

Att motivera patienter med hypertoni till fysisk aktivitet

FÖRFATTARE	Pernilla Höglund Karin Henriksson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng/ OM5250
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Jakobsson
EXAMINATOR	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Att motivera patienter med hypertoni till fysisk aktivitet
Titel (engelsk):	To motivate patients with hypertension to physical activity
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Pernilla Höglund Karin Henriksson
Handledare:	Eva Jakobsson
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Livsstilsrelaterade sjukdomar ökar i samhället. Regelbunden fysisk aktivitet förbättrar hälsan, förebygger sjukdomar och förlänger livet. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva hur sjuksköterskor kan motivera patienter med hypertoni att bli fysiskt aktiva. **Metod:** Metoden som användes i denna studie var en litteraturöversikt. Forskningsresultat från tolv vetenskapliga studier, publicerade i vetenskapliga tidskrifter granskades samt en doktorsavhandling. **Resultat:** I analysen av det vetenskapliga materialet framkom att patientens delaktighet var en förutsättning. Det inledande samtalet utgick ifrån den enskilda patienten och bedömning av vårdbehov och kunskap gjordes. Vidare poängterades vikten av kontinuerlig uppföljning och som åtgärd gavs konkreta råd om hur den fysiska aktiviteten kan läggas upp. Att motivera patienter till fysisk aktivitet måste således ses som ett fortlöpande arbete där sjuksköterskan stödjer patienten över tid. **Diskussion:** Många patienter med hypertoni är medvetna om hur livsstilen kan påverka deras sjukdom, men få är redo att på egen hand kunna förändra. Sjuksköterskan kan genom ett strukturerat arbetssätt hjälpa patienten att hitta motivation och möjligheter till ökad fysisk aktivitet.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Health promotion	1
Personcentrerad vård	2
Self-efficacy	2
Motiverande samtal (MI)	3
Hypertoni	3
Utredning och behandling	3
Fysiologiska effekter av fysisk aktivitet	4
Risker med aktivitet vid hypertoni	4
Ordination av fysisk aktivitet på recept	5
PROBLEMFORMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling och urval	6
Analys	6
Tabell 1. Litteratursökning	7
RESULTAT	8
Inledande samtalet	8
Bedömning av vårdbehov/kunskap	8
Åtgärder	9
Mål	9
Uppföljning	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	11
Förslag till fortsatt forskning	13
Slutsats	13
REFERENSER	15
BILAGA	
Bilaga 1; Artikelsammanställning	18

INLEDNING

Vi är två sjuksköterskor med lång erfarenhet från arbete inom både kommunal hälso- och sjukvård, slutenvård samt primärvård. Vi är mycket intresserade av motion, livsstilsfrågor och hur de påverkar vår hälsa. Många av de patienter vi träffar har högt blodtryck och är inte fysiskt aktiva. Vi har därför valt att fokusera vårt fördjupningsarbete kring effekterna av fysisk aktivitet samt hur vi som sjuksköterskor kan få patienterna att genom ökad självtillit genomföra livsstilsförändringar och därigenom sänka sitt blodtryck.

Ett av vårt samhälles största folkhälsoproblem är hjärt- och kärlsjukdomar. Mer än en miljon människor lider av dessa sjukdomar och kostnaden för samhället är stor. Samhällsekonomiska beräkningar genomförda på uppdrag av Socialstyrelsen visar att hjärtsjukdomar och stroke för några år sedan kostade Sverige minst 35 miljarder kronor per år. Livsstilsrelaterade sjukdomar ökar som kraftig övervikt och diabetes, vilket i sin tur ökar risken för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar (1). Trots att den svenska hjärtsjukvården håller hög klass och utvecklingen av nya behandlingar och läkemedel bidragit till att färre svenskar dör i hjärtinfarkt är fortfarande hjärt- och kärlsjukdom fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige (2). Risken för stroke och hjärtsvikt är cirka fyra gånger så hög och för hjärtinfarkt dubbelt så hög hos personer med högt blodtryck jämfört med personer som har normalt blodtryck. Ju högre tryck, desto större är risken för följsjukdomar (3). Att röra på sig regelbundet förbättrar hälsan och ökar möjligheten till att leva ett långt liv. Fysisk aktivitet minskar inte bara risken att drabbas av hjärt- och kärl sjukdomar, högt blodtryck, stroke, utan även diabetes, tjocktarmscancer, benskörhet samt depression och ångest. Även livskvaliteten förbättras av motion på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa (4, 5, 6, 7). Trots den omfattande medvetenheten motionerar dessvärre endast 40 % av den svenska befolkningen mellan 18 - 64 år regelbundet (8).

BAKGRUND

Health promotion

Världshälsoorganisationen (WHO) definierade begreppet "health promotion" (svenska: hälsofrämjande) i Ottawa 1986, som en process där människor ska få mer inflytande och förbättra sin hälsosituation. Fem särskilt viktiga insatser presenterades; skapa en hälsosam samhällspolitik, skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka möjligheterna till insatser på lokal nivå, utveckla personliga färdigheter samt att förnya hälso- och sjukvården. Hälsofrämjande arbete utgår från de faktorer som bidrar till hälsa (9).

Folkhälsoarbetet i Sverige har sammanfattningsvis 11 punkter, som folkhälsoinstitutet har ansvar för, men många myndigheter arbetar med delmål. Det övergripande målet för folkhälsa är att skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det kommer att förebygga sjukdom. Ett av målen är att öka den fysiska aktiviteten då inaktivitet är en bidragande orsak till ohälsa (10).

I oktober 2010 presenterade Socialstyrelsen nationella riktlinjer (11) för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen betonar att grunden i alla sjukdomsförebyggande åtgärder i de nya riktlinjerna är att personer med ohälsosamma levnadsvanor som möter hälso- och sjukvården skall erbjudas åtgärd och få rådgivning om sina levnadsvanor. Man har valt de livsstilsvanor som bidrar till flest följsjukdomar i

Sverige. Riktlinjerna omfattar rökning, alkoholmissbruk, ohälsosamma matvanor samt fysisk inaktivitet och skall vara implementerade 2013 (11). Då fysisk inaktivitet bedöms ge upphov till sjukdom i samma omfattning som tobaksanvändning är detta ett stort hot mot folkhälsan (12).

I Socialstyrelsens (13) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska betonas vikten av att sjuksköterskan aktivt skall förebygga hälsorisker och ha förmåga att upptäcka dessa. Sjuksköterskan skall vid behov genom undervisning kunna motivera patienten till förändrad livsstil, för att förebygga sjukdom och ohälsa samt främja hälsa och välbefinnande. Att ge och ta emot råd samt att diskutera levnadsvanor känns alltid mer relevant för sjuksköterskan och patienten om denne redan har en levnadsvanerelaterad sjukdom. Patienter kan uppleva att de får råd de inte efterfrågat annars. Men som i all övrig sjukvård bör sjuksköterskan erbjuda åtgärder och patienten har rätt att tacka nej (11).

Personcentrerad omvårdnad

Begreppet personcentrerad vård myntades utav psykologen Carl Rogers under 1960-talet. Han menade att det i psykoterapin var viktigt att se personen som sökte som en expert om sig själv och terapeuten skulle fungera som en befrämjare av självinsikt. Tom Kitwood tog sedan under 1990-talet upp begreppet ”person-centred” inom demensvården där det fick stort genomslag i framförallt Storbritannien, Australien och Nordamerika. I Sverige har begreppet inte fått samma genomslag ännu, även om Socialstyrelsen beskriver att vården skall vara personcentrerad i de nationella riktlinjerna för äldre och demensvården från 2009. Begreppet personcentrerad omvårdnad beskriver etisk riktig och god omvårdnad från en humanistisk grund och kan användas generellt inom vården. Att se personen, bekräfta hennes upplevelse av symtom och sjukdom, utgå ifrån dennes perspektiv och att göra personen delaktig i sin egen vård är centralt i den personcentrerade omvårdnaden. I den personcentrerade vården är patientens berättelse central. Sjuksköterskan utgår ifrån patientens tolkning, bekräftar och respekterar personens upplevelse av sin sjukdom och ohälsa. Patientens problem ska definieras så att det förstås av både sjuksköterskan och patienten. Utifrån patienten perspektiv på vad hälsa betyder upprättas en behandlingplan med behandlingsmål. Det är viktigt att uppmuntra egenvård och egenbehandling (14, 15).

Self-efficacy

Personcentrerad vård är nära kopplat till begreppet self-efficacy, genom att öka självtilliten ökar man tilltron till sin egen förmåga. För att sätta igång en förändringsprocess måste man ha en viss tilltro till att man ska lyckas, att kunna hantera utmaningar som finns på vägen. Banduras (16) motivationsteori handlar om tilltron att utföra en särskild handling eller beteende, att övervinna och besegra det som hindrar handlingen. Han kallar det för self-efficacy (svenska: självtillit) och begreppet utvecklades inom den socialkognitiva teorin. En person kan ha olika grad av self-efficacy för olika situationer. Self-efficacy är en viktig del i förståelsen av hur personers tankar, motivation och handlingar är sammansatta. Det påverkar hur vi lär oss nya saker, val av aktiviteter samt hur hög motivation vi har inför olika uppgifter. En individs self-efficacy byggs upp på fyra olika informationskällor. Den första källan är tidigare lyckade erfarenheter vilket är den mest betydande källan då den är mest tillförlitlig. Den andra källan är handlingar som leder till ett lyckat resultat vilket höjer personens self-efficacy. Den tredje källan är misslyckade handlingar vilket kan sänka en persons self-efficacy. Den tredje källan handlar även om att människor inte enbart litar på sina egna tidigare erfarenheter utan även observerar andra i sin omgivning. Att se personer med samma förutsättningar som en själv lyckas med något kan stärka ens self-efficacy, medan man även kan nedslås av att se dessa människor misslyckas. Social övertygelse

innebär att det är lättare att få en ökad self-efficacy för en viss aktivitet om någon person verbalt uttrycker sin tillit till ens förmåga. Den fjärde källan grundar sig på det personliga välbefinnandet, hur man känner sig både psykiskt och fysiskt vilket kan påverka self-efficacy positivt eller negativt (16).

