



**Aikuisen kohonnut verenpaine:  
omahoitoon sitoutumisen tukeminen  
Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup>**

# TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

## Puheenjohtaja

**ANNE OIKARINEN**, sh, TtT, dosentti (hoitotiede), AmO, yliopistonlehtori, Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto.

*Anne työskentelee yliopistonlehtorina Oulun yliopistossa. Aiemmin hän on työskennellyt sairaanhoitajana erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä, erityisesti neurokirurgisessa ja neurologisessa hoitotyössä. Lisäksi hän on työskennellyt hoitotyön lehtorina ammattikorkeakoulussa. Anne johtaa Omahoitoon ja terveellisiin elintapoihin sitoutuminen (Adherence) - tutkimusryhmää.*

## Jäsenet

**JONNA JUNTUNEN**, sh, TtM, Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

*Jonna työskentelee yliopisto-opettajana Oulun yliopistossa. Aiemmin hän on toiminut useita vuosia sairaanhoitajana yliopistollisen sairaalan kardiologisissa yksiköissä. Jonna työstää väitöskirjatutkimusta terveystieteiden koulutuksen ja osaamisen (HealthEduComLab) -tutkimusryhmässä.*

**KIRSI KIVELÄ**, sh, TtT, Tiedolla johtamisen asiantuntija, hoitotyön johtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue.

*Kirsi työskentelee tiedolla johtamisen asiantuntijana Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Lisäksi hänellä on hoitotyön johtajan vastuutehtävä Terveiden ja sairaanhoidon palvelualueella. Aiemmin hän on työskennellyt perusterveydenhuollon johtamistehtävissä ja sairaanhoitajana Oulun kaupungilla.*

**MARJUT LOUHELAINEN**, FT, FM, AmO, Terveystieteiden lehtori, LAB-ammattikorkeakoulu

*Marjut työskentelee LAB-ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön terveystieteiden lehtorina vastuualueenaan etenkin anatomia, fysiologia ja farmakologia hoitotyön opetukseen integroituna. Lisäksi hän vetää LAB-ammattikorkeakoulun Moninaisuus ja yhdenvertaisuus työelämässä -tutkimusryhmää. Aiemmin hän on työskennellyt lääketutkimuksen ja lääkärikoulutuksen parissa Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa.*

**MINNA YLÖNEN**, sh, TtT, AmO, hallintoylihoitaja, sote-palvelut, Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Post doc -tutkija, hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

*Minna työskentelee sote-palveluiden hallintoylihoitajana Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Aiemmin hän on työskennellyt ylihoitajana, osastonhoitajana, sairaanhoitajana ja apuhoitajana erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. Lisäksi hän on työskennellyt hoitotyön opettajana sekä II-asteella että ammattikorkeakoulussa ja kliinisenä opettajana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella.*

**LEILA PAUKKONEN**, TtT, Oulun yliopisto (työryhmän jäsen joulukuuhun 2024 saakka)

**EVA-LEENA ANTERO-JALAVA**, th, TtM, klinisen hoitotyön asiantuntija, Sote-keskuspalvelut, avoterveydenhuolto, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (työryhmän jäsen tammikuuhun 2024 saakka, tämän jälkeen asiantuntijaryhmän jäsen)

### **Asiantuntijat**

**EVA-LEENA ANTERO-JALAVA**, th, TtM, klinisen hoitotyön asiantuntija, avoterveydenhuolto, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (asiantuntijaryhmän jäsen tammikuusta 2024 alkaen)

**MARI BLEK-VEHKALUOTO**, Asiantuntija, Sydänliitto

**NINA KEMILÄ**, th, TtM, Terveystieteiden edistämisen koordinaattori, Terveyspalvelut, sairauksien ehkäisy ja hoito, Lapin hyvinvointialue

**SANNA KREKU**, th, koordinoiva työterveyshoitaja, Mehiläinen oy, työelämäpalvelut

**JUTTA PELTONIEMI**, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, hallintoylilääkäri, tartuntataudeista vastaava lääkäri, sote -palvelut ja ikääntyneiden palvelut, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

**PETRA SUONNANSALO**, ft, TtM, väitöskirjatutkija, yliopisto-opettaja, Oulun yliopisto

**KOKEMUSASIAANTUNTIJAT:** kaksi verenpainetautiä sairastavaa henkilöä, joilla on henkilökohtaista kokemusta verenpainetaudin omahoidosta

**SIDONNAISUUDET:** Suositustyöryhmän ja asiantuntijaryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

ISSN 2489-5024

# Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET _____	2
Johdanto _____	6
Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet _____	8
Suosituksen tarkoitus ja tavoite _____	8
Kohderyhmät _____	8
Keskeiset käsitteet _____	9
Suosituslauseet _____	10
1. Hoitosuhde _____	10
2. Omahoidon edellytysten tukeminen _____	11
3. Omahoitoon sitoutumisen yksilölliset tekijät _____	14
4. Omahoitoa tukevat ohjausmenetelmät _____	15
5. Mielen hyvinvoinnin tukeminen _____	19
6. Sosiaalinen tuki _____	19
7. Verenpaineen kotimittaus _____	19
Menetelmät _____	20
Tiedonhaku _____	20
Tiedonlähteiden valinta _____	20
Tutkimusten laadunarviointi _____	22
Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen _____	22
Suosituksen käyttöönotto _____	24
Suosituksen päivittäminen _____	24
Jatkotutkimusaiheet _____	25



## Johdanto

Kohonnut verenpaine on maailmanlaajuisesti eniten sairastavuutta aiheuttava ja terveitä elinvuosia vähentävä riskitekijä<sup>1</sup>. Kohonnut verenpaine aiheuttaa vuosittain arviolta noin 10,4 miljoonan ihmisen ennenaikaisen kuoleman maailmassa<sup>2</sup>. Kohonneen verenpaineen maailmanlaajuisen ja merkittävän riskitekijyyden vuoksi WHO asetti vuonna 2013 kansainväliseksi tavoitteeksi laskea sairastavien osuutta 25 % vuoteen 2025 mennessä<sup>3</sup>. Tähän tavoitteeseen myös Suomi on sitoutunut.

Verenpainetta pidetään ihanteellisena arvojen ollessa alle 120/80 mmHg. Kohonneella verenpaineella tarkoitetaan arvoja, jossa systolinen verenpaine on yli 140 mmHg ja/tai diastolinen yli 90 mmHg. Kohonneen verenpaineen hoitotavoitearvot määrittyvät yksilöllisesti riippuen muista sairauksista ja riskitekijöistä.<sup>4,5</sup> Hoitamattomana kohonnut verenpaine johtaa valtimoverisuonten vaurioitumiseen ja valtimoiden kovettumiseen, minkä vuoksi se on yksi tärkeimmistä riskitekijöistä sydän- ja verisuonisairauksille<sup>1,6</sup>. Lisäksi kohonnut verenpaine saattaa johtaa sydämen vasemman kammion liikakasvuun, munuaisvaurioihin tai silmäongelmiin<sup>5</sup>. Sepelvaltimotaudin, aivohalvausten ja muiden valtimosairauksien riski kaksinkertaistuu systolisen verenpaineen noustessa 20 mmHg tai diastolisen verenpaineen noustessa 10 mmHg ihanteellista verenpainetta korkeammaksi. Valtimosairauksien riski kasvaa ilman kynnyksarvoa verenpaineen noustessa.<sup>7</sup>

Suomalaisten verenpainetasoja on seurattu 1970-luvulta lähtien useissa tutkimuksissa. Vaikka väestössä keskimääräinen verenpainetaso sekä tutkimuksissa todettujen kohonneiden verenpainearvojen osuus ovat laskeneet viimeisten vuosikymmenien aikana erityisesti työikäisessä väestössä<sup>8</sup>, kohonnut verenpaine on edelleen hyvin yleinen ja verenpainetasot korkeita kansainvälisesti verrattuna.<sup>9</sup> Suomalaisista 30–79 vuotiaista 1,5 miljoonalla on todettu verenpaine-tauti<sup>1</sup>. Suomalaisista verenpainelääkkeitä käyttävistä 48 % oli päässyt hoitotavoitteeseen vuonna 2023<sup>10</sup>.

Kohonneen verenpaineen syitä on useita, joista suurin osa liittyy ikääntymiseen ja elintapoihin. Kohonnut verenpaine voi olla essentielli eli itsenäinen tai eksogeeninen eli muun sairauden, kuten munuaissairauden, lisämunuaisen tai kilpirauhasen toimintahäiriöiden aiheuttama. Yli 90 % kohonneesta verenpaineesta on essentiaalia tyyppiä, johon vaikuttaa vahvasti periytyvät tekijät.<sup>5</sup> Kohonneen verenpaineen taustalla on usein myös muutettavissa olevia riskitekijöitä, kuten epäterveelliset elintavat, joista tärkeimmät ovat suolan (natriumin) liiallinen saanti, epäterveellinen ravinto, ylipaino ja lihavuus, vähäinen fyysinen aktiivisuus, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi sekä pitkittynyt stressi.<sup>4,5</sup>

Verenpainetaudin onnistunut hoito eli hoitotavoitteen saavuttaminen vähentää kuolleisuutta, edistää terveyttä ja hyvinvointia, sekä taloudellisia etuja vähentämällä akuuttihoitopalveluihin kohdistuvaa raskautta<sup>1</sup>. Kohonneen verenpaineen hoidon tulokset eivät ole parantuneet niin paljon kuin olisi ollut mahdollista elintapamuutoksilla ja nykyisillä lääkehoitovaihtoehdoilla<sup>8</sup>. Kohonneesta verenpaineesta johtuvan sairastuvuuden ja kuolleisuuden alentamiseksi tulisi kansallisesti lisätä toimia erityisesti muutettavissa olevien epäterveellisten elintapatekijöiden

alentamiseksi<sup>9</sup>. Tämä ei ole vain yksilön henkilökohtainen asia ja valinta, vaan edellyttää yhteiskunnallisia toimia. Hyvän hoidon toteutuminen ja tavoitteeseen pääsy vaativat verenpainetautia sairastavalta sekä kaikilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä osaamista ja sitoutumista.<sup>11</sup>

Kohonnut verenpaine voi olla hyvinkin korkea aiheuttamatta lainkaan oireita, jolloin se todetaan vasta rutiinimittauksen yhteydessä<sup>5</sup>. Kohonneeseen verenpaineeseen ja sen aiheuttamiin haittoihin on juuri tästä syystä suhtauduttava riittävällä vakavuudella, koska vuosien mittaan se raskauttaa valtimoita ja sydäntä aiheuttaen valtimotauteja, kuten sydäninfarktin tai aivoverenkiertohäiriön<sup>12</sup>. Kohonneen verenpaineen aiheuttamien sairauksien riski lisääntyy jyrkästi, jos verenpainetautia sairastava esimerkiksi tupakoi, veren kolesteroliarvo on koholla ja jos hänellä on diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö<sup>13</sup>.

