



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

# **Livsstilsförändringar och livskvalitet hos patienter med hjärt-kärlsjukdom**

—

## **Litteraturstudie**

Författare:  
Gudrun Sech,  
Liselotte Wanström

Handledare:  
Elisabeth Lindström

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp  
Kandidatnivå  
HT 2011

## Abstract

**Titel:** Livskvalitet vid livsstilsförändringar hos patienter med hjärt- och kärlsjukdom – litteraturstudie

Quality of life at lifestyle changes among patients with cardiovascular disease – literature study

**Författare:** Gudrun Sech och Liselotte Wanström

**Institution:** Högskolan Väst, Institution för omvårdnad, hälsa och kultur

**Arbetets art:** Examensarbete, 15 hp

**Program/kurs:** Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

**Termin/år:** HT/2011

**Antal sidor:** 17 sidor

**Background:** In Sweden and Northern Europe, cardiovascular disease mortality rates are high. The clinical picture in the Western world is dominated by lifestyle diseases in which individual behavior and attitudes have a significant impact on the health effect. In the society cardiovascular disease is seen as an illness factor and contribution to disability. Conditions for a good life are not only good health also factors such as intimate relationships and meaningful work which affect the person's quality of life.

**Aim:** Lifestyle changes and quality of life for patients, regarding cardiovascular disease.

**Method:** A literature review was made. Eight articles, quantitative and qualitative were analyzed. The analysis revealed three themes and four subthemes.

**Results:** Through interventions bodily- and behavioral change occurred, for example weightloss, better cholesterol- and bloodpressure levels and increased physical activity. Respondents also had better quality of life. Great importance was laid on education and information about different lifestyle changes. On the contrary, the nursing staff was careless with the documentation.

**Conclusion:** Lifestyle changes such as smoking cessation, increased physical activity, reducing obesity and improving dietary habits and psychosocial factors such as reduced stress and depression, have a positive impact on the health of cardiovascular disease. Because these changes should not affect patients' quality of life, the nurse's communication and information are important. It's also important to combine good lifestyle changes with good quality of life, as adherence then is better. The nurse has to consider the patients whole life situation.

**Keyword:** Cardiovascular disease, Lifestyle changes, Quality of life

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Inledning                                      | 1  |
| Bakgrund                                       | 1  |
| Hjärt- kärlsjukdomar                           | 1  |
| Statistik inom spektrat hjärt- kärlsjukdom     | 1  |
| Sjukdomar inom spektrat hjärt- kärlsjukdom     | 1  |
| Orsaker till hjärt- kärlsjukdom                | 2  |
| Livsstil                                       | 2  |
| Livsstil och hjärt- kärlsjukdom                | 2  |
| Rökning  | 3  |
| Fysisk aktivitet                               | 3  |
| Fetma och kostvanor                            | 3  |
| Psykosociala faktorer                          | 3  |
| Livskvalitet                                   | 4  |
| Sjuksköterskans roll och ansvar                | 4  |
| Hälso- sjukvårdslagen(1983:763)                | 4  |
| ICN:s etiska kod för sjuksköterskor            | 4  |
| Sjuksköterskans pedagogiska funktion           | 4  |
| Kommunikation mellan sjuksköterska och patient | 5  |
| Problemformulering                             | 5  |
| Syfte  | 6  |
| Metod  | 6  |
| Litteratursökning                              | 6  |
| Urval  | 6  |
| Analys   | 6  |
| Resultat                                       | 7  |
| Sätt att förändra patientens livsstil          | 7  |
| Kroppslig förändring                           | 7  |
| Beteendeförändring                             | 9  |
| Påverkan på livskvaliteten                     | 10 |
| Kommunikation och undervisning                 | 11 |
| Pedagogik                                      | 11 |
| Dokumentation                                  | 12 |
| Diskussion                                     | 12 |
| Metoddiskussion                                | 12 |
| Resultatdiskussion                             | 13 |
| Konklusion och praktiska implikationer         | 15 |
| Referenslista                                  | 16 |
| Bilaga I                                       |    |
| Bilaga II                                      |    |

## **Inledning**

De vanligaste dödsorsakerna i Sverige idag är hjärt- kärlsjukdom. Det är också en av de vanligaste orsakerna till någon form av funktionsnedsättning. År 2009 avled 40,6 % kvinnor och 39,6 % män till följd av hjärt- kärlsjukdom, 55 kvinnor och 128 män per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2011). Dagens samhälle innefattar mycket stress och krav vilket gör att förutsättningarna för livsstilsförändringar kan försvåras. Samtidigt kommer det alltmer forskning om hur viktiga dessa förändringar är. Det kan till exempel vara att få patienten motiverad till att gå ner i vikt och äta hälsosammare för att minska sjukdomsprocesser. I denna studie kommer fokus att ligga på de livsstilsbetingade hjärt-kärlsjukdomarna.

Eftersom sjuksköterskans pedagogiska roll är viktig för att öka förtroendet mellan patient och sjuksköterska har kommunikationen en betydande del i varje möte och sjuksköterskan har i uppgift att ta hänsyn till den livsvärld patienten befinner sig i. Livskvalitet behöver inte nödvändigtvis betyda samma sak för sjuksköterskan och patienten.

## **Bakgrund**

### **Hjärt- kärlsjukdomar**

#### Statistik inom spektrat hjärt- kärlsjukdom

I Sverige och övriga norra Europa är dödligheten hög och dessutom ett högriskområde när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar. Enligt WHO (2011) sker 82 % av alla dödsfall, relaterat till hjärt- kärlsjukdom, i låg- och medelinkomstländer. Dessa människor har lättare att utsättas för riskfaktorer som leder till hjärt-kärlsjukdom. Detta grundar sig i att dessa människor i de här länderna har sämre tillgång till sjukvård vilket resulterar i att de dör i förtid. De människor som drabbas mest är de fattigaste och det har också visat sig att hjärt- kärlsjukdom bidrar till fattigdom då personen får höga sjukvårdskostnader. De kan vara så höga som 30 % av den årliga hushållsbudgeten (WHO, 2011). År 2004 rankades Sverige som tredje största land av fem i norden med hjärt- kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2009a). Men enligt Socialstyrelsen (2009b) har det skett en minskning som har resulterat i att medellivslängden ökat. Orsaken är att riskfaktorer som minskning av rökning och blodfetter och den medicinska behandlingen har förbättrats. Enligt WHO (2011) kommer år 2030 23,6 miljoner människor dö till följd av hjärt- kärlsjukdomar och då främst av hjärtsjukdom och stroke. Ökningen kommer dock till största delen ske i medelhavsområdet och i Sydostasien. Det har även beräknats att mellan åren 2006-2015 kommer Kina att förlora 558 miljarder \$ av sin nationalinkomst beroende på kombinationen hjärt-kärlsjukdom och diabetes.

#### Sjukdomar inom spektrat hjärt- kärlsjukdom

Enligt Lindgärde, Thulin och Östergren (2009) omfattas av hjärt- kärlsjukdom av ischemisk kranskärlssjukdom, hjärtinfarkt, stroke, transitorisk ischemisk attack, även kallad TIA och hjärtsvikt. Även sjukdomar i benens artärer och klaffsjukdomar ingår. Den vanligaste orsaken är arteroskleros och högt blodtryck.

Enligt Hedin och Löndahl (2010) är ischemisk kranskärlssjukdom karakteriserad av att blodflödet till hjärtmuskulaturen minskat på grund av åderförkalkning (arteroskleros) i kranskärlen. Sjukdomen delas in i kärlkramp (angina pectoris) och hjärtinfarkt. Enligt Ericson och Ericson (2008) visar sig symtomen genom bröstsmärta som kan upplevas som ett band över bröstet, att bröstet trycks ihop eller att en kniv borrar genom bröstet. Smärtan startar ofta

molande bakom bröstbenet och strålar ut i vänster arm. Den kan även stråla upp mot hals och ner i ryggen eller i armarna. Symtomen kan även skilja sig åt mellan män och kvinnor där upplevelsen av smärta hos kvinnor är mer diffus och kommer ofta i vila.

Hjärtsvikt innebär att hjärtat inte orkar pumpa ut lika mycket blod som kroppens vävnader behöver. Det beror vanligtvis på ischemisk kranskärlssjukdom (Ericson & Ericson, 2008).

### Orsaker till hjärt- kärlsjukdom

Zipes och Braunwald (2005) anger att arteroskleros och kolesterolhalten i blodet har ett nära förhållande med hjärt-kärlsjukdom. I Hedin och Löndahl (2010) framkommer att blodfettsubbningar, ger en risk för insjuknande i hjärt- kärlsjukdom. Enligt Ericson och Ericson (2008) är en hög LDL-halt (Low Density Lipoproteins), ”det skadliga kolesterolet”, i blodet är en mycket hög riskfaktor för att bli drabbad av hjärtinfarkt. HDL (High Density Lipoproteins), ”det goda kolesterolet”, är däremot fördelaktigt på det sättet att det transporterar bort LDL från kärlväggar samt andra vävnader till levern.

I folkmun benämns arteroskleros åderförkalkning och uppstår när lipider tränger in i kärlväggen. En inflammation bildas eftersom lipidinlagringen lockar till inflammatoriska celler. Denna inflammation blir sedan kronisk och bildar fibrotiska plack. Riskfaktorerna för arteroskleros är rökning, högt kolesterol, högt blodsocker, hög halt insulin i blodet vid insulinresistens och högt blodtryck.. Det finns även naturliga och vissa ärftliga orsaker samt psykosociala faktorer. Dessa riskfaktorer gör att arterosklerosprocessen påskyndas och kärlendotelet skadas (Ericson & Ericson, 2008).

Hypertoni definieras som ett tillstånd då blodtrycket är minst 140/90 mm Hg i liggande eller sittande, efter 5-10 minuters vila, vid minst tre tillfällen under några veckors tid. Hypertoni ensam ger inte lika stor risk för hjärt- kärlsjukdomar som hypertoni gemensamt med andra sjukdomar som påverkar hjärta och kärl såsom kärlkramp, hjärtinfarkt, hjärtsvikt med mera. Någon speciell orsak, förutom ärftliga, till hypertoni är inte funnen mer än att det varierar från person till person oavsett om riskfaktorer finns (Ericson & Ericson, 2008).

