Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2012

Elisa Silvén & Annika Vesterinen

VUOROVAIKUTTEISEN VIRTU-KANAVAN OHJELMATUOTANTOA

– ohjausta ikääntyneiden lääkkeettömään verenpaineen hoitoon

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

2012 | 81 + 14

Ohjaaja: Sari Asteljoki

Elisa Silvén & Annika Vesterinen

VUOROVAIKUTTEISEN VIRTU-KANAVAN OHJELMATUOTANTOA – OHJAUSTA IKÄÄNTYNEIDEN LÄÄKKEETTÖMÄÄN VERENPAINEEN HOITOON

Toiminnallinen opinnäytetyö on osa kolmevuotista EU-projektia nimeltä VIRTU, joka tulee sanoista Virtual Elderly Care Services on Baltic Islands. Projektin tavoitteena on tukea saaristoalueilla asuvien ikääntyneiden kotona asumista, sosiaalista vuorovaikutusta, lisätä turvallisuutta ja parantaa elämänlaatua. Yhteisöllisellä tasolla tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintamalli, joka perustuu virtuaalisten teknologioiden hyödyntämiseen.

Työn tarkoituksena oli tuottaa virtuaalisesti ohjaustilanteita ikäihmisille. Työ toteutettiin yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Naantalin kaupungin kanssa. Lähetysten kohderyhmä oli Naantalin saariston alueella kotonaan asuvat ikäihmiset, omaishoitajat ja kuntoutujat. Tavoitteena oli tehdä monipuolisia lähetyksiä verenpainetaudista VIRTU-kanavan kuulijoille. Kahdessa ensimmäisessä lähetyksessä käsiteltiin verenpainetautia, sen riskitekijöitä ja liitännäissairauksia sekä kuulijoita ohjattiin oikeaoppiseen verenpainemittaukseen. Jälkimmäisissä lähetyksissä perehdyttiin ennaltaehkäisyyn ja verenpainetaudin lääkkeettömään hoitoon.

Lähetyksissä hyödynnettiin videovälitteistä tekniikkaa ohjauksen apuna. Niissä käytettiin erilaisia havainnollistamismenetelmiä sekä monipuolisia mielenkiintoa herättäviä toimintahetkiä. Vuorovaikutteisen television avulla saatiin luotua aktiivista keskustelua kuulijoiden kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään verenpainetaudin merkitystä, sen ennaltaehkäisyä ja lääkkeetöntä hoitoa. Teoriaosuudessa perehdytään myös hyvinvointiteknologian hyötyihin sekä ikääntyneiden virtuaalivälitteiseen ohjaukseen. Lisäksi työ sisältää raportin toiminnallisen osuuden suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Lähetysten avulla herätettiin kuulijoiden mielenkiinto omia elintapoja kohtaan ja korostettiin heidän vaikutusmahdollisuuksiaan omaan terveyteensä. Ohjelmista kuulijat saivat neuvoja, joiden avulla he voivat muuttaa pieniä asioita päivittäisissä elintavoissaan kohti terveellisempää elämää. Osallistumalla VIRTU-projektiin autoimme projektin etenemistä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamista.

ASIASANAT:

ikääntynyt, hyvinvointiteknologia, asiakasohjaus, verenpainetauti, terveys

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care, Degree Programme in Nursing | Nurse

2012 | 81 + 14

Instructor: Sari Asteljoki

Elisa Silvén & Annika Vesterinen

PRODUCTION OF INTERACTIVE VIRTU-CHANNEL – GUIDANCE TO NON-MEDICAL TREATMENT FOR ELDERLY

Functional thesis is part of three years long EU-project called VIRTU (Virtual Elderly Care Services on Baltic Islands). Project's goal is to support elderly people who live in home located in the archipelago and help them with social relations, improve safety and quality of life. At communal level the goal is to create functioning model of social and health services located in the archipelago, which is based on virtual technologies.

The purpose of this thesis was to produce virtually arranged guidance sessions to elderly people. The work was done together with Turku University Of Applied Sciences and the city of Naantali. The target group of broadcast sessions was elderly people, caregivers and rehabilitees. The goal was to produce diverse broadcasts regarding hypertension to the participants of VIRTU sessions. First two sessions included information about hypertension, its risks, co-morbidities and participants were guided to measure their blood pressure correctly. In the later sessions were concentrated deterring and non-medication treatment of hypertension.

The broadcasts were done by using video technology over the Internet. Different kind of demonstration ways and diverse actions were used to get people interested. With interactive television it was possible to create active conversations with people participating in the sessions.

The theory part of the thesis concentrates to the purpose of blood pressure disease, how to deter it and non-medical treatment. There is also dealing with benefits of the healthcare informatics and guiding elderly people by using virtual ways. This thesis also includes a planning report of functional part, implementation and valuation.

By using virtual broadcasts it was possible to get our participants interested in their living habits and highlighted their opportunities to affect their own health. Sessions gave advices to participants, which helps them to improve the little things regarding their daily habits towards healthier life. By participating to the VIRTU-project we supported the project to develop and made our mutual goals to happen.

KEYWORDS:

elderly, healthcare informatics, customer guidance, hypertension, health

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO **7**

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTUS **9**

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ **11**

3.1 Kohderyhmä 11

3.2 Toimeksiantaja ja aihevalinta 14

3.3 VIRTU-projekti ja sitä edeltävät hankkeet 14

3.4 Ohjaaminen ja terveyskasvatus 17

4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA IKÄÄNTYNEIDEN ARJESSA **20**

5 TERVEYS **24**

5.1 Terveystilanne Suomessa 24

5.2 Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky 28

6 VERENPAINETAUTI **31**

6.1 Verenpainetaudin riskitekijät 32

6.2 Kohonneen verenpaineen seulonta, toteaminen ja seuranta 34

6.3 Verenpainetaudin liitännäissairaudet 39

6.4 Verenpaineen hoito 44

6.5 Terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen ja ennaltaehkäisy 45

7 TOIMINNALLINEN OSUUS **51**

7.1 Tietoa verenpainetaudista -lähetys 51

7.1.1 Suunnittelu 52

7.1.2 Toteutus 53

7.1.3 Arviointi 55

7.2 Verenpainetaudin hoito -lähetys 57

7.2.1 Suunnittelu 57

7.2.2 Toteutus 59

7.2.3 Arviointi 61

8 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS **64**

9 POHDINTA **67**

LÄHTEET **74**

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2. Toteutussuunnitelma
Liite 3. Verenpaineen seurantakortti
Liite 4. Väittämät lähetyksessä 6.2.2012
Liite 5. Ensimmäisen lähetyksen kertaus
Liite 6. Humoristinen runo
Liite 7. Ravitsemussuositukset kohonneen verenpaineen hoidossa
Liite 8. Tuolijumppa
Liite 9. Väittämät 9.2.2012
Liite 10. Mielikuvamatka järven rannalle

KUVAT

Kuva 1. VIRTU-studio 51
Kuva 2. Verenpaineen tavoitearvot 54
Kuva 3. Ateroskleroosi 55

KÄYTETYT LYHENTEET

BMI	Body mass index, painoindeksi
HDL-kolesteroli	high density lipoprotein, ”hyvä kolesteroli”
kg/m2	painoindeksin yksikkö
mmHg	elohopeamillimetri
mmol	millimooli

1 JOHDANTO

Yhteiskuntamme tulevaisuuden haasteena on suurten ikäluokkien ikääntyminen ja sen myötä vanhuspalveluiden tarpeen kasvu. Pitkät välimatkat sekä hoitohenkilökunnan riittävyys luovat erityisen haasteen laadukkaiden vanhuspalveluiden toteutumiselle. Uusien palvelumuotojen kehittäminen on tärkeää, jotta palveluiden taso ja laajuus voidaan turvata myös syrjäseuduilla asuville. Virtuaalisen teknologian avulla mahdollistetaan tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan ja vanhusten yhteydenpito pitkistä välimatkoista huolimatta (VIRTU 2011a.)

Työmme toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Se on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle (Vilkka & Airaksinen 2004, 9). Opintoryhmämme oli mukana projektissa nimeltä VIRTU (Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands). VIRTU on osa laajempaa kehittämishanketta, jonka tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintamallia virtuaaliteknologiaa hyödyntäen. Projekti toteutetaan vuosina 2010–2013. VIRTU on uudenlainen sosiaalinen media ja hyvinvointipalvelu, jonka avulla ryhmä ihmisiä voi keskustella videoneuvottelulaitteen avulla. (VIRTU 2011a.)

Tarkoituksemme oli tuottaa VIRTU-kanavalle neljä lähetystä, joissa käsittelemme korkeaa verenpainetta, verenpainetaudin merkitystä terveyteen, sen ennaltaehkäisyä ja lääkkeetöntä hoitoa. Kohderyhmämme oli Naantalin saaristossa asuvat ikäihmiset, kuntoutujat ja omaishoitajat. Toiminnallista osuutta elävöitimme monipuolisia ohjausmenetelmiä käyttäen. Teimme lähetyksistä persoonallisia korostaen huumorin tärkeyttä osana hyvinvointia.

Lähetysten aihe oli tärkeä, koska verenpainetauti on yksi merkittävimmistä kansantaudeistamme. Suomalaisesta aikuisväestöstä lähes puolella voidaan todeta kohonnut verenpaine (Tikkanen & Salomaa 2009; Jula ym. 2009). Heistä vain puolet on tietoisia kohonneista arvoistaan (Mustajoki 2011). Haasteelliseksi toteamisen ja potilaan motivoimisen hoitoon tekee verenpainetaudin oireettomuus (Virtanen 2010).

Verenpaineen kohoamiseen vaikuttavat mm. perinnöllinen alttius ja elämäntapoihin liittyvät tekijät (Jula ym. 2009; Mustajoki 2011). Tavoitteenamme oli saada kuulijat ymmärtämään elämäntapojensa merkityksen omaan terveyteen ja hyvinvointiin. Pyrimme motivoimaan kuulijoita pieniin konkreettisiin elämäntapamuutoksiin, joiden avulla he voivat itse ennaltaehkäistä ja hoitaa mahdollista verenpainetautia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Opinnäytetyössä osallistuttiin kolmivuotiseen EU-projektiin nimeltä VIRTU. Projektissa kehitetään vuorovaikutuksellista television avulla tehtävää työmuotoa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus ja palveluiden saatavuus taataan myös kotona asuville vanhuksille ja heidän omaishoitajilleen. Projektin avulla pyritään kehittämään saaristossa asuville kattava ja toimiva palvelumalli. (VIRTU 2011a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ikäihmisille virtuaalisia ohjaustilanteita, jotka toteutettiin tekemällä terveysneuvontaa sisältäviä ohjelmia VIRTU-kanavalle. Ohjelmissa jaettiin hyödyllistä tietoa suurta osaa vanhusväestöä koskevasta verenpainetaudista ja samalla tuettiin kotona asuvien ikäihmisten ja omaishoitajien itsehoitovalmiuksia. Lähetyksissä keskityttiin elämäntapamuutoksiin, joiden avulla asiakas voi itse ennaltaehkäistä verenpainetautia tai sen pahenemista ja näin ollen asua kotona mahdollisimman pitkään. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli suunnitella ja toteuttaa neljä monipuolista ja kattavaa lähetystä VIRTU-kanavalle.

Tarkoituksena oli perehtyä verenpainetaudin viimeisimpään tutkimustietoon ja näin hankkia uusinta tietoa lähetysten tueksi. Verenpainetautia on tutkittu laajasti maailmalla, joten aihe rajattiin riskitekijöihin, oireisiin, lääkkeettömään hoitoon ja liitännäissairauksiin. Tarkoituksena oli selvittää asioita, joita tulee huomioida ohjatessa ikääntyneitä videovälitteisesti. Tarkoituksena oli myös havainnoida vuorovaikutteisen VIRTU-kanavan käyttöä yksinasuvien, kuntoutujien ja omaishoitajien arjessa sekä sen hyödynnettävyyttä hoitotyössä ja ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat kysymykset:

- Millainen on ikääntyneiden terveystilanne Suomessa?
- Mikä on verenpainetaudin merkitys ja millaista on hyvä lääkkeetön hoito ja ennaltaehkäisy?

- Kuinka tuottaa kattava ja mielenkiintoinen ohjaustilanne virtuaalisesti?
- Miten hyvinvointiteknologiaa voidaan hyödyntää potilasohjauksessa?

Kirjallisuuskatsausta ohjaaviin kysymyksiin haettiin vastauksia systemaattisen tiedonhaun avulla. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Medline ja Cinahl. Hakusanoina suomalaisissa tietokannoissa olivat korkea verenpaine, verenpainetauti, virtuaalinen, ohjaus sekä ikääntynyt. Kansainvälisissä tietokannoissa hakusanoina käytettiin blood pressure, hypertension, elderly, treatment ja cardiovascular.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä VIRTU-kanavan kuulijoille monipuolisia ohjelmia verenpainetaudista. Lähetyksissä tavoitteena oli keskittyä erityisesti verenpainetaudin ennaltaehkäisyyn ja lääkkeettömään hoitoon sekä korostaa elämäntapamuutosten merkitystä verenpainetaudin hoidossa ja tukea ikäihmisiä hoitamaan itseään tarkoituksenmukaisella tavalla. Tavoitteena oli myös saada kuulijat pohtimaan omia elintapoja sekä niiden vaikutuksia terveyteen. Lähetyksissä pyrittiin motivoimaan kuulijoita muuttamaan pieniä asioita päivittäisissä elintavoissaan terveellisempään suuntaan. Tavoitteena oli selkeyttää ja monipuolistaa ohjelmia konkreettisin keinoin videokuvan välityksellä, jotta ohjelmat olisivat mahdollisimman mielenkiintoisia ja helposti ymmärrettäviä. Tavoitteena oli myös luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta kuulijoiden kesken sekä tukea asiakkaita VIRTU-kanavan aktiivisiksi käyttäjiksi.

Opinnäytetyö aloitettiin tiedonkeruulla verenpainetaudista, sen merkityksestä ja lääkkeettömästä hoidosta. Esitykset suunniteltiin ja toteutettiin hyödyntäen tiedonkeruusta saatuja tuloksia. Lähetysten kuulijaryhminä olivat Naantalin saariston alueella kotonaan asuvat ikäihmiset, omaishoitajat ja kuntoutujat. Kuulijat oli jaettu kahteen ryhmään: Telkät ja Tiirat. Molemmille ryhmille pidettiin kaksi ohjelmaa. Lähetysten aikana tehtiin havaintoja sekä omasta että asiakkaiden toiminnasta. Lähetysten jälkeen arvioitiin havaintojen perusteella toiminnallisen osuuden onnistumista ja tehtiin työstä kirjallinen raportti.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on viimeaikoina alettu ohjaamaan suuntaan, jossa korostuu käytännönläheisyys ja työelämälähtöisyys. Vähitellen joukkoon on tullut myös toiminnalliset opinnäytetyöt, joissa korostuvat erityisesti tekemisen, taitojen ja ammatillisen käytännön osaamisen merkitys. (Vilkka & Airaksinen 2004, 69.) Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksiosainen kokonaisuus johon kuuluu toiminnallinen osuus eli produkti sekä opinnäytetyöraportti, joka sisältää dokumentoinnin ja arvioinnin tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkka & Airaksinen 2004, 65.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään viestinnällisin ja visuaalisin keinoin luomaan eheä kokonaisuus, josta näkyy tavoitellut päämäärät. Toiminnallinen opinnäytetyö tulee mukauttaa niin, että se palvelee kohderyhmää mahdollisimman hyvin. Lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. (Vilkka & Airaksinen 2004, 51.) Tuotoksemme koostui virtuaalivälitteisistä terveysneuvontaa sisältävistä ohjaustuokioista ikääntyneille.

3.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyömme toteutettiin yhteistyönä Turun ammattikorkeakoulun ja Naantalin laajentuneen saaristokaupungin kanssa. VIRTU-lähetyksiin osallistui ikääntyneitä Naantalin kaupungin alueelta. Lähetyksiin osallistuvina yhteistyötahoina toimivat Rymättylän Katavakoti, Velkuan Kummeli-keskus, Naantalin vanhainkoti sekä Merimaskun ja Naantalin kotihoito.

Naantalin kaupunki laajentui kuntaliitosten myötä vuonna 2008. Naantalin kuntaan liittyi Merimasku, Rymättylä sekä Velkua. Lisäksi vuonna 2011 Maskusta Naantalin kaupunkiin liittyivät Livonsaari ja Lempisaari. (Kuntaliitos 2011.) Kaupunkiin kuuluu kooltaan ja väestöpohjaltaan merkittävä saaristoalue. Kaupungin saaristo-osien saavutettavuus kaupungin sisällä vaihtelee suuresti ja osassa

saarista kulkuyhteydet ovat ongelmalliset. (Naantalin kaupungin saaristo-ohjelma vuosille 2010–2012 2010.) Kuntaliitoksen myötä Naantalista tuli laaja-alainen kunta, joten toimme työssämme esiin vanhojen kuntien nimet, jotta lukijan on helpompi kartoittaa asiakkaiden asuinpaikat saaristossa.

Saaristolain mukaan saaristokäsite kattaa merialueen ja järvien saaret, joihin ei ole kiinteää tieyhteyttä sekä sellaiset saaret ja mantereen alueet, jotka ovat verrattavissa saaristoon (Laki saariston kehityksen edistämisestä 26.6.1981/494). Valtion ja kuntien on pyrittävä turvaamaan saariston kiinteä asutus luomalla väestölle riittävät mahdollisuudet toimeentuloon, peruspalvelujen saantiin ja liikkumiseen sekä suojata saariston maisemakuvaa ja luontoa. Kiinteät liikenneyhteydet ovat ehdoton edellytys saariston vakituisen asutuksen säilymisen kannalta. Saariston pysyvän asutuksen edellytyksenä on peruspalveluiden saatavuus. (Auri 2010.)

Saaristoasian neuvottelukunnan teettämän saariselvityksen mukaan yksinkertainen ja luonnonläheinen elämäntapa vetää edelleen puoleensa, vaikka palveluiden saatavuus ja elinolot ovat haasteellisempia. Saariston vakituinen väestö on hiljalleen vähentynyt ja ikääntynyt viime vuosien aikana harvaan asutun maaseudun tavoin. Saariston vakituisista asukkaista lähes neljännes oli yli 65-vuotiaita. Usein ikääntyminen nähdään saaristoissa kielteisenä ilmiönä, mutta toisaalta eläkeläiset ovat entistä aktiivisempia ja myös merkittävä voimavara harvaanasutuilla alueilla. Ikääntyneitä ei nähdä niinkään uusien elinkeinojen kehittäjinä, vaan palveluiden käyttäjinä. (Auri 2010.)

Naantalin kaupungin tekemän saaristo-ohjelman (2010–2012) myötä kuntien välisessä yhdistymissopimuksessa on sovittu, että saariston kehittämistä kaupungissa ohjataan erillisellä saaristo-ohjelmalla. Saaristolain mukaan valtion ja kuntien on huolehdittava, että saariston vakinaisilla asukkailla on käytettävissään peruspalvelut sekä saaristo-oloissa tarvittavat erityispalvelut kohtuullisella etäisyydellä ja kohtuullisin kustannuksin. Peruspalveluiksi katsotaan mm. terveys- ja sosiaalitoimen lähipalvelut. (Naantalin kaupungin saaristo-ohjelma vuosille 2010–2012 2010.)

Naantalin saariston peruspalvelut ovat nykyisellään hyvät, mutta joidenkin palveluiden järjestäminen saariin on hankalaa ja aikaa vievää. Liikenneyhteyksien vuoksi osa palveluista ei ole kaikkien, lähinnä saarissa asuvien saavutettavissa. Naantalin saaristo-ohjelman yksi painopiste on peruspalvelun kehittäminen. Uusia palvelumuotoja pyritään kehittämään mm. erikoispalveluilla, kuten terveydenhoitajien saarikierroksilla. Lisäksi saariston palvelutasoa ja hyvinvointia tutkitaan ja kehitetään osana hyvinvointisuunnitelmaa, jonka yhteistyötahona toimii Turun ammattikorkeakoulu. (Naantalin kaupungin saaristo-ohjelma vuosille 2010–2012 2010.)

Ohjelmien kuulijaryhminä olivat Naantalin saariston alueella kotonaan asuvat ikäihmiset, omaishoitajat ja kuntoutujat. Kuulijaryhmät oli jaettu syksyllä 2011 kahteen ryhmään, jotka olivat Telkät ja Tiirat. Ryhmät oli tarkoituksenmukaisesti jaettu niin, että vertaistuki mahdollistuu. Aamupäivän Telkät-ryhmään kuului yksinasuvia ikäihmisiä. Ryhmässä oli kahdeksan naista ja yksi mies. Asiakkaat olivat Merimaskun, Rymättylän, Velkuan, Eckerön ja Naantalin keskustan alueilta. Lisäksi videoneuvottelulaitteita sijaitsee laajentuneen Naantalin vanhusten toimipaikoissa, joissa ikääntyneillä on mahdollisuus osallistua lähetyksiin. Iltapäivän Tiirat-ryhmään kuului omaishoitajia ja kuntoutujia. Suurin osa ryhmäläisistä toimii puolisoidensa omaishoitajina. Ryhmässä oli yksitoista asiakasta, joista yksi oli mies. Omaishoitajat asuivat Merimaskun, Rymättylän ja Velkuan alueilla ja kuntoutujat puolestaan kanta-Naantalin alueella. Naantalin vanhainkodin on myös tarkoitus olla viikoittain virtuaalisesti yhteydessä päivätoiminnassa käyvien kuntoutujien kanssa. (Jokela 6.2.2012.)

Suomessa oli vuonna 2009 yli miljoona yksinasuvaa. Yksin asuvalla tarkoitetaan talouksia, joissa asuu ainoastaan yksi henkilö. Yksinasuvien määrä on kasvanut tasaisesti ja on nykypäivänä yleisin asumismuoto. (THL 2009.)

Henkilöllä, joka ei sairauden, vammaisuuden tai muun erityisen syyn vuoksi selviydy arjestaan omatoimisesti, on usein omaishoitaja. Hoitavana omaisena toimii usein iäkkään henkilön puoliso tai lapsi. Omaistaan auttaa yli miljoona suomalaista, joista pääasiallisia omaishoitajia on lähes 300 000. (Suomen omaishoidon verkosto 2012.)

Kuntoutuja on henkilö, jolla on esimerkiksi sairauden tai vamman aiheuttama toimintakyvyn heikentymä. Kuntoutuja tarvitsee ja käyttää kuntoutuspalveluja toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi. Kuntoutuksella pyritään edistämään sairaan, vammaisen tai vajaatoimisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja mahdollista työllistymistä. (STM 2011.)

3.2 Toimeksiantaja ja aihevalinta

Opinnäytetyömme alkoi toimeksiantosopimuksen allekirjoittamisella (Liite 1). Toimeksiantajana oli Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalveluiden VIRTU-projekti ja työn ohjasi terveysalan opettaja. Toimeksiantajat suunnittelivat yhdessä aihealueita VIRTU-projektin lähetyksiin. Aihepiirejä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, neurologiset sairaudet sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Lisäksi opintoryhmämme teetti tyytyväisyyskyselyt sekä VIRTU-projektin asiakkaille että Naantalin kaupungin hoitohenkilökunnalle. Opintoryhmämme tuotti kanavalle yhteensä 24 ohjelmaa.

Saimme toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi sydän- ja verisuonisairaudet, joista asiakkaamme valitsivat neljästä vaihtoehdosta kaksi mielenkiintoisinta aihetta. Vaihtoehtoisia aiheita oli sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta sekä verenpainetauti. Suurinta mielenkiintoa kuulijoissa herätti verenpainetauti. Muut aiheet saivat kannatusta tasaisesti. Päätimme valita aiheista ainoastaan verenpainetaudin, koska halusimme paneutua sen sisältöön kunnolla. Tarkoituksena oli löytää uusinta tutkimustietoa verenpainetaudista ja antaa asiakkaille kattava tietopaketti juuri heidän tarpeisiinsa vastaten.

3.3 VIRTU-projekti ja sitä edeltävät hankkeet

VIRTU tulee sanoista Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands. Projekti on kolmivuotinen EU-projekti, jota toteutetaan vuosina 2010–2013. Projektin päärahoituksesta vastaa EU:n Central Baltic-ohjelma. VIRTU:a rahoittavat myös Varsinais-Suomen liitto sekä Ahvenanmaan maakuntahallitus. (VIRTU 2011a.)

VIRTU-kanava on uudenlainen sosiaalinen media ja hyvinvointipalvelu, joka on suunnattu erityisesti vanhuksille. Palvelun toteutus tapahtuu videoneuvottelulaitteen avulla. Palvelulaitteen avulla käyttäjä voi olla kuva- ja ääniyhteydessä yhteen tai useampaan henkilöön samanaikaisesti. VIRTU-kanavalla voi osallistua eri aiheisiin keskustelutuokioihin sekä liikunta- ja lauluhetkiin. VIRTU-kanavan avulla voi myös lähetysten ulkopuolella pitää yhteyttä muihin käyttäjiin tai hoitohenkilökuntaan. (VIRTU 2011b.)

