

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2019

Janina Hansson & Erika Kuusisto

# VERENPAINEPOTILAAN OMAHOITOA TUKEVAT OHJAUSMENETELMÄT

– kuvaileva kirjallisuuskatsaus

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitajakoulutus

2019 | 24 sivua, 0 liitesivua

Janina Hansson & Erika Kuusisto

# VERENPAINEPOTILAAN OMAHOITOA TUKEVAT OHJAUSMENETELMÄT

- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää verenpainepotilaan omahoitoa tukevia ohjausmenetelmiä ja ohjausmenetelmien vaikutuksia omahoitoon. Tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi ja nostaa esiin mahdollisia kehittämiskohteita.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tietoa haettiin Cinahlista, Pubmedistä ja Medici-  
cistä, jotka ovat sosiaali- ja terveysalan tietokantoja. Lisäksi tehtiin manuaalinen haku. Tiedon-  
hakuun muodostettiin strategia, jonka mukaan edettiin. Tiedonhaussa käytettiin mukaanotto- ja  
poissulkukriteerejä. Tiedonhaussa valittiin 10 tutkimusta, jotka analysoitiin. Tutkimukset jaettiin  
neljään ryhmään: motivoiva haastattelu, puhelinneuvonta, omahoitoa tukeva matkapuhelinpoh-  
jainen järjestelmä ja elämäntapaneuvonta. Tutkimuksista haettiin vastauksia tutkimuskysymyk-  
siin ja niiden pohjalta kirjoitettiin tulokset.

Motivoiva haastattelu, puhelin- ja elämäntapaneuvonta sekä matkapuhelinpohjainen omahoidon  
tukijärjestelmä todettiin omahoitoa tukeviksi ohjausmenetelmiksi. Verenpainepotilaiden tietämys  
korkeasta verenpaineesta lisääntyi ja verenpaineen itsekontrolli parani. Aktiivisuus omahoitoon  
lisääntyi, samalla motivaatio ja hoitoon sitoutuminenkin kasvoivat.

Tutkittujen ohjausmenetelmien todettiin tukevan omahoitoa. Tutkimustietoa oli melko vähän ai-  
heesta. Terveystieteiden ammattilaisten ohjausosaaminen on tärkeä asia, jotta potilas saa hy-  
vää ja laadukasta ohjausta. Ammattilaisten osaamisesta ja koulutuksesta on huolehdittava yhä  
enemmän. Tulevaisuudessa haasteena on tehokkaiden strategioiden kehittäminen kroonisesti  
sairaille potilaille. Ne edistävät terveellisiin elämäntapamuutoksiin ja aktiiviseen osallistumiseen  
hoidossa, motivoivat ja lisäävät potilaiden hoitoon sitoutumista.

ASIASANAT:

Verenpainepotilas, omahoito, ohjausmenetelmä, potilasohjaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing

2019 | 24 pages, 0 pages in appendices

Janina Hansson & Erika Kuusisto

# COUNSELLING METHODS TO SUPPORT SELF-CARE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

- descriptive literature review

The purpose of this thesis was to clarify control methods which support the hypertensive patient's self-care and effects of control methods on the self-care. The objective was to produce the information which is based on the display to develop control and to bring out possible subjects of development.

The thesis was carried out as a literature review. The information was searched from Cinahl, PubMed and Medic, which are databases of the health care and social services. In addition, a manual search was made. A strategy was developed for information retrieval. Inclusion and exclusion criteria were used for information retrieval. In the information retrieval 10 studies were chosen and analysed. The studies were divided into four groups: motivating interview, telephone consultation, telephonebased system which supports the self-care and lifestyle counseling. From the studies answers were searched for research questions and the results were written on the basis of them.

The telephone counselling, lifestyle counselling, motivating interview and telephonebased system which supports self-care were found to be control methods which supports self-care. The hypertensive patients' knowledge about the high blood pressure increased and the self-control of blood pressure improved. Self-care activity increased and at the same time motivation and commitment to treatment increased.

It was found that the examined control methods supported the self-care. There was quite little research information from the subject. Healthcare professionals' control know-how is important in order for the patient to receive good and quality guidance. There is a growing need for professional skills and education. In the future, the challenge is to develop effective strategies for chronically ill patients that promote healthy lifestyle changes and be actively involved in their treatment, and also motivate and increase patient commitment for the treatment.

## KEYWORDS:

Hypertensive patient, Self-care, Control method, Patient counselling, Describing literature review

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 VERENPAINEPOTILAS JA OMAHOITO</b>	<b>6</b>
2.1 Verenpaine ja sen aiheuttajat	6
2.2 Omaha hoito ja sen merkitys	8
<b>3 POTILASOHJAUS</b>	<b>10</b>
3.1 Hyvä ja laadukas ohjaus	10
3.2 Ohjausmenetelmät	11
<b>4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>13</b>
<b>5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>14</b>
5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä	14
5.2 Aineistonkeruu	14
5.3 Aineiston analyysi	17
<b>6 TULOKSET</b>	<b>20</b>
6.1 Motivoiva haastattelu	20
6.2 Puhelinneuvonta	21
6.3 Matkapuhelinpohjainen omahoidon tukijärjestelmä	23
6.4 Elämäntapaneuvonta	24
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>26</b>
<b>8 POHDINTAA</b>	<b>27</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>29</b>

# 1 JOHDANTO

Kohonnut verenpaine on maailmanlaajuisesti merkittävin terveitä elinvuosia vähentävä sairaus. Suomessa noin joka kolmannella naisista ja noin joka toisella miehistä on kohonnut verenpaine. Alueellisesti merkittäviä eroja Suomessa ei ole. (Mäkijärvi ym. 2008, 203.)

Verenpaineissa ihanteellisina raja-arvoina pidetään 120/80 mmHg. Kohonnut verenpaine diagnosoidaan, kun potilaan verenpaine on ollut useamman mittauskerran normaalitason viiterajojen yli. Kohonneen verenpaineen raja-arvoina pidetään 140/90 mmHg vastaanotolla tehdyissä mittauksissa tai 135/85 mmHg kotimittauksissa. (Mäkijärvi ym. 2008, 202.)

Kohonneen verenpaineen hoidossa omahoito on tärkeää, se on ensimmäinen keino alentaa verenpainetta ilman lääkkeellistä hoitoa (Mäkilähde 2008, 210). Omahoito käsittää muutokset elintavoissa, jo pienet muutokset terveyttä edistävään suuntaan voivat saada aikaan verenpaineen alenemisen. Elintapamuutosten merkitys kohonneen verenpaineen hoidossa on suuri hoidon onnistumisen kannalta. (Diabetestalo 2019.) Omahoito vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen, motivaatioon ja pystyvyyden tunteeseen huolehtia itse itsestään ja sairaudestaan (Peltomäki 2012). Potilas kantaa itse vastuun hoidon toteutumisesta, vaikka päätös hoidosta on tehty yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Käypä hoito 2014).

Omahoidon toteutumista tukemaan käytetään potilasohjausta. Ohjauksessa voidaan hyödyntää erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten yksilö- tai ryhmäohjausta, johon on liitetty kuva-, video- tai kirjallista materiaalia tukemaan keskustelua. Potilaalle oikean ohjausmenetelmän valinnassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet ja hoidon tavoite. (Kynäs ym.2007, 73.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää verenpainepotilaan omahoitoa tukevia ohjausmenetelmiä ja ohjausmenetelmien vaikutuksia omahoitoon. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi ja nostaa esiin mahdollisia kehittämiskohteita.

## 2 VERENPAINEPOTILAS JA OMAHOITO

Kohonnut verenpaine eli hypertensio on ympäri maailman merkittävin terveitä elinvuosia vähentävä sairaus (Mäkijärvi ym. 2008, 203). Suomalaisista aikuisikäistä noin kahdella miljoonalla esiintyy kohonnutta verenpainetta. Ainoastaan joka viidennen aikuisikäisen suomalaisen verenpaine on ihanteellisella tasolla. (Käypä hoito 2014.)

### 2.1 Verenpaine ja sen aiheuttajat

Verenpaine on sydämen pumppaustoiminnan aikaansaama paine verenkiertojärjestelmässä, joka laittaa veren liikkeelle. Sydämen supistusvaiheessa lähtee sydämen vasemmasta kammioista liikkeelle paineaalto, joka etenee aortasta suurien valtimoiden kautta pienimpiin verisuoniin asti. Yläpaineella eli systolisella paineella tarkoitetaan sydämen painetasoa pumppausvaiheessa, eli valtimoissa vallitsevaa korkeinta painetta sydämen vasemman kammion supistuessa. (Jula ym. 1997, 9-11; Rautava-Nurmi ym. 2016, 357.) Verenpaineen kohoamiseen systolisessa vaiheessa vaikuttavat vasemman kammion lisääntynyt työmäärä, suurien valtimoiden sekä aortan seinämien jäykistyminen ja lisääntynyt ääreisvastus (Mäkijärvi ym. 2008, 202-203). Alapaine eli diastolinen paine syntyy, kun sydän lepää supistusten välissä. Tällöin valtimoissa paine laskee ja matalin vallitseva paine muodostaa diastolisen verenpaineen. (Jula ym. 1997, 9-11; Rautava-Nurmi ym. 2016, 357.) Diastolisen paineen kohoamiseen vaikuttavat verenkierrossa vastuksen lisääntyminen sekä verisuonten seinämien jäykistyminen (Mäkijärvi ym. 2008, 202-203).

