

C-uppsats i Omvårdnad

**Att använda audio/videoinspelad
information/undervisning som en omvårdnadsåtgärd**

FÖRFATTARE
FRISTÅENDE KURS

Cecilia Hane Persson
Omvårdnad – Självständigt arbete I
VOM080
VT 2006

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

10 p
Lisa Donnerdal
Solveig Lundgren

Titel (svensk):	Att använda audio/videoinspelad information/undervisning som en omvårdnadsåtgärd
Titel (engelsk):	To use audio/videorecorded information/education as a nursing intervention
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I, VOM080
Arbetets omfattning:	10 p
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Cecilia Hane Persson Cecilia Hane Persson är leg. sjuksköterska och arbetar vid ortopedkliniken på sjukhuset i Arvika. E-post: cecilia.hane.persson@liv.se
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Solveig Lundgren

ABSTRAKT

En av sjuksköterskans traditionellt viktigaste självständiga omvårdnadsåtgärder är information/undervisning. Den kan genomföras i olika former och vilken kommunikationsmodell som tillämpas kan bero på situation och mål. Informationen/undervisningen är en väg att ge patienten medbestämmande om vård och behandling och själv kunna påverka sin situation. Syftet med detta arbete var att belysa hur sjuksköterskan har använt audio/videoinspelad undervisning och beskriva effekter av den. Detta arbete är genomfört som en systematisk litteraturstudie, där 14 artiklar granskades. Materialet analyserades och sammanställdes utifrån frågeställningarna och de olika teman som hade identifierats. Studierna visade att audio/videoundervisning har använts av sjuksköterskor både som enda undervisningsmaterial eller tillsammans med annat. Flera studier visade på positiva resultat bl.a. hade interventionsgruppen större kunskap och mindre trötthet efter interventionen jämfört med kontrollgrupp. Några studier visade också större självständighet, mindre smärta och ökad rörlighet postoperativt för interventionsgruppen. Förändrat beteende på längre sikt var dock svårare att visa. För patienterna var det viktigt att känna igen sig och de tyckte det var bra att informationen/undervisningen kunde upprepas. Även negativa resultat redovisades. Några motiv att använda audio/videoundervisning som framkommit är att den är kostnadseffektivt, kan upprepas efter behov och kan göras i flera språkvarianter. Utifrån omvårdnadsprocessen och olika kommunikationsmodeller kan audio/videoundervisning vara en del av de omvårdnadsåtgärder som genomförs när en patient behöver större kunskap ur ett hälsoperspektiv. Det finns flera skäl att utveckla detta som ett komplement till annan undervisning.

Key words: Audio, video, patient education, nursing, effect, outcome

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Inledning	1
Patient empowerment	1
Omvårdnadsåtgärder	1
Information/undervisning	2
Kommunikation	3
<i>Kommunikationsteorier/modeller</i>	<i>4</i>
Teorianknytning	5
SYFTE	6
Frågeställningar	6
METOD	6
Artikelsökning	7
Databearbetning	7
RESULTAT	9
Användning av audio/videoinspelad information	9
<i>Undervisningssituation</i>	<i>9</i>
<i>Audio/videoinnehåll</i>	<i>10</i>
<i>Patientgrupper</i>	<i>10</i>
Effekter	10
<i>Negativa resultat</i>	<i>10</i>
<i>Ökad kunskap</i>	<i>11</i>
<i>Fysiska symtom</i>	<i>11</i>
<i>Psyko/sociala resultat</i>	<i>12</i>
<i>Förändrat beteende</i>	<i>12</i>
<i>Kostnader</i>	<i>13</i>
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats	17
REFERENSER	18

BILAGOR

Bilaga I Artikelpresentation

INTRODUKTION

Inledning

Som sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård möter vi ständigt patienter med ett behov av information/undervisning och ny kunskap. På många vårdenheter finns krav på effektivisering för att uppnå kortare vårdtider, vilket kan innebära mindre tid för mellanmänniska kontakter. Det finns därför ett behov av att utveckla arbetsmetoderna för information/undervisning. Kravet på en god och fullständig information finns både från patienter och i lagstiftning. Det är därför viktigt att förändringar och utveckling görs med bibehållen eller förbättrad kvalitet. Jag har i detta arbete valt att se hur audio/videoinformation till patienter har använts inom omvårdnad och om det är ett bra alternativ.

Patient empowerment

Patient empowerment är enligt Björvell (1) främst ett förhållningssätt hos sjukvårdpersonal och avser att ge patienten rätt och förmåga att så långt som möjligt påverka och medverka i sin vård och att klara sin egenvård. Begreppet är komplext och svårt att översätta till ett svenskt ord som täcker in alla dimensioner. Några ord som är synonymer är; bemyndigande, patientkraft, partnership och delaktighet. Dessa kan användas för att förklara och förstå begreppet (1). Ur ett undervisningsperspektiv är empowerment centralt för att patienten skall ha medbestämmande i behandlings- och omvårdnadsbeslut.

”För att ha detta krävs fyra delar:

- *ha förmåga och möjlighet att reflektera över behandlingseffekter och egenvårdsbeteende som har betydelse för hälsa och välbefinnande*
- *få tillgång till sjukdomsspecifik kunskap*
- *förstå vad som är rimligt och möjligt att göra*
- *bli bekräftad som person och i sitt tänkande av sjukvårdspersonalen” (1 sid 19).*

Grunden för en patientundervisning med hänsyn till empowerment bör beakta dessa punkter för att ta hänsyn till patientens medbestämmande och hälsoaktiviteter.

Att vara patient innebär ett beroende av andra och en risk att få en underordnad roll. Utan tillräcklig kunskap kan patienten inte ta eget ansvar och det blir svårare att vara delaktig i beslut och handlingar. Patienten kan hållas kvar i en underordnad roll genom sjuksköterskans bemötande. Exempel på sådant bemötande kan vara; svara knapphändigt, visa sig stressad och inte vara uppmärksam. Ett sådant bemötande kan leda till att patienten inte vågar uttrycka sina behov och kanske dessutom kommer att känna sig missnöjd med vården (2).

Betydelsen av patientens känsla av förlorad kontroll som en viktig faktor att ta hänsyn till inom hälso- och sjukvård uttrycks också av Cullberg (3). Han säger: *”Varje intagning på en institution innebär större eller mindre grad av integritetskränkning och uppgivande av den egna autonomin” (3 sid 123).*

Omvårdnadsåtgärder

Omvårdnadsåtgärder är en del av omvårdnadsprocessen vilken är en problemlösningsmodell och finns beskriven sedan 1950-talet. Först under 1980-talet infördes den och accepterades i Sverige (4). Den finns beskriven och är en del av utbildningsplanen för sjuksköterskor i Sverige sedan år 1982 (5). Sedan 1970-talet tar den utgångspunkt i fem olika steg. De fem stegen är: bedömning, diagnos och mål, planering, genomförande samt utvärdering (6, 7).

Stegen planering och genomförande avser omvårdnadsåtgärder. VIPS-modellen har begreppen Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet som grund. Det är en modell för omvårdnadsdokumentation och den har fått stor genomslagskraft i Sverige. Den utgår från omvårdnadsprocessen och ett av sökorden för omvårdnadsåtgärder är Information/undervisning. Av tradition är patientundervisning en av sjuksköterskans viktigaste självständiga omvårdnadsåtgärder. Enligt modellen skall planerade omvårdnadsåtgärder finnas med i en omvårdnadsplan och vara baserade på patientens problem och behov. Det är viktigt att tydliggöra planerade åtgärder för en patient och detta kan ofta ske om det finns en omvårdnadsplan upprättad (4). Omvårdnadsplanen skall också vara ett arbetsredskap för sjuksköterskan i det dagliga arbetet och när den följs förhindra att patienten utsatts för godtyckliga åtgärder. Omvårdnadsplanen bör i möjligaste mån utformas och ändras tillsammans med patienten (1, 4, 8, 9). Detta får också stöd i aktuell lagstiftning. *"Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten"* SFS 1998:531 (8 sid 31).

Information/undervisning

Begreppet information härstammar från det latinska ordet information som betyder förklarande. Men begreppet står även för utbildande, upplysande och undervisning (10). Betydelsen av utbildning ges inte i detta uppslagsverk. I Nordstedts ordbok (11) finns dock följande förklaringar:

- information – upplysning, underrättelse, mängd fakta
- utbildning – systematisk undervisning och träning som ger kunskap och färdigheter för visst yrke och ofta ger viss formell kompetens
- undervisning – förmedling av kunskaper i organiserad form och på systematiskt sätt.

Information kan uppfattas och används ofta när det är fråga om envägskommunikation. Vilket t.ex. kan vara situationer när sjuksköterskan förmedlar information men det finns inga krav att följa upp hur patienten tagit till sig den (4). Undervisning och utbildning till skillnad från information ställer krav på uppföljning och här måste alltså en dialog mellan sjuksköterska och patient ske (1). Enligt Ehnfors m.fl. (4) används begreppet undervisning idag oftare istället för information. Deras uppfattning är att det beror på att sjuksköterskor idag vet vikten av att planera och utföra den utifrån patientens behov.