Omahoitoon sitoutuminen on yksi verenpainetasojen laskemiseen eli hoidon onnistumiseen ja terveyden edistämiseen vaikuttava tekijä<sup>2,5</sup>. Riskitekijöihin liittyvien elintapojen muutos on keskeisessä roolissa kohonneen verenpaineen omahoidossa ja se on ensimmäinen keino verenpaineen alentamiseen ilman lääkkeellistä hoitoa<sup>5,14,15</sup>. Hoidon onnistumisen kannalta on keskeistä yksilön oma aktiivisuus oman terveytensä hoitamisessa. Tärkeää on pyrkiä ennaltaehkäisemään kohonneen verenpaineen vaikutukset ja vakavampien sydän- ja verisuonitapahtumien syntyminen<sup>16-18</sup>. Tässä hoitosuosituksessa omahoitoon sitoutumisella tarkoitetaan aikuisen henkilön aktiivista ja tavoitteellista toimintaa kohonneen verenpaineen hoitamiseksi lääkkeettömillä menetelmillä yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Omahoitoon sitoutuminen sisältää terveellisiin elintapoihin sitoutumisen ja kotiverenpaineen mittauksen.<sup>16,18-22</sup> Verenpainetautia sairastavan omahoitoon sitoutuminen sisältää myös lääkehoitoon sitoutumisen, mutta tässä hoitosuosituksessa keskitytään lääkkeettömään omahoitoon sitoutumiseen. Suositus soveltuu hyödynnettäväksi sekä lääkehoitoa käyttäville sekä niille, joilla lääkehoitoa ei ole käytössä.

Tutkimuksissa on osoitettu potilaiden ja asiakkaiden sitoutuvan paremmin omahoitoonsa, mikäli heillä on hyvä ja onnistunut hoitosuhde terveydenhuollon ammattilaisten kanssa<sup>18,23,24</sup>. Verenpainetautia sairastavan tulee saada itse osallistua aktiivisesti hoitoonsa ja asettaa tavoitteet kohonneen verenpaineen hoitamiseksi yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Näin verenpainetautia sairastavat ottavat enemmän vastuuta hoidostaan noudattamalla omahoito-ohjeita, sitoutumalla terveellisiin elintapoihin ja lääkehoitoon. Myös terveydenhuollon ammattilaisten kannustava asenne ja tuki ovat tärkeitä hoitoon sitoutumisen edistämässä ja omahoitoon motivoitumisen lisäämisessä.<sup>17,20,23-25</sup> Hoitohenkilökunnan tärkeänä tehtävänä on pystyä arvioimaan asiakkaan valmiuksia omahoidon toteuttamisessa<sup>16</sup>.

Omahoitoon sitoutumiseen ovat yhteydessä useat tekijät, kuten normaaliuden tunne, jaksaminen ja motivaatio<sup>18,26,27</sup> sekä taloudelliset tekijät ja terveystalouden saatavuus<sup>28,29</sup>. Myös ihmisen huolet omista elintavoistaan ja sairauksistaan sekä niiden aiheuttamista erilaisista terveyshaitoista sekä komplikaatioista vaikuttavat omahoitoon sitoutumiseen<sup>28,30,31</sup>. Keskeinen merkitys on perheen ja hoitohenkilöstön kannustuksella ja monipuolisella tuella<sup>17,18,28</sup>. Omahoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää, että terveystalouden asiakkaalla on monipuolista tietoa

kohonneesta verenpaineesta ja siihen liittyvistä tekijöistä sekä ymmärrys omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa terveydentilaansa<sup>32,33</sup>. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön rooli omahoitoon sitoutumisen tukemisessa on keskeinen.

Tämä Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup> kohdistuu verenpainetautiin sairastaviin aikuisiin, joilla on todettu eksogeeninen hypertensio; verenpaineen nousun syynä on jokin ulkoinen tekijä, kuten elintapoihin liittyvä tekijä (esim. suola, alkoholi, ylipaino, stressi). Suosituksessa käsitellään lääkkeetöntään omahoitoon sitoutumista tukevia menetelmiä. Suomessa on aikaisemmin julkaistu tähän aihealueeseen liittyen Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup> Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaus<sup>34</sup> ja parhaillaan päivitettävänä oleva Kohonnut verenpaine – Käypä hoito -suositus<sup>5</sup>.

## Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet

### Suosituksen tarkoitus ja tavoite

Tämän hoitosuosituksen tarkoituksena on kuvata järjestelmällisesti koottuihin ja kriittisesti arviointeihin tutkimuksiin perustuva näyttö yli 18-vuotiaiden verenpainetautiin sairastavien lääkkeetöntään omahoitoon sitoutumisen tukemisesta sekä esittää siihen pohjautuvat suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka ohjaavat ja tukevat verenpainetautiin sairastavia. Hoitosuosituksen tavoitteena on tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla he voivat tukea verenpainetautiin sairastavaa omahoitoon sitoutumisessa sekä edistää merkityksellisten ja vaikuttavien omahoitoon sitoutumista tukevien hoitotyön menetelmien käyttöä. Asiakkaan saaman tuen myötä verenpainetautiin sairastavan voimavarat verenpaineen omahoitoon voivat lisääntyä, yleinen terveydentila parantua ja riski vakaville sydän- ja verisuonitapahtumille vähentyä.

### Kohderyhmät

Hoitosuositus on tarkoitettu kaikkien niiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön, jotka työssään kohtaavat yli 18-vuotiaita, joiden verenpaine on kohonnut ja tukevat heitä omahoitoon sitoutumisessa. Hoitosuositus soveltuu käytettäväksi niin erikoisairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa sekä esimerkiksi työterveyshuollossa. Tämän lisäksi suositusta voidaan käyttää hoitohenkilöstön osaamisen varmistamisessa sekä koulutuksessa. Suositus on hyödynnettävissä myös oppimateriaalina ja opetus suunnitelmien kehittämisessä ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa.

## Keskeiset käsitteet

### Kohonnut verenpaine ja verenpainetautia sairastava

Verenpaine on koholla, kun systolinen verenpaine on yli 140 mmHg ja/tai diastolinen yli 90 mmHg. Yleensä verenpaine nousee iän myötä ja epäterveellisten elintapojen vaikutuksesta. Diastolisen verenpaineen keskiarvo suurenee noin 55 ikävuoteen ja systolisen 80 ikävuoteen asti.<sup>5</sup> Tärkeimpiä elintapoihin liittyviä riskitekijöitä verenpaineen nousulle ovat liiallinen suolan (natriumin) saanti, epäterveellinen ruokavalio, runsas alkoholin käyttö, tupakointi, vähäinen fyysinen aktiivisuus, ylipaino, huono unen laatu ja lihavuus sekä pitkittynyt stressi<sup>4,5</sup>. Kohonneen verenpaineen diagnoosi perustuu vastaanotolla ja kotona määritettyyn verenpainetasoon<sup>2</sup>. Suositeltavin ja yleensä riittävä tapa seurata verenpainetta on kotimittaus<sup>5</sup>. Tässä hoitosuosituksessa verenpainetautia sairastavalla tarkoitetaan eksogeenista hypertensiota sairastavia, eli verenpaineen nousun syynä on jokin ulkoinen tekijä, kuten elintapoihin liittyvät riskitekijät (esim. suola, alkoholi, ylipaino)<sup>35</sup>.

### Verenpainetaudin omahoito ja omahoitoon sitoutuminen

**Verenpainetaudin omahoito** sisältää verenpaineterveyttä edistävää toimintaa, kuten sitoutumista terveellisiin elintapoihin: sydänystävälliseen ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen, kohtuullisen alkoholin käyttöön, tupakoimattomuuteen, painonhallintaan, mielen hyvinvointiin ja uniterveyteen<sup>2,14</sup>. Verenpainetaudin omahoitoon sisältyy myös säännöllinen kotiverenpainemittaus ja kontrolloissa käyminen sekä lääkehoitoon sitoutuminen. Tässä hoitosuosituksessa tarkastellaan verenpainetautia sairastavan henkilön lääkkeettömään omahoitoon sitoutumista.

**Omahoitoon sitoutumisella** tarkoitetaan verenpainetautia sairastavan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa itsensä hoitamiseksi yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Omahoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä ovat vastuullisuus omasta hoidosta, yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, normaaliuden tunne, motivaatio, minäpystyvyys, hyväksi koetut hoitotulokset, pelko komplikaatioista ja sairauden etenemisestä, tuki läheisiltä sekä hoitajilta ja lääkäreiltä<sup>17,22,36-38</sup>. Omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät; esimerkiksi motivaation on todettu olevan keskeinen omahoitoon sitoutumiseen liittyvä tekijä<sup>26,39</sup>. Vuorovaihteisen ja asiakaslähtöisen elintapaohjauksen on todettu edistävän sitoutumista elintapamuutukseen<sup>18</sup>. Monipuolinen tieto sairaudesta ja ymmärrys sairastumisen merkityksestä auttavat omahoitoon sitoutumisessa<sup>18,20,21</sup>.

Verenpainetautia sairastavan omahoitoon sitoutumisessa keskeisessä roolissa on riskitekijöihin liittyvien elintapojen muutos ja se on ensimmäinen keino verenpaineen alentamiseen ilman lääkkeellistä hoitoa<sup>5</sup>. Keskeisillä muutettavissa olevilla elintapoihin liittyvillä riskitekijöillä tarkoitetaan suolan (natriumin) liiallista saantia, epäterveellistä ravintoa, ylipainoa, vähäistä fyysistä aktiivisuutta, runsasta alkoholin käyttöä, huonoa unen laatua, tupakointia sekä pitkittynyttä stressiä.<sup>2,13,14</sup>

## Minäpystyvyys

Minäpystyvyydellä tarkoitetaan tässä hoitosuosituksessa verenpainetautia sairastavan uskoa omiin kykyihinsä verenpaineen hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Minäpystyvyys linkittyy vahvasti motivaatioon ja terveystietoisuuden muutokseen. Käsite perustuu sosiaaliskognitiiviseen oppimisteoriaan.<sup>40</sup> Minäpystyvyyden tunne on todettu olevan yhteydessä parempaan fyysiseen toimintakykyyn ja mielen hyvinvointiin sekä lievempään ahdistuneisuuteen. Lisäksi minäpystyvyyden tunne edistää verenpainetautiin sopeutumista<sup>41</sup> ja parantaa elämänlaatua<sup>42</sup>. Parempi minäpystyvyys edistää sitoutumista omahoitoon yleisesti<sup>43-45</sup>, elintapamuutoksiin<sup>46</sup>, verenpaineen hallintaa tukevaan ruokavalioon<sup>47-50</sup>, painonhallintaan<sup>47,50,51</sup>, tupakoimattomuuteen<sup>50</sup> ja fyysiseen aktiivisuuteen<sup>48,50-52</sup>.

