

3. Omahoitoon sitoutumisen yksilölliset tekijät

Ota huomioon verenpainetauti sairastavan omahoitoon sitoutumiseen liittyvät yksilölliset tekijät, sillä

➤ **verenpainetauti sairastavat naiset sitoutuvat miehiä todennäköisemmin elintapamuutokseen. (B)**

Verenpainetauti sairastavista fyysiseen **liikuntaan** huonommin sitoutuneet olivat todennäköisemmin miehiä, vaikka ero naisiin ei ollut tilastollisesti merkitsevä (OR 0,60; 95 % CI 0,36–1,01; sitoutuneet: N = 165; miehet n = 39 (23,6 %); naiset n = 126 (76,4 %); sitoutumattomat N = 153; miehet n = 51 (33,3 %); naiset n = 102 (66,7 %)). Miehet olivat naisia todennäköisemmin sitoutumattomia myös **alkoholittomuuteen** (OR 0,13; 95 % CI 0,070–0,24; sitoutuneet N = 248; miehet n = 46 (18,6 %); naiset n = 202 (81,4 %); sitoutumattomat N = 70; miehet n = 44 (62,9 %) naiset n = 26 (37,1 %)), **tupakoimattomuuteen** (OR 0,05; CI 95 % 0,03–0,11; sitoutuneita N = 252; miehet n = 41 (16,3 %); naiset: n = 211 (83,7 %); sitoutumattomia N = 66; miehet n = 49 (74,2 %); naiset: n = 17 (25,8 %)) ja **vähäsuolaisen ruokavalion noudattamiseen** (OR 0,34; 95 % CI 0,17–0,72; sitoutuneet N = 258; miehet n = 64 (24,8 %); naiset n = 194 (75,2 %); sitoutumattomat N = 60; miehet n = 26 (43,3 %); naiset n = 34 (56,7 %)).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹ tutkittiin Peking maaseutualueen perusterveydenhuollossa verenpainetaudin vuoksi seurannassa olevien vähintään 35-vuotiaiden (n = 318) omahoitokäyttäytymistä. Verenpainediagnoosista tuli olla vähintään vuosi. Tutkimusaineisto kerättiin puhelinhaastatteluina strukturoidulla kyselylomakkeella ja mittauksin. Omahoitokäyttäytymistä arvioitiin lääkityksen, vähäsuolaisen ruokavalion noudattamisen, tupakoinnin, alkoholin käytön, säännöllisten verenpainemittausten ja liikunnan osa-alueilta. Mittarin kuusi osa-alueita perustuivat ”kansalliseen ennaltaehkäisy, havaitseminen, arviointi ja verenpainetaudin hoito” -raporttiin (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure). Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden verenpaine, pituus ja paino mitattiin haastattelun yhteydessä. Tutkimuksen osallistujilta kysyttiin myös, miten he kokivat terveydentilansa (erittäin hyvä/hyvä 1 p, kohtuullinen/huono/erittäin huono 0 p). Omahoitokäyttäytymisen yhteyttä iän, sukupuolen, verenpainetaudin keston, itsearvioidun terveyden, perhesuhteiden, koulutustason, diabeteksen tila ja kehon painoindeksin (BMI) välillä tutkittiin logistisella regressioanalyysillä. Tutkimuksen osallistujien keski-ikä oli 62,9 vuotta (35–83 v), vastaajista miehiä oli 28,3 % ja naisia oli 71,7 % ja verenpainetauti ollut diagnosoituna keskimäärin kahdeksan vuotta. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 7 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetautia sairastavat naiset sitoutuivat miehiä todennäköisemmin elintapamuutokseen (AOR 2,29; 95 % CI 1,10–4,75; $p < 0,05$; sitoutuneet: naiset $n = 147$ (47,3 %); miehet $n = 164$ (52,7 %); sitoutumattomat: naiset $n = 47$ (50,5 %); miehet $n = 46$ (49,5 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² tarkasteltiin seuranta-käynnin yhteydessä yli 18-vuotiaiden, vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden verenpainetautia sairastavien aikuisten ($n = 404$) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaassa strukturoiduilla haastatteluilla, jota ohjasi 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 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 vuotta ja vastaajista 52 % 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

Verenpainetautia sairastavat naiset sitoutuivat miehiä paremmin tupakoimattomuuteen (sitoutuneet: $n = 139$; naiset 75,5 % vs. miehet 24,5 %; sitoutumattomat: $n = 47$; naiset 59,6 % vs. miehet 40,4 %; $p < 0,05$). He sitoutuivat miehiä paremmin myös raittiuteen (alkoholittomuuteen sitoutuneet: $n = 121$; naiset 81 % vs. miehet 18,2 %; sitoutumattomat: $n = 65$; naiset 52,3 % vs. miehet 47,7 %; $p < 0,01$).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tarkasteltiin omahoidon terveellisiin elintapoihin sitoutumista sekä eroja omahoitoon hyvin ja huonosti sitoutuneiden välillä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään 21-vuotiaat afroamerikkalaiset, joiden verenpainetaudin diagnosista oli kulunut vähintään kuusi kuukautta ($n = 186$). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluin. Tutkimuksessa arvioitiin vastaajien omahoidon H-SCALE-mittarilla (kuusi osa-aluetta: 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). Lisäksi tutkimuksessa mitattiin osallistujien painoindeksi (BMI) ja tarkasteltiin osallistujien itsearvioitua terveydentilaa (hyvä/erinomainen = 1 p, muut = 0 p). Osallistujista 71,5 % oli naisia ja keski-ikä oli 53 vuotta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 - ja t-testeillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 5/6, puute kriteerissä 2, N/A kriteerit 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Aineisto kerättiin afroamerikkaiselta väestöltä.