Motiverande samtal (MI)

Miller, amerikansk psykolog och professor, utvecklade i slutet av 70-talet ”Motivational interviewing” (MI), i sitt arbete med personer med alkoholmissbruk. Det är en kognitiv samtalsterapeutisk metod för att hjälpa patienter att ta kontrollen över sina missbruksproblem. MI används idag främst för att hjälpa människor att ändra livsstil. Genom vårt förhållningssätt och bemötande skapa intresse och motivation hos patienten, förbereda och hjälpa en patient i gång med förändring. Målet med hälsosamtalet är förändring som sker på patientens egna villkor. Förändringen måste vara baserad på personens egna upplevelser, förståelser, prioriteringar och val. Förhållningssättet i MI förmedlar att alla människor har grundläggande utvecklingsmöjligheter som kan leda till goda lösningar för de enskilda. Inledningen på ett samtal är att patienten själv får berätta om de problemen han har på sitt egna sätt. Som sjuksköterska är det viktigt att upprätthålla en empatisk kommunikation, lyssna noga, sammanfatta det du hör och förstår, ställ frågor, lyssna noga på svaren. Sjuksköterskan ställer öppna frågor, som börjar med frågeord; till exempel vad, hur, på vilket sätt? Detta aktiverar den som berättar, ger fylligare svar och förstärker ett patientcentrerat förhållningssätt (17).

Hypertoni

Hypertoni definieras som ett tillstånd då blodtrycket uppmätts till >140/90 mm Hg i liggande eller sittande ställning, efter 5-10 minuters vila, vid minst tre tillfällen under loppet av några veckor (18). Hypertoni är en av de enskilt största riskfaktorerna för stroke, kranskärlssjukdom och hjärtsvikt samt olika njurskador. Dessa sjukdomar hör sedan länge till de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden och insjuknandet ökar globalt (19). I hela världen orsakas mer än sju miljoner dödsfall årligen av hypertoni, och i Sverige beräknas 25 % av befolkningen lida av hypertoni eller behandlas med blodtryckssänkande läkemedel (18, 20). I senaste folkhälsorapporten 2009 (21) ges exempel i siffror; att om alla personer med högt blodtryck kunde få ett normalt blodtryck skulle ca 6000 personer per år i Sverige undvika att drabbas av stroke (21).

Hos de allra flesta patienter, 95 %, kan man inte hitta en specifik orsak till blodtrycksförhöjningen, s.k. primär/essentiell hypertoni. Mest troligt är det flera olika faktorer såsom genetiska faktorer, diet, fysisk inaktivitet, högt saltintag och stress som samverkar och bidrar till utvecklandet av det höga blodtrycket. Finns det en orsak kallas det sekundär hypertoni. Orsaker till sekundär hypertoni kan vara t.ex. njursjukdomar, hormonella störningar eller tumörer. Hos de patienterna kan oftast det höga blodtrycket åtgärdas genom att man behandlar den bakomliggande orsaken (20). Oftast har patienten inga symptom av det förhöjda blodtrycket, utan tillståndet upptäcks vanligen på ett läkarbesök som görs av annan anledning eller på en hälsokontroll. Om patienten upplever symptom kan det vara t.ex. yrsel, huvudvärk, hjärtklappning eller näsblod (22).

Utredning och behandling

För att utesluta sekundär, ”botbar” hypertoni och för att få underlag för rätt behandling görs en basal utredning vid nyupptäckt hypertoni. Det som tas upp i denna är i regel: anamnes (hereditet, symtom, livsstil och eventuella läkemedel som kan påverka), status (blodtryckskontroll, auskultation av hjärta och lungor, BMI och midjemått),

laboratorieprover, urinprov och EKG. En fördjupad utredning görs sedan om misstanke finns om sekundär hypertoni, vid tidig sjukdomsdebut, vid mycket kraftig blodtrycksstegring, och om blodtrycket plötsligt försämras efter lång tids effektiv behandling (18).

Hos personer med blodtryck <160/90 (mild hypertoni) som inte har andra riskfaktorer eller visar tecken på sekundär organskada rekommenderas ett par månaders livsstilsförändringar med fysisk aktivitet som förstahandsåtgärd. Om blodtrycket är högre, upp till 160-179/100-109 mm Hg (måttlig hypertoni) bör åtgärden vara livsstilsförändring samt ökad fysisk aktivitet som utvärderas efter ett par veckor innan eventuell farmakologisk behandling insätts. För patienter med ännu högre blodtryck (svår hypertoni) insätts farmakologisk behandling tillsammans med rekommendation om regelbunden fysisk aktivitet, förutsatt att blodtrycket verkar vara någorlunda stabilt, helst < 180/105 mm Hg (20).

Fysiologiska effekter av fysisk aktivitet

En rad studier visar att fysisk aktivitet har positiva hälsoeffekter (4, 5, 6, 7). Den blodtryckssänkning som sker efter fysisk aktivitet beror på ett antal olika fysiologiska processer och funktioner i kroppen. Frisättning av endorfiner efter fysisk aktivitet ger blodtryckssänkning på grund av att det verkar blodkärlsvidgande och fysisk aktivitet tycks även minska stressreaktiviteten. Endorfinfrisättningen påverkar även sinnesstämningen så att man blir gladare, får en känsla av välbefinnande och reducerar symtom av depression. Effekten kan jämföras med antidepressiv farmakologisk behandling. Nybildningen av hjärnceller stimuleras, framförallt i områdena för minne, problemlösning och inläring. Under pågående fysisk aktivitet, till exempel simning eller löpning stiger normalt det systoliska blodtrycket. Efter avslutet träningspass kommer blodtrycket de närmaste timmarna att sjunka med ca 10 mm Hg och den effekten kan hålla i sig upp till ett dygn. Den här effekten beror troligen på en sänkning av hjärtats slagvolym. Efter ungefär 4 - 6 månader kan man se den maximala effekten på blodtrycket utav den fysiska aktiviteten.

Andra effekter av fysisk aktivitet märks med en ökning av den maximala syreupptagningen, förbättrad koordination och balans, minskning av fettvävs massa, ökad peristaltik i mag-tarm kanalen och snabbare reaktionsförmåga. Immunförsvaret stärks och risken för cancer (bröst och colon) minskar. Sexlivet förbättras och personer med sömnproblem upplever oftast en bättre nattsömn (11, 12, 13). Enligt "American Heart Association" (AHA)(7) är fysisk aktivitet en oberoende viktig faktor för att minska risken för hjärt och kärl sjukdomar. Hjärtat blir som alla muskler i kroppen starkare av aktivitet. Att röra på sig sänker det "onda" kolesterolet och höjer det "goda". Risken för stroke minskar. Fysisk aktivitet verkar även förebyggande och kontrollerande på diabetes. Risken för osteoporos minskar eftersom skelettdensiteten ökar (4, 5, 7). Fysisk aktivitet har även den fördelen att majoriteten av patienterna får ett lägre blodtryck och dessutom påverkas andra kardiovaskulära riskfaktorer positivt. Vid farmakologisk behandling är det oftast bara 50% av patienterna som svarar på behandlingen (6).

Risker med aktivitet vid hypertoni

Om patienten har ett systoliskt blodtryck högre än 200 mm Hg eller ett diastoliskt blodtryck högre än 115 mm Hg är fysisk aktivitet kontraindicerat tills blodtrycket gått ner under dessa nivåer med hjälp av farmakologisk behandling. Man rekommenderar även försiktighet med **tyngre styrketräning** och **extrem elitidrott** hos personer med högt blodtryck eftersom resultatet kan bli ett förhöjt blodtryck istället. Kombinationen av

eventuell medicinering samt fysisk aktivitet kan leda till uttorkning och elektrolyttrubning. Eftersom blodtrycket sänks efter den fysiska aktiviteten kan samtidig medicinering leda till att patienten får lågt blodtryck istället. Det finns en mycket liten riskökning för plötslig död under utövandet av fysisk aktivitet, men den kompenseras av stora vinster i ett långtidsperspektiv (20).

Ordination av fysisk aktivitet på recept

År 2001 initierade Statens Folkhälsoinstitut ett pilotprojekt för att utveckla arbetsmetoder kring fysisk aktivitet på recept (FaR). Projektet skulle leda till att utveckla och beskriva arbetsmetoder för att i förebyggande och behandlande syfte förskriva fysisk aktivitet på recept. Syftet var att också inleda ett långsiktigt arbete för en attityd och beteendeförändring hos befolkningen. Fördelen med den behandlingen är att ge patienterna en möjlighet att känna sig delaktig i sin egen behandling och även ta eget ansvar för sin hälsa. Metoden innebär att patienten får ett recept förskrivet på fysisk aktivitet till gruppaktivitet alternativt individuell aktivitet. I en del fall kan fysisk aktivitet också ersätta läkemedel och i andra minska behovet av mediciner.