Verenpaineissa tavoitetaso on alle 120/80 mmHg. Verenpaineen lyhytaikainen vaihtelu on normaalia. Kohonneesta verenpaineesta puhutaan, kun verenpaine on 140/90 mmHg tai yli vastaanotolla mitattuna. Kotioloissa kohonneen verenpaineen raja-arvoina pidetään 135/85 mmHg. Etenkin kotioloissa luotettava tulos verenpainetasosta saadaan, kun verenpainemittaus tehdään aamuisin ja iltaisin kaksoismittauksin kahden päivän ajan ja lasketaan mittaustulosten keskiarvo. (Mäkijärvi ym. 2008, 202.) Kohonneelle verenpaineelle on ominaista oireettomuus, toteaminen voidaan tehdä vain verenpaineen mittauksella olkavarresta (Nikkilä 2018).

Jotta verenpainetauti eli hypertensio voidaan diagnosoida, tulee potilaan verenpainetaso määrittää. Verenpainetason määrittäminen tulee aina perustua toistettuihin mittauksiin. (Mustajoki 2016.) Luotettavan tuloksen aikaansaamiseksi potilaalta mitataan verenpainetta 1-2 viikon seuranta-ajan verran kaksoismittauksin. Verenpainetaso on seuranta-ajalla mitattujen, vähintään 4 perättäisen mittauskerran kaksoismittauksien tuloksien keskiarvo. Verenpainetason luokittelussa käytetään apuna myös kotona 4-7 päivän ajan aamuin illoin tehtyjen kaksoismittauksien keskiarvolukemia tai vaihtoehtoisesti verenpaineen pitkäaikaisrekisteröintiä. (Käypä Hoito 2014.) Verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinnissä tutkittavalle asetetaan mansetti käsivarteen, mansetti kytketään pienessä olkalaukussa olevaan rekisteröintilaitteeseen, joka säädetään mittaamaan verenpaine automaattisesti tietyin väliajoin. Pitkäaikaisrekisteröinti kestää keskimäärin vuorokauden ajan (24 tuntia). (Mäkijärvi ym. 2008, 204; VSSH 2018.)

Tavallisin muoto (n. 95%) kohonneessa verenpaineessa on primaarinen eli essentiaalinen hypertensio. Kyseisessä muodossa verenpaineen nousu johtuu usein elintavoista ja perinnöllisyydestä. Kohonnut verenpaine voi olla osittain periytyvää, jolloin syynä ovat useat perintötekijät eli geenit. 30-40% kohonnutta verenpainetta sairastavilla aiheuttajan arvioidaan olevan perintötekijät. Sosioekonomisella asemalla, etenkin matalalla sosioekonomisella asemalla (köyhyydellä) on verenpaineeseen kohottava vaikutus. (Mäkijärvi ym. 2008, 208.)

Elintavat ovat suuri tekijä kohonneessa verenpaineessa, 60-70% hypertoniaa sairastavista elintavat ovat keskeisessä asemassa. Elintavoista erityisesti liikuntatottumuksilla ja ruokavaliolla on merkittävä vaikutus kohonneeseen verenpaineeseen. Liikunnallisilla henkilöillä verenpaineet ovat alhaisemmat verrattuna vähemmän liikkuviin henkilöihin. Myös kroonisen kohonneen verenpaineen riski on yhteydessä liikuntatottumuksiin, huonokuntoisilla riski on jopa kaksinkertainen verrattuna hyväkuntoisiin. (Mäkijärvi ym. 2008, 208-209.)

Ruokavalio on monialainen käsite, kohonneen verenpaineen riskitekijöistä ja aiheuttajista merkittävin on natriumin liiallinen saanti. Hypertensiivisillä, ylipainoisilla ja iäkkäillä henkilöillä verenpaine kohoaa herkemmin suolan käytöstä verrattuna normaalipaineisiin ja –painoisiin sekä nuoriin henkilöihin. (Mäkijärvi ym. 2008, 208-209; Käypä hoito 2014.)

Ylipaino ja lihavuus ovat selkeässä yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen, ylipainoisilla se on 1,5-6 kertaa yleisempää verraten normaalipainoisiin. Vähäinen liikkuminen ja terveyttä heikentävät muutokset ruokavaliossa ovat riskitekijöitä ylipainolle. Miesten keskuudessa 70% ja naisilla 61% kohonneesta verenpaineesta liittyy rasvakudoksen lisääntyneeseen määrään. (Mäkijärvi 2008, 208.)

Myös alkoholilla on vaikutusta verenpaineen kohoamiseen tietyissä tapauksissa. Päivittäinen kahden ravintola-annoksen ylittävä käyttö kohottaa verenpainetta. Mitä suurempi päivittäinen käyttö on, sitä korkeampi riski on kohonneeseen verenpaineeseen. Alkoholiksi itsessään on huomattava riskitekijä, se selittää miehillä noin 11% ja naisilla 1% esiintyvistä kohonneesta verenpaineesta. (Mäkijärvi 2008, 208-210.) Ihmisen kokemana stressi ja ahdistus sekä kiireinen elämäntapa saattavat myös nostaa verenpainetta (Jula 1997). Ei voida osoittaa varmuudella yhden tietyn tekijän vaikutusta kohonneeseen verenpaineeseen (Mäkijärvi ym. 2008, 208).

## **2.2 Omahoito ja sen merkitys**

Omahoito tarkoittaa sitä, että potilas ja terveydenhuollon ammattilainen ovat sopineet yhdessä hoidosta. Potilas on itse vastuussa sen toteutuksesta ja omista päätöksistään hoidon suhteen. Terveydenhuollon ammattilainen toimii potilaan tukena ja valitsee sopivimman hoidon, huomioiden potilaan elämäntilanteen ja toiveet. (Käypä hoito 2014.)

Kohonneen verenpaineen hoidossa omahoito on tärkeää, sen avulla pyritään lähtökohdaisesti alentamaan verenpainetta elintapamuutoksilla ennen kuin harkitaan lääkkeellistä hoitoa (Mäkilähde 2008, 210). Omahoito käsittää elintapamuutokset, joilla pyritään saamaan alentava vaikutus verenpaineeseen jo pienillä muutoksilla terveyttä edistävään suuntaan. Elintapamuutoksilla on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta. (Diabetestalo 2019.)

Elintapamuutoksilla pyritään minimoimaan tärkeimmät kohonneen verenpaineen riskitekijät, kuten natriumin liiallinen käyttö, ylipaino, alkoholin runsas käyttö, tupakointi sekä vähäinen liikunta. Omahoitoon on olemassa ohjeistuksia, joiden avulla voidaan alentaa verenpainetta. Painon pudotus noin 4-8% ylipainoisella vähentää ylä- ja alapainetta suunnilleen 3-4 mmHg. Suolansaannin vähentäminen alle viiteen grammaan päivässä



laskee verenpaineen yläpainetta noin 6 mmHg ja alapainetta noin 4 mmHg. Ravintokuidun eli täysjyväviljojen lisääminen ruokavalioon laskee yläpainetta noin 6 mmHg ja alapainetta noin 3 mmHg verrattuna siihen, että ruokavalio sisältäisi vain valkoisia jauhoja. Tupakoinnin lopettaminen kokonaan ja runsaan alkoholin käytön vähentäminen ovat tärkeä osa omahoitoa. Liikunnan lisääminen kuuluu omahoitoon ja siinä minimisuosituksena on vähintään puoli tuntia reipasta kävelyä useampana päivänä viikossa. Elin-  
tapamuutosten merkitystä ei pidä unohtaa, vaikka potilaalla aloitettaisiin lääkehoito. Lääkkeiden teho paranee selvästi, kun samaan aikaan noudatetaan hyviä elintapoja. (Mustajoki 2018.)

Omahoitoon kuuluu myös verenpaineen omaseuranta. Verenpainetta mitataan vastaanottokäynneillä, mutta suositeltavaa on, että potilas mittaa sitä myös itsenäisesti. Omaseuranta on tärkeää erityisesti, jos mittaustulokset vaihtelevat, lääkehoito on aloitettu tai siihen on tehty muutoksia ja lääkehoidon vakiinnuttua. Omaseurannan avulla saadaan selville todelliset verenpaine-arvot ja niiden pysyvyys sekä mahdollisen verenpainelääkityksen vaikutukset. (Sydänliitto 2019.)

Omahoito vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen ja tarkoituksena on luoda potilaalle pystyvyyden tunnetta itsenäisestä sairautensa hoidosta. Omahoidossa on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilainen motivoi potilasta ja vahvistaa tämän elämänhallinnan tunnetta. (Peltomäki 2012.)

