

Livsstilsförändringar vid hypertoni

Strategier för att stötta patienten till förändring

FÖRFATTARE	Karin Andersson Isabel Rinaldo Lisa Tobjörk
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Lena Björck

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Livsstilsförändringar vid hypertoni: Hur sjuksköterskan kan stötta patienten till förändring.
Titel (engelsk):	Lifestyle Changes in Hypertension Care: How the Nurse can support the Patient to Change
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Karin Andersson Isabel Rinaldo Lisa Tobjörk
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Lena Björck

SAMMANFATTNING

Bakgrund: En stor del av den vuxna befolkningen i Sverige har hypertoni. Hypertoni är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och det är därför viktigt att behandla. Den effektivaste behandlingen vid hypertoni är en kombination av läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar. Sjuksköterskan möter ofta patienter med hypertoni ute i vården och spelar därför en viktig roll vid behandling av hypertoni. En utmaning är att motivera och främja livsstilsförändringar hos den här patientgruppen. Sjuksköterskans uppgift är att ge patienten de redskap och förutsättningar som behövs för att ta tillvara sina egna resurser och hitta en tilltro till sin egen förmåga. **Syfte:** Syftet är att få en översikt över vilka strategier som sjuksköterskor använder för att främja livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt. Artiklar har sökts i databaserna Pubmed och Cinahl. Litteraturöversikten baseras på femton artiklar. **Resultat:** Resultatet redovisas utifrån tre teman; individanpassning, kommunikation och kunskap. Här redovisas hur sjuksköterskan anpassar råd och behandling efter individen. Hur kommunikation och möten med patienten kan ske. Att utbildning och kunskap är viktigt för sjuksköterskans arbete och även för patienten då kunskap är en grund till att patienten kan fatta beslut om förändring. Arbetet med motivation är av betydelse vid livsstilsförändring. **Diskussion:** Sjuksköterskans kompetens och förmåga att tillvarata patientens resurser är betydelsefulla i arbetet med livsstilsförändringar. Kunskap behövs om olika arbetsmetoder för att kunna identifiera patientens hela riskprofil och hur man motiverar patienten. Patienten har ett eget ansvar när det kommer till att genomföra en förändring. Sjuksköterskor kan stötta patienten under processen men kan aldrig ta ifrån patienten rätten att fatta egna beslut. Viktigt är att organisationen tillåter en kontinuitet så att sjuksköterskan har möjlighet att bygga upp en god relation med patienten. Den måste också tillåta att uppföljning sker inom rimlig tid.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HYPERTONI	1
Livsstilsförändringar vid hypertoni	2
LIVSSTIL.....	2
EMPOWERMENT.....	3
Empowerment inom vården	3
MOTIVATION	4
SJUKSKÖTERS KANS ROLL	5
Hälsofrämjande åtgärder och prevention	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE.....	6
METOD.....	6
LITTERATURSÖKNING	6
ANALYS.....	7
RESULTAT	8
INDIVIDANPASSNING	8
Att identifiera en riskprofil.....	8
Att utforma en plan och följa upp	8
Att anpassa efter patientens livssituationen	9
KOMMUNIKATION.....	10
Att anpassa sättet att mötas	10
Att ha en medvetenhet i samtalet	11
KUNSKAP	12

Att få utbildning	12
Att ge information	12
Att ta del av andras kunskap.....	13
Att ha teoretiska modeller som en grund	14
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION.....	15
Sjuksköterskans kompetens.....	15
Livsstilsförändringar	16
Uppföljning	17
Motivation	17
Relationen.....	18
Relevans i studiernas resultat	19
Aspekter av etik, genus och etnicitet.....	19
Klinisk betydelse	20
Slutsats	20
REFERENSER	21
BILAGA 1: ARTIKELÖVERSIKT	I

INLEDNING

En stor del av den vuxna befolkningen i Sverige har hypertoni. Hypertoni är en av flera riskfaktorer för att insjukna i hjärt- kärlsjukdom och det är därför viktigt att behandla ett högt blodtryck så effektivt som möjligt. Att kombinera läkemedel och en sund livsstil är den behandling som har störst verkan vid hypertoni. Att få hjälp till livsstilsförändringar kan därför vara viktigt för den patient som har hypertoni.

För att känna sig motiverad till livsstilsförändring är det viktigt med kunskap och förståelse för varför en förändring är viktig. Det är även av betydelse att patienten känner att det finns möjlighet att förändra sättet att leva på och att det finns förutsättningar för att kunna bibehålla förändringarna på sikt.

Sjuksköterskan möter ofta patienter med hypertoni ute i vården och spelar därför en viktig roll vid behandling av hypertoni. En stor utmaning är att motivera och främja livsstilsförändringar hos den här patientgruppen. Sjuksköterska kan aldrig ge en patient den motivation eller tilltro till sig själv som behövs för att förändra invanda beteenden. Däremot kan sjuksköterskan ge redskap och förutsättningar för att patienten skall använda sina egna resurser och hitta tilltro till sin egen förmåga.

Begreppet empowerment är viktigt när sjuksköterska och patient arbetar med patientens egna resurser, prioriteringar och förutsättningar. Genom att överföra kunskap och makt till individen ges möjlighet för individen att aktivt fatta beslut vad gäller livsval. Det visar också på ett tydligt sätt att det är individen som är ansvarig för de val som den gör även om det finns många faktorer i vår omgivning som påverkar oss.

BAKGRUND

HYPERTONI

Hypertoni förekommer hos cirka 1,8 miljoner personer i Sverige. Förekomsten av högt blodtryck stiger med åldern och vid pensionsålder har mer än varannan person hypertoni. Bland dem som behandlas är det bara cirka 20-30 procent som når behandlingsmålen med ett blodtryck < 140/90 mm Hg. För patienter med diabetes eller njursjukdom är målet <130/80 mm Hg. Ett systoliskt blodtryck som är 20 mm Hg eller ett diastoliskt som är 10 mm Hg över 115/75 mm Hg fördubblar risken att dö i hjärt-kärlsjukdom (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007).

Hypertoni ger sällan några fysiska symtom (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 1998). Hypertoni diagnostiseras efter att blodtrycket mäts liggande eller sittande efter 5-10 minuters vila och varit förhöjt vid minst tre tillfällen med ett par veckors mellanrum. Hypertoni graderas som mild, måttlig, svår eller isolerad systolisk hypertoni. Mild hypertoni innebär > 140-159/90-99 mm Hg, måttlig hypertoni >160-179/100-109

mm Hg, svår hypertoni >180/110 mm Hg. Vid mild eller måttlig hypertoni beror risken för hjärtsjukdom inte så mycket på graden av hypertoni utan mer på om det finns andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (Ericson & Ericson, 2008).

Hypertoni är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar som stroke, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom och ateroskleros. Blodtrycket bestäms av mängden blod som hjärtat pumpar vid varje slag samt vilket motstånd som blodet möter i arteriolerna (Ericson & Ericson, 2008). 95 procent av all hypertoni är essentiell. Det innebär att man inte kan identifiera någon enskild orsak. Den är sannolikt en produkt av ett flertal olika faktorer som genetiska faktorer, omgivningsfaktorer och psykosociala faktorer. Förändringar i livsstil såsom ökat saltintag, övervikt och inaktivitet har visat sig ha betydelse för den ökade förekomsten av hypertoni (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet [YFA], 2008). Andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom är diabetes, hög ålder, manligt kön, höga blodfetter, rökning och högt alkoholintag (SBU, 2007).

Livsstilsförändringar vid hypertoni

Vid mild hypertoni kan livsstilsförändringar räcka som behandling, annars bör det alltid ingå i behandling som komplement till medicinering (Kahan & Nyström, 2009). Att motionera regelbundet kan sänka blodtrycket med 7/5 mm Hg hos personer med essentiell eller måttlig hypertoni (YFA, 2008). Eftersom hypertoni är en av riskfaktorerna för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom är det viktigt att se till patientens totala riskprofil och även behandla andra riskfaktorer. Det finns ett flertal olika livsstilsförändringar som kan påverka risken för framtida hjärt-kärlsjukdom, oberoende av om de ger effekt på blodtrycket (SBU, 2007).

Att röka påverkar inte blodtrycket i någon större utsträckning men ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Genom att sluta röka minskar de risken och fem år efter rökstopp är risken nästan jämförbar med en icke-rökare. Regelbunden fysisk aktivitet har effekt på blodtrycket och även viktreduktion vid övervikt. Ett minskat saltintag kan också sänka blodtrycket. Måttligt intag av alkohol ger minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, och det är effektivt att minska på alkoholintaget om det sker en överkonsumtion. Olika typer av stresshantering kan också sänka ett förhöjt blodtryck (Kahan & Nyström, 2009).

LIVSSTIL

Giddens (1999) förklarar livsstil som en form av sociala beteenden vars rutiner införlivas i våra dagliga vanor och handlingsmönster. Genom beslut som fattas varje dag skapas sådana vanor och beteenden. Den livsstil vi väljer påverkas av socioekonomiska förhållanden, etnicitet, kön, sexualitet, gruppträck, självkänsla, förebilder, de riskbedömningar som görs och tilltro till den egna förmågan att hantera tillvaron. Livsstil är beroende av samhälleliga förhållanden som kan påverka och lägga hinder i vägen för hälsan. Den kan även ses som oberoende, då blir hälsan ett individuellt projekt

och det är den enskilde individen som måste förändra sin livsstil för att hälsa ska bevaras (Svensson & Hallberg, 2010).

Att välja livsstil förutsätter att det finns andra sätt att utforma tillvaron och ekonomiska förhållanden som tillåter det. Livsstil handlar inte enbart om hälsa utan också om vem man vill vara, den skapar en inramning till identiteten. Preventivt och hälsofrämjande arbete kan till viss del ha en normativ karaktär där vissa beteenden pekats ut som riskabla och hot mot hälsan. Det kan i sin tur leda till att sådant arbete präglas mer av auktoritära utsagor än försök till dialog och samtal där man tar hänsyn till den enskilda individens motiv till beteendet och personliga bedömning av risken det medför (Svensson & Hallberg, 2010).

