

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anu Moilanen
Niina Taskinen

SÄHKÖISET TERVEYSKANSIOT POHJOIS-KARJALAN
SAIRAAHOITOPIIRIN ITSEHOITOPISTEILLE
- Verenpaine ja painonhallinta

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Anu Moilanen, Niina Taskinen

Nimeke
Sähköiset terveystietokannat Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin itsehoitopisteille – Verenpaine ja painonhallinta

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri

Tiivistelmä

Elintavoilla on suuri merkitys kansantautien ennaltaehkäisyssä. Vuoden 2012 FINRISKI-tutkimuksessa on käynyt ilmi, että ylipainoisten osuus on edelleen merkittävä. Verenpaine ja suolan käyttö ovat myös jälleen kääntyneet nousuun viimeisen viiden vuoden aikana. Nykyisin terveyteen liittyvää tietoa on saatavilla runsaasti, mutta ongelmaksi voi muodostua tiedon hajanaisuus ja epäluotettavuus. Helposti saatavilla oleva sekä tutkimukseen perustuva tieto lisää kansalaisten mahdollisuuksia ottaa vastuuta terveydestään.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjata aikuisia terveellisempiin elintapoihin ja motivoida itsehoitopisteen asiakkaita itsehoitoon sekä ennaltaehkäistä kohonneesta verenpaineesta tai ylipainosta johtuvia sairauksia. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirille sähköiset terveystietokannat, jotka sisältävät tietoa ja itsehoito-ohjeita kohonneesta verenpaineesta ja painonhallinnasta. Kohderyhmänä olivat alle 65-vuotiaat aikuiset.

Verenpaineen terveystietokanta sisältää tietoa verenpaineesta, kohonneesta verenpaineesta, verenpaineen mittaamisesta, kohonneen verenpaineen syistä ja riskeistä, käytännön vinkkejä sekä milloin ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Painonhallinnan terveystietokannassa on tietoa painonhallinnasta, painon arvioinnista, ruokavalinnoista, liikunnasta ja alkoholin vaikutuksesta painonhallintaan.

Jatkotutkimusmahdollisuutena voisi olla uusien terveystietokantojen tekeminen esimerkiksi diabeteksestä ja mielenterveydestä. Terveystietokantojen päivittäminen ja kehittäminen tulevaisuudessa on tärkeää, jotta niihin luotu tieto pysyy mahdollisimman ajankohtaisena ja luotettavana.

Kieli
suomi

Sivuja 69
Liitteet 9
Liitesivumäärä 11

Asiasanat
terveyden edistäminen, itsehoito, asiakaslähtöisyys, sähköiset terveystietopalvelut, verenpaine, painonhallinta



THESIS
April 2014
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Anu Moilanen, Niina Taskinen

Title

Electronic Health Folders to the Self-care Points of the North Karelia Health Care Districts - Blood Pressure and Weight Management

Commissioned by

North Karelia Health Care District

Abstract

Lifestyles have a great importance in preventing chronic diseases. Finrisk 2012 study has shown that the amount of people who are overweight is still significant. Blood pressure and salt intake have started to rise again in the last five years. Today, health related information is available in abundance but the problem may be the incoherence and the lack of reliability. Easily accessible and applicable research-based information increases citizens' possibilities to take responsibility for their health.

The purpose of this functional thesis is to guide adults to healthier lifestyles and to motivate self-care point customers to practice self-care and prevent hypertension and overweight-related diseases. The assignment of this thesis was to produce electronic health folders that contain information and self-care instructions for hypertension and weight maintenance. The target group for this thesis is under 65-year-old adults.

The blood pressure health folder contains information about blood pressure, hypertension, blood pressure measurement, causes and risks of hypertension, practical tips and information about when to contact a health care professional. The weight maintenance health folder contains information about weight maintenance, weight assessment, food choices, physical activity and how alcohol affects weight maintenance.

As a further study, new health folders could be made for example on diabetes and mental health. In the future, it is important to update and develop the health folders so the information stays as current and reliable as possible.

Language
Finnish

Pages 69
Appendices 9
Pages of Appendices 11

Keywords

health promotion, self-care, customer orientation, electronic healthcare services, blood pressure, weight management

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön yhteiset käsitteet.....	7
2.1	Terveyden edistäminen.....	7
2.2	Itsehoito	9
2.3	Itsehoitopiste.....	10
2.4	Sähköiset terveyspalvelut	11
2.5	Asiakaslähtöisyys	12
3	Verenpaine	13
3.1	Verenpaine ja sen mittaaminen	14
3.2	Kohonnut verenpaine.....	17
3.3	Kohonneen verenpaineen syyt ja ennaltaehkäisy	18
3.4	Kohonneen verenpaineen terveysriskit	20
4	Painonhallinta.....	21
4.1	Normaalipaino ja sen arviointi.....	22
4.2	Ylipainon syyt ja ennaltaehkäisy	23
4.3	Ylipainon aiheuttamat terveysriskit	25
4.4	Painonhallinta	27
5	Kohonneen verenpaineen ja ylipainon itsehoito	29
5.1	Elintapamuutos	30
5.2	Ravinto ja ruokailutottumukset.....	31
5.3	Liikunta	38
5.4	Muut elintapatekijät.....	42
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	43
7	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	44
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	45
7.2	Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä	45
7.3	Opinnäytetyön toiminnan eteneminen	48
7.4	Tuotosten arviointi	52
8	Pohdinta	54
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus	55
8.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	57
8.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet.....	59
	Lähteet.....	60

Liitteet

Liite 1	Pohjois-Karjalan itsehoitopisteiden kartta
Liite 2	Toimeksiantosopimus
Liite 3	Opinnäytetyön prosessin kuvio
Liite 4	Opinnäytetyön päiväkirja
Liite 5	Tutkimuslupapäätös
Liite 6	Kartoittavan asiakaskyselyn saatekirje ja kysymykset
Liite 7	Verenpaineen terveystietokansion sisältö
Liite 8	Painonhallinnan terveystietokansion sisältö
Liite 9	Toimeksiantajan palaute

1 Johdanto

Elintavoilla on suuri merkitys kansantautien ennaltaehkäisyssä. Vuoden 2012 FINRISKI-tutkimuksessa on käynyt ilmi, että suomalaisten tupakointi on kääntynyt laskuun, kun taas alkoholin kulutus on lisääntynyt ja ylipainoisten osuus on edelleen merkittävä (Jousilahti & Borodulin 2012, 1; Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1). Verenpaine ja suolan käyttö ovat jälleen kääntyneet nousuun viimeisen viiden vuoden aikana (Jula, Metsärinne & Syväne 2013). Terveystieteiden painopistettä onkin siirretty terveyden edistämisen kehittämiseen (Puustinen 2008, 4). On havaittu, että tulevaisuudessa tarvitaan uudenlaisia palveluja, joilla voitaisiin tukea henkilökohtaista terveyden hallintaa. Kansainvälisesti on jo pitkään kiinnostuttu asiakkaan roolin vahvistamisesta ja omatoimisuuden kehittämisestä tietoteknologian avulla. (Hyppönen & Niska 2008, 14.)

Yksilöllä on päävastuu omasta terveydestään, mutta tiedonsaantia terveydestä tulee tukea (Puustinen 2008, 11). Eri puolilla Suomea on terveystieteiden, kirjastoihin ja järjestöjen tiloihin perustettu itsehoitopisteitä, joista saa tietoa omasta terveydestään sekä keinoja sen arviointiin ja itsehoitoon. Pohjois-Karjalan alueella on tällä hetkellä 53 itsehoitopistettä, joita on sijoitettu jokaiseen kuntaan (liite 1). Esitteiden ja testien lisäksi useilla itsehoitopisteillä on tietokone, josta on mahdollista hankkia lisätietoa. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013a.) Itsehoitopisteitä kehitetään maakunnallisesti ja yhteistyötä tehdään muun muassa kuntien ja järjestöjen kanssa paikallisten tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013b).

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena voi olla käytäntöön suunnattu ohje. Toteutustapana voi olla esimerkiksi tietylle kohderyhmälle suunnattu kirja tai kansio. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyön tarkoituksena on ohjata aikuisia terveellisempiin elintapoihin ja motivoida itsehoitopisteen asiakkaita itsehoitoon sekä ennaltaehkäistä kohonneesta verenpaineesta tai ylipainoisuudesta johtuvia sairauksia. Opinnäytetyössä korostuu terveyden edistäminen ja asiakaslähtöisyys.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirille sähköiset terveystietokansiot, jotka sisältävät tietoa ja itsehoito-ohjeita kohonneesta verenpaineesta ja painonhallinnasta. Kohderyhmänä olivat alle 65-vuotiaat aikuiset, koska opinnäytetyön terveystietokansioiden on tarkoitus olla ennaltaehkäiseviä ja aikuisilla sairauksien riski kasvaa iän lisääntyessä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri (liite 2). Mukana prosessissa oli Karelia-ammattikorkeakoulun ASSI -hanke, joka kehittää asiakaslähtöisiä omahoitoa ja etähoitoa tukevia sähköisiä palveluita ja palveluprosessien käyttöönoton innovaatioita perusterveydenhuoltoon (Karelia-ammattikorkeakoulu 2014). Yhteystahon ja asiantuntijaohjaajana ASSI-hankkeelta toimi projektipäällikkö.

Työnjako tehtiin niin, että ensin koottiin yhdessä teorian yhteiset käsitteet, jonka jälkeen Niina Taskinen keskittyi verenpaineeseen ja Anu Moilanen painonhallintaan. Sitten kohonneen verenpaineen ja ylipainon itsehoito koottiin yhdessä, koska molemmissa tulee itsehoidon kohdalla kiinnittää huomiota ravintoon ja ruokailutottumuksiin, liikuntaan ja muihin elintapoihin, kuten alkoholinkäyttöön ja tupakointiin (liite 3). Tämän opinnäytetyön tuloksena Pohjois-Karjalan keskussairaalan itsehoitopisteen nykyiset manuaalisten kansioiden sisältämät paperiset ohjeet päivitettiin ja siirrettiin sähköiseen muotoon itsehoitopisteiden tulevalle tekniselle alustalle. Yhteistyötä tehtiin Karelia-ammattikorkeakoulun viestinnän opiskelijan kanssa, joka vastasi sähköisten terveystietokansioiden alustan visuaalisesta ilmeestä, sekä tietotekniikkaopiskelijan kanssa, joka suunnitteli sähköisen alustan Liferaylla.

2 Opinnäytetyön yhteiset käsitteet

Tässä opinnäytetyössä yhteisiä käsitteitä ovat terveyden edistäminen, itsehoito, itsehoitopiste, sähköiset terveystalvelut ja asiakaslähtöisyys. Sosiaali- ja terveydenalan palvelukokonaisuuden tavoitteisiin kuuluu kehittää ja ottaa käyttöön sähköisiä terveystalveluita, jotka tukevat kansalaisen terveyden edistämistä ja itsehoitoa sekä parantavat heidän mahdollisuuksiaan osallistua palvelujen suunnitteluun (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

2.1 Terveyden edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys määritellään täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Se korostaa sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja samoin kuin fyysisiä ominaisuuksia. Terveys nähdään arjen voimavarana. (World Health Organization 2009, 1.) Terveyden edistäminen on terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, sairauksien ja terveysongelmien vähentämistä sekä terveyserojen kaventamista (Perttilä 2006). Oleellinen osa terveyden edistämistä on omatoimisuuteen motivoiminen (Lampi 2010, 9).

Ottawan julistuksessa vuonna 1986 ”health promotion” – käsitteen sisältö täsmennettiin viiteen toimintalinjaan: terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudelleen suuntaaminen. (World Health Organization 1986.) Ottawan jälkeen ei ole tullut uutta kansainvälistä määritelmää terveyden edistämisen käsitteelle, vaan jokaisessa maassa on kehittynyt omaleimaisia tulkintoja (Rimpelä 2010, 17–19).

Suomessa terveyden edistämiseen liittyvä ehkäisy jaetaan yksilötason korkean riskin strategiaan ja väestötason strategiaan. Yksilötason korkean riskin strategia yleensä perusterveydenhuollossa on henkilön riskitekijöiden mittaamista ja riskin arviointia sekä merkittävien riskitekijöiden alentamista ohjeiden ja mahdollisesti lääkkeiden avulla. Väestötasolla ehkäisy merkitsee yleisiä toimenpiteitä

väestön riskitekijöitä alentavien elintapamuutosten edistämiseksi. Tämä ulottuu terveysvalistuksesta terveystalouteen. Terveystalouden edistämistä ja tautien ehkäisytyötä voidaan tehdä joko asiantuntijalähtöisesti tai väestöstä lähtien. On kuitenkin tärkeää, että väestö sisäistää tavoitteet sekä on aktiivinen. Asiantuntemusta tarvitaan tehokkaiden keinojen kehittämiseen ja työn koordinointiin ja seuraamiseen. (Puska 2010, 61, 64.)

Terveystaloutta ehkäisevä työ vaatii riittävästi työtä oikean teoreettisen taustan lisäksi. Väestön elintapoihin vaikuttamiseen eivät riitä pinnalliset ja lyhytaikaiset toimet vaan pitkäaikainen näkyvä työ, joka vaikuttaa ihmisten lähiympäristössä. Yksilön vastuuta elintapojensa muuttamisessa on korostettu, mutta elintavat ovat kuitenkin vahvasti liitoksissa yksilön fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Yhteiskunnalla on oma vastuunsa, ja ympäristön muutokset ovat usein tehokkaimpia terveyden edistämisen keinoja. (Puska 2010, 61.) Yhteiskunnan vastuu terveyden edistämisestä nähdään esimerkiksi Terveystaloudenhuoltolaissa (1326/2010). Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Näitä keinoja ovat väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja tarvittavien palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus. Lain tavoitteena on myös muun muassa sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen.

Terveystalouden edistämistä voidaan käsitellä promootion ja prevention näkökulmasta. *Promootiolla* tarkoitetaan mahdollisuuksien luomista ihmisten elinolojen ja elämänlaadun parantamiseksi. Sen avulla pyritään vaikuttamaan ennen ongelmien ja sairauksien syntyä luomalla mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. *Preventio* on sairauksien kehittymisen ehkäisyä, joka jaetaan vielä primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventiota toteutetaan ennen taudin esiasteen kehittymistä, esimerkiksi terveysneuvonnalla. Sekundaarissa pyritään estämään sairauksien paheneminen poistamalla riskitekijät tai pienentämällä niiden vaikutuksia. Tertiaaripreventio on käsitteenä yhteydessä kuntoutukseen, sillä sen tarkoituksena on lisätä toimintakykyä ja vähentää mahdollisen sairauden tai siitä johtuvien haittojen pahenemista. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15.)

Terveyden edistäminen on yksilön tai yhteisön vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä terveytensä määrittäjiin ja tästä seuraavaan terveyden kohentumiseen. Se on myös tavoitteellista tai välineellistä toimintaa hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Se käsittää sosiaalisia, taloudellisia, ympäristöllisiä ja yksilöllisiä tekijöitä, jotka edistävät terveyttä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.) Sairauksien ehkäisy ja terveyden edistämisen on havaittu olevan toimiva tapa leikata pitkällä aikavälillä terveydenhuollon menojen kasvua. Tarjoamalla asiakkaille tietoa sairauksista ja terveydestä voidaan tukea heidän omaa aktiivisuuttaan, motivaatiotaan ja kokonaisvaltaista elämäntapamuutostaan oman terveytensä edistämiseksi. (Hyppönen & Niska 2008, 14.)

2.2 Itsehoito

Itsehoidolla tarkoitetaan ilman ammattihenkilön apua yksilön tilanteeseen suunniteltua hoitoa. Se poikkeaa omahoidosta siten, että omahoito on ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua ja yksilön tilanteeseen ensisijaisesti sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6.) Itsehoito on tietoista terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa, joka lisää terveyttä ja toimintakykyä sekä vähentää terveysongelmia ja terveyseroja (Epilepsialiitto 2013; Paahatama 2012). Terveyden edistämällä vaikutetaan tietoisesti terveyteen ja hyvinvoinnin taustatekijöihin, kuten elintapoihin, joita ovat muun muassa liikunta ja ruokailutottumukset (Paahatama 2012; Lampi 2010, 3).

Itsehoito sisältää toimintoja, joita ihmiset tekevät itselleen pysyäksään kunnossa ja säilyttääkseen hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä kohdatakseen sosiaalisia ja psykologisia tarpeita. Se käsittää myös pienten vaivojen ja pitkäaikaisten sairauksien hoitamista sekä terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitoa akuutin sairauden tai sairaalasta poistumisen jälkeen. Yhteiskuntamme on muuttumassa siihen, että ihmiset haluavat yhä enemmän tietoa ja vaihtoehtoja hallita omaa elämäänsä. Kansalaisten suhtautuminen omasta terveydestä huolehtimiseen on siirtymässä koko ajan kohti itsenäistä toimintaa. He ovat kuitenkin kokeneet tarvitsevansa lisää tukea itsehoitoon. (Brock & Dost 2005, 1–2.)

Näkökulmat itsehoidosta eroavat terveydenhuollon ammattilaisten ja kansalaisten välillä, sekä terveydenhuollon ammattilaisten eri tieteenalojen ja roolien välillä. Tämä näkökulmien laajuus vaikeuttaa tutkimusta itsehoidosta. (Godfrey, Harrison, Lysaght, Lamb, Graham & Oakley 2011, 4.) Itsehoito vaikuttaa potilaisiin nostamalla heidän elinaikaansa, kohentamalla elämänlaatua ja oireiden hallintaa, kuten kivun lievittämistä. Lisäksi itsehoidon avulla lääkärikäynnit voivat laskea noin 40 prosenttiin, sairaalakäynnit puoliintua ja työpoissaolot vähentyä jopa puolella. (Brock & Dost 2005, 2-3.) Terveydenhuollon kustannusten nousu ja hyvin koulutettujen henkilöiden riittämätön määrä kannustavat suuntaamaan kohti itsehoitoa (Taylor & Renpenning 2011, 29).

2.3 Itsehoitopiste

Itsehoitopiste on maksuton itsepalvelupiste, jossa kuka tahansa voi käydä arvioimassa tai seuraamassa omaa terveydentilaansa. Siellä on mahdollista myös arvioida ja seurata elintapoja sekä saada tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013a.) Itsehoitopisteen tarkoitus on ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen tehostaminen (Mäntyharju 2013). Etelä-Savossa itsehoitopisteitä kutsutaan omahoitopisteiksi, Itä-Savossa hyvinvointipisteiksi ja Keski-Suomessa terveystietotuviksi sekä Pohjois-Karjalassa itsehoitopisteiksi. Näiden lisäksi sitä voidaan kutsua itsemittauspisteeksi tai hyvinvointituvaksi. (Hyvinvointipolku 2013.)

Itsehoitopiste on erillinen paikka, josta sijainnista riippuen voi löytyä terveysesitteitä, itsearviointitestejä ja mittausvälineitä, kuten verenpainemittari, vaaka ja pituusmitta. Lisäksi joillakin itsehoitopisteillä on tietokone terveyteen liittyvien tietojen hakemiseen. Pisteitä sijaitsee terveysasemilla, palvelukeskuksissa, kirjastoissa ja järjestöjen toimitiloissa. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013a.) Joillakin itsehoitopisteillä on saatavissa itsehoitokansioita, joista on mahdollista lukea ajankohtaista tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista. Manuaaliset kansiot sisältävät aiheita muun muassa painonhallinnasta, kolesterolista ja masennuksesta. Kansioden avulla saadaan tietoa ja tukea elintapojen muuttamiseen. (Joensuun Työterveys 2008.)

Pohjois-Karjalassa osaa itsehoitopisteistä kehitetään palvelu- ja yhteistoimintapisteiksi, joista voidaan saada palvelua tiettyinä aikoina, esimerkiksi ohjausta verenpaineen mittaamiseen tai elämäntapamuutokseen. Lisäksi itsehoitopisteissä tai niiden yhteydessä järjestetään erilaisia tapahtumia, jotka voivat sisältää tietoiskuja, testauksia ja mittauksia, joita toteutetaan valtakunnallisten terveys- ja hyvinvointiteemojen mukaisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Paikalliset järjestöt ovat yleensä mukana näiden tapahtumien järjestämisessä osallistuen siten terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaan. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013a.)

2.4 Sähköiset terveyspalvelut

Sähköiset terveyspalvelut ovat tieto- ja viestintäteknologiaan perustuvia välineitä, joita käytetään sairauksien ehkäisemisessä ja niiden hoidossa. Lisäksi niitä sovelletaan diagnosoinnissa, terveydentilan seurannassa ja elämäntapojen hallinnassa. Sähköiset terveyspalvelut käsittävät tietojen vaihdon potilaiden sekä terveydenhuoltopalvelujen tarjoajien, sairaaloiden ja terveysalan ammattilaisten välillä lisäksi myös monia muita sovelluksia, kuten sähköiset potilastietojärjestelmät. (Euroopan komissio 2013.)

Sähköiset palvelut kuuluvat osaksi tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelukokonaisuutta, joiden avulla kansalaisille tarjotaan uusia mahdollisuuksia ja välineitä oman terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseen ja ylläpitämiseen. Lisäksi kiinnitetään huomiota riskitekijöiden varhaiseen tunnistamiseen ja palveluun hakeutumiseen oikeaan aikaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuden tarkoituksena on kehittää ja ottaa käyttöön sähköisiä palveluita, jotka tukevat kansalaisten omaa terveyden hallintaa ja edistämistä sekä itsehoitoa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Teknologian edistyminen tuo jatkuvasti uusia mahdollisuuksia sähköiseen asiakaspalveluun ja potilaiden hoitoon. Kaikki tämä tapahtuu nopeasti, ja se on asettanut koko terveydenhuollon suurien haasteiden eteen, jossa on pakko et-

siä uusia suuntia ja tapoja toimia. (Muurinen, Nenonen, Wilskman & Agge 2010, 21.) Euroopan unionin tulevaisuuden tavoitteena on taata terveysalan verkkopalvelut, joilla voitaisiin antaa tietoa terveellisistä elintavoista ja sairauksien ehkäisemisestä sekä kehittää etäkonsultointia (Euroopan komissio 2013). Kun kehitetään sähköisiä terveyspalveluja kansalaisille, asiakkaan rooli on tärkeä (Hyppönen & Niska 2008, 37).

