

# **Verenpainepotilaan elintapaohjaus**

**Potilaiden kokemuksia ohjauksesta Jyväskylän  
yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa**

Virva Jokela

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä Jokela, Virva	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2018
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Verenpainepotilaan elintapaohjaus</b> Potilaiden kokemuksia ohjauksesta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja Hanna Hopia, Sari Järvinen		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, ODA-hanke		
Tiivistelmä <p>Potilasohjaus vaatii yhä monipuolisempia menetelmiä tiedon määrän kasvaessa ja digitaalisten palveluiden lisääntyessä. Tärkeää on, että elintapaohjaus on potilaslähtöistä ja siinä hyödynnetään teknologian tarjoamia mahdollisuuksia. Tutkimus liittyy valtakunnalliseen Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA) - hankkeeseen, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalveluiden perinteisen toimintamallin uudelleenmuotoilu. Tutkimus on osa Jyväskylän pilottia, jossa uudistetaan verenpainepotilaan toimintamallia.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa verenpainepotilaan elintapaohjauksen nykytilasta ja kehittämistarpeista JYTE-alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvaila alle 50-vuotiaiden verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksen toteutumisesta ja ohjaus- sekä kehittämistarpeista Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli lisäksi selvittää potilaiden tarpeita digitaaliselta elintapaohjaukselta.</p> <p>Verenpainepotilaiden ohjauksen saaminen oli vaihtelevaa ja sen sisällössä sekä menetelmissä nähtiin kehittämiskohteita. Seurantakäynnit toteutuivat harvoin. Tuloksista nousi esille potilaiden tarpeet yksilölliselle, joustavalle ja potilaslähtöiselle ohjaukselle. Vuorovaikutuksella oli merkittävä rooli potilaan kokemukseen ohjauksesta. Digitaalista ohjausta pidettiin hyvänä lisänä potilasohjauksessa, mutta sen ei odotettu täysin korvaavan perinteisiä palveluja.</p> <p>Verenpainepotilaat olivat valmiita hoidon uudistamiseen ja digitaalisten palveluiden vastaanottamiseen, kunhan tulevaisuuden palvelut rakennetaan kestävästi ja potilaslähtöisesti. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää elintapaohjauksen kehittämisessä ja digitaalisten palveluiden ideoinnissa.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Verenpainetauti, elintapaohjaus, ohjausmenetelmät, digitaalinen ohjaus, laadullinen tutkimus, teemoittelu, teemahaastattelu		
Muut tiedot		

Author Jokela, Virva	Type of publication Master's thesis	Date March 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 55	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Lifestyle Counselling for Hypertensive Patients</b> Patients' Experiences of Patient Guidance in the Health Centre of the Jyväskylä Cooperation Area		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisors Hanna Hopia, Sari Järvinen		
Assigned by Health Centre of the Jyväskylä Cooperation Area (JYTE), ODA-project		
Abstract  <p>Patient guidance requires diverse counselling methods when Internet-based interventions and the amount of information increase. Lifestyle counselling should be patient-centred, and healthcare professionals should utilize the possibilities offered by technology. The study was a part of the national ODA-project whose aim is to challenge the traditional healthcare model. The study was a part of a pilot implemented in Jyväskylä where the operating model for hypertensive patients is being developed.</p> <p>The purpose of the study was to produce research data on the current state of lifestyle counselling in Jyväskylä and the related development targets. The aim of the study was to describe hypertensive patients' experiences of lifestyle counselling and the possible development needs. Another aim was to examine the patients' needs related to the Internet-based patient guidance. The material of the qualitative study was collected by interviewing hypertensive patients. The data was analysed by using a thematic analysis.</p> <p>The opportunities of receiving patient guidance varied between different patients, and the patients found that the guidance methods and the content of counselling needed to be developed. Follow-ups in the health care units were organized rarely. The patients needed individual, adaptive and patient-centred guidance. Interaction between the patients and healthcare professionals influenced the experiences related to the guidance. Internet-based guidance was considered a good addition to counselling, but it was not expected to replace traditional healthcare services.</p> <p>The patients were ready for updating the operating model for hypertensive patients in Jyväskylä. The new model of counselling must be sustainable, and the patient must be in the middle of the development. The results of the study can be utilized in improving lifestyle counselling and developing Internet-based patient guidance.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Hypertension, lifestyle counselling, patient guidance methods, Internet-based patient guidance, qualitative research, thematic analysis		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Verenpainetauti ja elintapaohjaus .....</b>	<b>5</b>
2.1	Verenpainetauti pitkäaikaisairautena .....	5
2.2	Verenpainepotilaan elintapaohjaus .....	6
2.3	Ohjausmenetelmät.....	9
<b>3</b>	<b>Digitaalisuus terveystaloudissa.....</b>	<b>11</b>
3.1	Sähköiset terveydenhuoltopalvelut .....	11
3.2	Digitaalinen verenpainepotilaan ohjaus .....	13
3.3	Omat digiajan hyvinvointipalvelut -hanke .....	16
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen toteutus.....</b>	<b>18</b>
5.1	Kohderyhmä .....	19
5.2	Aineiston keruu .....	20
5.3	Aineiston analyysimenetelmä .....	22
5.4	Tutkimusanalyysin kulku .....	23
<b>6</b>	<b>Tutkimuksen tulokset .....</b>	<b>26</b>
6.1	Elintapaohjauksen sisältö ja kehittäminen.....	26
6.2	Vuorovaikutus ohjaustilanteessa .....	29
6.3	Elintapaohjauksen menetelmät .....	30
6.4	Digitaaliset palvelut osana elintapaohjausta .....	32
<b>7</b>	<b>Pohdinta ja johtopäätökset.....</b>	<b>34</b>
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	34
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	38
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	42

<b>Lähteet</b> .....	<b>44</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>50</b>
Liite 1 Teemahaastattelun runko .....	50
Liite 2 Tiedote tutkimuksesta ja tutkimuslomake .....	53
<b>Kuviot</b>	
Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.....	25
Kuvio 2. Keskeiset tekijät elintapaohjauksen kehittämisessä .....	38

# 1 Johdanto

Kohonnut verenpaine aiheuttaa joka vuosi noin 9.4 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa ja maailmanlaajuisesti se on suurin terveitä elinvuosia vähentävä riskitekijä (Kohonnut verenpaine 2014, 2). Verenpainetauti on keskeinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksissa ja lisäksi se on yksi yleisimmistä lääkärissä käynnin syistä (Hänninen 2014, 1500). Noin kahdella miljoonalla aikuisella suomalaisella on verenpainetauti, joista vain 20 % :lla verenpaine on ihanteellisella tasolla (Kohonnut verenpaine 2014, 2).

Verenpainepotilaille Suomessa 2015 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että korkea ikä ja painoindeksi ovat yhteydessä kohonneen verenpaineen esiintyvyyteen, tietoisuuteen sairaudesta ja hoitokertojen määrään. Kohonnut verenpaine oli yleisempää miehillä, alemman koulutustason omaavilla, eläköityneillä ja paljon alkoholia käyttävillä. Vastaavasti nuorilla, ei eläköityneillä, normaalipainoisilla, tupakoivilla ja vähemmän liikkuvilla oli alhaisempi tietämys kohonneesta verenpaineesta ja myös pienempi hoitokertojen määrä. (Sivén, Niiranen, Aromaa, Koskinen & Jula 2015, 246-253.)

Potilasohjaus vaatii yhä monipuolisempia menetelmiä tiedon määrän kasvaessa ja digitaalisten palveluiden lisääntyessä. Tutkimus liittyy valtakunnalliseen Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) -hankeeseen, jossa muutetaan nykyistä terveydenhuollon toimintamallia. Hankkeessa rakennetaan potilaiden omahoitoa tukeva sähköinen palvelukokonaisuus. Tutkimus sisältyy Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa tehtävään verenpainepotilaan hoitopolun digitalisointiin.

Tutkimuksessa kuvaillaan verenpainepotilaiden ohjaukokemuksia Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa. Tutkimuksen avulla kartoitetaan elintapaohjauksen nykytilaa ja kerätään tutkimustietoa ODA-hankkeelle. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään potilaiden tarpeita digitaaliselta ohjaukselta, joka mahdollisesti rakennetaan hankkeessa myöhemmin. ODA-hankkeella halutaan vastata ajankohtaisiin terveydenhuollon kansallisiin haasteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjauksissa 2025 (2016, 1-36) todetaan että väestön ikääntyessä tarvitaan yhä enemmän tukea terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Linjauksessa mainitaan myös, että alhaisten resurssien vuoksi yhteiskunnalta

vaaditaan enemmän tuottavuutta, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.

Digitalisaatio ja omahoito vastaavat yhtenä osana näihin haasteisiin muuttamalla terveydenhuollon työtapoja ja työn sisältöä.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Jyväskylässä verenpainepotilaan hoitopolun kehittämisessä ja digitalisoinnissa. Verenpainepotilaiden tutkimus on kansanterveyden kannalta merkityksellistä ja esimerkiksi WHO on laatinut toimeenpano-ohjelmansa tavoitteeksi verenpainepotilaiden määrän laskemisen 25 % maailmanlaajuisesti (World Health Organization 2013).

## 2 Verenpainetauti ja elintapaohjaus

### 2.1 Verenpainetauti pitkäaikaissairautena

Verenpaine määritellään kohonneeksi silloin, kun systolinen verenpaine on vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg, tai kun potilas on lääkehoidossa kohonneen verenpaineen takia. Verenpaineeseen vaikuttavat elintapojen ohella myös perinnöllinen alttius, joka säätelee erityisesti iänmukaista verenpaineen nousua. (Kohonnut verenpaine 2014, 2-3; Aromaa, Jauhiainen, Jula, Kaaja, Kesäniemi, Kuusisto, Kähönen, Nieminen, Niiranen, Oikarinen, Rapola, Salomaa & Ukkola 2012, 66-69.) Systolinen verenpaine nousee koko väestössä 65–74 vuoden ikään asti. Myös diastolinen verenpaine nousee iän karttuessa, miehillä 45–54 vuoden ja naisilla 55–64 vuoden ikään asti. Optimaaliseksi verenpaine määritellään silloin, kun se on alle 120/80 mmHg. (Aromaa ym. 2012, 66-69.)

Aromaa ym. (2012, 66-69) toteavat, että väestön verenpainetaso on alentunut verrattuna vuoden 2000 tuloksiin. Tämä myönteinen muutos korostuu erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä. Väestön verenpainetason huomattavasta alenemisesta huolimatta kohonneen verenpaineen esiintyvyyden pienentyminen on melko vähän. Huolestuttavaa on, että vaikka koko väestön verenpainetaso on laskenut, alle 45-vuotiailla myönteinen verenpaineen kehitys näyttää pysähtyneen. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Terveys 2011-tutkimuksessa. Sen perusteella suomalaisten terveydessä ja hyvinvoinnissa on yleisesti ottaen tapahtunut kehitystä, mutta se ei näyttäydy kaikissa ikäluokissa. Erityisesti 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä myönteiset muutokset terveydessä ja hyvinvoinnissa ovat olleet jo 2000-luvulta alkaen vähäisiä tai niitä ei ole ollut lainkaan. (Lundqvist, Koskinen & Ristiluoma 2012, 62-65.) Nuorena aikuisena saatu verenpainediagnoosi tarkoittaa suurta riskiä sydäntapahtumille myöhemmin. Toisaalta aikainen havaitseminen tarjoaa mahdollisuuden ehkäistä riskitekijöitä varhaisessa vaiheessa. (American Heart Association 2016, 2.)

Verenpainepotilaiden hoito on monimutkainen prosessi, johon osallistuvat moniammatillinen terveydenhuoltotiimi, potilas sekä perheenjäsenet ja ystävät. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tarjota potilaille ohjausta ja avustaa olemassa olevien



tavoitteiden saavuttamisessa. Kohonneeseen verenpaineeseen vaikuttavat terveelliset elintavat. Verenpaineen hoito vaatii tiukan ruokavalion noudattamista tai painonpudotusta, sitoutumista liikuntaan ja stressin vähentämiseen, tupakoinnin lopettamista, alkoholin käytön rajoittamista, lääkärikäyntejä, verenpaineen kotimittauksia, omahoidon ylläpitoa ja usein monilääkitystä. Näiden hoito-ohjeiden noudattaminen on usein haastavaa, mikä voi aiheuttaa potilaiden huonoa hoitoon sitoutumista. (Kear 2015, 181-186.)

## 2.2 Verenpainepotilaan elintapaohjaus

Potilasohjaus on Suomen laissa säädeltyä toimintaa. Laissa potilaan asemasta ja oikeudesta (L 17.8.1992/785, §5) todetaan, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Leino-Kilpi ja Kulju (2012) toteavat, että tiedon määrän kasvu aiheuttaa vaatimuksia potilasohjaukselle ja ammattilaisten vastuulla on varmistua siitä, että ohjauksessa käytetty tieto on näyttöön perustuvaa ja potilaat osaavat arvioida tietoa oikein.

Potilasohjaus tulee ymmärtää osana terveydenhuollon perusrakenteita ja ohjauksen laatua ja arvostusta pitäisi kehittää (Leino-Kilpi & Kulju 2012). Kaakinen (2013, 53-54) toteaa, että pitkäaikaissairaana potilaan laadukas ohjaus sisältää tietoa sairauden oireista ja niiden hoidosta, tehtävistä tutkimuksista sekä sosiaalisesta tuesta. Laadukkaalle ohjaukselle on Kaakisen mukaan tyypillistä suunnitelmallisuus, potilaslähtöisyys ja vuorovaikutus. Ei ole enää suositeltavaa, että terveydenhuollon ammattilaisen rooli olisi pelkästään tuottaa tietoa potilaille ja odottaa heidän sitoutuvan annettuihin ohjeisiin. Sen sijaan potilaita tulee rohkaista ja voimaannuttaa laatimaan omaa terveyttä koskevia päätöksiä ja tavoitteita. (Kear 2015, 181-186.)

Verenpainepotilaan ohjaus koostuu yleensä sekä lääkehoidon ohjauksesta, että elintapaohjauksesta. Elintapaohjauksella tarkoitetaan ohjausta liittyen potilaan ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen, painonhallintaan, stressitekijöiden vähentämi-

seen sekä tupakointiin ja alkoholinkäyttöön. Kettunen (2014) toteaa, että elintapaohjauksessa on oleellista yhteistyösuhde potilaan ja ohjaajan välillä. Tähän yhteistyöhön kuuluu keskusteleminen, kysymysten esittäminen ja muutosten esteiden tunnistaminen. Ohjaustilanteessa potilaan tulee itse oivaltaa riskitekijöiden ehkäisyn merkitys. On tärkeää, että elintapamuutosten kulku suunnitellaan etukäteen ja potilaan tilannetta arvioidaan tarvittaessa seurantakäynneillä. Hoitosuhteessa positiivisen palautteen antaminen ja tarvittaessa potilaan läheisten mukaan ottaminen ovat osa elintapaohjausta. (Kettunen 2014.) Elintapaohjauksen tietolähteenä voidaan käyttää suomalaisia Käypä hoito-suosituksia, jotka ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Erilliset ohjeet on julkaistu esimerkiksi aikuisten lihavuuden, tupakoinnin ja kohonneen verenpaineen hoidosta.

Keskeisimmät tekijät väestön verenpaineen alentamisessa ovat ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio, liikunta ja painonhallinta (Aromaa ym. 2012, 66-69). Nämä ovat myös keskeinen sisältö verenpainepotilaan elintapaohjauksessa. Ravitsemusohjauksessa suolan käyttö on yksi merkittävä ohjauksen aihe. Suolan saannin rajoittaminen alentaa verenpainetta ja tavoitteena on, että ruokasuolaa nautittaisiin alle viisi grammaa vuorokaudessa. (Nikkilä 2016.) Yksilöllisellä ohjauksella, joka sisältää tietoa suolan todellisesta saannista, voidaan tehokkaasti vähentää suolan käyttöä verenpainepotilailla (Ohta, Ohta, Ishizuka, Hayashi, Kishida, Iwashima, Yoshihara, Nakamura & Kawano 2015, 454). Myös runsasta kasvisten, hedelmien, marjojen ja täysjyväviljavalmisteiden käyttöä tulee suositella verenpainepotilaille. Nämä elintarvikkeet takaavat myös riittävän kaliumin saannin, jonka suositus on naisilla yli 3100 mg ja miehillä 3500 mg vuorokaudessa. Vastaavasti riittävä kalsiumin saanti tulee varmistaa, koska päivittäisellä rasvattomien ja vähärasvaisten maitovalmisteiden käytöllä on verenpainetta alentava vaikutus. Tarvittaessa ruokavalioon voidaan suositella lisäämään kalsiumia, jos potilas ei saa sitä ravinnosta tarpeeksi. Näiden ohella potilaita tulee ohjata lisäämään kuitua ja magnesiumia ruokavalioon, sillä myös niillä on verenpainetta alentava vaikutus. Verenpainetta vastaavasti voivat nostaa lakritsiuutteet, joten niitä suositellaan vältettäväksi. (Nikkilä 2016.)