## 3 POTILASOHJAUS

### 3.1 Hyvä ja laadukas ohjaus

Hyvä ja laadukas ohjaus perustuu sosiaali- ja terveysalan lakeihin sekä ammattietiikkaan. Niissä ei ole suoraan mainittu mitään ohjauksesta, mutta ne kuitenkin ohjaavat oikeanlaiseen toimintaan ohjauksessa. Potilaan asemasta on laki, jonka mukaan potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Lisäksi sen mukaan ohjaus toteutetaan vain potilaan suostumuksella ja yhteistyössä hänen kanssaan. Potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava ohjaustyössä. (Kääriäinen 2007; Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Ohjauksella tarkoitetaan tietojen, taitojen ja selviytymisen yhdessä parantamista. Potilas kohdataan tasavertaisena ja ohjaus etenee hänen lähtökohtiensa mukaan. Tavoitteena on, että potilas ymmärtää ohjattavan asian merkityksen ja kokee, että voi vaikuttaa siihen itse. Hoitoon motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta on tärkeää, että ohjaus onnistuu. (Eloranta & Virkki 2011, 11-12.)

Ohjaukseen liittyen voidaan puhua myös opetuksesta, neuvonnasta ja tiedon antamisesta. Opetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa opetellaan jokin yksittäinen toiminto, esimerkiksi verenpaineen mittaaminen. Opetustilanne pohjautuu ohjaukseen, jolloin potilas ymmärtää yksittäisen toiminnon merkityksen koko hoidossaan. Neuvonnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa hoitaja antaa potilaalle neuvoja päätöksenteon tueksi. Neuvottelulla pyritään saavuttamaan yhteinen tavoite ohjaustilanteessa. Tiedon antamisella tarkoitetaan lähinnä kirjallista materiaalia, esimerkiksi hoito-ohjeita. Sitä käytetään lähinnä täydentämään ohjausta. (Kääriäinen 2007; Eloranta & Virkki 2011, 19-22.)

Hyvän ja laadukkaan ohjauksen onnistumiseksi hoitajan on osattava tunnistaa sen piirteet. Hoitajan on tunnistettava mitä potilas tietää jo aiheesta, mitä hänen tulisi tietää, mitä hän haluaa tietää ja miten hän parhaiten omaksuu asiat. Ohjauksen on perustuttava potilaan ja hoitajan yhteisymmärrykseen hoidosta. Hoitajan on tunnistettava potilaan ja itsensä taustatiedot, jotka voivat vaikuttaa ohjaussuhteeseen ja sen etenemiseen. Hoitajan kuuluu kunnioittaa potilasta ja osoittaa aitoa kiinnostusta häntä kohtaan sekä ymmärtää ja rohkaista. Hoitajan on ilmaistava asiansa selkeästi ja tehtävä kysymyksiä potilaalle. Onnistunut ohjaus vaatii yhteistyökykyä, samoja odotuksia ja tavoitteita ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 47-48.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta keskeisimpinä voidaan pitää seuraavia asioita. Ohjausta annetaan silloin, kun potilas sitä haluaa ja pyytää. Ohjaustilanteessa on tärkeää kuunnella tarkkaan, millaisia ongelmia tai asioita potilas mahdollisesti tuo itse esiin. Ohjaus rakentuu potilaan tarpeiden pohjalta ja potilas pyritään saamaan mukaan aktiivisesti ohjauskeskusteluun. Siinä on tärkeää korostaa, että tavoitteiden saavuttaminen perustuu yhteistyöhön. Ohjauksessa on vältettävä tilanteita, joissa potilas kokee uhkaa omaa tietämystään tai yksilöllisyyttään kohtaan. (Kyngäs ym. 2007, 87.)

### 3.2 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmä tarkoittaa tapaa, jolla potilasta ohjataan. Menetelmä valitaan huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet ja hoidon tavoite. Niitä on useita ja on tärkeää käyttää useampia menetelmiä, jotta ohjaustulos on paras mahdollinen. Ohjaus voi olla yksilöllistä tai ryhmässä toteutettua. Siinä voidaan käyttää kirjallista materiaalia ja kuva- tai videomateriaalia apuna. (Kyngäs ym.2007, 73; Kaakinen 2013.)

Yksilöohjaus on yksi ohjausmenetelmistä, siinä ohjaus tapahtuu kaksisuuntaisena vuorovaikutuksena potilaan ja hoitajan välillä. Se on aikaavievä ohjausmenetelmä. Potilaat kuitenkin arvostavat sitä, koska ohjaus lähtee heidän yksilöllisistä tarpeistaan eteneeseen. He saavat motivoivaa tukea, jatkuvaa palautetta ja kokevat usein ilmapiirin vapaamuotoiseksi. Ohjaus alkaa taustatietojen läpikäynnillä, jonka jälkeen voidaan asettaa tavoitteet. Tavoitteiden tulisi olla konkreettiset ja mahdolliset saavuttaa sekä yhdessä päätetyt. Mitä tyytyväisempi potilas on tavoitteisiin, sitä paremmin hän sitoutuu niihin. (Kyngäs ym.2007, 74-76.) Yksilöllinen vuorovaikutus tapahtuu parhaiten yksilöohjauksessa ja sitä pidetäänkin hoitoon sitoutumisen kulmakivenä (Kyngäs & Hentinen 2009, 111).

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen lisäksi yksi käytetyimmistä ohjausmenetelmistä. Ryhmän jäsenille ryhmäohjaus antaa vertaistukea eli toisten tuki auttaa jaksamaan ja tavoitteiden saavuttaminen helpottuu. Se on tehokas ohjausmenetelmä, koska siinä saadaan jaettua tietoa usealle ihmiselle samanaikaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Ongelmana siinä voidaan pitää yksilöllisyyden ja potilaslähtöisyyden puutetta, asiat ja tavoitteet käydään lähinnä yleisellä tasolla läpi. Etuna on kuitenkin vertaistuki, varsinkin potilaat, joilla ei ole läheisiä, voivat hyötyä siitä huomattavasti. (Kyngäs & Hentinen 2009, 112.)

Yhtenä ohjausmenetelmänä pidetään motivoivaa haastattelua, se on potilaslähtöinen keskustelutapa. Siinä on periaatteena se, että selvitetään potilaan motivaatio hoitoon sitoutumiseen ja keinot, joilla voidaan vaikuttaa siihen. Perustana tässä menetelmässä ovat yhteistyö, luottamuksellinen ja avoin suhde potilaan ja hoitajan välillä. Motivoiva haastattelu toimii niin, että potilaalla ei tule vastarintaa muutosta vastaan, vaan hänen itse kertomansa asiat tukevat ajatusta muutoksen tekemisestä ja sitoutumisesta hoitoon. Tavoitteet muodostuvat, kun esiin nousevat potilaan ristiriitaiset ajatukset, miksi hän ei voi muuttaa toimintaansa. Hoitajan tehtävä on ottaa esiin ristiriitaiset käsitykset ja käsitellä niitä potilaan kanssa. (Kygäs & Hentinen 2009, 112-113; Järvinen 2014.)

Ohjausmenetelmä voi olla myös audiovisuaalinen eli siinä hyödynnetään sekä kuulo- ja näköaistia. Silloin ohjauksessa käytetään apuna esimerkiksi videoita, tietokonetta tai puhelinsovelluksia. Niiden avulla vältetään väärinkäsityksiä, keskustelussa tulleet asiat kerättyvät niiden kautta ja virkistävät muistia. (Kygäs ym. 2007, 116-117.)

Puhelinohjaus on yleistynyt vuosien aikana. Puhelinohjaus voidaan jakaa eri osa-alueisiin. Palveluohjaus tarkoittaa tiedottamista palvelusta, esimerkiksi lääkäriajasta sopiminen ja terveyden- ja sairaanhoidonohjaus tarkoittaa kaikkea potilaan terveydentilaan liittyvää ohjausta. Puhelinohjaus on hyvin laaja-alaista ja siinä vaaditaan monipuolista osaamista sekä jatkuvaa koulutusta, siksi sitä pidetäänkin yhtenä haastavimmista ohjausmenetelmistä. Puhelinohjauksessa tärkeää on saada kattava kuva potilaan tilanteesta ja antaa selkeät ja ymmärrettävät toimintaohjeet potilaalle. (Kygäs ym. 2007, 117-123.)

Tietokone- ja puhelinsovellukset ovat tulleet yhä enemmän osaksi ohjausta. Niiden on osoitettu lisäävän potilaiden tietämystä sekä edistävän hoitokäyttäytymistä. Niiden etuna ovat sisällön yhdenmukaisuus, helppo saatavuus ja käyttö sekä hoitoajan säästyminen. Rajoitteena on se, että ohjelmia ei voi muokata helposti vaan ne ovat samanlaisia kaikille. (Kygäs ym. 2007, 122-123.)

Tiedossa on, että potilaat muistavat yli puolet ohjauksesta, jossa hyödynnetään näköaistia. Pelkästään kuuloaistin varassa olevasta ohjauksesta potilaat muistavat vain kymmenesosan. Lähes kaiken he muistavat silloin, kun ohjauksessa on käyty asia läpi sekä kuulo- että näköaistin avulla. (Kygäs ym. 2007, 73.) Jo tämä tieto osoittaa sen, että ohjauksessa on tärkeää hyödyntää useampia menetelmiä.

