



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom

- En litteraturstudie

Författare: Tildhe Andersson och Marika Risberg

Handledare: Sören Nordh

Kandidatuppsats, litteraturstudie

Hösten 2020

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom

– En litteraturstudie

## Nursing care action in patients with coronary heart disease

– A literature study

Författare: Tildhe Andersson och Marika Risberg

Handledare: Sören Nordh

Kandidatuppsats, litteraturstudie

Hösten 2020

### Abstrakt

Kranskärlssjukdom är den största orsaken till morbiditet och mortalitet i världen hos kvinnor och män. Flera faktorer kan ha inverkan på kranskärlssjukdom. Syftet var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom. Icke systematisk litteraturstudie med integrerad analys valdes som metod där tio vetenskapliga artiklar inkluderats. Integrerade analysen resulterade i tre huvudkategorier identifierades med tillhörande underkategorier. Huvudkategorierna beskriver sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid kranskärlssjukdom. Huvudkategorierna som bildades var *livsstilsfaktorer*, *sjuksköterskans utbildning och kommunikation* samt *sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden*. Sjuksköterskan har en central roll att använda olika omvårdnadsåtgärder och metoder för att påverka patienten till en hälsosam förändring samt minskning av relaterade riskfaktorer och konsekvenser. Mer forskning krävs för att visa på effekterna av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

### Nyckelord

Sjuksköterska, Omvårdnad, Omvårdnadsåtgärder, Kranskärlssjukdom, Prevention, Riskfaktorer, Fysiologiska mätvärden

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Innehåll

Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Grunden till sjuksköterskans omvårdnad .....	2
Kranskärslssjukdom .....	3
Riskfaktorer hos personer med kranskärslssjukdom .....	4
Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder .....	4
Teoretisk referensram .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	8
Dataanalys .....	8
Forskningsetiska avvägningar .....	9
Resultat .....	9
Livsstilsfaktorer .....	10
Fysisk aktivitet .....	10
Rökavvänjning .....	11
Kostrådgivning .....	11
Sjuksköterskans utbildning och kommunikation .....	11
Utbildningsmetoder för sjuksköterskan .....	12
Motiverande samtal .....	12
Sjuksköterskans rådgivning .....	12
Sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden .....	13
BMI och vikt .....	13
Blodtryck och blodfetter .....	14
Hälsorelaterad livskvalitet .....	14
Diskussion .....	15
Diskussion av vald metod .....	15
Diskussion av framtaget resultat .....	17
Livsstilsfaktorer .....	17
Behov av utbildning hos sjuksköterskan .....	19
Sjuksköterskans kommunikation .....	19
Sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden .....	20
Slutsats och kliniska implikationer .....	22
Författarnas arbetsfördelning .....	22
Referenser .....	24
Bilaga 1 (3), Sökschema CINAHL .....	32
Bilaga 2 (3), Sökschema PubMed .....	33
Bilaga 3 (3), Artikelmatris .....	34

# Introduktion

## Problemområde

Kranskärslssjukdom är den största orsaken till morbiditet och mortalitet bland både kvinnor och män i världen (Redfern, 2016). Utvecklingen av hjärtsjukvården är av vikt. Personer med kranskärslssjukdom har förhöjd risk för kortare livstid och sämre livskvalitet.

Kranskärslssjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor och män i Sverige trots utveckling av effektivare akut- och sekundärpreventiv behandling (Socialstyrelsen, 2018).

Dödligheten i kranskärslssjukdom har under de senaste åren minskat i höginkomstländer.

Minskad dödlighet i kranskärslssjukdom är relaterad till både primära och sekundära preventioner samt upprätthållande av hälsofrämjande program (Ghaemian et al., 2020).

Flertalet sekundära preventioner har blivit utvärderade där sjuksköterskeledda kliniker anses framgångsrika (Raferty et al., 2005). Livsstilsfaktorer kan ha inverkan på risken för kranskärslssjukdom. Rökning, fysisk inaktivitet, hypertension, blodfettssrubbningsar samt övervikt och fetma är traditionella riskfaktorer för kranskärslssjukdom (Ghaemian et al., 2020).

Chiang et al. (2018) menar att mer forskning krävs för att utforska hälsoeffekterna av sjuksköterskans interventioner. På grund av den höga mortaliteten och morbiditeten som kranskärslssjukdom medför samt bristen av sammanställd litteratur är det av vikt att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för personer med kranskärslssjukdom.

## Bakgrund

### *Grunden till sjuksköterskans omvårdnad*

Tankemodellen "Omvårdnadsprocessen" ligger till grund för omvårdnad och har utvecklats med syfte att individualisera omvårdnaden (Florin, 2014). Omvårdnadsprocessen består av fem faser som följer efter varandra: datainsamling, diagnos, planering, genomförande och utvärdering. Datainsamling berör informationsinsamling om personens hälsotillstånd. Utifrån en analys av hälsosituationen där exempelvis potentiella problem eller behov av omvårdnad framkommer leder analysen till en diagnos. Utifrån forsknings- och erfarenhetsbaserad kunskap i kombination med personens egna önskemål skapas en planering. Omvårdnadens

genomförande baseras på tillgängliga resurser, situation och tidsramar. Omvårdnadens effekt på tidigare hälsotillstånd bedöms i utvärderingen (Florin, 2014).

Definitionen av personcentrerad vård är: “Genom att lyssna på patientens berättelse kan mänskliga resurser och möjligheter identifieras, vilka kan ligga till grund för en gemensamt formulerad hälsoplan, ett partnerskap” (Ekman et al., 2014, s.79). Personcentrerad vård framhäver att det är viktigt att se patienten som en person och inte en del av sin sjukdom, exempelvis bör deras styrkor, framtidsplaner och rättigheter också uppmärksammas.

Personcentrerad vård är en modell som baseras på en avtalsenlig ordning där patienten involveras och är aktiv i sin vård samt beslutsprocess. Patienten är inom personcentrerad vård inte ett subjekt som tar emot medicinska interventioner. Personcentrerad vård har visats bidra till bättre överenskommelse mellan vårdgivare och patient om behandlingsplaner, ökad patienttillfredsställelse samt bättre hälsoutfall (Ekman et al., 2011).

Svensk sjuksköterskeförening (2017) har gjort en svensk översättning av International Council of Nurses (ICN) etiska kod. ICN:s etiska kod består av fyra områden som sammanfattar riktlinjer för sjuksköterskans etiska handlande. De fyra områdena är sjuksköterskan och allmänheten; sjuksköterskan och yrkesutövningen; sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetare. Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

### *Kranskärslsjukdom*

Kranskärslsjukdom är ett tillstånd av ateroskleros (Wong et al., 2020). Ateroskleros är en kronisk inflammation i form av en instabil aterosklerotiskt ruptur i placket. Rupturen är orsakad av trombocyttaggregation och trombos som leder till hjärt- och kärlsjukdom (Zhu et al., 2018). Kransartärsjukdom är synonymt med kranskärslsjukdom (Persson & Stagmo, 2017). Risken för att utveckla kransartärsjukdom baseras på en interaktion mellan livsstilsfaktorer och gener. Angina pectoris uppstår när syretillförseln till viss del hämmas (Pepine & Nichols, 2007). Kardiovaskulär risk innebär vilken påverkan hälso- eller livsstilen har på risken för kranskärslsjukdom (Joanna Briggs Institute, 2010).

### *Riskfaktorer hos personer med kranskärlssjukdom*

Ogynnsam livsstil har en inverkan kranskärlssjukdom. Riskfaktorer för kranskärlssjukdom är fysisk inaktivitet, rökning, kost, fetma, högt blodtryck och högt kolesterol. Exempel på icke modifierbara riskfaktorer är kön och ålder (Maruthur et al., 2009). Fetma definieras med ett Body Mass Index (BMI) > 30 kg/m<sup>2</sup> och är ett hälsoproblem. Orsakerna till fetma beror på exempelvis stillasittande livsstil och ohälsosam kost (Zhang et al, 2020). Personer med kranskärlssjukdom som lider av övervikt och fetma utgör en högre risk för högt blodtryck och blodfetsrubbnings (De Bacquer et al., 2004). Högt blodtryck är en riskfaktor för morbiditet och mortalitet relaterat till kranskärlssjukdom (Chiang et al., 2010). Blodfetsrubbnings med ökade nivåer av totalkolesterol och LDL-kolesterol (Zhao et al., 2017), höga nivåer av triglycerider (Lee et al., 2017) samt mättat fett är riskfaktorer för kranskärlssjukdom (Bautista & Engler, 2005). LDL-kolesterol leder till progression av kranskärlssjukdom (Landmesser & Hazen, 2018).

### *Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder*

Omvårdnadsåtgärder är en enskild handling för att uppnå ett förväntat mål utifrån en omvårdnadsdiagnos. Omvårdnadsåtgärder utförs för patientens välbefinnande, tillfrisknande och/eller säkerhet. Prevention, behandling och hälsofrämjande insatser innefattas av omvårdnadsåtgärder (Björkvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Prevention innebär tidig identifiering och förebyggande av en patients riskfaktorer (Björkvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Primärprevention innebär att förebygga sjukdom och sekundärprevention syftar till att minska effekterna av sjukdom (Lu et al., 2019). Sekundärpreventiva åtgärder består främst av livsstilsförändring (Knuuti et al., 2019). Sekundärprevention syftar till att personen ska ha möjlighet att återgå till den psykiska, fysiska och sociala situation som fanns före insjuknandet. Ökad kunskap kring sjukdomen, orsak, dess konsekvenser och behandling är ytterligare effekter av sekundärprevention (Hambraeus, 2011). Sjuksköterskor som arbetar på sjukhus är i en bra position för att utbilda och påverka till sekundära preventioner hos personer med kranskärlssjukdom. Patienters följsamhet till sekundära preventioner vid kranskärlssjukdom omfattar exempelvis ökad fysisk aktivitet, viktminskning, rökavvänjning och kostförändring. Följsamhet till sekundära preventioner kan minska mortalitet, hjärthändelser, högt blodtryck, höga blodfetsnivåer samt öka livskvaliteten. Vårdgivare bör arbeta förebyggande både primärt och sekundärt för att minska förekomsten av riskfaktorer samt minska tillhörande morbiditet och mortalitet (Lu et al., 2019).