När ett FaR skrivs utgår man från vad och hur patienten är redo att träna. För att få hälsofrämjande effekter rekommenderas att aktivitet ska utföras med intensitet som är måttlig under minst 30 minuter, 2-3 gånger i veckan. De svenska rekommendationerna för ordination av fysisk aktivitet i förebyggande syfte och vid olika diagnoser finns samlade i boken FYSS (20). Den har arbetats fram på uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut av svenska experter inom olika professioner inom olika medicinska specialiteter. FYSS omfattar de flesta sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet har dokumenterad effekt och är en samlad informationskälla kring fysisk aktivitet och patofysiologi. Tanken är också att FYSS skall öka statusen på fysisk aktivitet som behandling (12, 20). Exempel på åtgärder som visat sig ge blodtryckssänkning är åtgärder där man motiverat patienter till rökstopp, viktreduktion (om BMI <25), minskat alkohol och saltintag och fysisk aktivitet (3). Det finns flera hjälpmedel för att få ett mått på hur åtgärderna omsätts såsom träningsdagbok, stegräknare och pulsklocka. Kroppsmått (längd, vikt, BMI, midjemått, blodtryck, p-glukos) kan fungera som en indikator eller utvärderingsinstrument vid ordination av fysisk aktivitet. (20)

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskor möter i sitt dagliga arbete alltför många patienter som lever ett stillasittande liv, något som i förlängningen leder till sjukdom. I sjuksköterskors arbete ingår att aktivt förebygga hälsorisker och att motivera patienter till att ändra livsstil i syfte att förebygga sjukdom och ohälsa och för att främja hälsa och välbefinnande. Hypertoni är en av de största riskfaktorerna för att drabbas av t.ex. hjärtinfarkt eller stroke (3). Sjuksköterskor som möter patienter med hypertoni har som uppgift att dels mäta deras blodtryck dels att stödja dem i livsstilsförändringar samt att få dem att aktivt medverka i behandlingen. Information skall ges till patienterna i syfte att öka kunskap, förståelse och motivation. För att kunna göra detta krävs kunskap inte bara om sjukdomen och dess behandling utan även om *hur* man kan stödja patienten till förändring. Det är viktigt att sjuksköterskor har en kunskapsbaserad förståelse för hur patienter med blodtrycksförhöjning ser på sig själva, sin sjukdom, sin behandling och hur man bäst motiverar dem till livsstilsförändringar såsom att bli fysiskt aktiva.

SYFTE

Syftet med arbetet/studien är att beskriva hur sjuksköterskor kan motivera patienter med hypertoni att bli fysiskt aktiva.

METOD

Den metod som användes för att genomföra den här studien är en litteraturoversikt som enligt Friberg avser att belysa, bearbeta och analysera den befintliga forskningen inom ett problemområde (23). Litteraturen som användes baserades på vetenskapliga kvantitativa och kvalitativa artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter

Datainsamling och urval

Materialet till studien söktes via databaserna; Cinahl, Scopus och PubMed. Sökord och sökordskombinationer var: nurs*, blood pressure, physical activity, motivational interview, hypertension, self-efficacy, health promotion (tabell 1). Sökningarna avgränsades till att omfatta studier genomförda mellan åren 2000 - 2010. I databasen Scopus gjordes tillägg av sökordet: "Health sciences" och i databasen Cinahl avgränsades sökningarna till: "Peer reviewed", "research article" och "english". Antalet träffar i respektive sökning presenteras i tabell 1.

Studiernas titlar och sammanfattningar lästes igenom. De studier som överensstämde med syftet valdes ut för ytterligare granskning. Studier som omfattade sjuksköterskor deltagande i undersökningen och där interventionen var fysisk aktivitet vid hypertoni inkluderades. Studier som omfattade andra diagnoser och eller hälsoproblem såsom diabetes, övervikt och metabola syndromet exkluderades liksom studier som omfattade barn och ungdomar. Dock sattes ingen övre åldersgräns. Ett annat urvalskriterium var att artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext, så att vi direkt kunde avgöra om innehållet svarade mot vårt syfte.

Studierna var genomförda i Sverige, USA, Canada, Australien, Finland, Nederländerna, Turkiet samt Brasilien. Enligt SBU råder stor överensstämmelse mellan de riktlinjer för handläggning av hypertoni som publicerats de senaste åren i olika länder. Riktlinjerna gäller i stort lika för kvinnor och män (3). Ett par studier genomförda i Afrika valdes aktivt bort eftersom deras levnadsvillkor och vårdmöjligheter inte är likartade med våra. För att hitta eventuella doktorsavhandlingar genomfördes en sökning i GUPEA. Som sökord valdes "ämnesord" nurs* och hypertension. Sökningen gav 2 träffar varav 1 avhandling inkluderades i studien. I ett senare skede hittades även en artikel i tidskriften Vård i Norden, som svarade mot syftet och som inkluderades.

Slutligen så granskades artiklarna kvalitet med hjälp av Fribergs förslag på frågor (23) för kvalitativa och kvantitativa studier. Under denna granskning exkluderades en studie som inte föll inom ramen för syftet. Det slutliga urvalet i studien utgjordes av 13 vetenskapliga källor (tabell 1).

Analys

Analysen baserades på Fribergs tolkning av hur en analys av data i en litteraturoversikt kan genomföras (23). Resultatet i studierna lästes igenom ett flertal gånger i syfte att få ett grepp om innehållet som helhet. Genom detta fick vi fram ett antal återkommande aspekter och teman utifrån vår frågeställning. Utifrån perspektivet patienter (med hypertoni) och

sjuksköterskor som gav omvårdnad eller agerade i interaktion med patienten kunde vi se ett fortlöpande arbete med patienten. Därefter jämfördes studiernas resultat avseende likheter och skillnader, samt utifrån hur författarna tolkat resultaten. Slutligen gjordes en sammanställning för att ge en så heltäckande och strukturerad överblick över det analyserade materialet som möjligt.

Tabell 1: Sammanställning av databassökningarna samt resultat av sökningarna

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Inkl. artiklar/ avhandlingar (referensnummer)
2010-11-03	GUPEA	nurs* hypertension	Sahlgrenska akademien	2	24
2010-10-28	Cinahl	nurs* AND physical activity AND blood pressure	Peer reviewed, research article, english, year 2000 – 2010	45	25, 36
2010-10-28	Cinahl	physical activity AND nurs* AND hypertension	Peer reviewed, research article, english, year 2000 - 2010	33	25, 27, 28, 36
2010-12-06	Cinahl	self efficacy AND hypertension AND nurs*	Peer reviewed, research article, english, year 2000 – 2010	17	33
2011-01-19	Cinahl	Nurs* AND health promotion AND hypertension	Peer reviewed, research article, english, year 2000 - 2010	45	33
2010-10-28	Scopus	nurs* AND physical activity AND blood pressure	year 2000 - 2010 Health sciences	134	25, 26, 28, 29, 30, 36
2010-10-28	Scopus	nurs* AND exercise on prescription AND blood pressure	year 2000 - 2010 Health sciences	15	26
2010-10-28	Scopus	nurs* AND exercise on prescription	year 2000 - 2010 Health sciences	112	26
2010-10-28	Scopus	exercise on prescription AND hypertension AND nurs*	year 2000 - 2010 Health sciences	13	26
2010-11-02	Scopus	physical activity AND nurs* AND hypertension	year 2000 - 2010 Health sciences	31	23, 28, 36
2010-12-06	Scopus	self efficacy AND hypertension AND nurs*	year 2000 - 2010 Health sciences	35	33
2011-01-19	Scopus	Health promotion AND Hypertension AND nurs*	year 2000 - 2010 Health sciences	99	26, 28, 30, 33
2010-11-02	PubMed	nurs* AND physical activity AND blood pressure	published in the last 10 years	140	25, 26, 28, 31, 32, 36
2010-11-02	PubMed	exercise on prescription AND blood pressure AND nurs*	published in the last 10 years	11	26
2010-11-02	PubMed	nurs* AND exercise on prescription	published in the last 10 years	80	26
2010-11-02	PubMed	exercise on prescription AND blood pressure	published in the last 10 years	101	26
2010-11-02	PubMed	physical activity AND nurs* AND hypertension	published in the last 10 years	125	25, 36
2010-12-06	PubMed	self efficacy AND hypertension AND nurs*	published in the last 10 years	35	33
2011-01-19	PubMed	Health promotion AND hypertension AND nurs*	published in the last 10 years	62	28, 30, 33, 34

RESULTAT

Resultatet visar att sjuksköterskan har en viktig roll för patienter med hypertoni i primärvården (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35). På vilket sätt sjuksköterskan kan motivera patienter med hypertoni till fysisk aktivitet beskrivs nedan som ett fortlöpande förlopp där man utgår från den enskilde patienten och gör bedömning av vårdbehov och kunskap. Därefter bestäms i samråd med patienten åtgärder, mål och hur uppföljningen skall ske.

Inledande samtalet

Det finns evidens för att när patienter kontrollerar blodtrycket på en öppen mottagning, bör det även finnas tid för att i ett inledande samtal diskutera livsstilsförändring, istället för att enbart fokusera på blodtrycksmätning och medicinering. I ett flertal studier betonas att det inledande samtalet bör utgå ifrån den enskilde patienten, bygga på delaktighet samt vara personcentrerat. Under samtalet uttrycker patienten tankar och funderingar om till exempel rökning, alkohol eller inaktivitet. Dessa uttryckta attityder hjälper sjuksköterskan att planera samtalet och bedöma vilket stöd som kan vara aktuellt för den enskilde patienten (24, 27, 28, 34).

