Teemu Löfberg

Kohonnut verenpaine – Ihmisten ajatuksia

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2025

Teemu Löfberg

Kohonnut verenpaine – Ihmisten ajatuksia

Kliininen laitos

Kevätlukukausi 2025

Vastuuhenkilö: Professori, LT Päivi Korhonen

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

LÖFBERG TEEMU: “Kohonnut verenpaine - ihmisten ajatuksia”

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 27 sivua ja kolme liitesivua.

Kliininen laitos, Yleislääketiede

Kevätlukukausi, 2025

Kohonnut verenpaine on merkittävä kardiovaskulaaristen sairauksien aiheuttaja ja elinvuosia vähentävä riskitekijä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa viidenkymmenen (50) ihmisen käsitystä, mitä kohonnut verenpaine tarkoittaa. Vastauksien pohjalta tavoitteena on saada selville ihmisten ajatuksia liittyen kohonneeseen verenpaineeseen. Tutkimusmenetelmänä toimi haastattelu Turun kävelykadulla kahtena eri päivänä. Haastateltavilta kysyttiin termin ymmärtämisen lisäksi ikä ja sukupuoli, mikäli haastateltavat suostuivat kyseiset henkilötiedot kertomaan. Lisäksi tutkielmassa käsitellään verenpainetautia yleisesti kirjallisuuskatsauksen muodossa. Vastauksista ja pohdinnasta laaditaan kotimainen raportti.

Asiasanat: Kohonnut verenpaine, Hypertensio

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO *1*

2 KIRJALLISUUSKATSAUS *2*

2.1 Yleistä verenpainetaudista 2

2.2 Verenpainetaudin yleisyys 5

2.3 Verenpaineen säätely 6

2.4 Verenpainetaudin patogeneesi 8

2.5 Verenpainetaudin kohde-elinvaurioita ja päätetapahtumia 10

2.6 Verenpainetaudin riskitekijöitä ja niiden yleisyys 11

2.7 Verenpainetaudin hoito 13

2.7.1. Verenpainetaudin elintapahoito 13

2.7.2. Verenpainetaudin lääkehoito 14

2.8 Tietoisuus verenpainetaudista maailmalla 20

3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT *21*

4 TULOKSET *22*

4.1 Vastaajien ikäjakauma ja sukupuolijakauma 22

4.2 Vastauksien raja-arvot kohonneelle verenpaineelle 23

4.3. Hoitokeinojen maininta vastauksissa 23

4.4 Oireet tai jälkiseuraukset vastauksissa 24

4.5 Vastauksien maininta tauti- tai sairausluonteesta 25

4.6. Vastauksien maininta pitkäaikaisuudesta 26

5 POHDINTA *27*

LÄHTEET *28*

1 JOHDANTO

Kohonnut verenpaine, joka tunnetaan kroonisena ollessaan myös verenpainetautina, on yksi merkittävimmistä terveyden uhkista maailmanlaajuisesti. Se vaikuttaa merkittävästi sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen, ja sen on arvioitu olevan suurin yksittäinen syy terveiden elinvuosien menetykseen.[1] Kohonnut verenpaine altistaa muun muassa aivohalvauksille, sydäninfarkteille ja muille vakaville sairauksille, jotka kuormittavat yksilöiden lisäksi myös terveydenhuoltojärjestelmiä.[2] Suomessa tilanne verenpainetaudin hoitotasapainon osalta ei ole viime vuosina kehittynyt enää suotuisaan suuntaan.[3]

Vaikka verenpainetaudin diagnosointi perustuu objektiivisiin mittaustuloksiin, yksilöiden subjektiiviset käsitykset sairaudesta voivat vaihdella ja tauti jäädä tunnistamatta. Tämä voi johtaa tilanteisiin, joissa hoidon teho on riittämätön tai hoitoon ei sitouduta riittävästi. Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan verenpainetaudin kokonaisvaltaisessa hoidossa on vielä parannettavaa ja hoitoa on tehostettava.[3]

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa viidenkymmenen (50) ihmisen käsitystä, mitä kohonnut verenpaine tarkoittaa. Vastauksien pohjalta tavoitteena on saada selville, mitä ihmisten mielestä kohonnut verenpaine on, sekä analysoida vastauksissa ilmenneitä seikkoja. Tutkimusmenetelmänä toimii haastattelu Turun kävelykadulla. Haastateltavilta kysytään termin ymmärtämisen lisäksi ikä ja sukupuoli, mikäli haastateltavat suostuvat kyseiset henkilötiedot kertomaan. Vastauksista ja pohdinnasta laaditaan kotimainen raportti.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Yleistä verenpainetaudista

Verenpaineella tarkoitetaan yksinkertaistetusti valtimoissa, eli sydämestä poispäin virtaavissa suonissa vallitsevaa painetta. Verenpainetta kuvataan kahdella luvulla, joista ensimmäinen on systolinen verenpaine, mikä kuvastaa verenpainetta sydämen supistumisen aikana. Jälkimmäinen luku on diastolinen verenpaine, eli sydämen lepovaiheen aikainen paine valtimopuustossa. Verenpaineen mittayksikkönä käytetään elohopeamillimetriä eli lyhennettynä mmHg.[2]

Verenpaine muodostuu sydämen minuuttitilavuudesta ja verenkierrossa vallitsevasta vastuksesta keskimäärin. Systoliseen paineeseen vaikuttavat mm. vasemman kammion iskutilavuus, isojen valtimoiden kimmoisuus sekä verenkiertoelimistön aiheuttama vastus. Diastoliseen paineeseen vaikuttaa mm. suurten valtimoiden sisältämä veren määrä sydämen lepovaiheen aikana. Verimäärään vaikuttavat esimerkiksi arteriolien aiheuttama vastus perifeerisessä verenkierrossa ja isojen valtimoiden kimmoisuus. Kohonneessa verenpaineessa verisuonten virtausvastus on kohonnut, mikä lisää sydämen tekemää työkuormaa ja siten myös sen energiantarvetta. Jatkuessaan pitkään kohonnut verenpaine voi johtaa verenpainetautiin, johon liittyy erilaisia komplikaatiota ja päätetapahtumia. Korkea verenpaine voi vahingoittaa ja muokata elimiä ja verisuonistoa, sekä aiheuttaa sydämen toiminnassa ja rakenteessa muutoksia. [2,4]

Verenpainetta ihminen harvoin tuntee, mutta verenpainearvo saadaan mittaamalla yleensä olkavarresta sopivan mansetin avustuksella. Verenpaineelle on asetettu kattaviin väestöpohjaisiin tutkimuksiin nojaten normaaliarvot ja ihanteellisina arvoina terveillä aikuisilla pidetään alle 120/80 mmHg arvoja terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla mitattuna. Verenpainemittaus toteutetaan joko vastaanotolla tai kotimittauksissa. Mikäli verenpaine on pitkäaikaisesti koholla, puhutaan verenpainetaudista. Kohonnut verenpaine voidaan diagnosoida pitkäaikaisrekisteröinnillä, vastaanottomittauksella tai 4–7 vuorokauden kotimittaussarjalla. Verenpaine luokitellaan vastaanottopaineiden mukaan taulukossa

1 kuvattujen rajojen mukaisesti. Vastaanottopaineille on olemassa vertailukelpoiset arvot sekä kotipaineille, että pitkäaikaisrekisteröinnille, jotka löytyvät taulukosta 2.[2]

Taulukko 1. Uuden potilaan vastaanottomittauksiin perustuva verenpainetason luokitus. Lähde: Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2020. (viitattu 29.05.2024). www.kaypahoito.fi

Taulukko 1. Uuden potilaan vastaanottomittauksiin perustuva verenpainetason luokitus

Luokka	SVP (mmHg)		DVP (mmHg)
Optimaalinen	< 120	ja	< 80
Normaali	120–129	ja/tai	80–84
Korkea normaali	130–139	ja/tai	85–89
Kohonnut verenpaine			
Lievästi kohonnut	140–159	ja/tai	90–99
Kohtalaisesti kohonnut	160–179	ja/tai	100–109
Huomattavasti kohonnut	≥ 180	ja/tai	≥ 110
Hypertensiivinen kriisi	≥ 200	ja/tai	≥ 130
Isoloitunut systolinen hypertensio[1]	≥ 140	ja	< 90

[1] Vaikeusaste luokitellaan systolisen verenpaineen mukaan.

Taulukko 2. Vastaanottopainetta vastaavat paineet kotimittauksille ja pitkäaikaisrekisteröinnille. Lähde: Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2020. (viitattu 29.05.2024). www.kaypahoito.fi

Taulukko 2. Vastaanottopainetta vastaavat paineet kotimittauksille ja pitkäaikaisrekisteröinnille.

Vastaanottopaine, mmHg	Kotipaine, mmHg	Pitkäaikaisrekisteröinti, 24 t, mmHg	Pitkäaikaisrekisteröinti, päivä, mmHg	Pitkäaikaisrekisteröinti, yö, mmHg
120/80	120/80	115/75	120/80	100/65
130/80	125/80	125/75	130/80	110/65
140/90	135/85	130/80	135/85	120/70
150/90	140/85			
160/100	145/90			

Kohonneen verenpaineen vastaanottomittauksien rajana on pidetty systolinen ≥ 140 mmHg ja/tai diastolinen ≥ 90 mmHg tasoa, mikä vastaa kotipainetasoa 135/85 mmHg.[2] Keskimääräinen painetaso tulee ilmi paremmin kotimittauksissa, ja myös kohde-elinten vaurioiden mahdollisuutta on näistä parempi ennustaa.[5] Mikäli verenpaine on koholla vain vastaanotolla ja kotipaineet/pitkäaikaisrekisteröinti päivätasoltaan ovat normaaleita, puhutaan valkotakkihypertensiosta. Valkotakkihypertension osuus suomalaisväestössä 45–74-vuotiaiden joukossa on 16 %. [6] Mikäli potilaan kotipaineet ylittävät 135/85 mmHg raja-arvon, mutta vastaanotolla tai pitkäaikaisrekisteröinnin päiväarvot ovat normaaleita, puhutaan piilevästä verenpainetaudista. Näitä tapauksia Suomessa on 45–74-vuotiaiden joukossa n. 14 %.[7]