2.5 Asiakslähtöisyys

Asiakkaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (Suomen Kuntaliitto 2011, 6). Potilas on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) myös näiden palveluiden käyttäjäksi, mutta viime vuosina potilas on korvautunut osin asiakas-käsitteellä. Erityisesti avohuollon piiriin kuuluvia palveluiden käyttäjiä kutsutaan asiakkaiksi. (Niemi 2006, 22.)

Asiakslähtöisyys on palvelua käyttävän asiakkaan näkökulmasta palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä. Toiminta suunnitellaan niin, että asiakkaan tarpeet ja voimavarat otetaan keskeisesti huomioon ja asiakas pystyy olemaan mukana palvelun tarpeiden arvioinnissa, sen suunnittelussa, toteutuksessa ja vaikutusten arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 49.) Asiakslähtöisyyden tarkoituksena on taata palvelun laatu. Se toimii siis toiminnan organisoinnin taustalla arvoperustana. (Hyvärinen 2011, 5.)

Väestöliitto (2013) kuvailee asiakslähtöisyyttä ihmisoikeus-, perusoikeus- ja vapausoikeusnäkökulmasta. Asiakkaalle on tärkeää säilyttää arvokkuuden tunne. Asiakkaan yksilölliset tarpeet ja omat toivomukset otetaan huomioon, kun tehdään häntä koskevia päätöksiä. Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen keskeisenä toimintaperiaatteena on, että asiakas voi toiminnallaan ja valinnoillaan vaikuttaa omaan terveyteensä (Suomen Kuntaliitto 2011, 6).

Niemen (2006, 17) mukaan sosiaali- ja terveystuollonpalveluissa lainsäädäntö antaa vahvan pohjan asiakslähtöiselle toiminnalle. Asiakkaan asemaa vahvis-

tettiin säädettäessä potilasvahinkolain rinnalle lait potilaan asemasta ja oikeuksista, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään potilaan oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittamalla.

Eryteisesti sosiaalihuoltoa ohjaavassa laissa asiakaslähtöisyys huomioidaan. Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Sosiaalihuoltoa suunnitellessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielensä ja kulttuuritaustansa. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) taas edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollonpalvelujen laatua varmistamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden pätevyys. Lakien avulla turvataan asiakkaan asema yhtenäistämällä hoitoa ja kohtelua sekä edistämällä terveydenhuollon palvelujen laatua (Niemi 2006, 17).

3 Verenpaine

Suomalaisilla verenpaine-arvot ovat laskeneet 1960-luvulta lähtien etenkin tehostuneen lääkehoidon sekä vähentyneen suolan käytön ansiosta (Jula ym. 2013). FINRISKI 2012 -tutkimuksen mukaan 25–64-vuotiaiden miesten ja naisten systolinen verenpaine on viimeisen viiden vuoden aikana hieman laskenut, mutta diastolinen verenpaine ei ole enää laskenut, vaan lähtenyt molemmilla nousuun vuodesta 2007 lähtien (Laatikainen, Jula & Salomaa 2012, 2-4). Suomalaisista noin puolella miehistä ja kolmasosalla naisista on kohonnut verenpaine (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 201). Tutkimuksessa ero miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti merkittävä kaikissa ikäryh-

missä paitsi yli 60-vuotiailla (Scheltens, Bots, Numans, Grobbee & Hoes 2007, 101).

Kohonnut verenpaine on yksi merkittävimmistä kuolemaan johtavista syistä maailmanlaajuisesti, sillä sen osuus on jopa 6 prosenttia aikuisten kuolemista maailmassa (Johansson 2011, 5; Nadar & Lip 2009, 3). Lähes kaikkialla maailmassa se on myös yleinen terveysongelma (Mäkijärvi ym. 2008, 201). Yleisyys kasvaa iän myötä, ja se on suurempaa miehillä kuin naisilla (Scheltens ym. 2007, 101).

3.1 Verenpaine ja sen mittaaminen

Sydämen pumppaustoiminnan ansiosta veri kiertää elimistössämme (Vesanto, Isomäki, Iivonen, Larjovaara, Vanhanen & Mäkelä 2005, 5). Verenpaine on valtimoissa vallitseva paine, joka syntyy sydämen supistuessa ja pumpatessa verta valtimoihin. Se ilmoitetaan kahdella luvulla, joista suurempi luku on systolinen eli yläpaine, joka kertoo paineesta sydämen supistuessa. Pienempi luku on diastolinen eli alapaine, joka ilmaisee sydämen lepovaiheen aikaista painetta. (Suomen Sydänliitto ry 2012a.) Pulssipaineella tarkoitetaan näiden kahden paineen erotusta (Majahalme 2008a, 203). Verenpaineen mittayksikkö on elohopeamillimetri eli mmHg (Suomen Sydänliitto ry 2012a).

Aikuisilla normaali verenpaine arvo on alle 130/85 mmHg (World Health Organization 2013a, 17). Verenpaineen arvot luokitellaan taulukon 1 mukaan. Samaa luokitusta käytetään eri kriteerein nuorilla, keski-ikäisillä ja vanhuksilla. (ESH and ESC Guidelines 2013, 1286). Vanhuksilla esimerkiksi liian matalaan verenpaineeseen liittyy suurentunut kuolleisuusriski (Tilvis 2009).

Taulukko 1. Verenpaineen määritelmät ja sen luokittelu (Niina Taskinen 2014, mukailten ESH and ESC Guidelines 2013, 1286).

	Systolinen		Diastolinen
Optimaalinen	<120	ja	<80
Normaali	120–129	ja/tai	80–84
Tyydyttävä	130–139	ja/tai	85–89
Asteen 1 hypertensio	140–159	ja/tai	90–99
Asteen 2 hypertensio	160–179	ja/tai	100–109
Asteen 3 hypertensio	≥180	ja/tai	≥110
Isoloitu systolinen hypertensio	≥140	ja	<90

Verenpaine vaihtelee eri tilanteiden mukaan (Mustajoki 2012a). Sen lyhytaikainen vaihtelu on normaalia esimerkiksi ruumiillisessa rasituksessa tai ihmisen jännittäessä. Lisäksi vuorokauden eri ajat vaikuttavat verenpaineen vaihteluihin. Levossa, erityisesti ihmisen nukkuessa, verenpaineella on taipumusta laskea normaalista hieman matalammaksi. (Vesanto ym. 2005, 5.)

Useilla terveillä aikuisilla, erityisesti naisilla, verenpaine on normaalia matalampi. Jotkut harvinaiset aineenvaihdunnan häiriöt, kuten lisämunuaisen vajaatoiminta, voivat aiheuttaa matalaa verenpainetta. Silloin oireina voi esiintyä esimerkiksi heikotusta ja väsymystä. Matala verenpaine voi johtua myös verenpainelääkkeistä tai muista lääkkeistä. Se ei lievänä ole yleensä vaarallista, ja alhainen verenpaine voi päinvastoin olla hyödyksi, koska tällöin valtimotaudin vaara on tavallista pienempi. Matalasta verenpaineesta johtuvaa huimausta voidaan ehkäistä nousemalla rauhallisesti makuulta ja istumasta. (Mustajoki 2013.)

Verenpaine voi olla hyvin korkea ilman mitään oireita, ja tällöin se voidaan todeta pelkästään mittaamalla (Mustajoki 2012a). Epäiltäessä korkeaa verenpainetta, tulisi verenpainetta mitata päivittäin vähintään kolmena tai neljänä päivänä ja mieluiten seitsemänä peräkkäisenä päivänä aamuisin sekä iltaisin (ESH and

ESC Guidelines 2013, 1291). Luotettavin tulos verenpaineesta saadaan etenkin verenpainelääkkeitä käyttävistä, kun mittaus tehdään vähintään kolmena päivänä sekä aamuin että illoin (Johansson 2011, 74). Verenpaine mitataan elohopeamittarilla, aneroidimittarilla tai testauksessa hyväksytyllä automaattisella tai puoliautomaattisella elektronisella mittarilla (Majahalme 2008b, 205). Olkavar-simittareita pidetään luotettavampina kuin rannemittareita. mutta jos rannemittaria käytetään, tulisi ranteen ja mittarin levätä sydämen tasolla (Mustajoki 2012a). Käytettävän mittarin on oltava kliinisissä testeissä hyväksytty malli, johon tehdään tarkistus ja kalibrointi joka toinen vuosi (Käypä hoito–suositus 2009).

Mittaus tehdään usein istuma-asennossa huomioiden, ettei se aiheuta muutosta verenpaineeseen. Ennen verenpaineen mittaamista tulee välttää puoli tuntia verenpainetta kohottavia tekijöitä, kuten raskasta liikuntaa, kahvin juontia tai tupakointia. (Majahalme 2008b, 205.) Mansetin kumipussiosan tulisi olla pituudeltaan vähintään 80 prosenttia ja leveydeltään 40 prosenttia olkavarren ympärysmittasta, sillä vääränkokoinen mansetti voi antaa liian suuria tai pieniä arvoja. Mansetti asetetaan olkavarren ympärille siten, että kumipussin keskiosa tulee olkavarsivaltimon päälle. Mittauksen aikana tutkittava istuu kyynärvarsi tuettuna siten, että mansetin alareuna on sydämen tasolla. Verenpaine mitataan aina samasta olkavarresta oikean kokoisella mansetilla mielellään viiden minuutin kuluttua tutkittavan istuttua. Kotimittauksessa ja verenpaineenvuosirekisteröinnissä mitataan ei-hallitsevasta kädestä. Koko mittauksen ajan tutkittavan on vältettävä keskustelua. (Käypä hoito–suositus 2009.)

Erilaiset tekijät vaikuttavat verenpaineen mittaamiseen. Näitä ovat muun muassa huoneen lämpötila ja mittaamisympäristö, sillä verenpaineen lukemat sairaalassa ovat yleensä korkeampia. Verenpaineen arvot voivat vaihdella varsinkin silloin, kun lääkäri mittaa sairaanhoitajan sijaan. (Nadar & Lip 2009, 37.) Tätä ilmiötä kutsutaan valkotakkiverenpaineeksi, ja tällöin yleensä suositellaan verenpaineen kotimittausta seurannan lisäksi (Mustajoki 2012a). Lisäksi mansetin liian nopea tyhjeneminen ja äskettäinen alkoholin käyttö vaikuttavat verenpaine-arvoihin (Nadar & Lip 2009, 37).

3.2 Kohonnut verenpaine

Kohonneella verenpaineella tarkoitetaan tilaa, jossa keskisuurten ja suurten valtimoiden paine on koko ajan normaalia korkeampi. Siitä käytetään myös nimitystä verenpainetauti ja hypertensio. (Käypä hoito–suositus 2009.) Kohonnut verenpaine on yksi merkittävimmistä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä (World Health Organization 2013a, 5). Se on useiden verenkiertoelinsairauksien, kuten sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan, keskeinen vaaratekijä (Jula, Salomaa, Aromaa, Jauhiainen, Kaaja, Kesäniemi, Kuusisto, Kähönen, Nieminen, Niiranen, Oikarinen, Rapola & Ukkola 2012, 66; Reunanen 2005). Aikuisilla verenpaine on koholla silloin, kun sen yläarvo on yli 140 tai ala-arvo yli 90 tai sitäkin korkeampi (Mustajoki 2012a).

Kohonnutta verenpainetta sanotaan hiljaiseksi, näkymättömäksi tappajaksi, joka aiheuttaa harvoin oireita. Oireina voi kuitenkin ilmetä päänsärkyä, hengenahdistusta, huimausta, rintakipua, sydämentykytystä ja nenäverenvuotoa. (World Health Organization 2013a, 5, 20.) Verenpaineen kohotessa hyvin paljon, yläpaineen ollessa yli 200 ja alapaineen yli 130, voi oireina olla usein päänsärkyä tai huimauksen tunnetta (Mustajoki 2012a).

Yleensä elintavoista johtuva kohonnut verenpaine on hoidettavissa itse niihin vaikuttamalla, kuten lopettamalla tupakointi, vähentämällä suolan käyttöä ja lisäämällä liikuntaa. Päättävöitteena kohonneen verenpaineen hallinnassa on kohde-elinvaurioiden ehkäiseminen sekä sydän- ja verisuonitautien riskin vähentäminen. Hallinta edellyttää monitahoista lähestymistapaa. (Mustajoki 2012a.) Lievän kohonneen verenpaineen lääkehoito on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden lääkkeettömän seurannan jälkeen, ellei elintapamuutoksilla saada aikaan vaikuttavaa tulosta (Nikkilä 2011, 1735). Elintapamuutoksilla voidaan usein välttää kokonaan lääkehoito tai vähentää lääkkeiden määrää (Majahalme 2008c, 211). Todellisen verenpainetason tarkalla tiedolla mahdollistetaan tehokas ja tarkoituksenmukainen kohonneen verenpaineen ehkäisy ja hoidon toteuttaminen (Johansson 2011, 5).

3.3 Kohonneen verenpaineen syyt ja ennaltaehkäisy

Melkein kaikilla aikuisilla verenpaine nousee iän myötä (Jula, Kukkonen-Harjula, Tala, Riikola & Aho 2010). Kohonneen verenpaineen syinä ovat usein elintavat, kuten tupakointi, mutta myös perinnöllisyys tai muu sairaus voi aiheuttaa verenpaineen nousua (Mustajoki 2012a). Kohonnut verenpaine kehittyy useista geneettisistä, ympäristöön ja käyttäytymiseen liittyvistä sekä sosiaalisista syistä (Landsberg, Aronne, Beilin, Burke, Igel, Lloyd-Jones & Sowers 2013, 9-10). Osa tekijöistä on ympäristöstä johtuvia, sillä tutkimusten mukaan teollisuusmaissa on taipumusta korkeampiin esiintyvyyksiin kohonneesta verenpaineesta (Nadar & Lip 2009, 5, 29).

Noin 95 prosentilla on essentielli eli itsenäinen hypertensio, jolloin verenpaineen kohoamiselle ei ole selvää syytä, mutta perintötekijöillä ja elintavoilla on todettu olevan osuutta asiaan (Suomen Sydänliitto ry 2013a; Vesanto ym. 2005, 5). Kohonneesta verenpaineesta elintapojen osuus on noin 60–70 prosentilla, ja yli 20 prosenttia kohonneesta verenpaineesta on periytyvää (Majahalme 2008d, 208; Nadar & Lip 2009, 5). Elintavoista verenpainetta kohottavia tekijöitä ovat tupakan lisäksi alkoholi, liikunnan puute ja lihavuus sekä ruokavalio, etenkin liiallinen suolan käyttö, rasvaa sisältävien elintarvikkeiden kulutus ja riittämätön hedelmien ja vihanneksien syöminen (World Health Organization 2009, 16; World Health Organization 2013a, 18.) Lisäksi stressi sekä tulehduskipulääkkeiden ja hormonien käyttö nostavat usein verenpainetasoa (Majahalme 2008e, 208; Mustajoki 2012a).

Keskivartalolihavuudella tai lisääntyneellä sisäelinten ja ylävartalon rasvakuoksella on merkittävä yhteys kohonneeseen verenpaineeseen. Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että vyötärön ja lantion välinen suhde on erityisesti yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen ja sydän- ja verisuonitautiriskiinkin toisin kuin esimerkiksi painoindeksi eli BMI. Tapa, jolla lihavuus johtaa kohonneen verenpaineen lisääntyneeseen riskiin, ei ole selvästi ymmärretty, mutta sen on havaittu liittyvän insuliiniresistenssiin. Insuliiniresistenssi johtaa insuliinitason nousuun, mikä aiheuttaa lisääntyntä sympaattisen hermoston aktiivisuutta, natriumin kerääntymistä elimistöön ja verisuonten sileälihassolujen li-

sääntymistä. (Nadar & Lip 2009, 30.)

Muun sairauden aiheuttamaa kohonnutta verenpainetta kutsutaan sekundaariseksi verenpaineen kohoamiseksi. Sitä on noin viisi prosenttia kohonneesta verenpaineesta. Näitä sairauksia voivat olla muun muassa munuaissairaus ja munuaisvaltimoiden ahtautuminen. Lisäksi lisämunuaisen kuorikerroksen hormonien, suolahormonin ja kortisolin liikatuotanto sekä harvinainen lisämunuaisen ydinosa kasvain voivat aiheuttaa verenpaineen kohoamista. (Mustajoki 2012a.) Munuaissairauteen liittyvää kohonnutta verenpainetta pidetään yleisimpänä sekundaarisen hypertension muotona (Käypä hoito–suositus 2009). Hyvin herkillä yksilöillä munuaiset eivät pysty erittämään tarpeeksi lisääntyntä suolan määrää. Se aiheuttaa suolan ja nesteiden kertymistä elimistöön, mikä johtaa lisääntyneeseen verenkierron nestemäärään ja siten kohottaa verenpainetta. (Nadar & Lip 2009, 11.)

Asianmukaiset elintapamuutokset ovat kulmakivi korkean verenpaineen ennaltaehkäisyssä (ESH and ESC Guidelines 2013, 1306). Elintapamuutoksilla voidaan vähentää verenpainelääkkeiden annostusta tai joissakin tapauksissa niiden käyttö lopettaa jopa kokonaan (Bhatt, Luqman–Arafath & Guleria 2007). Tärkein verenpaineeseen vaikuttava ravintotekijä on natrium, joka on enimmäkseen peräisin natriumkloridista eli ruokasuolasta. Sitä on usein lisättyä ravintoon elintarviketuotannon tai ruoanlaiton yhteydessä. Suomalaiset saavat päivittäin suolaa hieman alle kymmenen grammaa, vaikka ihmisellä elimistön normaali tarve on vain vajaat kaksi grammaa. (Tikkanen & Salomaa 2009.)

Vähentämällä suolansaantia väestön verenpaineen keskiarvo olisi mahdollista saada systolisen verenpaineen osalta laskemaan noin 10 mmHg ja diastolisen noin 5 mmHg (Mustajoki 2012a). Kohonneen verenpaineen ehkäisemiseksi suolan saanti tulisi rajoittaa viiteen grammaan päivässä. Suomessa on asetettu väestötavoitteeksi päivittäisen suolankäytön vähentäminen kolmella grammalla. (Tikkanen & Salomaa 2009.)

Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisemiseen kuuluu myös ylipainon vähentäminen, jolloin kokonaisenergiaa tulisi vähentää vähintään tuhat kaksisataa

kilokaloria vuorokaudessa. Laihduttaessa rasvan, alkoholin ja sokerin käytön vähentäminen sekä liikunnan lisääminen ovat avainasemassa. Verenpaineen nousun ennaltaehkäisemiseksi alkoholinkäyttö miehillä rajataan korkeintaan kolmeen ravintola-annokseen ja naisten kahteen ravintola-annokseen päivässä. Ravintola-annoksella tarkoitetaan 12 grammaa etanolia, mikä vastaa yhtä pulloista olutta. (Tikkanen & Salomaa 2009.)

Säännöllisellä liikunnalla ehkäistään kohonneen verenpaineen riskiä (Kukkonen-Harjula 2012). Liikunnalla vähennetään sympaattisen hermoston aktiivisuutta, mikä alentaa verenpainetta (Tikkanen & Salomaa 2009). On vahvoja todisteita siitä, että verrattaessa vähemmän liikkuviin henkilöihin, aktiivisemmilla miehillä ja naisilla jopa puolella on alhaisempi verenpaine (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, 3–4). Jos liikunnan lisäämisen lisäksi alkoholinkulutus ja ylipainoisuus saataisiin vähenemään, olisi mahdollista saada väestön systolisen verenpaineen keskiarvo laskemaan noin 10 mmHg ja diastolinen noin 5 mmHg. Tällöin muun muassa sepelvaltimotautikuolemat vähentyisivät arviolta 15 prosenttia ja aivohalvaukset noin 30 prosenttia kymmenessä vuodessa. (Tikkanen & Salomaa 2009.)

3.4 Kohonneen verenpaineen terveysriskit

Kohonnut verenpaine kuormittaa valtimoita ja etenkin sydäntä, joka joutuu työskentelemään normaalia enemmän (Mustajoki 2012a). Mitä korkeampi paine verisuonissa on, sitä kovemmin sydämen on työskenneltävä pumpatakseen verta (World Health Organization 2013a, 17). Verenpaineen ollessa liian korkea valtimoiden seinämät paksuuntuvat ja jäykistyvät, minkä seurauksena muun muassa aivojen syvien osien ja munuaisten pienet verisuonet ahtautuvat sekä verenkiertohäiriöt yleistyvät (Syväne 2011).

Kohonnut verenpaine lisää verisuonitukoksesta ja verenvuodosta johtuvan aivohalvauksen riskiä (Suomen Sydänliitto ry 2011). Jatkuvasti korkealla oleva verenpaine johtaa ateroskleroosiin, valtimotautiin, jossa valtimot kovettuvat. Valtimotauti voi ajan kuluessa aiheuttaa sydäninfarktin tai aivohalvauksen. (Musta-

joki 2012a; Mendis, Puska & Norrving 2011, 3.) Muita mahdollisia terveystriskejä ovat sydämen laajentuminen ja sen vajaatoiminta sekä munuaisten toiminnan häiriintyminen (Suomen Sydänliitto ry 2011; World Health Organization 2013a, 17).

Kohonneen verenpaineen aiheuttamien sairauksien vaara lisääntyy suuresti, jos ihminen tupakoi, veren kolesteroliarvo on koholla, ja jos hänellä on diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö (Mustajoki 2012a). Verenpainetauti sairastaville kasaantuu usein muitakin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, jotka lisäävät olennaisesti komplikaatioiden vaaraa. Viimeaikaisten suositusten mukaan tulisi korostaa kokonaisriskin arviointia kohonneen verenpaineen ehkäisyssä sekä hoidon voimakkuudessa. (Tikkanen & Salomaa 2009.)

Hypertensiivisessä kriisissä verenpaine on huomattavasti noussut. Silloin yläpaine on yli 200 mmHg tai alapaine yli 130 mmHg. (Käypä hoito–suositus 2009.) Se jaetaan vaikeusasteen mukaan hypertensiiviseen hätätilanteeseen ja kohonneen verenpaineen hoidon kiireelliseen tilaan. Hypertensiivisiä hätätilanteita ovat muun muassa raskauskomplikaatiot. Hätätilanteessa voi esiintyä kohde-elinvaurioita, kuten sydämen vajaatoimintaa, sekä oireina näköhäiriöitä, päänsärkyä, pahoinvointia, ahdistusta tai rintakipua. Tilanne vaatii verenpaineen pikaisen laskun, ja se voidaan hoitaa avohoidossa tai erikoissairaanhoidossa. Kiireellistä hoitoa vaativassa tilassa verenpaine on korkea, mutta siihen ei yleensä liity oireita eikä kohde-elinvaurioita. Silloin aloitetaan verenpainelääkitys, jolla saadaan verenpaine laskemaan. (Majahalme 2008f, 218–219; Käypä hoito–suositus 2009.)