## Suosituslauseet

### 1. Hoitosuhde

**Sovi verenpainetautia sairastavan kanssa säännölliset, yksilöllisen tarpeen mukaan räätälöidyt seurantatapaamiset hoidon jatkuvuuden ja luottamuksellisen hoitosuhteen muodostamiseksi, sillä**

- **kokemus luottamuksellisesta hoitosuhteesta saattaa tukea verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>53</sup>. (C)**
  - Luottamuksellinen hoitosuhde perustuu molemminpuoliseen kunnioitukseen ja verenpainetautia sairastavan oman asiantuntemuksen tunnustamiseen elämäntilanteestaan. Omahoitoon sitoutuminen vaatii molempien osapuolten aktiivista osallistumista. Keskeinen tekijä potilaan omahoitokyvyn vahvistamisessa on vuorovaikutus saman ammattilaisen kanssa.<sup>54,55</sup>
- **verenpainetautia sairastavat saattavat kokea säännöllisten seurantatapaamisten ammattilaisen kanssa edistävän hoitotavoitteiden saavuttamista<sup>56</sup>. (C)**
  - Terveystieteiden ammattilaisten mielestä puutteellinen tieto ja heikko viestintä ovat tärkeimmät syyt sille, miksi verenpainetautia sairastavat asiakkaat eivät noudata hoitosuunnitelmaa<sup>57</sup>.
  - Verenpaineen ollessa tavoitetasolla, seurantakäyntien tiheys suunnitellaan yksilöllisesti lääkityksen ja muiden sairauksien mukaan. Verenpainetaudin toteamisen ja lääkityksen aloituksen tai lääkitysmuutoksen jälkeen suositellaan 1–2 kuukauden välein tehtäviä yhteydenottoja, kunnes verenpaineen hoitotasapaino on saavutettu.<sup>5</sup>
  - Myös puhelin- ja etäohjausta voidaan hyödyntää hoitotasapainossa olevien asiakkaiden seurannassa. Hoitotavoitteen ulkopuolella olevat tulee ohjata vastaanotolle. Riskitekijöiden kartoitus on suositeltavaa tehdä vähintään kahden vuoden välein.<sup>5</sup>

## 2. Omahoidon edellytysten tukeminen

*Verenpainetautia sairastavalla on paremmat edellytykset omahoitoon sitoutumiseen, mikäli hänellä on hyvä minäpystyvyys, tietämystä omasta sairaudesta, hyvät omahoitokyvyt sekä vahva terveydenlukutaito.*

**Tunnista ohjauksen tarve ja tarjoa verenpainetautia sairastavalle omahoitokykyjä tukevaa ohjausta, sillä**

- **omahoidon ohjaus todennäköisesti lisää verenpainetautia sairastavien tietämystä sairaudestaan<sup>58-61</sup>. (B)**
  - Ohjauksen tarpeen arvioinnissa voidaan hyödyntää esimerkiksi Duodecimin digitaalista terveystarkastusta, jonka voi täyttää kansallisessa Omaolo-palvelussa: [www.omaolo.fi](http://www.omaolo.fi).
- **minäpystyvyyttä tukeva ohjaus ilmeisesti lisää verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista<sup>62,63</sup>. (B)**
- **digitaalisten menetelmien hyödyntäminen saattaa vähentää verenpainetautia sairastavien sairauteen liittyvää epävarmuutta<sup>64</sup>. (C)**
- **muutosvalmiuteen kohdistuva omahoidon ohjaus saattaa lisätä verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista<sup>65,66</sup>. (C)**
  - Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa kognitiivisbehavioristisen muutosvalmiuden (eli yksilön valmius ja kyky tarkastella ja muuttaa ajattelua sekä käyttäytymistä tavoitteellisesti) arviointiin kohdistuva omahoidon ohjaus lisäsi verenpainetautia sairastavien fyysistä aktiivisuutta ja pienensi sydän- ja verisuonisairauksien riskiä sekä vähensi naisten suolan käyttöä. Tutkimuksessa saavutetut tulokset olivat mitattavissa vuosi intervention jälkeen.<sup>65</sup>
  - Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa omaan muutosvalmiuteen kohdistuva digitaalinen omahoidon ohjaus alensi verenpainetautia sairastavien verenpainetta ja kolesteroliarvoja, erityisesti miehillä. Saavutetut tulokset olivat mitattavissa vuosi intervention jälkeen.<sup>66</sup>
- **verenpainetaudin hallintaan kohdistuva ohjaus saattaa parantaa verenpainetautia sairastavien sitoutumista lääkkeettömiin omahoidon menetelmiin<sup>67</sup>. (C)**

## **Tarjoa ohjausta yksilöllisesti verenpainetautia sairastavalle, sillä**

- **elintapoihin liittyvä omahoidon ohjaus ilmeisesti tukee verenpainetautia sairastavia terveellisiin elintapoihin sitoutumisessa<sup>68,69</sup>. (B)**
  - Verenpainetautia sairastavan saama ruokavalio-ohjaus auttaa vähäsuolaisen ruokavalion omaksumisessa. Tutkimuksessa ohjaus annettiin verenpainetautia sairastavan kotona.<sup>70</sup>
- **ohjaus, joka ei kohdistu yksilöllisiin tarpeisiin, saattaa heikentää verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista<sup>48</sup>. (C)**

## **Tue verenpainetautia sairastavan omahoitokykyä vahvistamalla hänen luottamustaan omiin kykyihinsä hoitaa sairauttaan, sillä**

- **verenpainetautia sairastavien parempi minäpystyvyys ilmeisesti edistää omahoitoon sitoutumista<sup>43,45-52</sup>. (B)**
  - Minäpystyvyydellä tarkoitetaan tässä yhteydessä verenpainetautia sairastavan uskoa omiin kykyihinsä verenpaineen hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Minäpystyvyys linkittyy vahvasti motivaatioon ja terveyskäyttäytymisen muutokseen. Käsite perustuu sosiaaliskognitiiviseen oppimisteoriaan<sup>40</sup>.
  - Minäpystyvyyden tunne on todettu olevan yhteydessä parempaan fyysiseen toimintakykyyn ja mielen hyvinvointiin sekä lievempään ahdistuneisuuteen. Lisäksi minäpystyvyyden tunne edistää verenpainetautiin sopeutumista<sup>41</sup> ja parantaa elämänlaatua<sup>42</sup>.
  - Parempi minäpystyvyys edistää sitoutumista omahoitoon yleisesti<sup>43-45</sup>, elintapamuutoksiin<sup>46</sup>, verenpaineen hallintaa tukevaan ruokavalioon<sup>47-50</sup>, painonhallintaan<sup>47,50,51</sup>, tupakoimattomuuteen<sup>50</sup> ja fyysiseen aktiivisuuteen<sup>48,50-52</sup>.
- **verenpainetautia sairastavien luottamus omahoitokykyynsä saattaa edistää omahoitoon sitoutumista<sup>68</sup>. (C)**
- **sairauteen ja sen hoitoon liittyvät negatiiviset käsitykset ja asenteet saattavat heikentää verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>69,71</sup>. (C)**

**Käytä mahdollisuuksien mukaan erilaisia ohjausmenetelmiä verenpainetautia sairastavan minäpystyvyyden tukemiseksi, sillä**

- **omahoidon ohjaus tukee verenpainetautia sairastavien minäpystyvyyttä<sup>59,63,67,72-75</sup>. (A)**

**Keskustele verenpainetautia sairastavan kanssa verenpainetaudista sairautena ja omahoidon merkityksestä, sillä**

- **tietämys verenpainetaudista edistää verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>45,46,49,69,76-79</sup>. (A)**

- Omahoitoon sitoutumista edistävät ymmärrys ruokavaliomuutosten välttämättömydestä lääkityksestä huolimatta<sup>49</sup> sekä ravinnosta saadun suolan ja korkean verenpaineen välisestä yhteydestä<sup>78</sup>.
- Lääkehoitoon sitoutuminen on keskeinen osa verenpainetautia sairastavan omahoitoa, etenkin mikäli elintapamuutoksesta ei ole hyötyä<sup>5</sup>.
- Tärkeimpiä riskitekijöitä verenpaineen nousulle ovat liiallinen suolan (natriumin) saanti sekä elintapoihin liittyvät riskitekijät kuten epäterveellinen ravitsemus, runsas alkoholin käyttö, tupakointi, vähäinen fyysinen aktiivisuus, ylipaino, huono unen laatu, lihavuus sekä pitkittynyt stressi<sup>4,5</sup>.
- Runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja sisältävä sydänystävällinen ruokavalio alentaa kohonnutta verenpainetta. Vaikutus tehostuu, jos vähennetään natriuminsaantia ja lisätään kuitupitoisten valmisteiden käyttöä.<sup>4,5,80</sup>

- **halukkuus elintapaohjaukseen saattaa tukea verenpainetautia sairastavien hoitotasapainon saavuttamista<sup>78</sup>. (C)**

**Suhteuta omahoidon ohjaus verenpainetautia sairastavan kykyyn omaksua tietoa, sillä**

- **verenpainetautia sairastavien terveydenlukutaito saattaa olla yhteydessä omahoitoon sitoutumiseen<sup>81</sup>. (C)**

- Nuoremmilla verenpainetautia sairastavilla henkilöillä terveydenlukutaito on todettu vahvemmaksi kuin vanhemmilla<sup>81</sup>.