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää verenpainepotilaan omahoitoa tukevia ohjausmenetelmiä ja ohjausmenetelmien vaikutuksia omahoitoon. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi ja nostaa esiin mahdollisia kehittämiskohteita.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaisia ohjausmenetelmiä verenpainepotilaiden ohjauksessa käytetään?
2. Mitä hyötyjä ohjausmenetelmistä on ollut omahoitoon?

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tiedonhaku etenee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheiden mukaan. Katsauksessa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Siinä pyritään tiedossa olevan tutkimustiedon systemaattiseen löytämiseen, tutkimiseen ja analysointiin. (Stolt ym. 2015, 14.) Tiedonhaku suunnitellaan hyvin ja esitetään sen vaiheet. Haun vaiheet on esitetty niin, että se on mahdollista toistaa uudelleen. Lisäksi kuvataan löydetyn tiedon mukaanotto- ja poissulkukriteerit. (Kunttu 2017, 6.)

Ennen kirjallisuuskatsauksen aloittamista perehdyttiin siihen menetelmänä ja haettiin tietoa siitä, miten se etenee. Apuna käytettiin kirjallisuutta, joka kertoo kirjallisuuskatsauksesta. Lisäksi hyödynnettiin korkeakoulun omaa tiedonhakuopasta ja informaation ohjausta. Opinnäytetyön suunnitelma ohjasi prosessin aloitusta, koska siinä jo käsiteltiin toteutus vaiheittain. Kirjallisuuskatsaus etenee selkeästi vaiheittain eteenpäin, joten tiedossa oli kokoajan, mitä seuraavaksi tehdään. Vaiheiden läpikäynti jo suunnitelmavaiheessa helpotti suuresti prosessin etenemistä.

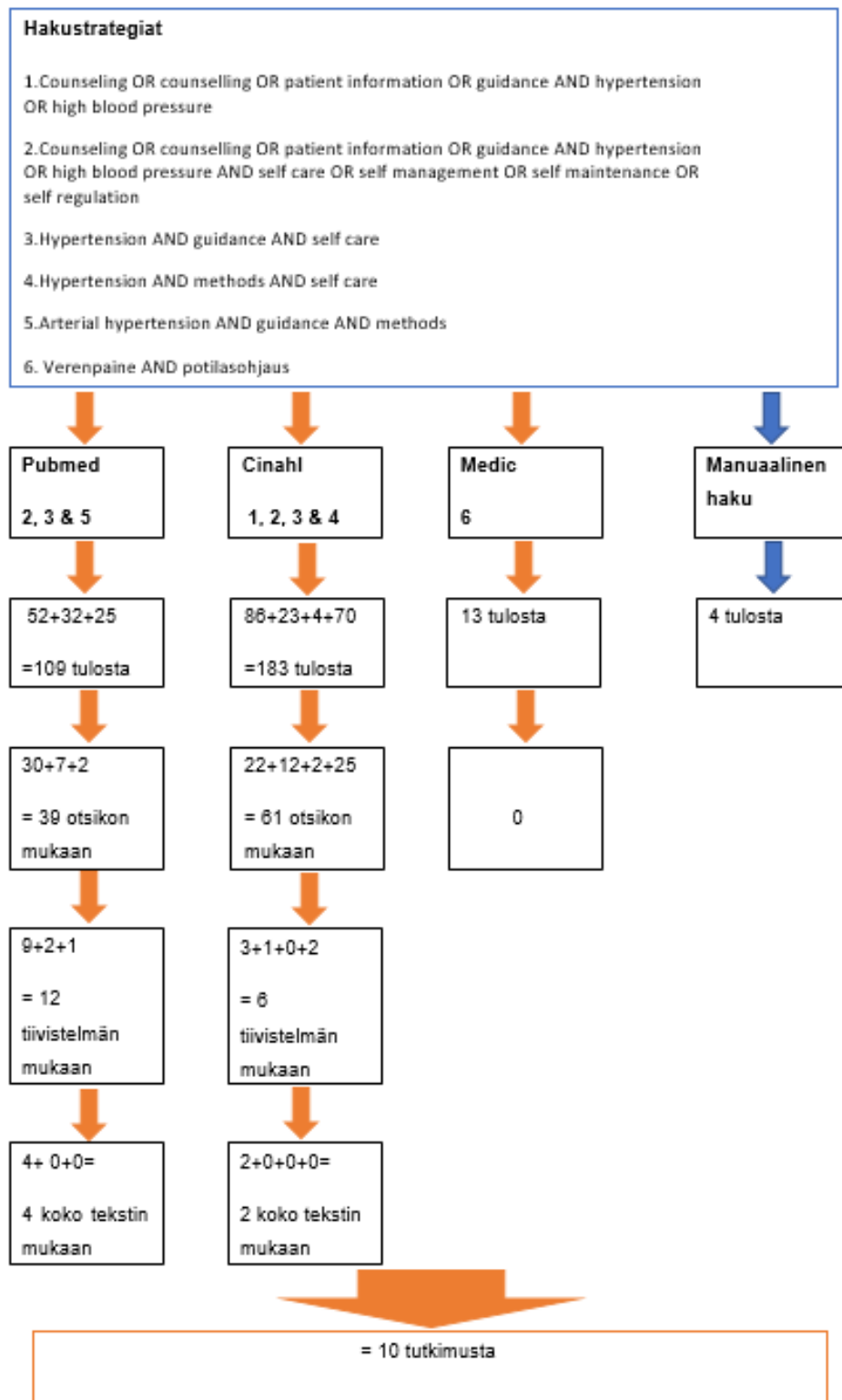
Kirjallisuuskatsauksen suunnitelma oli valmis maaliskuun lopussa vuonna 2019. Sen hyväksymisen jälkeen tehtiin opinnäytetyösopimus Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Sopimuksen teon jälkeen alettiin työstää kirjallisuuskatsausta kevään 2019 aikana. Työ oli valmis toukokuun lopussa ja se esiteltiin Opinnäytetyömessuilla Turun ammattikorkeakoululla.

### 5.2 Aineistonkeruu

Tiedonhaun edellytyksenä on se, että tutkimuskysymykset on määritelty. Se ohjaa koko tiedonhakuprosessia. Sen jälkeen muodostetaan hakusanoja ja luodaan hakustrategia, jonka mukaan edetään. (Stolt ym. 2015, 24-27.) Tutkimuskysymykset muodostettiin ja niiden pohjalta valittiin keskeisiä käsitteitä tiedonhaakuun. Keskeisiä käsitteitä ovat verenpaine, ohjaus ja omahoito eli englanniksi hypertension, guidance ja self care. Hauissa käytettiin myös sanojen synonyymeja parantamaan hakutulosten määrää. Tiedonhaussa käytettiin sosiaali- ja terveysalan tietokantoja, jotka olivat kansainväliset Cinahl ja PubMed- viitetietokannat sekä kotimainen Medic.

Tiedonhakuja rajattiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien käyttö ovat tiedonhaussa tärkeitä, jotta haussa säilyy oikea suunta (Stolt ym. 2015, 26.) Kriteereinä olivat julkaisuvuodet ja -alue sekä julkaisun kieli. Mukaanotettiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia (2009-2019). Cinahlissa haku rajattiin Euroopan alueelle ja Pubmedissä haettiin vain englanninkielisiä julkaisuja. Mukaanotettiin vain länsimaalaisilla alueilla toteutettuja tutkimuksia eli Euroopassa, Amerikassa, Kanadassa ja Australiassa tehdyt tutkimukset. Pubmedissä hakusanojen määrittelyä käytettiin title/abstract ja Cinahlissa subject/abstract. Mukaan valittiin vain tutkimuksia, ei graduja, opinnäytetöitä tai keskeneräisiä tutkimuksia. Tietokannoissa koitettiin erilaisia hakuja ja niiden perusteella muodostettiin hakustrategiat. Tietoa haettiin kuudella eri hakustrategialla, jotka ovat kuvattuna alla kuviossa 1. Kirjallisuuskatsauksen prosessi. Hakusanojen yhdistelyyn käytettiin Boolean operaattoreita eli AND ja OR. AND-operaattorilla yhdistettiin hakuja ja OR-operaattorilla yhdistettiin vaihtoehtoisia hakusanoja.

Hakujen jälkeen tulokset käytiin läpi ja niistä valittiin otsikon mukaan jatkoon tutkimukset. Otsikoista katsottiin, että ne liittyvät verenpaineeseen, sen omahoitoon tai ohjaukseen. Valituista tutkimuksista karsittiin pois päällekkäisyydet. Sen jälkeen luettiin tutkimusten tiivistelmät ja valittiin niiden perusteella tutkimukset, joista luettiin koko teksti. Tässä vaiheessa poissuljettiin tutkimukset, joista ei ollut koko tekstiä saatavilla. Tiivistelmistä katsottiin, että ne liittyivät verenpaineeseen ohjaamiseen tai koskivat omahoitoa tai käsitelivät jotakin ohjausmenetelmää. Tiivistelmien perusteella luettavaksi valittiin 18 tutkimusta. Koko tekstit luettiin ja niistä etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksista valittiin lopulta 6 mukaan. Lisäksi tehtiin täydentävä manuaalinen haku, jossa valittiin 4 tutkimusta.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen prosessi.