4 Painonhallinta

Koko maailmassa vuonna 2008 yli 1,4 biljoonaa yli 20-vuotiaista aikuisista oli ylipainoisia tai lihavia. Tämä kattaa yli 10 prosenttia koko maailman asukkaista. Ylipaino ja lihavuus ovat viidenneksi yleisin kuolinsyy maailmassa; joka vuosi 2,8 miljoonaa aikuista kuolee ylipainon tai lihavuuden seurauksena. Myös osa

eri sairauksien, kuten 44 % diabeteksen aiheuttamista kuolemista, on ylipainosta tai lihavuudesta johtuvia. (World Health Organization 2013b.)

Suomalaisten ylipainoa ja lihavuutta on tutkittu FINRISKI 2012 -tutkimuksessa. Tutkimuksesta käy ilmi, että 66 % miehistä ja 46 % naisista on ylipainoisia eli heidän painoindeksinsä on yli 25 kg/m². Lihavaksi luokitellaan joka viides suomalainen, painoindeksi on tällöin yli 30 kg/m². Varsinkin vyötärölihavuus on erityisen haitallista. Sen kehityksen on kuitenkin huomattu tasaantuneen viimeisen viiden vuoden aikana. (Männistö ym. 2012, 1)

4.1 Normaalipaino ja sen arviointi

Kansainvälistä painoindeksiä (BMI, Body Mass Index) voidaan käyttää painon arvioinnissa 18 vuoden iästä lähtien. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Paino luokitellaan painoindeksin mukaan. Normaalipainoksi on arvioitu painoindeksin alue 18,5–24,9 kg/m², jolloin ihmisen terveyden on katsottu olevan parhaimmillaan. (Käypä hoito–suositus 2013.) Jos painoindeksi on alle 18,5 kg/m² tai nousee yli 25,0 kg/m², sairauksien vaara kasvaa (taulukko 2). Normaalipainon alue on laaja, esimerkiksi 166 cm henkilöllä painoindeksiarvojen 18,5 ja 24,9 välillä on 14 kiloa. Ihanepainoa ei siis ole tarkasti määritetty. (Mustajoki 2007a, 81.) Painoindeksi ei kuitenkaan erota suuren lihasmassan tai turvotusten aiheuttamaa ylipainoa (Käypä hoito–suositus 2013).

Taulukko 2. Painon luokitus painoindeksin (BMI, kg/m²) mukaan (Anu Moilanen 2014, mukaillen Käypä hoito–suositus 2013).

Painon luokitus BMI:n mukaan (kg/m ²)	
Normaalipaino	18.5 - 24.9
Liikapaino (ylipaino)	25.0 - 29.9
Lihavuus	30.0 - 34.9
Vaikea lihavuus	35.0 - 39.9
Sairaalloinen lihavuus	40 tai yli

Normaalipainoisella on rasvakudosta yli 10 kiloa. Kehon normaalipainosta rasvakudosta on naisilla 22–26 prosenttia ja miehillä 16–20 prosenttia. Naisten suurempi rasvakudosmäärä johtuu rintojen ja lantion pyöreystä. Sairauksien vaara ei kuitenkaan lisäänty lantioon ja reisiin kertyvästä rasvakudoksesta. Rasvakudoksen huomattava väheneminen haittaa elimistön toimintaa. (Mustajoki 2007a, 80, 87.) Vyötärölihavuuden mahdollisuutta selvitetessä tulee mitata vyötärön ympärys. Vyötärölihavuus tarkoittaa, että rasva on kerääntynyt vatsantalon sisään suolten ja sisäelinten väliin sekä maksan sisälle. Mittausalue on lonkkaluiden yläpuolelta, ennen alimpia kylkiluita. Vyötärön ympäryksen tavoitearvo on naisilla korkeintaan 80 cm ja miehillä 94 cm. Mitä enemmän raja-arvot ylittyvät, sitä suurempi on sairauksien riski. (Käypä hoito–suositus 2013.)

4.2 Ylipainon syyt ja ennaltaehkäisy

Lihavuuden ja ylipainoisuuden yleistymiseen ovat vaikuttaneet elintason nousu, elinympäristön ja elintapojen muuttuminen. Ruumiillisen työn ja arkiliikunnan vähentyminen sekä istuvan elämäntavan lisääntyminen ovat vähentäneet energiantarvetta. (Männistö ym. 2012, 1.) Ihminen lihoo, kun hän saa enemmän energiaa kuin kuluttaa. Lihominen tarkoittaa, että rasvakudosta syntyy liikaa. Jo pari sataa kilokaloria päivittäin nostaa painoa kilolla kuukaudessa. (Mustajoki 2010, 108–109.)

Painonnousuun vaikuttaa kaikilla aikuisilla ikä. Vuodessa paino nousee keskimäärin noin puoli kiloa sekä normaalipainoisilla että ylipainoisilla (Mustajoki 2010, 18). Tämä voi johtua perusaineenvaihdunnan hidastumisesta ja elämäntapatekijöistä, kuten liikunnan vähentymisestä, joko itsestään tai kroonisen sairauden seurauksena. (Uusitupa 2012, 353.) Vuorokauden aikaista painonvaihtelua tapahtuu elimistön nestetilän mukaan noin 0,5 – 1,0 kiloa päivässä. Toisilla painonvaihtelu voi olla jopa parista kolmeen kiloon vuorokaudessa. Erityisesti suolainen ruoka kerää nestettä elimistöön. (Mustajoki 2012b.) Myös lyhyt yöuni aiheuttaa elimistössä hormonaalisia ja aineenvaihdunnan muutoksia, jotka osaksi selittävät lihomistaipumusta (Mustajoki 2007a, 18). Harvoin lihavuuden

taustalla on sairaus, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, mutta tietyillä lääkeaineilla voi olla painoa nostava vaikutus. (Uusitupa 2012, 354.)

Naisilla raskaudet lisäävät rasvakudosta, ja erityisesti vyötärölihavuus yleistyy vaihdevuosisien jälkeen (Uusitupa 2012, 353). Kuukautiskiertoon liittyvä premenstruaalioireyhtymä (PMS) voi aiheuttaa raajojen ja vatsan turvotusta, jonka ansiosta paino saattaa vaihdella hieman (Tiitinen 2013). Nuorella aikuisiällä alkoholin käyttö lisää painonnousua sekä miehillä että naisilla. Rasvakudoksen jakautumista elimistön eri osiin säätelevät sekä geneettiset että hormonaaliset tekijät. (Uusitupa 2012, 349, 353.) Elintavat, kuten tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta, edistävät vyötärölihavuutta. Tupakoitsijoiden paino on keskimäärin kolme kiloa vähemmän kuin tupakoimattomilla. Silti tupakoijien vatsanontelossa on enemmän rasvaa kuin samankokoisella tupakoimattomalla. (Mustajoki 2012c.)

Joki (2009) tutki 15:tä normaalipainossa pysynyttä keski-ikäistä naista. He olivat onnistuneet ennaltaehkäisemään painonnousua toteuttamalla painonhallintaa koko elämänsä ajan. Yhteisiä piirteitä olivat rentous, päivittäistä syömistä ei seurattu, vaan keskityttiin tasapainoon pidemmällä aikavälillä. Heille mikään ei ollut kiellettyä, ja herkuttelu oli sallittua juhlissa. Yhteistä heille oli myös kasvisien ja hedelmien runsas käyttö, rasvan määrän huomiointi ja kevyttuotteiden suosiminen. Hyötyliikuntaa tai vapaa-ajan liikuntaa harrastettiin joka viikko. Painon mittareina käytettiin tiettyä painorajaa ja huomioitiin iän vaikutus painon nousuun. Tutkimuksen tuloksena Joki päätteli, että nykyiset ravitsemussuositusten mukaiset syömistottumukset toimivat painonhallinnassa ja ajoittainen poikkeaminen ei vaikuta painoon.

Laihtumisen jälkeistä onnistunutta painonhallintaa kuvaavia tekijöitä ovat samanlaiset ruokailutottumukset viikolla ja viikonloppuisin, vähärasvainen ja vähäkalorinen ruokavalio, liikunta, aamiaisen syöminen ja painon säännöllinen tarkkailu punnitsemalla (Phelan & Wing 2005). Syömistä hallinta on joustavaa, ja ”repsahdukset” hyväksytään osana prosessia (Ulen, Huizinga, Beech & Elasy 2008, 111). Liian tiukka kontrolli saattaa aiheuttaa ylensyöntiä ja riskiä syömishäiriön kehittymiselle. Epärealististen painotavoitteiden sijaan jo pientä painon-

pudotusta pidetään onnistumisena. (Westenhoefer 2001.) Uhkia painonhallinnalle olivat kykenemättömyys syömisen rajoittamiseen ja huono näläntunteen hallinta (Wing, Papandonatos, Fava, Gorin, Phelan, McCaffery & Tate 2008). Tunnesyömistä tuli myös tarkkailla (Teixeira, Silva, Coutinho, Palmeira, Mata, Vieira, Carraça, Santos & Sardinha 2010, 732). Psykologisilla käyttäytymistekijöillä on katsottu olevan suurempi yhteys onnistuneeseen painonhallintaan kuin ruoka-aineilla, joilla on korkea kylläisyysarvo tai muu ruokavalion ominaisuus (Karhunen, Lyly, Lapveteläinen, Kolehmainen, Laaksonen, Lähteenmäki & Poutanen 2012).

Painon kohoamista voidaan ennaltaehkäistä liikunnalla. Riittävä lihaksen määrä on tarpeen ylläpitämään riittävää energiankulutusta ja edistämään ruokahalua. Lihasten tehtäviä ovat myös nivelten tukeminen, asentojen ja tasapainon ylläpitäminen sekä luuston vahvistaminen kuormittamalla sitä. Liikkuvuus on myös yksi liikunnan hyödyistä. Liikunnan vaikutuksilla on palautuva vaikutus, joten sitä ei tulisi harrastaa ajoittaisena toimintana vaan jatkuvana elintapana. (Vuori 2011, 17–18.)

4.3 Ylipainon aiheuttamat terveysriskit

Ylipaino ja lihavuus ovat merkittävä riski useassa sairaudessa. Useimmat sairaudet johtuvat aineenvaihdunnan häiriöistä, joita aiheuttaa vyötärölihavuuteen liittyvä runsas rasvan kerääntyminen vatsaonteloon ja sisäelinten ympärille (Käypä hoito–suositus 2013). Laihtumisen jälkeen rasvakudoksen aineenvaihdunta normalisoituu (Uusitupa 2012, 351).

Vatsaontelon rasvasolujen toiminta on vilkkaampaa kuin ihon alla olevien rasvasolujen. Vyötärölihavuudessa vatsaontelon rasvasolumäärästä vapautuu runsaasti haitallisia aineenvaihdunnan tuotteita, kuten rasvahappoja ja sytokiineja. Nämä voivat kerääntyä maksaan ja häiritä sen aineenvaihduntaa, minkä seurauksena voi muodostua rasvamaksa. (Mustajoki 2012c.) Sytokiinit ovat myös yhdistetty tyypin 2 diabeteksen muodostukseen, ja niitä on epäilty osalliseksi valtimotautien syntyyn (Uusitupa 2012, 349). Muita aineenvaihdunnallisia saira-

uksia ovat metabolinen oireyhtymä, kihti, veren rasva-aineiden häiriöt, kuten suurentunut LDL-kolesteroli ja triglyseridit tai pienentynyt HDL-kolesteroli (Käypä hoito–suositus 2013).

Monet ylipainoon ja erityisesti lihavuuteen liittyvät sairaudet heikentävät työkykyä ja lisäävät ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä. Tällaisia ovat erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Sydän- ja verisuonisairauksista lihavuus lisää kohonneen verenpaineen, sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja sydämen vajaatoiminnan riskiä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista lihavuus lisää nivelrikon ja kihdin riskiä, jotka ovat myös aineenvaihdunnallisia sairauksia. Lihavuus altistaa tietyille syöpätyypeille. Miehillä näitä ovat paksu- ja peräsuolen syöpä, eturauhasen syöpä ja munuaisen syöpä. Naisilla lihavuus voi lisätä riskiä sairastua kohdunrunko-osan- ja kohdunkaulansyöpiin, rintasyöpään, munasarjojen monirakkulatautiin ja munuaisten syöpätauteihin. (Uusitupa 2009.)

Lihavuuden on todettu aiheuttavan myös lapsettomuutta, liikakarvoitusta, ihoongelmia, kuten aknea, kuukautishäiriöitä ja miehillä hypogonadismia eli testosteronin puutosta. Keuhkosydänsairaus, kohonnut keuhkoverenpaine ja hypoventilaatio-oireyhtymä ovat myös lihavuuteen liitettyjä sairauksia. Maha-suolikanavasairauksista lihavuuteen liittyvät sappikivitauti ja refluksiesofagiitti. Uniapnean synnyssä lihavuus on merkittävä tekijä. (Uusitupa 2009.)

Terveydelle riskitekijöitä ovat myös ylipainon ja lihavuuden aiheuttamat mielen-terveysongelmat, kuten masennus. On tutkittu, aiheuttaako lihavuus masentumista vai masennus lihavoitumista. Lihavuuden aiheuttamia masennusta lisääviä tekijöitä ovat kehon kuvasta johtuva huono itsetunto, lihavuuteen liittyvä stigma ja syrjintä, dieetikierre, lääkitys, hormonaalinen epätasapaino ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Gatineau & Dent 2011, 9.) Epäonnistuneet laihdutusyritykset ja ajoittaiset ahmimiskohtaukset laskevat erityisesti mielialaa, ja jo dieetillä olo voi masentaa. Lihavuus on myös yhdistetty huonon terveyden tunteeseen, joka voi saada tuntemaan, ettei ole kykenevä osallistumaan fyysiseen toimintaan. Masennuksen aiheuttaman painonnousun syitä voivat olla epäter-

veellinen elämäntyyli, lääkitys ja tuen puute. (Markowitz, Friedman & Arent 2008, 20.)

Henkilöillä, joilla sokerinsieto on heikentynyt, voi jo muutaman kilon painonpudotus, esimerkiksi 100-kiloisella 3–5 kiloa, vähentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavana 10 vuoden aikana. Jo todetussa tyypin 2 diabeteksessä laihduttaminen korjaa sokeritasapainoa ja vähentää diabeteslääkityksen tarvetta. Painonpudotuksen seurauksena sydän- ja verisuonisairauksien eteneminen hidastuu ja verenpaine alenee, mikä vähentää verenpainelääkkeiden tarvetta. Rasva-aineenvaihdunta parantuu laihtumisen seurauksena, koska tämä laskee kokonaiskolesterolia. Lievän uniapnean oireet voivat poistua kokonaan, tällöin vältytään ylipainehengityshoidolta (C-PAP). Astmapotilaiden keuhkojen toiminta paranee, ja tämä vähentää oireita ja lääkityksen tarvetta. Polvenivelrikkopotilailla kipu lievittyy ja toimintakyky paranee. (Tarnanen, Pietiläinen, Hakala, Koivukangas, Kukkonen-Harjula, Marttila, Rissanen & Saarni, 2011.)

4.4 Painonhallinta

Painonhallinnalla tarkoitetaan uhkaavan painon nousun estämistä tai laihtumisen jälkeistä laihdutustuloksen pitämistä. Painonnousun estäminen koko ikänsä normaalipainoisina olleilla on myös painonhallintaa. (Heinonen 2011, 153; Mustajoki 2012d.) Käypä hoito–suosituksessa (2013) lihavuuden hoito jaetaan laihdutusvaiheeseen ja painonhallintavaiheeseen. Painonhallinta on varsinkin painonpudotuksen jälkeen haastavaa (Elfhag & Rössner 2005, 67). Entisiin syömistottumuksiin paluu merkitsee painonnousua uudelleen, sillä energiantarve on vähentynyt pysyvästi (Heinonen 2011, 154). Tässä opinnäytetyössä painonhallinnalla tarkoitetaan normaalipainossa pysymistä tai ylipainon vähentämistä terveellisten ruokailutottumusten ja liikunnan avulla.

Painonhallinnan tarkoituksena on löytää tasapaino energian saannin ja kulutuksen välillä. Ravitsemuksessa kiinnitetään huomio liian energiansaannin vähentämiseen ja riittävän liikunnan harrastamiseen. (Mustajoki 2012d.) Ruoasta saadun ravintosisällön ei kuitenkaan tule huonontua. Jo painonnousun pysäyt-

täminen on positiivinen muutos (Käypä hoito–suositus 2013). Terveyden edistämisen kannalta tavoitteena on pysyä normaalipainoisena (18,5–24,9 kg/m²) ja vältettävä yli viiden kilon painon nousua aikuisiässä (World Health Organization 2003, 77).

Perusaineenvaihdunta (PAV) on elintoimintojen levossa tarvitsema energiamäärä, johon vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, perintötekijät, hormonit ja fyysinen kunto. Aikuisten energian kulutuksesta suurin osa, 60–80 prosenttia, kuluu perusaineenvaihduntaan. Ruoan aiheuttaman lämmöntuoton osuus energian kulutuksesta on noin 10 prosenttia ja liikunnan 15–20 prosenttia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10.) Päivittäinen energiantarve pystytään laskemaan arvioimalla painon ja iän perusteella perusaineenvaihdunta sekä kertomalla se fyysistä aktiivisuutta osoittavalla kertoimella (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 237). Fyysisen aktiivisuuden kerroin (PAL, Physical Activity Level) on arvioitu eri tavoin liikkuville, esimerkiksi kevyestä työstä raskaaseen fyysiseen työhön. Niitä käyttämällä voidaan arvioida energian tarvetta. (Fogelholm 2011a, 28.) Energiatasapainon seurannassa tärkeä mittari on painon kehitys (Schwab 2012, 343).

Painonhallinta on elämänmittainen tehtävä. Sen on katsottu vaativan henkilöltä uusien kykyjen oppimista ja samalla vanhoista tavoista pois oppimista. (Abzets & Hankonen 2011, 2265.) Elintapamuutoksen tekemiseen tarvitaan motivaatiota, jonka voi herättää tahto esimerkiksi vähentää sairastumisen riskiä tai oireita, muuttaa ulkonäköä tai parantaa omaa toimintakykyä (Phelan & Wing 2005; Alahuhta 2010, 53). Motivaation tueksi tarvitaan voimavaroja, erityisesti uskoa omaan pystyvyyteen, positiivista mielialaa, toisten tukea sekä vastuunottoa omasta toiminnasta. Elämäntilanteen tulisi olla vakaa muutoksia tehtäessä. (Elfhag & Rössner 2005, 77–78; Alahuhta 2010, 54.) Päivittäiset kohtuulliset muutokset varsinkin ruokailu- ja liikuntatottumuksissa riittävät (Turku 2007, 5). Pidemmällä aikavälillä tapahtuvasta painonhallinnasta tulee osa elämää, se ei enää vaadi yhtä paljoa aktiivista ajattelua kuin aloitettaessa (Klem, Wing, Lang, McGuire & Hill 2000, 442).

Terveydenhuollossa toteutettava ylipainon ja lihavuuden hoitomenetelmä on ruoka- ja liikuntatottumuksien muuttaminen elintapaohjauksessa, joka toteutetaan yleensä ryhmässä. Lääkehoitoa ja erittäin niukkaenergiaista dieettiä (ENE-dieetti) voidaan käyttää elintapahoidon tukena. Sairaalloisen lihavuuden mahdollinen hoitomuoto on leikkaus. Olennaista hoitomenetelmän valinnassa on kokonaisriskin arviointi. Terveydenhuollossa hoitotavoite ylipainoa ja lihavuutta hoidettaessa on 5–10 prosentin painonpudotus. Varsinkaan huomattavan lihavuuden hoidossa ei pyritä saavuttamaan henkilön iän mukaista normaalipainoa. Laihdutuksen jälkeinen painonhallinta edellyttää ruokavaliota, jonka energiamäärä vastaa kulutusta ja on pienempi kuin ennen laihdutusta sekä säännöllistä liikunnan harrastamista (Käypä hoito–suositus 2013.)

5 Kohonneen verenpaineen ja ylipainon itsehoito

Ylipaino on yksi yleisimmistä riskitekijöistä kohonneen verenpaineen kehittymiselle, ja yhdessä ne ovat huomattava sydän- ja verisuonisairauksien riski. Elintapamuutos on oleellinen osa hoitoa kaikille ylipainoisille henkilöille, varsinkin jos heillä on kohonnut verenpaine. Terveiden elintapojen omaksuminen helpottaa laihduttamista, lisää verenpainelääkkeiden vastetta ja tuottaa yksittäisiä hyödyllisiä vaikutuksia sydäntautien riskitekijöihin. Pitkällä aikavälillä on pyrittävä pysyviin elintapamuutoksiin, jotka soveltuvat sekä lihavuuden että kohonneen verenpaineen hoitoon. Näitä ovat terveellinen ruokavalio, liikunta ja terveyskäyttäytymisen muutos. (Landsberg ym. 2013, 9-10, 13–14, 17.)

Verenpaineen noustessa usein epäterveellisten ruokailutottumusten ja vähäisen liikkumisen vuoksi ensisijaisena hoitona pidetään itsehoitoa. Itsehoito on tarpeen myös silloin, kun aloitetaan kohonneen verenpaineen lääkehoito. (Mustajoki 2012a.) Ylipainoa on mahdollista ehkäistä itsehoidon keinoin terveellisen ruokavalion, kohtuullisen annoskoon, säännöllisen ateriarhythmin sekä hyvien liikuntatottumusten avulla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

5.1 Elintapamuutos

Pysyvää elintapamuutosta tehtäessä tarvitaan työskentelyä tunne- ja asennetasolla sekä omien arvojen ja valintojen pohdintaa. Ideaalinen elintapamuutos tapahtuu asteittain. Muutos vie aikaa ja on erittäin tilannesidonnainen. (Turku 2007, 41.) Prochaskan (1997, 38) muutosvaihemallin mukaan muutos tapahtuu vaiheittain. Vaiheita ovat *esiharkinta*, *harkinta*, *valmistelu* ja *toteutus* sekä *ylläpito*. Lisäksi mahdolliset ”repsahdukset” kuuluvat tähän muutosvaihemalliin. Vaiheissa ei kuljeta järjestyksessä, vaan niissä saatetaan liikkua edestakaisin (Marttila 2010).

