

6. Sosiaalinen tuki

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

➤ sosiaalinen tuki parantaa verenpainetautiä sairastavien omahoitoon sitoutumista. (A)

Verenpainetautiä sairastavien perheeltä saama tuki oli yhteydessä verenpaineen säännölliseen mittaamiseen kotona (OR 1,33; 95 % CI 1,03–1,87).

Kiinalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹ 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 strukturoidulla haastatteluilla. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoitoa haastattelun yhteydessä (lääkehoidon noudattaminen, säännöllinen verenpaineen mittaaminen, fyysinen aktiivisuus, alkoholin käyttö, tupakointi ja vähäsuolaisen ruokavalion noudattaminen), perheeltä saatua sosiaalista tukea Chinese Family Support Scalella -mittarilla (12 kysymystä, 6-portainen Likert-asteikolla, kokonaispisteiden asteikko 0–60), ahdistuneisuutta 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 78 % (n = 228) heistä oli naisia. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Yhteisöltä tukea saaneet verenpainetautiä sairastavat sitoutuivat elintapamuutokseen paremmin kuin ne, jotka eivät saaneet tukea (AOR 10,70; 95 % CI 4,59–24,96; p < 0,001; tukea saaneet: sitoutuneet n = 84 (90,3 %); sitoutumattomat 120 (38,6 %); ilman tukea: sitoutuneet n = 9 (9,7 %); sitoutumattomat n = 191 (61,4 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa² tarkasteltiin seurantaikäynnin yhteydessä vähintään kuusi kuukautta verenpainelääkitystä käyttäneiden yli 18-vuotiaiden verenpainetautiä sairastavien aikuisten (n = 404) elintapamuutokseen sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto kerättiin neljässä sairaalassa strukturoidulla haastattelulla, jota 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 kohtuuskäytöksi), 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 ja logistisella regressioanalyysillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne verenpainetautiä sairastavat, joiden sosiaalinen tuki oli heikkoa, noudattivat omahoitoa huonommin kuin ne, joiden sosiaalinen tuki oli vahvaa (AOR 2,75; 95 % CI 1,45–6,43; $p \leq 0,001$; heikko tuki: hyvä omahoidon noudattaminen n = 82; heikko omahoidon noudattaminen n = 121; vahva tuki: hyvä omahoidon noudattaminen n = 116; heikko omahoidon noudattaminen n = 103).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa³ 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), 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), alkoholin käyttöä 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). 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 kirjoitus- taidottomia.

Vahvaa sosiaalista tukea saaneet verenpainetautiä sairastavat toteuttivat todennäköisemmin omahoitoaan hyvin verrattuna niihin, joiden sosiaalinen tuki oli heikompaa (AOR 3,84; 95 % CI 1,99–7,40; $p = 0,000$; **vahva tuki:** hyvin toteutuva omahoito $n = 74$; heikosti toteutuva omahoito $n = 34$; **heikko tuki:** hyvin toteutuva omahoito $n = 42$; heikosti toteutuva omahoito $n = 54$).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁴ tarkasteltiin omahoitoon sitoutumista sekä siihen liittyviä tekijöitä aikuisilla, joilla on verenpainetauti ($n = 370$). Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella sekä potilastietojärjestelmästä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistujien omahoitoon sitoutumista Hypertension self-care Activity Level Scale Effects (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 (1 kysymys, asteikko 0–7, jossa 0 vastaa tupakoimattomuutta, ≥ 1 kuvaa tupakointia), alkoholin käyttö (3 kysymystä, ei alkoholin käyttöä lainkaan edeltävän 7 päivän aikana tai yleisesti lainkaan kuvasi sitoutuneisuutta suositukseen) ja painonhallinta (10 kysymystä, 5-portainen Likert-asteikko, kokonaispisteiden asteikko 10–50, jossa ≥ 40 kuvaa hyvää painonhallinnan harjoitteisiin sitoutumista), minäpystyvyyttä Chronic disease self-efficacy scale -mittarilla (6 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 6–60, jossa pisteet ≥ 30 kuvaa hyvää minäpystyvyyden tasoa) ja sosiaalista tukea Oslo Social Support Scale (OSSS-3) -mittarilla (3 kysymystä, kokonaispisteiden asteikko 3–14, jossa pisteet 3–8 = heikko, 9–11 = kohtalainen ja 12–14 = vahva sosiaalisten tuen taso). Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä, varianssianalyysillä, regressioanalyysillä ja Hosmer-Lemeshowin testillä.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Vahvaa sosiaalista tukea saaneet verenpainetautia sairastavat toteuttivat todennäköisemmin omahoitoaan hyvin verrattuna niihin, joiden sosiaalinen tuki oli heikompaa (AOR 1,92; 95 % CI 1,16–3,11; $p < 0,05$; **vahva tuki**: hyvin toteutuva omahoito $n = 101$ (63,1 %); heikosti toteutuva omahoito $n = 59$ (36,9 %); **heikko tuki**: hyvin toteutuva omahoito $n = 55$ (39,9 %); heikosti toteutuva omahoito $n = 83$ (60,1 %)).

Etiopialaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁵ tarkasteltiin omahoidon tasoa ja siihen liittyviä tekijöitä korkeaa verenpainetta sairastavilla aikuispotilailla ($n = 422$). 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 suosituksiin, tietämystä verenpainetaudista 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), masennusta 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

Verenpainetautia sairastavien saama sosiaalinen tuki oli positiivisesti yhteydessä omahoito-ruokavalion laatuun ($r = 0,30$; $p < 0,01$; $\beta = 0,27$; 95 % CI 0,17–0,36; $p < 0,001$) ja painonhallintaan ($r = 0,31$; $p < 0,01$; $\beta = 0,26$; 95 % CI 0,16–0,35; $p < 0,001$).

Taiwanilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁶ 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 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 (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, kokonaispisteet 5–50, jossa 50 kuvaa korkeinta 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

Lähteet:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.