

HÖGSKOLAN KRISTIANSTAD
Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
Tfn: 044-20 30 00

Uppsatskurs i omvårdnad 10p (41-60)
C-uppsats 10 poäng

Undervisningsbehov vid ischemisk hjärtsjukdom
- En litteraturstudie om patientens uppfattning

Datum: 2006-01-13
Författare: Delfina Iordache
Inger Segerbäck

Handledare: Lena Helander

Examinator: Anna Ekwall

**Department of Health Sciences
291 88 Kristianstad
044-20 30 00**

Nursing, Scientific paper 10 p (41-60p)
C-paper, 10 points

TITLE:

PERCEIVED LEARNING NEEDS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

AUTHORS:

DELFINA IORDACHE
INGER SEGERBÄCK

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the self-perceived learning needs in patients with Coronary Heart Disease (CHD). CHD is the leading cause of death worldwide. Poor compliance is one of the causes of rehospitalisation. Patients suffering from CHD need education in order to manage their disease and prevent readmission to hospital. As hospital stays diminish the time available for patient education is limited. It is therefore vital to identify the learning needs of patients in order to achieve optimal educational intervention. By allowing the patients themselves to express their wishes for education, their motivation to engage in self-care is increased. A systematic literature review was carried out. Electronic database searches as well as a manual search resulted in 13 quantitative and three qualitative articles that were included in the study. Patients considered all information categories important to learn. Medication, symptom recognition and management, treatment and anatomy and physiology were ranked as top categories. Patients with CHD perceived learning needs in all areas related to CHD. The results of this study could be used to create tailored educational programmes in order to increase patient compliance and thus decrease hospital readmissions.

Keywords: angina, myocardial infarction, heart failure, learning needs, education needs, information needs, nursing

Innehållsförteckning

BAKGRUND	1
SYFTE	3
METOD	4
DESIGN	4
SÖKMETOD.....	4
URVAL	4
KVALITETSBEDÖMNING	5
ANALYS	5
ETISKA ASPEKTER	6
RESULTAT	6
MEDICINER	6
TECKEN PÅ FÖRSÄMRING OCH SYMTOM	6
BEHANDLINGAR	7
HJÄRTATS ANATOMI OCH FYSIOLOGI	7
RISKFAKTORER	7
AKTIVITET	8
KOST	8
PSYKOLOGISKA FAKTORER	8
UNDERVISNINGSBEHOV RELATERAT TILL ÅLDER, KÖN, UTBILDNINGSNIVÅ OCH DIAGNOS	9
DISKUSSION	10
METODDISKUSSION.....	10
RESULTATDISKUSSION	14
REFERENSER	19

Bilagor

- Bilaga 1 Sökschema
- Bilaga 2 Artikelöversikt
- Bilaga 3 Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning
- Bilaga 4 Undervisningsbehoven i medeltal
- Bilaga 5 Rangordning av undervisningskategorierna

BAKGRUND

Bland sjuksköterskans uppgifter enligt Socialstyrelsens ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska” (Socialstyrelsen 2005a) finns förebyggande arbete, information, undervisning och handledning. I Lag 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ”den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”. (Wilow 2004). Patientundervisning har bedrivits länge. Redan Florence Nightingale betonade 1893 i sin bok ”Sick nursing and health nursing” vikten av att sjuksköterskan försöker hjälpa den sjuke att mobilisera sina egna läkande krafter.

Patientundervisning kan enligt Rankin och Stallings (2001) beskrivas som ”the process of improving knowledge and skills in order to influence the attitudes and behavior required to maintain or improve health”. I Nationalencyklopedien (1994) definieras patientundervisning som ”sådan verksamhet inom både medicin och omvårdnad som syftar till att öka patientens möjligheter att själv återställa hälsa eller att leva med sjukdom eller handikapp”. Sjuksköterskan måste kunna bedöma varje patients behov och ge individualiserad undervisning anpassad efter patientens kunskaper, utbildningsnivå och livssituation (Rankin & Stallings 2001).