Sydän- ja verisuonitautien kokonaisvaaraa voidaan pienentää huomioimalla ruokavaliossa käytettyjen rasvojen määrää ja laatua. Verenpainepotilaan tulisi käyttää rasvat-

tomia tai vain vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä elintarvikkeita ja myös margariinia sekä kasviöljyä tulisi käyttää kohtuullisesti. Rypsiöljyä ja rypsiöljypohjaisia kasvismargariineja tulisi suosia. Terveellisten kalarasvojen saanti tulisi turvata nauttimalla kalaa vähintään kahdesti viikossa. (Nikkilä 2016.)

Runsas alkoholin käyttö on yksi merkittävä riski verenpainepotilailla (Kohonnut verenpaine 2014). Alkoholin käytön välttämällä voidaan alentaa kohonnutta verenpainetta huomattavasti. Viikkokulutuksen tulisi olla naisilla alle 100 grammaa (alle 9 ravintola-annosta) ja miehillä alle 160 grammaa (alle 14 ravintola-annosta). Runsaan alkoholinkäytön on todettu lisäävän aivoinfarktin vaaraa ja se voi myös heikentää verenpainelääkityksen tehoa. Vastaavasti tupakoinnin lopettamisella voidaan pienentää sydän- ja verenpainetautien kokonaisvaaraa. Jos potilas tupakoi, on tupakoinnin lopettaminen tärkein hoito pyrittäessä pienentämään kokonaisriskiä. (Nikkilä 2016.)

Liikunnan säännöllisellä harrastamisella voidaan alentaa verenpainetta. Suositusten mukaan reipasta kävelyä tai muuta kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa 30 minuuttia vähintään viidesti viikossa. (Nikkilä 2016.) Nuoriin aikuisiin kohdistuneessa tutkimuksessa on todettu, että liikunnalla voidaan alentaa sekä systolista että diastolista verenpainetta. Positiivisia tutkimustuloksia on saatu kolmen ja kuuden kuukauden seurantajaksoilla, mutta 12 kuukauden seurantajaksoilla ei ole todettu muutoksia potilaiden verenpaineessa. Alkujakson verenpaineen laskun on uskottu selittyvän intensiivisellä harjoittelulla ja pitkällä yhteydellä hoitavaan tahoon. (American Heart Association 2016, 2.)

Kohonneeseen verenpaineeseen voi liittyä myös matala sosioekonominen asema. Lisäksi stressitekijät, masentuneisuus ja ahdistus nostavat verenpainetasoja. (Majahalme 2014.) Doubova, Martinez-Vega, Aguirre-Hernandez ja Pérez-Cuevas (2017, 51-64) toteavat, että verenpainepotilaiden omahoitoa voidaan parantaa tunnistamalla siihen liittyvä stressiä. Tutkijoiden mukaan 21.1 % verenpainepotilasta kärsii verenpainetautiin liittyvästä stressistä, joka vastaavasti on yhteydessä säännöllisen liikunnan puutteeseen ja vähäiseen hedelmien sekä kasvien käyttöön. Toisaalta Ruotsin armeijan miehille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että alhainen stressinsietokyky voi olla osallisena kohonneeseen verenpaineeseen. Tutkimustulosten mu-

kaan alhainen stressinsietokyky yhdistettynä korkeaan painoaindeksiin aiheuttaa kolminkertaisen riskin kohonneelle verenpaineelle. (Crump, Sundquist, Winkleby & Sundquist 2016, 541-547.)

Bengtson, Drevenhorn ja Kjellgren (2007, 144-151) ovat tutkineet terveydenhoitajan antaman elintapaohjauksen vaikutusta verenpainepotilaiden hoitoon Ruotsissa. Tulosten mukaan ohjaus auttoi potilaita vähentämään riskitekijöitä, kuten tupakointia, runsasta alkoholinkäyttöä, ylipainoa, dyslipidemiaa, stressiä ja vähäistä fyysistä aktiivisuutta. Myös potilaiden verenpainetasoja saatiin laskettua. Vastaaviin tuloksiin päätyivät tutkijat myös Suomessa perusterveydenhuollossa tehdyssä tutkimuksessa. Suunnitelmallista elintapaohjausta terveydenhoitajalta saaneilla potilailla verenpainet laskivat merkittävästi ryhmässä, jolla ei ollut verenpainelääkitystä käytössä. Toisaalta verenpainelääkettä käyttävillä potilailla ei todettu laskua verenpaineessa annetun ohjauksen jälkeen. (Kastarinen, Korhonen, Mustonen, Nissinen, Puska, Salomaa & Sundvall 2002, 2505-2512.)

### 2.3 Ohjausmenetelmät

Eloranta, Katajisto ja Leino-Kilpi (2014, 70-71) ovat tutkineet potilaslähtöisen ohjauksen toteutumista hoitotyöntekijöiden näkökulmasta sekä siinä tapahtuneista muutoksista. Tutkijat toteavat, että vuosikymmenen ajalla muutoksia on havaittavissa hoitotyöntekijöiden ohjaustaitojen kehittymisessä ja ohjauksen sisällön laajenemisessa. Kuitenkin edelleen ilmenee tarvetta potilaan aktiiviseen osallistumiseen perustuvien ohjaustoimintojen kehittämiseen. Turku (2013, 35-36) toteaa, että verenpainepotilaan hoidossa elintapaohjauksella on suuri merkitys. Potilaat sitoutuvat omahoitoon yleisesti ottaen huonosti; lääkkeitä ei käytetä ohjeiden mukaan ja elintapamuutoksia tehdään niukasti. On havaittu, että potilaat saadaan sitoutumaan parhaiten omahoitoon käyttämällä neutraalia lähestymistapaa. Potilaan ohjaustilanteen tulisi olla vuorovaikutuksellinen ja motivaatiota herättävä tilanne. Vastaavasti pakottavaksi koetun ohjauksen on todettu johtavan vähiten muutuskäyttäytymiseen. (Turku 2013, 35-38.) Ylimäki (2015, 66) tuo esille elintapamuutokseen sitoutumisen merkityksen, johon vaikuttavat potilaan huoli nykyisistä elintavoista, pystyvyys ja ohjeisiin

sitoutuminen. Vastaavasti Lipponen (2014, 58) sekä Eloranta ym. (2014, 71) toteavat että hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön.

Büscher, Englert ja Oetting-Roß (2017) mainitsevat, että ohjauksessa tärkeimpiä tekijöitä ovat potilaan yksilölliseen tilanteeseen orientoituminen ja luottamussuhde. Kuitenkin tutkijat korostavat sitä, että eri ryhmien ohjaustarpeista tarvitaan lisätutkimusta. Craven, Johnson, Kind, Lamantia, Mendonca, Olson, Smith ja Pandhi (2015, 555-640) toteavat, että 18 - 39 -vuotiaista verenpainetautipotilasta vain 38 % :lla verenpaine on hallinnassa. Tutkimustulosten mukaan potilasasiakirjamerkintöjen perusteella vain 55 % potilaista oli saanut elintapaohjausta vuoden sisällä diagnoosin saamisesta. Erityisesti nuorten aikuisten miesten kohdalla kirjatun elintapaohjauksen määrä oli vähäistä. Vastaavasti potilailla, joilla oli aiempi diagnoosi hyperlipidemiasta, sepelvaltimotaudista tai sukuhistoriaa verenpaineesta, oli enemmän potilasasiakirjoihin kirjattua elintapaohjausta. Craven ym. (2015, 555-640) havaitsivat, että ohjausta annettiin todennäköisimmin pitkäaikaissairauden seurantakäynnillä kuin akuuteilla käynneillä.

Kaakinen (2013, 59) korostaa, että laadukas ohjaus ilmenee siten, että se on toteutettu asianmukaisilla ohjausmenetelmillä ja -materiaaleilla. Eri ohjausmenetelmien käyttöä ovat tutkineet esimerkiksi Ding, Lei, Lin, Lu, Tang, Wang ja Zhang (2015, 1-9). Tutkimuksessa vertailtiin verenpainepotilaiden ohjausmenetelmien tehokkuutta. Tutkijat totesivat, että luento-opetusta ja interaktiivista potilasohjausta saaneet verenpainepotilaat hyötyivät saadusta ohjauksesta ja heidän verenpainearvonsa normalisoituivat. Tutkimuksessa todettiin myös, että pelkästään potilasohjeita lukemalla potilaiden verenpainetulokset eivät korjaantuneet. Vastaavasti myös Dean, Kerry, Khong ja Oakeshott (2014, 172-179) mainitsivat, että hoitajavetoisella verenpaineklinikalla saadaan merkittäviä muutoksia potilaiden systolisiin- ja diastolisiin verenpainearvoihin. Tutkimusklinikalla käytettiin menetelmänä motivoivaa haastattelua ja annettiin ohjausta lääkityksestä ja elintavoista. Samankaltaisiin tuloksiin päätyivät myös Caldeira, Fernandes, Miranda ja Oliveira (2013, 179-184), joiden tutkimuksen mukaan kolmen kuukauden ajan terveysneuvontaa saaneiden potilaiden verenpainetulokset paranivat.

Potilaiden ohjauksesta pienryhmissä on saatu myös hyviä kokemuksia. Di Fronzo, Ferrara, Ferrara, Gargiulo, Gente, Pacioni, Russo, Speranza ja Staiano (2012) totesivat seuraututkimuksessaan, että pienryhmätapaamisissa annetulla elintapaohjauksella ja motivoinnilla saatiin positiivisia muutoksia potilaiden verenpainearvoihin. Kannustavia tuloksia verenpaineapotilaiden ohjauksesta on saanut myös Mattila (2009, 67), joka tutki työikäisille verenpaineapotilaille annettua moniammatillista ohjausta. Ohjausta saaneiden systoliset- ja diastoliset verenpaine arvot laskivat kahden vuoden seurantajakson aikana. Gözum ja Hacıhasanoglu (2011, 692-705) korostivat sitä, että sairaanhoitajilla on merkittävä rooli epätasapainossa olevan verenpainetaudin havaitsemisessa ja he voivat vaikuttaa potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja elintapoihin.

### **3 Digitaalisuus terveyspalveluissa**

#### **3.1 Sähköiset terveydenhuoltopalvelut**

Tiedon välittämisen keinot monipuolistuvat koko ajan ja teknologia tarjoaa myös potilastyössä uusia mahdollisuuksia. Tiedon määrä on lähes rajatonta ja sen tuominen yksilölliseen tarkoitukseen muodostaa uuden vaatimusalueen terveydenhuollossa. (Leino-Kilpi & Kulju 2012.) Sosiaali- ja terveysministeriön Sote-tieto hyötykäyttöön 2020-strategian tavoitteisiin on määritetty, että vuoteen 2020 mennessä kansalaiset asioivat sähköisesti ja tuottavat tietoja omaan ja ammattilaisten käyttöön. Tätä kansalaisen itse tuottamaa tietoa hyödynnetään palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Strategian tavoitteisiin kuuluu, että luotettava hyvinvointitieto sekä sen hyödyntämistä tukevat palvelut ovat potilaan saatavilla ja auttavat elämänhallinnassa ja hyvinvoinnissa. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020-strategiaa on edelleen päivitetty vuonna 2016 julkaistussa Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjauksilla vuodelle 2025 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 1-36).

Sote-hyötykäyttöön 2020-strategiassa kansallisen alustan päälle rakennetaan sähköiset omahoito- ja asiointipalvelut. Näitä omahoitopalveluita ovat esimerkiksi lääketieteellinen päätöksenteko, riskitestit, avuntarpeen itsearviointimenetelmät, sähköinen

terveystarkastus ja omahoitoa tukevat muistutus- ja kalenteriratkaisut. Samalla strategia ohjaa käynnistettäväksi ohjelman, joka arvioi hyvinvointiongelmien ennaltaehkäisyä ja omahoitoa tukevia sovelluksia, mobiiliratkaisuja, mittausteknologioita ja niiden vaikutuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12.)

Yksi Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategiaa toteuttava alusta on Omakanta-palvelu, joka on lakisääteinen sähköinen asiointipalvelu. Palveluun kirjaudutaan tunnistamisvälineillä ja palvelu on henkilökohtainen. Käyttäjät voivat selata palveluissa sähköisiä reseptejä, lääkeostoja ja reseptien luovutustietoja. Palvelussa on nähtävissä kertomustyyppiset potilaskertomustekstit, diagnoosit, laboratoriotutkimukset, röntgenlausunnot, kriittiset riskitiedot, A-lääkärintodistus sekä arkiston asiakirjojen luovutustiedot. Omakanta-palvelussa käyttäjä voi hallinnoida reseptien uusimispyyntöjä, reseptejä koskevia luovutuskieltoja sekä Kantaa ja sairaanhoitopiirien yhteisrekistereitä koskevaa informaatiota sekä luovutuskieltoja. Palvelussa voi tehdä myös elinluovutus- ja hoitotahdon. (Kansaneläkelaitos 2016, 4-7.)

Nyky-yhteiskunnassa digitaaliset palvelut ovat oletusarvo, eivät vain lisä nykyisiin palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut, että käyttäjälähtöisyys on olennainen osa sähköisten palveluiden kehittämistä. Digitalisaatiolla halutaan tukea kansalaisten vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 4,5). Sähköisestä asiointipalvelusta on positiivisia kokemuksia esimerkiksi Oulussa, jossa tyyppin 2 diabeetikkojen hoito ja ehkäisevä terveydenhuolto tapahtuvat osittain sähköisesti. Palvelu tarjoaa riskitestin ja ohjaa tuloksen perusteella potilasta eteenpäin hoitopolulla. Verkossa potilaat saavat hoidonohjausta ja viestintämahdollisuuden terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. (Angeria, Hirvasniemi & Inget 2011, 26-29.)

Kirjallisuudessa käytetään usein termejä ”telehealth” (etäterveydenhuolto), ”telemedicine” (telelääketiede) ja ”eHealth” ja kuvailtaessa sähköisiä terveydenhuoltopalveluita. Mhealth-termiä käytetään vastaavasti kuvaamaan mobiiliteknologiaperusteisia palveluita. ”Telehealth” on laaja käsite, joka sisältää telelääketieteen ja mobiilipalveluiden käytön vuorovaikutuksessa, diagnostiikassa, hoidon tuottamisessa, ohjauksessa, tiedon jakamisessa, mittauksissa ja muistutuksissa (McKoy, Fitzner, Margetts, Heckinger, Specker, Roth, Izenberg, Siegel, McKinney & Moss 2015, 192). EHealth-palveluilla vastaavasti tarkoitetaan terveydenhuoltoalan palveluja ja välineitä, jotka

hyödyntävät tieto- ja viestintäteknikkaa ja joiden tavoitteena on parantaa hoitoa, sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, seuranta ja terveydenhuollon hallintoa. (Euroopan komissio n.d.)

Digitaalisten palveluiden vieminen käytäntöön ei aina ole yksinkertaista ja sitä voivat vaikeuttaa teknologiset esteet, kuten korkeat kustannukset ja teknologian moninaisuus (Caserini, Coronetti & Omboni 2016, 194). McLean, Band, Saunderson, Hanlon, Murray, Little ja Mair (2016, 600) toteavat, että digitaalisten interventioiden pitkäaikaishyödyistä ja kestävydestä ei voida olla varmoja. Myös McKoy ym. (2015, 192) mainitsevat, että digitaaliset palvelut vaativat lisätutkimusta, jotta voitaisiin arvioida palveluiden turvallisuutta ja kustannusten säästöjä verenpainepotilaiden omahoidossa.

### 3.2 Digitaalinen verenpainepotilaan ohjaus

Digitaalisissa palveluissa potilaan ohjaus voi olla esimerkiksi sähköistä opastusta, neuvontaa, ohjeistusta tai itsearviointityökalujen käyttöä, joiden avulla kansalainen voi omatoimisesti edistää omaa terveyttään. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016, 15.) Interaktiivisten digitaalisten interventioiden on todettu edistävän verenpainepotilaiden omahoitoa ja laskevan verenpainearvoja (McLean ym. 2016, 600-612). Internet-perusteisilla interventioilla voidaan vähentää muun muassa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja niiden on todettu esimerkiksi parantavan verenpaine- ja HbA1c-tasojen tyyppi 2 diabeetikoilla. Myös sydäntapahtumien vähenemistä, laskusuuntaisia veren rasva-arvoja, parantuneita syömistottumuksia, painonlaskua sekä fyysisen aktiivisuuden lisääntymistä on todettu Internet-perusteisia interventioita käytettäessä. On todettu, että digitaaliset interventiot voivat olla yksi vaihtoehto sydän- ja verisuonitautien riskien ehkäisyssä. (Pietrzak, Cotea, & Pullman 2014, 303-317.).