Ensimmäinen vaihe on *esiharkinta*, jonka aikana muutostarpeesta ei olla tietoisia tai sitä ei pidetä mahdollisena. Aiemmat epäonnistumiset saattavat vaivata tai voimavaroja ei ole tarpeeksi. (Marttila 2010.) Henkilökohtaisen tilanteen kartoittamisen apuna voi käyttää erilaisia riskitestejä, kuten suolankäyttö- ja rasvanlaatu-testejä (Turku 2007, 66). Toinen askel on *harkinta*, jolloin muutoksen tarve tunnistetaan ja mietitään sen tuomia hyötyjä ja haittoja sekä mahdollisuuksia muutoksen toteuttamiseen (Marttila 2010).

Kolmas vaihe on *valmistelu ja toteutus*, jolloin muutoksen teko päätetään. Toteutus suunnitellaan ja aloitetaan vähitellen. (Marttila 2010.) Tässä vaiheessa realististen ja toteutettavissa olevien tavoitteiden teko on tärkeää. Realistinen tavoite on toteutettavissa suhteellisen pienin ponnistuksin. Jos muu elämä kärsii tavoitteen takia, muutosta on vaikea ylläpitää. (Turku 2007, 71–73.) Tavoitteiden suunnittelussa voidaan käyttää apuvälineenä Englannissa kehitettyä SMARTs-mallia (Michie, Rumsey, Fussell, Hardeman, Johnston, Newman & Yardley 2008, 31). Tämä on suomennettu TARMO-malliksi, joka on esitelty taulukossa 3 (Bäckmand, Himanen, Hukka, Ilanne-Parikka, Koski, Kuronen, Lahtikoski, Lindström, Pajunen, Palonen, Peltomäki, Pölönen, Rissanen, Sampo & Viialainen 2011, 5). Tavoitteen onnistuminen lisää itseluottamusta ja pystyvyyden tunnetta. Motivoinnin apuna voidaan käyttää itsensä palkitsemista välitavoitteita saavutettaessa. *Valmistelu ja toteutus*-vaiheessa tuen tarve joko läheiseltä tai terveydenhuollon ammattilaiselta voi tulla ajankohtaiseksi. (Turku 2007, 71–73.)

Taulukko 3. TARMO -malli (Anu Moilanen & Niina Taskinen 2014, mukailien Bäckmand ym. 2011, 5).

Täsmällinen	On tehtävä selkeä tavoite ja vältettävä epämääräisyyttä, kuten lenkillä käynti. Täsmällinen tavoite on esimerkiksi ”käyn ma, ti ja ke 30 minuutin lenkillä”.
Aikataulutettu	Tavoitteen toteutukselle asetetaan päivämäärä, jotta tavoite tulee toteutetuksi eikä jää aikeeksi. Esimerkiksi ”aloitan huomenna”.
Realistinen	Motivaation vahvistamiseksi realistinen tavoite, kuten ”syön vain kolme makeista viikon aikana”. Epärealistinen tavoite on, että ei enää koskaan söisi makeisia.
Mitattava	Tavoitteen on hyvä olla mitattavissa, esimerkiksi ”kuntosali keskiviikkoisin klo 18–19”. Tämän voi merkitä kalenteriin.
Olellainen	Tulee ymmärrys tavoitteen yhteydestä terveyteen tai parempaan vointiin.

Muutosvaihemallin viimeinen vaihe on *ylläpito*, joka on haastavin vaihe erityisesti painonpudotuksen jälkeen. ”Repsahdukset” kuuluvat muutosvaihemalliin, ja ne ovat joko väliaikaisia tai pysyviä. Jotta ne jäisivät väliaikaisiksi, niihin tulisi suhtautua osana prosessia ja oppimiskokemuksena. ”Repsahdusten” mahdollisuus tulisi tiedostaa ja oppia ennakoimaan riskitilanteita. (Turku 2007, 59, 60–61, 74–75.)

Itä-Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan elintavat, kuten laihduttaminen, maltillinen alkoholin kulutus, suolan saannin vähentäminen ja liikunnan lisääminen ovat toteuttamiskelpoisia ja tehokkaita keinoja alentaa verenpainetta. Tässä tutkimuksessa elintapaohjaamisen avulla ihmiset saivat alennettua verenpainettaan merkittävästi verrattuna ryhmään, jotka eivät saaneet ollenkaan elintapaohjeistusta. (Kastarinen, Puska, Korhonen, Mustonen, Salomaa, Sundvall, Tuomilehto, Uusitupa & Nissinen 2002, 2505–2507.)

5.2 Ravinto ja ruokailutottumukset

Hyvällä ravinnolla edistetään terveyttä. Suomalaisten ravitsemussuosittelujen tavoitteisiin hyvän ravinnon saavuttamiseksi ja terveyden ylläpitämiseksi kuuluvat muun muassa energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen sekä riit-

tävä ravintoaineiden saanti. (Lahti-Koski 2009.) Suomalaiset ravintoainetason suositukset pohjautuvat pääosin pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin, joiden tieteellinen pohjatyö toteutetaan pohjoismaisista asiantuntijoista koostuvassa työryhmässä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014a).

Uusimmat pohjoismaiset ravitsemussuositukset keskittyvät ruokavalioon kokonaisuutena. Suositukset korostavat ruokavalioita ja ravintoaineiden saantia, jotka yhdistettynä riittävään ja monipuoliseen liikuntaan, ovat suotuisia elimistön kehittymiselle ja toiminnalle. Ne auttavat vähentämään tiettyjä ravitsemukseen liittyviä sairauksia. Ruokavaliot, joissa on kasviksien, hedelmien ja marjojen lisäksi runsaasti kalaa, kokojyviä, kasviöljyä sisältäviä tuotteita ja vähärasvaisia maitotuotteita, on yhdistetty vähäisempään pitkäaikaissairauksien riskiin. (Nordic Nutrition Recommendations 2012, 17.) Suositus nesteensaannista on 1-1,5 litraa vuorokaudessa vettä tai muuta sokeritonta nestettä. Kuume, helle tai fyysinen rasitus lisäävät nesteen tarvetta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014b, 23.)

Aikuisten vuorokauden aikainen kokonaisenergiansaanti (E%) muodostuu energiaravintoaineista eli rasvasta, hiilihydraateista ja proteiineista. Energiensaannille on kehitetty viitearvot, jotka kuvastavat sukupuoleen ja ikään sidottua saantitasoa, joka pitää yllä normaalipainoa (taulukko 4). Energiensaannin viitearvojen lähtökohtana on perusaineenvaihdunta, joka vaihtelee sukupuolen, iän ja painon mukaan. Väestön normaalipainona pidetään painoindeksiä 23 kg/m², koska väestön todellisen painon mukaan lasketut viitearvot saattaisivat jopa tukea liikapainoa ja lihavuuden ylläpitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014b, 25.)

Taulukko 4. Aikuisten vuorokauden aikainen kokonaisenergiansaantisuositus (E%) sekä kuidun saantisuositus (Anu Moilanen & Niina Taskinen 2014, mukailten Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014b, 21–23, 25).

Aikuisten kokonaisenergiansaantisuositus/vrk		Hyvät lähteet
Rasva 25–40 E%	Kertatydyttyneet rasvat 10–20 E% Monitydyttyneet rasvat 5-10 E% Tyydyttyneet- ja transrasvat >10 E%	Tyydyttymättömien rasvahappojen lähteet (omega-3 ja -6): rasvainen kala, pähkinät, siemenet ja kasviöljyt, kuten oliiviöljy ja rypsiöljy. Tyydyttyneiden rasvojen saanti vähäiseksi vähärasvaisilla liha- ja maitotuotteilla.
Hiilihydraatit 45–60 E% Kuitu 25-35g/vrk	lisätyn sokerin osuus >10%	Kuitupitoiset täysjyväviljat, hedelmät, kasvikset, palkokasvit sekä pähkinät ja siemenet.
Proteiini 10–20 E%	1,1g-1,3g/kg/vrk	Vähärasvaiset liha ja maitotuotteet. Kala ja kananmuna. Palkokasvit: pavut, linsit, herneet.

Ruokailutottumuksella tarkoitetaan toimintatapaa, miten ja millaista ruokaa ihminen tavallisesti syö (Helsingin Diakoniaopisto 2014). Erityisesti heidän, joilla on kohonnut verenpaine, olisi suositeltavaa syödä kasviksia, vähärasvaisia maitotuotteita, täysjyvätuotteita ja kasviperäistä proteiinia, sekä vähentää tyydyttyneitä rasvoja ja kolesterolia (ESH and ESC Guidelines 2013, 1307). Ylipainon ja normaalipainon hallinnassa tulee kiinnittää huomiota energiaravintoaineiden ja kuidun lisäksi ateriarytmiin, annoskokoihin ja kylläisyyttä lisääviin tekijöihin ilman ylimääräistä energiansaantia (Mustajoki 2007b, 4753–4755).

Länsimaalaista ruokavaliota kuvaa runsassuolaisuus sekä prosessoidun ja punaisen lihan, kuten naudan-, porsaan- ja lampaanlihan määrä. Lisäksi ruokavaliioon usein kuuluu vain vähän tärkeitä ravintoaineita, mutta paljon lisättyä sokeria ja rasvaa. Tämänkaltaisissa ruoissa on korkea energiatiheys, mikä on yhdistetty haitallisiin terveysvaikutuksiin ja pitkäaikaissairauksiin. Painonnousua ja

suurempaa vyötäröympärystä ennustavat ruokavaliot, joissa on paljon lihaa, puhdistettuja viljoja, kuten valkoinen leipä ja tuotteet, jotka on tehty siivilöidyistä jauhoista, makeiset, runsassokeriset juomat ja jälkiruoat. (Nordic Nutrition Recommendations 2012, 19.)

Finravinto 2012–tutkimuksessa on käynyt ilmi suomalaisen väestön ruokavalion sisältävän enemmän rasvaa ja vähemmän hiilihydraatteja. Viimeiset 40 vuotta rasvan käyttö on ollut laskussa, mutta nyt se on lähtenyt uudelleen nousuun. Päivän energiansaannista kovan rasvan osuus tulisi olla alle 10 prosenttia, mutta tutkimuksessa se oli noussut 14 prosenttiin. Kovan rasvan lähteitä ovat maitorasvat, kuten voi ja runsaasti voita sisältävät levitteet, juustot, maitojuomat ja muut maitovalmisteet. (Raulio, Ovaskainen, Tapanainen, Paturi, Virtanen & Helldan 2013.)

Suomalaiset saavat suolaa 80 prosenttia kokonaissaantimäärästä elintarvikkeisiin valmistusvaiheessa lisätystä suolasta (Vesanto ym. 2005, 55). Suolasta on havaittu olevan haittaa erityisesti lihaville henkilöille, joilla on kohonnut verenpaine (Aro 2013). Natriumin liiallinen määrä elimistössä sekoittaa elektrolyyttitasapainoa ja aiheuttaa muutoksia verisuonten seinämissä sekä työllistää munuaisia. Lisäksi se lisää sympaattisen hermoston aktiivisuutta, mikä osaltaan kohottaa verenpainetta. Liiallinen suolansaanti heikentää myös verenpainelääkkeiden tehoa. (Vesanto ym. 2005, 55.) Vähentääkseen suolan saantia tulisi suosia vähäsuolaisia elintarvikkeita ja rajoittaa suolan määrän lisäämistä ruokiin. Runsaasti suolaa sisältäviä ruokia, kuten jalostettuja elintarvikkeita, suolakurkkuja, sipsejä ja maustekastikkeita, tulisi välttää. (Bhatt ym. 2007; Vesanto ym. 2005, 55.)

Kohonneeseen verenpaineeseen voidaan vaikuttaa edullisesti esimerkiksi lisäämällä ruokavalioon täysjyvätuotteiden, kaliumin ja magnesiumin saannin määrää. Vihanneksien, hedelmien ja kasviksien runsas käyttö turvaa riittävän kaliumin saannin ja alentaa kohonnutta verenpainetta. (Mustajoki 2012a.) Niiden suositeltava annos on 300–400 grammaa vuorokaudessa (ESH & ESC Guidelines 2013, 1307). Ravintokuidun lisääminen täysjyvätuotteilla alentaa verenpaineen yläpainetta noin kuusi ja alapainetta kolme mmHg (Mustajoki

2012a). Verenpainepotilaiden olisi suositeltavaa syödä kalaa vähintään kahdesti viikossa. Ruokavalion muuttaminen tulisi liittää muihin elintapamuutoksiin. (ESH and ESC Guidelines 2013, 1307.)

Ruokailutottumusten arvioinnissa voi käyttää apuna ruokapäiväkirjaa, josta selviävät ateriarytmi, ruoan määrä ja laatu. Ruokapäiväkirjaan merkitään vähintään kolmen päivän aikana nautitut ruoat ja juomat. Ajan tulisi sisältää vähintään yksi viikonlopun päivä tai vapaa päivä, koska usein tällöin syödään enemmän ja erilaista ruokaa. (Männistö 2011, 257–258.) Vaarana kirjaamisessa on aliarvioida syödyn ruoan määrää (Schwab 2012, 343).

Ruoankäyttöä tutkittaessa on huomattu, että ihmiset, jotka valitsevat itse ruokansa, syövät saman määrän grammoina ja litroina joka päivä. On siis kiinnitettävä huomio ruoan energiatihyteen. (Mustajoki 2010, 22.) Energiatiehyttä kuvataan yhden painoyksikön sisältämänä energiamääränä, joka yleensä on kilokaloreina tai kilojouleina 100 grammaa kohti (Mustajoki 2007a, 44). Ruoan energiatihyteen vaikuttaa pääasiassa rasvan ja vesipitoisten ruokalajien määrä. Kasviksissa, juureksissa ja hedelmissä on useimmiten energiaa vain 10–45 kcal/100g, joten ne vähentävät ruoan energiantihyttä luonnollisesti. Rasva taas on erittäin energiapitoista. (Mustajoki 2007b, 4754.) Arvioitaessa rasvan käyttöä on hyvä selvittää määrä ja laatu sekä miten rasvaa käytetään esimerkiksi leivän päällä ja ruoan valmistuksessa (Schwab 2012, 343). Proteiineissa ja hiilihydraateissa on energiaa 400 kcal/100g (Mustajoki 2010, 23).

Henkilökohtaista energiansaantia arvioitaessa oikea suuruusluokka yleensä riittää. Energiansaannin suuruusluokka saadaan selville tutkimalla käytettyjen elintarvikkeiden energiamääriä. (Schwab 2012, 343.) Pelkällä rasvan saannin muutoksella paino vähenee yhtä paljon kuin tietyn energiamäärän sisältävää ruokavaliota toteuttamalla (Hakala 2010a). Rasvan saantia ei ole hyvä jättää alle 25 energiaprosenttia kokonaisenergiansaannista, sillä tällöin ei voida taata kaikkien rasvaliukoisten vitamiinien ja välttämättömien rasvahappojen saantia (Nordic Nutrition Recommendations 2012, 23). Muita keinoja aterian energiamäärän pienentämiseen on esimerkiksi pienemmän lautasen käyttäminen, mikä

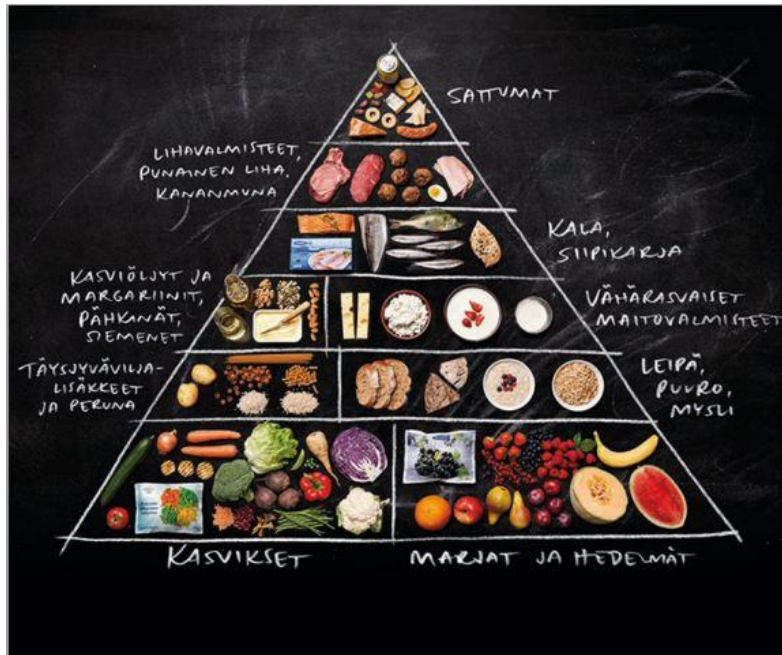
auttaa tottumaan pienempiin annoksiin, sillä suuret astiat saavat ottamaan enemmän ruokaa (Mustajoki 2010, 43).

Säännölliseksi ateriarytmiksi suositellaan aamiaista, 1-2 lämmintä ruokaa ja tarvittaessa 1-2 välipalaa. Tasaisin väliajoin ruokailu vähentää näläntunteen lisäksi ahmimis- ja napostelutaipumusta. (Käypä hoito–suositus 2013.) Aterian kokoamisen tukena voidaan käyttää Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2014b, 20) suunnittelemaa lautasmallia (kuva 1).



Kuva 1. Lautasmalli (Valtion ravitsemuslautakunta 2014b, 20).

Lautasmallia täydentämään voidaan käyttää Itämeren ruokakolmiota, joka auttaa havainnollistamaan terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta (kuva 2). Päivittäinen ruokavalio muodostuu kolmion alaosan ruoka-aineista. Kolmion yläosan ruoka-aineet eivät päivittäin käytettynä kuulu terveyttä edistävään ruokavalioon. (Valtion ravitsemuslautakunta 2014b, 19.)



Kuva 2. Ruokakolmio (Valtion ravitsemuslautakunta 2014b, 19).

Kylläisyydentunne syntyy pääasiassa ruoan tilavuudesta, koska mahalaukku ei aisti ruoan sisältämää energiamäärää (Mustajoki 2007b, 4753). Ravintokuitua on hyvä suosia, koska sen sisältämä energia ei siirry elimistöön (Mustajoki 2010, 135). Kuitu lisää kylläisyyttä hidastamalla vatsan tyhjenemistä (Uusitupa 2012, 361). Kokojyväviljat sisältävät enemmän ravintokuitua, ja niissä on matalampi energiatiheys kuin puhdistetuissa ja siivilöidyissä jauhoissa (Nordic Nutrition Recommendations 2012, 20). Veden juonti aterian aikana ei lisää kylläisyyttä, koska se ei pysy mahalaukussa kauaa. Toisaalta veden lisäys ruokaan valmistusvaiheessa sitoo veden, jolloin se viipyy vatsassa pidempään lisäten kylläisyyttä, ja samalla ruoan energiatiheys pienenee. (Mustajoki 2007a, 49.)

Energiaravintoaineista proteiinipitoinen ruoka pitää eniten nälkää loitolla. Proteiini säästää myös lihaskudosta laihtumisen aikana. (Uusitupa 2012, 361.) Proteiinien päätehtävä ei ole energiantuotanto, vaan ne toimivat entsyymien, lihasten ja muiden rakenteiden raaka-aineena. Tästä jäävä ylimääräinen osuus käytetään energiaksi. Proteiini lisää myös energiaa kuluttavaa lämmöntuotantoa aterian jälkeen hieman enemmän kuin hiilihydraatti- ja rasvapitoinen aterioita. (Hakala 2010b.) Kylläisyyden tunnistaminen on tärkeää. Siihen auttavat häiriötön ruokailu ruokapöydän äärellä sekä rauhallinen syömisen tahti. Tällöin kylläisyys

kehittyä ruokailun aikana. (Mustajoki 2010, 52–59.) Mielihalut tulisi erottaa nälästä, sillä ne menevät usein ohi 15 minuutissa. Vaihtoehtoinen tekeminen, kuten lenkillä käynti, voi helpottaa mielihaluun unohtamisessa. (Mustajoki 2007a, 189.)

5.3 Liikunta

Terveys 2011–tutkimuksen mukaan suomalaisten aikuisten suosituimpia liikuntalajeja ovat muun muassa kävely, pyöräily, kuntosaliharjoittelu ja hiihto. 90 % suomalaisista ei kuitenkaan täytä terveystieteiden suositusta. 30–64-vuotiaista miehistä ja 45–54-vuotiaista naisista lähes kolmasosa ei harrasta lainkaan vapaa-ajan liikuntaa. Suomalaisten liikuntaharrastaminen on yksipuolisesti enemmän kestävyysliikuntaa. Lihaskunto- ja tasapainoharjoittelu puuttuu niistä lähes kokonaan. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 58.)

Kaikki hyvää terveystilaa ylläpitävä tai parantava tehokas ja turvallinen fyysinen aktiivisuus on terveystieteiden suositusta. Suomessa ei tällä hetkellä ole virallisia terveystieteiden suositusta. (Fogelholm & Oja 2011, 72–73.) Suomalaisissa ravitsemussuosituksissa terveyttä ylläpitäväksi ja edistäväksi liikunnaksi suositellaan aikuisille reipasta liikuntaa 150 minuuttia viikossa tai rasittavalla tasolla vähintään 75 minuuttia viikossa. Erilaisia liikuntamuotoja ja tehoja suositellaan yhdistämään. Lihaskunnan ylläpitoa tulisi tehdä vähintään kahtena päivänä viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014b, 44.) Yhdysvalloissa on kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdyt viikoittaiset terveystieteiden suositukset (U.S. Department of Health and Human Services 2008). UKK–instituutti (2009) on tiivistänyt nämä terveystieteiden suositukset kehittämäänsä Liikuntapiirakkaan, joka on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. UKK–instituutin Liikuntapiirakka 2009 (UKK-instituutti 2014b).

