



# Työikäisten miesten verenpaineen seuranta

Karoliina Koskinen & Satu Juha

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Työikäisten miesten verenpaineen seuranta

Karoliina Koskinen, Satu Juha  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2020



Karoliina Koskinen, Satu Juha

**Työikäisten miesten verenpaineen seuranta**

Vuosi

2020

Sivumäärä

47

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työikäisten miesten verenpaineen seuranta. Tavoitteena oli tuottaa hoitotyöhön tietoa työikäisten miesten ohjaukseen liittyen kohonneeseen verenpaineeseen aivotapahtumien ennaltaehkäisyssä. Opinnäytetyön yhteistyökumppani oli Aivoliitto. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: ”Millä tavoin työikäiset miehet tarkkailevat verenpainettaan?” ja ”kuinka usein työikäiset miehet mittaavat omatoimisesti verenpainetta?”

Suomessa vähintään joka toisella aikuisella on kohonnut verenpaine. Jos yksilön verenpaine on 140/90 mmHg, on hänen verenpaineensa jo lievästi kohonnut alarajalla. Jo lievästi kohonnut verenpaine lisää sydäninfarktin ja aivohalvauksen riskiä kaksi- tai jopa kolminkertaiseksi.

Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Aineiston keruu tehtiin sähköisellä kyselyllä ja kyselyssä käytettiin suljettuja kysymyksiä. Kysely lähetettiin Aivoliiton yhteyshenkilölle, jolta kyselylinkki lähti levitykseen sosiaalisessa mediassa ja Aivoliiton verkkosivuilla. Kysely avattiin 84 kertaa ja kyselyyn vastasi 55 henkilöä, joten vastausprosentti on 65,5%.

Suurimmalla osalla kyselyyn vastaajista ei ollut kohonnutta verenpainetta. Vastaajista suurimmalla osalla ei ole kuitenkaan säännöllisiä kontroleja verenpaineeseen liittyen. 35 % vastaajista mittaa itse verenpainettaan. Vastaajista enemmistö n. 67 % mittaa verenpainettaan harvemmin kuin kuukausittain.

Jatkossa voitaisiin saada enemmän ja kattavasti tietoa työikäisten miesten verenpaineen seurannasta, jos tekisi valtakunnallisen virallisen tutkimuksen koskien työikäisten miesten verenpainetta. Työikäisten miesten verenpainetta olisi hyvä seurata säännöllisesti esimerkiksi työterveyshuollon kautta. Myös verenpaineen itsemittauspisteitä voisi olla enemmän erilaisissa paikoissa.

asiasanat: työikäiset miehet, verenpaine, seuranta, työelämä

The purpose of the Bachelor's thesis was to describe the monitoring of blood pressure on men of working age. The aim was to provide information for nursing work for the guidance of working-age men in connection with elevated blood pressure in the prevention of brain conditions. The partner of the thesis was the Brain Association. The study questions in the thesis were: "How do working-age men monitor their blood pressure?" and "how often do working-age men measure blood pressure on their own?"

In Finland, at least one of two adults have high blood pressure. If an individual's blood pressure is 140/90 mmHg, his or her blood pressure is already at a slightly elevated lower limit. Even a mildly high blood pressure doubles or even triples the risk of heart attack and stroke.

The research method was quantitative. The data were collected by electronic survey and closed-ended questions were used in the survey. The questionnaire was sent to the contact person of the Brain Association, from whom the link to the questionnaire was shared on social media and on the partner's website. The survey was opened 84 times and 55 people answered the survey, so the response rate was 65.5%.

The majority of the respondents did not have a high blood pressure. However, the majority of the respondents do not have regular blood pressure controls. 35% of respondents measure their own blood pressure. The majority of the respondents, approximately 67%, measure their blood pressure less frequently than monthly.

In the future, more and comprehensive information of the monitoring of blood pressure on working-age men could be obtained by conducting a nationwide official study on blood pressure of working-age men. It is a good idea to monitor the blood pressure of men of working age regularly, for example through occupational health care. There could also be more self-measurement points for blood pressure in different places.

keywords: men of working age, blood pressure, monitoring, working life

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Työkäinen väestö ja työelämä .....	8
2.1	Työkäinen väestö .....	8
2.2	Työelämä ja sen haasteet.....	8
2.3	Työkäisten miesten verenpaine .....	12
3	Verenpaine ja kohonnut verenpaine.....	13
3.1	Sydämen toiminta ja verenpaine .....	13
3.2	Kohonnut verenpaine .....	14
3.3	Verenpaineen mittaaminen .....	16
3.4	Verenpaineen mittaaminen automaattimittarilla .....	16
3.5	Verenpaineen mittaamisen virhelähteet.....	17
4	Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy ja kokonaisvaltainen hoito .....	18
4.1	Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy .....	18
4.2	Lääkehoito .....	19
4.3	Verenpaineen seurannan merkitys.....	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	22
6	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä .....	22
6.1	Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston keruumenetelmä .....	22
6.2	Aineiston analysointi.....	24
7	Tutkimuksen tulokset .....	24
7.1	Vastajamäärät ja vastaamiseen käytetty aika.....	24
7.2	Ikäjakauma .....	25
7.3	Verenpaineen seuranta .....	26
7.4	Kohonnut verenpaine .....	28
7.5	Elämäntavat.....	29
8	Pohdinta .....	30
8.1	Opinnäytetyön tulokset .....	30
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	33
8.3	Kehittämisehdotukset .....	36
	Lähteet.....	37
	Kuviot .....	42
	Liitteet .....	43

## 1 Johdanto

Kohonnut verenpaine on yksi suurimmista terveitä elinvuosia vähentävä riskitekijä. Ihanteellinen verenpaineen taso on alle 120/80 mmHg. Kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvaukseen. Aivohalvauksen riski kohoaa, kun liian korkea verenpaine tukkii valtimoita, jotka toimittavat verta ja happea aivoihin. Se myös vaurioittaa sydäntä kovettamalla valtimoita ja vähentämällä veren sekä hapen pääsyä sydämeen. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015; WHO 2020.)

Verenpainetauti on yleistä Suomessa ja sitä esiintyy kolme kertaa enemmän, kuin esimerkiksi diabetesta. Silti verenpainetaudin hoitoon on kuitenkin kiinnitetty vähemmän huomiota, kuin esimerkiksi diabeteksen hoitoon. Suomessa vähintään joka toisella aikuisella on kohonnut verenpaine. Heistä 75 % (3/4) tiedostaa asian, mutta vain alle 60 % kuuluu hoidon piiriin. Ilman mittausta ei kohonnutta verenpainetta voida löytää. 8-11 %:lla väestöstä on esiintynyt piilevästi kohonnutta verenpainetta. Elinvuosia se vähentää 30-vuotiaalta noin 5 vuotta ja 60-vuotiaalta noin 3,4 vuotta. Monissa tutkimuksissa on nähty yhteys piilevään kohonneeseen verenpaineeseen ylipainon, miessukupuolen, keskivartolohavuuden sekä korkean iän välillä. (Hänninen 2014; Korhonen 2020, 13-15.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppani oli Aivoliitto. Aivoliitto tarjoaa terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja sosiaalihuollon ammattilaisille täydennyskoulutusta, tekee työtä aivoterveiden hyväksi ja edistää aivoverenkiertohäiriöitä sairastaneiden ihmisten terveyttä, sekä arjessa pärjäämistä. Liitto toimii kansainvälisesti edistäen edustamiensa ryhmien oikeuksienvalvontaa ja lisäksi Aivoliitolta tulee paljon erilaista viestintämateriaalia, kuten Aivoterveys-lehti. (Aivoliitto 2019.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työikäisten miesten verenpaineen seuranta. Tavoitteena oli tuottaa hoitotyöhön tietoa työikäisten miesten ohjaukseen liittyen kohonneeseen verenpaineeseen aivotapahtumien ennaltaehkäisyssä.

## 2 Työikäinen väestö ja työelämä

### 2.1 Työikäinen väestö

Suomen virallinen tilasto luokittelee työikäiseen väestöön kuuluvaksi kaikki 15–74-vuotiaat henkilöt. Työlliseen työvoimaan taas luetaan kaikki 18–74-vuotiaat, jotka ovat olleet edellisen vuoden viimeisellä viikolla ansiotyössä. Ennen vuotta 2017, kertyvän eläkkeen määrä työssäkävijöiden välillä oli porrastettu ikäluokkiin. Vuoden 2017 vaihteen jälkeen eläkkeen karttuminen alkaa jo 17-ikävuodesta lähtien 1,5 prosenttia palkasta. Myös ammatillisen tutkinnon ja korkeakoulututkinnon aikainen opiskelu kerryttää eläkettä, mikäli kyseisestä tutkinnosta valmistuu. (Ilmarinen 2020; Suomen virallinen tilasto 2019.)

Suomessa työllisyysaste miesten ja naisten välillä on jo pidemmän aikaa ollut melkein samalla tasolla. Vuonna 2019 miesten työttömyysaste oli 7,2 % ja naisten 6,2 %. Pitkäaikaistyöttömistä 57 % oli miehiä. Pitkäaikaistyöttömyyden määritelmä täyttyi, kun yksilö oli ollut yhtäjaksoisesti työttömänä yli vuoden. Miesten työttömyys oli yhteydessä suhdannevaihteluun, kun taas naisten alhaisempi työttömyys selittyi naisvaltaisten alojen pienemmästä suhdanneriippuvuudesta. (THL 2020.)

### 2.2 Työelämä ja sen haasteet

Nykyaikana työn sisältö, työn tekemisen tavat ja myös paikat muuttuvat. Osa vanhoista ammateista katoaa ja uusia tulee tilalle. Myös monessa ammatissa työ ja työtehtävät ovat muuttuneet itsenäisemmiksi. Jopa perinteinen työnantajan ja työntekijän välinen suhde on muutoksen partaalla. Jotta tulevaisuudessakin pystyttäisiin vastaamaan työelämän haasteisiin, sekä hyödyntämään sen mahdollisuudet muutoksessa, tarvitaan työelämävalmiuksia. Näitä valmiuksia on mahdollista kasvattaa ja kehittää. Muun muassa inhimilliset voimavarat vaikuttavat myönteisesti työelämävalmiuksiin ja hyvät inhimilliset voimavarat vaikuttavat yksilön muutoskyvykkyyteen. (Hakala 2018.)

Lisähaaste työntekijälle on, että työn ja muun elämän välinen raja saattaa olla häilyvä ja työt kulkeutuvat helposti kotiin. Myös kotitilanteen mahdolliset haasteet vaikuttavat työn tekemiseen joko ajatuksina tai tunteina. Joskus työn ja henkilökohtaisen elämän rajan hämärtyminen ei ole ongelma, mikäli työ ja henkilökohtainen elämä tukevat toisiaan. Aina ei kuitenkaan näin ole, vaan henkilökohtaiseen elämään kulkeutuvat työasiat saattavat aiheuttaa suuria haasteita työntekijän jaksamiselle ja kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Vaikka työajan ja

vapaa-ajan rajojen asettamisen vastuu sysätään usein työntekijälle, on myös organisaatiolla velvollisuutena miettiä sitä, miten se kykenee tukemaan työntekijöitään rajojen asettamisessa ja työssä jaksamisessa. (Tuori & Niemistö 2018.)

Nykyajan työelämää leimaava piirre on kiire ja odotus onkin, että työt pitäisi tehdä aiempaa nopeammin ja tehokkaammin. Vaatimusten ja yksilön omien voimavarojen ollessa epäsuhdassa, aiheuttaa se pitkän ajan kuluessa uupumusta. Voimavarana toimii kouluttautuminen ja yksilön itsensä kehittäminen mutta vaikka koulutusmahdollisuudet Suomessa ovat hyvät, jakautuu niihin pääsyn mahdollisuudet epätasaisesti. Työnantajan kustantamaa koulutusta tarjotaan useammin jo ennestään korkeammin koulutetuille henkilöille, jotka toimivat yrityksessä niin sanottuina avaintyöntekijöinä. Matalamman koulutuksen omaavat siis saavat harvemmin mahdollisuuksia osallistua koulutuksiin, mikä luo työmarkkinoilla epätasapainoa. Loppuun suoritettu korkeakoulututkinto (noin 28 %) tai ylempi korkeakoulututkinto (noin 53 %) on usein yhteydessä johtajasemaan. Korkeasti koulutettuja miehiä oli vuonna 2013 töissä etenkin rakennus ja teollisuuden aloilla, sekä myös rahoitus ja vakuutustoiminnassa, ammattillisten, tieteellisten ja teknisten toimialojen tehtävissä. Etenkin julkisessa hallinnossa, arkkitehtuurin ja insinööripalveluiden, sekä viestinnän ja markkinoinnin alalla oli vuonna 2013 paljon enemmän miehiä töissä kuin naisia. (Toivanen, Yli-Kaitala, Viljanen, Väänänen, Turpeinen, Janhonen & Koskinen 2016.)

Koska uusia ammatteja syntyy ja työelämä muuttuu, tarvitaan myös uudenlaista osaamista. Oppimiskyvyn tukeminen, oppimistapojen ja -tyylien huomioiminen ja ylläpitäminen mahdollistavat elinikäisen oppimisen. Tulevaisuudessa työelämässä korostuvat muun muassa oman osaamisen ja vahvuuksien tunnistamisen taito, itsensä johtaminen, sekä yhteistyötaidot. Myös kyky verkostoitua ja muodostaa sosiaalisia suhteita, on tärkeää. Yksilöiden välillä oleva sosiaalinen pääoma on ratkaiseva tekijä esimerkiksi sairauspoissaolojen esiintyvyyteen. Mikäli työyhteisössä on hyvä sosiaalisen pääoman taso (muun muassa luottamus, yhteiset arvot ja normit), vähentää se masennuksen riskiä ja myös pienentää sairauspoissaolojen määrää. Koska työn tekeminen ja työelämä muuttuu, vaatii se muutosta myös esimiestasolla eli uudenlaista johtamiskulttuuria. Myös vapaus tehdä asioita lisää yksilön omaa vastuuta ja vastuunkantoa. Hyvinvoivassa työyhteisössä johtamistasolla on kiinnitettävä huomiota työyhteisötaitoihin ja kykyyn toimia yhteisen hyvän eteen. (Hakala 2018.)