Fysisk aktivitet är en del av prevention och rehabilitering vid kranskärslssjukdom. Minst 30 minuter av måttligt intensiv fysisk aktivitet rekommenderas varje dag (Rodrigues et al., 2013). Fysisk aktivitet minskar mortaliteten (Wong et al., 2020). Enligt Berndt et al. (2017) är rökavvänjning en effektiv sekundärprevention vid kranskärslssjukdom. Rökavvänjning minskar mortalitetsrisken. Rökavvänjning kan förbättras på sjukhusavdelningar där sjuksköterskan har en central roll på grund av nära kontakt med patienten. Sjuksköterskan ser sjukhusvistelsen som ett bra tillfälle för rökavvänjning men saknar generellt färdighet och tid (Berndt et al., 2017). Kostprevention fokuserar på minskning av kolesterolnivån (DiNicolantonio et al., 2016). Ökat intag av frukt och grönsaker rekommenderas som en del av en hälsosam kost (Dauchet et al., 2006). Nationella hälsoorganisationer rekommenderar koständringar som minskar intaget av mättat fett som en del av preventionen (Jakobsen et al., 2009). Vid viktminskning hos personer med kranskärslssjukdom visades minskad mortalitetsrisk (Manzoni et al., 2011). Personer med kranskärslssjukdom upplever sin hälsorelaterade livskvalitet som lägre (De Smedt et al., 2013). Hälsorelaterad livskvalitet och biokemiska mätvärden är indikatorer för hälsoutfallet i kroniska sjukdomar såsom kranskärslssjukdom (Wong, 2007). Hälsorelaterad livskvalitet hänvisar till erfarenheterna och hälsoområden som påverkas av sjukdom och behandling (Wong, 2007). Patientens välbefinnande och återspeglning av hur sjukdomen och symtom uppfattas inkluderas i hälsorelaterad livskvalitet (De Smedt et al., 2013). Hälsorelaterad livskvalitet anses multidimensionellt och innefattar både positiva och negativa aspekter av hälsa (Wong, 2007).

Under de senaste åren har motiverande samtal använts till prevention och behandling av flertalet hälsobeteenden och sjukdomar. I Sverige rekommenderas motiverande samtal som en del av sjukdomsprevention (Östlund et al., 2016). Rådgivning inkluderar hälsofrämjande arbete och prevention (Moher et al., 2001). Innebörden av motiverande samtal är att stärka en persons egen motivation och engagemang till förändring. Vid övning av motiverande samtal tillämpas förmågan att ställa öppna frågor, bekräfta, reflektera, sammanfatta samt tillhandahålla information och råd (Östlund et al., 2016). Minskade barriärer medför att sjuksköterskan kan öka intaget av forskning vilket påverkar sjuksköterskans vård. Exempel på barriärer är kunskap om forskningsmetoder och kritisk bedömning av forskning (McCleary & Brown, 2003). Arbete i enlighet med vetenskaplig forskning ökar sjuksköterskans kunskap om prevention och hälsofrämjande arbete. Arbetsplatsens organisering och förmedling av vetenskaplig kunskap påverkar i vilken utsträckning sjuksköterskan använder sig av omvårdnadsforskningens resultat (Wilhelmsson & Lindberg, 2007).

### *Teoretisk referensram*

Egenvård innebär att individen själv utför hälso- och sjukvårdsåtgärder istället för hälso- och sjukvårdspersonalen (Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, 2009). Omvårdnadsteorin av Dorothea Orem innefattar en egenvårdsmodell bestående av tre teorier: egenvårdsteorin, teorin om egenvårdsbrist samt teorin om omvårdnadssystemet (Orem, 1995).

Egenvård beskrivs som en frivillig förändring av mänskliga funktioner och en nödvändig utveckling för att bevara individens hälsa och välbefinnande (Orem, 1995). Egenvårdsteorin omfattar personens förmåga till vårdande av sig själv och sina närstående. Egenvård är partiellt en medveten handling och partiellt ett inlärt beteende som utförs med ett bestämt syfte. Faktorer som påverkar förmågan till egenvård är exempelvis ålder, kön, hälsostatus, livsstil, mognadsnivå, familjesituation och socialt nätverk (Orem, 1995).

Teorin om egenvårdsbrist beskriver och tydliggör varför en person är i behov av omvårdnad. Egenvårdsbrist innebär en obalans mellan kapaciteten och kraven på egenvård. Obalansen mellan kapaciteten och kraven på egenvård grundas i begränsningar. Upplevda begränsningar av: kunskap, bedömnings- och beslutsfattande samt begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat leder till egenvårdsbrist (Orem, 1995).

Teorin om omvårdnadssystemet omfattar sjuksköterskans kompetens om att uppfatta befintlig eller hotande obalans. Obalansen innefattar patientens egenvårdskapacitet och de egenvårdskrav som uppstår till följd av patientens hälsotillstånd och situation. Upprättelse av omvårdnadsplan bör ske av sjuksköterskan i samråd med patienten och närstående. Omvårdnadsplanens syfte är att bevara eller återställa egenvårdsbalansen. Genom att sjuksköterskan stödjer patientens egenvårdskapacitet och ökar närståendes förmåga till omsorg minskar patientens egenvårdskrav. Minskat egenvårdskrav leder till en minskad obalans som på längre sikt leder till minskat behov av omvårdnad (Orem, 1995).

Orems egenvårdsteori belyser vikten av att patienten själv utför handlingar för att förbättra sin hälsa. Sjuksköterskans uppgift är att identifiera ohälsosamma levnadsvanor eller annan ohälsa. Sjuksköterskan bör i samråd med patienten och dess närstående upprätta en omvårdnadsplan. Patienten bör följa omvårdnadsplanen och utföra handlingar för att öka sin



hälsa och förbättra sina levnadsvanor. Omvårdnadsåtgärderna för personer med kranskärslsjukdom baseras till viss del på patientens egenvård. Egenvårdsmodellen och de olika teorierna kan ligga till grund för planering och genomförandet av egenvård hos personer med kranskärslsjukdom.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärslsjukdom.

## **Metod**

Metoden var en icke-systematisk litteraturstudie med en induktiv och explorativ ansats. Litteraturstudie är en summering av evidens inom ett forskningsområde (Polit & Beck, 2017). En litteraturstudie kan vara mer eller mindre systematiskt utförd och räknas flertalet gånger som en sekundärkälla. Icke-systematisk litteraturstudie är en litteraturstudie som inte uppnår samtliga krav för att klassas som en systematisk litteraturstudie. En icke-systematisk litteraturstudie strävar inte efter att eftersöka, granska och sammanställa all relevant litteratur, utan endast en del av all relevant litteratur (Kristensson, 2014). Explorativ ansats är en design som har sin centrala utgångspunkt i behovet av djupgående utforskning av ett koncept. Induktiv ansats innebär att studien strävar efter att få en överförbarhet (Polit & Beck, 2017).

## **Urval**

Databaserna PubMed och CINAHL har använts för att söka studier. Enligt Kristensson (2014) innehåller PubMed vetenskaplig litteratur med inriktning på de medicinska vetenskaperna. Databasen CINAHL har inriktning på det vårdvetenskapliga området (Kristensson, 2014). Inklusionskriterierna som användes var att studierna ska vara publicerade de senaste 20 åren i en vetenskaplig tidskrift, vara peer reviewed, vara av kvantitativ design, publicerade på engelska, att studierna ska vara tillgängliga i fulltext samt att alla deltagare har givit ett informativt samtycke. Inkluderade studier skulle även inkludera deltagare med kranskärslsjukdom, kransartärsjukdom eller angina pectoris. Studiens resultat bör kunna representera befolkningen, därav har studier som inkluderar fler än tio deltagare inkluderats.

## **Datainsamling**

Indexord benämns som MeSH i Pubmed och Subject-Headings i CINAHL. Indexord används som ett nyckelord vilket ges till artiklar i en databas. Indexord baseras på vad artikeln berör och gör sökningen mer specifik. Booleska ordet "AND" används för att kombinera två sökord med varandra och "OR" användes för att söka på närliggande begrepp. Sökning i fritext är inte bundet till indexord (Kristensson, 2014). Sökschema och söktermer för båda databaserna: se bilaga 1 och 2. Polit och Beck (2017) menar att sökord bör användas för att få en träffsäker sökning med relevanta studier. Studier som identifierats i sökningen måste granskas för relevans vilket kan göras genom läsning av abstracts (Polit & Beck, 2017).

Datainsamlingen har genomförts stegvis. Titlar har granskats, därefter har abstracts lästs för de studier som ansetts relevanta för syftet. Sista steget innebar läsning i fulltext. Kvaliteten på de inkluderade studierna har säkerställts genom kvalitetsgranskning med granskningsmallar publicerade av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2017). Värdera kvaliteten är av vikt för att dra slutsatser gällande studiernas resultat (Polit & Beck, 2017). Studierna som har inkluderats har en låg risk för bias vilket innebär att inkluderade studier är av hög kvalitet. Låg risk för bias definierades enligt författarna till litteraturstudien att en övervägande del av kriterierna i granskningsmallen uteslöt bias. I granskningsmallen presenterades en låg risk för bias som svaret "ja" på frågorna.