2.2 Verenpainetaudin yleisyys

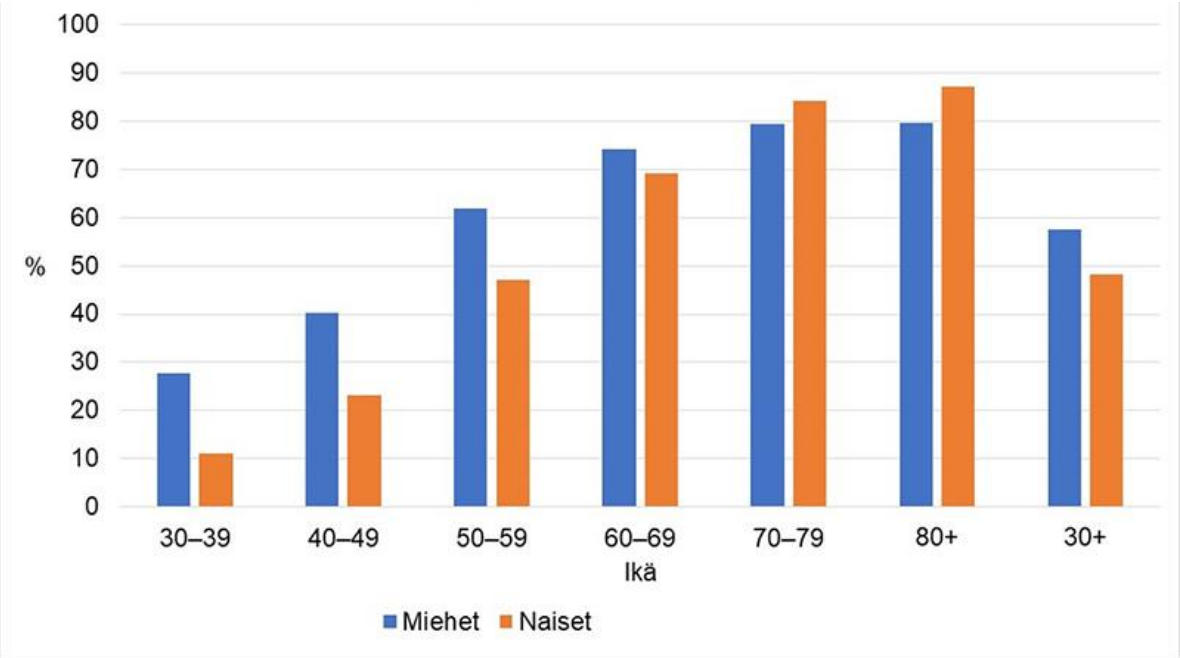
Suomalaisista aikuisikäisistä yli kahdella miljoonalla on kohonnut verenpaine tai verenpaineläkitys. Terve Suomi 2023 -tutkimuksessa hoitotasapainon saavuttamisen rajaksi asetettiin systolinen paine 140 mmHg ja diastolinen paine 90 mmHg. Hoitotavoitteeseen verenpaineläkitystä käyttävien joukossa pääsi 46 % naisista ja 48 % miehistä. Mikäli verenpainetaudin kriteerinä pidetään 140/90 mmHg rajatasoa tai lääkehoitoa, Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan hieman alle joka neljännellä 20–39-vuotiaista miehistä on verenpainetauti. Vastaavan ikäluokan naisilla verenpainetauti on vajaalla kymmenesosalla. Yli puolet ikäryhmästä 55–64-vuotiaat oli saanut diagnoosin: naisista 61 % ja miehistä 66 %. Vanhimmassa ryhmässä (75 vuotta täyttäneet) verenpainetauti oli erittäin yleistä, sillä 86 % naisista ja 87 % miehistä oli diagnosoitu verenpainetautia sairastavaksi.[3]

Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan naissukupuolisilla henkilöillä, joilla terveystarkastuksessa oli kohonnut verenpaine tai henkilöt raportoivat verenpaineläkkeiden käytöstä edeltävän viikon aikana, 64 % käytti verenpaineläkitystä, kun taas miehillä osuus oli 59 %. Nuorimpaan ikäryhmään (20–39-vuotiaat) kuuluvilla lääkityksen käyttö oli vähäistä: vain 16 % sekä naisista että miehistä raportoi lääkityksen käytöstä. Sen sijaan vanhimmassa ikäryhmässä (75 vuotta täyttäneet) lääkityksen käyttö oli huomattavasti yleisempää, ja lääkitystä käytti 81 % naisista sekä 78 % miehistä.[3]

Tietämättömyys kohonneesta verenpaineesta oli yleistä erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä. 20–39-vuotiaista 36–46 % ei ollut tietoisia korkeasta verenpaineestaan, vaikka se oli todettu terveystarkastuksessa tai heillä oli verenpaineläkitys. Naisista 18 % ja miehistä 24 % ei ollut tietoinen tilastaan. Sen sijaan vanhimmassa ikäryhmässä, eli 75 vuotta täyttäneillä, tietämättömyyden osuus oli huomattavasti pienempi, vaihdellen 10 ja 16 % välillä.[3]

Hoitotavoitteeseen pääsemisessä ei ole havaittu eroa Terve Suomi 2023 ja FinTerveys 2017 -tutkimuksien välillä. Määrä on vieläkin vain alle puolet tutkittavista. Verenpainetaudin esiintyvyys Suomessa ei ole muuttunut kyseisten tutkimusten välillä missään ikäryhmässä.[3]

Ohessa olevasta kuviosta 1 havaitaan verenpainetaudin yleisyys Suomessa. Verrattuna muuhun Eurooppaan suomalaisten verenpainetasot ovat keskiarvoisesti ovat melko korkealla.[8]



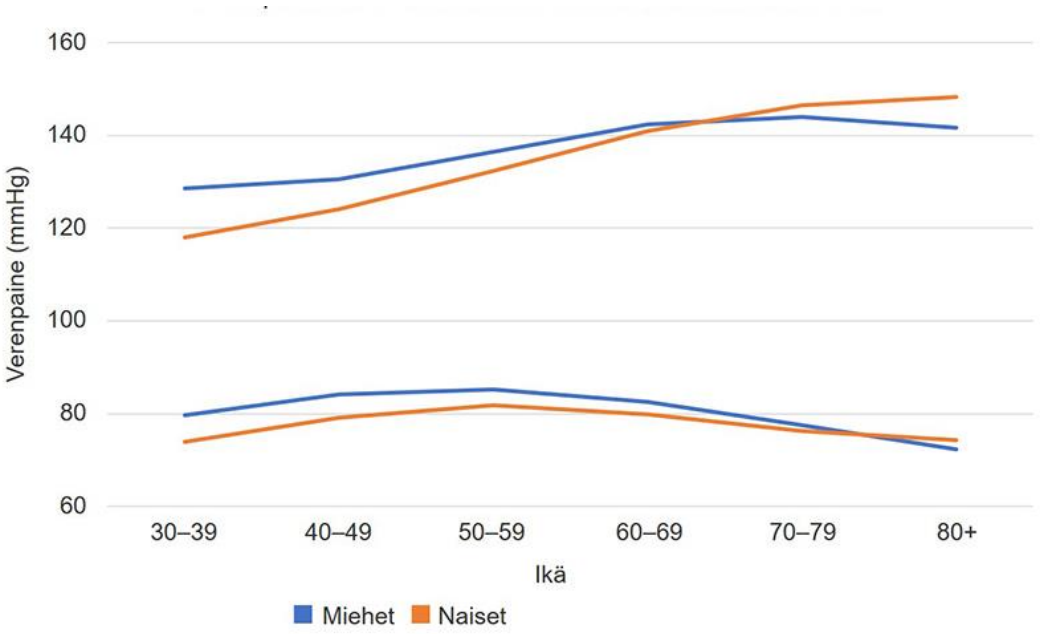
Kuvio 1. Verenpainetaudin yleisyys suomalaisessa väestössä vuonna 2017

Lähde: Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, 236 sivua. Helsinki 2012

2.3 Verenpaineen säätely

Verenpaineeseen vaikuttavat monet erilaiset tekijät. Näitä ovat muun muassa verenkierron nestemäärä, sydämen pumppausfunktio, ääreisverenkierron vastus ja veren tiheys. Verenpaineen säätelyyn osallistuvat lukuisat elimistön neuraaliset ja humoraaliset mekanismit.[4] Elintapatekijöillä on verenpaineeseen merkittävä vaikutus, kuten suolan liiallisella käytöllä, mustien makeisten syömisellä, ylipainolla, alhaisella fyysisellä toiminnalla ja tupakoinnilla. Perinnöllisellä alttiudella on myös vaikutusta verenpaineen kohoamiseen. Kohonneen verenpaineen hoitoon kuuluukin siksi erilaisin mekanismein vaikuttavia lääkehoitovaihtoehtoja, sekä elintapahoito. Ikä

nostaa verenpainetasoa suurella osalla väestöä (Kuvio 2).[2] Iän myötä verenpaineen säätelymekanismit heikkenevät ja suonten kimmoisuus vähenee.[4]



Kuvio 2. Verenpainetasot suomalaisessa väestössä vuonna 2017

Lähde: Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, 236 sivua. Helsinki 2012

Verenpaineessa tapahtuvat nopeat muutokset välittyvät hermoston sympaattisen osan kautta. Sympaattinen hermosto vaikuttaa myös verenvirtauksen muutoksiin. Fysiologisista mekanismeista vastaavat erilaiset kemo- sekä painereseptorit, jotka välittävät tietoa verenkierron tilasta ydinjatkeessa sijaitseville tumakkeille. Näiden järjestelmien vuoksi esimerkiksi unessa verenpaine laskee valveilla olevaan lepoverenpaineeseen verrattuna automaattisesti. Verenpaineen laskeminen aiheuttaa sympaattisen hermoston aktivaation, jonka vuoksi verisuonet supistuvat välittäjäaineiden vaikutuksesta. Sydämessä tapahtuvia muutoksia ovat sykkeen tihentyminen ja supistuvuuden lisääntyminen. Mikäli verenpaine nousee yli fysiologisen tason, aktivoituu parasympaattinen hermosto päinvastaisin vaikutuksin. Aamulla verenpaine onkin usein korkeimmillaan sympaattisessa hermostossa tapahtuvan aktivoitumisen myötä ennen heräämistä. RAA-järjestelmä, eli reniini-

angiotensiini-aldosteronijärjestelmä on tärkeä osa painetason pitkäaikaisessa säätelyssä. RAA-järjestelmän vaikutuksesta vapautuu verisuonten supistumista aiheuttavaa angiotensiini II (AT II) -hormonia. AT II lisää aldosteronin eritystä, joka aikaansaa veden ja natriumin erityksen vähentymisen. RAA-järjestelmän tehtävänä on verenpaineen ja nestetasapainon säätely. Verisuonten supistumista aiheuttavia muita hormoneja ovat vasopressiini ja endoteliini. Vastavaikuttajana sympaattisen hermoston ja RAA-järjestelmän toiminnalle ovat erilaiset natriureettiset peptidit. Erilaisissa kudoksissa ilmenee myös paikallista RAA-järjestelmän toimintaa, joiden vaikutusta verenpaineen säätelyssä ei vielä tarkoin tunneta. Suonten seinämillä on iso vaikutus kohonneen verenpaineen kehittymiseen. Suonten jäykistyminen keskikerroksen paksuuntumisen myötä johtaa systolisen paineen kohoamiseen.[4]

2.4 Verenpainetaudin patogeneesi

Kohonneen verenpaineen taustalla on pääsääntöisesti essentielli verenpainetauti, eli primaarinen verenpainetauti n. 90–95 % tapauksista. Kohonnutta verenpainetta selittää sekundaarinen verenpainetauti jäljelle jäävän 5–10 %, tällöin taustalla on osoitettavissa oleva syy. Essentiellin verenpainetaudin syntymekanimista on esitetty teorioita, mutta pääosin se on vielä epäselvä. Perintötekijöillä on vaikutusta kohonneen verenpaineen kehittymiseen. Mikäli molemmilla vanhemmilla on kohonnut verenpaine alle 55-vuotiaana, lapsella on 3,5-kertainen riski sairastua verenpainetautiin verrattuna henkilöihin, joiden vanhemmilla verenpainetautia ei ole. Alhaisen syntymäpainon on esitetty olevan altistava tekijä verenpainetaudille.[9]