### 3. Omahoitoon sitoutumisen yksilölliset tekijät

Ota huomioon verenpainetautiä sairastavan omahoitoon sitoutumiseen liittyvät yksilölliset tekijät, sillä

- **verenpainetautiä sairastavat naiset sitoutuvat miehiä todennäköisemmin elintapamuutoksiin<sup>46,48,51,68,82-84</sup>. (B)**
  - Naiset sitoutuvat miehiä useammin omahoitoon yleisesti<sup>46,68,82</sup> sekä esimerkiksi alkoholittomuuteen ja tupakoimattomuuteen<sup>83,84</sup> sekä vähäsuolaisen ruokavalion noudattamiseen<sup>83</sup>. Toisaalta naiset sitoutuvat miehiä heikommin fyysiseen aktiivisuuteen<sup>48,51</sup>.
  - Poikkileikkaustutkimuksessa verenpainetautiä sairastavilla miehillä oli suurempi todennäköisyys hallitsemattomaan verenpainetautiin kuin naisilla<sup>85</sup>.
- **tiedossa oleva sukurasite saattaa lisätä verenpainetautiä sairastavien sitoutumista painonhallintaan<sup>51</sup>. (C)**
- **näyttö iän yhteydestä verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumiseen on ristiriitaista<sup>45,46,51,69,77,81-84,86</sup>. (C)**
  - Poikkileikkaustutkimuksen tulosten perusteella 50-vuotiailla tai sitä vanhemmilla verenpainetautiä sairastavilla voi olla suurempi todennäköisyys hallitsemattomaan verenpainetautiin kuin alle 50-vuotiailla verenpainetautiä sairastavilla<sup>85</sup>.
  - Tutkimusten perusteella kuitenkin ikääntyneet verenpainetautiä sairastavat näyttäisivät sitoutuvan nuorempia paremmin esimerkiksi verenpaineen seurantaan<sup>83</sup>, tupakoimattomuuteen<sup>84</sup>, alkoholittomuuteen<sup>84</sup> ja liikuntaan<sup>51</sup>.
- **asuinympäristö saattaa olla yhteydessä verenpainetautiä sairastavien painonhallintaan sitoutumiseen<sup>51</sup>. (C)**
  - Poikkileikkaustutkimuksessa verenpainetautiä sairastavat maaseudulla asuvat sitoutuivat painonhallintaan kaupungissa asuvia huonommin<sup>51</sup>.
- **verenpainetautiä sairastavien korkeammalla koulutustasolla saattaa olla yhteys parempaan omahoitoon sitoutumiseen<sup>51,71,84</sup>. (C)**
- **verenpainetautiä sairastavien myönteinen kokemus omasta terveydestään saattaa olla yhteydessä parempaan ruokavalion laatuun<sup>47</sup>. (C)**

**Huomioi liitännäissairaudet verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa, sillä**

- **liitännäissairaudet ilmeisesti heikentävät verenpainetautia sairastavien hoitotasapainon saavuttamista<sup>78,85</sup>. (B)**
- **näyttö liitännäissairauksien yhteydestä verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumiseen on ristiriitaista<sup>46,71,87</sup>. (C)**

**Huomioi verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa sairauden kesto, sillä**

- **verenpainetautia sen alkuvaiheessa sairastavat ilmeisesti sitoutuvat omahoitoon pidempään sairastaneita huonommin<sup>46,48,82,84</sup>. (B)**
  - Poikkeuksena yhdessä poikkileikkaustutkimuksessa korkeintaan kolme kuukautta verenpainetautia sairastaneet liikkuivat todennäköisemmin enemmän kuin pidempään sairastaneet<sup>48</sup>.

#### **4. Omahoitoa tukevat ohjausmenetelmät**

*Valitse yhteistyössä verenpainetautia sairastavan kanssa hänelle sopivat ohjausmenetelmät, sillä useilla eri menetelmillä ja niiden yhdistelmillä voidaan tukea verenpainetautia sairastavan omahoitoa ja siihen sitoutumista. Omahoidon ohjauksessa on lisäksi tärkeää varmistaa, että verenpainetautia sairastava ymmärtää ohjauksen sisällöt. Voit hyödyntää ohjauksessa teach-back-ohjausmenetelmää, joka tukee asiakkaan kykyä omaksua tietoa verenpainetaudista sairautena. Menetelmän avulla molemmat ohjauksen osapuolet voivat yhdessä varmistua tiedon ymmärrettävyydestä sekä tunnistaa mahdollisia lisätiedon tai kertauksen tarpeita<sup>88</sup>.*

**Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan digitaalisia menetelmiä verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa, sillä**

- **digitaalisten menetelmien hyödyntäminen edistää verenpainetautia sairastavien sitoutumista omahoitoonsa<sup>89</sup> ja terveelliseen ruokavalioon<sup>72,89</sup>. (A)**
  - Etäohjaus edistää pitkäaikaissairautta sairastavan omahoitoa ja omaseurantaa vähintään yhtä hyvin kuin tavanomainen hoito tai ohjaus. Etäohjauksella ja -seurannalla on ilmeisesti myönteinen vaikutus verenpainetautia sairastavien verenpaineeseen<sup>34</sup>.

- Hallitsemattoman verenpainetaudin todennäköisyys on suurempi niillä verenpainetautia sairastavilla, jotka eivät noudata suositusten mukaista ruokavaliota. Tutkimuksessa hallitsemattomalla verenpaineella tarkoitettiin RR  $\geq$  150/90 mmHg yli 60 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla tai  $\geq$  140/90 mmHg alle 60-vuotiailla sekä kaikilla diabetesta tai kroonista munuaissairautta sairastavilla, ellei tähän hoitotasoon ollut sovitusti tyydytty.<sup>85</sup>
- **digitaalisten menetelmien hyödyntäminen tukee verenpainetautia sairastavien verenpaineen hallintaa<sup>64,89-92</sup>. (A)**
  - **digitaalisten menetelmien hyödyntäminen ilmeisesti edistää verenpainetautia sairastavien fyysistä aktiivisuutta<sup>72</sup> ja painonhallintaa<sup>72,91</sup>. (B)**
    - Hallitsemattoman verenpainetaudin todennäköisyys on suurempi niillä verenpainetautia sairastavilla, jotka ovat fyysisesti inaktiivisia. Tutkimuksessa hallitsemattomalla verenpaineella tarkoitettiin RR  $\geq$  150/90 mmHg yli 60 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla tai  $\geq$  140/90 mmHg alle 60-vuotiailla sekä kaikilla diabetesta tai kroonista munuaissairautta sairastavilla, ellei tähän hoitotasoon ollut sovitusti tyydytty.<sup>85</sup>
  - **verenpainetautia sairastavat ilmeisesti kokevat digitaaliset menetelmät merkitykselliseksi omahoidon tukemisessa<sup>93,94</sup>. (B)**
  - **digitaalisten menetelmien hyödyntäminen saattaa edistää verenpainetautia sairastavien omahoitoa<sup>64</sup>. (C)**

**Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan kasvokkain tapahtuvaa omahoidon ohjausta, sillä**

- **kasvokkain toteutettu omahoidon ohjaus saattaa edesauttaa verenpainetautia sairastavien verenpaineen hallintaa<sup>95</sup>. (C)**
- **yksilöllisiin tarpeisiin kohdentuvat kasvokkain tapahtuvat ohjaustapaamiset saattavat auttaa verenpainetautia sairastavia noudattamaan säännöllistä ruokailurytmiä<sup>75</sup>. (C)**
  - Kasvokkain tapahtuva ohjaus voi olla muita menetelmiä soveltuvampi vaihtoehto erityisesti, jos potilaalla on kommunikaatioon (mm. vieraskielisyys) liittyviä haasteita. Lisäksi pitkäaikaissairautta sairastavan ohjaustarpeen luonne (muun muassa kuinka uusi ja monimutkainen tai sensitiivinen asia on kyseessä) voi vaikuttaa etäohjauksen soveltuvuuteen<sup>34</sup>.

**Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan pienryhmiä verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa, sillä**

- **verenpainetautia sairastavien tarpeisiin räätälöity pienryhmäohjaus ilmeisesti tukee tupakoimattomuutta<sup>75</sup>. (B)**
  - Poikkileikkaustutkimuksessa tupakoimattomien aikuisten verenpainetautia sairastavien omahoito toteutui tupakoivia paremmin<sup>81</sup>.
- **osallistuminen osallistavaan pienryhmäohjaukseen ilmeisesti alentaa verenpainetautia sairastavien verenpainearvoja<sup>61,63,73</sup>. (B)**
- **pienryhmäohjaus ilmeisesti edistää verenpainetautia sairastavien fyysistä aktiivisuutta<sup>58,61,75</sup>. (B)**
- **pienryhmäohjaus saattaa edistää verenpainetautia sairastavien sitoutumista omahoitoon<sup>96</sup> ja ruokavaliohoitoon<sup>58,61</sup>. (C)**
- **osallistava pienryhmäohjaus saattaa parantaa verenpainetautia sairastavien ylipainoisten naisten ravitsemusta<sup>73</sup>. (C)**
- **pienryhmässä toteutettu terveydenlukutaitoa parantava ohjelma saattaa edistää verenpainetautia sairastavien sitoutumista ruokavalion noudattamiseen<sup>97</sup>. (C)**

**Harkitse mahdollisuutta yhdistellä erilaisia menetelmiä verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa, sillä**

- **kasvokkain toteutetun ja tekstiviestiaivusteisen omahoidon ohjauksen yhdistäminen ilmeisesti edistää verenpainetautia sairastavien sitoutumista henkilökohtaiseen liikuntasuunnitelmaan<sup>98</sup>. (B)**
- **kotona ja puhelimitse toteutetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen saattaa edistää verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>99</sup>. (C)**
  - Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa kolme kuukautta kestänyt hoitajaveitoinen omahoidon tukiohjelma, johon sisältyi omahoitoon ohjaava kotikäynti ja puhelinsuranta kahden viikon välein, edisti osallistujien sitoutumista liikuntaan, suolan käytön vähentämiseen ja verenpaineen kotimittauksiin<sup>99</sup>.