Klang Söderqvist (12) menar att utbildning ofta används i sammanhang när slutmålet är ett yrke eller examen. Hon menar också att vårdpersonal dels genom en formell utbildning och dels genom erfarenhet skaffat sig en generell kunskap om vanliga problem för en eller flera patientgrupper. Patienterna däremot har ett expertkunnande hur sjukdomen, dess symtom och/eller behandling påverkar deras dagliga liv. Båda dess aspekter skall beaktas när patientundervisning genomförs. Undervisning kräver alltså att sjuksköterskan har kännedom om patientens kunskap och ställer krav på individuell planering. Även Björvell (1) menar att patientundervisning handlar mycket om relationen mellan patient och vårdare samt deras förståelse för varandra.

Socialstyrelsen påtalar hur viktigt det är att sjuksköterskan identifierar patientens behov av information, ger patienten den information som behövs och sedan utvärderar att patienten tagit till sig informationen (13). Här används begreppet information men det finns samtidigt ett krav på uppföljning för att säkerställa att patienten förstått budskapet. Kravet på uppföljning antyder att det kanske istället avser undervisning. I detta arbete kommer fortsättningsvis information/undervisning att användas.

Den svenska lagstiftningen trycker på patientens rätt till information/undervisning. Det är en av förutsättningarna för ett självbestämmande (SFS 1982:763). I paragraf 2 b står det: *”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten”* (8 sid 121).

Som sjuksköterska är det viktigt att fånga upp signaler från patienten eftersom de ofta har en rädsla för det okända t.ex. narkos, smärta, diagnos som cancer eller förändrat utseende. Det finns flera sätt som kan vara uttryck för rädsla. Några kan ställa upprepande frågor, några pratar om helt ovidkommande saker medan andra blir helt tysta och drar sig undan. Bakom en lugn yta hos en patient kan det dölja sig spänningar och ångest. För sjuksköterskan är det viktigt att veta att detta hämmar inlärningsförmågan (2, 14, 15).

Sjukvårdspersonal kan stärka patientens upplevelse av kontroll genom en god information/undervisning. Har patienten kunskap ges också möjlighet för att förutse vad som skall ske, att göra en helhetsbedömning av situationen och ger ofta en grundtrygghet i svåra situationer (4, 16).

När information/undervisning planeras och genomförs till patienter som många gånger befinner sig i kris är det viktigt att ta hänsyn till i vilken reaktionsfas hon/han befinner sig i. Många patienter befinner sig i kris och att bli intagen på sjukhus innebär nya miljöer och förändrade förutsättningar att ta till sig information/ undervisning (2, 3, 16, 17).

Flera författare beskriver att information/undervisning bör utföras välgenomtänkt och strukturerat för att nå förväntat resultat. De menar också att den som informerar måste vara väl förberedd och ta hänsyn till den situation som patienten/mottagaren befinner sig i. Värt att tänka på är också att tala med enkla ord i korta meningar och att anpassa hastigheten efter patientens förmåga (2, 16, 18). Några punkter som Sjödén (18) anger för en lyckad information kan sammanfattas:

- prioritera genom att ge den viktigaste informationen först och i rätt ordning
- strukturera genom att använda rubriker för att gruppera informationen
- betona genom att upprepa det viktigaste flera gånger
- förtydliga genom att ge konkreta – inte generella råd
- kontrollera genom att be patienten upprepa det viktigaste
- summera genom att sammanfatta: ”vi har talat om....”
- förstärk genom att utöver muntlig information också ge skriftlig.

Kommunikation

Kommunicera härstammar från det latinska communicatio och har betydelser som ”vara i förbindelse med”, ”komma i förbindelse med”, ”stå i förbindelse med” eller allmännare ”kommunicera/meddela något åt något” (10). Enkelt kan kommunikation definieras som ett utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter (16).

När två eller flera personer kommunicerar kan både ord, tecken och miner användas. Men även andra faktorer inverkar som t.ex. röstläge, kroppshållning, engagemang och klädsel. Allt detta tolkas av den andra parten och det är oundvikligt att det ibland uppkommer misstolkningar och felbedömningar. Därför är det viktigt att ha kunskap om relationer i ett kommunikationsperspektiv och sitt eget sätt att sända samt tolka signaler (16, 19, 20).

Att använda kommunikationsmodeller gör det enklare att vara medveten om olika nyanser av uttryck och budskap vilket i sin tur kan leda till en effektivare kommunikation. Det är viktigt att tänka på att de olika modellerna inte står i ett motsatsförhållande till varandra utan skall komplettera varandra (17).

Kommunikationsteorier/modeller

Linjär modell

Den linjära modellen kan i sin enklaste form bestå av tre delar; en avsändare, ett budskap och en mottagare. Budskapet förflyttas som på en linje. Denna typ av kommunikation är ofta enkel och innehållsorienterad, fokuserar på fakta (16, 19). I den linjära modellen finns ingen feedback mellan parterna. Det krävs inte mycket för att situationen kompliceras och då räcker inte denna enkla modell längre (17).

Processororienterad modell/cirkulär process

Till skillnad från den linjära modellen som är statisk är den processororienterade dynamisk. I denna modell finns det ingen entydig eller klar avsändare, den bygger på ett kontinuerligt feedbacksystem. Sändaren och mottagaren sänder ut och tolkar verbala och icke-verbala budskap. Genom att använda den processororienterade modellen har man större möjlighet till en helhetsförståelse (17, 19). I denna process reagerar parterna hela tiden på varandras beteende. Båda tolkar och visar hur den verbala och icke-verbala kommunikationen uppfattas. När denna kommunikationsmodell används är det viktigt att även ta med sig vad man själv bidrar med i kommunikationen och inte bara den andra partens reaktion och svar (16).

Icke verbal kommunikation

Den icke verbala kommunikationen sägs befinna sig emellan den linjära och den cirkulära modellen. Fyra viktiga kännetecken för icke verbal kommunikation, som delvis är överlappande, är;

- bidrar till att skapa direkt kontakt, kan vara grunden för förtroende eller misstroende
- ger möjlighet att förmedla flera budskap samtidigt, kan undergräva eller förstärka det verbala
- är ofta spontana, kan vara medvetna, halvmedvetna eller omedvetna, kan avslöja t.ex. känslor och stämningar
- förmedlar ofta något om relationer och vårt förhållande till parten (16).

I omvårdnadssammanhang definieras syn, hörsel och hudkontakt (känsl/beröring) som de viktigaste kanalerna för den icke verbala kommunikationen (16). Man kan också säga att all kommunikation sker på två plan; på innehållsplanet och på relationsplanet. Det är relationen som uttrycks med icke-verbala medel. Ofta är man inte medveten om relationsaspekten utan blir det först när något inte stämmer i kommunikationen. Om en relation är frisk och utvecklad kan mindre vikt läggas vid själva relationsaspekten (17, 19, 20).

Gensvarsmodeller

Vi kan genom val av gensvar försvaga eller förstärka kommunikationen med motparten. Gensvar är ett svar på den andres kommunikation. Det är viktigt att beakta att det inte finns några värdeomdömen om de olika gensvarsmodellerna utan situationen får avgöra vilken som är mest lämplig (17). En sammanfattande beskrivning av fyra olika gensvarsmodeller;

1. Utvidgande - Avgränsande

Det utvidgande gensvaret innebär att man försöker hjälpa den andra parten att fördjupa och få mer kunskap om situationen/problemet som beskrivs. Det kan antingen vara för att själv få en klarare bild eller att den andra parten skall få mer kunskap/insikt. Det

avgränsande gensvaret innebär att vi väljer och styr både omfattning samt vilket område vi vill ha information om/belysa.

2. Kognitiva – Affektiva gensvarsmodeller

Kognitiva gensvar används när det är själva innehållet som är intressant.

Affektivt gensvar är motsatsen och innebär att man förstärker den känslomässiga delen av kommunikationen.

3. Konfronterande – Överskylande gensvar

Konfronterande gensvar kan indelas i två former. I den ena kommunicerar vi hur vi upplever förhållandet just nu, det kan vara positivt eller negativt. I den andra formen använder vi tolkningar av motpartens utsagor. I det senare fallet avslutas alltid meningen med en tolkningskontroll – ”stämmer det”. Överskylande gensvar innebär att viktiga ämnen blir avvisade eller bagatelliserade. Detta medför många gånger att kommunikationen blir ytlig.

4. Lyssnande – Icke lyssnade

För att kunna reagera på kommunikation måste man lyssna. Att visa engagemang och visa den andra parten att man förstår görs vanligtvis med icke-verbal kommunikation. Aktivt lyssnande innebär att fokusera på motparten och vad denne säger och sedan följa upp det. Icke lyssnande är ett agerande som påverkar den fortsatta kommunikationen. Då visar man inte den andra parten uppmärksamhet och bekräftar inte vad denne sagt. Lyssnandet är viktigt och kan sägas ingå som en del i alla de övriga gensvarsmodellerna (17, 19).

Teorianknytning

Hildegard Peplaus teori är en relationsteori och har refererats av Eide m.fl. (16) och Forchuk m.fl. (20). I teorin försöker hon att utveckla begrepp för att nå en förståelse av kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Några av de antaganden som utgör grunden för teorin berör sjuksköterskans utbildningsroll. Följande punkter är en sammanfattning av dem:

- Vad en patient kommer att lära sig när hon/han vårdas för sin sjukdom beror på vilken typ av vårdare den möter.
- Sjuksköterskan kan hjälpa en patient att lära och växa vid sjukdom genom att hjälpa denne att skaffa sig lärda och interpersonliga färdigheter som de inte haft tidigare. Detta uppnås genom att styra omvårdnaden mot utveckling och det görs genom interaktion mellan sjuksköterskan och patienten.
- För att nå en givande interaktion mellan sjuksköterska och patient är det viktigt att de använder en kommunikationsmetod som igenkänner och använder gemensamma innebörder (20).