EMPOWERMENT

Begreppet empowerment används flitigt bland annat när det handlar om rättigheter för politiska minoriteter, vid träning eller utbildningsprogram, i organisations utveckling och i den feministiska rörelsen (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 1999). Empowerment kan översättas med bemyndigande eller självbestämmande, att förse enligt lag, auktorisera, licensera, överföra makt, möjliggöra, tillåta och att skänka förmåga (Eldh, 2009; Lidén, 2009).

Empowerment innebär både en process och ett resultat som engagerar individen och gruppens förmåga att inifrån sig själva hitta makten att påverka och kontrollera specifika händelser i livet. En sociologisk tolkning av begreppet kan vara att empowerment är en process där den minst mäktiga ges möjlighet till mer makt och kontroll över vissa livserfarenheter (Nyatanga & Dann, 2002). Empowerment är ett abstrakt begrepp som hänvisar till lösningar snarare än problem. Det är också ett dynamiskt begrepp där makt överförs och delas (Rodwell 1995).

I begreppet empowerment ligger möjligheten att välja och sammankopplat med det finns det ett ansvar. Om en person skall bemyndigas måste den också få ansvar över sina handlingar och hållas ansvarig för dem. Individen ges då en möjlighet att skapa en medvetenhet kring sina problem och en vilja att handla utifrån den. Individen eller gruppen får därmed makt, befogenhet och kunskap att agera, det är sedan upp till dem att acceptera empowerment (Rodwell, 1995).

Empowerment inom vården

Omvårdnad som har en tydlig grund i empowerment kan ses som en stödjande process där fokus ligger på ett samarbete mellan sjuksköterska och patient för att skapa möjlighet för patienten att ta kontroll över sitt liv. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv arbetar sjuksköterskan med detta synsätt i en handledarroll genom att stötta och hjälpa patienten att utveckla egna strategier, sätta upp mål och reflektera över processen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Vid arbete med empowerment är det viktigt att komma ihåg att sjuksköterskan inte kan ge patienten kraften till kontroll, men kan erbjuda möjligheten att utveckla kunskap och förmåga att kunna fatta hälsofrämjande beslut (Medin & Alexandersson, 2000). Genom empowerment kan förutsättningarna för självbestämmande stärkas. Det sker genom att sjuksköterskan ger information och tar tillvara på patientens egen kunskap och erfarenhet av sig själv, sin sjukdom och sina symtom. Patienten får sedan själv omsätta det här i handling (Eldh, 2009).

Eldh (2009) tar upp att empowerment kan vara svårt för vårdpersonal att förhålla sig till då de anser att empowerment är uppnått när patienten är följsam till behandlingen. Då empowerment syftar till att ge patienten möjlighet att fatta egna beslut måste personal inom hälso- och sjukvård acceptera att patienten fattar andra beslut än de som rekommenderats (Rodwell, 1995). Patienten behöver utrymme i mötet med vårdpersonal och få möjlighet att själv bestämma graden av delaktighet (Eldh, 2009). En patient som upplever empowerment får ökad självrespekt och utvecklar en förmåga att ställa upp och nå mål, vilket ger en känsla av kontroll i livet och de förändringar som görs (Lidén, 2009).

I processens gång skall patientens frihet att välja accepteras samtidigt som patienten också behöver acceptera sitt eget ansvar (Lidén, 2009). Därför är ömsesidig respekt och tillit viktiga faktorer för att som sjuksköterska kunna uppmuntra patienten till empowerment. Sjuksköterskan måste tro och ha tillit till patientens egen förmåga att fatta beslut, acceptera ansvar och agera utifrån det (Nyatanga & Dann, 2002).

MOTIVATION

Begreppet motivation används för att beskriva, förutsäga och förklara människors beteende. Motivationen styr vad vi bestämmer oss för att göra, hur mycket, hur ofta och hur länge vi gör det. Motiven för att göra någonting ser ofta olika ut mellan grupper och individer och kan även ändras i karaktär under tidens gång (Josefsson & Lindwall, 2010).

Motivation kan delas in i yttre och inre motivation där den inre motivationen kan beskrivas som en strävan efter ett meningsfullt liv. Yttre motivation är när motivationen kommer från krav som andra ställer och det är snarare "hot" och "ängslan" som driver. Denna motivation finns bara kvar så länge det yttre "hotet" finns och leder därför inte till långsiktig förändring. Vid livsstilsförändringar behövs den inre motivationen då förståelse och eget inflytande är viktiga faktorer. För att nå den inre motivationen bör utgångspunkten vara individens egna intressen, detta leder dessutom till djupinläring så att patienten lär sig på ett långsiktigt plan (Granbom, 1998).

Motivationen kan bero på upplevd kompetens, att ha tilltro till sig själv om att klara av att utföra en specifik uppgift. Det handlar också om vilka förväntningar som finns på den

aktivitet som individen ska motivera sig till, vilka fördelarna och nackdelarna är. En annan viktig faktor i motivationen är hur viktigt det är för individen att det som eftersträvas faktiskt uppnås. Patientens behov av att visa sig vara kompetent och duktig kan vara motiverande och känner sig patienten duktig är det större chans att den ägnar sig åt ett sådant beteende. Hur motivation och beteenden kan förändras och växa fram beskrivs i olika steg: förnekelse, begrundande, förberedelse, handling och aktivitet. Individen kan röra sig mellan de olika stegen, om exempelvis motivationen minskar finns en risk att individen inte upprätthåller beteenden och faller tillbaka på föregående steg (Josefsson & Lindwall, 2010).

SJUKSKÖTERS KANS ROLL

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor uttrycks det att sjuksköterskan skall ha förmågan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och kunna motivera patienten till livsstilsförändringar. Sjuksköterskan skall främja hälsa och förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskor inom vården möter patienter med hypertoni och det är en utmaning att med hjälp av strategier få patienten att hitta motivation till eventuella livsstilsförändringar för att minska risken för utvecklande av hjärt-kärlsjukdomar (Persson & Friberg, 2009). Sjuksköterskans roll vid arbete med förhöjt blodtryck innefattar rådgivning om livsstilsförändringar samt att stötta patienten under behandlingen. Då hypertoni sällan ger några fysiska symtom kan det vara svårt för patienten att motivera sig till att följa behandlingen (SBU, 1998).

Hälsofrämjande åtgärder och prevention

Prevention innebär att förebygga uppkomsten av en specifik sjukdom medan hälsofrämjande åtgärder syftar till processen som leder till att upplevelsen av hälsa ökar hos individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). De här begreppen används ofta synonymt men det finns alltså en skillnad i betydelse (Medin & Alexandersson, 2000). När det handlar om att arbeta hälsofrämjande är det viktigt att individen är delaktig då syftet är att förbättra den upplevda känslan av hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Målsättningen med arbetet är att tillvarata individens egen förmåga att ta kontroll över sitt liv och de aspekter som påverkar hälsan. Detta uppnås genom att förespråka, stötta och uppmuntra hälsa hos individen (Ewles & Simnett, 2008).

PROBLEMFÖRMULERING

Hypertoni är vanligt förekommande bland den vuxna befolkningen i Sverige. Livsstilsförändringar är en viktig del i behandlingen. Då hypertoni är en riskfaktor för att insjukna i hjärt- kärlsjukdom är det angeläget att ge en effektiv behandling. Det sker genom att kombinera läkemedelsbehandling med livsstilsförändringar. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i mötet med den här patientgruppen. Det är därför angeläget att

som sjuksköterska ha en genomtänkt strategi för hur arbetet med den här patientgruppen genomförs.

SYFTE

Syftet är att få en översikt över vilka strategier som sjuksköterskor använder för att främja livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Metoden som valdes för arbetet var en litteraturöversikt, då syftet var att skapa en översikt av de strategier sjuksköterskan använder sig av i arbetet med att främja livsstilsförändringar vid hypertoni. I en litteraturöversikt används både kvalitativa och kvantitativa studier som grund då syftet är att få en helhetsbild av den forskning som finns tillgänglig. När problemområdet var identifierat gjordes först en inledande litteratursökning för att undersöka forskningsläget. Den inledande litteratursökningen ligger till grund för problemformulering och syfte (Friberg, 2006).

Efter den inledande litteratursökningen kunde problemområdet avgränsas ytterligare och därefter gjordes en systematisk litteratursökning där aktuella artiklar hittades. Artiklar för studien söktes på databaserna Cinahl och Pubmed, då de är mest relevanta i förhållande till omvårdnadsforskning. Sökord som användes var hypertension, intervention, nurs*, life style, health care, non-pharmacological, empowerment, strategy, blood-pressure, health promotion. Sökorden kombinerades i olika varianter. Sökorden valdes ut för att få fram de artiklar som fokuserade på sjuksköterskans strategier relaterade till livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni. Relevanta sökningar redovisas i tabell 1. En sekundärsökning gjordes på intressanta referenser i den hittade litteraturen, samt med hjälp av databaserna där artiklar som refererat till eller har liknande referenser som utvalda artiklar kunde hittas. I sekundärsökningen hittades tre artiklar som redovisas som artikel 1, 5 och 8 i bilaga 1. Sekundärsökning är viktigt att göra för att inte gå miste om litteratur som kan vara värdefull för studien (Friberg, 2006).