### 5.3 Aineiston analyysi

Aineistojen analyysin tehtävänä on perehtyä niihin ja tehdä päätelmiä. Useimmiten aineistoja jaotellaan ja etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja niistä. (Stolt ym. 2015, 30.) Valittuihin tutkimuksiin perehdyttiin ja niistä etsittiin tärkeää tietoa, jota voitiin järjestellä ja vertailla. Valituista tutkimuksista tehtiin taulukko, joissa ilmenee tutkimusten keskeiset tiedot. Taulukko 1 valituista tutkimuksista alla esitettynä.

Tutkimukset luettiin, pääasiassa perehdyttiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Niistä haettiin asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tutkimusten pääkohdat otettiin ylös ja niitä vertailtiin keskenään eli tehtiin sisällön analyysia. (Stolt ym.2015, 31.) Pääkohdat luokiteltiin neljään ryhmään; motivoiva haastattelu, puhelinneuvonta, omahoitoa tukeva matkapuhelinpohjainen järjestelmä ja elämäntapaneuvonta. Näiden pohjalta työstettiin kirjallisuuskatsauksen tulokset.

Taulukko 1. Valitut tutkimukset.

<b>TUTKIMUS (tekijä, vuosi, maa)</b>	Alison O Booth ym. 2010 Australia	Alexia L.Katsarou ym. 2014 Kreikka	Eva Drevenhorn ym. 2015 Ruotsi	Ulrika Bengtsson ym. 2014 Ruotsi	Heather M Johnson ym. 2016 Yhdysvallat
<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS</b>	Yleislääkäreiden antaman neuvonnan arviointi ylipainoisille ja verenpainepotilaille elämäntapamuutoksista.	Ruokavaliokoulutuksen ja stressinhallinnan vaikutus ja toteutettavuus verenpainetaudin hallinnassa.	Verenpainepotilaiden omahoidon arviointi sairaanhoitajien neuvontakoulutuksen jälkeen.	Potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmat vuorovaikutteisen puhelinjärjestelmän kehittämiseen korkean verenpaineen omahoitoon.	MyHeart, puhelinpohjaisen terveysneuvonnan vaikutus nuorten aikuisten verenpaineen itsehoitoon.
<b>TUTKIMUSMENETELMÄ</b>	Haastattelututkimus	Satunnaistettu, valvottu pilottitutkimus.	Satunnaistettu esitestin jälkitutkimus.	Haastattelututkimus	Ei-satunnaistettu toteutettavuustutkimus.
<b>TUTKIMUSJOUKKO</b>	Etelä-Australialaiset, miehet n= 1239 naiset n= 1708	36 osallistujaa, hallintaryhmä n=20 interventoryhmä n=16	Interventio-ryhmä hoitajat n= 19 potilaat n= 137 Kontrolliryhmä hoitajat n=14 potilaat n=51	Potilaat n=15 Terveydenhuollon ammattilaiset n= 12	38 nuorta aikuista (18-39 vuotiasta)
<b>KESKEISET TUTKIMUSTULOKSET</b>	27% ylipainoisista sai neuvoja painonpudottamiseen ja 34% verenpainepotilasta sai neuvoja suolankäytön vähentämiseen.	Verenpaine ja koettu stressi vähenivät merkittävästi, kun taas Välimeren ruokavaliion noudattaminen lisääntyi interventoryhmässä.	Neuvontakoulutus kasvatti potilaiden itsehoitotoimintaa, joka korreloi merkittävästi kohonneen fyysisen aktiivisuuden kanssa.	Puhelinjärjestelmä koetaan hyödylliseksi korkean verenpaineen omahoidossa ja tulevaisuudessa se on tärkeä työkalu.	MyHeart oli toteuttamiskelpoinen ja hyväksyttävä nuorien aikuisten kontrolloimattoman korkean verenpaineen hoidossa.

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

<b>TUTKIMUS (tekijä, vuosi, maa)</b>	Ulrika Bengtsson ym. 2018 Ruotsi	Hayden B. Bosworth ym. 2009 Yhdysvallat	Eva Drevenhorn ym. 2014 Ruotsi	Charles Taft ym. 2017 Ruotsi	Anthony D. Heymann ym. 2011 Israel
<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS</b>	Potilaiden panostukset verenpaineen omahoitoon puhelinpohjaisen omahoitoa tukevan järjestelmän käytön aikana.	Väliintulon arviointi, verenpainekontrolin parantamisessa.	Sairaanhoidtajien koulutus Motivoivasta haastattelusta ja sen vaikutus verenpainepotilaiden tyytyväisyyteen lääkitykseen liittyvästä informaatiosta.	Potilaiden verenpaineen itsearviointi ja lääkkeiden saannin, hyvinvoinnin, stressin, fyysisen aktiivisuuden ja oireiden samanaikainen seuranta.	Verenpainepotilaiden elämäntapasuosituksien noudattamiseen liittyvät tekijät.
<b>TUTKIMUSMETODELLÄ</b>	8 viikon interventiotutkimus.	Satunnaistettu valvottu tutkimus	Havainnointitutkimus	Kohorttitutkimus	Haastattelututkimus (puhelimitse)
<b>TUTKIMUSJOUKKO</b>	Potilaat n=50 terveydenhuollon ammattilaiset n=7	319 aikuista potilasta.	Interventio-ryhmä potilaat n=137 hoitajat n=19 kontrolliryhmä potilaat n=51 hoitajat n=16	50 potilasta	1369 osallistujaa
<b>KESKEISET TUTKIMUSTULOKSET</b>	Puhelinjärjestelmä tukee potilaiden osallistumista neuvotteluihin, potilaskeskeisellä lähestymistavalla korkean verenpaineen perushoidossa.	Väliintulo on helppo toteuttaa ja se parantaa verenpaineen kontrollia.	Motivoiva haastattelu koettiin hyväksi ohjausmenetelmäksi.	Potilaat oppivat, mitkä tekijät vaikuttavat verenpaineeseen.	Lääkärien neuvontataidoissa on parannettavaa, jotta potilaiden hoitoon sitoutuminen parantuu.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Motivoiva haastattelu

Kaksi tutkimusta käsitteli motivoivaa haastattelua ohjausmenetelmänä. Motivoivan haastattelun tarkoituksena oli potilaskeskeisyyden lisääminen hoidossa. Molemmissa tutkimuksissa hoitajat olivat saaneet kolmipäiväisen koulutuksen motivoivasta haastattelusta. (Drevenhorn ym. 2014, 2015.)

Motivoivan haastattelun rakenne oli tutkimuksissa samanlainen. Siinä käytettiin avoimia kysymyksiä ja asiaa tarkentavia kysymyksiä. Asiat toistettiin ja näin varmistettiin asian oikein ymmärtäminen. Potilas johdateltiin puhumaan muutoksesta itse ja keskustelussa pidettiin taukoja. Potilaan pelot/ ongelmat muutokseen liittyen kysyttiin suoraan ja varmistettiin potilaan aiemman tietämyksen oikeellisuus. Potilas johdateltiin pohtimaan eri mahdollisuuksia muutoksessa sekä sen etuja ja haittoja. Muutoksen syistä neuvoteltiin ja siitä, miten päästä alkuun siinä. Asetettiin yhteinen tavoite ja sovittiin siitä, mitkä ovat tärkeimpiä muutoksia. Lopuksi potilaalle tiivistettiin koko neuvonta. (Drevenhorn ym. 2014, 2015.)

Tutkimuksessa selvitettiin verenpainepotilaiden omahoidon muutoksia sairaanhoitajien koulutuksen jälkeen (Drevenhorn ym. 2015). Toisessa tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien koulutuksen vaikutuksia verenpainepotilaiden tyytyväisyyteen heidän lääkityksestään ja siihen liittyvästä tiedosta (Drevenhorn ym. 2014). Molemmissa tutkimuksissa motivoiva haastattelu todettiin omahoitoa tukevaksi ohjausmenetelmäksi. Se lisäsi potilaiden tietoa ja tuki heidän omahoitoaan, joka näkyi selvästi tuloksissa. (Drevenhorn ym. 2014, 2015.)

Potilaat panostivat selvästi enemmän omahoitoon, joka näkyi esimerkiksi lisääntyneenä liikunnan harrastamisena (Drevenhorn ym. 2015). Potilaat tulivat varmemmiksi ja itsenäisemmiksi lääkehoidon suhteen eli he toteuttivat enemmän omahoitoa (Drevenhorn ym. 2014).

Motivoivaa haastattelua suositeltiin käytettäväksi, jos halutaan tukea potilaiden omahoitoa tai motivoida heitä kohti itsenäisempää hoitokäyttäytymistä. Sen myös todettiin lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Drevenhorn ym. 2014,2015.)

