



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Mitä verenpainevalmennus on?

Heino, Hanna
Pehkonen, Pirita

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Mitä verenpainevalmennus on?

Hanna Heino
Pirita Pehkonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2014

Hanna Heino ja Pirita Pehkonen

Mitä verenpainevalmennus on?

Vuosi 2014 Sivumäärä 41

Pumppu-hanke on EAKR-rahoitteinen kehittämishanke vuosina 2011 - 2014, joka toteutetaan Varsinais-Suomessa, Uudellamaalla, Etelä-Karjalassa ja Kanta-Hämeessä. Laurea-ammattikorkeakoulun osahankkeessa tavoitteena on saumaton kansalaislähtöisen hyvinvointipolun toimintamallin laatiminen sekä palveluiden yhteen nivominen kansalaisille. Osahanke tähtää Vihdin ja Karkkilan alueiden hyvinvointipalveluiden kehittämiseen. Opinnäytetyö on osa Pumppu-hankkeen sydän- ja diabetes-osion alueellista yhteistyöhanketta, jossa toimijoina ovat Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikkö ja Perusturvakuntayhtymä Karviainen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa verenpainevalmennuksesta. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee ennen verenpainelääkityksen aloittamista ja lääkityksen aikana. Tavoitteena oli kehittää kohonneen verenpaineen omahoitoon liittyvää ohjausta tai valmennusta. Opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä soveltuvin osin integroitua kirjallisuuskatsausta, joka on kirjoitettu kertomuksen muotoon. Tiedonhaku suoritettiin käyttäen suomen- ja englanninkielisiä hakutermejä. Tiedonhaussa käytettiin nelli-portaalin aineistokantoja. Näitä olivat Medic, Arto ja EBSCO (Cinahl) ja PubMed. Tiedonhauissa keskityttiin verenpainepotilaan elintapaohjaukseen tai valmennukseen. Tiedonhaun tuloksena katsaukseen valittiin 6 suomenkielistä ja 3 englanninkielistä artikkelia. Lisäksi katsaukseen valittiin manuaalisen tiedonhaun tuloksena 1 englanninkielinen artikkeli ja 2 suomenkielistä hanketta. Aineiston arviointi suoritettiin kuvaillen artikkeleiden heikkouksia ja vahvuuksia, joita olivat mm. artikkelien luotettavuus ja laatu.

Johtopäätöksinä voitiin esittää että, verenpainevalmennus nähtiin hoitaja-auktoriteetin muuttumisena potilaan yhteistyökumppaniksi eli valmentajaksi. Potilasta valmennetaan omahoidossa päätöksen tekoon ja ongelmien ratkaisuun, jotka liittyvät pitkäaikaissairaudesta elämäntapoihin sekä hoitoon. Elintapahoidolla pyritään valmentamaan potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Katsauksen mukaan valmennus on tehokasta tulosten saavuttamisessa ja pienentää sairaudesta aiheutuvia kuluja. Valmennus voidaan toteuttaa myös ryhmävalmennuksena, jolloin tulokset ja kustannussäästöt ovat vielä suurempia.

Valmennusta yritetään parasta aikaa juurruttaa Suomeen käytäntöön. Tällä hetkellä on kehitteillä terveyshyötymallin mukainen hoitosuunnitelma, joka pohjautuu nimenomaan terveystalouden valmennukseen. Tulevaisuudessa saadaan varmasti enemmän kokemuksia siitä miten terveystalouden valmennus käytännössä on toiminut ja millaisia tuloksia on saavutettu.

Asiasanat: verenpaine, kohonnut verenpaine, valmennus, ohjaus.

Hanna Heino and Pirita Pehkonen

Blood pressure coaching and what it means?

Year	2014	Pages	41
------	------	-------	----

The Pumppu project is a EAKR-funded development project during 2011 - 2014 which is implemented in Varsinais-Suomi, Uusimaa, Etelä-Karjala and Kanta-Häme provinces. Laurea University of Applied Sciences sub project consists of forming of a seamless citizen-based welfare path operational model and the integration of services for the citizens. The main object of the sub project is the development of welfare services in Vihti and Karkkila regions. The thesis is part of the Pumppu project heart and diabetes sections regional sub project, in which participate Laurea University of Applied sciences unit by Lohja and Karviainen Joint Municipal Authority for Health Care and Social Services.

The aim of this thesis was to chart information about blood pressure coaching with the help of a literature review. What kind of guidance or coaching a person needs before starting and during blood pressure medication? The main objective was to develop guidance and coaching of self-care regarding elevated blood pressure. The method being used for the thesis, for the applicable parts, is a integrated literature review which is written in the form of a narrative. The data search was conducted by using Finnish and English words. Information was searched through Laurea Nelli portal databases which were Medic, Arto, ENSCO (Cinahl) and PubMed. The main focus in the search was guidance and coaching of a blood pressure patients way of life. As the result of the datasearch six Finnish and three English articles were selected for the literature review. Additionally, one English article and two Finnish projects were selected through manual data search. The data was then evaluated by describing weaknesses and strengths of the articles, for example reliability and quality.

Based on the conclusions it could be presented that blood pressure coaching was seen as transformation of the nurse authority into a patients partner in co-operation in other words a coach. The patient is being coached in self-care to make decisions and to troubleshoot problems which are associated with the way of living with and treatment of a chronic disease. A patient is being coached to achieve the best quality of life possible despite the chronic disease through lifestyle management training. According to the review the coaching is efficient in getting results and decreases the costs of treating the disease. The coaching can also be used with groups in which case the results are even better and costs even lower.

The coaching is currently being implemented into practice in Finland. At the moment a health plan based on chronic care model is being developed, which is founded specifically on health coaching. In the future we will very likely get more experience on how the health coaching has worked and what kind of results have been achieved.

Keywords: blood pressure, elevated blood pressure, coaching, guidance

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Verenpaine ja kohonnut verenpaine.....	7
2.2	Kohonneen verenpaineen hoito.....	8
2.2.1	Verenpaineen mittaus.....	9
2.2.2	Kotimittaus ja kohonneen verenpaineen luokittelu.....	10
2.2.3	Itsehoitopisteet eli ITE-pisteet.....	10
2.2.4	Elintapamuutokset.....	10
2.2.5	Ravintotekijät.....	11
2.2.6	Liikunta ja painonhallinta.....	12
2.2.7	Alkoholi, tupakointi ja stressi.....	12
2.2.8	Lääkehoidon vaikutus verenpaineeseen.....	13
2.3	Ohjaus.....	14
2.3.1	Valmennus.....	15
2.3.2	Valmentajasuhde.....	17
2.3.3	Valmentava ohjaustyyli.....	17
2.3.4	Voimaantuminen ja motivaatio.....	18
2.3.5	Hoitoon sitoutuminen.....	18
2.3.6	Terveystyömalli.....	19
3	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	20
4	Integroitu kirjallisuuskatsaus.....	21
4.1	Tiedonhaku ja aineiston keruu.....	21
4.2	Aineiston arviointi.....	25
4.3	Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus.....	29
5	Tulokset.....	30
5.1	Tulosten yhteenveto.....	30
6	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu.....	33
6.1	Pohdinta ja kehittämissuhteet.....	34
	Lähteet.....	36
	Kuviot.....	39
	Taulukot.....	40

1 Johdanto

Kansainvälisissä vertailuissa suomalaisten verenpaine on korkea. Verenpaine on laskenut 1970-luvun alusta, mutta 2000-luvulla kehitys on pysähtynyt. Suomessa verenpainelääkkeitä käyttää noin puoli miljoonaa ihmistä. Nuorilla kohonnut verenpaine on harvinaisempi, mutta keski-ikänsä vaiheilla se yleistyy. Sydän- ja verisuonitautivaaran kokonaisvaltainen pienentäminen on olennaista, koska tavoitteena on vähentää niin suuren riskin potilaiden kuin myös koko muun väestön sydän- ja verisuonitapahtumia. Lievästi kohonnut verenpaine lisää aivo- ja sepelvaltimokuolleisuutta. (Käypä hoito 2009.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan 80 % sepelvaltimotaudeista olisi mahdollista ehkäistä terveellisillä elintavoilla. Terveelliset elintavat ovat tupakoimattomuus, terveellinen ruokavalio, riittävä liikunta ja painonhallinta. Aikaisella ja tuloksellisella verenpaineen ohjauksella voitaisiin kokonaisvaltaisesti ehkäistä työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia ja pidentää elinikää. (WHO 2013.)

Sydän ja verisuonisairauksien hoidosta aiheutuu yhteiskunnalle suuret hoitokustannukset, vuosittain 17 % kaikista hoitokustannuksista eli noin 918 miljoonaa euroa. Verenpainetaudin hyvä omahoito saisi karsittua kustannuksia, jonka vuoksi ohjaus tai valmennus on tärkeää. Vaikka sepelvaltimotauti on yhä enemmän iäkkäiden sairaus, sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat kolmanneksi eniten työkyvyttömyyttä. Yhteiskunnalle aiheutuu laskennallisesti neljänneksi suurimmat työpanosmenetykset, noin 1,1 miljardia euroa. Suomessa Kelan sairausvakuutuslaston mukaan vuonna 2009 verenpainelääkityksen erityiskorvattavuuden sai 508 591 henkilöä. (Sydänliitto 2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa verenpainevalmennuksesta. Mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee ennen verenpainelääkityksen aloittamista ja lääkityksen aikana kun hänellä todetaan kohonnut verenpaine. Tavoitteena on kehittää verenpaineen omahoitoon liittyvää ohjausta tai valmennusta. Opinnäytetyö on tehty mukaillen integroitua kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyössä käytetään käsitteitä ohjaus ja valmennus.

Opinnäytetyö kuuluu osana Pumpu-hankkeen; sydän- ja diabetesosion alueelliseen yhteistyöhankkeeseen, jossa toimijoina ovat Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja ja Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Laurean osahankkeen tavoitteena on Vihdin ja Karkkilan alueen hyvinvointipalveluiden kehittäminen. Laurean osa-hankkeessa tavoitteena on saumaton kansalaislähtöinen hyvinvointipolun toimintamallin laatiminen sekä palveluiden yhteen nivominen kansalaisille. (Hyvinvoinninpitkospuut 2012.)

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Verenpaine ja kohonnut verenpaine

Verenpaine on mittausluku, joka näyttää sydämen minuuttitulavuuden eli suoritettun pumpaustyön ja suoniston virtausvastuksen välistä suhdetta. Minuuttitulavuus on tulosta iskutilavuudesta ja sykenopeudesta. Verenpaine on normaali, kun se on alle 130/85mmHg (elohopeamillimetriä). Isompi luku on systolinen eli yläpaine, joka ilmoittaa valtimon sisällä olevan paineen sydämen supistuksen aikana. Pienempi luku on diastolinen eli alapaine, joka ilmoittaa paineen sydämen lepovaiheen aikana. (Vauhkonen & Holmström 2009, 18.)

Sydän työntää jokaisella lyönnillä tietyn verimäärän aorttaan. Työntö saa aikaan kimmokkeen aortan seinämässä. Kimmoke vuorostaan etenee pitkin valtimoita pulssina. Paine laskee kun paineaalto jakautuu yhä pienempiin suoniin. Laskimoissa virtaa veri tasaisena virtana pienellä paineella. Verenkierron suurimmat paineet löytyvät aortasta ja sydämen vasemmasta puoliskosta. Valtimoiden seinämiin kohdistuu paineaalto, ja niissä kohonneen verenpaineen aikaansaamat sairauden merkit näkyvät taudin alkuvaiheessa. Miten korkealle paine yltää pulssiaallon mukana riippuu sydämen lyönnin tehosta ja arterioiden eli valtimoiden seinämän kimmoisuudesta? Verenpaine on koholla, kun mittausarvon yläarvo on 140 elohopeamillimetriä tai ala-arvo yli 90 elohopeamillimetriä tai näitä korkeampi. Kohonnut verenpaine vahingoittaa valtimoita sekä aiheuttaa aivohalvauksia ja sydäninfarkteja. (Vauhkonen & Holmström 2009, 144.)

Kohonnut verenpaine on usein oireeton tai oireet ovat epämääräiset. Diagnoosi ei koskaan perustu kertamittaukseen, vaan siinä tarvitaan useita mittauksia. Kohonneen verenpaineen ylä- sekä alapaine lisäävät sairastumisriskiä. Essentiaalinen eli itsenäinen kohonnut verenpaine ei kuitenkaan aina ole itsenäinen, vaan taustalla voi olla perinnöllisiä tekijöitä, epäterveelliset elämäntavat sekä vähäinen liikunta. Lievästikin kohonnutta verenpainetta kannattaa hoitaa elämäntapakeinoin. Tavoitteena on elämäntapamuutoksin myös ehkäistä liitännäissairauksia. Kohonneen verenpaineen hoito on pitkäjänteistä. Potilaan ja hoitavan tahon on sovittava hoidon tavoitteista sekä niiden saavuttamisesta. Useimmiten oikein aloitettu hoito on elinikäistä, joskus lääkehoitoa voidaan jopa keventää, jos elämäntavoissa saavutetaan tuloksia. Pitkään jatkunut kohonnut verenpaine voi johtaa sekä ateroskleroosiin eli valtimoiden kovettumiseen että valtimoiden vaurioitumiseen. Kohonnut verenpaine lisää myös verisuonitukoksesta johtuvaa aivohalvauksen riskiä ja sepelvaltimotaudin sekä muiden valtimotautien vaaraa. Lisäksi kohonnut verenpaine altistaa muille mahdollisille sairauksille. Yleistyneen ja tehostuneen hoidon myötä verenpaineen vakavimmat komplikaatiot ovat käyneet harvinaisemmiksi. (Sydänliitto 2011.)