I två studier betonar man vikten av att patienter behöver olika stöd och support beroende på hur de förhåller sig till sitt höga blodtryck. Sjuksköterskan behöver kunna känna igen var patienten befinner sig i relation till sin hypertoni (25, 27). I en avhandling beskriver författaren att det är viktigt att sjuksköterskan respekterar patienten även om denne inte vill förändra något (24). Ett flertal studier visar att samtalet är till för att få patienten att känna sig säker att kunna välja riktning. Patienter behöver kunna identifiera de saker hon behöver göra eller sluta med, fortsätta och acceptera (24, 27, 28, 34).

Bedömning av vårdbehov/kunskap

I en studie undersöktes sambandet mellan stillasittande livsstil och högt blodtryck (36). Patienterna är medvetna om sin ohälsosamma livsstil och har försökt eller vill ändra beteende, men upplever det svårt, och är inte motiverade att ta på sig ansvaret för sin behandling (27, 29, 36). Enbart kunskap garanterar inte god efterlevnad utav patienten. Patienterna tänker oftast inte på betydelsen av sjukdomen förrän den har orsakat mer allvarliga konsekvenser såsom symptom eller det har varit nödvändigt att börja medicinera. När patienten inte har några symptom känner de inte nödvändigtvis att det finns någon anledning att ändra sin livsstil (27, 28, 36).

I en finsk studie påtalar man att en del av patienterna är vana att sjukvårdspersonalen har auktoritet och det kan därför vara mycket problematiskt för dem att ta ansvar för sin sjukdom (27). Sjuksköterskan behöver lyfta fram patientens eget ansvar för behandling och också kunna ge ansvar för behandlingen till patienten. På det sättet kan patienten bättre förstå orsak och vård av sin hypertension bättre (27, 28, 29). I ett flertal studier har det visat sig att patienter som kan ta ansvar för sin situation, är motiverade och med en klar målsättning att sänka sitt blodtryck, lyckas i större utsträckning genomföra livsstilsförändringar (24, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36).

I en finsk studie beskrivs dessa patienter ha en likgiltig attityd och inga mål för sin behandling. De ändrar inte sina handlingar enligt de hälsoråd de får och de känner sig inte ansvariga för sin egenvård. Dessa patienters hypertoni hade oftast upptäckts när de besökt vårdcentralen för någon annan anledning. I den finska studien beskrivs även den

patientgrupp som anser att hypertoni är en allvarlig sjukdom och har ändrat sin attityd på grund av att högt blodtryck hade orsakat andra sjukdomar eller död hos nära anhöriga. Patienterna har klara mål för sin behandling och de ser på sin hypertension och dess behandling i framtida termer. När dessa patienter fick kunskap och blev engagerade, jobbade de aktivt för att nå de uppsatta målen. Patienten tar på sig en anmärkningsvärd nivå av ansvar för sin behandling. Andra patienter har anpassat sig till sjukdomen, på grund av att de haft den så länge och inga förändringar har inträffat. Patienten känner att tillståndet har blivit permanent. Patienter som trots att de efterföljt de ordinationer de fått inte uppnår framsteg i blodtryckssänkningen kan bli frustrerade, denna känsla kan även delas av sjuksköterskan (27)

Åtgärder

I två artiklar beskrivs att sjuksköterskan ska utveckla ett hjälpande och accepterande förhållningssätt till patienten, så att han kan utvecklas och bli motiverad för att genomföra vissa förändringar i sin livsstil (25, 27). I en studie där man använt MI (motiverande samtal) som samtalsmetodik förbättrade 51 % av patienterna sina resultat vid uppföljningen jämfört med de 31 % som fått vanlig eller ingen samtalsmetodik. Förklaringen kan vara att det är ett delat beslutsfattande, då både patienten och sjuksköterskan är delaktiga i beslutsprocessen (24).

En australiensisk studie visar att rådgivning av sjuksköterska på lång sikt sänker förskrivningen av blodtryckssänkande läkemedel, troligtvis på grund av förbättrad anpassning till de ordinerade åtgärderna (30).

Strukturerade aktivitetsprogram legitimerar och auktoriserar träningen (26, 30, 32). I en svensk studie är det beskrivet om fysisk aktivitet på recept, FaR. Patienten och sjuksköterskan kommer tillsammans överens om en motionsform som passar bäst och får detta nedskrivet på recept. Med detta recept kan patienten utöva egen eller gruppträning efter egen förmåga. Den mest förekommande ordinationen som sjuksköterskan utfärdar är promenader och hypertoni hör till en av de vanligaste förskrivna diagnoserna. Sjuksköterskan förskriver drygt 30 % av alla recept med fysisk aktivitet (26). I två studier beskriver författarna att ett aktivitetsprogram kan bestå av lågintensiv träning, till exempel promenader, 30 minuter, 4 dagar i veckan som sedan ökas successivt. De ger även konkreta tips på möjligheter att hitta träning i vardagen, som är enkel och möjlig att utföra. Till exempel att ta trapporna istället för hissen, gå av en hållplats tidigare, upp och röra sig när det är reklam på TV och promenera på lunchen. Det är viktigt att inte öka stressen mer utan hjälpa patienterna att se möjligheterna och prioritera träning. Hem-baserad träning minskar patienternas stress när de själva får välja sin träningstid (31, 32). I studie gjord i Turkiet påvisar författarna att fysisk aktivitet påverkar den upplevda livskvalitén positivt (25).

Mål

I två studier har det visat att målsättning hjälper patienten att fokusera och motivera strategier för agerande (32, 33). Sjuksköterskan och patienten bör tillsammans sätta målet för behandlingen, meningen med att nå dem, och också sätt att utvärdera målet från gång till gång (27, 28, 32, 33, 35). Läkare och sjuksköterskor bör samarbeta i vården av patienter med hypertoni för att stärka och öka patientens självständighet (24, 29, 30, 33). Begreppet self-efficacy refererar till förmågan att utföra ett agerande av individen till att uppnå planerade mål. Om patienterna inte tror de har förmåga att få saker att ändras, gör de inga försök. Self-efficacy är därför grunden för motivation och målsättning. Även en

välinformerad patient måste vara väl motiverad och få support för att ändra beteende. För många patienter är livsstils förändringar lika med att hitta en ny identitet (24, 32, 33). En studie från Nederländerna har visat att sjuksköterskan genom att främja self-efficacy kan medverka till att patienten väljer hälsosammare mat och ökar sin fysiska aktivitet (33).

Uppföljning

I flera studier beskrivs även hur sannolikheten för att patienten fullföljer sin behandling ökar då beslut om behandling fattas gemensamt av patient och sjuksköterska. Kommunikationen mellan patienten och sjuksköterskan underlättar livsstilsförändringen. Patienter fullföljer sannolikt oftast sin behandling om de ges utrymme att berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Då patienter får information och råd om blodtryckssänkning är det viktigt att sjuksköterskan uppfattar hur de tar till sig denna (24, 27, 28, 34).

I en studie beskrivs att innehållet och strukturen på återbesöken ska vara planerat och genomföras noga. Behovet av att genomföra ändringar i livsstilen och att införliva dem i det dagliga livet är en utmanade fråga (26). I en finsk studie beskriver man hur återbesöken med hypertoni-patienter vanligtvis har utvärderats utifrån hur samvetsgrant patienterna har hållit sina avtalade möten. Det kan vara enklare för patienter att visa att de behandlar sig själva genom att göra återbesök jämfört med att ändra sin livsstil. På hela taget verkar det som att frekventa återbesök hos vårdpersonal inte nödvändigtvis är ett tecken på god efterlevnad (27). I en svensk studie undersökte man innehåll och längden på återbesöken. De varierar mellan 5 till 50 minuter med ett genomsnitt på 18 minuter. Det har visat sig att under kortare återbesök har sjuksköterskan ett mer strukturerat arbetssätt, fokuserar på behandling av det höga blodtrycket och sjuksköterskan och patienten pratar om ämnen såsom hälsa, riskfaktorer, än under de längre återbesöken. På återbesöken hos sjuksköterskan verkar patienterna ha ett stort behov av att prata om sina egna problem. Många har sett fram emot återbesöket och känt sjuksköterskan i många år. Patienterna tar i genomsnitt upp 8 nya ämnen och sjuksköterskan i genomsnitt 20 st. De vanligaste ämnen som patienten tar upp var relaterade till deras egen livsstil, oftast stress. Initialt säger sig patienten oftast må bra, men efter ett tag erkänner nästan alla varierande problem såsom svårt att somna, stress hemma och på jobbet, arbetslöshet och bekymmer för nära anhöriga. Sådan information kommer efter att sjuksköterskan frågar om mer detaljer, efter antydningar på ett problem från patienten. Näst vanligaste ämnet som tas upp av patienten är att få klagjort vad doktorn sagt till dem på tidigare besök. Oftast är det sjuksköterskan som dominerar samspelet under återbesöket, det är hon som styr vilka ämnen som skall diskuteras och står för den större delen av samtalen. (29).