Verenpainetaudin varhaisvaiheessa sydämen iskutilavuus on kohonnut ja tämän taustalla voi olla nestelastin kertyminen tai sympaattisen hermoston aktiivisuuden lisääntyminen. Varhaisvaiheessa tilanne on tilapäinen, mutta pitkittyvässä tilanteessa ison verenkierron lepotilan aikainen vastus lisääntyy ja verisuonten kompensatoriset mekanismit, kuten laajenemisvaste heikentyy rasituksen aikana. Patofysiologiassa taustalla on verisuonten keskiosan paksuuntuminen, joka kaventaa vastusverisuonten kokoa ja aiheuttaa laajenemiskyvyn heikentymistä. Erityisesti

kohonnut ”pahan kolesterolin” (low density lipoprotein, LDL) pitoisuus yhdessä heikentyneen laajenemisesta vastaavan typpidioksidisysteemin kanssa lisäävät vasodilataation heikkenemistä. Pitkittyneessä tilanteessa verenpaineen ollessa koholla elimistössä tapahtuu kuormitusmuutoksia, kuten sydämen vasemman kammion pumppausvaiheen seinämäkuorman lisääntymistä. Diastolinen toimintahäiriö on ensimmäisiä havaittavia muutoksia sydämen vasemman kammion funktiossa. Pitkittyneessä tilanteessa vasemman kammion lihasmassan määrä lisääntyy painetasosta ja sen kestosta riippuen. Lihasmassa kasvaa tällöin usein ilman kammion laajenemisvaikutusta, jolloin sydämen toimintahäiriöt etenevät. Vasen kammio kasvaa lihasmassaltaan suuremmaksi, seinämät paksunevat, mutta kammio ei laajene, mikä aiheuttaa itsenäisestikin kardiovaskulaaritautien vaarojen lisääntymisen. Hermoston sympaattisen aktiivisuuden lisääntyminen ja RAA-järjestelmän aktivaatio johtavat sydämen lihasmassan kasvuun, ja aiheuttavat sydämen systolisen seinämäkuorman lisääntymistä. Metabolisen oireyhtymän kautta kehittyvä insuliiniresistenssi aiheuttaa lisääntyneen insuliinin erityksen, mikä edelleen johtaa sympaattiseen aktivaatioon, sekä kasvutekijöiden lisääntymiseen.[9]

2.5 Verenpainetaudin kohde-elinvaurioita ja päätetapahtumia

Kohonneen verenpaineen hoitaminen on tärkeää, sillä kattavassa meta-analyysissa on tehty havainto, että kuolleisuuden ja sairastavuuden lisääntyminen tapahtuu verenpaineen kohotessa ilman selkeää verenpaineen raja-arvoa. Samaisessa tutkimuksessa ilmenee, että mikäli verenpaine nousee 20/10 mmHg verran, johtaa se aivohalvauksien ja sepelvaltimotaudin aiheuttaman kuolleisuuden riskin kohoamiseen 2–3 kertaiseksi.[10] Kohonneella verenpaineella on myös suora vaikutus elinikään. Henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine, elinajanodottama laskee, verrattuna henkilöihin, joiden verenpaine on normaali.[11]

Riski sairastua eteisvärinään on melkein kaksi kertaa suurempi henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine, verrattuna henkilöihin, joiden verenpaine on normaali.[12] Kohonneella verenpaineella on myös kiihdyttävä vaikutus sydämen vasemman kammion liikakasvuun normaaliväestöön verrattuna.[13] Kohonnut verenpaine johtaa sydämen vajaatoiminnan riskin lisääntymiseen mm. kammion liikakasvun ja hemodynamiikan säätelyssä tapahtuvien muutosten vuoksi.[9,14]

Mikäli henkilöllä on munuaisvaurioita, kohonnut verenpaine voi kiihdyttää vaurioiden etenemistä. Olemassa oleva munuaisvaurio saattaa aiheuttaa toisaalta verenpaineen kohoamista sekundaarisesti.[15] Kohonneen verenpaineen haittavaikutukset nousevat suuresti, mikäli potilaalla on samanaikaisesti erilaisia sydän- ja verisuonisairastavuuden riskitekijöitä.[16]

Kohonnut verenpaine voi aiheuttaa silmissä verkkokalvomuutoksia, joissa suonten seinämien paksuuntuminen johtaa silmien valtimoiden paksuuntumiseen. Tämän seurauksena voikin muodostua erilaisia verenkiertohäiriöitä, joista seuraa esimerkiksi mikroaneurysmia, verkkokalvon verenvuotoa, lipidieksudaatteja ja pieniä infarkteja. Verenpainetauti saattaa aiheuttaa turvotusta näköhermossa, joka verkkokalvomuutosten lisäksi voi aiheuttaa heikentymistä näkökyvyssä.[17]

Kohonnut verenpaine voi aiheuttaa ongelmia perifeerisissä, eli kehon ääreisosien valtimoissa. Kohonnut verenpaine on itsenäinen riskitekijä alaraajojen tukkivan valtimotaudin kehittymiselle. Verisuonien vaurioita, sekä suonien jäykistymistä

voidaan havaita mittaamalla mm. pulssipainetta, nilkka-olkavarsipainesuhdetta (ABI) tai kaulavaltimon seinämän paksuutta.[18]

2.6 Verenpainetaudin riskitekijöitä ja niiden yleisyys

Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan työikäisten lihavien osuus, painoindeksi (body mass index, BMI) keskimäärin ja vyötärölihavuus ovat olleet noususuuntaisia, mutta eläkeläisillä vastaavaa kasvua ei huomattu verrattuna vuoden 2017 tutkimukseen. Lihavuuden rajana pidetään BMI 30 kg/m^2 tai yli. Suomalaisista lihavia on n. 1,2 miljoonaa tutkittavista ja lihavuudella on yhteys sosioekonomisiin eroihin. Lihavuus on yleisempää matalammassa sosioekonomisessa luokassa.[19]

Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan henkilöiden määrä, jotka harrastavat vapaa-ajan liikuntaa, oli havaittavissa suotuisaa kehitystä tutkimusten välillä iäkkäämpien henkilöiden ryhmässä, mutta muutosta ei tapahtunut nuoremmassa työikäisten ryhmässä. Etenkin miehillä terveysliikuntasuositusten mukainen liikunta on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Naisilla liikunnan määrä on pysynyt ennallaan vuosien 2017 ja 2023 välillä. Kuitenkin yli puolet väestöstä ei vielä saavuta suositusten mukaisia liikuntamääriä ja tämä on yleistä etenkin iäkkäiden ja matalasti koulutettujen tutkimusjoukossa.[20]

Alkoholin humalakulutuksen ja riskikäytön myönteinen laskeva trendi on osin pysähtynyt. Riskikäytön rajan ylittävien henkilöiden määrä on vielä melko runsaslukuinen ollen yli miljoona henkilöä, mutta työikäisten alkoholia käyttävien määrä on hieman pienentynyt. Miespuolisista henkilöistä keski-ikäiset käyttävät alkoholia muita ikäryhmiä enemmän humalahakuisesti ja useammin.[21]

Ruokatottumuksissa havaittiin parantamisen varaa Terve Suomi 2023 -tutkimuksessa. Etenkin matalammin koulutettujen joukossa suositusten mukaiset kalan, hedelmien, kasvisten, marjojen ja täysjyvätuotteiden saantimäärät täyttyivät korkeasti koulutettuja harvemmin. Vanhemmassa väestössä tavoitteet täyttyvät nuorempia useammin. Jodioidun suolan käyttö ja kasviöljypohjaisen ruuanvalmistusrasvan käyttö on pääsääntöisesti hyvällä tasolla. Jodioidun suolan käyttäjien määrässä ei havaittu eroa aikaisempaan tutkimukseen verrattuna.[22]

Työikäisten tupakoivien määrä on laskenut. Miehillä päivittäin tupakoivien keskuudessa on ollut suotuisa trendi ja määrä on laskenut melkein 4 % mutta naisten joukossa muutosta ei ole tapahtunut. Valtaosa päivittäin savukkeita käyttävistä henkilöistä haluaisi lopettaa tupakoinnin.[23]

Sydän- ja aivoperäisten päätetapahtumien (sepelvaltimotautikohtaus tai aivohalvaus) sairastumisriskissä ei ole ollut muutoksia Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan. Riskitekijöistä on korostunut mm. lihavuuden yleistyminen, alhainen liikunnallinen aktiivisuus, ravitsemuksen ongelmakohdat ja verenpainetaudin hoidon heikko tasapaino. FINRISKI-laskuria käyttäen yli 10 % todennäköisyys tarkoittaa suurta riskiä sairastua aivohalvaukseen, sepelvaltimotautikohtaukseen tai molempiin kymmenen vuoden kuluessa. Raportin mukaan tutkittavan ikäryhmän (50–74-vuotiaat) miehillä lähes kaksi kolmannesta kuuluu suuren riskin ryhmään ja naisista hieman yli kolmannes.[24]

2.7 Verenpainetaudin hoito

2.7.1. Verenpainetaudin elintapahoito

Elintavoilla on merkittävä vaikutus kohonneen verenpainetaudin hoidossa ja näistä tärkeimpiä muokattavissa olevia elintapojen osa-alueita ovat liiallinen paino, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, alkoholin runsas käyttäminen ja liiallinen suolan käyttö.[2]

Suomalaisten suolan saanti (natriumin saanti) ylittää saantisuositukset, kun fysiologisen tarpeen rajaksi asetetaan 230 mg/vrk ja turvallisen vähimmäissaannin rajaksi asetetaan 575 mg/vrk. Miesten suolan keskimääräinen nautittu määrä on n. 9,5 g/vrk, mikä vastaa 3,7 g natriumia vuorokaudessa. Naisten vastaava suolan määrä on 7 g/vrk, mikä sisältää 2,7 g natriumia.[25,26] Riskiä sairastua sydän- ja verisuonitapahtumiin ja näiden aiheuttamaa kuolemariskiä voi alentaa laskemalla dieetin natriumin määrää.[27,28] Iänmukaista verenpaineen nousua voi myös mahdollisesti hillitä rajoittamalla natriumin saantia.[29] Natriumin määrän rajoittaminen dieetistä laskee verenpainearvoa rajoitetun annoksen mukaan enenevissä määrin.[30]

Lakritsiuute aiheuttaa verenpaineen nousua.[31] Meta-analyysin mukaan 200 g lakritsia, eli n. 400 mg glykyrritsiiniä nostaa verenpainetta n. 5/3 mmHg.[32]

Laihdutus on tehokas keino alentaa verenpainetta. Painonpudotus n. 4 kg noudattaen vähäenergistä dieettiä laskee verenpainetta n. 4/3 mmHg.[33]

Kohtuukuormitteisella kestävyysliikunnalla on osoitettu olevan suotuisa vaikutus verenpaineeseen henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine. Verenpaine laskee kohonneen verenpaineen omaavilla henkilöillä n. 8/5 mmHg, mutta normaalin verenpaineen omaavilla vaikutus verenpaineeseen on vähäinen.[34]

Verenpainetaso kohoaa runsaasti alkoholia käyttävillä henkilöillä, ja heillä havaitaan kohonnut riski päätetapahtumiin, kuten aivotapahtumiin.[35,36] Tupakoinnilla on osoitettu yhteys sympaattisen hermoston aktiivisuuden lisääntymiseen, mikä aiheuttaa tupakoivan henkilön syketason kohoamisen.[37] Verenpaineeseen tupakoinnilla melko vähäinen ja ajallisesti lyhytkestoinen merkitys, mutta