VIRTU-projektia toteutetaan Suomen, Ahvenanmaan ja Viron saaristoalueilla. Eri ammattikorkeakoulut toteuttavat palvelua yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä muiden julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin kanssa. Projektin koordinoinnista vastaa Turun ammattikorkeakoulu. (VIRTU 2011a.)

VIRTU-projekti on kehitetty väestön ikääntymisen ja vanhuspalveluiden tarpeen kasvun vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja kehittämiseen vaikuttavat maantieteelliset seikat, kuten saariston pitkät välimatkat, osaavan henkilökunnan saatavuus sekä väestön ikääntymisen ja palveluiden uudistamistarpeet. Erityisesti syrjäisillä seuduilla on kiinnitettävä huomiota toimintamallien kehittämiseen, jotta palveluiden laajuus ja taso pystytään turvaamaan myös tulevaisuudessa. (VIRTU 2011a.)

VIRTU-projektin tavoitteena on tukea syrjäisemmillä seuduilla asuvien vanhusten kotona asumista ja sosiaalista vuorovaikutusta, lisätä turvallisuudentunnetta ja parantaa elämänlaatua. Yhteisöllisellä tasolla tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintamalli, joka perustuu virtuaalisten teknologioiden hyödyntämiseen. Palvelumallin tarkoituksena ei ole korvata olemassa olevia palveluita vaan täydentää niitä. Palvelumalli hyödyttää ikääntyneiden lisäksi kuntia ja niiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. (VIRTU 2011a.)

Tarkoituksena on, että palvelumallina VIRTU-kanava leviää laajasti kokeilukuntien ulkopuolelle projektin päätyttyä. Vuorovaikutteisen hyvinvointipalvelun edut ja hyödyt nähdään kunnan peruspalveluja monipuolistavana vaihtoehtona. VIR-

TU-kanava pyrkii kiinnittämään huomiota käyttäjien kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja kannustamaan aktiiviseen elämään. Tulevaisuuden visiossa palvelun tuottamisen tavat monipuolistuvat ja kaikkien halukkaiden on mahdollista hankkia VIRTU-kanava itselleen. (VIRTU 2011a.)

VIRTU-projektin edeltäjinä toimivat KOTIIN- sekä Turvallinen Koti-hanke, joissa Turun ammattikorkeakoulu on ollut vahvasti mukana. Molemmat hankkeet olivat Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittamia. (Turvallinen Koti 2012; Kotiin 2012.) KOTIIN-hanke toteutettiin vuosina 2006–2008 ikääntyvien kotona selviytymisen tueksi. Hanke oli osa InnoELLI Senior 2006–2007-hankekokonaisuutta, jonka tavoitteena oli edistää ikääntyville suunnattujen hyvinvointipalveluiden kehittymistä Etelä-Suomessa. Ensimmäistä kertaa HyvinvointiTV käynnistettiin keväällä 2006 espoolaisten omaishoitajien kanssa Kotiin-hankkeen yhteydessä. Hankkeessa HyvinvointiTV:n ohjelmatarjontaa kehitettiin sairaalasta kotiutuville ikääntyville ja korkean sairausriskin omaaville kotihoidon asiakkaille. (Kotiin 2012.)

Turvallinen Koti-hanke oli asiakkaiden, korkeakoulujen, kuntien, yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteinen hanke, jossa kehitettiin e-hyvinvointipalvelukonseptia hyödyntäen HyvinvointiTV:tä sekä muita soveltuvia teknologiamuotoja. Hanke toteutettiin 2008–2011 välisenä aikana ja sen tavoitteena oli tuottaa hyvinvointia ja arkea tukevia, ennaltaehkäiseviä virtuaalipalveluita asiakkaiden koteihin. Turvallinen Koti-hankkeessa asiakasryhmät laajennettiin ikääntyvistä lapsiperheisiin, nuoriin, kehitysvammaisiin henkilöihin ja mielenterveyskuntoutujiin. Turvallinen Koti-hanketta toteutettiin Varsinais-Suomen, Uudenmaan ja Kymenlaakson alueella. (Turvallinen Koti 2012.)

HyvinvointiTV oli Laurea-ammattikorkeakoulun, Videra Oy:n ja Espoon kaupungin yhteinen tutkimus- ja kehitystyön tulos. Samoin kuin VIRTU-projektissa, perustui myös HyvinvointiTV virtuaalisiin, hyvinvointia edistäviin ohjelmiin, jotka tuotettiin asiakkaalle vuorovaikutteista kuvayhteyttä käyttäen. HyvinvointiTV:n asiakkaat olivat sosiaali- ja terveystoimen sekä kolmannen sektorin asiakasryhmiä. HyvinvointiTV:n ohjelmatarjonta koostui mm. ohjatuista toimintatuokiois-

ta, asiantuntijatapaamisista ja interaktiivisista keskusteluohjelmista. (Turvallinen Koti 2012.)

Aikaisempien hankkeiden osalta on koottu tutkittua tietoa HyvinvointiTV:n käyttäjiltä. Vastaajista 40,4 % oli sitä mieltä, että HyvinvointiTV oli edistänyt kotona asumisen turvallisuutta. Vastaajista 40 % oli täysin samaa mieltä yksinäisyyden tunteen vähentymisestä ja 20 % oli jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastaajista 26 % oli täysin samaa mieltä ja 42,2 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että HyvinvointiTV oli lisännyt päivittäistä aktiivisuutta. Terveydellisiin kysymyksiin oli saanut apua 62,8 % ja ravitsemuksesta lisätietoa raportoi saaneensa 69,8 %. (Lehto & Leskelä 2011, 84.) Tutkimustulosten perusteella voimme todeta aikaisempien hankkeiden olleen hyödyllisiä ja tukeneen edistyksellisesti ikäihmisten kotona asumista.

3.4 Ohjaaminen ja terveyskasvatus

Asiantuntijuus on jatkuvaa kasvua ja kehittymistä vaativa ominaisuus. Ammatillinen pätevyys lisääntyy jatkuvan tiedonhankinnan ja kokemuksen myötä. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17.) Hoitoalan ammateissa on tärkeää asiakkaan ammattitaitoinen kohtaaminen. Taitavan kohtaamisen taustalla on runsaasti ns. äänetöntä tietoa, joka syntyy kokemuksen kautta. Äänetön tieto on intuitiivista herkkyyttä aistia eri tilanteita ja osata muuttaa omaa toimintaa niiden vaatimaan suuntaan. (Laine ym. 2005, 224.)

Ohjaus-käsitettä käytetään rinnakkain neuvonnan ja tiedonantamisen kanssa. Ohjausta korostaa sen vastavuoroisuus ja aktiivisuus osapuolten välillä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä parantaa elämäänsä toivomallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjaus-käsitteelle tyypillisiä ominaispiirteitä ovat ohjattavan ja ohjaajan kaksisuuntainen konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta. Ohjauksessa pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta, kun taas neuvontaan ja tiedonantamiseen voidaan liittää ohjeiden antamista ja hyvien toimintamallien ehdottamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Ohjauksessa

asiakas on aktiivinen ongelman ratkaisija (Kyngäs ym. 2007, 25). Siinä pyritään ohjattavan ja ohjaajan fyysiseen, kielelliseen ja tunteisiin liittyvään vuorovaikutukseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005).

Terveydenhuollossa yksilöohjauksella tarkoitetaan tilannetta, jossa ohjaaja työskentelee yhden ohjattavan kanssa kahden kesken. Vuorovaikutusta pidetään yksilöohjauksen kulmakivenä. Potilaat hyötyvät yksilöohjauksesta, koska vuorovaikutustilanteessa heillä on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen. Yksilöohjaus perustuu luottamukseen. Keskusteluissa tulee olla välittävä ja avoin keskusteluilmapiiri. (Kyngäs ym. 2007, 74, 79–81.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä. Ryhmäohjausta annetaan erilaisissa, eri tarkoitusta varten kootuissa potilasryhmissä. Ryhmäohjaus saattaa olla joissakin tapauksissa yksilön kannalta tehokkaampaa kuin yksilöohjaus, koska ryhmän antama vertaistuki auttaa potilasta jaksamaan ja saavuttamaan tavoitteensa. Ryhmän tunnuspiirre on jäsenten vuorovaikutus, joka ei aina ole sanallista. Ryhmän yhteiset tavoitteet antavat edellytykset sille, että ryhmää voidaan käyttää ohjauksessa voimavarana. Yhteinen tavoite auttaa sitoutumaan tavoitteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 104–105.) Ohjaajalla tulee olla taito työskennellä ryhmän kanssa sekä kyky tunnistaa omat ohjaustaitonsa sekä erilaiset ohjausmenetelmät (Kyngäs ym. 2007, 110–111).

Ikääntyneen asiakkaan ohjaustarve on usein erilainen kuin muun väestön. Ikääntyneiden ohjaamisessa saattaa haasteena olla esimerkiksi heikko näkö tai kuulo, fyysiset rajoitteet tai muistihäiriöt. Ikääntynyt asiakas saattaa tarvita ydinasioihin painottuvaa, lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. Suuri haaste ovat erityisesti asiakkaat, jotka kokevat itsensä terveeksi, mutta joiden terveydentila vaatisi hoitoa. Esimerkiksi kohonnut verenpaine vaatii elintapojen muuttamista, vaikka oireita ei yleensä ilmaannu. Tällöin ohjauksen tärkein alue on asiakkaan motivointi. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

Ikääntyneen ohjauksessa tulee puhua selkeästi ja rauhallisesti. Ohjaajan tulee tarkkailla kuulijoita ja huomioida kuuleeko ja näkeekö jokainen henkilö esiinty-

jän. Ohjaajan tulee huomioida ja arvostaa ikääntyneiden kuulijoiden elämänkokemusta ja osaamista. Ikääntyneiden elämänkokemusta on hyvä hyödyntää ohjaustilanteessa. Uutta asiaa ohjatessa tulee näyttää ja kertoa kaikki vaiheet selkeästi ja rauhallisesti. (Laine ym. 2005, 327.)

Terveyskasvatus on ohjauksen rinnalla merkittävässä roolissa työmme toiminnallisessa osuudessa. Terveyskasvatus on terveyttä edistävien tietojen ja taitojen opettamista yksilölle, ryhmälle tai yhteisölle. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan terveyttä edistävien, sairauksia ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä, neuvontaa ja ongelmien ratkaisua terveydenhuollossa. (Kumpusalo ym. 2005.) Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen ja sairauksien ehkäisy edellyttävät perehtynyttä toimintaa samojen periaatteiden mukaisesti monilta tahoilta (Vartiainen ym. 2008).

Perinteisten ohjaajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen perustuvien työmuotojen rinnalle on kehitetty uusia työmuotoja (Vuorinen 2006, 5). Nykyään puhutaan multimediasta, jolla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla yritetään aistien välityksellä saada oppijassa aikaan informaation prosessointia (Peltonen 2004, 82). Uusimpia innovaatioita ovat erilaiset tieto- ja viestintäteknologiset sovellukset sekä Internetin hyödyntäminen ohjauksessa (Vuorinen 2006, 5). Verkko-opetuksessa koulumaisuus vähenee ja mahdollistaa joustavan opiskelutavan (Peltonen 2004, 83).

4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA IKÄÄNTYNEIDEN ARJESSA

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan teknisiä ja tietoteknisiä ratkaisuja, joilla vaikutetaan ikääntyvän elämänlaatuun, hyvinvointiin ja terveyteen. Teknologiaa hyödyntämällä voidaan parantaa ikääntyneen arjessa selviytymistä. Hyvinvointiteknologian avulla voidaan luoda turvallisuudentunnetta niin ikääntyneelle itselleen kuin hänen lähipiirillekin. (Välikangas 2006; Juntunen 2012.)

Hyvinvointiteknologia voidaan määritellä sekä erikoistuneeksi kommunikaatioteknologiaksi että avustavaksi teknologiaksi. Kommunikaatioteknologia mahdollistaa yhteyden kodin ulkopuolelle, siirtää tietoa tai varoittaa vaarasta. Hyvinvointiteknologia helpottaa arjessa selviytymistä fyysisen toimintakyvyn, aistien ja muistin aletessa. (Välikangas 2006, 18.) Hälytys-, kutsu- ja valvontajärjestelmät, aktiiviset tai passiiviset ilmaisimet ja anturit sekä muistuttajat ja ajastimet tuovat turvallisuuden tunnetta. Valaistuksen automaattinen säätö ja ovipuhelin helpottavat arkea. Hyvinvointiteknologisilla laitteilla voidaan ehkäistä vakavia terveydellisiä haittoja ja vähentää onnettomuuksia tai unohtamisen negatiivisia seurauksia. (Juntunen 2012.)

YK:n määritelmän mukaan ikääntyneitä ovat 60-vuotiaat ja tätä vanhemmat ihmiset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Ikääntyminen on sarja erilaisia ja eri tahtiin eteneviä muutoksia, joita ei voida pysäyttää. Ikääntyminen tuo mukanaan luopumista, mutta se voi tuoda elämään myös uutta mielenkiintoista sisältöä. Ikääntyminen ei myöskään johda automaattisesti heikentyneeseen toimintakykyyn tai syrjäytymiseen, vaan siihen voi kuulua myös hyvinvoinnin lisääntymistä ja kehitysmahdollisuuksia haluamillaan alueilla. (Vallejo Medina ym. 2006, 11.)

Biologisen vanhenemisen myötä toimintakyky heikkenee ja päivittäiset toiminnot alkavat viedä enemmän aikaa ja ovat haasteellisempia kuin aikaisemmin. Vaikka vanhenemisen aiheuttamat muutokset tapahtuvat yksilöllisesti, ovat toimintakyvyn häiriöt 65 vuotta täyttäneillä kaksi kertaa yleisempiä kuin heitä nuorem-

milla. Vahvimmin ikääntyneiden toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet sekä aistien heikkenemisen tuomat ongelmat. (Verma & Hätönen 2011.)

Seurantatutkimusten perusteella on osoitettu, että lievät häiriöt toimintakyvyssä etenevät ikääntyneillä nopeasti. Erilaisia teknologisia sovelluksia hyödyntämällä voidaan hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä. Ikäihmisten avuksi kehitetty teknologia on pyritty integroimaan johonkin tuttuun, jo käytössä olevaan laitteeseen. Teknologisista laitteista on pyritty tekemään myös mahdollisimman helppokäyttöisiä. (Verma & Hätönen 2011.)

Päivittäisten toimintojen apuvälineillä korvataan rajoittuneen toimintakyvyn aiheuttamia ongelmia. Esimerkiksi ympäristönhallintalaitteet, muistuttajat ja ajastimet, pyörätuoli, pesevä ja kuivaava wc-istuin, porrasnostin tai -hissi ovat hyvinvointiteknologisia apuvälineitä, jotka tuovat käyttäjälleen myös mukavuutta. Terveydentilan jatkuva seuranta on myös mahdollista teknologian avulla. Esimerkiksi hyvinvointirannekkeen avulla asiakas saa avun paikalle silloin, kun ei itse enää pysty toimimaan. Rannekkeessa on turvapuhelimen hälytyspainikkeen lisäksi sensoreita, jotka keräävät tietoa elimistön tilasta. Laite hälyttää aktiivisesti, mikäli se havaitsee elimistön tilassa merkittävän poikkeaman. (Juntunen 2012.)

Tutkimuksen (Juntunen 2012) mukaan hoitotyön henkilökunta näki hyvinvointiteknologisten apuvälineiden edistävän ikääntyvän itsemääräämisoikeuden, tasavertaisuuden, vapauden ja turvallisuuden tunteen kasvua. Kotihoidon työntekijät suhtautuivat myönteisesti hyvinvointiteknologian käyttöönottoon, mutta he pitivät ikääntyvien asenteita teknologiaa kohtaan torjuvina. Ikääntyneet sanoivat haastattelussa hyväksyvänsä teknologiset laitteet, jos he kokevat niistä olevan hyötyä. Ikääntyneillä käyttäjillä ilmeni aluksi korkea kynnys lähteä käyttämään hyvinvointiteknologisia apuvälineitä. Lisäksi laitteiden käytön opettelu herätti huolta ja ikääntyneet epäilivät apuvälineen toimivuutta. Kun käyttäjä oli saanut positiivisen kokemuksen omasta oppimisestaan ja laitteen hallinnasta sekä havainnut, miten laite helpotti arkea, hän hyväksyi laitteen jokapäiväiseen käyttöön.

Tutkimuksen mukaan laitteet helpottivat päivittäistä hoitotyötä ja mahdollistivat ikääntyneen kotona asumisen pidempään. Vastoin ennakko-odotuksia, hoitajat totesivat, ettei hyvinvointiteknologia säästä hoitajien aikaa. Omaishoitajien mielestä teknologiset apuvälineet toivat turvallisuutta ja mukavuutta ikääntyville. Teknologian tuoma turvallisuudentunne korostui ikääntyneiden keskuudessa. Haastatellut kertoivat kokemuksiaan hyvinvointiteknologisten apuvälineiden käytettävyyttä heikentävistä tekijöistä, kuten laitteiden tukipalveluiden puutteista ja laitteiden hankinta- ja käyttökustannuksista. Erityisesti uusimmissa korkean teknologian laitteissa oli havaittu toimintahäiriöitä. (Juntunen 2012.)

Nykypäivänä ihmiset ovat tottuneempia käyttämään teknisiä laitteita, joten todennäköisesti tulevaisuudessa teknologisten sovellusten hyödyntäminen ikääntyneiden keskuudessa yleistyy. Teknologisen kehityksen tavoitteeksi voidaankin asettaa pyrkimys selviytyä jokapäiväisestä arjesta. Uusille teknologiapalveluille tulee kysyntää eliniän kasvaessa, ikääntyneiden toimintakyvyn kohentuessa ja eläkeiän noustessa. Kehittämisessä tulee kuitenkin huomioida ikäihmisten asteittainen toimintakyvyn heikkeneminen. (Verma & Hätönen 2011.)

Hyvinvointiteknologiassa hyödynnetään usein tietokonetta ja Internettiä. KÄKÄTE-projektin (Käyttäjälle kätevä teknologia -projektin) teettämästä tutkimuksesta kävi ilmi yli 75-vuotiaiden syrjäytyminen tietoyhteiskunnasta. Tutkimuksen mukaan iäkkäimmät ihmiset ovat muuhun väestöön nähden eriarvoisessa asemassa, kun puhutaan tietokoneen ja Internetin käytöstä. Iäkkäimmät sekä yksinäiset vanhukset jäävät usein lähes kokonaan tietoyhteiskunnan ulkopuolelle. (Verma & Hätönen 2011.)

Tutkimuksessa selvitettiin myös 75–89-vuotiaiden kotona asuvien ikäihmisten näkemyksiä elinoloistaan sekä suhtautumisestaan teknologiaan ja teknisiin apuvälineisiin. Tutkimustulosten perusteella 85–89-vuotiaista 11 %:lla on käytössään tietokone ja vain 6 %:lla Internet. Kaikilla 75–89-vuotiailla vastaavanlaiset luvut ovat 23 % ja 19 %. Suhteutettuna koko väestöön lähes 300 000 ikäihmistä jää täysin vaille Internetin tarjontaa. Usein puhutaan siitä, kuinka hyvä ja tarpeellinen apu Internet olisi etenkin huonokuntoisille ikäihmisille, joiden on vaikea asioida kodin ulkopuolella. Yksinäisten ikäihmisten on ajateltu hyötyvän

sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, jonka internet mahdollistaa. Tutkimuksen perusteella näin ei kuitenkaan käytännössä ole. Tutkimustuloksista selviää, että Internetin käyttäjiä on vähiten sellaisten ikääntyvien joukossa, joilla on vain vähän läheisiä ihmissuhteita tai jotka ulkoilevat harvoin. (Verma & Hätönen 2011.)

5 TERVEYS

Maailman terveysjärjestön, WHO:n määritelmän mukaan ”terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila”. Määritelmää on arvosteltu runsaasti, koska tällaista tilaa ei ole mahdollista kenenkään saavuttaa. Määritelmää on myöhemmin täydennetty, että ”terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet sekä fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa”. (Huttunen 2011.)

Terveys ja sairaus eivät ole ainoastaan lääketieteellisiä, biologisia tai ihmisen fyysistä puolta tarkoittavia asioita, vaan ne koskettavat ihmistä kokonaisvaltaisesti. Psykologinen terveyskäsitys korostaa terveyden kokemuksellista puolta. Sen mukaan terveys ilmenee subjektiivisena hyvänolon tunteena sekä mahdollisten terveyttä horjuttavien häiriöiden tiedostamisena. Kokemuksellista puolta ihmisen terveydestä on alettu yhä enemmän arvostaa. Sosiologinen terveyskäsitys pitää terveyttä toimintakykyisyytenä, johon kuuluu mm. kyky tehdä työtä, toimia ja tuottaa. Terve ihminen on kykeneväinen toimimaan sosiaalisissa rooleissaan ja yhteiskunnan jäsenenä. (Laine ym. 2005, 205–206.)

Jokainen ihminen määrittää oman terveytensä omalla tavallaan ja se saattaa poiketa lääkärin tai muiden ihmisten käsityksestä. Ihminen voi tuntea itsensä täysin terveeksi, vaikka hänellä olisi monia vaikeita sairauksia. (Laine ym. 2005; Huttunen 2011.) Henkilökohtaiseen arvioon vaikuttavat voimakkaasti omat tavoitteet sekä elinympäristö. Tärkeäksi terveyden osaksi koetaan riippumattomuus, kyky huolehtia itsestään ja mahdollisuus päättää omista asioistaan. (Huttunen 2011.)

5.1 Terveystilanne Suomessa

Suomalaisten elinajanodote on kasvanut tasaisesti vuosikymmenien aikana. Eliniän odote vuonna 2009 naisilla oli lähes 83 vuotta ja miehillä lähes 76 vuot-

ta. (Suomen ASH 2011.) Naisilla se ylittää EU:n keskiarvon, miehillä taas jää noin vuoden verran keskiarvon alapuolelle. Viime vuosikymmeninä elinajan odotteen kasvu ei enää ole johtunut lasten ja nuorten kuolleisuuden vähenemisestä, vaan monien kansansairauksien siirtymisestä myöhempään ikään ja iäkkäiden kuolleisuuden vähenemisestä. Tavoitteena on että suotuisa kehitys jatkuisi edelleen. (Kauhanen 2004; Suomen ASH 2011.)

Vuoden 2007 FINRAVINTO-tutkimus osoittaa, että suomalaisten ruokavalio on muuttunut viime vuosien aikana terveellisempään suuntaan. Tyydyttyneitä rasvoja käytetään vähemmän ja monityydyttyneiden rasvojen käyttö on lisääntynyt. Tyydyttyneiden rasvojen käyttöä tulisi kuitenkin edelleen vähentää, jotta päästäisiin nykyisestä 12–13 %:n energian saannista suositusten mukaiseen 10 %:iin. (Vartiainen ym. 2008.) Tuoreiden kasvisten päivittäissyönti on lisääntynyt sekä miesten että naisten keskuudessa viimeisten vuosikymmenien aikana. Vuonna 2010 miehistä 32 % ja naisista 50 % ilmoitti syövänsä kasviksia päivittäin. (Helakorpi ym. 2011, 16.)

Aikuisväestössä sekä miesten että naisten seerumin kolesterolipitoisuuden lasku on jatkunut vuosikymmenien ajan. Koko Suomen väestön kolesterolin keskiarvo oli vuonna 2007 5,24 mmol/l. Miesten seerumin kolesterolipitoisuus oli korkeimmillaan 45–54-vuotiailla, jonka jälkeen se alkoi laskea. Naisten kolesterolipitoisuus oli korkeimmillaan 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Osa kolesterolitason laskusta johtunee kolesterolilääkkeiden lisääntyneestä käytöstä. (Vartiainen ym. 2008.)

Ylipainoisten osuus Suomessa on kasvanut pitkällä aikavälillä (Helakorpi ym. 2011, 21). Vuosien 2002–2007 aikana naisten painoindeksi nousi merkittävästi, kun taas miesten painon nousu ei ollut tilastollisesti merkittävä (Vartiainen ym. 2008). Normaali painoindeksin on 18,5–25 (Mustajoki 2011). Painoindeksin keskiarvo miehillä oli 27,2 kg/m2 ja naisilla 26,4 kg/m2. Miesten paino nousi keskimäärin 500 grammaa, kun taas naisten paino nousi 900 grammaa. (Vartiainen ym. 2008.) Vuonna 2010 ylipainoisia oli 58 % miehistä ja 43 % naisista. Edellisen vuoden aikana vakavasti oli yrittänyt laihduttaa 21 % miehistä ja 38 %

naisista. (Helakorpi ym. 2011, 21.) Tutkimuksen mukaan ylipaino lisääntyi iän karttuessa (Vartiainen ym. 2008).

Suomalaisten liikunta vapaa-ajalla on lisääntynyt 1970-luvun lopusta alkaen, mutta työmatkaliikunta on vähentynyt 1990-luvulta lähtien (Helakorpi ym. 2011, 27). Vuonna 2010 miehistä 53 % ja naisista 55 % ilmoitti harrastavansa vähintään kolme kertaa viikossa liikuntaa. Vapaa-ajallaan vähiten liikuntaa harrastivat miehistä 45–54-vuotiaat ja naisista 35–44-vuotiaat. (Helakorpi ym. 2011,19.)

Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa pitkällä aikavälillä (Helakorpi ym. 2011, 27). Vuodesta 1982 raittiiden osuus on vähentynyt tämän vuosituhannen alkuun, jonka jälkeen se on pysynyt samalla tasolla. Vuonna 2010 miehistä 10 % ja naisista 14 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt alkoholia lainkaan viimeisen vuoden aikana. Miehistä 38 % kertoi juovansa vähintään kahdeksan alkoholiannosta viikossa ja naisista 26 % ilmoitti vähintään viiden alkoholiannoksen viikkokulutuksesta. (Helakorpi ym. 2011, 17–18.)

Tupakointi on vähentynyt vuosikymmenien aikana (Vartiainen ym. 2008; Helakorpi ym. 2011, 12). Miesten päivittäistupakointi on vähentynyt 1970-luvulta melko tasaisesti. Naisten päivittäistupakointi taas yleistyi 1980-luvun puolivälille asti ja pysyi tämän jälkeen pitkään samana. 2000-luvun puolivälin jälkeen naisten tupakointi kääntyi laskuun. Vuonna 2010 työikäisistä miehistä 23 % ja naisista 16 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. 15–24-vuotiaista nuorista 18 % raportoi päivittäistupakoinnista. Päivittäin tupakoivista 79 % oli huolissaan tupakoinnin terveysvaikutuksista. Miehistä 66 % ja naisista 54 % ilmoitti haluavansa lopettaa tupakoinnin, mutta vain 38 % vastaajista kertoi yrittäneensä lopettaa sen. Vuoden 1995 tupakkalain myötä altistuminen tupakansavulle on vähentynyt merkittävästi. (Helakorpi ym. 2011, 12–15.) Tällöin tupakointi kiellettiin työyhteisöjen yhteisissä ja yleisissä tiloissa (Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 25.2.1977/225).

Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä on seurattu Suomessa väestötasolla vuodesta 1972 alkaen. Väestön riskitekijöiden, terveyskäyttäytymisen ja ruokavalion seuranta on tärkeä osa terveydenedistämistoimintaa. (Vartiainen ym.

2008.) Sydän- ja verisuonitauteihin kuolee edelleen lähes yhtä monta suomalaista kuin aiemmin, mutta he ovat selvästi iäkkäämpiä kuin ennen. Kuolleisuus työikäisten keskuudessa on vähentynyt noin neljäsosaan 1960-luvun huippuvuosista, eikä se enää edusta Euroopan kärkilukuja. (Kauhanen 2004.)

Kohonnut verenpaine on Suomessa yleinen. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan 35–64-vuotiaista suomalaisista kohonnut verenpaine todettiin 49 %:lla miehistä ja 36 %:lla naisista. (Tikkanen & Salomaa 2009; Jula ym. 2009.) Heistä vain puolet on tietoisia kohonneista verenpainearvoistaan ja heistäkin vain puolet käyttää tähän lääkehoitoa. Suomessa on noin puoli miljoonaa verenpaineläkkeiden käyttäjää. (Mustajoki 2011.) Vain 25–30 %:lla lääkehoitoa saavista henkilöistä verenpainearvot alittavat 140/90 mmHg (Jula ym. 2009). Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten verenpaine on korkea (Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ym. 2006; Jula ym. 2009). Myös muut sydän- ja verisuonitaudit ovat suomalaisilla yleisiä verrattuna muihin maihin (Jula ym. 2010). Verenpainetaudin vuoksi sairastavuus ja kuolleisuus muun muassa aivohalvaukseen on runsasta (Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ym. 2006; Jula ym. 2009).

Työikäisten suomalaisten verenpainetaso on laskenut vuodesta 1980 vuoteen 2000 kaikissa ikäluokissa (Jula ym. 2009). Tämän jälkeen miesten verenpaineen lasku on pysähtynyt. Naisten systolinen verenpaine on laskenut edelleen vuoden 2000 jälkeen, kun taas vuodesta 2002 diastoliset verenpainearvot olivat pysähtyneet niin miehillä kuin naisillakin. (Vartiainen ym. 2008.) Miesten verenpainetaso on laskenut vuoden 1980 jälkeen keskimäärin 10/6 mmHg ja naisten keskimäärin 16/8 mmHg (Jula ym. 2009). Verenpaineen laskun pysähtyminen voitaneen selittää ylipainon yleistymisellä sekä alkoholin käytön lisääntymisellä, vaikka suolan käyttö näyttääkin vähentyneen (Vartiainen ym. 2008).

Kolesterolipitoisuuden laskun ja tupakoinnin vähentämisen myötä sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski laski vuodesta 2002 lähtien. Työikäisten henkilöiden sepelvaltimokuolleisuus on 1970-luvulta lähtien vähentynyt jopa 80 %. Tärkein yksittäinen syy kuolleisuuden alenemiseen on

kolesterolin lasku. Verenpaineen lasku ja tupakoinnin väheneminen ovat myös merkittäviä tekijöitä kuolleisuuden laskussa. (Vartiainen ym. 2008.)

Uusia syöpiä ilmaantuu vuosi vuodelta enemmän, mutta syöpäkuolleisuus on saatu alenemaan (Kauhanen 2004). Naisilla on lisääntynyt rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä. Miesten keuhkosyöpä on vähentynyt tupakoinnin kääntyessä laskuun. Naisilla kohdunkaulan syöpä on vähentynyt pääosin tehostuneen syövän esiasteiden seulonnan ansiosta. (Suomen ASH 2011.)

Yleistyviä terveysongelmia ovat allergiat, astma ja diabetes (Suomen ASH 2011). Kansanterveyden ongelmiksi nykypäivänä ovat nousseet myös mielenterveysongelmat ja miesten korkea itsemurha- ja väkivaltakuolleisuus (Kauhanen 2004). Nuorten suomalaisten miesten kuolleisuus on poikkeuksellisen korkea tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien johdosta (Suomen ASH 2011).

5.2 Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky

Terveyden ja toimintakyvyn paraneminen muuttaa käsitystä ikääntyneistä. Väestön terveyden ja toimintakyvyn koheneminen merkitsee, että yhä suurempi osa 65 vuotta täyttäneistä on toimintakykyisempiä kuin ennen. Terveyden kohentuessa he eivät myöskään samassa määrin tarvitse terveydenhoitopalveluita kuin samanikäiset muutama vuosikymmen sitten. (Valtioneuvoston kanslia 2009.)

Asiantuntija-arvioiden mukaan ikääntyneiden kansalaisten terveyden ja toimintakyvyn voidaan olettaa edelleenkin kohentuvan. Erityisesti elintapojen muutokset terveellisempään suuntaan sekä toimintakykyä heikentävien kansantautien yleisyyksien väheneminen vaikuttavat muutoksiin. Samoin tautien aikainen ja tehokas hoitaminen vaikuttaa merkittävästi terveyden kohentumiseen. (Valtioneuvoston kanslia 2009).

Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan Suomen virallinen väkiluku vuonna 2008 oli 5 326 314 (Tilastokeskus 2011). Ikääntyneiden osuus väestöstä on selvässä kasvussa. Tilastokeskuksen tuoreimpien arviointien mukaan tu-

levien 20 vuoden aikana ikääntyminen Suomessa tulee olemaan nopeinta EU:ssa. Arviointien mukaan myös Suomen väestön kasvu näyttäisi kehittyvän ainakin 2040-luvulle saakka. Merkittävimpiä tekijöitä ovat elinajan kasvu sekä lisääntynyt maahanmuutto. (Valtioneuvoston kanslia 2009.)

Vuoden 2010 lopussa 80 vuotta täyttäneitä ja tätä vanhempia henkilöitä oli 255 912. Viimeisen 40 vuoden aikana määrä on viisinkertaistunut. Enemmistö 80 vuotta täyttäneistä on naisia. Vuonna 2010 miehiä oli 81 205 ja naisia 174 707. (Tilastokeskus 2011.) Tulevaisuudessa väestön ikärakenne muuttuu selkeästi suurten ikäluokkien ikääntyessä. Vuonna 2030 elää Suomessa ennusteen mukaan 1 400 000 yli 65-vuotiasta, joista yli puolet on yli 75-vuotiaita. (Huttunen 2008.)

Suomalaisten eläkeikäisten elintavat ovat kehittyneet vuonna 1985 alkaneen EVTK-tutkimuksen aikana samansuuntaisesti kuin muun aikuisväestön. Ruokatottumukset ovat muuttuneet terveellisemmiksi. Rasvattoman maidon käyttö on yleistynyt ja voin käyttö vähentynyt. Kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttö on lisääntynyt. (Laitalainen ym. 2010, 25.)

Lihavuus on maailmanlaajuisesti kasvava terveysongelma myös ikääntyneiden keskuudessa. Arvioiden mukaan tulevien vuosikymmenien aikana lihavien ikäihmisten määrä kasvaa Suomessa ja muissa länsimaissa voimakkaasti. Pitkään jatkunut lihavuus elinkaaren aikana on merkittävä riskitekijä myös liikkumisvaikeuksille. (Stenholm ym. 2008.) Tutkimuksen mukaan liikunnan harrastaminen on vähentynyt ikäihmisten keskuudessa viime vuosikymmenien aikana (Laitalainen ym. 2010, 25).

Väestön ikääntyessä on yhä enemmän alettu kiinnittää huomiota iäkkäiden alkoholinkäytön erityispiirteisiin (Hallgren ym. 2010). Alkoholin käyttö on lisääntynyt 1980-luvulta ja raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt (Laitalainen ym. 2010, 25). Tilastojen mukaan iäkkäiden alkoholinkäyttö näyttää jatkuvasti lisääntyvän koko Euroopassa (Hallgren ym. 2010). Vuonna 2009 suomalaisista 65–84-vuotiaista miehistä 75 % ja naisista 55 % ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Viikoittain alkoholia käytti 40 % miehistä ja 18 % nai-

sista. Eläkeikäisten tupakointi on vähentynyt. Vuonna 2009 eläkeikäisistä miehistä tupakoi 10 % ja naisista 5 %. (Laitalainen ym. 2010, 17, 25.)

Eläkeikäisten toimintakyky on selvästi parantunut 1990-luvulta lähtien. Eläkeikäisten itsearvioima terveydentila on myös kohentunut. (Laitalainen ym. 2010, 25.) Lähes kaikilla ikääntyneillä on jokin sairaus tai vamma. Siitä huolimatta useimmat ikääntyneistä kokivat terveytensä vähintäänkin keskitasoiseksi ja elämänlaatunsa kohtalaiseksi. (Stenholm ym. 2008.) Laitalaisen ym. (2010, 25) tutkimuksen mukaan lähes puolet vastaajista koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi vuonna 2009.

Ikääntyneiden hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen kokeminen. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden turvattomuuden kokeminen on vähentynyt 2000-luvun aikana. Merkittävimmiksi turvattomuuden aiheuttajiksi koettiin muistin heikkeneminen, eläketulojen niukkuus, avun tarpeen lisääntyminen sekä laitoshoitoon joutuminen. (Laitalainen ym. 2010, 25.)

Ikääntyneiden terveyden edistämisen tavoitteina pidetään heikkokuntoisuuden ja toimintakyvyttömyyden ehkäisemistä sekä mahdollisten sairauksien hidastamista (Tilvis 2009). Laaja-alaisella terveyden edistämisellä sekä ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen tehostamisella voidaan parantaa merkittävästi esimerkiksi ikääntyneiden liikkumiskykyä (Lyyra ym. 2007, 36). Ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen tavoitteena on edistää ikääntyneiden laadukasta elämää (Tilvis 2009).

6 VERENPAINETAUTI

Verenpaineella tarkoitetaan suurissa valtimoissa vallitsevaa painetta. Verenpaine syntyy sydämen pumpatessa verta suuriin valtimoihin. Veren virtausta pyrkii jarruttamaan verenkierron perifeerinen vastus eli ääreisvastus. Elimistön nesteet, mukaan lukien veri, pyrkivät painovoiman vuoksi alaspäin. Verenpaineen on oltava riittävän suuri, jotta veri kykenee virtaamaan ylöspäin. Verenpaineen on ylitettävä myös suonivastus, jotta kiertoa syntyisi elimistön kaikkiin osiin. (Holmia ym. 2006, 264.)

Systolinen eli yläpaine on suurempi luku ja diastolinen eli alapaine on pienempi luku. Systolinen paine ilmoittaa valtimon sisällä vallitsevan paineen sydämen supistuksen aikana. (Mustajoki 2011a.) Diastolinen paine taas ilmoittaa sydämen lepovaiheen aikaisen paineen, joka on alimmillaan juuri ennen sydämen supistumisvaihetta. Nuorella aikuisella systolinen paine on keskimäärin 120 mmHg ja diastolinen paine noin 75 mmHg. (Holmia ym. 2006, 264.)

Suomessa käytössä olevat tavoitearvot verenpainetasoille perustuvat laajoihin tutkimuksiin ja noudattavat kansainvälisesti hyväksyttyjä suosituksia (Holmia ym. 2006, 265). Verenpaine luokitellaan normaaliksi kun se on alle 130/85 mmHg (Mustajoki 2011a). Ihanteellinen verenpaine on alle 120/80 mmHg (Jula ym. 2010). Tyydyttävä verenpainetaso on välillä 130–139/85–89 mmHg (Mustajoki 2011a). Kohonneeksi verenpaineeksi luokitellaan, kun se ylittää 140/90 mmHg (Berg ym. 2004; Jula ym. 2009; Mustajoki 2011a). Diabetesta sairastavalla henkilöllä tulisi olla matalammat verenpainearvot kuin valtaväestöllä. Diabeetikon tavoitteelliseksi diastoliseksi arvoksi suositellaan alle 80 mmHg. Monien kohonneen verenpaineen omaavien henkilöiden on vaikea saavuttaa verenpaineen tavoitearvoja, jolloin tulee pyrkiä mahdollisimman hyvään verenpaineen hallintaan. (Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ym. 2006.)

Kohonneella verenpaineella tarkoitetaan tilaa, jossa verenpaine on jatkuvasti haitallisen korkealla. Verenpainetta, joka on jatkuvasti korkealla, kutsutaan hypertensioksi. Kun verenpaine on huomattavan korkea, puhutaan hypertoniasta.

Käytännössä molemmilla termeillä viitataan verenpainetautiin. (Kauppinen 2006, 61.) Holmian ym. (2006, 265) mukaan verenpainetaudiksi kutsutaan tilaa, jossa kohonnut verenpaine on aiheuttanut elinvaurioita.

Verenpainetaso nousee valtaosalla väestöstä iän myötä (Jula ym. 2009; Mustajoki 2011a). Ikääntyneen tavoitteellinen verenpaine arvo on alle 150/90 mmHg (Strandberg 2009). Miehillä verenpaineen nousu on suurinta noin 25. ja naisilla 40. ikävuoden jälkeen (Jula ym. 2010). Systolinen paine nousee keskimäärin hieman yli 80 ikävuoteen asti (Jula ym. 2009). Diastolinen painetaso taas suurenee vain noin 55 ikävuoteen asti (Jula ym. 2009; Kantola 2009). Tutkimusten mukaan alle 55-vuotiailla henkilöillä valtimoiden seinämät ovat vielä kimmoisat, jonka jälkeen valtimot muuttuvat jäykemmiksi. Valtimoiden jäykistyminen iän karttuessa aiheuttaa usein sen, että alapaine on normaali, mutta yläpaine kohoaa helposti liian korkealle. (Mustajoki 2011a.)

6.1 Verenpainetaudin riskitekijät

Verenpaineen haitallista iänmukaista kohoamista säätelevät sekä perinnöllinen alttius että elämäntapoihin liittyvät tekijät (Jula ym. 2009; Tikkanen & Salomaa 2009; Mustajoki 2011a; Suomen Sydänliitto ry 2012). Tärkeää on puuttua tehokkaasti riskitekijöihin, joihin voi itse vaikuttaa (Jula ym. 2010; Sydänliiton ravitsemusasiantuntija ryhmä 2010; Mustajoki 2011a). Osa kohonneesta verenpaineesta lukeutuu muusta sairaudesta johtuviin verenpaineen nousuihin. Tätä kutsutaan sekundaariseksi verenpaineen kohoamiseksi. Sekundaarista verenpainetta voivat nostaa muun muassa munuaissairaudet. (Kastarinen 2008; Mustajoki 2011a.)

Ruokasuola eli natriumkloridi vaikuttaa verenpaineeseen. Runsas suolan saanti kohottaa verenpainetta ja lisää samalla sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. (Suomen sydänliitto ry 2012c.) Suomalaisten ruokasuolan käyttö on viime vuosikymmenien aikana vähentynyt huomattavasti, mutta edelleen natriumin saanti on runsasta ja ylittää miehillä fysiologisen tarpeen 16-kertaisesti ja naisilla 12-

kertaisesti. (Jula 2006, 18.) Myös lakritsituotteiden runsas käyttö nostaa verenpainetta (Jula ym. 2010; Suomen sydänliitto ry 2012b).

Lihavuus, etenkin keskivartalolihavuus on riskitekijä kohonneelle verenpainetaudille. Naisten vyötärönympärys tulisi olla alle 80 cm ja miesten alle 94 cm. Tutkimuksen mukaan 89,8 %:lla verenpainetautia sairastavista naisista ja 81,5 %:lla miehistä esiintyy keskivartalolihavuutta. (Korhonen 2009, 48.) Ylipainoisilla on huomattavasti useammin kohonneita verenpainearvoja, kuin normaalipainoisilla (Mustajoki 2011a). Korhosen (2009, 48) tutkimuksen mukaan 43,8 % verenpainetautia sairastavista on ylipainoisia (BMI 25–29,9 kg/m2) ja 41,9 % on huomattavasti ylipainoisia (BMI yli 30 kg/m2). Myös liikunnan vähäinen määrä vaikuttaa verenpainetaudin riskitekijöihin (Jula ym. 2010).

Tutkimusten mukaan säännöllinen alkoholinkulutus nostaa verenpainetta (Tikkanen & Salomaa 2009; Aira 2012). Alkoholi lisää sympaattisen hermoston aktiivisuutta ja lihottaa, mikä epäsuorasti kohottaa verenpainetta (Tikkanen & Salomaa 2009). Erityisen haitallista on alkoholin päivittäiskäyttö, koska verenpainearvot eivät ehdi laskea normaalille tasolle. Kohonnut verenpaine on 1,6–4 kertaa yleisempää suurkuluttajilla kuin kohtuukäyttäjillä. Alkoholin suurkulutuksen on arvioitu selittävän noin 5–10 % miesten ja noin 1 % naisten kohonneista verenpaineista. Iäkkäillä henkilöillä alkoholin verenpainetta nostava vaikutus korostuu. (Salaspuro 2005.)

Tupakoinnin ja sydän- ja verenkiertoelinsairauksien syy-yhteys on tunnettu jo 1950-luvulta lähtien (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012a). Tupakointi on yksi tärkeimmistä ennaltaehkäistävissä olevista verisuonitaudin riskitekijöistä. Joka kolmas sydän- ja verenkiertoelinsairaus liittyy tupakointiin. (Patja & Vertio 2009.) Tupakointi vaikuttaa verenkiertoelimistöön monella eri tavalla, kuten heikentää valtimoiden toimintaa, nostaa veren kolesterolipitoisuutta ja näin edistää ateroskleroosin eli rasvakovettuman syntyä verisuonten seinämissä, jolloin verenpaine kohoaa pitkällä aikavälillä. (Patja & Vertio 2009; Kelly-Hayes 2010; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012; Suomen sydänliitto ry 2012a.)

Tupakoinnin ja kroonisen verenpainetaudin välisestä yhteydestä ei ole näyttöä, mutta tiedetään, että tupakointi lisää perifeeristen valtimoiden vastustusta ja nostaa samalla hetkellisesti verenpainetta. Lisääntynyt sydämen lyöntitiheys ja korkea verenpaine nostavat sydänlihaksen hapen tarvetta. Tästä huolimatta eräät tutkimukset osoittavat, että tupakoivilla on keskimäärin matalampi verenpaine kuin tupakoimattomilla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden tiedetään vaikuttavan verenpaineeseen. Esimerkiksi stressin on todettu nostavan verenpainetta. (Mustajoki 2011a; Tikkanen & Salomaa 2009.) Verenpainetta voivat nostaa myös eräät lääkkeet sekä hormonien käyttö, kuten vaihdevuosien hormonihoito (Mustajoki 2011a).

6.2 Kohonneen verenpaineen seulonta, toteaminen ja seuranta

Hypertonia ei aiheuta yleensä oireita. Joskus kohonnut verenpaine aiheuttaa väsymystä, päänsärkyä, huimausta sekä rytmihäiriötuntemuksia. Hypertonia löydetäänkin useimmiten verenpaineen satunnaismittauksissa. Kun verenpainetauti etenee, alkavat toissijaiset elinvauriot aiheuttaa oireita. (Iivanainen ym. 2010, 193.) Kohonnutta verenpainetta ei voida tunnistaa tai hoitaa ilman luotettavia verenpaineen mittausmenetelmiä (Virtanen 2010).

Tutkimusten mukaan yli 18-vuotiaiden verenpainetta on suositeltavaa seurata säännöllisin väliajoin (Berg ym. 2004; Force ym. 2007). Kohonneen verenpaineen hoidolla voidaan merkittävästi ehkäistä muiden sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantumista. Tutkimusten valossa voidaan suosia aikuisväestön verenpaineen seulontatutkimuksia. Lasten ja nuorten verenpaineen seulontatutkimuksista ei voida sanoa olevan merkittävää hyötyä sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä. (Berg ym. 2004.)

Verenpainetta seurataan säännöllisesti lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Mittaustiheys määritetään yksilöllisesti huomioiden potilaan verenpainetaso ja ajankohtainen tilanne. (Ilanne-Parikka 2011.) Henkilöille, joiden verenpainetaso on yli 130/85, suositellaan verenpaineen tarkkailua kahden vuoden välein tai useammin, mikäli arvot ovat korkeammat (Berg ym. 2004). Diabeetikoilta ja iäk-

käiltä henkilöiltä verenpaine mitataan vuosittain tai tarpeen vaatiessa useammin. Diabetekseen saattaa liittyä ortostaattista verenpaineen laskua eli verenpaineen liiallista laskua pystyyn noustessa. (Ilanne-Parikka 2011.) Tämän vuoksi diabeetikoilta ja vanhuksilta mitataan verenpaine myös maaten sekä yhden ja kolmen minuutin kuluttua noususta makuulta seisomaan (Jula ym. 2009).

Kohonneen verenpaineen toteaminen perustuu toistettuihin, istuvassa asennossa tehtyihin verenpaineen mittauksiin. Ensimmäisellä mittauskerralla verenpaine mitataan molemmista käsivarsista. Seurantaan käytetään sitä kättä, josta mitattu verenpainetaso on korkeampi, jos eroa on yli 10 mmHg käsien välillä. (Jula ym. 2010; Ilanne-Parikka 2011.)

Vastaanotolla verenpaine mitataan yleensä oikeasta olkavarresta. Kotimittarilla sekä verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinnissä se mitataan mieluiten oikeakätisiltä vasemmasta olkavarresta ja päinvastoin. Mittausmansetin oikeaan leveyteen tulee kiinnittää huomiota, koska se vaikuttaa mittaustulokseen. Liian kapea mansetti antaa tavallista korkeampia tuloksia ja toisinpäin. Käytännössä 12 tai 15 cm:n mansetit ovat yleensä sopivia aikuisille. (Ilanne-Parikka 2011.) Verenpainemittarin mansetti asetetaan olkavarteen siten, että kumipussin keskiosa on olkavaltimon päällä. Jos verenpaine mitataan manuaalisella verenpainemittarilla, stetoskoopin kalvo- tai suppilo-osa asetetaan kevyesti, mutta tiiviisti kyynärtaipeeseen olkavaltimon päälle. (Jula ym. 2009.)

Verenpaine saattaa olla lääkärin vastaanotolla mitattuna tavallista korkeampi (Powers ym. 2011; Ilanne-Parikka 2011). Tämän vuoksi hoitajat soveltuvat paremmin mittaajiksi kuin lääkärit (Jula ym. 2010; Ilanne-Parikka 2011). Valkotakkihypertensiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa verenpaine on lääkärin tai hoitajan mittaamana kohonnut eli yli 140/90 mmHg, mutta kotona mitattuna normaali. Suomalaisista 45–74-vuotiaista 16 %:lla on todettu esiintyvän valkotakkihypertensiota. (Jula ym. 2009.) Verenpaineen kohoaminen vastaanotolla tulisi ottaa huomioon ja terveysalan ammattilaisten tulisi huolehtia, että verenpaineen mittaukset suoritetaan myös kotona. Tutkimuksen mukaan kotona saadut verenpainelukemat ovat matalampia kuin vastaanotolla. (Powers ym. 2011.) Kotimit-

tauksen keskiarvo 135/85 mmHg vastaa vastaanotolla mitattua keskiarvoa 140/90 mmHg (Jula ym. 2010; Ilanne-Parikka 2011).