Sydän- ja verisuonitauti vaaran kokonaisvaltainen pienentäminen on olennaista, tavoitteena on vähentää suuren riskin potilaiden ja väestön sydän- ja verisuonitapahtumia mm. sydäninfarkteja, aivohalvauksia, munuaisvaurioita, sydämen vajaatoimintaa, kognitiivisia häiriöitä ja niihin liittyviä kuolemia. Yksilöihin ja väestöön kohdistuvien toimenpitein pystytään elintapamuutosten avulla alentamaan kohonneen verenpaineen ja muiden sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden tasoja. Hoidossa tavoitteena on alentaa systolinen paine alle 140 elohopeamillimetriä sekä diastolinen alle 85 elohopeamillimetriä. Tähän tavoitteeseen tähdätään elintapamuutosten ja lääkehoidon avulla. (Käypä hoito 2009.)

Jos verenpaine on todettu kohonneeksi, tehdään sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden kartoitus ja perustutkimukset, joiden perusteella voidaan arvioida kokonaisriskiä. Esitiedot, sukutiedot, muut hoitoon vaikuttavat sairaudet, lääkkeiden käyttö, elintavat, kuormittavat psyykkiset tekijät kysellään potilaalta. Potilalle tehdään myös kliininen tutkimus, jossa yleisilme katsotaan, tarkistetaan jalkojen turvotus ja kaulalaskimot, kuunnellaan sydänäänet, keuhkot ja valtimosuhinat, mitataan vyötärönympäryys sekä lasketaan painoindeksi. Lopuksi tehdään laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Kohde-elinvauriot kartoitetaan perustutkimusten avulla. (Käypä hoito 2009.)

2.2 Kohonneen verenpaineen hoito

Hoito valitaan huomioiden yksilön mahdolliset muut sairaudet. Suositusten mukainen hoito on myös kustannusvaikuttavaa. Tavoitteena on yhdenmukaistaa ja tehostaa kohonneen verenpaineen ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa. Tällä tavalla voidaan vähentää sekä sydän- ja verisuonisairauksia että niihin liittyviä kuolemia. Haitallista iänmukaista verenpaineen kohoamista säätelevät elintavat sekä perinnöllinen alttius. Muutettavissa olevia tärkeimpiä riskitekijöitä ovat natriumin (suolan) liiallinen saanti, ylipaino, runsas alkoholin käyttö ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Valtaosalla väestöstä verenpaine nousee iän myötä. Systolisen paineen keskiarvo suurenee yli 80 vuoden ikään saakka ja diastolinen 55 vuoden ikään. (Käypä hoito 2009.)

Kansainvälisissä vertailuissa suomalaisten verenpaine on korkea. Verenpaine taso on laskenut 1970-luvun alusta, mutta 2000-luvulla kehitys on pysähtynyt. Kohonnut verenpaine lyhentää elinaikaa. Sepelvaltimotauti ja aivohalvauskuolleisuus kaksinkertaistuvat verenpaineen kohotessa 20/10 elohopeamillimetriä, tasolle 140/90 elohopeamillimetriä. Vaara nelinkertaistuu tasolla 160/100 elohopeamillimetriä ja kahdeksankertaistuu tasolla 180/110 elohopeamillimetriä verrattuna henkilöihin, joilla verenpaine taso on alle 120/80 elohopeamillimetriä. Pääosin riskitekijätasojen muutosten sekä ruokavalion takia 35- 64-vuotiaiden suomalaisten naisten että miesten ikävakiointunut sepelvaltimo- ja aivohalvauskuolleisuus ovat pienentyneet

80 % 30 vuodessa. Kohonneen verenpaineen hoito ja diagnoosi perustuvat toistettuihin ja huolellisesti istuvassa asennossa tehtyihin verenpaineen mittauksiin. läkkäällä ja diabeetikoilla verenpaine mitataan paitsi makuultaan mutta myös seisten ortostaattisen hypotension verenpaineen säätelyhäiriön takia. (Käypä hoito 2009.)

2.2.1 Verenpaineen mittaus

Diagnoosi ja hoitoratkaisut perustuvat toistettuihin istuvassa asennossa tehtyihin verenpaineen mittauksiin. Mittaus suoritetaan olkavarteen asennettavaa painemansettia käyttäen. Mansetin kumipussinosan leveyden on oltava ainakin 40 % sekä pituuden 80 % olkavarren ympärysmittasta. Liian kapea tai lyhyt painepussi antaa liian suuren painearvon. Laitteet tulee myös huoltaa säännöllisesti sekä kalibroida joka toinen vuosi. (Käypä hoito 2009.)

Ennen mittausta on vältettävä puolen tunnin ajan tupakointia, kofeiinipitoisia juomia ja raskasta fyysistä ponnistelua. Mansetti asennetaan olkavarteen siten, että mansetin keskiosa on olkavarsivaltimon päällä. Mitattavan henkilön on hyvä istua viisi minuuttia mansetti olkavarteen kiinnitettynä. Verenpaine mitataan vasemmasta tai oikeasta olkavarresta. Vuorokausirekisteröinnissä tai kotimittarilla verenpaine mitataan ei-hallitsevasta kädestä. Uudelta verenpainepotilaalta mitataan verenpaine toistuvasti molemmista olkavarsista, mahdollisen puolieron toteamiseksi. Paineet mitataan kahdesti 1-2 minuutin välein. Mikäli mitatut verenpainet eroavat yli 10 elohopeamillimetriä, jatkossa käytetään sitä kättä, jossa verenpaine on suurempi. Keskimäärin oikeasta mitattu verenpaine on suurempi 0-2/0-1 elohopeamillimetriä. (Käypä hoito 2009.)

Verenpaineen mittaamisessa yleisimmät virheet liittyvät laitteistoon. Mansetin kumiosa on liian lyhyt, mansetti on liian leveä tai kapea, laitteisto on viallinen tai stetoskoopin letkut ovat liian pitkät. Mittaajan tekemiä virheitä ovat rauhaton mittaustilanne, kiireinen mittaaja, mansetin alla on paidan hiha, mansetti on liian löysällä tai kiinnitetty liian alas. Virhearvoja lisää mikäli mittaus aloitetaan ilman lepotaukoa, mittarasteikko näkyy potilaalle, jos sykettä ei seurata ennen mittausta ja mittauksen aikana ja rytmihäiriöpotilaalle käytetään automaattimittaria. (Muhonen 2013.)

2.2.2 Kotimittaus ja kohonneen verenpaineen luokittelu

Kotona mitattu verenpaine kuvaa potilaan tavanomaista painetasoa luotettavammin kuin vastaanotolla tehty mittaus. Mittaukset tehdään ennen lääkkeen ottoa istuen. Verenpaine mitataan viikon ajan aamulla kahdesti ja illalla kahdesti ohjeiden mukaan. Kotiverenpainetasot määritetään laskemalla ilta- ja aamumittausten keskiarvo. (Käypä hoito 2009.)

Kohonneen verenpaineen luokittelun on perustuttava ainakin neljään perättäiseen mittauskerran kaksoismittauksen keskiarvoon vastaanotolla. Luokittelun apuna voidaan käyttää verenpaineen pitkäaikaisrekisteröintiä tai kotimittauksia. Verenpaine saattaa olla ns. valkotakkivaikutuksen takia lääkärin vastaanotolla potilaan todellista painetasoa korkeampi. Terveystieteidenhuollossa verenpaineen mitattu keskiarvo 140/90 elohopeamillimetriä vastaa kotimittauksen 135/85 elohopeamillimetriä. Valkotakkivaikutus eli valkotakkihypertensiolla tarkoitetaan sitä, että potilaan verenpaine on vastaanotolla lääkärin tai hoitajan mittaamana kohonnut 140/90 elohopeamillimetriin tai enemmän, kun taas kotioloissa mitattuna alle 135/85 elohopeamillimetriä. (Käypä hoito 2009.)

2.2.3 Itsehoitopisteet eli ITE-pisteet

ITE-pisteen käyttöönotto vapauttaa sairaanhoitajien vastaanottotilanteisiin enemmän aikaa elintapaneuvonnalle. ITE-pisteen käyttöä suositellaan erityisesti kohonnutta verenpainetta sairastavalle, jolla verenpaine on hyvässä hoitotasapainossa. ITE-pisteen käyttö kuuluu osana verenpaineen hoitoa ja seurantaa. (Tala & Ketola 2003.)

Terveysasemilla on ITE-pisteitä, joilla tuetaan ihmisen omatoimista terveyden ylläpitoa ja edistetään hyvinvointia. ITE-pisteessä voi nopeasti ja helposti tehdä yksinkertaisia terveydentilaa kuvaavia mittauksia sekä saatavilla on terveyttä ylläpitävää materiaalia. ITE-pisteessä voi mitata verenpainetta sekä painoa. Henkilökunnalta voi kysyä opastusta. (Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveystieteidenvirasto 2013.)

2.2.4 Elintapamuutokset

Elintapamuutoksilla tarkoitetaan yleisimmin alkoholin vähentämistä, tupakoinnin lopetusta, liikunnan lisäämistä, painonpudotusta sekä ruokavalion muuttamista. Elintapamuutosten tavoitteena on alentaa verenpainetta joka on koholla. Elintapamuutoksilla voidaan vaikuttaa hyödyllisesti muihin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin ja näin pienentää sydän- ja verisuonitautien kokonaisvaaraa. Lievästikin kohonnutta verenpainetta kannattaa hoitaa elintapakeinoin. Pyrkimyksenä on myös ehkäistä liitännäissairauksia. (Käypä hoito 2009.)

2.2.5 Ravintotekijät

Kasviksia ja hedelmiä sisältävä ruokavalio alentaa kohonnutta verenpainetta. Vaikutusta voidaan tehostaa lisäämällä ruokavalioon tyydyttynyttä rasvaa niukasti sisältäviä vähärasvaisia maitovalmisteita. N. 2000 mg:n suuruinen kaliumlisä saattaa alentaa kohonnutta verenpainetta, vaikutus on selvin runsaasti natriumia sisältävän ruokavalion yhteydessä. Magnesium- ja kalsiumlisä saattavat alentaa verenpainetta. N. 1000 mg:n suuruinen kalsiumlisä alentaa systolista painetta n. 1-2 elohopeamillimetriä. N. 400 mg:n magnesiumlisä alentaa diastolista painetta 1-2 elohopeamillimetriä. Myös kuitulisä alentaa painetta. N. 11g:n ravinnon kuitulisä alentaa verenpainetta n. 1-2 elohopeamillimetriä, varsinkin henkilöillä joilla on kohonnut verenpaine. Ravinnon rasvojen vaikutukset välittyvät muiden sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden kautta verenpaineeseen. Tyydyttyneiden rasvahappojen vähentäminen tai niiden korvaaminen kerta- ja monitydyttymättömillä rasvahapoilla tuntuisi alentavan verenpainetta vain silloin, kun energian saannista rasvan osuus vähenee. Kalaperäiset n-3-sarjan rasvahapot suurina annoksina alentaa verenpainetta. Mikäli viikoittaisessa ruokavaliossa on vähintään kolme kala-ateriaa, ei kalaöljyllä saavuteta lisähyötyä. (Käypä hoito 2009.)

Runsas natriumin saanti lisää iänmukaista verenpaineen nousua. Natriumin saannin vähentäminen alentaa verenpainetta. Reilun neljän viikon suolan saannin vähentäminen on tutkimuksissa osoitettu alentavan verenpainetta, henkilöillä joilla oli kohonnut verenpaine n. 7/4 elohopeamillimetriä, sekä normotensiivisillä henkilöillä eli normaalipaineisilla 4/2 elohopeamillimetriä. Natriumin vähentäminen saattaa pienentää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Natriumin vähentäminen parantaa verenpainelääkkeistä ACE-estäjien, ATR-salpaajien, beetasalpaajien sekä diureettien vaikutusta. Natriumrajoitus vähentää verenpainelääkkeiden tarvetta. Natriumrajoitus yhdistettynä laihduttamiseen pienentävät vasemman sydämen kammioiden massaa lääkehoidon tavoin. (Käypä hoito 2009.)