Tabell 1. Översikt över artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda artiklar
110311	Cinahl	Hypertension Intervention Life style Nurse	Peer reviewed 2000-2011	13	15, 14,12, 3, 4, 11
110311	Cinahl	Hypertension Non- pharmacological Intervention	Peer reviewed 2000-2011	4	10, 6
110419	Pubmed	Hypertension Intervention Life style change Nurs*	2000-2011	27	2,7, 13, 6,9

Numret på artiklarna är det nummer som används i bilaga 1

Inklusionskriterier har varit att artiklarna varit granskade (peer reviewed), att de publicerats efter år 2000 då vi velat ta del av aktuell forskning samt att artiklarna varit skrivna på engelska. Artiklarna som valdes ut innehåller interventioner eller strategier som sjuksköterskan kan använda sig av. Artiklarna skulle primärt inrikta sig på patienter med hypertoni och studier där deltagarna redan utvecklat hjärt-kärlsjukdomar exkluderades. Övriga exklusionskriterier har varit studier där sjuksköterskor inte deltagit samt artiklar som handlar om barn och ungdomar. Artiklar som inte varit tillgängliga i fulltext har också exkluderats.

Vid relevanta sökningar har alla abstract lästs och de artiklar som föll inom ramen för ämnet har granskats i fulltext enligt Fribergs (2006) mall. Efter granskning föll ett antal artiklar bort då de inte svarade mot syftet eller då kvaliteten inte varit tillräckligt hög enligt Fribergs (2006) kriterier. Till slut valdes femton artiklar ut för analys. Vid arbete med litteraturöversikt finns en risk för att urvalet blir selektivt då författaren låter sin egen uppfattning och åsikt styra valet av artiklar (Friberg, 2006). Med det här i åtanke har ett öppet förhållningssätt till hittade studier eftersträvat.

ANALYS

De utvalda artiklarna lästes igenom flera gånger för att skapa en överblick över området. Sedan studerades artiklarna flera gånger med syftet att identifiera strategier som sjuksköterskan kan använda sig av i arbetet med att hjälpa patienter till livsstilsförändringar. Analysen skedde med ett induktivt tillvägagångssätt. Strategierna

identifierades och delades in i olika teman som redovisas i resultatet. Teman som identifierades var individanpassning, kommunikation samt kunskap.

RESULTAT

I resultatet redovisas de teman som identifierats. De teman som hittats var individanpassning, kommunikation samt kunskap.

INDIVIDANPASSNING

Att identifiera en riskprofil

Flera av studierna hade ett uttalat fokus på att identifiera den individuella riskprofilen och ge rådgivning utifrån den. Riskprofilen kunde bedömas med hjälp av Body Mass Index (BMI), midjemått, kolesterolvärden, rökvanor, alkoholvanor, fysisk aktivitet och stressnivå (Bosworth et al., 2008; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn, Kjellgren & Bengtsson, 2005; Kastarinen et al., 2002; McLoughney, Khan & Ahmed, 2007). Råden anpassades efter vilka riskfaktorer som ingick i patientens livsstil. Frågeformulär användes i tre av studierna för att få struktur och svar på specifika frågor om patientens riskprofil (ter Bogt et al., 2009; Brennan et al., 2010; Kastarinen et al., 2002). Individanpassningen kunde även ske genom att det identifierades hur motiverad patienten var, råd och frågor kunde då ställas utifrån det (Drevenhorn, Bengtsson, Allen, Säljö & Kjellgren, 2007). Två studier använde sig av en kombination av att bedöma patientens riskprofil och att utgå från hur motiverad patienten var för att ge råd som var relevanta för just den patienten (Bosworth et al., 2008; Tonstad, Søderblom & Sandvik, 2007). Även samtal användes för att identifiera riskfaktorer hos patienten (Bosworth et al., 2008; Drevenhorn et al., 2007; McLoughney et al., 2007). Råden kunde anpassas genom att ta hänsyn till vad patienten själv föredrog respektive inte tyckte om (McLoughney et al., 2007). Redskap som matdagboksanteckningar och stegräknare kunde användas för att ge individuella råd (ter Bogt et al., 2009). Anpassning kunde också ske genom att program utformades till en specifik grupp som diabetiker, äldre eller afro-amerikaner och då kunde råden skräddarsys efter denna grups förutsättningar (Brennan et al., 2010; Garcia-Peña, Thorogood, Armstrong, Reyes-Frausto, & Muñoz, 2001; Staffileno, Minnick, Coke, & Hollenberg, 2007).

Det var viktigt att identifiera hur motiverad patienten var i början av studien. Om det inte gjordes blev rådgivningen missriktad. Även om man lyckades identifiera hur motiverad patienten var gavs ändå information och stöd som inte var anpassat efter patientens behov (Drevenhorn et al., 2007).

Att utforma en plan och följa upp

Att utforma en personlig behandlingsplan som patienten och sjuksköterskan diskuterade fram tillsammans var ett annat sätt att anpassa sig efter patienten. Behandlingsplanen

bestod av individuella mål och den användes vid uppföljningsbesök för utvärdering (ter Bogt et al., 2009; Garcia-Peña et al., 2001; Kastarinen et al., 2002; McLoughney et al., 2007; Wong & Chiu, 2010). Behandlingsplanen kunde tas fram genom att diskutera kort- och långsiktiga mål och resultat och utifrån dem motivera till förändring (McLoughney et al., 2007). En studie använde sig av målen vid telefonuppföljning mellan besöken för att för att kunna följa upp, ge råd och stötta patienten till livsstilsförändringar (Wong & Chiu, 2010).

Uppföljning kunde innehålla utvärdering av patientens mål, mätvärden eller dokumentation (ter Bogt et al., 2009; Liehr et al., 2006). Under uppföljningen gavs återkoppling och patienten fick reflektera tillsammans med sjuksköterskan över de förändringar i livsstil och mätvärden som uppnåts. Återkoppling skedde både i uppföljningen och i samtalen under studiens gång (ter Bogt et al., 2009; Cakir & Pinar, 2006; McLoughney et al., 2007; Tonstad et al., 2007). De mätningar som gjordes i början och under studien användes som en del av utvärderingen i sex av studierna (ter Bogt et al., 2009; Brennan et al., 2010; Drevenhorn et al., 2005; Kastarinen et al., 2002; Liehr et al., 2006; Tonstad et al., 2007). Olika typer av dokumentation användes för att följa upp patienten. Kostregistrering användes i ett fall (Kastarinen et al., 2002) och både kostregistrering och stegräknare användes i ett annat (ter Bogt et al., 2009). Kostregistrering och dokumentation i form av dagboksanteckningar kopplat till 24-timmars blodtrycksmätning användes för att registrera när blodtrycket gick upp respektive ner i en studie (Liehr et al., 2006). Deltagarna fick registrera kost, vikt, fysisk aktivitet, antal cigaretter och dokumentera hantering av stressfulla situationer (Cakir & Pinar, 2006). En intention som sjuksköterskor hade var att låta patientens behov styra uppföljningen så långt det var möjligt (Eriksson & Nilsson, 2008).

Att anpassa efter patientens livssituationen

Att se till patientens livssituation och de utmaningar som patienten upplevde som hinder för att kunna integrera livsstilsförändringar i det dagliga livet var ett sätt för sjuksköterskan att arbeta individanpassat (Liehr et al., 2006; Staffileno et al., 2007). I en studie fick patienten som en del i en livsstilsintervention dela sin berättelse om vilken utmaning det var att integrera livsstilsförändringar i vardagen. Patienten fick utifrån nutid, dåtid och framtid identifiera vad som bidrog till utmaningen att åstadkomma livsstilsförändringar och därmed kunna se vad de förväntar sig av sig själva i framtiden. Patienten fick även identifiera vilka anhöriga som kan vara till ett bra stöd i deras utmaning och vilka som kan vara ett hinder (Liehr et al., 2006). En studie framhöll stress som en faktor som hindrade patienterna från att uppnå livsstilsförändringar och fokuserade därför på att livsstilsförändringarna skulle kunna inkluderas i det dagliga livet för att inte öka deltagarnas stressnivå. Det här gjordes genom att rekommendera aktiviteter i vardagslivet som passade den enskilde patienten, till exempel promenad på

lunchrasten, ta trappor istället för hiss, trädgårdsarbete eller dans (Staffileno et al., 2007).

Studien där patienten förutom en livsstilsintervention även fick dela sin historia visade signifikant sänkning av blodtrycket både på dagen och på natten. Jämfört med kontrollgruppen var sänkningen av det systoliska blodtrycket på dagen större hos interventionsgruppen (Liehr et al., 2006). Adherence (följsamhet eller tillgivenhet) till fysisk aktivitet ökade i studien som anpassade motionen efter vardagslivet. Resultatet i den studien visade även på en signifikant sänkning av det systoliska blodtrycket samt en bättre kontroll av vikt och midjemått jämfört med kontrollgruppen (Staffileno et al., 2007).

Sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att möta patienten på dennes nivå, därför var det angeläget att ta tillräckligt med tid på sig för att identifiera var patienten befann sig i livet. För att identifiera motiv till förändring och förstå patientens beteende var det betydelsefullt att få förståelse för patientens dagliga liv (Eriksson & Nilsson, 2008).

KOMMUNIKATION

Att anpassa sättet att mötas

Sättet som sjuksköterskan mötte och höll kontakt med patienten skiljde sig åt mellan studierna. De flesta möten mellan sjuksköterska och patient skedde på mottagning (Aminoff & Kjellgren, 2001; ter Bogt et al., 2009; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; Drevenhorn et al., 2007; Eriksson & Nilsson, 2008; Kastarinen et al. 2002, McLoughney et al., 2007; Liehr et al., 2006; Staffileno et al., 2007; Tonstad et al., 2007; Wong & Chiu, 2010). Mötena kunde också kombineras med andra sätt att mötas. Ett sätt att hålla kontakt var genom hembesök och syftet med det var att nå en specifik riskgrupp (Garcia-Peña et al., 2001). Ett annat sätt var genom telefonkontakt. I två av de studierna användes telefonsamtal för att följa upp patienterna mellan besöken och återkoppling (ter Bogt et al., 2009; Wong & Chiu, 2010). Telefonkontakt kunde även vara den enda kontakten som fanns mellan sjuksköterska och patient, interventionen baserades då enbart på telefonrådgivning i kombination med broschyrer (Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010).