Digitaalista ohjausta kehitettäessä on tärkeää huomioida potilaiden tarpeet. Bartlett, Brown, Forman, Keding, Newsham, Selby ja Wright (2012, 747-757) selvittivät, mitä tekijöitä tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa käytännöllistä ja käyttäjäystävällistä Internet-sivustoa syöpäpotilaille. Tutkimustulosten mukaan potilaat halusivat, että



sivustolle kirjaututaan sisään, jolloin sisältö muodostuu yksilölliseksi. Tärkeäksi potilaat kokivat mahdollisuuden viestin tai sähköpostin kautta saatavaan yhteyteen omaan hoitohenkilökuntaan. Lisäksi toiveena oli keskustelualue, jossa alueen syöpään sairastuneet voivat kohdata toisiaan. Bartlett ym. totesivat, että Internet on helposti saavutettava ja hyväksyttävä työkalu potilasinformaation tuottamiseen potilasseurannassa. Kuitenkaan kaikki potilaat eivät pidä sitä täytenä vaihtoehtona kasvokkain tapahtuvalle seurannalle ja myös korkea ikä voi rajoittaa Internetin käyttöä. (Bartlett ym. 2012, 747-757.)

Myös Camerini, Camerini ja Schulz (2013, 229-234) toteavat, että digitaalisten terveyspalveluiden kehittämisessä on tärkeää ottaa huomioon käyttäjien tarpeet. Fibromyalgiapotilaille suunnatussa tutkimuksessa todettiin, että loppukäyttäjien suunnittelemat Internet-sivuston työkalut paransivat potilaiden terveystietämystä, millä vastaavasti oli vaikutusta omahoitoon. Tutkijat totesivat, että suunnitteluun osallistavalla lähestymistavalla ja personoidulla sisällöllä voidaan parantaa digitaalisten interventioiden tehokkuutta. Internet-perusteisia potilasohjausinterventioita kehitettäessä pitäisi käyttää enemmän aikaa ja resursseja potilaiden osallistamiseen jo palvelujen suunnittelun alkuvaiheessa. Palveluiden kehittämisen tulisi perustua asiakastarpeisiin myös Sosiaali- ja terveysministeriön 2025-digitalisaatiolinjausten mukaan.

Mobiiliteknologian (mHealth) käyttöä on tutkittu esimerkiksi iskeemistä sydänsairautta sairastavilla potilailla. Pfaeffli Dale, Whittaker, Dixon, Stewart, Jiang, Carter ja Maddison (2015, 312-319) tutkivat mobiiliteknologia-avusteisen intervention käyttöä potilaiden liikuntakäyttäytymisen muuttamisessa. Interventio sisälsi liikuntaohjeita ja tekstiviestejä, jotka motivoivat käyttäytymismuutoksiin ja liikunnan lisäämiseen. Tutkimustulosten mukaan mobiiliteknologia on hyvä tapa toimittaa tietoa liikunnasta iskeemistä sydänsairautta sairastaville. Tutkijat kuitenkin totesivat, että interventiota voitaisiin parantaa, jos sen sisältöä ja toimitusta muokattaisiin soveltumaan paremmin yksilöllisiin tarpeisiin. Samansuuntaisiin tuloksiin päätyivät myös Piette, List, Rana, Townsend, Striplin ja Heisler (2015, 2012-2027), jotka tutkivat mobiiliterveys työkalujen vaikutusta elintapamuutoksiin ja sydän- ja verisuonitautien hoitoon. Tulosten mukaan lyhytviestipalveluilla ja puheen tunnistukseen perustuvilla mobiili-interventioilla voitiin parantaa sydänterveyttä osoittamalla riskitekijöitä, kuten ylipainoa, tupakointia ja vähäistä fyysistä aktiivisuutta. Tutkijat huomauttivat, että uuden

sukupolven mHealth-ohjelmien tulisi perustua näyttöön pohjautuviin käyttäytymisteorioihin ja liittää tekoälysystemeihin, jotka mukailevat potilaan yksilöllisiä ja vaihtuvia tarpeita. Positiivisia tuloksia mobiiliteknologian käytöstä munuaissiirrännäispotilailla ovat saaneet McGillicuddy, Taber, Mueller, Patel, Baliga, Chavin ja Treiber (2015, 217), joiden tutkimuksen mukaan mobiilisti tuotetulla terveysohjelmalla saatiin kestäviä tuloksia potilaiden verenpaineen hoidossa.

Eland-de Kok, van Os-Medendorp, Vergouwe-Meijer, Bruijnzeel-Koomen ja Ros (2011, 2997-3010) ovat tutkineet käyttökokemuksia sähköisistä terveyspalveluista (eHealth). Systemaattisessa katsauksessa vertailtiin kasvotusten tapahtuvaa hoitoa ja digitaalista palvelua, jonka avulla potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset pystyivät olemaan yhteydessä toisiinsa. Tutkijat totesivat, että pitkäaikaissairaat hyötyivät digitaalisen palvelun käytöstä ja sillä saatiin hieman tai keskinkertaisesti parempia hoitotuloksia perinteiseen hoitoon verrattuna. Tutkijat päätyivät siihen, että eHealth-palvelut ovat lupaavia työkaluja pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaamisessa. Huygens, Vermeulen, Swinkels, Friele, van Schayck ja de Witte (2016) korostivat kuitenkin sitä, että valinta eHealth-palveluiden käytöstä kuuluu potilaalle, ei terveydenhuollon ammattilaiselle. Sähköiset palvelut tulee nähdä ennen kaikkea täydentävinä palveluina, ei niinkään henkilökohtaisen hoidon korvaajana.

Ryhäsen (2012, 56) mukaan Internet voi olla tehokas potilasohjausväline tiedon lisäämiseksi. Internet-pohjaisten ohjausmenetelmien käytössä on kuitenkin vielä kehitettävää. Esimerkiksi Ryhäsen (2012, 56) rintasyöpäpotilaita koskevassa tutkimuksessa todettiin, että potilaiden tiedolliset odotukset olivat saatua tietoa suuremmat digitaalista ohjelmaa käytettäessä. Kehityshaasteisiin tulee kuitenkin vastata. Kuten Lunnela (2011, 99) toteaa: uusia, potilaslähtöisiä menetelmiä tulee kehittää vastaamaan nykypäivän ja tulevaisuuden pitkäaikaissairaiden tarpeisiin kehittyvää teknologiaa hyödyntäen.

### 3.3 Omat digiajan hyvinvointipalvelut -hanke

Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA)-hankkeen taustalla on kuntien yhteinen tahtotila siirtyä päällekkäisestä yksin kehittämisestä kohti yhdessä kehittämistä ja kansallisia yhteisiä palveluja. ODA on hallitusohjelman ja Sote-tieto hyötykäyttöön strategian kärkihanke ja se käsittää sosiaali- ja terveystieteiden perinteisen toimintamallin uudelleenmuotoilun. Hanke tähtää kansalliseen palvelukokonaisuuteen, joka on kaikkien kuntatoimijoiden käytettävissä vuonna 2018. ODA-palvelukokonaisuuden toteutus ja testaus sijoittuivat aikavälille 12/2016-12/2017. Vastaavasti pilotointi suoritetaan 10/2017-10/2018. Hankkeen kustannushyödyksi on laskettu 17 euroa asukasta kohden vuodessa, kun palvelukokonaisuus saadaan laajaan käyttöön. ODA-hankkeessa ovat mukana Espoo, Turku, Tampere, Oulu, Helsinki, Joensuu, Hämeenlinna, Eksote, Kuopio, Lahti, Sodankylä, Porvoo, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. (Nordlund 2016.) ODA-hankkeen toteutusvaiheessa otetaan käyttöön kuntien yhdessä määrittelemä ODA-palvelukokonaisuus sekä toteutetaan toiminnallinen muutos pilottikohteissa. Palvelukokonaisuuden ylläpito ja kehittäminen tehdään kansallisesti sovitun hallintamallin kautta. Sen leviämistä tuetaan yhteisillä viestinnän-, muutosvalmennuksen- ja vaikuttavuudenarvioinnin menetelmillä. (Nordlund 2016.)

Omahoitopalveluiden tulevaisuudennäkymässä asiakas on keskiössä ja hänen ympärilleen rakennetaan tarvittavat palvelut. Asiakkaan hoidossa hyödynnetään laajennettua palveluvalikoimaa, automaattista päättelyä, ammattilaisia sekä asiakkaan itse antamia tietoja. ODA-palvelujen ensimmäinen askel on hyvinvointitarkastus, joka on analyysi asiakkaan tilanteesta sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä riskeistä. Hyvinvointianalyysin perusteella asiakas saa ehdotuksia toimenpiteistä hyvinvoinnin kehittämiseksi tai hänet ohjataan tarvittavan avun piiriin. ODA-palvelut sisältävät myös asiakkaan tekemän itsehoitosuunnitelman ja hyvinvointivalmennukset, jotka ovat elintapamuutoksiin kannustavia sovelluksia. Palvelut hyödyntävät älykkäitä oirearvioita, jotka arvioivat hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä sekä ohjaavat tarkoituksenmukaisen avun piiriin. Asiakas voi tehdä palvelussa myös hyvinvoinnin arvion, jossa hän voi itse arvioida omaa tai läheistensä oikeutta tiettyjen palveluiden saamiseen. ODA-palveluihin kuuluu olennaisena osana hyvinvointisuunnitelma, joka on sosiaali- ja ter-

veydenhuollon yhteinen suunnitelma. ODA-palveluiden etuja ovat joustavuus, sujuvuus, helppous, läpinäkyvyys, nopeus sekä ajasta ja paikasta riippumattomuus. Palveluiden kautta asiakas saa enemmän vaihtoehtoja ja jatkuvaa seurantaa sekä mahdollisuuden vaikuttaa itse omaan hoitoon. (Nordlund 2016.)

Jyväskylässä pilotit muodostuvat verenpainepotilaan pitkäaikaiseurannan prosessista ja sukupuolitaudin oirearvioinnista perusterveydenhuollossa. Verenpainepotilasta koskevan toimintamallin uudistamisen tarve perustuu huomioon siitä, että hoitotavoitteeseen pääsevien potilaiden määrä on huolestuttavan pieni ja seurannan toteutumisessa on paljon puutteita. On myös todettu, että verenpainepotilaan hoitoprosessiin liittyy paljon resurssien hukkaamista ja arvoa tuottamatonta aikaa sekä potilaalle että terveydenhuollon ammattilaiselle. Pilotissa lisätään sähköisen asioinnin määrää ja laatua verenpainepotilaan pitkäaikaiseurannassa. Tarkoituksena on, että potilas seuraa omaa tilannetta itsemittauksin ja pilotissa luodaan päättelysäännöt siitä, ovatko potilaan itse tallentamat verenpainearvot hyvällä hoitotasolla. Tarvittaessa tästä seuraa potilaan ohjaaminen laboratorioskokeisiin suoraan potilaan portaalista. Hoito perustuu potilaan itsehoitosuunnitelmaan ja yhdessä lääkärin kanssa tehtyyn hyvinvointisuunnitelmaan. Jyväskylän pilotilla tavoitellaan hoidon saatavuuden paranemista, terveydenhuollon ammattilaisen ajan parempaa resursointia, hoidon parempaa vaikuttavuutta, alempia kustannuksia ja asiakas- ja työtyytyväisyyden kasvua. (Rantanen 2016.)

## **4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa verenpainepotilaan elintapaohjauksen nykytilasta ja kehittämistarpeista JYTE-alueella.

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla alle 50-vuotiaiden verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksen toteutumisesta ja ohjaus- sekä kehittämistarpeista Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli lisäksi selvittää potilaiden tarpeita digitaaliselta elintapaohjaukselta.

## Tutkimuskysymykset

1. Millaiseksi alle 50-vuotiaat verenpainepotilaat kuvailevat terveydenhuollon ammattilaiselta saamaansa elintapaohjausta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa viimeisen kolmen vuoden aikana ja millaisia elintapamuutoksia he ovat tehneet annetun ohjauksen perusteella?
2. Millaisia kehittämistarpeita alle 50-vuotiaat verenpainepotilaat kuvailevat terveydenhuollon ammattilaisen antamassa elintapaohjauksessa Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa?
3. Millaisia odotuksia ja tarpeita digitaaliselta elintapaohjaukselta alle 50-vuotiaat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen verenpainepotilaat kuvaavat?

## 5 Tutkimuksen toteutus

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisella menetelmällä. Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle ovat ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset (Juvakka & Kylmä 2007, 16). Tutkimuksessa haluttiin tuottaa yksilöllisistä kokemuksista koostuvaa tietoa verenpainepotilaiden ohjaustarpeista- ja kokemuksista. Laadullisen menetelmän tavoitteena on tutkittavan ilmiön kuvaaminen ja syvällinen ymmärtäminen. (Kananen 2014, 18-20.) Sille on ominaista tiedon kontekstuaalisuus, eli saatu aineisto ilmentää juuri tietyn ajanjakson ja tietyn ryhmän yksilöllisiä kokemuksia (Juvonen & Kylmä 2007, 31). Tutkimuksessa haluttiin kuvata verenpainepotilaiden todellisia kokemuksia ja tarpeita elintapaohjauksesta. Tavoitteena oli välittää verenpainepotilaiden näkökulmaa ja potilaiden annettiin kertoa kokemuksistaan vapaamuotoisesti.

Laadullisen tutkimuksen keskeisenä ominaisuutena pidetään usein induktiivista päättelyä ja myös tässä tutkimuksessa päättelyssä oli induktiivinen ote. Induktiivisuus tarkoittaa sitä, että yksittäisiä havaintoja yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kananen 2014, 18-20; Elo & Kyngäs 2008, 107-115; Juvonen & Kylmä 2007, 22-23.)

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää alle 50-vuotiaiden JYTE-alueen verenpainepo-

tilaiden kokemuksia ohjauksesta ja näiden yksittäisten havaintojen perusteella kuvata potilaiden ohjaukokemuksia ja tarpeita. Havaintoyksiköksi muodostui verenpainepotilaan kokemus.

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jossa käytettiin tutkijan laatimaa haastattelurunkoa (liite 1.). Teemahaastattelussa teemat auttavat tutkijaa ymmärtämään, mistä ilmiössä on kyse. Haastattelussa keskustelu kulkee vapaasti ja mahdollisimman laajasti teemojen ympärillä. (Kananen 2014, 24; Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.) Tutkimushenkilöiden puheelle, tulkinnoille ja merkityksenannoille annetaan tilaa keskustelussa (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006). Teemojen avulla tutkija voi saada kokonais käsityksen ilmiöstä ihmisen ja hänen kuvailemansa toimintansa kautta. (Kananen 2014, 72.)

Metsämuuronen (2011, 245) toteaa, että Hirsjärven ja Hurmeen (1985) mukaan haastattelu soveltuu hyvin menetelmäksi, kun halutaan täsmentää vastauksia, tutkia emotionaalisia asioita, kartoitetaan tutkittavaa aluetta tai halutaan kuvaavia esimerkkejä. Teemahaastattelu soveltuu hyvin käytettäväksi silloin, kun halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita, kuten esimerkiksi arvostuksia ja perusteluja (Metsämuuronen 2011, 247). Tietoperustan ja tutkimuskysymysten perusteella haastattelun alustaviksi teemoiksi valittiin verenpainepotilaan elintapaohjaus sekä potilasohjauksen menetelmät ja potilaiden tarpeet digitaaliselta ohjaukselta.

## 5.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat alle 50-vuotiaat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen verenpainepotilaat. Terveyskeskuksessa oli havaittu verikoetulosten perusteella, että alle 50-vuotiaiden verenpainetaudin hoitotasapaino oli yleisesti ottaen huono ja heidän saamaansa ohjausta haluttiin kehittää.

Tutkimushenkilöt valittiin käyttäen JYTE:n laatupankkia, josta voitiin poimia kaikki alle 50-vuotiaat verikoekontrolleissa käyneet verenpainetautia sairastavat potilaat. Laatupankki on ollut Jyväskylässä käytössä vuodesta 2015 alkaen ja se sisältää tietoa merkittävimpien sairauksien hoitotuloksista. Laatupankki koostuu potilastietojärjestelmästä lohkotusta anonyymista tiedosta, mutta potilaiden henkilöllisyys pystytään

tarvittaessa jäljittämään. Tällä hetkellä laatupankista on saatavilla raportit antikoagulaatiosta, diabeteksestä ja valtimotaudeista.

Laatupankista saatiin tiedot siitä, kuinka paljon alle 50-vuotiaita verenpainepotilaita terveyskeskuksessa on ollut vuosittain ja mikä on ollut heidän LDL-kolesterolinsa taso. Verenpainetautipotilaat laatupankissa on määritelty siten, että heillä on joko diagnoosi korkeasta verenpaineesta tai verenpainelääkitys. Tähän tutkimukseen valittiin alle 50-vuotiaat verenpainepotilaat, jotka olivat käyneet vuonna 2016 LDL-verikoekontrollissa. Koska potilaat oli jaettu ryhmiin LDL-tasojensa perusteella (LDL < 1,8; < 2.5; < 3 ja 3 tai yli), valittiin potilaita tutkimukseen tasaisesti jokaisesta ryhmästä. Yhteensä tutkimukseen kutsuttuja potilaita oli kuusikymmentä (60).