## **Dataanalys**

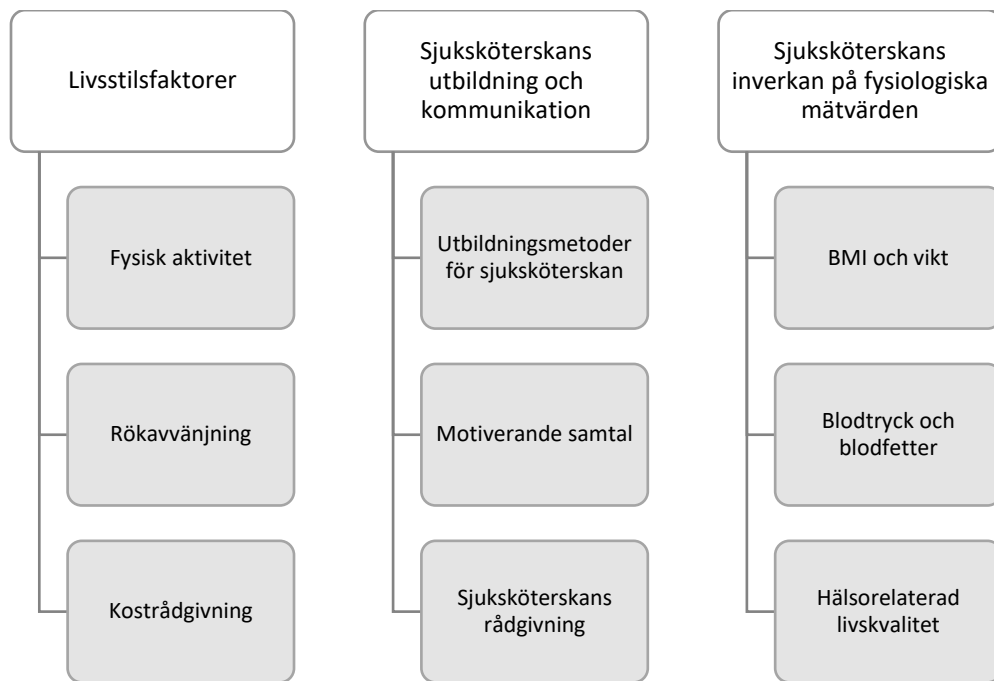
Studien innehåller tio studier där samtliga studier har genomgått en integrerad analys. Kristensson (2014) menar att en integrerad analys används för att sammanställa resultatet i en litteraturstudie. Integrerade studiernas resultat ställs i relation till varandra och gör det möjligt att presentera resultatet på ett överskådligt sätt. Analysen sker i flera steg, exempelvis identifieras övergripande likheter och olikheter. En integrerad analys innebär att identifiera gemensamma teman och mönster (Kristensson, 2014). Analysen av inkluderade studier har genomförts gemensamt av studieförfattarna. Första steget av analysen innebar läsning i fulltext av studierna för att sammanfatta studiens resultat samt identifiera teman och omvårdnadsåtgärder. I nästa steg användes ett dokument där alla teman och omvårdnadsåtgärder fördes in. I dokumentet kunde teman och omvårdnadsåtgärder flyttas runt för att sedan bilda huvudkategorier och underkategorier som innehöll gemensamma teman och omvårdnadsåtgärder. Översikt av analyserad litteratur ses i bilaga 3.

## Forskningsetiska avvägningar

Inkluderade studier har tydligt beskrivit att studiedeltagarna har givit ett informerat samtycke. Inkluderade studier är granskade och har blivit godkända av en etisk kommitté eller har ett tydligt etiskt resonemang. Enligt Polit och Beck (2017) bör en kartläggning av etiska problem finnas i all forskning som innefattar människor. Etiska aspekten är väsentlig när det gäller forskning av omvårdnad eftersom det kan vara en otydlig gräns mellan vad som utgör den praktiska omvårdnaden kontra insamling av data. Forskningsetik delas in i tre principer: välgörenhet, rättvisa och respekt för mänsklig värdighet. Välgörenhet omfattar forskares skyldighet till att minimera skador och maximera fördelar hos deltagarna. Rättvisa inkluderar deltagarnas integritet och rätt till en rättvis behandling. Respekt för mänsklig värdighet inkluderar deltagarnas rätt till självbestämmande. Informerat samtycke skyddar deltagarna i en studie och innebär att deltagarna har tillräcklig information om forskningen för att samtycka eller avvisa medverkan i studien (Polit & Beck, 2017). Vetenskaplig ohederlighet innebär medvetna eller oaktsamma handlingar vilka leder till förvrängda eller falska resultat (Vetenskapsrådet, 2017). Hänsyn till forskningsetik har tagits genomgående under arbetet av litteraturstudien. Författarna till litteraturstudien har tagit ansvar för att inkluderade studiers resultat inte förvrängs eller presenteras på ett felaktigt sätt. Författarna ansvarar för att inte ha gjort några egna tolkningar eller förvrängt inkluderade studiers resultat.

## Resultat

Resultatet baseras på tio studier från åtta olika länder. Integrerad analys bildade tre huvudkategorier som beskriver sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom: *livsstilsfaktorer, sjuksköterskans utbildning och kommunikation* samt *sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden*. Överblick av huvudkategorier samt underkategorier ses i figur 1. Resultatet presenterar sjuksköterskans metoder i form av omvårdnadsåtgärder som visar positiva resultat på kort och lång sikt. Positiv inverkan ses bland annat på livsstilsval och beteende samt fysiologiska mätvärden. Utbildning av sjuksköterskan kan utföras genom olika metoder. Sjuksköterskan kan påverka individen genom motiverande samtal och rådgivning.



Figur 1: Schematisk bild över huvudkategorier och underkategorier

## Livsstilsfaktorer

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder kan påverka livsstilsfaktorer positivt. Huvudkategorin *livsstilsfaktorer* består av tre underkategorier: *fysisk aktivitet*, *rökavvänjning* och *kostrådgivning*.

### *Fysisk aktivitet*

Sjuksköterskan påverkade till ökad fysisk aktivitet genom flertalet omvårdnadsåtgärder (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Jiang et al., 2007; Wood et al., 2008; Zhang et al., 2017). Fysisk aktivitet yttrades och mättes i olika former såsom måttlig fysisk aktivitet, gång (Alsaleh et al., 2016), träningsfrekvens, träningsvaraktighet (Gallagher et al., 2012), fysisk funktion (Zhang et al., 2017) och gångprestanda (Jiang et al., 2007). Sjuksköterskans interventioner bestod av beteendeförändringar (Alsaleh et al., 2016), rådgivning (Wood et al., 2008), hälsoutbildning (Zhang et al., 2017), livsstilsprogram (Gallagher et al., 2012) samt handledning, stöd och coaching (Jiang et al., 2007).

Randomiserade kontrollerade studien av Alsaleh et al. (2016) inkluderade 156 deltagare vilket resulterade i att sjuksköterskan påverkade till beteendeförändring samt ökad gång och måttligt intensiv fysisk aktivitet. Wood et al. (2008) och Zhang et al. (2017) var randomiserade kontrollerade studier som randomiserade 5797 respektive 236 personer. Ökad fysisk aktivitet

sågs vid sjuksköterskeledd rådgivning (Wood et al., 2008). Sjuksköterskelett övergångsprogram resulterade i ökad fysisk funktion (Zhang et al., 2017). Randomiserade kontrollerade studien av Jiang et al. (2007) inkluderade 167 deltagare och resultatet visade på att sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram ökade gångprestandan. Ökad träningsfrekvens och träningsvaraktighet sågs efter ett livsstilsprogram där sjuksköterskan är en del av ett multidisciplinärt team, studien var randomiserad kontrollerad med 147 deltagare (Gallagher et al., 2012).

### *Rökavvänjning*

I en randomiserad kontrollerad studie av Smith och Burgess (2009) randomiserades 276 patienter på sjukhus. I resultatet presenterades att fler personer var fria från rökning av de som fick en sjuksköterskeledd intensiv rökavvänjning. Chansen att sluta röka var dubbelt så hög hos deltagarna som fick sjuksköterskans intensiva rökavvänjning. Resultatet visade att sjukhusbaserat rökavvänjningsprogram utfört av sjuksköterskan hade stor potential att minska hjärthändelser hos personer med hjärt-kärlsjukdom, exempelvis kranskärlssjukdom (Smith & Burgess, 2009).

### *Kostrådgivning*

Sjuksköterskan kunde genom omvårdnadsåtgärder till viss del ge råd och påverka till en mer hälsosam kost. Sjuksköterskeledd kostrådgivning (Wood et al., 2008) och hjärtrehabiliteringsprogram med handledning, stöd och coaching (Jiang et al., 2007) var exempel på kostinterventioner. Wood et al. (2008) visade att patienter med hög kardiovaskulär risk hade ett högre intag av frukt och grönsaker. Jiang et al. (2007) visade att även sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram kunde påverka följsamheten till kostrådgivningen hos personer med kranskärlssjukdom. Högre följsamhet till en steg två diet (låga nivåer av mättat fett och kolesterol) åstadkoms vid sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram (Jiang et al., 2007).

### **Sjuksköterskans utbildning och kommunikation**

Sjuksköterskan utvecklade förmåga och kunskap inom omvårdnadsåtgärder på flera sätt. Sjuksköterskeledda motiverande samtal och rådgivningssessioner kunde användas i flertal situationer. Huvudkategorin *sjuksköterskans utbildning och kommunikation* består av fyra underkategorier: *behov av utbildning hos sjuksköterskan,*

*motiverande samtal* samt *sjuusköterskans rådgivning*.

## **Utbildningsmetoder för sjuusköterskan**

Sjuusköterskans färdighet och kunskap kan förbättras genom flertalet metoder (Dobber et al., 2019; Yousefi et al., 2019). Dobber et al. (2019) var en före-efterstudie som inkluderade 24 deltagare. Randomiserade kontrollerade studien av Yousefi et al. (2019) inkluderade 58 deltagare. Metoder för utbildning är föreläsningsbaserad- och klinisk träning (Yousefi et al., 2019) samt feedback och coaching (Dobber et al., 2019). Klinisk träning visades vara den effektivaste metoden för utbildning (Yousefi et al., 2019). Sjuusköterskan utvecklade sina förmågor och kunskaper att använda sig av motiverande samtal genom feedback och coaching. Sjuusköterskorna som deltog i studien var tillfredställda med innehållet, tillgängligheten och organiseringen av utbildningen av motiverande samtal (Dobber et al., 2019).

### *Motiverande samtal*

Sjuusköterskan kunde använda sig av motiverande samtal som en omvårdnadsåtgärd för att främja en hälsosam livsstil hos personer med kranskärlssjukdom. Dobber et al. (2019) menar att uppmuntring av patienter till upptäckt av livsstilsbeteenden uppnåddes effektivast genom reflektion. Goda reflektioner återspeglade vad patienten har menat men inte sagt och tog patienten till nästa steg i sin tankeprocess kring livsstilsförändring. Motivation kunde långsiktigt stärkas genom reflektion. Patientens kontroll över den förändrade livsstilen betonades genom reflektion och patientens tro på kontroll. Patienter kunde uppleva sig tveksamma inför en livsstilsförändring vilket kunde uttryckas indirekt eller direkt. Sjuusköterskan återspeglade fördelar och nackdelar med livsstilsförändringen på ett sätt som inte dömde patienten för att minska tveksamheten (Dobber et al., 2019).