Av de studier som använde telefonuppföljning (Wong & Chiu, 2010) eller en telefonintervention (Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010) kunde en sänkning av blodtrycket ses i två av studierna, skillnaden var också signifikant jämfört med kontrollgrupperna (Wong & Chiu, 2010; Brennan et al., 2010). Det var större sannolikhet att deltagarna i interventionsgruppen hade sitt blodtryck välreglerat i en av studierna (Brennan et al., 2010). Ökad adherence till träning och att följa kostråd och var också ett resultat som påvisades (Wong & Chiu, 2010). Vid en av telefoninterventionerna identifierades ett behov hos deltagarna av kunskap om hypertoni

och läkemedel. Ett behov av socialt stöd, hjälp med viktnedgång, fysisk aktivitet, träning, stresshantering, minskat alkoholintag och att sluta röka syntes också (Bosworth et al., 2008). Interventionen som baserades på att göra hembesök hos äldre ledde inte till någon signifikant sänkning av blodtrycket. Viktnedgång kunde ses hos deltagarna men inte heller den förändringen var signifikant (Garcia-Peña et al., 2001).

I resultatet av de studier som baserades på möten med patient och sjuksköterska på mottagning kunde signifikant skillnad i systoliskt blodtryck ses i en av studierna (Drevenhorn et al., 2005). Ingen signifikant sänkning av blodtrycket för studiegrupperna sågs i Kastarinen et al. (2002) och Tonstad et al. (2007). Sänkningen var ändå större jämfört med kontrollgruppen samt att en undergrupp som inte hade blodtrycksmedicinering fick en signifikant sänkning av sitt blodtryck (Kastarinen et al., 2002). Målblodtrycket uppnåddes av 92 procent av deltagarna i en annan av studierna och deltagarna gick då tillbaka till sin vanliga vård (McLoughney et al., 2007). Ökad fysisk aktivitet kunde ses i Drevenhorn et al. (2005) och Kastarinen et al. (2002), signifikant viktnedgång och minskat midjemått kunde ses i Kastarinen et al. (2002) och i Tonstad et al. (2007) lyckades interventionsgruppen i större utsträckning behålla vikt och midjemått jämfört med en kontrollgrupp. I en studie sågs viktnedgång men inte signifikant (McLoughney et al., 2007). Även reducering av riskfaktorer för metabolt syndrom kunde ses (Tonstad et al., 2007).

Att ha en medvetenhet i samtalet

Strukturen på samtalen kunde variera och det fanns skillnader mellan de kortare och längre samtalen. Vid de längre konsultationerna fanns mer tid för småprat och samtal om vardagslivet, medan de kortare konsultationerna innehöll en tydligare struktur och större fokus på livsstilsfaktorer, riskfaktorer och hälsa (Aminoff & Kjellgren, 2001). Sjuksköterskorna uppgav i en studie att de hade som strategi att lyssna aktivt, även om samtalet inte rörde anledningen för besöket, för att skapa en god relation (Eriksson & Nilsson, 2008). Sjuksköterskan pratade mer under samtalet och tog också upp fler ämnen än patienten. Sjuksköterskan fick ofta fråga efter mer information för att få reda på patientens problem. Det här skedde då patienten till en början uttryckte att allt var bra men efter sjuksköterskans följdfrågor framkom olika problem. Det framkom att sjuksköterskor pratade mycket om riskfaktorer och sambandet mellan hjärt-kärlsjukdom och livsstil (Aminoff & Kjellgren, 2001).

Sjuksköterskor upplevde att kontinuitet var viktigt för att skapa en god relation med sina patienter samt att se till att det fanns tillräckligt med tid för mötet (Eriksson & Nilsson, 2008). Relationen mellan sjuksköterska och patient var en faktor som kunde påverka arbetet med hantering av hypertoni och togs upp som en del av interventionen Bosworth et al. (2008). Om patienten upplevde att relationen till ordinarie vårdgivare var dålig kunde rådgivning ges om hur relationen kan förbättras (Bosworth et al., 2008).

En strategi som sjuksköterskor uttryckte var att det var viktigt att vara medveten om hur man uttryckte sig både muntligt och med kroppsspråk. Sjuksköterskorna uppgav också att det var viktigt att inte tappa sin professionalitet om patienten uttryckte negativa känslor eller när situationen är stressad. De nämnde även att det var betydelsefullt att inte framstå som kritisk eller dömande om patienten gjorde någonting som skiljde sig från det som sjuksköterskan rekommenderade (Eriksson & Nilsson, 2008).

KUNSKAP

Att få utbildning

En strategi som identifierades var att sjuksköterskorna fick utbildning för att kunna genomföra arbete med livsstilsförändringar. Sjuksköterskorna erhöll utbildning i hypertoni och förebyggande av hjärt-kärlsjukdom (Brennan et al., 2010; Drevenhorn et al., 2007; Garcia-Peña et al., 2001; McLoughney et al., 2007). Annan kunskap som sjuksköterskorna tog del av handlade om livsstilsförändringar och livsstilsfaktorer (Drevenhorn et al., 2007; Kastarinen et al., 2002), modeller för förändrat hälsobeteende och hur man motiverar och upprätthåller motivation (Bosworth et al., 2008; Drevenhorn et al., 2007; Garcia-Peña et al., 2000). Utbildning i samtalsmetodik och patientcentrerad rådgivning gavs (Drevenhorn et al., 2007; Garcia-Peña et al., 2001; Kastarinen et al., 2002). Specifika kunskapsområden identifierades utifrån att man arbetade mot en bestämd patientgrupp, då fick sjuksköterskan i en studie utbildning om kulturkompetens och hur man kunde identifiera viktiga kulturella faktorer i vården (Brennan et al., 2010) och i en annan studie fick sjuksköterskan utbildning om åldrande och etiska aspekter vid hembesök (Garcia-Peña et al., 2001).

Att ge information

Sjuksköterskan gav information till patienterna i flera av studierna. Informationen handlade om hypertoni och risken med att ha högt blodtryck (Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; McLoughney et al., 2007). Det gavs information om riskfaktorer och livsstilsfaktorer och hur det påverkar blodtrycket (Aminoff & Kjellgren, 2001; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; Garcia-Peña et al., 2001; McLoughney et al., 2007; Tonstad et al., 2007). Information om riktlinjer vid hypertoni-behandling (McLoughney et al., 2007) samt vid livsstilsförändring gavs (Cakir & Pinar, 2006). I många av studierna togs flera livsstilsförändringar upp på en gång och information gavs om dem (Aminoff & Kjellgren, 2001; Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010; Cakir & Pinar, 2006; Drevenhorn et al., 2005; Kastarinen et al., 2002; McLoughney et al., 2007; Liehr et al., 2006; Tonstad et al., 2007; Wong & Chiu, 2010). I två av studierna fokuserade man på en särskild livsstilsförändring, viktnedgång (ter Bogt et al., 2009) och att öka frekvensen av fysisk aktivitet (Staffileno et al., 2007). Då fokuserades information och rådgivning mer till de här områdena.

Sjuksköterskor upplevde att de behövde pedagogisk kompetens för att presentera information på ett bra sätt för patienten, de behövde också kunna göra en övervägning över hur mycket information patienten var i behov av så att det inte blev för mycket information på en gång. En annan viktig aspekt var att hålla sin kunskap uppdaterad och att vara påläst på den patient som skulle komma (Eriksson & Nilsson, 2008). Metaforer kunde användas för att förklara innebörden av hypertoni för patienten på ett bra sätt (Aminoff & Kjellgren, 2001).

Många patienter var medvetna om att de hade en ohälsosam livsstil, men var ändå inte motiverade att förändra den. Därför ägnade sjuksköterskan mycket tid åt att förklara och fråga patienten vad det var som hindrade den från att förändra sin livsstil (Aminoff & Kjellgren, 2001).

Skriftligt material användes som redskap för att ge patienten information. Efter samtal med sjuksköterska gavs i två av interventionerna skriftligt material i utbildningssyfte. (Bosworth et al., 2008; Drevenhorn et al., 2005). En broschyr där patienten kunde fylla i sina egna noteringar under samtalet användes (Drevenhorn et al., 2007). Innehållet anpassades i en annan studie efter patientgruppen som i det här fallet var afro-amerikaner (Brennan et al., 2010). Gruppundervisning förekom i två interventioner (Cakir & Pinar, 2006; Kastarinen et al., 2002). Det här kunde ske genom att gruppundervisning gavs som komplement till individuella besök hos sjuksköterska (Kastarinen et al., 2002) eller genom att gruppundervisningen var den primära interventionen men där även individuell rådgivning gavs i samband med undervisningstillfällena (Cakir & Pinar, 2006).

I studien som byggde på gruppundervisning sågs en signifikant sänkning av blodtrycket samt signifikant skillnad jämfört med kontrollgruppen. Även blodfetter, vikt, midjemått och BMI hade förbättrats och ett ökat engagemang i aktiviteter som främjar hälsa och välbefinnande kunde ses (Cakir & Pinar, 2006).

Att ta del av andras kunskap

I flera av studierna framkom det att sjuksköterskan hänvisade vidare till andra yrkesgrupper när frågan gick utanför sjuksköterskans kompetens eller yrkesområde. Det kunde ske genom att läkare kontaktades när hjälp behövdes med blodtryckmedicinering (Tonstad et al., 2007), medicinering mot höga blodfetter (Drevenhorn et al., 2005) eller både och (McLoughney et al., 2007). Ansvarig läkare kunde också få regelbunden rapport om hur blodtrycket låg av sjuksköterskan (Brennan et al., 2010; Kastarinen et al., 2002). Kostråd gavs av dietist till alla deltagare i en studie (Liehr et al., 2006) och i en annan informerades deltagare om stödgrupper när det var aktuellt att sluta röka samt att det fanns möjlighet till kontakt med psykolog eller socionom vid djupgående behov av stresshantering (Cakir & Pinar, 2006).