Verenpainetautia sairastavat naiset olivat miehiä sitoutuneempia omahoitoon (AOR 2,254; 95 % CI 1,092–4,653; $p = 0,028$; sitoutuneet: $n = 47$ (14,7 %) vs. 18 (5,6 %); sitoutumattomat: $n = 117$ (36,6 %) vs. 138 (43,1 %)).

Etiopialaisessa sairaalaympäristössä toteutetussa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tutkittiin verenpainetautia sairastavien ($n = 320$) omahoitoikäntäiteitä ja niihin yhteyksissä olevia tekijöitä. Tutkimuksen kohdeyryhmänä oli vähintään kuusi kuukautta kohonneen verenpaineen vuoksi seurannassa olleet aikuiset, jotka valittiin tutkimukseen yksinkertaisella satunnaisotannalla. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella haastatteleamalla osallistujat. Omahoitoon sitoutumista arvioitiin Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) -mittarilla (6 osa-alueetta: 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 liikunta-suositukseen), 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 harjoitteisiin sitoutumista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suosituksiin). Hyvä sitoutuminen edellytti sitoutumista kaikkiin osa-alueisiin. Osallistujien tietämystä (knowledge) verenpainetaudista sairautena arvioitiin Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM) -mittarilla (kolme osa-alueetta: 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). Osallistuneista 51,2 % oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 53,8 vuotta (19–85 v). Aineisto analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tutkimukseen osallistuneista 43,1 % oli luku- ja kirjoitustaidottomia.

Naissukupuoli lisäsi verenpainetautiä sairastavien riskiä fyysiseen inaktiivisuuteen (PR 1,32; CI 95 % 1,01–1,73; $p < 0,05$).

Meksikolaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁵ tutkittiin vähintään kolme kuukautta aiemmin diagnoosin saaneiden yli 19-vuotiaiden verenpainetautiä sairastavien aikuisten ($n = 487$) verenpainetautiin liittyvän stressin yhteyttä sairauden omahoitoon sitoutumattomuuteen (säännöllisen liikunnan harrastaminen, runsas hedelmien ja vihannesten kulutus sekä vähäsuolaisten elintarvikkeiden käyttö). 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 totumuksista (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 naiset olivat miehiä todennäköisemmin sitoutumattomia liikuntaan (AOR 2,24; 95 % CI 1,39–3,94; sitoutuneet: miehet 40,6 % vs. naiset 20,1 %; sitoutumattomat: miehet 59,4 % vs. naiset 79,9 %; $p < 0,001$).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ 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 liikunta-suositukseen), tupakointi (modifioitu 2 kysymystä, asteikko 0–4, jossa 0

vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonais-pisteiden 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 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

Verenpainetautia sairastavat naiset sitoutuivat miehiä todennäköisemmin terveellisiin elintapoihin (OR 1,9; CI 95 % 1,2–3,1; p = 0,005).

Jordaniaalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁷ tutkittiin tekijöitä, jotka olivat yhteydessä terveellisiin elintapamuutoksiin sitoutumiseen yli 18-vuotiailla verenpainetta sairastavilla aikuisilla (n = 1 000). Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan verenpainepoliklinikalla strukturoidulla kyselylomakkeella haastattelemalla. Mittari sisälsi kysymyksiä liittyen elintapa- ja omahoidon ohjaukseen (7 kysymystä, kyllä/ei), tietoon verenpaineesta sairautena (5 kysymystä, oikein/väärin), uskomuksiin verenpaineen hallinnasta (4 kysymystä, samaa mieltä/eri mieltä) sekä kysymyksiä elintavoista (fyysinen aktiivisuus, ravitsemus, tupakointi). Osallistujista 57 % (n = 570) oli naisia ja 48 % (n = 480) oli yli 60-vuotiaita. Aineisto analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **tiedossa oleva sukurasite saattaa lisätä verenpainetautia sairastavien sitoutumista painonhallintaan. (C)**

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla oli sukurasite verenpainetaudille, olivat sitoutuneempia painonhallintaan kuin ne, joilla ei ollut tai jotka eivät tienneet olevan sukurasitetta (sitoutuneet: sukurasite vs. ei sukurasitetta: 13, 9 % vs. 6,9 %; sitoutumattomat: 86,1 % vs. 93,1 %; p = 0,021).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ tarkasteltiin omahoitoon sitoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä 30–70-vuotiailla verenpainetautia sairastavilla, joilla oli käytössään verenpainelääkitys (n = 410). Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja H-Scale-mittarilla (6 osa-alue: 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 tupakointimattomuutta, ≥ 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 verenpainetaudista 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 vuotta (30–45 v: n = 85; 20,7 %; 46–60 v: n = 176; 42,9 %; 61–70 v: n = 149; 36,3 %). Aineisto analysoitiin monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **näyttö iän yhteydestä verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumiseen on ristiriitaista. (C)**