Tulevaisuuden työkultuurissa myös globalisaatio, digitalisoituminen ja teknologian kehitys aiheuttavat omat haasteensa. Tähän on esitetty ratkaisevaksi tekijäksi henkilöstön lisäkoulutus. Globalisaatio, digitalisoituminen ja teknologinen

kehitys liittyvät paitsi teollisuusyhteiskunnan kehitykseen mutta on myös keskeisessä osassa palveluvaltaisessa tietoyhteiskunnassa. Koulutusmahdollisuuksien tarve kasvaa entisestään nopean teknologisen kehityksen ja nousevan eläköitymisiän vuoksi. Koulutuksissa tulee huomioida maahanmuuton aiheuttamat lisäpaineeet ja kyettävä vastata näihin. Jotta Pohjoismaiden on mahdollista tulevaisuudessakin pitää kiinni omasta asemastaan kansainvälisessä kilpailussa, on koulutuksessa keskityttävä enemmän uusien ratkaisuiden kehittämiseen eikä vanhan mallin toistamiseen. Haasteena onkin saada työn tekoa järkevöitettyä niin, että ei enää niin sanotusti paiskita töitä kovalla tahdilla vaan työskennellään järkevästi. (Nielson 2016.)

Vaikka monikulttuurisuus on nykypäivää ja siitä on monenlaisia hyötyjä työyhteisölle, kuten uudenlainen osaaminen ja näkökulmat, on monikulttuurisuudessa silti myös omat haasteensa. Haasteita ovat muun muassa onko esimiehillä sopivaa osaamista ja työkaluja monikulttuuristen työyhteisöjen johtamiseen. Monikulttuurisessa työpaikassa onkin hyvä olla perehdytysmateriaalia sellaisessa muodossa, että se tukee yksilön erityistarpeita, esimerkiksi kielitaidon osalta. Toki monikulttuurisuus ja yhteisen kielen puuttuminen tai sen heikkous saattaa aiheuttaa työyhteisössä ryhmäjakoa, mihin tulisi puuttua ja mieluummin kannustaa eri kulttuuritaustaa olevien vuorovaikutukseen. (Työterveyslaitos 2020.)

Tasa-arvoasiain neuvottelukunta TANE, myöntää vuosittain Miehen työ nimisen palkinnon joko yksittäiselle henkilölle tai toimivalle taholle, joka aktiivisesti on omalla työllään tai muilla ansioilla edistänyt sukupuolten tasa-arvoa. Vuonna 2019 palkinnon myöntämisessä korostettiin perheen ja työelämän yhteensovittamista ja sen aktiivista edistämistä. Vuonna 2019 Miehen työ - palkinnon sai Isähaaste, joka on saanut alkunsa ajatuksesta, että hyvässä työpaikassa miehen ei oleteta priorisoivan työtä perheen ja perhe-elämän kustannuksella. (Knowit 2019.)

Suomessa molemmat sukupuolet osallistuvat työelämään suunnilleen samalla tavalla mutta markkinat ovat vahvasti segregoituneet eli jakautuneet sukupuolten perusteella. Vielä nykyaikana naiset ja miehet työskentelevät täysin eri aloilla, eri ammateissa ja eri työtehtävissä toisiinsa nähden. Toki muutamia poikkeuksiakin on. Myös palkkaero ja saatavan eläkkeen määrä on merkittävän suuri. Palkkaeroja selitetään usein työn raskaudella, vaativuudella, työkokemuksella ja koulutuksella, mitkä ovat tekosyitä. Suomessa naisten koulutustaso on miesten koulutustasoa korkeampi, mutta silti suurin osa johtotehtävissä olevista henkilöistä on miehiä. Lisäksi miehet saavat naisia useammin vakituisia työsopimuksia, kun taas naiset työskentelevät paljolti määräaikaissä ja osa-

aika työsuhteissa, joiden solmiminen harvemmin on yksilön oma valinta. Koska työmarkkinat ovat segregoituneet eli jakautuneet sukupuolen perusteella, vaikuttaa se myös palkkaeroon. Naiset usein toimivat matalapalkkaisilla aloilla ja kohoavat harvemmin johtotehtäviin, toisin kuin miehet. Naisten ja miesten välinen ero alkaa kehittymään heti työuran alussa, kun saman tutkinnon suorittaneet miehet sijoitetaan jo heti uran alussa vaativampiin työtehtäviin ja tulevaisuuden urakehitys vain korostaa sukupuolten eroja työmarkkinoilla. Vuonna 2018 kaikista palkansaajista esimiestehtävissä oli miehiä 46 % ja naisista 36 %. Tämä noin 10 % ero miesten ja naisten välillä on pysynyt samana jo 1980-luvulta. Miehet toimivat useimmiten liiketoiminnan johdossa ja ovat johtoryhmien jäseniä, naiset taas toimivat enemmän henkilöstöjohtajina ja johtavat muita tukitoimintoja. (Valtioneuvosto 2020; Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2020; Lahermaa 2012.)

Perhe-elämän ja johtajuuden yhdistäminen on miehille helpompaa kuin naisille ja usein johtavassa asemassa oleva mies on naimisissa ja hänellä on enemmän lapsia kuin vastaavasti naisjohtajalla. Johtajana toimivien miesten ja naisten perheellisyydessä onkin todettu olevan selviä eroja. Miesten suurta osuutta johtavissa asemassa olemiselle on selitetty muun muassa pitkällä perinteillä, hitaasti muuttuvilla työnantajakulttuureilla, asenteilla ja koulutusvalinnoilla. Myös perheen ja työn yhdistämisen haastetta on käytetty selityksenä, koska edelleenkin hoivavastuu jää naisen harteille useammin kuin miehen. Myös ammattien sukupuoliperusteinen segregatio näkyy johtavassa asemassa olevan henkilön puolison työssä. Miesjohtajien puoliset työskentelevät usein johto- ja asiantuntijatyössä, sekä toimisto-, palvelu- ja myyntityössä. Johtavassa asemassa olevien naisten puoliset taas työskentelevät usein rakennusalalla, sekä prosessi- ja kuljetustyössä. (Katainen, Keski-Petäjä & Pietiläinen 2015.)

Miehet ry on teettänyt kyselyn siitä, miten miehet kokevat oman sukupuolensa tai miten he kokevat sen vaikuttavan elämään. Miehet muun muassa kokevat, että heihin kohdistuu erilaisia odotuksia, niin fyysisiä kuin psyykkisiä, kuten rohkeus, lihaksikkuus ja itsevarmuus. Miehet myös kokevat suorituspaineita sukupuolestaan, kun oletetaan että mies kykenee kaikkeen ja ottaa vastuun kaikesta. Miehet kokevat, että tunteista ei saa puhua ja herkkyyks on haitaksi. Työelämässä miehet kokevat oman sukupuolensa olevan hyödyksi, heitä kuunnellaan ja otetaan huomioon, heidän ammattitaitoaan ei kyseenalaisteta ja heidät todennäköisemmin palkataan. Paineita luo jokseenkin vanhanaikainen käsitys miehestä perheen elättäjänä, lasten kasvattajana ja isämällinä, sekä käsitys, että menestynyt mies on miehekäs ja menestyvä johtaja. (Miehet ry 2019.)

Amerikan psykologinen yhdistys on todennut tiukasti perinteisen miehen mallin omaamisen olevan miehille haitallinen ja heillä on suurempi riski saada terveys- ja päihdeongelmia, sekä myös itsemurhan riski on suurentunut. Miehillä on suurempi riski sairastua muun muassa sairauksiin kuten, korkea verenpaine, eturauhassyöpä, aivoinfarkti ja muut verenkiertoelimestön sairaudet. Yhdistys on julkaissut teoksen APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men, joka toimii miesten rooliodotuksien ymmärrystä lisäävänä työkaluna. (American Psychological Association 2018.)

Terveystalon teettämän miesten terveystutkimuksen perusteella työ ei ole suomalaismiesten hyvän elämän perusta, vaan työ on suurin negatiivisten tunteiden lähde. Muita negatiivisten tunteiden aiheuttajia ovat elämäntilanne, huono terveydentila, sairaus ja sairastelu, heikko taloudellinen tila, sekä rahahuolet ja -vaikeudet. Kyselyssä 2/5 vastasi kokeneensa stressiä, uupumusta ja ärtyneisyyttä. Kysely toteutettiin vuonna 2019 ja siihen vastasi 1000 miestä ikäkategoriasta 30-75. (Airisto & Kantonen 2020.)

### 2.3 Työikäisten miesten verenpaine

Maailmanlaajuisesti korkeaa verenpainetta on yhdellä neljästä miehestä (1/4). Kaksi kolmasosaa (2/3) tapauksista havaitaan matalan ja keskitulotason maissa. Tämä johtuu suurelta osin viime vuosikymmeninä lisääntyneistä riskitekijöistä näiden väestöryhmien kohdalla. Suomalaisista aikuisista noin kaksi (2) miljoonaa sairastaa verenpainetauti eli hypertensiota. Verenpainelääkkeitä käytti ja niistä erityiskorvauksen sai vuonna 2012 noin miljoona suomalaista, joista melkein puolet ei kuitenkaan saavuttanut asetettua verenpainetavoitettaan. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015; WHO 2020; Yli-Mäyry 2014; Käypä hoito 2020.)

Noin puolella suomalaisista työikäisistä miehistä on diagnosoitu kohonnut verenpaine. Silti ainoastaan noin viidennes lääkärin hoidossa olleista potilaista saavuttaa tavoitellun verenpainetason. Monet kokevat verenpainelääkityksen turhana, koska he eivät tunne itseään sairaiksi ja kohonnut verenpaine ei aiheuta oireita. (Yli-Mäyry 2014; Käypä hoito 2020.)

Vuonna 2019 Suomen väkiluku oli 5 521 236 henkilöä. Tästä väestöstä 2 728 000 oli miehiä ja 2 797 000 oli naisia. Naisia siis oli 69 000 enemmän kuin miehiä vuonna 2019. Prosentuaalisesti miehiä oli vuonna 2019 noin 49,42 % koko väestöstä ja naisia noin 50,58 %. Korkeaa verenpainetta mitattiin vuonna 2017 eniten 30 vuotta täyttäneillä miehillä, joiden osuus oli 45 %, kun taas 30 vuotta täyttäneillä naisilla korkeaa verenpainetta oli vain 37 %:lla. Miehillä siis esiintyi

mittauksissa kohonnutta verenpainetta 8 % naisia enemmän. Nämä mittaustulokset koskivat niitä, joilla joko ei ollut lääkitystä ollenkaan tai joilla oli korkea verenpaine lääkityksestä huolimatta. (Suomen virallinen tilastokeskus 2019; Suomen virallinen tilastokeskus 2020; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Vuodelta 2017 olevan FinTerveys tutkimuksen mukaan Suomessa 59 prosentilla miehistä oli verenpaine koholla. Näistä 55 % sai sairauteensa hoitoa ja vain 26 prosentilla sairaus oli hyvässä hoitotasapainossa. Verrattuna esimerkiksi Kanadaan, ovat suomalaisten tulokset heikkoja. Kanadassa vastaavasti hoitoa sai 81 % miehistä ja 69 % sairaus oli hoitotasapainossa. Tosin vaikka Suomella on vertailussa muihin hyvinvointivaltioihin heikkoja hoitotuloksia, mittaavat suomalaiset ahkerasti verenpainetta. (Korhonen 2020, 13.; Laatikainen & Niiranen 2019; Koponen, Borodulin, Lundqvist & Sääksjärvi 2018.)

Suomessa verenpainetasot ovat laskeneet vuodesta 1970 lähtien, mutta 2000-luvun alkua lukuun ottamatta, lasku on hidastunut. Samaan aikaan hoitotasapainon sekä hoitoisuuden suuntaus ei ole ollut parempaan päin. Nykyisillä lääkkeellisillä vaihtoehdoilla ja elintapamuutoksilla olisi mahdollista saada suurempia muutoksia aikaiseksi, kuin mitä nyt on havainnoitu. Hoidon riittävän varhaiseen aloittamiseen olisikin Laatikaisen ja Niirasen mukaan erityisesti kiinnitettävä huomiota. Kansallisella tasolla korkean elintason maiden kesken Suomi kuuluu niihin maihin, joissa hoidon aloitus on heikkoa ja myös hoidon toteutumisessa on puutteita. Muita maita, joilla on samoja hoitoon liittyviä ongelmia ovat muun muassa Japani, Espanja ja Irlanti. (Laatikainen & Niiranen 2019.)

### 3 Verenpaine ja kohonnut verenpaine

#### 3.1 Sydämen toiminta ja verenpaine

Normaalin sydämen toiminnassa, oikeassa eteisessä sijaitseva sinussolmuke (tahdistinsolmuke) lähettää sähköimpulssin. Tämän sähköimpulssin toimesta sydämen eteiset supistuvat ja työntävät niissä olleen veren sydämen kammioihin. Tämän jälkeen sähköimpulssi jatkaa matkaansa eteis-kammiosolmukkeeseen, josta se siirtyy johtoratajärjestelmää pitkin molempiin kammioihin. Kammiot supistuvat sähköisen aktivaation toimesta ja työntävät niissä olleen veren liikkeelle. Ruumiillisen rasituksen aikana, sinussolmuke kiihdyttää sydämen sykettä ja veren pumppausnopeutta, mikä on normaali reaktio lisääntyneeseen rasituk-

seen. Sydämen toiminta ja verenpaine ovat kytköksissä toisiinsa, koska kohonnut verenpaine aiheuttaa muun muassa sydämen vajaatoimintaa. (Kettunen 2018; Tarnanen, Lommi, Lassus & Mervaala 2018.)