Att ha teoretiska modeller som en grund

Teoretiska modeller kunde användas som grund i interventionerna. Undersökningarna Bosworth et al. (2008), Brennan et al. (2010), Drevenhorn et al. (2007) och Tonstad et al. (2007) har använt sig av en modell som heter Transtheoretical model eller Stages of change model. Modellen beskriver olika faser i processen att göra livsstilsförändringar. En av undersökningarna byggde på att sjuksköterskor tränades i modellen inför rådgivning om livsstilsförändring. Efter utbildning i Stages of change model ökade längden på samtalen och livsstilsfaktorer nämndes mer frekvent i samtalet än tidigare. Patientdelaktigheten ökade och mer fokus lades på stöd till patienten (Drevenhorn et al., 2007). Health decision model användes för att identifiera vilka faktorer som det var viktigt att arbeta med för att hjälpa patienten nå ett bra blodtryck (Bosworth et al., 2008). Health belief model användes för att bland annat identifiera kunskaper om hypertoni, riskfaktorer och konsekvenser (Brennan et al., 2010). Story-centered care användes i en studie för att fånga upp svårigheter med att integrera hälsosam livsstil i det vardagliga livet (Liehr et al., 2006).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då en litteraturstudie genomfördes inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Det gav uppsatsen en bredd då de bidrog med olika perspektiv på de strategier som identifierades. Det var en svårighet att foga samman de kvantitativa och kvalitativa artiklarna till en enhet då de bidrog med olika typer av data.

Litteratursökningen gjordes i Pubmed och Cinahl för att få fram relevanta artiklar. Efter att ett antal sökningar gjorts börjande träffarna kännas igen och tillräcklig mängd material ansågs ha hittats. Andra sökord och kombinationer hade kunnat användas och gjort att andra artiklar hittats vilket kan ha påverkat resultatet. Artiklar som inriktade sig på andra sjukdomstillstånd än hypertoni exkluderades även om de innehöll livsstilsförändringar. Det innebar att artiklar kan ha valts bort som hade kunnat bidra med användbara strategier i arbetet med livsstilsförändringar vid hypertoni eftersom riskfaktorerna ofta är liknande.

Vid analys av artiklarna gjordes genomläsningen metodiskt vilket gav en god kunskap om artiklarna. Det underlättade när teman skulle urskiljas. När artiklarna sedan analyserades, för att identifiera teman utifrån syftet, var svårigheten att hålla teman tydliga.

Inga geografiska restriktioner har använts vid urvalet av artiklar, därför inkluderades artiklar från olika delar av världen. Det här beror på att hypertoni förekommer i stora delar av världen och då syftet var att undersöka vilka strategier som användes fanns

ingen anledning att begränsa urvalet. Det här kan ses som en svaghet då resultatet kan vara svårt att överföra till svensk sjukvård samt att det kan finnas kulturella skillnader. Syftet var dock att undersöka vilka strategier som användes och eftersom hypertoni är ett globalt problem är det viktigt att även ta del av kunskap och erfarenheter från andra länder.

En svårighet i studien har varit hur resultatet från de kvantitativa artiklarna ska presenteras då de i många aspekter skiljer sig åt. Det primära syftet med studierna har inte alltid varit att mäta effekter på blodtrycket av livsstilsförändringar utan att optimera patientens blodtryck. Det innebär att man har arbetat med medicinering av blodtrycket samtidigt som livsstilsförändringar och därmed är det svårt att se vad som var konsekvensen av det ena eller andra i resultatet. Hänsyn har inte heller tagits till längden på interventionerna, då fokus var på strategierna.

Alla artiklar är granskade för att säkerställa att kvaliteten är tillräckligt hög samt att ett etiskt perspektiv funnits med. Alla studier som inkluderats är godkända av en etisk kommitté och deltagarna har fått ge sitt godkännande.

RESULTATDISKUSSION

Sjuksköterskans kompetens

Olika metoder används för att identifiera patientens riskprofil, anpassa råd och behandling efter patientens livssituation, ge återkoppling och följa upp. Att arbeta individanpassat ställer höga krav på den enskilda sjuksköterskan att känna av och bedöma den enskilda patientens behov. Aminoff och Kjellgren (2001) belyser det här genom att visa att sjuksköterskan behöver fråga vidare efter mer information när patienten berättat hur den har det. Det är inte en självklarhet att patienten delar alla väsentliga fakta om inte sjuksköterskan vet att hon skall fråga efter dem och att ha som intention att anpassa råd och behandling efter patienten innebär inte alltid att det lyckas. Den enskilda sjuksköterskans kompetens spelar därmed en stor roll.

Sjuksköterskan har en stor betydelse i samtalet och utbildning erbjuds i flera studier för att öka sjuksköterskans kompetens (Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010; Drevenhorn et al., 2007; Garcia-Peña et al., 2001; Kastarinen et al., 2002; McLoughney et al., 2007). Övergripande kan ses att utbildning om hjärt-kärlsjukdom, livsstilsförändring och riskfaktorer är viktigt. Även utbildning i motivation, patientcentrerad rådgivning, samtalsmetodik och kulturkompetens ges. Omvårdnad som har en tydlig grund i empowerment kan ses som en stödjande process där fokus ligger på ett samarbete mellan sjuksköterska och patient för att skapa möjligheten för patienten att ta kontroll över sitt liv. (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). För att arbeta enligt empowerment behöver sjuksköterskan andra kunskaper än de som rör ren fakta kring sjukdomstillstånd och behandlingsåtgärder. Sjuksköterskan behöver kunskap kring

motivation, beteendeförändringar och individens egen livssituation för att kunna stötta patienten till empowerment.

I flera studier används redskap för att identifiera patientens behov (Bosworth et al., 2008; Brennen et al., 2010; Drevenhorn et al., 2007; Liehr et al., 2006; Tonstad et al., 2007) Att ha ett redskap att utgå ifrån kan vara en styrka då det ger en grund att arbeta ifrån och delvis flyttar fokus från den enskilda sjuksköterskan. Det är dock fortfarande upp till sjuksköterskan att ta vara på den information som redskapet ger. Drevenhorn et al (2007) visar att det finns ett problem med att använda en sådan modell då sjuksköterskorna delvis misslyckas med att identifiera patientens behov men också att de ger information som inte tillhör det identifierade behovet, trots utbildning. Sjuksköterskor måste veta hur de skall använda de redskap de har till förfogande på ett korrekt sätt. Modellerna som användes i studierna täckte in olika faktorer som påverkar patienten (Bosworth et al., 2008; Brennen et al., 2010; Drevenhorn et al., 2007; Liehr et al., 2006; Tonstad et al., 2007), de är dock inte heltäckande och sjuksköterskan spelar en viktig roll för att se helheten i den situation som patienten befinner sig i.

Livsstilsförändringar

Livsstil handlar om vanor och beteenden som vi har i livet. De påverkas av socioekonomiska förhållanden, etnicitet, kön, sexualitet, grupptryck, självkänsla, förebilder, riskbedömningar och tilltro till den egna förmågan att hantera tillvaron (Svensson & Hallberg, 2010). Att arbeta med livsstilsförändringar innebär därmed att försöka påverka vanor och beteenden som kan vara djupt förankrade hos individen och bero på andra saker än bristande kunskap. Det visar på vikten av att se till patientens hela livssituation, något som man arbetar aktivt med i två av studierna (Liehr et al., 2006; Staffileno et al., 2007). Att arbeta med empowerment innebär att som sjuksköterska ta tillvara på patientens tidigare erfarenheter och kunskaper. Det är en viktig del för att patientens möjlighet till självbestämmande skall stärkas (Eldh, 2009). För att patienten skall kunna få kontroll över och förändra sin livsstil måste råd och vägledning utgå från var patienten befinner sig. Att försöka anpassa råd och föreslå förändringar efter patientens situation så patienten upplever att de faktiskt är genomförbara ökar chanserna för att förändringarna skall genomföras.

Återkommande är att utifrån patientens riskprofil arbeta med flera livsstilsförändringar parallellt. Ett sådant arbetssätt används för att komma åt patientens hela riskprofil. Då det är en stor omställning att förändra sin livsstil kan det vara svårt att genomföra att förändringar på en gång. Genom att inte genomföra alla förändringar på en gång ökar troligen chanserna att behålla dem på sikt. I en studie får patienten själv bestämma vilka riskfaktorer som känns viktiga att arbeta med (Drevenhorn et al., 2007). Det kan öka möjligheten att behålla förändringen på sikt då patienten får fokusera på det som känns viktigt. Genom att som sjuksköterska sträva efter empowerment innebär arbetet att stötta

och hjälpa personen att utveckla egna strategier, sätta upp mål och reflektera över processen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Att därmed låta patienten sätta upp egna mål och själv identifiera vad som känns viktigt och möjligt att uppnå är av stor betydelse.

Uppföljning

Flera studier belyser vikten av att uppföljning sker och det är viktigt att skapa forum för uppföljning (ter Bogt et al., 2009; Garcia-Peña et al., 2001; Kastarinen et al., 2002; McLoughney et al., 2007; Wong & Chiu, 2010). Genom att använda sig av telefonsamtal mellan mötena för att följa upp patienten kan kontaktfrekvensen öka. Det ger sjuksköterskan möjlighet att stötta patienten under hela processen och ge råd och återkoppling kontinuerligt. Det blir också lättare att fånga upp patienter som är på väg att tappa motivationen. Om forumet gruppträffar används får patienter möjlighet att möta andra i samma situation och får möjlighet att ta hjälp av varandra. De här sätten att arbeta blir kostnadseffektiva och patienterna får ett ökat stöd. I studierna sker uppföljning kontinuerligt då detta är en del av interventionen men ofta är inte fallet så i verkligheten. Uppföljning vid åtgärder för livsstilsförändringar behöver ske med kontinuitet och med korta intervaller för att patienten skall få det stöd som behövs och inte tappa motivationen. Uppföljningen behöver också ske under en längre tid då förändringar tar tid att etablera. Eftersom telefonuppföljning visar på ett positivt resultat för de patienter som ingår i de studierna (Brennen et al., 2010; Wong & Chiu, 2010), kan detta vara ett arbetssätt som sjuksköterskan kan ha nytta av.