### Livsstil

Oskarson, Bengtsson och Berglund (2010) beskriver livsstil som ett mångdimensionellt begrepp där ekonomi, kultur och psykosocial ställning spelar en stor roll. Ett exempel på detta beskriver Socialstyrelsen (2009b) där en jämförelse gjorts mellan övervikt, fetma och utbildning. Lågutbildade visade sig ha högre tendens till övervikt och fetma än högutbildade. Det har skett en förändring från förr då övervikt och fetma visade på hög status medan undervikt visade på fattigdom. Andersson (2009) menar att skadlig livsstil såsom rökning, överkonsumtion av alkohol, dåliga kostvanor och avsaknad av fysisk aktivitet är direkt negativt för hälsan. Han menar också att en persons identitet, livssituation och sociala tillhörighet spelar en stor roll för hur livsstilen yttrar sig. Även kulturella sammanhang spelar en stor roll.

### Livsstil och hjärt- kärlsjukdom

Friberg och Öhlén (2009) menar att sjukdomsbilden i västvärlden har förändrats från att tidigare ha dominerats av infektionssjukdomar såsom tbc, polio och röda hund till att numera istället domineras av livsstilssjukdomar. Hälsan påverkas positivt eller negativt beroende på vilken livsstil personen har. Livsstilen påverkas av olika faktorer som arbete, ekonomi, konsumtion, sociala relationer, familj och även stress. Även individens beteende och attityd

har en stor betydelse för den hälsofrämjande effekten (Friberg & Öhlén, 2009). I samhället ses hjärt- kärlsjukdom som en ohälsfaktor och bidragande orsak till arbetsförmåga (Nationalencyklopedin, 2011). Enligt Lindgärde, Thulin och Östergren (2009) har det även visat sig att dålig kost, rökning, inaktivitet, fetma och psykosociala faktorer är riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom.

### Rökning

Enligt Socialstyrelsen (2009b) kommer hälften av alla rökare dö på grund av rökning och hälften av dessa i medelåldern. Rökning påverkar hjärt- kärlsjukdomar genom ökat blodtryck, minskad syresättning, påskyndad åderförkalkning och ökad risk för blodpropp. Vid rökstopp minskar hjärt- kärlsjukdomar snabbt. Exempel går att se vid rökstopp och hjärtinfarkt då risken för en ny hjärtinfarkt halveras under det kommande året. Det har även visats att rökstopp har större betydelse än andra kända riskfaktorer såsom högt blodtryck och höga blodfetter, för att minska risken för hjärt- kärlsjukdom.

### Fysisk aktivitet

Risken för att insjukna i hjärt- kärlsjukdom är hälften så stor för fysiskt aktiva personer. Effekten av fysisk aktivitet blir bland annat att högt blodtryck sjunker, immunförsvaret stärks, balans och muskelstyrka förbättras, benskörhet motverkas samt risk för depression minskas. Den fysiska aktiviteten främjar hälsan i sig oavsett viktneidgång. En vältränad överviktig eller bukfet person har lägre risk att dö i hjärt- kärlsjukdom jämfört med en otränad normalviktig person. Rekommendationerna för fysisk aktivitet hos vuxna personer är måttlig fysisk ansträngning som motsvarar 30 minuters rask promenad fem till sju dagar i veckan. Pulsens ska då ökas något (Socialstyrelsen, 2009b).

### Fetma och kostvanor

Socialstyrelsen menar i sin folkhälsorapport (2009b) att det som ses som viktiga förutsättningar för en god hälsa är bra matvanor, näringsrik och lagom mängd mat. Att anledningen till att övervikt ökar är att människor konsumerar för mycket mat och motionerar för lite. Vikten ökar, ofta i form av bukfetma. Övervikt gör att blodtrycket stiger, blodfetterna ökar och personens sockerreglering störs. Det gör också att åderförkalkningen påskyndas. Risken är som störst vid bukfetma på grund av att fettvävnaden inne i buk och runt inälvor har en betydande roll i ämnesomsättningen. Det har framkommit att personer med fetma har en livslängdsförkortning på 6-7 år. Det beror framför allt på den ökade dödligheten vid hjärt- kärlsjukdom (Socialstyrelsen, 2009b).

### Psykosociala faktorer

Vidare skriver socialstyrelsen i sin folkhälsorapport (2009b) att psykosociala faktorer och hjärt- kärlsjukdom har ett nära samband. Psykosociala faktorerers inverkan på hjärt- kärlsjukdomar är lika stor som rökning, högt blodtryck och fetma. Stress påverkar kroppen genom att aktivera biologiska mekanismer vilket sedan aktiverar andra processer som leder till bukfetma, inflammatoriska processer i kärl. Senare leder stress till åderförkalkning, störningar där kärlen blir mindre elastiska, blodtrycket och pulsen ökar samt minskad insulinkänslighet med förhöjt blodsocker. Även risken för blodproppar ökar.

## **Livskvalitet**

Andersson (2009) definierar livskvalitet på två sätt. Det ena är ur ett objektiva synsätt där han menar att livskvalitet förankrar sig i personens yttre mätbara förutsättningar. Den subjektiva livskvaliteten däremot handlar om personens upplevelser samt värderingar av det egna livet. En annan benämning på den subjektiva livskvaliteten är livstillfredsställelse vilket betraktas som lycka, självkänsla och värdet eller meningen med livet. Brülde och Tengland (2003) beskriver att förutsättningarna för ett bra liv innebär inte bara god hälsa utan att andra faktorer som intima relationer och ett meningsfullt arbete inverkar mer på personens livskvalitet. Det här kan förklara varför en god hälsa inte alltid är något nödvändigt för ett bra liv. Andersson (2009) skriver vidare att personen själv känner bäst om livet känns gott att leva. En person kan ha ett allvarligt handikapp men ändå känna lycka och uppleva att han eller hon har ett gott liv. Därför kan hälsa och livskvalitet gå hand i hand.

Enligt Heo, Lennie, Okoli och Moser (2009) såg de flesta patienterna med hjärtsvikt, i deras undersökning sin livskvalitet som bra eller mycket bra trots begränsningar i dagliga livet. Det fanns även de som tyckte tvärtom.

Vid livskvalitetsmätningar har det funnits många olika instrument och det är en hjälp för sjuksköterska och patient att se för- och nackdelar med olika behandlingar som kan ha effekt på livskvaliteten. För att fånga in mer positiv syn på livskvalitet och hälsa har det utvecklats instrument för hälsorelaterade livskvalitetsmätningar. En metod är att fråga patienten ”- hur står det till?”, ”- hur mår du?” samt ”- hur skulle du bedöma din livskvalitet idag?”. Detta räcker för att få fram pålitlig upplysning om personens välbefinnande (Andersson, 2009)

## **Sjuksköterskans roll och ansvar**

### Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt svensk författningssamling ska sjuksköterskan ge vård med respekt för alla människors lika värden och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska utövas så att den motsvarar kraven på en god vård (SFS 1982:763).

### ICN:s etiska kod för sjuksköterskor

Sjuksköterskans grundläggande ansvar är att ge människor vård. I vårdarbetet verkar sjuksköterskan för en atmosfär där mänskliga rättigheter, värderingar, traditioner och religion hos individ, familj och samhälle beaktas. Sjuksköterskan ansvarar för att den enskilde individen får besked som ger förutsättningar för godkännande gällande vård och behandling. Vid tillämpning av tillvägagångssätt och ny forskning ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnaden sker i samklang med individens trygghet, värdighet och rättigheter. Sjuksköterskan har huvudansvaret för att framställa och praktisera acceptabla riktlinjer inom omvårdnad, direktiv, forskning och undervisning. Sjuksköterskan skall utveckla och förbättra omvårdnad som vilar på evidensbaserad kunskapsgrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

### Sjuksköterskans pedagogiska funktion

Trots att vårdpersonal idag vet hur viktigt det är med information och mängden information, blir ändå patienter missnöjda på grund av att de fått för lite eller svårförståelig fakta men också att de har blivit nekade delaktighet (Fossum, 2007).

Vården och behandlingen ska så långt det är rimligt utarbetas och verkställas i diskussioner med patienten (SFS 1982:763). Patienten blir ofta förvirrad på grund av fakta förmedlad olika från olika professioner inom vården. På grund av att patienten i allmänhet saknar både teoretisk kunskap och dessutom är i en beroendesituation genom sin sjukdom, blir informationen mer i form av inläring än undervisning (Fossum, 2007). Olika åtgärder för patienten ska anpassas på ett lämpligt sätt. Patienten ska ges personligt anpassad förklaring om sitt hälsotillstånd, om de planer för undersökning, vård och behandling som finns, samt om sina chanser att välja vårdgivare (SFS 1982:763). I sjuksköterskerollen ingår också att vara medveten om att patienten måste ha tillit och känna trygghet till både sig själv och den vårdande omgivningen för att kunna ta till sig information på ett motiverande sätt. Då kan patienten också medverka och förstå de beslut som fattas (Fossum, 2007). Detta innebär att vården ska bygga på respekt för patientens självständighet och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen, tillfredsställa patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (SFS 1982:763).

### Kommunikation mellan sjuksköterska och patient

I det vardagliga mötet med andra människor sker en social interaktion. Detta innefattar en rad händelser mellan två eller flera personer när de möts ansikte mot ansikte. Det innefattar hur personen använder sitt kroppsspråk avsiktligt eller oavsiktligt tillsammans med sitt språk. Det kan ge fel signaler om personen säger en sak men visar något annat med sin kropp (Dimbleby & Burton, 1997). Fossum (2007) beskriver att förutsättningarna för vårdkvaliteten och mötets slutresultat är beroende av förtroendet mellan patient och sjuksköterska. Att lyssna aktivt innebär att visa intresse när patienten talar om sin berättelse. Patienten tar upp sin tankegång och för att sjuksköterskan ska förstå personens problem måste sjuksköterskan använda sin kompetens i samtalet. Sjuksköterskan reflekterar över patientens berättelse och använder sin kunskap för att kunna göra en bra klinisk bedömning. Ytterligare av stor betydelse är sjuksköterskans människosyn och inställning till patienten. Även sjuksköterskans uppfattning om sig själv och uppgiften är avgörande för hur relationen och samtalet blir (Fossum, 2007).