Natriumin päivittäistä saantia tulee vähentää alle 2000 mg:aan. Runsaat suolaiset tuotteet vaihdetaan vähäsuolaisiin. Esimerkiksi Sydänliiton sydänmerkki kertoo tuotteista joissa suolaa on vähennetty. Suolan käyttöä tulisi vähentää tai luopua kokonaan ruokaa laitettaessa. Kaliumin saantia voidaan lisätä kasvisten, marjojen sekä täysjyväviljavalmisteiden käyttöä lisäämällä. Kalsiumlisää suositellaan jos maitovalmisteiden päivittäinen käyttö ei turvaa riittävä saantia. Tulisi valita rasvattomia tai vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä tuotteita. Margariinia ja kasvisöljyä tulisi käyttää kohtuullisesti. Kahdella viikoittaisella kala-aterialla, varmistetaan kalarasvojen riittävä saanti. (Käypä hoito 2009.)

2.2.6 Liikunta ja painonhallinta

Paljon liikkuvien henkilöiden verenpaine on yleensä pienempi kuin vähän liikkuvilla, sekä heillä esiintyy vähemmän kohonnutta verenpainetta. Kestävyysliikunta harjoittelu vähentää kohonnutta verenpainetta n. 5/2 elohopeamillimetriä. Lihasvoimaa kehittävän kohtalaisesti kuormittava harjoittelu esim. kuntosaliharjoittelu, saattaa alentaa normaalipaineisen sekä kohonneen verenpaineen henkilön painetta n. 3/4 elohopeamillimetriä, eli lähes yhtä paljon kuin kestävyysliikunta. Henkilöillä joilla on kohtalaisesti tai lievästi kohonnut verenpaine, suositellaan kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa n. 30 minuuttia päivittäin esim. reipasta kävelyä. Kävelyllä ja muulla kestävyystyyppisellä liikunnalla kohonnutta verenpainetta voidaan vähentää kohtuullisesti. Liikunnan kesto tulisi olla vähintään 30 minuuttia päivittäin. Ylipainoisia tulee kannustaa laihduttamaan 5-10 % lähtöpainosta. (Käypä hoito 2009.)

4 %:n laihduminen vähäenergisien ruokavalion avulla alentaa ylipainoisten kohonnutta verenpainetta, systolista että diastolista n. 6/3 elohopeamillimetriä. Laihtuminen myös vähentää lääkeshoidon tarvetta. Liikunnan ja ruokavalion yhdistämällä laihdutuksen vaikutukset verenpaineeseen ovat samansuuruisia kuin pelkän laihduttamisen vaikutukset. Laihdutuslääkkeen (orlistaatti) avulla laihduttaminen alentaa verenpainetta vähemmän kuin ruokavalion avulla saavutettu tulos. Pitkäaikaiseen verenpaineeseen laihduttamalla tarvitaan myös pysyviä ravinnon laadullisia muutoksia, erityisesti natriumin käytön rajoittamista. (Käypä hoito 2009.)

2.2.7 Alkoholi, tupakointi ja stressi

Tupakointi lisää valtimoiden jäykistymistä, kalkkeutumista ja ahtautumista. Sydän toimii tupakoitsijalla ylikierroksilla, koska nikotiini nostaa sydämen syketasoa 10- 15 sykettä minuutissa. Tupakointi lisää verenpainetta 5-10 elohopeamillimetriä. Tupakoijan sydän toimii ylikierroksilla, pystyäkseen huolehtimaan elimistön hapensaannista. Verenpaineen ja sykkeen nousu lisäävät sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. (Sydänliitto 2012.) Reilu alkoholin käyttö lisää aivohalvauksen vaaraa sekä voi vähentää verenpainelääkityksen tehoa. Runsaan alkoholin käytön vähentäminen 21- 28 alkoholiannoksella viikossa, alentaa painetta n. 3/2 elohopeamillimetriä. Alkoholin viikkokulutuksen tulisi olla naisilla alle 160 g ja miehillä 240 g. (Käypä hoito 2009.) Verenpaineeseen vaikuttaa myös psyykkiset tekijät. Vähäinen lepo ja stressi aiheuttavat masennusta ja nostavat verenpainetta. Stressi vaikuttaa verenpaineeseen parasympaattisen, sympaattisen ja autonomisen hermoston välityksellä. Kohonneen verenpaineen hoidossa tulee myös kiinnittää huomiota psyykestressin hoitamiseen. (Orion Pharma 2010.)

2.2.8 Lääkehoidon vaikutus verenpaineeseen

Kohonneen verenpaineen hoito aloitetaan pienellä annoksella. Tilalle vaihdetaan toinen lääke jos ilmenee haittavaikutuksia. Ensisijaisia lääkeryhmiä verenpaineen hoidossa ovat: ACE - estäjät, ATR -salpaajat, beetasalpaajat, diureetit sekä kalsiumkanavan salpaajat. (Käypä hoito 2009.) ACE-estäjät tuottavat elimistössä ainetta jota kutsutaan angiotensiiniksi, tämä supistaa voimakkaasti verisuonia ja aiheuttaa nesteen ja suolan kertymistä elimistöön. ACE-estäjät estävät verenpainetta kohottavan angiotensiinin syntyä. ATR-salpaajien vaikutus mekanismi on sukua ACE:n estäjille. ATR:n salpaajat estävät angiotensiini II:n kiinnittymisen reseptoriin, näin ollen verisuonet laajenevat, verenpaine laskee ja sydämen työ helpottuu. Beetasalpaajat vähentävät sympaattisesta hermostosta johtuvaa sydämen toiminnan nopeutumista. Beetasalpaajat alentavat sydämen syketiheyttä levossa ja erityisesti rasituksen aikana. Sydämen sykenopeutta alentava vaikutus lääkkeen ottamisen jälkeen näkyy tunneissa, mutta verenpainetta alentavan vaikutuksen saavuttamiseen saattaa kulua viikkoja. Kalsiumsalpaajat laajentavat verisuonia ja näin vähentävät ääreisverenkierron vastusta ja näin ollen verenpainetta. Nesteenpoistolääkkeet eli diureetit lisäävät virtsan erityistä poistamalla elimistöstä natriumia ja natriumin mukana vettä. (Pakkari 2013; Sydänliitto 2014.)

Lääkeryhmät alentavat verenpainetta suunnilleen saman verran. Verenpaine laskee yhdellä lääkkeellä keskimääräistä annosta käyttäen 9/6 elohopeamillimetriä. Elintavat, ikä, verenpaineen lähtötaso sekä mahdollinen muu verenpainetta alentava lääkehoito voi vaikuttaa verenpaineen alenemiseen. Lääkehoidon siedettävyyttä ja tehoa voidaan parantaa käyttämällä usean lääkkeen yhdistelmää. Systolisen verenpaineen alentaminen 10 elohopeamillimetrillä ja diastolisen 5 elohopeamillimetrillä lääkehoidolla vähentää viidessä vuodessa aivohalvauksia 30- 40 %, vakavia sepelvaltimotapahtumia 16 %. Lääkehoidon aloitus arvioidaan yksilöllisesti. Jos useissa mittauksissa systolinen paine on vähintään 160 elohopeamillimetriä tai diastolinen 100 elohopeamillimetriä tai suurempi, on aloitettava lääkehoito. Lääkehoito on myös aiheellinen jos henkilöllä on diabetes, munuaissairaus, merkkejä kohde-elinvauriosta tai kliinisesti merkittävä sydän- ja verisuonitauti. Hoidon tavoitteena on alentaa systolinen paine ainakin alle 140 elohopeamillimetriä ja diastolinen alle 85 elohopeamillimetriä. Diabetes ja munuaissairaalla hoitotavoite on 130/80 elohopeamillimetriä, tai jos henkilö on sairastanut sydäninfarktin tai aivohalvauksen. Mikäli diabeettiseen tai ei-diabeettiseen munuaissairauteen liittyy proteinuria eli proteiinia on virtsassa yli 1 g/vrk, hoitotavoite on alle 125/75 elohopeamillimetriä. Yli 80- vuotiailla tavoite on alle 150/85 elohopeamillimetriä, muutoin korkea ikä ei vaikuta hoitotavoitteisiin. (Käypä hoito 2009.)

2.3 Ohjaus

Ohjauksen tiedostamisen ja tunnistamisen tekee hankalaksi se, että hoitotyössä käytetään monia erilaisia käsitteitä ohjauksesta. Käsitteet on usein vaikeasti selitetty. Valmennus, kasvatus ja koulutus ovat ohjauksen synonyymejä. Ohjaus määritellään esimerkiksi ohjauksen antamiseksi kuten opastuksen antamista käytännöllisesti tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Nykykäsitysten mukaan ohjaus pyrkii edistämään potilaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Hirvonen. 2007,25.)

Ohjaus määritellään käsiteanalyysin perusteella hoitajan ja potilaan aktiiviseksi sekä tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjausta tapahtuu ammatillisen toiminnan näkökulmasta tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan tilanteeseen liittyvistä tekijöistä. Prosessin näkökulmasta ohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua, potilaan omien kokemusten erittelyä sekä niistä oppimista. Ohjauksessa painotetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, hoitajan ja potilaan jaettua asiantuntijuutta, potilaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja hänen tehdyistä valinnoista. Potilas koetaan aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan sekä ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään erilaisia toimintatapoja. Tarkoituksena tulisi olla potilaan luottamuksen lisääminen ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

Useimmiten ohjaus on suullista yksilöohjausta. Ohjaaja ja potilas ovat vuorovaikutuksessa yhdessä kasvokkain. Yksilöohjausta voidaan myös antaa teknologian avulla. Kasvokkain tapahtuva ohjaus on menetelmä, josta potilaat kokevat hyötyvänsä eniten ja toivovat myös eniten. Yksilöohjauksessa selvitetään potilaan asiantuntijuus ja vastataan potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Samalla voidaan arvioida potilaan hoitoon sitoutumista. Yksilöohjauksessa voidaan myös lukea sanaton viestintää ja tarttua niihin. Kasvokkain tapahtuvaa ohjausta pystytään myös arvioimaan tehokkaasti. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110 - 111.)

Ryhmäohjausta käytetään jonkin verran pitkäaikaissairaiden ohjauksessa, se ei ole ensisijainen ohjausmenetelmä. Ryhmäohjausta annetaan jostain tietystä asiasta (esim. lääkehoidosta) tai tiettyä sairautta sairastaville. Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta ryhmäohjauksessa on ongelmana potilaslähtöisyyden sekä yksilöllisyyden puute. Yksilöllisten tarpeiden huomiointi jää yleiselle tasolle. Ryhmäohjauksen hyviä puolia ovat, että ryhmäläisillä on mahdollisuus saada vertaistukea, joka tukee pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 111 - 112.)

Teknisten laitteiden avulla pystytään tarjoamaan tukea ja tietoa mm. puhelimen, tietokoneohjelmien, äänikasettien ja videoiden välityksellä. Videoiden käyttö ohjausmenetelmänä mahdollistaa oikea-aikaisen ohjauksen sekä helpottaa niitä joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Audiovisuaalista ohjausta pidetään hieman vähemmän vaikuttavana ohjausmenetelmänä, mutta sitä on toivottu muun ohjauksen lisänä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 116 - 117.)

Puhelinohjauksen lähtökohtana on potilaan ensikontakti terveydenhuoltoon esim. hoitoon haakeutuminen. Puhelinohjausta voidaan jaotella terveyden- ja sairaanhoidon sekä palveluohjaukseen. Palveluohjaus on palveluista tiedottamista, potilasta ohjataan selkeästi terveydenhuoltojärjestelmään. Terveyden- ja sairaanhoidon ohjaus tarkoittaa potilaan terveydentilaan liittyvää ohjausta. Puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia. Puhelinohjausta käytetään paljon mm. päiväkirurgiassa, leikkausta edeltävänä sekä leikkauksen jälkeen ohjaus järjestetään puhelinohjauksella. (Kyngäs ym. 2007, 117 - 120.)

Tietokoneavusteinen ohjaus on vielä vähäistä hoitotyössä. Tietokoneohjelmia käytetään kirjallisen ohjausmateriaalin yhteydessä. On osoitettu, että ohjaus tietokoneavustuksella lisää potilaiden tietoa ja edistää toivottavaa hoitokäyttäytymistä. Etuja ovat ohjausmateriaalin yhdenmukaisuus, laatu, sisältö, hoitajan ajan säästyminen sekä ajallinen saatavuus. Kirjalliset ohjeet ovat erityisen tarpeellisia tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen aika on vähäinen. Juuri tämä on muuttunut nykyisin yhä merkittävämmäksi lyhentyneiden hoitoaikojen takia. Kirjallisella ohjauksella tarkoitetaan kirjallisia oppaita - ja ohjeita. Potilaiden mielestä hoitoon liittyvät ohjeet on hyvä lisä suullisen ohjauksen lisänä. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

2.3.1 Valmennus

Yleisesti termi valmennus on menetelmä, keino tai asenne, jolla autetaan valmennettavaa saavuttamaan omat tavoitteensa ja ylittämään ne. Lisäksi valmennuksella pyritään parantamaan suorituskkyä sekä osaamista. Yleensä valmennus tapahtuu keskustellen, sekä asian havainnollistamiseksi voidaan myös käyttää apuvälineitä. Valmennusta voidaan antaa joko kahden kesken tai ryhmässä. Valmennusten tapaamisten lukumäärä vaihtelee ongelman laadun mukaan. Tapaamiskerroilla vahvistetaan ohjattavan voimavaroja ja kykyä selviytyä tilanteesta. (Hirvihuhta 2006, 6 - 15.)