Att mäta livsstilsförändring bara i form av resultat på blodtryck eller midjemått visar inget heltäckande mått då det är lika viktigt att följa upp huruvida patienten faktiskt har lyckats genomföra önskade förändringar. Även om förändringen inte innebär att patienten får en förbättring av blodtrycket kan det innebära att patienten får en bättre riskprofil och är på väg att börja leva ett mer hälsosamt liv. Empowerment syftar till att stärka patienten i processen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Att kunna ge patienten konkret återkoppling på sådana resultat är därför meningsfullt. I studierna kunde man använda sig av matdagbok, träningsdagbok och liknande för att se hur det går för patienten att förändra sin livsstil (ter Bogt et al., 2009; Cakir & Pinar, 2006; Kastarinen et al., 2002; Liehr et al., 2006). Ett sådant redskap kan man som patient välja att fylla i och blir till hjälp både för patient och för sjuksköterska när patientens mål ska utvärderas, det ger en större bild av de livsstilsförändringar som faktiskt genomförts.

Motivation

Motivation kan bestå av både yttre och inre motivation. Den inre motivationen är den som kommer inifrån patienten själv och uppstår när patienten har förståelse och upplever eget inflytande (Granbom, 1998). Då empowerment syftar till att stärka patientens egna resurser och ge kunskap för att själv ta kontrollen över sin situation och förändra den är

motivationen hos patienten en viktig del att förhålla sig vid arbete med livsstilsförändringar. Det är viktigt att sjuksköterskan förmedlar att fokus ligger på att hjälpa patienten och att patienten inte ska känna något krav på att visa upp bra resultat för sin sjuksköterska. Om patienten väljer att inte genomföra förändringarna är det viktigt att sjuksköterskan har förståelse för att det är patienten som beslutar om hur och om livsstilen ska förändras. Annars finns risken att patientens motivation blir en form av yttre motivation.

Som sjuksköterska är det viktigt att acceptera att patienten inte alltid gör de hälsosamma val som sjukvården förespråkar (Rodwell, 1995). Empowerment handlar inte om att patienten ska göra som sjuksköterskan säger utan om att patientens frihet att välja själv måste respekteras samtidigt som patienten får ett tydligt ansvar (Eldh, 2009; Lidén, 2009). Eriksson och Nilsson (2008) tar i sin studie upp vikten av att inte vara dömande mot patienten utan respektera de val som gjorts även om det inte är de beslut som rekommenderats. Att patienten väljer att inte följa de rekommendationer som sjuksköterskan ger behöver inte betyda att sjuksköterskan inte gjort ett bra jobb. För att arbeta med empowerment måste man låta patienten fatta sina egna beslut.

Det största hindret med att hjälpa patienter till livsstilsförändringar, som identifieras av läkare och sjuksköterskor, är brist på motivation till att förändra livsstilen snarare än att patienterna har otillräcklig kunskap om effekten av livsstilsförändringar (Jallinoja et al., 2007). Aminoff och Kjellgren (2001) visar på ett liknande resultat då de uppfattar att sjuksköterskan är tvungen att lägga mycket tid på att förklara och informera patienten om livsstilsförändringar. Ofta är patienten medveten om att de har en ohälsosam livsstil men är inte motiverade att förändra den. Det här belyser ytterligare hur viktigt det är att se till patientens motivation och tala om den istället för att bara fokusera på de förändringar som ska göras och mål som ska uppnås.

Relationen

Kontinuitet och att känna till sina patienter lyfts fram som en viktig strategi för att kunna främja en hälsosammare livsstil (Eriksson & Nilsson, 2008). Att ha en organisation som tillåter det blir därför en viktig faktor. Att patienten ska få återkomma till samma sjuksköterska, kunna nå sjuksköterskan på telefon och att sjuksköterskan skall ha tid att läsa på och sätta sig in i patientens situation är någonting som sjukvårdsorganisationen skall göra möjligt. Vikten av att patienten ska kunna kontakta sin sjuksköterska lyfts också fram av sjuksköterskorna själva (Eriksson & Nilsson, 2008). Genom att patienten får en regelbunden kontakt med samma sjuksköterska får man chansen att bygga upp en relation, det får som konsekvens att patienten känner sig unik vilket är viktigt för patienten (Persson & Friberg, 2009).

Att skapa en god relation är viktigt för att kunna hjälpa patienten. För att kunna göra det använder sig sjuksköterskan av en rad olika strategier, som att ta sig tid för patienten och

lyssna även på det som verkar irrelevant (Eriksson & Nilsson, 2008). Att samtala om vardagliga saker bidrar till en känsla av att patient och sjuksköterska är på samma nivå och gör att relationen känns mer jämlik. (Persson & Friberg, 2009). I en av studierna kan man se att de kortare samtalen var mer strukturerade medan i de längre finns det mer tid för att tala om saker som inte har med det höga blodtrycket att göra (Aminoff & Kjellgren, 2001). Att ge en strukturerad rådgivning är viktigt och att veta vad det är man vill ge patienten i varje möte, dock kan det finnas en relevans i att ge patienten lite mer tid för att skapa en god och tillitsfull relation då patienten delar med sig mer om det finns ett förtroende för sjuksköterskan.

Relevans i studiernas resultat

Syftet med uppsatsen är att studera vilka strategier sjuksköterskan använder sig av för att främja livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni. I de studier som granskas används flera strategier i varje intervention. Genom att en kombination av flera strategier används är svårt att mäta resultatet för varje enskild strategi och säga hur effektiv just den är. Det varierar även hur blodtrycksmedicinering används i studierna. Det här gör det svårt att veta hur stor del av resultatet på blodtrycket som är en effekt av de strategier som används och hur stor del som är en effekt av medicineringen. Det blir även svårt att jämföra resultaten med varandra. Ytterligare ett problem är att resultatet av studierna redovisas i olika mätvärden. I några studier mäts blodtrycket som ett mått på hur effektiv interventionen är. Andra studier lyfter också fram exempelvis hur väl träning genomförts eller i vilken utsträckning man lyckats genomföra kostförändringar. De sistnämnda mätvärdena är viktiga då de lyfter fram hur väl studiedeltagaren lyckats genomföra en förändring även om den inte ger effekt på blodtrycket.

Aspekter av etik, genus och etnicitet

Strategierna i studierna bygger på individanpassning men det är påfallande få studier som resonerar etiskt kring patienten. Det här känns högst relevant då patientens autonomi måste respekteras.

De studier som nämner etnicitet är de studier som är gjorda i USA (Bosworth et al., 2008; Brennan et al., 2010; Liehr et al., 2006; Staffileno et al., 2007). Det här är intressant då det kan visa på en större medvetenhet om etnicitet och hur det kan påverka hälsa. Det är viktigt att ta hänsyn till kulturella aspekter vid livsstilsförändringar då det är en del av patientens livsvärld. Det är dock svårt att utläsa om det etniska perspektivet alltid är det mest väsentliga då det även kan handla om socioekonomisk tillhörighet. Etnicitet och socioekonomisk status kan också vara sammankopplade.

Få av studierna resonerar kring genus. I de fall då det visar sig finnas skillnader i resultatet mellan kvinnor och män diskuteras det sällan varför det är så. En sådan

diskussion är betydelsefull för att kunna fastställa vilka aspekter som medför skillnaden och hur man bättre ska anpassa vården efter individen.

Klinisk betydelse

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska tydliggörs sjuksköterskans ansvar att visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Vidare ska sjuksköterskan ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskans kompetens och förmåga att tillvarata patientens resurser är betydelsefull. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har en bra utbildning men också har möjlighet att utveckla sin kunskap. Kunskap behövs om olika arbetsmetoder för att kunna identifiera patientens hela riskprofil och hur man motiverar patienten.

Patienten har ett eget ansvar för de val som görs. Sjuksköterskans uppgift är att stötta patienten under processen men kan aldrig ta ifrån patienten rätten att fatta egna beslut. Som sjuksköterska är det viktigt att inte vara dömande när patienten inte följer de rekommendationer som ges utan respektera patientens autonomi och de val som patienten gör.

Större hänsyn borde tas till hur motiverad patienten är när livsstilsförändringar ska genomföras. Råd och åtgärder borde anpassas efter patientens motivation och inte bara efter de risker som identifieras i patientens liv.

Organisationen måste tillåta en kontinuitet så att sjuksköterskan har möjlighet att bygga upp en god relation med patienten. Den måste också tillåta ett långsiktigt arbete och att uppföljning sker inom rimlig tid.

Slutsats

Sjuksköterskans kompetens och förmåga att tillvarata patientens resurser är betydelsefulla i arbetet med livsstilsförändringar. Kunskap behövs om olika arbetsmetoder för att kunna identifiera patientens hela riskprofil och hur man motiverar patienten. Patienten har ett eget ansvar när det kommer till att genomföra en förändring. Sjuksköterskor kan stötta patienten under processen men kan aldrig ta ifrån patienten rätten att fatta egna beslut. Viktigt är att organisationen tillåter en kontinuitet så att sjuksköterskan har möjlighet att bygga upp en god relation med patienten. Den måste också tillåta att uppföljning sker inom rimlig tid.