Verenpaineella tarkoitetaan valtimoverisuonissa eli arterioissa vallitsevaa painetta, jonka ansiosta veri kiertää kaikkialle elimistöön. Kaikkein korkeimmillaan verenpaine on sydämen kammioiden supistuessa. Tämä korkein paine on nimeltään systolinen verenpaine, jolle on vakiintunut puhekieleen nimitys ”yläpaine”. Verenpaine on pienimmillään sydämen ollessa levossa ennen seuraavaa supistusta. Tämä matalin paine on nimeltään diastolinen verenpaine, jolle on myös vakiintunut puhekieleen nimitys ”alapaine”. Verenpaine vaihtelee päivän aikana ja kohoaa tilapäisesti monissa erilaisissa tilanteissa, kuten jännittyneenä tai fyysisen suorituksen aikana. Verenpaine arvo ilmaistaan elohopeamillimetreinä (mmHg). (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 198.)

Kun yksilön verenpaine on koholla, tekee sydämen vasen kammio aina supistumisen kohdalla ylimääräistä työtä ja sydän joutuu jatkuvaan kovaan työpaineeseen. Jokainen supistuminen vasemmassa kammiossa pumppaa veren ikään kuin ylämäkeen, jonka vuoksi alkavat vasemman kammin seinämät paksuuntua. Paksuuntunut seinämä jäykistyy, jolloin toimintakyky sydämessä heikkenee ja se väsyä. Muutokset sydämessä ja verisuonissa ovat salakavalialia, koska muutokset havaitaan vasta sitten, kun ilmenee jo ongelmia. (Yli-Mäyry 2014.)

### 3.2 Kohonnut verenpaine

Verenpaineen kohoaminen alkaa jo varhaislapsuudessa. Verenpaineen kohoamiseen vaikuttaa mahdollinen perinnöllinen alttius, sekä ratkaisevasti yksilön elintavat. Verenpaineen kohoamisen riskitekijöitä ovat muun muassa suolan liikkäyttö, ruokavalion yksipuolisuus ja epäterveellisyys, alkoholin liiallinen nauttminen, liikunnan puute, tupakointi ja ylipaino. Näihin riskitekijöihin jokainen pystyy omalla toiminnallaan ja elintavoillaan vaikuttamaan. Tästä syystä elintavat ovatkin keskeinen osa kohonneen verenpaineen hyvää hoitoa. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Jos yksilön verenpaine on 140/90 mmHg, on hänen verenpaineensa jo lievästi kohonneen alarajalla. Jo lievästi kohonnut verenpaine lisää sydäninfarktin ja aivohalvauksen riskiä kaksi- tai jopa kolminkertaiseksi. Riski sairastumiseen on 4-6 kertainen, kun verenpaine on kohtalaisesti kohonnut ollen alarajalla 160/100 mmHg. Huomattavasti kohonneen verenpaineen alaraja on 180/110

mmHg, ja verenpaineen ollessa tällä tasolla on sairastumisen riski kohonnut 6-9 kertaiseksi verrattuna ihanteelliseen painetasoon. Verenpaineen lisäksi sairastumisriskiin vaikuttaa muun muassa ikä ja valtimotaudin muut riskitekijät. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Kohonnut verenpaine aiheuttaa muutoksia elimistössä. Se saattaa aiheuttaa muun muassa sydämen vasemman kammion liikakasvua, silmäongelmia tai jopa johtaa munuaisvaurioiden syntymiseen ja munuaisten vajaatoimintaan. Monet, joilla on korkea verenpaine, eivät huomaa oireita eivätkä tiedosta ongelmaa. Oireita voivat olla aikaisin aamulla alkava päänsärky, nenäverenvuodot, sydämen epäsäännölliset rytmit, muutokset näkökyvyssä ja korvien soiminen. Vakavammassa tapauksissa voi esiintyä myös väsymystä, pahoinvointia, oksentelua, sekavuutta, ahdistusta, rintakipua ja lihasten vapinaa. Hoitamaton verenpaine voi aiheuttaa jatkuvia rintakipuja, sydänkohtauksia, sydämen vajaatoimintaa ja epäsäännöllistä sykettä. Tämä voi johtaa äkilliseen kuolemaan. Mahdollisten silmäongelmien takia, on tarpeellista suorittaa silmänpohjakuvauus, jos diastolinen paine on 120 mmHg tai yli. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015; WHO 2020.)

Kohonneen verenpaineen tavoitearvot määrittyvät yksilöllisesti ja tavoitearvoon vaikuttaa yksilön mahdolliset muut sairaudet. Yleisenä tavoitearvona voidaan pitää alle 140/90 mmHg, omatoimisessa kotimittauksessa jopa alle 135/85 mmHg. Jos yksilöllä on kohonneen verenpaineen lisäksi perussairautena diabetes, on verenpaineen tavoitearvo matalampi, kotimittauksessa alle 135/75 mmHg. Jos taustalla on munuaissairaus, johon liittyy albuminuriaa eli valkuaisvirtaisuutta, on tavoitearvo kotimittauksessa alle 125/75 mmHg. Myös ikä vaikuttaa verenpaineeseen, josta syystä yli 80-vuotiailla kotimittauksen tavoitearvo on alle 140/85 mmHg. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Kohonnut verenpaine diagnosoidaan vastaanotolla ja kotona tehtyjen mittausten perusteella. Vastaanotolla mittauksia tehdään neljänä eri päivän ja ne toteutetaan kaksoismittauksilla, joiden arvoista muodostetaan keskiarvo. Kotimittauksia tehdään 4-7 eri päivänä aamuin illoin. Myös kotimittaukset tehdään kaksoismittauksina ja niistäkin muodostetaan keskiarvo. Joskus myös vuorokausirekisteröinti voi olla paikallaan diagnoosin tekemiseksi. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Kohonneen verenpaineen seurantaan liittyy kotona tehtävät verenpaineen mittaukset. Vastaanotolla tapahtuvaa seuranta suositellaan 1-2 kuukauden välein, jos verenpainelääkitys on juuri aloitettu tai sitä muutetaan. Hoitotavoitteen

saavuttamisen jälkeen riittää seurantakäynnit 6-12 kuukauden välein. Vähintään kahden vuoden välein tulee seurata kohde-elinvaurioiden tilaa. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

### 3.3 Verenpaineen mittaaminen

Verenpaineen mittauksessa on syytä kiinnittää huomiota hyvään mittaustekniikkaan, sillä mittaustulokset vaikuttavat valittuihin hoitolinjauksiin. Verenpaineen mittaukseen liittyy monia virhelähteiden mahdollisuuksia, jotka on hyvä pyrkiä poistamaan. Verenpaine mitataan olkavarteen kiinnitettävällä painemansetilla, joka on liitetty joko manuaaliseen verenpainemittariin (verenpaineen mittaaminen auskultointitekniikalla) tai automaattiseen verenpainemittariin, joka on puolueettomassa kliinisessä ja teknisessä testauksessa hyväksytty. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 199.)

Mikäli verenpaineen mittaus mansetilla ei ole mahdollista olkavarren koon vuoksi, voidaan käyttää rannemittaria. Muutoin suositellaan olkavarteen kiinnitettävää painemansettia. Mansetti valitaan ympärysmittan mukaisesti. Mansetin kumipussiosan tulee olla vähintään 40 % olkavarren leveyden ympärysmittasta ja vähintään 80 % pituudesta. Mikäli mansetin kumipussiosa on liian leveä, tai liian pitkä, tulee verenpaine-arvosta liian suuri. Jos olkavarren ympärysmitta on 26-32 cm, valitaan pieni aikuisen mansetti. Siinä mansetin kumipussiosa on 12 cm. Kun olkavarren ympärysmitta on 33-41 cm, käytetään keskisuurta aikuisten mansettia, jonka kumipussiosan leveys on 14-15 cm. Suurta mansettia käytetään, kun olkavarren ympärysmitta on enemmän kuin 41 cm. Silloin kumipussiosan leveys on 18 cm. (Käypä hoito 2020.)

### 3.4 Verenpaineen mittaaminen automaattimittarilla

Suosittelavin tapa mitata verenpainetta on tehdä se kotona omalla automaattimittarilla. Kotimittauksilla saadaan parhaiten todellinen verenpainetaso selville. Keskimäärin kotimittauksen arvot ovat hieman matalampia, ne eroavat vastaanotolla otetuista mittauksista 5 mmHg. Kotioloissa olosuhteet pysyvät myös samana, ja mittauspaikka on tuttu ja turvallinen. Kotimittauksilla on usein myös myönteinen vaikutus ihmisten kiinnostukseen mitata verenpainetta ja perehtyä verenpainetautiin. (Käypä hoito 2020; Niiranen, T. & Jula, A. 2009.)

Mitattaessa automaattimittarilla verenpainetta tulee puoli tuntia ennen mitausta välttää kofeiinipitoisia juomia, kovaa fyysistä kuormitusta ja tupakointia. Eri käsistä otetut mittaukset voivat antaa eroavia tuloksia, esimerkiksi oikeasta kädestä otettu mittaus voi olla korkeampi. Silloin mittaukset otetaan siitä kädestä, joka antaa korkeamman luvun. Mansetti laitetaan olkavarteeseen kiinni ja istutaan rauhassa viisi minuuttia, jotta verenpaine ehtii tasaantua. Otetaan kaksi mittausta ja molempien mittausten tulos kirjataan ylös. Ennen toista mittausta tulee odottaa 1-2 minuuttia. Kaksi mittausta lisää tuloksen luotettavuutta, sillä verenpaine vaihtelee eri hetkinä. Automaattimittarit tulee huoltaa ja kalibroida valmistajan suositusten mukaisesti, jotta tulokset ovat luotettavia. Automaattimittarin luotettavuuden voi testata vuosittain sairaanhoidajan vastaanotolla. Automaattimittarilla mitatun verenpaineen mittauksen tulos dokumentoidaan 1 mmHg:n tarkkuudella. On hyvä olla käytössä verenpainekortti, johon arvot voi laittaa ylös. (Käypä hoito 2020; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka, & Rasimus 2018; Huttunen 2017.)

Kun verenpainetta mitataan kotona, tulee olla hyvä rento asento. Varmistetaan, että mansetti on tukevasti ja tarpeeksi tiukasti kiinni olkavarressa. Mansetin alla ei saa olla mitään vaatteita. Käden tulee olla 90 asteen kulmassa ja rentona. Kun mittari mittaa, tulee olla paikoillaan ja rentona. Mittauksen aikana ei saa puhua. Mittaustulos kirjataan esimerkiksi verenpainekorttiin. Siihen tulee mittausaika, -paikka ja -asento. (Mustajoki ym. 2018, 56-57.)

### 3.5 Verenpaineen mittaamisen virhelähteet

Verenpaineen mittaamisen virhelähteet jaetaan neljään kategoriaan. Mittaajasta johtuviin, mitattavasta johtuviin, mittauslaitteista johtuviin ja ympäristöstä johtuviin virhelähteisiin. Mittaajasta johtuvia virhelähteitä ovat töykeä tai kireä mittaaja, mittausta suorittava pyöristää arvoja tasalukuihin ja antaa ennakoasenteen vaikuttaa tulokseen. Lisäksi jos mittaaja on asettanut mansetin liian alhaalle, mansetti on liian löysällä tai mansetin alla on vaatteita, vaikuttavat nämä mittaustulokseen. (Muhonen 2017.)

Mitattavasta johtuvia virhelähteitä ovat mitattavan puhuminen ja liikkuminen kesken mittauksen, mitattava on mittaustilanteessa jännittynyt (niin kutsuttu valkotakkiverenpaine) tai jos mitattava näkee mittarin asteikon mittauksen aikana. Virhelähteen aiheuttaa myös, jos mittaus aloitetaan ilman lepotaukoa tai mitattava istuu jalat päällekkäin tai ristissä. Laitteistosta johtuvia virhelähteitä tulee, jos mansetti on liian lyhyt tai liian kapea, kumiosa on liian lyhyt tai jos

laitteisto on viallinen. Verenpaineen auskultoinnissa on lisäksi otettava huomioon stetoskoopista johtuvat virhelähteet. Ympäristöstä johtuvia virhelähteitä tulee ympäristön ollessa liian kuuma tai kylmä tai muuten vain rauhaton. (Muhonen 2015 & 2017.)

#### 4 Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy ja kokonaisvaltainen hoito

##### 4.1 Kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy

Elämäntapahoito sisältää verenpainetta kohottavien tekijöiden välttämistä tai vähentämistä. Elämäntapamuutokset ovat tärkeitä silloinkin, kun aloitetaan kohonneeseen verenpaineeseen lääkehoito. Samanaikaisesti tehtävät elintapamuutokset lisäävät lääkkeiden verenpainetta laskevaa tehoa. Elämäntapahoito koostuu painon pudottamisesta ylipainoisilla henkilöillä, tupakoinnin lopettamisesta, alkoholin käytön vähentämisestä, suolan vähentämisestä ruokavaliossa, liikunnan harrastamisesta ja ruokavalion muuttamisesta. (Mustajoki 2020, 60-61.)

Kohonneen verenpaineen ja haitallisten aivotapahtumien ennaltaehkäisyssä yksilö voi itse vaikuttaa riskitekijöihin. Näitä ovat suolan ja alkoholin käyttö, liikunta, ravinto ja ylipainon välttäminen. Parasta olisi jo lapsuudessa kiinnittää huomiota elämäntapoihin. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Painonhallinta on suositeltavaa ylipainoisilla henkilöillä. Ylipaino on myös yksi aivoinfarktien riskitekijöistä. Vähän liikkuvilla ihmisillä ilmenee kohonnutta verenpainetta enemmän, sillä heidän lepoverenpaineensa on korkeampi. Säännöllinen liikunta suojaa kohonneelta verenpaineelta ja kestävyysliikunta ehkäisee aivoinfarkteja. Liikunta laskee ylä- ja alapainetta parhaimmillaan neljän elohopeamillimetriyksikön (mmHg) verran, joka vastaa suurin piirtein yhden verenpaineelääkkeen aikaansaamaa laskua. Jos yksilön verenpaine on vain lievästi kohonnut, voidaan liikunnan harrastamisella mahdollistaa verenpaineelääkityksen vähentäminen. Liikunnan harrastaminen kannattaa aloittaa lisäämällä kävelyä ja suorittamalla arkiaskareita. Kunnon kohentuessa kannattaa huolehtia jokapäiväisen kestävyysliikunnan saannista ja lisäksi voi tehdä kerran tai kaksi viikossa lihasvoimaharjoittelua. On hyvä muistaa aina lämmitellä ennen liikuntasuoritusta ja välttää äkkinäisten ponnistamisten tekemistä. Äkkinäiset ponnistukset ja hengityksen pidättäminen kohottavat hetkellisesti verenpaineen hyvin korkeaksi. (Kukkonen-Harjula 2018; Ahonen ym. 2017, 207, 209.)