### *Sjuusköterskans rådgivning*

Sjuusköterskan använde sig av omvårdnadsåtgärden rådgivning som metod och inom olika områden. Sjuusköterskeledd rådgivning resulterade i flera förbättringar hos personer med kranskärlssjukdom (Saffi et al., 2013; Smith & Burgess., 2009; Zhang et al., 2017). Metoder som användes var: intensiv rökavvänjning (Smith & Burgess, 2009), sjuusköterskeledd rådgivning (Saffi et al., 2013) samt hälsoutbildning (Zhang et al., 2017). Rådgivning som gavs av sjuusköterskan resulterade i: effektivare rökavvänjning (Smith & Burgess, 2009), minskade mätvärden (Saffi et al., 2013; Zhang et al., 2017) samt ökad kunskap (Zhang et al.,

2017). Sjuksköterskeledd intensiv rökavvänjning bidrog till att fler var benägna att sluta röka (Smith & Burgess, 2009). Randomiserade kontrollerade studien med 80 deltagare genomfördes av Saffi et al. (2013). Lägre mätvärden hos patienter åstadkoms genom sjuksköterskeledd rådgivning (Saffi et al., 2013) samt sjuksköterskeledda föreläsningar (Zhang et al., 2017). Sjuksköterskeledda föreläsningar resulterade även i att flertal kunskapsområden om kranskärslsjukdom utvecklades (Zhang et al., 2017) och sjuksköterskeledd rådgivning resulterade i minskad kardiovaskulär risk (Saffi et al., 2013).

## **Sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden**

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder påverkade flertalet fysiologiska mätvärden.

Huvudkategorin *sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden*

består av tre underkategorier: *BMI och vikt*, *blodtryck* och *blodfetter* samt *hälsorelaterad livskvalitet*.

### *BMI och vikt*

Flertalet av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder påverkade till sänkt BMI (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Huang et al., 2017; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008; Zhang et al., 2017). BMI sänktes genom: sjuksköterskeledd rådgivning (Alsaleh et al., 2016; Huang et al., 2017; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008), livsstilsprogram (Gallagher et al., 2012), patientutbildning (Huang et al., 2017; Zhang et al., 2017), individuellt anpassad plan (Huang et al., 2017) samt motiverande samtal (Alsaleh et al., 2016). Randomiserade kontrollerade studien av Huang et al. (2017) randomiserade 120 deltagare och resultatet visade att sjuksköterskans grupputbildning och coachningssessioner resulterade i lägre BMI. Flera av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder påverkade personer till viktminskning (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008). Viktminskning sänktes genom: sjuksköterskeledd rådgivning (Alsaleh et al., 2016; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008) och livsstilsprogram (Gallagher et al., 2012). I studien av Wood et al. (2008) rådgavs individerna med ett BMI som var 25 kg/m<sup>2</sup> eller mer en viktnedgång på 5%. Antalet högriskindivider som fick en sjuksköterskeledd rådgivning genomförde i större utsträckning viktnedgången på 5% (Wood et al., 2008). Alsaleh et al. (2016) presenterade i resultatet att ett sjuksköterskelett motiverande samtal bidrog till minskad vikt. Signifikant BMI- och viktminskning visades efter ett livsstilsprogram där sjuksköterskan arbetade i ett multiprofessionellt team med fokus på en hälsosam diet och fysisk aktivitet (Gallagher et al.,

2012).

### *Blodtryck och blodfetter*

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder sänkte både det systoliska och diastoliska blodtrycket (Alsaleh et al., 2016; Huang et al., 2017; Jiang et al., 2007; Saffi et al., 2013; Zhang et al., 2017). Systoliskt och diastoliskt blodtryck sänktes genom: sjuksköterskeledd rådgivning (Alsaleh et al., 2016; Saffi et al., 2013) utbildning (Zhang et al., 2017), hjärtrehabiliteringsprogram (Jiang et al., 2007) och ökad fysisk aktivitet (Alsaleh et al., 2016). Patienter som fick en sjuksköterskeledd intervention med utbildning och individuellt anpassad plan sänkte signifikant det systoliska blodtrycket (Huang et al., 2017). Blodfetter sänktes genom sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder (Huang et al., 2017; Jiang et al., 2007; Saffi et al., 2013; Zhang et al., 2017). Totalkolesterol sänktes genom: sjuksköterskans utbildning av patienter (Huang et al., 2017; Zhang et al., 2017), individuellt anpassad plan (Huang et al., 2017) och sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram (Jiang et al., 2007). LDL-kolesterol sänktes genom: sjuksköterskeledd utbildning av patienter (Huang et al., 2017; Zhang et al., 2017), sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram (Jiang et al., 2007) och rådgivning (Huang et al., 2017; Saffi et al., 2013). Sjuksköterskeledd utbildning av patienter (Zhang et al., 2017) och sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram (Jiang et al., 2007) bidrog till minskade triglycerider.

### *Hälsorelaterad livskvalitet*

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder ökade den hälsorelaterade livskvaliteten (Alsaleh et al., 2016; Huang et al., 2017). Hälsorelaterad livskvalitet kunde ökas genom: fysisk aktivitet och individuell målsättning (Alsaleh et al., 2016) samt sjuksköterskeledd utbildning (Huang et al., 2017). Patientens hälsorelaterade livskvalitet ökade när sjuksköterskan motiverade till ökad fysisk aktivitet och förändring av hälsobeteende. Individuell målsättning, feedback, övervakning samt påminnelser sågs även öka den hälsorelaterade livskvaliteten (Alsaleh et al., 2016). Huang et al. (2017) presenterade en ökning av hälsorelaterad livskvalitet genom en individuell anpassad plan.



## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Tidigare syfte var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid kransartärsjukdom. Under sammanställning av resultatet upptäcktes att tidigare syfte inte inkluderade tillräckligt relevanta studier. Problemet hanterades genom att syftet breddades. Aktuella syftet var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid kranskärlssjukdom. Icke systematisk litteraturstudie ansågs var lämplig för att besvara syftet. Enligt Kristensson (2014) strävar en icke systematisk litteraturstudie efter att eftersöka, granska och sammanställa en del av all relevant litteratur som kan motsvara populationen. På grund av begränsad tid och inkludering av endast kvantitativa studier ansågs en systematisk litteraturstudie inte var genomförbar. Metoden bestod av en explorativ och induktiv ansats. Polit och Beck (2017) menar att en explorativ ansats är en design som utgår ifrån behovet av djupgående utforskning av ett koncept. Induktiv ansats innebär att studien strävar efter att få en överförbarhet (Polit & Beck, 2017). Explorativ ansats användes för att sträva efter en djupgående utforskning eftersom det finns begränsade sammanställningar av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom. Induktiv ansats ansågs relevant eftersom överförbarhet från teori till klinisk implikation av resultat eftersträvades.

Sökning och inkludering av studier genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. Resultatet inkluderade tio studier varav åtta återfanns i både PubMed och CINAHL vilket kunde tydas på datamättnad. Enligt Polit och Beck (2017) innebär datamättnad att ny data inte tillför någon ny information. Datamättnaden var en styrka med metoden på grund av att stora delar av kvantitativa studier som relaterar till syftet har undersökts. En svaghet med metoden var att artikelsökning inte genomfördes i fler databaser för att eventuellt inkludera ytterligare studier som besvarade syftet. Inklusionskriterierna omfattade bland annat att studierna skulle vara publicerade inom de senaste 20 åren. Inklusionskriteriet ansågs rimligt eftersom forskningen inom hjärt- och kärlsjukdomar har utvecklats de senaste 20 åren. Forskning äldre än 20 år ansågs inte vara lika aktuell. Sökorden som användes vid artikelsökning ansågs vara väsentliga. Sökordet "angina pectoris" kan anses som inte relevant till syftet. "Angina pectoris" ansågs fortsatt relevant eftersom det är en kranskärlssjukdom och bidrar till beskrivningen av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Bortfall av studier baserades på att studier inte kunde läsas i fulltext eller inte ansågs relevanta till syftet.

Svårigheter som läsare kan vara att avgöra om författaren till en litteraturstudie har inkluderat all relevant litteratur (Polit & Beck, 2017). Granskningsmallen är därmed ett redskap som avser att ge ett systematiskt underlag till bedömning av risken för bias under forskningsarbetet (SBU, 2017). Studier som inkluderades var av hög kvalitet och låg risk för bias vid kvalitetsgranskning. Forskningsstudier följer en struktur som innehåller huvudsektionerna: introduktion, metod, resultat och diskussion samt inleds med titel och abstract och avslutas med referenser (Polit & Beck, 2017). Inkluderade studier granskades med krav på att de utgick ifrån strukturen samt var godkända av en etisk kommitté eller omfattade ett tydligt etiskt resonemang. Analysprocessen av inkluderade studier genomfördes i flera steg baserat på en integrerad analys av Kristensson (2014). Syftet med den integrerade analysen var att få en överblick över inkluderade studiers resultat, likheter, skillnader och effektivt sammanställa resultatet. Enligt Kristensson (2019) är trovärdighet ett sätt att bedöma den övergripande hållbarheten i en kvalitativ studie. Triangulering är en del av trovärdighetsbegreppet och innebär att minst två personer har genomfört analysen (Kristensson, 2019). Analysprocessens samtliga steg har diskuterats och utförts gemensamt av studieförfattarna vilket ökar trovärdigheten. Trovärdigheten ökade på grund av en stärkt analys och triangulering. Underkategorierna *rökavvänjning* och *motiverande samtal* källhänvisades till en studie vardera i föreliggande resultat. Bristen på fler inkluderade studier under respektive underkategori grundades i bristen på relevanta studier med hög kvalitet. Att endast en källa används under respektive underkategori kan ses som en svaghet med vald metod. Enligt Kristensson (2019) används trovärdighet som ett sätt att bedöma hållbarheten övergripande i en studie. Trovärdigheten hade kunnat stärkas genom att fler studier som omfattar rökning och motiverande samtal inkluderas. Fler studier som relaterade till föreliggande studies syfte samt var av hög kvalitet upptäcktes inte.