## 6.2 Puhelinneuvonta

Tutkimus käsitteli MyHEART –puhelinpohjaisen väliintulon toteutettavuutta. Tutkimus tehtiin ei-satunnaistettuna kannattavuusselvityksenä ilman kontrolliryhmää. Kohderyhmänä 18-39 –vuotiaat, joilla on kontrolloimaton korkea verenpaine. Osallistujat identifioitiin terveydenhuollon sähköisestä terveystietojärjestelmästä. MyHEART käsitti puhelinpohjaisen elämäntapamuutoksiin tähtäävän terveystietojärjestelmän itsehallinnon väliintulon kohderyhmälle. Terveystietojärjestelmä oli terveydenhuollon järjestelmän työntekijä, jolla oli perustiedot sähköisestä terveystietojärjestelmästä. Terveystietojärjestelmä oli ennen tutkimuksen toteuttamista saanut koulutusta valmennuksesta ja käyttäytymisteorioista. (Johnson ym. 2016.)

Tutkimuksen aikana osanottajat saivat perushoitoa kontrolloimattomaan hypertensioon heidän omalta terveydenhuollon palvelujen tarjoajalta. Osanottajat saivat puhelinneuvontaa terveystietojärjestelmältä säännöllisesti, yhteensä kuusi kertaa tutkimuksen aikana. Puhelinneuvonta sisälsi osanottajien kotiverenpainemittausten tuloksien tarkastelua sekä keskustelua mahdollisista esteistä kotiverenpainemittaukselle. Terveystietojärjestelmä lisäsi myös osanottajien tietoisuutta korkeasta verenpaineesta ja sen itsehallinnosta. Osanottajilla oli mahdollisuus saada tiedotteita MyHEART –sovelluksesta, jotta he voisivat itsenäisesti vahvistaa keskusteltuja aiheita. Valmentajan tavoitteena oli kolmen kuukauden aikana auttaa osanottajia vahvistamaan heidän itsehallintonsa taitoja. Kaikki puhelut dokumentoitiin valmentajan toimesta sähköiseen terveystietojärjestelmään. (Johnson ym. 2016.)

Tutkimukseen osallistui 9 värvättyä osanottajaa, 19 oikeutettua osanottajaa (47%). 9:stä 8 osanottajaa (89%) ylläpiti kommunikaatiota terveystietojärjestelmän kanssa ensimmäisen puhelinneuvonnan jälkeen. 4 osanottajaa (44%) tarkasti verenpaineensa muualla kuin kotona vähintään kerran viikossa, kodin ollessa kuitenkin tavanomaisin paikka verenpaineen mittaukselle. (Johnson ym. 2016.)

Osanottajat ovat raportoineet terveystietojärjestelmän puhelinneuvonnan auttaneen verenpaineen alenemiseen, vastuullisuuden lisääntymiseen sairauden hoidossa sekä motivoitumaan kontrolloimattoman korkean verenpaineen hoitoon saatuaan tärkeää tietoa sairaudestaan. Kotiverenpainemittaukset kasvoivat 11%:sta 44%:iin terveystietojärjestelmän puhelinneuvonnan jälkeen. (Johnson ym. 2016.)

Tutkimus osoitti, että MyHEART –puhelinpohjainen ohjausmenetelmä oli toteutettavissa terveydenhuoltojärjestelmän kautta ja sen avulla pystyi onnistuneesti värväämään vaikeasti tavoiteltavina pidettyjä nuoria aikuisia mukaan. Sovelluksen kautta terveysvalmentajat pystyivät tehokkaasti ylläpitämään jatkuvaa kommunikaatiota ja viestintää osanottajien kanssa sekä lisäämään nuorten aikuisten sitoutumista kotiverenpainemittaukseen. Osanottajat kokivat sovelluksen ja väliintulon mieluisena. Tulosten perusteella tehdyissä havainnoissa ilmeni, että nuorille aikuisille, joilla on kontrolloimaton hypertensio, tulee lisätä verenpaineen seurantaa sekä edistää viestintää heidän terveydenhuollon tiiminsä kanssa. (Johnson ym. 2016.)

Bosworth ym. (2009) käsitelivät tutkimuksessaan räätälöidyn ja kasvatuksellisen väliintulon vaikutusta korkean verenpaineen kontrollin saavuttamiseen. Väliintulon suoritti sairaanhoitaja, joka oli saanut koulutusta ennen tutkimuksen aloittamista. Osanottajat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Väliintuloryhmä, jossa sairaanhoitaja veti käyttäytymisväliintuloa sekä kontrolliryhmä, joka sai tutkimuksen ajan perushoitoa.

Osanottajat saivat räätälöityä puhelinneuvontaa joka toinen kuukausi kahden vuoden ajan. Heille teetettiin kysely korkeaan verenpaineeseen liittyen ja tulosten perusteella arvioitiin heidän tietotasonsa sekä minkälaista informaatiota halutaan antaa lisää. Yli puolella tutkimuksen osanottajista oli riittämätön tietotaso korkeasta verenpaineesta. Puhelinneuvonta sisälsi yleistä sekä osanottajalle yksilöllisesti räätälöityä tietoa korkeasta verenpaineesta ja sen hallinnasta osanottajan yksilöllisen tarpeen mukaan. Jokaisella neuvontakerralla oli erilainen aihe, esimerkiksi ruokavalio tai paino. Osanottajien motivaatiota ja sitoutumista hoitoon sekä korkeaan verenpaineeseen liittyvän terveystietämisen muutoksia lisäsi sairaanhoitajan käyttämä selkokieli ja kannustava ote neuvonnassa sekä vain muutaman keskeisen pääkohdan painottaminen yhdellä neuvontakerralla. Osanottajien itse raportoiman tiedon perusteella lääkehoitoon sitoutuminen lisääntyi, merkittävämpi parannus tapahtui osanottajilla, jotka olivat kuuluneet väliintuloryhmään verrattuna kontrolliryhmään. (Bosworth ym. 2009.)

### 6.3 Matkapuhelinpohjainen omahoidon tukijärjestelmä

Kolme tutkimusta käsitteli matkapuhelinpohjaista omahoidon tukijärjestelmää. Yksi tutkimuksista käsitteli järjestelmän kehittämistä ja näkökulmia siihen. Kahdessa tutkimuksessa käsiteltiin järjestelmän käyttöä ja sen vaikutuksia potilaiden omahoitoon. (Bengtsson ym. 2014, 2018; Taft ym. 2017.)

Matkapuhelinpohjainen omahoidon tukijärjestelmä todettiin tärkeäksi ohjausmenetelmäksi erityisesti tulevaisuudessa, koska terveydenhuolto painottuu yhä enemmän omahoitoon ja potilaskeskeisyyteen. Potilaat haluavat ymmärtää verenpainettaan ja sen oireita omassa elämäntavassaan. Kun potilaat ymmärtävät verenpainettaan paremmin, he pystyvät hoitamaan sitä itsenäisemmin. Tukijärjestelmän avulla saavutetaan potilaskeskeisempää hoitoa. (Bengtsson ym. 2014.)

Potilaat käyttivät omahoidon tukijärjestelmää, joka koostui neljästä osasta. Se sisälsi kysymyksiä voinnista, elämäntavasta, oireista ja lääkityksestä sekä sivuvaikutuksista. Se ohjasi päivittäisiin verenpaineen mittauksiin. Järjestelmä lähetti myös motivoivia viestejä, jotka kannustivat potilaita elämäntapamuutoksissa. Lisäksi järjestelmän kautta näki verenpainearvot ja vastaamiinsa kysymyksiin liittyen tulokset ja koosteen, jota terveydenhuollon ammattilainen pystyi hyödyntämään yhdessä potilaan kanssa. (Taft ym. 2017; Bengtsson ym. 2018.)

Tutkimuksissa havaittiin, että omahoidon tukijärjestelmä tuki potilaita aktiivisempaan osallistumiseen ja lisäsi mielenkiintoa omahoitoon (Taft ym. 2017; Bengtsson ym. 2018). Ohjaustilanteet muuttuivat potilaslähtöisemmiksi, koska potilaat osasivat seurata verenpainettaan paremmin ja osasivat esittää kysymyksiä liittyen juuri omaan tilanteeseensa. Järjestelmä tuki sitoutumista omahoitoon, koska sen avulla potilaiden mielenkiinto ja tietämys sairaudestaan parani. (Bengtsson ym. 2018.)

Omahoidon tukijärjestelmän avulla potilaat oppivat huomaamaan, mitkä tekijät vaikuttivat verenpaineeseen. Potilaat huomasivat, että oireet joiden he luulivat aiemmin liittyvän verenpaineeseen eivät olleetkaan siihen liittyviä. Lääkkeidenoton, liikunnan harrastamisen, stressin ja hyvinvoinnin vaikutukset pystyi näkemään samana päivänä verenpaineessa eli niillä oli siihen suuri vaikutus. Tukijärjestelmän avulla potilaat pystyivät siis näkemään mitkä asiat vaikuttivat verenpaineeseen eli heidän tietämyksensä sen suhteen lisääntyi. Parempi tietoisuus taas lisäsi sitoutumista omahoitoon. (Taft ym. 2017.)