För att kunna utvärdera effekter av förändring har man i ett flertal studier mätt patientens blodtryck, BMI, midjemått, blodfetter samt P-glukos som utgångspunkt när patienten ska genomföra en förändring (24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35). Patienternas motivation att öka den fysiska aktiviteten varierar stort i de olika studierna (24, 27, 32). I avhandlingen fanns evidens för att det var lättare för helt inaktiva patienter att öka sin aktivitetsnivå, än för de patienter som redan var fysiskt aktiva (24). Resultatet i två olika studier visar att problemet att nå till förändring med en hälsosammare livsstil är inte endast att ändra vanor, utan att hålla kvar förändringarna och göra dem till en del av det dagliga livet. De förändringar som görs är oftast periodvisa och tillfälliga (27, 32). Anledningar som patienter uppger till att de inte utövar fysisk aktivitet är att de inte vet hur, inte har något intresse, ej upplever sig ha tid (32, 36).

Således visar ovanstående resultat av studierna att sjuksköterskans helhetssyn på patienten är viktig. Sjuksköterskan skall respektera och har ett accepterande förhållningssätt gentemot patienten. För att patienten skall kunna ta ett egenansvar för sin förändring behöver denne i många fall bli motiverad och stärkt i sin självförtroende. För att sjuksköterskan ska veta hur hon ska gå vidare i samtalet är det av värde att ta reda på patientens kunskap om sin situation. Dessa kvalitéer är bland flera ovanstående avgörande för att starta utvecklingen att få patienter med hypertoni fysiskt aktiva. Det är av stor vikt att sjuksköterskan har strukturerade återbesök. Fokus ligger på att fortsätta motivera patienten och ta reda på vilka eventuella hinder som tillstött. Sjuksköterskan och patienten diskuterar alternativa lösningar till de problem som finns och utvärderar gemensamt de mål (delmål) som uppnåtts.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa forskning som beskriver på vilket sätt sjuksköterskan kan motivera patienter med hypertoni till fysisk aktivitet för att främja blodtryckssänkning. Med hjälp av sökorden anlades ett helikopterperspektiv som gav överblick i vad som forskats på inom området omvårdnad, hypertoni och fysisk aktivitet (23). Kvantitativa artiklar bidrog till att få konkreta svar på om strukturerade samtal med patienten kan motivera till ökad fysisk aktivitet, och i förlängningen bidra till en blodtryckssänkning. Kvalitativa artiklar bidrog till att skapa förståelse för patienten och dennes behov och situation. Genom att studera området ur dessa olika perspektiv tillhandahölls en mängd olika infallsvinklar som kunde sammanfatta hur man på bästa sätt kan tillmötesgå dessa patienters specifika behov.

Under arbetets gång uppmärksammades att sökorden "self efficacy" och "health promotion" saknades varpå nya sökningar gjordes som resulterade i en ny artikel. Sökord gav en väl avgränsad sökning vilket möjliggjorde en genomgång av alla abstracts.

En del artiklar som inkluderades i studien fokuserar på livsstilsförändringar rent generellt och som kan påverka blodtrycket i positiv riktning. Den här studien avgränsades dock till hur man kan motivera patienter till fysisk aktivitet. Vi är medvetna om att alla livsstilsförändringar påverkar, därför kan det vara svårt att hävda att det är enbart den fysiska aktiviteten som bidrar till sänkningar av blodtrycket. Kvaliteten på det inledande samtalet och på uppföljningen kan även överföras till att gälla för andra typer av livsstilsförändringar.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att samtal med patienter behöver vara individuellt anpassade med en tydlig struktur samt att uppföljning är viktigt. Det vi har lärt oss är **hur** man kan planera samtalet med patienten. Däremot saknar vi konkreta åtgärder för hur ett samtal skall genomföras. Det är viktigt att det inledande samtalet utgår från patienten och är personcentrerat. För att få patienten att vilja ta del av att förändra sin situation, sin inaktivitet, vet vi av erfarenhet att det är bra att utgå ifrån vad patienten har för kunskap och hur denne ser på sig själv och sjukdom. Studierna visar också att kunskap är viktig informationskälla för sjuksköterskans vidare arbete med patienten (27, 28). WHO:s begrepp "health promotion" hävdar i sina mål att hälsofrämjande arbete utgår från de faktorer som bidrar till hälsa, samt att människor ska utveckla personliga färdigheter. För att ta reda på

vad patienter kan och vill veta om sin situation behöver vi använda öppna frågor. Vi tar hjälp av Banduras motivationsteori för att formulera frågorna; ”Hur ser du på din situation?” ”Vad vill du förändra?” Vad har du för möjlighet att förändra?” Vi kan då få reda på och bilda oss en uppfattning om patientens förmåga att förändra och sin självförlit, self-efficacy. Banduras beskriver i sin motivationsteori att self-efficacy är grunden till motivation och hur vi bemöter nya situationer (16). Tidigare lyckade erfarenheter kan betyda mycket när det gäller aktivitet, de flesta människor har någon gång i livet varit fysiskt aktiva och upplevde i samband med det en känsla av välbefinnande. Detta är något vi som sjuksköterskor behöver stödja och uppmuntra. Den goda känslan bör ses som en resurs som är värdefull att uppmärksamma. Något som också kan vara betydelsefullt och som Banduras beskriver som kan leda till lyckat resultat är att se andra i liknande situation utföra samma handlingar. Det är här gruppdynamiken visar vägen, att träna i grupp och arbeta mot samma mål kan höja patienters self-efficacy.

För att hjälpa patienten att identifiera möjligheten till fysisk aktivitet är det bra om patienten själv får formulera för och nackdelar med förändringen (28). Till exempel kan sjuksköterskan i samtalet låta patienten beskriva vilka effekter; positiva och negativa, som kommer att upplevas. Det här förhållningssättet beskrivs i MI, som är ett bra verktyg för sjuksköterskan i syfte att patienten ska hitta goda lösningar.

Enligt bland annat Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (11) behöver sjuksköterskan visa respekt i samtalet och stödja patientens val, erbjuda åtgärder men acceptera om patienten inte är redo eller om det inte passar just den individen (24). Vissa patienter vill arbeta mot uppsatta mål, som är mätbara i blodtryck, vikt och midjemått (24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35). Symtomen som visar sig när blodtrycket är högt (22) kan vara en bra sporre för att få vissa patienter att arbeta mot ett mål. Patienten får tydliga signaler från sin kropp på att livsstilen är felaktig. Vår erfarenhet med dessa patienter är att det är viktigt att vara lyhörd för vilken taktik som passar bäst, ibland kan det behövas att man byter riktning på samtalet och hittar ny vinkling.

När vi ger råd om träning är det bra att utgå ifrån hur aktiv patienten är idag och göra en aktivitetsanamnes. Vi behöver även ta reda på var patienten befinner sig i förhållande till sin sjukdom och hur mycket patienten är beredd att aktivera sig. För att auktorisera träningen kan man ta hjälp av fysisk aktivitet på recept och tillsammans med patienten hitta lämplig aktivitet för den situationen som patienten befinner sig i (20). Fysisk aktivitet på recept (FaR) har använts i framför allt primärvården de senaste 10 åren och är numer en vedertagen åtgärd. Att sjuksköterskor står för drygt 30 % av förskrivningen och oftast använder promenader som aktivitet tycker vi visar att sjuksköterskor anammat behandlingsmetoden och att promenader är en lättillgänglig och effektiv fysisk aktivitet för de allra flesta.

Vissa patienter tycker även den lägsta dosen av träning är för mycket. Något som vi upplevt haft god effekt är att fråga om stillasittande istället för aktivitetsfrekvens. Sjuksköterskan frågar efter hur många timmar om dygnet som patienten är inaktiv. När patienten själv funderat och beskriver sin dag blir svaret oftast ”den mesta delen av den vakna tiden”. Patienten sitter i bilen till och från jobbet, har sedan ett stillasittande arbete och avslutar dagen med ett par timmar i TV-soffan. Då blir tidsperspektivet att ägna ”2 kvartar” om dagen till promenad inte oöverstigligt. För att ha en holistisk syn på patienten bör sjuksköterskan fråga om dennes vänner, familjemedlemmar och andra faktorer som kan vara till hjälp och bidra till ökad fysisk aktivitet.

Fysisk inaktivitet är en av de fyra stora orsakerna till den samlade sjukdomsburden i samhället, enligt socialstyrelsen (11). Enligt WHO, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet ska vi i vår profession främja hälsa och välbefinnande men där ges inga råd om **hur** vi skall gå tillväga. Socialstyrelsen beskriver att det skall finnas korthälsövård, rådgivning och kvalificerad rådgivning. Det sistnämnda kräver att personalen är utbildad i MI eller kognitivt förhållningssätt. Därför är det ännu viktigare att sjuksköterskor som ska vägleda patienter får utbildning och redskap i form av vårdprogram för att lyckas. I de studier vi har tagit del av finns det till viss del ett gemensamt tillvägagångssätt för sjuksköterskor som behandlar patienter med hypertoni, både nationellt eller internationellt. Däremot har vi inte hittat något nationellt vårdprogram som vi som sjuksköterskor kan använda oss utav.

Vi överraskades av hur snabbt och hur mycket blodtrycket faktiskt sänks i samband med och efter fysisk aktivitet. Motionens effekter är en "färskvara", det är viktigt att patienten utför regelbunden aktivitet och gör det till en del av sitt vardagliga liv för att bibehålla sin blodtryckssänkning. Vetskapen om att fysisk aktivitet påverkar hela kroppen, även psykiskt, bör lyftas fram till patienten och understrykas mer än vad vi tror görs idag och kan fungera som ytterligare "morot".