On todettu, että henkilöillä, jotka harrastavat säännöllisesti liikuntaa, on pienempi riski eri sairauksiin verrattuna vähemmän liikkuviin. Liikunnalla on osansa tiettyjen sairauksien ehkäisyssä sekä hoidossa. Näitä ovat esimerkiksi ylipainoon ja lihavuuteen liittyvistä sairauksista kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes ja metabolinen oireyhtymä. Erityisesti kestävyysliikunta vaikuttaa myönteisesti näihin vahvasti aineenvaihduntaan liittyviin sairauksiin. (Vuori 2011, 13, 17–18.)

Liiallinen istuminen on suuri yksittäinen kuolleisuutta lisäävä tekijä riippumatta liikunnanmäärästä varsinkin, kun istutaan kuusi tuntia pidempään päivässä. Jo neljän tunnin päivittäinen istuminen lisää vaaraa kohonneeseen verenpaineeseen, vyötärölihavuuteen ja hyvän kolesterolin (HDL) tason mataluuteen. Miehet istuvat naisia enemmän työpaikalla, television ja tietokoneen äärellä. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 37.) Istumisaikaa tulisi katkoa puolen tunnin välein muutaman minuutin fyysisellä aktiivisuudella, sillä ilmeisesti tämä vähentää istumisesta aiheutuvaa terveysriskiä (Valtion ravitsemuslautakunta 2014b, 45).

Työikäisillä aikuisilla liikunnan lähtötarpeeseen vaikuttavat suorituskyvyn lähtötaso ja sille asetetut vaatimukset sekä sairaudet. Lihominen on yksi tärkeä työikäisten liikunnan tarvetta korostava tekijä. Liikunnan vaikutukset ovat yksilöllisiä ja lähtötilanteella on merkitystä niihin. Ylipainoinen voi esimerkiksi helpommin laihduttaa lisäämällä kolme tuntia liikuntaa viikossa kuin normaalipainoinen. Suurempi ero on riippuvainen perinnöllisistä tekijöistä. Henkilöillä, joilla on hyvä aerobinen suorituskyky, aineenvaihdunnallisten sairauksien riskit ovat vähäisemmät. Heille myös liikunta on helpompaa ja usein tuottaa parempia tuloksia. Henkilöille, joilla on epäedullisia perintötekijöitä, liikunnan harrastaminen on olennaisen tärkeää, sillä he voivat vähentää sairastumisen riskiä liikkumalla enemmän. (Vuori 2011,18.)

Liikunta alentaa verenpainetta suoraan vähentämällä sympaattisen hermoston aktiivisuutta sekä välillisesti laihtumisen kautta (Tikkanen & Salomaa 2009). Sympaattisen hermoston aktivointi lisää veren virtausta lihaksistossa. Liikunnan avulla verisuoniston ääreisvastus vähenee ja verisuonissa verenpainetta säätelevien solujen, painereseptoreiden, toiminta muuttuu. (Kukkonen-Harjula 2011, 134.) Henkilöille, joilla on kohonnut verenpaine, sopivia liikuntalajeja ovat reipas kävely, pyöräily, hölkkä ja tanssi tai sellainen liikuntamuoto, mikä saa hengästyään. Suositeltavaa on liikkua vähintään kolmesti viikossa yli 30 minuuttia kerrallaan, mieluiten päivittäin kohtuullisesti kuormittaen. Liikuntaa on annosteltava oikein, ja sen aloittaminen on tehtävä rauhallisesti. (Vesanto ym. 2005, 72–73.)

Kestävyysliikunnalla ja lihasvoimaa kuormittavalla liikunnalla todetaan olevan vaikutusta verenpaineen alentamisessa (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008, 9). Säännöllinen kestävyysliikunta vähintään kuukauden ajan alentaa yläpainetta noin 5 mmHg ja alapainetta 3 mmHg (Mäkijärvi ym. 2008, 210). Lihasvoimaa kuormittavassa liikunnassa, kuten kuntosaliharjoittelussa, suositellaan käytettäväksi kevyitä painoja useilla toistoilla yhdistettynä kestävyysliikuntaan (Vesanto ym. 2005, 37). Vaatimattomallakin hyötyliikunnalla voi olla mielekäs vaikutus verenpaineeseen (Frisoli, Schmieder, Grodzicki & Messerli 2011). Tärkeää on, että liikutaan usein ja sillä tavalla, mikä on omasta mie-

lestä helpoiten toteutettavissa. Näin helpotetaan samalla liikkumisen tai kokonaisliikunnallisen elämäntavan aloittamista. (Vesanto ym. 2005, 73.)

Pelkällä liikunnan lisäämisellä on vaatimaton vaikutus painoon, mutta tulee ottaa huomioon liikunnan muut terveystaikutukset. Liikunta muuttaa kehonkoostumusta vähentämällä rasvakudoksen määrää. (Fogelholm 2011b, 116, 119.) Liikunnasta on myös hyötyä rasva- ja sokeriaineenvaihdunnalle ja lihaksien ylläpitoon laihduttamisen aikana (Mustajoki 2012e). Suurimmassa osassa lihavuuteen liittyvistä sairauksista liikunnalla on merkitys niiden ehkäisyssä tai mahdollisesti hoidossa. Liikunta auttaa joko suoraan tai epäsuorasti helpottamaan painonhallintaa. (Fogelholm 2011b, 116.)

Laihduttamisen jälkeinen painonhallinta edellyttää pysyviä muutoksia liikuntatottumuksissa. Liikuntamääräksi on arvioitu 60–90 minuuttia päivittäistä kestävyystyypistä keskiraskasta liikuntaa. Tietyt pitkäkestoiset tutkimukset puoltavat vähemmälläkin liikuntamäärällä onnistunutta painonhallintaa. (Käypä hoitosuositus 2013.) Liikuntamäärän suositukseen on kuitenkin suhtauduttava varovaisesti. Liian suuret liikuntamäärät voivat olla hankalia säilyttää ja saattavat jättää liikunnan harrastamisen kokonaan. Liikuntamyönteisyyden ja paremman pysyvyyden saamiseksi ratkaisu voi olla liikunnan määrän rauhallinen kasvattaminen ja vähäisempi liikuntamäärä pitkällä aikavälillä. (Fogelholm 2011b, 121.) Liikunnan vähenemisen on katsottu olevan suorassa yhteydessä painon uudelleen nousuun (Phelan, Wyatt, Hill & Wing 2006, 715).

Tottuneisuudella ja aikaisemmilla liikuntakokemuksilla on vaikutusta siihen, miten liikapaino tai lihavuus vaikuttaa liikuntakerran elämykseen. Useat aloittelijat tietävät liikunnan terveyshyödyistä ja pitävät niitä tavoittelemisen arvoisina. Keskeyttäminen on yleistä ennen tottumusten tai hyötyjen muodostumista. (Nupponen 2011, 47–48.) Ylipainoisille ja lihaville aloitusliikunnaksi suositellaan kävelyä, uintia ja pyöräilyä, varsinkin, jos liikunta ei ole aiemmin kuulunut elämään. Tällöin vältetään lisäksi kuormittamasta liikaa sydäntä, verenkiertoa ja tuki- ja liikuntaelimiä raskaammalla liikunnalla, esimerkiksi hölkällä. (Fogelholm 2011b, 121–122.)

Liikunnan myönteisiä vaikutuksia tutkittaessa on todettu erityisesti vapaa-ajanliikunnan vähentävän masentuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden merkkejä etenkin keski-ikäisillä. Ajoittaisen stressin fysiologinen ja psyykinen sietokyky kasvaa. Liikuntaan tottuminen voimistaa myönteisiä elämyksiä. Ne lisäävät liikkumisen halua ja pitävät yllä liikuntamotivaatiota. Liikunnan on todettu vähentävän epämiellyttäviä kehontuntemuksia ja tuottavan mielihyvän, virkistymisen, voimistumisen ja rentoutumisen elämyksiä liikuntakerran aikana ja enintään muutamaksi tunniksi sen jälkeen. (Nupponen 2011, 43–45, 48.)

5.4 Muut elintapatekijät

Alkoholi vaikuttaa aineenvaihduntaan ja aktivoi sympaattista hermostoa, mikä kohottaa verenpainetta. Lisäksi alkoholi sisältää paljon energiaa, jolloin ylipainon kertyminen nostaa verenpainetta. Pitkäaikainen runsas juominen voi heikentää munuaisten kykyä erittää natriumia virtsaan, jolloin verenpaine pyrkii nousemaan, jotta munuaisten suodatuskyky tehostuisi ja ylimääräinen natrium poistuisi virtsaan. (Vesanto ym. 2005, 68.) Alkoholin on katsottu olevan yksi tärkein lihomisen syy (Männistö, Harald, Pietinen, Kaartinen & Laatikainen 2010, 2690). Alkoholia ei lasketa kokonaisenergiansaantiin, vaan siitä tuleva energia lisätään muuhun päivän aikana kertyneeseen energiamäärään. Naisilla suositus on enintään 10 grammaa ja miehillä 20 grammaa. (Nordic Nutrition Recommendations 2012, 26.) Alkoholissa on yhteensä energiaa 700 kcal/100g. Runsaalla alkoholien käytöllä on myös vyötärön ympärystä lisäävä vaikutus (Uusitupa 2012, 351).

Tupakointi lisää valtimoiden kalkkiutumista, ahtautumista ja jäykistymistä (Suomen Sydänliitto ry 2013b). Tupakoinnin lopettamisen vaikutus on nopeaa, sillä jo muutamassa vuorokaudessa verenpaine ja syke laskevat. Tupakoinnin vähentäminen auttaa paljon, mutta ei ole niin tehokasta kuin lopettaminen. Fyysisen puolen ohella tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa yleiseen hyvinvointiin muun muassa vähentämällä koettua stressiä ja parantamalla unen laatua. Tupakoinnin lopettaminen on aina sydämelle eduksi, vaikka takana olisi kuinka monta tupakointivuotta ja savuketta tahansa. (Suomen Sydänliitto ry

2013c.)

Nikotiini lisää ihmisen lepoenergiankulutusta noin kuusi prosenttia päivässä ja tupakoinnin lopettaminen saa energiankulutuksen pienenemään saman verran. Tämä johtaa noin kahden kilon painonnousuun, jos muut tottumukset säilyvät ennallaan. Tottumukset voivat myös muuttua lopettamisen jälkeen, sillä esimerkiksi ruoka voi alkaa maistua paremmalta, mikä johtaa usein ruokamäärien ja kalorimäärien kasvuun. Tästä syystä paino voi nousta muutamaa kiloa enemmänkin. (Mustajoki 2007a, 16.) Kaikilla paino ei kuitenkaan nouse, mutta tupakoinnin lopettamisen yhteydessä on hyvä säännöllisesti seurata painoa punnitsemalla ja reagoida ajoissa mahdolliseen painonnousuun (Mustajoki 2010, 181). Muutama lisäkilo ei kuitenkaan aiheuta yhtä suurta haittaa kuin tupakointi (Suomen Sydänliitto ry 2014).

Stressi on hallitsematon ja epämiellyttäväksi koettu vireystilan nousu (Korkeila 2008, 690). Pitkittyneessä stressissä sympaattinen hermosto aktivoituu voimakkaasti, mikä voi näkyä epäsuotuisana verenpaineen nousuna. Stressaavia tilanteita ei voi välttää kokonaan eikä tilapäistä stressiä tarvitsekaan välttää. Stressiin voi siis suhtautua kahdella tapaa, joko vähentää sitä tai opetella tulemaan sen kanssa toimeen. Tärkeää olisi huolehtia riittävästä yönunen saannista ja ulkoilemisesta. (Suomen Sydänliitto ry 2012b.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on ohjata aikuisia terveellisempiin elintapoihin ja motivoida itsehoitopisteiden asiakkaita itsehoitoon sekä ennaltaehkäistä kohonneesta verenpaineesta ja ylipainoisuudesta johtuvia sairauksia. Kohderyhmänä ovat alle 65-vuotiaat aikuiset.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirille sähköiset terveystietokansiot, jotka sisältävät tietoa ja itsehoito-ohjeita kohonneesta ve-

renpaineesta ja painonhallinnasta. Opinnäytetyössä korostui asiakaslähtöisyys ja terveyden edistäminen.

7 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Raportista ilmenee mitä, miksi ja miten tuotos on tehty ja millainen työprosessi on ollut, sekä toiminnallisen opinnäytetyön tulokset ja työn sekä oppimisen arviointi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10). Tässä opinnäytetyön raportissa kerromme opinnäytetyön prosessin ja miten tuotokset syntyivät sekä opinnäytetyön arvioinnin. Kokosimme toiminnallisen opinnäytetyön niin, että yhteiset käsitteet teimme yhdessä, jonka jälkeen Niina Taskinen keskittyi verenpaineeseen ja Anu Moilanen painonhallintaan. Sitten kokosimme yhdessä kohonneen verenpaineen ja ylipainon itsehoidon, koska molemmissa tulee itsehoidon kohdalla kiinnittää huomiota ravintoon ja ruokailutottumuksiin, liikuntaan ja muihin elintapoihin, kuten alkoholinkäyttöön ja tupakointiin (liite 3).

Opinnäytetyön toteutukseen osallistuivat meidän ja toimeksiantajan edustajan ylilääkärin lisäksi Karelia-ammattikorkeakoulun ASSI-hankkeen projektipäällikkö ja projektisuunnittelija sekä asiantuntijakonsultit terveyden edistämisen professori ja ravitsemusterapeutti. Lisäksi mukana toteutuksessa olivat tähän opinnäytetyöhön liittyvät muut opinnäytetyön tekijät. Viestinnän opiskelija toteutti sähköisten terveystietokantojen alustan visuaalisen ilmeen ja tietotekniikan opiskelija suunnitteli sähköisen alustan Liferaylla.

Opinnäytetyön toteutuksen aikana ASSI -hankkeen toimesta järjestettiin itsehoitopisteiden sähköistäminen-yhteistyökokouksia, joissa olivat osallisina edellä mainittujen lisäksi keskussairaalan itsehoitopisteen vastuhenkilö, sairaanhoitaja ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin tiedottaja. Itsehoitopisteiden sähköistämisen kokouksissa tapasimme yhteensä seitsemän kertaa kerran kuukaudessa elokuusta 2013 lähtien.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä tämän raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Käytännön toteutus voi olla esimerkiksi kohderyhmälle suunnattu kirja tai kansio. Työelämälähtöisyys ja käytännölläheisyys ovat olennaisia osia toiminnallista opinnäytetyötä tehtäessä. Tekijän tulee hallita riittävällä tasolla alansa tietoja ja taitoja sekä toteuttaa opinnäytetyö tutkimuksellisella asenteella. Lisäksi toiminnallisella opinnäytetyöllä on hyvä olla toimeksianto. Tämä edistää suhteiden luomista työelämän kanssa sekä harjoittamaan omaa innovatiivisuutta ja oppimaan taitoja työelämän kehittämisestä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 16.) Opinnäytetyössämme käytännön toteutuksena ja toimeksiantona tuotimme sähköiset terveystietokansiot verenpaineesta ja painonhallinnasta, jotka jatkossa ohjaavat Pohjois-Karjalan itsehoitopisteiden asiakkaita itsehoitoon kyseisistä aiheista. Tuotoksilla oli työelämälähtöinen tarve, jolloin niiden tuli sisältää näyttöön perustuvaa tietoa.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään tutkimuskäytäntöjä perustasolla. Tällöin ei ole välttämätöntä analysoida kerättyä tietoa yhtä tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. Tästä syystä esimerkiksi haastattelujen litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen ei ole yhtä täsmällistä ja järjestelmällistä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä riittää kohderyhmältä saatu suuntaa antavat tieto, josta saa tukea sisällön tuottamiseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 57–58, 63–64.) Ennen toiminnallista osuutta teimme kohderyhmälle kaksi kartoitettavaa asiakaskyselyä Joensuun alueella sijaitsevien kahden eri itsehoitopisteen lähetyvillä. Asiakaskyselyt toimivat tukenamme terveystietokansioiden sisällön luomiselle. Käytimme apuna myös asiantuntijakonsultatioita, jotka sopivat Vilkan ja Airaksisen (2003, 64) mukaan faktatietojen tarkistamiseen sekä toimivat vapaamuotoisina tiedonhankintatapoina.

7.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ”Sähköisen terveystietokansion laadinta”, koska se vaikutti meistä mielenkiintoisimmalta ja parhaimmalta vaihtoehdolta

opinnäytetöiden toimeksiantolistalla. Lisäksi aiheen ajankohtaisuus ja uusien asioiden luominen kiehtoivat meitä. Itsehoitopisteitä kehitetään koko ajan lisää, ja nyt oli noussut tarve kansioissa olevien itsehoitomateriaalien sähköistämiseen, jota ei meidän tiedonhaun mukaan ole vielä tähän mennessä tehty Suomessa. Opinnäytetyömme toimeksiantaja oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri ja sen edustajana toimi ylilääkäri Anu Niemi (ks. liite 2). Näin varmistettiin toimeksiantaja, jolle jäävät päivitys- ja ylläpito-oikeudet, jolloin hän sitoutuu jatkossa kehittämään sähköisiä terveyskansioita.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä sisällölliset valinnat nojaavat yhteen teoriaan ja käsitteiden joukkoon sekä tietoperustaan, joiden kautta tarkastellaan opinnäytetyön aihetta. Nämä kertovat, miten aihetta lähestytään, käsitellään ja mitä vasten valintoja tehdään. Koko teorian näkökulmasta voi olla vaikea toteuttaa toiminnallista opinnäytetyötä. Työn helpottamiseksi voi teorian rajata tiettyjen keskeisten käsitteiden käyttöön. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42–43.)

Teoriapohjaa rajattaessa tutustuimme ajankohtaiseen aineistoon ja muihin verkkosivustoihin, joissa on itsehoito-ohjeita, kuten hyvis.fi ja hyvinvointipolku.fi. Kävimme Pohjois-Karjalan keskussairaalalla sijaitsevalla itsehoitopisteellä tutustumassa itse paikkaan ja senhetkisiin materiaaleihin. Tällöin saimme konkreettisen käsityksen siitä, minne tuotokset tulevat ja mitä niiltä haetaan. Opinnäytetyön aiheiden rajauksesta kävimme keskusteluja opinnäytetyön tekijöiden kesken, opinnäytetyön ohjaajan sekä asiantuntijakonsulttien terveyden edistämisen professorin ja ravitsemusterapeutin kanssa, jotta aiheesta ei tulisi liian laaja.

Alustavaa yhteistä ohjeistusta sähköisten terveyskansioiden luomiseen saimme Karelia-ammattikorkeakoulun ASSI-hankkeen järjestämästä itsehoitopisteen sähköistämisen kokouksesta elokuussa 2013. Kokouksessa keskusteltiin terveyskansioiden sisällöistä ja ulkoasusta sekä sähköisestä alustasta. Terveyskansioiden sisältöjen toivottiin olevan ulkoasultaan houkuttelevia ja mielenkiintoa ylläpitäviä, jotta kansalaisten kiinnostus heräisi tutustua aiheisiin tarkemmin. Kiinnostusta herättäviksi tekijöiksi nimettiin aiheisiin liittyvät kuvat ja testit. Kansioiden sisältämän teorian tuli olla näyttöön perustuvaa, jotta itsehoitopisteiden

asiakkaat saisivat luotettavaa ja ajankohtaista tietoa itselleen. Toimeksiantaja toivoi terveystieteen olevan yksinkertaisia ja kansankielellä kirjoitettuja. Kansien sisällön tarkastajaksi sovittiin terveyden edistämisen professori. Kokouksessa kohderyhmäksi tarkentuivat aikuiset, ei pelkästään työikäinen väestö. (Itsehoitopisteiden sähköistäminen–yhteistyökokous 2013.)

Opinnäytetyön tuotos on usein kirjallinen, ja sen kieliasu eroaa opinnäytetyöraportista, jossa selostetaan prosessia ja oppimista, sillä tuotoksen tarkoitus on puhutella kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Raportista eroten tuotoksen kieliasu tuli olla kohderyhmälle suunnattua ja seurata verkkokirjoittamisen periaatteita, koska terveystieteen tarkoitus viedä tulevaisuudessa vielä suunnitteilla olevalle sähköiselle alustalle. Tätä varten ASSI-hankkeen projektisuunnittelija järjesti hankkeen kustantamien materiaalien pohjalta verkkokirjoittamisen kurssin toukokuussa 2013. Verkkokirjoittaminen on Kortesuon (2009, 157) mukaan verkossa olevaa tekstiä, jonka tulee täyttää tarkoituksensa.

Verkkokirjoittamisessa tietoa välittävä teksti on jäsenelty, ja siinä on käytetty selkeää yksiselitteistä kieltä. Ammattikielen käyttöä tulee välttää maallikolle kirjoitettaessa. Jäsentelyssä on hyvä hyödyntää luetteloita, väliotsikoita ja kuvia. Tekstistä tulee karsia turha tieto pois, ja tarvittaessa lisätieto voidaan linkittää erilliselle liitetiedostolle tai verkkoartikkeliin. Verkkotekstissä on hyvä huomioida käytännölläheisyys eli miten tekstin asiasisältö on hyödynnettävissä ja sovellettavissa arkielämään. Tekstin asiasisällön tulee edetä loogisesti ja jatkua seuraavassa lauseessa ja kappaleessa. Monimutkaisuus ajatuksenkulussa ja lukijaa häiritsevät elementit hidastavat oppimista ja karkottavat lukijan. (Kortesuon 2009, 161, 166–167, 172–173.) Verkkokirjoittamisen kurssin jälkeen pidimme nämä ohjeet mielessämme, kun aloimme suunnitella terveystieteen sisältöjä.

Kohderyhmän valinta on toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää, koska tuotos tehdään aina jonkun käytettäväksi. Kohderyhmää valittaessa tulee miettiä, mikä on ongelma, jota ollaan ratkaisemassa ja ketä tämä ongelma koskee. Kohderyhmän valinta auttaa rajaamaan käytettyjä sisällönvalintoja perustellusti. (Vilka

ka & Airaksinen 2003, 38–40.) Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin alle 65-vuotiaat aikuiset. Opinnäytetyön tuotoksien tarkoituksena on olla ennaltaehkäiseviä, joihin aikuiset tarttuisivat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa elämää. Korkea verenpaine, ylipaino ja lihavuus aikuisiässä ovat tunnettuja riskitekijöitä sydän- ja verisuonitauteihin (Fasting, Nilsen, Holmen & Vik 2008, 2). Lisäksi vuonna 2012 aikuisväestön terveyskäyttäytymistä tutkittaessa yli puolella aikuisista liikuntamäärät eivät vastanneet terveysliikunnan suosituksia ja ruokavalioon eivät kuuluneet esimerkiksi tuoreet kasvikset. Elintavoilla, kuten ruokailutottumuksilla, on tärkeä merkitys terveyden edistämässä ja tärkeimpien kroonisten tautien ehkäisyssä. (Helldan, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2013.)