Relationen mellan sjuksköterskan och patienten utvecklas stegvis i olika faser, även benämnda inlärningsstadier. De beskrivs av Eide m.fl. (16):

1. **Orienteringsfasen**, när sjuksköterskan och patienten först möter varandra. I denna fas är det enligt Peplau viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina egna reaktioner i förhållande till patienten.
2. **Identifieringsfasen**, här preciseras t.ex. förväntningar efter det att ett problem identifierats. En plan för omvårdnad utifrån patientens behov kan utvecklas.
3. **Utforskningsfasen**, här utvecklas tankar etc. kring det problem patienten sökte för. Sjuksköterskans roll är att stödja patienten till att göra egna val som främjar dennes hälsa.

- 4. Lösningsfasen**, patienten kan nu börja hantera problemet själv eller med hjälp av andra stödpersoner. Viktigt för en bra lösningsfas är att sjuksköterskan har planerat för ett slut – en frigörelse redan under de tidigare faserna.

Enligt Eide m.fl.(16) och Forchuk m.fl. (20) beskriver Peplau att sjuksköterskan har olika roller i sin relation till patienten. De är delvis överlappande. För att få ett terapeutiskt utbyte av omvårdnad är det viktigt att sjuksköterskan har förmåga att vara adekvat i de olika rollerna. Sjuksköterskans skicklighet och kreativitet samt patientens behov styr rollerna. Rollerna som beskrivs är:

- **Främling** när patienten och sjuksköterskan först möts.
- **Resursperson** sjuksköterskan informerar i frågor kring hälsa. Viktigt att sjuksköterskan i rollen som resursperson även involverar patienten för att denne själv skall få möjlighet att tänka igenom problemet.
- **Lärare** sjuksköterskan hjälper patienten att få insikt i sin situation, är ofta överlappande med andra roller.
- **Handledare** här lyssnar sjuksköterskan till patientens egen berättelse om hälsoproblemet. Sjuksköterskan hjälper patienten att få insikt om svårigheter som finns genom att skapa mellanmänniska förutsättningar och kontakter.
- **Surrogat** är en roll som patienten kan tilldela sjuksköterskan. Dennes uppgift är då att hjälpa patienten att bearbeta sina känslor kring t. ex. beroende/oberoende.
- **Ledare** kan sjuksköterskan vara både administrativt och/eller kliniskt. I ett förhållande till patienten förväntar sig denne ofta att sjuksköterskan tar ansvar, styr och löser problem (16, 20).

Eide m.fl. (16) beskriver att Peplaus teori har ett målorienterat perspektiv och ser omvårdnaden som en rörelse i det mellanmänniska mötet mellan sjuksköterskan och patienten. Den rörelsen kallar hon för omvårdnadsprocessen (16). Processen har bl.a. patientens möjlighet att växa, självständighet och hälsa som mål. Teorin har använts kliniskt inom psykiatrin men även inom flera andra specialiteter (16, 20).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur sjuksköterskor har använt audio/videospelad information/undervisning och beskrivna effekter av den.

Frågeställningar

- Hur används audio/videospelad information/undervisning?
- Vilka för- och nackdelar samt effekter av audio/videospelad information/undervisning finns beskrivna?

METOD

En systematisk litteraturstudie som byggde på vetenskapliga artiklar var metoden som använts för att genomföra denna studie. Metoden används för att sammanställa befintlig forskning inom ett område, eventuella luckor inom området skall också beskrivas (21, 22). Sökning med relevanta sökord utifrån problemformulering gjordes elektroniskt i databaser innan identifiering av möjliga referenser gjordes. Abstrakten från samtliga träffar lästes och utifrån dem valdes artiklar för arbetet. De artiklar som inte svarade mot problemformuleringarna

uteslöts. De 14 valda artiklarna lästes igenom noggrant och anteckningar gjordes. Modifierad checklista enligt Willman m.fl. (22) användes för att välja ut och kvalitetsbedöma artiklarna.

Genomförandet av litteraturstudien har gjorts enligt de steg som Polit m.fl. (21) beskriver:

1. Sökord identifieras som sökning kan göras på.
2. Referenser identifieras genom elektronisk/manuell sökning görs.
3. Tänkbara referenser tas fram.
4. Referenser som ej är relevanta sorteras bort.
5. Valda referenser läses och anteckningar görs.
6. Referenser organiseras.
7. Materialet analyseras.
8. Litteraturstudien sammanställs.

Artikelsökning

Datansamling genomfördes i databaserna Cinahl och Medline på termerna patient education, nursing, video\$, audio\$, outcom\$ och effect\$. Sökningar har gjorts via OVID. I deras gränssnitt används \$ som trunkering för att kunna söka på grundformen för en sökterm. Vid sökningen användes söktermerna enskilt och i kombination (tabell 1). Begreppet nursing förekom i samtliga kombinationer för att få tyngdpunkt på omvårdnadsrelaterad forskning. När en artikel som valts återkom i en annan sökning exkluderades den där. Sökningarna gjordes på artiklar som var publicerade mellan år 2000 och februari 2006, var vetenskapliga samt var skrivna på engelska. Abstract lästes på träffar för de kombinerade sökningarna och då de stämde mot syftet/problemformuleringen beställdes hela artikeln.

Databearbetning

Artiklarna lästes igenom och lämpliga stycken markerades. De avsnitt som kunde ge svar på frågeställningarna togs ut och anteckningar gjordes. Materialet analyserades, teman fastställdes och sammanställdes till en helhet för att kunna användas i resultatet. Teman framträdde vid genomläsningen och under arbetets gång. Resultatet indelades i två delar, användning av audio/videoundervisning och effekter, utifrån frågeställningarna. Under respektive del finns teman. Under användning av audio/videoinspelad information finns undervisningssituation, audio/videoinnehåll och patientgrupper. Och under effekter finns negativa resultat, ökad kunskap, fysiska symtom, psyko/sociala resultat, förändrat beteende och kostnader. Endast de resultat som var statistiskt signifikanta i artiklarna har tagits med och bearbetats.

Tabell 1 Presentation av databaser, sökord, träffar samt använda artiklar

Databas/ datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvald	Artiklarnas referens nr
Cinahl 2006-03-01	Video\$ AND Patient education AND Nursing	21	4	23, 24, 30, 35
Cinahl 2006-03-01	Audio\$ AND Patient education AND Nursing	98	2	27, 36
Cinahl 2006-03-01	Outcom\$ AND Video\$ AND Patient education AND Nursing	10	0	
Cinahl 2006-03-01	Effect\$ AND Video\$ AND Patient education AND Nursing	14	0	
Cinahl 2006-03-01	Outcom\$ AND Audio\$ AND Patient education AND Nursing	17	0	
Cinahl 2006-03-01	Effect\$ AND Audio\$ AND Patient Education	34	0	
Medline 2006-03-01	Video\$ AND Patient education AND Nursing	30	7	25, 28, 29, 31, 32, 33, 34
Medline 2006-03-01	Audio\$ AND Patient education AND Nursing	42	0	
Medline 2006-03-01	Outcom\$ AND Video\$ AND Patient education AND Nursing	9	0	
Medline 2006-03-01	Effect\$ AND Video\$ AND Patient education AND Nursing	13	1	26
Medline 2006-03-01	Outcom\$ AND Audio\$ AND Patient education AND Nursing	10	0	
Medline 2006-03-01	Effect\$ AND Audio\$ AND Patient Education	17	0	

RESULTAT

Presentationen av resultatet kommer att inledas med beskrivning av hur audio/videoinspelningarna använts i studierna. Därefter följer resultatet av effekterna indelat i de teman som framkom vid analysen. En del av den diskussion som författarna hade om audio/videoundervisningarna och resultaten ingår också under respektive tema.

Användning av audio/videoinspelad information

Längden på audio/videoinspelningarna varierande och beskrivs i tabell 2. En av inspelningarna innehöll fyra fristående avsnitt som vardera varade mellan 10-20 minuter (23).

Tabell 2 Audio/videoinspelningarnas längd

Antal minuter	10 min eller mindre	10 – 20 min	20 min eller mer	Ej angivet
Referenser	24, 26, 30, 31, 34	23, 28, 35, 36	25, 27, 29, 33	32

De audio/videoinspelningar som användes i studierna fanns till övervägande del sedan tidigare (24-30). I tre av studierna fanns ingen redogörelse för varifrån inspelningen kom (31-33). Fyra audio/videoinspelningar gjordes specifikt för den studie de skulle användas i. Beskrivning lämnades i samtliga fall hur de gått till väga vid produktion. De hade utgått från riktlinjer, teorier och metoder som fanns etablerade på respektive område. Personer från olika professioner och experter inom området medverkade och fick lämna sina synpunkter. Inspe­lingarna gjordes sedan av professionella (23, 34-36). Flertalet hade därefter även inhämtat åsikter från patienter och anhöriga med erfarenhet från den typ av vård eller undervisning som var aktuell (23, 34, 35).