Tutkimukseen osallistui yhteensä kymmenen henkilöä, mutta yksi haastatteluista jouduttiin hylkäämään epäonnistuneen tallennuksen vuoksi. Lopullinen kohderyhmä koostui siis yhdeksästä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen verenpainepotilaasta, jotka olivat iältään 32-52 vuotiaita. Tutkimushenkilöistä seitsemän oli naisia ja kaksi miestä. Alkuperäinen kohderyhmä oli rajattu alle 50-vuotiaisiin, mutta kaksi haastattelusta potilaista oli ehtinyt jo ylittää ikärajan, koska tutkimushenkilöiden tiedot kerättiin laatupankista vuoden 2016 verikoetulosten perusteella. Tutkittavien keski-ikä oli 46 vuotta ja tutkittavat olivat sairastaneet verenpainetautia yhdestä vuodesta 25:een vuoteen. Suurin osa tutkimusjoukon henkilöistä oli saanut verenpainediagnoosin kolmen vuoden sisällä. Kuusi henkilöä tutkimusjoukosta olivat työssäkäyviä, kaksi oli työttömiä ja yksi oli opiskelija.

## 5.2 Aineiston keruu

Ennen varsinaista aineiston keräämistä teemahaastattelussa olevat kysymykset esitestattiin kahdella alle 50-vuotiaalla verenpainepotilaalla. Silverman (2010, 272) toteaa, että haastattelukysymysten esitestauksella voidaan saada vastauksia siihen, ovatko kysymykset oikeita. Ensimmäinen esitestaukseen osallistuva henkilö oli 24-vuotias nainen ja toinen 49-vuotias mies. Ensimmäinen haastatteluista tehtiin kasvotusten ja toinen puhelimitse. Esitestaus toi esille haastattelukysymysten puutteita, jotka korjattiin ennen varsinaista tutkimusta. Testauksen perusteella haastattelussa

yhdistettiin samantyyppisiä kysymyksiä, muokattiin kysymyksiä avoimempaan muotoon ja lisäksi joitakin kysymyksiä yksinkertaistettiin ja tehtiin helpommin ymmärrettäviksi. Tärkeä huomio esitestauksessa oli, että joitakin tärkeimpiä termejä tulisi avata haastateltavalle, jotta vastaukset keskittyivät oikeaan aiheeseen. Tällaisia avattavia termejä olivat esimerkiksi ”elintapaohjaus”, ”digitaaliset ohjausmenetelmät” ja ”itsearviointityökalut”.

Esitestauksessa käytetty materiaali nauhoitettiin ja litteroitiin esitestaukseen osallistuneiden potilaiden luvalla. Litteroinnin perusteella tutkija teki havaintoja omasta haastattelutekniikastaan. Tärkeät huomiot liittyivät kysymysten asetteluun. Esitestauksessa tutkija havaitsi käyttävänsä liikaa täytesanoja tutkimushaastattelua tehdessä. Tämä aiheutti ongelmia litteroinnissa ja tutkija havaitsi myös, että kysymysten sisältö saattoi muuttua kertovaa puhekieltä käytettäessä. Näiden huomioiden perusteella päätettiin, että lopullisessa haastattelussa kysymykset muotoillaan sellaisiksi, että ne voidaan esittää suoraan sellaisina, kuin ne ovat. Litteroinnin perusteella huomattiin myös, että tutkijan omat kommentit näyttäytyvät liikaa haastattelussa ja ne täytyy eliminoida. Samalla päätettiin kertoa suunnitellusta neutraalista suhtautumisesta myös tutkimushenkilöille ennen haastattelun alkua. Esitestauksen yhdeksi ongelmaksi muodostui se, että haastateltavat eivät olleet saaneet ollenkaan ohjausta tai siitä oli kulunut useita vuosikymmeniä. Tämän huomion perusteella tehtiin erilliset kysymykset myös siihen tilanteeseen, että haastateltava ei ollut saanut lainkaan ohjausta verenpainetautiin liittyen.

Aineiston varsinainen keruu aloitettiin siten, että JYTE:n kehittäjäsaaraanhoitaja valitsi suunnitelman mukaan kuusikymmentä (60) alle 50-vuotiasta verenpainepotilasta haastatteluun ja heille postitettiin tiedote tutkimuksesta (liite 2.). Tiedotteessa haastateltavia pyydettiin ottamaan yhteyttä haastattelun sopimiseksi joko puhelimitse tai sähköpostilla. Tutkimustiedote sisälsi myös suostumuskaavakkeen (liite 3.), joka ohjattiin ottamaan mukaan haastatteluun. Haastattelun ajankohdaksi oli alustavasti suunniteltu kaksi erillistä päivää, mutta tiedotteessa annettiin myös mahdollisuus sopia jokin toinen ajankohta. Saatuaan vastaukset kehittäjäsaaraanhoitaja ilmoitti haastateltavien määrän ja haastattelun ajankohdat tutkijalle.



Haastattelut järjestettiin JYTE-alueen terveyskeskuksessa ja tutkimukseen ilmoitettiin mukaan seitsemän henkilöä, joista neljän kanssa saatiin sovittua haastattelut terveysasemalle. Yksi haastateltava perui osallistumisensa ja kolme ei saanut järjestymään aikaa kasvatusten tapahtuvalle haastattelulle. Lopulta siis kolme haastattelua tehtiin kasvatusten ja kolme haastattelua puhelimitse. Tämän aineiston litteroinnin jälkeen todettiin, että aineisto ei ollut vielä riittävä ja tutkimukseen kutsun saaneita lähestyttiin vielä puhelimitse ja ehdotettiin osallistumista puhelinhaastatteluun. Tuloksena saatiin vielä neljä haastattelua lisää, joten yhteensä haastattelut tehtiin kymmenelle henkilölle. Tutkittavien luvalla tutkija nauhoitti haastattelut.

### 5.3 Aineiston analyysimenetelmä

Aineisto analysoitiin laadullisella menetelmällä käyttäen teemoittelua. Teemoittelu ja laadullinen sisällönanalyysi ovat yleisimmin käytettyjä analyysimenetelmiä hoitoalalla ja niiden rajapinnat ovat lähellä toisiaan. (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013, 398.) Puusan (2011, 114) mukaan tärkeää on kiinnittää huomiota analyysimenetelmän tarkoituksenmukaisuuteen sekä tutkimuksen tavoitteisiin. Crowe, Inder ja Porter (2015, 616-623) mainitsevat, että teemoitteluanalyysillä voidaan tuottaa tulkinta tutkittavien merkityksistä. Aineiston analyysillä aineistosta luodaan mielekäs kokonaisuus, joka mahdollistaa rikkaan tulkinnan ja johtopäätösten tekemisen tutkittavasta ilmiöstä (Puusa 2011, 114). Aineiston analysointi on sekä erittelemistä, että yhdistämistä. Kerätty aineisto pilkotaan aluksi osiin, minkä jälkeen tutkija tekee siitä synteesejä, joiden pohjalta tehdään tutkimuksen johtopäätökset. Laadullisessa tutkimuksessa teollisesti kestävien johtopäätösten teko voi olla haastavaa. Tutkimuksen tulkintoja voidaan kuitenkin pitää vakuuttavina, mikäli analyysi on systemaattista sekä avointa ja menetelmä on tarkistettavissa ja perusteltu. (Puusa 2011, 116.)

Teemoittelussa tarkastellaan aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usean tutkimushenkilön vastauksille. Analyysistä nousevat teemat pohjautuvat aina tutkijan tulkintoihin aineistosta ja siihen, miten hän luokittelee aineiston. (Hirsjärvi ja Hurme 2010, 173.) Teemoiteltaessa aineistosta muodostetaan keskeisiä aiheita eli teemoja ja se soveltuu hyvin teemahaastattelulla tuotetun aineiston analysoimiseen. Tutkija

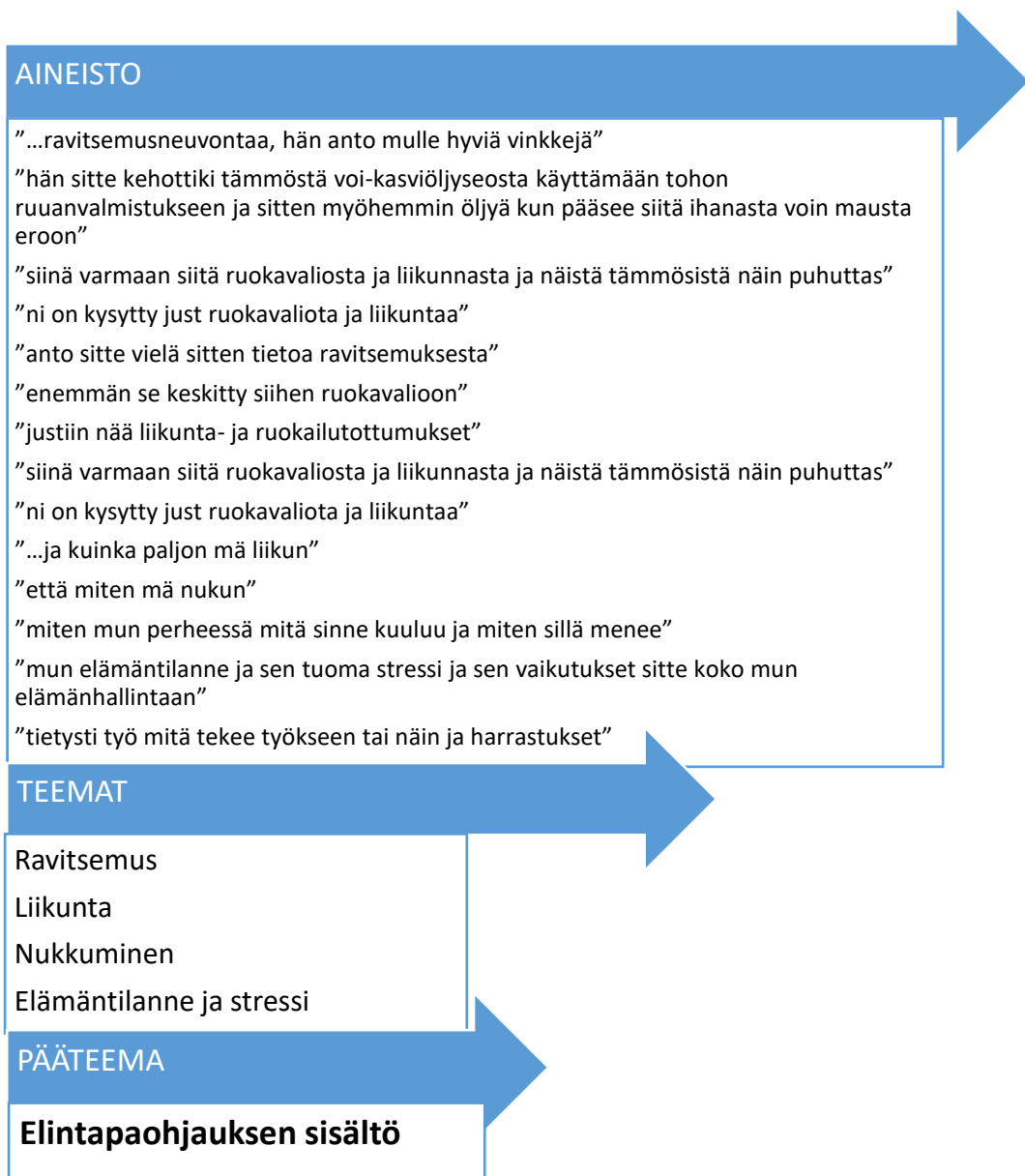
asettaa alkuperäiset teemat aiempaan kirjallisuuteen pohjautuen, mutta ne voivat kuitenkin muuttua lopullisessa analyysissa. (Puusniekka ja Saaranen-Kauppinen 2006.)

## 5.4 Tutkimusanalyysin kulku

Tutkimusaineisto eli nauhoitetut tutkimushaastattelut litteroitiin sanatarkasti Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Aineistoa saatiin yhteensä 37,5 sivua Arial - fontilla rivivälillä 1.5 kirjoitettuna. Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla litteroitu aineisto useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen muodostettiin kolme alustavaa tutkimuskysymyksistä nousevaa teemaa, jotka olivat ”verenpainepotilaan elintapaohjaus”, ”potilasohjauksen menetelmät” ja ”potilaiden tarpeet digitaaliselta ohjaukselta”. Aineistosta merkittiin erilaisilla värikoodeilla Word-ohjelmassa eri vastaajien tuottama aineisto. Esimerkiksi haastateltavan 1. suorat lainaukset merkittiin punaisella. Tämän jälkeen samansuuntaiset ilmaisut poimittiin liuskoille alustavien teemojen alle. Aineistosta ei tässä vaiheessa karsittu mitään pois, vaan kaikki tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut otettiin huomioon. Alustavien teemojen alle tehtiin synteesiä toistuvista ilmauksista siten, että tekstinkäsittelyohjelmalla leikattiin ja liimattiin samankaltaisia suoria lainauksia allekkain. Koko analyysin ajan säilytettiin eri haastateltavien värikoodit. Samankaltaisista ilmauksista muodostui tutkijalle näkemys pääteemojen alle syntyvistä kokonaisuuksista. Aineistoa analysoitiin edelleen ja eriteltiin yhä tarkemmin pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Lopuksi tutkimuskysymyksiin vastaavat kokonaisuudet nimettiin ja näistä syntyivät lopulliset teemat. Osaan teemoista nimettiin vielä alateemoja. Analyysista on esitetty esimerkki **kuviossa 1**. Analyysissa saatiin muodostettua kuusi pääteemaa ja niiden alle 18 alateemaa seuraavan luettelon mukaisesti.

- Elintapaohjauksen saaminen
- Elintapaohjauksen sisältö
  - Ravitseemus
  - Liikunta
  - Nukkuminen
  - Elämäntilanne ja stressi
- Elintapaohjauksen ominaisuudet
  - Elintapaohjauksen kuvailu

- Vuorovaikutustilanne
- Elintapaohjauksessa käytetyt menetelmät
- Tarpeet elintapaohjauksen sisällön ja vuorovaikutustilanteen kehittämiseksi
  - Vuorovaikutustilanteen kehittäminen
  - Elintapaohjauksen sisällön kehittäminen
  - Elintapaohjauksen menetelmien kehittäminen
- Kehittämistarpeet elintapaohjauksen järjestämiselle
  - Kontaktien määrä ja yhteydenotto terveyskeskuksesta
  - Terveyspalvelujen ominaisuudet
- Tarpeet digitaaliselta elintapaohjaukselta
  - Yhteydenpito
  - Yksilölliset palvelut
  - Oman tilanteen arviointi
  - Verkostoituminen
  - Digitaalisen elintapaohjauksen sisältö ja ominaisuudet
  - Valmiudet tietotekniikan käyttöön ja toivotut laitteet palvelun käyttöön



Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

## 6 Tutkimuksen tulokset

### 6.1 Elintapaohjauksen sisältö ja kehittäminen

Suurin osa potilaista ei ollut saanut verenpainetautiin liittyvää elintapaohjausta viimeisen kolmen vuoden aikana. Ohjauksen puuttumisen toivat esille erityisesti verenpainetautiä pitkään sairastaneet potilaat. Eniten ohjausta saaneille oli yhteistä se, että heitä oli ohjattu heti diagnoosin saamisen jälkeen. Puolet potilaista oli saanut elintapaohjausta puhelimitse ja puolet terveydenhuollon ammattilaisen antamana kasvotusten. Ohjaaminen liittyi joko tilanteeseen, jossa käytiin läpi potilaan verikoetuloksia tai sairaanhoitajan vastaanottokäyntiin. Potilaat kokivat, että yhteydenottoja terveyskeskukseen tulee harvoin ja systemaattisia kontrollikäyntejä ei järjestetä tarpeeksi.

*”Sairaanhoitajan kautta tapahtu, elikkä kävin verikokeissa ja sitte häneltä soitin tulokset ja hän siinä yhteydessä sitte puhelimesta anto ohjausta” (H1)*

*”Mut ohjattiin yhen kerran niinku sairaanhoitajan luokse niinku elintapaohjaukseen” (H6)*

*”En mä niinku varsinaista semmosta ohjausta oo saanut” (H3)*

Elintapaohjaus oli potilaiden näkökulmasta perusteellista ja laadukasta. Potilaat kokivat saaneensa riittävästi uutta tietoa ohjaustilanteessa. Saatua ohjausta kuvailtiin mukavaksi, rohkaisevaksi ja auttavaksi. Elintapaohjauksen aiheet liittyivät verenpainepotilaan ravitsemukseen, liikuntaan, nukkumiseen sekä elämäntilanteeseen ja stressiin. Ravitsemusneuvonnassa potilaat kokivat saaneensa hyviä neuvoja ja täsmällisiä ohjeita, esimerkiksi rasvojen käyttöön liittyen. Ohjauksen painopiste oli ravitsemuksessa ja ohjaustilanne aloitettiin tavallisesti kysymällä potilaan tottumuksia ravinnosta ja liikunnasta.