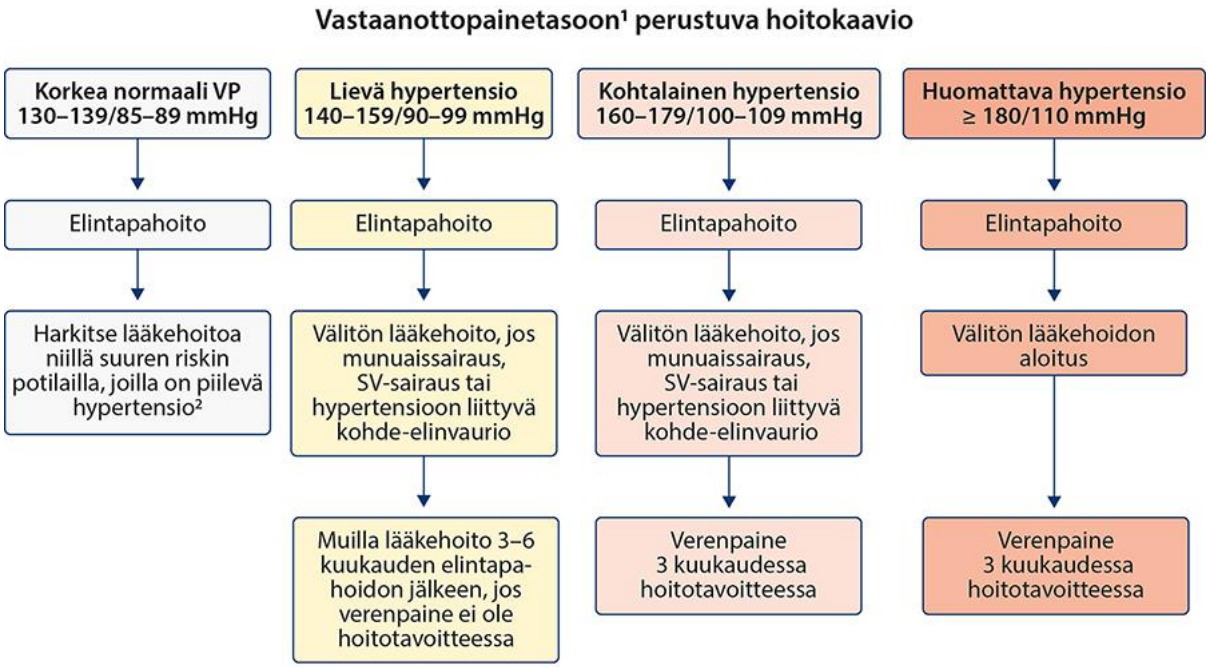
tupakoinnilla on merkittävä vaikutus kardiovaskulaarisiin päätetapahtumiin.[38,39] Päiväaikainen verenpainetaso systolisen paineen osalta laskee tupakoinnin lopettamisen jälkeen melkein 4 mmHg. Ennen tupakointia mitattuun aamuaikaiseen verenpaineeseen lopettamisella ei saada vaikutusta. Verenpainetason muutoksilla on yhteys sympaattisen hermoston aktiivisuuteen, jotka muuttuvat nopeasti tupakoinnin yhteydessä.[40]

Marjojen, hedelmien ja kasvisten runsas saanti dieetissä vaikuttaa edullisesti verenpainetasoon. Kasvisten ja hedelmien määrää lisäämällä antioksidanttien pitoisuudet nousevat.[41] Samalla dieetin kuitupitoisuus nousee, kaliumin ja kalsiumin suositusmäärät täyttyvät ja natriumin saanti laskee, millä keinoin saadaan edullinen vaikutus verenpaineeseen. Mikäli dieetti sisältää rasvattomia sekä vähärasvaisia maitovalmisteita, taikka natriumin saantia rajoitetaan, saadaan tällä tehostettua vaikutusta verenpaineeseen.[42,43] Dietäärinen kuitulisä saattaa vaikuttaa myönteisesti insuliiniherkkyyteen, sekä kaliumin ja magnesiumin saantiin ja täten vaikuttaa myönteisesti verenpainetasoon.[44,45]

2.7.2. Verenpainetaudin lääkehoito

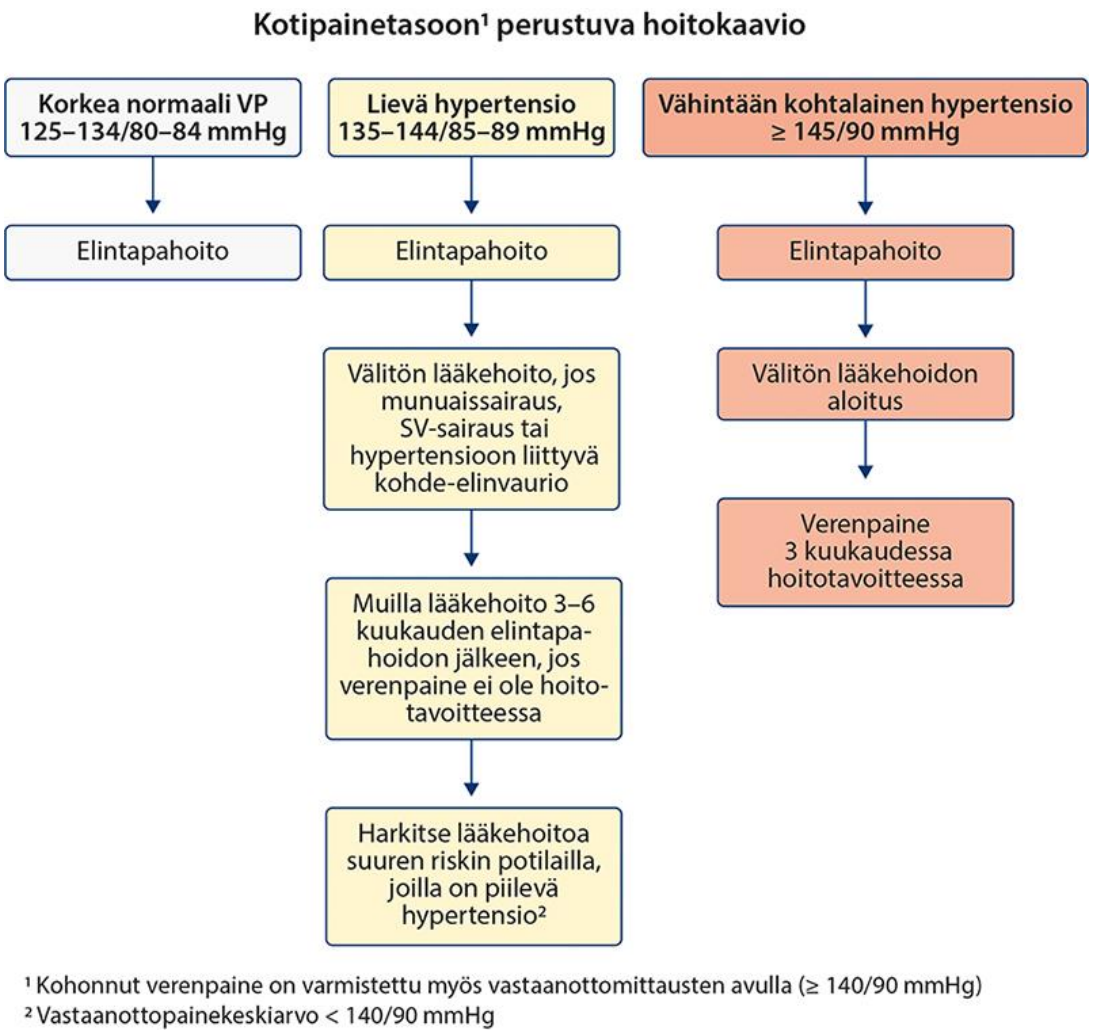
Kohonneeseen verenpaineeseen käytetään lääkehoitoa, mikäli verenpainetta ei saada riittävästi laskemaan elintapahoidolla. Kuvioissa 3 ja 4 on esitetty ajankohtaisen Käypä hoito -suosituksen mukaiset hoitolinjaukset perustuen eri verenpaineluokkiin.[2] Hoitotavoite kohonneen verenpaineen hoidossa on vähintään < 140/90 mmHg vastaanottopaineissa. Kireämpikin tavoite voidaan asettaa, mikäli haittoja ei ilmene.[2] Mikäli henkilön valtimotautiriski on suuri ylittäen 10 % rajan FINRISKI-laskurilla, voidaan hoitotavoitteena pitää tällöin < 130/80 mmHg verenpainetasoa.[46,47] Diabetesta sairastavilla henkilöillä hoitotavoitteena voidaan pitää 140/80 mmHg tasoa, mutta < 130/80 mmHg tason saavuttaminen saattaa vähentää diabetesta sairastavien aivotapahtumariskiä. Kyseistä alhaisempaa tavoitetta käytetään myös, mikäli diabetesta sairastavalla henkilöllä on osoitettavissa munuaisvaurion osoittava albumiinin päästö virtsassa. Munuaisten vajaatoimintaa kroonisesti sairastavilla henkilöillä pyritään alhaisempaan < 130/80 mmHg

hoitotavoitteeseen. Selvästi lisääntyneessä albuminuriassa, missä vuorokaudessa virtsaan erittyy albumiinia > 300 mg/vrk, tai kertanäytteessä U-Alb/Krea > 30 mg/mmol, pyritään myös tiukempaan verenpainetasoon munuaissairailla.[48] Ensilinjan lääkehoitona verenpainetaudissa pidetään angiotensiinireseptorin salpaajia (ATR-salpaajia), angiotensiiniä konvertoivan entsyymin estäjiä (ACE-estäjät), nesteenpoistolääkkeitä eli diureettiryhmän lääkkeitä ja kalsiumkanavan salpaajia.[49] Beetasalpaaja on indikoitu usein, kun potilaalla on tälle lääkeryhmälle toinenkin indikaatio, kuten sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt tai sepelvaltimotauti. Muut ensilinjan lääkkeet laskevat riskiä aivohalvaustapahtumaan enemmän kuin beetasalpaajat.[50–52]



¹ Kohonnut painetaso on varmistettu verenpaineen kotimittausten tai pitkäaikaisrekisteröinnin avulla²
² Kotipaine tai ambulatorinen päiväpaine ≥ 135/85 mmHg

Kuvio 3. Vastaanottopainetasoon perustuva hoitokaavio Lähde: Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2020. (viitattu 29.05.2024). www.kaypahoito.fi



Kuvio 4. Kotipainetasoon perustuva hoitokaavio. Lähde: Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2020. (viitattu 29.05.2024). www.kaypahoito.fi

Systolinen paine laskee keskimäärin 9 mmHg ja diastolinen paine laskee n. 6 mmHg, mikäli käytössä on yksi lääke keskimääräisellä annoksella. Haittavaikutuksien on osoitettu lisääntyvän etenkin beetasalpaajilla, diureeteilla ja kalsiumkanavan salpaajilla annosriippuvaisella tavalla, mutta muut ensilinjan lääkkeet siedetään yleisesti melko hyvin. Kohonneen verenpaineen hoidossa tulisikin käyttää useamman lääkkeen pienen annoksen yhdistelmiä, sillä tällä tavoin vastetta verenpainetasoon saadaan lisättyä ja haittavaikutuksia vähennettyä.[49,53]

Mikäli verenpainetta saadaan alennettua lääkkein 10/5 mmHg verran, vähenee 5-vuotisriski aivohalvaukseen kolmanneksella tai ylikin (30–40 %). Vakavien

sepelvaltimotapahtumien voi olettaa laskevan lähes viidenneksen (16 %).[54–56] Samainen verenpaineen lasku laskee runsaasti riskiä kohonneen verenpaineen aiheuttamaan sydämen vajaatoimintaan (n. 40 %) ja riski laskee lisää, mitä enemmän verenpaineen taso alenee.[57,58] Lääkehoito laskee isoloitunutta systolista verenpainetautia sairastavien riskin sepelvaltimotautikohtaukseen lähes neljänneksellä (23 %) ja aivotapahtumien riski alenee melkein kolmanneksen (30 %) neljän vuoden aikana.[59–61]
Verenpainetaudin hoidossa voidaan käyttää myös mineralokortikoidireseptorin salpaajia, alfasalpaajia ja sentraalista sympaattista hermostoa suppressoivia lääkkeitä, mutta näillä ei ole tieteellistä näyttöä sydän- ja verisuonitapahtumien riskin alentamisesta. Mineralokortikoidireseptorin salpaajista spironolaktonilla on kuitenkin osoitettu indikaatio ja tieteellisesti todistettua ennusteellista näyttöä sydämen vajaatoimintaa sairastavilla.[62]
Lääkehoidossa on hyvä huomioida myös potilaan rinnakkaissairastavuutta. Sydämen vasemman kammion hypertrofiaan (LVH) voidaan vaikuttaa estävästi hoitamalla kohonnutta verenpainetta, lisäksi jo ilmaantunut hypertrofia saattaa regressoitua.[63] Mitä tehokkaammin verenpainetta saadaan laskettua, sitä tehokkaampi vaikutus todennäköisesti tällä saadaan LVH:n eli vasemman kammion hypertrofian hoitoon.[2,63]

Sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä ACE-lääkityksen käytöllä saadaan vähennettyä riskiä äkkikuolemiin, sekä sydäninfarkteihin, mikäli henkilöllä löytyy sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä, potilas sairastaa diabetesta ja hänellä on valtimoverisuonia ahtauttava sairaus. ACE-lääkityksen tilalla voidaan käyttää ATR:n salpaajaa, mikäli tästä valmisteryhmästä tulee haittavaikutuksia potilaalle.[64]
Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla henkilöillä, joilla on sepelvaltimotauti, saadaan ennustetta parantavaa näyttöä beetasalpaajia käyttämällä.[65] Sydämen pumppaustoiminnan ollessa normaali ja sepelvaltimotapahtuman jälkeen vuoden kuluttua ennustenäyttö häviää.[66] Näiden valmisteiden rinnalle voidaan lisätä nesteenpoistolääkkeitä, tai kalsiumkanavan salpaaja, jotta saavutetaan yksilöllisesti asetetut verenpaineen hoitotavoitteet.[2,65,66]

Sydämen vajaatoiminnan estohoidossa kalsiumkanavan salpaavat saattavat olla ennustenäytöltään heikompi vaihtoehto kuin muut ensilinjan lääkkeet.[53] Käyttäessä

kalsiumkanavan salpaajaa muiden ensilinjan valmisteiden kanssa ennustenäytössä ei todeta muutoksia.[67] Oirehoitona muun muassa lisääntyneeseen hengenahdistukseen käytetään nesteenpoistolääkkeitä niiden edullisen vaikutusprofiilin ansiosta. Elimistön nestelastia saadaan purettua ja natriumia eritettyä virtsaan.[68,69]

Eteisvärinän riskiä saadaan mahdollisesti alennettua eniten ATR:n salpaajilla, sekä ACE-estäjillä. Eteisvärinän hoitoon kuuluu usein antikoagulaatio, josta voi aiheutua lisääntynyttä riskiä vuotoihin verenpaineen ollessa korkea. Verenpaineen ollessa hoitotasolla saadaan laskettua riskiä vuotoihin aivoissa.[70] Beetasalpaajia voidaan käyttää eteisvärinän lisäksi muissa hyvälaatuisiksi todetuissa rytmihäiriötapauksissa. Hitaiden rytmihäiriöiden hoidossa sydämen sykettä hidastavien kalsiumkanavan salpaajien, beetasalpaajien ja digoksiinin käyttö on kuitenkin vasta-aiheista, mikäli potilaalla ei ole tahdistinhoitoa.[2]

Raajojen perifeeristä valtimotautia sairastavilla verenpaineen hoidossa voidaan käyttää ensilinjan lääkkeitä, mutta beetasalpaajien kanssa olisi hyvä huomioida rinnakkaissairastavuus. Vasta-aiheita beetasalpaajille ei ole, varsinkin jos potilaalla on jokin muu indikaatio lääkkeelle.[71] Sydän- ja verisuonitapahtumien riski pienenee, kun verenpainetasoa saadaan laskettua tavoitteisiin henkilöillä, jotka sairastavat myös perifeeristä valtimotautia.[71,72]

Aivohalvauspotilailla kohonneen verenpaineen hoitoon ei ole määritetty ideaalista lääkkeellistä hoitoa, joten hoidossa tulisi huomioida myös muuta rinnakkaissairastavuutta, sekä yksilöiden erilaisia riskitekijöitä. Uuden aivotapahtuman riskiä saadaan laskettua verenpainetasoa alentamalla. Hoidossa olisi suotavaa käyttää esimerkiksi ATR:n salpaajaa tai vaihtoehtoisesti yhdistelmähoitona diureetteja ja ACE:n estäjiä.[2,60,73]

Munuaistaudeissa, jotka aiheuttavat albumiinin erittymistä virtsaan, suositellaan lääkehoidoksi ATR:n salpaajia tai ACE:n estäjiä, sillä niillä on näyttöä kyseisten tautien etenemisen hidastamisessa.[74] Suositeltavana lääkityksenä voidaan pitää yhdistelmähoidossa yllä mainittuja sekä kalsiumkanavan salpaajan tai diureetin käyttöä. Mikäli potilaan glomerulussuodosnopeus (GFR) pienentyy vaikea-asteisesti

tai kohtalaisen vaikea-asteisesti, tulisi diureettina käyttää loop-diureettia. Tiatsididiureettien teho saatetaan tällöin menettää. Munuaisten vajaatoiminnassa tulisi huomioida kohonneen kaliumpitoisuuden riski liittyen diureetteihin, jotka retentoivat kaliumia. Sama riski tulisi tiedostaa ACE:n estäjien ja ATR:n salpaajien käytössä, vaikka ne ovatkin ensilinjan lääkkeitä. Hoito edellyttääkin munuaisfunktion ja elektrolyyttien seurantaa.[2]

COPD:tä eli keuhkoahtaumatautia ja astmaa sairastavilla hoidoksi voidaan valita esim. ATR:n salpaaja, kalsiumkanavan salpaaja tai diureettihoito.[75] Ärsytysyskä on yleinen haittavaikutus ACE:n estäjillä. Keuhkojen toiminnan alenemista voidaan mahdollisesti havaita haittavaikutuksena beetasalpaajia käyttävillä. Osalla potilaista havaitaan myös heikentävä vaikutus avaavien lääkkeiden tehoon. Ennusteellinen sydän- ja verisuonivaikutus säilyy COPD:tä sairastavilla henkilöillä beetasalpaajaa käyttäessä.[2]

Verenpaineläkityksen aloituksen ja mahdollisten muutoksien ilmaantuessa suositellaan tiettyjen asetettujen aikavälein toteutettavia yhteydenottoja terveydenhuoltoon. Mikäli henkilön verenpainetaso pysyy optimaalisella tasolla vähintään vuoden ajan lääkehoidon ja elintapaintervention vaikutuksen vuoksi, voidaan harkita lääkityksen vähittäistä purkamista tai jopa lopettamista, mikäli kyseessä on lievä komplisoitumaton verenpainetauti.[2] Hoitotavoitteeseen pääsemiseen voivat vaikuttaa monenlaiset erilaiset tekijät, kuten potilaasta, lääkkeestä, lääkäristä ja hoitojärjestelmästä riippuvaiset asiat. Erilaisten tekijöiden kattavaa kartoittamista suositellaan, mikäli hoitotavoitteiden saavuttamisessa on vaikeuksia.[76]

2.8 Tietoisuus verenpainetaudista maailmalla

Raportissa jo aikaisemmin havaittiin kohonneen verenpaineen yleisyys suomalaisten keskuudessa. Yli kahdella miljoonalla suomalaisista on kohonnut verenpaine ja heidän hoitotasapainonsa on usein riittämätön. Verrattuna muuhun Eurooppaan suomalaisten verenpainetaso on korkeahko.[8] National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) -kyselyn mukaan Yhdysvalloissa tietoisuus verenpainetautia sairastavien keskuudessa on noussut 70 %:sta (vuosina 1999–2000) 84 %:iin (vuosina 2011–2014).[77] Kohonneen verenpaineen tietoisuuden lisäämiseksi Yhdysvalloissa on tehty lukuisia ohjelmia.[78]

Monet näistä ohjelmista on kohdennettu väestöryhmiin, joissa verenpaineen esiintyvyys on korkea, kuten afrotaustaisiin ja alhaisen sosioekonomisen aseman omaaviin henkilöihin. Ohjelmat ovat vaikuttaneet merkittävästi tietoisuuden lisäämiseen verenpainetaudista ja siihen kuuluvasta seulonnasta. Tällä hetkellä ei ole selkeitä eroja verenpainetietoisuudessa henkilöiden varallisuuden tai koulutustason mukaan, mikä on huomattava muutos verrattuna 1980-luvun loppuun ja 1990-luvun alkuun, jolloin tietoisuus oli vähäisempää heikosti koulutettujen keskuudessa, sekä alemman tulotason väestössä.[79]

Terveydenhuollon saatavuuden puute on edelleen esteenä verenpainetietoisuuden lisäämiselle Yhdysvalloissa. Vakuutetuilla yhdysvaltalaisilla aikuisilla tietoisuus kohonneesta verenpaineesta on korkeampi kuin henkilöillä, joilla vakuutusta ei ole. Vakuutettujen henkilöiden tietoisuus kattaa 86 % vakuutetuista, kun taas vakuuttamattomien henkilöiden tietoisuus kattaa n. 70 %.[80]

Tietoisuus verenpainetaudista vaihtelee maailmanlaajuisesti. Myös tietoisuus verenpainetaudin omaamisesta vaihtelee tutkimusten mukaan. Vuonna 2010 julkaistuun systemaattiseen katsaukseen perustuen 47 % korkeasta verenpaineesta kärsivistä henkilöistä maailmassa tiedosti sairastavansa verenpainetautia. Verenpainetaudin tietoisuus kasvoi eniten korkean tulotason omaavissa maissa verrattuna matalan tai keskitulotason maihin. Tietoisuus verenpainetaudista oli merkittävästi korkeampi vuonna 2010 korkeamman tulotason maissa verrattuna keskitulotason tai matalan tulotason maihin (67 % vs. 38 %).[81]

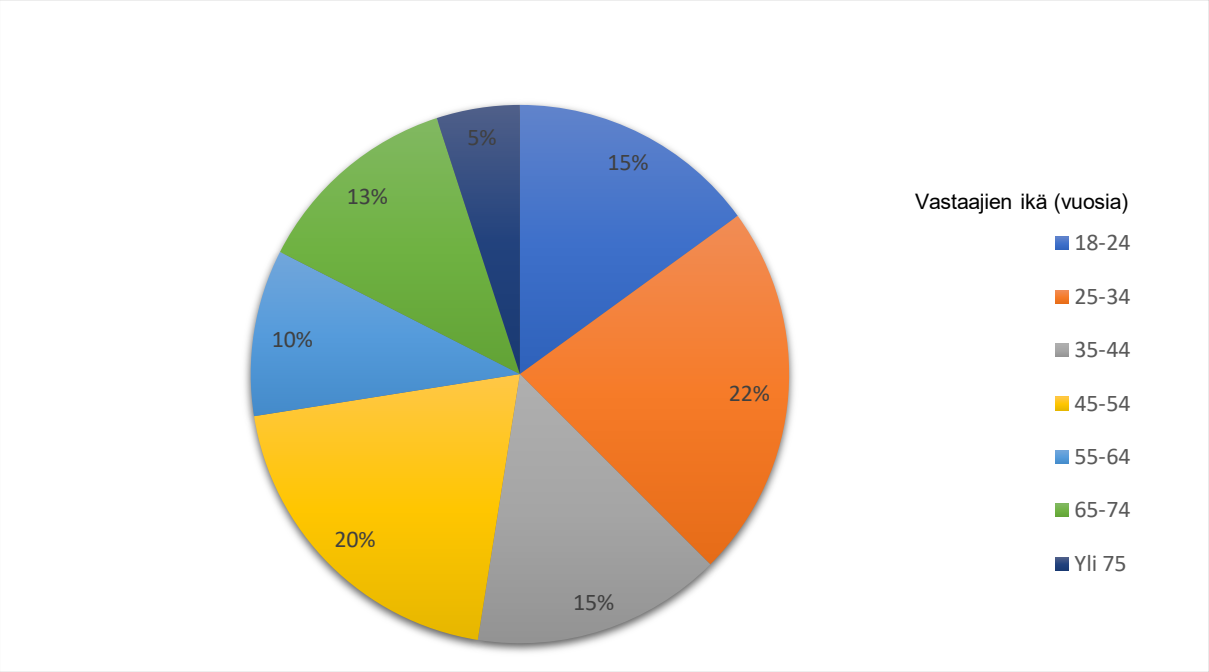
3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Raportin datan keruun menetelmänä toimi haastattelu kahtena eri päivänä Turun kävelykadulla. Haastattelupäivät olivat 20.5.2024 ja 21.5.2024 klo 16–17 välisenä aikana. Kysymyslauseena käytettiin seuraavaa: ”Mitä kohonnut verenpaine mielestäsi tarkoittaa?”. Tavoitteena oli haastatella 50 ihmistä satunnaisotannalla. Haastateltavien kokonaislukumäärä oli 78 henkilöä, joista vastauksen antoi 50 henkilöä. Vastausprosentti oli 64 % haastatelluista henkilöistä. Vastaajista henkilötietonsa (ikä ja sukupuoli) kertoivat 40 henkilöä. Vastauksia antaessa tutkimusjoukossa ilmeni nopeita vastauksia pohtimatta vain vähäinen osuus. Valtaosa vastaajista pysähtyi hetkeksi pohtimaan vastauksiaan ja esimerkiksi miettimään sairaushistoriaansa tai läheisten sairastavuutta. Haastattelutilanne oli pääosin kiireetön ja henkilöt suhtautuivat myönteisesti haastattelutapahtumaan. Tässä raportissa on käsitelty henkilötietonsa antaneiden 40 henkilön vastauksia. Vastauksista on erilliset liitesivut.