Undervisningssituation

I fem av studierna fanns det en experimentgrupp där deltagarna fick audio/videoinspe­lingen som enda undervisningsmaterial (27-30, 35). I flera andra studier var audio/videoinspe­lingarna ett komplement till den ”standard”undervisning/information som gavs. ”Standard”undervisningen/ informationen var av olika slag t.ex. annan videoinspe­ling, skriftlig och/eller muntlig information/undervisning. I några av studierna fanns ingen beskrivning av denna del utan benämndes bara ”standard”undervisning/information (24, 26, 31, 32, 34, 36). I andra studier fick deltagarna i experimentgruppen förutom audio/video­undervisningen nyframtagen skriftlig information (24, 27, 32, 33). I en av studierna ingick även en gruppdiskussion som en del av interventionen (32).

Audio/videoinspe­lingarna prövades på olika sätt. I tre av studierna fick deltagarna i experimentgrupperna endast se inspe­lingen i hemmet (23, 29, 33). I elva av studierna visades den på sjukhuset, mottagningen eller motsvarande plats (24-28, 30-32, 34-36). Deltagarna från fem av dessa studier fick förutom visning på sjukhus eller liknande miljö med sig en kopia hem för att kunna lyssna/titta på audio/videoinspe­lingen igen (26, 27, 34-36).

Resultat som Krenzischeks m.fl. studie (28) visade att den form av undervisning deltagarna i den studien föredrog var videoinspe­ling. Videoinspe­ling som bästa undervisningsform uppgav 50 % av deltagarna. Därefter följde instruktioner av sjuksköterska 47 %, skriftlig information 9 % och via internet 3 %.

Audio/videoinnehåll

Mest förekommande var innebörden i audio/videoinspelningarna kopplat till återhämtning/rehabilitering efter operation eller sjukdom. De innehöll då t.ex. information om träning, smärtbehandling och förflyttningsteknik samt beskrivning/användning av hjälpmedel (25-29, 31, 33-36). Undervisning om sjukdom, symtom eller om åtgärder vid sjukdom och symtom var innebörden i några inspelningar (23, 24, 27, 32, 35). Innehållet kunde även vara fokuserat på motivation för egenkontroll och vård samt för en ökad självmedvetenhet (23, 25-27, 32, 34). Två hade ett direkt budskap att involvera närstående (32, 35). I en av studierna var inte själva innehållet beskrivet (36).

I två studier diskuterades språket som en begränsande faktor (32, 26). Det var flera studier som hade skriv- och läsförståelse av engelska som ett inklusionskriterier (24, 25, 27-30, 35, 36). I dessa diskuterades inte språket. I en av studierna förekom audio/videoundervisningen på två språk, engelska och spanska (30).

De flesta kommentarer som fanns om innehållet var från den studien som analyserade vad patienternas upplevelse av audio/videoundervisning var (28). Den studien var delvis kvalitativ och flera aspekter framkom. Innehållet i videon motsvarade patienternas förväntningar bl. a. avseende långtidseffekter, postoperativ smärtlindring, förlopp, syftet med medicinering och mat och dryckesprotokoll. Överlag var kommentarerna positiva men några förslag på förbättringar fanns. De efterlyste en mer personlig presentation, långsammare tal med ett gemensamt språk utan facktermer, bort med bakgrundsljud och att munskydd inte skulle användas av dem som talade (28). Det var viktigt för patienterna att kunna känna igen sig. Det framkom i flera studier (23, 29).

Patientgrupper

Indelning av de patientgrupper som fanns med i studierna och prövade audio/videoinspelningar såg ut enligt följande:

- Tonåringar/unga; en grupp unga som hade diabetes (32).
- Kirurgi; sju olika studier med patienter som genomgick olika kirurgiska ingrepp. Som exempel på kirurgi kan nämnas öron-näs-hals, hysterectomi, hjärtoperation och olika polikliniska ingrepp. En av studierna gällde kvinnor som fick cytostatikabehandling för bröstcancer (25, 28-31, 33, 36).
- Medicin; tre av studierna var på hjärtpatienter och en för patienter med astma (23, 24, 27, 35).
- Äldre > 65 år; två av studierna hade äldre än 65 år som inklusionskriterie för att belysa hur audio/videoinspelningar mottogs av dem (26, 34).

Effekter

Negativa resultat

I huvudsak var effekterna för interventionsgrupperna positiva. Det fanns dock två resultat som var signifikant sämre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Steinke m.fl. (35) beskrev att oro/ängslan var högre för interventionsgruppen vid mätning en månad efter intervention jämfört med kontrollgruppen. Interventionsgruppen fick se en undervisningsvideo om att återuppta sexuell aktivitet efter en hjärtinfarkt. Videon visades först på sjukhuset vid utskrivningssamtalet då de även fick den sedvanliga informationen av sjuksköterskan och därefter fick patienten en kopia med sig hem. Patienterna i kontrollgruppen fick sedvanlig

utskrivningsinformation. Efter att ha besvarat sista frågeformuläret fem månader efter utskrivningen fick även de en kopia av videon. I de två ytterligare mätningar, tre och fem månader efter utskrivning, visades inga skillnader mellan grupperna. Resultatet var förvånande och författarna kunde inte se någon förklaring till detta. Det andra negativa resultatet gällde sjuksköterskornas tillfredsställelse med sitt arbete som undersöktes som en del i en av studierna. Arbetstillfredsställelsen var signifikant lägre efter projektet med audio/video-undervisning. Författarna diskuterade här olika faktorer som kunde ligga till grund för detta dels att inte alla sjuksköterskor var engagerade i projektet, dels att organisatoriska förändringar hade gjorts under tiden studien pågick. En annan tänkbar förklaring kunde vara att sjuksköterskorna tillfrågades direkt efter att resultatet från patientundersökningen presenterats för dem. Det resultatet visade inte någon skillnad vad gällde patienttillfredsställelse mellan experimentgruppen som fått audio/videoundervisning och kontrollgruppen (30).

Ökad kunskap

Flera studier visade att deltagarna i interventionsgrupperna hade större kunskap om sjukdom, symtom och behandling än kontrollgrupperna. Det var t.ex. ökad medvetenhet om symtom på förändrat blodsockervärde samt att de kände igen symtomen lättare (32) eller större kunskap om sin hjärtsjukdom (23). Deltagarna följde också instruktioner i högre grad. Det kunde gälla hantering av symtom tidigt för att undvika sjukhusvistelse (23), preventiv behandling av astma (27) och i en studie använde experimentdeltagarna kryckor längre och på rätt sätt enligt rekommendation (33). Patienter som fått audio/videoundervisning efter hjärtinfarkt visade signifikant större kunskap vid mätning en månad efter, medan inga skillnader gick att finna tre och fem månader efter utskrivning och undervisning (35). I två av studierna kunde ingen kunskapsskillnad identifieras mellan de som fick audio/videoundervisning och de som fick skriftlig och muntlig information (24, 31). Undervisning vad gäller sexuella angelägenheter brister ofta inom sjukvården. I en studie visades att audio/videoundervisning med skriftlig information ökade kunskapen inom detta område på kort sikt (35).

Hernandez m.fl. (32) visade att en kort undervisning kunde ha positiv effekt både på kort och på lång sikt. Längden på undervisning behövde inte påverka resultatet. En annan viktig faktor som diskuterades av Smith m.fl. (23) var att video kunde vara bra för ej läskunniga och äldre samt att audio/videoundervisning kan upprepas många gånger. Fördelen med att kunna repetera informationen nämns i flera studier även om inte alla uppmuntrade deltagarna att göra detta (23, 26, 27, 29, 31, 33, 35, 36). I en av studierna där endast äldre inkluderades påpekade författarna att undervisning skett för lång tid före operationen och det fanns ett behov av att upprepa den (34). Steinke m.fl. (35) menar att audio/videoundervisning kan användas av sjuksköterskor och få stor betydelse för vård, patienters livskvalitet och belysa t.ex. sexuella angelägenheter för patienter efter hjärtinfarkt.

Fysiska symtom

Exempel på fysiska symtom/problem som förändrades efter audio/videoundervisning var mindre smärta (25, 26, 34) och ökad rörlighet/bättre funktionell aktivitet (25, 33, 36). I en av dessa studier gällde den förbättrade fysiska aktiviteten endast kvinnorna i experimentgruppen. Detta har inte visats i tidigare studier (36). I en studie där trötthet identifierades i samband med cytostatikabehandling ökade tröttheten för deltagarna både i experimentgruppen och i kontrollgruppen. Men experimentgruppen, som fick träningsprogram via audio/video-undervisning, upplevde mindre trötthet och den utvecklades långsammare än i kontrollgruppen (29).

Bättre funktionell aktivitet tror författarna berodde på att deltagarna i experimentgruppen lärt sig tips och tricks från audio/videoundervisningen till skillnad från dem i kontrollgruppen som inte fått den delen av information/undervisning (33). Deltagarna i en studie var dåliga på att dokumentera sina träningsinsatser. Författarna har därför föreslagit att använda andra protokoll, uppföljande telefonsamtal/hembesök för att ge support till audio/videoträning (29). Moore m.fl. (36) fann skillnader mellan könen i resultaten för fysisk aktivitet. De konstaterar i sin diskussion bl.a. att vi i framtiden kanske måste ha könsspecifik information inom vissa områden.