Trovärdighetsbegreppet är enligt Kristensson (2014) ett sätt att bedöma den övergripande hållbarheten i en kvalitativ studie. Trovärdighetsbegreppet delas in i giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och verifierbarhet. Giltighet innebär materialets och resultatets stabilitet över tid. Tillförlitlighet baseras på sanningshalten i presenterat resultat. Triangulering innebär att minst två personer har analyserat ett resultat. Överförbarhet utgör i vilken utsträckning ett resultat kan placeras i andra sammanhang. Verifierbarhet innebär i vilken grad resultatet finns presenterat i insamlat material. I vilken utsträckning tolkningar och resultatet kan verifieras omfattas av verifierbarhet (Kristensson, 2014). Sammanställt resultat tyder på överförbarhet till olika sjukvårdssystem och generaliserbarhet eftersom inkluderade studier är från olika

kontexter. Resultatet kan därmed delvis representera populationen. Verifierbarheten är hög på grund av att hänsyn har tagits till forskningsetiska avvägningar. Sammantaget visar den föreliggande studien på en hög trovärdighet. Hög trovärdighet baseras på de åtgärder och handlingar studieförfattarna vidtagit gällande triangulering, överförbarhet, generaliserbarhet och verifierbarhet. Överförbarheten var en styrka med vald metod på grund av att inkluderade studier använder liknande mätvärden vilket förenklar den integrerade analysen och senare ökar överförbarheten.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärslsjukdom. Framtaget resultat visar att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder kan påverka personer med kranskärslsjukdom på flera positiva sätt (Alsaleh et al., 2016; Dobber et al., 2019; Gallagher et al., 2012; Huang et al., 2017; Jiang et al., 2007; Saffi et al., 2013; Smith & Burgess, 2009; Wood et al., 2008; Yousefi et al., 2019; Zhang et al., 2017).

### *Livsstilsfaktorer*

Sjuksköterskan påverkade till ökad fysisk aktivitet genom olika sjuksköterskeledda interventioner (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Jiang et al., 2007; Wood et al., 2008; Zhang et al., 2017). Enligt Wong et al. (2020) minskade mortaliteten vid fysisk aktivitet. Minst 30 minuter av måttligt intensiv fysisk aktivitet rekommenderades dagligen (Rodrigues et al., 2013). I en litteraturstudie av Chiang et al. (2018) visades att sjuksköterskans personcentrerade vård ökade följsamheten av den fysiska funktionen och den fysiska aktiviteten förbättrades. Björkvell och Thorell-Ekstrand (2014) menar att prevention innebär identifiering och förebyggande av en patients riskfaktorer. Resultatet är intressant eftersom det visar på att sjuksköterskan kan minska mortaliteten genom olika omvårdnadsåtgärder och prevention som ökar den fysiska aktiviteten. Orem (1995) beskriver egenvård som en frivillig förändring av mänskliga funktioner. Resultatet kan kopplas till Orems egenvårdsteori eftersom fysisk aktivitet är en frivillig förändring som utförs av individen. Enligt Florin (2014) beskrivs omvårdnadsprocessen som grunden till omvårdnad och har utvecklats för att individualisera omvårdnaden. Fysiska aktiviteten anpassas till individens nivå och kapacitet vilket visar på utgångspunkt i omvårdnadsprocessen och personcentrerad vård. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) omfattar sjuksköterskans ansvarsområde främjande av hälsa. Resultatet visar på att sjuksköterskan främjar hälsa genom

att använda sig av omvårdnadsåtgärder som leder till en ökad fysisk aktivitet och därmed en minskad mortalitet.

Smith och Burgess (2009) menade att sjuksköterskan använde intensiv rökavvänjning för att påverka personer till förbättrad livsstil och rökstopp. Berndt et al. (2017) presenterade rökavvänjning som en effektiv sekundärprevention vid kranskärslsjukdom. Rökavvänjning minskade mortalitetsrisken. Sjuksköterskan hade en central roll i rökavvänjningen (Berndt et al., 2017). Livsstilsförändring är ett exempel på sekundärprevention (Knuuti et al., 2019). Chiang et al. (2018) menade i sin litteraturstudie att patienter som fick personcentrerad vård av sjuksköterska i större utsträckning var benägna att sluta röka. Enligt Orem (1995) kan behovet av omvårdnad grundas i exempelvis kunskapsbrist. Resultatet är av intresse eftersom det visar på att sjuksköterskan kan använda sig av en intensiv rökavvänjning som inkluderar information och utbildning. Individens ökade kunskap om rökning leder senare till ett rökstopp och hälsofördelar. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder innefattar en individuell anpassning vilket visar på personcentrering. Sjuksköterskan har ett ansvar att främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Påverkan till rökstopp som grundas i sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder ses som främjande av hälsa.

Sjuksköterskan påverkade till högre intag av frukt och grönsaker (Wood et al., 2008).Handledning, stöd och coachning av sjuksköterska bidrog till en positiv förändring inom dieten samt en högre följsamhet (Jiang et al., 2007). Dauchet et al. (2006) menade att ett ökat intag av frukt och grönsaker rekommenderas som en del av hälsosam kost. En koständring som minskar intaget av mättat fett var en del av prevention som även rekommenderades av nationella hälsoorganisationer (Jakobsen et al., 2009). Chiang et al. (2018) presenterade i sin litteraturstudie att sjuksköterskeledd övergångsvård ökade följsamheten av kostrekommendationer. Sjuksköterskor är i en bra position för att utbilda och påverka till sekundära preventioner hos personer med kranskärslsjukdom. Följsamhet till sekundära preventioner kan exempelvis minska mortalitet (Lu et al., 2019). Resultatet är intressant eftersom det betonar att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder resulterade i ökad följsamhet av en diet som även rekommenderas av nationella hälsoorganisationer. Ökad följsamhet till rekommenderade diet ses som en del av preventionen och kan därmed minska mortaliteten. Enligt Orem (1995) utförs egenvård av individen själv. Resultatet är av intresse eftersom det visar på individens förmåga till förändring efter sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Enligt

Florin (2014) syftar omvårdnadsprocessen till att individanpassa vården. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid kostrådgivning visar på personcentrering och individanpassad vård.

### *Behov av utbildning hos sjuksköterskan*

Klinisk träning ansågs mest effektiv för utbildning av sjuksköterskan (Yousefi et al., 2019). Coaching och feedback bidrog till utveckling av användandet av motiverande samtal hos sjuksköterskan (Dobber et al., 2019). Sjuksköterskans kunskap och hälsofrämjande arbete samt prevention ökade vid arbete i enlighet med forskning (Wilhelmsson & Lindberg, 2007). Primärprevention innebär att förebygga sjukdom och sekundärprevention syftar till att minska effekterna av sjukdomen (Lu et al., 2019). Utbildning genom olika metoder kan förbättra sjuksköterskans kunskap kring förebyggande av sjukdom och minska effekterna av sjukdom. Orem (1995) beskriver egenvård som en frivillig handling. Sjuksköterskan bör använda sig av egenvård för att öka sin kunskap genom konsumtion av ny forskning. En ökad kunskap som grundas i forskning skapar förutsättningar för att ge en adekvat och anpassad vård enligt Wilhelmsson och Lindberg (2007).

### *Sjuksköterskans kommunikation*

Motiverande samtal användes för att stärka personens reflektion och tankeprocess kring livsstilsförändring. Reflektion stärkte långsiktigt motivation till förändring (Dobber et al., 2019). Enligt Östlund et al. (2016) användes motiverande samtal till prevention och behandling av flertal hälsobeteenden och sjukdomar. Vid utbildning av motiverande samtal tillämpades exempelvis förmågan att ställa öppna frågor samt tillhandahålla information och råd (Östlund et al., 2016). Resultatet visar på att sjuksköterskan genom omvårdnadsåtgärden motiverande samtal kan stärka individen till förändring som leder till hälsofördelar och främjande av hälsa. Svensk sjuksköterskeförening (2017) menar att främjande av hälsa är en del av sjuksköterskans ansvar. Orem (1995) beskriver egenvård som en självvald handling. Enligt Ekman et al. (2014) bör sjuksköterskan lyssna till patientens berättelse. Sjuksköterskan motiverar patienten till självvalda hälsoförändringar samt lyssnar till patientens tankar och reflektioner vilket visar på egenvård och personcentrering.

Sjuksköterskans rådgivning sammanfattas av: intensiv rådgivning (Smith & Burgess, 2009), sjuksköterskeledd rådgivning (Saffi et al., 2013) samt hälsoutbildning (Zhang et al., 2017). Rådgivning anses ha haft flera hälsofördelar (Saffi et al., 2013; Smith & Burgess, 2009; Zhang et al., 2017). Hälsofrämjande arbete och prevention inkluderas i rådgivningen (Moher

et al., 2001). Resultatet är av intresse eftersom det påvisar sjuksköterskans ansvar att rådgiva patienten vilket har flera hälsoeffekter. Hambræus (2011) presenterade att ökad kunskap kring sjukdomen, orsak, dess konsekvenser och behandling är effekter av sekundärprevention. Sjuksköterskans rådgivning leder till ökad kunskap hos patienter vilket är en form av sekundärprevention. Enligt Orem (1995) kan inte åtgärder förväntas av patienten om inte adekvat information och utbildning gällande egenvård har givits. Rådgivning ger utrymme för eget ansvar till förändring hos patienten. Vid rådgivning sätts patientens behov i centrum vilket enligt Ekman et al. (2014) tyder på personcentrering och en individualiserad vård enligt Florin (2014).