4 TULOKSET

4.1 Vastaajien ikäjakauma ja sukupuolijakauma

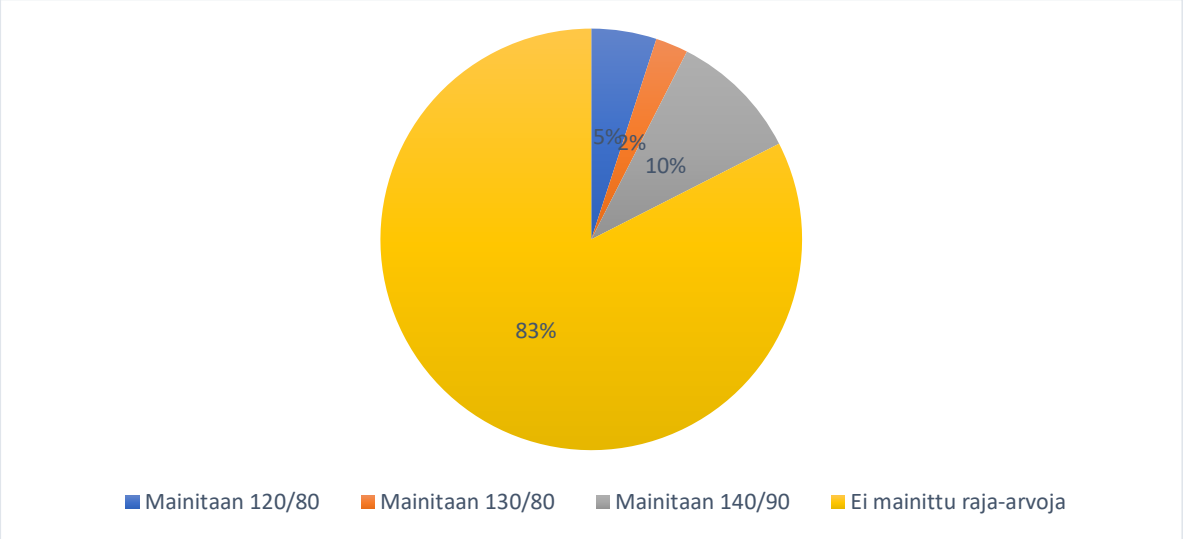
Vastaajista 22 (55 %) oli miespuolisia ja naispuolisia vastaajia oli 18 (45 %). Kuviossa 5 esitetään vastaajien ikäjakauma. Nuoret aikuiset (25–34-vuotiaat) ja 45–55-vuotiaat olivat vastaajien suurimmat ikäryhmät. Vastaajien pienin osuus oli vanhinta ikäryhmää, eli yli 75-vuotiaita.



Kuvio 5. Vastaajien ikäjakaumien osuudet (%).

4.2 Vastauksien raja-arvot kohonneelle verenpaineelle

Henkilöiden vastauksissa konkreettiset raja-arvot kohonneelle verenpaineelle ilmenivät kaiken kaikkiaan seitsemässä vastauksessa. Mikäli raja-arvot mainittiin, valtaosa vastaajista mainitsi raja-arvoksi oikean vastaanottopaineen kohonneelle verenpaineelle, eli 140/90 mmHg. Ideaalisen raja-arvon oli maininnut pienempi osuus henkilöistä ja vähäisin määrä vastaajista mainitsi arvon jotain tältä väliltä. Muissa vastauksissa raja-arvoa ei konkreettisesti mainittu, tai se ilmaistiin laveasti ilman numeerisia arvoja. Kuviossa 6 ilmenee vastaajien mainitsemien raja-arvojen osuudet.

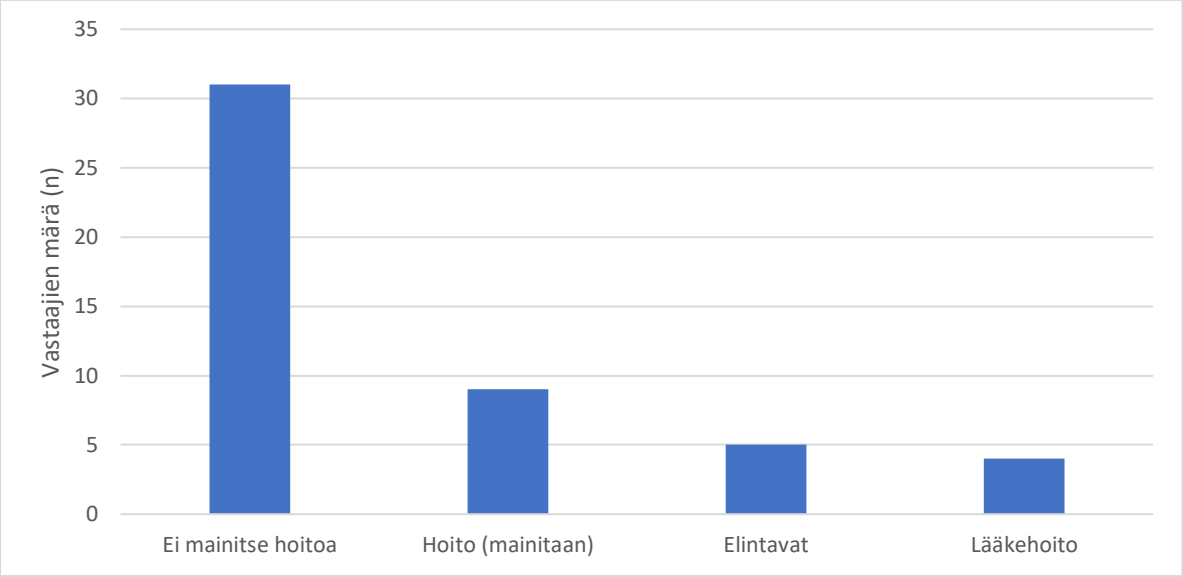


Kuvio 6. Kohonneen verenpaineen raja-arvojen esittäminen vastauksessa (%).

4.3. Hoitokeinojen maininta vastauksissa

Suurimmassa osassa vastauksissa ei mainittu hoitokeinoja kohonneen verenpaineen hoitamiseksi. Hoitokeinona kohonneeseen verenpaineeseen elintapahoidon on vastaajista maininnut reilu kymmenesosa (13 %) ja lääkehoito mainittiin hieman tätä vähäisemmin (10 %). Melkein neljänneksessä vastauksissa mainittiin jotain kohonneen verenpaineen hoitamisesta (lääkehoito/elintapahoito). Erilaisia elintapoja, joihin voidaan vaikuttaa vastaajien mukaan, olivat mm. stressi, stressihormonit,

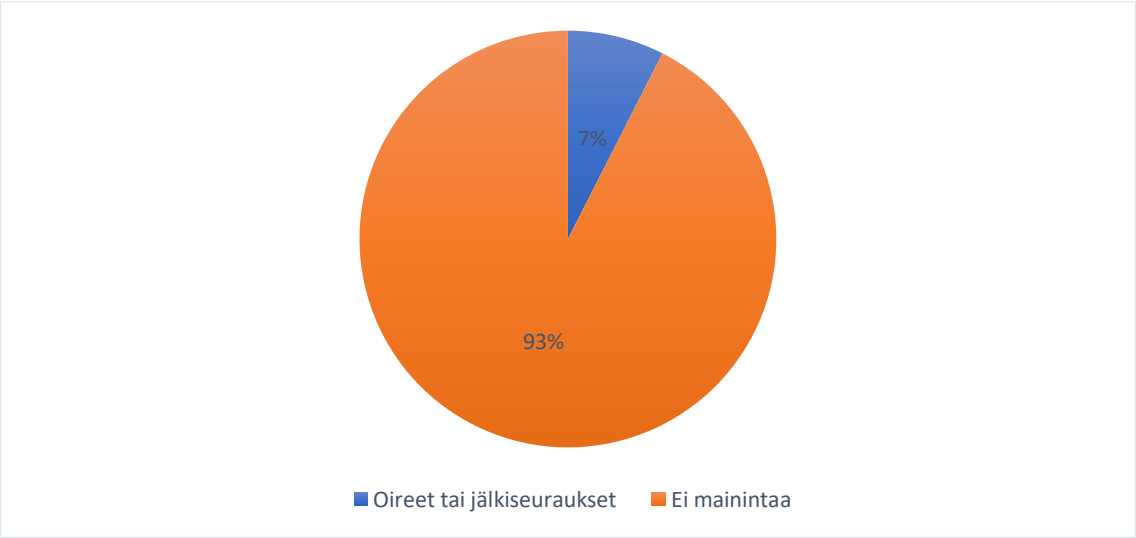
vähäinen liikunta, ylipaino, tupakointi, suolan syönti ja yleisesti maininta elintavoista. Kuviossa 7 esitetään jakauma hoitokeinojen maininnasta.



Kuvio 7. Hoitokeinojen maininta vastauksissa.

4.4 Oireet tai jälkiseuraukset vastauksissa

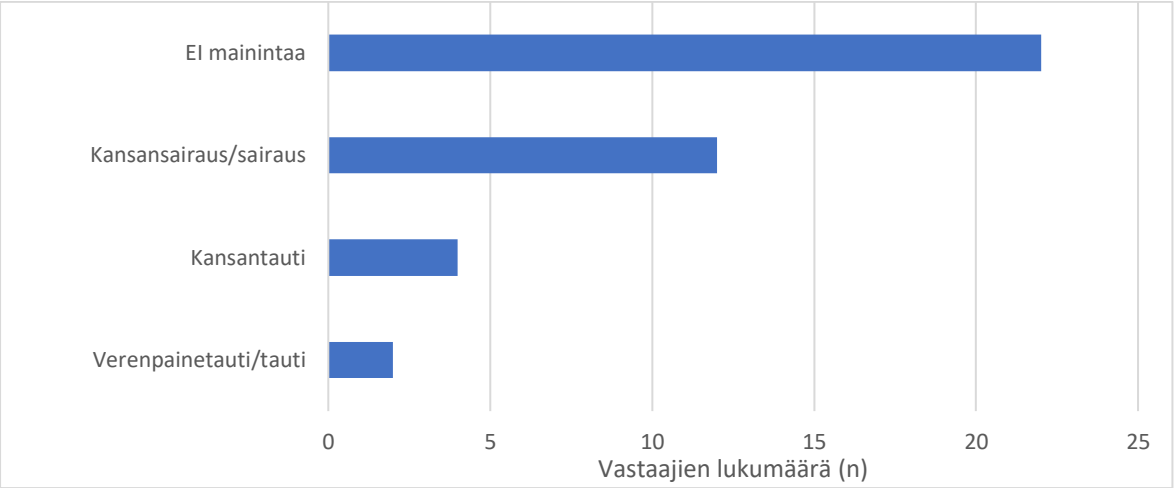
Kohonneen verenpaineen oireista ja jälkiseurauksista mainittiin elintapahtumat, sydänvaikutukset sekä verenpainetaudin oireettomuus. Suurimmassa osassa vastauksia näitä ei ilmennyt, mutta pienessä osassa vastauksia kyseisiä asioita mainittiin. Osuudet ilmenevät tarkemmin kuviossa 8.