Alkoholi itsessään lihottaa, koska se sisältää paljon energiaa. Jos alkoholin käyttö on runsasta ja säännöllistä, on riski kohonneeseen verenpaineeseen suurempi. Alkoholin runsaalla käytöllä on yhteys aivoinfarktiin ja siitä seuraaviin komplikaatioihin. Verenpaineeseen ja sen kohoamiseen liittyy myös perinnöllinen alttius, johon ei voi itse vaikuttaa. Alkoholin käytön riskitasot terveillä työikäisillä on jaoteltu vähäisen riskin, kohtalaisen riskin ja korkean riskin luokkiin. Naisilla vähäisen riskin käyttö on määritelty enimmillään yksi alkoholiannos päivää kohden, kohtalaisen riskin tasolle on määritelty jatkuva yli 7 alkoholiannoksen käyttö viikossa ja korkean riskin tasolle taas 12-16 alkoholiannosta tai enemmän viikossa. Miehillä vähäinen riski on enintään kaksi alkoholiannosta päivässä, kohtalainen riski jatkuva yli 14 alkoholiannosta viikossa ja korkea riski 23-24 alkoholiannosta tai enemmän viikossa. (THL 2019; Ahonen ym. 2017, 210.)

Ravitsemuksessa suositellaan käyttämään runsaasti hedelmiä ja kasviksia. Niiden säännöllinen käyttö alentaa verenpainetta. Tarpeeksi kuitupitoinen ruokavalio on tärkeää verenpaineen pitämisessä hyvällä tasolla. Naisten päivittäinen kuidunsaannin suositus on vähintään 25 grammaa ja miehillä vähintään 35 grammaa. Verenpainetta nostaa lakritsi, salmiakki ja muut lakritsiuutetta sisältävät valmisteet. (Schwab 2020; Käypä hoito 2020; Mustajoki ym. 2018, 60-62.)

Natriumin päivittäinen saanti tulisi olla kohtuullista. Liiallinen natriumin saanti nostaa verenpainetta iän mukana. Samalla kasvaa riski aivohalvauksiin ja muihin sydän- ja verisuonitautien tapahtumiin, sekä näiden kuolemaan johtaviin tapauksiin. Suolan käyttöä voi käytännössä vähentää ostamalla kaupasta tuotteita, joissa on pakkausmerkinnän mukaan vähemmän suolaa. Ruuan valmistuksessa ei kannata lisätä suolaa purkista. Hyvä vaihtoehto on vaihtaa tavallinen ruokasuola mineraalisuolaan, jossa natriumia on puolet vähemmän. Päiväkohtainen suolansaannin tavoitearvo on 5 grammaa vuorokaudessa naisille ja miehille. Tässä määrässä on 2 grammaa natriumia ja se on noin teelusikallinen suolaa. (Käypä hoito 2020; Mustajoki ym. 2018, 61.)

## 4.2 Lääkehoito

Jos elämäntapahoidoista huolimatta systolinen verenpaine on vähintään 140 mmHg tai diastolinen vähintään 90 mmHg, aloitetaan lääkehoito. Joskus lääkitys voidaan joutua aloittamaan heti painetasosta, kohde-elin vaurioista tai muista sairauksista johtuen. Hoitopäätökseen ja hoitovalintoihin vaikuttaakin juuri painetaso, mahdolliset jo syntyneet kohde-elinvauriot ja yksilön muut sairaudet. Kotiverenpainemittauksissa suositellaan lääkehoitoa, jos mittaukset

ovat vähintään tasoa 135/85 mmHg. Verenpainelääkkeitä käytetään, koska kohonnut verenpaine lisää sairastumisriskiä myös muihin sydän- ja verisuonitauteihin. Verenpainelääkkeillä on tarkoitus poistaa suolaa ja nesteitä elimistöstä, laajentaa verisuonia, sekä vähentää tahdosta riippumattoman sympaattisen hermoston toimintaa. Näiden tapahtumien myötä elimistön verenpaine laskee, sillä sydämen työ vähenee, syketiheys laskee, ääreisverenkierron vastus vähenee sekä kiertävä verimäärä elimistössä pienenee. Lääkehoidon valinnassa huomioidaan verenpainetaudin vaikeusaste ja siihen kytkeytyvät elinvauriot. Muut sairaudet vaikuttavat valintaan ja myös kustannuspuoli otetaan huomioon. (Paakkari 2020; Mustajoki ym. 2018, 62.; Tarnanen, Jula & Komulainen 2015.)

Verenpainetaudin lääkehoitoina käytetään angiotensiinikonvertaasin (ACE) estäjiä, angiotensiinireseptorin (ATR) salpaajia, beetasalpaajia, diureetteja ja kalsiumestäjiä. Lääkkeiden yhdistelmähoitoja käytetään, mikäli verenpaine on merkittävästi kohonnut, eli se on yli 180/110 mmHg ja jos potilaalla on paljon merkittäviä riskitekijöitä. Muita käytettyjä lääkehoitoja on asetyylisalisyylihappo, eli ASA-hoito. Tätä hoitomuotoa käytetään, mikäli potilas sairastaa diabetesta tai on suuri riski sepelvaltimotautiin. (Mustajoki ym. 2018, 62-63.)

ACE:n estäjiä käytetään kaiken asteisiin verenpainetauteihin. ACE:n estäjiä tai ATR:n salpaajaa käytetään diabeetikoilla ja munuaispotilailla. ATR:n salpaajat sopivat niille, jotka saavat haittavaikutuksena yskää ACE:n estäjistä. ATR:n salpaajissa on hyvin vähän haittavaikutuksia. ACE:n estäjiä ja ATR:n salpaajaa ei saa käyttää yhdistelmähoitona. Beetasalpaajia käytetään sepelvaltimotaudin hoidossa ensisijaisena lääkkeenä, mutta kohonneeseen verenpaineeseen sitä ei suositella ensisijaisena lääkehoitona. Diureetteja käytetään monesti naisilla ja ikääntyneillä. Diureetteja käytetään yhdistelmähoitona muiden verenpainelääkkeiden kanssa. Kalsiumestäjät sopivat potilaille, jotka ovat fyysisesti aktiivisia ja iäkkäitä ja joille ei sovi beetasalpaajat. (Mustajoki ym. 2018, 62-63.)

Nesteenpoistolääkkeet eli diureetit toimivat lisäämällä virtsaneritystä poistaen elimistöstä suolaa ja vettä. Jotkut diureetit aiheuttavat kaliumin liikaeritystä, joten joskus nesteenpoistolääkkeen rinnalle yhdistetään myös toinen diureetti, joka ehkäisee kaliumin eritystä (tiatsididiureetit). ACE:n estäjät toimivat siten, että ne estävät verenpainetta kohottavan angiotensiini-nimisen aineen syntyä elimistössä, joka aikaansaa nesteen ja suolan kertymistä elimistöön. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa angiotensiinin vaikutuksia ehkäisevät lääkkeet ovat hyödyksi. ACE:n estäjien tilalla voidaan käyttää ATR:n (angiotensiinireseptorin) salpaajia, jos ACE:n estäjät aiheuttaa haittavaikutuksena kuivaa yskää. Kal-

siumkanavan salpaajat madaltavat verenpainetta, koska ne laajentavat verisuonia ja siten ääreisverenkierron vastus vähenee. Beetasalpaajat pienentävät sydämen toiminnan kiihtymistä. Sydämen syke laskee levossa sekä rasituksen aikana ja tämä vaikutus näkyy nopeastikin lääkityksen aloituksen jälkeen. Verenpaineeseen beetasalpaajat voivat vaikuttaa alentavasti vasta viikkojen kuluessa lääkityksen aloituksesta. (Paakkari 2020.)

#### 4.3 Verenpaineen seurannan merkitys

Kohonnutta verenpainetta seuraamalla, elintapamuutoksilla ja mahdollisella verenpainelääkityksellä saadaan verenpaine arvot laskemaan. Näin vähenee vasemman kammion työmäärä ja samaan aikaan laskee paine kohde-elimissä ja verenkierrossa. Hoidon aloitus ajoissa mahdollistaa jo paksuuntuneen vasemman kammion seinämän toipumisen alkamisen. (Yli-Mäyry 2014.)

Kohonnut verenpaine altistaa monille eri sydän- ja verisuonisairauksille, kuten sydämen vajaatoiminnalle, ateroskleroosin eli valtimoiden kovettumistaudin kehittymiselle, sekä pahimmillaan se jopa aiheuttaa aivoverenkiertohäiriön, kuten aivoinfarktin tai aivoverenvuodon. Vaikka kohonnutta verenpainetta ei aina tunne, on sen seuraukset merkittäviä. Esimerkiksi useat pienet aivoinfarktit aiheuttavat muistisairautta. (Hekkala 2018.)

Verenpaineen hoidossa seurannalla on suuri merkitys. Seurannassa mitataan verenpainetta aamuisin ennen lääkkeitä ottoa sekä iltaisin klo 18-21 välillä. Jos verenpainelääkitys on aloitettu tai sitä on muutettu, on syytä toteuttaa seurantakäynti 1-2 kuukauden välein hoitajan vastaanotolla siihen asti, kunnes verenpaine on hoitotasolla. Hoitotason saavuttamisen jälkeen seuranta on syytä toteuttaa 6-12 kuukauden välein. (Hekkala 2018.)

Verenpaineen seuranta ja seurantakäynnit ovat tärkeitä, koska niissä selvitetään lääkehoidon ja elintapahoidon onnistumista sekä tarkistetaan lääkityksen riittävyyttä. Mikäli lääkitys ei ole ollut riittävä tai siitä on muodostunut haittavaikutuksia, muutetaan lääkitystä tai sen annostusta. Seurantakäynneillä on mahdollisuus myös motivoida potilasta elintapamuutosten tekemiseen. (Hekkala 2018.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata työikäisten miesten verenpaineen seuranta. Tavoitteena on tuottaa hoitotyöhön tietoa työikäisten miesten ohjaukseen liittyen kohonneeseen verenpaineeseen aivotapahtumien ennaltaehkäisyssä.

Tutkimuskysymys 1: Millä tavoin työikäiset miehet tarkkailevat verenpainettaan?

Tutkimuskysymys 2: Kuinka usein työikäiset miehet mittaavat omatoimisesti verenpainetta?

## 6 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

### 6.1 Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen opinnäytetyö. Määrällinen tutkimus perustuu olemassa oleville teorioille ja pyrkii yleistämään. Määrällisessä tutkimuksessa saadaan monesti kartoitettua olemassa oleva tilanne. Yleensä ei kuitenkaan pystytä selvittämään riittävästi asioiden syitä. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin: mikä? missä? paljonko? kuinka usein? Ilmiö kuvataan numeerisen tiedon pohjalta. (Kananen 2015, 73.; Heikkilä 2008, 13-18.)

Kyselyllä tarkoitetaan sähköisesti tai paperilomakkeella tapahtuvaa tiedonhankintaa. Kysely sopii käytettäväksi tilanteissa, joissa mahdollisten vastaajien joukko on suuri. Kyselyn hyvänä puolena verrattuna haastatteluun on sen joustavuus, koska vastaajat saavat itse valita parhaan ajankohdan kyselyyn vastaamiselle. Heikkoutena kyselyssä on väärinymmärrysten mahdollisuus, joka on hyvä tiedostaa kysymyksiä tehtäessä. Kysymykset tulee olla muotoiltu selkeästi ja helposti ymmärrettäviksi. (Järvinen & Järvinen 2004, 147-148.)

Kyselytutkimus on hyvä tapa tutkia ja kerätä tietoa esimerkiksi yhteiskunnan ilmiöistä ihmisten toiminnasta, asenteista, arvoista ja mielipiteistä. Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat lomakekyselyt, strukturoidut haastattelut, kokeelliset tutkimukset, www-kyselyt, systemaattinen havainnointi ja surveyt. Survey-tutkimus, eli suunnitelmallinen kyselytutkimus on hyvä menetelmä, kun on monia tutkittavia. Survey-tutkimus on toimiva ja kustannustehokas tapa kerätä tietoa. (Vehkalahti 2014, 11.; Heikkilä 2008, 13-18.)

Kyselytutkimuksessa voi olla avoimia kysymyksiä, mutta yleensä vastaajan ajatusta suunnataan johonkin. Hyvien kysymysten ominaispiirteitä ovat muun muassa yhden asian kysyminen kerrallaan, kysymyksen hyödyllisyys ja tarpeellisuus, sen kohteliaasti esittäminen, kysymyksen selkeys ja ymmärrettävyys. Hyvät kysymykset mahdollistavat kyselytutkimuksesta saatavat tulokset toivotulla tavalla. (Heikkilä 2008, 57.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeen väittämät olivat Likert-asteikossa 5-portaisessa muodossa. Likert-asteikko on tavallisesti 4- tai 5-portainen. Toisessa ääripäässä ”täysin samaa mieltä” ja toisena ääripäänä ”täysin eri mieltä”. Vastaaja valitsi omaa käsitystään parhaiten kuvaavan vastausvaihtoehdon. Likert-asteikko on yksi luotettavimmista tavoista, kun mitataan mielipiteitä, käsityksiä ja käyttäytymistä. Kun analysoitiin tuloksia, yleistettiin samaa mieltä oleviksi vastaajat, jotka vastasivat ”täysin samaa mieltä” tai ”jonkin verran samaa mieltä” ja eri mieltä oleviksi vastaajat, jotka vastasivat ”täysin eri mieltä” tai ”jonkin verran eri mieltä”. Tässä opinnäytetyössä kysely toteutettiin Survio-tutkimustyökalua hyödyntämällä. (Survio 2020; SurveyMonkey 2020; Heikkilä 2008, 53.)

