

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. (B)**

Verrattuna tavanomaista terveysneuvontaa saaneisiin kirjallisen materiaalin, videoiden ja ryhmäkeskustelujen yhdistäminen lisäsi verenpainetautia sairastavien tietoisuutta kohonneesta verenpaineesta (*interventioryhmä* 0 kk: mean 9,64; SD $\pm 3,35$; 4 kk: 12,63 $\pm 2,13$; 5 kk: 13,13 $\pm 1,39$, vs. *kontrolliryhmä* 0kk: 9,69 $\pm 3,5$; 4kk: 9,71 $\pm 3,47$; 5kk: 9,76 $\pm 3,43$; F 108,12; np^2 0,36; $p < 0,001$).

Nigerialaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹ tarkasteltiin korkeaan verenpaineeseen liittyvän ryhmäohjauksen vaikutusta verenpainetaudin ennaltaehkäisyyn, omahoitoon ja verenpainetautiin liittyvään tietämukseen eläkeläisillä (n = 392). Tutkimuksen sisäänottokriteerit (eläkeläinen, ikä > 60 vuotta, ei aiempia sairauksia) täyttäneet osallistujat valittiin mukavuusotannalla kahden asuinalueen eläkeläisistä, minkä jälkeen heidät jaettiin interventioryhmään (n = 197) ja kontrolliryhmään (n = 195): 1. verenpaineen omahoitoa ja verenpainetietoisuutta tukeva ryhmäpohjainen ohjaus (n = 199) ja 2. tavanomainen terveysneuvonta (n = 199). Interventioryhmä osallistui ammattilaisen pitämään ryhmäohjaukseen (60 minuuttia/viikko, 12 viikon ajan; 50 tutkittavaa/ryhmä) verenpainetaudista ja sen omahoidosta. Interventioryhmään kuuluvat saivat lisäksi kirjallisen materiaalin korkean verenpaineen hoidosta, videomateriaalia, kaavioita sekä osallistuivat ryhmäkeskusteluun. Kontrolliryhmään kuuluneet osallistuivat ammattilaisen pitämiin ryhmäohjaustapaamisiin (45 minuuttia/viikko, 12 viikon ajan), jotka sisälsivät keskustelua verenpaineesta, mutta ryhmän jäsenet eivät saaneet kirjallista interventiomateriaalia. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien tietämystä verenpainetaudista 15 kysymyksellä (vastausvaihtoehdot kyllä = 1 p/ ei ja/tai en tiedä = 0 p, asteikko 0–15, jossa 15 kuvaa parhaaksi arvioitua tietämystä). Verenpainetaudin ennaltaehkäisyä ja omahoidon toimintatapoja arvioitiin kuudella osa-alueella: Elämäntapoja mitattiin Short international physical activity questionnaire form (IPAQ-SF) -mittarilla (3 kysymystä, 4-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–9, jossa ≥ 8 kuvaa aktiivista fyysistä liikkuamista), unen laatua Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) -mittarilla (modifioituna kysymykset 6–8, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–3, jossa 0 kuvaa ”ei unihäiriöitä”), päihteiden käyttöä kolmella kysymyksellä (tupakointi kyllä = 1 p / ei = 0; alkoholin käyttö, 3 portainen Likert-asteikko; kokonaispisteiden asteikko päihteiden käytön osalta 0–7, jossa ≥ 5 kuvaa haitallista päihteiden käyttöä), terveellisen ruokavalion noudattamista Dietary screening

questionnaire (SDQ) -mittarilla (Modifioitu 2 kysymystä, 4 portainen asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–3, jossa 3 kuvaa terveellisempää ruokavaliota), lääkehoitoon sitoutumista Morinsky medication adherence scale (MMAS-4) -mittarilla (4 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–4, jossa ≥ 3 kuvaa heikkoa sitoutumisen tasoa), ja kotiverenpainemittausten toteutumista yhdellä kysymyksellä (asteikko 0–3, jossa 3 kuvaa sitoutumista verenpaineen mittaamiseen kotona). Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 65,9 \pm 8,9 vuotta, 49,7 % heistä oli naisia ja 55,6 % oli kohonnut verenpaine (BP yli 140/90 mmHg). Keskimääräinen verenpaine oli 136,5 \pm 13,3 /87,9 \pm 9,1 mmHg. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Pienryhmässä toteutettuun omahoidon tukiohjelmaan osallistuminen lisäsi verenpainetautia sairastavien henkilöiden tietoisuutta omahoidon toteuttamisen vaatimuksista verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin (KSCDQ mean 54,02 vs. 48,95; Z -2,041; p < 0,041).

Thaimaalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa² (RCT) tarkasteltiin pienryhmässä toteutetun omahoidon tukiohjelman vaikutusta verenpaineen hallintaan aikuisilla (n = 96), joilla oli verenpainetauti ja korkea verenpaine (systolinen RR > 140 ja /tai diastolinen RR > 90). Tutkimukseen osallistuneista 60,4 % oli naisia ja keskimäärin osallistuneilla oli ollut kohonnut verenpaine yli kuuden vuoden ajan. Interventior ryhmään kuuluvat (n = 50; keski-ikä 61,2 v; 39–78 v) saivat tavanomaista hoitoa, minkä lisäksi he osallistuivat pienryhmäpohjaiseen omahoidon tukiohjelmaan (kolme 2 h työpajaa ja 7 motivaatiokirjettä, joista yksi perheenjäsenelle; ohjelman kesto 10 vk), joihin kuului tiedonantoa, reflektiovia keskusteluja ja simulaatiotilanteita. Kontrolliryhmään kuuluvat (n = 46; keski-ikä 60,9 v; 33–82 v) saivat tavanomaista hoitoa. Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista, kyselyhaastatteluilta ja kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin vastaajan kognitiivisia kykyjä Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) -mittarilla (10 kysymystä, vastaukset oikein = 1 p, väärin = 0 p, asteikko 0–10, jossa ≥ 8 kuvaa hyvää tasoa), tietämystä verenpainetaudista ja omahoidosta Knowledge of Self-Care Demands Questionnaire (KSCDQ) -mittarilla (36 kysymystä, vastaukset oikein = 1 p, väärin = 0 p, asteikko 0–36, jossa 36 kuvaa korkeinta tasoa) ja kykyä tiedonkäyttöön omahoidossa Self-Care Ability for Blood Pressure Control Questionnaire (SCABPQ) -mittarilla (14 kysymystä, asteikko 0–3, jossa 3 kuvaa hyvää kykyä tiedonkäyttöön) sekä mitattiin verenpaine ennen interventiota ja neljän viikon kuluttua interventiosta. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja tilastollisilla testeillä (Khiin neliö -testi, Mann-Whitney U -testi ja t-testi).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/13, puutteet kriteereissä 4,5,6,9,12

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tulosten luottamusvälejä tai keskihajontoja ei mainittu, interventiota ei ollut sokkoutettu.

Lyhytkestoinen (3 kk) yksilöllisesti räätälöity pienryhmässä toteutettu opetusohjelma lisäsi kontrolliryhmään verrattuna verenpainetautia sairastavien tietämystä verenpainetaudista (mean 2,77; SD $\pm 2,7$ vs. 7,99; $\pm 1,73$; $p < 0,001$) sekä vahingollisesta elintapakäyttymisestä (3,15: $\pm 1,52$ vs. 4,53; $\pm 1,23$).

Iranilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa³ tutkittiin lyhytkestoi-
sen ohjausohjelman vaikutuksia elintapamuutoksiin, tietämykseen ve-
renpainetaudista ja verenpaineen hallintaan aikuisilla, joilla on veren-
painetauti (n = 100). Interventio alkoi jokaisen osallistujan yksilöllisellä
kasvokkain toteutetulla ohjauksella, jonka toteutti koulutettu kardiologi-
aan erikoistuva lääkäri. Ohjauksen aiheina olivat verenpaineen ja kont-
rolloidun verenpaineen määrittely, korkean verenpaineen oireet ja
komplikaatiot, seuranta ja lääkitys. Lisäksi osallistujat saivat asiantun-
tijalta ohjausta ravitsemuksesta ja liikunnasta. Ravitsemustottumusten
arvioinnissa käytettiin ravitsemustottumuskyselyä (a diet habit questi-
onnaire). Kasvokkain toteutetun ohjauksen jälkeen osallistujat jaettiin
kymmenen osallistujan pienryhmiin. Pienryhmille järjestettiin kerran
kuukaudessa kaksi yhden tunnin kestävää ohjaustapaamista, joissa
käsiteltiin korkeaa verenpainetta, sairauden etenemistä (course of ill-
ness), oireita, verenpaineen kotimittausta, terveellistä elintapaa ja lii-
kuntaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluin, kyselylomak-
keella ja fysiologisin mittauksin. Osallistujien tietämystä (9 kysymystä,
vastaus oikein 1 p/ väärin 0 p) ja haitallisia elintapoja (6 kysymystä,
vastaus oikein 1 p/väärin 0 p) arvioitiin (kokonaispisteet asteikolla 0–
15, jossa 15 kuvaa korkeinta tietämystä ja hyviä elintapoja) ennen in-
terventiota ja kolmen kuukauden kuluttua interventiosta. Tutkimuksen
aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja tilastollisilla
testeillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9, puutteet kriteereissä 3,
4 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Pienryhmäohjaukseen osallistuneilla iäkkäillä verenpainetautia sairastavilla tietämys verenpai-
netaudista parani enemmän verrattuna kontrolliryhmään (*interventioryhmä 0 kk*: mean 19,4;
SD $\pm 2,8$; **6 kk**: 20,1; $\pm 3,2$; **12 kk**: 20,8; $\pm 2,7$; 18kk: 20,8; $\pm 2,8$ vs. *kontrolliryhmä 0 kk*: mean
18,9; SD $\pm 3,6$; **6 kk**: 19,8; $\pm 3,5$; **12 kk**: 19,3; $\pm 3,7$; **18 kk**: 20,1; $\pm 3,2$; F 5,754; $p = 0,001$).

Yhdysvaltalaisessa prospektiivisessä kliinisessä kontrolloidussa tutki-
muksessa⁴ (prospective clinical controlled trial) tarkasteltiin omahoi-
tointerventio-ohjelman vaikutusta korkean verenpaineen hallintaan ja
omahoidon osa-alueisiin (terveydenlukutaito, minäpystyvyys, lääkityk-
sen noudattaminen, masennusoireet) Yhdysvalloissa asuvilla korealai-
silla iäkkäillä henkilöillä (keski-ikä 70,9 $\pm 5,3$ v), joilla on todettu korkea
verenpaine (n = 396). Osallistujat jaettiin interventio- (n = 184) ja kont-
rolliryhmään (n = 185). Interventioryhmään kuuluneet osallistuivat
pienryhmäohjaukseen (2 h viikoittain, kuuden viikon ajan), jonka osa-
alueina olivat terveydenlukutaito (sanat ja fraasit, jotka ovat olennaisia
korkean verenpaineen hoidossa ja kontrolloinnissa) ja korkean veren-
paineen hoito (oleellinen lääketieteellinen terminologia, lääkemääräyk-
set, ruoan merkinnät, kommunikointi terveydenhuollon edustajien
kanssa korkeasta verenpaineesta). Lisäksi osallistujat saivat

ohjauksen verenpaineen kotimittaukseen (3x/pvä, kahdesti päivässä) ja saivat terveellisiin elintapoihin motivoivaa puhelinohjausta kuukausittain (12 kuukauden ajan). Kontrolliryhmän osallistujat saivat tavanomaista hoitoa ja tutkimuksen alussa lyhyen opetuksellisen esitteen, jossa oli tietoa saatavilla olevista hoidollisista resursseista. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluilla ja kyselylomakkeilla sekä osallistujien kotiverenpainemittausten arvojen osalta tutkimuksen verkkosivuilta. Tutkimuksessa arvioitiin terveydenlukutaitoa The HBP health literacy scale -mittarilla (43 kysymystä, vastaus oikein = 1 p/ väärin = 0 p, asteikko 0–43, jossa 43 kuvaa korkeinta terveydenlukutaidon tasoa), lääkehoidon noudattamista Bone Medication Adherence scale -mittarilla (8 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 8–31, jossa 32 kuvaa heikointa sitoutumista), tietämystä verenpainetaudista modifioitulla HBP knowledge questionnaire -mittarilla (26 kysymystä, vastaukset oikein = 1 p/ väärin = 0 p, kokonaispisteiden asteikko 0–26, jossa 26 kuvaa parasta tietämystä), minäpystyvyyttä modifioitulla HBP belief scale -mittarilla (8 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 8–32, jossa 32 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa), masennusoireita edeltävän kahden viikon ajalta Patient Health Questionnaire -mittarilla (9 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–27, jossa pisteet ≥ 5 kuvaa masennusoireiden esiintymistä) ja verenpainetta digitaalisella verenpainemittarilla. Mittaukset tehtiin tutkimuksen alussa 6, 12 ja 18 kuukauden kuluttua tutkimuksen alkamisesta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testein ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **minäpystyvyyttä tukeva ohjaus ilmeisesti lisää verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista. (B)**

Minäpystyvyyttä tukevaa ohjausta saaneet verenpainetautia sairastavat sitoutuivat paremmin omahoitoon yleisesti, verenpainetta alentavaan liikuntaan sekä verenpainetta alentavaan painonhallintaan verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin (**omahoito:** interventoryhmä: 0 kk: mean 48,9; SD $\pm 7,3$; 1 kk: 57,8 $\pm 12,7$ vs. kontrolliryhmä 0 kk: 48,5; $\pm 12,2$; 1 kk: 51,9 $\pm 0,5$; $p = 0,02$; **liikunta:** interventoryhmä 0 kk: 26,7; $\pm 2,7$; 1 kk: 45,0 $\pm 3,5$ vs. kontrolliryhmä 0 kk: 28,3; $\pm 3,9$; 1 kk: 30,3 $\pm 3,1$; $p = 0,03$; **painonhallinta:** interventoryhmä: 0 kk: mean 64,7; SD $\pm 9,1$; 1 kk: 84,7 $\pm 12,7$ vs. kontrolliryhmä 0 kk: 66,7; $\pm 7,0$; 1 kk: 68,8 $\pm 10,1$; $p = 0,01$).

Iranilaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁵ (RCT) tarkasteltiin minäpystyvyyden teoriamalliin perustuvien koulutussisältöjen ja ohjauksen vaikutusta omahoitoon sitoutumiseen aikuisilla (ikä 40–70), joilla on verenpainetauti ($n = 60$). Tutkimuksen osallistujat valittiin satunnaisesti kahden terveysaseman asiakkaista ($n = 60$) ja satunnaistettiin interventio- ($n = 30$) ja kontrolliryhmään ($n = 30$). Tutkittavien keski-ikä oli interventoryhmässä 62 $\pm 6,9$ vuotta ja kontrolliryhmässä 59 $\pm 9,2$ vuotta, osallistuneista 43 % ($n = 26$) oli naisia. Interventoryhmän osallistujat saivat omahoitoon sitouttavaa ohjausta neljässä ryhmäohjaustilaisuudessa (45 min), jotka toteutettiin neljän viikon

välein tutkijan toimesta. Ohjaustilanteet sisälsivät ryhmäkeskustelua sekä omahoidon ohjausta, ja tilaisuuksiin osallistui myös ulkopuolisia kokemusasiantuntijoita sekä interventioryhmään kuuluvien perheenjäseniä. Interventioryhmän osallistujilla oli myös puhelimitse mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjaajalle tapaamisten välillä. Tutkimuksen kontrolliryhmään osallistuneet saivat ainoastaan tavanomaista terveysaseman tarjoamaa hoitoa. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoitoa edeltävän 7 vuorokauden ajalta Self-care for patients with hypertension -mittarilla (5 osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen 3 kysymystä, vähäsuolainen ruokavalio 12 kysymystä, fyysinen aktiivisuus 2 kysymystä, alkoholin ja tupakan käyttö 2 kysymystä ja painon hallinta 10 kysymystä; kokonaispisteiden asteikko 0–29, jossa 29 kuvaa korkeinta omahoitoon sitoutumisen tasoa, analyysissä pisteet skaalattu 0–100) tutkimuksen alussa, ennen interventiota ja yhden kuukauden kuluessa intervention alkamisesta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/13, puutteet kriteereissä 2, 4, 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Otokoko oli pieni, potilaiden jakoa tutkimusryhmiin ei ollut sokkoutettu tutkijoille.

Minäpystyvyyttä tukevaan pienryhmäpohjaiseen voimaannuttavaan ohjelmaan osallistuneiden verenpainetautia sairastavien muutokset omahoitokäyttäytymisessä olivat suurempia kuin tavanomaista hoitoa saaneilla (mean 15,29 vs. 9,49; $t = 2,465$; $p < 0,001$).

Korealaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁶ tutkittiin minäpystyvyyttä tukevan voimaannuttavan intervention vaikutusta verenpaineen omahoitoon ikääntyneillä verenpainetautia sairastavilla asiakkailta ($n = 78$). Tutkimukseen sisäänottokriteerit (lääkehoidettu verenpainetauti, ikä yli 65-vuotta, ei kognition häiriötä) täyttäneet osallistujat valittiin kolmen syrjäisen perusterveydenhuollon yksikön asiakkaista. Interventioryhmään kuuluneet ($n = 41$) osallistuivat ohjelmaan (EPSM, sisältö 3 osa-alueita: 12 viikkoinen ryhmämuotoinen elintapaohjaus, yksilölliset tutkimushoitajien motivointipuhelut osallistujille, kuukausittaiset seurantatapaamiset), jonka kesto oli 12 kuukautta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 73,3 vuotta ($\pm 6,21$ v) ja heistä 73 % oli naisia. Kontrolliryhmään kuuluneet ($n = 37$) saivat tavanomaista hoitoa. Tutkimuksessa arvioitiin (aluksi sekä 6 kk ja 12 kk kuluttua alkamisesta) osallistujien minäpystyvyyttä (10 kysymystä, asteikko 1–10, jossa 10 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa), sosiaalista tukea Scale of Social Support -mittarilla (Modifioitu 25 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 5–50, jossa 50 kuvaa korkeinta tuen tasoa), omahoitoon liittyviä toimintatapoja Self-Care Behaviour in Hypertension Scale -mittarilla (16 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet asteikolla 6–80, jossa 80 kuvaa hyvää omahoitoon sitoutumista). Lisäksi kliinisillä tutkimuskäynneillä mitattiin osallistujien verenpaine (luokiteltiin kohonneeksi, jos systolinen RR ≥ 140 ja/tai diastolinen RR ≥ 90 mmHg) ja laboratoriotuloksia munuaisten toimintakykyä (Cockcroft-Gault formula, CGF, tulos < 50 ml/min arvioitiin lääkehoitoon

liittyväksi riskiksi). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja varianssianalyysillä (ANCOVA ja ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9, puute kriteerissä 6
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen saattaa vähentää verenpainetautia sairastavien sairauteen liittyvää epävarmuutta. (C)**

Kuuden kuukauden kohdalla tavanomaiseen hoitoon verrattuna internetpohjainen terveystalutus vähensi verenpainetautia sairastavien sairauteen liittyvää epävarmuutta (MUIS-A: *interventioryhmä* mean 105,63; SD $\pm 17,60$ vs. 61,38; $\pm 9,57$; *kontrolliryhmä* 103,81; $\pm 18,34$ vs. 79,85; $\pm 11,40$; $p < 0,05$) verrattuna kontrolliryhmään. Lisäksi useammalla intervention saaneista sairauteen liittyvä tietämys oli korkeammalla tasolla kuin niillä, jotka saivat tavanomaista hoitoa (91,67 % vs. 75,00 %; $p < 0,028$).

Iranilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁷ tarkasteltiin internetpohjaisen terveystalutuksen vaikutuksia verenpainetautia sairastavien yhteisöpotilaiden ($n = 96$) lääkkeiden käytön noudattamiseen, verenpaineen hallintaan ja omahoitokäyttämiseen. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa, kun tutkimusryhmälle annettiin tavanomaisen hoidon lisäksi internetpohjainen terveystalutus. Seuranta-aika oli kuusi kuukautta. Systolinen (SBP) ja diastolinen verenpaine (DBP) mitattiin ennen ja jälkeen intervention. Lääkkeiden käyttöä mitattiin Moriskyn lääkkeiden käyttöä mittaavalla asteikolla (MMAS-8), joka on 8-osainen kyselylomake (pisteet voi vaihdella välillä 0–8, korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa lääkkeiden käytön noudattamista). Potilaiden omahoitokäyttämistä arvioitiin Kiinan verenpainetautipotilaiden omahoitokäyttämisen arviointiasteikolla (HPSMBRS), joka kattaa itsehoitokäyttämisen eri osa-alueet, kuten ruokavalion, liikunnan, stressinhallinnan ja verenpaineen seurannan (kokonaispistemäärä 33–165, jossa korkeammat pisteet tarkoittivat parempaa omahoitokäyttämisen hallintaa). MUIS-A-mittarilla mitattiin potilaiden kokemaa epävarmuutta sairaudesta 32 kysymyksellä (pistemäärä voi vaihdella välillä 32–160, jossa korkeammat pisteet viittasivat suurempaan sairauden epävarmuuteen). Verenpainetautiin liittyvän tiedon hallintaa arvioitiin tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla, joka koostui neljästä kysymyksestä kutakin aihealuetta kohden (5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 100, missä pisteet 70–90 tarkoitti osittaista hallintaa ja 91–100 täydellistä hallintaa). Kysymykset käsittelivät verenpaineen diagnostiikkaa, lääkkeiden käyttöä, verenpaineen mittausta, ruokavaliota ja elämäntapoja. Elämänlaatua mitattiin lyhyellä elämänlaadun arviointiasteikolla (SF-36), jossa potilaat pisteyttivät elämänlaatunsa eri osa-alueilla, kuten fyysinen hyvinvointi ja psyykinen jaksaminen (pisteet vaihtelivat välillä 0–100, korkeampi pistemäärä kuvasti parempaa elämänlaatua). Aineisto analysoinnissa käytettiin parittaista t-testiä jatkuvien muuttujien vertailuun ja Khiin neliötestiä kategoristen muuttujien analyysiin.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9, puutteet kriteereissä 6, 8 ja 9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **muutosvalmiuteen kohdistuva omahoidon ohjaus saattaa lisätä verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista. (C)**

Verenpainetautia sairastavien muutosvalmiuden arviointiin kohdistunut ohjaus lisäsi päivittäistä fyysistä aktiivisuutta enemmän kuin kontrolliryhmässä 12 kuukauden kohdalla ($p = 0,02$). 12 kuukauden mittauksessa interventoryhmään osallistuneiden päivittäisten askelten määrä oli merkittävästi lisääntynyt verrattuna kontrolliryhmään (askeleet +962; 95 % CI 105–1820; $p = 0,02$ vs. -312; 95 % CI -1198–573; $p = 0,90$). Neljän kuukauden kohdalla eroa ei ollut havaittavissa ($p = 0,17$). Verenpainetautia sairastavien sydän- ja verisuonitautien riski-indeksi laski muutosvalmiuden arviointiin kohdistunutta ohjausta saaneilla enemmän kuin kontrolliryhmässä neljän ja 12 kuukauden kohdalla. (**4kk**: interventoryhmän riski -2,1 %; 95 % CI -2,9–1,3 vs. kontrolliryhmän riski -0,6 %; 95 % CI -1,5–0,2; $p = 0,005$; **12kk**: interventoryhmän riski -1,9 %; 95 % CI -3,3–0,5 vs. kontrolliryhmän riski -0,02 %; 95 % CI -1,2–1,7; $p = 0,02$). Vuoden seurannassa omaan muutosvalmiuteen perustuvaan omahoitoon sitoutumisen ohjelmaan osallistuneilla verenpainetautia sairastavilla naisilla havaittiin merkittävää virtsan natriumpitoisuuden laskua verrattuna kontrolliryhmään (-23,4mmol/l/24 t; 95 % CI -43,4–-3,3; $p = 0,02$). Miesten kohdalla vastaavaa eroa ei havaittu. Hedelmien ja juuresten käyttöön interventiolla ei ollut vaikutusta.

Kanadalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa monikeskustutkimuksessa⁸ (RCT) tutkittiin kahden erilaisen ohjausmenetelmän vaikutuksia sydän- ja verisuonitautien riskiin aikuisilla (ikä 35–74 v), joilla on todettu verenpainetauti ($n = 264$). Osallistujat satunnaistettiin interventio- ($n = 133$) ja kontrolliryhmiin ($n = 131$). Molemmille ryhmille lähetettiin ohjausmateriaalia vuoden ajan sähköpostitse (28 viestiä) aluksi viikoittain (neljä kuukautta) ja sen jälkeen kahden viikon (neljä kuukautta) ja neljän viikon (neljä kuukautta) välein. Interventoryhmän ohjaus ja materiaalit (self-guided eCounseling) perustuivat kognitiivisbehavioristiseen näkemykseen omahoitoon sitoutumisen edistämiseksi, ja ohjelma sisälsi videoita, online-esitteitä, omaseurannan välineitä ja työkaluja, minkä lisäksi osallistujia ohjattiin arvioimaan omaa muutosvalmiuttaan. Tämän jälkeen interventoryhmän osallistujat asettivat elintapamuutoksia vaativat asiat tärkeysjärjestykseen, minkä perusteella eCounseling-ohjelma räätälöitiin sopimaan heidän tilanteeseensa. Kokonaisuus laadittiin motivoivan haastattelun elementtejä noudattaen. Kontrolliryhmä sai sähköpostilla suosituksiin perustuvia artikkeleita, joiden tarkoituksena oli parantaa omahoidon taitoja verenpaineen hallinnassa, elämäntapojen ja lääkityksen arviointia, verenpaineen seuranta, liikunnan sekä hedelmien ja kasvien käytön lisäämistä, suolan ja alkoholin sekä tupakoinnin vähentämistä. Tutkimuksessa arvioitiin päivittäistä fyysistä aktiivisuutta digitaalisella askelmittarilla (7 päivän jaksossa tutkimuksen alussa sekä neljän ja 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alkamisesta) ja sitoutumista suositeltuun ruokavalioon Diet History Questionnaire (DHQ) -kyselyllä, ennen interventiota sekä neljän kuukauden ja vuoden kuluttua interventiosta. Lisäksi osallistujille tehtiin 24-h virtsankeräys (natriumin tason määrittäminen, ennen interventiota ja 12 kuukauden kuluttua) ja mitattiin verenpaine (ennen interventiota sekä neljän ja 12 kuukauden kuluttua). Sydän- ja verisuonitautien riskiä arvioitiin Framingham 10-year absolute risk index -mittarilla (Indeksi lasketaan perustuen systoliseen verenpaineeseen, ikään, sukupuoleen, kolesteroliarvoon, verenpaineen hoitoon, tupakointiin ja mahdolliseen diabetekseen). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin

tilastollisin menetelmin, varianssianalyysillä (ANOVA), lineaarisella sekamallilla sekä monimuuttujaisella lineaarisella regressiolla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 11/13, puutteet kriteereissä 7 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Omaan muutosvalmiuteen perustuvaan omahoitoon sitoutumisen ohjelmaan osallistuneiden verenpainetauti sairastavien henkilöiden pulssipaine (systolisen ja diastolisen verenpaineen erotus) laski neljän ja 12 kuukauden kohdalla enemmän verrattuna heihin, jotka eivät arvioineet omaa muutosvalmiuttaan. (**4kk:** -4,5 mmHg; 95 % CI -6,2–2,8 vs. -1,9; -3,7–0,1; $p = 0,04$; **12kk:** -5,2; -6,9–3,5 vs. -2,7; -4,5–0,9; $p = 0,04$). Verrattuna naisiin, omaan muutosvalmiuteen perustuvaan omahoitoon sitoutumisen ohjelmaan osallistuneilla verenpainetauti sairastavilla miehillä non-HDL-kolesteroliarvot laskivat enemmän (12kk: *miehet* mean 10,4; 95 % CI 0,2–20,6 vs. -5,2; -14,6–4,2; $p = 0,04$; *naiset* -1,6; -10,2–6,9 vs. 3,7; -5,4–12,7; $p = 0,74$), kokonaiskolesteroli (TC) laski enemmän (12 kk: *miehet* mean 9,5; 95 % CI -0,4–19,3 vs. -6,2; 95 % CI -15,4–3,1; $p = 0,03$; *naiset* 1,2; -6,9–9,3 vs. 1,4; 95 % CI -7,3–10,0; $p = 1,00$) ja LDL-kolesteroli laski enemmän (4 kk: *miehet* mean 7,4; 95 % CI 0,4–14,3 vs. -3,1; -9,6–3,3; $p = 0,04$; *naiset* -1,4; 95 % CI -7,1–4,2 vs. -1,5; 95 % CI -7,2–4,3; $p = 1,00$).

Kanadalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa monikeskustutkimuksessa⁹ (RCT) tutkittiin kahden erilaisen ohjausmenetelmän vaikutuksia sydän- ja verisuonitautien riskiin aikuisilla (ikä 35–74), joilla on todettu verenpainetauti. Osallistujat satunnaistettiin interventio- ($n = 133$) ja kontrolliryhmiin ($n = 131$). Molemmille ryhmille lähetettiin ohjausmateriaalia vuoden ajan sähköpostitse (28 viestiä) aluksi viikoittain (neljä kuukautta) ja sen jälkeen kahden viikon (neljä kuukautta) ja neljän viikon (neljä kuukautta) välein. Interventioyhmän ohjaus ja materiaalit (Self-guided eCounseling) perustuivat kognitiivisbehavioristiseen näkemykseen omahoitoon sitoutumisen edistämiseksi, ja ohjelma sisälsi videoita, online-esitteitä, omaseurannan välineitä ja työkaluja, minkä lisäksi osallistujia ohjattiin arvioimaan omaa muutosvalmiuttaan. Tämän jälkeen interventioyhmän osallistujat asettivat elintapamuutoksia vaativat asiat tärkeysjärjestykseen, minkä perusteella e-Counseling-ohjelma räätälöitiin sopimaan heidän yksilöllisen tilanteeseensa. Kokonaisuus laadittiin motivoivan haastattelun elementtejä noudattaen. Kontrolliryhmä sai sähköpostilla suosituksiin perustuvia artikkeleita, joiden tarkoituksena oli parantaa omahoidon taitoja verenpaineen hallinnassa, elämäntapojen ja lääkityksen arviointia, verenpaineen seuranta, liikunnan sekä hedelmien ja kasvien käytön lisäämistä, suolan ja alkoholin sekä tupakoinnin vähentämistä. Tutkimuksessa mitattiin osallistujien digitaalisella verenpainemittarilla verenpaine ja pulssi sekä laboratoriotutkimuksella veren kolesteroliarvot, minkä perusteella laskettiin potilaiden sydän- ja verisuonitautien riski-indeksi (Framingham 10-year absolute risk index). Aineisto kerättiin ennen interventiota sekä neljän ja 12 kuukauden kuluttua interventiosta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, hoitoaieanalyysillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 12/13, puute kriteerissä 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **verenpainetaudin hallintaan kohdistuva ohjaus saattaa parantaa verenpainetautia sairastavien sitoutumista lääkkeettömiin omahoidon menetelmiin. (C)**

Hoitajan toteuttama verenpainetaudin hallintaan keskittyvä omahoidon ohjaus paransi verenpainetautia sairastavilla lääkkeettömiin omahoidon menetelmiin sitoutumista verrattuna tavanomaiseen hoitoon 12 ja 16 viikon kohdalla. (**12 vk**: Md 7; 95 % CI 6–8 vs. 6; 5–7; Z -4,86; p < 0,001; **16 vk**: 7; 6–8 vs. 6; 5–7; Z -2,28; p = 0,023).

Kiinalaisessa kontrolloiduissa tutkimuksessa¹⁰ (RCT) tarkasteltiin sairaanhoitajavetoisen ohjausmallin vaikutuksia omahoitoon, minäpystyvyyteen elämänlaatuun ja potilastyytyväisyyteen aikuisilla, joilla on todettu verenpainetauti (n = 134). Tutkimukseen osallistuneet satunnaisesti interventio- (n = 67) ja kontrolliryhmään (n = 67). Interventoryhmän osallistujille tehtiin 12 viikon aikana sairaanhoitajan kotikäynti (yhdessä kerran, 60 min) ja sairaanhoitajan seurantayhteydenottoja puhelimitse (kahden viikon välein, 10 min) sekä lisäksi tarpeen vaatiessa lähetettä jatkohoitoon. Kotikäynnin yhteydessä hoitaja arvioi osallistujan omahoitoa ja terveydentilaa, sekä toteutti osallistujan tarpeiden mukaan omahoidon ohjausta ja sopi osallistujan kanssa omahoidon tavoitteista. Seurantayhteydenotoissa hoitaja arvioi osallistujan omahoidon edistymistä ja terveydentilaa. Mikäli osallistujan verenpaine ei ollut hallinnassa tai hänellä oli muita hoitoa vaativia oireita, hoitaja ohjasi hänet ammattilaisen vastaanotolle. Kontrolliryhmän osallistujat saivat vuosittaisen terveystarkastuksen, terveysohjauksellisia esitteitä ja lääkehoidon seurannan. Tutkimuksessa arvioitiin kyselyllä osallistujien edeltävän neljän viikon aikaista tupakointia, alkoholin käyttöä, suolan vähentämistä, säännöllistä fyysistä aktiivisuutta ja kotiverenpainemittauksia. Omahoidon toimintatapoja arvioitiin lääkehoitoon sitoutumisen (pisteet 0–3) ja ei-lääkehoidollisten toimintatapojen (pisteet 0–8) perusteella (korkeammat pisteet kuvaavat parempaa sitoutumista). Osallistujien minäpystyvyyttä arvioitiin Short-Form Chronic Disease Self-Efficacy Scale -mittarilla (asteikko 1 = ei lainkaan itsevarma – 10 = täysin itsevarma), elämänlaatua Short-Form Health Survey -mittarilla (8 osa-alueita, 36 kysymystä, osa-alueen kokonaispisteiden asteikko 0–100, jossa 100 kuvaa parasta mahdollista terveydentilaa) ja potilastyytyväisyyttä kyselyllä (8 kysymystä, 6 portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa korkeinta tyytyväisyyden tasoa) sekä verenpainetta manuaalisella verenpainemittarilla. Aineisto kerättiin ennen interventiota, intervention jälkeen ja neljä viikkoa intervention päättymisestä. Potilastyytyväisyyttä mitattiin ennen interventiota ja heti intervention päätyttyä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/13, puutteet kriteereissä 2, 4, 5, 6 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tarjota ohjausta yksilöllisesti verenpainetautiä sairastavalle, sillä

➤ elintapoihin liittyvä omahoidon ohjaus ilmeisesti tukee verenpainetautiä sairastavien terveellisiin elintapoihin sitoutumisessa. (B)

Lääkärin antama terveellisiin elintapoihin ja omahoitoon liittyvä ohjaus ennusti verenpainetautiä sairastavien terveellisempiä elintapoja (OR 1,59; 95 % CI 1,06–2,34; $p < 0,05$).

Israelilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹¹ tutkittiin aikuisten verenpainetta sairastavien asiakkaiden ($n = 1\,125$) sitoutumista elintapoja koskeviin hoitusuosituksiin (fyysinen aktiivisuus, tupakoinnin lopettaminen ja tarkoituksenmukainen ruokavalio) sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus perustui laajempaan verenpainetautiä ja/tai diabetesta sairastavien hoitusuositusten noudattamiseen liittyvään tutkimukseen (secondary data analysis), jonka aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella puhelinhaastatteluin perusterveydenhuollon asiakkailta. Tutkimusta varten kehitettiin mittari, jossa arvioitiin osallistujien terveystietämystä, fyysistä aktiivisuutta, ruokavalion noudattamista ja tupakointia (kyllä/ei/joskus), painoindeksiä (19–25 = normaali, 26–29 = ylipaino, ≥ 30 merkittävä ylipaino), verenpaineen seuranta (kyllä/ei), säännöllistä lääkitystä (kyllä/ei), elintapoihin ja omahoitoon saatua neuvontaa (7 kysymystä, kyllä/ei, vastauksissa 5–7 = kyllä kuvaa paljon saatua neuvontaa), tietoutta verenpainetaudista (oikein/väärin, asteikko 0–5, jossa 0–2 vastausta väärin kuvaa matalaa tietämyksen tasoa), verenpaineen hoitoon liittyviä uskomuksia (kyllä/ei, asteikko 0–5, jossa 0–2 kyllä-vastausta kuvaa vähäisiä vastaajan uskomuksia) sekä koettua vastuuta verenpaineen hoidosta (potilaan/ammattilaisen vastuulla). Osallistujista 22 % ($n = 244$) oli 34–60-vuotiaita, 78 % ($n = 484$) oli yli 61-vuotiaita ja 50 % miehiä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8, puute kriteerissä 3
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautiä sairastavista 44 % ($n = 440$) arvioi saamansa elintapaohjauksen hyväksi ja 56 % ($n = 560$) huonoksi. Ne, jotka arvioivat saamansa elintapaohjauksen hyväksi, olivat sitoutuneempia terveellisiin elintapoihin (OR 1,53; 95 % CI 1,11–2,09; $p = 0,002$).

Jordaniaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹² tutkittiin tekijöitä, jotka olivat yhteydessä terveellisiin elintapamuutoksiin sitoutumiseen yli 18-vuotiailla verenpainetta sairastavilla ($n = 1\,000$). Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan verenpainepoliklinikalla strukturoidulla kyselylomakkeella haastatteleamalla. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien elintapaa ja omahoitoa (7 kysymystä, vastaus kyllä/ei), tietämystä verenpainetaudista (5 kysymystä, vastaukset kyllä/ei, oikeita vastauksia ≤ 2 kuvaa matalaa tietämyksen tasoa), uskomuksia verenpaineen hallintaan (4 kysymystä, vastaukset samaa/eri mieltä, vastaukset ”samaa mieltä” ≤ 2 kuvaa matalaa tasoa) sekä yleisiä toimintatapoja (osa-alueet: fyysinen aktiivisuus, ruokavalio, tupakointi, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus ja terveellinen ruokavalio kuvasi sitoutuneisuutta terveellisiin elintapoihin). Osallistujista 57 % oli naisia ja 48 % yli 60-

vuotiaita. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/6, N/A kriteerit 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **ohjaus, joka ei kohdistu yksilöllisiin tarpeisiin, saattaa heikentää verenpainetautia sairastavien elintapamuutokseen sitoutumista. (C)**

Verenpainetautia sairastavien kokemus siitä, että he eivät olleet saaneet tai ymmärtäneet saamaansa liikuntaohjausta (liikuntamuodot, kertojen määrä/viikko ja kesto/kerta), lisäsi riskiä vähäiseen säännölliseen liikuntaan (APR 1,28; 95 % CI 1,04–1,58; $p < 0,05$).

Meksikolaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹³ tarkasteltiin sairauteen liittyvän stressiä ja sen yhteyttä omahoidon puutteisiin (lääkehoidossa, aktiivisuudessa, terveellisessä ruokavaliossa) aikuisilla ($n = 487$), joilla on verenpainetauti. Aineisto kerättiin avohoidossa sairaanhoitajien toteuttamalla strukturoidulla haastattelulla sekä potilasasiakirjoista. Fyysistä aktiivisuutta ja mahdollisia vasta-aiheita aerobiseen fyysiseen liikuntaan (esim. akuutti sydäninfarkti) kartoitettiin yksittäisillä kysymyksillä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien verenpainetautiin liittyvää ahdistuneisuutta DSDH 17 M -mittarilla (17 kysymystä, asteikko 0–6, jossa arvot ≥ 3 kuvaa mahdollista ahdistuneisuutta), ahdistuneisuutta HADS-A-mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa ahdistuneisuutta), masennusoireita HADS-D-mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa masentuneisuutta), minäpystyvyyttä General Self-Efficacy Scale -mittarilla (10 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 10–40, jossa pisteet ≤ 19 kuvaa puutteellista minäpystyvyyden kokemusta). Lisäksi osallistujilta kysyttiin itsenäisin väittämin omahoitoa koskevasta tiedon saannista ja ymmärryksestä, alkoholin käytöstä, tupakoinnista ja ravitsemukseen liittyvistä tottumuksista (hedelmien ja vihannesten kulutus, suolaisten elintarvikkeiden säännöllinen kulutus, suolan lisääminen ruokaan. Verenpaineen hoitotaso arvioitiin viimeisimmän verenpaineen mittauksen tuloksen perusteella. Osallistujien keski-ikä oli 59,7 vuotta (SD 10,1), enemmistö osallistujista (76 %) oli naisia. 52,2 % osallistujista sairasti verenpainetaudin lisäksi diabetesta. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä, χ^2 -testiä ja Poissonin regressioanalyysiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

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

➤ verenpainetautia sairastavien parempi minäpystyvyys ilmeisesti edistää omahoitoon sitoutumista. (B)

Ne verenpainetautia sairastavat, joiden itsearvioitu minäpystyvyyden taso oli korkeampi, olivat paremmin sitoutuneita verenpainetaudin omahoitoon kuin ne, joiden minäpystyvyys oli matalampi ($\beta = 0,954$; $p < 0,001$).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁴ tarkasteltiin verenpaineen omahoitoon yhteydessä olevia tekijöitä ja muodostettiin teoreettinen viitekehys verenpainetaudin hallintaan. Tutkimuksen osallistujat valittiin mukavuusotannalla terveysaseman kliiniseen käynnille tulleista 40–70-vuotiaista henkilöistä, joilla on verenpainetauti ja käytössään tutkimuksen alussa tai ennen tutkimusta verenpainelääkitys ($n = 268$). Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja kliinisin mittauksin. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien tietämystä verenpainetaudista Disease Knowledge -mittarilla (28 kysymystä, vastaukset oikein = 1 p, väärin 0 p, kokonaispisteiden asteikko 0–28, jossa pisteet 23–28 kuvaa korkeaa tietämyksen tasoa), sosiaalista tukea Social Support Scale-mittarilla (10 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 12–65, jossa pisteet ≥ 52 kuvaa korkeaa tuen tasoa), minäpystyvyyttä The Hypertension Self-Efficacy Scale-mittarilla (15 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–75, jossa pisteet ≥ 61 kuvaa korkeaa minäpystyvyyden tasoa), sitoutumista lääkehoitoon Morisky-Green-Levine (MGL) -mittarilla (4 kysymystä, vastaukset kyllä = 0 p, ei = 1 p, kokonaispisteiden asteikko 0–4, jossa 4 kuvaa vahvinta sitoutumista) ja omahoidon toimintatapoja The Hypertension Patients Self-Management Behavior Rating Scale -mittarilla (33 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa korkeinta omahoidon tasoa). Lisäksi osallistujilta mitattiin verenpaine ja laskettiin painoindeksi ja arvioitiin sydän- ja verisuonitautien riskitaso (CVD, 1 = matala, 2 = keskitaso, 3 = korkea). Osallistujien keski-ikä oli 61,34 vuotta ($\pm 5,97$) ja heistä 66,4 % oli naisia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testein ja Pearsonin korrelaatiokertoimella.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla oli hyvä minäpystyvyys, sitoutuivat omahoitoon todennäköisemmin kuin ne, joiden minäpystyvyys oli heikkoa ($n = 105$; 78,4 % vs. $n = 29$; 21,6 %; AOR 3,33; 95 % CI 1,12–987; $p < 0,05$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁵ tarkasteltiin omahoidon käytäntöjä ja niihin liittyviä tekijöitä korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuisilla ($n = 405$). Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja erilaisilla mittareilla. Tutkimuksessa arvioitiin omahoidon käytäntöjä (H-SCALE-mittarin kuudella osa-alueella, jossa korkeammat pisteet kuvaa hyviä käytäntöjä), lääkityksen noudattamista (asteikko 0–21, jossa korkeammat pisteet kuvaa sitoutumista lääkityksen noudattamiseen),

painonhallintaa (5-portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa onnistunutta painonhallintaa), fyysistä aktiivisuutta (asteikko 0–14, jossa korkeammat pisteet kuvaa hyvää aktiivisuuden tasoa), tupakointia (tupakoimattomaksi luokiteltiin ne, jotka eivät tupakoineen millään tavalla edeltävän 7 päivän aikana), vähäsuolaista ruokavaliota (12 osa-alueella, joissa vähintään kuusi pistettä kuvasi vähäsuolaisen ruokavaliion noudattamista), alkoholin kulutusta (kolme osa-alueella), tietämystä korkeasta verenpaineesta (Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management-mittari, jossa korkeammat pisteet kuvasi parempaa tietämystä), minäpystyvyyttä (the Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale, jossa asteikolla 1–10 korkeammat pisteet kuvasi korkeaa itsevarmuutta), masennusta (Patient Health Questionnaire-9, jossa asteikolla 0–3 korkeammat pisteet kuvasivat suurempaa riskiä masennukselle) ja sosiaalista tukea (the Oslo Social Support Scale, jossa 4-portaisella sekä 5-portaisella Likert-asteikoilla korkeammat pisteet kuvasivat parempaa sosiaalista tukea). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, regressioanalyysillä ja Hosmer-Lemeshowin testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautia sairastavan itsearvioitu korkeampi minäpystyvyyden taso oli yhteydessä elintapamuutokseen sitoutumiseen (AOR 3,92; 95 % CI 1,61–9,56; $p < 0,05$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁶ arvioitiin seurantakäynnin yhteydessä yli 18-vuotiaiden vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden verenpainetautia sairastavien aikuisten ($n = 404$) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerätiin neljässä sairaassa strukturoiduilla haastatteluilla, jota ohjasi tutkimusta varten luotu kysely elintapamuutokseen sitoutumisesta (osa-alueet: vähäsuolainen ja DASH-ruokavaliio, säännöllinen liikunta, alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen). Tutkimuksessa mitattiin alkoholin käyttöä ja sen vaikutuksia FAST-mittarilla (4 kysymystä, ei koskaan = 0, harvemmin kuin kuukausittain = 1, kuukausittain = 2, viikoittain = 3, päivittäin tai melkein päivittäin = 4; kokonaispisteet ≤ 3 luokiteltiin alkoholin kohtuukäyttöksi), tietämystä verenpainetaudista the HTN evaluation of lifestyle and management -mittarilla (modifioitu 10 kysymykseen, vastaukset väärin = 0 p, oikein = 1 p.), läheisiltä (perhe, ystävät, muut merkittävät henkilöt) saatua sosiaalista tukea the Duke Social Support and Stress Scale -mittarilla (12 kysymystä, asteikko: ei ollenkaan = 0, hieman = 1, paljon = 2; kyllä = 2, ei = 0 ja ei ole tällaista henkilöä = 0; kokonaispistemäärä 0–100, jossa 100 kuvaa runsaasti saatua tukea), minäpystyvyyttä Chronic Disease Self-Efficacy Scale -mittarilla (6 kysymystä, modifioitu asteikko: täysin epävarma = 1, epävarma = 2, ei varma = 3, varma = 4 ja täysin varma = 5). Osallistujien keski-ikä oli $54,0 \pm 10,77$ vuotta ja vastaajista 52 % ($n = 210$) oli miehiä. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, kahden muuttujan analyysillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 5/6, puute kriteerissä 3, N/A kriteerit 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautiä sairastavilla korkeampi minäpystyvyyden taso oli yhteydessä verenpaineen hallintaa tukevaan ruokavalioon ($r = -0,24$; $p < 0,01$; $\beta = 0,15$; 95 % CI 0,04–0,25; $p < 0,01$) ja painonhallintaan ($r = 0,33$; $p < 0,01$; $\beta = 0,28$; 95 % CI 0,18–0,37; $p < 0,001$).

Taiwanilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁷ tarkasteltiin minäpystyvyyden yhteyttä itsearvioituun terveydentilaan, sosiaaliseen tukeen, masennusoireisiin, ahdistuneisuuteen ja omahoitoon korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuisilla ($n = 318$). Tutkimuksessa mitattiin käsitystä omasta terveydentilasta EuroQol five-dimension self-report (EQ-VAS) -mittarilla (asteikko 0–100, jossa korkeammat pisteet kuvaa parempaa terveydentilaa), sosiaalista tukea Social support (SSS) -mittarilla (19 kysymystä, 4-portainen Likert-asteikko, jossa 4 kuvaa korkeinta tuen tasoa), masentuneisuutta HADS-D-mittarilla (7 kysymystä, asteikko 0–21, jossa pisteet < 7 kuvaa ”ei masennusta”), ahdistuneisuutta HADS-A-mittarilla (7 kysymystä, asteikko 0–21, jossa pisteet < 7 kuvaa ”ei ahdistuneisuutta”), minäpystyvyyttä Self-Efficacy for Managing Chronic Disease (SEMCD-6) -mittarilla (6 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 6–60, jossa 60 kuvaa täyttä luottamusta itseän), terveellisen ruokavalion noudattamista H-SCALE-mittarin ruokavaliota (DASH) koskevalla osamittarilla (11 kysymystä, asteikko 0–7, jossa 7 kuvaa terveellisiä ruokailutottumuksia) ja painonhallintaa H-SCALE-mittarin osamittarilla (10 kysymystä, 5-portainen asteikko, kokonaispisteet 5–50, jossa 50 kuvaa parasta painonhallinnan tasoa). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, t-testillä, yksisuuntaisella varianssianalyysillä, lineaarisella regressiolla ja Pearsonin korrelaatiokertoimella.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautiä sairastavien matalampi minäpystyvyyden taso lisäsi fyysisen inaktiivisuuden (PR 1,58; 95 % CI 1,21–2,07; $p < 0,01$) sekä vähäisen hedelmien ja kasvien kulutuksen (PR 1,52; CI 95 % 1,03–2,23; $p < 0,05$) riskejä.

Meksikolaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹³ tarkasteltiin sairauteen liittyvää stressiä ja sen yhteyttä omahoidon puutteisiin (lääkehoidossa, aktiivisuudessa, terveellisessä ruokavaliossa) aikuisilla ($n = 487$), joilla on verenpainetauti. Aineisto kerättiin avohoidossa sairaanhoitajien toteuttamalla strukturoidulla haastattelulla sekä potilasasiakirjoista. Fyysistä aktiivisuutta ja mahdollisia vasta-aiheita aerobiseen fyysiseen liikuntaan (esim. akuutti sydäninfarkti) kartoitettiin yksittäisillä kysymyksillä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien verenpainetautiin liittyvää ahdistuneisuutta The Distress Scale for patients with Diabetes and Hypertension (DSDH) 17 M -mittarilla (17 kysymystä, asteikko 0–6, jossa arvot ≥ 3 kuvaa mahdollista ahdistuneisuutta), ahdistuneisuutta HADS-A-mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa ahdistuneisuutta), masennusoireita HADS-D-mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko,

kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa masentuneisuutta), minäpystyvyyttä General Self-Efficacy Scale -mittarilla (10 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 10–40, jossa pisteet ≤ 19 kuvaa puutteellista minäpystyvyyden kokemusta). Lisäksi osallistujilta kysyttiin itsenäisin väittämin omahoitoa koskevasta tiedon saannista ja ymmärryksestä, alkoholin käytöstä, tupakoinnista ja ravitsemukseen liittyvistä tottumuksista (hedelmien ja vihannesten kulutus, suolaisten elintarvikkeiden säännöllinen kulutus, suolan lisääminen ruokaan). Verenpaineen hoitotaso arvioitiin viimeisimmän verenpaineen mittauksen tuloksen perusteella. Osallistujien keski-ikä oli 59,7 vuotta (sd 10,1), enemmistö osallistujista (76 %) oli naisia. 52,2 % osallistujista sairasti verenpainetaudin lisäksi diabetesta. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä, χ^2 -testiä ja Poissonin regressioanalyysiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautiä sairastavat, joilla oli sairauden hallintaan liittyvä matalampi minäpystyvyyden taso, olivat muita heikommin sitoutuneita fyysiseen aktiivisuuteen (AOR 2,32; 95 % CI 1,35–4,00) ja painonhallintaan (AOR 3,54; 95 % CI 1,71–7,32).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁸ tarkasteltiin omahoitoon sitoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä 30–70-vuotiailla verenpainetta sairastavilla aikuisilla, joilla oli käytössään verenpainelääkitys (n = 410). Aineisto kerättiin haastatteluin (face-to-face) strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja H-Scale-mittarilla (6 osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen (3 kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot > 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutuneisuutta liikuntasuositukseen), tupakointi (modifioitu 2 kysymystä, asteikko 0–4, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteisiin sitoutumista) ja alkoholin käyttö (2 kysymystä, viikon aikana käytetty annosmäärä naisilla < 7 ja miehillä < 14 arvioitiin tutkimuksessa sitoutuneiksi)), tietämystä verenpaine taudista Hypertension Knowledge Level Scale -mittarilla (22 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–22, jossa ≥ 18 kuvaa riittävää tietämystä), sosiaalista tukea MSPSS-mittarilla (12 kysymystä, 7 portainen Likert-asteikko, jossa 7 kuvaa vahvasti samaa mieltä), minäpystyvyyttä Perceived Self-Efficacy to Manage Hypertension Scale -mittarilla (5 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 5–50, jossa 50 kuvaa korkeaa minäpystyvyyttä/luottavaisuutta). Vastaajista 76,6 % (n = 314) oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 55,4 \pm 10,9 vuotta (30–45 v: n = 85; 20,7 %; 46–60 v: n = 176; 42,9 %; 61–70 v: n = 149; 36,3 %). Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 -testillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavilla korkeampi minäpystyvyyden taso oli yhteydessä säännölliseen fyysiseen aktiivisuuteen (OR 1,25; CI 95 % 1,04–1,49).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁹ tarkasteltiin psykososiaalisten tekijöiden ja omahoidon toimintatapojen välisiä yhteyksiä yli 35-vuotiailla aikuisilla (n = 318), joilla on verenpainetauti. Osallistujat rekrytoitiin paikallisen terveyskeskuksen verenpainerekisterin kautta sekä tiedottamalla tutkimuksesta sanallisesti sekä postereiden avulla. Aineisto kerättiin strukturoiduilla haastatteluilla. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoitoa haastattelun yhteydessä (lääkehoidon noudattaminen, säännöllinen verenpaineen mittaaminen, fyysinen aktiivisuus, alkoholin käyttö, tupakointi ja vähäsuolaisen ruokavalion noudattaminen), perheen antamaa sosiaalista tukea Chinese Family Support Scale-mittarilla (12 kysymystä, 6 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–60, jossa 60 kuvaa parasta saatua tukea), ahdistuneisuutta Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) -mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet < 8 kuvaa ”ei ahdistuneisuutta”), masentuneisuutta HADS-D-mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–21, jossa pisteet < 8 kuvaa ”ei masentuneisuutta”), minäpystyvyyttä Self-Efficacy for Managing Chronic Disease-mittarilla (6 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 10–60, jossa 60 kuvaa korkeaa minäpystyvyyden tasoa). Lisäksi osallistujilta mitattiin painoindeksi sekä verenpaine. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 62,9 ± 9,8 vuotta ja 72 % (n = 228) heistä oli naisia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Parempi minäpystyvyyden taso oli yhteydessä lisääntyneeseen vähäsuolaisen ruokavalion noudattamiseen (PR 1,64; 95 % CI 1,07–2,20), fyysiseen aktiivisuuteen (PR 1,27; 95 % CI 1,08–1,39), tupakoimattomuuteen (PR 1,10; 95 % CI 1,01–1,15) sekä painonhallintaan (PR 1,63; 95 % CI 1,30–1,87).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa²⁰ tarkasteltiin minäpystyvyyden ja omahoidon toimintatapojen välisiä yhteyksiä afroamerikkalaisilla aikuisilla, joilla on verenpainetauti (n = 188). Aineisto kerättiin kasvokkain tehdyillä haastatteluilla ja kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja H-SCALE-mittarilla (osa-alueet: lääkehoitoon sitoutuminen (kolme kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot > 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutuneisuutta liikuntasuositukseen), tupakointi (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteiden noudattamista), alkoholin käyttöä National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Quantity and Frequency Questionnaire -mittarilla (3 kysymystä, osallistujat, jotka eivät käyttäneet

alkoholia edeltävän 7 päivän aikana tai yleensä lainkaan, kuvattiin alkoholista pidättäytyviksi) ja minäpystyvyyttä modifioidulla Self-Efficacy -mittarilla (5 kysymystä, 10 portainen Likert-asteikko, jossa pisteet > 9 kuvaa hyvää minäpystyvyyden tasoa). Osallistujista 58,5 % oli yli 50-vuotiaita (n = 110) ja 71,3 % (n = 134) oli naisia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetauti sairastavat, jotka arvioivat minäpystyvyytensä hyväksi, olivat sitoutuneempia noudattamaan ruokavaliosuosituksia verrattuna niihin, jotka arvioivat minäpystyvyytensä heikommaksi (OR 4,06; CI 95 % 1,28–12,9; p < 0,05).

Korealaisessa kohorttitutkimuksessa²¹ tarkasteltiin ruokavaliohoitoon liittyvää tietämystä, asenteita, koettuja hyötyjä ja haittoja sekä ruokavaliohoitoon liittyviä sitoutumisen haasteita ja minäpystyvyyttä aikuisilla (N = 497), joilla on todettu korkea verenpaine (n = 138) tai ei ole korkeaksi todettua verenpainetta (n = 359). Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien tietämystä ja asenteita tutkimusta varten kehitetyllä itsearviointiin perustuvalla Knowledge of and Attitude Towards Hypertension Treatment -mittarilla (tietämys: kontrolloimattoman korkean verenpaineen vaikutukset, elintapasuositukset; asenteet omahoidon suosituksia kohtaan: lääkitys, tupakoimattomuus, alkoholittomuus, painonhallinta, liikunta, vähäsuolainen ja terveellinen ruokavalio; kysymykset noudattavatko tai noudattaisivatko suosituksia: kyllä/ei). Lisäksi arvioitiin osallistujien ruokavalion noudattamista ja Korean Society of Hypertension asettamiin suosituksiin sitoutumista (4 portainen Likert-asteikko, pisteet ≥ 3 kuvaa sitoutuneisuutta) ja minäpystyvyyttä ruokavaliosuositusten noudattamisessa (4 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, jossa 4 kuvasi vahvaa minäpystyvyyden tasoa). Osallistujilta mitattiin myös verenpaine, paino, pituus ja painoindeksi tutkimuksen seurantakäynnin yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 56,9 vuotta (SD $\pm 8,5$), heistä 69,6 % (n = 345) oli naisia. Kaikista osallistuneista 27,8 %:lla (n = 138) oli todettu verenpainetauti ja keskimääräinen aika diagnoosista oli 8,4 vuotta ($\pm 6,6$). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11, puute kriteerissä 10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **verenpainetautiä sairastavien luottamus omahoitokykyynsä saattaa edistää omahoitoon sitoutumista. (C)**

Ne verenpainetautiä sairastavat, jotka arvioivat hyväksi saamansa elintapa- ja omahoito-ohjauksen (OR 1,5; CI 95 % 1,1–2,1), tietämyksensä verenpainetaudista (OR 2,9; CI 95 % 1,0–8,4) sekä uskomuksensa verenpainetaudista (OR 2,7; CI 95 % 1,4–4,9) noudattivat terveellisempiä elämäntapoja verrattuna heihin, jotka arvioivat nämä osa-alueet huonoiksi.

Jordanialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹² tarkasteltiin tekijöitä, jotka olivat yhteydessä terveellisiin elintapamuutoksiin sitoutumiseen yli 18-vuotiailla verenpainetta sairastavilla aikuisilla (n = 1 000). Aineisto kerätiin yliopistollisen sairaalan verenpainepoliklinikalla strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien elintapaa ja omahoitoa (7 kysymystä, vastaus kyllä/ei), tietämystä verenpainetaudista (5 kysymystä, vastaukset kyllä/ei, oikeita vastauksia ≤ 2 kuvaa matalaa tietämyksen tasoa), uskomuksia verenpaineen hallintaan (4 kysymystä, vastaukset samaa/eri mieltä, vastaukset ”samaa mieltä” ≤ 2 kuvaa matalaa tasoa) sekä yleisiä toimintatapoja (osa-alueet: fyysinen aktiivisuus, ruokavalio, tupakointi; säännöllinen liikunta, tupakointimattomuus ja terveellinen ruokavalio kuvasi sitoutuneisuutta terveellisiin elintapoihin). Osallistujista 57 % (n = 570) oli naisia ja 48 % (n = 480) oli yli 60-vuotiaita. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testein ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/6, N/A kriteerit 5 ja 6
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **sairauteen ja sen hoitoon liittyvät negatiiviset käsitykset ja asenteet saattavat heikentää verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumista. (C)**

Verenpainetautiä sairastavien heikompi usko kykyihinsä hallita verenpainetautiä oli yhteydessä heikompaan elintapamuutokseen sitoutumiseen (OR 0,44; CI 95 % 0,25–0,79; p < 0,05).

Israelilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹¹ tutkittiin aikuisten verenpainetta sairastavien asiakkaiden (n = 1 125) sitoutumista elintapoja koskeviin hoitosuosituksiin (fyysinen aktiivisuus, tupakoinnin lopettaminen ja tarkoituksenmukainen ruokavalio) sekä niiden yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus perustui laajempaan verenpainetautiä ja/tai diabetesta sairastavien hoitosuositusten noudattamiseen liittyvään tutkimukseen, jonka aineisto oli kerätty puhelinhaastatteluin strukturoidulla kyselylomakkeella perusterveydenhuollossa asioivilta verenpainetautiä sairastavilta. Tutkimusta varten kehitettiin mittari, jossa arvioitiin osallistujien terveystietoisuutta, fyysistä aktiivisuutta, ruokavalion noudattamista ja tupakointia (kyllä, ei/joskus), painoindeksiä (19–25 = normaali, 26–29 = ylipaino, ≥ 30 merkittävä ylipaino), verenpaineen seuranta (kyllä/ei), säännöllistä lääkitystä (kyllä/ei), elintapoihin ja omahoitoon saatua neuvontaa (7 kysymystä, kyllä/ei, vastauksissa 5–7 = kyllä kuvaa paljon saatua neuvontaa), tietoutta verenpainetaudista (oikein/väärin, asteikko 0–5, jossa 0–2 vastausta väärin kuvaa matalaa tietämyksen tasoa), verenpaineen hoitoon liittyviä uskomuksia (kyllä/ei, asteikko 0–5, jossa 0–2 kyllä-vastausta kuvaa vähäisiä

vastaajan uskomuksia) sekä koettua vastuuta verenpaineen hoidosta (potilaan/ammattilaisen vastuulla). Osallistujista 22 % (n = 244) oli 34–60-vuotiaita, 78 % (n = 484) oli yli 61-vuotiaita ja 50 % miehiä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testein ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8, puute kriteerissä 3
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavien epäsuotuisa asenne sairautta kohtaan ennusti heikompaa omahoidon toteutumista verrattaessa niihin, jotka suhtautuivat sairauteen myönteisemmin (AOR 3,13; 95 % CI 1,95–7,52; $p \leq 0,001$; epäsuotuisa asenne: heikko/hyvä toteutuminen n = 117/81; suotuisa asenne: heikko/hyvä toteutuminen n = 107/117).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa²² tarkasteltiin omahoidon käytäntöjä avohoidossa olevilla aikuisilla (n = 422), joilla on verenpainetauti. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien minäpystyvyyttä kyselyllä (5 kysymystä, asteikko 0–5, jossa pisteet ≥ 4 kuvaa hyvää minäpystyvyyden tasoa), sosiaalista tukea (MSPSS-mittari: 12 kysymystä, 7-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 12–84, jossa ≥ 64 kuvaa hyvää sosiaalista tukea), omahoidon käytäntöjä (H-SCALE-mittari: 6 osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen (kolme kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot > 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutuneisuutta liikuntasuosituksiin), tupakointi (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteiden noudattamista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suosituksiin), sitoutumista lääkehoitoon (3 kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutumista lääkehoitoon) ruokavalion laatua DASH-Q-mittarilla (11 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–77, jossa ≥ 52 kuvaa laadukasta ruokavaliota), fyysistä aktiivisuutta (2 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–14, jossa ≥ 8 kuvaa fyysisen aktiivisuuden suositusten täyttymistä), painonhallintaa edeltävän 30 päivän ajalta (10 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyviä painonhallinnan tapoja), alkoholinkäyttöä edeltävän 7 päivän ajalta (3 kysymystä, vastaajat, jotka eivät käyttäneet lainkaan, kuvattiin alkoholista pidättäytyviksi), tietämystä verenpainetaudista HELM-mittarilla (3 osa-alueita: yleiset tiedot (3 kysymystä), elintavat ja lääkehoito (8 kysymystä) sekä mittaus ja hoitotavoitteet (3 kysymystä) (vastaus oikein 1 p, väärin 0 p, kokonaispisteiden asteikko 0–14, jossa pisteet ≥ 7 kuvaa hyvää tietämystä)) sekä asenteita (asenne arvioitiin myönteiseksi, kun vastaajan pisteet keskimääräiset tai korkeammat). Verenpaine arvioitiin mitatuksi hyvin, kun se toistettiin ≥ 1 kertaa kuukaudessa. Tutkimusaineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, χ^2 -testillä, logistisella regressioanalyysillä, lineaarisella ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 5/8, puutteet kriteereissä 1, 4 ja 5

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tutkimukseen osallistuneista 33,9 % oli luku- ja kirjoitustaidottomia.