Psyko/sociala resultat

Psyko/sociala effekter påvisades i flera studier. Förflyttningar och aktiviteter efter operation kunde göras utan hjälp och gjorde patienterna mer självständiga. De hade även en högre grad av självmedverkan (33). Män i experimentgruppen hade en månad efter hjärtinfarkt en lägre nivå av psykisk utmattning jämfört med kvinnorna i experimentgruppen och kontrollgruppen. I kontrollgruppen fanns ingen skillnad för detta mellan män och kvinnor. Vid senare mätningar fanns inga skillnader (36). Yellen m.fl. (30) kunde inte påvisa någon skillnad i tillfredsställelse mellan grupperna i sin studie. Ingen korrelation mellan livskvalitet och frekvensvägande blodsockervärden kunde ses, vilket visats i andra studier (32). I en studie där livskvalitet mättes i samband med cytostatikabehandling sjönk livskvaliteten både i experiment- och kontrollgruppen under behandlingen. I experimentgruppen som fick audio/videoundervisning sjönk dock kurvan långsammare (29).

En förklaring som författarna diskuterade som tänkbar orsak till att endast männen hade lägre nivå av psykisk utmattning och ej kvinnorna i interventionsgruppen var att audio/video-undervisningen inte inriktats på de psykiska konsekvenserna i förhållande till kirurgin. De menade också att filmen inte utgår från de psyko/sociala situationer som många kvinnor befinner sig i (36). Hernandez m.fl. (32) tror att anledningen till att de inte kunde spåra livskvalitetsförändringar dels berodde på att studien hade för få deltagare, dels att instrumentet för att mäta livskvalitet inte var specifikt för diabetessjuka.

Förändrat beteende

Flera studier visade på att patienter förändrade sitt beteende efter audio/videoundervisning t.ex. fler tog ambulans till sjukhuset vid bröstsmärtor som rekommenderas (24), förde dagbok över vikt (33) och visade på ökad följsamhet vad gäller medicinering både tre och sex månader efter undervisningen (27). Ökad vaksamhet på situationer som kunde ge svängande blodsocker (32), kommunicera smärta bättre än kontrollgruppen direkt efter operation (26, 34) eller använda kontrollerad andning, avslappning och andning före och efter aktivitet (25) var andra exempel på beteendeförändringar efter intervention.

Blank m.fl. (24) menar att en anledning till att endast en av tre hypoteser bekräftades i studien kan vara att trots att patienterna har förstått budskapet räcker det inte för att ändra ett beteende. Jämförelse gjordes med rökare. De flesta av dem vet att det är skadligt men fortsätter ändå att röka. Författarna menade också att vistelsen på sjukhus blivit kortare för många och för att lösa undervisningsfrågor som syftar till ett förändrat beteende kunde ett ökat samarbetet med öppenvården behövas. Där finns möjlighet till en längre kontakt och sjuksköterskan kan där bättre stödja patienten i beteendeförändringar. I en annan studie diskuterar författarna sjuksköterskans bemötande som en tänkbar orsak till att ett positivt förändrat beteende inte bibehölls. Studien visade att äldre i experimentgruppen kunde

kommunicera smärta bättre dagen efter operation än kontrollgruppen men ingen skillnad kunde ses dag två. Författarna menade att fick inte patienterna ett önskat gensvar från sjuksköterskorna och andra vårdgivare upphörde de med det nya beteendet. Det är därför av största vikt att även sjuksköterskor får utbildning i smärtkommunikation när patienterna får det (26).

Kostnader

De synpunkter på kostnader som framkom var dels att audio/videoundervisningen inte krävde tid av sjuksköterskan, dels gav kortare vårdtider. Audio/videoundervisningen var ett kostnads-effektivt komplement eller ersättning av direkt undervisning, face-to-face, om den har samma resultat. Flera författare menade att detta bl.a. är viktigt inför framtiden när fler operationer kan komma att göras polikliniskt och vårdtiderna blir kortare. Behovet ökar då även på undervisning eftersom ett större ansvar läggs på patienterna och deras anhöriga (23, 24, 27, 30, 31, 36). Moore m.fl. (36) menade att audio/videoundervisning var accepterat av patienter och är bra vid kortare vårdtider med tidig utskrivning. Två studier visade att audio/video-undervisning gav kortare vårdtider (33) alternativt att patienterna kände sig utskrivningsklara tidigare (25).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden för denna uppsats var en systematisk litteraturstudie och det passade ämnet bra. Den utfördes enligt de steg som beskrivs av Polit m.fl. (21). Den strukturen tillsammans med Willman m.fl. (22) modifierade checklista samt riktlinjerna för kursen har varit till stor hjälp under arbetet.

De sökord och kombinationer av sökord som användes vid sökning i databaserna gav ett bra antal träffar och artiklar som svarade mot syftet kunde väljas. Begränsningen av årtal som användes vid sökningen hade jag dels för att begränsa antalet träffar och dels för att kunna sammanställa den senast publicerade forskningen inom området.

Först lästes alla beställda artiklar, 20 stycken, för att jag skulle få en allmän uppfattning, bedöma kvaliteten och veta att de säkert svarade mot mitt syfte. I detta skede exkluderades sex artiklar eftersom de inte besvarade syftet. De flesta av de 14 artiklar som valdes var publicerade i USA, 12 stycken. Av de andra två studierna var en genomförd i Kanada och en i Taiwan. Tolv av studierna som ingår i detta arbete var interventionsstudier. De flesta hade en eller flera randomiserade kontrollgrupper. Tre av artiklarna var pilotstudier, två av dessa hade inte någon kontrollgrupp. Endast en av studierna i detta arbete var en beskrivande studie som även hade en kvalitativ del. I denna studie fanns ingen kontrollgrupp. Ingen litteraturstudie ingår. De 14 artiklar som valdes lästes noggrant, anteckningar gjordes och checklista för granskning fylldes i för respektive artikel. Teman identifierades för att kunna belysa resultatet.

I elva av studierna hade videoinspelad information/undervisning använts, i två andra studier var det ljudinspelade band. I en av studierna fick patienterna videoundervisningen, ljudband och skriftlig information från sjuksköterska på en CD-skiva. Där kunde deltagarna fritt använda vilken/vilka delar de ville. Jag har i detta arbete inte gjort någon skillnad på former

som använts utan benämner dem konsekvent i arbetet audio/videoundervisning eller audio/videoinspelning.

En brist i detta arbete är att endast en kvalitativ studie ingår. Den belyser patientens synpunkter på audio/videoundervisning det var den enda studien som jag fann med den inriktningen. Fler studier inom detta område torde behövas i framtiden för att kunna utveckla audio/videoundervisning inom omvårdnad. De kvantitativa studierna belyser direkt mätbara effekter av olika slag efter audio/videoundervisning. En annan brist är att två av studierna endast har 10 respektive 12 deltagare och det är därför svårt att säga hur resultaten för dessa är generaliserbara.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur sjuksköterskor kan använda audio/video-undervisning och vilka effekter av en sådan information/undervisning som fanns beskrivna. Jag tycker att de artiklar som analyserats och ingår i arbetet har svarat på frågeställningarna. Det som diskuterats lite är dock nackdelar med audio/videoundervisning. Däremot har fördelar och effekter med denna undervisningsform beskrivits väl.

Audio/videoundervisning kan utifrån kommunikationsteorier/modeller ses som en linjär modell. Budskapet förmedlas från sjuksköterskan till patienten via en inspelning. Inget utrymme finns för feed-back eller för sjuksköterskan att se patientens reaktion på budskapet. Denna undervisningsform bygger alltså inte på den mer dynamiska processororienterade modellen. I den mer traditionella undervisningsformen där sjuksköterskan utbildar patienten face-to-face enskilt eller i grupp kan den processororienterade modellen tillämpas med möjlighet till kontinuerlig feed-back. Då ges också utrymme för den icke verbala kommunikationen. Det innebär att signaler som sjuksköterskan sänder via t.ex. kroppsspråk och tonfall tolkas av patienten och tvärtom. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina egna reaktioner när sådan information/undervisning genomförs (16, 17, 19, 20). Dessa aspekter borde alltid beaktas när patientundervisning planeras och genomförs. De är också viktiga att ta hänsyn till när olika undervisningsformer kombineras enligt min mening.

I fem av studierna användes audio/videoundervisning som enda undervisningsmaterial (27-30, 35). För dessa patienter var möjligheten till en påbörjad relation med sjuksköterskan begränsad. Det fanns också mindre utrymme för sjuksköterskan att identifiera reaktioner hos patienten. I en av dessa studier (29) fick deltagarna lyssna/se audio/videoinspelningen endast i hemmet. För dessa patienter var möjligheten att ställa frågor och möjligheten för sjuksköterskan att fånga upp signaler ännu mindre. I studierna finns ingen kommentar hur detta hanterades. Det anses dock som mycket betydelsefullt för att nå ett lyckat resultat (1, 2, 16-20).

I många av studierna användes audio/videoinspelningarna som ett komplement till ”standard”undervisning. I en del av studierna var ”standard”undervisningen face-to-face. I de studier som jag granskade framgår inte alltid i vilken ordningsföljd som de olika undervisningsdelarna genomfördes. Det skulle vara intressant att veta om det fanns något samband mellan resultatet av undervisningsinsatserna och i vilken ordning undervisningsdelarna genomfördes. Om face-to-face delen genomfördes efter audio/videoinspelning fanns en möjlighet för patienten att få förtydligande information/undervisning och för sjuksköterskan följa upp hur patienten tagit till sig budskapet. Denna aspekt var inte beskriven i någon av studierna. Däremot var det några

författare som diskuterade att det fanns behov av stöd och support under och efter interventionen till patienterna för ett bättre resultat.