Kyselylomakkeet väittämät tehtiin opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen perustuen. Opinnäytetyön kyselylomakkeen levittämisestä vastasi yhteistyökumppani Aivoliitto. Ennen kyselylomakkeen lähettämistä se testattiin muuttamalla testihenkilöllä, jotta välttyttiin kysymysten mahdolliselta epäselvyydeltä. Testauksen jälkeen kyselylomake ei vaatinut muutoksia. Yhteistyökumppanille lähetettiin sähköpostitse kyselylinkki kyselylomakkeeseen sekä saatekirje. Kyselylomake sisälsi väittämiä ja vastaajille oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista he rastittivat itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Suljetut väitteet mahdollistivat helpon tulosten tilastollisen käsittelyn ja vastaajille vastaaminen oli nopeaa. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaajilla oli vastausaikaa viikko. Rajattu aika oli tarpeellinen, koska kyselyä jaettiin yhteistyökumppanin sosiaalisessa mediassa ja myös Aivoliiton omilla ”Ajankohtaista” verkkosivuilla. Muistutusviestiä ei koettu sopivaksi sosiaalisessa mediassa ja verkkosivuilla tapahtuvaan levitykseen. Koska työikäiseen väestöön kuuluvaksi luokitellaan kaikki 15–74-vuotiaat henkilöt, myös opinnäytetyön kyselyssä vastaajien ikä jaettiin kategorioihin alle 20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 ja yli 60. Saatekirjeessä kerrottiin, että kysely on suunnattu miehille. (Suomen virallinen tilasto 2019; Survio 2020; Heikkilä 2008, 50-51.)

Kyselyn taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ikäjakaumaa yllä mainitusti. Ensimmäisessä kysymysosiossa esitettiin väittämiä verenpaineen mittaamisesta. Mitataanko vastaaja itsenäisesti verenpainetta tai käykö säännöllisesti mittaamassa sitä vastaanotolla. Toisessa osiossa tiedusteltiin verenpaineen mittaamisen tiheyttä. Mitataanko verenpainetta päivittäin, viikoittain, kuukausittain vai harvemmin. Kolmas osio käsitteli kohonnutta verenpainetta. Siinä haluttiin tietää, tiedostaako vastaaja perinnöllisen alttiuden yhteyttä kohonneeseen verenpaineeseen, onko kohonnutta verenpainetta suvussa tai itsellä, sekä varhaisen hoidon aloituksen tärkeyttä. Viimeisessä, neljännessä osiossa esitettiin väittämiä elämäntavoista liittyen ruokavalioon, ylipainoon, sekä tupakan ja alkoholin käyttöön.

## 6.2 Aineiston analysointi

Survio on tutkimustyökalu, jonka avulla voi luoda ammattimaisen kyselyn ja jakaa kyselyä. Survio on ilmainen ja vaatii vain rekisteröitymisen. Surviossa voi itse muokata kyselyn ulkonäköä valitsemalla erilaisista teemoista. Tuloksia voi seurata reaaliaikaisesti. Survio-tutkimustyökalu käsittelee kyselyn vastaukset ja tilastoi yhteenvedon. Tutkimustyökalu näyttää eri vastauksien prosenttiosuudet, joilla tulokset raportoitiin. Tutkimustyökalu havainnollisti kyselyn tulokset kaavioina esimerkiksi pylväskaavioiden muodossa. (Survio 2020.)

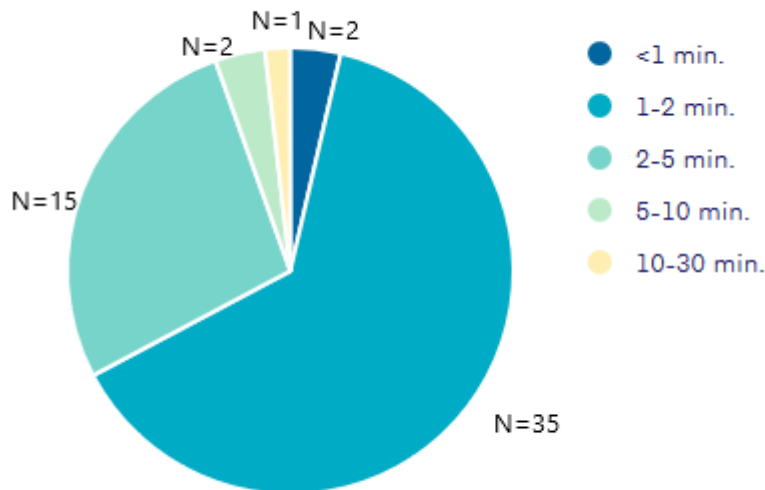
Kun aineisto saadaan kerättyä kyselylomakkeella, vastausten käsittelyllä saadaan vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Aineiston käsittely aloitetaan tutkimalla saatuja arvoja ja kuvailemalla niitä. Tilastotietoja voidaan esittää kuvioilla, taulukoilla tai tekstillä. Tässä opinnäytetyössä tulokset esitettiin kuvioilla ja prosenttiosuuksilla. (Heikkilä 2008, 143-144, 155.)

## 7 Tutkimuksen tulokset

### 7.1 Vastaajamäärät ja vastaamiseen käytetty aika

Kyselyn avasi yhteensä 84 henkilöä. Kyselyyn vastasi 55 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 65,5 %. Näistä 29 jäi keskeneräisiksi, mikä tarkoittaa sitä, että kyselyn täyttäminen on aloitettu mutta vastauksia ei ole lähetetty. Kyselyn katselukerrat olivat huipussaan julkaisupäivänä 4.11.2020, jolloin katselukertoja oli yhteensä 35. Tämän jälkeen katselukerrat vaihtelivat viikon aikana välillä 1-8 katselukertaa vuorokaudessa.

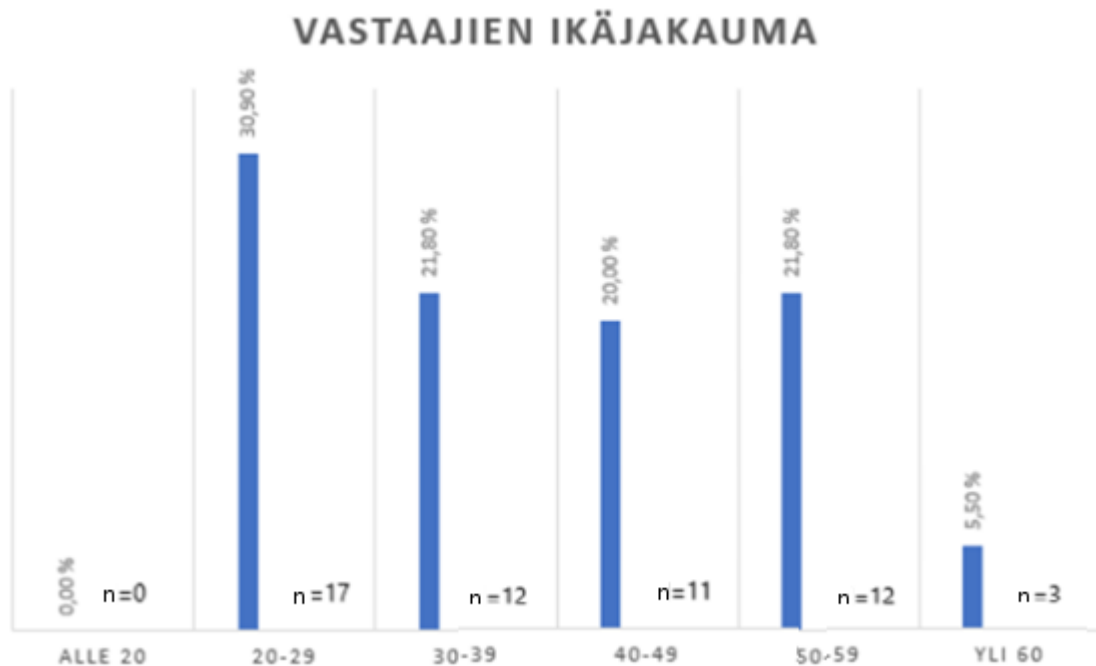
Kyselyyn vastanneista 55 henkilöstä suuri enemmistö eli noin 94,4 % (n=52), käytti kyselyn vastaamiseen aikaa enintään 5 minuuttia. Vastaajista vain 5,4 % käytti vastaamiseen enemmän kuin viisi minuuttia mutta kuitenkin korkeintaan 30 minuuttia. Kuviossa 1 on vastaamiseen käytetty aika esitettyä ympyrädiagrammilla.



Kuvio 1: Vastaamiseen käytetty aika

## 7.2 Ikäjakauma

Kyselyssä vastaajien ikäjakauma jaettiin kategorioihin alle 20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 ja yli 60. Saaduista vastauksista yksikään ei ollut alle 20-vuotiaan eli tämän ikäkategorioiden prosentuaalinen osuus vastauksista oli 0 % (n=0). Vastauksia tuli eniten ikäkategorioiden 20-29 edustajilta. Heidän prosentuaalinen osuutensa vastaajista oli 30,9 % (n=17). Ikäkategorioiden 30-39 ja 50-59 saatiin saman verran vastauksia kummassakin ikäryhmässä, vastausprosentin ollen 21,8 % (n=12). Vastauksista 20 % (n=11) oli ikäkategoriasta 40-49 ja 5,5 % (n=3) vastauksista saatiin ikäkategoriasta yli 60. Vastaajien ikäjakauma esitetään myös kuviossa 2 pylväsdiagrammina.



Kuvio 2: Vastaajien ikäjakauma

### 7.3 Verenpaineen seuranta

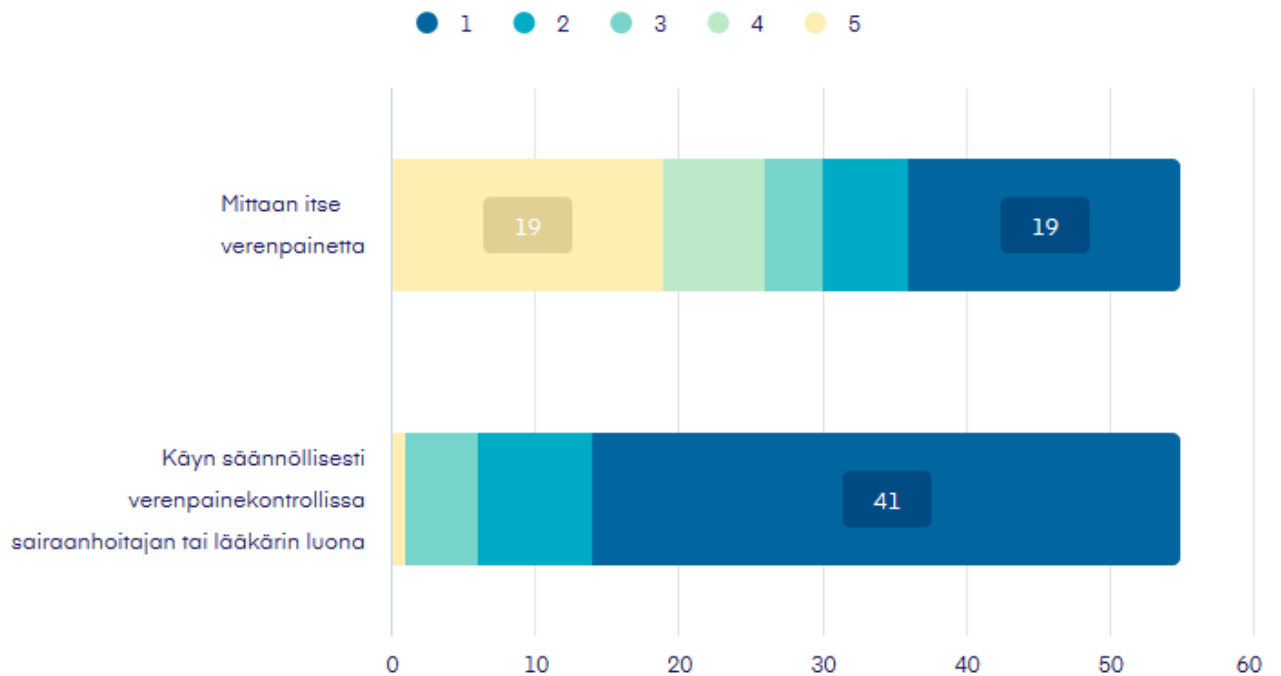
Verenpaineen mittaamista ja verenpainekontrollissa käymistä tiedusteltiin 5-portaisella Likert-asteikolla. Kyselylomakkeessa vastaajille esitettiin eri väittämiä, joihin vastaajien tuli vastata valitsemalla itseään parhaiten kuvaava arvo väliltä 1-5. Likert-asteikko oli jaettu niin, että 1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä.

Kyselyyn vastanneista noin 47,2 % (n=26) vastasi väitteeseen ”Mittaan itse verenpainetta” vastaamalla olevansa samaa mieltä väittämän kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaajista 26 henkilöä mittaa itse verenpainettaan. Vastaajista 45,4 % (n=25) edusti toista ääripäätä, jotka olivat väittämän kanssa eri mieltä. Vastauksen ”3=Ei samaa eikä eri mieltä” valitsi 7,2 % (n=4).