Halldórsdóttir (1996) använder begreppen broar och väggar. Där förklaras bron som en symbol för en bra kommunikation där öppenhet och professionellt förhållningsätt har en stor betydelse. En vägg däremot uppstår när kommunikationen inte fungerar. Exempelvis kan detta bero på att patienten inte litar på sjuksköterskan eller att sjuksköterskan inte ser problemet ur patientens synvinkel. Det i sin tur kan bero på bristande kompetens vad gäller vård och kommunikation, eller att sjuksköterskan inte tar initiativ eller inte ger patienten den information som är behövlig. Den negativa effekten blir att patienten kan känna sig avvisad och nedbruten. Patienten kan även känna sig stressad, få minskat självförtroende och få en känsla av att tappa kontroll över sitt liv. Vid användandet av broar uppstår ett professionellt omhändertagande, vilket ger en positiv effekt som gör att patienten känner välmående och får en bibehållen hälsa genom att sjuksköterskan och patienten får en bättre kommunikation och därmed bättre relation. Det ger i sin tur respekt (Halldórsdóttir, 1996).

### **Problemformulering**

Personer med hjärt- kärlsjukdom är en stor grupp som söker hjälp inom sjukvården. Vissa av hjärt- kärlsjukdomarna går att förändra via livsstilsförändringar. Livsstil är ett mångdimensionellt begrepp och för att det ska bli en varaktig livsstilsförändring såsom rökstopp och förbättrad fysisk aktivitet, med god livskvalitet är det viktigt hur sjuksköterskan förmedlar sin kunskap om livsstilsförändringar. Vad patienten ser som livskvalitet beror på



hans eller hennes inställning till livet runt omkring sig. Det är därför värdefullt att ha kunskap om hur sjuksköterskan använder pedagogiska och kommunikativa redskap vid omvårdnad av hjärt-kärlsjuka patienter.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka livsstilsförändringar och livskvalitet hos patienter som redan har hjärt-kärlsjukdom.

## **Metod**

En litteraturstudie i form av en litteraturöversikt har gjorts för att få kunskap om tidigare studier inom problemområdet såsom framgår av Friberg (2006). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingår.

## **Litteratursökning**

Till att börja med genomfördes en bred artikelsökning, där vi hade som Friberg (2006) skriver skaffat oss en översikt över det aktuella problemområdet. En artikel hittades via osystematisk sökning. Därefter har sökningen smalnats av med hjälp av systematisk informationssökning för att sedan kunna välja ut de mest relevanta artiklarna som kom fram i flera databaser.

Databaserna som har använts var Cinahl, MEDLINE och PubMed och sökorden var "Lifestyle", "Lifestyle changes", "Changes", "Life quality", "Quality of life", "Heart Disease", "Heart Diseases", "Cardiovascular Disease", "Cardiovascular Diseases", "Heart Failure", "Chronic Heart Failure", "Stroke", "Ischemic Coronary Artery Disease", "Transient Ischemic attack", "Communication", "Conditions", "Care\*", "Nurse role", "Nursing", "Nurs\*", "Nurse Function". Sökorden kombinerades på olika sätt, Bilaga I.

## **Urval**

Inklusionskriterierna var artiklar som skulle vara granskade, peer-reviewade och publicerade mellan åren 2000-2011. Språket har begränsats till engelska och att full text skulle finnas tillgängligt. Studien i artikeln skulle vara gjord på vuxna och äldre patienter. Artikelns resultat skulle stämma överens med syftet. Artiklarna kunde vara kvalitativa och kvantitativa.

Exklusionskriterierna var review – artiklar, artiklar som handlade om förebyggande åtgärder samt artiklar som handlade om risk för hjärt- kärlsjukdom.

Två artiklar valdes bort på grund av för mycket fokus på medicinsk behandling. Totalt valdes åtta artiklar för analys. Artiklarna granskades enligt Friberg (2006). Översikt över valda artiklar som ligger till grund för resultatet, Bilaga II.

## **Analys**

De valda artiklarna delades upp mellan författarna och lästes enskilt flera gånger för att skapa översikt av materialet. Därefter byttes artiklarna och var och en läste de nya artiklarna. Därmed har samtliga artiklar som ingår i resultatet lästs av båda med fokus på studiens syfte. Artiklarna har analyserats gällande likheter och olikheter i artiklarnas resultat, såsom framgår av Friberg (2006). Friberg (2006) skriver också att när studiernas likheter och olikheter har tagits fram är det lämpligt att sortera sådant som handlar om samma aspekter under samma område eller tema. Genom att tillsammans arbeta fram meningsbärande enheter och nyckelord framkom tre teman och fyra subteman. Temana utgör rubriker i resultatet och subtemana

underrubriker. Dessa teman var Sätt att förändra patientens livsstil, Påverkan på patientens livskvalitet samt Kommunikation och undervisning. Subtemana till Sätt att påverka patientens livsstil var Kroppslig förändring och Beteendeförändring, till Kommunikation och undervisning var det Pedagogik och Dokumentation. Se tabell 1.

Tabell 1: Teman och subteman

| <b>Teman</b>                          | <b>Subteman</b>                            |
|---------------------------------------|--|
| Sätt att förändra patientens livsstil | Kroppslig förändring<br>Beteendeförändring |
| Påverkan på patientens livskvalitet   |  |
| Kommunikation och undervisning        | Pedagogik<br>Dokumentation                 |

## Resultat

### Sätt att förändra patientens livsstil

#### Kroppslig förändring

Under en sjuveckorsperiod, före och efter ett så kallat HeartSmart – programmet, som innebar sju veckors intervention där fokus låg på ökad livskvalitet genom utbildning angående hjärtkomplikationer samt deltagande i fysisk aktivitet för patienter med hjärt- kärlsjukdom, reducerades patienternas vikt. Den självrapporterade vikten minskade och fortsatte minska även vid uppföljningen efter tre månader, från 87,3 kg till 85,4 kg. Även om minskningen var tydlig visade det sig vid uppföljningen efter sex månader att det hade blivit en ökning till 86,0 kg (Aoun & Rosenberg, 2004). Tre månader efter den så kallade \*MCLIP-interventionen, där forskarna tittade på livsstil, riskfaktorer, livskvalitet, socioekonomisk status och kön hos ickerökande patienter med hjärt- kärlsjukdom, fanns förbättringar vad gällde vikten, från i genomsnitt 92 kg till 87 kg. Det innebar en minskning på 4,8 kg där spridningen var från 4 kg till 5 kg (Govil, Weider, Merritt-Worden, & Ornish, 2009). Se tabell 2.

Gällande kolesterolförändring i HeartSmart – programmet sågs kolesterolhalten minska under sjuveckorsperioden från 3,6 mmol/L till 3,3 mmol/L. Denna minskning troddes bero på konsumtion av kolesterolfattigare diet under programmets gång och fram till sex-månadersuppföljningen där kolesterolvärdet var 2,8 mmol/L. Minskningen troddes också bero på att en hög andel av deltagarna, 68 %, använde kolesterolsänkande läkemedel (Aoun & Rosenberg, 2004).

Tre månader efter interventionen i \*MCLIP fanns tydliga förbättringar vad gällde kolesterolvärdet, från 4,4 mmol/L till 4,1mmol/L.

*\*Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Programme*

Detta innebar en minskning på 0,2 mmol/L i genomsnitt och spridningen av minskningen var från 0,2 mmol till 0,1 mmol/L. HbA1c, det vill säga långtidsglukosvärde, minskade från 7,6 mmol/L till 6,7 mmol/L med en genomsnittlig minskning på 0,9 mmol/L och en spridning från 0,8 mmol/L till 0,9 mmol/L (Govil et al, 2009). Se tabell 2.

Under en sjuveckorsperiod, före och efter HeartSmart – programmet, hade patienternas blodtryck inte påverkats (Aoun & Rosenberg, 2004). Dock kunde Govil et al (2009) i \*MCLIP-interventionen se vid tremånaderkontrollen att det fanns förbättringar vad gällde blodtrycket på deltagarna, från i genomsnitt 132/77mmHg till 121/71 mmHg. Se tabell 2.

Tabell 2: Resultat från HeartSmart-programmet och av \*MCLIP-interventionen

| Författare, intervention  | Resultat från utgångsläge till uppföljning |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
|   |  | Utgångsläge              | Uppföljning              |
| Aoun och Rosenberg (2004), HeartSmart (Uppföljning efter 6 månader) | Vikt i (kg)                                | 87,3                     | 86,0                     |
|   | Kolesterol (mmol/L)                        | 3,6                      | 2,8                      |
|   | Blodtryck (mmHg)                           | Inget konkret värde      | Inget konkret värde      |
|   | Fysisk aktivitet (tim/vecka)               | Män: 3,0<br>Kvinnor: 5,3 | Män: 6,2<br>Kvinnor: 5,5 |
| Govil et al, (2009) *MCLIP (Uppföljning efter 3 månader)            | Vikt (kg)                                  | 92                       | 87                       |
|   | Kolesterol ( mmol/L)                       | 4,4                      | 4,1                      |
|   | HbA1c ( mmol/L)                            | 7,6                      | 6,7                      |
|   | Blodtryck (mmHg)                           | 132/77                   | 121/71                   |
|   | Fysisk aktivitet (tim/vecka)               | 1,7                      | 3,8                      |

*\*Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Programme*

Vid en studie om utvärdering av Tai Chi Chuan's och Chi gong's påverkan på patienter med hjärtsvikt minskades symtom på hjärtsvikt både i experimentgruppen och i kontrollgruppen men mer signifikant i experimentgruppen. Enligt Minnesota Living with Heart Failure symtom score där lägre score innebär mindre symtom, hade kontrollgruppen vid start 34,0 och vid uppföljningen 31,6 medan experimentgruppen hade 33,0 vid start och 18,1 vid uppföljningen (p=0.001). Träningen pågick 55 minuter två gånger i veckan under 16 veckor. Det visades också en förbättring på ett gångtest, där kontrollgruppen ökade från 193 meter till

198 meter och experimentgruppen från 190 meter till 204 meter. Förbättringen var inte statistiskt signifikant ( $p=NS$ ) (Barrow, Bedford, Ives, O'Toole & Channer, 2007).