Vähintään 65-vuotiaat verenpainetautia sairastavat seurasivat omia verenpainearvojaan nuorempia verenpainetautia sairastavia todennäköisemmin (OR 1,80; 95 % CI 1,08–2,99).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹ tutkittiin Pekingin maaseutualueen perusterveydenhuollossa vähintään vuotta aiemmin diagnosoitun verenpainetaudin vuoksi seurannassa olevien ja vähintään 35-vuotiaiden asiakkaiden (n = 318) omahoitokäyttäytymistä. Tutkimusaineisto kerättiin kasvokkain strukturoidulla kyselylomakkeella ja mittauksin. Omahoitokäyttäytymistä arvioitiin lääkityksen ja vähäsuolaisen ruokavalion noudattamisen, tupakoinnin, alkoholin käytön, säännöllisten verenpainemittausten ja liikunnan osa-alueilta. Mittarin kuusi osa-aluetta perustuivat ”kansalliseen ennaltaehkäisy, havaitseminen, arviointi ja verenpainetaudin hoito” -raporttiin (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure). Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden verenpaine, pituus ja paino mitattiin haastattelun yhteydessä. Tutkimuksen osallistujilta kysyttiin myös, miten he kokivat terveydentilansa (erittäin hyvä/hyvä 1 p, kohtuullinen/huono/erittäin huono 0 p). Omahoitokäyttäytymisen yhteyttä tarkasteltiin suhteessa ikään, sukupuoleen, verenpainetaudin kestoon, itsearvioituun terveyteen, perhesuhteisiin, koulutustasoon, diabeteksen tilaan ja kehon painoindeksiin (BMI). Tutkimuksen osallistujien keski-ikä oli 62,9 vuotta (35–83 v.), vastaajista naisia oli 71,7 %. Aineisto analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 7 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä**Kommentti:** Osallistujilla verenpainetauti oli ollut diagnosoituna keskimäärin kahdeksan vuotta.

Yli 60-vuotiaat verenpainetautiä sairastavat sitoutuivat nuorempia (21–39 v) todennäköisemmin elintapamuutokseen (sitoutuneet: $n = 27$ (29 %) vs. 5 (5,4 %); sitoutumattomat: $n = 106$ (34,1 %) vs. 28 (9 %); AOR 5,72; 95 % CI 1,16–28,13; $p < 0,05$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² arvioitiin seurantakäynnin yhteydessä yli 18-vuotiaiden (vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden) verenpainetautiä sairastavien aikuisten ($n = 404$) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaalassa strukturoiduilla haastatteluilla, jota ohjasi 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 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 vuotta ja vastajista 52 % 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 sairastavien tupakoimattomuuteen sitoutuneiden keski-ikä oli korkeampi kuin niiden, jotka eivät olleet sitoutuneet tupakoimattomuuteen (sitoutuneet: $n = 139$; mean 54,9 v; SD 16,2); sitoutumattomat: $n = 47$; mean 47,3 v; SD 14,4; $p < 0,01$). Myös alkoholittomuuteen sitoutuneiden verenpainetautiä sairastavien keski-ikä oli korkeampi kuin niiden, jotka eivät olleet sitoutuneet (sitoutuneet: $n = 124$; mean 57,2 v; SD 15,7); sitoutumattomat ($n = 65$) mean 45,2 v; SD 13,7; $p < 0,01$).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tutkittiin omahoidon terveellisiin elintapoihin sitoutumista sekä eroja omahoitoon hyvin ja huonosti sitoutuneiden välillä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään 21-vuotiaat afroamerikkalaiset, joiden verenpainetaudin diagnosista oli kulunut vähintään kuusi kuukautta ($n = 186$). Aineisto kerättiin haastatteluin. Tutkimuksessa arvioitiin vastaajien omahoitoa 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 suosituksiin). Lisäksi tutkimuksessa mitattiin osallistujien painoindeksi (BMI) ja tarkasteltiin osallistujien itsearvioitua terveydentilaa (hyvä/erinomainen = 1 p, muut = 0 p). Osallistujista 71,5 % oli naisia ja keski-ikä oli 53 vuotta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 - ja t-testeillä. **Tutkimuksen menetelmällinen laatu:** JBI 5/6, puute kriteerissä 2, N/A kriteerit 5, 6

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Aineisto kerättiin afroamerikkalaisella väestöllä.

Verenpainetauti sairastavien korkeampi ikä oli yhteydessä parempaan sitoutumiseen elintapojen noudattamisessa ($B = 0,014$; $\beta = 0,214$; $p < 0,000$).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁸ tarkasteltiin demografisten, sosiaalisten, kognitiivisten, lääketieteellisten sekä käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden yhteyttä verenpainetaudin lääkehoitoon ja elintapasuositukseen sitoutumiseen afroamerikkalaisilla aikuisilla (ikä > 55 v), joilla on verenpainetauti ($n = 338$). Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien uskomuksia liittyen verenpainelääkitykseen Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) -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 Geriatric Depression Scale, Short form (GDS-SF) -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 $69,6 \pm 9,25$ vuotta (55–96 v) ja osallistujilla oli keskimäärin 3,6 muuta kroonista sairautta. Aineisto analysoitiin Pearsonin korrelaatiotestillä ja usean muuttujan regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tutkimusaineisto rekrytoitiin matalan tulotason alueelta afroamerikkalaiselta alueelta.

Alle 60-vuotiaiden elintapamuutokseen sitoutuminen oli todennäköisesti huonompaa verrattuna heitä vanhempiin verenpainetautia ja/tai diabetesta sairastaviin (OR 0,62; CI 0,41–0,94; $p < 0,05$).

Israelilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁹ tarkasteltiin verenpainetta sairastavien aikuisten ($n = 1\,125$) sitoutumista elintapoja koskeviin hoitosuosituksiin (fyysinen aktiivisuus, tupakoinnin lopettaminen ja verenpainehoitoa tukeva ruokavalio) sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tämä tutkimus perustui laajempaan verenpainetautia ja/tai diabetesta sairastavien hoitosuositustutkimukseen (secondary data analysis), jonka aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella puhelinhaastatteluin perusterveydenhuollon potilailta. Tutkimusta varten kehitettiin mittari, jossa tarkasteltiin osallistujien terveystietoisuutta arvioiden 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, jossa 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 % ($n = 848$) oli yli 61-vuotiaita ja 50 % oli miehiä. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 -testillä ja monimuuttujaisella regressioanalyysillä.

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

Nuoremmat verenpainetautia sairastavat (30–45 v) eivät sitoutuneet liikuntaan yhtä todennäköisesti kuin iäkkäämmät (61–70 v) (sitoutuneet: 14,1 % vs. 32,2 %; sitoutumattomat: 85,9 % vs. 67,8 %; AOR 2,68; 95 % CI 1,29–5,53).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ tarkasteltiin omahoitoon sitoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä 30–70-vuotiailla verenpainetautia 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 liikuntasuosituksiin), 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 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (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 vuotta (30–45 v: n = 85; 20,7 %; 46–60 v: n = 176; 42,9 %; 61–70 v: n = 149; 36,3 %). Aineisto analysoitiin monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

51–60-vuotiailla verenpainetautia sairastavilla oli korkeampi omahoidon taso kuin alle 50-vuotiailla (SCMP-G: mean 116,02; SD ±15,41 vs. 109,48; SD ±15,83; F 3,733; p = 0,026).

Turkkilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁰ tarkasteltiin terveydenluktaidon 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 terveydenkultaito Health Literacy Scale (HLS-EU) -mittarilla (47 kysymystä, kokonaispisteet asteikolla 25–125, jossa 125 kuvaa korkeinta terveydenluktaidon 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

Mitä vanhempia verenpainetautia sairastavat olivat, sitä paremmin he sitoutuivat hoitosuunnitelmaan (care plan) (r = 0,38; p < 0,01). Toisaalta mitä nuorempia he olivat, sitä aktiivisemmin he toteuttivat suositusten mukaisia omahoitotehtäviä (self-care tasks) (r = -0,20; p < 0,05).

Saudi-Arabialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹¹ tarkasteltiin potilaan aktivoimisen, hoitosuunnitelmaan sitoutumisen, korkean verenpaineen hoidon ja demografisten tekijöiden (ikä, sukupuoli, koulutus-taso ja tulotaso) yhteyttä toisiinsa korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuisilla (n = 114). Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja erilaisilla mittareilla. Tutkimuksessa mitattiin potilaiden verenpaine automaattisella verenpainemittarilla, verenpaineen hoitosuunnitelmaan sitoutumista Hill-Bone-mittarilla (4-portainen Likert-asteikko, jossa 4 kuvaa täyttä sitoutumista) ja potilaan aktivointia PAM-mittarilla (4-portainen Likert-asteikko 13 osa-alueella, jossa kokonaispisteitys 0–100 ja pisteet ≥ 72,5 kuvaa ylläpitävää aktiivisuutta). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, Pearsonin korrelaatiokertoimella ja hierarkkisella lineaarisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Alle 65-vuotiaat verenpainetautia sairastavat olivat sitoutuneempia omahoitoon kuin heitä iäkäämmät (sitoutuneet: $n = 60$ (18,8 %) vs. $n = 5$ (1,6 %); sitoutumattomat: $n = 166$ (51,9 %) vs. $n = 89$ (27,8 %); AOR 3,265; 95 % CI 1,030–10,355; $p = 0,044$).

Etiopialaisessa sairaalaympäristössä toteutetussa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tutkittiin verenpainetautia sairastavien ($n = 320$) omahoitokäytänteitä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään kuusi kuukautta kohonneen verenpaineen vuoksi seurannassa olleet aikuiset, jotka valittiin tutkimukseen yksinkertaisella satunnaisotannalla. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella haastattelemalla osallistujat. Omahoitoon sitoutumista arvioitiin 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), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteisiin sitoutumista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suositukseen). Hyvä sitoutuminen edellytti sitoutumista kaikkiin osa-alueisiin. Osallistujien tietämystä verenpainetaudista arvioitiin Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM) -mittarilla (kolme 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). Osallistuneista 51,2 % oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 53,8 vuotta (19–85 v). Aineisto analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Tutkimukseen osallistuneista 43,1 % oli luku- ja kirjoitustaidottomia.