Kuvio 8. Oireiden/jälkiseuraamusten mainintojen osuus (%).

4.5 Vastauksien maininta tauti- tai sairausluonteesta

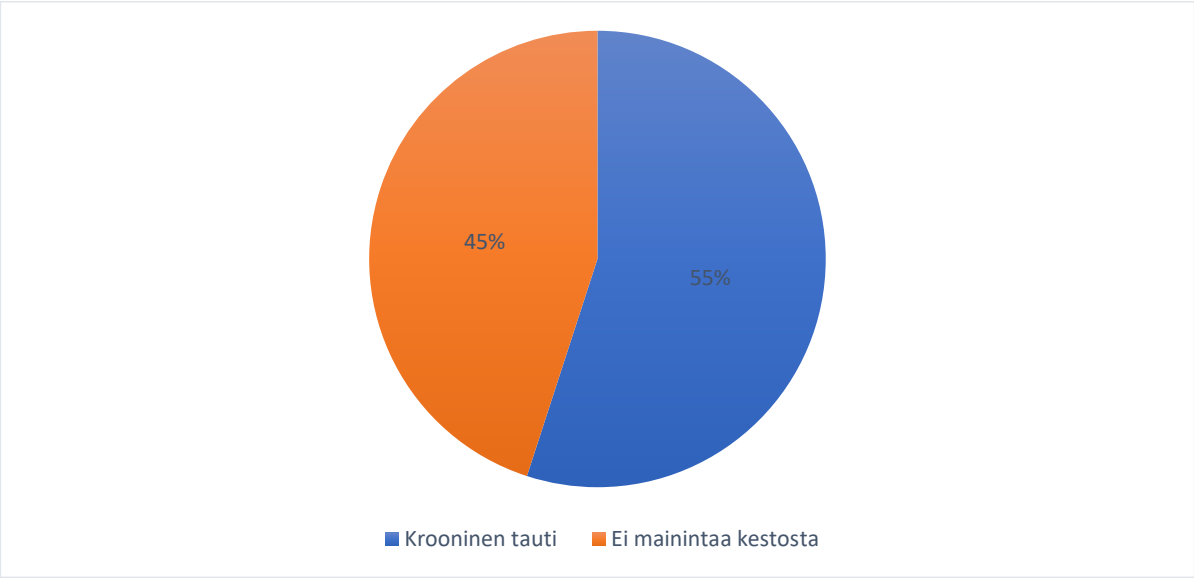
Kohonnutta verenpainetta tautina, sairautena tai kansantautina on pitänyt 18 vastaajaa. Suurimmassa osassa vastauksia ei ilmennyt kyseisiä mainintoja. Vastauksia analysoitaessa yhdistettiin vastaukset verenpainetaudista tai pelkästään taudista, ja näitä vastauksia ilmeni vähäisin osuus. Kansantauti mainittiin hieman runsaslukuisemmin (10 %). Kansansairaus tai sairaus mainittiin vastauksissa runsaslukuisimmin. Kuviossa 9 ilmenee tarkempi erittely kyseisten vastauksien lukumäärästä.



Kuvio 9. Kohonneen verenpaineen tulkitseminen kansansairaudeksi, -taudiksi tai verenpainetaudiksi

4.6. Vastauksien maininta pitkäaikaisuudesta

Kohonnutta verenpainetta kroonisena piti lähes puolet vastaajista. Tähän kriteeriin otettiin mukaan myös tautina, kansantautina tai sairautena kohonnutta verenpainetta pitävät henkilöt. Vastauksien jakauma ilmenee kuviossa 10, jossa nähdään, että suurimmassa osassa vastauksista ei kyseisistä asioista ole mainintaa.



Kuvio 10. Kohonneen verenpaineen kroonisuuden ilmaiseminen vastauksessa (%)

5 POHDINTA

Tämän raportin tavoitteena oli kartoittaa pienellä otoksella suomalaisten ajatuksia kohonneen verenpaineen merkityksestä. Vastauksien perusteella voisi päätellä tietoisuuden taudista olevan melko hyvä. Ihmisten vastauksissa ilmeni kattavasti erilaisia hoitokeinoja elintapojen sekä lääkehoidon osalta kohonneen verenpaineen laskemiseksi. Ymmärrettävää on, että tarkkojen raja-arvojen muistamisessa tapahtuu virheitä, mutta isolla osalla oli kuitenkin jonkinlainen käsitys kohonneen verenpaineen merkityksestä ja termin tarkoituksesta. Tätä päätelmää tukee suuren osan vastaajien suhtautuminen kohonneeseen verenpaineeseen sairautena tai kansantautina, ja haastaviakin päätetapahtumia osattiin nimetä. Vastaajien jakauma oli melko tasainen eri ikäluokkien osalta. Vastaajien sukupuolijakauma edusti kattavasti sekä miespuolisia, että naispuolisia henkilöitä.

Sitoutuminen verenpainetaudin hoitoon Suomessa on vielä puutteellista ja piilevää kohonnutta verenpainetautia ilmenee. Terve Suomi 2023 -tutkimuksen mukaan lääkehoitoa verenpainetason alentamiseen käyttävien keskuudessa vain alle puolet henkilöistä saavuttaa hoitotavoitteet. Hoitotasapainon parantamiseksi onkin tehtävä vielä työtä. [69] Hoitoon sitoutumista ajatellen tietoisuuden lisääminen olisi suotavaa ja suomalaiselle väestölle olisi hyvä korostaa kohonneen verenpaineen merkitystä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Verenpainetauti on hiljainen sairaus, joka ei usein ilmoita itsestään, joten sen seulominen suomalaisten keskuudessa oma-aloitteisesti olisi tärkeää.

Raportin heikkoutena on pieni satunnaisotanta henkilöiden osalta. Verenpainetautia sairastavien henkilöiden hoitoon sitoutumista ajatellen ja tietoisuutta lisätäksemme kattavampi haastattelu olisi suotavaa. Myös maantieteellinen rajoittuneisuus sisältyy raportin heikkouksiin.

LÄHTEET

1. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, ym. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;392(10159):1923–94.
2. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 29.05.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
3. Laatikainen T, Niiranen T, Lehtoranta L, Jousilahti P. Verenpaine – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/verenpaine.html [Viitattu: 22.1.2025].
4. Kantola I & Niiranen T (29.2.2024). Verenpaineen säätely. Teoksessa Airaksinen J (toim), Aalto-Setälä K, Hartikainen J, Junttila J, Laine M, Lommi J, Raatikainen P, Saraste A: Kardiologia. Kustannus Oy Duodecim, Turussa, Tampereella, Kuopiossa, Oulussa ja Helsingissä helmikuussa 2024 (luettu 29.05.2024). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kar01166.
5. Bliziotis IA, Destounis A, Stergiou GS. Home versus ambulatory and office blood pressure in predicting target organ damage in hypertension. J Hypertens. 2012;30(7):1289–99.
6. Niiranen TJ, Jula AM, Kantola IM ym. Prevalence and determinants of isolated clinic hypertension in the Finnish population: the Finn-HOME study. J Hypertens 2006;24:463-70.
7. Niiranen TJ, Jula AM, Kantola IM ym. Comparison of agreement between clinic and home-measured blood pressure in the Finnish population: the Finn-HOME Study. J Hypertens 2006;24:1549-55.
8. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
9. Kantola I & Niiranen T (29.2.2024). Hypertension patogeneesi. Teoksessa AiraksinenJ (toim), Aalto-Setälä K, Hartikainen J, Junttila J, Laine M, Lommi J, Raatikainen P, Saraste A: Kardiologia. Kustannus Oy Duodecim, Turussa, Tampereella, Kuopiossa, Oulussa ja Helsingissä helmikuussa 2024 (luettu 29.05.2024). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kar01167.
10. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N ym. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360:1903-13.
11. Franco OH, Peeters A, Bonneux L ym. Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women: life course analysis. Hypertension 2005;46:280-6.
12. Dzeshka MS, Shantsila A, Shantsila E ym. Atrial Fibrillation and Hypertension. Hypertension 2017;70:854-861.

13. Devereux RB, Pickering TG, Alderman MH ym. Left ventricular hypertrophy in hypertension. Prevalence and relationship to pathophysiologic variables. Hypertension 1987;9:II53-60.
14. Tocci G, Sciarretta S, Volpe M. Development of heart failure in recent hypertension trials. J Hypertens 2008;26:1477-86.
15. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL ym. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 1999;100:1134-46.
16. Berry JD, Dyer A, Cai X ym. Lifetime risks of cardiovascular disease. N Engl J Med 2012;366:321-9.
17. Summanen P (2018). Hypertensiivinen verkkokalvosairaus. Teoksessa Seppänen M, Holopainen N, Kaarniranta K, Setälä N, Uusitalo H (toim.). Silmätautien käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 2018, Päivitetty 8.9.2022 (luettu 30.5.2024). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/sil00057.
18. Williams B, Mancia G, Spiering W ym. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018;39:3021-3104.
19. Lehtoranta L, Kaartinen N, Jääskeläinen T, Mäki P, Pietiläinen K, Sares-Jäske L, Sääksjärvi K, Männistö S, Lundqvist A. Lihavuus – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/lihavuus.html [Viitattu: 22.1.2025].
20. Lahti J, Borodulin K. Fyysinen aktiivisuus ja istuminen – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/fyysinen_aktiivisuus_ja_istuminen.html [Viitattu: 22.1.2025].
21. Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Niemelä S, Peña S. Alkoholin käyttö – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/alkoholin_kaytto.html[Viitattu: 22.1.2025].
22. Kaartinen N, Sääksjärvi K, Tapanainen H, Lyytikäinen A, Maukonen M, Raulio S, Tammi R, Männistö S. Ruokatottumukset – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/ruokatottumukset.html [Viitattu: 22.1.2025].
23. Ruokolainen O, Ollila H, Jousilahti P, Kaprio J. Tupakka ja nikotiinituotteiden käyttö – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/tupakka_ja_nikotiinituotteiden_kaytto.html [Viitattu: 22.1.2025].
24. Lehtoranta L, Jousilahti P, Lundqvist A, Vartiainen E. Sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen riski – ilmiöraportti 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2023. Saatavilla: https://www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/sepelvaltimotaudin_ja_aivohalvauksen_riski.html[Viitattu: 22.1.2025].
25. Commission of the European Communities. Reports of the Scientific Committee for Food (Thirty-first series). Nutrient and energy intakes for the European Community. Luxembourg, 1993.