I en studie där forskarna jämförde tre grupper där en grupp fick vanlig standardvård, den andra gruppen ingick i ett program med motiverande samtal och den tredje fick ta del av både standardvård och motiverande samtal. Samtliga patienter hade hjärtsvikt. Vid jämförelse mellan standardvård, motiverande samtal eller både och gällande hjärtsvikt fick alla tre grupper en signifikant förändring i jämförelse mellan utgångsmätningen och fram till fem-månaderskontrollen ( $p<0.05$ ). Förbättringen visades bland annat angående fysisk funktion och förändringar i hälsostatus (Brodie, Inoue & Shaw, 2008).

### Beteendeförändring

Den fysiska aktiviteten ökade under en sjuveckorsperiod, det vill säga före och efter HeartSmart – programmet, för män från 3,0 tim/v till 6,2 tim/v samt för kvinnor 5,3 tim/v till 5,5 tim/v, se tabell 2. Det var också dubbelt så stor chans att deltagarna i programmet åt viktreducerande kost när programmet var klart och vid tremånadersuppföljningen vid jämförelse med före. I programmet ingick att mäta lågfettsdietpoäng, som minskade från 13,5 till 8,0 för kvinnorna och från 16,8 till 8,1 för männen. Efter att ha genomgått HeartSmart – programmet syntes en inverkan på dietbeteendet som visade lägre konsumtion av fettrik kost bland deltagarna i jämförelse med kontrollgruppen. Deltagarna hade 7,8 poäng vid sex månader och 9,1 poäng ( $p=0.00$ ) vid nio månader medan kontrollgruppen hade 13,4 poäng vid sex månader och 14,3 poäng ( $p=0.00$ ) vid nio månader (Aoun & Rosenberg, 2004).

\*MCLIP interventionen visade minskning efter tre månader gällande intaget av fetthaltig kost från 24,8 % till 9 % Kcal från fett. Timmar de tränade i veckan från 1,7 tim/v till 3,8 tim/v (se tabell 2) och förbättrad stresshantering. Gällande depression, stress, fientlighet samt fysisk och mental livskvalitet sågs signifikanta ( $p<.05$ ) förbättringar inom alla områden tre månader efter interventionen (Govil et al, 2009). Se tabell 3.

Vid en studie där deltagarna var indelade i en föreårsgrupp och en efterårsgrupp, undersökte forskare patienters följsamhet till riskreducering efter utskrivning efter bypassoperationen, hade 83 % av deltagarna i efterårsgruppen gjort förändringar i sin diet genom att äta mat med lägre innehåll av fett, salt och socker. Forskarna undersökte också följsamheten till American Heart Association:s (AHA) och American College of Cardiologists (ACC) riktlinjer för receptförskrivning samt livsstilsrådgivning i efterbehandlingen av patienter som genomgått bypassoperation. Deltagare rapporterade att de genomsnittligt ägnade cirka 35 minuter tre gånger i veckan till lite mer ansträngande träning, 78 % av deltagarna gjorde någon form av träning. Av 100 deltagarna var det 24 som rapporterade att de var rökare vid tiden för bypassoperationen och av dessa hade samtliga försökt sluta röka inom de senaste fyra månaderna. Av 100 deltagare rapporterade 15 lyckad rökavvänjning (Poe et al, 2007).

I undersökningen om \*\*CDSMP, där patienterna hade kronisk hjärtsvikt fick interventionsgruppen standardvård samtidigt som de deltog i ett egenvårdsprogram där de fick lära sig medicinska, sociala och emotionella egenvårdskunskaper. Även kontrollgruppen fick standardvård och hembesök. Detta egenvårdsprogram hade inte någon betydande förbättring på förväntad ”self-efficacy” och den gav inte heller någon kontroll över tid. Men en kortvarig effekt i egenvårdsbeteendet sågs (Smeulders et al, 2010).

\**Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Programme*

\*\**Cronic Disease Self-Management Programme*

Vid undersökningen om standardvård och motiverande samtal gällande hjärtsvikt klassificerades majoriteten av patienterna som att de var i början till en beteendeförändring. Inga deltagare var i förberedelse-, åtgärds- eller underhållsstadier. I slutet på studien syntes en positiv trend gällande både självändamålsenlighet och motiveringspoäng för majoriteten av patienterna. Det sågs också en förbättring av social funktion från utgångsläget fram till fem-månaderskontrollen ( $p < 0.05$ ) (Brodie, Inoue & Shaw, 2008).

### Påverkan på patientens livskvalitet

I studien om standardvård kontra motiverande samtal eller både och gällande hjärtsvikt sågs en förbättring hur hjärtsvikt påverkade deltagarnas livskvalitet. Denna förbättring sågs i alla tre studiegrupperna (Brodie, Inoue & Shaw, 2008).

Livskvaliteten ökade i jämförelse mellan förtestet och eftertestet vid HeartSmart-interventionen. Denna ökning av livskvalitet bibehölls upp till ett år efter hjärtrehabilitering och då på nivåer högre än utgångsläget (Vid förtestet 0,947, vid eftertestet 0,976, vid tremånadersuppföljningen 0,978 och vid sex-månadersuppföljningen 0,977). Höga hjärtrehabiliteringspoäng medförde en positiv effekt bland HeartSmart – deltagarna. Vid jämförelse med kontrollgruppen hade experimentgruppen statistiskt signifikant bättre poäng (80,7 och kontrollgruppen 71,7) vid nio-månadersuppföljningen efter sjukdomshändelsen ( $p = 0.04$ ) (Aoun & Rosenberg, 2004).

Vid utgångskontrollen i \*\*CDSMP-interventionen hade deltagarna i interventionsgruppen lägre hjärtspecifik livskvalitet än kontrollgruppen (59,0 kontra 65,6;  $p = 0.005$ ). Det blev en kortvarig förbättring som syntes vid sex-månadersuppföljningen (64,8 kontra 68,3;  $p = 0.052$ ). CDSMP hade inte någon större effekt på livskvalitet i det stora hela (Smeulders et al, 2010). Se tabell 4.

Tabell 4: \*\*CDSMP livskvalitetspoängskala 0-100 där högt poäng är bättre

| Uppföljningarna                         | Fysisk livskvalitet |                       | Mental livskvalitet |                       |
|---|---------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
|   | Kontrollgr<br>n=131 | Experimentgr<br>n=186 | kontrollgr<br>n=131 | experimentgr<br>n=186 |
| Utgångsläge                             | 35,7                | 35,2                  | 47,2                | 45,2                  |
| Uppföljning direkt efter interventionen | 36,6                | 37,8                  | 48,0                | 47,7                  |
| Sexmånadersuppföljning                  | 37,0                | 37,4                  | 49,4                | 46,9                  |
| Tolv månadersuppföljning                | 38,4                | 37,7                  | 48,7                | 47,7                  |

I en studie där forskare intervjuade tio patienter med hjärtsvikt med depressiva symtom, berättade patienter att för att minska risken att hamna i depression vid hjärtsvikt var träning viktigt. Det upplevdes som bättre än att bara vara stillasittande. De flesta angav att läsning var en bra aktivitet. Sex deltagare tyckte att hålla sig sysselsatt med någonting, såsom att titta på fåglar eller på TV, var andra användbara taktiker för att slippa tankarna på de depressiva symtomen. Religion eller annan spirituellt sysselsättning sågs också som distraherande från depressivt beteende (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009).

Positivt tänkande sågs som det bästa rådet att ge en annan person i samma situation, som var deprimerad, då detta var en central komponent i den kognitiva terapin som deltagarna hade fått. Istället för att älta negativa tankar skulle tankarna riktas mot det positiva. Socialt stöd från familj och vänner var en viktig faktor för att minska depressiva symtom. Detta inkluderade både emotionellt, fysiskt och finansiellt stöd. Sju av de tio deltagare använde antidepressiva läkemedel för att kunna hantera de depressiva symtomen (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009).

Experimentgruppen, i Tai Chi-studien, fick tydligt bättre poäng, från 51,5 till 58,3 ( $p=0.002$ ) i depressionsskalan. Kontrollgruppen fick en förbättring från 57,3 till 60,2 ( $p=0.078$ ). Vid jämförelse mellan grupperna visades ingen statistisk signifikans ( $p=0.12$ ). Gällande ångest hade båda grupperna bättre poäng, vid uppföljningen, men ingen större skillnad mellan grupperna då experimentgruppen gick från 50,7 till 54,5 ( $p=0.009$ ) och kontrollgruppen gick från 52,5 till 57,3 ( $p=0.021$ ). Ingen statistisk signifikans mellan grupperna, enligt Barrow et al (2007).

I en studie där det undersöktes om strukturerad kronisk vård har ett samband med hälsorelaterad livskvalitet och optimal hjärtsviktsvård i primärvården sågs att på vårdcentraler där det fanns någon som var ansvarig för egenvården gällande patienter med hjärtsvikt, rapporterade hjärtsviktspatienterna att de hade en bättre livskvalitet. Även en optimal farmakologisk behandling gav bättre livskvalitet (11,5 av 100 där lägre poäng är bättre, och då en mer hälsorelaterad livskvalitet) (Bosch et al, 2009).

## **Kommunikation och undervisning**

### Pedagogik

I HeartSmart - programmet sågs att deltagandet i fysisk aktivitet (rekommenderad tid 30 minuter) var högre bland kvinnorna, 45 minuter, och lägre bland männen, 25 minuter, än vad deltagarna hade blivit rekommenderade i förhållande till sin hjärtsjukdom. Deltagarna rapporterade att de tränade nästan varje dag, experimentgruppen hade mer kunskap om kardiovaskulär hälsa än kontrollgruppen vilket poängterade kraften utbildningen gav deltagarna (Aoun & Rosenberg, 2004).