Verenpainetautia sairastavilla henkilöillä alle 65-vuoden ikä ennusti parempaa verenpaineen omahoitoon sitoutumista (hyvä sitoutuminen < 65 v: $n = 105$; 78,4 % vs. ≥ 65 v: $n = 29$; 21,6 %; AOR 3,77; 95 % CI 1,60–8,89; $p < 0,05$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹² 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 osaluuetta, joissa vähintään kuusi pistettä kuvasi vähäsuolaisen ruokavaliion noudattamista), alkoholin kulutusta (kolme osa-alueetta), 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

➤ **asuinympäristö saattaa olla yhteydessä verenpainetautia sairastavien painonhallintaan sitoutumiseen. (C)**

Kaupungissa asuvat verenpainetautia sairastavat olivat maaseudulla asuvia todennäköisemmin sitoutuneita painonhallintaan (AOR 4,37; CI 95 % 2,14–8,94; kaupungissa asuvat sitoutuneet: 23,6 %; sitoutumattomat: 76,6 %; maaseudulla asuvat: sitoutuneet: 6,3 %; sitoutumattomat: 93,7 %; $p < 0,001$).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ 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-alueetta: 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 liikuntasuosituksiin), tupakointi (modifioitu 2 kysymystä, asteikko 0–4, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonais-pisteiden 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 vuotta. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 -testillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **verenpainetautiä sairastavien korkeammalla koulutustasolla saattaa olla yhteys parempaan omahoitoon sitoutumiseen. (C)**

Verenpainetautiä sairastavien korkeammin koulutettujen ryhmässä tupakoimattomien osuus oli suurempi kuin kahdessa alemmassa koulutustasoluokassa (sitoutuneet vs. sitoutumattomat: 30,2 % vs. 12,8 %; 38,8 % vs. 42,6 %; 30,9 % vs. 44,7 %; $p < 0,05$).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tarkasteltiin omahoidon terveellisiin elintapoihin sitoutumista sekä eroja omahoitoon hyvin ja huonosti sitoutuneiden välillä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään 21-vuotiaat afroamerikkalaiset, joiden verenpainetaudin diagnosista oli kulunut vähintään kuusi kuukautta (n = 186). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluin. Tutkimuksessa arvioitiin vastaajien omahoitoa 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 (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). Lisäksi tutkimuksessa mitattiin osallistujien painoindeksi (BMI) ja tarkasteltiin osallistujien itsearvioitua terveydentilaa (hyvä/erinomainen = 1 p, muut = 0 p). Osallistujista 71,5 % oli naisia ja keski-ikä oli 53 vuotta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 - ja t-testeillä. **Tutkimuksen menetelmällinen laatu:** JBI 5/6, puute kriteerissä 2, N/A kriteerit 5 ja 6.

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Aineisto kerättiin afroamerikkaisella väestöllä.

Koulutustasolla (peruskoulun jälkeinen koulutus vs. enintään perustaso) oli yhteys painonhallintaan sitoutumiseen siten, että korkeammin koulutetuista suurempi osa oli sitoutunut verrattuna matalammin koulutettuihin (sitoutuneet: 6,2 % vs. 14,2 %; sitoutumattomat: 93,8 % vs. 85,8 %; $p = 0,007$).

Myanmarilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ tarkasteltiin omahoidon 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 vuotta. Vastaajien keski-ikä oli 55,4 (±10,9 v) vuotta. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 -testillä ja monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Verenpainetauti sairastavat, joilla oli huono luku- ja kirjoitustaito, noudattivat omahoitoa todennäköisesti huonommin kuin ne, jotka olivat käyneet korkea-asteen koulutuksen (AOR 2,15; 95 % CI 1,74–6,39; $p \leq 0,001$; huono luku- ja kirjoitustaito: heikot omahoitokäytänteet n = 97 vs. hyvät omahoitokäytänteet n = 46; korkea-asteen koulutus: n = 27 vs. 37).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹³ tarkasteltiin omahoidon käytäntöjä avohoidossa olevilla aikuisilla (n = 422), joilla on verenpainetauti. Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien minäpystyvyyttä kyselyllä (5 kysymystä, asteikko 0–5, jossa pisteet ≥ 4 kuvaa hyvää minäpystyvyyden tasoa), sosiaalista tukea MSPSS-mittarilla (12 kysymystä, 7-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 12–84, jossa ≥ 64 kuvaa hyvää sosiaalista tukea), omahoidon käytäntöjä H-SCALE-mittarilla (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 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 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 seitsemän päivän ajalta (3 kysymystä, vastaajat jotka eivät käyttäneet lainkaan, kuvattiin alkoholista pidättäytyviksi), tietämystä verenpainetaudista HELM-mittarilla (3 osa-aluetta: yleiset tiedot (3 kysymystä), elintavat ja lääkehoito (8 kysymystä) sekä mittaus ja hoitotavoitteet (3 kysymystä) (vastaus oikein 1p, 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. Tutkimuksen aineisto 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.

➤ **verenpainetautia sairastavien myönteinen kokemus omasta terveydestään saattaa olla yhteydessä parempaan ruokavalion laatuun. (C)**

Verenpainetautia sairastavien henkilöiden koettu terveys (EQ-VAS: mean 66,91 SD $\pm 13,80$) korreloi positiivisesti omahoitoruokavalion laatuun ($r = 0,15$; $p < 0,01$) ja painonhallintaan ($r = 0,19$; $p < 0,01$).

Taiwanilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁴ tarkasteltiin minäpystyvyyden yhteyttä itsearvioituun terveydentilaan, sosiaaliseen tukeen, masennusoireisiin, ahdistuneisuuteen ja omahoitoon korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuispotilailla ($n = 318$). Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja erilaisilla mittareilla. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien käsitystä omasta terveydentilasta EuroQol five-dimension self-report (EQ-VAS) -mittarilla (asteikko 0–100, jossa korkeimmat pisteet kuvaa parempaa terveydentilaa), sosiaalista tukea 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 SEMCD-6-mittarilla (6 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 6–60, jossa 60 kuvaa täysin itsevarmaa), 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, kokonaispisteiden asteikko 5–50, jossa 50 kuvaa parasta painonhallinnan tasoa). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, tilastollisin testein, yksisuuntaisella varianssianalyysillä, lineaarisella regressiolla ja Pearsonin korrelaatiokertoimella.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Huomioi liitännäissairaudet verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa, sillä

➤ liitännäissairaudet ilmeisesti heikentävät verenpainetautia sairastavien hoitotasapainon saavuttamista. (B)

Verenpainetautia sairastavat asiakkaat, joilla oli liitännäissairauksia, onnistuivat epätodennäköisemmin verenpaineen hoitotason saavuttamisessa verrattuna niihin, joilla ei ollut liitännäissairauksia. Hoitotasapainon saavuttamisessa onnistui kaikista tutkittavista 36,1 % (n = 1 050), diabetesta sairastavista 14,7 % (n = 154; AOR 3,896; 95 % CI 3,127–4,855; p < 0,001), sydän- ja verisuonitautia sairastavista 23,0 % (n = 241; AOR 3,482; 95 % CI 2,857–4,242; p < 0,001) ja aivohalvauksen saaneista 6,7 % (n = 70; AOR 2,495; 95 % CI 1,816–3,427; p < 0,001).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁵ 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 suoritettulla mittauksella. Vastaajien keski-ikä oli 70,6 vuotta (SD ±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

Hallitsemattoman verenpainetaudin todennäköisyys oli suurempi niillä verenpainetautia sairastavilla, joilla oli todettu liitännäissairaus kuin niillä, joilla ei ollut liitännäissairauksia (liitännäissairaus: hallitsematon n = 117 (64,3 %); hallinnassa n = 65 (35,7 %); ei liitännäissairautta: hallitsematon n = 82 (35,2 %); hallinnassa n = 151 (64,8 %); AOR 3,04; 95 % CI 1,90–4,85; p < 0,001).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁶ tarkasteltiin hoitamattoman verenpainetaudin piirteitä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä aikuisilla, joilla on verenpainetauti (n = 415). Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja H-SCALE-mittarilla (kuusi osa-aluetta: 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), terveellisen ruokavalion noudattamista DASH-Q-mittarilla (11 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–77, jossa pisteet ≥ 52 kuvaa terveellisen ruokavalion noudattamista) tietämystä verenpainetaudista HK-LS-mittarilla (22 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–22, jossa pisteet ≥ 11 kuvaa hyvää tietämyksen tasoa), ahdistuneisuutta GAD-7-mittarilla (7 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–21, jossa pisteet ≥ 10 kuvaa ahdistuneisuutta), masennusta PHQ-9-mittarilla (9 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–27, jossa pisteet ≥ 10 kuvaa masentuneisuutta) ja sosiaalista tukea OSSS-3-mittarilla (3 kysymystä, 4- ja 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 3–14, jossa pisteet ≥ 12 kuvaa hyvää sosiaalista tukea). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, logistisella regressioanalyysillä, regressioanalyysillä ja tilastollisilla testeillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8, puutteet kriteereissä 1 ja 5

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **näyttö liitännäissairauksien yhteydestä verenpainetautia sairastavien omahoitoon sitoutumiseen on ristiriitaista. (C)**

Verenpainetautia sairastavat, joilla ei ollut liitännäissairauksia, sitoutuivat elintapamuutokseen huomattavasti enemmän kuin he, joilla oli liitännäissairauksia (AOR 0,24; 95 % CI 0,11–0,50; $p < 0,001$; ei liitännäissairautta: sitoutuneet $n = 24$ (25,8 %) vs. ei sitoutuneet $n = 156$ (50,2 %); liitännäissairaus: sitoutuneet $n = 69$ (74,2 %) vs. ei sitoutuneet $n = 155$ (49,8 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² tarkasteltiin seurantaikäynnin yhteydessä yli 18-vuotiaiden (vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden) verenpainetautia sairastavien aikuisten ($n = 404$) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaassa strukturoiduilla haastatteluilla, joita ohjasi 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 vuotta ja vastaajista 52 % 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

Kommentti: Sitoutumisen astetta kuvaavia tuloksia ei ollut raportoitu.