Käytä mahdollisuuksien mukaan erilaisia ohjausmenetelmiä verenpainetautia sairastavan minäpystyvyyden tukemiseksi, sillä

➤ omahoidon ohjaus tukee verenpainetautia sairastavien minäpystyvyyttä. (A)

Kuuden kuukauden seurannassa verkkopohjaiseen omahoito-ohjelmaan osallistuneiden verenpainetautia sairastavien minäpystyvyys vahvistui enemmän kuin tavanomaista hoitoa saaneiden ($\beta = 21,84$; 95 % CI 19,25–24,42; $p < 0,001$).

Kiinalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa²³ (RCT) arvioitiin verkkopohjaisen omahoito-ohjelman yhteyttä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin, minäpystyvyyteen ja omahoitokäyttäytymiseen aikuisilla ($n = 222$), joilla on verenpainetauti. Interventoryhmään kuuluneet ($n = 111$) käyttivät kuuden kuukauden ajan verkkopohjaista omahoito-ohjelmaa sekä saivat tavanomaista hoitoa, ja kontrolliryhmään kuuluneet ($n = 111$) saivat tavanomaista hoitoa. Interventoryhmän osallistujat kirjassivat päivittäisiä verenpainelukemiaan ohjelmaan ja saivat ohjelman kautta palautetta omasta kehityksestään. Omahoito-ohjelma sisälsi myös suosituksia lääkkeiden käytön, verenpainetta alentavan Dieatry Approaches to Stop Hypertension (DASH) -ruokavalion, painonhallinnan ja liikuntasuosittelusten noudattamisesta. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja laboratoriotestien (rasva-arvot) potilastietojärjestelmästä). Molempien ryhmien osallistujat vastasivat kyselyihin lähtötilanteessa ja seurannassa kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien minäpystyvyyttä kroonisen sairauden hallinnassa Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale (SEMC6) -mittarilla (kuusi väittämää, asteikko 1–10, jossa 1 = "en luota lainkaan" ja 10 = "erittäin luottavainen", kokonaispisteiden asteikko 6–60, jossa 60 kuvaa korkeinta luottavaisuutta) omahoidon toimintatapoja Hypertension Self-Care Activity Level Effects Scale (H-SCALE) -mittarilla (kuusi osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen (kolme kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot > 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutuneisuutta liikuntasuositukseen), tupakointi (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteiden noudattamista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suositukseen). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja hoitoaieanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 11/13, puutteet kriteereissä 5 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavien henkilöiden yksilöllinen omahoidon ohjaus hoitajan toteuttamana puhelinohjauksena tai tekstiviestein paransivat minäpystyvyyden tasoa verrattuna kontrolliryhmään sekä puhelin- ja tekstiviestiohjauksen yhdistelmään kahdeksan viikon tutkimusjakson aikana (puhelinohjaus; mean 8,34; SD $\pm 0,81$; tekstiviesti 8,68; $\pm 0,69$ vs. kontrolli 7,77; $\pm 0,90$; yhdistelmäohjaus 7,52; $\pm 0,78$; $p < 0,05$).

Etelä-Korealaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa²⁴ (RCT) tarkasteltiin puhelimitse ja tekstiviestitse toteutettavan omahoidonohjauksen vaikutusta minäpystyvyyteen, verenpaineen hallintaan, lääkehoitoon sitoutumiseen, tietämukseen verenpainetaudista sekä verenpaineeseen iäkkäillä (ikä ≥ 65 v), joilla on todettu verenpainetauti (n = 124). Tutkimuksen osallistujat tavoitettiin ikääntyneiden terveysaseman ilmoitustaululla olleen ilmoituksen kautta, ja satunnaistettiin neljään ryhmään: hoitajan puhelimitse toteuttama omahoidon ohjaus (n = 30), tekstiviestein toteutettu yksilöllinen omahoidon ohjaus (n = 32), tekstiviestiohjauksen ja hoitajan toteuttaman puhelinohjauksen yhdistelmä (n = 31) sekä tavanomaista hoitoa saanut kontrolliryhmä (n = 31). Osallistujien perustiedoissa ei ollut eroja ennen interventiota. Tutkimusta varten luotiin kahdeksan viikkoa kestävä hoitajan toteuttama omahoidon ohjauksen ohjelma (yksi 30 min ohjauspuhelu/viikko/tutkittava), jonka viikoittain vaihtuvat teemat käsittelivät kohonneen verenpaineen aiheuttamia terveyshaittoja sekä lääkehoidon ja elintapamuu-
tosten toteutusta. Tekstiviestiryhmän tutkittavat saivat yksilöllisesti liitännäissairauksien perusteella valittuja viestejä (1–2 tekstiviestiä/vrk, 3 vrk/vk 8 viikon ajan). Tekstiviestiohjauksen ja hoitajan toteuttaman puhelinohjauksen yhdistelmässä tutkittavat saivat ohjausta molemmilla tavoilla. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien minäpystyvyyttä (10 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 10–100, jossa 100 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa), verenpaineen hallintaa (16 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, jossa korkeammat pisteet kuvaa parempaa hallintaa), lääkehoitoon sitoutumista Self-reported measure of medication adherence-mittarilla (modifioitu 4 kysymystä, asteikko 0–4, jossa 4 kuvaa sitoutuneisuutta) ja tietämystä verenpainetaudista (12 kysymystä, 2 portainen Likert-asteikko, korkeammat pisteet kuvaa parempaa tietämystä). Verenpaine mitattiin vastaanotolla digitaalisella verenpainemittarilla) tutkimuksen alussa ja lopussa. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/13, puutteet kriteereissä 4, 5, 8 ja 12

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kaikkia käytettyjä mittareita ei ollut kuvattu tarkasti.

Yksilöllinen pienryhmäohjaus paransi verenpainetautiä sairastavan henkilön minäpystyvyyden tasoa verrattuna kontrolliryhmään kuusi ja 12 kuukautta intervention jälkeen (**6 kk**: mean 26,6; SD $\pm 3,5$ vs. 26,6; $\pm 4,0$; F 6,270; $p < 0,001$; **12 kk**: mean 26,6; SD $\pm 3,2$ vs. 25,4; $\pm 3,7$; F 5,268; $p = 0,001$).

Yhdysvaltalaisessa prospektiivisessä (prospective clinical controlled trial) tutkimuksessa⁴ tarkasteltiin omahoitointerventio-ohjelman vaikutusta korkean verenpaineen hallintaan ja omahoidon osa-alueisiin (terveydenlukutaito, minäpystyvyys, lääkityksen noudattaminen, masennusoireet) Yhdysvalloissa asuvilla korealaisilla iäkkäillä henkilöillä (keski-ikä $70,9 \pm 5,3$ v), joilla on todettu korkea verenpaine ($n = 396$). Osallistujat jaettiin interventio- ($n = 184$) ja kontrolliryhmään ($n = 185$). Interventoryhmään kuuluneet osallistuivat pienryhmäohjaukseen (2 h viikoittain, kuuden viikon ajan), jonka osa-alueina olivat terveyden lukutaito (sanat ja fraasit, jotka ovat olennaisia korkean verenpaineen hoidossa ja kontrolloinnissa) ja korkean verenpaineen hoito (oleellinen lääketieteellinen terminologia, lääkemääräykset, ruoan merkinnät, kommunikointi terveydenhuollon edustajien kanssa korkeasta verenpaineesta). Lisäksi osallistujat saivat ohjauksen verenpaineen kotimitaukseen (3x/pvä, kahdesti päivässä) ja saivat terveellisiin elintapoihin motivoivaa puhelinohjausta kuukausittain (12 kuukauden ajan). Kontrolliryhmän osallistujat saivat tavanomaista hoitoa ja tutkimuksen alussa lyhyen opetuksellisen esitteen, jossa oli tietoa saatavilla olevista hoidollisista resursseista. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluilla ja kyselylomakkeilla sekä osallistujien kotiverenpainemittausten arvojen osalta tutkimuksen verkkosivuilta. Tutkimuksessa arvioitiin terveydenlukutaitoa The HBP health literacy scale -mittarilla (43 kysymystä, vastaus oikein = 1 p/ väärin = 0 p, asteikko 0–43, jossa 43 kuvaa korkeinta terveydenlukutaidon tasoa), lääkehoidon noudattamista Bone Medication Adherence scale -mittarilla (8 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 8–31, jossa 32 kuvaa heikointa sitoutumista), tietämystä verenpainetaudista modifioitulla HBP knowledge questionnaire -mittarilla (26 kysymystä, vastaukset oikein = 1 p/ väärin = 0 p, kokonaispisteiden asteikko 0–26, jossa 26 kuvaa parasta tietämystä), minäpystyvyyttä modifioitulla HBP belief scale -mittarilla (8 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 8–32, jossa 32 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa), masennusoireita edeltävän kahden viikon ajalta Patient Health Questionnaire -mittarilla (9 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–27, jossa pisteet ≥ 5 kuvaa masennusoireiden esiintymistä) ja verenpainetta digitaalisella verenpainemittarilla. Mittaukset tehtiin tutkimuksen alussa 6, 12 ja 18 kuukauden kuluttua tutkimuksen alkamisesta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testein ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Osallistava koulutusmenetelmä paransi verenpainetautia sairastavien ylipainoisten naisten minäpystyvyyden tasoa kuuden kuukauden mittauksessa verrattuna kontrolliryhmään (mean 8,88; SD \pm 1,80 vs. 7,15; \pm 2,15; $p < 0,001$).

Iranilaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa²⁵ tutkittiin koulutusintervention vaikutusta ylipainoisten verenpainetautia sairastavien naisten omahoitoon sitoutumiseen, minäpystyvyyteen (luottamus omaan kykyihin) sekä verenpaineeseen. Tutkimukseen osallistuneet ($n = 146$) olivat 30–65-vuotiaita naisia, joilla oli ollut verenpaine koholla ($> 140/90$) vähintään kuuden kuukauden ajan, ylipainoa (BMI > 25 %) sekä verenpainelääkitys käytössä. Tutkittavat valikoituivat kuudesta paikallisesta terveyskeskuksesta ja heidät satunnaistettiin kahteen ryhmään. Interventioyhmässä tutkittavat ($n = 75$) osallistuivat koulutustilaisuuksiin (8–15 osallistujaa), joita järjestettiin kerran viikossa (2–2,5 h) kuuden viikon ajan. Kouluttajina toimivat psykologi, ravitsemusterapeutti ja liikuntavalmentaja. Koulutuksen perustana oli omien tavoitteiden asettaminen ja minäpystyvyyden sekä kotiseurannan edistäminen. Koulutuksessa harjoiteltiin verenpaineen mittaamista ja tehtiin venytysharjoituksia. Osallistajat tekivät itselleen toimintasuunnitelman ja heitä pyydettiin pitämään kirjaa omahoidon käytännöistä koulutusten välillä. Lisäksi osallistajat saivat ohjauksellisia tekstiviestejä (SMS) kaksi kertaa viikossa ja heillä oli mahdollisuus tavata kardiologi lääkitykseen liittyvissä ongelmissa. Kontrolliryhmän osallistajat ($n = 71$) saivat tavanomaista verenpainepotilaan seurannan mukaisesta hoitoa. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien minäpystyvyyttä ja fyysistä aktiivisuutta modifioidulla Stanford self-management questionnaire -mittarilla (minäpystyvyys 6 kysymystä, 10 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 1–10, jossa 10 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa; fyysinen aktiivisuus 6 kysymystä, asteikko 0–4, jossa pisteet ≥ 3 kuvaa liikuntasuositukseen sitoutumista), ruokavaliota DASH-Q-mittarilla (13 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 0–65, jossa 65 kuvaa terveellisimpiä elintapoja), lisäksi mitattiin osallistujien paino ja verenpaine (elohopeaverenpainemittarilla kansainvälisten suositusten mukaisesti). Mittaukset tehtiin tutkimuksen alussa, ennen interventiota ja kuuden kuukauden kuluttua interventiosta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja varianssianalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/13, puutteet kriteereissä 4, 5, 6 ja 9.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Minäpystyvyyttä tukeva voimaannuttava ohjelma lisäsi verenpainetautia sairastavien henkilöiden minäpystyvyyden tasoa 12 kuukauden mittauksessa verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin (0kk ja 12kk: mean 62,21; SD \pm 12,88 ja 84,32; \pm 7,71 vs. 73,00; \pm 11,93 ja 73,11; \pm 12,75; F (group x time) 62,108; $p < 0,001$).

Korealaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁶ tutkittiin minäpystyvyyttä tukevan voimaannuttavan intervention vaikutusta verenpaineen omahoitoon ikääntyneillä ($n = 78$), joilla on verenpainetauti. Tutkimukseen sisäänottokriteerit (lääkehoidettu verenpainetauti, ikä yli 65 vuotta, ei kognition häiriöitä) täyttäneet osallistajat valittiin kolmen

syRJäisen perusterveydenhuollon yksikön potilaista. Interventio-ryhmään kuuluneet (n = 41) osallistuivat ohjelmaan (EPSM, sisältö 3 osaluetta: 12 viikkoinen ryhmämuotoinen elintapaohjaus, yksilölliset tutkimushoitajien motivointipuhelut osallistujille, kuukausittaiset seuranta-tapaamiset), jonka kesto oli 12 kuukautta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 73,3 vuotta ($\pm 6,21$ v) ja heistä 73 % oli naisia. Kontrolliryhmään kuuluneet (n = 37) saivat tavanomaista hoitoa. Tutkimuksessa arvioitiin (aluksi sekä 6 kk ja 12 kk kuluttua alkamisesta) osallistujien minäpystyvyyttä (10 kysymystä, asteikko 1–10, jossa 10 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa ja suurin mahdollinen pistemäärä on 100), sosiaalista tukea Scale of Social Support -mittarilla (Modifioitu 25 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet 5–50, jossa 50 kuvaa korkeinta tuen tasoa), omahoitoon liittyviä toimintatapoja Self-Care Behaviour in Hypertension Scale -mittarilla (16 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteet asteikolla 6–80, jossa 80 kuvaa hyvää omahoitoon liittyvää toimintaa). Lisäksi kliinisillä tutkimuskäynteillä mitattiin osallistujien verenpaine (luokiteltiin kohonneeksi, jos systolinen RR ≥ 140 ja/tai diastolinen RR ≥ 90 mmHg) ja laboratorio-kokein munuaisten toimintakykyä (Cockcroft-Gault formula, CGF, tulos < 50 ml/min arvioitiin lääkehoitoon liittyväksi riskiksi). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja varianssianalyysillä (ANCOVA ja ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Asiakkaan tarpeisiin suunniteltu ohjaus lisäsi verenpainetautia sairastavien minäpystyvyyden tasoa vuoden kuluttua intervention päättymisestä verrattuna kontrolliryhmään (interventio-ryhmä: mean 7,10; SD $\pm 2,45$ vs. 7,84; $\pm 2,11$; kontrolliryhmä 7,06; $\pm 2,55$ vs. 7,20; $\pm 2,12$; muutoksen ero 0,75; $\pm 2,84$; $p < 0,001$ vs. 0,14; $\pm 3,00$; $p = 0,58$).

Kiinalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa²⁶ tarkasteltiin yhteisöpohjaista omahoito-ohjelmaa ja sen vaikutuksia omahoitoon, omahoidon toimintatapoihin ja terveydentilaan aikuisilla (n = 1 618, ikä 35–80 v) verenpainetautia sairastavilla henkilöillä. Tutkimuksen interventio-ryhmään kuuluneet (n = 1 041) osallistuivat kaksiosaiseen interventioon: intensiivinen interventio (kuusi 1–1,5 tunnin viikoittaista tapaamista), joka kohdentui suoraan osallistujien tarpeisiin sekä jatkohoidon seurantaan (yksi tunnin tapaaminen kuukausittain), joka kohdentui osallistujien omahoidon kokemusten jakamiseen ryhmässä ammattilaisen johdolla. Tutkimuksen kontrolliryhmään valittiin samoilta asuinalueilta samaa sairautta sairastavia henkilöitä satunnaisesti (n = 577). Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla ennen interventiota sekä vuoden kuluttua tutkimuksen alkamisesta. Tutkimuksessa arvioitiin yleistä terveydentilaa Chronic Disease Self-Management Project Questionnaire -itsearviointikyselyllä (asteikko 5-portainen: erinomainen – huono), omahoidon taitoja Health Literacy Management Scale -mittarilla (10 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko 1–5, kokonaispisteet 10–50, jossa > 30 kuvaa perustasaoista terveydenlukutaitoa ja sairauden omahoitoa kolmella osa-alueella: sairauden hoito ja elintavat (Chronic Disease Self-Management Project Questionnaire, Guidelines for the Prevention and Treatment of Hypertension, International Phy-

sical Activity Questionnaire, Self-efficacy Management Scale), mielen terveys (WHO Mental Health Scale) ja sosiaaliset suhteet (Chronic Disease Social Support and Social Capital Questionnaire). Tutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin, varianssianalyysillä ja usean muuttujan analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9, puutteet kriteereissä 2, 3 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Yksilöllisesti räätälöidyllä kasvokkain ja puhelimitse toteutetulla omahoidon ohjauksella ei ollut vaikutusta verenpainetauti sairastavien henkilöiden minäpystyvyyteen. Minäpystyvyys oli tutkimuksen alussa korkeammalla tasolla kontrolliryhmässä kuin interventoryhmässä (mean 6,71 vs. 5,94; $p = 0,05$), eikä merkittävää muutosta ollut mitattavissa intervention jälkeen.

Kiinalaisessa kontrolloidussa tutkimuksessa¹⁰ (RCT) tarkasteltiin sairaanhoitajavetoisen ohjausmallin vaikutuksia omahoitoon, minäpystyvyyteen elämänlaatuun ja potilastyytyväisyyteen aikuisilla, joilla on todettu verenpainetauti ($n = 134$). Tutkimukseen osallistuneet satunnaisesti jaettiin interventio- ($n = 67$) ja kontrolliryhmään ($n = 67$). Interventoryhmän osallistujille tehtiin 12 viikon aikana sairaanhoitajan kotikäynti (yhden kerran, 60 min) ja sairaanhoitajan seurantayhteydenottoja puhelimitse (kahden viikon välein, 10 min) sekä lisäksi tarpeen vaatiessa lähetettä jatkohoitoon. Kotikäynnin yhteydessä hoitaja arvioi osallistujan omahoitoa ja terveydentilaa, sekä toteutti osallistujan tarpeiden mukaista omahoidon ohjausta ja sopi osallistujan kanssa omahoidon tavoitteista. Seurantayhteydenotoissa hoitaja arvioi osallistujan omahoidon edistymistä ja terveydentilaa. Mikäli osallistujan verenpaine ei ollut hallinnassa tai hänellä oli muita hoitoa vaativia oireita, hoitaja ohjasi hänet ammattilaisen vastaanotolle. Kontrolliryhmän osallistujat saivat vuosittaisen terveystarkastuksen, terveysohjauksellisia esitteitä ja lääkehoidon seurannan. Tutkimuksessa arvioitiin kyselyllä osallistujien edeltävän neljän viikon aikaista tupakointia, alkoholin käyttöä, suolan vähentämistä, säännöllistä fyysistä aktiivisuutta ja kotiverenpainemittausta. Omahoidon toimintatapoja arvioitiin lääkehoitoon sitoutumisen (pisteet 0–3) ja ei-lääkehoidollisten toimintatapojen (pisteet 0–8) perusteella (korkeammat pisteet kuvaavat parempaa sitoutumista). Osallistujien minäpystyvyyttä arvioitiin Short-Form Chronic Disease Self-Efficacy Scale -mittarilla (asteikko 1 = ei lainkaan itsevarma – 10 = täysin itsevarma), elämänlaatua Short-Form Health Survey-mittarilla (8 osa-aluetta, 36 kysymystä, osa-alueen kokonaispisteiden asteikko 0–100, jossa 100 kuvaa parasta mahdollista terveydentilaa) ja potilastyytyväisyyttä kyselyllä (8 kysymystä, 6 portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa korkeinta tyytyväisyyden tasoa) sekä verenpainetta manuaalisella verenpainemittarilla. Aineisto kerättiin ennen interventiota, intervention jälkeen ja neljä viikkoa intervention päättymisestä. Potilastyytyväisyyttä mitattiin ennen interventiota ja heti intervention päätyttyä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisilla testeillä ja varianssianalyysillä (ANOVA).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/13, puutteet kriteereissä 2, 4, 5, 6 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Keskustele verenpainetautiä sairastavan kanssa verenpainetaudista sairautena ja omahoidon merkityksestä, sillä

➤ tietämys verenpainetaudista edistää verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumista. (A)

Ne verenpainetautiä sairastavat, joilla oli monipuolista tietoa verenpainetaudista sairautena, toteuttivat omahoitoa todennäköisemmin kuin ne, joilla oli huonot tiedot verenpainetaudista (OR 4,96; 95 % CI 2,67–9,21; $I^2 = 58,9$ %; $p = 0,063$).

Järjestelmällisessä katsauksessa ja meta-analyysissä²⁷ ($n = 17$ poikkileikkaustutkimusta, $N = 5\,248$) tarkasteltiin aikuisten verenpainetaudin omahoidon käytäntöjä ja niihin liittyviä tekijöitä Etiopiassa aikuisilla, joilla on verenpainetauti. Katsaukseen valituissa tutkimuksissa tarkasteltiin korkean verenpaineen omahoidon tasoa ($n = 14$) ja korkean verenpaineen omahoitoon yhteydessä olevia tekijöitä ($n = 9$). Omahoidon käytäntöjä arvioitiin kuudella osa-alueella: säännöllinen liikunta, suolan käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen, alkoholin käytön kohtuullistaminen ja painon pudottaminen, minkä lisäksi katsauksessa arvioitiin osallistujien koulutuksen ja verenpainetautiin liittyvän tietämyksen tasoa. Katsaukseen valitut tutkimukset oli julkaistu vuosina 2016–2020 ja tehty Etiopiassa.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11, puute kriteerissä 3
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautiä sairastavien hyvä tietämys verenpainetaudin omahoitokäytännöistä ennusti parempaa omahoitoon sitoutumista (AOR 6,36; 95 % CI 2,07–19,56; $p < 0,05$; hyvät tiedot vs. heikot tiedot: hyvät omahoitokäytännöt $n = 100$ (74,6 %) vs. 34 (25,4 %); heikot omahoitokäytännöt $n = 51$ (18,8 %) vs. 220 (81,2 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁵ tarkasteltiin omahoidon toimintatapoja ja niihin liittyviä tekijöitä aikuisilla, joilla on verenpainetauti ($n = 405$). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelukyselyllä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) -mittarilla (kuusi osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen (kolme kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot ≥ 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutuneisuutta liikuntasuositukseen), tupakointi (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallintaa (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteiden noudattamista) ja alkoholin käyttöä (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvaa sitoutuneisuutta suositukseen), tietämystä korkeasta verenpaineesta Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM) -mittarilla (14 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–14, jossa pisteet ≥ 7), minäpystyvyyttä Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale (SEMCD) -mittarilla (6 kysymystä, asteikko 1–10, kokonaispisteiden asteikko 6–60, jossa pisteet > 30 hyvää minäpystyvyyden tasoa), masennusta

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) -mittarilla (9 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–27, jossa pisteet ≥ 10 viittasi masentuneisuuteen) ja sosiaalista tukea Oslo Social Support Scale (OSSS-3) -mittarilla (1 kysymys, 4 portainen Likert asteikko, 2 kysymystä 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 3–14, jossa pisteet 12–14 kuvaa vahvaa tuen tasoa, pisteet 9–11 keskimääräistä tuen tasoa, pisteet 3–8 heikkoa tuen tasoa). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, regressioanalyysillä ja Hosmer-Lemeshowin testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla oli hyvät tiedot verenpainetaudista, toteuttivat todennäköisemmin omahoitoa hyvin verrattaessa niihin, joilla oli heikot tiedot verenpainetaudista (AOR 3,5; 95 % CI 2,17–5,12; $p < 0,001$; hyvät tiedot vs. heikot tiedot: hyvät omahoitokäytänteet $n = 170$ (67,2 %) vs. 50 (29,6 %); heikot omahoitokäytänteet $n = 83$ (32,8 %) vs. 119 (70,4 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa²⁸ tarkasteltiin omahoidon tasoa ja siihen liittyviä tekijöitä aikuisilla, joilla on verenpainetauti ($n = 422$). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelukyselyllä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon noudattamisen tasoa Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) -mittarilla (kuusi osa-alueita: lääkehoitoon sitoutuminen (kolme kysymystä, asteikko 0–21, jossa 21 kuvaa sitoutuneisuutta), vähäsuolainen ruokavalio (12 kysymystä, asteikko 0–7, jossa arvot ≥ 6 kuvaa sitoutuneisuutta), fyysinen aktiivisuus (2 kysymystä, asteikko 0–14, jossa arvot ≥ 8 kuvaa sitoutumista liikuntaan), tupakointia edeltävän 7 päivän aikana (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteiden noudattamista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suositukseen), tietämystä verenpainetaudista arvioitiin Hypertension Knowledge (HK-LS) -mittarilla (22 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–22, jossa pisteet ≥ 11 kuvasi hyvää tietämyksen tasoa), ahdistuneisuutta Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) -mittarilla (7 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–21, jossa pisteet ≥ 10 kuvaa ahdistuneisuutta), masentuneisuutta Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9) -mittarilla (9 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 0–27, jossa pisteet ≥ 10 kuvaa masentuneisuutta) ja sosiaalista tukea Oslo Social support scale (OSSS-3) -mittarilla (1 kysymys, 4 portainen Likert asteikko, 2 kysymystä 5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 3–14, jossa pisteet 12–14 kuvaa vahvaa tuen tasoa, pisteet 9–11 keskimääräistä tuen tasoa, pisteet 3–8 heikkoa tuen tasoa). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, logistisilla regressioanalyysillä ja Hosmer-Lemeshowin testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8, puute kriteerissä 1