I studien om patienter som genomgått bypassoperation hade 97 % av patienterna fått skriftlig utskrivningsinformation om egenvård och 96 % rapporterade att de hade läst eller hänvisade till informationen. Nästan alla deltagare fann informationen delvis eller mycket till hjälp och den del som de hänvisade till mest var utskrivningsinstruktionerna och läkemedelsinstruktionerna. Vad gällde diet var det 87 % av deltagarna som påpekade att innan de skrevs ut från sjukhuset hade någon av sjukvårdspersonal pratat med dem om vikten av att äta en hjärthälsosam diet och 84 % menade att deras beslut om ändrad diet hade sin grund i informationen eller råden de fick innan utskrivning (Poe et al, 2007).

Gällande beslut om träning var det 41 % som angav att det var relaterat till informationen de fick under sjukhusvistelsen. Även om 50 % av deltagarna påpekade att sjukvårdspersonal hade pratat med dem innan utskrivningen om att delta i hjärtrehabilitering var det 27 % som deltog vid fyramånaderskontrollen och av dessa var det 64 % som angav att det berodde på råden de fick under sjukhusvistelsen. Vid beslut om rökstopp var det 29 % av tidigare rökare som kopplade sina beslut att sluta röka till råden de fick innan de skrevs ut från sjukhuset (Poe et al, 2007).

I studien om optimerad hjärtsviktsvård på vårdcentraler var sjuksköterskor ansvariga för att ge patienter muntlig eller skriftlig information. På de vårdcentraler där personalen fick utbildningsmaterial om behov som patienter med hjärtsvikt hade rapporterade patienterna en bättre hälsorelaterad livskvalitet. Men optimala livsstilsråd var inte relaterade till hälsorelaterad livskvalitet (Bosch et al, 2009).

## Dokumentation

I studien om patienter som genomgått bypassoperation var vårdpersonalens dokumentering angående livsstilsutbildning betydligt högre gällande patienterna i eftervårdsgruppen (se tabell 5) och då framförallt vad gällde diet, viktövervakning samt diabetesutbildning. Dessutom dokumenterades det att utskrivningshäftet hade givits ut till betydligt fler i eftervårdsgruppen. Vid jämförelse med föreårsgruppen hade eftervårdsgruppen mindre dokumentation av vårdpersonal gällande hjärtrehabilitering. Rökavvänjning och motionsrådgivning var lika mellan de två studiegrupperna (Poe et al, 2007). Se tabell 5.

Tabell 5: Utförd dokumentation av riktlinjeanpassad livsstilsutbildning

| <b>livsstilsutbildning</b> | <b>Föreårsgruppen</b><br>n=85 | <b>Eftervårdsgruppen</b><br>n=100 |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Diet                       | 75%                           | 100%                              |
| Viktövervakning            | 80%                           | 99%                               |
| Diabetesutbildning         | 81%                           | 100%                              |
| Hjärtrehabilitering        | 87%                           | 73%                               |
| Rökavvänjning              | 71%                           | 75%                               |
| Motionsrådgivning          | 96%                           | 97%                               |

I studien om optimerad hjärtsviktsvård på vårdcentraler var sjuksköterskor involverade i vård av patienter med kardiovaskulär risk. Där var de involverade genom att ta fram riskprofiler och regelbundna undersökningar av kända patienter med hjärtsvikt. Sjuksköterskorna var också involverade i att hitta sjukdomsfall. Detta gjordes via tidigare dokumentering (Bosch et al, 2009).

## Diskussion

### Metoddiskussion

I denna studie valdes både kvalitativa och kvantitativa artiklar men flest kvantitativa artiklar. Vid kvantitativ forskning ser forskaren genom mätningar och jämförelser vad för resultat en vårdhandling eller intervention ger (Friberg, 2006). Därför har utgångspunkten i denna studie blivit mer beskrivande och jämförande än förklarande. Trots detta trodde vi att det skulle bli flest kvalitativa artiklar. Då eftersom utgångspunkten i kvalitativ metod är att förklara lidande och hälsosfaktorer.

Vid artikelsökningen blev det flest träffar via Cinahl. Sökorden som gav flest träffar var "Lifestyle changes" och "Quality of life". Detta troligen beroende på utgångsläget utifrån syftet som var att undersöka livsstilsförändringar och livskvalitet hos patienter som redan har hjärt- kärlsjukdom. Även i urvalet kunde ses att utgångspunkten gav vissa hinder då många artiklar handlade om förebyggande åtgärder för hjärt- kärlsjukdom eller risk för hjärt- kärlsjukdom och därför fick väljas bort. Även om innehållet var intressant svarade det inte på syftet i denna studie. Något som försvårade sökningen var när sökord kombinerades med årtal

då det på vissa sökord inte kom fram tillfredsställande mängd artiklar och på andra alldeles för många artiklar. De artiklar som i slutändan valdes publicerades mellan 2004 och 2010 där en är från 2004, två från 2007 en från 2008, tre från 2009 och en från 2010. Det visade på aktuell forskning. Vid sökningen var inga länder exkluderade men de som stämde med studiens syfte kom från Australien, England, Nederländerna och USA. Detta tror vi kan bero på den höga andelen av fetma i dessa länder. Det hade dock varit intressant att veta hur det ser ut i norden då de nordiska länderna inte har samma extrema fetma på grund av en annan livsstil och matkultur.

Då vi var två författare som delade ansvaret blev det också två synsätt på hur resultatet skulle formuleras vilket har bidragit till diskussion och utväxling av idéer. Samarbetet har fungerat bra och diskussionerna har lett till gemensamt resultat.

Vid analysen framkom, trots att olika mätinstrument använts i de olika studierna, att de flesta artiklar gav liknande resultat. Vid genomgång av artiklarna framkom att tre var godkända av en prövningsnämnd, tre godkända av en etisk kommitté. För två av artiklarna framkom inte information om varesig prövningsnämnd eller etisk kommitté. Alla utom en hade skriftligt informerat samtycke. En artikel hade också samtycke från deltagarnas läkare. Vidare hade en artikel gjort sina procedurer i enlighet med nationella och lokala riktlinjer samt Helsingforsdeklarationen. En artikel hade också förutom godkännande av etisk kommitté samt skriftligt informerat samtycke av deltagare blivit finansierad av British Heart Foundation.

Som forskare har författaren en etisk skyldighet att redovisa fullständiga och noggranna rapporter om sitt resultat vilket också bör följa rådande riktlinjer för etisk rapportering. Då även innehållande negativa och ofullständiga samt positiva resultat. Annat som ska förklaras i publikationen är finansieringskällor, vilken institution de tillhör och intressekonflikter. Följer inte forskningen dessa principer bör artikeln inte godkännas för publicering (59th WMA General Assembly, 2008). Vad vi kan se har artiklarna, som ligger till grund för denna studies resultat, i olika grader genomgått detta. En av dem tycker vi nu i efterhand inte skulle varit publicerad då den inte har något skriftligt informerat samtycke från deltagarna. Detta eftersom de är i våra ögon extra sårbara då deltagarna var deprimerade eller nyligen varit deprimerade (Dekker et al, 2009)

## **Resultatdiskussion**

Som resultatet visar är det viktigt med någon form av intervention för att kroppsliga - och beteendeförändringar ska kunna ske. Livsstil är mångdimensionellt och behöver angripas från olika håll såsom ekonomi, kultur, psykosocial ställning, personens identitet och sociala tillhörighet (Andersson, 2009; Friberg & Öhlén, 2009; Oskarson, Bengtsson & Berglund, 2010). Individens beteende och attityd har stor betydelse för den hälsofrämjande effekten (Friberg & Öhlén, 2009). Detta syntes tydligt i resultatet av HeartSmart – och MLCIP – programmen då positiv inverkan skedde på diet, fysisk aktivitet och kolesterolnivå (Aoun & Rosenberg, 2004; Govil et al, 2009).

Enligt Socialstyrelsen (2009b) minskas risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdom med hälften vid fysisk aktivitet och även om viktnedgången inte blir så kraftig har den fysiska aktiviteten stor betydelse för hälsan. Detta kunde ses tydligt då det i de nedre studiers resultat framkom förbättring av just den fysiska aktiviteten. Den fysiska aktiviteten omfattade 55 minuter två gånger per veckan (Barrow et al, 2007) och 35 minuter tre gånger per veckan (Poe et al, 2007). Rekommendationen för den fysiska aktiviteten är måttlig fysisk ansträngning i minst 30 minuter fem till sju dagar i veckan så att pulsen ökas något. Den fysiska aktiviteten kan



exempelvis vara en rask promenad (Socialstyrelsen, 2009b). Därför vill vi framhålla att det är viktigt att man håller sig aktiv på något sätt och att det sker kontinuerligt eftersom hälsan måste underhållas. En annan sak för sjuksköterskan att poängtera är att det räcker med promenad som fysisk aktivitet men vill patienten utöka sin fysiska aktivitet så är det också bra. Detta kan då underlätta för patienten då denne inte behöver känna så mycket krav. Huvudsaken är att någon form av aktivitet sker.

Resultatet visar att motiverande samtal vid hjärtsvikt var det bästa sättet att få till en beteendeförändring (Brodie, Inoue & Shaw, 2008). För att vårdkvaliteten och mötet ska bli bra behövs ett bra förtroende mellan patient och sjuksköterska (Fossum, 2007). Vi menar att det då är viktigt att visa intresse och lyssna aktivt på vad patienten har att säga. Även i Halldórsdóttir (1996) framkommer vikten av en bra kommunikation med öppenhet och professionellt förhållningssätt för att en bro ska byggas mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan ska vara medveten om patientens behov av tillit och trygghet för att kunna ta till sig information på ett motiverande sätt (Fossum, 2007). Det står också i lagtexten att vården ska bygga på respekt för patientens självständighet och integritet. Vården ska också främja god kontakt, tillfredsställa kontinuiteten och säkerheten (SFS 1982:763). Med andra ord om patienten inte kan lita på sjuksköterskan blir det inget bra resultat. Därför menar vi att det är viktigt att patienten känner tillit till sjuksköterskan.