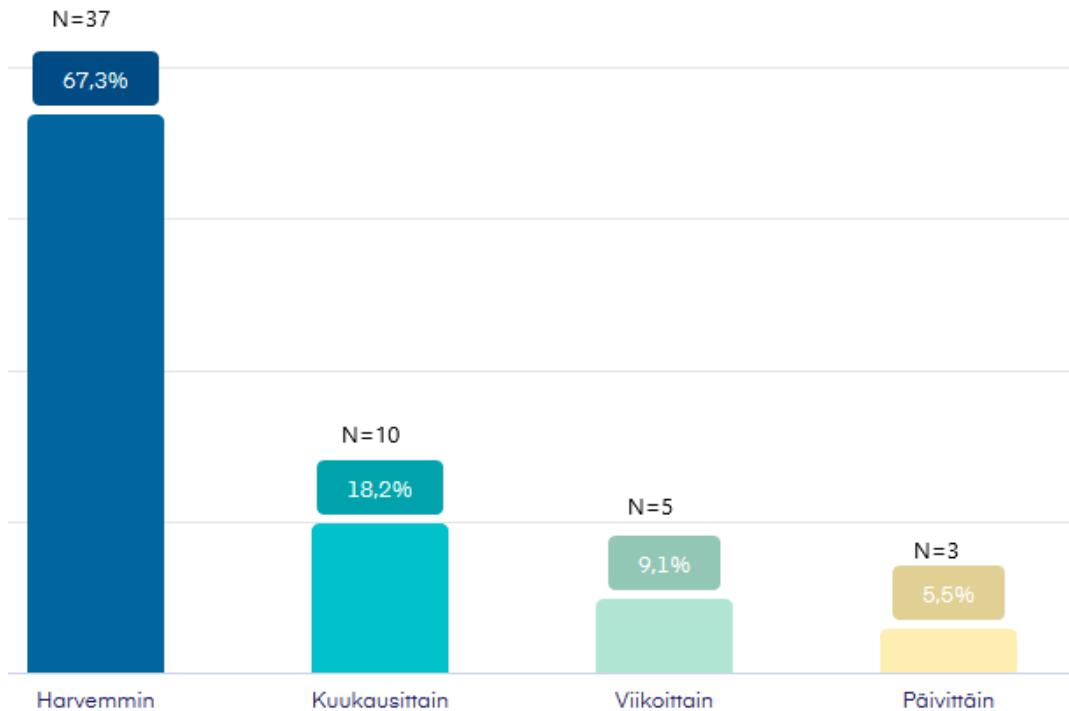
Väitteeseen ”Käyn säännöllisesti verenpainekontrollissa sairaanhoitajan tai lääkärin luona”, selvä enemmistö eli 89 % (n=49) valitsi Likert-asteikolla vaihtoehdon täysin eri mieltä tai jonkin verran eri mieltä. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaajista suurimmalla osalla ei ole säännöllisiä kontroleja verenpaineeseen liittyen. Vain 1,82 % (n=1) vastasi olevansa sama mieltä väittämän kanssa eli

tämä vastaaja käy säännöllisesti sairaanhoitajan tai lääkärin luona verenpaine-kontrollissa. Verenpaineen seuranta esitetään kuviossa 3 vaakadiagrammina.

Verenpaineen mittaamisen tiheyttä tiedusteltiin asteikolla päivittäin, viikoit-tain, kuukausittain ja harvemmin. Vastaajista enemmistö 85,5 % (n=47) vastasi mittaavansa verenpainetta kuukausittain tai harvemmin. Päivittäin verenpai-netta mittaa vain 5,5 % (n=3) vastaajista. Mittaamisen tiheys esitetään pylväs-diagrammina kuviossa 4.



Kuvio 3: Verenpaineen seuranta



Kuvio 4: Mittaamisen tiheys

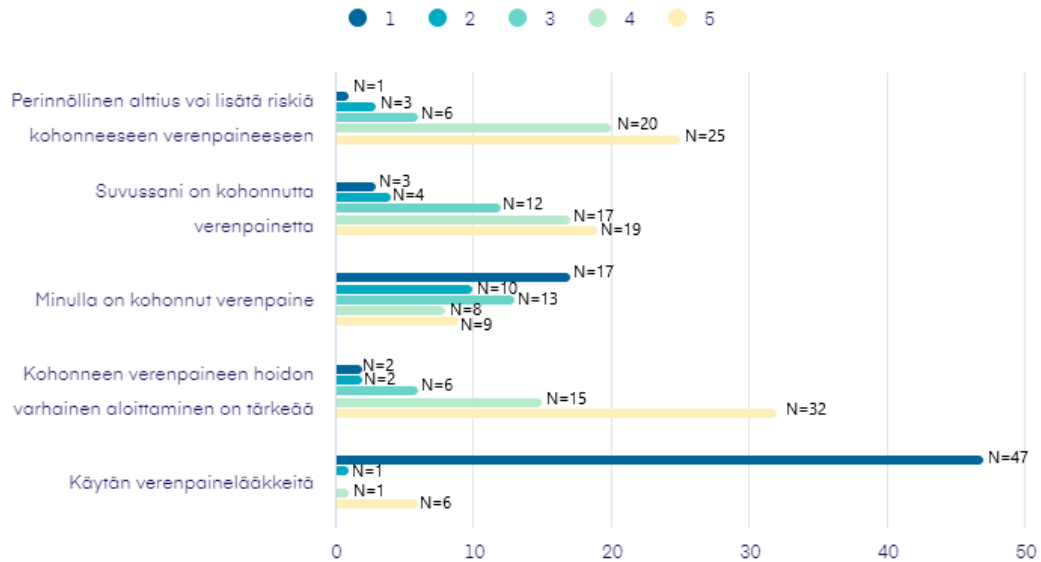
#### 7.4 Kohonnut verenpaine

Kuviossa 5 on tiedusteltu kohonneeseen verenpaineeseen liittyviä väittämiä Likertin 5-portaisella asteikolla. 1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä. Tässä osiossa tiedusteltiin vastaajien mielipidettä perinnöllisen riskin yhteydestä kohonneeseen verenpaineeseen, sekä varhaisen hoidon aloituksen tärkeyteen. Kyselyn vastaajille esitettiin myös väittämiä siitä, esiintyykö vastaajan suvussa tai vastaajalla kohonnutta verenpainetta ja käyttävätkö verenpainelääkkeitä.

81,8 % (n=45) vastaajista oli samaa mieltä perinnöllisen alttiuden yhteydestä kohonneeseen verenpaineeseen. 7,2 % (n=4) vastaajista ei nähnyt yhteyttä perinnöllisillä tekijöillä kohonneeseen verenpaineeseen.

83,6 %:lla (n=46) vastaajien suvussa oli kohonnutta verenpainetta ja vastaajista 30,9 %:lla (n=17) oli itsellä kohonnut verenpaine. Vastaajista 23,6 % (n=13) ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että heillä olisi kohonnut verenpaine.

Suurin osa vastaajista (n=47) pitää tärkeänä kohonneen verenpaineen varhaisen hoidon aloittamista. 12,7 % (n=7) vastaajista käyttää verenpainelääkkeitä.



Kuvio 5: Kohonnut verenpaine

## 7.5 Elämäntavat

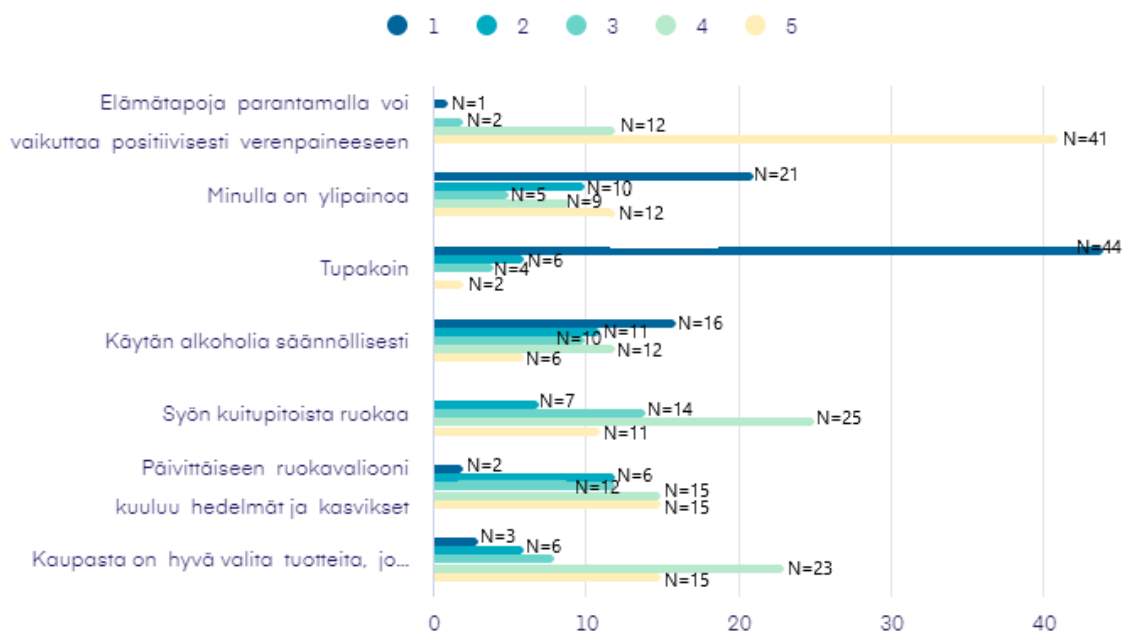
Kuviossa 6 elämäntapoihin liittyviä väittämiä tiedusteltiin myös 5-portaisen Likert-asteikon muodossa 1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä. Tässä osiossa tiedusteltiin vastaajan mielipidettä, voiko verenpaineeseen vaikuttaa positiivisesti parantamalla elämäntapoja. Siinä kysyttiin myös vastaajien päihteiden käytöstä sekä ruokavaliovalinnoista.

Vastaajista melkein kaikki olivat sitä mieltä, että hyvillä elämäntavoilla on positiivinen vaikutus verenpaineeseen. Vastaajista 1,8 % (n=1) oli asiasta eri mieltä, että hyvillä elämäntavoilla ei ole positiivista vaikutusta verenpaineeseen. Suurimalla osalla vastaajista (n=31) ei ollut ylipainoa. Ylipainoa oli vastaajista 38,2 %:lla (n=21). Suurin osa vastaajista (n=50) olivat eri mieltä väittämissä ”Tupakoin” ja samaa mieltä vastasi olevan 3,6 % (n=2).

Väitteeseen ”käytän säännöllisesti alkoholia” 32,7 % (n=18) vastaajista vastasi olevansa samaa mieltä. Eri mieltä oli 49 % (n=27) vastaajista.

Enemmistö 65,5 % (n=36) vastasi olevansa samaa mieltä väittämässä ”syön kuitupitoista ruokaa”. Eri mieltä asiasta oli 12,7 % (n=7)

Vähän yli puolet 54,5 % (n=30) vastasi samaa mieltä väittämässä ”päivittäiseen ruokavalioon kuuluvan hedelmiä ja kasviksia”. Eri mieltä oli vastaajista 14,5 % (n=8). Viimeisessä väittämässä ”kaupasta on hyvä valita tuotteita, joissa on vähemmän suolaa” suurin osa 69,1 % (n=38) oli samaa mieltä. Eri mieltä väittämän kanssa oli 16,4 % (n=9) vastaajista.



Kuvio 6: Elämäntavat

## 8 Pohdinta

### 8.1 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön kyselyn jakamisen tapa muuttui opinnäytetyöprosessin aikana. Prosessin alussa kyselyn linkkiä oli tarkoitus jakaa sähköpostitse mutta lopullinen jako tapahtui Aivoliiton sosiaalisessa mediassa ja heidän omilla verkkosivuillaan. Kyselyyn saatiin viikon aikana vastauksia 55 kappaletta. Kyselyyn vastanneiden määrä oli oletettua suurempi. Kyselyyn vastanneet edustivat viittä eri ikäkatteoriaa, ainoastaan ikäkatteoria alle 20 ei ollut ollenkaan edustettuna. Tämän vuoksi alle 20-vuotiaiden verenpaineen seurannasta ei saatu kyse-

lyllä ollenkaan dataa. Kyselyn vastauksista selvä enemmistö saatiin ikäkategoriasta 20-29 (n=17) ja ikäkategoriasta 30-39 (n=12), joiden yhteenlaskettu määrä on 29 vastausta. Näiden ikäkategorioiden vastauksista saatiin kyselyn väittämien perusteella eniten tietoa nuorten työikäisten miesten verenpaineen seurannasta. Tietoa verenpaineen seurannasta saatiin myös ikäkategorioista 40-49 ja 50-59, joista tuli vastauksia yhteensä 23 kappaletta. Ikäkategoriasta yli 60 saatiin vain kolme vastausta, minkä vuoksi vastauksista saadun datan pohjalta ei voida tehdä yli 60-vuotiaita työikäisiä miehiä koskevia yleistyksiä. Koska kyselyssä ei tiedusteltu vastaajien sukupuolta, ei voida olla varmoja, että kaikki vastaajat ovat olleet miehiä.

Hyvästä vastausprosentista huolimatta kyselyyn vastanneiden määrä oli suppea 55 henkilöä, vaikka Suomessa oli vuonna 2019 arviolta noin 2 728 000 miestä (noin 49,4 %). Suurin osa vastaajista (n=17) vastasi väittämään "Minulla on kohonnut verenpaine" vaihtoehdolla "1=Täysin eri mieltä". Kuitenkin vuonna 2017 mitattiin eniten korkeita verenpaineita 30-vuotta täyttäneillä miehillä (45 %). (Suomen virallinen tilastokeskus 2019; Suomen virallinen tilastokeskus 2020; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa on huomattavaa, että nuoret aikuiset muodostivat suurimman vastaajakunnan. Tästä syystä opinnäytetyön tulokset saattavat olla harhaanjohtavia, koska vastaajien ikäjakauma ei ollut tasapuolinen. Koska kohonnut verenpaine lisääntyy iän karttuessa, olisi ollut opinnäytetyön luotettavuuden ja tulosten yleistettävyyden kannalta hyvä, jos vastauksia olisi saatu enemmän myös muiltakin ikäryhmän edustajilta. Toki vastaajien ikäkategoriaan saattoi vaikuttaa myös kyselyn levitystapa ja vastaajien mahdollinen digiosaaminen. Miesten työelämän haasteista ei tässä opinnäytetyön verkkokyselyssä tiedusteltu ollenkaan. Myös miesten oma käsitys miehuudestaan ja sen kokeminen, sekä koulutustaustan, ammatin, ammattialan ja ammatillisen aseman tiedustelu oli rajattu kyselyn väittämien ulkopuolelle. Tästä niistä ei saatu tietoa ollenkaan, eikä näin ollen myöskään saatu tietoa esimerkiksi stressin, työn kuormittavuuden ja henkilökohtaisten suorituspainoiden vaikutuksesta verenpaineeseen. Myöskään miesten perheellisyyttä ei tiedusteltu kyselyn väittämien pohjalta, joten myös työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisesta ei saatu tietoa. Tämä on yksi opinnäytetyömme heikkouksista.