Ihmisten ajattelutapojen muuttumisen myötä on nyt runsaasti tarjolla työtapoja jotka perustuvat potilaan omiin tavoitteisiin ja painottavat tulevaisuuteen, tukien olemassa olevia taitoja ja voimavaroja. Tämän vuoksi coaching- ilmiö tekee nousuaan. Käytännössä lähes kaikki coaching- tekniikat vaikuttavat olevan eteenpäin suuntautuvia ja myönteisiä sekä valmennettavan ja valmentajan hyvää vuorovaikutusta korostavia. Valmennuksissa lähtökohtana on voi-

mavara - ja ratkaisusuuntautuva ajattelutapa. Kysymys on siitä, että teemme pieniä hyödyllisiä asioita koko ajan mutta emme välttämättä kiinnitä niihin huomiota. Idea valmennuksessa on, että onnistuneita tilanteita tarkastellaan lähemmin ja otetaan niistä oppia. Näin ollen hyödyllisiksi huomattua toimintatapaa voidaan lisätä. (Hirvihuhta 2006, 6 - 15.)

Valmennuksen kestosta riippumatta valmentajan rooli on tehdä kysymyksiä jotka saavat valmennettavan pohtimaan olevaa tilannetta/asiasia uusista näkökulmista. Valmentaja voi sanoa mielipiteensä ja antaa neuvoja, mutta pääosassa ovat valmennettavan omat oivallukset koska ne soveltuvat tilanteeseen paremmin kuin ulkopuolisen näkemykset. (Hirvihuhta 2006, 16.)

Perinteiseen ohjaukseen verrattuna ratkaisukeskeinen valmennus on lähtökohdiltaan tavoitteellisempaa ja mittaviin tuloksiin pyrkivää. Valmentajan rooli on siinä aktiivisempi ja läpinäkyvä. Läpinäkyvyys tarkoittaa sitä, ettei tee tulkintoja ohjattavasta vaan tuo havaintonsa henkilön toiminnasta tarkastelun kohteeksi ja ohjattavan itsensä tarkasteltavaksi. (Hirvihuhta 2006, 17.)

Suomi on lähtenyt mukaan hankkeeseen, jossa on mukana yhdeksän EU-maata. Suomen osaprojektissa tutkitaan miten puhelimitse annettava ohjaus ja terveysvalmennus auttavat potilasta hallitsemaan sairautta. Jokaisella potilaalla on terveysvalmentaja jolta he saavat tietoa ja tukea joka auttaa potilasta hoitamaan itse itseään. Tarkoituksena hankkeessa oli kehittää kroonisesti sairaille oma hoidon malli. Terveysvalmentajan vastaanotolla potilas sai mukaansa paketin jossa oli askelmittari, verensokerimittari, verenpainemittari ja kännykkä. Kotona mitatut arvot siirtyivät puhelimesta olevaan ohjelmaan, joka siirsi tulokset automaattisesti internetissä sijaitsevaan terveystietokantaan. Potilaat pääsivät selaamaan tietojaan tunnusten avulla terveystietokannasta. Terveysvalmentajilta työaika kului 42 potilaaseen viikossa yhden päivän verran. Terveysvalmentaja soitti potilailleen 4-5 viikon välein vuoden ajan. Valmentajan tehtävänä oli herätellä potilaissa oman terveyden asiantuntijuutta. Muutoshalu lähti aina potilaasta itsestään. Terveysvalmentaja ei kertonut mitä tulisi tehdä, vaan mietittiin mitä muutosta potilas itse haluaa. Potilaita motivoi tekemään muutoksia kun he saivat seurata aikaansaannoksiaan terveystietokannasta. Hyvänä asiana pidettiin, että terveystiedot olivat tallessa ja niitä pääsi potilas ja terveysvalmentaja katselemaan tarvittaessa. Tietoa tuli oman hyvinvoinnin tueksi ja terveysvalmennuksessa terveysvalmentaja näki potilaiden koko elämäntilanteen ja voimavarat. Sosiaali- ja terveyspiirin päivittäiseen työhön aletaan juurruttaa pikku hiljaa omahoitomallia. (Karlsson 2012.)

Risikon 2007 mukaan pitkäaikaissairaudet ja niiden hoito vie 60 - 90 % terveydenhuollon toiminnasta ja noin 80 % sen kustannuksista. Sairauksien määrä lisääntyy väestön ikääntyessä, tämän seurauksena hoito vie terveydenhuollon toiminnasta ja resursseista yhä isomman osan. Pitkäaikaissairauksien hoitotulokset ovat kuolleisuudella mitattuna keskimäärin parantuneet,

mutta hoito ei saavuta kaikkia sairastuneita. Pitkäaikaissairauksien hoidon laadussa ja sen kattavuudessa on puutteita. Ongelmaan etsitään ratkaisua henkilökohtaisen terveysvalmentajan kokeilulla.

2.3.2 Valmentajasuhde

Ammattihenkilö kartoittaa potilaan toiveita ja arkielämää ja sovittelee yhdessä potilaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi, enemmän valmentajana kuin asiantuntijana. Tavoitteena on räätälöidä potilaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa täyttyvät näyttöön perustuvan hoidon periaatteet jota potilas pystyy arjessaan toteuttamaan. Kyky valmentaa edellyttää valmentajalta oppimisenäkemyksiä jossa uusi tieto ja taidot rakentuvat jo omaksuttujen taitojen, tietojen ja arkikäsitteiden varaan. Valmentajasuhteessa arkielämän ymmärtäminen edellyttää potilaan aitoa kuulemistä sekä autonomian kunnioittamista. Potilaan tulisi kokea hoito omakseen, kokea saavansa siitä hyötyä, mielihyvää tai muuta positiivista. Lopuksi potilas itse päättää noudattaako hän hoitoratkaisuja ja ottaako vastuun hoidon onnistumisesta. (Ruotsalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2352 - 2358.)

Onnistuessaan omahoito voimaannuttaa potilaan ja saa tuntemaan pystyväksi selviytymään pitkäaikaissairautensa kanssa. Valmennus on potilaslähtöistä sekä ottaa huomioon potilaan motivaation, autonomian, voimaantumisen sekä pystyvyyden tunteen. Potilaalla tulee olla riittävästi tietoa sairaudesta ja hoitokeinoista, potilas oppii ongelmanratkaisu - sekä päätöksentekotaitoja. Valmennus pohjaa rakentavaan oppimiskäsitykseen. Valmennus voi olla ryhmä tai yksilövalmennusta. Valmennuksessa potilas voimaantuu sekä pystyy käyttämään päätöksentekoa - sekä ongelmanratkaisutaitojaan. Onnistunut hoito edellyttää ammattihenkilöltä kykyä valmentaa. Valmentajan tulee olla salliva sekä omaksua uudenlainen oppimiskäsitys, näin potilas voi olla rehellinen ja avoin kertoessaan asioistaan. (Ruotsalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2352 - 2358.)

2.3.3 Valmentava ohjaustyyli

Kroonisten sairauksien määrä ihmisten sairastamista taudeista on jatkuvassa kasvussa, voimaantumisen ideaa on sovellettu terveydenhuollossa vuosikymmeniä. Yli puolet maailman sairauksista on kroonisia sairauksia. Lukumäärän arvellaan ylittävän 65 % vuonna 2020. Kroonista sairautta sairastavista noin puolet, hoitavat annettujen ohjeiden vastaisesti sairauttaan. Elämäntapaohjauksessa painottuu ohjattavan itsehoidon räätälöinti yksilölliseksi ja päätöksenteon tukeminen. Ajatuksena, että kokonaisuus palvelisi ohjattavan arkea, arjen parhaana tuntijana ohjattava itse. Ohjaaja joka tukee voimaantumista, on hyväksyttävä ohjattavan valta valita sekä tehdä oman mielensä mukaisesti. Vastuu päätöksistä on ohjattavalla. Ohjaustarpeiden sekä ongelmakohtien määrittelystä vastuu on ohjattavan ja ohjaajan yhteinen, oh-

jaajalla vastuu on kuitenkin omasta työstään. Ohjaaja nähdään mahdollistajana, ohjaaja kannustaa ohjattavaa itse ratkaisemaan ongelmansa ja tätä kautta ottamaan vastuuta terveydestään. Ohjattavalle annetaan mahdollisuuksia valita ja tuetaan valittuja päätöksiä, niitä kunnioittaen. Vuorovaikutus suhteessa korostuvat hyväksytyksi tuleminen, kunnioitus, luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri. (Turku 2007, 21 - 23.)

2.3.4 Voimaantuminen ja motivaatio

Voimaantumisen avulla voidaan kuvata ja ymmärtää hoitoon sitoutumista ja sen seuraamuksia. Voimaantuminen on hoitoon sitoutumisen edellytys. Voimaantuminen on kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä. Voimaantuminen lisää ihmisen kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Se on yksilöllinen ja henkilökohtainen prosessi, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Prosessia määrittää potilaan asettamat tavoitteet ja omiin kykyihin ja tilanteeseen liittyvät uskomukset/tunteet. Tuloksena on sisäinen voimantunne, se auttaa, helpottaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämisessä ja ratkaisujen tekemisessä. Potilas on löytänyt omat voimavaransa, hän määrää itse itsensä ja toimintaansa. Motivaatiolla ja voimaantumisella on yhteisiä piirteitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 59.)

Motivaatio on liikkeelle paneva voima, se ohjaa toimintaa. Motivaatioon vaikuttaa miten potilas kokee asian ja miten tärkeänä hän näkee tavoitteiden saavuttamisen. Sisäinen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen johtavat useimmiten pysyviin tuloksiin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 28 -29.)

2.3.5 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista ja aktiivista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Vaikka hoitoon sitoutuminen on mielletty koko hoitoon liittyvänä tavoitteena, päähuomio on ollut tutkimuksessa ja käytännön toiminnassa lääkehoidossa. Terveellisiin elämäntapoihin sitoutuminen pitkäaikaissairauksien hoidossa lääkehoito muodostaa vain osan, ja muut hoidon osa-alueet saattavat olla yhtä tärkeitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 16- 18.)

Potilaslähtöisempää lähestymistapaa tarvitaan kohonneen verenpaineen hoidossa. Lähestymistavan tavoitteena on potilaan motivaation herättäminen uusia elämäntapoja kohtaan. Ensimmäinen asia elämäntapaohjauksessa on selvittää potilaan motivaatio elämäntapojen muutokseen. Neuvojen ja ohjeiden aika koittaa, kun ne tulevat esille keskustelussa luontevasti tai potilas pyytää niitä. (Sairaanhoitajaliitto 2005.)

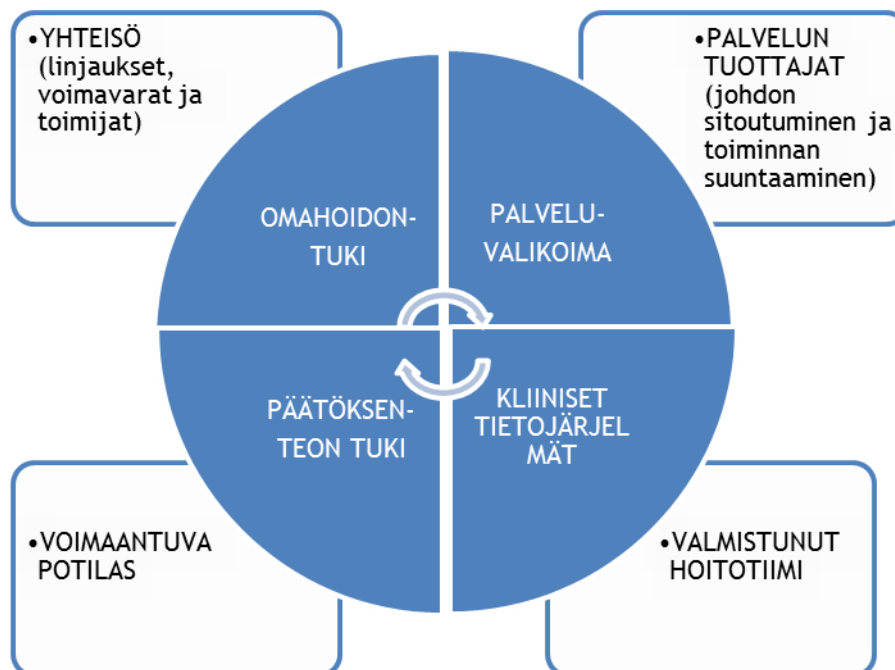
Potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Ohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan persoonalliset piirteet. Tilanteet eivät toistu samanlaisina, potilaalle tilanne on ainutkertainen ja jännittävä. Potilasohjauksella on vaikutusta hoidon laatuun ja potilastytyvyyteen. Hoitoaikojen lyhentyminen lisää tarvetta ohjauksen kehittämiseen. Hyvällä ohjauksella edistetään paranemista. Hyvä ja riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Hyvä ohjaus vähentää sairauksien mukanaan tuomaan epävarmuuden tunnetta, pelkoa ja ahdistusta. Potilas uskaltaa sanoa luottamuksellisessa suhteessa epäselvät tai mieltä askarruttavat asiat. Ohjaajan vastuuseen kuuluu varmistaa, että ohjattava on ymmärtänyt ohjauksen. (Sairaanhoitajaliitto 2006.)