Resultatet visar att det i fem av studierna syntes en förbättring gällande livskvaliteten. I HeartSmart - programmet höll den förbättrade livskvaliteten i sig upp till ett år (Aoun & Rosenberg, 2004). Däremot i CDSMP – programmet visade sig livskvaliteten vara kortvarig (Smeulders et al, 2010). Detta tror vi kanske kan bero på att CDSMP – programmet bestod av ett egenvårdsprogram där sjuksköterskan inte har samma chans att stödja patienten. Enligt Brülde och Tengland (2003) är förutsättningar för ett bra liv inte bara god hälsa utan också intima relationer och ett meningsfullt arbete. Socialt stöd visar sig vara viktigt för att inte hamna i en depression (Decker et al, 2009). Därför menar vi att det är viktigt att i den mån det går utarbeta och verkställa vård och behandling i diskussion med patienten, liksom framgår av SFS 1982:763(1982). Vi tror att för att livskvaliteten ska bli bra och varaktig är det lika viktigt att ta hänsyn till patientens bakgrund som att ta hänsyn till patientens förutsättningar där socialt stöd, ekonomiska situation och själva livet runt patienten överhuvudtaget ingår. Vi menar därför att sjuksköterskan behöver föra en dialog med patienten. Detta framkom i resultatet då patienter med hjärtsvikt rapporterade en bättre hälsorelaterad livskvalitet på de vårdcentraler där personalen fick utbildningsmaterial om hjärtsviktpatienters behov (Bosch et al, 2009).

I resultatet framkommer att i HeartSmart – programmet fick patienterna mer kunskap om kardiovaskulär hälsa än i kontrollgruppen (Aoun & Rosenberg, 2004). Som tidigare beskrivits i bakgrunden blir patienten ofta förvirrad av information som ges från olika professioner inom vården (Fossum, 2007). I HeartSmart – programmet däremot var det en sjuksköterska som var ansvarig för koordinationen i studien. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten få personligt anpassad information om hälsotillstånd, undersökning, vård och behandling (SFS 1982:763). Även Svensk sjuksköterskeförening (2007) tar upp sjuksköterskans ansvar vad gäller information till patienten, som ger förutsättningar för godkännande av vård och behandling. Då får patienten en bättre förståelse och kan medverka till de beslut som fattas (Fossum, 2007). Detta menar vi visar vikten av patientens delaktighet i sin vård.

Resultatet visar att vid hjärtkirurgi var information på sjukhuset väldigt viktig för hur livet efter utskrivningen blev. Enligt Halldórsdóttir (1996) uppstår ett professionellt

förhållningssätt vid användandet av broar. Detta ger en positiv effekt där patienten känner välmående och bibehållen hälsa eftersom sjuksköterska och patient får en bättre kommunikation och relation. I resultatet ses också att på vårdcentraler där personalen fick utbildningsmaterial om hjärtsviktpatienters behov, fick patienterna en bättre hälsorelaterad livskvalitet (Boch et al, 2009). Enligt Halldórsdóttir (1996) uppstår en vägg då kommunikationen brister. Det i sin tur kan bero på bristande kompetens vad gäller vård och kommunikation. Vi vill framhålla att detta visar på vikten av att ha kunskap om sitt specifika vårdområde för att därigenom kunna ge kompetenta svar på patientens frågor vilket kunde ses i studien ovan (Poe et al, 2009).

## **Konklusion och praktiska implikationer**

Livsstilsförändringar såsom rökstopp, ökad fysisk aktivitet, minskad fetma och förbättrade kostvanor samt psykosociala faktorer såsom minskad stress och depression, har positiv betydelse för hälsan vid hjärt- kärlsjukdom. I resultatet framkommer även vikten av en beteendeförändring där det visades att för att det skulle ske en kroppslig förändring behövde även beteendet påverkas. Detta exempelvis genom minskad konsumtion av fettrik kost, minskat stillasittande och rökstopp. För att dessa förändringar inte skall påverka patienternas livskvalitet är sjuksköterskans kommunikation och information viktigt likväl som patientens religiösa och spirituella behov, vilket framkom i resultatet. Väsentligt är ta hänsyn till hela människan och hans eller hennes omgivning.

För att livsstilsförändringar ska bli möjliga behövs ett specifikt ingripande från sjuksköterskan. Sjuksköterskan har att ta hänsyn till patientens sociala stöd, ekonomiska situation och vad för liv patienten har runt omkring sig i övrigt, för att kunna skapa tillit och en bra relation. Detta i sig ställer krav på specifik kunskap om patientens sjukdom och hur sjuksköterskan ska förmedla sig. Livskvaliteten kan härigenom bevaras och sjuksköterskan hjälper patienten att få känna sig delaktig. Detta genom olika metoder av kommunikation och undervisning.

## Referenslista

Andersson, S. I.(2009). *Hälsa och psykologi*. Lund: studentlitteratur AB

\*Aoun, S. & Rosenberg, M. (2004). Are rural people getting HeartSmart?. *Australian Journal of Rural Health*, 12(2), 81-88.

\*Barrow, D. E., Bedford, A., Ives, G., O'Toole, L. & Channer, K. S. (2007). An evaluation of the effects of Tai Chi Chuan and Chi Kung training in patients with symptomatic heart failure: a Randomised controlled pilot study. *Postgrad Med J*, 83, 717-721.

\*Boch, M., van der Weijden, T., Grol, R., Schers, H., Akkermans, R., Niessen, L. & Wensing, M. (2009). Structured chronic primary care and health- related quality of life in chronic heart failure. *BMC Health Services Research*, 9:104.

\*Brodie, D., Inoue, A. & Shaw, D. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 489-500.

Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur

\*Dekker, R. L., Peden, A. R., Lennie, T. A., Schooler, M. P. & Moser, D.K. (2009). Living with depressive symptoms: Patients with heart failure. *Am J Crit Care*, 18(4), 310-318.

Dimbleby, R. & Burton, G. (1997). *Oss emellan: Mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur

Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar - specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi. (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur AB

Friberg, F.(2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.).(2009). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. Kristianstad: Studentlitteratur AB

Fossum, B (Red.), (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Ungern: Studentlitteratur

\*Govil, S., Weidner, G., Merritt-Worden, T. & Ornish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1263-1270.

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care – Developing a theory*. Diss. Linköping: Univ.

Hedin, K. & Löndahl, M. (Red.)(2010). *Hjärt- kärlsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB

Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C.& Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart Lung*, 38(2), 100-108.

Lindgårde, F., Thulin, T. & Östergren, J. (Red.), (2009). *Kärlsjukdom: Vaskulär Medicin*. Ungern: Studentlitteratur AB

Nationalencyklopedin (2011) *Hjärt- kärlsjukdomar*.  
<http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/lang/hj%C3%A4rt-k%C3%A4rlsjukdomar> Hämtad: 2011-03-09

Oskarson, M., Bengtsson, M. & Berglund, T.(Red.),(2010). *En fråga om klass – levnadsförhållanden, livsstil, politik* . Malmö: Liber AB

\*Poe, S., Dawson, P., Cafeo, C., Sedlander, D., Curtis, C., Meyer, P. & ... Allen, J. (2007). Use of the ABC care bundle to standardize guideline implementation in a cardiac surgical population: a pilot study. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), 247-254.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott.

\*Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A. & Kempen, G. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1487-1499

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Tillgänglig 30 juni, 1982  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763> Hämtad:2011-04-07

SSF – Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> Hämtad 2011-04-07

Socialstyrelsen (2009b). *Folkhälsorapport 2009*.  
[http://swww.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://swww.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf) Hämtad:2011-03-28

Socialstyrelsen (2009a). *Hjärtsjukvård, Öppna jämförelser och utvärdering 2009*  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8518/2009-126-93\\_200912693\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8518/2009-126-93_200912693_rev.pdf) Hämtad: 2011-04-08

Socialstyrelsen (2011). *Dödsorsaker 2009*.  
<http://socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18270/2011-3-22.pdf> Hämtad: 2011-04-04

Zipes, D.P. & Braunwald, E. (red.), (2005). *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Vol. 1.* (7. ed.) (s. 939-958) Philadelphia: Saunders

WHO (2011) *Cardiovascular diseases*  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Hämtad: 2011-03-21

59th WMA General Assembly (2008) *World medical association declaration of helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*

<http://www.slf.se/upload/30780/DoH-Oct2008.pdf> Hämtad: 2011-12-07

**Översikt över artikelsökning**

| <b>Databas</b>        | <b>Sökord</b>  | <b>Limits</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|-----------------------|--|---|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Lifestyle Changes AND Conditions                | Full Text, Abstract available, English language, Peer Reviewed, Research article  | 1                    | 0                     | 0                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Lifestyle AND Conditions                        | Full Text, Abstract available, English language, Peer Reviewed, Research article  | 11                   | 5                     | 0                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Ischemic coronary artery disease AND Lifestyle changes AND Quality of life |   | 1                    | 1                     | 0                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Heart diseases AND Lifestyle AND Quality of life                           | Full text, abstract available, Published date from: 20000101-20101231, English language, Peer reviewed, Research article, PDF full text | 7                    | 3                     | 1                     | 1                     |

| <b>Databas</b>        | <b>Sökord</b>  | <b>Limits</b>  | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|-----------------------|--|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular diseases AND Nurse role                           | Full text, Published date from: 20000101-20101231, English language, Peer reviewed, Research article | 5                    | 3                     | 1                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Life quality AND Lifestyle changes    | Full Text, Abstract available, English language, Peer Reviewed, Research article                     | 12                   | 4                     | 1                     | 1                     |
| CINAHL With Full Text | "Cardiovascular disease" AND Life quality                        | Full Text, Abstract available, English language, Peer Reviewed, Research article                     | 28                   | 7                     | 2                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | "Cardiovascular disease" AND Life quality AND Life style changes | Full Text, Abstract available, English language, Peer Reviewed, Research article                     | 4                    | 1                     | 1                     | 1                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Communication AND Nursing             | Full Text, Abstract available, English language, Peer reviewed                                       | 7                    | 3                     | 1                     | 0                     |