Heye m.fl. (25) skriver att deras ”standard”undervisning var en videoinspelningen. Den användes sedan tidigare som rutin. Nu användes den både till kontroll- och experimentgruppen för att säkerställa att inga skillnader i den delen av informationen/undervisningen fanns. En aspekt på att använda audio/videoundervisning är just denna att alla får lika information. Detta kan vara både positivt och negativt. Negativt om patientens behov och förutsättningar inte blir individuellt bedömda och om informationen/undervisningen inte anpassas efter det. Positivt med inspelad gemensam information/undervisning kan det vara om t.ex. sjuksköterskan är stressad och då sänder ut negativa signaler eller glömmer delar av informationen.

De patienter som dels fick audio/videoundervisning på sjukhus eller liknande miljö och dels fick med sig en kopia hem, kunde lyssna/se inspelningarna flera gånger. Författarna diskuterade fördelen med att patienten kunde göra det i den egna miljön och lyssna/se på hela eller delar av inspelningen så många gånger de själva tyckte att de behövde. Detta är en viktig faktor eftersom patienterna många gånger befinner sig i en främmande miljö och i en stressig situation när de är på sjukhus. De har då svårare att ta till sig information. Möjligheten för patienten att få den kunskap som avses ökar om informationen/undervisningen upprepas.

Ett kostnadsperspektiv som finns med i flera studier är att audio/videoundervisning kan ges utan att det tar tid från sjuksköterskan. Det ses som en fördel främst vid kortare vårdtillfällen och när polikliniska ingrepp görs. Informationen/undervisningen fokuserar då i huvudsak på ett förlopp t.ex. i samband med operation eller direkt egenvård. Det är också i dessa situationer som flera studier visade på positiva resultat. Det är kanske just då audio/videoundervisningar skall användas inom hälso- och sjukvården.

Språket diskuterades i två av studierna (32, 26) som en begränsning. Alla audio/videoinspelningar, förutom en (36), fanns endast på ett språk, engelska. Det vanligast förekommande inklusionskriteriet i studierna var att kunna läsa och förstå engelska. Jag ser audio/videoundervisning som ett hjälpmedel som kan användas för de patienter som inte förstår t.ex. svenska. Genom att spela in undervisningsmaterial på flera språk ökar möjligheten för god information/undervisning till de grupper som annars är beroende av tolk. Dessa grupper har vanligtvis mindre chans att få informationen vid upprepade tillfällen, vilket en audio/videoinspelning skulle göra möjligt. Det finns fler grupper som skulle kunna ha nytta av denna undervisningsform t.ex. döva patienter och de som har lässvårigheter. Den studie som belyser patientens synpunkter visar att även ordvalet är viktigt. Patienterna reagerade på att facktermer användes och efterlyste ett vanligt ”språk” som de förstod (28). Detta är ett känt problem inom vården oavsett undervisningsform och enligt lagstiftning skall information/undervisning ges på ett språk som patienten förstår (8).

Flera studier visade att deltagarna i experimentgruppen som fått audio/videoundervisning hade större kunskap/sjukdomsinsikt än kontrollgruppen. De positiva resultaten gällde främst ur ett korttidsperspektiv direkt efter interventionen och upp till en månad efter. Vid mätningar längre fram fanns inte samma skillnader mellan experimentgruppen och kontrollgruppen. En studie visade dock att en kort information/undervisning även hade positiva effekter på lång sikt (32). Det var denna grupp med patienter som i direkt anslutning efter audio/video-undervisning var med i en diskussionsgrupp. Författarna diskuterade inte detta sammanhang men utifrån kommunikationsteorier och Peplaus omvårdnadsteori skulle en tänkbar orsak till

detta kunna vara möjligheten till feed-back som gavs. I diskussionsgruppen kunde frågor och tankar diskuteras som kanske hade förblivit obesvarade om inspelningen endast setts i hemmet utan uppföljning. En av studierna visade också att audio/videoundervisning kan vara bra för ämnen som vårdpersonal upplever som känsliga att ta upp (35). Exempel på sådana ämnen kan vara sexualitet, personliga förhållande och missbruk. Idag är informationen inom hälso- och sjukvården ofta bristfällig i dessa ämnesområden. Här skulle audio/videoinspelningar kunna vara ett hjälpmedel som en del av informationen/undervisningen. Frågor från patienten, diskussion och uppföljning kan göras utifrån innehållet i audio/videoinspelningen.

De studier som beskrev att informationens/undervisningens syfte var ett förändrat beteende visade att audio/videoundervisningen inte ensamt var tillräcklig. Patienterna hade kunskap men det var inte tillräckligt för att ändra ett beteende. Utifrån Peplaus teori ter sig dessa resultat inte förvånande eftersom svaret på sjuksköterskans insatser i stor del bygger på relationen och hur hon/han hanterar sina roller i de olika interaktionsfaserna (16, 20). Om audio/videoinspelning är den huvudsakliga undervisningsinsatsen kan sjuksköterskan inte ge patienten det stöd och personliga råd etc. för att hjälpa patienten i en beteendeförändring. Sjuksköterskans roll i detta sammanhang är inte i första hand att patienten skall ha kunskap i ämnet utan att patienten skall ha förankrat kunskapen inom sig och detta kan vara svårt utan en längre tids kontakt. Vid information/undervisning som syftar till beteendeförändringar kan audio/videoundervisning vara ett komplement till en längre och stödjande insats från sjuksköterskan men bör inte användas ensamt.

Enligt Peplaus relationsteori är samspelet mellan sjuksköterskan och patienten viktigt för resultatet. För att utveckla en relation krävs ett möte mellan sjuksköterskan och patienten (16, 20). Patientens medbestämmande i sin vård, som de har laglig rätt till (8) i Sverige, blir inte heller alltid beaktad om endast audio/videoundervisning använts. Enligt Björvell (1) skall inte endast kunskap förmedlas utan det är dessutom viktigt att sjuksköterskan bekräftar patienten i dennes tänkande. Att även ta hänsyn till patientens känslor och ge denne så mycket som möjligt av egenkontroll och medbestämmande är också viktigt ur ett kunskapsperspektiv (2, 3, 16, 17, 20). Detta borde alltså beaktas när och hur audio/videoundervisning skall användas samt när resultatet av den utvärderas inom omvårdnad. Används audio/videoundervisning som enda undervisningsmaterial sker inget direkt möte mellan sjuksköterskan och patienten och således kan ingen relation uppstå. Om patienten skall nå de mål som alltid bör finnas för informationen/undervisningen och/eller ändrat beteende utifrån ett hälsoperspektiv kan en medveten och aktiv sjuksköterska vara skillnaden mellan succé och mindre tillfredställande resultat. Använder hon/han empowerment i patientundervisningssituationer ges patienter större engagemang och kontroll. Detta kan i sin tur påverka beteende hos patienten som är positiva för en egenvård som understödjer hälsa.

Utifrån omvårdnadsprocessens olika steg är det först viktigt att sjuksköterskan identifierar patientens behov, vilja och förmåga att lära sig nytt. När detta är gjort bör hon/han analysera uppgifterna och identifiera aktuell omvårdnadsdiagnos samt fastställa relevanta omvårdnads-mål, tillsammans med patienten. Därefter planeras och genomförs omvårdnadsåtgärderna som kan vara både kort- och långvariga. Därpå utvärderas resultatet genom en jämförelse med målet. Om målet inte är uppnått kan det bero på att omvårdnadsåtgärderna inte varit tillräckliga (4, 6, 7, 9). De olika delarna i processen är naturligtvis mer eller mindre omfattande beroende på patientens situation men alla stegen bör beaktas i en undervisningssituation. Detta innebär också att en undervisningsform kan lämpa sig mer eller mindre bra för olika patienter och avsteg från ”standard”undervisningar kan vara nödvändiga. Det är också

viktigt att ha rätt fokus när åtgärderna utvärderas. Olika omvårdnads mål för undervisningsinsatsen kan förekomma mellan patienter som har samma medicinska problem.

Slutsats

När förändringar av information/undervisning görs är det viktigt att ta hänsyn till de roller både patient och sjuksköterskan har, i vilken miljö den skall genomföras, syftet med den och att den skall kunna förstås av så många som möjligt. Audio/videoundervisning torde vara ett alternativ som både är kostnadseffektivt och ett bra komplement till annan information/undervisning. Den kan säkert användas med framgång inom flera olika områden, men som jag ser det bör den vara särskilt lämplig där kunskap skall förmedlas på kort sikt t.ex. om postoperativt förlopp efter planerad kirurgi. På den ortopediska vårdavdelning som jag tjänstgör skulle audio/videoundervisning säkert vara ett bra komplement till den traditionella informationen innan operation som ges idag. I synnerhet om den spelades in på flera språk och patienterna kunde få med sig en egen kopia hem. Att fortsätta utveckla information/undervisning som omvårdnadsåtgärd känns angeläget och har en stor förbättringspotential idag.

