne tarvetta pudottaa painoa, kun Teillä todettiin kohonnut verenpaine?

1. Kyllä
2. Ei

Stressin hallinta

Koetteko elämäne olevan stressaavaa?

1. Ei juurikaan
2. Harvoin
3. En osaa sanoa
4. Usein
5. Stressi on jatkuvaa

Jos koette, että elämässänne on usein tai jatkuvaa stressiä, kykenettekö mielestänne hallitsemaan sitä?

1. Kyllä
2. Ei

16. Miten olette kokenut elintapaohjeiden auttaneen Teitä kohonneen verenpaineen hoidossa?

1. Niistä on ollut suurin hyöty
2. Niistä on ollut vain osittain hyötyä
3. Ne eivät ole juurikaan auttaneet
4. Olen noudattanut ohjeita vähän aikaa vasta, joten en osaa sanoa
5. Ne ovat auttaneet yhdessä lääkehoidon kanssa
6. En osaa sanoa

Kyselylomakkeet palautetaan palautelaatikkoon asiakaskäynnin jälkeen.

Kiitos vastauksistanne!

Elina Tala