En viktig del i behandlingen och uppföljningen är återbesöken. Då kan sjuksköterskan utvärdera de tillsammans med patienten uppsatta målen. Blodtryck, BMI, p-glukos samt blodfetter är betydelsefulla parametrar för att utvärdera mål och delmål. Vi som sjuksköterskor behöver vara lyhörda för hur patienten vill ha det, en del vill ha klara uppgifter om aktivitet, som de noggrant skriver ner i en aktivitetsbok och sen kan visa upp på nästa besök. En del patienter vill inte ha några "piskor" utan vill träna i sin egen takt och kanske bara vill ha ett uppföljande samtal via telefon. Vår erfarenhet är att patienterna är ärliga med att återge frekvensen på sin träning. De vet att svaret finns i vad vågen eller vad måttbandet visar. Ofta går patienten både till sjuksköterskan och läkaren för provtagning, samtal och behandling. För att samarbetet i vården skall fungera på bästa sätt och för att patienten skall få den support som behövs bör vi inte bara dokumentera de överenskommelser som slutits med patienten. Det är lika viktigt att även att beskriva patientens grad av motivation och hur denne förhåller sig till sin sjukdom. Vår erfarenhet är att man får räkna med att träffa och följa upp dessa patienter många gånger. Förändringar av beteende och livsstil tar oftast lång tid, och kräver mycket arbete med att stärka och upprätthålla patientens motivation.

Förslag till fortsatt forskning

Regelbunden motion påverkar kroppen både fysisk och psykiskt och är bra för många olika diagnoser. I några av de studier vi läst har författarna påtalat att beteende och livsstilsförändringar tar lång tid. Det hade därför varit intressant att studera sambandet mellan fysisk aktivitet, motivation och blodtryck under längre tid än vad som gjorts i studierna.

Slutsats

Studierna visar att sjuksköterskeledda hypertoniomottagningar ger goda resultat på patienternas blodtryck. Förutom att sänka blodtrycket förebyggs andra sjukdomar med de livsstilsförändringar som uppnås och läkemedelsförbrukningen kan minskas. Samhällsekonomiskt tror vi att det är stor vinning både ur patient och både ur personalperspektiv. Till börja med kommer det säkerligen att innebära en kostnadsökning för samhället, då sjuksköterskor i vissa fall behöver fortbildas och kompetenshöjas. Det är

viktigt att kliniska sjuksköterskor är pålästa och uppdaterade när det gäller aktuell forskning om studier och fakta för att vara stärkta i sin övertygelse. Inför framtiden är det viktigt att kunna ge uppföljning till patienten inte bara via fysiska återbesök, utan även via telefon, mail och sms.

REFERENSER:

1. Socialstyrelsen. (2008). *Prioriteringar inom hjärtsjukvården - nationella riktlinjer 2008*. Hämtad 4 februari, 2011, från Socialstyrelsens webbsida för publikationer: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-102-6>
2. Socialstyrelsen. (2008). *Dödsorsaker 2008*. Hämtad 4 februari, 2011, från Socialstyrelsens webbsida för publikationer: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18014/2010-4-31.pdf>
3. SBU. (2004). Måttligt förhöjt blodtryck - en systematisk litteraturoversikt. Hämtad 4 februari, 2011, från SBU:s webbsida för publikationer: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mattligt-forhojt-blodtryck-uppdatering-2007/>
4. Folkhälsoguiden. (2011). *Hälsoeffekter av fysisk aktivitet*. Hämtad 4 februari, 2011, från <http://www.folkhalsoguiden.se/informationsmaterial.aspx?id=2317>
5. Kostenius, C. *Hälsövägledning: Från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
6. Börjesson, M & Dahlöf, B. Fysisk aktivitet har en nyckelroll i hypertonibehandlingen. *Läkartidningen*. 2005;102:123-9.
7. Yates, B, C., Carey, M, G. Council on cardiovascular nursing. *Journal of cardiovascular nursing*. 2010; 25(1): 85-88.
8. Bolin K. & Lindgren B. (2006). *Fysisk inaktivitet - produktbortfall och sjukvårdskostnader*. Hämtad 12 oktober, 2011 från: <http://www.svensktfriluftsliv.se/media/FYSISKINAKTIVITET1.pdf>
9. WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtad 4 februari, 2011, från http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
10. Folkhälsoinstitutet. (2010). *Övergripande mål för folkhälsa*. Hämtad 4 februari från: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/>
11. Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för sjukdoms förebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 4 februari, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18147/2010-10-15.pdf>
12. Statens Folkhälsoinstitut 2003:53. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Hämtad 12 oktober, 2010, från Folkhälsoinstitutets webbsida för publikationer : <http://www.fhi.se/PageFiles/3140/far0312.pdf>
13. Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 4 februari, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-1051_20051052.pdf

14. Svensk Sjuksköterske Förening. Hämtad från 20 april, 2011 från <http://www.swenurse.se/Press--Nyheter/Nyheter/Nyhetsrubriker/Svensk-sjukskoterskeforening-omPERSONCENTRERAD-VARD/>
15. Edvarsson, D. Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I: Edvarsson, D. (red.). *Personcentrerad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2009. s. 29-37
16. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
17. Barth, T & Näsholm, C. *Motiverande samtal - MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur, 2006
18. Ericson, E. & Ericson, T. *Illustrerade medicinska sjukdomar*. Lund : Studentlitteratur, 2008
19. Halldin, M. Fysisk aktivitet sänker blodtrycket. *Läkartidningen*; 2002(99) :44, 4379
20. Statens Folkhälsoinstitut. (2008) FYSS. Hämtad 14 oktober, 2010 från <http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/>
21. Folkhälsorapport (2009). I Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2009* (kap. 8). Hämtad 10 oktober , 2010 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
22. Berglund, G. Hypertoni. I: Hallberg, L., Holm, G., Lindholm, N. & Werkö, L. (red.). *Internmedicin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin/Liber, 1996. s. 256-268
23. Friberg, F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s.115-125.
24. Drevenhorn, E. Counselling patients with hypertension at health centres - a nursing perspective. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet. Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. 2006.
25. Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kilic, D., Sahin, O. & Gungörmus, Z. The effectiveness of Watson´s caring model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of advanced nursing*. 2002; 41(2): 130-139.
26. Leijon, ME., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K., Ståhle, A., Physical activity referrals in Swedish primary health care-prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Services Research*. 2008; 8 (201): 1-9.
27. Lahdenperä, T.S. & Kyngäs, H.A. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34 (2): 189-195
28. Drevenholm, E., Kjellgren, K. I., Bengtson, A., Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of nursing and healthcare of chronic illness, in association with journal of clinical nursing*. 2005; 16 (7b): 144-151.
29. Aminoff, U-B & Kjellgren K. I. The nurse - a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35 (4): 582-589

30. Wool lard, J., Burke, V., Berlin, L.J. Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *Journal of Human Hypertension*. 2003; 17: 689-695
31. Hue, L.P .T., Brown, A., Hains, S .J.M., Godwin, M., Parlow, J.L. Effects of low-intensity exercise conditioning on blood pressure, heart rate, and autonomic modulation of heat rate in men and women with hypertension. *Biological research for nursing*. 2009; 11 (2): 129-143.
32. Staffileno, B, A., Minnick,A., Coke, L, A., Hollenberg, S, M. Blood pressure responses to lifestyle physical activity among young, hypertension-prone african-american women. *Journal of cardiovascular nursing*. 2007; 22 (2): 107-117.
33. Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., van der Bijl, J.J., Goessens, B.M.B., Visseren, F.L.J., The role of self-efficacy in vascular risk factor management: A randomized controlled trial. *Patient Education and counselling*. 2008; 71: 191-197.
33. Liehr, P., Meininger, J., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S., Fuentes, F., Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with stage 1 hypertension. *Applied nursing research*. 2006; 19:16-21.
35. Blomqvist, M., Berglund, B., Sonde, L. Nurse-led blood pressure treatment in primary healthcare, and intervention study comparing two regimens. *Vård i norden*. 2006; 82(26):20-24.
36. Guedes, N.G., de Oliveira Lopes, M.V., Moreira, R.P., Cavalcante, T.F., de Araujo, T.L., Prevalence of sedantary lifestyle in individuals with high blood pressure. *International Journal of nursing Terminologies and Classifications*. 2010; 21 (2), 50-(8)

BILAGA 1: Artikelsammanställning

Artikel nr: 22

Författare: Drevenhorn, E

Titel: Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective

Databas: GUPEA Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet. Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa.

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Syftet med avhandlingen var att studera kommunikationen mellan patienter och sjuksköterskor om livsstilsförändringar i hypertoni och att utvärdera effekter av dels införande av vårdprogram för omvårdnad av patienter med hypertoni och dels samtalsträning för sjuksköterskor.

Metod: Avhandlingen baseras på 3 studier (4 artiklar). I studierna har man observerat 21 slumpvis utvalda sjuksköterskor för att se vad och hur de samtalar med patienter vid blodtrycksmätning, effekten av införande av sjuksköterskeledd hypertoniomtagning på en vårdcentral samt utvärdering av att utbilda 19 slumpvis utvalda distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor i samtalsmetodik.

Resultat: Avhandlingen styrker vikten av att distriktssköterskor och sjuksköterskor på sjuksköterskeledda hypertoniomtagningar på vårdcentraler får möjlighet till återkommande utbildning i samtalsmetodik och ökad kunskap inom hjärt- kärlområdet. En sjuksköterskeledd hypertoniomtagning där man följde ett vårdprogram för omvårdnad gav positiva resultat på patienternas blodtryck, blodfetter och motionsaktivitet.