- **kasvokkain ja sähköpostitse toteutetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen saattaa edistää verenpainetautiä sairastavien sitoutumista elintapamuutoksiin<sup>98</sup>. (C)**
  - Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa kasvokkain ja tekstiviestein annetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen lisäsi huonossa hoitotasapainossa olevien verenpainetautiä sairastavien fyysistä aktiivisuutta ja sitoutumista ruokavaliohoitoon<sup>98</sup>.
- **yksilöllisesti räätälöidyn kasvokkain ja puhelimitse toteutetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen saattaa auttaa verenpainetautiä sairastavia verenpainearvojen alentamisessa<sup>100</sup>. (C)**
- **kirjallisen materiaalin, videoiden ja ryhmäkeskustelujen yhdistäminen saattaa lisätä verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>60</sup>. (C)**
  - Tutkimuksessa interventioryhmän osallistujat saivat kirjallista ja videomateriaalia sekä osallistuivat ammattilaisvetoiseen ryhmäohjaukseen ja ryhmäkeskusteluihin verenpainetautiä ja sen omahoidosta. Ryhmäohjauksen kesto oli 60 minuuttia viikossa 12 viikon ajan. Interventio lisäsi verenpaineen kotimittauksia, ruokavalion terveellisyyttä, fyysistä aktiivisuutta ja tietoisuutta kohonneesta verenpaineesta sekä vähensi tupakan ja alkoholin käyttöä.<sup>60</sup>
- **puhelimessa ja tekstiviestitse toteutetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen saattaa lisätä verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>74</sup>. (C)**
- **pienryhmässä ja puhelimitse toteutetun omahoidon ohjauksen yhdistäminen saattaa auttaa verenpainetautiä sairastavia verenpaineen hallinnassa<sup>101</sup>. (C)**
- **verenpaineen kotimittauksen yhdistäminen kohonnutta verenpainetta sairastavien liikuntaohjelmaan saattaa edistää liikuntaan sitoutumista<sup>102</sup>. (C)**
- **verenpaineen kotimittauksen ja omahoitoa tukevan puhelinohjauksen yhdistäminen ilmeisesti lisää kohonnutta verenpainetta sairastavien verenpaineen tavoitearvojen saavuttamista<sup>103</sup>. (C)**

## 5. Mielen hyvinvoinnin tukeminen

Tue verenpainetautia sairastavaa sairauteen liittyvien pelkojen, ahdistuksen ja masennuksen käsittelyssä, sillä

- masennusoireet ilmeisesti liittyvät verenpainetautia sairastavien huonomaan elintapamuutoksiin sitoutumiseen<sup>45,47,76,77</sup>. (B)
- verenpainetautia sairastavien pelko sairauteen liittyvistä komplikaatioista saattaa estää verenpaineen hoitotasapainon saavuttamisen<sup>78</sup>. (C)
- sairauteen liittyvä ahdistuneisuus saattaa heikentää verenpainetautia sairastavien sitoutumista terveellisiin elintapoihin<sup>48</sup>. (C)
  - Poikkileikkaustutkimuksessa sairauteen liittyvä ahdistuneisuus lisäsi verenpainetautia sairastavien fyysisen inaktiivisuuden sekä hedelmien ja kasvien vähäisen käytön riskejä<sup>48</sup>.

## 6. Sosiaalinen tuki

Keskustele sosiaalisen tuen merkityksestä verenpainetautia sairastavan kanssa omahoidon ohjauksen yhteydessä, sillä

- sosiaalinen tuki parantaa verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumista<sup>46,47,52,71,76,87</sup>. (A)

## 7. Verenpaineen kotimittaus

Kannusta verenpainetautia sairastavaa mittaamaan verenpainettaan säännöllisesti kotona, sillä

- kotiverenpainemittaukset saattavat lisätä verenpainetautia sairastavien tietoisuutta verenpaineen ja elintapojen yhteydestä<sup>57,104</sup>. (C)
  - Verenpainetautia sairastavat kokevat, että kotiverenpainemittaus vahvistaa verenpainetautia sairastavan ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä. Toisaalta kotiverenpainemittauksen negatiivisena seurauksena voi olla se, että verenpainetautia sairastavat tekevät kotona mitattujen verenpainearvojen perusteella päätöksiä siitä, noudattavatko he lääkärin ohjeita. Päätökset voivat koskea esimerkiksi

lääkityksen omaehtoista aloittamista tai lopettamista sekä elintapatapamuutoksiin liittyvien ohjeiden noudattamista.<sup>104</sup>

- Verenpainetauti sairastavat saattavat kokea epävarmuutta siitä, kuinka usein verenpainetta tulisi mitata kotona sekä kuinka luotettavia mittaustulokset ovat<sup>104</sup>.
- Sopiva verenpaineen kotimittauksen tiheys riippuu verenpaineen tasosta sekä yksilöllisestä hoitotavoitteesta. Verenpaineen ollessa hoitotasapainossa, riittää verenpaineen mittaus 2–4 päivänä kuukaudessa<sup>5,105</sup>. Ennen vastaanottoa tehdään tihennetty mittausjakso hoidon tarpeen arvioimiseksi seuraavasti: verenpaine mitataan ennen lääkkeen ottoa aamulla klo 6–9 ja illalla klo 18–21 kahdesti 1–2 minuutin välein 4–7 päivän ajan. Aamu- ja iltamittausten keskiarvot lasketaan ja kirjataan.<sup>5</sup>
- Kotona itse tehdyt mittaukset kuvaavat verenpainetasoa luotettavammin kuin vastaanotolla tehtävät mittaukset. Mittausta edeltävän puolen tunnin aikana vältetään raskasta fyysistä ponnistelua, tupakointia sekä kofeiinipitoisten juomien nauttimista (kahvi, tee, kolajuomat ja energiajuomat).<sup>5</sup>

➤ **säännöllinen verenpaineen kotimittaus saattaa auttaa iäkkäitä henkilöitä saavuttamaan verenpainearvojen hoitotavoitteet<sup>106</sup>. (C)**

- Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa kotiverenpainemittausten automatisoitu tallennus lisäsi verenpainetauti sairastavien sitoutumista verenpaineen kotimittaukseen. Automatisoitua tallennusta käyttävistä henkilöistä 76,5 % mittasi verenpaineen kaikissa tarkastelupisteissä ja tavanomaista kirjanpitoa käyttävistä 25,4 %.<sup>107</sup>

## Menetelmät

### Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin yhdessä Oulun yliopiston tietoasiantuntijan kanssa 3.11.2020 seuraaviin tietokantoihin: CINAHL, Medic, Medline, PsycInfo ja Scopus. Kielirajauksena oli englanti ja suomi. Uusintahaku tehtiin Helsingin yliopiston tietoasiantuntijan kanssa 18.9.2024. Tiedonhaakuun liittyvät asiasanat määritettiin PCC:ta hyödyntäen. Tämän lisäksi tehtiin manuaalista kirjallisuushakua mukaan otettujen tutkimusartikkelien lähdeluetteloista. Tiedonhaussa käytetyt hakustrategiat löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

### Tiedonlähteiden valinta

Hoitosuositukseen otettiin mukaan järjestelmälliset katsaukset ja alkuperäistutkimukset, joiden laatu arvioitiin riittävän hyväksi (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat<sup>108</sup> eri tutkimusasetelmille) ja jotka liittyivät verenpainetauti sairastavan omahoidon sitoutumisen tukemiseen. Hoitosuositukseen ei otettu mukaan tutkimuksia, jotka käsittelivät sekundaarista eli jonkin muun

sairauden, esimerkiksi munuaissairauden, lisämunuaisen tai kilpirauhasen toimintahäiriöiden, aiheuttamaa verenpainetautiä tai alle 18-vuotiaita henkilöitä tai käsitteivät muuta kuin terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa omahoidon tukea. Hoitosuositukseen ei otettu mukaan myöskään tutkimuksia, joissa käsiteltiin ainoastaan lääkehoitoon sitoutumista ja sen tukemista.

Hoitosuosituksen tiedonhaku rajattiin vuosille 2010–2024, perustuen hoitoprosessien muutokseen. Hoitosuositukseen ei otettu mukaan järjestelmällisiä katsauksia, joiden mukaan otettujen alkuperäistutkimusten laatua ei ollut arvioitu tai tutkimuksia, joiden laatu oli arvioitu heikoksi kriittisen arvioinnin tarkistuslistojen perusteella. Tiedonlähteiden valinta tapahtui mukaanotto- ja poissulkukriteerejä käyttäen ensin otsikko-, seuraavaksi tiivistelmä- ja lopuksi kokotekstitasolla. Määrällisten tutkimusten järjestelmällisissä katsauksissa ja alkuperäistutkimuksissa ensisijaisena tai toissijaisena päätetapahtumana tuli olla verenpainetautiä sairastavan omahoitoon sitoutumista kuvaava muuttuja (elintavat, verenpainearvot tai kotimittaus). Omahoidon tukemisen interventiona saattoi olla esimerkiksi kasvokkain, ryhmässä tai teknologisesti toteutettua ohjausta sisältävä interventio.

Hoitosuositukseen sisällytettiin tutkimukset, jotka kohdistuivat:

- verenpainetautiä sairastavan yli 18-vuotiaan omahoitoon sitoutumiseen
- lääkkeettömän omahoidon tukemiseen
- kokemuksiin omahoitoon sitoutumisen tukemisesta
- vaikuttaviin omahoitoa tukeviin hoitotyön menetelmiin
- omahoitoon sitoutumiseen yhteydessä oleviin tekijöihin.

Hoitosuosituksesta suljettiin pois artikkelit:

- jotka kohdistuivat ainoastaan verenpainetautiä sairastavan lääkehoitoon sitoutumisen tukemiseen
- jotka liittyivät sekundaarista verenpainetautiä sairastavien omahoidon sitoutumisen tukemiseen
- jotka kohdistuivat muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan omahoidon ohjaukseen
- joiden tulokset eivät olleet sovellettavissa Suomen olosuhteisiin.

Kaksi suositustyöryhmän jäsentä valitsi ennalta asetettujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella laadunarviointivaiheeseen mukaan tulevat artikkelit, ensin otsikko- ja tiivistelmä tasolla ja sen jälkeen kokotekstien tasolla. Valintaan liittyneet konfliktit ratkaistiin keskustelemalla arvioitsijoiden välillä konsensuksen saavuttamiseksi. Tilanteissa, jossa konsensusta ei saavutettu, lopullisen päätöksen arvioinnin tuloksesta teki työryhmän kolmas jäsen tai puheenjohtaja.