*”On kysytty just ruokavaliota ja liikuntaa” (H2)*

*”Kyllä mä kuitenkin sitä sen minun mielestä tarvittavan tiedon sain” (H1)*

*”Mulle se ohjaus on riittävää” (H6)*

Elämäntilanteeseen ja stressiin liittyvää ohjausta oli pohjustettu kysymyksillä, jotka liittyivät elämäntilanteeseen, perheeseen, työhön ja harrastuksiin. Vain yksi potilaista mainitsi, että elintapaohjauksessa oli käsitelty nukkumisen vaikutuksia verenpaineeseen. Ohjauskeskustelussa tuettiin jaksamista ja kehoitettiin olemaan armollinen itselleen. Ohjauksessa oli tuotu esille myös perintötekijöiden vaikutus verenpainetautiin. Yksikään potilaista ei maininnut painonhallintaa elintapaohjauksen aiheeksi.

*”Tuettiin sanallisesti sitä mun jaksamista ja niinkun kannustettiin siihen, että pitää olla armollinen itselleen” (H6)*

*”...hyvin sano sillo, että kun on tietynlainen perimä se vaikuttaa sitte kuitenkin niin paljon että vaikka niinko minkälaisia korjausliikkeitä tekis niin välttämättä sitä ei saa alemmaksi” (H1)*

Ravitsemusohjauksen tueksi potilaat toivoivat esitteitä ja konkreettisia ruokareseptejä. Ravitsemusohjausta haluttiin saada, vaikka tietoa siitä jo aiemmin olisikin. Erityisesti suolan käytön ohjausta kaivattiin enemmän. Myös alkoholinkäyttöä ja tupakointia haluttiin käsiteltävän elintapaohjauksessa. Liikuntaan liittyvän ohjauksen potilaat kokivat riittämättömäksi. Lisäksi potilaan stressi nähtiin tärkeänä keskusteluaiheena. Potilaat toivoivat, että ohjauskeskustelussa painotettaisiin sitä, kuinka pienistä elintapamuutoksista syntyy kokonaisuutos.

*”Ehkä sitä liikuntapuolta ois voitu käydä läpi vaikka enemmän” (H6)*

*”Keskustelu työasioista, ettei siellä oo mitään mikä painaa tai muuta vastaavaa” (H5)*

*”Esimerkiks ois jotakin esitevihkoja missä ois vaikka jotain ruokaohjeita” (H9)*

Potilaat kokivat saaneensa motivaatiota elintapamuutoksiin ohjauksen kautta. Motiivoina tekijänä koettiin erityisesti se, että elintapamuutoksia tekemällä oli mahdollista välttyä lääkehoidon aloitukselta. Useat potilaat tekivät muutoksia ruokavalioon ohjausta saatuaan. Tällaisia elintapamuutoksia olivat esimerkiksi suolan käytön vähentäminen ja rasvankäyttötottumusten parantaminen. Osa potilaista lisäsi myös fyysistä aktiivisuutta, esimerkiksi kävelylenkkien avulla.

*”Mä sanoin, että mä kyllä teen kaiken ennen mitä itse voin tehdä ennen ku sitä lääkitystä sitten haluan aloittaa” (H1)*

*”Ruokavalion mä muutin täysin suolattomaks ja rasvattomaks ja liikuntaa lisäsin” (H2)*

*”Mä oon jonku verran lisännyt sitte liikuntaa sillaan, että oon tehny enemmän kävelylenkkejä” (H6)*

Potilaat olivat saaneet elintapaohjausta ainoastaan suullisessa muodossa. Ohjaus aloitettiin tyyppillisesti potilaan tilanteen selvittämällä kysymysten avulla. Kartoituksen jälkeen annettiin ehdotuksia elintapamuutosten tekemiseen. Potilaat kokivat, että elintapaohjauksen runko oli kaikille samanlainen, mutta esitetyt kysymykset vaihtelivat potilaan elämäntilanteesta riippuen. Ohjauksen haluttiin perustuvan yksilöllisiin tarpeisiin ja vahvistavan potilaan nykyisiä hyviä elintapoja. Potilaat kokivat, että terveydenhuollon ammattilaisen tulisi olla aloitteellisempi osapuoli elintapaohjauskeskustelussa.

*”Juteltiin, et onks kaikki kunnossa ja jos ei ollu ni sitte katottiin, että mitä sille asialle vois tehdä” (H2)*

*”Pitäis oikeesti kuunnella mitä se toinen sanoo ja kuunnella sitäkin, mitä siellä sanojen takana on ja ihan oikeesti niinkun niitten pohjalta lähteä sitten juttelemaan niin että tavallaan sitä ei voi niinku ennakkoon rakentaa sitä keskustelua” (H6)*

Potilaat halusivat, että elintapaohjauksen sisältöä kehitettäisiin siten, että se olisi kaikille samansuuntainen ja tasapuolinen. Ohjauksen sisällön tärkeinä ominaisuuksina pidettiin ajankohtaisuutta ja yksinkertaisuutta. Potilaat totesivat, että ohjauksen tulisi keskittyä konkreettisiin ohjeisiin, jotka ovat helposti noudatettavissa. Lisäksi haluttiin, että myös potilas itse voisi ideoida keinoja elintapojen muuttamiseen.

*”Semmosia niinku tarpeeks yksinkertasia ne ohjeet eikä silleen, että ku sieltä tulee pois ni huhhuh, että ei oo mitään mahdollisuutta, et semmosia niinku pieniä asioita” (H9)*

*”Ihmisillä on kuitenkin niin erilaiset, mitä ne haluaa ja miten ne toimii” (H6)*

## 6.2 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa

Vuorovaikutus ohjauksessa oli potilaiden mukaan vaihteleva. Osa potilaista ilmaisi, että vuorovaikutus potilaan ja ammattilaisen välillä ei ollut hyvää. Nämä potilaat mainitsivat, että terveydenhuollon ammattilainen viestitti käytöksellään kiirettä ja vastentahtoisuutta antaa ohjausta. Huonoja kokemuksia saaneet kertoivat, että annettu ohjaus perustui auktoriteettiin eikä ohjaustilanteessa huomioitu potilaan näkökulmaa. Ajoittain ohjaus koettiin myös yksisuuntaisena. Suurin osa potilaista kuitenkin koki vuorovaikutustilanteen myönteiseksi. Keskustelua terveydenhuollon ammattilaisen kanssa kuvailtiin luottamusta herättäväksi, kannustavaksi ja sen mainittiin sisältävän hyväksyvää kohtaamista. Vuorovaikutusta potilaiden mukaan paransi se, että ohjausta antaneella terveydenhuollon ammattilaisella oli elämänkokemusta. Lisäksi vuorovaikutusta parantaviksi tekijöiksi mainittiin ohjaajan empaattisuus ja ystävällisyys.

*”Vähän silleen vastahankasesti rupesi mulle sitä kertomaan, ...siinä ei ollu hyvät vuorovaikutustaidot” (H1)*

*”Hyvin luottavainen suhde tuli” (H2)*

*”Anto hyvää palautetta, että osas sillä tavalla niinku kyllä kannustava olla” (H6)*

Potilaat kokivat, että elintapaohjaukseen liittyvää vuorovaikutustilannetta tulisi kehittää. Useat mainitsivat, että ohjauksen tulisi olla rauhallista ja keskustelulle tulisi varata riittävästi aikaa. Häiritseväksi koettiin tunne kiireestä ja vaikutelma siitä, että potilaan vastaanottotilanne tulisi hoitaa nopeasti. Potilaat toivoivat, että ohjaustilanteessa säilyisi ohjaajan ammatillisuus ja verenpainetautiin liittyviä asioita käsiteltäisiin neutraalisti ja kannustavasti. Uhkailu, pelottelu ja kieltäminen koettiin negatiivisiksi tekijöiksi ohjauksessa. Potilaat halusivat, että terveydenhuollon ammattilainen ei näyttäytyisi auktoriteetin roolissa, vaan ohjaustilanne olisi keskusteleva ja suosittelleva. Elintapaohjauksen vuorovaikutusta parantavaksi tekijäksi potilaat mainitsivat hoitohenkilökunnan pienen vaihtuvuuden ja hoitosuhteen pysyvyyden.



*”Et se olis tämmönen läheisempi keskustelu, ettei se olis tämmönen auktoriteetti ylhäältä et näin tehään vaan et se olis enemmän tämmönen keskustelelevampi, neuvovampi ja suosittelevampi” (H3)*

*”Ehkä sitten varmaan se helpommin käy, jos on silleen niinku tuttu siinä se hoitaja tai näin että on joku hoitosuhde olemassa... ei oo silleen, sillä ajatuksella et nyt on viis minuuttia aikaa” (H9)*

*”Sillain kannustavaa et ehkä sillä semmosella uhittelulla ei semmosella et ei noin saa tehdä tyyliin ni ei semmosta” (H4)*

### 6.3 Elintapaohjauksen menetelmät

Osa potilaista toi esille sen, että heille tärkeää ohjauksessa on fyysinen kohtaaminen. Kuitenkin kävi ilmi, että ohjausta tulisi saada yksilöllisesti ja monilla eri menetelmillä. Ohjausta haluttiin saada esimerkiksi kirjallisesti, ryhmäohjauksena, Internet-sivuston/sähköpostin välityksellä tai video-ohjauksella. Potilaat mainitsivat, että motivoivaa haastattelumenetelmää olisi hyvä käyttää elintapaohjauksessa. Kirjallisesti annettulta ohjaukselta haluttiin selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Potilaat toivat esille myös elintapaohjauksen järjestämisen toiminnan kautta, esimerkiksi verenpainepotilaiden liikuntaryhmän järjestämisenä.

*”Tykkään enemmän siitä, että kohdataan ihminen, että se on semmonen vuorovaikutustilanne, jossa ollaan paikalla” (H1)*

*”Miks ei vois olla verenpainehemisillekin jotain yhteisiä liikuntajuttuja, jumppaa tai jotain muuta vastaavaa, sauvakävelyryhmiä tai jotain” (H8)*

*”Sähköpostin tai jonki muun tyyllisen niinku välityksellä käytävä jotain keskustelua, että tulis vähän niinku kirjeenvaihtoo” (H9)*

Potilaat toivat esille sen, että heille olisi hyvä antaa mahdollisuus valmistautua annettuun ohjaukseen etukäteen, esimerkiksi päiväkirjaa pitämällä tai vastaamalla kirjallisesti kysymyksiin. Potilaille oli tärkeää, että henkilökohtaiset elintavat kartoitettaisiin hyvin ennen ohjauksen antamista. Potilaat arvostivat terveydenhuollon ammattilaisen kykyä valita jokaiselle parhaiten soveltuva ohjausmenetelmä. Elintapaohjausta

toivottiin järjestettävän joustavasti, esimerkiksi sähköisten palveluiden avulla. Ohjauksen pyytämisen haluttiin olevan helppoa ja mutkatonta.

*”Et jos jotain ohjausta antaisin, sitä ennen ois aikaa valmistautua, et ois vaikka jotakin lomakkeita, mitä täytettäis tai joku perus semmonen esitietolomake, missä jo kartotettas jotakin” (H9)*

*”Sitte ei ois sidottu johonkin aikaan ja paikkaan ja muuhun, että sen vois sit millon vaan käydä läpi” (H9)*

*”Ois semmonen matalan kynnyksen paikka, mistä vois kysyä ohjeita” (H3)*

Potilaiden mukaan elintapaohjausta voitaisiin kehittää helpottamalla yhteydenpitoa hoitavaan tahoon. Osa potilaista koki tärkeäksi yhteyden saamisen terveydenhuollon ammattilaisiin joko puhelimen tai sähköpostin välityksellä, toisille oli tärkeää, että puhelinohjauksen sijaan pääsisi käymään terveysasemalla. Myös palvelujen joustavuutta haluttiin kehitettävän.

*”Miks ei sitte vois ihan millä ajankohdalla vaan vapaa-ajalla sitä asiaa käsitellä” (H1)*

*”Että sais justiin vähän ite vaikuttaa niihin et millon esimerkiks on ne keskustelut, nykyään tuntuu, että pitäis sinne kello neljään niinku kaheksasta neljään saaha mahtumaan” (H5)*

Potilaat korostivat terveydenhuollon ammattilaisen ajankäyttöä ohjaustilanteessa. Kiire koettiin negatiivisena tekijänä ja vastaanottokäynneille haluttiin varattavan riittävästi aikaa jokaiselle potilaalle.

*”Se vaan vaatis sen, että sillä käynneillä ois riittävästi aikaa” (H6)*

*”Se, että onko siinä kauhee kiire koko ajan ni sehän tietysti vaikuttaa, että ois aikaa” (H8)*

Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että elintapaohjauksessa toteutuisi suunnitelmallinen seuranta. Osa potilaista toi esille myös sen, että seuranta voisi tapahtua verkkokeskusteluna tai sähköpostin välityksellä. Kaiken kaikkiaan kontakteja terveydenhuollon ammattilaisiin toivottiin enemmän. Potilaat kokivat tarvetta elintapoja koskeville

säännöllisille muistutuksille ja totesivat, että terveyskeskus voisi kutsua käynneille ja ottaa useammin elintapa-asioita puheeksi.

*”Nimenomaan se et siinä ois sitte seuranta, koska jos halutaan saada ihminen muuttaan elintapojaan, niinni siinähan täytyy kuitenkin käydä niitä eri vaiheita läpi” (H6)*

*”Useamminkin kontakteja ja ehkä lääkäriltäkin päin kutsu... et joku sairaanhoitaja tai joku kysäsis välillä et miten sulla menee” (H2)*

#### 6.4 Digitaaliset palvelut osana elintapaohjausta

Potilaat halusivat, että digitaalisia palveluita kehitettäisiin ja uusia palveluja luotaisiin. Tärkeäksi potilaat kokivat sen, että palveluiden kautta saisi yhteyden hoitavaan tahoon ja ne olisivat vastavuoroisia. Pelkkä kirjallinen ohjaus verkossa koettiin riittämättömäksi, mutta sen mainittiin voivan olla kuitenkin osa ohjausta.

*”Että se ois semmosta vastavuorosta ja sieltä sais sitä ohjaus jotakin tämmöstä materiaalia ja kuitenkin ois sitte itekin mahdollisuus kysyä ja siihen vastattais, et se ois kuitenkin niinku semmosta vuorovaikutteista” (H9)*

*”Voishan se olla joku semmonen vähän niinku, no mää en oo facebookissa et mäen tiää miten se tavallaan toimii, mut joku sen tyylinen... et vois kirjottaa sinne ja joku vastais sulle vaikka seuraavana aamuna” (H3)*

Potilaat korostivat sitä, että digitaalisesti tuotetun elintapaohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja siinä tulisi hyödyntää henkilökohtaisia tietoja. Digitaalisen palvelun haluttiin edellyttävän kirjautumista, mikä tekisi siitä henkilökohtaisen ja tarjoaisi tietoturvaa. Nykyteknologiaa, kuten sormenjälkitunnistusta, haluttiin hyödynnettävän kirjautumisessa. Osa potilaista toi esille sen, että palvelu voisi toimia myös ilman kirjautumista, jolloin se tuottaisi kaikille hyödyllistä yleistä tietoa.

*”Jos siellä henkilökohtasia asioita ni sittehän se pitäis tietysti olla suojattu, mutta jos se nyt on yleistä tämmöstä ni miksei se voisi olla ihan niinku kaikkien luettavissa” (H6)*

*”Tän päivän puhelimet on sillaan tosiaan, että sormenjälkitunnistin on siinä jo niin, ni sehän on jo että tartteekos se muuta jos haluais*

*sellaseen palveluun kirjautua niin se sormenjälkitunnistimella ni sil-  
lonhan se on minun tuloksissa suoraan” (H10)*

Digitaalisen ohjauksen rakenteeksi ehdotettiin esimerkiksi kyselyyn pohjautuvaa henkilökohtaista palautetta ja keskustelua siitä. Potilaat toivoivat, että palveluun voisi syöttää omia mittaustuloksia ja tietoja, jolloin alusta toimisi seurantatyökaluna sekä potilaalle että terveydenhuollon ammattilaiselle.