### *Sjuksköterskans inverkan på fysiologiska mätvärden*

BMI sänktes genom sjuksköterskeledda interventioner (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Huang et al., 2017; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008; Zhang et al., 2017). Sjuksköterskeledda interventioner resulterade i viktminskning (Alsaleh et al., 2016; Gallagher et al., 2012; Saffi et al., 2013; Wood et al., 2008). Fetma är ett stort hälsoproblem (Zhang et al., 2020). Vid viktminskning hos personer med kranskärslsjukdom visades minskad mortalitetsrisk (Manzoni et al., 2011). I en litteraturstudie av Chiang et al. (2018) visades att sjuksköterskans personcentrerade vård leder till minskat BMI. Resultatet är av intresse eftersom det visar på att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder kan minska BMI och vikt vilket innebär minskad mortalitetsrisk för personer med kranskärslsjukdom. Primärprevention innebär att förebygga sjukdom och sekundärprevention syftar till att minska effekterna av sjukdomen (Lu et al., 2019). Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder syftar till att minska exempelvis BMI och vikt men även andra mätvärden för att arbeta preventivt genom att förebygga sjukdom och minska effekterna av sjukdomen. Enligt Orem (1995) är egenvård en frivillig förändring. Sjuksköterskan använder sig av olika omvårdnadsåtgärder för att motivera individen till förändring och en minskning av BMI och vikt. Individanpassad vård (Florin, 2014) och personcentrering (Ekman et al., 2014) är väsentligt vid minskning av BMI och vikt.

Minskat blodtryck ses vid sjuksköterskeledda interventioner (Alsaleh et al., 2016; Huang et al., 2017; Jiang et al., 2007; Saffi et al., 2013; Zhang et al., 2017). Sänkt systoliskt blodtryck ses vid sjuksköterskans intervention (Huang et al., 2017). Sjuksköterskeledda interventioner sänker patientens blodfetter (Huang et al., 2017; Jiang et al., 2007; Saffi et al., 2013; Zhang et

al., 2017). Högt blodtryck är en riskfaktor för morbiditet och mortalitet relaterat till kranskärlssjukdom (Chiang et al., 2010). Blodfetsrubbingar med ökade nivåer av total kolesterol och LDL-kolesterol (Zhao et al., 2017), höga nivåer av triglycerider (Lee et al., 2017) samt mättat fett är riskfaktorer för kranskärlssjukdom (Bautista & Engler, 2005). LDL-kolesterol leder till progression av kranskärlssjukdom (Landmesser & Hazen, 2018). I en litteraturstudie av Chiang et al. (2018) visades att blodtrycket och nivåer av LDL-kolesterol och triglycerider minskade hos patienter som fick personcentrerad vård av sjuksköterska. Resultatet är intressant eftersom det visar att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder kan sänka blodtrycket och flertalet blodfetter vilket minskar risken för morbiditet och mortalitet respektive riskfaktorer som är relaterat till kranskärlssjukdom. Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan använder tyder på personcentrering (Ekman et al., 2014) och en individanpassad vård (Florin, 2014). Omvårdnadsåtgärder som leder till ett sänkt blodtryck och sänkta blodfetter har sin grund i en frivillig förändring som enligt Orem (1995) innebär egenvård. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) har sjuksköterskan som ansvar att exempelvis förebygga sjukdom. Förebyggande av en patients riskfaktorer är en form av prevention (Björkvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Vid sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder ses ett lägre blodtryck och sänkta blodfetter vilket visar på förebyggande av sjukdom och preventivt arbete.

Sjuksköterskans interventioner ökade den hälsorelaterade livskvaliteten (Alsaleh et al., 2016; Huang et al., 2017). Hälsorelaterad livskvalitet relaterade till erfarenheterna och hälsoområden påverkas av sjukdom och behandling (Wong et al., 2007). Patientens välbefinnande och återspeglning av hur sjukdomen och symtom uppfattas inkluderas i hälsorelaterad livskvalitet (De Smedt et al., 2013). Patienters följsamhet till sekundära preventioner kan öka livskvaliteten (Lu et al., 2019). Resultatet visar på att en följsamhet till sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vilket innebär att sekundära preventioner även ökar livskvaliteten. Resultatet presenterar att en ökad hälsorelaterad livskvalitet kan visa på en god behandling och välfungerande omvårdnadsåtgärder. Ekman et al. (2014) menar att personcentrerad vård innebär att se personen som en individ och inte som en del av sin sjukdom. Florin (2014) menar att omvårdnadsprocessen ligger till grund för en individualiserad vård. Omvårdnadsåtgärder som används för öka hälsorelaterade livskvaliteten innefattar personcentrering och en individanpassad vård. Svensk sjuksköterskeförening (2017) menar att det är sjuksköterskans ansvar att exempelvis lindra lidande. Genom att omvårdnadsåtgärder som ger en ökad hälsorelaterad livskvalitet kan

lidande förebyggas.

Patienters följsamhet till sekundär prevention vilket kan vara ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, rökavvänjning eller kostförändring kan leda till minskad mortalitet inom kranskärlssjukdom. Högt blodtryck och höga blodfetter som relaterar till kranskärlssjukdom kan även minska vid sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Följsamhet till sekundära preventioner ger en ökad livskvalitet. Sjuksköterskans primära och sekundära preventiva arbete minskar morbiditeten och mortaliteten inom kranskärlssjukdom (Lu et al., 2019). Omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom kan ses som en del av den sekundära preventionen. Omvårdnadsåtgärderna sänker flertalet fysiologiska mätvärden och visar på effekterna av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskan kan använda sig av omvårdnadsåtgärder från föreliggande studies resultat för att minska morbiditet och mortalitet inom kranskärlssjukdom.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Framtaget resultat visar på flera omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan använda sig av för att förbättra omvårdnaden av patienter med kranskärlssjukdom. Beskrivningen av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för personer med kranskärlssjukdom visar på konkret påverkan av patientens riskfaktorer, fysiologiska mätvärden samt behovet av kunskap hos sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan arbeta preventivt genom användning av omvårdnadsåtgärder för att minska morbiditeten och mortaliteten. Preventiva arbetet bidrar även med ökad förståelse och kunskap. Effekterna av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom baseras till stor del på individanpassad vård, personcentrering och ansvaret för egenvård. Främjande av hälsa hos personer med kranskärlssjukdom är av vikt. Oberoende arbetsplats kommer sjuksköterskan någon gång under arbetslivet vårda patienter med kranskärlssjukdom. Trots att kranskärlssjukdom är en vanligt förekommande sjukdom erfordras mer forskning för att utforska hälsoeffekterna av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder hos personer med kranskärlssjukdom.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarnas arbetsfördelning har fördelats lika under arbetets gång. Studieförfattarna har gemensamt arbetat med samtliga delar i den föreliggande studien. Vid artikelsökning har sökning i två databaser genomförts enskilt för att sedan gemensamt jämföra, granska och analysera inkluderade studier. Båda studieförfattarna har varit närvarande vid



arbetsseminarium och samtliga handledarträffar. Utformning och formulering av den föreliggande studien har beslutats gemensamt. Båda studieförfattarna är ansvariga för det som har framkommit i föreliggande studie.

## Referenser

Alsaleh, E., Windle, R., & Blake, H. (2016). Behavioural intervention to increase physical activity in adults with coronary heart disease in Jordan. *BMC Public Health*, *16*(643), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3313-5>

Bautista, M. C., & Engler M. M. (2005). The Mediterranean diet: is it cardioprotective? *Progress in Cardiovascular Nursing*, *20*(2), 70–76. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.0889-7204.2005.04558.x>

Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., & Vries, H. (2017). Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. *Research in nursing & health*, *40*(5), 444–458. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/nur.21810>

Björkvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling* (uppl. 2 s. 113–133). Studentlitteratur.

Chiang, C. E., Wang, T. D., Li, Y. H., Lin, T. H., Chien, K. L., Yeh, H. I., Shyu, K. G., Tsai, W. C., Chao, T. H., Hwang, J. J., Chiang, F. T., Chen, J. H., & Hypertension Committee of the Taiwan Society of Cardiology (2010). Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology for the management of hypertension. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, *109*(10), 740–773. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0929-6646\(10\)60120-9](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0929-6646(10)60120-9)

Chiang, C.-Y., Choi, K.-C., Ho, K.-M., & Yu, S.-F. (2018). Effectiveness of nurse-led patient-centered care behavioral risk modification on secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *84*, 28–39. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.012>

Dauchet, L., Amouyel, P., Hercberg, S., & Dallongeville, J. (2006). Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *The Journal of Nutrition*, *136*(10), 2588–2593. <https://doi.org/10.1093/jn/136.10.2588>

De Bacquer, D., De Backer, G., Cokkinos, D., Keil, U., Montaye, M., Ostör, E., Pyörälä, K., & Sans, S. (2004). Overweight and obesity in patients with established coronary heart disease: are we meeting the challenge?. *European heart journal*, 25(2), 121–128. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ehj.2003.10.024>

De Smedt, D., Clays, E., Annemans, L., Doyle, F., Kotseva, K., Pajak, A., Prugger, C., Jennings, C., Wood, D., & De Bacquer, D. (2013). Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *International journal of cardiology*, 168(2), 898–903. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijcard.2012.10.053>

DiNicolantonio, J. J., Lucan, S. C., & O'Keefe, J. H. (2016). The Evidence for Saturated Fat and for Sugar Related to Coronary Heart Disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(5), 464–472. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.11.006>

Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., & Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(1), 28–37. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1474515118784102>

Dombrowski, S. U., Avenell, A., & Sniehoff, F. F. (2010). Behavioural interventions for obese adults with additional risk factors for morbidity: systematic review of effects on behaviour, weight and disease risk factors. *Obesity facts*, 3(6), 377–396. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1159/000323076>

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik* (1 uppl. s. 69–96). Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.00>

Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (2 uppl. s. 47–77). Studentlitteratur.

Gallagher, R., Kirkness, A., Zelestis, E., Hollams, D., Kneale, C., Armari, E., Bennett, T., Daly, J., & Tofler, G. (2012). A randomised trial of a weight loss intervention for overweight and obese people diagnosed with coronary heart disease and/or type 2 diabetes. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 44(1), 119–128. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s12160-012-9369-2>

Ghaemian, A., Nabati, M., Saeedi, M., Kheradmand, M., & Moosazadeh, M. (2020). Prevalence of self-reported coronary heart disease and its associated risk factors in Tabari cohort population. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01526-w>

Hambraeus, K. (2011). Sekundärprevention och rehabilitering. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom* (4 uppl. s. 185–195). Liber.