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla ei ollut liitännäissairauksia, sitoutuivat omahoitoon paremmin kuin ne, joilla oli liitännäissairauksia (AOR 1,76; 95 % CI 1,03–3,00; $p = 0,039$; ei liitännäissairautta: hyvä sitoutuminen $n = 126$ vs. heikko sitoutuminen $n = 94$; liitännäissairaus: hyvä sitoutuminen: $n = 62$ vs. heikko sitoutuminen $n = 88$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁷ tarkasteltiin omahoidon sitoutumisen tasoa sekä siihen liittyviä tekijöitä verenpainetautia sairastavilla asiakkailta ($n = 370$). Tutkimuksessa mitattiin omahoidon noudattamisen tasoa Hypertension self-care Activity Level Scale Effects -asteikolla, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa hyviä omahoidon käytäntöjä, verenpainelääkityksen noudattamista (asteikko 0–21, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa hyvää lääkityksen noudattamista), fyysistä aktiivisuutta (kahdella osa-alueella, asteikko 0–7, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa aktiivisuutta), alkoholin käyttöä (kolme osa-alueella), painonhallintaa (5-portainen Likert-asteikko, jossa asteikolla 5 kuvaa hyvää painonhallintaa), sairauteen liittyvää minäpystyvyyttä (asteikolla 1–10, jossa korkea pistemäärä kuvaa vahvempaa minäpystyvyyttä) ja sosiaalista tukea (Oslo Social Support Scale, jossa asteikolla 3–14 korkeampi pistemäärä kuvaa vahvempaa tukea). Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, varianssi-analyysillä, regressioanalyysillä ja Hosmer-Lemeshowin testillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla oli liitännäissairauksia, noudattivat omahoitoa huonommin (hyvin $n = 54$, huonosti $n = 79$) kuin ne, joilla ei ollut liitännäissairauksia (hyvin $n = 144$, huonosti $n = 145$; AOR 1,48; 95 % CI 0,25–7,73; $p \leq 0,001$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹³ tarkasteltiin avohoidossa olevien korkeaa verenpainetta sairastavien aikuisten ($n = 422$) omahoidon käytäntöjä. Tutkimuksessa mitattiin osallistujien minäpystyvyyttä (viisi kysymystä, asteikko 0–5, jossa 5 kuvaa korkeinta minäpystyvyyden tasoa), sosiaalista tukea MSPSS-mittarilla (12-osa-alueella, 7-portainen Likert-asteikko, mittarin kokonaispisteitys 12–84, jossa ≥ 64 kuvaa hyvää sosiaalista tukea), omahoidon käytäntöjä H-SCALE-mittarilla (6 osa-alueella: 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 suosituksiin), verenpaineen mittausta (verenpaineen seuranta pidettiin hyvänä, kun se toteutui vähintään kerran tai useammin kuin kerran kuukaudessa niillä, joilla verenspaine ei ollut hallinnassa), ruokavalion laatua DASH-Q-mittarilla (11 osa-alueella, kokonaispisteitys 0–77, jossa ≥ 52 kuvaa laadukasta ruokavaliota), fyysistä aktiivisuutta (2 osa-alueella, kokonaispisteitys 0–14, jossa ≥ 8 kuvaa fyysisen aktiivisuuden suositusten täyttymistä), painonhallintaa edeltävän 30 päivän ajalta (10 osa-alueella, kokonaispisteitys 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyviä painonhallinnan tapoja), alkoholin käyttöä, tietämyksen tasoa HELM-mittarilla (14 kysymystä, joista vastaukset oikein yli 7 kysymykseen kuvaa hyvää tietämystä) sekä asenteita. Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 58,7 vuotta ($\pm 9,75$ v), heistä miehiä oli 55,7 % (n = 235). Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä ja logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Huomioi verenpainetautia sairastavan omahoidon ohjauksessa sairauden kesto, sillä

➤ verenpainetautia sen alkuvaiheessa sairastavat ilmeisesti sitoutuvat omahoitoon pidempään sairastaneita huonommin. (B)

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla diagnoosin saamisesta oli kulunut 2–4 vuotta, sitoutuvat elintapamuutokseen paremmin kuin ne, joiden diagnoosista oli alle kaksi vuotta (AOR 7,14; 95 % CI 1,56–32,78; $p < 0,05$). Myös ne, joiden sairauden toteamisesta oli kulunut vähintään neljä vuotta, sitoutuivat paremmin kuin ne, joiden diagnoosista oli alle kaksi vuotta (AOR 4,59; 95 % CI 1,00–20,97; $p < 0,05$); < 2 vuotta: sitoutuneet n = 3 (3,2 %); sitoutumattomat n = 46 (14,8 %); 2–4 vuotta: sitoutuneet n = 45 (48,4 %); sitoutumattomat n = 112 (36,0 %); ≥ 4 vuotta: sitoutuneet n = 45 (48,4 %); sitoutumattomat n = 153 (49,2 %).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² tarkasteltiin seuranta-käynnin yhteydessä yli 18-vuotiaiden (vähintään kuusi kuukautta verenspaine-lääkitystä käyttäneiden) verenpainetautia sairas-avien aikuisten (n = 404) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaalassa strukturoiduilla haastatteluilla, joita ohjasi tutkimusta varten luotu kysely elintapamuutokseen sitoutumisesta (osa-alueet: vähäsuolainen ja DASH-ruokavalio, säännöllinen liikunta, alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen). Elintapamuutokseen sitoutumista mitattiin tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka sisälsi kysymyksiä neljästä elintapoihin liittyvästä teemasta, DASH ja vähäsuolainen ruokavalio, fyysinen aktiivisuus, 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 = 0p, oikein = 1p.), läheisiltä (perhe, ystävät, muut merkittävät henkilöt) saatua sosiaalista tukea the Duke Social Support and Stress Scale -mittarilla (12 kysymystä, asteikko: ei ollenkaan = 0, hienman = 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). alkoholin käyttö (FAST - Fast Alcohol Screening Test) ja tupakoinnin lopettaminen. Kysely sisälsi seuraavat mittarit: (HTN (hypertension) evaluation of lifestyle and management scale, The Duke Social Support and Stress Scale, Chronic Disease Self-Efficacy Scale). Osallistujien keski-ikä oli 54 vuotta ja vastaajista 52 % 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

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla verenpainetaudin toteamisesta oli neljä vuotta tai enemmän, olivat sitoutuneempia omahoitoon kuin ne, joilla toteamisesta oli alle kaksi vuotta (AOR 3,124; 95 % CI 1,204–8,105; $p = 0,019$; > 4 vuotta: sitoutuneet $n = 31$ (9,7 %); sitoutumattomat $n = 81$ (25,3 %); < 2 vuotta: sitoutuneet $n = 11$ (3,4 %); sitoutumattomat $n = 63$ (19,7 %)).