## Tutkimusten laadunarviointi

Mukaanottokriteereiden perusteella valittujen tutkimusartikkeleiden menetelmällinen laatu arvioitiin kunkin tutkimuksen asetelman mukaisilla kriteereillä (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat<sup>108</sup> eri tutkimusasetelmille). Jokaisen artikkelin arvioi itsenäisesti kaksi työryhmän jäsentä, minkä jälkeen arviointeja verrattiin ja eriävät arvioinnit ratkaistiin keskustelemalla konsensuksen saavuttamiseksi. Tilanteissa, joissa konsensusta ei saavutettu, lopullisen päätöksen arvioinnin tuloksesta teki työryhmän kolmas jäsen tai puheenjohtaja. Suositukseen otettiin ensisijaisesti mukaan tieteelliset sekä vertaisarvioidut järjestelmälliset katsaukset ja alkuperäistutkimukset, joiden laatu arvioitiin riittävän hyväksi (> 50 % toteuma JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistojen kriteereistä).

## Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen

Työryhmän jäsenet taulukoivat mukaanottokriteerien ja laadunarvioinnin perusteella hyväksytyjen järjestelmällisten katsausten ja alkuperäistutkimusten tulokset, jotka vastasivat hoitosuosituksen kysymyksiin. Näytönastekatsauksissa kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta keskeiset tulokset, tutkimuksen toteutus, laadunarvioinnin tulos sekä tutkimustulosten soveltuvuus suositukseen. Suosituslauseiden näytönasteen määräytymiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsauksen tutkimukset tuottivat ottaen huomioon tutkimusten laadun, määrällisten tutkimusten osalta tutkimusten otoskoon sekä laadullisten tutkimusten osalta aineiston rikkauden ja riittävyyden (Taulukko 1<sup>109</sup>). Suosituslauseiden perustaksi laaditut näytönastekatsaukset löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

Taulukko 1. Näytönasteen määrittäminen<sup>109</sup>

Näytönaste	Määritelmä	Tulkinta	Suosituslauseen sanoitus
<b>A</b> <b>Vahva näyttö</b>	Näytönaste on vahva, jos kaikki seuraavat kriteerit toteutuvat: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimuksia, joissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vähintään kaksi.</li> <li>Tutkimuksissa ei havaita menetelmällisiä puutteita.</li> <li>Tuloksen sovellettavuudesta ja johdonmukaisuudesta ei esiinny huolia tai ne ovat vähäisiä.</li> <li>Tuloksen pohjana oleva aineisto on rikasta ja ilmiön nähden riittävää.</li> </ul>	Olemme erittäin varmoja, että johtopäätös ilmentää hyvin tarkasteltavaa ilmiötä.	<b>Määrällinen tutkimus:</b> on / lisää / vähentää / ei ole vaikutusta...  <b>Laadullinen tutkimus:</b> toteava muoto ( <i>esim. vanhemmat kokevat</i> )
<b>B</b> <b>Kohtalainen näyttö</b>	Näytönaste laskee kohtalaiseksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Laadukkaita tutkimuksia, joissa on käytetty aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vain yksi.</li> <li>Tutkimuksia on muutamia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>Tuloksen sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy vähäisiä huolia.</li> </ul>	Olemme melko varmoja, että johtopäätös ilmentää tarkasteltavaa ilmiötä.	<b>Määrällinen tutkimus:</b> ilmeisesti on / ilmeisesti lisää / ilmeisesti vähentää / ilmeisesti ei ole vaikutusta...  <b>Laadullinen tutkimus:</b> ilmeisesti kokevat... ( <i>esim. vanhemmat ilmeisesti kokevat</i> )
<b>C</b> <b>Heikko näyttö</b>	Näytönaste laskee heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia.</li> <li>Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia huolia.</li> <li>Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy kohtalaisia huolia.</li> <li>Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy kohtalaisia huolia.</li> </ul>	Olemme hieman epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.	<b>Määrällinen tutkimus:</b> lienee / saattaa lisätä / saattaa vähentää / ei liene vaikutusta...  <b>Laadullinen tutkimus:</b> on mahdollista, että... saattavat / voivat kokea... ( <i>esim. on mahdollista, että vanhemmat kokevat/ vanhemmat saattavat/voivat kokea...</i> )
<b>D</b> <b>Hyvin heikko näyttö/ asiantuntijoiden konsensus</b>	Näytönaste laskee hyvin heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia tai vakavia huolia.</li> <li>Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vakavia huolia.</li> <li>Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vakavia huolia.</li> <li>Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy vakavia huolia.</li> <li>Tutkimusnäyttöä ei ole saatavissa. Arvio pohjautuu asiantuntijoiden konsensuslauseeseen.</li> </ul>	Olemme hyvin epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.	<b>Määrällinen tutkimus:</b> saattaa lisätä / vähentää, mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta...  <b>Laadullinen tutkimus:</b> on mahdollista, että..... saattavat / voivat kokea..., mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta... ( <i>esim. on mahdollista, että vanhemmat kokevat / vanhemmat saattavat / voivat kokea..., mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta</i> )

## Suosituksen käyttöönotto

Tämä Hotus-hoitosuositus<sup>®</sup> kokoaa ajankohtaisen tutkimusnäytön verenpainetautia sairastavan omahoitoon sitoutumisen tukemisesta sekä omahoitoon sitoutumista tukevista tekijöistä. Hoitosuositus on tarkoitettu hyödynnettäväksi laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa osana hoitotyötä sekä alan perus- ja täydennyskoulutusta. Suositus tukee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, jotka työssään ohjaavat ja tukevat verenpainetautia sairastavia.

Verenpainetautia sairastavan tukemisessa korostuu ihmislähtöisyys ja osallistava ohjaaminen. Tukemisen menetelmät ja tavat valitaan yksilöllisesti huomioiden verenpainetautia sairastavan toiveet ja odotukset, mutta hyödyntäen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota ja osaamista. Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää riittävien toimintaresurssien kohdentamista, sitoutumista noudattamaan yhtenäisiä käytänteitä sekä siten laatimaan oman toimintaympäristön ohjeistuksia tarpeen mukaan. Johdon tuki on hoitosuosituksen käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa oleellinen lähtökohta, mutta se edellyttää myös moniammatillisen tiimin riittävää osaamista verenpainetautia sairastavan omahoidosta ja omahoitoa tukevista menetelmistä.

Hoitosuositusta voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitettäessä verenpainetautia sairastavien näyttöön perustuvaa omahoidon ohjausta ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa tämän hoitosuosituksen ja näyttöön perustuvien käytänteiden ja erilaisten toimintamallien käytön vakiinnuttamisessa. Organisaation vastuulla on huolehtia siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on riittävä osaaminen ja järjestää tarvittavaa täydennyskoulutusta. Ammattilaisten osaamista tulee arvioida säännöllisesti, sekä osaamisen tason arvioinnin perusteella tarkastella ja kehittää näyttöön perustuvia käytäntöjä.

Hoitosuosituksen käyttöönottoa edistetään viestinnän ja tiedottamisen avulla. Tiedottamisessa tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavat organisaatiot, ammattilaisia kouluttavat tahot sekä erilaiset edunvalvonta- ja potilasjärjestöt, joiden kiinnostuksen kohteena on verenpainetautia sairastavien hoitaminen ja jotka voivat hyödyntää hoitosuositusta toiminnassaan. Tämän hoitosuosituksen laadinnassa mukana olleita työryhmän jäseniä voi kutsua pitämään asiantuntijapuheenvuoroja erilaisiin viestintä- ja koulutustilaisuuksiin.

Hoitosuositus on kokonaisuudessaan ladattavissa Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta ja Terveysportin Hoitotyön tietokannasta. Hoitosuosituksen pohjalta laaditaan Hotus-kansalaisuus<sup>™</sup> verenpainetautia sairastavien käyttöön.

## Suosituksen päivittäminen

Hoitosuositus päivitetään 3–5 vuoden välein Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

## Jatkotutkimusaiheet

Tässä hoitosuosituksessa huomioituissa verenpainetautia sairastaviin kohdistuvissa tutkimuksissa korostetaan omahoidon merkitystä ja sen tukemista. Keskeisiä jatkotutkimushaasteita kuitenkin tunnistettiin seuraavasti: on tärkeää syventää ymmärrystä siitä, miten verenpainetautia sairastavat kokevat omahoidon tukemisen ja mitkä tekijät vaikuttavat heidän sitoutumiseensa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemykset ja kokemukset osaamisesta, jota tarvitaan verenpainetautia sairastavan ohjaamisessa ja tukemisessa, kaipaavat lisätutkimusta.

Haavoittuvassa asemassa olevien verenpainetautia sairastavien henkilöiden omahoitoon sitoutumista on tarpeen tutkia enemmän jatkossa. Lisäksi mielen hyvinvoinnin merkitys ei noussut selvästi esiin tutkimuksissa, mutta se saattaa kuitenkin olla keskeinen osa verenpainetautia sairastavien kokonaisuhyvinvointia. Jatkossa tämän osa-alueen tarkempi tutkiminen on perusteltua.

Lisäksi tarvitaan arviointimenetelmiä, joilla ammattilaisten osaamista voidaan kartoittaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kartoittaminen on olennaista osaamistason tunnistamiseksi, vaikuttavan ohjauksen ja tuen tarjoamiseksi ja osaamisen kehittämiseksi, sekä täydennyskoulutuksen suunnittelemiseksi vastaamaan esille nousseita tarpeita. Erityisesti asiakaslähtöisten ja motivoivien ohjausmenetelmien vaikutusta sitoutumiseen tulisi arvioida systemaattisemmin.

Tarvitaan lisää tutkimusta siitä, miten perusopintojen aikana voidaan kehittää opiskelijoiden osaamista esimerkiksi motivoivan haastattelun, yksilöllisen ohjauksen ja digitaalisten tukimuotojen osalta. Tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa on tärkeää varmistaa, että omahoidon tukemiseen liittyvät perustaidot opitaan jo ammatillisessa peruskoulutuksessa. Tämä vaatii omahoidon tukemisen näkökulman käsittelyä poikkileikkaavasti koko opintojen ajan.

Useimmat tutkimukset käsittelevät lyhytaikaisia interventioita, mutta pidempiaikaisten seurantatutkimusten avulla voitaisiin paremmin ymmärtää, mitkä tekijät vaikuttavat verenpainetautia sairastavan omahoitoon sitoutumiseen pidemmällä aikavälillä. Tarvitaan lisää näyttöä pitkäaikaisista interventioista, kuten ryhmäohjauksista ja monimuotoisista tukimuodoista.