7.3 Opinnäytetyön toiminnan eteneminen

Opinnäytetyön prosessin alussa terveystieteistä oli tarkoitus tulla erilliset opinnäytetyöt. Niina Taskisen opinnäytetyön terveystieteen aiheeksi selventyi verenpaineen seuranta ja itsehoito joulukuussa 2012 järjestetyssä itsehoitopisteiden sähköistämisen kokouksessa. Anu Moilasen opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen terveystieteen teemaksi ehdotettiin sydän- ja verisuonisairauksien itsehoitoa tammikuussa 2013.

Toukokuussa 2013 Niina Taskinen konsultoi terveyden edistämisen professoria ja kehittäjäylihoitajaa verenpaineen terveystieteen tulevasta sisällöstä. Tapauksessa toivottiin terveystieteen olevan motivoiva ja yhteneväinen muiden tulevien kansioden kanssa. Kansion tuli sisältää verenpaineen kotimittaus ja kohonneen verenpaineen itsehoito sekä siihen motivoiminen. Itsehoito-ohjeiden tuli ottaa huomioon ennaltaehkäisyyn lisäksi ihmiset, joilla on jo verenpainetauti. Ehdotukset kansion otsikoille olivat: miten mittaan verenpaineen oikein, millainen riski minulla on, missä vaiheessa lääkäriin ja miten ravitsemus vaikuttaa verenpaineeseen. Lisäksi toivottiin, että kansioon linkitettäisiin Käypä hoidon potilasversion sivut antamaan lisätietoa asiakkaille. (Laatikainen & Kaila 2013.)

Opinnäytetyöt yhdistyivät kesäkuussa 2013 opinnäytetyön ohjaajan ehdotuksesta. Tästä eteenpäin aloimme yhdessä kirjoittaa opinnäytetyön raporttia. Vil-

kan ja Airaksisen (2003, 19) mukaan raportin kirjoittamisen tukena toimii opinnäytetyöpäiväkirja, jota on tärkeää pitää opinnäytetyöprosessin alusta lähtien. Opinnäytetyön prosessin alusta alkaen molemmat pidimme opinnäytetyöpäiväkirjaa, jotka lopuksi kokosimme yhteiseksi päiväkirjaksi (liite 4).

Anu Moilasan opinnäytetyön aihe vaihtui painonhallinnaksi heinäkuussa 2013, koska koimme alustavien aiheiden olevan liian lähellä toisiaan ja tarve painonhallinnan terveystieteistä oli tullut aiemmin esille. Samassa kuussa Anu Moilanen aloitti painonhallinnan terveystieteen sisällön suunnittelemisen ravitsemusterapeutin tapaamisella. Esille tulleita aiheita terveystieteen sisällöksi olivat keinot painon ylläpitämiseen ja pysyvien muutosten vaikutusten esille tuonti. Kalorien laskenta ei olisi niin tärkeää. Mielenkiintoa lisäävinä tekijöinä toimisivat kuvat. Asiakaskyselyn tärkeyttä painotettiin, jotta itsehoito-ohjeesta tulisi mahdollisimman asiakaslähtöinen. Ehdotuksena oli myös painonhallintaa toteuttavan henkilön haastattelu tuomaan kokemustietoa, mutta tätä ei toteutettu, jotta työmäärä pysyi kohtuullisena. Tapaamisessa tuli ehdotus asiakaskyselyn järjestämisestä Utran puukoulun Terveyspäivässä. (Huskonen 2013.)

Opinnäytetyön prosessin aikana suoritimme tiedonhakuja erilaisista sähköisistä tietokannoista, kuten Nelli-portaali, PubMed, Cinahl ja Terveysportti sekä Käypä hoito-suositukset. Manuaalista tiedonhakuja teimme aiheisiin liittyvistä kirjallisuudesta sekä terveydenhuoltoalan lehtiartikkeleista ja julkaisuista. Hakusanat määrittelimme tarkasti, jotta saimme olennaista tietoa. Tieto ei rajoittunut vain kotimaisiin lähteisiin, vaan etsimme myös kansainvälisiä lähteitä työhömmemme. Kuvia terveystietoihin etsimme luotettavilta verkkosivustoilta, kuten Valtion ravitsemuslautakunta ja Suomen Sydänliitto ry. Kuvien käyttöön kysimme luvat erikseen sähköpostitse.

Alustavien epäselvyyksien jälkeen toimeksiantajaksi selventyi elokuussa 2013 Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. Syyskuussa 2013 allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen ja saimme yhteisen opinnäytetyön suunnitelman hyväksytyksi. Pidimme kartoittavat asiakaskyselyt Utran puukoululla syyskuussa 2013 ja keskussairaalan itsehoitopisteen edustalla marraskuussa 2013. Keskussairaalan kyselyä varten haimme tutkimusluvan Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaa-

lipalvelujen kuntayhtymältä (liite 5). Asiakaskyselyiden tavoitteena oli saada tietää kohderyhmältä suoraan, mitä tietoa he haluavat kohonneesta verenpaineesta ja painonhallinnasta sekä siitä, miten tiedon tulisi olla esillä (liite 6). Asiakaskyselyt toteutettiin suullisesti ja asiakkaista kirjattiin ylös ainoastaan sukupuoli ja vastaukset kysymyksistä.

Asiakaskyselyihin osallistui yhteensä kymmenen henkilöä iältään 25–60-vuotiaita, joista naisia oli seitsemän ja miehiä kolme. Suurin osa kyselyyn osallistuneista ei sillä hetkellä kaivannut lisätietoa kohonneesta verenpaineesta tai painonhallinnasta. Aiheet olivat heille ennestään tuttuja ja heillä oli jo niistä paljon tietoa. Aikaisempi tieto aiheista oli tullut eri lähteistä, kuten esitteistä, Internetistä ja omahoitajalta. Suurin osa koki henkilökohtaisen avun tarpeelliseksi. Asiakaskyselyistä saadun palautteiden mukaan:

- Toivottiin tietoa kohonneen verenpaineen yhteyksistä eri sairauksiin.
- Painonhallinnan osalta haluttiin tietoa eri ruokien kalorisällöistä, sokerin ja rasvan vaikutuksista sekä miten liikunta vaikuttaa päivittäiseen energiatarpeeseen.
- Suurin osa halusi sisältöjen tekstin olevan lyhyttä ja ytimekästä.
- Sisältö tulisi olla otsikoitu, jotta asiakas löytää haluamansa tiedon nopeasti.
- Tieto olisi konkreettista ja luotettavaa.
- Kuvia olisi hyvä olla.
- Itsehoito-ohjeiden luonne tulisi olla motivoiva ja syyllistämistä olisi vältettävä. Tiedon voisi tuoda esille positiivisen kautta.
- Myös paperista tai tulostettavissa olevaa versiota toivottiin.

Aloitimme terveystietokansioiden tuottamisen lokakuussa 2013. Tapasimme terveyden edistämisen professorin, jonka kanssa kävimme läpi alustavat suunnitelmat terveystietokansioiden sisällöistä sekä saimme lisäsehdotuksia (Laatikainen 2013a). Marraskuussa 2013 esittelimme opinnäytetyön Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen järjestämässä itsehoitopisteiden kehittämispäivässä. Kehittämispäivään osallistuneilta saimme palautetta ja ehdotuksia terveystietokansioiden sisältöihin. Anu Moilanen sai luvan kansanterveyden keskukselta käyt-

tää terveystiedossaan vyötärönympäryksen mittaaminen–kuva ja painoindeksitaulukkoa.

Verenpaineen terveystiedon ensimmäisessä versiossa oli yleisesti verenpaineesta, kohonneesta verenpaineesta, verenpaineen mittaamisesta, kohonneen verenpaineen syistä ja riskeistä sekä käytännön vinkkejä ravinnosta ja liikunnasta. Painonhallinnan terveystiedon ensimmäinen versio sisälsi yleistä tietoa painonhallinnasta, muutosvaihemallin esittelyn sekä TARMO–tavoitemallin. Lisäksi siinä oli painon arviointia painoindeksin ja vyötärönympäryksen avulla sekä tietoa, mille sairauksille ylipaino ja lihavuus altistavat. Ravitsemus–otsikon alla oli suositukset energiaravintoaineiden ja kuidun saannista, niiden hyvistä lähteistä sekä mihin kiinnittää huomiota painonhallinnassa. Omat osiot olivat vielä nesteytyksen, alkoholin ja liikunnan vaikutuksesta painoon. Viimeisenä oli käytännön vinkkejä painonhallintaan.

Joulukuussa 2013 esittelimme ensimmäiset versiot terveystiedon sisällöistä terveyden edistämisen professorille (Laatikainen 2013b). Tapaamisen jälkeen lähetimme versiot hänelle vielä sähköpostitse. Samassa kuussa tapasimme visuaalista ilmettä tekevän viestinnän opiskelijan kanssa sisällön sovittamisesta ulkoasuun. Paikalla oli myös ASSI–hankkeen projektisuunnittelija, joka antoi ohjeistusta otsikoinnista ja sisällön sovittamisesta. (Ikonen 2013.)

Tammikuussa 2014 saimme korjausehdotuksia ja palautetta terveyden edistämisen professorilta terveystiedon sisällöistä. Ravitsemusterapeutti lähetti sähköpostitse palautteensa painonhallinnan osalta (Huuskonen 2014). Näytimme sähköisten terveystiedon sisältöä myös tuttavillemme ja kysyimme heidän mielipidettään niistä. Esitimme opinnäytetyön tammikuun opinnäytetyöseminaarissa. Palautetta saadaksemme lähetimme terveystiedon sisällöt sähköpostitse kaikille Itsehoitopisteiden sähköistäminen–kokousten osallistujille tammikuussa ja viimeistelyä vaille olevat versiot vielä helmikuussa 2014. Lähetimme palautteen perusteella viimeistellyt versiot kansioista terveyden edistämisen professorille lopullista tarkastusta varten. Opinnäytetyön tuloksena syntyivät sähköiset terveystiedot, jotka on tarkoitus laittaa tulevaisuudessa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin itsehoitopisteiden sähköiselle alustalle sen valmistut-

tua. Verenpaineen terveystieto on lyhyesti esitelty liitteessä 7 ja painonhallinnan terveystieto liitteessä 8.

7.4 Tuotosten arviointi

Opinnäytetyön tavoitteena oli päivittää tällä hetkellä Pohjois-Karjalan keskussairaalan itsehoitopisteellä olevat manuaaliset itsehoitokansiot sähköiseen muotoon. Tämä ei onnistunut suoraan, sillä tietoa tuli rajata sisällöllisesti verkkoympäristöön sopivaksi. Lisäksi halusimme sisällyttää kansioihin mahdollisimman uutta ja monipuolista tietoa sekä nostaa esille meidän mielestämme merkittävimpiä asioita aiheista.

Pyrimme ottamaan huomioon tuotoksen sisältöä ja ulkoasua tehtäessä verkkokirjoittamisen periaatteet, kohderyhmän ja asiakaskyselyjen tulokset sekä itsehoitopisteiden kehittämiskokouksessa käyty keskustelut. Asiakaskyselyjen ja asiantuntijoiden mukaan ohjeista tuli tehdä selkeät, kansankielellä kirjoitetut ja sopivan lyhyet, jotta kansioita lukevalla pysyisi mielenkiinto yllä. Opinnäytetyön tuotoksia luodessamme pohdimme, kuinka saada niistä mahdollisimman käytännönläheisiä. Käytännönläheisyys toteutui, kun teimme terveystietoja kansankielellä ja yksinkertaisilla arkeen sovellettavilla ohjeilla. Ajattelimme, että näin kohderyhmämme voi helpommin toteuttaa ohjeita käytännössä.

Verkkokirjoittamisen periaatteet yhdistyivät asiakaskyselyjen tulosten kanssa, sillä molemmissa toivottiin tekstin olevan lyhyttä ja ytimekästä sekä selkeästi otsikoitua ja kuvilla havainnollistavaa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan meidän oli tarkoitus tehdä terveystietojen otsikot kysymys-muodossa, jotta ne kiinnittäisivät enemmän itsehoitopisteiden asiakkaiden huomiota. Tapaamisessa kävi kuitenkin ilmi, etteivät nykyiset otsikot olisi mahtuneet tulevan sivuston sivupalkkiin (Ikonen 2013). Sovimme, että lyhentäisimme otsikot yksinkertaisemmiksi ja lyhyemmiksi.

Terveystietojen saaminen yhteneväiseksi aiheutti oman haasteensa. Aiheemme olivat erilaisia, vaikka itsehoito risteää useammassa kohdassa, kuten

ravinnossa ja liikunnassa. Omasta mielestämme onnistuimme yhtenäistämises-
sä, sillä koemme kansioden olevan samankaltaisia kieliasultaan ja ulkonäöllis-
esti. Yhteistyömme toimi alusta loppuun hyvin. Se antoi meille myös paljon,
kuten erilaista näkökulmaa asioille ja toisen tukea opinnäytetyön prosessissa.

Tuttavien palautteen mukaan terveystkansiot olivat sopivan lyhyet, selkeät ja ne
jaksoi kerralla lukea loppuun. Taulukot ja kuvat toimivat heidän mielestään mie-
lenkiintoa lisäävinä tekijöinä. Itsehoitopisteiden sähköistäminen-kokousten osal-
listujien viimeisen palautteen perusteella yhtenäistimme terveystkansioden kie-
liasua erityisesti omistusmuotoja, otsikoita ja kappaleiden sijaintia sekä taulu-
koiden väritystä. Opinnäytetyön prosessiin osallistuneilta saadun palautteen
mukaan verenpaineen terveystkansioon oltiin tyytyväisiä. Terveystkansion sanot-
tiin olevan lukijalle kivasti henkilökohtainen ja herättävä. Lisäksi kansiota kuvail-
tiin sopivan yksinkertaiseksi, selkeäksi ja napakaksi. Palautteen mukaan ihmis-
ten on helppo löytää kansion sisältämistä asioista pääkohdat, mitä kansiolta
haettiin.

Terveyden edistämisen professorin palaute painonhallinta–terveystkansioista
ohjeisti selkeyttämään kansiota poistamalla muutosvaihemalli sekä avaamalla
TARMO–mallin tavoite-esimerkkejä. Kaikista lihavuuteen liittyviä sairauksia ei
tarvinnut listata, koska tietoa saadaan liitettyä linkittämällä Käypä hoidon sivus-
tolle. Ravintoaineiden esittelyn voisi tehdä muistettavammaksi liittämällä aihee-
seen sopivia kuvia sekä lautasmalli tulisi avata käsitteenä. Ravitsemusterä-
peutin korjausehdotuksena tekstiä tuli tiivistää, otsikoita muokata osuvimmiksi
sekä omistusmuodon käyttö yhdenmukaistaa. Lisäksi oli hyvä lisätä ikääntyneil-
le yli 70-vuotiaille asiakkaille suunnattu painoindeksitaulukko selventämään
eroa aikuisten painoindeksitaulukkaan. (Huuskonen 2014.) Toimeksiantajan
palautteen opinnäytetyöstä pyysimme erikseen kirjallisena (liite 9).

8 Pohdinta

Opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa koimme haasteena epäselvyydet toimeksiantajasta ja opinnäytetyön teon hidastumisen Anu Moilasan keväällä 2013 suorittaman ulkomaanvaihdon takia. Haasteita toi myös opinnäytetyön yhdistäminen, sillä tämä oli uudenlainen tapa tehdä opinnäytetyötä. Yhdistäminen kuitenkin helpotti prosessia, koska käsitteiden ja menetelmien kohdalla oli paljon yhtenäistä sekä molempien aiheiden itsehoitoon kuuluivat lähes samat elintapa-tekijät. Myös yhteistyö eri koulutusalojen opiskelijoiden kanssa oli uutta. Koimme sen mielenkiintoisena mahdollisuutena, ja se toi työhömmä monialaisuutta. Pienryhmän opinnäytetyöt etenivät eri vaiheissa, minkä koimme harmillisena sinänsä, sillä olisimme halunneet saada ryhmänjäseniltä enemmän mielipiteitä työstämme.

Toimeksianto yleensä lisää vastuunottoa sekä opettaa projektinhallintaa, johon kuuluvat tietyt toimintaehdot ja -tavoitteet sekä tiimityö (Vilkka & Airaksinen 2003, 17). Ammatillista kehitystä ja kasvua lisäsi toimeksiannon tuoma vastuunotto. Samalla se kehitti meidän projektin hallintaamme ja moniammatillista kanssakäymistämme. Työssämme tulevana sairaanhoitajina ymmärrämme terveyden edistämisen merkityksen ja kuinka on hyvä lähteä ohjaamaan asiakasta kohti itsehoitoa. Asiakkaiden motivointi on tärkeää, ja siihen tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Opinnäytetyön prosessin aikana asiantuntijuutemme lisääntyi itsehoidosta, terveyden edistämisestä ja asiakaslähtöisyydestä. Lisäksi asiantuntijuutemme kasvoi verenpaineesta, kohonneesta verenpaineesta ja sen riskitekijöistä, ennaltaehkäisystä ja erityisesti siihen liittyvästä itsehoidosta sekä painonhallinnasta, ylipainon aiheuttamista riskeistä ja sen itsehoidosta.

Ammatillinen kasvu näkyi myös yhteistyötaitojen kehittymisenä. Yhteistyötä tapahtui meidän välillämme opinnäytetyöntekijöinä sekä asiantuntijoiden ja tasaisin väliajoin pidettyjen Itsehoitopisteiden sähköistämiskokouksiin osallistuneiden henkilöiden kanssa. Itsehoito-ohjeita tehdessämme olimme avoimia uusille näkökulmille ja ideoille eri yhteistyötahojen kautta. Opinnäytetyön prosessia pitkitti aikataulujen sovittaminen yhteen kaikkien toimijoiden kanssa.

Teoreettisen viitekehyksen lähdekirjallisuutta löytyi paljon, mikä vaati lähteiden kriittistä arviointia. Löydetyissä lähteissä havaittiin olevan paljon samaa tietoa, jolloin valitsimme sellaisia lähteitä, joista saimme mahdollisimman paljon tietoa. Haastavaa oli löytää tutkimuksia, jotka käsittelisivät juuri meidän aiheitamme, erityisesti kohderyhmäämme ja ilman lääkehoitoa. Rajasimme opinnäytetyöstä pois lääkehoidon, koska se tulisi suunnitella terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa. Lisäksi katsoimme sen kuuluvan enemmän osaksi omahoitoa kuin itsehoitoa.

Verenpaineen sisältöä luodessa koimme ongelmalliseksi sen laajuuden aiheena, sillä esimerkiksi kohonneeseen verenpaineeseen kuuluu lisäksi sen diagnosointi, hoito ja erityisesti siihen liittyen lääkehoito. Opinnäytetyössä kerroimme näistä aiheista lyhyesti, mutta keskityimme enimmäkseen itsehoitoon liittyviin asioihin ja käsitteisiin. Painonhallinta–itsehoito-ohjetta tehdessä painonhallinta käsitteenä tuotti hankaluuksia. Eri lähteessä painonhallinta tarkoittaa yleistä painon ylläpitoa normaalipainoisilla ja laihdutuksen jälkeistä painon ylläpitoa. Aiheesta on rajattu alipaino pois, koska itsehoito-ohjeen haluttiin keskittyvän lihavuuden estämiseen.

Opinnäytetyömme on hyvin ajankohtainen, sillä ensinnäkin raporttiosuutta ei ole aiemmin yhdistetty, kun opinnäytetyön tuloksena ovat syntyneet erilliset tuotokset. Toiseksi tällä hetkellä itsehoitopisteitä ollaan jatkuvasti kehittämässä, ja me osallistuimme siihen luomalla nämä uudet itsehoito-ohjeet. Maailman terveysjärjestö WHO vietti vuonna 2013 terveyspäivää teemana Kohonnut verenpaine (World Health Organization 2013c), joten sekin tuo ajankohtaisuutta työhömmme.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen kriteereillä uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Tieteellisen tutkimustyön luotettavuudelta edellytetään sitä, että tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tähän tieteelliseen käytäntöön kuuluvat yleinen huolellisuus ja

tarkkuus sekä rehellisyys tutkimustyöprosessin aikana. Tutkimuksen luotettavuutta lisätään tutkimuksen suunnittelulla, toteutuksella ja yksityiskohtaisella raportoinnilla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 142) mukaan tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimustulosten näyttäminen henkilöille, joita aineistot koskevat sekä arvioinnin pyytäminen siihen, vastaavatko tulokset tutkittua.

Opinnäytetyössämme luotettavuutta lisäsivät kartoittavat asiakaskyselyt itsehoitopisteillä ja sähköisten terveystietokantojen sisällön tarkistuttaminen asiantuntijoilla, kuten ravitsemusterapeutilla ja terveyden edistämisen professorilla. Lisäksi lähetimme opinnäytetyön raporttimme asiantuntijaohjaajallemme ja ASSI-hankkeen projektisuunnittelijalle, jotta saisimme myös heidän mielipiteensä työstämme. Uskottavuutta lisäsi sisältöjemme luetuttaminen toisillamme sekä tutuillamme. Pidimme molemmat opinnäytetyön päiväkirjaa. Tämä auttoi opinnäytetyöprosessin kirjoittamisessa ja lisäsi luotettavuutta työhömmä, sillä sen avulla pystyimme katsomaan ja palaamaan asioihin, mitä milloinkin olimme tehneet.

Joutuimme rajaamaan kohderyhmältä saatavan arvioinnin pois, jotta opinnäytetyöhön käytetty työmäärä ei kasvaisi liikaa. Tämä heikensi osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta. Kartoittavan asiakaskyselyn tulosten uskottavuutta heikensi perusteellisesti suunniteltujen kysymysten puuttuminen Utran puukoululla järjestetystä ensimmäisestä asiakaskyselystä. Meillä ei myöskään ollut kysyjän ja kirjaajan rooleja ensimmäisessä kyselyssä, mutta siitä oppineena jaoimme roolit ennen toista kyselyä.