Kyselyn väittämien pohjalta saatujen vastausten perusteella, suurella osalla vastaajista ei ole kohonnutta verenpainetta. Kuitenkin on todettu, että noin puolella suomalaisista työikäisistä miehistä on diagnosoitu kohonnut verenpaine ja vain noin viidennes lääkärin hoidossa olleista potilaista saavuttaa tavoitellun

verenpaineen. Myös väittämään ”käytän verenpainelääkkeitä”, selvä enemmistö eli 47 vastaajaa, valitsi vaihtoehdon 1=täysin erimieltä eli he eivät käytä verenpainelääkkeitä. Silti suomalaisista aikuisista noin kaksi (2) miljoonaa sairastaa verenpainetautiä ja lääkkeitä käytti, sekä niistä erityiskorvauksen sai vuonna 2012 noin miljoona suomalaista. (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015; WHO 2020; Yli-Mäyry 2014; Käypä hoito 2020.)

Opinnäytetyön kyselyssä ei myöskään ollut määritelty vastaajille valmiiksi käsitettä ”kohonnut verenpaine”, jonka vuoksi jäi vastaajan harteille päättää, mikä on kohonnut verenpaine. Kyselyn ohjeistuksessa tämä olisi kannattanut avata, jotta kyseistä asiaa tiedustelevaan väittämään olisi ollut helpompi ja yksinkertaisempi vastata. Kyselyn väittämissä ei myöskään ollut erillistä vastausvaihtoehtoa lievästi kohonneelle (140/90 mmHg), kohtalaisesti kohonneelle (160/100 mmHg) ja huomattavasti kohonneelle (180/110 mmHg) verenpaineelle vaan kaikki nämä muodot oli sisällytetty väittämään ”minulla on kohonnut verenpaine” (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015). Myöskään kohonneen verenpaineen yleisiä ja yksilöllisiä tavoitearvoja ei vastaajilta tiedusteltu, eikä kartoitettu mahdollisia perussairauksia. Kyselyn väittämissä ei myöskään tiedusteltu, kuinka kauan vastaajalla on ollut mahdollinen kohonneen verenpaineen diagnoosi, eikä mahdollisten aloitettujen hoitojen vastetta. Samoin verenpaineen mittaamisen teknistä toteuttamista ja mahdollisten virhelähteiden tunnistamista ei tiedusteltu ollenkaan, vaikka tämä on mittauksen kannalta oleellista, koska mittaukset vaikuttavat hoitolinjauksiin (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 199).

Elämäntavat kyselypatteristossa ei tiedusteltu ollenkaan vastaajien fyysistä aktiivisuutta, eikä myöskään mielipidettä liikunnan yhteydestä verenpainearvoihin, vaikka liikunta laskee ylä- ja alapainetta parhaimmillaan neljän elohopeamillimetriyksikön (mmHg) verran, joka vastaa suurin piirtein yhden verenpainelääkkeen aikaansaamaa laskua ja liikunnan harrastamisella voidaan mahdollistaa verenpainelääkityksen vähentämisen (Kukkonen-Harjula 2018). Koska kohonnut verenpaine aiheuttaa muutoksia elimistössä, olisi kyselyssä voitu kartoittaa kohonneen verenpaineen mahdollisuutta myös tiedustelemalla erilaisten oireiden esiintyvyyttä. Näitä oireita ovat muun muassa aikaisin aamulla alkava päänsärky, nenäverenvuodot, silmäongelmat, sydämen epäsäännölliset rytmit, muutokset näkökyvyssä, korvien soiminen, väsymystä, pahoinvointia, oksentelua, sekavuutta, ahdistusta, rintakipua ja lihasten vapinaa (Tarnanen, Jula & Komulainen 2015; WHO 2020).

Opinnäytetyön kyselyn väittämien määrää rajattiin tietoisesti vähemmäksi, jotta kyselystä ei tulisi pitkä ja väittämiin vastaamiseen ei menisi liian kauaa aikaa, koska tämä todennäköisesti vähentäisi vastaajien määrää. Tästä syystä opinnäytetyön kysely oli suppea ja antoi vain suuntaa antavaa informaatiota, mikä kokonaisuutena heikentää opinnäytetyön tulosten käytettävyyttä ja luotettavuutta. Koska opinnäytetyön tiedonkeruu tapahtui verkkokyselyn avulla, saattaa olla, että tulosten luotettavuus kärsi, koska verkkokyselyihin vastaaminen on vapaaehtoista. Verkkokyselyihin vastaamisen aktiivisuuteen mahdollisesti vaikuttaa myös se, mitä omakohtaista hyötyä vastaaja voi vastaamisellaan saada. Verkkokyselyissä aihe houkuttelee joko vastaamaan tai jättämään vastaamatta, sen perusteella kiinnostaako kyselyn aihe yksittäistä vastaajaa henkilökohtaisesti. Vastaajille ei myöskään ollut tarjolla palkintoa, joka olisi kenties saattanut motivoida useampia ihmisiä vastaamaan. Vastaamisen mielekkyys ja nopeus koettiin väittämiä tehtäessä tärkeämmäksi, kuin koko opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen käyminen läpi väittämien muodossa. Tällöin kyselypatteristosta olisi voinut tulla pitkä ja vastaajalle mahdollisesti raskas.

Verkkokyselyissä myös väärinymmärryksen mahdollisuus on aina olemassa, vaikka väittämät ja niiden vastausvaihtoehdot olivat selkeästi ja helposti ymmärrettäviksi muotoiltuja. Lisäksi kyselyn väittämät muotoiltiin mahdollisimman yksinkertaisiksi, eikä niissä käytetty erikois- tai vierasperäisiä sanoja. Saatekirjeessä tuotiin selvästi ilmi se, mille kohderyhmälle kysely oli tarkoitettu. Koska opinnäytetyön kyselyn väittämät olivat strukturoituja ja vastausvaihtoehdot osittain valmiiksi annettuja, lienee mahdollista olettaa, että tämä lisäsi ihmisten vastaamisprosenttia.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa täytyy tuntea tutkittavan ilmiön muuttujat ja täytyy tietää, mitä mitataan. Mittauksen tuloksena kerätty aineisto käsitellään tilastollisilla menetelmillä. Jotta määrällisen tutkimuksen tulokset ovat luotettavia, se edellyttää tarpeeksi havaintoyksiköitä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tavoite on tuottaa luotettavaa, perusteltua ja yleistettävää tietoa. (Kananen 2011, 17-18.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan vaikutus tutkittavaan on minimaalista, koska tutkija ei ole vuorovaikutuksessa tutkittavaan, kuten usein laadullisessa tutkimuksessa on. Tieteen harjoittaja ei saa tieteellisessä toiminnassa itse vaikuttaa tutkittavaan ilmiöön, sillä vaikutus voi vääristää tuloksia. Tutkimuslo-

make näkyy tutkittaville samanlaisena, koska lomake ei vaikuta tai ohjaile vastaajaa. Vastaajat saattavat ymmärtää eri tavalla kysytyt kysymykset. Kvantitatiivinen tutkimus ei pysty täysin objektiivista tietoa tuottamaan. (Kananen 2015, 339-341.)

Kyselytutkimuksessa voi olla avoimia kysymyksiä, mutta yleensä vastaajan ajatusta suunnataan johonkin. Strukturoidut kysymykset eli suljetut kysymykset ovat hyvä kysymystyyppi, kun vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajattu määrä. Vastausten tulosten tilastollinen käsittely on myös yksinkertaisempaa. Vastaajalle vastaaminen on helppoa. Tulosten luotettavuus on kyselyyn vastaajista riippuvaista. Kyselyssä valmiit vastausvaihtoehdot saattavat johdatella vastaajaa. Saattaa olla, että jokin vastausvaihtoehto puuttuu. (Heikkilä 2008, 49-51.) Opinnäytetyön kyselyssä käytetyt väittämät tekivät vastaajalle vastaamisesta helppoa. Valmiit vastausvaihtoehdot lisäsivät vastausten luotettavuutta, koska niihin yksinkertaista vastata verrattuna esimerkiksi avoimiin kysymyksiin.

Kysymyksien ei tule houkuttaa vastaamaan sellaisia henkilöitä, joiden ei pitäisi vastata kyselyyn. Kyselyssä tulee selkeästi ilmoittaa, kenelle kysely ja sen kysymykset on tarkoitettu. Kysymysten ei tule olla liian pitkiä, ettei vastaaja unohda kysymyksen lopussa, mitä kysyttiin. Kysymysten kohderyhmän mukaan tulee kysymykset muotoilla selkeällä kielellä. Erikoissanoja, vierasperäisiä sanoja on vältettävä. Jotta kyselyyn vastaa haluttua sukupuolta edustavat henkilöt, kyselyn saatekirjeessä kerrottiin, että kysely on tarkoitettu miehille. (Heikkilä 2008, 58.)

Kehittämistyössä tulee välttää epärehellisyttä. Tärkeitä asioita, joita tulee välttää, olivat toisen tekstin plagiointi, omien tutkimusten plagiointi, yhteistyökumppanin panoksen vähättely sekä erehdyttävä ja vaillinainen raportointi. Kun käytimme tekstissämme jonkun toisen tekstiä, laitoimme aina lähteet ja viitaukset asianmukaisesti. Tutkimuseettisesti saatua aineistoa analysoidessamme emme tietoisesti pyrkineet tunnistamaan tai etsimään aineistosta yksittäisiä henkilöitä. Tässä asiassa hyödyksi olivat kysymysten muotoilu ja kyselytutkimustyökalun takaama anonymiteetti. (Mäkinen 2006, 114,128.; Heikkilä 2008, 128-132.)

Opinnäytetyössä noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaa ohjetta ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisistä periaatteista. Yleisten tutkimusten eettisten periaatteiden mukaisesti opinnäytetyössä kunnioitettiin vastaajien itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. Tutkimus toteutettiin niin,

ettei tutkimuskohteelle aiheutunut haittoja, riskejä tai vahinkoja. Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty vastaajien henkilötietoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 6, 9.)

Tutkimukseen vastaajien anonymiteetti turvattiin sillä, että kyselyyn vastajilta ei pyydetty sellaisia tuntomerkkejä, joista yksittäinen vastaaja pystyttäisiin tunnistamaan. Lisäksi kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä kyselyyn vastanneita pystytty seuraamaan millään tavalla. Koska kyselyn linkin jakaminen tapahtui yhteistyökumppanin toimesta heidän sosiaalisessa mediassaan ja verkkosivuilla, emme missään vaiheessa saaneet vastaajista arkaluontoista tai yksilöivää tietoa. Ennen kyselyyn siirtymistä vastaajille kerrottiin saatetekstissä kyselystä saatujen tietojen käyttötarkoitus, levitys ja mahdollinen tietojen säilytys. Tietojen luottamuksellisuuden varmistimme kertomalla tutkittaville tutkimukseen vastaajille mihin keräämäämme tietoa käytetään ja missä sitä tullaan säilyttämään tulevaisuudessa. Pidimme huolen siitä, että tutkittavien anonymiteetti pysyi salassa. Tutkijan näkökulmasta on hyvä, että tutkittavien anonymiteetti pysyy salassa, sillä silloin ei tarvitse pelätä haittoja, joita tutkittaville saattaa aiheutua. Tämä edisti tutkimuksemme objektiivisuutta. Tutkittavien kynnys vastata kyselyyn madaltui anonymiteetin suojan myötä. (Mäkinen 2006, 114-115, 120.)

Opinnäytetyössä huomioitiin, miten tutkittavista kirjoitettiin. Kirjoittamistavan tulee olla ilmaisultaan positiivinen. Kirjoittaessamme kyselyä huomioimme kohderyhmän, eli työikäiset miehet. Kirjoitimme hyvällä asiatyylillä ja yleiskielellä, kuitenkin omalla persoonallisella tavallamme. Kyselyn kysymysten asettelun kriittisen tarkastelun toteuttivat opponoiva opiskelijapari sekä opinnäytetyötä ohjaavat opettajat. Tämä mahdollisti kyselyn kysymysten tarkastelun kriittisistä näkökulmista, ettei sokeutunut omaan kyselylomakkeeseen. (Mäkinen 2006 92-93.; Vilka 2006, 114-115.) Tämän lisäksi ennen kyselyn varsinaista julkaisua, kyselyä testattiin vapaaehtoisilla testihenkilöillä. Testihenkilöiltä saatiin palautetta, että kyselyyn oli helppo ja nopea vastata. Verenpaineen mittaamisen tiheyteen saimme palautetta, että osa testihenkilöistä olisi toivonut vastausvaihtoehdoksi "vuosittain", koska osa käy työterveyshuollon kautta vuositarkistuksissa, joissa verenpainetta mitataan.

Opinnäytetyössä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykseen ”Kuinka usein työikäiset miehet mittaavat omatoimisesti verenpainetta?”, saatiin vastaukseksi, että suurin osa vastaajista mittaa verenpainettaan harvemmin kuin kuukausittain. Tutkimuskysymykseen ”Millä tavoin työikäiset miehet tarkkailevat verenpainettaan?” saatiin vastaukseksi, että osa vastaajista mittaa itse

verenpainettaan ja osa käy säännöllisesti verenpainekontrolleissa. Koska tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset, osattiin kysyä oikeita asioita kyselyrungossa. Tämä lisäsi työmme validiteettia eli luotettavuutta.

### 8.3 Kehittämisehdotukset

Jotta jatkossa voitaisiin saada enemmän ja kattavasti tietoa työikäisten miesten verenpaineen seurannasta, saattaisi olla tärkeää tehdä valtakunnallinen virallinen tutkimus koskien työikäisten miesten verenpainetta. Tässä tutkimuksessa voisi olla pidempi seuranta-aika, esimerkiksi 5 vuotta. Tämä mahdollistaisi muutoksen havaitsemisen työikäisten miesten verenpaineen mittaamisessa ja verenpainearvoissa, sekä siinä voitaisiin seurata elämäntapahoidon tai lääketyksen vaikutusta verenpaineeseen. Tulevaisuudessa mahdollisia tapoja tutkia työikäisten miesten verenpainetta ja sen seuranta, olisi myös laajalle levitetty kysely tai verenpaineen tiivis seuranta työterveyspalveluiden kautta ja siitä saatujen tulosten dokumentointi ja raportointi. Myös verenpaineen itsemittauspisteitä voisi olla enemmän erilaisissa paikoissa, jolloin työikäisten miesten mittaamisen kynnys saattaisi madaltua.