Lisäksi on tärkeää selvittää, mitkä tekijät tukevat verenpainetautia sairastavan motivaatiota ja sitoutumista. Yksilölliset elämäntilanteet, sosiaalinen tuki, kulttuuriset tekijät ja terveysteknologian rooli ovat keskeisiä tutkimusalueita. Lisäksi tarvitaan tutkimusnäyttöön perustuvia toimintamalleja, jotka tukevat riskiryhmien tunnistamista ja varhaisen elintapaneuvonnan vaikuttavuutta sisältäen kustannusvaikuttavuuden. Digitaaliset ratkaisut, kuten mobiilisovellukset, etäseuranta ja digitaaliset terveystalvannukset, tarjoavat uusia mahdollisuuksia verenpainetaudin omahoidon tukemiseen. Jatkotutkimusta tarvitaan sen selvittämiseksi, mitkä digitaaliset ratkaisut ovat tehokkaimpia ja miten ne voitaisiin integroida osaksi terveydenhuollon käytäntöjä.

## Lähteet

1. Maailman terveysjärjestö (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>, 2023.
2. Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H, Abd ElHafeez S, Abdelmasseh M, Abd-Elsalam S, Abdollahi A, Abdullahi A, Abegaz KH, Abeldaño Zuñiga RA, Aboagye RG, Abolhassani H, Abreu LG, Abualruz H, Abu-Gharbieh E, Abu-Rmeileh NME, Ackerman IN, Addo IY, Addolorato G, Adebisi AO, Adepoju AV, Adewuyi HO, Afyouni S, Afzal S, Afzal S, Agodi A, Ahmad A, ym. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403: 2133-2161.
3. Maailman terveysjärjestö (WHO). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Seventy-fifth World Health Assembly. Provisional agenda item 14.1. Saatavilla: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_10Add5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add5-en.pdf) (PDF), 2022.
4. Pelttari H. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Saatavilla: Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 16.5.2023.
5. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020.
6. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, Christodorescu RM, Daskalopoulou SS, Ferro CJ, Gerds E, Hanssen H, Harris J, Lauder L, McManus RJ, Molloy GJ, Rahimi K, Regitz-Zagrosek V, Rossi GP, Sandset EC, Scheenaerts B, Staessen JA, Uchmanowicz I, Volterrani M, Touyz RM. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal* 2024; 45: 3912–4018.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey JDE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith JSC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams SKA, Williamson JD, Wright JJT. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology* 2018; 71: e127–e248.
8. Niiranen T, Laatikainen T, Valsta L, Tapanainen H, Männistö S, Jousilahti P. Osa WHO:n tavoitteista kohonneen verenpaineen vähentämiseksi ollaan saavuttamassa. Raportti - Tutkimuksesta tiiviisti 31, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-382-3>, 2019.
9. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Koponen P, Borodulin K, Kundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Raportti 4/2018. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>, 2018.

10. Laatikainen T, Niiranen T, Lehtoranta L, Jousilahti P. Verenpaine. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: [https://www.thl.fi/terveysuomi\\_verkkoraportit/ilmioraportit\\_2023/verenpaine.html](https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/verenpaine.html), 2023.
11. Laatikainen T, Niiranen T. Verenpainetta ei vieläkään oteta vakavasti. *Lääkärilehti* 2019; 45: 2566–2567.
12. The Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration. Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: A comparative risk assessment. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014; 2: 634–647.
13. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LPC, Foraker RE, Grandner MA, Lavretsky H, Perak AM, Sharma G, Rosamond W, American Heart Association. Life's essential 8: Updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: A presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2022; 146: e18–43.
14. Henry JA, Jebb SA, Aveyard P, Garriga C, Hippisley-Cox J, Piernas C. Lifestyle advice for hypertension or diabetes: Trend analysis from 2002 to 2017 in England. *British Journal of General Practice* 2022; 72: e269–e275.
15. Johnson HM, LaMantia JN, Warner RC, Pandhi N, Bartels CM, Smith MA, Lauver DR. MyHEART: A non randomized feasibility study of a young adult hypertension intervention. *Journal of Hypertension and Management* 2016; 2: 016.
16. Kivelä K. Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveystalvueluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa [väitöskirja]. Oulu: University of Oulu, 2019.
17. Kyngäs H. A theoretical model of compliance in young diabetics. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 73–80.
18. Oikarinen A, Engblom J, Kyngäs H, Kääriäinen M. A study of the relationship between the quality of lifestyle counselling and later adherence to the lifestyle changes based on patients with stroke and TIA. *Clinical Rehabilitation* 2018; 32: 557–567.
19. Chopra HK, Ram CVS. Recent guidelines for hypertension: A clarion call for blood pressure control in India. *Circulation Research* 2019; 124: 984–986.
20. Kyngäs H, Duffy ME, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 5–12.
21. Kähkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, Lamidi ML, Kyngäs H, Miettinen H. Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27: 989–1003.
22. Oikarinen A, Engblom J, Paukkonen L, Kääriäinen M, Kaakinen P, Kähkönen O. Effects of a lifestyle counselling intervention on adherence to lifestyle changes 7 years after stroke – A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2023; 37: 163–172.
23. Saenyabutr C, Lagampan S, Powwattana A, Amnatsatsue K. Understanding perspective on community health literacy for promoting the health of older adults with hypertension: A qualitative descriptive study. *Jurnal Ners (Surabaya)* 2024; 19: 144–155.
24. Kähkönen O, Oikarinen A, Miettinen H, Vähänikkilä H, Kyngäs H, Hartikainen J. Perceived health among percutaneous coronary intervention patients over a six-year follow-up period. *Journal of Clinical Nursing* 2023; 32: 4816–4826.

25. Ylimäki E-L, Kanste O, Heikkinen H, Bloigu R, Kyngäs H. The effects of a counselling intervention on lifestyle change in people at risk of cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 14: 153–161.
26. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngäs H, Lamidi M-L. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71: 2364–2373.
27. Kääriäinen M, Paukama M, Kyngäs H. Adherence with health regimens of patients on warfarin therapy. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22: 89–96.
28. Pourhabibi N, Mohebbi B, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Sanjari M, Tol A, Yaseri M, Sasaoka T. Determinants of poor treatment adherence among patients with type 2 diabetes and limited health literacy: A scoping review. *Journal of Diabetes Research* 2022; 2022: 2980250.
29. Sandoval D, Romero TE, Nazzari C, Schlaich MP. Clinical, socioeconomic, and psychosocial factors associated with blood pressure control and adherence: Results from a multidisciplinary cardiovascular national program providing universal coverage in a developing country. *International Journal of Hypertension* 2018; 2018: 1–10.
30. Cuevas AG, Williams DR, Albert MA. Psychosocial factors and hypertension: A review of the literature. *Cardiology Clinics* 2017; 35: 223–230.
31. Morton K, Dennison L, Bradbury K, Band RJ, May C, Raftery J, Little P, McManus RJ, Yardley L. Qualitative process study to explore the perceived burdens and benefits of a digital intervention for self-managing high blood pressure in Primary Care in the UK. *BMJ Open* 2018; 8.
32. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *International Journal of the Cardiovascular Academy* 2016; 2: 27–32.
33. Suci L, Suci M, Voicu M, Muresan R, Parv FV, Buda V, Cristescu C. Factors influencing adherence to treatment and quality of life for a group of patients with essential hypertension in Romania. *Patient Preference and Adherence* 2021; 15: 483–491.
34. Hotus. 2022. Hotus-hoitosuositus®: Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaus. Työryhmä: Virtanen H, Marin M, Hiltunen A-M, Kaila A, Kajula O, Kesänen J. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset>.
35. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary hypertension: Discovering the underlying cause. *American Family Physician* 2017; 96: 453–461.
36. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, Steca P, Vecchio L, Crocetti E. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2015; 49: 307–318.
37. Paukkonen L, Oikarinen A, Kähkönen O, Kyngäs H. Adherence to self-management in patients with multimorbidity and associated factors: A cross-sectional study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* 2022; 31: 2805–2820.

38. Kähkönen O KH, Saaranen T, Kankkunen P, Miettinen H, Oikarinen A. Support from next of kin and nurses are significant predictors of long-term adherence to treatment in post-PCI patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2020; 19: 339–350.
39. Kähkönen O, Vähänikkilä H, Paukkonen L, Oikarinen A. Extension of the theory of adherence to treatment in patients with coronary heart disease. *Chronic Diseases and Translational Medicine* 2023; 10: 227–237.
40. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman, 1997.
41. Eller LS, Lev EL, Yuan C, Watkins AV. Describing self-care self-efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. *International Journal of Nursing Knowledge* 2018; 29: 38–48.
42. Selzler A-M, Habash R, Robson L, Lenton E, Goldstein R, Brooks D. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 682–692.
43. Ding W, Li T, Su Q, Yuan M, Lin A. Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation model: A cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence* 2018; 12: 2169–2178.
44. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: A systematic review. *BMC Family Practice* 2021; 22: 44–44.
45. Tebelu DT, Tadesse TA, Getahun MS, Negussie YM, Gurara AM. Hypertension self-care practice and its associated factors in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2023; 16: 20.
46. Tibebe A, Mengistu D, Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Preference and Adherence* 2017; 11: 323–330.
47. Chen TY, Kao CW, Cheng SM, Liu CY. Factors influencing self-care among patients with primary hypertension: Path analysis of mediating roles of self-efficacy and depressive symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2023; 22: 620–627.
48. Doubova SV, Martinez-Vega IP, Aguirre-Hernandez R, Pérez-Cuevas R. Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine* 2017; 22: 51–64.
49. Shim J-S, Heo JE, Kim HC. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. *Clinical Hypertension* 2020; 26: 5.
50. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health* 2012; 37: 15–24.
51. Haung Z, Hong SA, Tejativaddhana P, Puckpinyo A, Myint M. Multiple self-care behaviors and associated factors in community-dwelling patients with hypertension in Myanmar. *Nagoya Journal of Medical Science* 2020; 82: 363–376.
52. Hu HH, Li G, Arao T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension* 2015; 29: 198–203.