Etiopialaisessa, sairaalaympäristössä toteutetussa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tutkittiin verenpainetautia sairastavien henkilöiden ($n = 320$) omahoitokäytänteitä ja niihin yhteyksissä olevia tekijöitä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään kuusi kuukautta kohonneen verenpaineen vuoksi seurannassa olleet aikuiset, jotka valittiin tutkimukseen yksinkertaisella satunnaisotannalla. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella haastatteleamalla osallistujat. Omahoitoon sitoutumista mitattiin Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) -mittarilla (6 osa-alueetta: 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 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 harjoitteisiin sitoutumista) ja alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suosituksiin). Hyvä sitoutuminen edellytti sitoutumista kaikkiin osa-alueisiin. Osallistujien tietämystä (knowledge) verenpainetaudista sairautena arvioitiin Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM) -mittarilla (kolme osa-alueetta: 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). Osallistuneista 51,2 % oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 53,8 vuotta (19–85 v). Aineisto analysoitiin logistisella regressioanalyysillä.
Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/6, N/A kriteerit 5 ja 6
Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen
Kommentti: Tutkimukseen osallistuneista 43,1 % oli luku- ja kirjoitus-
taidottomia.

Ne verenpainetautia sairastavat, jotka olivat sitoutuneita vähäsuolaiseen ruokavalioon, olivat sairastaneet pidempään kuin ne, jotka eivät olleet sitoutuneet (17,3 vuotta; SD $\pm 13,9$ vs. 11,5; $\pm 9,9$; $p < 0,05$). Myös tupakoimattomuuteen (13,8 vuotta; SD $\pm 11,8$ vs. 9,6; $\pm 8,1$; $p < 0,01$) ja alkoholista pidättäytymiseen sitoutuneet (14,9 vuotta; SD $\pm 11,7$ vs. 8,8; $\pm 8,7$; $p < 0,01$) olivat sairastaneet pidempään kuin ne, jotka eivät olleet sitoutuneet.

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tarkasteltiin omahoidon terveellisiin elintapoihin sitoutumista sekä eroja omahoitoon hyvin ja huonosti sitoutuneiden välillä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli vähintään 21-vuotiaat afroamerikkalaiset, joiden verenpainetaudin diagnosista oli kulunut vähintään kuusi kuukautta ($n = 186$). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluin. Tutkimuksessa arvioitiin vastaajien omahoittoa 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). Lisäksi tutkimuksessa mitattiin osallistujien painoindeksi (BMI) ja tarkasteltiin osallistujien itsearvioitua terveydentilaa (hyvä/erinomainen = 1 p, muut = 0 p). Osallistujista 71,5 % oli naisia ja keski-ikä oli 53 vuotta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, χ^2 - ja t-testeillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 5/6, puute kriteerissä 2, N/A kriteerit 5 ja 6
Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen
Kommentti: Aineisto kerättiin afroamerikkalaisella väestöllä.

Korkeintaan kolme vuotta verenpainetautia sairastaneilla oli pienentynyt riski liian vähäiseen säännölliseen liikuntaan (puutteita säännöllisessä liikunnassa 23,2 % vs. ei puutteita 34,0 %, adjusted PR 0,74; 95 % CI 0,59–0,94; $p < 0,05$).

Meksikolaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁵ tutkittiin yli 19-vuotiaiden aikuisten verenpainetautia sairastavien, joilla oli ollut diagnoosi vähintään kolme kuukautta ($n = 487$) verenpaineen omahoitoon

sitoutumattomuuteen yhteydessä olevia tekijäitä (säännöllisen liikunnan harrastamisen sekä hedelmien ja vihannesten ja suolaisten elintarvikkeiden kulutuksen osalta). Tutkimuksen ensisijainen kiinnostuksen kohde oli verenpainetautiin liittyvän ahdistuneisuuden/uupumuksen (distress) yhteys omahoitoon. Aineisto kerättiin avohoidossa sairaanhoitajien toteuttamalla strukturoidulla haastattelulla sekä potilasasiakirjoista. Fyysistä aktiivisuutta ja mahdollisia vasta-aiheita aerobiciseen 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

Kommentti: Vastaajista 29 % oli saanut verenpainetautidiagnoosin ≤ 3 vuotta sitten.

Lähteet

1. Hu H, Li G, Arao T, Waeber B. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: A Questionnaire Survey. *International Journal of Hypertension* 2013; 2013: 282–289.
2. Tibebe A, Mengistu D, Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Preference and Adherence* 2017; 11: 323–330.
3. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *Journal of the National Medical Association* 2011; 103: 503–512.
4. Gebremichael GB, Berhe KK, Beyene BG, Gebrekidan KB. Self-care practices and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Research Notes* 2019; 12: 489–496.
5. 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.
6. Haung Z, Hong SA, Tejavaddhana 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.
7. Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, Jarrah MI. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Preference and Adherence* 2019; 13: 577–585.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Innab A, Kerari A, Alqahtani N, Albloushi M, Alshammari A. Patient activation, adherence to hypertension treatment plans and blood pressure control in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2023; 13: e067862.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

16. 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.
17. Abza LF, Yesuf MA, Emrie AA, Belay AS, Bekele TG, Tetema MD, Berriea FW, Baymot A. Self-care adherence and associated factors among hypertensive patients at Guraghe Zone, 2023. *Heliyon* 2024; 10: e36985.