Referenser: 149

Artikel nr: 23

Författare: Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kilic, D., Sahin, O. & Gungörmus, Z.

Titel: The effectiveness of Watson's caring model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2002

Land: Turkiet

Syfte: Syftet var att ta reda på om man med hjälp av Watsons modell kan sänka blodtrycket och höja livskvaliteten hos patienter med hypertoni

Metod: Blodtryckskontroll samt livskvalitetsmätning gjordes före och efter studien (3 månader). Enbart patienter som hade diagnostiserats med högt blodtryck inkluderades. Sjuksköterskor genomförde undersökningen i form av samtal i hemmiljö 1 ggr/vecka.

Urval: 52 patienter i Turkiet.

Resultat: Patienterna informerades om hypertoni och vad som kan påverka blodtrycket. Patienterna fick kostprogram och aktivitetsövningar. Information som gavs handlade om att hypertoni kan behandlas och sjuksköterskan var hjälpare och stödjande i processen. En gång per vecka besökte sjuksköterskan patienten för samtal och blodtrycksmätning. Efter 3 månader utvärderades blodtrycket och patienten fick fylla i en livskvalitetsskala. En signifikant sänkning av blodtrycket, en ökning av livskvalité samt minskning av fysiska symtom såsom sömnproblem gick att utläsa av studien. Författarnas slutsats är att när man tar hänsyn till en persons fysiska, psykiska och sociala miljö samt får guidning och stöttning av en sjuksköterska kan man nå dessa resultat.

Referenser: 58 st

Artikel nr: 24

Författare: Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A.

Titel: Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities.

Tidskrift: BMC Health Services Research

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Beskriva och analysera hur FaR skrivs ut, vilka egenskaper patienterna har, identifiera orsaker personalen använt i sitt förskrivande samt hur organisationen runt omkring såg ut.

Metod: Man mätte antalet FaR som skrevs ut inom öppenvården i Östergötland, Sverige. 90 % av vårdcentralerna i Östergötland deltog i studien, som pågick mellan åren 2004-2005. Studiepopulationen bestod av patienter som fått FaR efter bedömningen av förskrivarna att de var fysiskt inaktiva relaterat till deras sjukdom/situation.

Urval: Antalet patienter som fått FaR utskrivet efter rekommendationer att fysisk aktivitet skulle kunna förbättra deras hälsa.

Resultat: Under 2 år fick totalt 6300 patienter FaR. 2/3 av patienterna var kvinnor och hälften var mellan 45-64 år. Hälften av patienterna rekommenderades promenader, 1/3 del av dessa patienter var helt inaktiva. 38 % utfärdades av läkare och 31 % av sjuksköterskor. Störst del utfärdades av beteendevetare och sjukgymnaster. Den vanligaste anledningen till att få ett FaR var belastningsskador och övervikt, följt av högt blodtryck och diabetes. Det var 1 av ca 70-80 patienter som besökte vårdcentraler som fick ett FaR. Det finns fortfarande mycket kvar att förbättra i arbetet med förskrivning av fysisk aktivitet på recept.

Referenser: 37

Artikel nr: 25

Författare: Lahdenperä, T.S., & Kyngäs, H. A.

Titel: Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2001

Land: Finland

Syfte: Studiens syfte var att beskriva följsamheten till behandling hos patienter med hypertoni genom att mer specifikt ta reda på vad efterlevnad, avsikt, aktivitet, ansvar och samarbete betyder i behandlingen av hypertoni-patienter. Ett annat syfte var att redogöra för deras attityd till sin sjukdom.

Metod: Undersökningen bestod av ett multimedieprogram för dator samt hälsolivsstillsamtal.

Urval: 21 patienter från en kommun i Finland deltog. Kriterier för att få delta var ålder mellan 16 - 64, patienten skulle fått diagnos högt blodtryck för åtminstone ett år sedan och medicinerat i åtminstone ett år eller inte alls.

Resultat: Studien klargör att patienten kan vara följsam till sin behandling på många olika sätt. Hälso och sjukvårdspersonal behöver kunna känna var patienten befinner sig i relation till sin hypertoni. Beroende på var patienten befinner sig behöver olika patienter olika stöd och support. Hälso och sjukvårdspersonal behöver lyfta fram patientens eget ansvar för behandling och också kunna ge ansvar för behandlingen till patienten. På det sättet kan patienten bättre förstå orsak, omsorg och vård av sin hypertension bättre.

Referenser: 32

Artikel nr: 26

Författare: Drevenhorn E, Kjellgren K I, Bengtson A

Titel: Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension

Tidskrift: Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Syftet var att utforska effekterna av ett strukturerat sjuksköterskebaserat program för hypertoni patienter.

Metod: Patienter fick information om högt blodtryck, kardiovaskulära risker med rökning, fetma, stress osv. De fick också veta fördelarna med fysisk aktivitet och livsstilsförändringar.

Urval: 177 patienter diagnostiserades för högt blodtryck vid en vårdcentral i södra Sverige. Dessa inbjöds att vara med i en 15 månader lång studie där hypertoni med livsstilsförändringar skulle vara i fokus. 100 patienter deltog i studien.

Resultat: Det blev en minskning av det systoliska blodtrycket hos patienterna. 2 av 14 rökare, slutade att röka. En minskning av alkoholkonsumtion kunde ses hos de 3 patienter som hade ett för högt intag. Kvinnorna upplevde en signifikant viktminskning. 30 patienter hade från början ett BMI <25, det minskade till 28 st. Midje och stuss mått minskade för både män och kvinnor, men mest signifikant för kvinnor. Ingen minskning av blodfetter uppmättes, dock minskning av triglycerider för männen. 4 patienter började med blodfettssänkande medicin under studiens gång. En signifikant ökning av fysisk aktivitet bland deltagarna uppmättes. 4 av 9 icke diabetiker, som hade det metabola syndromet, hade inte det längre efter 15 månader. Dock upptäcktes 4 nya diabetiker.

Referenser: 29

Artikel nr: 27

Författare: Aminoff U B, Kjellgren K I

Titel: The nurse - a resource in hypertension care

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2001

Land: Sverige

Syfte: Syftet med studien var att undersöka innehåll, struktur och interaktion i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska vid återbesök för uppföljning av blodtryck.

Metod: Studien gjordes på 20 ljudinspelningar på aktuella återbesök och var godkända av etisk kommitté.
Urval: Alla patienter bodde i södra delen av Sverige och rekryterades från olika vårdcentraler och en hypertenionhet vid en specialistklinik. Kriterierna som patienterna behövde uppfylla var att besöket hos sjuksköterskan skulle vara ett vanligt planerat återbesök. Patientens grunddiagnos skulle var hypertoni och patienten skulle stå på behandling med läkemedel mot sin hypertoni. 13 kvinnor och 7 män deltog. Medelålder var 62 år (mellan 38 - 85).

Resultat: De flesta patienter var medvetna om sin ohälsosamma livsstil och några hade ändrat beteende, eller ville göra. Många upplevde det svårt att ändra livsstil och några var inte motiverade att göra det. Genomsnittet på ett återbesök var 18 minuter. Strukturen varierade till stor grad. De vanligaste ämnena som patienterna tog upp var relaterade till deras egen livsstil, oftast stress, sömnproblem, matvanor, vikt och fysisk aktivitet. Sjuksköterskan ägnade en stor del av tiden till att förklara eller fråga patienten vad som hindrade dem från att ändra livsstil. Alla sjuksköterskor pratade om risker med patienterna och förhållandet mellan livsstil, hjärt och kärlsjukdomar och högt blodtryck.

Referenser: 34

Artikel nr: 28

Författare: Woollard J, Burke V, Beilin L J

Titel: Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease.

Tidskrift: Journal of Human Hypertension

År: 2003

Land: Australien

Syfte: Råd om livsstilsförändring som ges av specialistutbildade sjuksköterskor har visat sig sänka blodtrycket hos riskpatienter. Studien ville undersöka huruvida programmet med gott resultat kunde genomföras av sjuksköterskor som arbetade inom Australiens primärvård.

Metod: I en randomiserad kontrollerad studie inbjöds 591 lämpliga personer att delta. 212 patienter deltog. Patienterna delades slumpmässigt in i 3 grupper. Patienterna i "låg" grupp fick en individuell rådgivningsträff, sedan telefonkontakt 1 gång per månad under ett år. Patienterna i "hög" grupp fick individuell rådgivning upp till 1 timme under 1 år och en "kontrollgrupp" som fick "vanlig" behandling och blev utvärderade vid studiens slut 12 eller 18 månader senare.

Patienternas vanliga doktor fortsatta att förskriva läkemedel i alla grupper.

Urval: 591 personer i åldrarna 20 - 75 år, med högt blodtryck, typ 2 diabetes eller hjärtsjukdom från sju olika mottagningar inbjöds att delta i studien. 212 personer tackade ja till att delta. 164 patienter fullföljde studien.

Resultat: Förändringar i mätningar över 24-timmars blodtryck skilde inte signifikant mellan grupperna efter 12 månader. Däremot minskade förskrivningen av antihypertensiva läkemedel under 12 månader med 33 % i gruppen "hög", med 5 % i gruppen "låg" och med 13 % i kontrollgruppen. Sjuksköterskesamtalen bidrog inte till någon signifikant blodtryckssänkning i jämförelse grupperna emellan. Däremot minskade förskrivningen av antihypertensiva läkemedel och man drog slutsatsen att patienternas följsamhet till medicinering ökade.