26. Valsta L, Kaartienen N, Tapanainen H, Männistö S (toim.) Nutrition in Finland - The Ntional FinDiet2017 Survey. THL Raportti 12/2018.
27. Perry IJ, Beevers DG. Salt intake and stroke: a possible direct effect. J Hum Hypertens 1992;6:23-5.
28. Alderman MH, Cohen H, Madhavan S. Dietary sodium intake and mortality: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I). Lancet 1998;351:781-5.
29. Elliott P, Stamler J, Nichols R ym. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. Intersalt Cooperative Research Group. BMJ 1996;312:1249-53.
30. He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term salt reduction on blood pressure (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
31. Elomaa I. Lakritsioireyhtymä. Duodecim 1975; 91:600-606.
32. Penninkilampi R, Eslick EM, Eslick GD. The association between consistent licorice ingestion, hypertension and hypokalaemia: a systematic review and meta-analysis. J Hum Hypertens 2017;31:699-707 .
33. Neter JE, Stam BE, Kok FJ ym. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 2003;42:878-84.
34. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc 2013;2:e004473.
35. Marmot MG, Elliott P, Shipley MJ ym. Alcohol and blood pressure: the INTERSALT study. BMJ 1994;308:1263-7.
36. Gill JS, Shipley MJ, Tsementzis SA ym. Alcohol consumption--a risk factor for hemorrhagic and non-hemorrhagic stroke. Am J Med 1991;90:489-97 .
37. Linneberg A, Jacobsen RK, Skaaby T ym. Effect of Smoking on Blood Pressure and Resting Heart Rate: A Mendelian Randomization Meta-Analysis in the CARTA Consortium. Circ Cardiovasc Genet 2015;8:832-41 .
38. Ursoniu S, Mikhailidis DP, Serban MC ym. The effect of statins on cardiovascular outcomes by smoking status: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Pharmacol Res 2017;122:105-117.
39. Wong ND. Epidemiological studies of CHD and the evolution of preventive cardiology. Nat Rev Cardiol 2014;11:276-89.
40. Oncken CA, White WB, Cooney JL ym. Impact of smoking cessation on ambulatory blood pressure and heart rate in postmenopausal women. Am J Hypertens 2001;14:942-9.
41. John JH, Ziebland S, Yudkin P ym. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359:1969-74.
42. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM ym. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001;344:3-10.
43. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E ym. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med 1997;336:1117-24.
44. Whelton SP, Hyre AD, Pedersen B ym. Effect of dietary fiber intake on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled clinical trials. J Hypertens 2005;23:475-81.

45. Streppel MT, Arends LR, van ’t Veer P ym. Dietary fiber and blood pressure: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Arch Intern Med 2005;165:150-6.
46. SPRINT Research Group., Wright JT Jr, Williamson JD ym. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med 2015;373:2103-16.
47. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB ym. Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged =75 Years: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2016;315:2673-82 .
48. Diabeettinen nefropatia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Nefrologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2007 (viitattu 29.1.2025). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
49. Turnbull F, Blood Pressure Lowering Treatment Trialists’ Collaboration.. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003;362:1527-35.
50. Khan N, McAlister FA. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. CMAJ 2006;174:1737-42.
51. Wiysonge CS, Bradley H, Mayosi BM ym. Beta-blockers for hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2007;1:CD002003 .
52. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet 2005;366:1545-53.
53. Law MR, Wald NJ, Morris JK ym. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. BMJ 2003;326:1427.
54. Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. Br Med Bull 1994;50:272-98 .
55. Collins R, Peto R, MacMahon S ym. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-38 .
56. Lawes CM, Bennett DA, Feigin VL ym. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. Stroke 2004;35:776-85.
57. Moser M, Hebert PR. Prevention of disease progression, left ventricular hypertrophy and congestive heart failure in hypertension treatment trials. J Am Coll Cardiol 1996;27:1214-8.
58. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009;338:b1665.
59. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG ym. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet 2000;355:865-72.
60. Kjeldsen SE, Dahlöf B, Devereux RB ym. Effects of losartan on cardiovascular morbidity and mortality in patients with isolated systolic hypertension and left ventricular hypertrophy: a Losartan Intervention for Endpoint Reduction (LIFE) substudy. JAMA 2002;288:1491-8.
61. Schall P, Wehling M. Treatment of arterial hypertension in the very elderly: a meta-analysis of clinical trials. Arzneimittelforschung 2011;61:221-8.
62. Calhoun DA. Use of aldosterone antagonists in resistant hypertension. Prog Cardiovasc Dis 2006;48:387-96.
63. Salvetti M, Paini A, Bertacchini F ym. Changes in left ventricular geometry during antihypertensive treatment. Pharmacol Res 2018;134:193-199.

64. Al-Mallah MH, Tleyjeh IM, Abdel-Latif AA ym. Angiotensin-converting enzyme inhibitors in coronary artery disease and preserved left ventricular systolic function: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Coll Cardiol 2006;47:1576-83.
65. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 27.6.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
66. Stabiili sepelvaltimotauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 27.6.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
67. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering treatment. 6. Prevention of heart failure and new-onset heart failure--meta-analyses of randomized trials. J Hypertens 2016;34:373-84; discussion 384.
68. Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 27.6.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
69. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A ym. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387:957-967.
70. Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 27.6.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
71. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MLEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, ym. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Vsk. 39, European Heart Journal. Oxford University Press; 2018. s. 763–816.
72. Diehm N, Schmidli J, Setacci C ym. Chapter III: Management of cardiovascular risk factors and medical therapy. Eur J Vasc Endovasc Surg 2011;42 Suppl 2:S33-42.
73. PROGRESS Collaborative Group.. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet 2001;358:1033-41 .
74. Hilgers KF, Mann JF. ACE inhibitors versus AT(1) receptor antagonists in patients with chronic renal disease. J Am Soc Nephrol 2002;13:1100-8.
75. Farsang C, Kiss I, Tykarski A, Narkiewicz K. Treatment of hypertension in patients with chronic obstuctive pulmonary disease (COPD). ESH nes letter 2016; 17:nr.62.
76. Carey, R. M., Muntner, P., Bosworth, H. B., & Whelton, P. K. (2018). Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. Journal of the American College of Cardiology, 72(11), 1278–1293. https://doi.org/10.1016/J.JACC.2018.07.008.
77. R. Paulose-Ram, Q. Gu, B. Kit. Characteristics of U.S. adults with hypertension who are unaware of their hypertension, 2011–2014 NCHS Data Brief, 278 (2017), pp. 1-8.
78. T.R. Frieden, D.M. Berwick. The “Million Hearts” initiative—preventing heart attacks and strokes N Engl J Med, 365 (2011), p. e27.

79. V.L. Burt, J.A. Cutler, M. Higgins, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension, 26 (1995), pp. 60-69.
80. B.M. Egan, J. Li, J. Small, P.J. Nietert, A. Sinopoli The growing gap in hypertension control between insured and uninsured adults: National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2010. Hypertension, 64 (2014), pp. 997-1004.
81. K.T. Mills, J.D. Bundy, T.N. Kelly, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries Circulation, 134 (2016), pp. 441-450.

Liite 1. Haastattelun vastaukset.

1. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpainetta, joka on yli 120/80 mitattuna verenpainemittarilla. Mies, 28 vuotta
2. Kohonnut verenpaine tarkoittaa liian korkeaa verenpainetta, jota pitää hoitaa lääkkeillä. Nainen, 35 vuotta
3. Kohonnut verenpaine tarkoittaa liian suurta veren sisäistä painetta. Mies, 64 vuotta
4. Kohonnut verenpaine tarkoittaa sairautta, jossa verenpaine nousee korkeammaksi kuin asetetut raja-arvot. Mies, 22 vuotta
5. Kohonnut verenpaine on oireeton sairaus, jonka huomaa mittaamalla liian korkean verenpainearvon. Nainen, 47 vuotta
6. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpainetta, joka on yli 130/80. Mies, 31 vuotta
7. Kohonnut verenpaine on yksilöllisiin verenpainearvoihin perustuva sairaus, jossa verenpaine suonissa nousee liian korkeaksi. Nainen, 19 vuotta
8. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpaineen kohoamista liian suureksi. Nainen, 52 vuotta
9. Kohonnut verenpaine on suomalainen kansantauti. Nainen, 71 vuotta
10. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpaineen kohoamista korkeammaksi kuin raja-arvot, joita en nyt muista. Mies, 29 vuotta
11. Kohonnut verenpaine on suomalainen yleinen sairaus, jossa suonissa paine nousee liian korkeaksi. Mies, 55 vuotta
12. Tiedän, että tutullani on sellainen sairaus ja siinä verenpaine nousee liian korkeaksi ja täytyy käyttää lääkkeitä. Nainen, 84 vuotta
13. Kohonnut verenpaine tarkoittaa sairautta, jossa verenpaine nousee yli 140/90. Mies, 66 vuotta
14. Kohonnut verenpaine tarkoittaa tautia, jossa verenpaine kohoaa ja on kohonneena jatkuvasti. Mies, 44 vuotta
15. Kohonnut verenpaine on kansansairaus, ja siinä on liian korkea verenpaine. Korkea verenpaine voi aiheuttaa sydänkohtauksen. Nainen, 36 vuotta
16. Kohonnut verenpaine tarkoittaa korkeaksi noussutta verenpainetta. Mies, 18 vuotta

17. Kohonnut verenpaine on monitekijäinen sairaus, jossa verenpaine nousee pitkäksi aikaa liian korkeaksi. Mies, 39 vuotta
18. Kohonnut verenpaine tarkoittaa sairautta, jossa diastolinen verenpaine on yli 90 ja systolinen 140. Nainen, 35 vuotta
19. Kohonnut verenpaine vaikuttaa monta asiaa esim. tupakka, vähäinen liikunta ja stressihormonit ja silloin verenpaine nousee korkealle. Mies, 21 vuotta
20. Kohonnut verenpaine on kansantauti, jossa verenpaine nousee yli raja-arvojen, ja siitä voi seurata elimille haittaa. Nainen, 49 vuotta
21. Kohonnut verenpaine tarkoittaa korkeaa verenpainetta. Mies, 56 vuotta
22. Kohonnut verenpaine on sairaus. Nainen, 82 vuotta
23. Kohonnut verenpaine on kansantauti, jossa verenpaine on liian korkea. Mies, 37 vuotta
24. Kohonnut verenpaine tarkoittaa pitkään kohonnutta verenpainetta. Nainen, 29 vuotta
25. Kohonnut verenpaine on usein stressiin liittyvää verenpaineen nousua. Nainen, 28 vuotta
26. Kohonnut verenpaine on monesta tekijästä johtuvaa kohonnutta verenpainetta pitkäaikaisesti. Mies, 30 vuotta
27. Kohonnut verenpaine tarkoittaa liian korkeaa verenpainetta, johon voi vaikuttaa elintavoilla. Nainen, 61 vuotta
28. Kohonnut verenpaine on termi kohonneelle verenpaineelle. Nainen, 73 vuotta
29. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpainetta yli 120/80. Nainen, 19 vuotta
30. Kohonnut verenpaine on lääkkeillä hoidettava sairaus, jossa verenpaine on liian korkea. Mies, 74 vuotta
31. Kohonnut verenpaine on kansantauti suomessa, jossa verenpainetaso ylittää sille asetetut rajat. Mies, 66 vuotta
32. Kohonneessa verenpaineessa verenpaine kohoaa ja siihen voi auttaa esim. mindfulness-harjoitukset ja rentoutuminen. Nainen, 24 vuotta
33. Kohonnut verenpaine on verenpainetauti. Mies, 33 vuotta
34. Kohonnut verenpaine on pitkään kohonnut verenpaine. Mies, 43 vuotta
35. Kohonnut verenpaine tarkoittaa verenpaineen nousemista liian korkeaksi. Mies, 48 vuotta
36. Kohonnut verenpaine on 140/90 luokkaa. Mies, 39 vuotta
37. Kohonnut verenpaine: verenpaineeseen määrätään lääkitys. Mies, 59 vuotta

38. Kohonneessa verenpaineessa verenpaine on useissa mittauksissa koholla. Nainen, 54 vuotta
39. Kohonneessa verenpaineessa paineet ovat ylhäällä ja siihen vaikuttaa monta asiaa, kuten stressi, suolan syönti ja ylipaino. Nainen, 47 vuotta
40. Kohonnut verenpaine on sairaus, jossa verenpaineet ovat pitkittyneesti yli 140/90. Mies 59, vuotta