

5. Mielen hyvinvoinnin tukeminen

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

- **masennusoireet ilmeisesti liittyvät verenpainetautia sairastavien huonompaan elintapamuutokseen sitoutumiseen. (B)**

Ne verenpainetautia sairastavat, joilla ei ollut masennusoireita, toteuttivat todennäköisemmin hyvää omahoitoa verrattuna niihin, joilla oli masennusoireita (AOR 1,63; 95 % CI 1,23–3,92; $p < 0,05$; ei masennusoireita: hyvä omahoito: $n = 191$ (56,7 %); heikko omahoito $n = 146$ (43,3 %); masennusoireita: hyvä omahoito $n = 29$ (34,1 %); heikko omahoito $n = 56$ (65,9 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹ 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-alue: lääkahoitoon 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). 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 afroamerikkalaisilla masennusoireet olivat yhteydessä heikompaan elintapoihin sitoutumiseen ($r = -0,37$; $p < 0,01$; $B = -0,055$; $B = -0,273$; $p = 0,000$).

Yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² tarkasteltiin demografisten, sosiaalisten, kognitiivisten, lääketieteellisten sekä käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden yhteyttä verenpainetaudin lääkehoitoon ja elintapasuosituksiin sitoutumiseen afroamerikkalaisilla aikuisilla (ikä ≥ 55), joilla on verenpainetauti ($n = 338$). Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. 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 $69,6 \pm 9,25$ 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 afroamerikkalaiselta alueelta.

Korkeaa verenpainetta sairastavat, joilla oli masennusoireita, noudattivat huonommin terveellistä ruokavaliota ($r = -0,24$; $p < 0,01$) ja onnistuivat heikommin painonhallinnassa ($r = -0,19$; $p < 0,01$) verrattuna niihin, joilla ei ollut masennusoireita. Korkeaa verenpainetta sairastavista 23,8 %:lla ($n = 76$) oli lieviä masennusoireita ja 7,6 %:lla ($n = 24$) esiintyi masennusta.

Taiwanilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ tarkasteltiin minäpystyvyyden yhteyttä itsearvioituun terveydentilaan, sosiaaliseen tukeen, masennusoireisiin, ahdistuneisuuteen ja omahoitoon korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuisilla ($n = 318$). Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja erilaisilla mittareilla. Tutkimuksessa mitattiin käsitystä omasta terveydentilasta EuroQol Visual Analogue Scale (EQ-VAS) -mittarilla (asteikko 0–100, jossa korkeammat pisteet kuvaavat parempaa terveydentilaa), sosiaalista tukea Social Support Scale (SSS) -mittarilla (19 kysymystä, 4-portainen Likert-asteikko, jossa 4 kuvaa korkeinta tuen tasoa), masentuneisuutta The Hospital Anxiety and Depression Scale (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 of Managing Chronic Disease (SEMCD-6) -mittarilla (6 kysymystä, kokonaispisteitys 6–60, jossa 60 kuvaa täysin itsevarmaa), terveellisen ruokavalioidon

noudattamista edeltävän seitsemän vuorokauden ajalta 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 sairastavista aikuisista ne, joilla ei ollut masennusoireita, sitoutuivat omahoitoon todennäköisemmin kuin ne, joilla oli masennusoireita (AOR 6,08; 95 % CI 1,24–29,73; $p < 0,05$; ei masennusoireita vs. masennusoireita: hyvät omahoitokäytänteet $n = 113$ (84,3 %) vs. 21 (15,7 %); heikot omahoitokäytänteet: $n = 190$ (70,1 %) vs. 81 (29,9 %).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tarkasteltiin omahoidon toimintatapoja ja niihin liittyviä tekijöitä aikuisilla, joilla on verenpainetauti ($n = 405$). Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelukyselyllä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoidon toimintatapoja 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 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 kuvaa sitoutuneisuutta suosituksiin), tietämystä verenpainetaudista Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM) -mittarilla (14 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 0–14, jossa pisteet ≥ 7), minäpystyvyyttä the 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 viitatti masentuneisuuteen) ja sosiaalista tukea the 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

➤ **verenpainetautiä sairastavien pelko sairauteen liittyvistä komplikaatioista saattaa estää verenpaineen hoitotasapainon saavuttamisen. (C)**

Verenpainetautiä sairastavat, jotka hakeutuivat hoitoon sairauteen liittyvien komplikaatioiden pelon vuoksi, eivät todennäköisesti onnistuneet saavuttamaan verenpaineen hoitotasoa (AOR 2,240; CI 95 % 1,268–3,960; p = 0,005).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁵ tarkasteltiin omahoidon toimintatapoja, verenpaineen hallinnan onnistumista, tietämystä verenpainetaudista ja verenpainetaudin omahoidon ohjauksesta aikuisilla, joilla on verenpainetauti (n = 3 328). Osallistujat valittiin satunnaisesti viiden terveyskeskuksen seurannan piirissä olevista potilaista. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelulla ja kyselylomakkeella. Kyselylomakkeella arvioitiin tietämystä verenpainetaudista (5 kysymystä) ja omahoidon ohjauksesta (3 kysymystä), jolloin vastaukset annettiin dikotomisina (kyllä/ei). Lisäksi lomakkeella arvioitiin verenpainetaudin omahoidon toimintatapoja viidellä osa-alueella (verenpaineen kotimitaukset, suolan käyttö, liikuntaharjoitteet, terveydenhuollon avuntarve, avuntarpeen tyyppi). Haastattelukyselyn yhteydessä mitattiin myös osallistujien verenpaine. Vastaajien keski-ikä oli 70,6 ±10,4 vuotta ja heistä 58,2 % oli naisia. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja usean muuttujan logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **sairauteen liittyvä ahdistuneisuus saattaa heikentää verenpainetautiä sairastavien sitoutumista terveellisiin elintapoihin. (C)**

Verenpainetautiä sairastavien sairauteen liittyvä ahdistuneisuus lisäsi vähäisen säännöllisen fyysisen aktiivisuuden (PR 1,31; 95 % CI 1,06–1,62; p < 0,01) sekä vähäisen hedelmien ja kasvien kulutuksen (PR 1,42; 95 % CI 1,05–1,93; p < 0,05) riskejä.

Meksikolaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ 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 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 liittyen alkoholin käyttöön, tupakointiin ja ravitsemukseen liittyviin tottumuksiin, kuten hedelmien ja vihannesten kulutukseen ja suolan käyttöön ('on saanut ja ymmärtänyt tiedon' = 1 p, 'ei ymmärtänyt tietoa' = 0 p). Verenpaineen hoitotaso arvioitiin viimeisimmän verenpaineen mittauksen tuloksen perusteella (verenpaine hallinnassa, kun RR < 140/90 mmHg tai diabetesta sairastavilla RR < 140/80 mmHg). Osallistujien keski-ikä oli 59,7 vuotta (sd 10,1), enemmistö osallistujista (76 %) oli naisia. 52,2 % osallistujista sairasti verenpaine-taudin lisäksi diabetesta. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä, χ^2 -testiä ja Poissonin regressioanalyysiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Lähteet

1. Abdisa L, Balis B, Shiferaw K, Debella A, Bekele H, Girma S, Mechal A, Amare E, Kechine T, Tari K, Nigussie K, Assefa N, Letta S. Self-care practices and associated factors among hypertension patients in public hospitals in Harari regional state and Dire Dawa City administration, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 911593.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.