| <b>Databas</b>        | <b>Sökord</b>  | <b>Limits</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|-----------------------|--|---|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CINAHL With Full Text | Stroke AND Lifestyle changes AND Quality of life         |   | 10                   | 1                     | 1                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Heart failure AND Lifestyle changes AND Quality of life  |   | 14                   | 6                     | 4                     | 1                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Conditions AND Nurse function | Full text, abstract available, Published date from: 20000101-20111231, English language, Peer reviewed, PDF full text | 3                    | 3                     | 1                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Lifestyle AND Quality of life | Full text, abstract available, Published date from: 20050101-20111231, English language, PDF full text                | 11                   | 4                     | 1                     | 0                     |
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Conditions                    | Full text, abstract available, Published date from: 20060101-20111231, English language, Peer reviewed, PDF full text | 88                   | 16                    | 2                     | 0                     |

| <b>Databas</b>        | <b>Sökord</b>   | <b>Limits</b>  | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|-----------------------|---|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CINAHL With Full Text | Cardiovascular disease AND Conditions                   | Full text, abstract available, Published date from: 20050101-20111231, English language, Research article, PDF full text | 52                   | 9                     | 1                     | 0                     |
| MEDLINE               | Heart diseases AND Lifestyle AND Live quality           | Linked full text, date of publication from 20000101- , Abstract available, English language, Review articles             | 7                    | 3                     | 0                     | 0                     |
| MEDLINE               | Heart diseases AND Lifestyle changes AND Live quality   | Abstract available, English language, Review articles  | 5                    | 1                     | 0                     | 0                     |
| MEDLINE               | Heart failure AND Lifestyle changes AND Quality of life | date of publication from 20000101-20101231, language: english  | 19                   | 1                     | 0                     | 0                     |
| MEDLINE               | Stroke AND lifestyle changes AND Quality of life        |  | 14                   | 0                     | 0                     | 0                     |



| <b>Databas</b> | <b>Sökord</b>  | <b>Limits</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|----------------|--|---|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| MEDLINE        | Ischemic coronary artery disease AND lifestyle changes AND Quality of life |   | 3                    | 0                     | 0                     | 0                     |
| MEDLINE        | Cardiovascular disease AND lifestyle changes                               | Linked full text, date of publication from: 20000101-20101231, abstract available, English languages, review articles, Languages: English | 35                   | 6                     | 1                     | 0                     |
| MEDLINE        | Transient ischemic attack AND lifestyle changes AND Quality of life        |   | 2                    | 1                     | 1                     | 0                     |
| PubMed         | “Cardiovascular disease”, “quality of life”, “lifestyle changes”, care*    | Free full text, has abstract, English   | 4                    | 1                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Cardiovascular disease, quality of life, lifestyle changes, nurs*          | Free full text, has abstract, English   | 6                    | 2                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Ischemic coronary artery disease, lifestyle changes, quality of life       | Free full text, has abstract  | 4                    | 1                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Chronic heart failure, lifestyle, life quality                             | Free full text, has abstract, English   | 7                    | 2                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Heart disease, life quality, lifestyle                                     | Free full text, has abstract, English   | 90                   | 10                    | 5                     | 1                     |

| <b>Databas</b> | <b>Sökord</b>  | <b>Limits</b>   | <b>Antal träffar</b> | <b>Lästa abstract</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|----------------|--|---|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| PubMed         | Heart disease, life quality, nurse role                      | Free full text, has abstract, English   | 6                    | 4                     | 4                     | 0                     |
| PubMed         | Cardiovascular disease, quality of life, communication       | Free full text, has abstract, English, last 10 years  | 64                   | 3                     | 1                     | 1                     |
| PubMed         | Stroke, lifestyle changes, quality of life                   | Free full text, has abstract, English, last 10 years  | 4                    | 0                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Ransient ischemic attack, lifestyle changes, quality of life |   | 2                    | 0                     | 0                     | 0                     |
| PubMed         | Chronic heart faliure, changes, quality of life              | Free full text, has abstract, clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, comparative study, controlled clinical trial, interview, English, pubmed pmc local, loprovpmc | 7                    | 1                     | 1                     | 1                     |

## Översikt av analyserad litteratur

| Författare / Titel  | Tidskrift / År / Land                                    | Syfte   | Ansats / metod  | Urval / studiegrupp  | Huvudsakligt resultat   |
|---|--|---|---|--|---|
| Aoun, S., & Rosenberg, M.<br>Are rural people getting HeartSmart? | Australian Journal of Rural Health<br>2004<br>Australien | The main aim of HeartSmart were: to increase the quality of life of participants through the provision of knowledge and skills about cardiac events and their management, as well as participation in physical activity programs; to increase compliance with diet, exercise and non-smoking regimens and prescribed medications; to reduce the amount of re-admissions with ischaemic heart disease leading to a decrease in cardiac morbidity and mortality. The following evaluation aimed to assess whether these objectives have been met. | Artikeln har en kvantitativ ansats. En specialist-sjuksköterska koordinerade HeartSmart - programmet som bestod av 7 veckors undervisning och träningslektioner. Utvärderingen gjordes i två faser där fas 2 blev själva resultatet. För att samla in data användes en självadministrerad undersökning med ett frågeformulär med 43 frågor. | De som fick vara med i programmet var patienter som hade legat inne på sjukhus pga någon hjärtåkomma relaterat till ischemisk hjärtsjukdom eller var i riskzonen för hjärt- kärlsjukdom. 203 deltagare och 159 kontroll-deltagare var inkluderade i studien. | Utvärderingen resulterade i att deltagarna i HeartSmart-programmet visade signifikanta förbättringar i livskvalitet, följsamhet till medicinering, dietbeteende, viktnedgång och deltagande i fysisk aktivitet. Den största förändringen skedde mellan för- och eftertestet med en beteendeförändring som höll i sig vid sex-månaders uppföljningen. HeartSmart-deltagarna fick också bättre hälsorelaterat beteende, tillit till diet och träning, intag av fettdiet, hjärtkunskap samt livskvalitetspoäng än icke-deltagarna. |

| Författare / Titel  | Tidskrift / År / Land                                 | Syfte  | Ansats / metod  | Urval / studiegrupp  | Huvudsakligt resultat  |
|---|---|--|---|--|--|
| Brodie, D., Inoue, A., & Shaw, D. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. | International Journal of Nursing Studies 2008 England | The aim of the study was to examine the effectiveness of (a) motivational interviewing, compared with (b) standard care, and (c) both combined in a sample of elderly heart failure patients. The outcome measures were generic and disease-specific quality of life questionnaires. | Artikeln har en kvantitativ ansats. Studien var upplagd som en kontrollerad interventionsstudie där patienterna delades upp randomiserat i tre grupper. Grupp 1 – standardiserad vård, grupp 2 – motiverande samtal och grupp 3 – både och. Den standardiserade vården utfördes av en erfaren hjärtsviktssköterska som gjorde efterregistrerings-kvalifikationer i hjärtvården. De motiverande samtalen var 8 st, 1 timma långa, gjordes i hemmet varje vecka av forskaren som inte hade några kliniska kvalifikationer. frågeformulär som användes var; Medical outcomes short form-36 health survey (SF-36), Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ), The Transtheoretical Model (TM) of behaviour change och Readiness-to-Change-Ruler. | Inklusionskriterierna var: 65 år eller äldre, kunna gå, kunna ge skriftligt medgivande, New York Heart Association (NYHA) klassificering II,III eller IV, systolisk vänsterkammardysfunktion bekräftad på ekokardiogram. 197 st var potentiella efter screening, 92 st hade inklusionskriterierna och gav skriftligt medgivande, 60 st fullföljde studien. | Resultatet visade ingen skillnad mellan grupperna vad gällde ålder, hjärt-kärlriskfaktorer, graden av hjärtsvikt, medicin, socialt stöd med mera. Under studiens gång sågs tydliga förbättringar gällande de tre dimensionerna av hälsoundersökningen i motiverande samtalsgruppen. Alla grupperna förbättrade sina poäng i hjärtsviktsfrågeformuläret. Över fem-månaders perioden blev det en generell trend i själv effektivitet och motivationspoäng. |

| Författare / Titel   | Tidskrift / År / Land                  | Syfte  | Ansats / metod   | Urval / studiegrupp   | Huvudsakligt resultat   |
|--|--|--|--|---|---|
| <p>Barrow, D. E., Bedford, A., Ives, G., O'Toole, L., Channer, K. S.</p> <p>An evaluation of the effects of Tai Chi Chuan and Chi Kung training in patients with symptomatic heart failure: a Randomised controlled pilot study.</p> | <p>Postgard Med J 2007<br/>England</p> | <p>To study the effect of Tai Chi on exercise tolerance in patients with moderate heart failure.</p> | <p>Kvantitativ ansats. Randomiserad parallellgruppsstudie utfördes där experimentgruppen fick 55 min långa sessioner Tai Chi per vecka i 16 veckor. Mätinstrumenten som användes var; Incremental Shuttle Walk Test (ISWD), Minnesota Living with Heart Failure Quastionaire (MLHF) och SCL-R questionnaire.</p> | <p>Patienterna som inkluderades skulle haft en stabil symtomatisk hjärtsvikt i minst 3 månader med bevis på systolisk vänsterkammardysfunktion bekräftad med ekokardiogram. 69 patienter gick med på att delta i undersökningen, 4 st föll bort innan randomiseringen, 52 st fullföljde studien. Av dessa hamnade 25 st i experimentgruppen och 27 i kontrollgruppen.</p> | <p>Objektiva mätningar av träningsuthålligheten gav inga signifikanta förbättringar med Thai Chi, men patienterna som tränade Thai Chi fick däremot tydliga förbättringar i sina hjärtsviktssymtom som syntes på Minnesota Heart Feailure Questionnaire där kontrollgruppen hade en sänkning på symtompoäng från 34,0 till 31,6 och experimentgruppen hade en sänkning från 33,0 till 18,1. Detta sågs även vid depressionspoängen genom SCL-R formuläret. Här hade kontrollgruppen en sänkning på depressionspoäng från 60,2 till 57,3 och experimentgruppen hade en sänkning från 58,3 till 51,5.</p> |