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavilla aikuisilla hyvä tietämys verenpainetaudista oli yhteydessä elintapamuutokseen sitoutumiseen (AOR 13,26; 95 % CI 4,12–42,71; $p < 0,001$; hyvät tiedot vs. heikot tiedot: sitoutuminen $n = 89$ (95,7 %) vs. 4 (4,3 %); ei sitoutumista $n = 140$ (45,0 %) vs. 171 (55,0 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁶ tarkasteltiin seuranta-käynnin yhteydessä vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden, yli 18-vuotiaiden verenpainetauti sairastavien aikuisten ($n = 404$) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaassa strukturoiduilla haastatteluilla, joita ohjasti tutkimusta varten luotu kysely elintapamuutokseen sitoutumisesta (osa-alueet: vähäsuolainen ja DASH-ruokavalio, säännöllinen liikunta, alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen). Tutkimuksessa mitattiin alkoholin käyttöä ja sen vaikutuksia FAST-mittarilla (4 kysymystä, ei koskaan = 0, harvemmin kuin kuukausittain = 1, kuukausittain = 2, viikoittain = 3, päivittäin tai melkein päivittäin = 4; kokonaispisteet ≤ 3 luokiteltiin alkoholin kohtuukäytöksi), tietämystä verenpainetaudista the HTN evaluation of lifestyle and management -mittarilla (modifioitu 10 kysymykseen, vastaukset väärin = 0 p, oikein = 1 p.), läheisiltä (perhe, ystävät, muut merkittävät henkilöt) saatua sosiaalista tukea the Duke Social Support and Stress Scale -mittarilla (12 kysymystä, asteikko: ei ollenkaan = 0, hieman = 1, paljon = 2; kyllä = 2, ei = 0 ja ei ole tällaista henkilöä = 0; kokonaispistemäärä 0–100, jossa 100 kuvaa runsaasti saatua tukea), minäpystyvyyttä Chronic Disease Self-Efficacy Scale-mittarilla (6 kysymystä, modifioitu asteikko: täysin epävarma = 1, epävarma = 2, ei varma = 3, varma = 4 ja täysin varma = 5). Osallistujien keski-ikä oli $54,0 \pm 10,77$ vuotta ja vastaajista 52 % ($n = 210$) oli miehiä. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, kahdenmuuttujan analyysillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 5/6, puute kriteerissä 3, N/A kriteerit 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavien hyvät tiedot verenpainetaudista olivat yhteydessä suositeltavaan elintapamuutokseen ($B = 0,259$; $Beta = 0,169$; $p = 0,001$) ja lääkehoitoon ($B = 0,232$; $Beta = 0,135$; $p = 0,008$) sitoutumiseen.

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa²⁹ tarkasteltiin demografisten, sosiaalisten, kognitiivisten, lääketieteellisten sekä käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden yhteyttä verenpainetaudin lääkehoitoon ja elintapasuositukseen sitoutumiseen afroamerikkalaisilla aikuisilla (ikä > 55), joilla on verenpainetauti. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien uskomuksia liittyen verenpainelääkitykseen BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire) -mittarilla (18 väittämää, 5 portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa ”vahvasti samaa mieltä”), tietämystä verenpainetaudista Blood Pressure Knowledge -mittarilla (5 portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 1–5, jossa 5 kuvaa korkeinta tietämyksen tasoa), itsearvioitua terveydentilaa (1 kysymys, asteikko 1–5, jossa 1 kuvaa erinomaista), masennusoireita GDS-SF (Geriatric Depression Scale, Short form) -mittarilla (15 kysymystä, vastaukset

kyllä/ei, kokonaispisteiden asteikko 0–15, jossa 15 kuvaa suurinta masennusoireiden määrää) ja verenpaineen omahoitoa Blood Pressure Self-Care Scale -mittarilla (18 kysymystä, 5 portainen Likert-asteikko, jossa 5 kuvaa parasta omahoidon tasoa). Osallistujista 63 % oli naisia, keski-ikä oli 69,6 vuotta ja heillä oli keskimäärin 3,6 muuta kroonista sairautta. Aineisto analysoitiin Pearsonin korrealaatiotestillä ja lineaarisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 2 ja 4

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tutkimusaineisto rekrytoitiin matalan tulotason alueelta afroamerikkalaiselta väestöltä.

Ne verenpainetauti sairastavat, jotka tiesivät ruokavaliomuutosten olevan välttämättömiä verenpainelääkityksestä huolimatta, noudattivat todennäköisemmin ruokavaliotaan (OR 6,29; 95 % CI 1,23–32,3; $p = 0,03$).

Korealaisessa kohorttitutkimuksessa²¹ tarkasteltiin ruokavaliohoitoon liittyvää tietämystä, asenteita, koettuja hyötyjä ja haittoja sekä ruokavaliohoitoon liittyviä sitoutumisen haasteita ja minäpystyvyyttä aikuisilla (N = 497), joilla on todettu korkea verenpaine (n = 138) tai ei ole korkeaksi todettua verenpainetta (n = 359). Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien tietämystä ja asenteita tutkimusta varten kehitetyllä itsearviointiin perustuvalla Knowledge of and Attitude Towards Hypertension Treatment -mittarilla (tietämys: kontrolloimattoman korkean verenpaineen vaikutukset, elintapasuositukset; asenteet omahoidon suosituksia kohtaan: lääkitys, tupakoimattomuus, alkoholittomuus, painonhallinta, liikunta, vähäsuolainen ja terveellinen ruokavalio; kysymykset noudattavatko tai noudattaisivatko suosituksia: kyllä/ei). Lisäksi arvioitiin osallistujien ruokavaliion noudattamista ja Korean Society of Hypertension asettamiin suosituksiin sitoutumista (4 portainen Likert-asteikko, pisteet ≥ 3 kuvaa sitoutuneisuutta) ja minäpystyvyyttä ruokavaliosuositusten noudattamisessa (4 kysymystä, 4 portainen Likert-asteikko, jossa 4 kuvasi vahvaa minäpystyvyyden tasoa). Osallistujilta mitattiin myös verenpaine, paino, pituus ja painoindeksi tutkimuksen seurantakäynnin yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 56,9 vuotta (SD $\pm 8,5$), heistä 69,6 % (n = 345) oli naisia. Kaikista osallistuneista 27,8 %:lla (n = 138) oli todettu verenpainetauti ja keskimääräinen aika diagnoosista oli 8,4 vuotta ($\pm 6,6$). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11, puute kriteerissä 10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetautia sairastavat, jotka tiesivät, että korkea verenpaine on yhteydessä ravinnosta saatuun suolaan, eivät todennäköisesti epäonnistuneet verenpaineen hoitotason saavuttamisessa (AOR 0,566; $p < 0,001$).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³⁰ tutkittiin terveyskeskuksessa jatkuvassa seurannassa olevien verenpainetautia sairastavien asiakkaiden ($n = 3\,328$) tietämyksen verenpainetaudista (Knowledge of hypertension), tietoisuuden verenpaineeseen liittyvästä terveystietoisuudesta (awareness of hypertension education) ja omahoitokäyttäytymisen (self-management behaviors), kuten suolan käytön ja liikunnan, yhteyttä verenpaineen hoitotasoon (hypertension control). Aineisto kerättiin viidessä terveyskeskuksessa haastattelijan täyttämällä (face-to-face) kyselylomakkeella. Verenpainetautiin liittyvää tietoa, tietoisuutta ja omahoitoa arvioitiin avoimilla kysymyksillä, joihin vastattiin dikotomisesti kyllä tai ei -vastauksin. Verenpaineen hoitotaso kontrolloitiin haastattelun yhteydessä suoritettulla mittauksella. Vastaajien keski-ikä oli 70,6 vuotta (SD $\pm 10,4$) ja 58,2 % oli naisia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautia sairastavien heikommat tiedot verenpainetaudista ja sen hallinnasta olivat yhteydessä heikompaan elintapamuutoksiin sitoutumiseen (OR 0,28; 95 % CI 0,12–0,64; $p < 0,05$).

Israelilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹¹ tarkasteltiin aikuisten verenpainetta sairastavien ($n = 1\,125$) sitoutumista elintapoja koskeviin hoitosuosituksiin (fyysinen aktiivisuus, tupakoinnin lopettaminen ja taroituksenmukainen ruokavalio) sekä sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa käytettiin aiemmin kerättyä aineistoa (secondary analysis), joka oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella perusterveydenhuollon potilailta. Tutkimusta varten kehitettiin mittari, jolla arvioitiin osallistujien terveystietoisuutta, fyysistä aktiivisuutta, ruokavalion noudattamista ja tupakointia (kyllä, ei/joskus) painoindeksiä (19–25 = normaali, 26–29 = ylipaino, ≥ 30 merkittävä ylipaino), verenpaineen seuranta (kyllä/ei), säännöllistä lääkitystä (kyllä/ei), elintapoihin ja omahoitoon saatua neuvontaa (7 kysymystä, kyllä/ei, vastauksissa 5–7 = ”kyllä” kuvaa paljon saatua neuvontaa), tietämystä verenpainetaudista (oikein/väärin, asteikko 0–5, jossa 0–2 vastausta väärin kuvaa matalaa tietämyksen tasoa), verenpaineen hoitoon liittyviä uskomuksia (kyllä/ei, asteikko 0–5, jossa 0–2 ”kyllä” vastausta kuvaa vähäisiä vastaajan uskomuksia) sekä koettua vastuuta verenpaineen hoidosta (potilaan/ammattilaisen vastuulla). Osallistujista 22 % ($n = 244$) oli 36–60-vuotiaita, 78 % ($n = 484$) yli 61-vuotiaita ja 50 % ($n = 565$) oli naisia. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, tilastollisin testeillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8, puute kriteerissä 3

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **halukkuus elintapaohjaukseen saattaa tukea verenpainetautia sairastavien hoitotasapainon saavuttamista. (C)**

Ne verenpainetautia sairastavat, jotka olivat halukkaita saamaan säännöllistä terveysneuvontaa, todennäköisesti epäonnistuivat harvemmin verenpaineen hoitotason saavuttamisessa (adjusted OR 0,573; $p = 0,016$).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³⁰ tutkittiin terveyskeskuksessa jatkuvassa seurannassa olevien verenpainetautia sairastavien asiakkaiden ($n = 3\,328$) tietämyksen verenpainetaudista (Knowledge of hypertension), tietoisuuden verenpaineeseen liittyvästä terveyskasvatuksesta (awareness of hypertension education) ja omahoitokäyttämisen (self-management behaviors), kuten suolan käytön ja liikunnan, yhteyttä verenpaineen hoitotasoon (hypertension control). Aineisto kerättiin viidessä terveyskeskuksessa haastattelijan täyttämällä (face-to-face) kyselylomakkeella. Verenpainetautiin liittyvää tietoa, tietoisuutta ja omahoitoa arvioitiin avoimilla kysymyksillä, joihin vastattiin dikotomisesti kyllä tai ei -vastauksin. Verenpaineen hoitotaso kontrolloitiin haastattelun yhteydessä suoritetulla mittauksella. Vastaajien keski-ikä oli 70,6 vuotta ($SD \pm 10,4$) ja 58,2 % oli naisia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Suhteuta omahoidon ohjaus verenpainetautia sairastavan kykyyn omaksua tietoa, sillä

➤ **verenpainetautia sairastavien terveydenlukutaito saattaa olla yhteydessä omahoitoon sitoutumiseen. (C)**

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla oli vahvempi terveydenlukutaito, liikkuivat säännöllisemmin (mean $103,69 \pm 17,49$ vs. $96,22 \pm 17,91$; $F = 2,511$; $p = 0,013$) ja kiinnittivät enemmän huomiota ruokavalioonsa (mean $101,20$; $SD \pm 17,82$ vs. $95,92$; $\pm 17,96$; $t = 2,059$; $p = 0,041$) verrattuna niihin, joilla oli heikompi terveydenlukutaito.

Turkkilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³¹ tarkasteltiin terveysosaamisen ja omahoidon hallinnan välistä yhteyttä aikuisilla ($n = 210$), joilla on verenpainetauti. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin omahoidon hallintaa Self-Care Management Processes-Guarding Scale, (SCMP-G) -mittarilla (35 kysymystä, kokonaispisteet asteikolla 35–175, jossa 175 kuvaa korkeinta omahoidon hallinnan tasoa) sekä terveysosaamista Health Literacy Scale (HLS-EU) -mittarilla (47 kysymystä, kokonaispisteet asteikolla 25–125, jossa 125 kuvaa korkeinta terveysosaamisen tasoa). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, t-testillä, ANOVA:lla, Dunnin post hoc-testillä sekä korrelaatioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 2 ja 6
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Lähteet

1. 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.
2. 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.
3. Babae 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, Jarrah MI. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Preference and Adherence* 2019; 13: 577–585.

13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Tibebu 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.