Huang, Y.-J., Parry, M., Zeng, Y., Luo, Y., Yang, J., & He, G.-P. (2017). Examination of a Nurse-led Community-based Education and Coaching Intervention for Coronary Heart Disease High-risk Individuals in China. *Asian Nursing Research*, 11(3), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.07.004>

Jakobsen, M. U., O'Reilly, E. J., Heitmann, B. L., Pereira, M. A., Bälter, K., Fraser, G. E., Goldbourt, U., Hallmans, G., Knekt, P., Liu, S., Pietinen, P., Spiegelman, D., Stevens, J., Virtamo, J., Willett, W. C., Ascherio, A., & Balter, K. (2009). Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(5), 1425–1432. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.27124>

Jiang, X., Sit, J., & Wong, T. (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *Journal of clinical nursing*, 16(10), 1886–1897. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01838.x>

Joanna Briggs Institute (2010). The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Nursing & health sciences*, 12(3), 288–291. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00548.x>

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R. F., Deaton, C., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B. J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., ... & Bax, J. J. (2019). ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Society of Cardiology*, 41(3), 407–477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Landmesser, U., & Hazen, S. (2018). HDL-cholesterol, genetics, and coronary artery disease: the myth of the ‘good cholesterol’?. *European heart journal*, 39(23), 2179–2182. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy299>

Lee, J., Chang, P., Zhang, Y., Kizer, J., Best, L., & Howard, B. (2017). Triglyceride and HDL-C Dyslipidemia and Risks of Coronary Heart Disease and Ischemic Stroke by Glycemic Dysregulation Status: The Strong Heart Study. *Diabetes Care*, 40(4), 529 - 537. <https://doi.org/10.2337/dc16-1958>

Lu, M., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., & Xia, H. (2019). Relationship between patient’s health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(15/16), 2833–2843. <https://doi.org/10.1111/jocn.14865>

Manzoni, G. M., Villa, V., Compare, A., Castelnovo, G., Nibbio, F., Titon, A. M., Molinari, E., & Gondoni, L. A. (2011). Short-term effects of a multi-disciplinary cardiac rehabilitation programme on psychological well-being, exercise capacity and weight in a sample of obese in-patients with coronary heart disease: A practice-level study. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 178–189. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.542167>

Maruthur, N. M., Wang, N. Y., & Appel, L. J. (2009). Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation*, *119*(15), 2026–2031. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.809491>

McCleary, L., & Brown, G. T. (2003). Association between nurses' education about research and their research use. *Nurse education today*, *23*(8), 556–565. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(03\)00084-4](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(03)00084-4)

Moher, M., Yudkin, P., Wright, L., Turner, R., Fuller, A., Schofield, T., & Mant, D. (2001). Cluster Randomised Controlled Trial To Compare Three Methods Of Promoting Secondary Prevention Of Coronary Heart Disease In Primary Care. *BMJ: British Medical Journal*, *322*(7298), 1338–1342. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7298.1338>

Orem, D., E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5. ed.). Mosby.

Persson, J. & Stagmo, M. (2017). *Perssons kardiologi: hjärtsjukdomar hos vuxna*. (uppl. 8). Studentlitteratur.

Pepine, C. J., & Nichols, W. W. (2007). The pathophysiology of chronic ischemic heart disease. *Clinical Cardiology*, *30*(2), 14-19. <https://doi.org/10.1002/clc.20048>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Raferty, J. P., Guiqing L. Yao, Murchie, P., Campbell, N. C., & Ritchie, L. D. (2005). Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, *330*(7493), 707–710. <https://doi.org/10.1136/bmj.38342.665417.8F>

Redfern, J. (2016). The Evolution of Physical Activity and Recommendations for Patients with Coronary Heart Disease. *Heart, Lung & Circulation*, *25*(8), 759–764. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.04.010>

Rodrigues, R. C. M., João, T. M. S., Gallani, M. C. B. J., Cornélio, M. E., & Alexandre, N. M. C. (2013). The "Moving Heart Program": an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 180-189. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700023>

Saffi, M. A. L., Polanczyk, C. A., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5), 436-443. <https://doi.org/10.1177/1474515113505396>

Smith, M. P., & Burgess, E. (2009). Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 180(13), 1297–1303. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080862>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2018-6-28). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - En handbok*. <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. (ISBN 978-91-7307-352-3). [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)

Yousefi, R., Farsi, Z., & Rajai, N. (2019). Comparing the Effect of Lecture-Based and Clinical Training on Nurses' Knowledge and Skill in Caring for Patients with Angina Pectoris: A Clinical Trial. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 8(3), 1–7.

<https://doi.org/10.5812/msnj.95895>

Zhang, P., Hu, Y., Xing, F., Li, C., Lan, W., & Zhang, X. (2017). Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 74(1), 34–43.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.004>

Zhang, Q., Dong, J., Zhou, D., & Liu, F. (2020). Comparative risk of fracture for bariatric procedures in patients with obesity: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Surgery*, 75, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2020.01.018>

Zhao, Q., Li, J., Yang, J., & Li, R. (2017). Association of total cholesterol and HDL-C levels and outcome in coronary heart disease patients with heart failure. *Medicine*, 96(6), 1–4.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006094>

Zhu, Y., Xian, X., Wang, Z., Bi, Y., Chen, Q., Han, X., Tang, D., & Chen, R. (2018). Research Progress on the Relationship between Atherosclerosis and Inflammation. *Biomolecules*, 8(3), 80–91. <https://doi.org/10.3390/biom8030080>

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2007). Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. *International journal of nursing practice*, 13(4), 254–265. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2007.00635.x>

Wong, E. M., Leung, D. Y. P., Chair, S. Y., & Sit, J. W. H. (2020). Effects of a Web-Based Educational Support Intervention on Total Exercise and Cardiovascular Risk Markers in Adults With Coronary Heart Disease. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 283–292. <https://doi.org/10.1111/wvn.12456>



Wong, M. S., & Chair, S. Y. (2007). Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1334–1342. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.011>

Wood, D., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Backer, G., & Faergeman, O. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9629), 1999–2012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60868-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60868-5)

Östlund, A. S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M. L. (2016). Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2844–2856. <https://doi.org/10.1111/jan.13052>

## Bilaga 1 (3), Sökschema CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Granskade	inkluderade i resultatet
#1	“Coronary artery disease” (fritext) OR “Angina pectoris” (MeSH)	47 510					
#2	“Coronary disease” (MeSH) OR “Coronary heart disease” (fritext)	67 869					
#3	“Nursing care” (MeSH) OR “Nursing interventions” (fritext) OR “Nursing role” (fritext) OR “Nurse’s role” (fritext) OR “Nursing” (fritext)	758 220					
#4	“Lifestyle” (fritext) OR “Life style” (MeSH) OR “Lifestyle changes” (fritext) OR “Risk factors” (MeSH) OR “Secondary prevention” (fritext)	464 004					
#5	“Motivational Interviewing” (MeSH)	3 516					
#6	“Smoking” (MeSH) OR “Smoking cessation” (MeSH) OR “Smoking cessation program” (fritext) OR “Smoking reduction” (fritext) OR “Smoking prevention” (fritext)	74 395					
#7	“Exercise” (MeSH) OR “Exercise therapy” (fritext) OR “Physical training” (fritext) OR “Physical activity” (MeSH)	163 608					
#8	“Diet” (MeSH) OR “Food” (MeSH) OR “Food intake” (MeSH)	255 141					
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	856 067					
#10	#1 AND #3 AND #9	246					
#11	#10 Limits: 20 years, english, peer reviewed, academic journal	170	170	32	12	7	3
#12	#2 AND #3 AND 9	618					
#13	#12 Limits: 20 years, English, peer reviewed, academic journal	378	378	109	24	16	2

## Bilaga 2 (3), Sökschema PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	“Coronary artery disease” (MeSH) OR “Angina pectoris” (MeSH)	104 264					
#2	“Coronary disease” (MeSH) OR “Coronary heart disease” (fritext)	243 136					
#3	“Nursing care” (MeSH) OR “Nursing interventions” (fritext) OR “Nursing role” (MeSH) OR “Nurse’s role” (fritext) OR “Nursing” (fritext)	266 514					
#4	“Lifestyle” (fritext) OR “Life style” (MeSH) OR “Lifestyle changes” (fritext) OR “Risk factors” (MeSH) OR “Secondary prevention” (MeSH)	997 551					
#5	“Motivational Interviewing” (MeSH)	1947					
#6	“Smoking” (MeSH) OR “Smoking cessation” (MeSH) OR “Smoking cessation program” (fritext) OR “Smoking reduction” (MeSH) OR “Smoking prevention” (MeSH)	167 876					
#7	“Exercise” (MeSH) OR “Exercise therapy” (fritext) OR “Physical training” (fritext) OR “Physical activity” (MeSH)	310 284					
#8	“Diet” (MeSH) OR “Food” (MeSH) OR “Food intake” (MeSH)	846 066					
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	2 137 975					
# 10	#1 AND #3 AND #9	76					
#11	#10 Limits: 20 years, english	66	66	24	7	4	2
#12	#2 AND #3 AND #9	309					
#13	#12 Limits: 20 years, english	210	210	78	12	5	3