REFERENSER

- Aminoff, U. B. & Kjellgren, K. I. (2001). The nurse: a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 582-589.
- ter Bogt, N. C. W., Bemelamns, W. J. E., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J., van der Meer, K. (2009). Preventing Weight Gain: One-Year Results of a Randomized Lifestyle Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 270-7.
- Brennan, T., Spettell, C., Villagra, V., Ofili, E., McMahonill-Walraven, C., Lowy, E. J., ... Mayberry, R. (2010). Disease Management to Promote Blood Pressure Control Among African Americans. *Population Health Management*, 13(2), 65-72.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L., ... Oddone, E. Z. (2008). Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counselling*, 70(3), 338-347.
- Cakir, H. & Pinar, R. (2006). Randomized Controlled Trail on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 190-209.
- Drevenhorn, E., Bengtsson, A., Allen, J. K., Säljö, R., Kjellgren, K. I. (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(1), 46-53.
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., Bengtsson, A. (2005). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7b), 144-151.
- Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 45-61). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad – medicinsk behandling – Patofysiologi*. Studentlitteratur: Lund
- Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counseling: an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17), 2352-2359.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2008). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg, (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Garcia-Peña, C., Thorogood, M., Armstrong, B., Reyes-Frausto, S., Muñoz, O. (2001). Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension

in Mexico. *International Journal of Epidemiology*, 30(6),1485-91.

Giddens, A. (1999). *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos

Granbom, A-K. (1998). *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Hallberg, L. R-M. & Svensson, O. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. I L. R-M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil: forskning och praktiska tillämpningar* (s.35-51). Lund: Studentlitteratur.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change; Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25(4): 244-249.

Josefsson, K. & Lindwall, M. (2010). Motivation till motion och fysisk aktivitet. I L. R-M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil: forskning och praktiska tillämpningar* (s.207-225) Lund: Studentlitteratur.

Kahan, T. & Nyström, F. (2009). *Hypertoni och 24-timmars mätning av blodtryck*. Lund: Studentlitteratur.

Kastarinen, M. J., Puska, P. M., Korhonen, M. H., Mustonen, J. N., Salomaa, V. V., Sundvall, J. E., ... Nissinen, A. M. (2002). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Journal of Hypertension*, 20(12), 2505-2512.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-4.

Lidén, E. (2009). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s.147-178). Lund: Studentlitteratur.

McLoughney, C. R., Khan, A. S. A., Ahmed, A. B. (2007). Effectiveness of a specialist nurse-led intervention clinic in the management of cardiovascular risk factors in diabetes. *European Diabetes Nursing*, 4(3), 100-105.

Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Nyatanga, L. & Dann, K. L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3(3), 234-239.

Persson M. & Friberg F., The dramatic encounter: experiences of taking part in a health

conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 520-528.

Liehr, P., Meininger, J. C., Vogler, P., Chan, W., Fraizer, L., Fuentes, F. (2006). Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension. *Applied Nursing Research*, 19(2006), 16-21.

Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (1998). *Evidensbaserad omvårdnad vid måttligt förhöjt blodtryck*. (SBU-rapport, Nr 2). Stockholm.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 170/1U). Mölnlycke

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Staffileno, B. A., Minnick, A., Coke, L. A., Hollenberg, S. M. (2007). Blood Pressure Responses to Lifestyle Physical Activity Among Young, Hypertension: Prone African-American Women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2),107-117.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Danagårds.

Tonstad, S., Søderblom, C. A., Sandvik, E. (2007). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2007), 160-164.

Wong, F. K. Y. & Chiu, C. W. (2010). Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1374-1382.

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (2008). FYSS 2008: *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (1651-8624, 978-91-7257-543-1). Statens folkhälsoinstitut.

BILAGA 1: ARTIKELÖVERSIKT

Artiklarnas nummer i bilaga 1 är de nummer som används i tabell 1.

Nr. 1

Titel: The nurse: a resource in hypertension care

Författare: Aminoff, U. B. & Kjellgren, K. I.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Årtal: 2001

Land: Sverige

Syfte: Studera innehållet och strukturen i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient under uppföljningssamtal om hypertoni.

Metod: Samtal spelades in under uppföljningsmöten mellan sjuksköterska och patient. Samtalen analyserades med kvalitativ och kvantitativ metod. Den kvalitativa analysmetoden var utforskande och fokuserade på struktur och ämnen som togs upp under konsultationen.

Urval: 20 patienter och 4 sjuksköterskor ingick i interventionen. Patienterna hade som huvuddiagnos hypertoni och farmakologisk behandling för hypertoni, från olika vårdcentraler och en specialistmottagning deltog i studien.

Resultat: Sjuksköterskan hade bättre struktur på samtalet under det korta mötet jämfört med det längre. Sjuksköterskan tog upp fler ämnen än patienten under samtalet. Patienten hade ett stort behov av att tala om problem. Sjuksköterskan fick ofta ställa följdfrågor för att få veta mer om patientens problem. Sjuksköterskan använde tid för att förklara om livsstilsförändringar samt undersöka varför patienten inte ville förändra sin livsstil.

Nr. 2

Titel: Preventing Weight Gain: One-Year Results of a Randomized Lifestyle Intervention

Författare: ter Bogt, N.C.W., Bemelamns, W. J. E., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J. & van der Meer, K.

Tidskrift: American Journal of Preventive Medicine

År: 2009

Land: Nederländerna

Syfte: Att jämföra effekterna av en strukturerad livsstilsrådgivning utförd av sjuksköterskor med sedvanlig vård utförd av läkare för att förhindra viktuppgång och för att förbättra hälsostatus hos överviktiga och feta patienter med antingen hypertoni, högt kolesterolvärde eller båda.

Metod: Deltagarna fick rådgivning om livsstilsförändringar av en sjuksköterska som hade hjälp av ett dataprogram för att individanpassa råden. Studien använde sig av både möten med patienten och telefonkontakt.

Urval: Patienter i studien rekryterades på 11 vårdcentraler i norra delen av Nederländerna. I interventionsgruppen ingick 225 deltagare och i kontrollgruppen 232 deltagare. Utvalda patienter var 40-70 år, BMI 25-40 och hade antingen hypertoni, höga blodfetter eller båda, alternativt medicinsk hypertoni- och/eller kolesterolsänkande behandling.

Resultat: Efter ett år hade fler i interventionsgruppen gått ner i vikt än i kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad visades i sänkt blodtryck.

Nr. 3

Titel: Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control.

Författare: Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L., ... Oddone, E. Z.

Tidskrift: Patient Education and Counseling

Årtal: 2008

Land: USA

Syfte: Utvärdera en randomiserad kontrollerad studie innehållande en skräddarsydd beteendeåtgärd för att förbättra blodtrycks kontroll.

Metod: Vuxna med högt blodtryck från två öppenvårdskliniker fick den skräddarsydda beteendeåtgärden varannan månad i två år via telefon.

Urval: Urvalet gjordes från en grupp patienter som var inskrivna på öppenvårdsklinik under minst ett år, hade diagnosen hypertoni och medicinerade mot det. 319 patienter deltog i interventionen och 317 i kontrollgrupp.

Resultat: 27 procent av patienterna behövde hjälp med relationen till sin vårdgivare, 64 procent saknade adekvat information om blodtrycks kontroll. Resultatet visade även att det fanns intresse för förändring och hjälp med socialt stöd, livsstilsbeteende, vikt, stresshantering, alkoholvanor och rökning.

Nr. 4

Titel: Disease Management to Promote Blood Pressure Control among African Americans

Författare: Brennan, T., Spettell, C., Villagra, V., Ofili, E., McMahill-Walraven, C., Lowy, E. J., ... Mayberry, R.

Tidskrift: Population Health Management

Årtal: 2010

Land: USA

Syfte: Undersöka om en telefonintervention med sjuksköterska speciellt utvecklad för afro-amerikaner är mer effektivt än att bara mäta blodtrycket hemma.

Metod: Interventionsstudie med uppföljning genom telefonsamtal varje månad under ett år. Studien baserades på the Health Belief Model och the Transtheoretical Model.

Urval: 6698 personer identifierades för att kunna delta i studien genom Aetnas system.

Personerna hade rapporterat sig själva som afro-amerikaner eller svarta, hade högt blodtryck och var över 19 år. Av dessa bjöds 5932 personer in till studien. I interventionsgruppen ingick 320 deltagare och i kontrollgruppen 318 deltagare.

Resultat: Båda grupperna sänkte sitt blodtryck. Interventionsgruppens systoliska blodtryck var signifikant lägre i slutet av perioden än kontrollgruppens. Det fanns inga signifikanta skillnader i diastoliskt blodtryck. I interventionsgruppen var det 50 procent större chans att de skulle ha ett blodtryck i kontroll efter interventionen.

Nr. 5

Titel: Randomized Controlled Trail on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients

Författare: Cakir, H. & Pinar, R.

Tidskrift: Western Journal of Nursing Research

Årtal: 2006

Land: Turkiet

Syfte: Undersöka effekterna av en heltäckande livsstilsintervention på blodtrycket och andra riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom.

Metod: Randomiserad kontrollerad studie med utbildning av patienten.

Urval: Besökare på en blodtrycksmottagning vid universitetssjukhuset i Istanbul. 18-65 år, diagnostiserat högt blodtryck, kunna fylla i ett frågeformulär utan hjälp. I interventionsgruppen ingick 32 deltagare och i kontrollgruppen 38 deltagare.

Resultat: Både det systoliska och diastoliska blodtrycket sänktes i interventionsgruppen men inte signifikant. I kontrollgruppen ökade både det systoliska och diastoliska blodtrycket.

Nr. 6

Titel: Counseling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model

Författare: Drevenhorn, E., Bengtsson, A., Allen, J. K., Säljö, R. & Kjellgren, K. I.

Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att analysera effekten av att sjuksköterskor får utbildning i Stages of Change (SOC) modellen inför rådgivande samtal om livsstilsförändringar till patienter med hypertoni.

Metod: Deltagarna i interventionsgruppen deltog i en utbildning om patientcentrerad vård, SOC, livsstilsfaktorer och farmakologisk behandling vid förebyggande av hjärt- kärlsjukdom. Särskilda broschyrer om de olika stegen vid beteendeförändringar producerades till patienterna. Samtalen mellan sjuksköterska och patient spelades in och transkriberades och analyserades men innehållsanalys.