2.3.6 Terveysyötymalli

Terveysyötymalli pohjautuu (CCM) Chronic Care Modeliin, jonka on kehittänyt Amerikkalainen Edward H. Wagner ja hänen kumppaninsa. Chronic Care Modelin kehittämisen pohjana olivat havainnot siitä, ettei perusterveydenhuolto pysty vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen tuomaan haasteeseen. CCM:n kehittäjät huomasivat tutkittuaan pitkäaikaissairauksien hoidon järjestämistä tiettyjä puutteita. Kiireiset ammattilaiset eivät kykene ottamaan käyttöönsä hoitosuosituksia. Hoidon koordinointi ja hoidon seuranta ei toimi, joka on hoidon laadun seuraamisen edellytys. Potilaat eivät saa tarpeeksi tukea omahoitoonsa. Selvitettyään pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisohjelmia, Chronic Care Modelin kehittäjät päätyivät kuuteen alueeseen, joista keskeisiksi tunnistettiin neljä tärkeää osa-aluetta: päätöksentuki, omahoidon tuki, palveluvalikoima ja kliiniset tietojärjestelmät. Edellisten lisäksi on huomioitava johdon sitoutuminen ja muiden yhteisöjen voimavarat ja linjaukset. Kehittämisinterventioiden vaikuttavuutta hoitoprosesseihin ja -tuloksiin tutkittiin ja todettiin, että vaikuttavuus on parempi, kuinka moni CCM:n komponenttiin interventio yhtäaikaaisesti kohdistui. (Linsamo 2013.)

Terveysyötymalli ei ole tavallinen jalkautettava hoitomalli vaan kehittämisen ajattelumalli ja viitekehys, joka tarjoaa kehykset hoidon vaikuttavuuden parantumiselle ja hallitulle järjestämiselle. Terveysyötymalli tuo laajemman ja näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseen. Terveysyötymallin mukaisesti kehitetyssä organisaatiossa toiminta on tiimi- ja potilaskeskeistä ja vuorovaikutus on potilasta erityisesti voimaannuttavaa. Terveysyötymallissa potilaalle on tarjottavissa palveluvalikossa monimuotoisia omahoidon tukikeinoja ja hoitotiimillä käytössä ajantasaiset tiedot potilaasta. Korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi on käytössä paras mahdollinen tuki päätöksenteolle ja voimavarat. Voimaantuvan potilaan ja valmistautuneen hoitotiimin välinen yhteistyö tuottaa potilaalle suurta terveysyötystä. Terveysyötyn mahdollistamiseksi tarvitaan muutoksia kaikilla kuudella Terveysyötymallin alueella. (Linsamo 2013.)

Terveyshyötymalli Väli-Suomen terveyskeskuksiin on esitelty alla olevassa kuviossa 1.



Kuvio 1: Terveyshyötymalli Väli- Suomen terveyskeskuksille (Mukaillen Linsamo, Väli-Suomen Kaste-hanke 2010-2012)

3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut kartoittaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa verenpainevalmennuksesta. Mitä ohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee kun hänellä todetaan kohonnut verenpaine? Mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee ennen verenpaine lääkityksen aloittamista ja lääkityksen aikana? Tavoitteena on ollut verenpaineen omahoitoon liittyvän ohjauksen ja valmennuksen kehittäminen. Opinnäytetyön tulokset on kirjoitettu kertomuksen eli narratiiviseen muotoon. Alapuolelle on esitelty tutkimuskysymykset.

1. Mitä verenpainevalmennus on?
2. Mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee ennen verenpaine lää-
kityksen aloittamista?
3. Mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee verenpaine lää-
kityksen aikana?

4 Integroitu kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmänä käytetään narratiiviseen muotoon kirjoitettua integroitua kirjallisuuskatsausta. Integroitu kirjallisuuskatsaus on erilaisilla metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistämistä. Katsauksen muoto on laajin muoto tehdä kirjallisuuskatsausta, koska se sallii yhdistää eri metodein tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetyöhön käytetään niin laadullisia kuin määrällisiä tutkimuksia. Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa on tarkoituksena yhdistää aikaisempaa tutkimusta ja tehdä yhteenveto yleisluonteisesti monesta yksittäisestä tutkimuksesta, jotka suuntautuvat samanlaisiin kysymyksen asetteluihin. Integroidun katsauksen tehtävinä on olemassa olevan tieteen tilan kuvaaminen, teorian kehittäminen sekä saadun tiedon suoran soveltamisen käytäntöön. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 84 -98.)

Kirjallisuuskatsaus menetelmän valinta on perustunut siihen, että työn tarkoituksena on ollut selvittää, millaista verenpainevalmennusta kansalainen tarvitsee. Opinnäytetyöhön on valittu sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia. Menetelmän valintaan vaikutti myös se, että tutkittua tietoa verenpainevalmennuksesta ei löytynyt paljon. Integroitu kirjallisuuskatsaus sallii käyttää molempia tutkimustyyppisiä. Integroidussa katsauksessa aineiston arviointi voidaan kirjoittaa auki kuvaten tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia. Vahvuudet ja heikkoudet tarkoittavat tutkimuksen laatua. (Johansson ym. 2007, 84 - 98.)

Kirjallisuuskatsausten avulla on mahdollista ymmärtää olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kokoamalla tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia saadaan kuvaa mm. miten paljon tutkimustietoa on olemassa, millaisia tutkimuksia on tutkimussisällöllisesti ja menetelmällisesti. On huomattava, että kirjallisuuskatsauksen tarkoitus vaikuttaa olennaisesti siihen sisällytettävään tutkimusaineistoon. (Johansson ym. 2007, 84 - 98.)

Integroidussa katsauksessa on usein kuvattu olevan viisi vaihetta: tutkimusongelman muotoilu, aineiston kerääminen, aineiston arviointi, aineiston analyysi sekä aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen. Selkeä kysymyksen asettelu antaa rajat ja suunnan katsaukselle. On päätettävä mihin kysymyksiin katsauksella vastataan, keskeiset käsitteet sekä mitä katsaukseen valitaan. Kysymyksiä laajennetaan tai tiukennetaan riippuen aineiston määrästä. Katsauksen käsitteiden määrittely tapahtuu katsausta tehdessä, koska katsaukseen sisällytettävissä tutkimuksissa on usein erilaisia käsitelmäärittelyitä. (Johansson ym. 2007, 88 - 98.)

4.1 Tiedonhaku ja aineiston keruu

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2013 aiheen valinnalla. Aihetta haettiin kirjallisesti Laurean opinnäytetyön käytänteiden mukaisesti. Aihe on kiinnostava ja ajankohtainen. Tie-

donhaku aloitettiin hyvin pian aiheen varmistumisen jälkeen, jolloin ongelmaksi nousi valmennus sanan käyttö tiedonhakuprosessissa. Valmennus sanalla ei suoraan löytynyt yhtään hakutulosta, jolloin käyttöön otettiin ohjaus hakusanaksi. Tätä kautta löytyi niukasti tietoa myös valmennuksesta. Myöhemmin otettiin käyttöön manuaalihaussa terveystalvalmennus, jonka kautta useiden hakujen kautta löysimme kaksi hanketta liittyen valmennukseen, Terva-hanke ja Potku-hanke.

Aineiston keruuta säätelee sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Hakusanat ja niiden yhdistelmiä käytetään aineiston haussa. Kun aineisto on löytynyt, tulee arvioida sen käyttökelpoisuus katsauksessa. Usein löydettyjä tutkimuksia joudutaan karsimaan, koska ne eivät täytä kriteereitä. Alkuvaiheen aineisto kerätään taulukon muotoon. Integroidussa katsauksessa eri metodeilla tehtyjen tutkimusten laadun arviointi on haastavaa. (Johansson ym. 2007, 88- 98.)

Tiedonhaussa käytettiin sisäänotto ja poisjättökriteereitä, joiden perustella tutkimukset valittiin mukaan katsaukseen. Aineisto rajattiin vuosille 2003- 2013, koska opinnäytetyöntekijät halusivat käyttää mahdollisimman uutta tutkittua tietoa. Rajaamalla tarkat vuodet hakuihin saatiin myös rajattua tiedon määrää joka, näin ollen helpotti aineiston valintaa. Aineistoa rajattiin koskemaan vain aikuisen ihmisen kohonnutta verenpainetta. Aineiston tuli käsitellä, mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee, kun hänellä todetaan kohonnut verenpaine. Aineiston tuli vastata kysymykseen, mitä verenpainevalmennus voisi olla. Ja mitä elintapaohjausta tai valmennusta tarvitaan ennen verenpainelääkityksen aloittamista ja lääkehoidon aikana. Aineisto on saatavana koko tekstinä.

Sisäänotto- ja poisjättökriteerit on listattu alle olevaan taulukkoon 1.

Sisäänottokriteerit	Poisjättökriteerit
Aineisto on julkaistu vuoden 2003 jälkeen, mahdollisimman uutta tutkimustietoa	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset
Aineisto käsittelee aikuisen ihmisen kohonnutta verenpainetta	Ei käsittele aikuisen ihmisen kohonnutta verenpainetta
Kielenä suomi tai englanti	Julkaisukielenä ei suomi tai englanti
Aineisto käsittelee verenpaine potilaan elintapaohjausta/valmennusta	ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Aineisto on saatavana tietokannoista kokotekstinä tai käytettävissä olevista kirjas-toista	ei ole koko tekstinä

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poisjättökriteerit

Tiedonhaun alustavat haut suoritettiin 26.2.13 sekä 8 -11.3.13. Hakujen ajatuksena oli saada käsitys aineiston määrästä. Tiedonhaussa käytettiin nelli- portaalin aineistokantoja. Näitä olivat Medic, Arto ja EBSCO (Cinahl) ja PubMed. Tiedonhauissa keskityttiin verenpaine potilaan elintapaohjaukseen ja valmennukseen. Tiedonhakua suoritettiin 21.8.14. Hakusanoja olivat verenpaine, ohjaus, potilas, hoito, kohonnut verenpaine, valmennus, elintapa, high blood pressure, quidance, blood pressure, coaching. Chronic care model ja health coaching otettiin käyttöön maaliskuussa 2014. Hakusanoja yhdisteltiin ja käytettiin apuna katkaisumerkkejä. Tiedonhaun alussa saatiin apua informaattikolta, jonka avulla lopulliset hakusanat muodostuivat. Hakua suoritettiin vielä opinnäytetyön loppuvaiheessa, koska opinnäytetyöntekijät halusivat vielä varmistaa tiedonhakua. Tekijät löysivät terveystalennuksesta vielä lisää artikkeleita.

Alla olevaan taulukkoon 2 on listattu alustavat ja lopulliset tiedonhaut.