| <b>Författare / Titel</b>   | <b>Tidskrift / År / Land</b>                       | <b>Syfte</b>   | <b>Ansats / Metod</b>  | <b>Urval / Studiegrupp</b>   | <b>Huvudsakligt resultat</b>  |
|---|--|--|--|--|---|
| Bosch, M., van der Weijden, T., Grol, R., Schers, H., Akkermans, R., Niessen, L., Wensing, M.<br>Structured chronic primary care and health-related quality of life in chronic heart failure. | BMC Health Services Research 2009<br>Nederländerna | In this study we explored the extent to which structured chronic care features, derived from the Chronic Care Model, are associated with HRQOL and optimal management in heart failure in primary care. We also studied the associations between clinical management and *HRQOL. | Artikelns ansats är kvantitativ. Författarna har gjort en observationsstudie. HRQOL mättes med hjälp av den holländska versionen av the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, summerande poäng på åtta livsstilsråd till hjärtsviktspatienter mättes, en gaffelgrenad variabel användes för att mäta om patienten hade en optimal farmakologisk behandling. Denna variabel utgick från Global adherence index (GAI). De organisatoriska kriterierna mättes med hjälp av skrivna validerade frågeformulär. Datan analyserades på patientnivå och patientdatan jämfördes med läkarens data. | 72 distriktsläkare på 42 vårdcentraler har fått ta fram egna listor på hjärtsvikt – patienter. Inklusionskriterien var diagnosen. Exklusionskriterierna var dödlig sjukdom, problem med det holländska språket, mental sjukdom eller andra praktiska problem. Totalt hamnade summan på 893 patienter varav 511 st gav sitt medgivande. | Variationerna var stora när det gällde nivå och förekomst av strukturerad kronisk vård. Få kopplingar gjordes mellan de organisatoriska särdrag och optimal vård eller hälsorelaterad livskvalitet. Optimal farmakologisk behandling relaterades till bättre livskvalitet. Även mer livsstilsråd gavs på vårdcentraler med ett bokningssystem som gav möjlighet till möte med mer än en profession under vårdtiden. |

\*HRQOL= health related quality of life

| <b>Författare / Titel</b>   | <b>Tidskrift / År / Land</b>  | <b>Syfte</b>   | <b>Ansats / metod</b>  | <b>Urval / studiegrupp</b>  | <b>Huvudsakligt resultat</b>  |
|---|-------------------------------|--|--|---|---|
| Dekker, R. L.,<br>Peden, A. R.,<br>Lennie, T. A.,<br>Schooler, M. P.,<br>Moser, D.K.<br>Living with<br>depressive<br>symptoms:<br>Patients with<br>heart failure. | Am J Crit Care<br>2009<br>USA | The purpose of<br>this study was to<br>describe the<br>experience of<br>persons with heart<br>failure living with<br>depressive<br>symptoms. | Artikeln har en kvalitativ<br>ansats.<br>Artikeln har en beskrivande<br>design som involverar en<br>långtolkad slutsats som ofta<br>är det första steget för att få<br>fram ett fenomen.<br>Författarna använde en<br>semistrukturerade<br>intervjuer som var mellan<br>30-60 minuter långa. Vid<br>analysen användes metoden<br>kvalitativ innehållsanalys. | Inklusions-<br>kriterierna var<br>diagnos på<br>kronisk<br>hjärtsvikt,<br>stabil i sina<br>hjärtmediciner<br>, ingen dödlig<br>sjukdom och<br>inte haft<br>stroke eller<br>hjärtinfarkt de<br>senaste tre<br>månaderna.<br>Undersökning<br>en gjordes på<br>10 patienter. | Deltagare beskrev emotionella<br>och somatiska symtom på<br>depression. Alla deltagare hade<br>negativa tankar som förvärrade<br>deras nedstämdhet ytterligare.<br>Deltagarna kände av många<br>stressorer som förvärrade de<br>depressiva symtomen. Den<br>övergripande strategin för att<br>hantera de depressiva symtomen<br>var att ”tänka på annat”.<br>Patienterna hanterade de<br>depressiva symtomen genom att<br>delta i aktiviteter som träning<br>och läsning samt genom att<br>använda positivt tänkande,<br>spiritualitet och socialt nätverk. |

| Författare / Titel   | Tidskrift / År / Land                      | Syfte   | Ansats / metod  | Urval / studiegrupp   | Huvudsakligt resultat  |
|--|--|---|---|---|--|
| Govil, S., Weidner, G., Merritt-Worden, T., & Ornish, D. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. | American Journal of Public Health 2009 USA | The purpose of our study was to examine the relative effectiveness of the *MCLIP for male and female coronary heart disease patients of lower socioeconomic status when compared with those of higher socioeconomic status. | Artikeln har en kvantitativ ansats. Författarna har undersökt livsstil, riskfaktorer och livskvalitet över en tremånadersperiod. Socioekonomiska och demografiska variabler mättes via frågeformulär, det gjordes hälsokontroller vid både utgångspunkt och efter 3 mån. mätinstrument som användes var; Center for Epidemiologic Studies depression Scale, Cook-Medley Scale, QUL-determined using the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey | Inklusionskriterierna var diagnostiserad hjärt- kärlsjukdom och exklusionskriterierna var patienter som var medicinskt instabila, rökare, bodde en timma eller längre från studiens plats, en historia av missbruk eller en signifikant psykisk sjukdom, någon form av kognitiv sjukdom exempelvis demens, brist på utbildning i det engelska språket. Utifrån socioekonomisk status delades deltagarna in i fyra grupper. Totalt antal deltagare var 869 st. | Vid utgångsläget hade deltagarna med lägre utbildning sämre möjligheter än deltagare med högre socioekonomisk status. Efter tre månader hade alla grupperna rapporterat in vissa förbättringar. Dessa självrappporter var underbyggda med förbättringar i riskfaktorer och åtföljdes av förbättringar i välmående. |

\*MCLIP= *Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program*



| Författare / Titel  | Tidskrift / År / Land                          | Syfte   | Ansats / metod   | Urval / studiegrupp   | Huvudsakligt resultat  |
|---|--|---|--|---|--|
| Poe, S., Dawson, P., Cafeo, C., Sedlander, D., Curtis, C., Meyer, P., Allen, J.<br>Use of the ABC care bundle to standardize guideline implementation in a cardiac surgical population: a pilot study | Journal of Nursing Care Quality<br>2007<br>USA | The purposes of present study were to (1) compare the level of adherence to the *AHA /**ACC guidelines for medication prescription and lifestyle counseling for post-CABG surgical patients at a large urban academic medical center preimplementation and postimplementation of the ABC Care Bundle and (2) evaluate patient adherence to post-discharges risk-reduction therapies 4 months after discharge. | Artikeln har en kvantitativ ansats. Pilotstudien hade sin utgångspunkt i en kvalificerad förbättring i att använda evidensbaserade riktlinjer. Författarna använde sig av en före – och –efter design. | 85st deltagare var slumpvist utvalda före CABG-operationen under en tremånaders-period före genomförandet av ABC Care Bundle. Efter operation blev 182 st tillfrågade att medverka i den resterande delen av studien. Av dessa var det 100 st som gav skriftligt godkännande och 93 st av dessa fullföljde telefonuppföljningen efter fyra månader. | De demografiska och kliniska egenskaperna för för- och eftervårdsgupperna var likvärdiga, förutom vid kön där eftervårdsgruppen hade mer kvinnor. Dokumentering om livsstilsutbildning var högre i eftervårdsgruppen speciellt då det gällde diet, vikt och diabetesutbildning. Nästan alla hade fått skriftlig information om egenvård vid utskrivning. De flesta patienterna tyckte att den var hjälpsam gällande utskrivningsinstruktioner och mediciner. Majoriteten av patienterna talade om att en professionell vårdpersonal hade diskuterat vikten av en hjärthälsosam kost. Patienterna gjorde förändringar genom att äta mat med mindre totalfett, mättat fett, salt och / eller socker. Patienterna började träna mer, var med i hjärtrehabiliterande program och slutade röka. Detta enligt informationen om egenvård. |

\*AHA= American Heart Association

\*\*ACC=American College of Cardiologists

| Författare / Titel   | Tidskrift / År / Land                                | Syfte  | Ansats / metod   | Urval / studiegrupp  | Huvudsakligt resultat  |
|--|--|--|--|--|--|
| Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Kempen, G<br>Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial | Journal of advanced nursing<br>2010<br>Nederländerna | The aim of the study was to assess the effects of the *CDSMP on psycho - social attributes, self-care behavior and quality of life among patients with CHF who experienced slight to marked limitation of physical activity. | Artikeln har en kvantitativ ansats.<br>Författarna har använt sig av en tvågrupps-, slumpmässigt kontrollerad studie. 21 klasser skapades som patienterna sedan slumpmässigt valdes till. Ena gruppen var kontrollgrupp och andra var en interventionsgrupp. Kontrollgruppen fick den vanliga vården med regelbundna träffar med kardiolog eller hjärtsviktssköterska. Interventionsgruppen fick ett 6-veckor långt egenvårdsprogram istället. | Studien utfördes på sex sjukhus i Nederländerna. Inklusionskriterierna var hjärtsviktsdiagnos; systolisk eller diastolisk dysfunktion, en etablerad hjärtsvikt sedan 6 månader, förstå, skriva och prata holländska och kunna ge skriftligt medgivande till studien. 317 patienter var med i studien och då var 131 i kontroll - gruppen 186 var med i interventionsgruppen. | Direkt efter programmet sågs en förändring vad gällde hantering av kognitiva symtom, självvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet. Inga förändringar sågs vid sex och 12 månadersuppföljningen. |

\*CDSMP=Chronic Disease Self-Management Programme



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99