Urval: Alla sjuksköterskor som arbetade med mottagning för hypertoni blev inbjudna, 19 sjuksköterskor deltog.

Resultat: Patienten blev mer aktiv i samtalet efter att sjuksköterskan fått utbildning. Samtalens längd ökade men inte signifikant.

Nr. 7

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

Författare: Drevenhorn, E., Kjellgren, K. & Bengtsson, A.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka hur effektivt det är för sjuksköterskan att använda ett strukturerat interventionsprogram med patientcentrerad rådgivning vid hypertoni behandling.

Metod: Ett strukturerat program för hypertoni vård. Interventionen innehöll uppföljningsmöten var tredje månad i 15 månader med rådgivning utifrån individuell riskprofil.

Urval: Alla patienter med diagnosen hypertoni, 177 patienter, som besökte vårdcentralen blev inbjudna att delta. 100 patienter valde att delta i intervention.

Resultat: Det systoliska blodtrycket sjönk signifikant hos patienterna. Även det diastoliska trycket sjönk men inte signifikant. Fysisk aktivitet ökade signifikant.

Nr. 8

Titel: Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counseling: an interview study.

Författare: Eriksson, I. & Nilsson, K.

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Undersöka förutsättningar som distriktsköterskan behöver för att bygga en tillitsfullrelation under hälsorådgivning för patienter med högt blodtryck.

Metod: Intervention med intervjuer av tio distriktsköterskor från tre vårdcentraler i västra Sverige. En innehållsanalys gjordes med tematisk kodning av innehållet i intervjuerna.

Urval: 10 sjuksköterskor på vårdcentraler från tre olika distrikt i västra Sverige deltog i studien. Åtta av dem var distriktsköterskor.

Resultat: Resultatet visar vikten av sjuksköterskans medvetenhet om hur man uttrycker sig och vad man har för kroppspråk. Att vara medveten om att man kan föra över sin stress till patienten. Viktigt för att gott möte att patienten känner sig välkommen och viktig. För att genomföra det väljs en lugn miljö för mötet.

Nr. 9

Titel: Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico

Författare: Garcia-Peña, C., Thorogood, M., Armstrong, B., Reyes-Frausto, S. & Munoz, O.

Tidskrift: International Journal of Epidemiology

År: 2001

Land: Mexico

Syfte: Att undersöka om hembesök av sjuksköterska kan sänka blodtrycket hos patienterna och analysera vilka konsekvenserna blir för vikt, saltintag och ökning av fysisk aktivitet.

Metod: Intervention med hembesök av sjuksköterska under en sexmånadersperiod. I hembesöken ingick blodtrycksmätning och råd om livsstilsförändring.

Urval: Deltagarna i studien hade hypertoni, ≥ 60 år, boende i Mexico City och registrerade på the Family Medicine Clinics of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) deltog. I interventionsgruppen ingick 345 deltagare och i kontrollgruppen 338 deltagare.

Resultat: Blodtrycket sjönk hos patienterna både i interventions- och kontrollgrupp. Det fanns en signifikant skillnad då resultaten var bättre i interventionsgruppen. Signifikant fler patienter i interventionsgruppen började promenera än i kontrollgruppen. Det gick inte att påvisa någon signifikant skillnad i vikt eller natriumintag i interventionsgruppen efter studien, det kan förklaras med att studien pågick en kort tid.

Nr. 10

Titel: Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland

Författare: Kastarinen, M. J., Puska, P. M., Korhonen, M. H., Mustonen, J.N., Salomaa, V.V., Sundvall, J. E., ... Nissinen, A. M.

Tidskrift: Journal of Hypertension

År: 2002

Land: Finland

Syfte: Att fastställa effektiviteten av ett relativt lågintensivt patientrådgivningsprogram för patienter med hypertoni inom primärvården.

Metod: Interventionen bestod av totalt sju besök av deltagarna under två års tid. Patienterna instruerades till livsstilsförändringar utifrån deras egen individuella situation.

Urval: Deltagarna var män och kvinnor i ålder 25-74 med systoliskt blodtryck 140-174 och/eller diastoliskt 90-109 eller som behandlas med blodtryckssänkande medicin. I interventionsgruppen

ingick 360 deltagare och i kontrollgruppen 355 deltagare.

Resultat: Blodtrycket sänktes men inte signifikant för interventionsgruppen eller kontrollgruppen. Dock var sänkningen signifikant större i interventionsgruppen. En undergrupp i interventionsgruppen som inte hade blodtrycksmedicinering fick en signifikant sänkning av sitt blodtryck.

Nr. 11

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

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

Tidskrift: Applied Nursing Research

År: 2006

Land: USA

Syfte: Att se vilken blodtryckssänkande effekt det har att sjuksköterskan lägger till ”story-centered care” vid livsstilsinterventioner för personer med mild hypertoni.

Metod: Interventionen skedde under åtta veckor. Interventionen innehöll fyra sessioner där två sjuksköterskor arbetade tillsammans för engagera patienten till att dela sin historia om vilken utmaning det är att integrera livsstilsförändringar i det dagliga livet.

Urval: Screening gjordes bland personal på universitet och sjukhus och personer som hade grad 1 hypertoni blev inbjudna att delta. I interventionsgruppen ingick 12 deltagare och i kontrollgruppen ingick 12 deltagare.

Resultat: Deltagarna i interventionsgruppen fick signifikant sänkning av blodtrycket på båda dagen och natten. Jämfört med kontrollgruppen var sänkningen av det systoliska blodtrycket på dagen större hos interventionsgruppen.

Nr. 12

Titel: Effectiveness of a specialist nurse-led intervention clinic in the management of cardiovascular risk factors in diabetes.

Författare: McLoughney, C. R., Khan, A. S. A. & Ahmed, A. B.

År: 2007

Land: Storbritannien

Syfte: Utvärdera effektiviteten av en specialistsjuksköterskeledd, protokoll driven klinik, med övervakning av läkare, i hanteringen av kardiovaskulära riskfaktorer, framförallt hypertoni och hyperlipedemi.

Metod: Interventionen höll totalt på under ett år. Protokoll angående hantering av högt blodtryck, höga blodfetter samt andra okontrollerade riskfaktorer användes under interventionen.

Urval: Alla deltagare hade diabetes. De fick vård på diabetescenter eller i öppenvård. 96 patienter deltog i studien.

Resultat: Signifikant skillnad kunde ses i det systoliska och det diastoliska blodtrycket. 94 procent av patienterna nådde målblodtrycket. 68 procent av patienterna gick ned i vikt under interventionen men inte signifikant.

Nr. 13

Titel: Blood Pressure Responses to Lifestyle Physical Activity among Young, Hypertension-Prone African-American Women.

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

Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2007

Land: USA

Syfte: Syftet med studien var att undersöka ifall blodtrycket sjunker när lifestyle physical activity (LPA) integreras i den dagliga rutinen hos stillasittande afro-amerikanska kvinnor i åldrarna 18-45 år med risk för att drabbas av hypertoni.

Metod: Interventionen var en åtta veckors individuellt, hembaserat träningsprogram som innebar en aktivitet som kunde inkluderas i det dagliga livet.

Urval: Urvalet skedde bland afro-amerikanska kvinnor födda i USA i åldrarna 18-45. I interventionsgruppen ingick 14 deltagare och i kontrollgruppen 10 deltagare.

Resultat: I interventionsgruppen sjönk det systoliska trycket signifikant och det diastoliska sjönk men utan signifikant skillnad. Deltagare med högre adherence fick ett större resultat i sänkt blodtryck. Det systoliska blodtrycket i kontrollgruppen sjönk men ej signifikant, och det diastoliska blodtrycket ökade.

Nr. 14

Titel: Effect of nurse counseling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomized controlled trial.

Författare: Tonstad, S., Söderblom, C.A. & Sandvik, E.

Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing

År: 2006

Land: Norge

Syfte: Att jämföra effekten av rådgivning av sjuksköterska med vanlig primärvård hos patienter med mild hypertoni, effekten gällde förändringar av blodtrycket samt metabola faktorer som midjemått, blodfetter och P-glukos.

Metod: Planerade möten mellan sjuksköterskan och patient varje månad i sex månader. Sjuksköterskan främjade specifika livsstilsförändringar utifrån den individuella riskprofilen. Interventionen baserades på Stages of change model.

Urval: Män och kvinnor 30-69 år med mild hypertoni deltog i studien. I interventionsgruppen ingick 31 deltagare och i kontrollgruppen 20 deltagare.

Resultat: Midjemått och vikt ökade i båda grupperna, men signifikant mindre i interventionsgruppen, blodfetter och risk för metabolt syndrom minskade i interventionsgruppen. Blodtrycket sänktes både i kontrollgruppen och i interventionsgruppen men inte signifikant.

Nr. 15

Titel: Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomized trial.

Författare: Wong, F. K. Y. & Chiu, C. W.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

Årtal: 2010

Land: Kina

Syfte: Att undersöka effekten på blodtryckskontrollering när man använder sig av sjuksköterskemottagning kombinerat med telefonuppföljning.

Metod: Primärt mättes blodtryck, sekundärt adherence till blodtryckskontroll hemma, träning, diet, medicinering och tillfredsställelse med vården.

Urval: Deltagarna rekryterades från en familje-medicinsk klinik. Deltagarna var personer med

dålig blodtrycks kontroll eller nydiagnostiserad hypertoni. I interventionsgruppen ingick 31 deltagare och i kontrollgruppen 32 deltagare.

Resultat: Kontrollgruppen hade en signifikant skillnad i det systoliska blodtrycket, Interventionsgruppen hade signifikanta skillnader i både systoliskt och diastoliskt blodtryck. Sänkningen i interventionsgruppen var större än i kontrollgruppen och skillnaden var signifikant.