## Lähteet

### Painetut

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 5.9.2019.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita. Viitattu 5.9.2019.

Järvinen, P. Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tiedonkeruumenetelmiä. Tampere: Opinpajan kirja. Viitattu 5.9.2019.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print. Viitattu 27.9.2020.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino - Juvenes Print. Viitattu 27.9.2020.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 16.9.2019.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. 1. painos. Vajaakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 19.9.2019.

Nielson, P. 2016. Työelämä Pohjolassa - Haasteita ja ehdotuksia. Pohjoismaiden ministerineuvosto 2016. Viitattu 18.10.2020.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura. Viitattu 27.9.2020.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. 1. painos. Vajaakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 19.9.2019.

### Sähköiset

Airisto, N. & Kantonen, J. 2020. Suomalaismiesten suurin negatiivisten tunteiden aiheuttaja on työ - Ylilääkäri hämmästy. Viitattu 18.10.2020. <https://www.uusisuomi.fi/uutiset/suomalaismiesten-suurin-negatiivisten-tunteiden-aiheuttaja-on-tyo-ylilaakari-hammasty/3f277df5-e18f-40a5-9cd9-cf36c7537d0c>

Aivoliitto. 2019. Viitattu 5.-13.9.2019. <https://www.aivoliitto.fi/>

American Psychological Association. 2018. APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men. Viitattu 18.10.2020. <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>

Hakala, L. 2018. Työelämä muuttuu - mitä työelämävalmiuksia tarvitsemme?. Viitattu 25.9.2020. <https://stm.fi/-/tyoelama-muuttuu-mita-tyoelamavalmiuksia-tarvitsemme->

Hekkala, A. 2018. Kohonnut verenpaine. Viitattu 28.1.2020. [https://sydan.fi/fakta/kohonnut-verenpaine/?gclid=EAlalQobChMInu\\_-v6qm5wIVDluyCh0UmwAtEAAYASAAEgl\\_AfD\\_BwE](https://sydan.fi/fakta/kohonnut-verenpaine/?gclid=EAlalQobChMInu_-v6qm5wIVDluyCh0UmwAtEAAYASAAEgl_AfD_BwE)

Huttunen, J. 2017. Miksi verenpaine vaihtelee hetkestä toiseen? Viitattu 7.10.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kol00407](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00407)

Hänninen, M. 2014. Onko piilevällä kohonneella verenpaineella merkitystä? Viitattu 11.9.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/15/duo11775>

Ilmarinen. 2020. Eläkkeen kertyminen-mistä eläke muodostuu? Viitattu 25.9.2020. <https://www.ilmarinen.fi/henkiloasiakas/tietoa-elakkeista/mista-elake-muodostuu/>

Katainen, A., Keski-Petäjä, M. & Pietiläinen, M. 2015. Nais- ja miesjohtajien erot perheellisyydessä tukevat miesjohtajuutta. Viitattu 18.10.2020. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2015/nais-ja-miesjohtajien-erot-perheellisyydessa-tukevat-miesjohtajuutta/>

Kettunen, R. 2018. Sydämen rytmihäiriöt. Viitattu 9.10.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00083](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00083)

Knowit. 2019. Isähaaste voitti Miehen työ 2019 -palkinnon - Knowit yksi haasteen aloittajista. Viitattu 25.9.2020. <https://we.knowit.fi/knowit-suomi/isahaaste-voitti-miehen-tyo-2019-palkinnon-knowit-yksi-haasteen-aloittajista>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A. & Sääksjärvi, K. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Viitattu 9.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Korhonen, P. 2020. Miten viedä verenpainepotilaat hoitotavoitteeseen? Gpf Yleislääkäri 2/2020. Helsinki; Suomen yleislääkärit gpf ry, 13-15. Viitattu 11.9.2020. <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=5cf8df6a-78ab-11ea-93f6-00155d64030a>

- Kukkonen-Harjula, K. 2018. Liikunta ja kohonnut verenpaine. Viitattu 17.9.2019.  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00979](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00979)
- Käypä hoito. 2020. Kohonnut verenpaine. Viitattu 14.9.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s12>
- Laatikainen, T. & Niiranen, T. 2019. Verenpainetta ei vieläkään oteta vakavasti. Viitattu 11.9.2020. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/ajassa/nakokulmat/verenpainetta-ei-vielakaan-oteta-vakavasti/>
- Lahermaa, A. 2012. STTK: Vanhentuneet roolimallit estävät naisten ja miesten tasa-arvon kehittymistä. Viitattu 18.10.2020. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/sttk-vanhentuneet-roolimallit-estavat-naisten-ja-miesten-tasa-arvon-kehittymista?publisherId=1912&releasId=54326>
- Miehet ry. 2019. Miten koet sukupuolesi tai sukupuoliroolien vaikuttavan elämäsi?. Viitattu 18.10.2020. <https://miehetry.fi/miten-koet-sukupuolesi-tai-sukupuoliroolien-vaikuttavan-elamaasi/>
- Muhonen, R. 2017. Sairaanhoidajan käsikirja. Verenpaineen mittaaminen. Viitattu 19.9.2019. <https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>
- Muhonen, R. 2015. Sairaanhoidajan käsikirja. Verenpaineen mittaaminen. Viitattu 19.9.2019. <https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>
- Mustajoki, P. 2020. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Viitattu 27.11.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00034#s7](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034#s7)
- Niiranen, T. & Jula, A. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2009. Verenpaineen kottimittaus. Viitattu 16.9.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/duo98287?search=verenpaineen%20mittaaminen>
- Paakkari, P. 2020. Verenpainelääkkeet. Viitattu 4.9.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00915](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00915)
- Schwab, U. 2020. Kuidun saannin lisääminen ravintoon. Viitattu 30.11.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02535>
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2019. Työssäkäynti. Viitattu 25.9.2019. <http://www.stat.fi/til/tyokay/kas.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2019. Suomen ennakkoväkiluku tammikuun lopussa. Viitattu 9.10.2020. [https://www.stat.fi/til/vamuu/2019/01/vamuu\\_2019\\_01\\_2019-02-26\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vamuu/2019/01/vamuu_2019_01_2019-02-26_tie_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2020. Väestö. Viitattu 9.10.2020. [https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html)

Survio. 2020. Luo kyselytutkimus. Viitattu 19.10.2020. [https://www.survio.com/l-fi-7-a-luo-kyselytutkimus/?campaignid=11117837268&keywordid=kwd-295157739086&keyword=survio&matchtype=e&adgroupid=104301436930&adposition=&device=c&trc\\_cp=FI-FI&utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=S-FI-FI-SEA&gclid=Cj0KCQjw8rT8BRCbARIsAL-WiOvRP\\_2RoYxO2rV5JxaO697xS8iJHq\\_UdaY8j3ZMIPi75lz11nQRN1\\_4aAmuzEALw\\_wcB](https://www.survio.com/l-fi-7-a-luo-kyselytutkimus/?campaignid=11117837268&keywordid=kwd-295157739086&keyword=survio&matchtype=e&adgroupid=104301436930&adposition=&device=c&trc_cp=FI-FI&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=S-FI-FI-SEA&gclid=Cj0KCQjw8rT8BRCbARIsAL-WiOvRP_2RoYxO2rV5JxaO697xS8iJHq_UdaY8j3ZMIPi75lz11nQRN1_4aAmuzEALw_wcB)

SurveyMonkey. 2020. Mikä on Likert-asteikko?. Viitattu 30.10.2020. <https://fi.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

Tarnanen, K., Jula, A. & Komulainen, J. Käypä hoito. 2015. Verenpaine koholla?. Viitattu 5.9.2019. <https://www.kaypahoito.fi/khp00016#s4>

Tarnanen, K., Lommi, J., Lassus, J. & Mervaala, E. 2018. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 9.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/khp00124>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Alkoholi. Viitattu 19.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/ehkaisevan-paihdeyton-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/alkoholi>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Johtamisen ja urakehityksen tasa-arvokysymyksiä. Viitattu 18.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/tyo-ja-toimeentulo/johtamisen-ja-urakehityksen-tasa-arvokysymyksia>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Kohonneeseen verenpaineeseen ei suhtauduta tarpeeksi vakavasti - ehkäisyä ja hoitoa tehostettava. Viitattu 9.10.2020. <https://thl.fi/fi/-/kohonneeseen-verenpaineeseen-ei-suhtauduta-tarpeeksi-vakavasti-ehkaisyja-ja-hoitoa-tehostettava>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Työllisyys ja työsuhteet sukupuolittain. Viitattu 21.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/tyo-ja-toimeentulo/tyollisyys-ja-tyosuhteet-sukupuolittain>

Toivanen, M., Yli-Kaitala, K., Viljanen, O., Väänänen, A., Turpeinen, M., Janhonen, M. & Koskinen, A. 2016. AikaJärjestys asiantuntijatyössä. Viitattu 18.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131617/AikaJarjestys\\_asiantuntijaty%C3%B6ss%C3%A4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131617/AikaJarjestys_asiantuntijaty%C3%B6ss%C3%A4.pdf?sequence=1)

Tuori, A. & Niemistö, C. 2018. Tunnerajojen haasteista töissä. Viitattu 27.9.2020. <http://weallfinland.fi/tunnerajojen-haasteista-toissa/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 19.10.2020. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Työterveyslaitos. 2020. Monikulttuurinen työelämä. Viitattu 25.9.2020. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/monikulttuurinen-tyoelama/>

Valtioneuvosto. 2020. Sukupuolten tasa-arvo työelämässä. Viitattu 18.10.2020. [https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/5825945/Tyoel%C3%A4m%C3%A4\\_verkko.pdf/2ebd2730-fc43-472f-8ff7-f0e41e51b821](https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/5825945/Tyoel%C3%A4m%C3%A4_verkko.pdf/2ebd2730-fc43-472f-8ff7-f0e41e51b821)

World Health Organization. 2020. Hypertension. Viitattu 7.4.2020. [https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1)

Yli-Mäyry, S. 2014. Miksi kohonnutta verenpainetta pitää hoitaa. Viitattu 28.1.2020. [https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00400](https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00400)

## Kuviot

Kuvio 1: Vastaamiseen käytetty aika .....	24
Kuvio 2: Vastaajien ikäjakauma .....	25
Kuvio 3: Verenpaineen seuranta.....	26
Kuvio 4: Mittaamisen tiheys.....	27
Kuvio 5: Kohonnut verenpaine .....	28
Kuvio 6: Elämäntavat .....	29

## Liitteet

Liite 1: Kyselyrunko .....	44
Liite 2: Saatekirje .....	48

## Liite 1: Kyselyrunko

Vastaa lähin vaihtoehto, mikä kuvaa Sinua parhaiten

## Ikäsi

Alle 20
20-29
30-39
40-49
50-59
Yli 60

## Verenpaineen mittaaminen

Vastaa lähin vaihtoehto, mikä kuvaa Sinua parhaiten

1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Mittaaan itse verenpainetta					

Käyn säännöllisesti verenpainekontrollissa sairaanhoitajan tai lääkärin luona					
---	--	--	--	--	--

### Verenpaineen mittaamisen tiheys

Vastaa lähin vaihtoehto, mikä kuvaa Sinua parhaiten

Mittaan verenpainettani ...

Päivittäin
Viikoittain
Kuukausittain
Harvemmin

### Kohonnut verenpaine

Vastaa lähin vaihtoehto, mikä kuvaa Sinua parhaiten

1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=EI samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Perinnöllinen alttius voi lisätä riskiä kohonneeseen verenpaineeseen					
Suvussani on kohonnutta verenpainetta					
Minulla on kohonnut verenpaine					
Kohonneen verenpaineen hoidon varhainen aloittaminen on tärkeää					
Käytän verenpainelääkkeitä					

### Elämäntavat

Vastaa lähin vaihtoehto, mikä kuvaa Sinua parhaiten

1=Täysin eri mieltä, 2=Jonkin verran eri mieltä, 3=En samaa eikä eri mieltä, 4=Jonkin verran samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Elämätapoja parantamalla voi vaikuttaa positiivisesti verenpaineeseen					
Minulla on ylipainoa					
Tupakoin					
Käytän alkoholia säännöllisesti					
Syön kuitupitoista ruokaa					
Päivittäiseen ruokavalioon kuuluu hedelmät ja kasvikset					
Kaupasta on hyvä valita tuotteita, joissa on vähemmän suolaa					

## Liite 2: Saatekirje

Hei!

Olemme Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyön koskien työikäisten miesten verenpaineen seurantaan. Opinnäytetyössä hyödynnetään Aivoliiton Korvaamattoman Kovalevyn kohderyhmää ja lisätään samalla tietoa verenpaineesta ja sen vaikutuksesta yksilön terveyteen, sekä kohonneen verenpaineen yhteydestä aivotapahtumiin. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus palvelussa vuoden 2020 lopulla.

Kysely on tarkoitettu miehille ja se on täysin anonyymi, emmekä kerää henkilötietoja. Saatuja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä näytetä tai luovuteta kolmansille osapuolille. Saadut vastaukset hävitetään, kun opinnäytetyö on valmis. Vastaaminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa. Vastaaminen kyselyyn katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa alle 5 minuuttia. Aikaa vastaamiseen on 10.11.2020 asti. Sinun vastauksesi on meille tärkeä. Kiitos etukäteen!

Annamme tarvittaessa lisätietoa kyselystä.

Opinnäytetyön tekijät:

Satu Juha

[satu.juha@student.laurea.fi](mailto:satu.juha@student.laurea.fi)

Laurea-ammattikorkeakoulu

Karoliina Koskinen

[karoliina.koskinen@student.laurea.fi](mailto:karoliina.koskinen@student.laurea.fi)

Laurea-ammattikorkeakoulu