Verenpaineen pitkäaikaisrekisteröintiä 24 tunnin ajan tai kotona tehtäviä mittauksia voidaan käyttää apuna, jos vastaanotolla tehdyillä mittauksilla ei saada luotettavaa arviointia. Vuorokausirekisteröinnissä hoitaja kiinnittää vastaanotolla mittarin potilaan käsivarteen, ja seuranta tehdään kotona. (Ilanne-Parikka 2011.) Vuorokausimittaus on avuksi verenpaineen vaihtelusta johtuvien oireiden selvittämisessä sekä verenpaineläkkeiden tehon arvioinnissa. Vuorokausimittauksen yhteydessä potilas pitää käyttäytymispäiväkirjaa. (Iivanainen ym. 2010, 195.)

Piilevässä hypertensiossa kotona tai pitkäaikaisrekisteröinnillä mitattu verenpaine on kohonnut, mutta vastaanotolla mitattuna normaali. Suomalaisista 45–74-vuotiaista 14 %:lla on piilevä hypertensio. Piilevää hypertensiota sairastavilla potilailla on usein muita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja näin kohdeelinvaurioiden esiintyvyys on lisääntynyt. Epäiltäessä piilevää hypertensiota, hoitopäätös tehdään kotimittauksen tai pitkäaikaisrekisteröinnin tulosten perusteella. (Jula ym. 2009.)

Ennen verenpaineen lääkkeellisen hoidon aloittamista tulee olla varma kohonneesta verenpainetasosta (Powers ym. 2011). Verenpaineläkitystä harkittaessa tulee ottaa huomioon myös ihmisen luonnollinen verenpaineen vaihtelu. Useilla mittauksilla ja niiden keskiarvoilla voidaan varmistua siitä, että verenpaine on jatkuvasti koholla. (Powers ym. 2011.) Verenpainetaso määritetään laskemalla vähintään neljänä päivänä tehtyjen ja kahden peräkkäin suoritetun mittauksen keskiarvo (Jula ym. 2010). Potilaalle tulee tehdä kokonaisvaltainen riskinarvio, johon sisältyy potilaan anamneesi, kliininen tutkimus sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset (Jula ym. 2009; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2011; Suomen sydänliitto ry 2012b).

Potilaan elintavat sekä sydän- ja verenkiertoelinsairauksien muut vaaratekijät kartoitetaan. Vasemman kammion mahdollinen hypertrofia eli liikakasvu on it-

senäinen sydän- ja verisuonitautien vaaratekijä. Se todetaan sydänfilmillä ja tarvittaessa sydämen ultraäänitutkimuksella. Munuaisten kunto selvitetään, sillä munuaisvaurio lisää kohonneen verenpaineen vaaraa, ja toisaalta kohonnut verenpaine voi aiheuttaa munuaisvaurion. Silmänpohjatutkimus tehdään, jos alapaine on suurempi kuin 120 mmHg. Diabeetikolle silmänpohjien valokuvaus on aina tärkeä, jos verenpaine on huomattavan korkea. (Jula ym. 2010.) Mitä suurempi riskinarvio on, sitä herkemmin lähdetään hoitamaan verenpainetta sekä muita vaaratekijöitä (Jula ym. 2009; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2011; Suomen sydänliitto ry 2012b).

Verenpaineen seurannassa arvioidaan hoitotavoitteiden saavuttamista, elintapamuutosten ja lääkehoidon toteutumista sekä lääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia. Seurantakäyntien tiheyteen vaikuttavat hoitotasapaino, mahdolliset sydänlihas-, munuais- ja silmänpohjavauriot sekä muut sairaudet, kuten diabetes. Hoidon vaikutukset arvioidaan 1–3 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisen jälkeen. Kun verenpaine on saatu tavoitetasolle eikä lisäsairauksia ole todettu, riittää terveydenhoitajan mittaus 3–4 kuukauden välein tai kotiseuranta kolmen kuukauden välein tapahtuvina neljän päivän mittaussarjoina. Jos verenpaine on tavoitetasolla, lääkärintarkastus on tarpeen kerran vuodessa. (Jula ym. 2010.)

Verenpaineen kotimittaus on saavuttanut potilaiden keskuudessa suuren suosion. Näyttöön perustuvan lääketieteen mukaan vastaanotolla tapahtuvaa verenpainemittausta tulisi käyttää vain seulontamittauksissa. (Niirainen 2008, 8.) Kotikäyttöön voi mittarin lainata tilapäisesti omasta hoitopaikasta. Jos verenpaine todetaan koholla olevaksi ja tarvitaan tarkempaa seurantaa ja hoitoa, on suositeltavaa hankkia oma kotimittari. Mittarin hankinnassa tulee kiinnittää huomiota, että mittarin mansetti on sopivan kokoinen. Mittaria hankittaessa on hyvä selvittää, miten kyseisen mittarin luotettavuus on todettu. Ranne- ja sormimittarit eivät ole suositeltavia. Asiakkaan tulee opetella tarkkaan mittauksen oikea suorittaminen esim. hoitajan vastaanotolla. Oman mittarin luotettavuus tarkistetaan vastaanotolla rinnakkaismittauksella. (Ilanne-Parikka 2011.)

Oikeaan mittaustekniikkaan tulee kiinnittää huomiota kotona verenpainetta mitatessa (Jula ym. 2009). Puolituntia ennen mittausta vältetään ponnistelua, tupakointia ja kofeiinipitoisten juomien nauttimista. Mittaus tulee tehdä rauhallisissa olosuhteissa kahdesti minuutin välein, kun mansetti on ollut kiinnitettynä käsivarteen noin viiden minuutin ajan. (Jula ym. 2010; Ilanne-Parikka 2011; Suomen sydänliitto ry 2012b.) Mitattavan tulee istua mahdollisimman rennosti nojaten tuolin selkänojaan. Mansetti kiedotaan paljaan olkavarren ympärille siten, että sormi mahtuu mansetin ja olkavarren väliin. Mittaajan tulee varmistaa, että ilmaletkun kiinnityskohta on ylöspäin ja että letku kulkee vapaasti. Käsivarsi tuetaan noin 90 asteen kulmaan siten, että mansetti ja sydän ovat samalla tasolla. Käsi tulee pitää rentona ja mittauksen aikana tulee välttää puhumista. Mittauslukemat merkitään erilliseen verenpaineen seurantakorttiin, jonka potilas ottaa mukaansa lääkärin tai hoitajan vastaanotolle mentäessä. (Suomen sydänliitto ry 2012b.)

Pseudohypertensiossa verenpaine on korkea ja reagoi lääkitykseen huonosti. Potilaat ovat usein iäkkäitä ja heiltä puuttuu kohonneeseen verenpaineeseen tavallisesti liittyvät kohde-elinvauriot. Syynä pseudohypertensioon on yleensä olkavarsivaltimon kalkkeutuminen, jolloin mansettimenetelmällä tehty mittaus antaa liian suuria arvoja oikeaan painetasoon verrattuna. Diagnoosin varmistamiseen tarvitaan usein erikoislääkärin konsultaatio. (Jula ym. 2009.)

Ohjauksen jatkuvuuteen tulee kiinnittää huomiota terveydenhuollossa. Potilas kykenee laskemaan verenpainettaan tehokkaammin ja pitämään sen alhaalla, kun hänelle järjestetään säännölliset seurantamahdollisuudet sekä kotona että terveysasemalla. Kun potilaat joutuvat itse mittaamaan verenpainettaan kotona, kirjoittamaan seurantakaavakkeeseen arvot ja raportoimaan ne terveydenhuollon ammattilaiselle, hoidon tulokset ovat paremmat. Kun verenpaineen aktiivinen seuranta lopetetaan, alkaa potilaiden verenpainetasot usein kohota. Potilaita tulisi kannustaa pitkäkestoiseen hoitolinjaan ja elämäntapojen muutoksiin, jotta saadaan aikaan pysyviä tuloksia. (Welch ym. 2011, 474–477.)

6.3 Verenpainetaudin liitännäissairaudet

Kohonnut verenpaine pitkällä aikavälillä on vaaraksi terveydelle (Holmia ym. 2006, 265). Mitä korkeampi verenpainetaso on, sitä todennäköisempää on sairastua verenpaineen liitännäissairauksiin (Kauppinen 2006, 61). Verenpainetauti ja sen liitännäissairaudet ovat merkittäviä riskitekijöitä sepelvaltimo- ja aivovaltimotautiin sairastumiselle (Korhonen 2009, 45; Rigsby 2011, 43). Korhosen (2009, 45–46) tutkimuksen mukaan 6–7 % verenpainetautia sairastavista henkilöistä sairastaa tietämättään verenpainetaudista johtuvia liitännäissairauksia.

Kohonneen verenpaineen vaikutus liitännäissairauksiin riippuu suuresti muista valtimotaudin riskitekijöistä (Mustajoki 2011a). Sairastumisriskiä lisää rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, tupakointi, diabetes, ylipaino ja fyysinen passiivisuus (Holmia ym. 2006, 265). Potilailla tulee olla riittävät tiedot verenpainetaudista ja sen haitoista, jotta voidaan estää vakavat liitännäissairaudet (Spencer ym. 2012).

Korkea verenpaine on merkittävä riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien kehittymiselle (Korhonen 2009, 45; Rigsby 2011, 41). Sepelvaltimotauti on yleisimpiä sairauksia maassamme ja suomalaisten miesten yleisin kuolinsyy (Mustajoki 2011a). Yksi tärkeimmistä sepelvaltimotaudin riskitekijöistä on kohonnut verenpaine (Tikkanen & Salomaa 2009). Se lisää valtimotaudin vaaraa ja aiheuttaa sepelvaltimoiden sekä muiden valtimoiden kalkkeutumista (Kauppinen 2006, 62).

Valtimotaudista johtuen verta kuljettavat valtimot ahtautuvat, jonka seurauksena veren kulku suonessa häiriintyy. Valtimotauti alkaa suonen sisäkalvosta, jonka alle alkaa kerääntyä pääasiassa veren kolesterolista peräisin olevia aineita. Kertyminen on hidasta ja voi alkaa jo nuoruudessa. Kolesterolikertymästä käytetään nimitystä plakki. Ajan mittaan plakki kasvaa, pullistuu sisäänpäin ja alkaa tukkia valtimoa, jonka seurauksena veren virtaus valtimossa heikkenee. (Mustajoki 2010a.) Tupakointi, korkea systolinen verenpaine, diabetes, kohonnut kokonaiskolesterolipitoisuus sekä matala HDL-kolesterolipitoisuus ovat merkittäviä

tekijöitä ennustamaan akuuttia sepelvaltimokohtausta. Lisäksi vanhempien sairastama infarkti lisää riskiä huomattavasti. (Vartiainen ym. 2007.)

Laajat tutkimukset ovat vahvistaneet systolisen paineen merkityksen sydän- ja verisuonitaudin riskitekijänä. Tutkimusten mukaan 40–69-vuotiailla systolisen paineen 20 mmHg nousu lisää sydän- ja verisuonitautien kuolleisuuden kaksinkertaiseksi. Epidemiologisten tutkimusten mukaan 2 mmHg matalampi systolinen paine merkitsee 7 % pienempää riskiä kuolla iskeemiseen sydäntapahtumaan. (Kantola 2009.)

Sydäninfarkti on sepelvaltimotaudin vakavin seuraamus. Sydäninfarkti johtuu äkillisestä hapenpuutteesta, joka aiheuttaa kuolion sydänlihakseen. Infarktin taustalla on lähes aina pitkäaikainen sepelvaltimotauti, joka ahtauttaa valtimoita. Kun ahtautunut suoni menee kokonaan tukkoon, seurauksena on infarkti. Tukkeuman syynä on yleensä valtimon sisäseinämässä olevan kolesterolia sisältävän pullistuman pinnan repeytyminen. Paikalle muodostuu verihyytymä, joka tukkii suonen. Suomessa sairastuu sydäninfarktiin vuosittain noin 25 000 henkilöä ja infarktista johtuvia kuolemia on noin 13 000 vuodessa. (Mustajoki 2010b.) Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 35 % kaikista sydäninfarkteista johtuu korkeasta verenpaineesta (Berg ym. 2004).

Kohonnut verenpaine rasittaa sydäntä, joka joutuu työskentelemään normaalia enemmän (Mustajoki 2011a). Jatkuvasti koholla oleva verenpaine aiheuttaa sydämen vasemman kammion paksuuntumisen, jolloin sen toiminta häiriintyy. Seurauksena on sydämen vajaatoiminta. Paksuuntunut kammio aiheuttaa myös sydänlihaksen hapenpuutetta ja altistaa kammioperäisille rytmihäiriöille. Tämän takia vasemman kammion paksuuntuminen eli hypertrofia lisää verenpainetautia sairastavan kuolleisuutta. (Kauppinen 2006, 62.) Hypertrofiaa esiintyy 2–5 kertaa enemmän hypertensiopotilailla verrattuna henkilöihin, joilla verenpainetaso on normaali (Jula ym. 2009).

Korkea verenpaine on itsenäinen perifeerisen valtimotaudin riskitekijä (Korhonen 2009, 72). Perifeeriset valtimosairaudet esiintyvät katkokävelyoireena. Syynä katkokävelyyn on alaraajavaltimon ahtautuminen valtimonkovettumataudin

vuoksi, jolloin valtimo ei kykene enää fyysisessä rasituksessa lisäämään lihaksen verenkiertoa riittävästi. (Miettinen & Vanhanen 2009.) Alaraajavaltimoiden kovettumista voidaan todeta kolmasosalla verenpainetautia sairastavista potilaista. Suurin riski alaraajavaltimoiden kovettumiseen on henkilöillä, joiden pulssipaine eli ylä- ja alapaineen erotus on yli 65 mmHg. (Korhonen 2009, 72.)

Kohonnut verenpaine on tutkimusten mukaan todennäköisesti tärkein aivohalvauksen vaaratekijä. Jo vähäinenkin verenpaineen kohoaminen altistaa aivoverenkiertohäiriöille. (Tikkanen & Salomaa 2009.) Aivohalvauksessa aivokudosta tuhoutuu nopeasti verenkierron häiriintymisen vuoksi. Aivohalvaus voi johtua joko aivovaltimon tukkeutumisesta tai vuotamisesta. Valtimon tukkeuma aiheuttaa hapenpuutteen suonitusalueelle, jolloin tälle alueelle syntyy kuolio eli infarkti. Aivoverenvuodossa vuotavan suonen alueella verenkierto vähenee. Veren vuotaminen aivokudokseen aiheuttaa painetta ympärillä oleviin alueisiin, jonka takia lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. (Atula 2012.)

Aivoverenvuodon tärkein syy on pitkäaikainen hoitamaton verenpainetauti (Kauppinen 2006, 63; Soinila ym. 2006, 316). Aivohalvauksista noin 15 % johtuu aivovaltimon repeämästä ja siitä johtuneesta verenvuodosta aivokudoksen sisään. Yleisin vuodon syy on kohonnut verenpaine, joka on vuosien kuluessa aiheuttanut muutoksia aivovaltimoiden seinämiin. Suomessa aivohalvaukseen sairastuu noin 14 000 henkeä vuosittain. (Atula 2012.)

Aivovaltimon veritulppa on aivohalvauksen yleisin aiheuttaja. Sen syynä on yleensä valtimoiden ateroskleroosi. Valtimotaudin kaventamaan suoneen voi kehittyä verihyytymä, joka tukkii lopullisesti suonen. Aivoinfarkteista noin neljännes syntyy sydämestä lähtöisin olevasta verihyytymästä eli emboliasta. Verihyytymä kulkeutuu veren mukana valtimoita pitkin, kunnes se pysähtyy johonkin aivovaltimon haaraan. (Atula 2012.) Aivoinfarktin merkittävimmät riskitekijät ovat verenpainetauti, sydänsairaudet, tupakointi, diabetes, korkea kolesteroli, tulehdukset, alkoholin liikakäyttö, ylipaino sekä liikunnan puute. Ikä ja perinnölliset riskitekijät vaikuttavat myös aivoinfarktiin sairastumiseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007.)

Tutkimusten mukaan 40–69-vuotiailla systolisen paineen 20 mmHg nousu lisää aivohalvauksen aiheuttaman kuolleisuuden kaksinkertaiseksi. Epidemiologisten tutkimusten mukaan 2 mmHg matalampi systolinen paine merkitsee 10 % pienempää todennäköisyyttä saada aivohalvaus. (Kantola 2009.) Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 49 %:lla aivohalvauksen saanneista oli korkea verenpaine (Berg ym. 2004).

Korkea verenpaine on merkittävä riski munuaissairauksien kehittymiselle (Rigsby 2011, 41; Korhonen 2009, 45). Toisaalta kohonnut verenpaine voi johtaa hypertensiivisen munuaisvaurion syntyyn (Jula ym. 2009). Pitkään ja hoitamattomana jatkunut verenpainetauti saattaa aiheuttaa munuaisten vajaatoiminnan (Berg ym. 2004; Kauppinen 2006, 63). Munuaissairauksien etenemistä saattaa nopeuttaa lievästikin koholla oleva verenpaine (Jula ym. 2009). Naisilla, joilla on metabolinen oireyhtymä ja verenpainetauti, on suurentunut munuaisten vajaatoiminnan riski. Verenpainepotilaan munuaisten toimintaa tulisi arvioida glomerulusten suodattimisnopeutta testaavalla seulontamenetelmällä, sillä pelkästään plasman kreatiini-arvon perusteella kolme neljästä munuaisten vajaatoimintaa sairastavasta jää toteamatta. Miehillä munuaisten vajaatoimintaa esiintyy harvemmin. (Korhonen 2009, 50.)

Verenpainetautia sairastavilla potilailla löytyy toteamaton diabetes useammin kuin muulla väestöllä. Diabeteksen esiastetta esiintyy joka kolmannella verenpainepotilaalla. (Korhonen 2009, 45–46.) Riskitekijöitä tyypin 2 diabeteksen sairastumiseen ovat ylipaino, aiemmin todettu glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, vähäinen fyysinen aktiivisuus, kohonnut verenpaine ja valtimosairaus. Perinnölliset tekijät ja ikä vaikuttavat myös tyypin 2 diabeteksen syntyyn. Suomalaisen diabeteksen ehkäisytutkimuksen mukaan realistisilla elämäntapamuutoksilla diabeteksen sairastuvuus väheni korkean diabetesriskin omaavilla henkilöillä 60 % kontrolliryhmään verrattuna. (Välimäki ym. 2009, 728.)

Koholla oleva verenpaine aiheuttaa muutoksia verkkokalvon valtimoihin ja laskimoihin. Vaikutus riippuu verenpainetasosta sekä valtimoiden tilasta, johon vaikuttaa ikä ja muut valtimotaudin vaaratekijät. Vaikutus verkkokalvoihin riippuu myös siitä, onko hypertensio akuutti vai krooninen. (Lindström-Karjalainen

& Summanen 2007.) Verenpainetautiin liittyviä verkkokalvon muutoksia ja silmänpohjan keskussuonten tukoksia esiintyy muutamalla prosentilla ikääntyneistä (Näkövammaisten keskusliitto ry 2012b). Kohonnut verenpaine on sekä retinopatiaa että makulaturvotusta aiheuttava tekijä (Rönnemaa & Summanen 2001). Retinopatia tarkoittaa verkkokalvon sairautta (Aranko 2008) ja makulaturvotus verkkokalvolla tarkan näkemisen alueella esiintyvää turvotusta (Saari 2011, 27). Merkittävin muutos on valtimoiden kaventuminen (Lindström-Karjalainen & Summanen 2007). Vanhusten verenkiertohäiriöt voivat joskus aiheuttaa pysyviäkin näkökenttäpuutoksia (Näkövammaisten keskusliitto ry 2012). Korkea verenpaine altistaa myös silmänpohjan verenvuodoille, jotka heikentävät potilaan näköä (Kauppinen 2006, 63).

Korkean verenpaineen on todettu liittyvän myös dementian kehittymiseen. Hoitamaton korkea verenpaine keski-iässä lisää riskiä sairastua dementiaan ja Alzheimerin tautiin. (Li ym. 2007.) Korkea verenpaine lisää aivojen valkean aineen eriasteisia muutoksia, jotka aiheuttavat dementiaa myöhemmin elämässä. Vaurioita esiintyy yleisimmin aivojen otsalohkossa, joka osallistuu tunteiden säätelyyn ja on ydinalue persoonallisuuden muodostumisessa. Kohonneen verenpaineen ja siitä aiheutuvan aivojen verisuonitaudin asianmukainen tarkkailu ja aikainen hoito vähentävät riskiä sairastua myöhemmin dementiaan. (Kuller ym. 2010.)

Sairastavuus ja kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin lisääntyvät verenpaineen nousun myötä (Kauppinen 2006, 62). Tutkimuksen mukaan kohonnut systolinen paine lyhentää odotettavissa olevaa elinaikaa (Standberg ym. 2006). Kauppisen (2006, 62) mukaan taas diastolisella verenpaineen kohoamisella on osuutta elinajan lyhenemään. Tulosten mukaan 25–59-vuotiailla miehillä lyhenemä on noin 2,7 vuotta ja naisilla 2,0 vuotta, kun diastolinen paine on yli 104 mmHg kun vertailukohteena on alle 95 mmHg:n paine. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan verenpainetauti oli 24 % kuoleman tapauksista taustalla (Berg, A ym. 2004).

6.4 Verenpaineen hoito

Verenpaineen hoidossa oleellisinta on sydän- ja verisuonitautivaaran kokonaisvaltainen pienentäminen (Jula ym. 2009). Hoitamalla tehokkaasti verenpainetta hidastetaan tai mahdollisesti pysäytetään valtimoiden kimmoisuuden väheneminen. Verenpaineen hoidolla on huomattava vaikutus kudosten hyvinvointiin ja aineenvaihduntaan. Verenpaineen ollessa normaalitasolla, solujen aineenvaihdunta toimii paremmin. (Remes 2006.)

Lievästikin kohonnutta verenpainetta kannattaa hoitaa elämäntapamuutoksin. Kohonneen verenpaineen hoito ei ole pääasia, vaan pyrkimyksenä on myös liitännäissairauksien ehkäisy. Kohonnutta verenpainetta hoidetaan tarvittaessa myös lääkkeillä. Vaikeimmissa tapauksissa, joissa verenpaine on huomattavasti kohonnut tai on syntynyt jo kohde-elinvaurioita, aloitetaan elämäntapamuutokset ja lääkehoidot samanaikaisesti. Yleensä pidempään kestäneessä verenpainetaudissa riittävien tulosten saaminen vaatii usein kahden tai useamman lääkkeen yhdistämistä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011; Suomen sydänliitto ry 2012b.)

Kohonneen verenpaineen hoito on pitkäjänteistä toimintaa, jossa lääkäri yhdessä potilaan kanssa sopii hoidon tavoitteista ja tavoitteiden saavuttamisista. Hoidon seurannassa arvioidaan lääkehoidon ja elintapamuutosten toteutumista, hoidon siedettävyyttä sekä tavoitteiden saavuttamista. Usein hoito on elinikäistä, mutta lääkehoitoa voidaan vähentää, jos elämäntapamuutosten avulla saavutetaan tuloksia. (Jula ym. 2009; Suomen sydänliitto ry 2012b.) Tutkimuksen mukaan iäkkäät hyötyvät verenpaineen hoidosta suhteellisesti yhtä paljon kuin nuoremmatkin henkilöt (Turnbull ym. 2008). Iäkkäiden potilaiden verenpainetta ei kuitenkaan tule laskea liian nopeasti, jotta vältytään verenkiertohäiriöiden aiheuttamilta huimauksilta ja kaatumisilta (Iivanainen ym. 2010, 200).

Yli 80-vuotiaiden kohtalaisen hyväkuntoisten verenpainepotilaiden HYVET-tutkimus osoitti ensimmäisenä, että myös iäkkäiden potilaiden kohonneen verenpaineen hoito kannattaa. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden sydän- ja verisuonitapahtumien määrän lisäksi myös kokonaiskuolleisuus oli pienempi.

Pitkäaikaistutkimuksia yli 80-vuotiaiden verenpainepotilaiden elämäntapamuutosten vaikutuksista on vain niukasti, joten hoidon kokonaishyöty on edelleen epäselvä. (Beckett ym. 2008.)

Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan vuosien 2005–2008 aikana noin 31 % yli 18 vuotiaista amerikkalaisista sairasti verenpainetautia. Näistä 70 % sai verenpainetautiinsa lääkehoitoa ja 46 %:lla tauti oli hallinnassa. Tutkimuksen mukaan henkilöt, joilla ei ollut lääkehoitoa verenpainetautiin, eivät myöskään käyneet verenpainekontrolleissa. Lääkäriin ja ohjaukseen hakeutuminen oli vähäistä myös nuorten aikuisten keskuudessa. Tutkimuksen mukaan eniten kohonneita verenpainearvoja esiintyi alhaisesti koulutettujen keskuudessa. Korkeasti koulutetut hakeutuivat helpommin hoitoon. Naisilla esiintyi lievästi enemmän verenpainetautia, mutta naiset hakeutuivat myös miehiä helpommin hoitoon. Verenpainetaudin esiintyvyys Amerikassa ei ole muuttunut vuoden 1999 jälkeen, mutta verenpainetaudin hoito, ohjaus ja seuranta ovat lisääntyneet merkittävästi. (Centers for Disease Control and Prevention 2011, 104–106.)