## 6.4 Elämäntapaneuvonta

Kolmessa tutkimuksessa, Booth ym. (2010), Heymann ym. (2011) & Katsarou ym. (2013) perehtyivät tutkimuksissaan korkeaa verenpainetta sairastavien elämäntapaneuvontaan, keskittyen ruokavalioneuvontaan.

Katsarou ym. (2013) perehtyivät stressin hallintaan ja ruokavalioneuvontaan korkeaa verenpainetta sairastavilla potilailla. Ruokavalioneuvonta sisälsi informaatiota suolan vaikutuksista korkeaan verenpaineeseen ja neuvoja suolan käytön vähentämiseen. Osanottajat saivat myös koulutusta stressin hallintaan (rentoutumisharjoituksia, palleahengitystä, ongelmanratkaisutekniikoita), jonka avulla kontrolloida verenpainetta itsenäisesti. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta Välimeren ruokavalioneuvonnan ja stressinhallintatekniikoiden, kuten rentoutumisharjoitusten ja ongelmanratkaisutekniikoiden, olevan hyödyllisiä verenpaineen alentamiseen. Kyseisiä väliintuloja voitaisiin käyttää täydentämään hoitoa lääkehoidon ohessa tai korkeaa verenpainetta ennaltaehkäisevinä toimenpiteinä. Tutkimuksen aikana verenpaine ja koettu stressi vähenivät huomattavasti ja Välimeren ruokavalion noudattaminen lisääntyi merkittävästi.

Booth ym. (2010) raportoivat yleislääkäreiden tarjoamasta elämäntapaneuvonnasta vastaanoton yhteydessä. Kolmasosa korkeasta verenpaineesta raportoineet ilmoittivat saaneensa yleislääkäriltä neuvoja vähentää suolan käyttöä. Osanottajat, joilla on korkea verenpaine sekä lääkitys siihen, todennäköisemmin muistivat saaneensa neuvontaa suolan käytön ja suolaisten ruokien vähentämiseen, kuin henkilöt, joilla on lääkkeetön hoito korkeaan verenpaineeseen. Ylipainoiset korkeaa verenpainetta sairastavat osanottajat ilmoittivat todennäköisemmin saaneensa elämäntapaneuvoja ja neuvoja vähentää suolan käyttöä kuin ylipainoiset henkilöt ilman korkeaa verenpainetta.

Heymann ym. (2011) tutkivat tekijöitä, jotka liittyvät hypertensiivisten potilaiden suosituksen mukaisiin elämäntapoihin. Verenpainetautisista potilaista noin puolet raportoivat harastaneensa säännöllistä liikuntaa ja noudattaneensa erikoisruokavaliota alentaakseen korkeaa verenpainetta. Puolet osanottajista raportoivat saaneensa neuvoja tupakoinnin lopettamiseen sekä ruokavalioon, kolmasosa fyysiseen liikuntaan. Neljäsosa raportoi vastaanottaneensa verenpaineen itsemittaukseen liittyviä selityksiä ja merkkejä huonontumisesta.



Tuloksien mukaan osanottajat saivat elämäntapaneuvontaa, jos heillä oli useita riskitekijöitä. Tuloksista voidaan myös todeta, että vain pieni osa verenpainepotilaista saa neuvontaa, joka voisi merkittävästi lisätä verenpaineen kontrollia. (Booth ym. 2010.) Potilaiden usko verenpaineen hallintaan, tietämys korkeasta verenpaineesta ja sen hallinnasta sekä terveellisempään elämäntapaan että itsehoitoon ohjaava lääkäri lisäävät potilaissa itsenäisyyttä noudattaa suositeltuja elämäntapoja. Osanottajat kokivat, että terveellisten elämäntapojen ylläpitoon vaikuttivat lääkärin vastaanottoneuvonta elämäntavoista ja informoiminen korkean verenpaineen omahoidosta ja itsehallinnasta. (Heymann ym. 2011.)

Tulevaisuutta ajatellen ja neuvontaa kehittäen yleislääkäreille pitäisi varata enemmän aika vastaanottokäynnin yhteyteen, jotta olisi mahdollisuus perehtyä asiakkaan neuvontaan. Myös tehokkaiden elämäntavan väliintulojen kehittäminen, yleislääkäreiden rohkaiseminen elämäntapaneuvontaan ja neuvontataitojen kehittäminen ovat jatkossa tärkeää neuvonnan ja potilaiden omahoidon kehittymisen kannalta. (Booth ym. 2010.; Heymann ym. 2011.)

Tulevaisuudessa yksi suurimmista haasteista on löytää strategioita, jotka ovat tehokkaita ja niillä pystytään vakuuttamaan ja auttamaan kroonisesti sairaita potilaita, tekemään muutoksia elämäntapoihin ja olemaan aktiivisesti mukana hoidossa. Omahoidon kannalta on tärkeää ymmärtää jokaisen potilaan motivaatioon vaikuttavia tekijöitä, mikä potilasta motivoi ja saada potilas motivoituneeksi, jotta hän pystyy tekemään muutoksia elämäntapoihin. Tulevaisuudessa esimerkiksi potilaskeskeisten työpajojen järjestäminen voisi parantaa potilaiden motivaatiota, lisätä heidän tietämystä korkeasta verenpaineesta ja kannustaa aktiivisempaan omahoitoon. (Heymann ym. 2011.)

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyyden kannalta perehdyttiin Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin ja noudatettiin niitä omaan opinnäytetyöhön soveltuvilta osin. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen tehtiin opinnäytetyösopimus. Siinä sovittiin keskeiset asiat, joita noudatettiin koko prosessin ajan. Tällöin välttyttiin siltä, että olisi syntynyt ristiriita toimeksiantajan eli Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Huomioitiin oikeus ohjaukseen opinnäytetyön teon aikana eli hyödynnettiin opettajan asiantuntemusta ja käytettiin ohjausajat hyödyksi. (Kettunen ym. 2017.)

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä eli toimittiin rehellisesti, avoimesti, huolellisesti ja arvostettiin muiden tutkimustyötä. Lisäksi prosessi eteni suunnitelman mukaisesti. Tekijänoikeuksia noudattaen mainitaan käytettyjen aineistojen tekijät ja muut lähdetiedot asianmukaisesti. (Kettunen ym. 2017; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Opinnäytetyö tarkistettiin plagiointitunnistusohjelmassa ennen sen julkaisua. Avoimen tieteen ja tutkimuksen periaatteen mukaisesti opinnäytetyö tulee nähtäväksi kaikille avoimeen Theseus -tietokantaan. (Kettunen ym.2017.)

Luotettavuutta tarkasteltiin eri tavoin. Tarkastelu aloitettiin siitä, löytyikö tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tutkimuskysymyksiin pystyttiin vastamaan, joten työ on luotettava siltä kannalta. Tiedonhaku ja aineiston valinta on kuvattu tarkasti, niin että se on periaatteessa mahdollista toistaa. Työn luotettavuutta lisää se, että aineisto käsiteltiin yhdessä tätä opinnäytetyötä tekevien kesken. (Stolt ym. 2015, 94.)

Valittuja tutkimuksia tarkasteltiin kriittisesti ja ne on esitetty taulukossa 1. Niiden valinnassa noudatettiin mukaanotto- ja poissulkukriteerejä. Luotettavuutta parantaa valittujen aineistojen arviointi (Stolt ym. 2015, 30; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa pyrittiin huolellisuuteen ja tarkkaan työskentelyyn. Lähdekritiikki muistettiin koko prosessin ajan.

## 8 POHDINTAA

Motivoiva haastattelu todettiin omahoitoa tukevaksi ohjausmenetelmäksi. Se lisäsi potilaiden tietoa ja tuki omahoidon toteuttamista sekä lisäsi tyytyväisyyttä hoitoon (Drevenhorn ym. 2014, 2015). Matkapuhelinpohjainen omahoidon tukijärjestelmä todettiin omahoitoa tukevaksi ohjausmenetelmäksi, erityisesti tulevaisuudessa. Se tuki potilaita aktiivisempaan osallistumiseen sekä lisäsi mielenkiintoa ja sitoutumista omahoitoon. (Taft ym. 2017; Bengtsson ym.2018.) Puhelinjärjestelmän etuna on yhdenmukainen sisältö kaikille potilaille, helppo saatavuus ja käyttö sekä hoitoajan säästyminen. Rajoitteena pidetään sitä, että sisältö on kaikille sama, sitä ei voi muokata yksilöllisesti. (Kyn-gäs ym. 2007, 122-123.) Tulevaisuudessa ne ovat varmasti isommassa roolissa hoitotyössä, mutta se vaatii vielä kehitystä järjestelmissä ja niiden sisällöissä.