*” Tavallaan se toimis sitte sillen seurantatyökaluna itellekki ja sitte myöskin sitte sairaanhoitajalle ja se että varsinki että jos sieltä sais sitte niitten perusteella ihan tämmöstä neuvontaa niin sehän ois musta ihan loistava juttu” (H6)*

*”Musta se on ihan tätä päivää, että varmaan niinku sinne vois tulla ja kerryttää sitä tietoa vähän enemmänkin ku pelkästään sieltä lääkärin verensmittaushetkestä, kyllähän sitä vois ruveta seuraamaan ihan eri tavoin sitte, että työssä ja vapaa-ajalla” (H10)*

Potilaiden mielipiteet verkostoitumisen ja vertaistuen tarpeista digitaalisessa ympäristössä olivat vaihtelevia. Suurin osa verenpainepotilaista koki verkostoitumisen hyödyttömäksi. Toisaalta osa potilaista koki saavansa tukea verenpainetaudin hoitoon muiden potilaiden elintapamuutoksista.

*” Tavallaan niinku, että kenen kans mä täästä keskustelen ni pitää olla niinku terveydenhuollon ihminen sillain, että ei ihan mikä tahansa kaupan kassa tuolta. (H4)*

*”On jotain semmosta, mitä muut on tehnyt ja se on kannustanu ja auttanut niitä, että ne on saanu hyviä kokemuksia, niit on aina kiva lukea ja kattoo ja sillen aattelee, että mäki vois kokeilla tota” (H2)*

Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että heillä on riittävät valmiudet digitaalisen potilasohjauksen hyödyntämiseen. Digitaalista ohjausta oltiin valmiita käyttämään erilaisilla laitteilla, kuten älypuhelimilla, tietokoneilla ja tableteilla. Digitaalilta palveluilta toivottiin ennen kaikkea sujuvuutta ja helppokäyttöisyyttä.

*”Mahollisimman helppoo ja nopeeta” (H5)*

*”Jos ne helposti saavutettavissa niitä on käytetty, jos se on monen mutkan takana, että kirjautuminen ja taas kirjautuminen, todentaminen ja pankkitunnukset ni ei niitä tuu käytettyä” (H10)*

*”No kyllä mä sitä osaisin varmasti käyttää” (H5)*

## 7 Pohdinta ja johtopäätökset

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa verenpainepotilaan elintapaohjauksen nykytilasta ja kehittämistarpeista JYTE-alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla alle 50-vuotiaiden verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksen toteutumisesta ja ohjaus- sekä kehittämistarpeista Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli lisäksi selvittää potilaiden tarpeita digitaaliselta elintapaohjaukselta. Keskeisimmät tutkimustulokset elintapaohjauksen kehittämisestä on esitelty **kuviossa 2**.

Tutkimustulosten perusteella verenpainepotilaiden tarpeet ohjaukselta eivät aina täyttyneet. Suurin osa tutkimushenkilöistä ilmaisi, että ohjausta ei oltu tarjottu ollenkaan. Tilanne vaatii muutosta, sillä jo laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785, §5) todetaan että potilaalle on annettava selvitys hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista. Toisaalta, elintapaohjausta saaneet potilaat olivat siihen pääasiassa tyytyväisiä. Kear (2015, 181) on todennut, että kohonneen verenpaineen hoito on haastavaa ja hoitoon sitoutuminen voi olla huonoa. Potilaalla tulisi olla aktiivinen rooli esittää ohjaustarpeita ja pohtia omia tarpeitaan ohjauksen sisällölle.

Pääsääntöisesti verenpainepotilaan ohjaus sisälsi neuvontaa ruokavaliosta ja jonkin verran myös liikunnasta. Elämäntilanteeseen, stressitekijöihin ja nukkumiseen liittyvä ohjaus oli pienemmässä roolissa. Huomionarvoista oli, että yksikään vastaaja ei maininnut ohjauksen sisältäneen keskustelua alkoholin käytöstä tai tupakoinnista, vaikka nämä ovat yksi keskeinen sisältö verenpainepotilaan ohjauksessa. Myöskään painonhallintaa ei otettu esille ohjauksessa. Leino-Kilpi ja Kulju (2012) ovat todenneet, terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla on varmistua siitä, että ohjauksessa käytetty

tieto on näyttöön perustuvaa. Tämä vaatii ammattilaisilta jatkuvaa perehtymistä uusiin hoitosuosituksiin ja tutkimustietoon. Tehtävä ei ole helppo, koska siihen tarvitaan riittäviä resursseja, osaamista, koulutusta ja jatkuvaa toiminnan arviointia ja kehittämistä. Taustalla tulisi olla ymmärrys ja asenne siitä, miten tärkeäksi ohjaus nähdään osana potilaan hoitoa. Myös Leino-Kilven ja Kuljun (2012) mukaan ohjauksen arvostusta pitäisi kehittää.

Yllättävää oli, että potilaat kokivat ohjauksessa motivoivaksi tekijäksi lääkehoidolta välttymisen. Jos terveydenhuollon ammattilainen oli maininnut ohjaustilanteessa sen, että elintapamuutokset voivat estää lääkehoidon tarpeen, potilaat tekivät muutoksia elintapoihin. Tämän perusteella voidaan ajatella, että potilaat tarvitsevat voimaannuttamisen ohella myös konkreettista herättelyä sairaudesta ja sen vaikutuksista potilaan tilanteeseen.

Vuorovaikutustilanteet ohjauksessa koettiin vaihtelevasti. Osalle potilaista tilanne oli luottamusta herättävä, kun taas toiset kokivat ohjauksen kiireessä ja vastentahtoisesti annetuksi. Huonona kokemuksena potilaat toivat esille sen, jos terveydenhuollon ammattilainen esiintyi ohjaustilanteessa auktoriteettiroolissa. Myös Turku (2013, 38) toteaa pakottavaksi koetun ohjauksen johtavan vähiten muutuskäyttäytymiseen. Kear (2015, 181) on todennut, että terveydenhuollon ammattilaisten rooli ei ole enää tuottaa tietoa, vaan ennen kaikkea voimaannuttaa potilaita tekemään omaa terveyttä koskevia päätöksiä ja tavoitteita. Tutkimustuloksista välittyi se, että potilaiden oma persoona vaikuttaa merkittävästi ohjaukseen ja siinä syntyvään vuorovaikutuskokemukseen. Potilaat toivat esille myös hoitajan empaattisuuden, ystävällisyyden ja elämäkokemuksen vaikuttavan vuorovaikutukseen.

Potilaat mainitsivat vuorovaikutuksen kehittämisen yhdeksi osa-alueeksi elintapaohjauksen kehittämisessä. Potilaat toivoivat ohjaustilanteelta rauhallisuutta ja ohjauksen haluttiin olevan neutraalia sekä yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa. Vastaavaa on todennut myös Turku (2013, 35-36), jonka mukaan potilaat sitoutuvat parhaiten omahoitoon neutraalia lähestymistapaa käyttämällä. Potilaat pitivät tärkeänä ohjauksessa aitoa pysähtymistä ja kuuntelemista. Hoitosuhteen pysyvyyden ja henkilökunnan pienen vaihtuvuuden koettiin parantavan vuorovaikutusta.

Vaikka potilaat toivoivat ohjauksen olevan yksilöllistä, samalla siitä haluttiin tehdä yhä yhtenäisempää ja tasapuolisempaa. Tällä todennäköisesti haluttiin tuoda esille sitä, että kaikki verenpainepotilaat saisivat samat mahdollisuudet ohjauksen saamiseen ja se toteutuisi systemaattisemmin. Tutkimuksessa potilaiden kokemukset olivat hyvin vaihtelevia ja vastauksista välittyi se, että potilaat kokivat olevan eri arvoisessa asemassa ohjauksen saamisen suhteen.

Elintapaohjauksen sisällön haluttiin olevan ennen kaikkea konkreettista ja yksinkertaista. Verenpainepotilailta tuli hyviä ehdotuksia siitä, miten ohjausta voisi käytännössä toteuttaa esimerkiksi yhteisillä liikuntaryhmillä ja antamalla selkeitä ruokareseptejä. Elintapaohjauksen tulisi siis ulottua potilaan todelliseen elettyyn elämään, pelkkä yleisen tiedon antaminen ei ole riittävää.

Lipponen (2014, 58) ja Eloranta ym. (2014, 71) mainitsevat, että hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön. Myös tässä tutkimuksessa potilaat toivat esille sen, että elintapaohjauksen menetelmiltä toivottiin vaihtelevuutta. Tutkimustulosten perusteella ohjausta annettiin potilaille ainoastaan suullisesti. Potilaat toivat esille useita kekseliäitä ideoita, kuten ryhmäohjauksen sekä ohjauksen Internet-sivuston tai videoyhteyden välityksellä. Tutkimushenkilöiden joukko koostui tottuneista tietotekniikan käyttäjistä ja tämä näkyi myös ohjausmenetelmien ideoinnissa.

Verenpainepotilaat toivat esille sen, että heidän olisi hyvä valmistautua ohjaustilanteeseen esimerkiksi pitämällä päiväkirjaa tai vastaamalla kyselyihin ja lomakkeisiin. Tämä parantaisi annetun ohjauksen kohdennettavuutta juuri tietylle potilaalle. Todennäköisesti valmistautuminen etukäteen ohjaisi potilaita keskustelemaan laajemmin elintavoista ja toisaalta myös terveydenhuollon ammattilaisen olisi helpompaa puuttua ongelmakohtiin ja vahvistaa hyviä käytösmalleja. Ohjausta ei tällöin tarvitsisi aloittaa tyhjästä, vaan osa työstä olisi tehty jo potilaan kotona.

Potilaat toivoivat elintapaohjauksen järjestämistä joustavasti siten että yhteydenototapoja olisi useita ja ohjausta ei tarjottaisi vain tiettyinä aikana. Yhteyden saamista terveydenhuoltoon pidettiin tärkeänä, tapahtui tämä sitten käyntinä, puhelinoittona tai Internetin välityksellä. Tutkittavien vastauksissa korostui se, että systemaattista seuranta verenpainepotilailla oli vähän ja tähän toivottiin muutosta. Usein ohjausta

oli annettu kertaluonteisesti ja elintapoja ei välttämättä tämän jälkeen oltu kartoitettu. Todennäköisesti huonosti toteutuva seuranta vähentää potilaiden motivaatiota tehdä elintapamuutoksia. Myös Kettunen (2014) on todennut, että potilaan tilannetta tulee ohjauksen jälkeen arvioida tarvittaessa seurantakäynneillä.

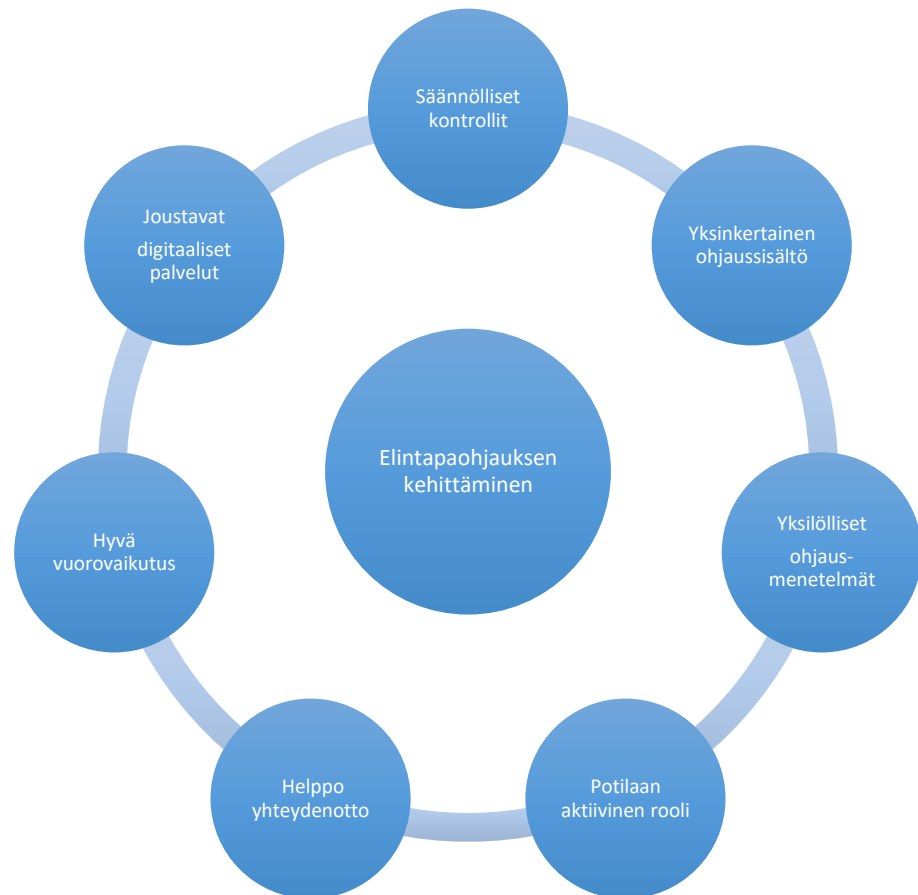
Potilaiden vastauksista välittyi se, että palveluiden digitaalisuus kuuluu nykyaikaan ja sitä tulisi hyödyntää elintapaohjauksessa. Myös McLean ym. (2016, 600) on todennut, että digitaalisilla interventioilla voidaan edistää verenpainepotilaiden omahoitoa. Digitaalisten palveluiden toivottiin tarjoavan vuorovaikutusta siten, että niiden kautta saisi yhteyden terveydenhuollon ammattilaiseen. Vastausten perusteella digitalisaatio on hyvä lisä palveluihin, mutta se ei kuitenkaan korvaa terveydenhuollon ammattilaisen antamaa palvelua. Vastavuoroisuuden ja asiakkaan henkilökohtaisen kohtaamisen tulisi näyttäytyä myös digitaalisissa terveyspalveluissa. Vastaaviin tuloksiin on päätyneet myös Bartlett ym. (2012, 747-757) joka mainitsee Internetin olevan hyväksyttävä työkalu potilasinformaation tuottamiseen, mutta ei kuitenkaan täysi vaihtoehto kasvokkain tapahtuvalle seurannalle. Myös Huygens ym. (2016) on todennut, että sähköiset palvelut voivat toimia täydentävinä palveluina, mutta eivät henkilökohtaisen hoidon korvaajana.

Yksilöllisyys tuotiin esille digitaalisten palvelujen tärkeänä ominaisuutena. Kirjautuminen ja omien tietojen näkyminen palvelussa koettiin hyvänä. Potilaat olivat valmiita olemaan aktiivisia osapuolia digitaalisen ohjauksen käyttäjinä ja esimerkiksi syöttämään omia mittaustuloksia palveluun. Samalla he toivoivat, että tulosten perusteella voisi saada kohdennettua ohjausta terveydenhuollon ammattilaiselta. Verenpainepotilaiden verkostoituminen digitaalisessa ympäristössä aiheutti potilaissa ristiriitaisia mielipiteitä. Vertaistukea ei yleisesti ottaen kaivattu, mutta potilaat toivoivat sitä, että he voisivat jakaa ja vastaanottaa hyviksi kokemiaan käytännöllisiä neuvoja verenpainepotilaan elintavoista.

Elintapaohjaukseen liittyvien digitaalisten palveluiden haluttiin olevan helppokäyttöisiä. Ohjauksessa käytettävän kirjallisen materiaalin toivottiin olevan selkeää ja helposti ymmärrettävää. Potilaat olivat valmiita käyttämään ohjauksen vastaanottamiseen erilaisia tietoteknisiä laitteita, kuten tablettia, älypuhelinta ja tietokonetta. Potilaiden toiveita digitaalisten palveluista on tärkeää kuunnella; Sosiaali- ja terveystiete-



nisteriön (2016, 1-36) linjausten mukaan käyttäjälähtöisyys on osa sähköisten palveluiden kehittämistä. Myös Camerini ym. (2013, 229-234) korostavat sitä, että digitaalisten terveyspalveluiden kehittämisessä on tärkeää ottaa huomioon käyttäjien tarpeet.



Kuvio 2. Keskeiset tekijät elintapaohjauksen kehittämisessä

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Eettisiä kysymyksiä tulee pohtia aina tehtäessä potilaisiin ja heidän terveyteensä kohdistuvaa tutkimusta. Ensinnäkin laadullisessa terveystutkimuksessa on tärkeää käsitellä tutkittavan aiheen oikeutusta (Lähdevirta, Kylmä, Vehviläinen-Julkunen 2003, 612; Juvakka ja Kylmä 2007, 144). Tutkimuksen aiheelle ja koko tutkimusprosessille

on löydyttävä perusteet aiemmasta tietopohjasta (Juvakka ja Kylmä 2007, 144). Tämän tutkimuksen avulla haluttiin kehittää potilaiden saamaa ohjausta ja tuottaa tietoa valtakunnallisesti merkittävälle ODA-hankkeelle. Potilaat ja terveysalan ammattilaiset hyötyvät saaduista tuloksista ja voidaan olettaa, että tutkimukseen osallistumisesta ei koitunut heille haittaa. Tutkimuksessa tulee aina pohtia ihmisten hyötymistä, eikä tutkimus voi koskaan asettua inhimillisen elämän ulkopuolelle (Juvakka ja Kylmä, 2007, 144). Tutkimusaiheen tärkeyttä voidaan perustella sillä, että se on yhteydessä ihmiseen elämään, terveyteen ja hyvinvointiin (Lähdevirta ym. 2003, 612).