PORTAALI	HAKUSANAT	TULOKSET YHTEENSÄ	OTSIKON PERUSTEELLA VALITTU	LUETUN PERUSTEELLA VALITTU	LOPULLINEN VALINTA
Medic	verenp* and ohj*	24	10	1	1
Medic	kohon*verenp* and ohj*	28	28	0	0
Medic	verenp*ohj* and verenp* pot*and verenp*hoit	478	25	8	5
Medic	valmennus	0	0	0	0
Medic	elintapa* and verenp*	9	9	0	0
Medic	valmennus and verenp*	0	0	0	0
Medic	elintapa* and ohj*	18	0	0	0
Medic	valm* and verenp*	4	0	0	0
Medic	elintapa* and valm*	0	0	0	0
Arto	kohon? verenp? and valmen- nus or ohjaus	1412	0	0	0
Arto	verenp? and valmennus or ohjaus	87	0	0	0
EBSCO Cinahl	blood pressure and coaching	6	0	0	0
EBSCO Chinahl	blood pressure and guidance	24	1	0	0
EBSCO Chinahl	chronic care model and blood pressure	15	0	0	0
EBSCO	health coaching and blood	6	0	0	0

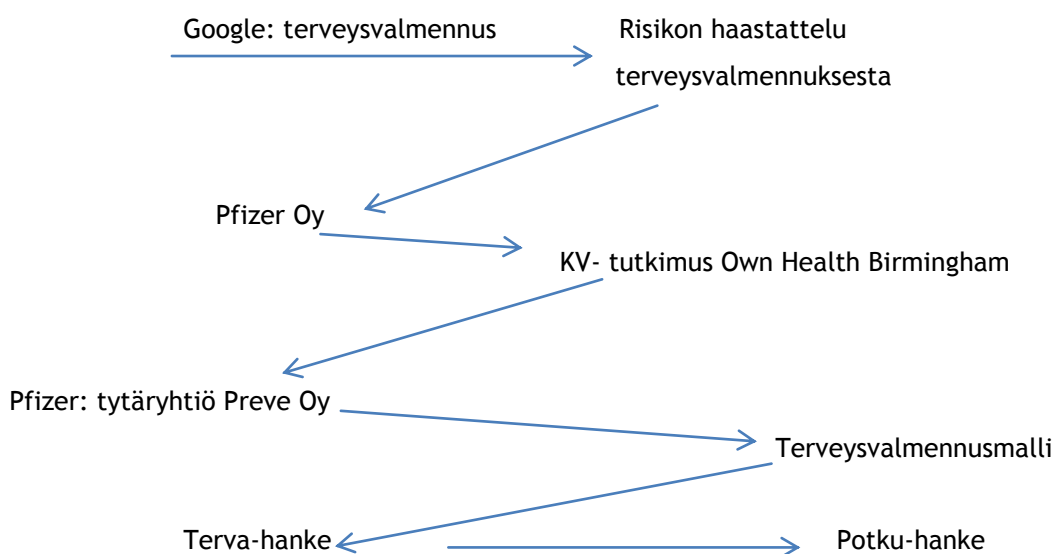
Chinahl	pressure				
EBSCO Chinahl	chronic care model and high blood pressure	4	2	0	0
EBSCO Chinahl	health coaching and chronic	23	5	3	3
PubMed	High blood pressure and lifestyle guidance	16	5	0	0

Taulukko 2: Aineiston valintaprosessi

Osa aineistosta löytyi manuaalisen haun kautta. Tiedonhaun polku oli monimutkainen ja lähti liikkeelle googleen syötetyllä sanalla: terveystalmentus. Tätä kautta tuli artikkeleita terveystalmentuksesta esimerkiksi sosiaali- ja terveystalmentusministeri Paula Risikon haastattelu terveystalmentuksesta. Artikkelin lopusta löytyi Pfizer health solutions: Own health Birmingham kansainvälinen tutkimus terveystalmentuksesta, joka otettiin mukaan opinnäytetyöhön.

Suomessa Pfizerin tytäryhtiö Preve Oy:n terveystalmentusmallia käytettiin Päijät-Hämeen Terva-hankkeessa. Terva-hanke muuttui Potku-hankkeeksi, joka on Väli-Suomen Kaste-hankkeen osahanke. Kaste on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka avulla uudistetaan sekä johdetaan suomalaista sosiaali- ja terveystalmentuspolitiikkaa. Tätä kautta saimme tutkittua tietoa terveystalmentusmallista. Haku prosessi tuotti lisää aineistoa opinnäytetyöhön.

Kuvio 2 havainnollistaa manuaalisen hakuprosessin vaihe vaiheelta.



Kuvio 2: : Manuaalinen haku vaihe vaiheelta

4.2 Aineiston arviointi

Narratiiviseen muotoon kirjoitetussa integroidussa katsauksessa aineiston arviointi voidaan kirjoittaa auki kuvaillen tutkimuksen vahvuuksia sekä heikkouksia. Vahvuuksia ja heikkouksia arvioidessa kuvaillaan tutkimusten luotettavuutta, toistettavuutta, yleistettävyyttä, aineiston edustavuutta ja kokoa sekä tutkimuksissa käytettävien mittarien laadukkuutta. Aineiston arviointi on syytä suunnitella huolellisesti jo ennen kuin katsausta ryhdytään konkreettisesti toteuttamaan. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 88- 98.)

Aineiston arviointi tässä opinnäytetyössä on tehty niin, että kun aineisto on haettu sisäänotto ja poisjättökriteerien mukaan, on jokainen tutkimus luettu molempien tutkijoiden toimesta ja arvioitu vastaako se tutkimuskysymyksiin. Mukaan valittiin 12 tutkimusta, jotka kirjattiin erilliselle paperille. Aineiston arvioinnissa käytettiin taulukkoa, jossa luokiteltiin tutkimuksen heikkouksia ja vahvuuksia, joita olivat laadukkuus, toistettavuus, yleistettävyys, aineiston koko ja käytettyjen mittareiden laadukkuus. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 88- 98.)

Taulukko 3 sisältää ketkä ovat tutkineet, mitä on tutkittu, millä tavalla tutkittu sekä artikkelin arviointi.

Tutkimuksen/aineiston nimi, tekijät ja vuosi	Aihe	Menetelmä	Arviointi (laadukkuus, toistettavuus, yleistettävyys, aineiston koko, käytettyjen mittareiden laadukkuus)
Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P., Patja, K. 2006	Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa	Kyselylomake lähetettiin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhoidossa työskenteleville terveydenhoitajille, lääkäreille ja sairaanhoitajille. Terveystutkimus	(N=301). Tutkimus käsittelee vain Päijät-Hämeen aluetta ja on terveydenhuoltoammattilaisten näkemys. Tutkimuksessa oli huomioitu kaikki, jotka työskentelevät elintapasairauksien hoidon parissa. Vastausprosentti on 59 %. Tutkimus oli testattu Mann-Whitney kiihneliö testillä ja tilasto-ohjelmana oli käytetty SPSS-ohjelmaa.

<p>Meriranta, P., Tikkanen, I., Kumpusalo, E., & työryhmä. 2002</p>	<p>Verenpainepotilas terveyskeskuksessa: hoitotulokset ovat paranemassa</p>	<p>Alkuperäistutkimus / vertais-tutkimus.</p> <p>Tutkittava joukko oli valittu satunnaisesti ositetulla otannalla, joka koostui 30 terveyskeskuksesta sairaanhoitopiireittäin edustamaan kokonsa ja sijaintinsa puolesta maamme kaikkia terveyskeskuksia.</p> <p>Terveyskeskuslääkärit ottivat tutkimukseen mukaan toukuussa 2002 vastaanotollaan 15 sisäänottokriteerit täyttävää verenpainepotilasta.</p>	<p>Tutkimus on laaja ja jaottuu koko Suomen alueelle. Lopulliseksi määräksi valikoitui 22 terveyskeskusta. Tuloksia verrattiin vuonna 1997 tehtyyn samanlaiseen tutkimukseen.</p> <p>15 sisäänottokriteeriä ei tutkimuksessa tullut ilmi. Tavoitettuja oli 193 terveyskeskuslääkäriä kautta 1413 verenpainepotilasta, jotka elivät parisuhteessa. Lomakkeen palautti 1192 potilasta (84,4 %) Lopulliseen aineistoon otettiin 1130 potilasta. Aineisto analysoitiin SPSS 11,0 for Windows-tilasto-ohjelmalla.</p>
<p>Varis, J., Savola, H., Vesalainen, R. ja Kantola, I. 2008</p>	<p>Verenpainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkään hyvä.</p>	<p>Alkuperäistutkimus. Kyselylomake.</p> <p>Tutkimus on toteutettu yliopistosairaalaapiirien alueilta yli 18 vuotiaista verenpainepotilaista.</p> <p>Aineiston keräsi yhteensä 72 terveyskeskuslääkäriä avoterveydenhuollon vastaanotoilla.</p>	<p>(n =823)</p> <p>Tutkimukseen otettiin ne potilaat, jotka kohonneen verenpaineen takia olivat lääkärin ajanvarausvastaanotolle tulleet. Tutkimuksessa ei käynyt ilmi millä tavalla tutkimuksen tulokset olivat analysoitu.</p> <p>Kirjoittajilla on sidonnaisuuksia eri lääkeyrityksiin. Tutkimuksen tekijät ovat oman tutkimuksen perusteella erimieltä tuloksista, joita saatiin väestöntutkimuksessa ja Meriranta ym. 2002 tekemästä tutkimuksesta verenpainepotilas terveyskeskuksessa.</p>
<p>Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009</p>	<p>Potilaan omahoidon tukeminen</p>	<p>Katsaus. Duodecim julkaisu.</p> <p>Tarkastellaan uudenlaista omahoidon mallia sekä omahoidon tukemista potilaslähtöisyyden, voimaantumisen, autonomisen, motivaation ja pystyvyyden tunteen näkökulmista ja rajoitetaan pitkäaikaisrautaa poteviin.</p>	<p>Katsauksessa on käytetty runsaasti kansainvälisiä ja suomenkielisiä lähteitä. Kirjoittajilla ei ole esiintynyt sidonnaisuuksia. Katsaus on kattava näkemys omahoito valmennuksesta ja sillä etsitään ratkaisua elintapamuutosten tukemiseen tehokkaammin. Väestön terveyden edistäminen oli avainkysymys vaikuttavuuden kehittämisessä terveydenhuollossa.</p>

Jula, A. 2013	Natriumin saannin vähentäminen lisää terveitä elinvuosia	Katsaus. Suomen lääkärilehden julkaisu.	Kyseessä on erittäin tuore katsaus miten natriumin vähentäminen vaikuttaa terveyteen. Katsauksessa on käytetty laajasti kansainvälisiä tutkimuksia, jotka pohjautuvat natriumin saantiin ja sen yhteyttä verenpaineeseen. Mielenkiintoinen ja puhutteleva katsaus jossa ilmiötä oli tutkittu maailman-laajuisesti.
Mattila, R., 2009	Effectiveness of a Multidisciplinary Lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms	Väitöskirja. Vuosina 1996 - 2000 toteutettiin kontrolloitu satunnaistettu tutkimus, jossa tutkittiin kuntoutuslaitoksissa toteutetun moniammatillisen elintapaohjauksen vaikuttavuutta ja toteutettavuutta kohonneen verenpaineen hoidossa.	Työelämässä mukana olevia 731 vapaaehtoista 25 - 64 - vuotiaita henkilöitä osallistui tutkimukseen. Tutkimuksessa käytettiin vertailuryhmää, jonka verenpaineen hoito jatkui tavanomaisella tavalla.
NHS Birmingham East and north primary Care Trust NHS Direct, Pfizer Health Solutions, 2007	Successes and learning from the first year	Kokeilu muotoinen tutkimus, johon koulutettiin 5 viikon ajan hoitohenkilökuntaa antamaan puhelimitse tapahtuvaa valmennusta sydän- ja verisuonisairaille ja diabeetikoille.	Henkilökuntaa oli koulutettu viiden viikon ajan antamaan puhelimitse tapahtuvaa valmennusta sydän- ja verisuonisairaille ja diabeetikoille. Tutkimus ei varsinaisesti koske verenpainetta, mutta käsittelee juuri pitkäaikaissairauksien erilaista hoitomenetelmää. Raportissa keskitytään 13 kuukauden aikana saatuun vaikuttavuuteen . Kokeiluun osallistui 1108 ja se kesti 56 viikkoa 2006- 2007. Puhelin valmennus tapahtui kerran kuussa, keskimäärin 15 minuuttia.
Patja, K., Absetz, P., Auvinen, A., Tokola, K., Kytö, J., Oksman, E., Kuronen, R., Ovas-ka, T., Harno, K., Nemonen, M., Wiklund, T., Kettunen, R., Talja, M., 2012.	Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial.	Terva-hanke 2007 -2009 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä tehty kokeilu, johon osallistui 1500 kansalaista.	1000 heistä saivat valmentajan ja 500 henkilöä käyttivät normaaleja terveystalvemuutoksia. Tutkimuksessa käytettiin verrokkiryhmää, joten pystyttiin suoraan vertaamaan valmennuksen vaikuttavuutta.
Potku- hanke Väli- Suomen kaste- hanke 2010 -2012	61 kuntaa, 7 osahan- ketta. Päijät - potku osahanke.	Tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä CCM= Chronic	Hankkeesta oli käytettävissä vähäinen materiaali, hoito- suunnitelmia oli tehty vähän