REFERENSER

1. Björvell, H. Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I Klang Söderqvist B. Red. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur; 2001.
2. Almås H. Klinisk sykepleje. Oslo: Universtetsforlaget AS; 1992.
3. Cullberg J. Kris och utveckling. 3:dje uppl. Stockholm: Natur och kultur; 1992.
4. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000. FOU-rapport: 1998:48.
5. UHÄ. Utbildningsplan för Hälso- och sjukvårdslinjen. Stockholm: Universitets- och högskoleämbetet; 1981.
6. Roy C. Introduction to nursing: An adaptionmodel. New Jersey: Prentice Hall; 1975.
7. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application 2d ed. New York: McGrawill; 1994.
8. Raadu G. Författningshandbok 2005 - För Personal inom Hälso- och sjukvård. 36:e uppl. Stockholm: Liber; 2005.
9. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2001.
10. Svenska akademins ordlista. <http://www.g3.spraakdata.gu.se/sabo/>. 2006-03-08.
11. Nordstedts svenska ordbok. 1:a uppl. Stockholm:Nordstedts; 2004.
12. Klang Söderqvist B. Patientundervisningsprogram. I Klang Söderqvist B. Red. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur; 2001.
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna råd om Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996. (SOSFS 1995:5).
14. Holm S, Hansen E. Pre- och postoperativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
15. Bergmark S, Bergentz S-E, Rydholm A, Zederfeldt B. Kirurgi för sjuksköterskor. Lund: Studentlitteratur; 1996.
16. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation. Lund: Studentlitteratur; 1997.
17. Metze E, Nystrup J. Träna för samtal en handbok. Göteborg: Akademilitteratur AB; 1986.
18. Sjöden P-O. Åtta steg mot klarare budskap. Vetenskap & Praxis; 1996.

19. Nilsson B, Waldermarsson A-K. Kommunikation; Samspel mellan människor. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 1994.
20. Forchuk C, Sieloff Evans C L, O'Connor N. Anteckningar om Omvårdnadsteorier II. Lund: Studentlitteratur; 1995.
21. Polit D F, Beck T C, Hungler P B. Nursing Research. Methods, Appraisal and Utilization. Philadelphia: Lippincott company; 2001.
22. Willman A, Stoltz P. Evidensbaserad omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2002.
23. Smith C E, Koehler J, Moore J M, Blanchard E, Ellerbeck E. Testing Videotape Education for Heart Failure. Clin Nurs Res 2005;14(2):191-205.
24. Blank F, Smithline H. Evaluation of an Educational Video for Cardiac Patients. Clin Nurs Res 2002;11(4):403-16.
25. Heye M L, Foster L, Bartlett M K, Adkins S. A Preoperativ Intervention for Pain Reduction, Improved Mobility and Self-Efficacy. Appl Nurs Res 2002;16(2):174-83.
26. McDonald D D, Thomas G L, Livingston K E, Severson J S. Assisting Older Adults to Communicate Their Postoperative Pain. Clin Nurs Res 2005;14(2):109-26.
27. Schaffer S D, Tian L. Promoting Adherence. Clin Nurs Res 2004;13(1):69-89.
28. Krenzischek D A, Wilson L, Poole E L. Evaluation of ASPAN's Preoperative Patient Teaching Videos on General, Regional, and Minimum Alveolar Concentration/Conscious Sedation Anesthesia. J Perianesth Nurs 2001;16(3):174-80.
29. Headley J A, Ownby K K, John L D. The Effect of Seated Exercise on Fatigue and Quality of Life in Women With Advanced Breast Cancer. Oncol Nurs Forum 2004;31(5):977-83.
30. Yellen E A, Ricard R. The Effect of a Preadmission Videotape on Patient Satisfaction. Aorn J 2005;81(4):831-45.
31. Krouse H J, Fisher J A, Yarandi H N. Utility of Video Modeling as an Adjunct to Preoperativ Education. South Online J Nurs Res 2001;8(2).
32. Hernandez C A, Williamsson K M. Evaluation of a Self-Awarness Education Session for Youth With Type I Diabetes. Pediatr Nurs 2004;30(6):459-64.
33. Yeh M-L, Chen H-H, Liu P-H. Effects of Multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy an functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. Patient Educ Couns 2005;57:217-24.
34. McDonald D, Molony S. Postoperative Pain Communication Skills for Adults. West J Nurs Res 2004;26(8):836-52.

35. Steinke E E, Swan J H. Effectiveness of a Videotape for Sexual Counseling after Myocardial Infarction. *Res Nurs Health* 2004;27:269-80.
36. Moore S M, Dolansky M A. Randomized Trial of a Home Recovery Intervention Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Res Nurs Health* 2001;24:93-104.

ARTIKELPRESENTATION

Bilaga 1

Referens nr: 23
Författare: Smith C E, Koehler J, Moore J M, Blanchard E, Ellerbeck E.
Titel: Testing Videotape Education for Heart Failure.
Tidskrift: Clin Nurs Res 2005;14(2):191-205.
Syfte: Att testa en videoutbildning som var gjord för patienter med hjärtsvikt för att öka kunskap och kunna repa sig i funktionellt status. Fyra frågeställningar fanns beskrivna.
Metod: Interventions- och pilotstudie med 10 patienter med nydiagnostiserad hjärtsvikt och som hade varit ineliggande på sjukhus för detta. Ingen kontrollgrupp fanns. För- och eftertest med frågeformulär angående kunskap om hjärtsvikt. Eftertest gjordes 2 månader efter undervisning. De fick också en checklista att fylla i om symtomutveckling. Patienterna fick Undervisning uppdelade på 4 videoband som skulle ses med två veckors mellanrum i hemmet. Telefonkontakt med sjuksköterska emellan.
Resultat: Medelnivån för kunskap som mättes ökade med 12,5% till 87,5% (av 100 möjliga) efter Undervisningen. Resultatet indikerade att patienterna ökat sin förmåga att hantera sitt hälsotillstånd. Hälften av deltagarna fyllde dagligen i observationer av vikt enligt instruktionerna. Alla utom en deltagare kunde identifiera flera sätt att hantera stress.
Land: USA

Referens nr: 24
Författare: Blank F, Smithline H.
Titel: Evaluation of an Educational Video for Cardiac Patients
Tidskrift: Clin Nurs Res 2002;11(4):403-16.
Syfte: Att utvärdera ett undervisningsprogram genom förändringar i beteende. Tre hypoteser presenteras.
Metod: Interventionsstudie med randomiserat urval, prospektiv, 500 patienter fördelade i två grupper. Forskaren följde patienterna under ett år. Hämtade uppgifterna från patientens journal vid återinläggning eller vid besök på akutmottagning.
Resultat: I resultatet för två av hypoteserna kunde ingen skillnad ses. En av hypoteserna bekräftades. Det var signifikant fler i experimentgruppen som tog ambulans till sjukhuset när de fick bröstsmärtor nästa gång än de i kontrollgruppen.
Land: USA

Referens nr: 25
Författare: Heye M L, Foster L, Bartlett M K, Adkins S.
Titel: A Preoperativ Intervention for Pain Reduction, Improved Mobility and Self-Efficacy.
Tidskrift: Appl Nurs Res 2002;16(2):174-83.
Syfte: Att utvärdera effekten av videoinspelad undervisning på postoperativ mobilisering, smärta, rörlighet samt relationen

Metod: mellan självmedverkan och rörlighet efter hysterectomioperation. Quasiexperimentell studie med randomiserat urval, 70 kvinnor i två grupper (35 personer i varje grupp). Mätning angående aktivitet gjordes innan operation, och dag ett och två efter operation. Innan operation fick patienterna själva skatta sin aktivitetsnivå inom olika områden på en skala. Efter operation observerades de av en sjuksköterska i samband med aktivitet patienterna kompletterade efter aktiviteten själv med en skattning. Dag två fick de även skatta när de var redo för utskrivning.

Resultat: Experimentgruppen var mer bekväma med att utföra aktiviteter självständigt än deltagarna i kontrollgruppen dag ett efter operationen. Ingen skillnad i aktiviteten mellan grupperna visades två dagar efter operationen men kontrollgruppens deltagare hade signifikant mer smärta under aktivitet än experimentgruppen. Experimentgruppen hade uppnått kriterier för utskrivningsklar tidigare.

Land: USA

Referens nr: 26
Författare: McDonald D D, Thomas G L, Livingston K E, Severson J S.
Titel: Assisting Older Adults to Communicate Their Postoperative Pain.
Tidskrift: Clin Nurs Res 2005;14(2):109-26.
Syfte: Testa effekten av att ge äldre support att kommunicera smärta med vårdpersonal för bättre smärtlindring. Sex hypoteser testades de experimentgruppen skulle: 1. ha mindre smärtupplevelse, 2. ha mindre smärta vid aktivitet, 3. större hjälp av smärtbehandling under sjukhusvistelsen och 4. ha mindre smärtupplevelse, 5. mindre smärta vid aktivitet, 6. större hjälp av smärtbehandling efter utskrivning än kontrollgruppen.

Metod: Interventionsstudie med randomiserat urval 38 personer i två grupper. Mätning av smärta gjordes vid fyra tillfällen efter operation utifrån frågeformulär. Två mätningar gjordes under sjukhusvistelsen och två via telefonintervju efter utskrivningen.

Resultat: Smärta vid aktivitet var lägre och effekten av smärtbehandling bättre i experimentgruppen första postoperativa dagen. Ingen skillnad mellan grupperna visades vid de senare mätningarna.