6.5 Terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen ja ennaltaehkäisy

Perinnölliset tekijät sekä elintavat säätelevät verenpainetta (Jula ym. 2010; Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010; Mustajoki 2011a). Ohjauksessa tulee korostaa elintapojen merkitystä sairauden hoidossa. Elämäntapamuutokset ovat edullinen ja tehokas keino ehkäistä iänmukaista verenpaineen nousua sekä hoitaa kohonnutta verenpainetta. (Iivanainen 2010, 196; Rigsby 2011; 43.) Kiinnittämällä huomiota elintapoihin nuoruudesta lähtien voidaan sairastumisriskiä vähentää merkittävästi. Elintapojen merkityksen korostaminen lisää potilaan omaa vastuuta hoidosta. (Jula ym. 2010; Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010; Mustajoki 2011a.)

Spencer ym. (2012) tutkimuksen mukaan ruokavaliolla pystyy vaikuttamaan merkittävästi verenpainetasoon. Tutkimuksessa todettiin, että runsaalla hedelmien ja kasvisten syömisellä sekä vähärasvaisella ruokavaliolla verenpainearvot alenivat. Tutkimus osoitti samalla, että vaikka potilailla oli riittävä tietämys

verenpainetta edistävästä ruokavaliosta, he eivät välttämättä noudattaneet suositeltua ruokavaliota täysin. Ruokavalion ohjaukseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota.

Natrium on välttämätön ravintoaine, mutta sen runsas saanti lisää iänmukaista verenpaineen nousua. Erityisesti ruokasuolan käyttöä tulee vähentää. Suositeltava määrä tulisi olla alle 5 grammaa päivässä. (Jula ym. 2009; Jula ym. 2010; Suomen sydänliitto ry 2010, 22; Mustajoki 2011a.) Tutkimusten mukaan suolan käytön vähentäminen laskee verenpainetta annosriippuvaisesti (Jula & Mervaala 2009). Suomalaisten saamasta suolamäärästä 80 % tulee elintarvikkeiden valmistusvaiheessa lisätystä suolasta (Mustajoki 2011a). Vähäisempään suolankäytön määrään päästään korvaamalla elintarvikkeet vähäsuolaisilla vaihtoehdoilla (Jula ym. 2010; Suomen sydänliitto ry 2010, 22–23). Natriumrajoitus vähentää myös verenpaineläkkeiden tarvetta (Jula ym. 2009).

Ruokavaliossa keskeisintä on tyydyttyneen eli kovan rasvan vähentäminen ja sen korvaaminen kerta- ja monityydyttymättömillä rasvahapoilla eli pehmeillä rasvoilla (Jula ym. 2009; Jula ym. 2010; Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010, 16). Tehokas keino on vaihtaa voi rypsiöljypohjaisiin kasvismargariineihin. Kalaperäiset rasvahapot alentavat myös verenpainetta. Suositus on nauttia kaksi tai kolme rasvaisesta kalasta tehtyä ateriaa viikossa. Hyviä rasvaisia kaloja ovat muun muassa lohi, silakka, silli ja muikku. (Jula ym. 2010; Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010, 16–17.) Kovaa rasvaa runsaasti sisältävien ruokien, kuten rasvaisten maitotuotteiden vähentämisellä on suotuisa vaikutus myös veren kolesteroliarvoihin. (Mustajoki 2011b; Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010, 20–21.)

Henkilöillä, joilla BMI ylittää 25, on kyseessä yleensä ylipaino. Painoindeksin ollessa 30 on liikapainoa pituuteen nähden jo merkittävästi. (Mustajoki 2011c.) Painonpudotuksella on suotuisa vaikutus verenpaineen laskuun (Jula ym. 2010; Mustajoki 2011a). Ravitsemustila ja ravinnon imeytyminen heikentyvät usein iän ja erilaisten sairauksien myötä. Tämän vuoksi ravitsemusongelmien riski kohoaa yli 80-vuotiailla henkilöillä. Keskeisimpinä ongelmina ikääntyneillä on usein liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen ennemmin kuin ylipaino, joka on

muun väestön merkittävä terveysriski. (Valtion ravitsemustoimikunta 2010.) Painon pudotusta ja vähäenergistä ruokavaliota suositellaan vain ylipainoisille hypertensiivisille henkilöille. Yli 70-vuotiailla painon pudottamiseen on vain harvoin syytä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011.)

Ruokavalion monipuolisuudesta ja proteiinien riittävästä saannista tulee huolehtia (Lutz & Przytulski 2006). Hollantilaistutkimuksen mukaan hiilihydraattien korvaaminen proteiineilla laskee verenpainetta noin 5 mmHg. Käytännössä tämä laskisi aivohalvauskuolemien riskiä 14 % ja sepelvaltimokuolemien 9 %. (Teunissen-Beekman ym. 2012.)

Kaliumin lisääminen ruokavalioon auttaa alentamaan kohonnutta verenpainetta. Kaliumin lisäämisen yhteydessä tulee huomioida myös suositusten mukainen kalsiumin ja magnesiumin saanti. Riittävä kaliumin ja magnesiumin saanti turvataan käyttämällä runsaasti vihanneksia, hedelmiä ja kasviksia. (Jula ym. 2009; Jula ym. 2010; Mustajoki 2011a.) Kalsiumin riittävän saannin saa varmistettua rasvattomien tai vähärasvaisten maitovalmisteiden päivittäisellä käytöllä (Jula ym. 2010). Ravintokuitua tulisi myös lisätä täysjyväleivän ja -hiutaleiden ym. muodossa (Tighe ym. 2010).

Säännöllinen lakritsin tai muiden mustien makeisten syönti on eräs helposti korjattavissa oleva elämäntapa (Jula ym. 2010; Suomen sydänliitto ry 2012b). Erilaisten geneettisten syiden vuoksi ihmiset ovat eriasteisesti herkkiä lakritsille. Riittävä verenpainetta nostava määrä lakritsia on henkilön sietokyvystä riippuen 25–400 grammaa viikossa. (Kantola 2004.) Sydän- ja verisuonitautipotilaiden on suhtauduttava lakritsin käyttöön tavanomaista varovaisemmin. Heidän tulee välttää lakritsiuutetta sisältäviä makeisia ja muita tuotteita. (Jula ym. 2010; Mustajoki 2011a.)

Vastajulkaistun Yhdysvaltalais-tutkimuksen mukaan riittävä C-vitamiinin saanti voi alentaa verenpainetta. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että osa hedelmien ja vihannesten verenpainetta alentavasta vaikutuksesta johtuu C-vitamiinista. Tutkimuksen mukaan C-vitamiinilisiä saaneiden systolinen veren-

paine laski keskimäärin 4 mmHg ja diastolinen verenpaine 1,5 mmHg verrokkiryhmään verrattuna. (Juraschek ym. 2012.)

Nautintoaineiden käyttöä tulee rajoittaa hoidettaessa verenpainetta. Säännöllinen, runsas alkoholinkäyttö kohottaa verenpainetta ja saattaa vähentää lääkkeiden tehoa. Alkoholin käyttö tulisi olla mahdollisimman vähäistä eikä määrien tulisi ylittää naisilla 14 ja miehillä 21 ravintola-annosta viikossa. (Jula ym. 2010; Mustajoki 2011a.) Verenpainepotilaat, jotka käyttävät yli 20 annosta alkoholia viikossa, hyötyvät alkoholinkäytön vähentämisestä (Berg ym. 2004). Runsas alkoholinkulutus lisää veren triglyseridipitoisuutta, maksa- ja aivosairauksia sekä altistaa lihomiselle. Pitkäaikainen alkoholin käyttö suurentaa myös veren HDL-kolesterolipitoisuutta. (Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä 2010, 48.) Rose ym. (2008) tutkimuksessa korostui alkoholineuvonnan merkitys verenpaineen hoidossa. Tutkimuksen mukaan verenpaine laski selvästi verenpainepotilailla, jotka olivat saaneet alkoholivalistusta ja näin vähentäneet alkoholin käyttöään.

Tupakoinnin lopettaminen on tärkein keino alentaa kohonneeseen verenpaineeseen liittyvää valtimotaudin riskiä (Jula ym. 2010; Mustajoki 2011a). Jokainen tupakoitsija hyötyy tupakoinnin lopettamisesta. Sydän- ja verisuonitauteja sairastavien tupakasta vieroittautumisella voidaan saada aikaan sairaalahoitojen sekä kuolleisuuden merkittävä vähentyminen. Tupakoinnin lopettaminen on hyödyllistä myös ikääntyneiden terveydelle. Kaikki tehokkaaksi osoitetut vieroitushoidot soveltuvat myös ikäihmisille. (Winell ym. 2012.)

Liikunta on keskeinen elintapamuutos useiden kansanterveydellisesti tärkeiden pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä 2010). Runsaasti liikkuvien henkilöiden verenpaine on matalampi ja heillä esiintyy vähemmän valtimotauteja kuin vähän liikkuvilla (Jula ym. 2009). Suositeltavaa on kestävyystyyppinen harjoittelu ja kohtalaisesti kuormittava liikunta, kuten reipas kävely tai kuntosaliharjoittelu (Jula ym. 2009; Jula ym. 2010; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä 2010; Mustajoki 2011a). Eläkeikäisille suositellaan kohtalaisesti kuormittavan

liikunnan ja kestävyysliikunnan ohella nivelten liikkuvuutta sekä tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä 2010).

Tehokkaan verenpaineen hoito edellyttää sekä potilaan että hoitajan sitoutumista tavoitteelliseen hoitoon. Parempia hoitotuloksia saavutetaan tehokkaalla moniammatillisella yhteistyöllä ja noudattamalla tarkasti sovittuja hoitopolkuja. (Meriranta 2009, 80.) Bebb ym. (2007) mukaan hoitajan ja lääkärin yhteistyöllä toteutettu ohjaus tuottaa parempia tuloksia verenpaineen hoitotasapainon saavuttamiseksi kuin lääkärin tai hoitajan yksin toteutettu ohjaus.

Merirannan (2009, 102) tutkimuksen mukaan lääkärit kertoivat terveyskeskuksen vastaanotolla verenpainepotilaille melko hyvin verenpaineen lääkkeettömästä hoidosta. Useammin lääkärit kertoivat lääkkeettömästä hoidosta alle 75-vuotiaille potilaille. Alle 65-vuotiaista miehistä puolet ilmoitti lääkärin kertoneen kaikista elämäntapamuutoksiin liittyvistä asioista ja naisista 55 % koki saaneensa näistä kaikista muutoksista tietoa. Yli 75-vuotiaista miehistä vain 19 % ja naisista 28 % ilmoitti saaneensa kaikista elämäntapamuutoksista tietoa.

Elintapamuutosten kertomisesta terveysasemalla oli hyötyä, koska yli puolet potilaista kertoi toteuttaneensa elintapamuutoksia (naisista 63 % ja miehistä 56 %). Ruokavalioon kohdistuvat elintapamuutokset olivat iästä riippumatta toteutuneet yhtä hyvin. Neljä potilasta viidestä oli muuttanut suolan, eläinrasvojen, hedelmien ja kuitujen käyttöä. Joka toinen potilas oli laihduttanut ja kuusi potilasta kymmenestä oli lisännyt liikunnan määrää. Lääkärit arvioivat yli puolissa (53 %) tapauksissa lääkkeettömän hoidon toteutuneen melko tai erittäin hyvin. Lääkäreiden arvion mukaan 43 % heidän potilaistaan yleensä noudattaa lääkkeettömän hoidon ohjeita. (Meriranta 2009, 103–108.)

Hyvän hoitotasapainon saavuttaminen riittävästä ohjauksesta huolimatta jää usein saavuttamatta. Tutkimuksen mukaan vain 24 % miehistä ja 30 % naisista saavuttaa hyvän hoitotasapainon. Verenpainepotilas, joka saavuttaa hyvän hoitotasapainon on usein alle 65-vuotias nainen tai 75 vuotta täyttänyt mies.

Yleensä hyvän hoitotasapainon saavuttanut potilas on normaalipainoinen tai korkeintaan lievästi ylipainoinen. (Meriranta 2009, 164.)

7 TOIMINNALLINEN OSUUS

Opinnäytetyömme toiminnallinen osuus koostui neljästä lähetyksestä koskien verenpainetautia, sen merkitystä terveyteen sekä lääkkeetöntä hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Lähetykset toteutimme kahtena päivänä, joissa kummassakin oli kaksi lähetystä. Molemmille päiville oli suunniteltu omat teemat, jotka olivat tietoa verenpaineesta sekä verenpainetaudin hoito. Aamulähetykset oli suunnattu Naantalin alueella yksinasuville ikääntyneille ja iltapäivälähetykset omaishoitajille ja kuntoutujille. Olimme suunnitelleet saman ohjelmasisällön ja tavoitteet sekä aamu- että iltapäiväryhmille. Suunnitelmat olimme postittaneet etukäteen VIRTU-tuotantoon (Liite 2).

7.1 Tietoa verenpainetaudista -lähetys

Ensimmäiset lähetykset pidimme 6.2.2012 klo 10–11 ja klo 13–14 (Kuva 1). Aiheena oli verenpaine ja sen merkitys terveydelle. Näytimme myös oikeaoppisen verenpaineen mittauksen.

Kuva 1. VIRTU-studio.

7.1.1 Suunnittelu

Ensimmäisten ohjelmien tavoitteena oli kertoa suurta osaa vanhusväestöä koskevasta korkeasta verenpaineesta ja sen yleisyydestä Suomessa. Kohonnut verenpaine rasittaa sydäntä ja aiheuttaa lisäsairauksia. Halusimme korostaa hoidon tärkeyttä sekä saada kuulijat miettimään omaa terveyttä ja omia vaikutusmahdollisuuksia terveyteen. Tavoitteemme oli pyrkiä käytännönläheiseen ohjaukseen. Halusimme tukea kertomaamme visuaalisesti, jossa korostuu näköaistin ja näkemisen merkitys (Hakkarainen ym. 2005, 138–139).

Havainnollistamisella tarkoitetaan teoreettisen sanoman muuttamista helpommin ymmärrettäväksi. Yleisimpiä havainnollistamisvälineitä ovat erilaiset kuvat ja kaaviot, PowerPoint-esitykset, ääni- ja videomateriaali sekä monisteet. Puhuja voi havainnollistaa myös toiminnallisesti. Esiintyjä voi esim. näyttää itse tai antaa kuulijoiden kokeilla, miten jokin esine toimii tai mitä tietyssä tilanteessa tapahtuu. Toiminnallinen havainnollistaminen jättää vahvan muistijäljen, minkä lisäksi se vakuuttaa kuulijat puhujan jakaman informaation oikeellisuudesta (Helsingin yliopisto 2012).

Havainnollistaminen on merkityksellistä, jotta kuulija pystyy mahdollisimman hyvin ymmärtämään ja vastaanottamaan sanoman. Lisäksi havainnollistaminen elävöittää esitystä, lisää kuulijoiden mielenkiintoa, parantaa muistamista ja auttaa esittäjää jäsentämään esitystään. (Yliopiston kielikeskus 2012; Helsingin yliopisto 2012.) Tavoitteemme oli käyttää mahdollisimman monipuolisesti havainnollistamismenetelmiä ja opastaa verenpaineenmittaus automaattista verenpainemittaria käyttäen. Näytimme myös, miten verenpaineenseurantakorttia täytetään.

Tärkeitä asioita voi korostaa hyväksikäyttäen puhenopeuden vaihtelua. Keskeisten asioiden ajaksi puheen nopeutta voidaan hidastaa ja vähemmän tärkeät asiat voidaan ohittaa nopeammin. Äänenvoimakkuuden ja -sävyn muutoksilla saadaan puheeseen vaihtelua, mikä auttaa pitämään kuulijoiden mielenkiinnon

yllä. Muita äänellä havainnollistamisen keinoja ovat mm. tauotus ja painottaminen. Äänetöntä ilmaisua ovat kaikenlaiset eleet, ilmeet ja liikkeet. (Helsingin yliopiston kielikeskus 2012; Jyväskylän yliopiston kielikeskus 2012.) Lähetyksissä tavoitteemme oli kiinnittää huomiota puhetapaamme sekä äänen käyttöön. Pyrimme rauhalliseen puhetyyliin, jotta kuulijat saavat puheesta selvää. Esityksissä kiinnitimme huomiota myös sanattomaan viestintään.

Tarkoituksemme oli jakaa osallistujille monipuolista tietoa verenpainetaudista ja sen yleisyydestä. Tavoitteiksi asetimme hyvin suunnitellut, hallitut ja asiantuntevat lähetykset, jotka perustuvat kattaviin ohjelmasisältöihin. Pyrimme vuorovaikutukselliseen keskusteluun, jossa toimimme keskustelun vetäjinä sekä huomioimme kuulijat tasapuolisesti. Annoimme heille myös mahdollisuuden kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä.

Lähetysten onnistumisen kannalta oli mielestämme tärkeää huomioida esteettiset seikat. Lavastaminen on tapahtuman, tilan, värien ja valojen kanssa työskentelyä (Hirvikoski 2005, 34). Suunnitteluvaiheessa kiinnitimme huomiota esitystilaan, valoihin ja vaatetukseemme, jotta lähetysten ulosanti olisi mahdollisimman hyvä. Halusimme luoda rennon ja mukavan ilmapiirin, jossa jokainen uskaltaa olla oma itsensä.

7.1.2 Toteutus

Ensimmäinen VIRTU-lähetys oli suunnattu yksinasuville ikäihmisille Naantalin alueella. Vältyimme teknisiltä ongelmilta ja pääsimme aloittamaan aikataulun mukaan. Lähetykseen osallistui kuusi ikäihmistä. Lisäksi esitystämme oli seuraamassa videovälitteisesti opiskelijaryhmä. He olivat tutustumassa lähetyksentekoon, mutta eivät osallistuneet itse keskusteluun.

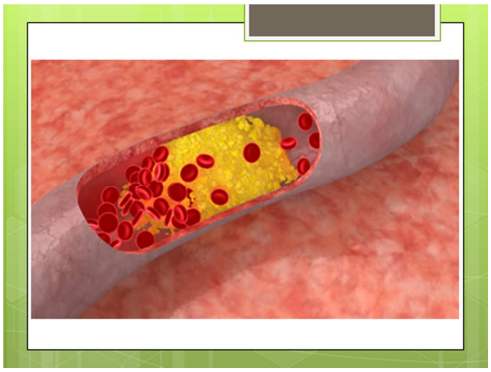
Iltapäivälähetys oli suunnattu kuntoutujille ja omaishoitajille. Aluksi linjalla ei ollut yhtään kuulijaa. Heidät kuitenkin tavoitettiin ja lopulta lähetyksessä oli kaksi omaishoitajaa. Ohjelmaa oli seuraamassa myös valokuvaaja, joka otti kuvia lähetyksestä mahdollisiin VIRTU-projektin esitteisiin ja mainoksiin.

Molemmat ohjelmat aloitettiin esittelyillä ja kertomalla lähetysten liittyvän opinnäytetyöhömme. Virallisen osuuden aloitimme aiheella verenpaine ja sen tehtävät elimistössä. Selvensimme myös systolisen ja diastolisen paineen merkitykset. Aihe alkoi vaikeasti ymmärrettävillä asioilla, joten olimme etukäteen miettineet mahdollisimman selkeän esitystavan. Kerroimme myös kohonneen verenpaineen yleisyydestä Suomessa ja verenpainetaudin esiintymisestä ikääntyneillä.

Verenpaineen kohoaminen herätti kuulijoissa runsaasti ajatuksia. Asiakkaat kertoivat omista verenpainearvoista ja niihin liittyvistä kokemuksista. Keskustelun edetessä päästiin hyvin siirtymään verenpaineen tavoitearvoihin. Tuimme kertomaamme PowerPoint-esityksellä. Näytimme verenpaineen tavoitelukemat televisioruutuun tulevilla selkeillä numeroilla (Kuva 2). Painotimme ikääntyneen henkilön verenpaineen tavoitearvoja, jotka ovat korkeammat kuin nuoremman henkilön arvot.

Kuva 2. Verenpaineen tavoitearvot

Jatkoimme lähetystä pohtimalla hoitamattoman verenpainetaudin aiheuttamia lisäsairauksia. Lisätäksemme kuulijoiden kiinnostusta, näytimme kuvaa valtimosta, johon korkean verenpaineen seurauksena oli syntynyt ateroskleroosia eli rasvakovettumaa (Kuva 3). Kerroimme säännöllisen hoidon ja seurannan tärkeydestä sekä hoidon merkityksestä lisäsairauksien ehkäisyssä.



Kuva 3. Ateroskleroosi (Riskitekijät. 2012. Viitattu 3.5.2012. (http://www.diabetekseni.fi/sydaen-ja-verisuonitaudit/riskitekijaet.html)

Havainnollistimme verenpaineen mittauksen automaattista verenpainemittaria käyttäen. Esitimme vastaanotolla tapahtuvan verenpaineen mittauksen ja kerroimme mittauksessa huomioitavat seikat. Näytimme saadut tulokset kuulijoille ja selvensimme mitä ne tarkoittavat. Täytimme verenpaineenseurantakortin ja kerroimme miten sitä luetaan (Liite 3).

Lopuksi kertasimme käsitellyt asiat väittämien avulla (Liite 4). Korostimme väittämien olevan leikkimielinen visailu, jotta kuulijoilla olisi matala kynnys osallistua toimintaan. Päätimme lähetyksen lukemalla humoristisen ajatelman loppukevennykseksi. Ajatelman tarkoituksena oli keventää aihetta sekä jättää kuulijoille positiivinen mieli, jotta he haluaisivat tulla kuuntelemaan myös seuraavia lähetyksiä.

> *”Meille on annettu kaksi lahjaa, joita tulisi käyttää mahdollisimman paljon - huumori ja mielikuvitus. Mielikuvitus korvaa sen, mitä emme ole ja huumori auttaa meitä hyväksymään sen mitä olemme.”*
>
> (Aforismeja 2012.)

7.1.3 Arviointi

Lähetykset onnistuivat alkuperäisten suunnitelmien mukaan. Pysyimme hyvin aikataulussa, vaikka ajattelimme aikaa kuluvan enemmän asioiden kertomiseen. Iltapäivälähetys alkoi hieman myöhässä, mutta saimme käytyä kaikki asi-

at läpi ja pääsimme lopettamaan lähetyksen aikataulussa. Puhuimme rauhallisesti ja selkeästi. Tunnelma lähetyksissä oli rento ja mukava.

Otimme kuulijat mukaan keskusteluun esittämällä aiheesta pieniä kysymyksiä. Saimme heidät kysymysten kautta pohtimaan omia riskitekijöitään ja vaikutusmahdollisuuksiaan verenpainetaudin ennaltaehkäisyyn. Kertomalla lisäsairauksista korostimme verenpainetaudin vakavuutta. Molemmissa ohjelmissa etenimme keskustelujen avulla aiheesta seuraavaan.

Ohjelmia suunnitellessa mietimme lähetysten onnistumisen kannalta riskitekijäksi vähäisen kuulijamäärän. Iltapäivälähetyksen vähäinen osallistujamäärä ei tuottanut ongelmia. Muutimme ohjelman tilanteeseen ja kuulijamäärään sopivaksi. Olimme tyytyväisiä ohjelmien monipuolisuuteen ja ikääntyneiden kiinnostukseen ohjelmia kohtaan. Aihe tuntui olevan mielenkiintoinen ja uskoimme kuulijoiden saaneen siitä hyötyä itselleen.

Osa osallistuneista oli puheliaita ja toiset hiljaisempia, joten yksilöllinen huomioiminen oli haasteellista. Saimme myös hiljaisemmat kuulijat hyvin mukaan. Aiheesta syntyi paljon keskustelua. Jouduimme välillä hienovaraisesti keskeyttämään keskustelun palataksemme takaisin aiheeseen.

Eleiden ja iloisen esiintymisen kautta loimme mukavaa ja reipasta ilmapiiriä. Kuulijat uskalsivat esittää kysymyksiä ja kertoa omia kokemuksiaan. Vaikka iltapäivälähetyksessä oli vain kaksi osallistujaa, emme kokeneet siitä olleen haittaa. Olimme tyytyväisiä sekä meidän että kuulijoiden panokseen lähetyksissä. Ohjaus onnistui hyvin.

Tavoitteena oli pyrkiä käytännönläheiseen ohjaukseen ja selkeään havainnollistamiseen. Olimme miettineet etukäteen yksinkertaisia tapoja selittää vaikeita asioita. Verenpainetaudin yksi liitännäissairaus on sepelvaltimotauti. Yleisesti puhutaan ateroskleroosista ja valtimonkovettumataudista, mutta taudin merkitys saattaa jäädä epäselväksi. Havainnollistimme kalkkeutuneen verisuonen merkitystä kuvan avulla. Myös verenpaineen tavoitelukemien näyttäminen PowerPointilla selkeytti esitystä. Kuulijat pääsivät paremmin kiinni aiheeseen, kun heillä oli mahdollisuus lukea käsiteltävät asiat kuvaruudulta. Tulevia lähetyksiä var-

ten lisäsimme tukisanojen ja -lauseiden määrää, jotta lähetysten seuraaminen ja siihen osallistuminen helpottuisi entisestään.