Puhelin- ja elämäntapaneuvonnan ohjausmenetelminä on todettu tukevan korkeaa verenpainetta sairastavien potilaiden omahoitoa, siihen motivoitumista ja sitoutumista. Myös korkean verenpaineen itsekontrolli on parantunut. Puhelinneuvonta on osanottajien keskuudessa koettu mieluisaksi menetelmäksi. Verenpaineen kontrolli on selvästi parantunut, kun ohjausmenetelminä on käytetty puhelin- tai elämäntapaneuvontaa. Myös potilaiden tietämys korkeasta verenpaineesta ja sen kontrolloinnista on lisääntynyt. (Bosworth ym. 2009; Johnson ym. 2016.)

Ohjausmenetelmiä on useita ja on tärkeää käyttää useampia menetelmiä, jotta ohjaustulos on paras mahdollinen (Kyn-gäs ym.2007, 73). Kaikissa tutkimuksissa käsiteltiin lähinnä yhtä ohjausmenetelmää ja sen käyttöä. Tietoa siitä, miten useamman ohjausmenetelmän käyttö vaikuttaisi ei siis tule ilmi tässä opinnäytetyössä. Teoriaosuudessa on kirjoitettu ryhmäohjauksesta ohjausmenetelmänä, mutta siitä ei löytynyt tutkimustietoa, joten sitä ei ole käsitelty sen enempää. Hyvin vähäisen tutkimustiedon vuoksi ryhmäohjausta verenpainepotilaiden ohjausmenetelmänä olisi hyvä tutkia enemmän.

Potilasneuvontaa kehittääkseen pitäisi lääkärin vastaanottokäyntien yhteyteen varata enemmän aikaa, jotta neuvontaan voitaisiin panostaa entistä enemmän. Lääkäreiden rohkaiseminen potilaan neuvontaan ja neuvontataitojen kehittäminen ovat tärkeitä potilasneuvonnan ja potilaan omahoidon onnistumisen kannalta. (Booth ym. 2010; Heymann ym. 2011.)

Tulevaisuudessa suuri haaste on löytää tehokkaita strategioita, jotka vakuuttavat ja auttavat kroonisesti sairaita potilaita ja, jotka edistävät tekemään muutoksia elämäntapoihin ja olemaan aktiivisesti mukana hoidossa. Omahoidon ja elämäntapamuutosten kannalta on tärkeää ymmärtää mikä motivoi potilasta ja mitkä tekijät vaikuttavat potilaan motivaatioon. Esimerkiksi potilaskeskeisten työpajojen järjestäminen voisi lisätä potilaiden motivaatiota ja tietämystä korkeasta verenpaineesta sekä kannustaa aktiivisempaan omahoitoon. (Heymann ym. 2011.)

Vaikka muutaman päivän koulutus motivoivasta haastattelusta paransi ohjaustuloksia, se ei pelkästään riitä. Hyvä ohjausosaaminen vaatii useampien vuosien kokemusta sekä jatkokoulutusta, jotta ohjaustaitoja pystyy ylläpitämään ja hyödyntämään. (Drevenhorn ym. 2015.) Hoitajille on tärkeää tarjota koulutusta säännöllisesti ja tukea ohjausosaamista.

Hoitajat ja lääkärit eivät välttämättä ole niin tietoisia, kuinka suuri vaikutus ohjauksella voi olla potilaan hoitoon sitoutumiseen ja omahoidon toteuttamiseen. Terveystieteiden ammattilaisten ohjausosaaminen on tärkeä asia, jotta potilas saa laadukasta ja juuri hänelle suunnattua ohjausta. Yhä tärkeämpää on kiinnittää huomiota ammattilaisten osaamiseen ja sitä kautta vahvistaa oikeiden potilasta tukevien ohjausmenetelmien käyttöä. Jo hoitotyön koulutuksessa voitaisiin opettaa ohjausmenetelmien käyttöä ja kiinnittää niihin enemmän huomiota.

Tarkoituksena oli selvittää verenpainepotilaan omahoitoa tukevia ohjausmenetelmiä ja niiden vaikutuksia omahoitoon. Omahoitoa tukevat ohjausmenetelmät tuodaan esiin ja niiden vaikutukset omahoitoon ovat selvät. Eli verenpainepotilaan ohjauksessa voidaan käyttää menetelmiä, jotka selvästi tukevat omahoitoa ja ovat potilaalle hyödyksi.

Tutkittua tietoa aiheesta löytyi ja tutkimuskysymyksiin pystyttiin vastaamaan. Työnteko olisi ollut helpompaa, jos tutkimustietoa olisi ollut aiheesta enemmän. Tiedonhakuja tehdessä huomattiin, että tutkimustietoa oli melko suppeasti saatavilla ja se vaikeutti prosessia. Lisäksi joitakin potentiaalisia tutkimuksia ei ollut saatavilla koko tekstinä, joten ne poissulkeutuivat. Kaikki valitut tutkimukset olivat englannin kielisiä eli tutkimustieto oli kansainvälistä, mutta se osaltaan hidasti kirjoittamista.

## LÄHTEET

Bengtsson, U.; Kasperowski, D.; Ring, L. & Kjellgren, K. 2014. Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 1: Patient and professional perspectives. Göteborgin yliopisto. Viitattu 2.5.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196574/>

Bengtsson, U.; Kjellgren, K.; Hallberg, I.; Lundin, M. & Mäkitalo, Å. 2018. Patient contributions during primary care consultations for hypertension after self-reporting via a mobile phone self-management support system. GPCC. Viitattu 2.5.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901443/>

Booth, A. & Nowson, C. 2010. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their general practitioner. BMC Family Practice. Viitattu 3.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831841/>

Bosworth, H.; Olsen, M.; Neary, A.; Orr, M.; Grubber, J.; Svetkey, L.; Adams, M. & Oddone, E. 2009. Take control of your blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. NIH National Institutes of health. Viitattu 13.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276731/>

Diabetestalo.fi. 2019. Kohonneen verenpaineen elintapaohito. Terveyskylä.fi. Viitattu 3.4.2019 <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/omahoito/verenpaineen-omahoito/kohonneen-verenpaineen-elintapaohito>

Drevenhorn, E.; Bengtson, A.; Nyberg, P. & Kjellgren, K. 2014. Effects on hypertensive patients satisfaction with information about their medication after nurses' consultation training. Linköpingin yliopisto. Viitattu 2.5.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045019/>

Drevenhorn, E.; Bengtson, A.; Nyberg, P. & Kjellgren, K. 2015. Assessment of hypertensive patients self-care agency after counseling training of nurses. Linköpingin yliopisto. Viitattu 2.5.2019 <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:876586/FULLTEXT01.pdf>

Eloranta, T. & Virkki S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heymann, A.; Gross, R.; Tabenkin, H.; Porter, B. & Porath, A. 2011. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. IMAJ. Viitattu 3.5.2019. <https://www.ima.org.il/Medicine/IMAJ/viewarticle.aspx?year=2011&month=09&page=553>

Johnson, H.; LaMantia, J.; Warner, R.; Pandhi, N.; Bartels, C.; Smith, M. & Lauver, D. 2016. MyHEART: A non randomized feasibility study of a young adult hypertension intervention. HHS. Viitattu 3.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5300088/>

Jula, A.; Koivisto, P.; Olkinuora, J.; Rajala, A.; Romo, M. & Vuori, I. 1997. Verenpaine kuriin. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Järvinen M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 12.5.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

Kaakinen P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Viitattu 12.5.2019 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>

Katsarou, A.; Vryonis, M.; Protogerou, A.; Alexopoulos, E.; Achimastos, A.; Papadogiannis, D.; Chrousos, G. & Darviri, C. 2013. Cambridge University Press. Viitattu 3.5.2019. <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/stress-management-and-dietary-counseling-in-hypertensive-patients-a-pilot-study-of-additional-effect/26912158E862FAAAEEEEADBFDCBD0E904/core-reader>

- Kettunen, J.; Kärki, A.; Näreaho S. & Päälyysaho S. 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene Ry. Viitattu 2.5.2019 [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222)
- Käypä hoito -suositus, 2014. Kohonnut verenpaine. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04010#s12>
- Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Viitattu 12.5.2019 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>
- Kyngäs, H.& Hentinen M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Mustajoki, P. 2018. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 3.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00034](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034)
- Mäkijärvi, M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Nikkilä, M. 2018. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Viitattu 3.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00096?search=kohonnut%20verenpaine>
- Rautava-Nurmi, H.; Westergård, A.; Henttonen, T.; Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.
- Sydänliitto. 2019. Verenpaineen mittaaminen. Viitattu 2.5.2019 <https://sydan.fi/fact/verenpaineen-omaseuranta/>
- Taft, C.; Hallberg, I.; Bengtsson, U.; Manhem, K. & Kjellgren K. 2017. Links between blood pressure and medication intake, well-being, stress, physical activity and symptoms reported via a mobile phone-based self-management support system: a cohort study in primary care. BMJ Open. Viitattu 2.5.2019 <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e020849>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 15.5.2019 <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- VSSHP, 2018. Verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinti. Potilasohje. Viitattu 3.4.2019. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Verenpaineen%20pitkäaikaisrekisteröinti.pdf>