Land: USA

Referens nr: 27
Författare: Schaffer S D, Tian L.
Titel: Promoting Adherence.
Tidskrift: Clin Nurs Res 2004;13(1):69-89.
Syfte: Att jämföra följsamhet av förebyggande astmamedicinering mellan grupperna.
Metod: Interventionsstudie med randomiserat urval, 46 vuxna deltagare fördelade i fyra grupper. En kontrollgrupp och tre experimentgrupper deltog. Frågeformulär användes först direkt

Resultat: efter undervisningen och sedan efter tre och sex månader. Deltagarna intervjuades vid återbesök om antal missade doser. Ökad kunskap i alla interventionsgrupperna medan den sjönk i kontrollgruppen. Även följsamhet av läkemedelsbehandling ökade i interventionsgrupperna men sjönk i kontrollgruppen. Missade doser var oförändrat i kontrollgruppen men sjönk i interventionsgrupperna. Bäst resultat i samtliga mätningar hade de två grupper där skriftligt material ingick.

Land: USA

Referens nr: 28
Författare: Krenzischek D A, Wilson L, Poole E L.
Titel: Evaluation of ASPAN's Preoperative Patient Teaching Videos on General, Regional, and Minimum Alveolar Concentration/Conscious Sedation Anesthesia.
Tidskrift: J Perianesth Nurs 2001;16(3):174-80.
Syfte: Vad är vuxnas upplevelse och tillfredsställelse med videoinformation innan operation med anestesi.
Metod: Interventionsstudie med 96 vuxna i en grupp, ingen kontrollgrupp fanns. Frågeformulär som delvis bestod av öppna frågor fick besvaras direkt efter Undervisningen.
Resultat: Nivån på tillfredsställelse var i medeltal 35 av 40 möjliga. Video rankades som den högst önskade Undervisningsformen. 150 kommentarer identifierades på de tre öppna frågorna. De flesta kommentarerna var positiva . Deltagarna var nöjda med innehållet men hade en del förbättringsförslag.
Land: USA

Referens nr: 29
Författare: Headley J A, Ownby K K, John L D.
Titel: The Effect of Seated Exercise on Fatigue and Quality of Life in Women With Advanced Breast Cancer.
Tidskrift: Oncol Nurs Forum 2004;31(5):977-83.
Syfte: 1. Undersöka känslan av trötthet och livskvalitet som en effekt över tiden av sittande träning utifrån ett videoprogram för kvinnor med bröstcancer som fick cytostatika för metastaser. 2. Vara en förstudie inför en större studie.
Metod: Quasiexperimentell pilotstudie randomiserat urval med 38 kvinnor i två grupper. Frågeformulär som mätte trötthet och faktorer för livskvalitet fick besvaras vid fyra tillfällen under 12 veckor. Dagboksanteckningar skulle föras för att kunna följa träningsintensitet.
Resultat: Alla deltagare i båda grupperna blev tröttare och fick sänkt livskvalitet under behandlingen/studien. För interventionsgruppen sjönk kurvan för trötthet mindre och långsammare jämfört med kontrollgruppen. Detsamma gällde för mätningen av livskvalitet.
Land: USA

Referens nr: 30
Författare: Yellen E A, Ricard R.
Titel: The Effect of a Preadmission Videotape on Patient Satisfaction.
Tidskrift: Aorn J 2005;81(4):831-45.
Syfte: Visa effekten av videoundervisning före inskrivning på patientens tillfredsställelse samt visa effekten på sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse.
Metod: Quasiexperimentell studie med randomiserat urval, 141 patienter i två grupper. Sex sjuksköterskor i en grupp som arbetade på den polikliniska operationsavdelningen. Frågeformulär användes som fick besvaras av patienterna vid utskrivning. Även sjuksköterskorna fick besvara ett frågeformulär dels innan studien och efter att resultatet från patientdelen av studien presenterats.
Resultat: Ingen skillnad mellan patientgrupperna kunde identifieras vid mätning av tillfredsställelsen. Sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse hade minskat vid andra mättillfället.
Land: USA

Referens nr: 31
Författare: Krouse H J, Fisher J A, Yarandi H N.
Titel: Utility of Video Modeling as an Adjunct to Preoperativ Education
Tidskrift: South Online J Nurs Res 2001; 8 (2).
Syfte: Att undersöka effekten av videoinspelade instruktioner från sjuksköterska avseende; ökad kunskap, utföra egen eftervård, upplevelse av återhämtning efter näskirurgi.
Metod: Randomiserad studie med 52 personer i två grupper. Deltagarna fick besvara frågeformulär först innan operation sedan vid återbesök en vecka och en månad efter operation. De undersöktes även av en läkare då som tittade på läkning och infektionstecken efter operation.
Resultat: Inga signifikanta skillnader mellan grupperna kunde ses.
Land: USA

Referens nr: 32
Författare: Hernandez C A, Williamsson K M.
Titel: Evaluation of a Self-Awareness Education Session for Youth With Type I Diabetes.
Tidskrift: Pediatr Nurs 2004;30(6):459-64.
Syfte: Att undersöka om en timmas undervisning om självmedvetenhet har någon betydelse i kort och långtidsperspektiv för tonåringar/ yngre vuxna med typ I diabetes.
Metod: En grupp med 12 personer som fick en timmas undervisning. Frågeformulär som skulle besvaras direkt efter undervisningen och ett år efter.
Resultat: Ökad självkänedom inom olika områden kunde visas ett år efter undervisningen.
Land: Kanada

Referens nr: 33
Författare: Yeh M-L, Chen H-H, Liu P-H.
Titel: Effects of Multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy an functional activity and hospitalization in patients with hip replacement.
Tidskrift: Patient Educ Couns 2005;57:217-24.
Syfte: Att undersöka effekten av video- och röstinspelad patientundervisning och skriftliga riktlinjer från sjuksköterska distribuerade på en CD-skiva angående förbättrad självmedverkan, funktionell aktivitet och längd på sjukhusvistelsen för patienter som genomgår höftplastik.
Metod: Quasiexperimentell studie med randomiserat urval, 66 personer fördelade i två lika stora grupper. De fick besvara frågeformulär i samband med inskrivning, då även experimentgruppen fick sin CD-skiva, fjärde dagen efter operation, vid utskrivning samt två veckor efter utskrivning.
Resultat: Kortare sjukhusvistelse för experimentgruppen. Indikation på ökad självmedverkan och signifikant högre funktionell aktivitet för experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen.
Land: Taiwan

Referens nr: 34
Författare: McDonald D, Molony S.
Titel: Postoperative Pain Communication Skills for Adults.
Tidskrift: West J Nurs Res 2004;26(8):836-52.
Syfte: Att utbilda äldre patienter före operation i basal smärthantering och smärtekommunikation och testa effekten av detta på smärtan efter operation.
Metod: Interventionsstudie med randomiserat urval, 41 patienter i 3 grupper, en experimentgrupp och två kontrollgrupper. Mätning av smärta vid fyra tillfällen efter operation varav två var efter utskrivning, dessa gjordes via telefon.
Resultat: Deltagare i experimentgruppen som fick undervisning i smärtekommunikation visade mindre smärta första dagen efter operationen. Därefter kunde inga skillnader ses.
Land: USA

Referens nr: 35
Författare: Steinke E E, Swan J H.
Titel: Effectiveness of a Videotape for Sexual Counseling after Myocardial Infarction.
Tidskrift: Res Nurs Health 2004;27:269-80.
Syfte: Testa effekten av ett åtgärdsprogram för kunskap, oro, livskvalitet, återuppta sexuell aktivitet och sexuell tillfredställelse efter återhämningsperioden efter hjärtinfarkt. Hypotes: patienterna i experimentgruppen som fått både videoundervisning och skriftlig information hade bättre resultat än kontrollgruppen.
Metod: Quasiexperimentell studie med randomiserat urval, 115 patienter i

Resultat: två grupper. Frågeformulär skickades till patienterna en, tre och fem månader efter utskrivning. Experimentgruppen hade ökad kunskap men även större oro en månad efter utskrivning jämfört med kontrollgruppen. Inga andra skillnader hittades mellan grupperna vid någon mätning. Tid för att åter vara sexuellt aktiv var mellan 1-13 veckor efter hjärtinfarkten, i medel tre veckor både för män och kvinnor i båda grupperna.

Land: USA

Referens nr: 36
Författare: Moore S M, Dolansky M A.
Titel: Randomized Trial of a Home Recovery Intervention Following Coronary Artery Bypass Surgery.
Tidskrift: Res Nurs Health 2001;24:93-104.
Syfte: Testa effekterna av audioundervisning för tidig hemgång på fysisk funktion, psykologisk utmattning och symtomfrekvens en månad efter utskrivning.
Metod: Interventionsstudie med randomiserat urval, 180 patienter i två grupper. Patienterna intervjuades vid utskrivning utifrån olika frågeformulär. Telefonintervju en månad efter utskrivning utifrån samma frågeformulär som användes vid utskrivningen.
Resultat: Män i experimentgruppen hade mindre psykologisk utmattning än männen i kontrollgruppen. Ingen skillnad fanns mellan kvinnorna. Kvinnorna i experimentgruppen hade bättre fysisk funktion än kvinnorna i kontrollgruppen. Ingen skillnad vad gällde detta kunde ses hos männen.
Land: USA