Verenpaineen mittauksen havainnollistaminen toimi hyvin. Kerroimme rauhallisesti ja selkeästi tapahtuman kulun, ja näytimme vaihe kerrallaan mittauksen toteutuksen. Kuulijat seurasivat mielenkiinnolla tapahtumaa. Saadut verenpainelukemat herättivät runsaasti keskustelua. Näytimme myös verenpaineen seurantakortin ja kerroimme sen täyttämisestä perusasiat. Verenpainekortti on vaikealukuinen ja teksti on pientä, joten ikääntyneen saattaa olla vaikea hahmottaa korttia ja nähdä lukemia. Mielestämme tärkeämpää on tietää seurantakortin merkitys, sillä täyttämisen ja tulkitsemisen voi toteuttaa hoitaja.

Kertasimme ohjelmissa esiintyneet asiat väittämien avulla. Kuulijat miettivät oikeita vastauksia ja vastasivat rohkeasti väittämiin. He osasivat vastata lähes kaikkiin kysymyksiin oikein. Loppuun esitimme mietelauselman, jonka tarkoitus oli keventää tunnelmaa ja jättää kuulijoille positiivinen mieli. Mielestämme humoristinen mietelauselma toimi hyvin, sillä se herätti hilpeyttä kuulijoiden keskuudessa. Se toimi hyvin esityksen päätöksenä ja päivän piristyksenä.

7.2 Verenpainetaudin hoito -lähetys

Toiset lähetykset pidimme 9.2.2012 klo 10–11 ja 13–14. Aiheena oli verenpainetaudin lääkkeetön hoito ja ennaltaehkäisy. Ohjelmien painopiste oli elämäntapojen merkitys terveyteen.

7.2.1 Suunnittelu

Lähetystemme tavoitteena oli kertoa kuulijoille verenpaineen hoidon ja ennaltaehkäisyn kulmakivet. Tavoitteena oli saada kuulijat kiinnostumaan terveellisestä ruokavaliosta, liikunnasta ja elämäntavoista. Suunnitelmaa tehdessä oletimme, että kuulijoissa on erilaisia elämäntapoja omaavia henkilöitä. Mietimme keinoja, joilla saisimme ikääntyneet muuttamaan elämäntapojaan terveellisempään suuntaan. Tarkoituksena ei ollut muuttaa kuulijoiden elämäntapoja täysin, vaan

tarjota konkreettisia asioita, joita he voivat hyödyntää. Halusimme tukea yksinasuvien, omaishoitajien ja kuntoutujien itsehoitovalmiuksia ja oman elämän hallintaa. Tavoitteemme oli saada kuulijat kysymään mieltä askarruttavia kysymyksiä ja antaa mahdollisimman kattavat vastaukset. Halusimme myös tukea ikääntyneiden sosiaalista elämää ja tarjota heille mahdollisuus vaihtaa mielipiteitä keskenään.

Tavoitteemme oli korostaa ohjelmissa liikunnan terveyshyötyjä. Tarkoituksemme oli toteuttaa ohjelmissa liikuntatuokio. Liikuntatilanteita ohjatessa on tärkeää huomioida asiakkaiden yleinen turvallisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Asiakasryhmään kuuluu ikääntyneitä, joiden fyysinen toimintakyky poikkeaa toisistaan. Halusimme toteuttaa liikuntatuokion, johon jokainen kuulija voi osallistua omien voimavarojensa ja kykyjensä mukaan. Valitsimme liikuntatuokioksi tuolijumpan, sillä se on turvallinen ja jokaiselle sopiva liikuntamuoto (Tuki- ja liikuntaelinten tietopankki 2012). Ryhmäliikuntaa ohjatessa, ohjaajan tulee pyrkiä luomaan ryhmään psykososiaalista turvallisuutta sekä kiireetöntä ja sallivaa ilmapiiriä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Lähetyksissä pyrimme vuorovaikutukselliseen keskusteluun, jossa jokainen uskaltaa ilmaista mielipiteensä. Pyrimme myös selkokieliseen ja konkreettiseen ohjaukseen. Lisäksi huomioimme mahdollisen iän tuoman näön tai kuulon heikentymän. Pyrimme puhumaan mahdollisimman selkeästi ja rauhallisesti. Yli 75-vuotiaista jopa kahdella kolmasosalla on kuulovaikeuksia. (Kuulonhuoltoliitto ry 2012). On myös normaalia, että näöntarkkuus heikkenee iän myötä (Näkövammaisten keskusliitto ry 2012a).

Ensimmäisissä lähetyksissä käytimme visuaalisia keinoja muistamisen tukena ja selkeyttämään esitystä. Koimme sen olevan hyödyllistä, joten päätimme lisätä lähetyksiin materiaalia, joilla helpotamme ohjelmien seuraamista entisestään. Teimme PowerPoint-esityksiä, joissa oli kuvia ja tukisanoja.

Tavoitteena oli luoda rento ja mukava ohjaustilanne, jotta kuulijoiden on helppo ottaa osaa keskusteluun. Halusimme ohjelmaan huumoria, koska uskoimme sen lisäävän mielenkiintoa aiheeseen ja luovan vapautuneemman tunnelman.

Halusimme korostaa huumorin tärkeyttä jokapäiväisessä elämässä. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tullut esille huumorin positiivinen vaikutus jaksamiseen ja koettuun hyvään oloon (Vesa 2009, 27). Tutkimuksen mukaan myös opetustilanteissa olisi hyvä käyttää huumoria ja liittää opetukseen myös muita viihdyttäviä elementtejä. Viihdyttämisellä on positiivisia vaikutuksia oppimisilmapiiriin ja todennäköisesti myös oppimiseen. (Kaipainen ym. 2006.)

Lähetysten lopussa pidimme rentoutusharjoituksen, jossa kerroimme rentouttavan tarinan musiikin soidessa taustalla. Harjoituksen tavoitteena oli vähentää stressiä ja keventää asiapainotteista ohjelmaa. Stressin on todettu olevan yksi verenpainetta nostava tekijä (Tikkanen & Salomaa 2009; Mustajoki 2011). Riittävän levon ja stressin välttämisen uskotaan vaikuttavan myönteisesti verenpaineeseen (Orion Pharma 2012; Lapuan kaupungin terveyskeskus 2010). Selvää tutkimusnäyttöä rentoutumisen vaikutuksista pitkäaikaiseen verenpainetasoon ei kuitenkaan ole (Jula ym. 2009). Rentoutumisen on kuitenkin todettu lisäävän hyvinvointia ja vähentävän stressiä (Järvilehto & Kiiski 2009, 62). Rentoutuminen tapahtuu kohdistamalla tietoisuus yhteen kohtaan, joka voi olla oman hengityksen seuraaminen, tietty lause tai mielen tyhjentäminen ohikiitävistä ajatuksista (Vainio 2009). Halusimme esityksissä korostaa rauhoittumisen ja rentoutumisen tärkeyttä terveyttä edistävinä keinoina.

7.2.2 Toteutus

Aamun VIRTU-lähetys oli suunnattu yksinasuville. Lähetykseen osallistui kaikki viime kerralla olleet sekä yksi uusi kuulija. Aamulähetyksessä oli aluksi hieman teknisiä ongelmia, joten jouduimme aloittamaan ohjelman hieman myöhässä. Iltapäivälähetys oli suunnattu kuntoutujille ja omaishoitajille. Lähetykseen osallistui vain yksi kuulija. Muita asiakkaita yritettiin tavoittaa, mutta henkilökohtaisten menojen vuoksi he eivät päässeet osallistumaan. Sovelsimme ohjelmarunkoa, jotta se sopisi yhdelle kuulijalle.

Aloitimme ohjelmat kuulumisten vaihdolla ja kertasimme pääpiirteittäin viimeksi käytyjä asioita. Tuimme kertomaamme PowerPoint-esitystä käyttäen (Liite 5).

Kerroimme lyhyesti aiheet, joista ohjelman aikana tulemme keskustelemaan. Olimme valmistelleet etukäteen itsetehdyn humoristisen runon, joka kertoi verenpainetaudista, sen hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Esitimme runon kuulijoille vuorolausumana (Liite 6). Runon tarkoitus oli saada kuulijat innostumaan aiheesta ja luoda mukava tunnelma. Korostimme huumorin tärkeyttä osana hyvinvointia.

Kävimme läpi terveellisen ruokavalion kulmakiviä ja lautasmallia. Havainnollistimme tätä PowerPoint-esityksellä ja näyttämällä kuvan lautasmallista (Liite 7). Kerroimme pieniä neuvoja, joilla ruokavaliota voi muuttaa terveellisemmäksi suuria uhrauksia tekemättä. Kannustimme heitä noudattamaan terveellistä ruokavaliota. Keskustelimme myös energian saannista ja sen mahdollisesta rajoittamisesta, mutta painotimme, ettei ikääntyneen tule laihduttaa ellei lääkäri niin suosittele.

Keskustelimme liikunnasta ja sen merkityksestä terveyteen ja verenpaineeseen. Kerroimme pieniä konkreettisia asioita, joilla liikuntaa saa lisättyä arjessa. Keskustelimme heidän liikuntatottumuksistaan. Korostimme hyötyliikunnan merkitystä ja kerroimme erilaisia liikuntamuotoja, joita olisi hyvä toteuttaa. Eräs suosittelemamme liikunta oli tuolijumppa, jota on mahdollista tehdä esimerkiksi televisiota katsellessa. Liikkeet sopivat niin kuntoliikuntaharjoitteiksi, kuin taukovoimisteluksikin (Tuki- ja liikuntaelinten tietopankki 2012). Näytimme helppoja liikkeitä, jotka olimme etukäteen suunnitelleet kohderyhmälle soveltuviksi (Liite 8).

Kerroimme alkoholin ja tupakan terveyshaitoista ja niiden vaikutuksista verenpaineeseen. Puheliaimmat kertoivat, etteivät ole koskaan tupakoineet, eivätkä käytä suuria määriä alkoholia. Keskustelimme kuulijalähtöisesti alkoholin kohtuullisesta käytöstä. Korostimme, ettei alkoholista tarvitse kokonaan kieltäytyä, esim. juhlatilaisuuksissa. Kohtuullisissa määrissä alkoholin ei ole todettu aiheuttavan terveyshaittoja (Heikkinen 2011). Emme kyselleet kuulijoiden päihteiden käyttöä, koska se on monelle henkilökohtainen asia, josta ei välttämättä halua suuressa ryhmässä keskustella.

Lopuksi tarkoituksemme oli pitää rentoutushetki, mutta iltapäivälähetyksessä jätimme sen väliin, koska ajattelimme ainoan kuulijan vaivaantuvan tilanteesta. Pidimme rentoutuksen tilalla loppuväittämät päivän aiheesta, jotka edelliseltä ryhmältä jäi väliin ajan puutteen vuoksi. Väittämät olimme etukäteen tehneet PowerPoint-esitykseksi (Liite 9). Pohdimme yhdessä oikeita vastauksia väittämiin. Aamuryhmälle pidimme rentoutuksen, jonka tarkoituksena oli tasapainottaa oloa ja virkistää mieltä. Kerroimme rentoutuksesta ja sen hyödyistä terveyteen ja verenpaineeseen. Laitoimme taustalle rentouttavaa musiikkia, jonka olimme etukäteen valinneet. Luimme ääneen rentoutustarinan nimeltä Mielikuvamatka järven rannalle (Diakoniawiki 2010) (Liite 10).

Laine ym. (2005, 326) mukaan musiikin kuunteleminen synnyttää muistoja ja vaikuttaa voimakkaasti tunne-elämään. Musiikki on sosiaalisuutta lisäävä ja ihmisiä yhdistävä tekijä. Etenkin muistihäiriöisten kuntoutuksessa musiikin on todettu olevan hyväksi aikaisempien kokemusten, tilanteiden ja paikkojen mielenpalauttamisessa.

7.2.3 Arviointi

Kuulijoista oli aistittavissa, että päivän aihe oli mielenkiintoinen. He innostuivat kertomaan omia kokemuksiaan ja näkemyksiään asioista. Aamulähetyksessä kuulijoita oli paljon ja joukossa oli hyvin puheliaita henkilöitä, joten keskustelun pitäminen aiheessa oli haasteellista. Lisähaastetta toi virtuaalivälitteinen kontakti. Äänet tulivat hieman viiveellä, jonka seurauksena tuli helposti puhuttua toisen kanssa samanaikaisesti. Jouduimme välillä hienovaraisesti keskeyttämään keskustelun, jotta saimme jatkettua ohjelmaa. Keskustelimme asiakaslähtöisesti pyrkien huomioimaan asiakkaiden taustat ja elämäntilanteet.

Aamulähetyksen aikataulu ei mennyt täysin suunnitelmien mukaisesti. Olimme suunnitelleet väittämiä päivän aiheesta, mutta ajan puutteen vuoksi emme ehtineet kysellä niitä. Karsimme myös muita pieniä aihealueita ja poimimme lähetykseen tärkeimmät ja kiinnostavimmat asiat. Onnistuimme hyvin mukautumaan

tilanteeseen, muuttamaan alkuperäistä suunnitelmaa ja valitsemaan oleellisimmat materiaalit.

Koimme humoristisen runon esittämisen alkuun hyvänä lähtökohtana lähetyksille. Mielestämme se kevensi tunnelmaa ja sai kuulijat rentoutumaan. Ohjaajan käyttäytyminen ja elekieli vaikuttaa merkittävästi kuulijoiden kokemuksiin esityksistä. Olimme lähetyksissä ulospäinsuuntautuneita ja saimme kuulijat hyvin mukaan keskusteluun lähetysten ajan.

Tavoitteemme oli edistää kuulijoiden sosiaalista kanssakäymistä. Oli hienoa nähdä, miten kuulijakunta oli ryhmäytynyt kuluneen syksyn ja talven aikana. Asiakkaat tiesivät toisensa ja keskustelivat myös keskenään. Halusimme antaa heille mahdollisuuden vaihtaa mielipiteitä myös keskenään. Annoimme keskustelua herättävissä aiheissa aikaa heidän keskinäiselle kanssakäymiselle, jonka jälkeen jatkoimme aiheessa eteenpäin. Osa asiakkaista kertoi menevänsä VIRTU-kanavalle jo hyvissä ajoin ennen lähetyksiä, jotta ehtivät kyselemään toistensa kuulumisia. Osa myös kertoi soittelevansa videoneuvottelulaitteella toisilleen.

Kuulijat olivat kiinnostuneita ravitsemuksesta ja aiheesta syntyi runsaasti keskustelua. Etenkin suolan ja rasvan käyttö herätti paljon ajatuksia. Monet kertoivat käyttävänsä suolaa ja voita suositusmääriä enemmän. Keskustelusta oli helppo aistia, että ikäihmiset eivät olleet valmiita muuttamaan ruokatottumuksia juuri suolan ja voin käytön suhteen. Tämän vuoksi teimme pieniä ehdotuksia, joiden avulla ravitsemusta voisi muuttaa terveellisemmäksi.

Tavoitteemme oli korostaa ohjelmissa liikunnan terveyshyötyjä. Kyselimme kuulijoiden liikuntatottumuksista, ja vastauksista päätellen heidän liikkuminen on melko vähäistä. Tuolijumppa oli kohderyhmällemme sopiva ja turvallinen liikuntamuoto. Tuolijumppaa ohjatessa kävimme ohjelmanumerot rauhallisesti läpi ja kiinnitimme huomiota, että jokaisen on mahdollista osallistua tuokioon. Kuulijat tulivat heti mukaan jumppaliikkeisiin ja vaikuttivat innostuneilta.

Olimme ajatelleet kaikkien lähetysten olevan ryhmäohjaustilanteita. Viimeiseen lähetykseen osallistui vain yksi asiakas, joten toteutimme yksilöohjauksen peri-

aatteita. Mielestämme onnistuimme soveltamaan alkuperäistä ohjelmarunkoa ja muokkaamaan sen tilanteeseen ja asiakkaallemme sopivaksi. Asiakas vaikutti viihtyvän, eikä häntä näyttänyt häiritsevän, ettei muita ollut linjalla.

Havainnollistimme paljon asioita lähetysten aikana. Käytimme apuna PowerPoint-esitystä, joka helpotti ohjelmien seuraamista. Kertasimme edellisten lähetysten asiat sekä lukemalla että PowerPoint:in avulla. Lautasmallin havainnollistaminen oli mielestämme tärkeää, koska se selvensi tärkeää asiaa. Olimme keränneet PowerPoint esitykselle myös muut ravitsemuksen pääkohdat, jotta ne jäisivät paremmin mieleen. Esityksessä oli kuvia käsiteltävästä aiheesta herättämässä mielenkiintoa.

Tavoitteemme oli korostaa rauhoittumisen ja rentoutumisen tärkeyttä terveyttä edistävinä keinoina. Rentoutusharjoitus tuki tätä hyvin ja kuulijat osallistuivat rentoutukseen. He pitivät silmiä kiinni ja kuuntelivat tarinaa. Musiikin voimakkuutta oli haastavaa arvioida. Yksi kuulijoista kertoi musiikin olleen liian kovalla, eikä tämän vuoksi saanut tarinasta kunnolla selvää. Toiset taas sanoivat kuulleensa tarinan ja taustamusiikin hyvin.

Yhteenvetona voimme todeta, että saimme mielestämme luotua avoimen ja luotettavan ilmapiirin. Lähetykset onnistuivat mielestämme hyvin. Saimme kerrottua monipuolisesti verenpaineen hoidon kulmakivet ja annettua konkreettisia terveyttä edistäviä ohjeita psyykkistä hyvinvointia unohtamatta. Asiakkaat jaksoivat keskittyä lähetysten ajan ja olivat omalähtöisesti mukana kaikissa ohjelmanumeroissa. Lopussa esittämiemme väittämien perusteella voimme päätellä, että kuulijoilla on tietoa kohonneesta verenpaineesta ja sen lääkkeettömästä hoidosta.

8 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat rinnakkain. Luotettavuus perustuu tutkijoiden noudattamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön, jossa tutkijoiden ja tieteellisten asiantuntijoiden tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkijoiden tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Heidän tulee myös toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Suomen Akatemia 2008.) Suhtauduimme lähteisiin kriittisesti ja noudatimme tieteessä hyväksyttyjä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä.

Valitsimme aiheen asiakkaittemme osoittaman kiinnostuksen perusteella ja otimme huomioon heidän toiveensa ohjelmien aikana. Työn luotettavuuden kannalta pidimme tärkeänä, että teoriatietoa etsiessä valitsimme työhön ajantasaiset ja luotettavat lähteet. Kirjallisuuskatsausta tehdessä vältimme plagiointia ja annoimme tutkijoille heille kuuluvan arvostuksen. Pyrimme käyttämään alkuperäisiä lähteitä, jotta tiedot ja tutkimukset pysyvät muuttumattomina. Keskityimme myös tekstin tulkitsemiseen, jotta alkuperäisen kirjoittajan sanoma säilyy oikeanlaisena.

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta on mielestämme hankala arvioida. Etsimme luotettavaa ja ajantasaista tietoa verenpainetaudista ja sen lääkkeettömästä hoidosta ja esitimme sen kuulijoille. Lähetysten aikana teimme jatkuvaa hiljaista havainnointia siitä, kuinka kuulijat ymmärtävät kertomamme tiedon. Teimme ohjelman lopussa leikkimielisen tietovisan, jonka avulla pystyimme myös havainnoimaan, olimmeko onnistuneet esittämään asiat ymmärrettävällä tavalla.

Mielestämme toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuus syntyy siitä, kuinka itse olemme kuvailleet toimintaamme ja tekemiämme valintoja. Luotettavuutta on

pyritty lisäämään perehtymällä havainnointiin ja itsearviointiin. Luotettavuuteen vaikuttaa sekä meidän että opinnäytetyönohjaajan ja VIRTU-projektin vastuuhenkilöiden toimiminen samanaikaisesti havainnoijina ja palautteen antajina. Arviointikeskusteluissa vertasimme havaintojamme ja totesimme ne yhteistyötahomme kanssa yhtenäisiksi.

Työtä tehdessä arvioimme työn tarkoituksenmukaisuutta, pätevyyttä ja toimivuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että korkeasta verenpaineesta on tehty monia kansainvälisiä tutkimuksia, joiden tulokset ovat pääasiassa yhdenmukaisia. Luotettavuutta kuitenkin heikentää virtuaalista ohjausta käsittelevien tutkimusten vähäisyys.

Työtä tehdessä huomioimme käyttämiemme tutkimusten eettisyyden. Tutkimuksen eettisiin tekijöihin kuuluu kirjoittajan rehellisyys sekä itselleen että lukijoilleen. Opinnäytetyössä eettisen tarkastelun kohteita ovat aiheen valinta, tuotoksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu sekä epärehellisyyden välttäminen kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Opinnäytetyöntekijöiden tulee välttää plagiointia työssään. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän ajatusten, tutkimustulosten ja ideoiden esittämistä omanaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 122; Vilkka 2007, 154; Vilkka & Airaksinen 2004, 78.) Työtä tehdessä tulee huomioida tutkimuksen eettisyyden lisäksi sairaanhoitajan ammattietiikkaan liittyvät asiat.

Sairaanhoitaja toimii eettisesti kunnioittaen ihmisoikeuksia, noudattaen potilasta koskevaa lainsäädäntöä sekä vastaa omasta ammatillisesta kehittymisestään. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilaiden ja omaisten kanssa yhdessä toimiminen ja omaisten roolin vahvistaminen potilaan hoidossa. Avoin vuorovaikutus ja molemminpuolinen luottamus ovat hyvän hoitosuhteen perusta. Sairaanhoitaja antaa terveyskasvatusta ihmisille ja lisää heidän kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitajan velvollisuuksiin kuuluu omien ammatillisten kykyjen ylläpitäminen ja kehittäminen. Sairaanhoitajan tehtävä on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä lievittää kärsimyksiä. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä, pyrimme toimimaan sairaanhoitajan eettisiä ohjeita noudattaen. Työmme avulla pyrimme edistämään kohderyhmien hyvinvointia ja lisäämään heidän itsehoitovalmiuksiaan.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuuden. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuoltolain nojalla ammattihenkilö ei saa luvatta antaa sivullisille tietoja, joita ammatinharjoittaja on saanut asemansa tai tehtäviensä puolesta. Vaitiolovelvollisuuden kautta henkilö ei saa antaa tietoonsa saamiaan asioita sekä asiakirjoja ulkopuolisille. Vaitiolovelvollisuus jatkuu myös sen jälkeen, kun henkilö ei toimi enää siinä asemassa, jossa on saanut tiedot luottamuksellisista seikoista. (Valvira 2012; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

VIRTU-lähetyksissä noudatimme varovaisuutta tehtyjen kysymysten suhteen, jotta kenenkään ei tarvitse kertoa muiden kuullen yksityisiä asioitaan. Lähetyksissä ei voinut keskustella vain yhden asiakkaan kanssa kerrallaan, koska kaikki läsnäolijat kuulivat keskustelut. Ohjelmiin osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista ja se perustui kuulijoiden omaan aktiivisuuteen. Pidimme tärkeänä sitä, että jokainen saa osallistua keskusteluun sen verran kuin itse haluaa. Mahdollistimme kuitenkin kaikkien osallistumisen keskusteluun ja pyrimme huomioimaan jokaisen yksilönä. Lähetyksissä noudatimme ehdotonta luottamuksellisuutta osallistujien henkilökohtaisten asioiden suhteen.

9 POHDINTA

Tulevina terveydenhuoltoalan ammattilaisina pääsimme kehittämään uudenlaista virtuaalivälitteistä palvelumallia osana VIRTU-projektia. Tehtävänämme oli tuottaa terveysneuvontaa sisältäviä ohjelmia VIRTU-kanavalle. Tulevaisuudessa palvelumalli tulee yleistymään ja samankaltaisia palveluja tullaan hyödyntämään enenevissä määrin osana perusterveydenhuoltoa.

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, sillä hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään terveydenhuollossa enenevissä määrin. Tietoisuus uusimmasta teknologiasta sekä sen saatavuudesta on vielä puutteellista, mutta jatkuvasti kehitetään uusia toimintamalleja ja välineitä, joilla tuetaan ikääntyneiden ja muiden palveluja tarvitsevien arkea. Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle, heidän selviytyminen ja itsenäinen pärjääminen on turvattava mahdollisimman pitkään. Hyvinvointiteknologian avulla voidaan parantaa sosiaali- ja terveyspalveluja niin, että ikääntyneiden elämänhallinta vahvistuu ja he voivat asua kotona pidempään. Väestön ikääntyminen aiheuttaa myös hoivan tarpeen lisääntymistä, mikä aiheuttaa myös suuria kustannuspaineita.

Eräs VIRTU-projektin tulevaisuuden visio oli sen kustannustehokkuus. Projektin alussa kustannuksia oletettavasti syntyy paljon, sillä laitteet ja henkilökunnan koulutus ovat kalliita. Pidemmän ajan kuluttua virtuaalivälitteinen televisio luultavasti tulee olemaan kustannustehokas, sillä se todennäköisesti säästää henkilökunnan aikaa ja resursseja. Tärkeää on kuitenkin huomioida, ettei palvelu tulisi korvaamaan hoitajan tekemiä kotikäyntejä tai oikeita ihmissuhteita.