Tutkimushenkilöiden anonymiteetti on välttämätöntä tutkimusetiikan kannalta. Kylmä ja Juvakka (2007, 153) mainitsevat, että yksityisyyttä voidaan suojella esimerkiksi siten, että ääninauhoissa, litteroidussa aineistoissa tai muistiinpanoissa ei käytetä ihmisten nimiä. Samoin raportoinnissa tulee suojella tutkittavien anonymiteettiä ja potilaiden tunnistaminen tutkimuksesta tulee tehdä mahdottomaksi. Tässä tutkimuksessa tutkittavien anonymiteetti säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan ja henkilötietoja ei merkitty tutkimusaineistoa sisältäviin asiakirjoihin. Eri vastaajien ilmaukset merkittiin ainoastaan värikoodeilla. Myöskään ääninauhoissa ei mainittu tutkittavien nimiä tai muita henkilökohtaisia tietoja taustatietoja lukuun ottamatta. Pelkistä taustatiedoista on mahdotonta tunnistaa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Lopullisessa tutkimusraportissa haastateltavien suorat lainaukset on merkitty lyhenneillä H1, H2 jne. Linausten sisältö on tarkistettu, eikä niistä voi tunnistaa vastaajia. Tutkittavia informoitiin ennen tutkimukseen osallistumista ja ennen varsinaisen haastattelun aloitusta siitä, että heidän anonymiteettinsä säilyy koko tutkimuksen ajan, eikä vastaaminen vaikuta heidän saamaansa hoitoon. Kaikki tutkimukseen liittyvä tutkimushenkilöitä koskeva materiaali hävitettiin tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimusetiikan vuoksi myös aiheen arkaluontoisuutta tullee pohtia (Lähdevirta ym. 2003, 612; Juvakka ja Kylmä, 2007, 144). Tutkimuksen arkaluontoisuus voi perustua tutkimusilmiöön tai tutkittavien henkilöiden haavoittuvuuteen (Juvakka ja Kylmä, 2007, 144). Tutkimusaiheena verenpainepotilaan ohjaus ei ole erityisen sensitiivinen. Verenpainetauti on erittäin yleinen diagnoosi; se on todettu noin kahdella miljoonalla suomalaisella. Aiheen ja tutkimusjoukon ikäryhmän perusteella voidaan ajatella, että tutkimuksen aihe ei koskettanut erityisen haavoittuvaa ryhmää. Toisaalta

potilaille, jotka mahdollisesti kokivat asian yksityiseksi ja herkäksi, annettiin mahdollisuus olla osallistumatta tutkimukseen.

Riittävä ja ymmärrettävä tiedonanto tutkimushenkilöille on olennainen osa tutkimusetiikkaa. Tutkittavien tulee olla tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta, kestosta ja menettelytavoista. Heille tulee myös selvittää, miten he ovat valikoituneet tutkimukseen ja mihin tuotettua tietoa käytetään. (Juvakka ja Kylmä, 2007, 149.) Tutkimuksen haitat ja hyödyt tulee selvittää sekä ilmaista mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai lopettaa tutkimukseen osallistuminen. Tutkijan tulee selvittää potilaille se, miten luottamuksellisuus ja yksityisyys taataan tutkimuksen aikana. (Juvakka ja Kylmä, 2007, 149; Silverman 2010, 153-156.) Tässä tutkimuksessa tutkimushenkilöt saivat alustavat tiedot tutkimuksesta infokirjeessä, joka lähetettiin kaikille tutkimukseen kutsutuille. Lisäksi tutkimuseettiset asiat käytiin läpi ennen jokaista haastattelua suullisesti ja varmistettiin, että tutkittavat ovat ymmärtäneet asiat oikein. Lisäksi annettiin mahdollisuus tehdä vielä suullisesti kysymyksiä tutkimukseen liittyen ennen ja jälkeen tutkimushaastattelun.

Tutkimuksen menetelmävalinnat edellyttävät eettistä pohdintaa (Lähdevirta ym. 2003, 612.) Tässä tutkimuksessa käytetyt menetelmät ovat yleisesti käytössä sosiaali- ja terveysalalla laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksessa etenkin haastattelu menetelmänä ja siihen liittyvä tutkimuskysymyksien ja teemojen muodostaminen edellyttää pohdintaa. Jos teemat tai kysymykset jäävät liian väljiksi, on mahdollista, että tutkittava tulee käsitelleeksi asioita, joihin hän ei alustavasti ollut varautunut. Toisaalta kysymysten riittävä väljyys antaa enemmän tilaa haastateltavan omalle näkökulmalle (Juvakka ja Kylmä 2007, 128, 151). Tässä tutkimuksessa alustavat tutkimusteemat nousivat tuoreesta lähdekirjallisuudesta, jonka perusteella tutkijalle muodostui esiymmärrys verenpaineautipotilaan ohjauksesta. Alustavat tutkimusteemat esiteltiin tutkimushenkilöille suullisesti ennen haastattelun alkua. Tutkimushaastattelun kysymyksiä muokattiin esitestauksen perusteella, jolloin niistä saatiin helposti ymmärrettäviä ja ne antoivat tarkemmin tutkimuskysymyksiin kohdennettuja vastauksia. Tutkittaville oli mahdollista tarkentaa kysymysten sisältöä halutessaan myös haastattelun aikana. Kaikissa keskusteluissa ilmapiiri oli avoin ja myönteinen. Tutkimushenkilöille annettiin tilaa kertoa omista kokemuksistaan omalla tavallaan ja kaikkiin vastauksiin pyrittiin suhtautumaan neutraalisti.

Eettisyyden kannalta on olennaista pohtia tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien suhdetta (Lähdevirta ym.2003, 612; Juvakka ja Kylmä, 2007, 148). Tutkija ja tutkimushenkilöt tulee pitää erillään, eikä tutkija saa vaikuttaa tutkittaviin (Kananen 2014, 24).

Tässä tutkimuksessa potilaiden ja tutkijan kannalta oli huomionarvoista, että tutkija asuu ja työskentelee eri paikkakunnalla. Näin ollen on hyvin epätodennäköistä, että potilaiden ja tutkijan välille tulisi muodostumaan hoitosuhdetta. Tutkimushenkilöitä informoitiin asiasta ja tällä tavoin voitiin lisätä luottamusta siihen, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta potilaiden hoitoon. Henkilöt eivät myöskään olleet tutkijalle entuudestaan tuttuja ja tutkijalla ei ollut ennakkokäsityksiä potilaista tai tietoa heidän taustoistaan.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kulku muotoutuu pääosin tutkijan päätösten mukaisesti. Koska tutkijan oma harkinta on suuri osa tutkimusta, subjektisuuden vaara on aina suuri. (Kananen 2014, 25; Kananen 2015, 338; Metsämuuronen 2011, 229.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat esimerkiksi tutkijan koulutus, kokemukset ja asema (Patton 2002, 552-553). Ongelmalliseksi voi muodostua tutkijan voimakas ennako-oletus tutkimustuloksesta, jos se vaikuttaa aineiston analysointiin (Metsämuuronen 2011, 253; Kananen 2015, 338). Tässä tutkimuksessa tavoiteltiin sitä, että aineiston keruussa ja analyysivaiheessa tutkija suhtautuu aineistoon objektiivisesti ja tuo esille kaikki tutkimuksen kannalta olennaiset näkökulmat. Kuitenkaan ei voida täysin poissulkea sitä, että tutkijan omat kokemukset verenpainepotilaan ohjauksesta eivät olisi vaikuttaneet ennakkokäsitykseen vastauksista. Huolellinen kirjallisuuden perehtyminen ennen tutkimuksen aloittamista kuitenkin vähensi tutkijan henkilökohtaisia ennako-oletuksia. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa tutkija on itse tutkimuksensa työkalu ja on hyväksyttävää, että tutkijan tapa tulkita saatuja tuloksia näkyy, kunhan tämä on tehty avoimesti ja perustellusti. Metsämuuronen (2011, 228) toteaa, että Syrjäsen (1991) mukaan on tärkeää, että tutkija tunnistaa oman roolinsa. Myös tutkijan kokemattomuudella voi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, on mahdollista, että se näkyy myös tässä tutkimuksessa.

Tutkimusprosessissa virheet voivat johtua tutkijan ohella myös tutkimushenkilöistä ja saadusta aineistosta. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelulla pyritään poistamaan virheitä eli luotettavuusarviointi on eräänlaista tutkimuksen riskienhallintaa. (Kana-

nen 2015, 338-340.) Tässä tutkimuksessa tietoa haastattelemalla, johon liittyy joitakin luottamushaasteita. Haastattelut liittyvät aina menneeseen aikaan ja tutkittava ei välttämättä muista asioita täysin oikein tai hän saattaa kaunistella asioita. Tietoa pysytään kuitenkin varmentamaan käyttämällä useita tietolähteitä. Haastatteluissa ongelmallista voi olla myös se, että tutkija on päättänyt teemat etukäteen ja hän voi myös tulkita vastauksia väärin. (Kananen 2015, 338-340.) Tässä tutkimuksessa virheitä pyrittiin välttämään siten, että teemat valittiin viitekehukseen pohjautuen ja haastattelutilanteessa vältettiin tutkittavien ohjailua. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta voidaan lisätä esimerkiksi sillä, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä ilmiön kanssa ja pyrkii ymmärtämään tutkimushenkilön näkökulmaa syvällisesti. (Juvakka ja Kylmä 2007, 128.)

Tutkimuksen luotettavuusarvioinnissa käytetään usein termiä validiteetti. Validiteetin tarkastelussa halutaan vastaus siihen, ollaanko tutkimassa sitä, mitä oli tarkoitus tutkia. (Metsämuuronen 2011, 65.) Tässä tutkimuksessa validiteettia pyrittiin lisäämään pohtimalla ja raportoimalla tutkimukseen liittyviä mahdollisia luotettavuutta heikentäviä ongelmia jo etukäteen. Validiteetin arvioinnissa myös mittari, tässä tutkimuksessa tutkimushaastattelu, muodostuu erityisen tärkeäksi. Tutkimuksen mittari on yhden tutkijan laatima, mutta se perustuu tiiviisti aiempaan tietoperustaan. On tärkeää, että käytetty teoretieto on ajankohtaista, laadukasta ja tuo esille ilmiön nykytilannetta. Tämän tutkimuksen mittarin validiteettia heikentää se, että se on yhden tutkijan luomus, eikä sitä ole arvioitu tai käytetty muualla. Mittarin esitestauksella ollaan kuitenkin voitu parantaa sen kykyä mitata haluttua ilmiötä. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että mittari tuotti vastaukset haluttuihin tutkimuskysymyksiin.

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että verenpainepotilaat tarvitsevat yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa elintapaohjausta. Ohjauksen tulisi perustua kattaviin esitietoihin, jotka potilas laatii jo ennen suunniteltua ohjauksikäyntiä. Tärkeää on kartoittaa poti-

laan tarpeita ja mieltymyksiä eri ohjausmenetelmistä ja toteuttaa näitä mahdollisuuksien mukaan. Potilaiden kokemusten mukaan Jyväskylän yhteistoiminta-alueella saadun elintapaohjauksen määrä oli vähäistä ja sitä oli saatu vaihtelevasti. Vähiten ohjausta kokivat saaneensa potilaat, jotka olivat sairastaneet verenpainetautia useita vuosia. Järjestelmää tulisi muuttaa siten, että potilaiden tarpeita elintapaohjaukselle kartoitettaisiin useammin. Potilaat hyötyisivät siitä, jos elintapa-asioista muistutettaisiin säännöllisesti ja kontrollikäyntejä järjestettäisiin. Tärkeää olisi huomioida erityisesti ”väliinpuotoajat”; potilaat jotka ovat sairastaneet verenpainetautia useita vuosia, eivätkä ole itse ottaneet yhteyttä terveyskeskukseen. Potilaat toivoivat, että terveydenhuollon ammattilaisilla olisi aktiivisempi rooli ja terveyskeskus järjestäisi ottaisi yhteyttä potilaisiin.

Potilaita oli ohjattu eniten siinä vaiheessa, kun he olivat saaneet verenpainetautidiagnoosin. Saatu ohjaus koettiin pääasiassa myönteisenä, mutta ohjauksen antamista varjostivat kiire ja järjestelmällisyyden puute. Potilaat kuvailivat tarvitsevansa joustavampia palveluita, jotka näyttäytyisivät esimerkiksi laajempina aukioloaikoina ja digitaalisten palvelujen tarjoamisena. Näitä palveluja rakennettaessa olisi tärkeää kartoittaa potilaiden tarpeet ja toiveet.

Tutkimustulosten perusteella verenpainepotilaat ovat valmiita ottamaan aktiivisen roolin verenpainetaudin omahoidossa. Kuitenkin paljon vastuuta hoidosta ja ohjauksesta halutaan antaa myös terveydenhuollon ammattilaisille. Jatkotutkimushaasteeksi esitetään tutkittavaksi potilaiden kokemuksia verenpainetaudin omahoidosta, esimerkiksi tulevaisuuden omahoitoa tukevissa digitaalisissa palveluissa. Toiseksi jatkotutkimushaasteeksi esitetään terveydenhuollon ammattilaisten kuvausta elintapaohjauksen antamisesta verenpainepotilaille. Tärkeää olisi myös selvittää, millaisia koulutustarpeita heillä on ohjauksesta ja siinä käytetyistä menetelmistä.

## Lähteet

American Heart association. 2016. Exercise and Blood pressure in Younger Adults. *Hypertension* 68, 1, 78. Viitattu 1.2.2017. <https://janet.finna.fi>.

Angeria, M., Hirvasniemi, R. & Inget, K. 2011. Oulu vei tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon verkkoon. *Diabetes ja lääkäri* 40, 3, 26-29. Viitattu 3.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Aromaa, A., Jauhiainen, M., Jula, A., Kaaja, R., Kesäniemi, A., Kuusisto, J., Kähönen, M., Nieminen, M., Niiranen, T., Oikarinen, L., Rapola, J., Salomaa, V. & Ukkola, O. 2012. Verenpaine. Raportissa: Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2012/68. Viitattu 14.11.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.

Bartlett, Y., Brown, J., Forman, D., Keding, A., Newsham, A., Selby, D. & Wright, P. 2012. Developing a useful, user-friendly website for cancer patient follow-up: users' perspectives on ease of access and usefulness. *European Journal Of Cancer Care*, 21,6, 747-757. Viitattu 19.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

Bengtson, A., Drevenhorn, E. & Kjellgren, K. 2007. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, 16, 2, 144-151. Viitattu 25.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

Büscher A., Englert N. & Oetting-Roß, C. 2017. Needs and quality of counseling in long-term care : User perspective on counseling services in Germany. *Z Gerontol Geriatr*. 2017 Jan 13. Abstrakti. Viitattu 17.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Camerini, L., Camerini, A., & Schulz, P. J. 2013. Do participation and personalization matter? A model-driven evaluation of an Internet-based patient education intervention for fibromyalgia patients. *Patient Education & Counseling*, 92, 2, 229-234. doi:10.1016/j.pec.2013.04.007. Viitattu 20.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

Craven, M., Johnson, H., Kind, A., Lamantia, J., Mendonca, E., Olson, A., Smith, M. & Pandhi, N. 2015. Documented lifestyle education among young adults with incident hypertension. *Journal of general internal medicine*. 3/2015, 30, 5, 555 – 640. Viitattu 18.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. 2015. Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 49, 7, 616-623. Viitattu 20.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Sundquist, K. 2016. Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart*, 102, 7, 541-547. doi:10.1136/heartjnl-2015-308597. Viitattu 21.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

- Dean, S., Kerry, S., Khong, T., Kerry, S. & Oakeshott P. 2014. Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practises: randomized controlled trial. *The journal of family practice* 31, 2. Viitattu 5.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Di Fronzo V., Ferrara, A., Ferrara, F., Gargiulo F., Gente R., Pacioni, D., Russo B., Speranza E. & Staiano L. 2012. Lifestyle educational program strongly increases compliance to nonpharmacologic intervention in hypertensive patients: a 2-year follow-up study. *The journal of clinical hypertension* 14, 11. Abstrakti. Viitattu 5.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Ding, S., Lei, Y., Lin, W., Lu, C., Tang, S., Wang P. & Zhang, M. 2015. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education studies. *BMC Public Health* 15, 33. Viitattu 5.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Dobova, S. V., Martinez-Vega, I. P., Aguirre-Hernandez, R., & Pérez-Cuevas, R. 2017. Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine*, 22, 1, 51-64. doi:10.1080/13548506.2016.1239830. Viitattu 21.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Eland-de Kok, P., van Os-Medendorp, H., Vergouwe-Meijer, A., Bruijnzeel-Koomen, C., & Ros, W. 2011. A systematic review of the effects of e-health on chronically ill patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 20, 21/22, 2997-3010. Viitattu 17.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*, 26, 1, 63–73.
- Euroopan komissio. N.d. Sähköiset terveystalvelut. Viitattu 20.2.2017. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy\\_fi](http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_fi).
- Gözüm, S. & Hacıhasanoglu, R. 2011. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing* 20, 5/6, 692-705. <https://janet.finna.fi>, Ebsco host.
- Hirsjärvi & Hurme. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Huygens, M., Vermeulen, J., Swinkels, I., Friele, R., van Schayck, O. & de Witte, L. 2016. Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC Health Services Research*, 16, 232. Viitattu 3.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Hänninen, M-R. 2014. Onko piilevällä kohonneella verenpaineella merkitystä? *Duodecim* 130, 15, 1500-1506. Viitattu 14.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Medic.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.