53. Zhou C, Chen J, Tan F, Lai S, Li X, Pu K, Wu J, Dong Y, Zhao F. Relationship between self-care compliance, trust, and satisfaction among hypertensive patients in China. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 1085047.
54. Lönnberg L, Damberg M, Revenäs Å. Lifestyle counselling – a long-term commitment based on partnership. *BMC Primary Care* 2022; 23: 35.
55. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29: 99–103.
56. Lauffenburger JC, Barlev RA, Khatib R, Glowacki N, Siddiqi A, Everett ME, Albert MA, Keller PA, Samal L, Hanken K, Sears ES, Haff N, Choudhry NK. Clinicians' and patients' perspectives on hypertension care in a racially and ethnically diverse population in Primary Care. *JAMA Network Open* 2023; 6: e230977.
57. Bengtsson U, Kasperowski D, Ring L, Kjellgren K. Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 1: Patient and professional perspectives. *Blood Pressure* 2014; 23: 288–295.
58. Babaei Beigi MA, Zibaenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. *International Cardiovascular Research Journal* 2014; 8: 94–98.
59. Kim KB, Han HR, Huh B, Nguyen T, Lee H, Kim MT. The effect of a community-based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *American Journal of Hypertension* 2014; 27: 1199–208.
60. Ozoemena EL, Iweama CN, Agbaje OS, Umoke PCI, Ene OC, Ofili PC, Agu BN, Orisa CU, Agu M, Anthony E. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: A quasi-experimental study. *Archives of Public Health* 2019; 77: 23.
61. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, Tanomsup S. Effectiveness of a self-management program for Thais with essential hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2011; 15: 97–110.
62. Fatemeh F, Zahra Emami M, Fatemeh Heshmati N, Hamidreza Behnam V. Effect of self-care education designed based on bandura's self-efficacy model on patients with hypertension: A randomized clinical trial. *Evidence Based Care Journal* 2019; 9: 44–52.
63. Shin DS, Kim CJ, Choi YJ. Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *Australian Journal of Rural Health* 2016; 24: 213–219.
64. Yang Y, Li R. The application value of internet health popularization for community patients with hypertension. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2024; 30: 34–39.
65. Liu S, Tanaka R, Barr S, Nolan RP. Effects of self-guided e-counseling on health behaviors and blood pressure: Results of a randomized trial. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 635–641.
66. Nolan RP, Feldman R, Dawes M, Kaczorowski J, Lynn H, Barr SI, MacPhail C, Thomas S, Goodman J, Eysenbach G, Liu S, Tanaka R, Surikova J. Randomized controlled trial of e-counseling for hypertension: REACH. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes* 2018; 11: e004420.

67. Zhu X, Wong FKY, Wu CLH. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 77: 171–178.
68. Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, Jarrah MI. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Preference and Adherence* 2019; 13: 577–585.
69. Heymann AD, Gross R, Tabenkin H, Porter B, Porath A. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *Israel Medical Association Journal* 2011; 13: 553–557.
70. Hazrati Gonbad S, Zakerimoghadam M, Pashaeypoor S, Haghani S. The effects of home-based self-care education on blood pressure and self-care behaviors among middle-aged patients with primary hypertension in Iran: A randomized clinical controlled trial. *Home Health Care Management & Practice* 2022; 34: 9–16.
71. Melaku T, Bayisa B, Fekeremariam H, Feyissa A, Gutasa A. Self-care practice among adult hypertensive patients at ambulatory clinic of tertiary teaching Hospital in Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2022; 15: 23.
72. Chen TY, Kao CW, Cheng SM, Chang YC. A web-based self-care program to promote healthy lifestyles and control blood pressure in patients with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship* 2022; 54: 678–691.
73. Daniali SS, Eslami AA, Maracy MR, Shahabi J, Mostafavi-Darani F. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atherosclerosis* 2017; 13: 20–28.
74. Kim M. Effects of customized long-message service and phone-based health-coaching on elderly people with hypertension. *Iranian Journal of Public Health* 2019; 48: 655–663.
75. Zhang Y, Liu S, Sheng X, Lou J, Fu H, Sun X. Evaluation of a community-based hypertension self-management model with general practitioners. *International Journal of Health Planning and Management* 2019; 34: 960–974.
76. Abdisa L, Balis B, Shiferaw K, Debella A, Bekele H, Girma S, Mechal A, Amare E, Kechine T, Tari K, Nigussie K, Assefa N, Letta S. Self-care practices and associated factors among hypertension patients in public hospitals in Harari regional state and Dire Dawa City administration, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 911593.
77. Adinkrah E, Bazargan M, Wisseh C, Assari S. Adherence to hypertension medications and lifestyle recommendations among underserved african american middle-aged and older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17: 1–15.
78. Gu J, Zhang XJ, Wang TH, Zhang Y, Chen Q. Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: A community-based study in Xuhui District, Shanghai, China. *Cardiology* 2014; 127: 96–104.
79. Wondmieneh A, Gedefaw G, Getie A, Demis A, Hu K. Self-care practice and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Hypertension* 2021; 2021: 5582547.
80. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Terveysten ja hyvinvoinninnlaitos (THL). Kestävää terveyttä ruoasta - kansalliset ravitsemussuosittukset 2024. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-405-5>, 2024.

81. Esen K, Kolcu M. The relationship between health literacy and self-care management in patients with hypertension attending primary healthcare centers. *Journal of Public Health* 2024; 32: 175–183.
82. Gebremichael GB, Berhe KK, Beyene BG, Gebrekidan KB. Self-care practices and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Research Notes* 2019; 12: 489–496.
83. Hu H, Li G, Arao T, Waeber B. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: A Questionnaire Survey. *International Journal of Hypertension* 2013; 2013: 282–289.
84. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *Journal of the National Medical Association* 2011; 103: 503–512.
85. Abdisa L, Girma S, Lami M, Hiko A, Yadeta E, Geneti Y, Balcha T, Assefa N, Letta S. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at public hospitals, Eastern Ethiopia: A multicenter study. *SAGE Open Medicine* 2022; 10.
86. Innab A, Kerari A, Alqahtani N, Albloushi M, Alshammari A. Patient activation, adherence to hypertension treatment plans and blood pressure control in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2023; 13: e067862.
87. Abza LF, Yesuf MA, Emrie AA, Belay AS, Bekele TG, Tetema MD, Berriea FW, Baymot A. Self-care adherence and associated factors among hypertensive patients at Guraghe Zone, 2023. *Heliyon* 2024; 10: e36985.
88. Hotus. 2024. Näyttövinkki®: Millaiseen ohjaukseen teach-back-menetelmä soveltuu terveydenhuollossa ja mitä toteutuksessa on tärkeää huomioida? Näyttövinkki 6/2024. Laatijat: Virtanen H, Palonen M, Eskolin S-E. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: [www.hotus.fi/nayttovinkit](http://www.hotus.fi/nayttovinkit).
89. Hwang M, Chang AK. The effect of nurse-led digital health interventions on blood pressure control for people with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship* 2023; 55: 1020–1035.
90. Glaser E, Richard C, Lussier M-T. The impact of a patient web communication intervention on reaching treatment suggested guidelines for chronic diseases: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2017; 100: 2062–2070.
91. Liu F, Song T, Yu P, Deng N, Guan Y, Yang Y, Ma Y. Efficacy of an mHealth app to support patients' self-management of hypertension: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2023; 25: e43809.
92. Thiboutot J, Sciamanna CN, Falkner B, Kephart DK, Stuckey HL, Adelman AM, Curry WJ, Lehman EB. Effects of a web-based patient activation intervention to overcome clinical inertia on blood pressure control: Cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2013; 15: e158.
93. Allen ME, Irizarry T, Einhorn J, Kamarck TW, Suffoletto BP, Burke LE, Rollman BL, Muldoon MF. SMS-facilitated home blood pressure monitoring: A qualitative analysis of resultant health behavior change. *Patient Education and Counseling* 2019; 102: 2246–2253.

94. Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *Journal of Human Hypertension* 2016; 30: 141–146.
95. Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, Mohammadifard N, Pourmoghaddas A. Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial. *Advanced Biomedical Research* 2015; 4: 204.
96. Tankumpuan TA-O, Anuruang S, Jackson D, Hickman LD, DiGiacomo M, Davidson PM. Improved adherence in older patients with hypertension: An observational study of a community-based intervention. *International Journal of Older People Nursing* 2019; 14: e12248.
97. Warren-Findlow J, Coffman MJ, Thomas EV, Krinner LM. ECHO: A pilot health literacy intervention to improve hypertension self-care. *Health Literacy Research and Practice* 2019; 3: e259–e267.
98. Aghakhani N, Parizad N, Soltani B, Khademvatan K, Rahimi Z. The effect of the blended education program on treatment concordance of patients with hypertension: A single-blind randomized, controlled trial. *Journal of Vascular Nursing* 2019; 37: 250–256.
99. Miao JH, Wang HS, Liu N. The evaluation of a nurse-led hypertension management model in an urban community healthcare: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99: e20967.
100. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2020; 103: 336–342.
101. Farahmand F, Khorasani P, Shahriari M. Effectiveness of a self-care education program on hypertension management in older adults discharged from cardiac-internal wards. *ARYA Atherosclerosis* 2019; 15: 44–52.
102. Zaleski AL, Taylor BA, Park CL, Santos LP, Panza G, Kramarz M, McCormick K, Thompson PD, Fernandez AB, Chen MH, Blissmer B, Gans KM, Pescatello LS. Using the immediate blood pressure benefits of exercise to improve exercise adherence among adults with hypertension: A randomized clinical trial. *Journal of Hypertension* 2019; 37: 1877–1888.
103. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, Adams MB, Svetkey LP, Reed SD, Li Y, Dolor RJ, Oddone EZ. Two self-management interventions to improve hypertension control: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2009; 151: 687–95.
104. Abdullah A, Othman S. The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2011; 12: 143.
105. Blek-Vehkaluoto M, Suomen Sydänliitto ry. Verenpaineen kotimittaus. Saatavilla: <https://sydan.fi/fakta/verenpaineen-omaseuranta/>, päivitetty 28.4.2025.
106. Tzourio C, Hanon O, Godin O, Soumaré A, Dufouil C. Impact of home blood pressure monitoring on blood pressure control in older individuals: A French randomized study. *Journal of Hypertension* 2017; 35: 612–620.

107. Lee P, Liu JC, Hsieh MH, Hao WR, Tseng YT, Liu SH, Lin YK, Sung LC, Huang JH, Yang HY, Ye JS, Zheng HS, Hsu MH, Syed-Abdul S, Lu R, Nguyen PA, Iqbal U, Huang CW, Jian WS, Li YC. Cloud-based BP system integrated with CPOE improves self-management of the hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 2016; 132: 105–113.
108. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical Appraisal Tools. Saatavilla: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>, 2020.
109. Siltanen H, Hamari L, Heikkilä K, Marin K, Parisod H, Holopainen A. Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 3.0. Hoitotyön tutkimussäätiö sr, 2023.