Yhteiskunnallisella tasolla VIRTU-projektin tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva sosiaali- ja terveysalan palvelumalli, joka perustuu virtuaalisen teknologian käyttöön. Tulevaisuudessa virtuaaliteknologia tulee tukemaan perusterveydenhuollonpalveluita hyvin. Erityisesti näemme virtuaalivälitteisen television tukevan kotihoidon palveluita. Tulevaisuudessa kotikäyntien lisäksi hoitaja ja asiakas voivat kommunikoida myös virtuaalivälitteisen television avulla.

Uuden teknisen laitteen käyttäminen saattaa olla aluksi haastavaa ikääntyneelle. Perusteellinen opastaminen ja motivointi hyvinvointiteknologian käyttöön on tärkeää, jotta laitteesta olisi mahdollisimman paljon hyötyä. Hyvinvointiteknologian tuominen hoitotyöhön vaatii myös hoitajien kattavan perehdytyksen.

VIRTU:n hyödyistä ikäihmisille ei ole vielä tutkimustietoa, mutta aikaisempien samankaltaisten hankkeiden osalta voidaan todeta, että vuorovaikutteinen televisio lisää yksinasuvien turvallisuuden tunnetta, vähentää yksinäisyyden tunnetta, tukee sosiaalista kanssakäymistä sekä syrjäseuduilla asumista. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden turvattomuuden kokeminen Suomessa on vähentynyt 2000-luvun aikana (Laitalainen ym. 2010, 25). Pidämme mahdollisena, että nopeasti kehittynyt hyvinvointiteknologia on tuonut turvallisuuden tunnetta ikääntyneen arkeen esim. turvapuhelimen ansiosta.

Lähetyksiä tehdessä huomasimme VIRTU-kanavan olevan tärkeä osa ikääntyneiden arkea. Positiivista oli huomata, että asiakkaat olivat tutustuneet toisiinsa kuluneen syksyn aikana. Monet tunsivat toisensa nimeltä ja olivat yhteydessä myös ohjelma-aikojen ulkopuolella. Tästä voidaan päätellä virtuaalivälitteisen television tukevan ikääntyneiden sosiaalista kanssakäymistä. Asiakkaat kertoivat odottaneen tiettyjä lähetyksiä, joiden aiheet he kokivat tärkeiksi. He kertoivat myös suunnittelevansa aikataulunsa niin, että pääsevät kuuntelemaan haluamaansa aihetta.

Opintoryhmämme sai lähetysten aihepiirit valmiiksi toimeksiantajalta, joista jokainen työryhmä sai oman aihepiirin. Pidimme saamastamme aihealueesta, vaikka sen rajaaminen tuntui aluksi haasteelliselta. Olemme tyytyväisiä, että valitsimme aiheeksi verenpainetaudin, koska sen ennaltaehkäisy ja hoito ovat merkittäviä tekijöitä ehkäistäessä myös muita vakavia sairauksia. Aiheen rajaus lääkkeettömään hoitoon oli mielestämme järkevää, sillä lääkkeellinen hoito on hyvin yksilöllistä ja erilaisia variaatioita lääkehoidossa on paljon.

Verenpainetauti on yleisesti tuttu aihe terveysalalla työskenteleville. Tutkimustietoa aiheesta löytyy paljon, joten perehdyimme verenpainetaudin viimeisimpiin tutkimuksiin hyödyntäen sekä kotimaisia että ulkomaalaisia tietokantoja. Työn

aloitimme hyvissä ajoin, koska halusimme perehtyä kirjallisuuskatsaukseen ennen lähetyksiä, jotta osaisimme kertoa mahdollisimman kattavasti verenpainetaudista. Etsimme tietoa runsaasti myös aihealueen ympäriltä, koska halusimme varautua perusteellisesti asiakkaiden esittämiin kysymyksiin. Selvitimme myös erilaisia ohjausmenetelmiä ja mitä tulee ottaa huomioon ikääntyneitä ohjatessa.

Kirjallisuuskatsauksen aloitimme käsittelemällä terveyttä ja terveystilannetta Suomessa. Mielestämme se loi hyvän pohjan aiheeseen. Tutkimustulokset vastasivat pääpiirteittäin aikaisempia käsityksiämme nykytilanteesta Suomessa. Perehtyessämme tutkimuksiin oli mielenkiintoista löytää uutta tietoa, jotka eivät vastanneet aiempia käsityksiämme asiasta. Eräs näistä aiheista oli stressin vaikutus verenpaineeseen. Tutkimusten mukaan stressin on osoitettu nostavan verenpainetta ja yleisesti uskotaan, että stressin väheneminen taas laskee verenpainetta. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan osoita stressin vähenemisen ja verenpaineen laskun yhteyttä. Löysimme myös vastajulkaistua tutkimustietoa mm. C-vitamiinin ja proteiinin myönteisistä vaikutuksista verenpaineeseen.

Verenpainetasot ovat alentuneet merkittävästi vuoden 1980 jälkeen. Uskomme verenpainearvojen laskun selittyvän monesta eri tekijästä. Nykyään ihmiset käyttävät aktiivisesti virtuaalitekniikkaa päivittäin ja käyttävät sitä itseopiskelun apuvälineenä. Tietoa saadaan nopeasti ja helposti sekä tarjolla on kattava valikoima tietoa. Myös tämän päivän ikääntyneistä moni on oppinut käyttämään erilaisia palveluita, kuten Internetiä hyödykseen (Verma & Hätönen 2011). Useammalla kuin joka kolmannella 65–84-vuotiaalla miehellä ja lähes joka neljännellä naisella on käytössään internet (Laitalainen ym. 2010, 25).

Yhteiskunnan palvelujen siirtyminen yhä suuremmissa määrin verkkoon herättää huolta etenkin vanhemmissa ikäluokissa. Tutkittuun tietoon perustuen voidaankin todeta, että ihmisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta yhtäläiset oikeudet saada palveluja eivät tällä hetkellä toteudu. (Verma & Hätönen 2011.) Mielestämme olisi tärkeää, että ikääntyneet oppivat käyttämään tietokoneita ja näin pääsisivät nauttimaan teknologian tarjoamista eduista. Suuret ikäluokat ovat jo pääosin tottuneita tietokoneiden käyttäjiä, joten tulevaisuudessa on hy-

vinkin mahdollista, että hyvinvointiteknologian avulla voidaan tukea perinteisiä hyvinvointipalveluita.

Ihmiset ovat nykyään valistuneempia terveydestä sekä elämäntapojen vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkitun tiedon ansiosta voidaan antaa yhä luotettavampaa terveysneuvontaa. Hoitoalojen ammattilaiset joutuvatkin lähes päivittäin neuvomaan ja ohjaamaan asiakkaitaan (Peltonen 2004, 103). Henkilökohtaisena tavoitteenamme on kehittyä jatkuvasti terveydenhuollon asiantuntijoina ja alan ammattilaisina. Pidämme ohjaamisen taitoa sekä itsensä kehittämistä tärkeänä osana sairaanhoitajan työtä.

Nykypäivän Suomessa annetaan terveyskasvatusta jo lapsuudesta lähtien. Suomalaisilla pitäisi olla hyvä perustieto terveellisistä elämäntavoista, koska terveysneuvontaa annetaan paljon. Riittävästä tiedonsaannista huolimatta hyvän hoitotasapainon saavuttaminen jää usein riittämättömäksi. Tutkimustulosten perusteella syy kohonneisiin verenpainearvoihin ei useimmiten selity terveysneuvonnan puutteella (Meriranta 2009, 164.) Pohdimme selittyvätkö tulokset mahdollisesti verenpainetaudin oireettomuudesta tai potilaan henkilökohtaisesta motivaation puutteesta, sillä elämäntapojen muuttaminen on usein haasteellista. Erityisesti ikääntyneiden saattaa olla vaikea muuttaa elämäntapojaan, joihin on lähes koko elämänsä tottunut. Tämän huomasimme myös lähetyksissä, kun keskustelimme ravitsemus- ja liikuntatottumuksista. He saattavat kokea terveysohjeet helposti liian vaativiksi ja terveysvalistuksen syyllistäväksi. Tämän vuoksi tuleekin kiinnittää huomiota ohjauksen hienovaraisuuteen. Annoimme hyviä toimintamalleja ja vältimme suorien neuvojen antamista.

Verenpaineen seurantaa toteutetaan nykypäivänä paljon kotioloissa. Tällä pyritään luotettavampiin arvoihin sekä tasaiseen seurantaan. Usein ikääntyneet eivät kuitenkaan osaa itse käyttää verenpainemittaria tai taidoissa ilmenee puutteita. Tarkoituksenamme oli näyttää kuulijoille verenpaineen oikeaoppinen mittaustekniikka. Havainnollistimme mittauksen rauhallisesti ja selvensimme mitä seikkoja verenpaineen mittauksessa tulee huomioida. Kuulijat seurasivat tätä kiinnostuneena ja verenpaineen mittaaminen herätti keskustelua. Mielestämme

on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaisina varmistamme mittarin oikeaoppisen käytön ennen kotiseurannan aloittamista.

Tarkoituksemme oli pohtia VIRTU-lähetystemme hyödynnettävyyttä kuulijoiden arjessa. Verenpainetauti on yksi merkittävimmistä kansantaudeistamme. Sen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon tulee kiinnittää huomiota. Lähetyksissä jaoimme hyödyllistä tietoa verenpainetaudista ja sen lääkkeettömästä hoidosta. Painotimme kuulijoille keinoja, joilla he voivat itse vaikuttaa verenpainearvoihinsa. Tavoitteemme oli saada ikäihmiset hoitamaan itseään tarkoituksenmukaisella tavalla. Tuimme kuulijoiden itsehoitovalmiuksia kertomalla terveellisistä elämäntavoista ja niiden vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin. Tavoitteemme oli motivoida kuulijoita muuttamaan pieniä asioita päivittäisissä elintavoissa kohti terveellisempää elämää. Tarjosimme tähän erilaisia vaihtoehtoja, joista jokaisella oli mahdollisuus valita itselleen sopivimmat.

Tarkoituksemme oli selvittää asioita, joita tulee huomioida ohjatessa ikääntyneitä virtuaalivälitteisesti, sillä ikääntyneen asiakkaan ohjaustarve on usein erilainen kuin muun väestön. Lähetyksiä suunnitellessa selvitimme erilaisia ohjausmenetelmiä ja asioita, joita tulee huomioida ikääntyneitä ohjatessa. Huomioimme myös virtuaaliteknologian tuomat haasteet, kuten fyysisen etäisyyden ja äänen viiveet. Lisäksi huomioimme mahdolliset kuulo- ja näkörajoitteet puhumalla selkeästi sekä tarkentamalla kameraa näytettäviin asioihin.

Olimme opintoryhmämme kanssa aikaisempien opintojen yhteydessä tehneet suunniteltuja lähetyksiä VIRTU-kanavalle, joten tiesimme pääpiirteittäin miten lähetyksiä tehdään. Tiedostimme suunnittelun, ajankäytön ja esiintymistavan tärkeyden. Mielestämme kaikki neljä lähetystä sujuivat kiitettävästi. Suunnittelimme lähetykset hyvin ja mietimme etukäteen erilaisia toimintamuotoja, joiden avulla saimme lähetyksistä monipuolisia ja mielenkiintoisia. Aloitimme kirjallisuuskatsauksen tekemisen hyvissä ajoin ja selvitimme keitä kohderyhmiin kuului.

Käytimme lähetyksissä paljon erilaisia havainnollistamisen keinoja, kuten PowerPoint-ohjelmaa, kuvia ja väittämiä. Näytimme verenpaineen kotimittauksen

lisäksi tuolijumppaharjoituksen. Koimme kaikkien havainnollistamiskeinojen olevan hyödyllisiä. Korostimme myös rentoutumisen merkitystä terveyden edistämisen keinona. Mielestämme oli hyvä pitää rentoutustuokio lähetyksen loppuun. Sen avulla pystyimme näyttämään minkä tyyppinen rentoutushetki voi olla ja miten sitä voi toteuttaa kotona.

Tavoitteemme oli tehdä ohjelmista mielenkiintoisia ja rentoja. Lähetyksemme olivat persoonallisia, mutta asiapitoisia. Kevensimme aihetta huumorin avulla lukemalla loppukevennyksiä ja humoristisen runon, jonka olimme itse tehneet. Loimme hyvää tunnelmaa hyödyntäen omaa persoonallisuuttamme.

Ohjelmissa emme keränneet varsinaista palautetta, joten teimme niin sanottua hiljaista havainnointia kaikkien lähetysten aikana. Tarkoituksena ei ollutkaan kerätä palautetta, koska yhden opinnäytetyöryhmän aiheena oli asiakastyytyväisyyskysely. Omien havaintojemme perusteella kuulijat pitivät ohjelmistamme ja verenpaine aiheena oli pidetty. Tähän vaikutti varmasti myös toiminnalliset lähetykset sekä mukaansatempaava esiintymistapamme. Kuulijat osallistuivat aktiivisesti kaikkiin toimintatuokioihin.

Tavoitteemme oli luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta kuulijoiden kesken. Uskomme yhdessä tekemisen vaikuttavan positiivisesti ryhmähenkeen. Tuolijumpan terveydellisten hyötyjen lisäksi uskomme sen edistävän myös ryhmähenkeä. Tavoitteenamme oli mielenkiintoisten ohjelmien ja hyvän ryhmähengen avulla tukea asiakkaita VIRTU-kanavan aktiivisiksi käyttäjiksi. Onnistuimme tekemään mielestämme mielenkiintoisia lähetyksiä ja luomaan mukavan ja viihtyisän ilmapiirin. Mahdollistimme lähetyksissä kuulijoiden yhteisen keskustelun ja kokemuksien vaihdon. Omaa motivaatiotamme nosti kuulijoiden mielenkiinto ohjelmia kohtaan.

VIRTU-projekti tekee parhaillaan tutkimustyötä käyttäjäkokemuksista. Olemme myös itse vastanneet sähköisesti opiskelijoille tarkoitettuun Webropol Surveys-käyttäjäkyselyyn, jossa oli mahdollisuus kertoa omia kokemuksia VIRTU:n käytöstä sekä mahdollisia kehityskohteita siihen. Haastattelujen perusteella pyritään kehittämään VIRTU:sta entistä käyttäjäystävällisempi ja toimivampi palve-

lumalli. Mielestämme VIRTU-kanavalla olisi hyvä jatkaa terveysneuvontaa, joka tukee ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Tätä voisi toteuttaa terveydenhuollon ammattilaiset sekä opiskelijat.

LÄHTEET

Aforismeja. 2012. Viitattu: 3.5.2012. http://www.angelfire.com/creep/vurkka/aforism.html.

Aira, M. 2012. Iäkkäiden alkoholin käytön riskit. Suomen lääkärilehti Vol. 6 No 67, 409–412.

Aranko, S. 2008. Diabetes ja silmät. Viitattu 13.3.2012. http://www.novodiabetespalvelu.fi/website/content/living-with-diabetes/living-with-type-2/your-eyes.aspx.

Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 25.2.1977/225.

Atula, S. 2012. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto) Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Auri, E. 2010. Ilman kiinteää tieyhteyttä olevat pysyvästi asutetut saaret. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Bebb, C.; Kendrick, D.; Coupland, C.; Madeley, R.; Stewart, J.; Brown, K.; Burden, R. & Sturrock, N. 2007. “A cluster randomised controlled trial of the effect of a treatment algorithm for hypertension in patients with type 2 diabetes", The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, Vol. 57, No 535, 136–143.

Beckett, N.; Peters, R.; Fletcher, A.; Staessen, JA.; Liu, L.; Dumitrascu, D.; Stoyanovsky, V.; Antikainen RL.; Nikitin, Y.; Anderson, C.; Belhani, A.; Forette, F.; Rajkumar, C.; Thijs, L.; Banya, R. & Bulpitt, CJ. 2008. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. New England Journal of Medicine. 2008, 356, 1887–1898.

Berg, A. & Force, T. 2004. Screening for High Blood Pressure: Recommendations and Rationale. AJN, American Journal of Nursing. Vol. 104, 82–87.

Centers for Disease Control and Prevention. 2011. Vital Signs: Prevalence, Treatment, and Control of Hypertension - United States, 1999–2002 and 2005–2008. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report 2011 Feb 4; 103–108. Biomedical; Online/Print; Public Health; USA.

Diakoniawiki. 2010. Keskustelu: Mielikuvamatka järven rannalle. Viitattu 23.1.2012. http://www.diakoniaa.fi/diakoniawiki/index.php?title=Mielikuvamatka_j%C3%A4rven_rannalle.

Force, T.; Wolff, T. & Miller, T. 2007. Screening for High Blood Pressure in Adults. Annals of Internal Medicine. Vol. 147, 783–786.

Hallgren, M.Å.; Högberg, P.; Andréasson, S. 2010. Alcohol consumption and harm among elderly Europeans: falling between the cracks. European journal of public health. Vol. 20, No. 6, 616–618.

Hakkarainen, K.; Bollström-Huttunen, M.; Pyysalo, R. & Lonka, K. Tutkiva oppiminen käytännössä. Matkaopas opettajille. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heikkinen, J. 2011. Knoppitietoa alkoholista. Suomen Työterveyslääkäriyhdistys ry. Työterveyslääkäri 2011. Vol. 29, 84–87. Viitattu 17.2.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00875.

Helakorpi, S.; Pajunen, T.; Jallinoja, P.; Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki: Unigrafia Oy – Yliopistopaino.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Aivoinfarkti (infarctus cerebri). Viitattu 22.3.2012. http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,5928,16440.

Helsingin yliopisto. Kielijelppi. Viitattu 30.1.2012. http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/havainnollistaminen.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvikoski, R. 2005. Tahdon tiellä: lavastajan asema ja rooli. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Huttunen, J. 2008. Ikäihmisten määrä Suomessa. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, J. 2011. Mitä terveys on? Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2011. Verenpaineen mittaus ja seuranta. Diabetes. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Dark Oy.

Jokela, K. 6.2.2012. VS:Virtu / asiakkaat. Email kaisa.jokela@turkuamk.fi.

Jula, A. 2006. Miksi suolan liiallinen saanti on vaarallista? Kansanterveys. 2006, No 3, 17–19.

Jula, A.; Kantola, I.; Lehto, S.; Mervaala, E.; Metsarinne, K.; Pörtsi, I.; Standberg, T.; Tikkanen, I.; Tikkanen, T. & Kukkonen-Harjula, K. 2009. Kohonnut verenpaine. Käypähoito. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jula, A.; Kukkonen-Harjula, K.; Tala, T.; Riikola, T. & Aho, T. 2010. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.3.2012. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00016.

Jula, A. & Mervaala, E. 2009. Natriumin vähentämisen vaikutus verenpaineeseen. Käypä hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.3.2012. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak02032.

Jumppaharjoituksia. 2011. Kainuuun maakunta –kuntayhtymän palvelut. Viitattu 25.4.2012. http://maakunta.kainuu.fi/Omahoito/paivittainenjumppatuokio_e.wmv.

Juntunen, A. 2012. Haaste palvelujärjestelmälle, Hyvinvointiteknologia ikääntyvien hoitotyössä. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 24.4.2012. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2005/muut_artikkelit/haaste_palvelujarjestelmalle_hyv/.

Juraschek, S.; Guallar, E.; Appel, L. & Miller, E. 2012. Effects of vitamin C supplementation on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. The American Journal of Clinical Nutrition. Viitattu 14.2. 2012.

Jyväskylän yliopiston kielikeskus. 2012. Havainnollistaminen. Viitattu 24.4.2012. http://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja_perusteita_havainnollistaminen.shtm.

Järvilehto, S. & Kiiski, R. 2009. Oman hyvinvoinnin lähteillä. Ohjaajan käsikirja. Kuntoutussäätiö, sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere: Esa Print Oy.

Kaipainen, M.; Broms, U.; Hosia-Randell, H.; Söderlund-Venermo, M.; Ganèr, M.; Heikman, P. & Öistämö, H. 2006. Viihdyttäminen opetuksessa – turhuutta vai tärkeä mauste? Suomen lääkärilehti. 4/2006 vsk 61.

Kantola, I. 2004. Mitä tehdä, kun kaikki verenpaineläkkeet on jo käytössä? Duodecim. 2004; 120, 1583–1588.

Kantola, I. 2009. Iäkkään verenpainepotilaan hoito. Duodecim 2009; 125: 1549–1554.

Kastarinen, M. 2008. Hoitoresistentti hypertensio – mitä tekisin? Lääkärilehti. Vol. 42. No. 63, 3543–3546.

Kauhanen, J. 2004. Kansanterveys 2000-luvun Suomessa. Suomen liikuntalääketiede – verkkolehti. Viitattu 4.5.2012. http://ffp.uku.fi/cgi-bin/edueditor/presenter.pl?slideshow_id=145&slide_id=1474&language_id=1.

Kauppinen, R. 2006. Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kelly-Hayes, M. 2010. Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies. The American Geriatrics Society. Vol. 58, S325–328.

Kohonnut verenpaine ja sen hoito. 2012. Sydänliitto. Viitattu 9.3.2012. http://www.sydanliitto.fi/kohonneen-verenpaineen-hoito.

Korhonen, P. 2009. Assesment of total cardiovascular risk in hypertensive subjects. Turku: Painosalama Oy.

Kotiin. 2012. Viitattu 23.4.2012. http://kotiin.laurea.fi/kotiinhanke.php.

Kuller, L.; Margolis, K.; Gaussoin, S.; Bryan, N.; Kerwin, D.; Limacher, M.; Wassertheil-Smoller, S.; Williamson, J. & Robinson, J. 2010. Dementia Linked to High Blood Pressure Years Earlier. The Journal Of Clinical Hypertension. Vol. 12, No 3, 203–212.

Kumpusalo, E.; Ahto, M.; Eskola, K.; Keinänen-Kiukaanniemi, S.; Kosunen, E.; Kunnamo, I & Lohi, J. 2005. Yleislääketiede. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Kuntaliitos. Naantali. 2011. Viitattu: 17.2.2012 http://www.naantali.fi/Kunta-info/kuntaliitosselvitys/.

Kuulonhuoltoliitto ry. 2012. Ikäkuulo – mitä se tarkoittaa? Viitattu 13.4.2012. http://kuuloliitto.fi/fin/kuulo/ikakuulo/.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17(5), 250–258.

Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Sivén, T. & Välimäki, P. 2005. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 4–5. painos. Helsinki: WSOY.

Laitalainen, E.; Helakorpi, S. & Uutela A. 2010. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 30/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Laki saariston kehityksen edistämisestä 26.6.1981/494.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lapuan terveyskeskus. 2010. Kohonnut verenpaine. Kotihoito-ohjeet 5/2010.

Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. Interaktiivinen HyvinvointiTV ja käyttäjälähtöiset ePalvelut Turvallinen Koti -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Li, G.; Rhew, I.; Shofer, J.; Kukull, W.; Breitner, S.; Peskind, J.; McCormick, W.; Teri, L.; Crane, P. & Larson E. 2007. Age-Varying Association Between Blood Pressure and Risk of Dementia in Those Aged 65 and Older: A Community-Based Prospective Cohort Study. Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 55, No 8, 1161–1167.

Lidstone, J.; Wilkinson, J. & Bailey, K. 2005. Obesity and overweight in Europe and lessons from France and Finland.. University of teesside school of healt & social care. Nepho January 2005, No 10.

Lindström-Karjalainen, M. & Summanen, P. 2007. Hypertension aiheuttamat silmänpohjamuutokset. Duodecim. 2007 No 22, 123(22): 2713–2722.

Lutz, C. & Przytulski, K. 2006. Nutrition and Diet Therapy: Evidence-Based Applications. 4., uudistettu painos. USA: F. A. Davis Company.

Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Meriranta, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito: Hyvää hoitoa etsimässä. Lääketiede. No 471. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kopiojyvä.

Miettinen, T. & Vanhanen, H. 2009. Perifeerinen valtimosairaus. Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2010a. Valtimotauti (ateroskleroosi). Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2010b. Sydäninfarkti. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2011a. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2011b. Kolesteroli. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2011c. Painoindeksi. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Naantalin kaupungin saaristo-ohjelma vuosille 2010–2012. 2010. Naantalin kaupunki.

Niirainen, T. 2008. Home Blood pressure Measurement –Epidemiology and Clinical Application. Publications of the National Public Health Institute 16/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Näkövammaisten keskusliitto ry. 2012a. Ikääntyminen ja näkö. Viitattu 13.4.2012. http://www.nkl.fi/fi/etusivu/palvelut/senioripalvelut/ikaantyminen.

Näkövammaisten keskusliitto ry. 2012b. Kun näkö heikkenee – tietoa ikäihmisille. Viitattu 13.4.2012. http://www.nkl.fi/fi/etusivu/ajankohtaista/julkaisu/esitteet/heikkenee.

Oroin Pharma. 2012. Itsehoito ja terveet elämäntavat. Viitattu 13.4.2012. http://www.orionsydan.fi/verenpaine/kohonneen-verenpaineen-hoito/itsehoito-ja-terveet-elamantavat/.