Lähdeaineistoa tulee arvioida sen iän, laadun ja lähteen uskottavuuden asteen mukaan. Varmana valintana voi pitää asiantuntijaksi todetun tuoretta ja ajantasaista aineistoa. Ajantasaisten ja soveltuvien lähteiden käyttö paljastaa opinnäytetyöntekijän olevan selvillä alansa senhetkisestä tietämyksen tilasta. Tietolähteen toistuvuus lähdemerkinnöissä kertoo lähteen auktoriteetista ja tunnettuudesta alallaan. Lähteinä on hyvä suosia alkuperäisiä lähteitä. Toissijaiset lähteet ovat alkuperäisen lähteen tulkintaa, ja tämä lisää tiedon muuntumisen

mahdollisuutta. Luotettavuutta lisää myös huolellisesti tehty lähdeluettelo. (Vilka & Airaksinen 2003, 58, 72–73.)

Käytimme opinnäytetyössä mahdollisimman paljon tuoreita ja alkuperäisiä lähteitä. Halusimme etsiä kansainvälisiä tutkimuksia ja lehtiartikkeleita tuomaan luotettavuutta opinnäytetyölle. Suhtauduimme lähteisiin kriittisesti ja arvioimme tekijöiden asiantuntijuutta. Suurin osa käytetyistä lähteistä on 2000-luvun puolelta, mutta kaksi on tarkoituksella otettu vanhemmista lähteistä. Kauan tunnettu muutosvaihemalli, joka esitellään vuoden 1997 lehtiartikkelissa, on viimeisimpiä kyseisen mallin tekijän kirjoittamia artikkeleita (Prochaska & Velicer 1997, 38–48). Lisäksi terveyden edistämisen käsitettä avattaessa jouduimme käyttämään lähdetä vuodelta 1986 World Health Organizationilta. Terveyden edistämistä käsitteenä ei ole kansainvälisesti määritelty vielä tähän mennessä uudelleen (Rimpelä 2010, 17–18).

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuseettisestä näkökulmasta hyvä tutkimuskäytäntö on ottaa muut tutkijat huomioon kunnioittamalla heidän tekemäänsä työtä ja viitaten heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Plagiointia eli luvaton lainaamista on toisen käsikirjoituksen, artikkelin tai tekstin esittäminen omanaan. Tekstiä lainattaessa tulee tekijä osoittaa asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tekstin tuottajalla on tekemäänsä tekstiin tekijänoikeus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 26.) Säilytimme alkuperäiset tekstit koko opinnäytetyöprosessin ajan, jotta oikea tieto ei vääristynyt tai sekoittunut kirjoittamamme tekstin kanssa. Visuaalisen ilmeen esittelyyn opinnäytetyöseminaarissa saimme luvan viestinnän opiskelijalta.

Yleisten tutkimuseettisten ohjeiden lähtökohtana on myös, että tarpeelliset tutkimusluvut on hankittu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Keskussairaalalla järjestettävää asiakaskyselyä varten tuli tehdä tutkimussuunnitelma, ja tätä varten teimme kysymykset valmiiksi. Kysyimme luvan asiakaskyselyyn osallistuneilta ja esittelimme itsemme sekä selvitimme, mitä varten kysely suori-

tetaan. Painotimme, että henkilökohtaisia tietoja ei kerätä ja aineisto tuhoetaan työn valmistuttua.

Terveyden edistämisen näkökulmasta Leino-Kilpi ja Välimäki (2009, 186–187) saavat miettimään, millä oikeudella pyritään vaikuttamaan toisen ihmisen terveysnäkemyskseen ja siten hänen primaariprosessiinsa. Kysymyksenä on, kuinka vaikuttavaa tieto on. Tärkeää on pystyä perustelemaan käytetty tieto, jotta voidaan ehdottaa ohjeen välityksellä mahdollisia elintapamuutoksia. Meillä on myös vastuu terveyspalvelujen käyttäjän kunnioittamisesta.

Ohjetta suunniteltaessa on otettava huomioon tuleva asiakas ja hänen tarpeensa. Terveyspalvelujen käyttäjää kunnioittava terveyden edistäminen vaatii hoitotyöntekijöiltä kykyä ottaa perspektiiviä toiseen ihmiseen. Ongelmana tässä on, joko palvelun käyttäjän osaamisen yli- tai aliarvioiminen. Tämä voi johtaa siihen, ettei käyttäjä tavoita välitettävää tietoa tai kykene soveltamaan sitä omaan tilanteeseensa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 190.)

Hoitotyössä aktiivinen periaate eli hyvän tekeminen ja toisen ihmisten etujen edistäminen on lähtökohta kaikelle toiminnalle. Päästään kysymykseen, onko hyvän tekeminen aina mahdollista ja mitä tehdä silloin, kun sairaanhoitajan ja asiakkaan käsitykset hyvästä poikkeavat toisistaan. Hoitotyössä määritellään tavoiteltava hyvä usein hyvänä terveytenä, toimintakykynä ja elämänlaatuna sekä henkilökohtaisena kehityksenä ja merkityksen löytämisenä sairaudesta.

Hyvän lisäämisellä voidaan tarkoittaa pahan vähentämistä, kuten sairauden tai huonon terveyden ehkäisemistä. Ihmisellä täytyy olla oikeus elää ainutkertaisena yksilönä, jolla on oikeus tehdä omat päätöksensä arvostustensa ja vakaumuksensa pohjalta. Arvostukset ja käsitykset voivat muodostaa henkilökohtaisen elämäntavaksi, jotka ilmenevät ihmisen tavassa elää omassa elämäntyyliinsä, aikomuksissa, ajatuksissa, tavoitteissa ja teoissa. Ihmisellä on siis oikeus omaan henkilökohtaiseen elämäntyyliinsä ja elää sen mukaisesti. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 122–123, 137–138.)

Sairaanhoitajana voidaan ohjeistusta perustella tutkitulla ja näyttöön perustuval- la tiedolla, koska se on todettu hyväksi käytännöksi. Terveyskansioiden tavoit- teena on olla terveyttä edistäviä. Jokaisella ihmisellä on oikeus elää, miten ha- luua ja päätöksenteko elintapamuutoksesta on loppujen lopuksi itsehoito-ohjeita lukevalla. Kansioden tarkoituksena onkin motivoida itsehoitopisteen asiakkaita kohti itsehoitoa, mutta ei pakottaa ketään noudattamaan niitä.

8.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet

Tulevaisuutta ajatellen opinnäytetyömme on hyvin hyödynnettävissä, koska se on sähköisessä muodossa, jolloin sitä on helppo muokata ja päivittää jatkossa. Opinnäytetyötä voidaan myös hyödyntää alustavana tietopakettina painonhallin- taan ja verenpaineeseen liittyvissä asioissa. Myöhemmin voitaisiin selvittää, hyötyvätkö asiakkaat terveyskansioiden sisällöistä ja vaikuttaako sähköistämi- nen esimerkiksi niiden lukemiseen.

Jatkokehittämismahdollisuuksia voisivat olla eri aiheiden lisääminen itsehoito- pisteiden alustalle, kuten diabetes ja mielenterveys. Itsehoitopisteiden materiaa- lien teossa voitaisiin hyödyntää lisää moniammatillisuutta esimerkiksi siten, että fysioterapeuttiopiskelijat tekisivät ohjeet TULE-sairauksista. Lisäksi ajankohtai- sista kunnan järjestämistä vertaistukiryhmistä, kuten painonhallintaryhmästä, voisi ilmoittaa tulevalla itsehoitopisteiden sivustolla sekä lisätä haastatteluja tai kokemustietoa henkilöistä, jotka ovat onnistuneet painon ja verenpaineen hal- linnassa. Tällä hetkellä tämä sivusto on rajattu vain itsehoitopisteille, myöhem- min sivusto voisi olla kaikkien saatavilla internetissä tai mobiiliversiona. Terve- yskansioiden päivittäminen ja kehittäminen tulevaisuudessa on tärkeää, jotta siihen luomamme tieto pysyy mahdollisimman ajankohtaisena ja luotettavana.

Lähteet

- Abzets, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011. 127. 2265–72.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Aro, A. 2013. Ruokavalio ja verenpaine. 100 kysymystä ravinnosta. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00058&p_teos=skr&p_osio=&p_selaus=1831/. 6.2.2014.
- Bhatt, S.P., Luqman –Arafath, T.K. & Guleria, R. 2007. Non-pharmacological management of hypertension. *Indian J Med Sci* 2007. 61. 616-24. <http://www.indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359;year=2007;volume=61;issue=11;spage=616;epage=624;aulast=Bhatt.27.12.2013>.
- Brock, C. & Dost, A. 2005. Self care – A real choice. Self care support – A practical option. *Supporting Self Care*. Department of Health. 1–11.
- Bäckmand, H., Himanen, O., Hukka, E., Ilanne-Parikka, P., Koski, S., Kuronen, M., Lahti-Koski, M., Lindström, J., Pajunen, P., Palonen, L., Peltomäki, P., Pölonen, A., Rissanen, A., Sampo, T. & Viialainen, R. 2011. Tartu toimeen - ehkäise diabetes. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Elfhag, K. & Rössner, S. 2005. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews* 6 (1), 67–85.
- Epilepsialiitto. 2013. Itsehoito. Helsinki: Epilepsialiitto. http://www.epilepsia.fi/epilepsialiitto/epilepsialiiton_ajankohtaista/tieto_epilepsiasta/itsehoito/. 12.4.2013.
- ESH and ESC Guidelines. 2013. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2013. 31. 1281–1357.
- Euroopan komissio. 2013. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut. http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_fi.htm/. 19.5.2013.
- Fasting, M., Nilsen, T., Holmen, T. & Vik, T. 2008. Lifestyle related blood pressure and body weight in adolescence: Cross sectional data from the Young-HUNT study, Norway. *BMC Public Health* 2008. 8 (111), 1–10.
- Fogelholm, M. 2011a. Lihaksen energiantuotanto ja energia-aineenvaihdunta. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–31.
- Fogelholm, M. 2011b. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 112–123.

- Fogelholm, M. & Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67–75.
- Frisoli, T., Schmierer, R., Grodzicki, T. & Messerli, F. 2011. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. Published on behalf of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 32 (24), 3081-3087.
- Gatineau, M. & Dent, M. 2011. Obesity and mental health. National Obesity Observatory.
- Godfrey, C., Harrison, M., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. & Oakley, P. 2011. Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2011. 9 (1), 3–24.
- Hakala, P. 2010a. Ruokavalion rasvamäärän vähentämisen vaikutus painoon. Näytönastekatsaukset. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nak02708>. 14.11.2013.
- Hakala, P. 2010b. Proteiinin merkitys painonhallinnassa. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01665>. 14.11.2013.
- Heinonen, L. 2011. Miten painoa hallitaan? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-J. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 153–154.
- Helldan, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2012. Raportti 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Helsingin diakoniaopisto. 2014. Ruokailutottumus.
<https://www.hdo.fi/sanasto/item/843/>. 6.1.2014.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveystietokeskuksen julkaisu ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Huuskonen, M. 2013. Ravitsemusterapeutti. PKSSK. Konsultaatio, 9.7.2013.
- Huuskonen, M. 2014. Ravitsemusterapeutti. PKSSK. Sähköposti, 8.1.2014.
- Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveystietopalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Raportteja 9/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Hyvinvointipolku. 2013. Terveystietotuvat.
<http://www.hyvinvointipolku.fi/web/polku/terveystietotuvat/>. 10.9.2013.
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Ikonen, H. 2013. ASSI-hankkeen projektisuunnittelija. Konsultaatio, 13.12.2013.
- Itsehoitopisteiden sähköistäminen-yhteistyökokous. 2013. Muistio 15.8.2013.

- Joensuun Työterveys. 2008. Itsehoitopiste.
<http://www.joensuunttyoterveys.fi/palvelut/itsehoitopiste/>. 12.4.2013.
- Johansson, J. 2011. Optimal Schedule for Home Blood Pressure Measurements and Clinical Significance of the Variability in Home-Measured Blood Pressure and Heart Rate. Turku: National Institute for Health and Welfare, THL. Research 66/2011.
- Joki, A. 2009. Onnistunut painonhallinta. Helsingin yliopisto. Ravitsemustiede. Pro gradu –tutkielma.
- Jousilahti, P. & Borodulin, K. 2012. Suomalaisten tupakointi vähenee. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90884/TutkimuksestaTii viisti3_tupakka.pdf?sequence=1/. 15.9.2013.
- Jula, A., Kukkonen-Harjula, K., Tala, T., Riikola, T. & Aho, T. 2010. Kohonnut verenpaine. Käyvän hoidon potilasversiot.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/k hp00016/>. 25.8.2013.
- Jula, A., Salomaa, V., Aromaa, A., Jauhiainen, M., Kaaja, R., Kesäniemi, A., Kuusisto, J., Kähönen, M., Nieminen, M., Niiranen, T., Oikarinen, L., Rapola, J. & Ukkola, O. 2012. Verenpaine. Biologiset vaarateki-jät. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 66–69.
- Jula, A., Metsärinne, K. & Syväne, M. 2013. Maailman terveyspäivä 7. huhti-kuuta muistuttaa kohonneen verenpaineen ja suolankäytön haitois-ta. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=33243/. 15.9.2013.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2014. ASSI-hankkeen esittely.
<http://www.karelia.fi/assihanke/hanke-esittely>. 6.2.2014.
- Karhunen, L., Lyly, M., Lapveteläinen, A., Kolehmainen, M., Laaksonen, D., Lähteenmäki, L. & Poutanen, K. 2012. Psychobehavioural factors are more strongly associated with successful weight management than pretermained satiety effect or other characteristics of diet. *Journal of Obesity*.
<http://www.hindawi.com/journals/jobes/2012/274068/>. 22.10.2013.
- Kastarinen, M., Puska, P., Korhonen, M., Mustonen, J., Salomaa, V., Sundvall, J., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Nissinen, A. 2002. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Journal of Hypertension*. 20 (12), 2505–2512.
- Klem, M.L., Wing, R.R., Lang, W., McGuire, M.T. & Hill, J.O. 2000. Does weight loss maintenance become easier over time? *Obesity research* 8 (6), 438–44.
- Korkeila, J. 2008. Stressi, tunteiden säätely ja immunitaetti. *Duodecim* 124 (6), 683–92.
- Kortesuo, K. 2009. Tekstiä ruudulla. Kirjoitamme verkkoon. Keuruu: Infor Oy.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.). 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kukkonen-Harjula, K. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 131–136.

- Kukkonen-Harjula, K. 2012. Liikunta ja kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00979/.
 19.12.2013.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito–suositus. 2009. Kohonnut verenpaine. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010?hakusana=kohonnut%20verenpaine/>. 25.8.2013.
- Käypä hoito–suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?hakusana=lihavuus/>. 21.12.2013.
- Laatikainen, T. 2013a. Terveystieteen professori. PKSSK. Konsultaatio, 1.10.2013.
- Laatikainen, T. 2013b. Terveystieteen professori. PKSSK. Konsultaatio, 12.12.2013.
- Laatikainen, T. & Kaila, A. 2013. Terveystieteen professori ja kehittäjälihoitaja. PKSSK. Konsultaatio, 8.5.2013.
- Laatikainen, T., Jula, A. & Salomaa, V. 2012. Verenpaine Suomessa – FINRISKI-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.
- Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00150#s13/. 6.2.2014.
- Lahti-Koski, M. & Rautavirta, K. 2012. Suomalainen ravitsemus ja sen kehitys. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 236–255.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lampi, P. 2010. Terveystietotutvat aikuisten terveydenedistäjinä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Landsberg, L., Aronne, L.J., Beilin, L.J., Burke, V., Igel, L.I., Lloyd-Jones, D. & Sowers, J. 2013. Obesity-Related Hypertension: Pathogenesis, Cardiovascular Risk, and Treatment – A Position Paper of the The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *Obesity* 21, 8-24.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Majahalme, S. 2008a. Mitä tarkoitetaan kohonneella verenpaineella? Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 202–203.
- Majahalme, S. 2008b. Verenpaineen mittaaminen. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 204–205.
- Majahalme, S. 2008c. Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S.

- (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 211–212.
- Majahalme, S. 2008d. Kohonneen verenpaineen syyt. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208.
- Majahalme, S. 2008e. Kohonneen verenpaineen kehittymiseen vaikuttavat elintavat ja ympäristötekijät. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208–209.
- Majahalme, S. 2008f. Hypertensiivinen kriisi (verenpaine kriisi). Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218–219.
- Markowitz, S., Friedman, M. & Arent, S. 2008. Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 15 (1), 1–20.
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01668/>. 14.11.2013.
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. 2011. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization.
- Michie, S., Rumsey, N., Fussell, A., Hardeman, W., Johnston, M., Newman, S. & Yardley, L. 2008. Improving Health: Changing Behaviour. NHS Health Trainer Handbook. Department of Health.
- Mustajoki, P. 2007a. Ylipaino – tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Duodecim.
- Mustajoki, P. 2007b. Ruoan energiatiheys ja annoskoko – avaimia painonhallintaan. *Suomen Lääkärilehti* 62 (51–52), 4753–4756.
- Mustajoki, P. 2010. Painonhallinta – painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mustajoki, P. 2012a. Kohonnut verenpaine (verenpaine tauti). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034/. 12.4.2013.
- Mustajoki, P. 2012b. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001&p_haku=painoindeksi/. 14.11.2013.
- Mustajoki, P. 2012c. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890&p_haku=vy%C3%B6t%C3%A4r%C3%B6lihavuus/. 5.9.2013.
- Mustajoki, P. 2012d. Tietoa potilaalle: Painonhallinta ja ruoka. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864&p_haku=painonhallinta%20ja%20ruoka/. 20.7.2013.
- Mustajoki, P. 2012e. Liikunta ja painonhallinta. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005/. 20.7.2013.

- Mustajoki, P. 2013. Matala verenpaine. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00300/.
 27.12.2013.
- Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Männistö, S., Harald, K., Pietinen, P., Kaartinen, N. & Laatikainen, T. 2010. Lihottaako alkoholi suomalaisia? Suomen Lääkärilehti 65 (34), 2685–2690.
- Männistö, S. 2011. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 256–263.
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäntyharju. 2013. Itsehoitopiste. <http://www.mantyyharju.fi/palvelut/199-itsehoitopiste/>. 27.12.2013.
- Nadar, S. & Lip, G. 2009. Oxford Cardiology Library : Hypertension. Oxford University Press.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveyshallinnon ja talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Nikkilä, M. 2011. Näin hoidan. Vaikean verenpainetaudin hoito. Duodecim 2007. 123, 1735–40.
- Nordic Nutrition Recommendations. 2012. Part 1, summary, principles and use. Nordic Council of Ministers.
- Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 43–56.
- Paahtama, S. 2012. Terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäisy. Suomen kuntaliitto.
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/terveyden-edistaminen/Sivut/default.aspx>. 25.8.2013.
- Perttilä, K. 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoidaja-lehti 4/2006.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/.
 15.7.2013.
- Phelan, S. & Wing, R. 2005. Long term weight loss maintenance. The American journal of clinical nutrition. 82 (1), 222-225.
<http://ajcn.nutrition.org/content/82/1/222S.long#sec-4>. 23.10.2013.
- Phelan, S., Wyatt, H.R., Hill J.O. & Wing, R. 2006. Are the eating and exercise habits of successful weight losers changing? Obesity. 14 (4) 701-6.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2008. Part A: Executive Summary. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. 2013a. Mikä on itsehoitopiste?
<http://kansanterveys.info/toiminta-2/toiminta/vaestoterveytta>

- yhteistyolla/vaestoterveys/itsehoitopisteet/mika-on-itsehoitopiste/. 5.7.2013.
- Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. 2013b. Itsehoitopisteet. <http://kansanterveys.info/toiminta-2/toiminta/vaestoterveytta-yhteistyolla/vaestoterveys/itsehoitopisteet/>. 10.9.2013.
- Puska, P. 2010. Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010 – luvulla – mitä olemme oppineet neljän vuosikymmenen aikana? Teoksessa Sthåhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 55–66.
- Puustinen, P. 2008. Keski-Suomen maakunnallinen terveyden edistämisen suunnitelma. Työkaluja sosiaali- ja terveystoimeen ja kuntien päätöksentekoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisusarja 119/2008.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion* 12(1), 38–48.
- Raulio, S., Ovaskainen, M.-L., Tapanainen, H., Paturi, M., Virtanen, S. & Hellan, A. 2013. Ruokavalio entistä rasvaisempi, kovaa rasvaa aiempaa enemmän – Finravinto 2012–tutkimuksen tuloksia. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110519/THL_TT004_2013verkko.pdf?sequence=1. 5.11.2013.
- Rimpelä, M. 2010. Terveystieteistä terveyden edistämiseen. Teoksessa Sthåhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 11–19.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen-opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukeminen_opas_12_09.pdf. 3.6.2013.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen - käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy. http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf. 8.7.2013.
- Scheltens, T., Bots, M., Numans, M., Grobbee, D. & Hoes, A. 2007. Awareness, treatment and control of hypertension: the "rule of halves" in an era of risk-based treatment of hypertension. *Journal of Human Hypertension* 2007. 21, 99–106.
- Schwab, U. 2012. Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 341–346.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen Kuntaliitto. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Suomen Sydänliitto ry. 2011. Normaali ja kohonnut verenpaine. <http://www.sydanliitto.fi/normaali-ja-kohonnut-verenpaine>. 19.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2012a. Verenpaine. <http://www.sydanliitto.fi/verenpaine>. 6.5.2013.