		Care Model eli terveyshyötymallin mukaisesti. Mallissa kehitetään tarpeenmukaisia ja terveyshyötyä tuottavia palveluita pitkäaikaissairaille. Keskeinen tavoite hankkeessa on ollut ottaa potilaat mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluja. Terveysvalmennukseen oli tarkoitus lähettää 100- 200 potilasta, mutta vain 55 suostui lähtemään.	sekä vastausprosentti oli pieni. Terveysvalmennukseen oli lähetetty vain 55 henkilöä. Tulokset oli saatu vain 12 henkilöstä.
Newman,P., Var- nam,R., McDow- ell,A.,2013.	Health coaching with long-term conditions. Practice Nursing.	Artikkeli kertoo terveysvalmennuksesta ja siinä kuvataan kuinka terveysvalmennuksen pystyisi siirtämään käytäntöön terveydenhuoltoon ja miten menetelmällä pystyttäisiin hoitamaan pitkäaikaissairaita. Artikkelissa käsitellään tulevaisuutta ja tämän hetkistä tilannetta Englannissa, pitkäaikaissairaita tulee olemaan vuonna 2018 2,9 miljoonaa. Hoidon tarpeen lisääntyminen tulee olemaan merkittävä tulevina vuosina.	Artikkeli on julkaistu Englantilaisessa ammattilehdessä Practice Nursing 2013. Artikkelissa on käytetty tuoreita raportteja Englannin tämänhetkisestä tilanteesta ja terveysvalmennuksesta kertovat kolme asiantuntijaa jotka kertovat terveysvalmennuksen kokeiluista ja tuloksista.
Butterworth,S., Lin- den,A., McClay,W., 2007.	Health coaching as an intervention in health management programs. Dis Manage Health Outcomes.	Yhdysvalloissa julkaistu artikkeli katsauksesta jossa käsitellään terveysvalmennusta ja sen kokeilua.	Artikkeli oli julkaistu Dis Manage Health Outcomes 2007 lehdessä. Artikkelin kertoo katsauksesta jonka taustalla oli käytetty lähteitä aiheesta runsaasti ja jossa kerrotaan terveysvalmennuksen tuloksista yleisesti ja mitä se on.
Case Management AD- VISOR AHC Media. 2012.	Lifestyle coaching improves health, saves money.	Yhdysvalloissa julkaistu artikkeli jossa haastatellaan neljää asiantuntijaa terveysvalmennuksen kokemuksista.	Artikkelin kirjoittajaa ei selviä artikkelista, ainoastaan haastateltujen nimet. Haastatelluilla on kokemusta terveysvalmennuksesta. Valmennus potilaita verrattiin verrokiryhmään.

Taulukko 3: Artikkeleiden kuvaus ja arviointi

4.3 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Integroituun muotoon kirjoitettu kirjallisuuskatsaus on asiantuntijoiden tekemä kooste olemassa olevasta tutkimustiedosta tietyltä aihealueelta. Kirjallisuuskatsaus antaa kokonaiskuvan aiheesta, mutta on huomattava, että kooste on tehty tietyn asiantuntijoiden näkökulmasta. Lukijan on luotettava työn tekijöiden asiantuntijuuteen. Tutkimusten valinta, haku sekä käsittelyprosessi eivät ole välttämättä tarkasti kuvattu ja katsauksen lukijalla ole mahdollisuutta arvioida näitä asioita. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4.)

Tässä opinnäytetyössä on luotettavuuden lisäämiseksi listattu kaikki tutkimukset tarkasti ja arvioitu sanallisesti. Haku prosessi on kuvattu kohtalaisesti ja hakusanat ja tietokannat on taulukoitu. Tämän vuoksi lukija voi arvioida tutkimusten valintaa, hakua ja niiden käsittelyä.

Tutkimus joka on eettisesti hyvä edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomeen on perustettu julkisia elimiä, joiden tehtävänä on valvoa ja ohjata tutkimushankkeiden eettisyyttä ja asianmukaisuutta. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu että tutkijat sekä tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön myöntämiä toimintatapoja: yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä sekä tarkkuutta tutkimustyössä. Tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten että niiden tulosten arvioinnissa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijat toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Tulisi ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla kunnioittamalla näiden työtä sekä antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. (Tenk 2012; Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2007, 21- 27.)

Opinnäytetyössä on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä, ja otettu huomioon tutkittavan aiheiston kunnioittaminen. Tutkimuksissa ilmenneet sidonnaisuudet on ilmoitettu raportissa. Sidonnaisuudet tarkoittavat, että tutkimusten tekijöillä on eturistiriita.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on mahdollisuutta käyttää monia erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja. Reliaabelius on mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen tai mittauksen reliaabelius tarkoittaa kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tulos voidaan todeta usealla eri tavalla. Silloin kuin kaksi arvioitsijaa päätyvät samanlaiseen tulokseen voidaan tulosta pitää reliaabelina. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvät käsite on validius eli pätevyys. Kysymykset joita tutkimuksessa käytetään, voidaan tulkita vastaajien osalta monella eritavalla. Validius merkitsee kuvauksen sekä liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen toteuttamisesta. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.)

Opinnäytetyössä käytetty tutkimusaineisto on molempien opinnäytetyöntekijöiden toimesta luettu kahteen kertaan. Molemmilla kerroilla tutkijat pääsivät samaan loppu tulokseen. Tutkimusaineisto arviointiin sanallisesti ja siitä tehtiin taulukko.

5 Tulokset

Narratiiviseen muotoon kirjoitetussa katsauksessa, jossa yhdistetään eri metodein tehtyjä tutkimuksia, voidaan käyttää analyysin apuna eräänlaista äänestysmetodia. Tällöin katsotaan mitä tutkimustuloksia on saatu ja mitkä näistä ovat esiintyneet useimmin. Äänestysmetodi ei ota huomioon tutkimusten laadukkuutta tai painoarvoa vaan sen mitkä tulokset ovat saaneet tutkimuksissa eniten tukea. Tulosten esittämiseen selkeästi ja ymmärrettävästi tulee kiinnittää huomioita. Selkeä kirjoitustyyli helpottaa niiden käytännön hyödyntämistä. Tulostentulkinna osiossa tutkijat tekivät erillisistä tutkimusten tuloksista kokonaisvaltaisen synteessin eli laajasta aineistosta pyritään tekemään lukijaystävällinen ja älykäs tiivistelmä. Aineiston innovatiivinen ja mielekäs tiivistäminen ovat vaikein katsauksen vaiheista ja herkin erilaisille virheille. Integroitu kirjallisuuskatsaus auttaa ymmärtämään sitä, kuinka käsiteltävää aihetta on tutkittu ja minkälaisia tutkimustuloksia on saatu. Johtopäätöksiä tehtäessä äänestysmetodilla saaduista lopputuloksista, tulee johtopäätöksiä arvioida yhdessä koko aineiston laadun arvioinnin rinnalla. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 88- 98.)

Kolmea tutkimuskysymystä on kuljetettu rinnakkain läpi työn, koska ne kaikki liittyvät toisiinsa. Tulosten yhteenvedossa on käytetty äänestysmetodia tulosten analysoinnin tukena. Tutkimuksista on nostettu keskeiset tulokset niin, että on saatu vastaukset tutkimuskysymyksiin.

5.1 Tulosten yhteenveto

Valmennus on terveystalouden valmennusta, jossa potilasta valmennetaan omahoidossa päätöksentekoon ja ongelmien ratkaisuun, jotka liittyvät pitkäaikaissairauden elämäntapoihin sekä hoitoon (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009). Asiakkaat ottavat enemmän vastuuta omasta hoidostaan, koska ovat saaneet hoitajien antamaa puhelimitse tapahtuvaa valmennusta omahoidon tukena. Valmentaja soittaa potilaalle säännöllisesti sovittuna aikana 4-6 viikon välein. Valmennus kestää 6-12 kuukautta. Valmennuksen tarkoituksena on auttaa löytämään kotona toteutettavia keinoja parantaa ja ylläpitää motivaatiota hyvissä terveystavoissa. Hoitosuunnitelman teko vähentää yleensä selkeästi potilaskäyntien määrää ja se tulee laatia yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata toteutuksesta vastaava työntekijä.

Myös muita omahoidon toimintamalleja ja työkaluja on hyvä ottaa käyttöön: omahoitolomake sekä sähköiset omahoidon tukipalvelut. (Linsamo, Väli-Suomen kaste-hanke 2010-2012.)
Terveysvalmentajan avulla pitkäaikaissairauksien omaehtoinen hoito on tehokas keino parantaa elämänlaatua sekä estää lisäsairauksia. Terveysvalmentajina toimivat sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat olivat koulutettuja tekemään uudenlaista yhteistyötä pitkäaikaissairaiden kanssa. Hoitomuoto tarkoitti säännöllistä yhteydenpitoa valmentajaan. Valmentaja soitti potilaille kerran kuukaudessa suunnilleen vuoden ajan, myös potilailla oli mahdollisuus soittaa valmentajalleen. Muutokset terveyskäyttäytymisessä esimerkiksi liikunnassa, ravitsemuksessa, tupakoinnissa ja alkoholin käytössä olivat valmennusryhmässä positiivisia, 63 % potilaista teki ainakin yhden muutoksen. Verenpaineen katsottiin laskevan tilastollisesti merkittävästi, painoindeksi laski, verensokeritaso parani ja vyötärön ympärysmitta pieneni. (Patja ym. 2012.)

Elintapavalmennuksessa asiantuntija-auktoriteetin muututtua potilaan yhteistyökumppaniksi eli valmentajaksi vahvistetaan potilaan autonomiaa, voimaantumista sekä pystyvyyden tunnetta potilaan ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Potilasta valmennetaan omahoidossa päätöksen tekoon ja ongelmien ratkaisuun, jotka liittyvät pitkäaikaissairauden elämäntapoihin sekä hoitoon. Hoidolla pyritään valmentamaan potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Valmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisukykyä. Valmennus on tehokkaampaa tulosten saavuttamisessa ja pienentää sairaudesta aiheutuvia kuluja. Valmennus voi olla yksilö tai ryhmässä tapahtuva. Valmennus, joka toteutetaan ryhmässä todennäköisesti parantaa entisestään hoitotuloksia ja vähentää kuluja. (Routasalo ym. 2009.)

Terveysvalmennuksen ollessa osa kroonisten sairauksien hoitoa terveyspalveluiden käyttö väheni, 12 -18 kuukaudessa 12 % erikoislääkäreillä, 36 % yleislääkärillä, 50 % ensiavussa ja sairaalassa. (Pfizer 2007.) Elämäntapa valmennuksella keskitytään koko ihmiseen ja autetaan potilaita pärjäämään pitkäaikaissairautensa kanssa, välttämään terveydelle haitallisia tapoja, elämään terveellisemmin ja antoisaa elämää. Valmennus motivoi ihmisiä tekemään muutoksia käyttäytymisessä, parantamaan terveyttä ja saavuttamaan tavoitteensa. Kymmenen vuoden kokemuksella pystyttiin todeta, että potilaat jotka saivat valmennusta kerran kuukaudessa, pystyivät alentamaan esimerkiksi verenpainettaan 25 % nopeammin verrattuna potilaisiin jotka eivät saaneet valmennusta. Valmennuksella saatiin myös säästöjä aikaiseksi. (Case Management Advisor 2012.) Terveysvalmennus on lupaava interventio terveydenhuollon ohjelmassa, jolla voidaan vaikuttaa yksilön elämäntapaan liittyvien riskien hallinnassa. (Butterworth ym. 2007.) Innovatiivista lähestymistapaa tarvitaan perusterveydenhuollossa, jolla pystytään vaikuttamaan kasvavien pitkäaikaissairaiden potilaiden määrään. Englannissa tehdyllä pilotti hankkeella on osoitettu olevan rohkaisevia ja lupaavia tuloksia. (Newman ym. 2013.)

Verenpainepotilaille on laadittava ruokavalioon sekä liikuntaan pohjautuva laihdutusohjelma, ja tämän toteutumista tulisi seurata (Meriranta ym. 2004). Elintapasairauksien hoidossa ravinto- ja liikuntasuositukset ovat käytännössä samat. Neuvonta on menetelmiltään sekä sisällöltään samankaltainen ja sopisi hyvin kaikkien elintapataustaisten sairauksien hoitoon niille potilaille, joille ryhmäneuvonta sopii. Ryhmäneuvonta on usein painonhallintaryhmiä, joissa tulee keskittyä liikunta- ja ruokavaliotavoitteisiin. Koska kaikille elintapasairauksia sairastaville ei ole mahdollista antaa vuosia kestävä, pitkäjänteistä yksilöneuvontaa, yksi hoitomuoto voi olla vertaistukiperiaatteella toimivat elintapamuutosryhmät. (Jallinoja ym. 2006.) Ylipainoisuuteen tulee puuttua aktiivisesti, sillä verenpainetta alentaa jo pieni painonpudotus. Verenpainepotilaiden ylipaino on myös lisännyt diabeteksen esiintyvyyttä, tämä korostaa painonhallintaa lisäävien toimenpiteiden tarpeellisuutta hoidettaessa verenpaine potilaita. Lääkkeettömän hoidon tehostaminen on tärkeää ylipainon vuoksi. (Varis ym. 2008.) Potilaiden lihomisen pysäyttäminen vaikuttaa myös asiaan (Meriranta, Tikkanen, Kumpusalo ym. 2004).