Patja, K. & Vertio, H. 2009. Tupakoimattomuuden edistäminen. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammateissa. 4., uudistettu painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Powers, B.; Olsen, M.; Smith, V.; Woolson, R.; Bosworth, H. & Oddone, E. 2011. Measuring Blood Pressure for Decision Making and Quality Reporting: Where and How Many Measures? Annals of Internal Medicine, 2011 Jun 21; 154 (12): 781–788.

Remes, J. 2006. Kohonneen verenpaineen hoito kannattaa. Verenpaineklinikka. Viitattu 9.3.2012. http://www.tohtori.fi/?page=6333637&id=8323099.

Rigsby, B. 2011. Hypertension Improvement through Healthy Lifestyle Modifications. ABNF Journal, 2011 Spring; 22(2): 41–43 (7 ref).

Riskitekijät. 2012. Viitattu 3.5.2012. http://www.diabetekseni.fi/sydaen-ja-verisuonitaudit/riskitekijaet.html.

Rose, H.; Miller, P.; Nemeth, L.; Jenkins, R.; Nietert, P.; Wessell, A. & Ornstein, S. 2008. Alcohol screening and brief counseling in a primary care hypertensive population: a quality improvement intervention. Society for the Study of Addiction. Addiction 103, 1271–1280.

Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2011. Retinopatian ehkäisy. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saari, K. 2011. Silmätautioppi. 6., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 22.2.2012. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Salaspuro, M. 2005. Alkoholi ja verenpaine. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2012. http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/222-alkoholi-ja-verenpaine.

Soinila, S.; Kaste, M. & Somer, H. 2006. Neurologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Viitattu 10.2.2012 http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Alkoholiolot EU-Suomessa. 2., korjattu painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Kuntoutus. Viitattu 17.5.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus.

Spencer, A.; Jablonski, R. & Loeb, S. 2012. Hypertensive African American woman and the DASH diet. Nurse Practitioner. Vol 37(2):41–46.

Strandberg, T. 2009. Vanhuksen verenpaine. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Standberg, T.; Standberg, A.; Salomaa, V.; Rantanen, K.; Pitkälä, K. & Miettinen, T. 2006. Systolinen verenpaine, kuolemanvaara ja elämänlaatu iäkkäänä, Helsingin johtajatutkimuksen 39 vuoden seuranta. Suomen lääkärilehti 2006 Vol 61 No 24, 2603–2609.

Stenholm, S.; Rantanen, T.; Sainio, P. & Koskinen, S. 2008. Lihavuus yli 55-vuotiaiden liikkumisvaikeuksien riskitekijänä. Suomen lääkärilehti 6/2008 vsk 63, 487–49.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 2010. Liikunta. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 22.3.2012. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50075.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2011. Lihavuus. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 22.3.2012. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi24010.

Suomen akatemia. 2008. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. Viitattu 20.2.2012. http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/.

Suomen ASH. 2011. Terveys Suomessa. Viitattu 5.5.2012. http://www.suomenash.fi/fi/tietopaketit/terveys/terveys+suomessa/.

Suomen omaishoidon verkosto. 2012. Omaishoito. Viitattu 16.5.2012. http://www.omaishoidonverkosto.fi/omaishoito.php.

Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys; Suomen Kardiologinen Seura; Suomen Verenpaineyhdistys; Suomen Yleislääkärit ry; Suomen Työterveyslääkäriyhdistys; Suomen Neurologinen Yhdistys; Sosiaalilääketieteen Yhdistyksen Käyttäytymistieteen jaos; Suomen Sydänliitto; Suomen Diabetesliitto & Aivohalvaus- ja Dysfasialiitto. 2006. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisytyön keskeiset suuntaviivat eivät ole sumentuneet. Suomen lääkärilehti 2006 Vol. 61, No 8, 880–883.

Suomen sydänliitto ry. 2012a. Miten tupakointi vaikuttaa sydämeen ja verenkiertoon? Viitattu 1.3.2012. http://www.sydanliitto.fi/tupakka.

Suomen sydänliitto ry. 2012b. Verenpaine. Viitattu 27.3.2012. http://www.sydanliitto.fi.

Suomen sydänliitto ry. 2012c. Suolaa vähemmän. Viitattu 28.3.2012. http://www.sydanliitto.fi/suola-ja-verenpaine.

Sydänliiton ravitsemusasiantuntijaryhmä. 2010. Ravinto sydänterveyden edistämisessä. Uudistettu lisäpainos 2011. Suomen Sydänliitto ry. Tammisaaren kirjapaino.

Teunissen-Beekman, K.; Dopheide, J.; Geleijnse, J.; Bakker, S.; Brink, E.; Leeuw, P. & Baak, M. 2012. Protein supplementation lowers blood pressure in overweight adults: effect of dietary proteins on blood pressure (PROPRES), a randomized trial. The American Journal of Clinical Nutrition. Viitattu 5.2.2012.

Tighe, P., Duthie, G., Vaughan, N., Brittenden, J.; Simpson, W.; Duthie, S.; Mutch, W.; Wahle, K.; Horgan, G. & Thies F. 2010. The effect of increased consumption of whole-grain foods on blood pressure and other cardiovascular risk markers in healthy middle-aged persons: a randomized controlled trial. The American Journal of Clinical Nutrition. 2010; 92: 733–740.

Tikkanen. M. & Salomaa. V. 2009. Kohonnut verenpaine. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tilastokeskus. 2011. 80 vuotta täyttäneitä Suomessa jo neljännesmiljoona. Viitattu 26.1.2012 http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_fi.html.

Tilvis, R. 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla - erityispiirteet. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Yksinasuvilla on korkea köyhyysriski. Viitattu 16.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/yksinasuvilla_on_korkea_koyhyysriski.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Tupakkakoulutus. Viitattu 29.2.2012. http://www.uef.fi/tupakkakoulutus/7.-sydan-ja-verisuoniterveys.

Tuki- ja liikuntaelinten tietopankki. 2012. Tuolijumppa-kampanja: Tuoli ei ole mikään turha kapistus! Viitattu: 13.4.2012. http://www.tule-tietopankki.fi/aineisto-ja-tyokalupakki/tuolijumppa/.

Turnbull, F.; Neal, B.; Ninomiya, T.; Algert, C.; Arima, H.; Barzi, F.; Bulpitt, C.; Chalmers, J.; Fagard, R.; Gleason, A.; Heritier, S.; Li, N.; Perkovic, V.; Woodward, M. & MacMahon, S. 2008. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists´ Collaboration Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ.

Turvallinen koti. 2012. Viitattu 23.4.2012. http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page_id=172.

Vainio, A. 2009. Rentoutuminen. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vallejo Medina, A.; Vehviläinen, S.; Haukka, U-M.; Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

Valtioneuvoston kanslia. 2009. Ikääntymisraportti. Viitattu 26.1.2012. http://www.valtioneuvostonkanslia.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti-j04-ageing-report/pdf/fi.pdf.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.3.2012. http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/ravitsemussuositukset.

Valvira. 2012. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Viitattu 20.2.2012. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/salassapito/salassapito-_ja_vaitiolovelvollisuus.

Vartiainen, E.; Laatikainen, T., Salomaa, V.; Jousilahti, P.; Peltonen, M. & Puska, P. 2007. Sydäninfarkti- ja aivohalvausriskin arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. Suomen lääkärilehti 2007 Vol. 62, No 48, 4507–4513.

Vartiainen, E.; Peltonen, M.; Laatikainen, T.; Sundvall, J.; Salomaa, V.; Jousilahti, P. & Puska, P. 2008. FINRISKI-tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. Suomen lääkärilehti, 15/2008 vsk 63, 1375–1381.

Verma, I. & Hätönen, J. Ikäihmiset, asuminen ja teknologia. 2011. KÄKÄTE-projekti. Viitattu 1.2.2012. http://www.ikateknologia.fi/component/content/article/11/184-kaekaete-projekti-tutki-yli-75-vuotiaat-jaeaevaet-syrjaeaen-tietoyhteiskunnasta.html.

Vesa, P. 2009. Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tampereen yliopisto.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vilkka, H & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2., painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, H. 2010. Verenpainetaudin seulonta ja hoidon seuranta Metson työterveyshuollossa. Työterveyslääkäri Vol. 28, No 4, 33–38.

VIRTU. 2011a. Mikä on VIRTU? Viitattu 13.1.2012 http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=33.

VIRTU. 2011b. Yleistä. Viitattu 13.1.2012 http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=25.

Vuorinen, R. 2006. Internet ohjauksessa vai internet ohjauksessa? Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen ympäristö 21/2006, Ympäristöministeriö, Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki: Edita Prima Oy.

Välimäki, M.; Sane, T. & Dunkel, L. 2009. Endokrinologia. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Welch, L.; Olson, K.; Snow, K.; Pointer, L.; Lambert-Kerzner, A.; Havranek, E.; Magid, D. & Ho, M. 2011. Systolic Blood Pressure Control After Participation in a Hypertension Intervention Study. American Journal of Managed Care, 2011 Jul; 17(7): 473–478.

Winell, K.; Jousilahti, P.; Kauppi, P.; Korhonen, T.; Ollila, H.; Pietilä, K. & Rouhus, A. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Yliopiston kielikeskus. 2012. Puheviestintä. Viitattu 26.1.2012 http://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja_tietomajakka.shtml.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi: Annika Vesterinen ja Elisa Silvén

Osoite:

Puhelin koti: Puhelin työ:

Sähköposti: annika.vesterinen@students.turkuamk.fi elisa.silven@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi: Virtu-kanavan ohjelmatuotanto: Sydän- ja verisuonisairaudet kotona asuvien kuntoutujien ja yksin asuvien sekä omaishoitajien arjessa.

Aikataulu: 29.8.2011 – 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio: Turun ammattikorkeakoulu / Hyvinvointipalvelut / Virtu-projekti,

~~Työn ohjaaja~~ / yhteyshenkilö: (Heliná Yli-Kauutila) Anu Kuikkaniemi p. 040-3550 520

Osoite: Ruiskatu 8, 20720 Turku

Puhelin: 044-9074566 Sähköposti: helia.yli-kauutila@turkuamk.f

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja: Sari Asteljoki

Puhelin: 044-9075455 Sähköposti: sari.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLÄ TAVALLA

14 / 11 20 11 — Annika Vesterinen, Elisa Silvén
Opiskelija

19 / 1 20 12 — Heli [illegible]
Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA ☐

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Toteutussuunnitelma

"Opiskelijoiden suunnitelma ja toteutuksen jälkeinen raportointi sisältää seuraavat vaiheet, esitä asiat mahdollisimman tiivistetysti:

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

Lähetyksemme tavoite on tehdä kuulijoille monipuolinen ja kattava ohjelmasisältö verenpainetaudista. Pyrimme vuorovaikutukselliseen luennointiin, jossa kaikki osapuolet ottavat osaa keskusteluun. Lisäksi pyrimme käytännönläheiseen opetukseen, jossa käytämme apuna havainnollistamista. Ohjelmassa on tarkoituksena antaa hyödyllistä tietoa suurta osaa vanhusväestöstä koskevasta verenpainetaudista ja samalla tukea kotona asuvien ikäihmisten ja omaishoitajien itsehoitovalmiuksia. Toivomme kuulijoiden sisäistävän ohjelmamme sisällön ja nauttivan ohjelmastamme. Tavoitteenamme on myös saada kuulijat miettimään omaa terveydentilaansa ja vaikutusmahdollisuuksia omaan terveyteen.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

Teorian pääkohdat ovat kirjallisuuskatsauksestamme. Olemme etsineet tietoa systemaattisella tiedonhaulla. Luotettavia tutkimuksia löytyi niin kotimaisista kuin kansainvälisistäkin artikkeileista. Tutkittua tietoa aiheestamme löytyi paljon. Käytimme seuraavia tietokantoja tiedonhakuun: Medic, Medline, Cinahl ja Terveysportti. Esityksissä keskitymme verenpainetaudin merkitykseen, ennaltaehkäisyyn, oireisiin, sairauden kanssa elämiseen ja liitännäissairauksiin. Erityisesti perehdymme lähetyksissä

lääkkeettömään hoitoon sekä elämäntapamuutoksiin. Lisäksi kerromme terveyttä edistäviä elämäntapaohjeita.

3. **TOTEUTUS JA SISÄLTÖ (koko prosessi: suunnittelu, toteutus, aikataulu)**

   Ensimmäiset lähetykset pidämme 6.2.2012 klo 10–11 ja 13–14 ja toiset lähetykset 9.2.2012 klo 10–11 ja 13–14. Aamulähetykset ovat suunnattu yksinasuville ikäihmisille ja iltapäivälähetykset kuntoutujille ja omaishoitajille Naanatalin saariston alueella.

Virtu lähetys I

Esittely: Aiheen kertominen ja pientä keskustelua.

Asiasisältö: Mikä on verenpaine, verenpainetaudin yleisyys, viitearvot, mitä kohonnut verenpaine aiheuttaa, korkean verenpaineen riskitekijöitä sekä verenpaineen mittaus ja seurantakortin täyttö.

Toimintaosuudet: Havainnollistamme miten verenpaineen kotimittaus tehdään sekä miten verenpaineen seurantakorttia täytetään, väittämät ja loppukevennys. Loppuun mainos seuraavasta lähetyksestä.

Virtu lähetys II

Esittely: Aiheen kertominen ja pieni kertaus verenpainetaudista.

Asiasisältö: Korkean verenpaineen ennaltaehkäisy, lääkkeetön hoito sekä ravitsemus- ja liikuntasuositukset.

Toimintaosuudet: Humoristinen runo, taukojumppa, väittämät ja rentoutus. Loppuun mainos seuraavasta lähetyksestä.

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Jaamme suullista tietoa, havainnollistamme verenpaineen mittauksen konkreettisesti sekä näytämme millainen on verenpainekortti ja kerromme miten sitä täytetään kotona. Tuemme kertomaamme PowerPoint-esityksillä ja näytämme kuvia. Esitämme verenpaineaiheisen runon, kysymme väittämiä ja kerromme loppukevennyksen. Lisäksi pidämme taukojumpan ja rentoutuksen.

5. LÄHETYKSEN TEKIJÄN / TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

Oppimistavoitteenamme on onnistua tekemään persoonallinen, mutta hyvin suunniteltu, hallittu ja asiantunteva ohjelma. Tavoitteenamme on saada kuulijat miettimään omaa terveydentilaansa ja omia vaikutusmahdollisuuksiaan siihen. Tavoitteenamme on saada aikaan rento ja keskusteleva ilmapiiri, josta kaikki osapuolet nauttivat.

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

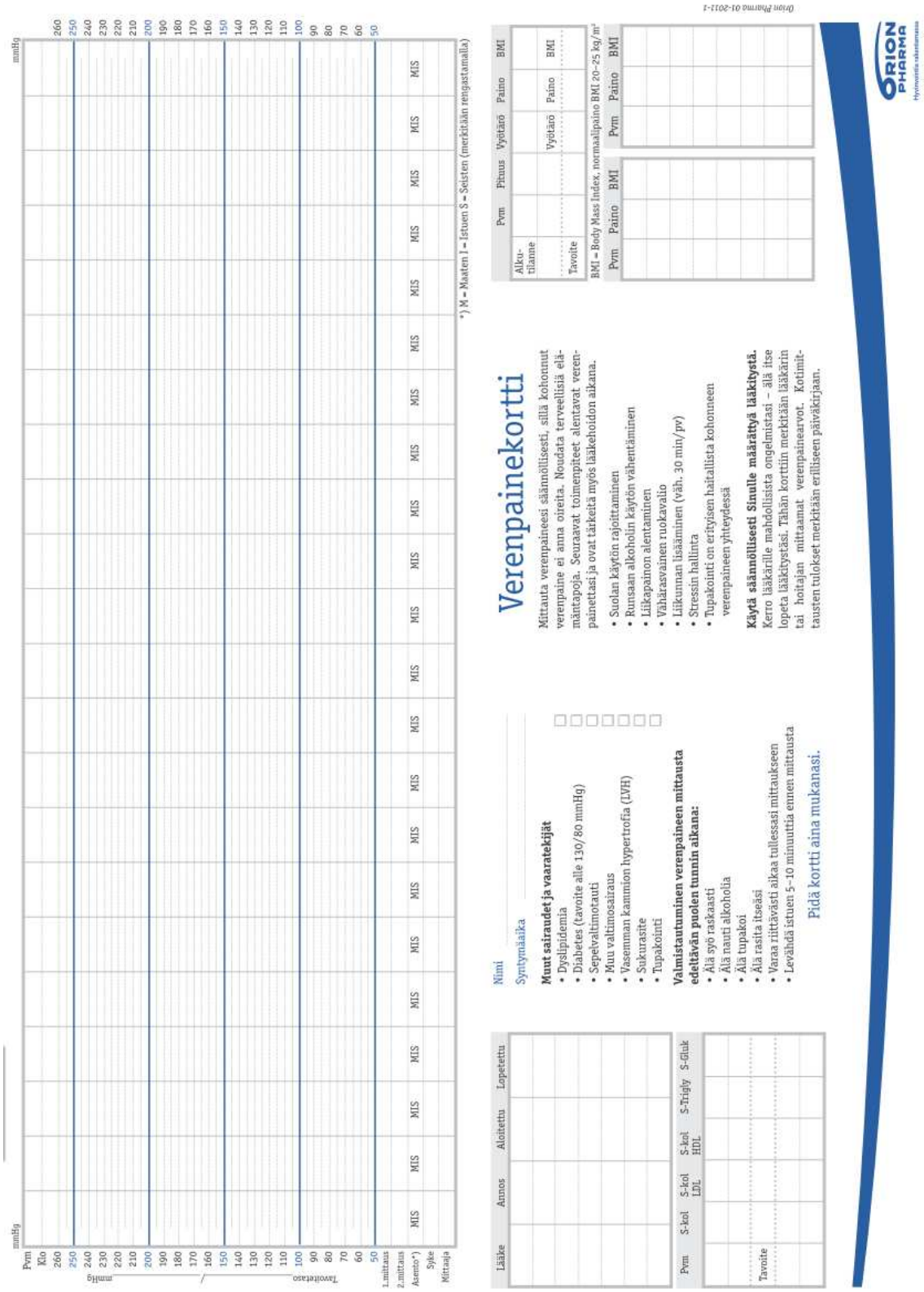
Osallistujat saavan monipuolista tietoa verenpainetaudista ja sen yleisyydestä. Kuulijoilla on mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä. Kuulijat näkevät miten verenpaineen kotimittaus suoritetaan automaattisella verenpainemittarilla sekä he näkevät miten verenpaineen seurantakorttia täytetään. Kuulijat saavat hyviä elämäntapaohjeita, joiden avulla verenpainetautia pystyy ennaltaehkäisemään tai vastaavasti alen-

tamaan mahdollisesti kohenneita verenpainearvoja. Lisäksi ohjelmassa mukanaoleminen edesauttaa vanhusten sosiaalista elämää.

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSESSÄ

Yhtenä riskitekijänä pidämme sitä, ettei ohjelmalähetyksessä ole kuulijoita tai heitä on vain yksi tai kaksi. Lisäksi riskinä pidämme sitä, että kuulijat eivät osallistu lainkaan keskusteluihin. Myös teknisiin laitteisiin saattaa tulla jotain vikaa, joka tuo omat haasteensa ohjelmaan.

Verenpaineen seurantakortti



Väittämät lähetyksessä 6.2.2012

- Yläpaine muodostuu sydämen työvaiheesta?
- Ikääntyneen henkilön tavoitteellinen verenpainearvo on 120/80?
- Korkea verenpaine aiheuttaa aina oireita?
- Hoitamaton verenpainetauti aiheuttaa vakavia lisäsairauksia?
- Ennen verenpaineen mittausta tulee istua 5min?

Ensimmäisen lähetyksen kertaus

- SUOMESSA 600 000 SAIRASTAA VERENPAINETAUTIA, ELI NOIN 8 %

- YLÄPAINE ON SUUREMPI LUKU
- ALAPAINE ON PIENEMPI LUKU

- HOITAMATON VERENPAINETAUTI AIHEUTTAA LISÄSAIRAUKSIA

- LÄHES JOKAISEN VERENPAINE NOUSEE IÄN MYÖTÄ

- IKÄÄNTYNEEN HENKILÖN TAVOITTEELLINEN VERENPAINEARVO:

150/90

- OIREIDEN PUUTTUMINEN TEKEE TAUDISTA SALAKAVALAN

- VERENPAINEEN TAVOITEARVO

120/80

- VERENPAINETAUTI VOIDAAN TODETA VAIN MITTAAMALLA VERENPAINE

Humoristinen runo

Kun hyvässä hoidossa verenpainetauti on, voi elämästä nauttia koko vartaloin.
Terveelliset elämäntavat muista, niin onni lähtee ytimistä ja luista.
Kovat rasvat pois jätä, ettei sulle tuu hätä.
Kasviksia paljon käytä, ei kova rasva mahaa täytä.
Lisäksi täysjyvä ja ruis hauista kasvattaa, joka tällöin myös mielialaa nostattaa.
Muista myös paljon liikkua, ettei vaaàn tarvitse edestakaisin kiikkua.
Tupakka ja alkoholi myös pois jätä, niin hengityksestäkään ei tule häkä.
Painetasot hyvänä pidä, ettei kovettumat suonia tukkoon vedä.
Verenpaineen mittaaminen helppoa on, mutta korttiin tulos vielä merkittävä on.
Terveellä elämällä hyvä vaikutus on, silloin kaikilla iloinen mieli verraton!

Ravitsemussuositukset kohonneen verenpaineen hoidossa

Tuolijumppa

- marssia n. 1/2min
- olkapäiden pyörittely eteenpäin yhtäaikaa n. 10 kertaa
- olkapäiden pyörittely taaksepäin yhtäaikaa n. 10 kertaa
- olkapäät korviin, pudotus alas n. 10 krt
- vartalon kierto puolelta toiselle n. 1/2min
- käsien nosto kohti kattoa vuorokäsin n. 10krt
- suorista vuoro nostoin jalka suoraksi n. 10krt
- avaa haarat ja laita kiinni n. 10krt
- suorista oikea jalka ja pyöritä nilkaa n. 15 sek. Vaihda välillä suuntaa
- suorista vasen jalka ja pyöritä nilkkaa n. 15 sek. Vaihda välillä suuntaa
- suorista molemmat jalat vaakasuoraan eteesi ja laske alas n.10 krt
- marssia, nosta polvea oikein korkealle n. 1/2min

(Jumppaharjoituksia 2011.)

Väittämät 9.2.2012

- Suolan vähentäminen laskee verenpainetta?

- Vihannekset aiheuttavat verenpainetautia?

- Kovat rasvat ovat runsaasti käytettynä haitallisia?

- Tupakan sauhuttelulla ei ole merkitystä verenpaineeseen?

- Jalkajumppa on oiva tapa viettää aikaa televisiota katsellessa?

Mielikuvamatka järven rannalle

Tavoite: Rentoutuminen.

Laita rauhallista musiikkia soimaan ja lue mielikuvamatka rauhallisesti: Hengitä nenän kautta syvään sisään ja suun kautta ulos. Hengitä rauhallisesti ja ota hyvä, rento asento. Voit laittaa silmät kiinni.

Kuvittele, että olet järven rannalla. On kaunis, täydellinen kesäpäivä ja aurinko paistaa kirkkaalta taivaalta. Muistele sitä tunnetta, tuulen hentoa huminaa ja auringon lämmintä paistetta järven rannalla. Aurinko lämmittää päätäsi ja olkapäitäsi. Tunnet hennon tuulen kasvoillasi ja käsilläsi. Vesi on hieman viileää.

Katso rantaa ja huomaa, miten paljon rannalla on hiekkaa. Minkä väristä ja tuntuista se on? Miltä se tuntuu jalanpohjissa? Seisot kuivalla ja pehmeällä hiekalla. Ota muutama askel. Miltä tuntuu kävellä lämpimällä, pehmeällä hiekalla? Kävele aivan järven rannalla, nyt hiekka tuntuu hieman viileämmältä. Tunne, kuinka hiekka muovautuu jalkojesi ympärillä kävellessäsi. Katso taaksesi ja näet jalanjälkesi. Aallot tasoittavat ja huuhtovat rantaa, pyyhkivät jalanjäljet pois.

Katso järven rantaa. Huomaa tuo väri, joka on saanut erilaisia vivahteita. Aallot lempeästi huuhtovat rantaa ja menevät takaisin, uudestaan ja uudestaan ne huuhtovat rantaa. Kuule rytmikäs ääni, jonka aallot rannalla aiheuttavat. Katso horisonttiin ja huomaat aaltojen tulevan kaukaa. Auringon säteet säihkyvät kauniisti aallokossa. Valo tanssii aistikkaasti veden pinnalla. Katso kirkasta taivasta. Hengitä raikasta ilmaa sisään.

Kävele hieman hiekalla. Ota pehmeä pyyhe esiin ja levitä pyyhe maahan. Makaat pyyhkeen päällä tuntien allasi lämpimän hiekan. Hiekka tuntuu vartalollasi mukavalta. Myös taivaalta aurinko lämmittää vartaloasi. Olosi on rauhallinen, lämmin ja rentoutunut. Anna lämpimän olon täyttää myös mielesi.

Kohta voit avata silmäsi ja tulla takaisin tähän tilanteeseen. Miltä nyt tuntuu?