- Suomen Sydänliitto ry. 2012b. Stressi.
http://www.sydanliitto.fi/stressi#.UwZmamJ_v2Z/. 27.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013a. Kohonnut verenpaine ja sen hoito.
<http://www.sydanliitto.fi/kohonneen-verenpaineen-hoito/>.
 19.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013b. Tupakka.
http://www.sydanliitto.fi/tupakka#.UwCxYWJ_v2Z/. 27.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013c. Tupakoinnin lopettaminen.
http://www.sydanliitto.fi/tupakoinnin-lopettaminen#.UwCyDWJ_v2Z/. 27.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2014. Painonhallinta.
http://www.sydanliitto.fi/painonhallinta#.UwzK8eN_v2Y/. 6.2.2014.
- Syvänne, M. 2011. Kohonnut verenpaine vaikuttaa terveyteen monin tavoin. Diabetesliitto & Sydänliitto.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/diabetes_ja_muut_sairaudet/kohonnut_verenpaine_vaikuttaa_terveyteen_monin_tavoin.2815.news. 15.11.2013.
- Tarnanen, K., Pietiläinen, K., Hakala, P., Koivukangas, V., Kukkonen-Harjula, K., Marttila, J., Rissanen, A. & Saarni, S. 2011. Lihavuus (aikuiset). Käyvän hoidon potilasversiot.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00017#s9>. 19.12.2013.
- Taylor, S. & Renpenning, K. 2011. Self-care Science, Nursing Theory, and Evidence-based Practice. Springer Publishing Company, LLC.
- Teixeira, P.J., Silva, M.N., Coutinho, S.R., Palmeira, A.L., Mata, J., Vieira, P.N., Carraça, E.V., Santos, T.C. & Sardinha, L.B. 2010. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity (Silver spring)* 18 (4), 725–35.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/palvelukokonaisuudet/. 17.12.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Oma-toimista hyvinvointia - Sähköisiä sosiaali- ja terveystieteiden palveluja kansalaisille. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f5861e4b-e96b-4dc4-87d8-8daed13dd34b>. 19.5.2013.
- Tiitinen, A. 2013. Kuukautisia edeltävät oireet (premenstruaalioireyhtymä, PMS). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00163&p_haku=premenstruaalioireyhtym%C3%A4. 14.11.2013.
- Tikkanen, M. & Salomaa, J. 2009. Kohonnut verenpaine. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00002.
 17.9.2013.
- Tilvis, R. 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla – erityispiirteet. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00145.
 27.12.2013.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa - valmentava elämäntapaohjaus. Edita Publishing Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- UKK -instituutti. 2009. Liikuntapiirakka.UKK -instituutti.
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. 6.2.2014.
- Ulen, CG., Huizinga, MM., Beech, B. & Elasy, T. 2008.Weight regain prevention. *Clinical Diabetes* 26(3), 100-113.
<http://clinical.diabetesjournals.org/content/26/3/100.full#sec-3>. 30.10.2013.
- U.S Department of Health and Human Services. 2008. Physical activity guidelines for americans. U.S Department of Health and Human Services. <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. 6.2.2014.
- Uusitupa, M. 2009. Lihavuus. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00044. 8.11.2013.
- Uusitupa, M. 2012. Lihavuus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 347–367.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014a. Ravitsemussuosituksset kuvaavat väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden tarvetta tai suositeltavaa saantia.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituksset/>. 6.2.2014.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014b. Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuosituksset. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Vesanto, S., Isomäki, S., Iivonen, K., Larjovaara, R., Vanhanen, H. & Mäkelä, H. 2005. Kohonneen verenpaineen hoidonohjauskansio. Tukimateriaali terveydenhuoltohenkilökunnan käyttöön. Helsinki: Helsingin Sydänpiiri ry.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vuori, I. 2011. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–19.
- Väestöliitto. 2013. Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys?
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/parisuhdetietoa-ammattilaisille/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslah-toisyys/. 5.7.2013.
- Westenhoefer, J. 2001. The therapeutic challenge: behavioral changes for long-term weight maintenance. *International journal of obesity and related metabolic disorders* 25 (1).
<http://europepmc.org/abstract/MED/11466596>. 30.10.2013.

- Wing, R.R., Papandonatos, G., Fava, J.L., Gorin, A.A., Phelan, S., McCaffery, J. & Tate, D.F. 2008. Maintaining large weight losses: the role of behavioral and psychological factors. *Journal consulting and clinical psychology* 76 (6), 1015-1021.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677901/>.
30.10.2013.
- World Health Organization. 1986. The Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. 21.12.2013.
- World Health Organization. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical report series 916. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. 10.9.2013.
- World Health Organization. 2013a. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2013b. Obesity and overweight. Fact sheet n311.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
14.11.2013.
- World Health Organization. 2013c. World Health Day 2013. WHO campaigns.
<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/>.
14.11.2013.

Pohjois-Karjalan itsehoitopisteiden kartta



Lähde: (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2013b).

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois-Karjalan Sairaanhoidopiiri
Toimeksiantajan edustaja:	Anu Niemi
Osoite:	Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1100134 Anu Moilanen 1100141 Niina Taskinen
Puhelinnumero:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]

Toimeksiantajan sitoumukset
Toimeksiantajana Pohjois-Karjalan Sairaanhoidopiiri sitoutuu ohjaamaan ja avustamaan tarvittaessa opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa. Toimeksiantajalle jää päivitys- ja ylläpito-oikeudet, jolloin hän sitoutuu jatkossa kehittämään sähköisiä itsehoitokansioita. Toimeksiantajalle ei aiheudu kustannuksia opinnäytetyöstä.

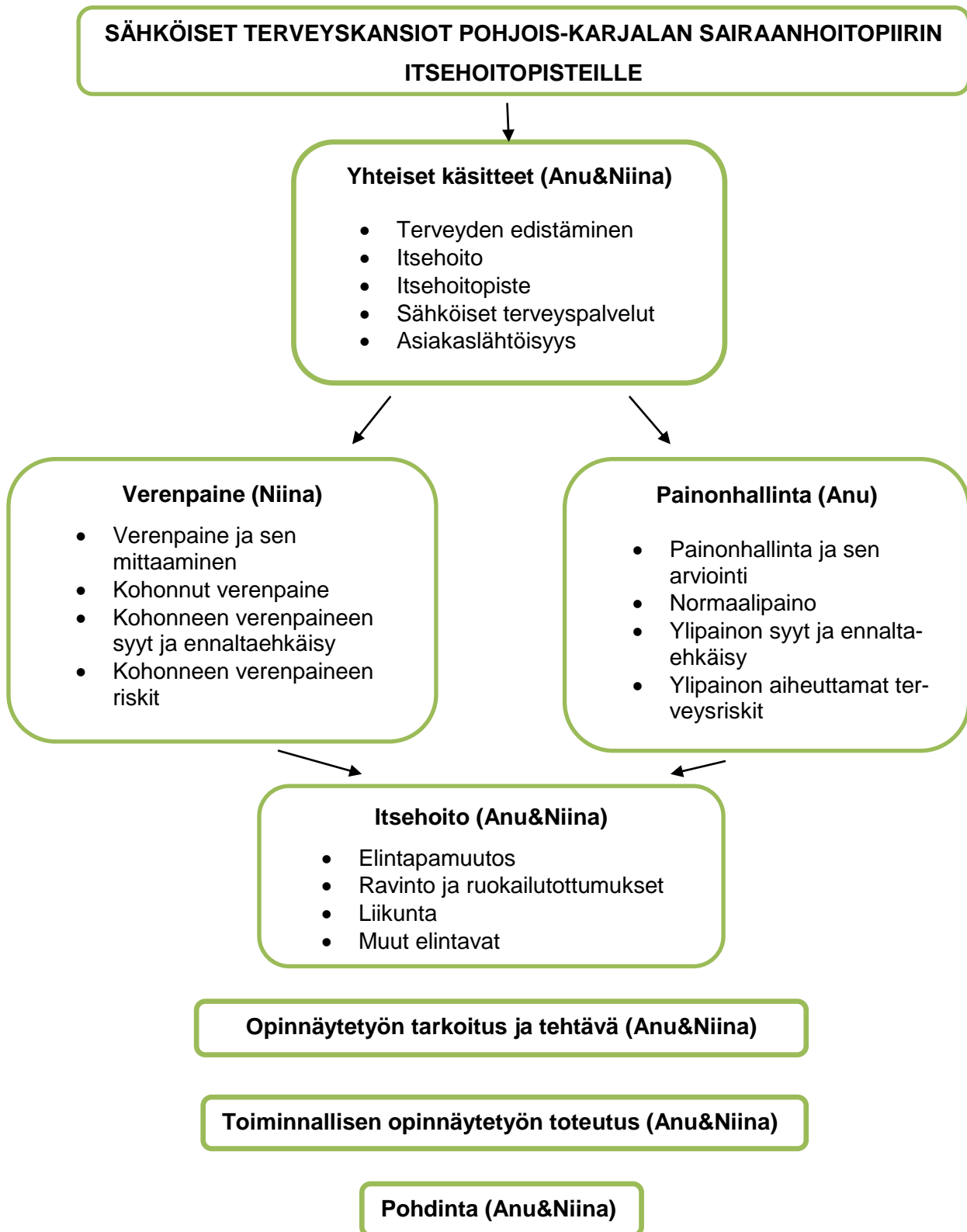
Opiskelijan sitoumukset
Opiskelijat tuottavat sähköiset itsehoitokansiot toiminnallisena opinnäytetyönä Pohjois-Karjalan Sairaanhoidopiirin käyttöön. Opinnäytetyön asiantuntijaohjaajana toimii ASSI-hankkeen projektipäällikkö Päivi Sihvo. Sähköisten itsehoitokansioiden aiheet ovat Painonhallinta ja Verenpaineen seuranta ja itsehoito. Opiskelijoille jää tekijänoikeudet.

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Haija Kankkunen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 13.9.2013	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Anu Moilanen Niina Taskinen ANU MOILANEN NIINA TASKINEN
Päiväys 13.9.2013	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Anu Niemi

Opinnäytetyön prosessin kaavio



Opinnäytetyön päiväkirja

Syyskuu 2012	Niina valitsee opinnäytetyön aiheen toimeksiantolistalta.
Joulukuu 2012	Ensimmäinen ”Itsehoitopisteiden sähköistäminen”-yhteistyökokous, johon Niina osallistuu.
Tammikuu 2013	Anu valitsee opinnäytetyön aiheen toimeksiantolistalta. Opinnäytetyön aiheen varaus opinnäytetyö I-infossa.
Helmikuu 2013	Ensimmäinen pienryhmätapaaminen. Anun ja Niinan aihesuunnitelmien hyväksyminen. Niinan tutustuminen PKSSK:n itsehoitopisteeseen.
Maaliskuu 2013	Anu vaihdossa. Niinalla opinnäytetyön suunnitelman tekoa ja opinnäytetyön pienryhmätapaaminen.
Huhtikuu 2013	Anu vaihdossa. Niinalla opinnäytetyön suunnitelman tekemistä ja opinnäytetyön pienryhmätapaaminen.
Toukokuu 2013	Anu vaihdossa. ASSI-hankkeen järjestämä verkkokirjoittamisen kurssi. Tapaaminen terveyden edistämisprofessorin ja kehittäjälihoitajan kanssa verenpaineen terveystieteen sisällöstä. Tapaaminen ASSI-hankkeen projektipäällikön kanssa verenpaine-osioon liittyen.
Kesäkuu 2013	Opinnäytetyön pienryhmätapaaminen. Opinnäytetöiden yhdistäminen opinnäytetyön ohjaajan ehdotuksesta. Opinnäytetyösuunnitelman tekemistä.
Heinäkuu 2013	Anun aiheen vaihtaminen sydän- ja verisuonisairauksista painonhallintaan. Tapaaminen ravitsemusterapeutin kanssa painonhallinnan terveystieteen sisällöstä. Opinnäytetyösuunnitelman tekemistä.
Elokuu 2013	Toinen ”Itsehoitopisteiden sähköistäminen”-yhteistyökokous. Opinnäytetyösuunnitelman tekemistä.
Syyskuu 2013	Opinnäytetyön pienryhmätapaaminen. Kolmas ”Itsehoitopisteiden sähköistäminen”-yhteistyökokous. Opinnäytetyö II-info. Toimeksiantosopimuksen allekirjoitus. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksytty. Asiakaskysely Utran puukoululla.
Lokakuu 2013	Neljäs opinnäytetyön pienryhmätapaaminen. Neljäs ”Itsehoitopisteiden sähköistäminen”-yhteistyökokous. Tapaaminen terveyden edistämisen professorin kanssa, keskustelua terveystieteen sisällöstä. Tutkimuslupahakemus tehty keskussairaalan aulassa tehtävää asiakaskyselyä varten. Tutkimuslupahakemus hyväksytty. Opinnäytetyön tekemistä. Terveystieteen kokoamisen aloittaminen

Opinnäytetyön päiväkirja

Marraskuu 2013	Asiakaskysely keskussairaalan aulassa. Kansanterveyskeskuksen itsehoitopisteiden kehittämispäiväs- sä opinnäytetyön esittely ja palautteen saanti. Opinnäytetyön pienryhmätapaaminen. Opinnäytetyön tekemistä.
Joulukuu 2013	Opinnäytetyö-seminaareihin osallistuminen. Viides "Itsehoitopisteiden sähköistäminen"-yhteistyökokous. Opinnäytetyönohjaajan tapaaminen. Tapaaminen visuaalisen ilmeen tekijän kanssa. Tapaaminen terveyden edistämisen professorin kanssa, terve- yskansioiden ensimmäisten versioiden esittely. Opinnäytetyön tekemistä.
Tammikuu 2014	Kuudes "Itsehoitopisteiden sähköistäminen"-yhteistyökokous. Tapaaminen opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Palaute terveyskansioista terveyden edistämisen professorilta sähköpostitse. Tuotokseen käytettyjen kuvien luvat kysytyt sähköpostitse. Opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyön seminaariesitys.
Helmikuu 2014	Seitsemäs "Itsehoitopisteiden sähköistäminen" yhteistyökokous Terveyskansioiden esittely yhteistyökokouksessa ja palautteen saanti. Ohjauksen siirtyminen toiselle opinnäytetyön ohjaajalle. Opinnäytetyön tekemistä.
Maaliskuu 2014	Palaute toimeksiantajalta. Opinnäytetyön tekemistä.

Tutkimuslupapäätös

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Sairaanhoidon yhteiset palvelut Johtajaylilääkäri	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös	1 (2) §
--	--	----------------

Tutkimuslupa opinnäytetyölle "Sähköiset itsehoitokansiot Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin itsehoitopisteille - Verenpaine ja painonhallinta" / Anu Moilanen & Niina Taskinen

Selostus asiasta Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelijoiden Anu Moilasan ja Niina Taskisen hakemus koskien opinnäytetyötä "Sähköiset itsehoitokansiot Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin itsehoitopisteille - Verenpaine ja painonhallinta".

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on ohjata aikuisia terveellisempiin elämäntapoihin ja motivoida itsehoitopisteen asiakkaita itsehoitoon sekä ennaltaehkäistä kohonneesta verenpaineesta tai ylipainoisuudesta johtuvia sairauksia. Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa sähköiset itsehoitokansiot, jotka sisältävät tietoa kohonneen verenpaineen itsehoitokansioista ja painonhallinnasta. Tuloksena nykyiset paperiset itsehoitopisteen ohjeet päivitetään ja siirretään sähköiseen muotoon itsehoitopisteiden tulevalle tekniselle alustalle.

Tutkimukseen liittyen toteutetaan kartoittava asiakaskysely Pohjois-Karjalan keskussairaalan pääaulassa yhden päivän aikana loka- tai marraskuussa 2013. Toimintasuunnitelma, asiakaskysely sekä opinnäytetyön lupahakemus ovat päätöksen liitteinä.

Päätös Annan Anu Moilaselle ja Niina Taskiselle luvan suorittaa opinnäytetyön "Sähköiset itsehoitokansiot Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin itsehoitopisteille - Verenpaine ja painonhallinta" sekä siihen liittyvän asiakaskyselyn toimintasuunnitelmassa ja lupahakemuksessa kuvatulla tavalla.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, 23 § ja 28 §
Henkilötietolaki 523/1999, 14 §
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin hallituksen päätös 22.11.2000, 233 §
Kuntayhtymän johtosääntö 12 §

Allekirjoitus ja virka-asema

Antti Turunen
johtajaylilääkäri

Tiedoksianto Annettu tiedoksi sähköpostilla 31.10.2013
Tiedoksi Anu Moilanen, Nina Taskinen, Anu Niemi, Mirja Huuskonen, Pekka Nevalainen

Tutkimuslupapäätös

Tiedoksiantaja Iita Hirvonen

Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaanista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaanitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitus
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Päätöksen nähtävänäpito

Yksijäsenisen toimielimen (viranhaltijapäätökset) päätöspöytäkirjat ovat nähtävinä kuntayhtymän kirjaamossa (PKSSK, Tikkamäentie 16, Joensuu, talo 7, 7. kerros) kunkin kuukauden ensimmäisenä tiistaina.

Kartoittavan asiakaskyselyn saatekirje ja kysymykset

”Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä sähköiset itsehoito-ohjeet painonhallinnasta ja kohonneen verenpaineen itsehoidosta Pohjois-Karjalan itsehoitopisteille. Haluaisimme kysyä teiltä mielipidettä muutamien kysymyksin kyseisistä aiheista. Kyselyyn vastaisitte nimettömänä.”

Kysymykset:

- Tarvitsisitteko lisätietoa
 1. painonhallinnasta
 2. kohonneen verenpaineen itsehoidosta?

- Millaisesta tiedosta kokisitte olevan eniten hyötyä, kun on kyse
 1. painonhallinnasta tai
 2. kohonneen verenpaineen itsehoidosta?
 - a) Internetistä,
 - b) esitteistä,
 - c) omahoitajalta,
 - d) vai muualta?

- Mitä tiedätte ennestään kyseisistä aiheista
 1. painonhallinta
 2. kohonneen verenpaineen itsehoito?

Verenpaineen terveystietokansion sisältö

Verenpaine

Yleistä verenpaineesta. Lyhyesti matalasta verenpaineesta ja linkki Terveysporttiin.

Kohonnut verenpaine

Yleistä kohonneesta verenpaineesta ja linkki Terveysportin ja Käypä hoidon sivuille. Verenpainetaulukko.

Verenpaineen mittaaminen

Verenpaineen mittaamisesta lyhyet ohjeet.

Kohonneen verenpaineen syyt

Kohonneen verenpaineen syyt taulukoina: elintapatekijät ja sairaudet.

Kohonneen verenpaineen riskit

Kohonneen verenpaineen riskit lyhyesti ja sen seuraukset taulukkona. Kokonaisriskin arviointi ja linkki FINRISKI-laskuriin.

Käytännön vinkit: Ravinto, painonhallinta, alkoholi, tupakka, stressi ja uni.

Suolan käyttö

Liiallisen suolan käytön vaarat, suositus ja käytännön vinkit sen käytön vähentämiseen. Sydänliiton suolankäyttötesti.

Liikunta

Liikunnan hyödyt verenpaineeseen ja käytännön vinkit.

Milloin otan yhteyden terveydenhuollon ammattilaiseen?

Lyhyt ohjeistus, milloin kannattaa kääntyä ammattilaisen puoleen. Linkki verenpaineen hoidosta Käypä hoito-suosituksen sivulle.

Painonhallinnan terveystietokansion sisältö

Painonhallinta

Yleistä painonhallinnan luonteesta. Tavoitteena on edetä pieni muutos kerrallaan kohti pysyvää muutosta. Linkki Käypä hoitosuosituksen sivulle.

Painon arviointi

Oppia tuntemaan oman painon normaali vaihtelu ja siihen vaikuttavat asiat sekä painon seuraaminen säännöllisesti.

Painoindeksi ja vyötärönympäryys: miten niiden avulla voi arvioida painoaan ja mitä ne kertovat.

Ruokavalinnat

Yleistä ruokatottumuksista ja energiapitoisista ravintoaineista.

Energia- ja kuituaineet ja kuitu: Mikä on energia- ja kuituaineiden ja kuidun saantisuositus päivässä, niiden hyviä lähteitä sekä painonhallinnan kannalta olennaiset asiat.

Käytännön vinkkejä: Arkipäivään sovellettavat käytännön vinkit.

Nesteen saanti: Suositus päivän aikaisesta nesteen saannista sekä hyvistä valinnoista.

Alkoholi ja painonhallinta

Alkoholin sisältämä energiamäärä ja annosten suositeltu saanti miehillä ja naisilla sekä miten se muodostuu eri alkoholiannoksista.

Liikunta

Yleistä liikkumisesta, UKK:n Liikuntapiirakka sekä vinkkejä liikunnan lisäämiseen.

Toimeksiantajan palaute



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ
Perusterveydenhuollon yksikkö

Opinnäytetyöprosessin arviointi

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön toimeksiannosta opiskelijat Anu Moilanen ja Niina Taskinen ovat valmistelleet opinnäytetyönään verkkomateriaalia käytettäväksi itsehoitopisteissä koko maakunnan alueella. Anu Moilanen on tehnyt materiaalia painonhallinnasta ja Niina Taskinen verenpaineesta, sen ehkäisystä ja hoidosta.

Perusterveydenhuollon yksikön puolesta professori Tiina Laatikainen ja nykyinen johtava ravitsemusterapeutti Mirja Huuskonen ovat tavanneet molempia opiskelijoita useamman kerran. Näissä tapaamisissa on ensin sovittu tavoitteista aineiston sisällön suhteen ja myöhemmin käyty läpi ja yhdessä työstetty materiaaleja. Lisäksi materiaaleja on kommentoitu sähköpostitse.

Molemmat opiskelijat ovat perusterveyden huollon yksikön toiveiden mukaisesti perehtyneet itsenäisesti aiheisiin ja laatineet suunnitelman materiaalin rakenteesta ja sisällöstä. Heillä oli alusta asti hyvä näkemys millaista kansalaisille tehtävän verkkomateriaalin tulee olla ja he pystyivät melko itsenäisesti hahmottamaan myös keskeiset sisällöt. Opiskelijat vastasivat molemmat omista aiheistaan mutta tekivät töitä myös yhdessä vaihtaen ajatuksia sisällöistä siten, ettei niihin tule turhaa päällekkäisyyttä ja onnistuivatkin tässä hyvin. Molempien opiskelijoiden työn lopputulos on hyvä ja vastaa kiihtävästi niitä tarpeita, joihin materiaali laadittiin.

Opinnäytetyöprosessi opiskelijoiden osalta sujui kitkatta. Sen sijaan opiskelijoiden työtä Karelia-ammattikorkeakoulussa ohjanneen ohjaajan rooli työssä olisi mielestämme voinut olla selkeämpi tai ainakin selkeämmin sovittu. Harmiksemme ammattikorkeakoulun ohjaaja ei kyennyt osallistumaan yhteenkään asian tiimoilta järjestettyyn tapaamiseen. Vastaavanlaisten ongelmien välttämiseksi on PKSSK:ssa hiljattain työstetty opinnäytetöitä koskeva prosessikuvaus, millä pyritään omalta osaltaan selkeyttämään ohjaukseen liittyvää roolitusta PKSSK:n taholta.

Joensuussa 13.3.2014

Anu Niemi
ylilääkäri
perusterveydenhuollon yksikkö