Yksittäisten elintapatekijöiden merkitys korostui kuten ravitsemuksen, alkoholin käytön, ylipainon sekä liikunta-aktiivisuuden vaikutuksista verenpaineeseen. Hoitosuositukset painottavat lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä kohonneen verenpaineen hoidon alkuvaiheessa ja myöhemmin mahdollisen lääkehoidon tukena. Elintapaohjauksella saadaan aikaan monipuolisia tuloksia. (Mattila 2009.) Suomen väkilukuun suhteutettuna suolansaannin vähentäminen 3 grammaan päivässä vähentäisi vuodessa sydäninfarkteja 1000- 1590 sekä aivohalvauksia 640-1020, vähentäisi terveydenhuollonmenoja 160 - 280 miljoonaa euroa sekä lisäisi terveitä elinvuosia 3800 - 6000. Verenpainepotilaiden sekä väestön natriuminsaannin vähentämiseen kannattaa panostaa. Tukea tarvitaan ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjausta, vaikka ne eivät yksinään riitä natriumin saannin vähentämiseen. (Jula 2013.)

Mikäli lääkkeettömällä hoidolla ei saavuteta hyvää hoitotulosta, tulee silloin hoitoon liittää lääkehoito. Mikäli yhdellä lääkkeellä ei päästä hyvään hoitotulokseen, tulee silloin siirtyä yhdistelmähoitoon. Oikeat lääkeyhdistelmät vähentävät sivuvaikutuksia, edistävät hoitomyöntyvyyttä sekä parantavat hoitotuloksia. (Meriranta ym. 2004.)

Kuvioon 3 on nostettu artikkeleiden perusteella keskeiset tulokset tutkimuskysymyksittäin



Kuvio 3: Artikkeleiden keskeiset tulokset

6 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittua tietoa verenpainevalmennuksesta. Mitä ohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee kun hänellä todetaan kohonnut verenpaine. Mitä elintapaohjausta tai valmennusta kansalainen tarvitsee ennen lääkityksen aloittamista ja lääkityksen aikana. Tavoitteena oli kehittää verenpaineen omahoitoon liittyvää ohjausta/valmennusta.

Tutkimuskysymykset kulkivat rinnakkain koko työn läpi, koska verenpainevalmennus on elintapaohjausta tai valmennusta ennen lääkityksen aloittamista ja lääkehoidon aikana. Kirjallisuuskatsauksen avulla saimme tutkimuskysymyksiin vastaukset. Teoreettinen viitekehys tuki saatuja tuloksia. Aineistojen tuloksissa toistui mitä elintapaohjausta tai valmennusta verenpaine potilas tarvitsee ja kuinka tärkeässä asemassa elintapaohjaus tai valmennus on hoidettaessa kohonnutta verenpainetta.

Tuloksista saimme vastauksen mitä verenpainevalmennus on. Verenpainevalmennus on asiantuntija-auktoriteetin muuttumista potilaan yhteistyökumppaniksi eli valmentajaksi, samalla

voidaan vahvistaa potilaan autonomiaa, voimaantumista sekä pystyvyyden tunnetta potilaan ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Potilasta valmennetaan omahoidossa päätöksen tekoon ja ongelmien ratkaisuun, jotka liittyvät pitkäaikaissairaudesta elämäntapoihin sekä hoitoon. Hoidolla pyritään valmentamaan potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Valmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisukykyä. Valmennus on tehokkaampaa tulosten saavuttamisessa, pienentää sairaudesta aiheutuvia kuluja sekä valmennus joka toteutetaan ryhmässä todennäköisesti parantaa entisestään hoitotuloksia ja vähentää kuluja. Valmennus voi olla yksilö tai ryhmävalmennusta. (Routasalo ym. 2009.)

6.1 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

Näyttöön perustuva hoitotyö on nostanut tarvetta laadukkaille sekä käytännönläheisille katsauksille. Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat eivät työssään usein ehdi tutustua kaikkeen tehtyyn tutkimukseen. Juuri he hyötyisivät käytännönläheisistä katsauksista, joista saisi tukea päätöksentekoon sekä hoitotyön kehittämiseen. Hoitotyön opettajat sekä johtajat hyötyvät katsauksista, jotka tiiviisti esittävät kiinnostuksen kohteena olevan alueen tutkitun tiedon muuten hajanaisesta tieto määrästä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 88- 98.)

Aihe oli mielenkiintoinen ja tärkeä, koska kohonnutta verenpainetta sairastaa niin moni kansalainen Suomessa ja muualla maailmassa. Hyvin toteutetulla elintapaohjauksella tai valmennuksella saadaan aikaan hyviä hoitotuloksia ja voidaan karsia nyt jo merkittävästi nousussa olevia terveydenhuollon kustannuksia. Valmennus on uusi tapa auttaa kaikkia niitä, jotka sairastavat kroonisia elintapasairauksia. Ryhmässä tapahtuvalla elintapavalmennuksella pystytään kohdistamaan apu monelle potilaalle samanaikaisesti. Kaikkien ryhmään osallistuvien ei välttämättä tarvitse sairastaa kohonnutta verenpainetta, koska elintapavalmennus on lähes kaikkien elintapasairauksien kohdalla samanlaista.

Yhden tutkimuksen tuloksissa oli havaittavissa hieman ristiriitaa ja eriäviä käsityksiä verenpaineen hoidossa lääkäreillä ja hoitajilla. Lääkäreillä oli suurempi lääkehoidon kannatus verenpaineen hoidossa kuin hoitajilla. Hoitajat korostivat enemmän elintapa muutoksia verenpaineen hoidossa. Useassa tutkimuksessa nousi juuri elintapahoidon suuri merkitys hoidettaessa kohonnutta verenpainetta. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tukee saatuja tuloksia, koska osassa tutkimuksia oli käytetty pohjana kohonneen verenpaineen käypä hoito suosituksia. Tulokset ja teoreettinen viitekehys kulkevat käsi kädessä. Onko halvempaa yhteiskunnalle antaa lääkettä potilaille, joilla on kohonnut verenpaine kuin järjestää resursseja tapaamisiin? Onko tämä eettisesti oikein? Mitä tapahtuu kun ihminen vanhenee, hoidetullakin kohonneella verenpaineella on omat riskinsä, hoito tulee myöhemmin kalliiksi yhteiskunnalle ja elämänlaatu on tärkeä asia ihmiselle.

Valmennusta yritetään tällä hetkellä juurruttaa Suomeen käytäntöön, tällä hetkellä on kehitteillä terveyshyötymallin mukainen hoitosuunnitelma, joka pohjautuu nimenomaan terveysvalmennukseen. Tulevaisuudessa olisi varmasti enemmän kokemuksia siitä miten terveysvalmennus käytännössä on toiminut ja millaisia tuloksia on saavutettu. Terveysteknologiaa tullaan hyödyntämään enemmän erilaisten laitteiden avulla, joilla voi seurata omaa riittävää liikumista ym. Tämä voisi olla hyvä aihe tutkia lisää.

Lähteet

Butterworth, S., Linden, A. & McClay, W., 2007. Health coaching as an intervention in health management programs. *Dis Manage Health Outcomes*. Viitattu 9.3.14.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail?vid=4&sid=4601521e-c5cd-4ecb-925ebc2a7faa731c%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2009705187>

Case Management Advisor. 2012. Lifestyle coaching improves health, saves money. Viitattu 9.3.14.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail?vid=4&sid=4601521e-c5cd-4ecb-925ebc2a7faa731c%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2011720410>

Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveysvirasto 2013. Viitattu 15.10.2013.

<http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Itsehoito>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita, Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hirvihuhta, H. 2006. Coaching valmenna ja sparraa menestykseen, Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hyvinvoinninpitkospuut 2012. Viitattu 03.08.2013.

<http://www.laurea.fi/fi/cofi/julkaisut/Documents/Hyvinvoinnin%20pitkospuut.pdf>

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P. & Patja, K. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapatautihoitoissa. *Suomen lääkärilehti* 37/ 2006, 3747-3751. Viitattu 9.12.13.

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL372006-3747.pdf>

Jula, A. 2013. Natriumin saannin vähentäminen lisää terveitä elinvuosia. *Lääkärilehti* 24/2013, 1814-1817. Viitattu 9.12.13.

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039601>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino- Turun Yliopisto.

Karlsson, M. 2012. TESSO. Viitattu 09.03.2014.

<http://www.tesso.fi/artikkeli/mobiili-terveysvalmennus-kumppani>

Kohonnut verenpaine 2009. Käypä hoito. Viitattu 19.08.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

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

Linsamo M. 2013. Viitattu 10.12.13.

<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/finish/13-paijat-potku/178-paijat-potku-hankkeen-loppuraportti>

Newman, P., Varnam, R. & McDowell, A. 2013. Health coaching with long-term conditions. *Practice Nursing*. Viitattu 9.3.14.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail?vid=4&sid=4601521e-c5cd-4ecb-925ebc2a7faa731c%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2012207006>

Mattila, R. 2009. Effectiveness of a Multidisciplinary Lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms. Kuopion Yliopiston julkaisuja. Viitattu 9.12.13.

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1164-2.pdf>

Meriranta, P., Tikkanen, I., Kumpusalo, E., & työryhmä 2002. Verenpainepotilas terveystieteiden tutkimuksessa: hoitotulokset ovat paranemassa. Suomen lääkirilehti 36/ 2004, 3253-3258. Viitattu 9.12.13.

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL362004-3253.pdf>

Muhonen, R. Sairaanhoitajan käsikirja 2013. Terveysportti. Viitattu 9.12.13.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kohonnut%20verenpaine

Orion Pharma. 2010. Kohonneen verenpaineen hoito. Viitattu 10.03.14.

<https://www.orionsydan.fi/verenpaine/kohonneen-verenpaineen-hoito/itsehoito-ja-terveet-elamantavat/muut-kohonneeseen-verenpaineeseen-liittyvat-tekijat/>

Paakkari, P. 2013. Verenpainelääkkeet. Lääkirikirja Duodecim. Viitattu 08.03.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00915#s4

Patja, K., Absetz, P., Auvinen, A., Tokola, K., Kytö, J., Oksman, E., Kuronen, R., Ovaska, T., Harno, K., Nenonen, M., Wiklund, T., Kettunen, R. & Talja, M. 2012. Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial. Viitattu 10.12.13.

http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67920/health_coaching_by_2012.pdf?sequence=1

Pfizer Health Solutions 2007. Viitattu 10.10.2013

http://www.ehiprimarycare.com/img/document_library0282/BirminghamOwnHealth_-_successes_and_learning_from_the_first_year.pdf

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125/2009, 2351-2359. Viitattu 10.12.13.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>

Sairaanhoitajaliitto. 2013. Viitattu 09.03.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2005/muut_artikkelit/elintapojen_muutos_paaroolissa_k/

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Viitattu 26.2.14

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sydänliitto 2011. Viitattu 05.04.2013.

<http://www.sydanliitto.fi/laakkeiden-erityiskorvausoikeudet>

Sydänliitto 2013a. Viitattu 08.03.2013.

<http://www.sydanliitto.fi/normaali-ja-kohonnut-verenpaine>

Sydänliitto 2013b. Viitattu 08.03.2014.

<http://www.sydanliitto.fi/tupakka#.UxtGgYWs-ZE>

Sydänliitto 2014. Viitattu 08.03.2014.

http://www.sydanliitto.fi/2002#.UxtSX_l_t1Y

Tala, T. & Ketola, E. 2003. Itsehoitopisteet kohonneen verenpaineen hoidon tukena. Suomen lääkirilehti 48/2006, 5083- 5087

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000027163>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Viitattu 12.3.2013.

<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Terveysshyötymalli. Väli-Suomen kaste-hanke 2010-2012. Viitattu 9.12.13

<http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli-i>

Terveysvalmennus pitkäaikaissairauksien hoidon tukena. Pro terveys 1/2008. Viitattu 10.12.13

<http://www.prowellness.com/fi/?s=newscontent&id=37>

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Edita.

Vauhkonen, I., & Holmström, P., 2009, Sisätaudit, Helsinki: WSOY.

Varis, J., Savola, H., Vesalainen, R. ja Kantola, I. 2008. Verenpainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkaan hyvä. Suomen lääkirilehti 40/ 2008, 3289-3295. Viitattu 9.12.13

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL402008-3289.pdf>

World health organization 2013. Viitattu 08.03.2013.

<http://www.who.int/en/>

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/>

Kuviot

Kuvio 1: Terveyshyötymalli Väli- Suomen terveyskeskuksille (Mukaillen Linsamo, Väli-Suomen Kaste-hanke 2010-2012)	20
Kuvio 2: : Manuaalinen haku vaihe vaiheelta	24
Kuvio 3: Artikkeleiden keskeiset tulokset	33

Taulukot

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poisjättökriteerit	22
Taulukko 2: Aineiston valintaprosessi	24
Taulukko 3: Artikkeleiden kuvaus ja arviointi	28