## Bilaga 3 (3), Artikelmatris

Författare/ år/ land	Titel	Studiens syfte	Design/Metod	Urval/bortfall	Resultat	Gradering
Alsaleh, Windle & Blake 2016 Jordanien	Behavioural intervention to increase physical activity in adults with coronary heart disease in Jordan.	Fastställa effektiviteten av en beteendemässig intervention för en ökad fysisk aktivitet hos patienter med kranskärlssjukdom som inte deltar i strukturerade hjärtrehabiliteringsprogram.	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Studiedeltagare randomiserades antingen till en interventionsgrupp med fokus på att ändra beteende eller till en kontrollgrupp som fick vanlig vård. Interventionen bestod av ett individuellt rådgivningsmöte, sex stödsamtal per telefon (för målsättning, feedback och egenkontroll) och 18 meddelanden med påminnelser.	Randomisering: 156  Bortfall: 11	Vid sex månaders uppföljning visades det att interventionsgruppen hade synnerligen bättre resultat än kontrollgruppen gällande måttlig träning samt gång utifrån aspekterna frekvens, duration och intensitet. Vid sex månaders uppföljning visades det även att interventionsgruppens blodtryck (systoliskt och diastoliskt), vikt och BMI hade minskat medan kontrollgruppen hade ökade värden. Interventionsgruppen hade även högre hälsorelaterad livskvalitet vid sex månaders uppföljning jämfört med kontrollgruppen som hade utvecklat lägre hälsorelaterad livskvalitet.	Låg risk för bias.
Dobber, Latour, Snaterse, van Meijel, ter Riet, Scholte op Reimer & Peters 2018 Nederländerna	Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease.	Utvärdera coaching av sjuksköterskor till skicklig användning av motiverande samtal i ett sekundärt förebyggande program för patienter med kransartärsjukdom.	Design: Före-efter studie.  Metod: Vid fyra månaders intervall fick sjuksköterskor feedback och coaching vid tre tillfällen. Feedback och coaching hölls via telefon eller mail och baserades deras förmåga att använda motiverande samtal i inspelade samtal med patienter med kransartärsjukdom.	Inkluderade i studien: 24  Bortfall: 11	Sjuksköterskor förbättrade sin förmåga att använda motiverande samtal genom feedback och coaching. Sjuksköterskor upplevde tillfredsställelse av interventionen av att utveckla sina förmågor inom motiverande samtal, acceptans och applicerbarhet av feedback, tillfredsställelse av ljudinspelningen.	Låg risk för bias.
Gallagher, Kirkness, Zelestis, Hollams, Kneale, Bennett & Tofler	A randomised trial of a weight loss intervention for overweight and obese people	För att testa en 16 veckors gruppbaserad viktnedgångsintervention i kombination med fysisk aktivitet, diet och	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Deltagare med kranskärlssjukdom och/eller	Randomisering: 147  Bortfall: 15	Resultatet visade att interventionsgruppen minskade i vikt, BMI och midjemått i större utsträckning än vad kontrollgruppen gjorde. Interventionen ledde till att interventionsgruppen ökade sin fysiska	Låg risk för bias.

2012 Australien	diagnosed with coronary heart disease and/or type 2 diabetes.	beteendeändrade strategier med syfte till att öka självförmågan gällande vikt, BMI, midjemått och fysisk aktivitet.	diabetes mellitus typ 2 med BMI mellan 27–39 kg/m <sup>2</sup> var randomiserade till interventionsgruppen HEELP (Hälsosamt ätande, och fysisk livstilsprogram) eller till kontrollgruppen som innefattade vanlig vård. Sjuksköterskan var med i ett multiprofessionellt team.		aktivitet inom frekvens (fysisk aktivitet per vecka) och duration. Kontrollgruppen minskade i frekvens och deras medianvärdet för duration var markant lägre än interventionsgruppen.	
Huang, Parry, Zeng, Luo, Yang & He 2017 Kina	Examination of a Nurse-led Community-based Education and Coaching Intervention for Coronary Heart Disease High-risk Individuals in China.	Att fastställa effekten av sex månaders samhällsförankrad intervention på kranskärlsrisk hos personer med hög risk för kranskärlssjukdom.	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Deltagare med hög 10-års kranskärlsrisk inkluderades från två samhällen i Kina. Interventionsgruppen fick tre månaders grupputbildning och tre månaders coachingsessioner. Fysisk undersökning och självskattningsfrågeformulär användes för att samla in data både före och efter interventionen. Sjuksköterskor utförde interventionen.	Randomisering: 120  Bortfall: 18	Interventionen ledde till lägre systoliskt blodtryck, lägre total kolesterol och lägre BMI hos interventionsgruppen. Interventionsgruppen utvecklade även högre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med gruppen som fick vanlig vård.	Låg risk för bias.
Jiang, Sit & Wong 2006 Kina	A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China.	Undersöka effekten av ett sjuksköterskelett hjärtrehabiliteringsprogram gällande hälsobeteende och fysiologiska riskfaktorer hos patienter med kranskärlssjukdom i Chengdu i Kina.	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Patienterna med kranskärlssjukdom som nådde upp till studiens kriterier randomiserades till antingen en interventionsgrupp (hjärtrehabiliteringsprogram) eller till en kontrollgrupp (standardvård). Förändringen av	Randomisering: 167  Bortfall: 26	Vid tre månaders uppföljning visade interventionsgruppen lägre total kolesterol, triglycerider och LDL samt lägre blodtryck (både systoliskt och diastoliskt). Interventionsgruppen visade även högre gångprestanda. Vid sex månaders uppföljning visade interventionsgruppen på högre gångprestanda, lägre triglycerider, lägre LDL och viktminskning.	Låg risk för bias.

			hälsobeteende och fysiologiska riskfaktorer mättes för att utvärdera programmets effekt. Uppföljning skedde vid tre och sex månader.			
Saffi, Polanczyk, Rabelo-Silva 2014 Brasilien	Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial	Utvärdera effekten av systematiska, sjuksköterskeledda individuella livsstilsrådgivningssessioner på minskningen av den 10-åriga kardiovaskulära risken hos patienter med kransartärsjukdom.	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Sjuksköterskeledd rådgivning till interventionsgruppen under ett år. Kontrollgruppen fick standardiserad vård.	Randomisering: 80  Bortfall: 6	Minskning av kardiovaskulär risk i interventionsgruppen och risken ökar i kontrollgruppen. Ökning av BMI hos kontrollgruppen. Vikt ökar i kontrollgruppen och minskar i interventionsgruppen. LDL har minskat i interventionsgruppen men ökat i kontrollgruppen. Blodtryck (systoliskt och diastoliskt) ökar i kontrollgruppen och minskar i kontrollgruppen.	Låg risk för bias.
Smith & Burgess 2009 Kanada	Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial.	Utvärdera effekten av rökavvänjning genom antingen intensiv eller minimal sjuksköterskeledd intervention.	Design: Randomiserad kontrollerad studie.  Metod: Deltagarna randomiserades till antingen intensiv eller minimal intervention. Minimal intervention innehöll rådgivning av läkare och sjuksköterska samt delgavs två broschyrer. Intensiv intervention innehöll den minimala interventionen samt 60 minuter rådgivning, material att ta med hem och 7 rådgivningssamtal från sjuksköterska två månader efter utskrivning.	Randomisering: 276  Bortfall: 4	Antalet som själva angav sig sluta röka var högre i interventionsgruppen med intensiv intervention jämfört med interventionsgruppen med minimal intervention. Antal bekräftade personer som hade slutade röka efter 1 år i procent var 54 % i intensiv interventionsgrupp och 35 % i minimal interventionsgrupp.	Låg risk för bias.

<p>Wood, Kotseva, Connolly, Jennings, Mead, Jones, Holden, Bacquer, Collier, Backer &amp; Faergeman</p> <p>2008</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial.</p>	<p>Undersöka om sjuksköterskeledd multidisciplinärt förebyggande familjebaserat kardiologiprogram kunde förbättra standarden av förebyggande vård inom rutinmässig klinisk praxis.</p>	<p>Design: Matchad grupprandomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Metod: Tolv sjukhus och tolv allmänna kliniker var randomiserade till antingen interventionsgruppen som baserades på ett interventionsprogram på sjukhus eller till kontrollgruppen som innefattade vanlig vård på allmän klinik. Patienterna som randomiserades hade kranskärlsjukdom eller hade en hög risk att utveckla hjärtkärlsjukdom. Patienternas partners inkluderades också i studien. Uppföljning skedde efter 1 år. Sjuksköterskan utförde interventionen på de allmänna klinikerna.</p>	<p>Randomisering: 5797 patienter</p> <p>Bortfall: 1833 patienter</p>	<p>Sjuksköterskeledda interventionen för patienter med hög risk att utveckla hjärtkärlsjukdom visade vid uppföljning efter ett år på ett ökat intag av frukt och grönsaker, ökad fysisk aktivitet, viktneđgång och lägre blodtryck.</p>	<p>Låg risk för bias.</p>
<p>Yousefi, Farsi &amp; Rajai</p> <p>2019</p> <p>Iran</p>	<p>Comparing the Effect of Lecture-Based and Clinical Training on Nurses' Knowledge and Skill in Caring for Patients with Angina Pectoris: A Clinical Trial</p>	<p>Utvärdera effekten av föreläsningbaserad- och klinisk träning gällande kunskap och färdighet hos akutsjuksköterskor som vårdar patienter med angina pectoris.</p>	<p>Design: Randomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Metod: Sjuksköterskor randomiserades till tre grupper vilket var föreläsningbaserad utbildning, klinisk träning eller kontrollgrupp.</p>	<p>Randomisering: 58</p> <p>Bortfall: 2</p>	<p>Kunskapen och färdighet direkt efter interventionen var störst hos sjuksköterskorna som fick en klinisk träning. Kunskap och färdighet efter en månad var störst hos personer som fick en klinisk träning.</p>	<p>Låg risk för bias.</p>
<p>Zhang, Hu, Xing, Li, Lan &amp; Zhang</p> <p>2017</p>	<p>Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-</p>	<p>Undersöka effekten av ett sjuksköterskelett övergångsprogram för de kliniska resultaten av</p>	<p>Design: Randomiserad kontrollerad studie.</p>	<p>Randomisering: 236</p> <p>Bortfall: 37</p>	<p>Efter interventionen hade interventionsgruppen lägre blodtryck, blodfetter (total kolesterol, triglycerider,</p>	<p>Låg risk för bias.</p>

Kina	related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial	hälsorelaterad kunskap samt fysisk och mental hälsa hos patienter med kransartärsjukdom.	Metod: Interventionsgruppen fick en sjuksköterskeledd övergångsvård utöver vanlig vård. Interventionen omfattade en strukturerad bedömning och hälsoutbildning följt av sju månaders individuell undervisning och coaching. Kontrollgruppen fick rutinvård och uppföljningskontakt med jämförbar längd.		LDL) samt BMI jämfört med kontrollgruppen.	
------	---	--	---	--	--	--