Referenser: 19

Artikel nr: 29

Författare: Hua, L. P. T., Brown, A., Hains, S. J. M., Godwin, M., Parlow, J. L.

Titel: Effects of low-Intensity exercise conditioning on blood Pressure, heart rate and autonomic modulation of heart rate in men and women with hypertension.

Tidskrift: Biological Research for Nursing

År: 2009

Land: Canada

Syfte: Syftet var att undersöka vilka effekter lågintensiv träning har på kvinnor och män som lider av högt blodtryck

Metod: Mätning gjordes av blodtrycket samt hjärtats funktion, före studiens början och efter 12 veckor. Undersökningsgruppen fick utöva lågintensivträning och kontrollgruppen gruppen fortsätta som vanligt. De träningsformer som rekommenderades var promenader, simning och cykling 4 dagar i veckan. Vid promenader rekommenderades patienten att börja med distansen 0,8 km/dag i de första 2 veckorna, för att sedan successivt öka och vara uppe i 4,8 km/dag efter 12 veckor.

Urval: 40 män och kvinnor, över 35 år, med hypertoni, som själva anmält sitt intresse att delta i studien, delades in i två grupper.

Referenser: 72

Resultat: Både män och kvinnor promenerade i genomsnitt 3,8 ggr av 4 per vecka. 3 personer fullföljde inte studien på grund av sjukdom. 1 deltagare slutade på grund av arbete. Blodtrycksmedicin användes av 18

personer i kontrollgruppen och av 15 personer i undersökningsgruppen. Efter 12 veckor sjönk det systoliska blodtrycket med 11,1 +- 9,4 mm/Hg i konditionsgruppen jämfört med 6, 1+-12,6 mm/Hg i kontrollgruppen. Minskningen visade sig hos 19 av 20 deltagare i undersökningsgruppen och 14 av 20 deltagare i kontrollgruppen. Männerna i undersökningsgruppen minskade sin puls från 69 till i genomsnitt 61 slag/min. Resultatet påvisar att blodtrycket och pulsen sänktes i den grupp som utövade lågintensiv träning.

Artikel nr: 30

Författare: Staffileno, B.A., Minnick, A., Coke, L.A., Hollenberg, S.M.

Titel: Blood pressure responses to lifestyle physical activity among young hypertension-prone african - american Women.

Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2007

Land: USA

Syfte: Syftet var att undersöka om unga afro-amerikanska kvinnor med begynnande hypertoni har förmåga att sänka blodtrycket under en 8 veckors period.

Metod: Träning introducerades under en 8 veckor lång period och blodtrycket mättes före och efter. Jämförelse gjordes mot en kontrollgrupp som fortsatt sitt dagliga inaktiva leverne.

Urval: Kvinnor i ålder 18 – 45 år med hypertoni eller begynnande hypertoni. Exkluderingskriterier var blodtrycksmedicin, rökning, diet, graviditet eller hjärt-lungsjukdom.

Referenser: 77

Resultat: Högt blodtryck är vanligare hos afro-amerikanska kvinnor än kaukasiska. Nära 30 % av dessa kvinnor är inaktiva. Dessa kvinnor hade den högsta ökningen av hypertoni från 1988-2000, jämfört med andra etniska grupper. Bristen på tid uppgavs som den vanligaste orsaken till inaktivitet. I slutet av studien mätte man blodtryck och gjorde även en blodtrycksmätning under 24 timmar. Resultatet man fick visade en signifikant minskning av både det systoliska och diastoliska blodtrycket i träningsgruppen. Sänkningen av blodtrycket var oberoende av viktnedgång. Resultatet visade också att det nattliga blodtrycket sjönk ännu mer, det systoliska med 9%, samt det diastoliska med 25%.

Artikel nr: 31

Författare: Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., van der Bijl, J., Goessens, B. M. B., Visseren, F. L. J.

Titel: The role of self-efficacy in vascular risk factor management: A randomized controlled trial.

Tidskrift: Patient Education and counselling. 2008; 71: 191-197.

År: 2008

Land: Nederländerna

Syfte: Syftet var att undersöka huruvida ”self-efficacy” främjande hälsosamtal kunde ändra nivån av tron på sin egen förmåga hos patienter med vaskulära sjukdomar och om förändringar av den nivån hade samband med förändringar av de vaskulära riskfaktorerna. Syftet var också att undersöka effekten av om dessa åtgärder, utförda av sjuksköterska, jämfört med vanlig vård, kan påverka vaskulära riskfaktorer.

Metod: 153 personer med symtomatiska vaskulära sjukdomar deltog i en randomiserad studie. Sjuksköterskans vård bestod av self-efficacy befrämjande åtgärder och medicinsk behandling av riskfaktorer. Self-efficacy (frågeformulär) och vaskulära riskfaktorer (rökning, BMI, midjemått, blodtryck, blodfetter och blodsockernivåer) mättes vid studiens början och efter 1 år.

Urval: Deltagarna hade nyligen fått diagnos på en hjärt-kärl sjukdom, var yngre än 80 år, hade ej någon malign sjukdom, var självständiga i dagliga aktiviteter, kunde skriva och läsa nederländska samt ha minst två eller fler förändringsbara vaskulära riskfaktorer (hypertoni, högt kolesterol, diabetes mellitus, övervikt (BMI >25), midjemått (>102cm), rökning.)

Resultat: Deltagarnas förmåga att välja hälsosam mat och utföra fysisk aktivitet ökade. Att använda self-efficacy i egenvård är en bra strategi för att hjälpa patienter att nå och hålla behandlingsmål.

Referenser: 40

Artikel nr: 32

Författare: Liehr, P., Meininger, J., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S., Fuentes, F

Titel: Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with stage 1 hypertension

Tidskrift: Applied Nursing Research

År: 2006

Land: USA

Syfte: Syftet var att undersöka om blodtrycket hos hypertoni-patienter kan sänkas ytterligare med utökade sjuksköterskesamtal jämfört med sedvanliga råd om livsstilsförändringar.

Metod: 24 deltagare delades in i två grupper som fick samma kost och motionsråd. Träningsfrekvens var tre ggr/vecka. Undersökningsgruppen fick fyra tillfällen med sjuksköterska där de tillsammans gick igenom utmaningen med livsstilsförändringar, samtal om sin familjesituation och vilka svårigheter som kan uppstå. Undersökningsgruppen fick även "berätta sin historia". Alla deltagarnas dygnsblodtryck mättes vid 4 tillfällen under en period av 8 veckor.

Urval: De 24 deltagarna var anställda på sjukhus och universitet. De hade alla diagnosen hypertoni nivå 1. Sex män och sex kvinnor deltog i undersökningsgruppen.

Resultat: Alla deltagarna sänkte sitt blodtryck, men de som hade extra tid med sjuksköterska sänkte sitt blodtryck ytterligare.

Referenser: 15

Artikel nr: 33

Författare: Blomqvist, M., Berglund, B., Sonde, L.

Titel: Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: an intervention study comparing two regimens

Tidskrift: Vård i Norden

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Syftet med studien var att beskriva och utvärdera distriktssköterskeledd mottagning för att förbättra behandlingen av hypertoni-patienter. Det innebar planerade möten med distriktssköterskan och läkaren, dokumentation av riskfaktorer, erbjudande av hjälp med stödjande hälsoåtgärder, individuellt mål för blodtrycket och ett personligt blodtryckskort i syfte att informera och motivera patienten.

Metod: 200 patienter med blodtryck över 140/90 delades in i en kontrollgrupp och en undersökningsgrupp. Blodtryck, vikt, midjemått, tobaks och alkoholvanor registrerades innan och efter 6 månader.

Urval: Alla personer 50+ som besökte vårdcentralen och hade ett förhöjt blodtryck erbjöds att delta i studien. 99 personer rekryterades på detta sätt, resterande 101 var patienter som sedan tidigare fått diagnosen hypertoni.

Resultat: En signifikant sänkning av blodtrycket, både systoliskt och diastoliskt observerades i båda grupperna efter undersökningens slut. Även vikt och midjemått hade minskat. Ingen signifikant statistisk skillnad fanns mellan de båda grupperna.

Referenser: 18

Artikel nr: 34

Författare: Guedes, N.G., de Oliveira Lopes, M.V., Moreira, R.P., Cavalcante, T.F., de Araujo, T.L

Titel: Prevalence of sedantary lifestyle in individuals with high blood pressure

Tidskrift: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications Volume

År: 2010

Land: Brasilien

Syfte: Syftet var att undersöka förekomsten av stillasittande livsstil hos patienter med högt blodtryck.

Metod: Tvärsnittstudie bland 310 personer. Deltagarna fick fylla i ett frågeformulär i samband med ett planerat återbesök.

Urval: Deltagarna i studien valdes ut från en mottagning för patienter med hypertoni och/eller diabetes i en stad i Brasilien. De hade diagnosen högt blodtryck och i var åldrarna mellan 18-69. Deltagare med kontraindikationer för fysisk aktivitet samt kognitiva problem exkluderades.

Resultat: 95,8 % av deltagarna med hypertoni hade kunskap om den fysiska aktivitetens hälsoeffekter, dock hade 60 % utav dem en stillasittande livsstil. Studien visade en hög förekomst av en "stillasittande livsstil" och dess association med ålder och förekomst av diabetes. Sjuksköterskans kunskap om en stillasittande livsstil och dess konsekvenser stödjer val av omvårdnadsåtgärd, att befrämja fysisk aktivitet fokuserat på individen och dess omgivning.

Referenser: 25