- Kaakinen, P. 2014. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta/Hoitotiede. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 19.1.2017. et.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä - Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäyte-työn vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. JAMK verkkoaineistot. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.1.2017. <https://janet.finna.fi>.
- Kansaneläkelaitos. 2016. Kanta-palvelut, Omakanta palvelun kuvaus 23.9.2016. Viitattu 15.2.2017. Saatavissa [http://www.kanta.fi/documents/10180/4242542/Omakanta\\_palvelunkuvaus\\_TU\\_kantafi\\_v1.2/0f94df4a-857d-44f7-bb13-329559a2ecda](http://www.kanta.fi/documents/10180/4242542/Omakanta_palvelunkuvaus_TU_kantafi_v1.2/0f94df4a-857d-44f7-bb13-329559a2ecda).
- Kastarinen, M., Korhonen, M., Mustonen, J., Nissinen, A., Puska, P., Salomaa, V. & Sundvall, J. 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. Viitattu 25.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Kear, T. 2015. Exploring the Evidence. Placing Patients with Hypertension at the Center of Self-Management and Research. *Nephrology Nursing Journal*, 42,2, 181-189. Viitattu 10.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Kettunen, R. 2014. Elämäntapamuutokset sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Sydänsairaudet. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 24.1.2017. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Kohonnut verenpaine. 2014. Käypä hoito - suositus. Julk. 22.9.2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 14.11.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi04010.pdf>.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 15.11.2016. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), Ajantasainen lainsäädäntö.
- Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Julkaisussa: Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Toim. Hupli, M., Rankkinen, S. & Virtanen, H. Turun yliopisto.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta/Terveystieteiden laitos/Hoitotiede. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 14.11.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>.
- Lundqvist, A., Koskinen, E. & Ristiluoma, N. (toim.). 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 67/12. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.1.2017. Saatavissa [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1).
- Lunnela, J. 2011. Internet- perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta/Hoitotiede ja

terveyshallinto. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 19.1.2017.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>.

Lähdevirta, J., Kylmä, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 7, 609-615. Viitattu 5.1.2017.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>.

Majahalme, S. 2014. Kohonneen verenpaineen kehittymiseen vaikuttavat elintavat ja ympäristökijät. *Sydänsairaudet. Terveysportti. Duodecim*. Viitattu 24.1.2017.  
[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Mattila, R. 2009. Effectiveness of a multidisciplinary lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 5.11.2016.  
<http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1164-2.pdf>.

McGillicuddy, J. W., Taber, D. J., Mueller, M., Patel, S., Baliga, P. K., Chavin, K. D. & Treiber, F. A. 2015. Sustainability of improvements in medication adherence through a mobile health intervention. *Progress In Transplantation*, 25, 3, 217-223.  
 doi:10.7182/pit2015975. Viitattu 22.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

McKoy, J., Fitzner, K., Margetts, M., Heckinger E., Specker, J., Roth, L., Izenberg, M., Siegel, M., McKinney, S. & Moss, G. 2015. Are telehealth technologies for hypertension care and self-management effective or simply risky and costly? *Popul Health Manag. Jun.* 18, 3, 192-202. Viitattu 3.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

McLean, G., Band, R., Saunderson, K., Hanlon, P., Murray, E., Little, P. & Mair, F. S. 2016. Digital interventions to promote self-management in adults with hypertension systematic review and meta-analysis. *Journal Of Hypertension*, 34, 4, 600-612.  
 doi:10.1097/HJH.0000000000000859. Viitattu 10.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: opiskelijalaitos. International Methelp, Helsinki.

Nikkilä, M. 2016. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Nordlund, H. 2016. Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut 3.10.2016. PowerPoint-diat. Viitattu 14.2.2017.

Ohta, Y., Ohta, K., Ishizuka, A., Hayashi, S., Kishida, M., Iwashima, Y., Yoshihara, F., Nakamura, S. & Kawano, Y. 2015. Trends in the awareness of salt restriction and actual salt intake in hypertensive patients at a hypertension clinic and general clinic: A one-year follow-up study. *Clin Exp Hypertens.* 2015, 37, 6, 454-8. doi: 10.3109/10641963.2015.1057835. Viitattu 10.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Oliveira, T., Miranda, L., Fernandes, P. & Caldeira, A. 2013. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 2, 179-184. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>.

- Omboni, S., Caserini, M. & Coronetti, C. 2016. Telemedicine and M-Health in Hypertension Management: Technologies, Applications and Clinical Evidence. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 23, 187-196. Viitattu 3.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Patton, M. 2002. *Qualitative research & evaluating methods*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Sage Publications.
- Pfaeffli Dale, L., Whittaker, R., Dixon, R., Stewart, R., Jiang, Y., Carter, K., & Maddison, R. 2015. Acceptability of a Mobile Health Exercise-Based Cardiac Rehabilitation Intervention: A RANDOMIZED TRIAL. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 35, 5, 312-319. doi:10.1097/HCR.000000000000125. Viitattu 20.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Pietrzak, E., Cotea, C., & Pullman, S. 2014. Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Is there a place for Internet-based interventions? *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 34, 5, 303-317. doi:10.1097/HCR.000000000000063. Viitattu 20.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Piette, J. D., List, J., Rana, G. K., Townsend, W., Striplin, D., & Heisler, M. 2015. Mobile Health Devices as Tools for Worldwide Cardiovascular Risk Reduction and Disease Management. *Circulation*, 132, 21, 2012-2027. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008723. Viitattu 22.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Puusa, A. 2011. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa: Menetelmäviidakon rai-vaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Vantaa: HansaBook.
- Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen A. 2006. KvaliMOTV Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.1.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali>.
- Rantanen, K. 2016. Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut ODA Jyväskylä 21.6.16. PowerPoint-diat. Viitattu 14.2.2017.
- Ryhänen, A. 2012. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 3.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Medic.
- Silverman, D. 2010. *Doing qualitative research*. Third Edition. London: Sage Publications.
- Sivén, S., Niiranen, T., Aromaa, A., Koskinen, S., & Jula, A. 2015. Social, lifestyle and demographic inequalities in hypertension care. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 43,3, 246-253. doi:10.1177/1403494815571031. Viitattu 10.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 15.2.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016: 5. Helsinki. Viitattu 17.1.2016. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3782-6>.

Turku, R. 2013. Onko motivoiva haastattelu vastaus elintapaohjauksen haasteisiin. *Työterveyslääkäri* 31, 1, 36 - 39. Viitattu 14.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. Viitattu 5.1.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite (Ebsco).

World Health Organization. 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO: Geneva.

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta/Terveystiede. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 14.11.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526207520>.

## Liitteet

### Liite 1. Teemahaastattelun runko

#### Esitiedot

- Sukupuoli
- Ikä
- Kauanko olet sairastanut verenpainetauti?
- Työssäkäyvä/ työtön/ eläkeläinen/ opiskelija?
- Oletko saanut verenpainetautiin liittyvää ohjausta JYTE:ssa terveydenhuollon ammattilaiselta?
- Milloin olet viimeksi saanut ohjausta?
- Missä aiemmin saanut ohjausta

#### Kysymykset elintapaohjausta saaneille verenpainepotilaille:

##### **Teema 1**

Verenpainepotilaan elintapaohjaus viimeisen kolmen vuoden aikana JYTE:ssä

- Mitä asioita elintapaohjauksessa on käsitelty?
- Miten kuvaillet saamaasi ohjauksen määrää?
- Miten ohjauksessa käsiteltiin sinulle tärkeitä asioita? Jäikö joitakin asioita liian vähälle käsittelylle?
- Oliko annettu ohjaus sinun tarpeistasi lähtevää? Miten se näkyi ohjauksessa?
- Millaiseksi koit vuorovaikutustilanteen ohjauksessa?
- Mitkä tekijät paransivat tai heikensivät vuorovaikutusta sinun ja hoitajan välillä?
- Koitko saavasi tukea ja ymmärrystä?
- Mitoivoiko annettu ohjaus elintapamuutoksiin? Jos kyllä niin miten?
- Teitkö elintapamuutoksia ohjauksen perusteella? Jos kyllä, millaisia? Miten tehtyjä elintapoja seurattiin?
- Millaisia kehittämisehdotuksia sinulla on verenpainepotilaan ohjauksen sisällön kehittämiseksi?
- Millaisia kehittämisehdotuksia sinulla on verenpainepotilaan ohjaustilanteen ja potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kehittämiseksi?

##### **Teema 2**

Potilasohjauksen menetelmät ja potilaiden tarpeet Internet-perusteiselta ohjaukselta

- Millä tavoilla elintapaohjausta annettiin?
- Millaisia ohjaustapoja pitäisi suosia verenpainepotilaan elintapaohjauksessa? Miksi?
- Millaista ohjausta tulisi välttää verenpainepotilaan elintapaohjauksessa? Miksi?
- Millaisia ajatuksia sinulla on siitä, että Internetissä tapahtuva ohjaus olisi osa verenpainepotilaan elintapaohjausta?
- Millaista tulisi olla Internetissä tapahtuva ohjaus, jotta se palvelisi sinua parhaiten?

- Mitä ajattelet siitä, että Internetissä tapahtuva ohjaus tarjoaisi yhteyden omaan hoitohenkilökuntaan?
- Mitä ajatuksia sinulla on siitä, että palvelu vaatisi kirjautumista, jolloin se tarjoaisi henkilökohtaisempaa ohjausta?
- Millaiseksi koet itsearviointityökalut Internet-perusteisessa ohjauksessa?
- Pitäisikö Internet-perusteisen ohjauksen luoda mahdollisuus keskusteluun muiden verenpainepotilaiden kanssa? Jos kyllä, pitäisikö keskustelumahdollisuus olla paikallinen esimerkiksi oman terveyskeskuksen potilaat vai valtakunnallinen, jossa olisi mukana potilaita ympäri Suomea?
- Miten kuvailisit valmiuksiasi tietotekniikan käytössä terveystiedon ja -palveluiden vastaanottamiseen?
- Mitä laitteita haluaisi käyttää Internet-perusteisen ohjauksen vastaanottamiseen? Laitteina voisivat olla esimerkiksi älypuhelin, tabletti tai tietokone.
- Mitä muuta haluaisit kertoa verenpainepotilaan ohjauksesta?

### Kysymykset verenpainepotilaille, jotka eivät ole saaneet elintapaohjausta:

#### **Teema 1**

##### Verenpainepotilaan elintapaohjaus

- Mitä asioita elintapaohjauksessa tulisi käsitellä?
- Millainen pitäisi vuorovaikutustilanteen olla ohjauksessa?
- Mitkä tekijät parantava tai heikentävät vuorovaikutusta potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä ohjaustilanteessa?
- Millaisia kehittämisehdotuksia sinulla on verenpainepotilaan ohjauksen sisällön kehittämiseksi?
- Millaisia kehittämisehdotuksia sinulla on verenpainepotilaan ohjaustilanteen ja potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutuksen kehittämiseksi?

#### **Teema 2**

##### Potilasohjauksen menetelmät ja potilaiden tarpeet Internet-perusteiselta ohjaukselta

- Millä tavoilla elintapaohjausta tulisi antaa?
- Millaisia ohjaustapoja pitäisi suosia verenpainepotilaan elintapaohjauksessa? Miksi?
- Millaista ohjausta tulisi välttää verenpainepotilaan elintapaohjauksessa? Miksi?
- Millaisia ajatuksia sinulla on siitä, että Internetissä tapahtuva ohjaus olisi osa verenpainepotilaan elintapaohjausta?
- Millaista tulisi olla Internetissä tapahtuva ohjaus, jotta se palvelisi potilasta parhaiten?
- Mitä ajattelet siitä, että Internetissä tapahtuva ohjaus tarjoaisi yhteyden omaan hoitohenkilökuntaan?
- Mitä ajatuksia sinulla on siitä, että palvelu vaatisi kirjautumista, jolloin se tarjoaisi henkilökohtaisempaa ohjausta?
- Millaiseksi koet itsearviointityökalut Internet-perusteisessa ohjauksessa?

- Pitäisikö Internet-perusteisen ohjauksen luoda mahdollisuus keskusteluun muiden verenpainepotilaiden kanssa? Jos kyllä, pitäisikö keskustelumahdollisuus olla paikallinen esimerkiksi oman terveyskeskuksen potilaat vai valtakunnallinen, jossa olisi mukana potilaita ympäri Suomea?
- Miten kuvailisit valmiuksiasi tietotekniikan käytössä terveystiedon ja -palveluiden vastaanottamiseen?
- Mitä laitteita haluaisi käyttää Internet-perusteisen ohjauksen vastaanottamiseen? Laitteina voisivat olla esimerkiksi älypuhelin, tabletti tai tietokone.
- Mitä muuta haluaisit kertoa verenpainepotilaan ohjauksesta?

## Liite 2. Tiedote tutkimuksesta ja suostumuslomake

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

14.2.2017

**Verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksesta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa**

Pyydämme teitä osallistumaan haastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata alle 50-vuotiaiden verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksen tarpeista, potilasohjauksen toteutumisesta sekä kehittämistarpeista Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa (JYTE). Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tarpeita Internetissä tapahtuvalle ohjaukselle. Tutkimus on osa valtakunnallista Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA) -hanketta, jossa muutetaan nykyistä terveydenhuollon toimintamallia. Tutkimus sisältyy JYTE:ssä tehtävään verenpainepotilaan hoitopolun digitalisointiin.

Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, koska olette alle 50-vuotias Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa asioiva verenpainepotilas. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

**Tutkimuksen kulku**

Tutkimukseen osallistujille järjestetään yksilöhaastattelu Keskustan terveysaseman tiloissa osoitteessa *Tapionkatu 7, 40100 Jyväskylä*. Haastattelu sisältää tutkimuksen aiheeseen liittyvää keskustelua ja se kestää noin 30 minuuttia. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä kehittäjäasiantuntija Johanna Pekkilään haastatteluajankohdan sopimiseksi. **Haastattelut järjestetään 9.-10.3.2017.** Haastattelu voidaan sopia myös virka-ajan ulkopuolelle. Jos haluatte osallistua tutkimushaastatteluun, mutta ehdotetut päivät eivät sovi teille, ottakaa yhteyttä.

**Vastausta tutkimukseen osallistumisesta pyydetään 23.2.2017 mennessä.** Vastaukset ensisijaisesti sähköpostilla [johanna.pekkila@jkl.fi](mailto:johanna.pekkila@jkl.fi) tai puhelimitse p. 050 311 8364.

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimustulosten avulla saadaan arvokasta tietoa, jonka avulla voidaan kehittää verenpainepotilaiden hoitoa Jyväskylässä. Osallistumisenne tutkimukseen on tärkeää.



### **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisen tutkimushenkilön tiedot tallennetaan ja säilytetään anonyymisti. Myös tutkimuksen analyysivaiheessa tietoa käsitellään anonyymisti. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimusaineistoa säilytetään tutkimuksen valmistumiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitetään.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte perua tutkimukseen osallistumisen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai osallistumisen peruminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon.

### **Lisätiedot**

Halutessanne lisätietoja tutkimuksesta antaa JYTE:n kehittäjäsaarnaaja

**Johanna Pekkälä**

Puh. 050 311 8364

Sähköposti: [johanna.pekkila@jkd.fi](mailto:johanna.pekkila@jkd.fi)

(parhaiten tavoittaa sähköpostitse)

### **Tutkijan yhteystiedot**

**Virva Hietaniemi**, kliininen asiantuntija (YAMK) - opiskelija

sähköposti: [K1507@student.jamk.fi](mailto:K1507@student.jamk.fi)

Täytetään haastattelussa

**Verenpainepotilaiden kokemuksia elintapaohjauksesta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Mikäli peruutan suostumukseni tutkimukseen, minusta kerättyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa. Tutkimusta varten tallennettuja tietojani ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymiseni jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Jyväskylässä \_\_. \_\_. 2017

Jyväskylässä \_\_. \_\_. 2017

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

tutkittavan syntymäaika