Ischemisk hjärtsjukdom uppstår när hjärtats koronarkärl inte får tillräckligt med syre och är en följd av ateroskleros i kärlen. Ischemin kan vara av olika allvarlighetsgrad och resultera i angina pectoris och hjärtinfarkt samt leda till hjärtsvikt. Vid angina pectoris orsakar syrebristen till hjärtat bröstsmärtor vid ansträngning och i svårare fall även i vila. Angina pectoris behandlas med kärlvidgande medel. En hjärtinfarkt uppstår när ett kranskärl täpps till av en tromb med ischemi i myokardiet som följd (Ericson & Ericson 2002). Hjärtinfarkt är den vanligast dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen 2005b). Flest män får hjärtinfarkt i åldern 70 – 80 år medan flest kvinnor insjuknar när de är fem till tio år äldre (Persson 2004). Behandlingen vid hjärtinfarkt fastställs utifrån graden av infarkt, bakomliggande sjukdom och patientens allmäntillstånd. Lindring av smärta och ångest har högsta prioritet (Persson 2004). Sekundärpreventionen/rehabiliteringsprogrammet efter hjärtinfarkt består i Sverige av farmakologisk behandling, besök på sjuksköterskemottagning och läkarbesök (Socialstyrelsen 2004). Hjärtsvikt uppkommer genom att hjärtat på grund av ischemi inte orkar pumpa

tillräckligt med syre ut till vävnaderna (Ericson & Ericson 2002). Antalet patienter med hjärtsvikt ökar eftersom dödligheten i hjärtinfarkt minskar och bättre läkemedel utvecklats (Cowie et al. 1997). Hjärtsvikt är ett kroniskt, progressivt tillstånd med dålig prognos (O'Connell 2000). Hjärtsviktsbehandlingen är farmakologisk och syftar till att avlasta hjärtat (Ericson & Ericson 2002).

Vissa riskfaktorer för att utveckla ischemisk hjärtsjukdom är inte påverkbara. Ålder (stigande), manligt kön och ärftlighet hör till denna kategori (Ericson & Ericson 2002, Persson 2004). Påverkbara faktorer är framförallt rökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes mellitus, stressande psykosocial miljö och låg fysisk aktivitet (Wilhelmsen 2000).

The European Society of Cardiology har utfärdat riktlinjer för vilka områden som bör ingå i undervisningen av patienter med hjärtsvikt. De viktigaste av dessa är hur symtom känns igen och hur de egenbehandlas, prognos, rådgivning om mediciner, t.ex. diuretikaanvändning, daglig fysisk aktivitet, rökning, övervikt och vaccinationer (The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology 2001).

En människans upplevelse av sammanhang är enligt Aron Antonovskys (1991) hälsomodell avgörande för hennes förmåga att klara av en stressfylld situation. Att ha en ischemisk hjärtsjukdom är en ångestfylld och skrämmande upplevelse. Känslan av sammanhang kan enligt Antonovskys modell öka om patienten kan uppleva sin sjukdomssituation som begriplig, meningsfull och hanterbar. Begriplighet kan innebära att förmedla kunskap om hur hjärtsjukdom uppstår. Meningsfull kan uppnås genom att sjuksköterskan förklarar för patienten hur egenvården kan förbättra symtomen. Ökad hanterbarhet kan upplevas genom att patienten känner inflytande över sin vård samtidigt som sjuksköterskan hjälper till att sätta upp realistiska delmål och mål för egenvården. Dorothea Orem's definition av egenvård är "the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being". (Orem 1995). Några av egenvårdsbehoven är enligt Orem's modell att känna igen symtom, att veta när man ska uppsöka sjukhus och att lära sig leva med sin sjukdom. Dessa behov är i högsta grad relevanta för hjärtpatienter. Orem's människosyn kännetecknas av hennes tilltro till människans förmåga att genom undervisning och inläring utveckla sin egenvård.

Många patienter vet inte vad som händer med dem vid en hjärtinfarkt och hur de ska klara livet efter infarkten (Calkins et al. 1997). Det framkom i Thompson, Ersser och Webster

(1995) att patienter efter en hjärtinfarkt upplevde att behovet av undervisning inte tillfredsställdes tillräckligt under vårdtiden. Anledningen till att patienter med hjärtsvikt behöver upprepad sluten sjukhusvård anses vara att de inte lärt sig känna igen tecken på försämring i sitt tillstånd. De klarar inte av att följa egenvårdsinstruktioner och tar inte mediciner som ordinerats (Michalsen, König & Timme 1998). Sjukvårdskostnaderna för hjärtsviktpatienter stiger därför ständigt (O'Connor 2000). Jackson, Daly och Davidsson (2000) undersökte hur tio patienter upplevde tiden efter sin första hjärtinfarkt. Undersökningen visade att de inte kände att de fick tillräcklig undervisning om sin sjukdom eller inte kunde ta till sig undervisningen. Forskarna drog slutsatsen att mera ändamålsenlig undervisning från sjuksköterskan hade kunnat leda till att patienten fått kraft att ta sig igenom sin sjukdom och rehabilitering på ett bättre sätt (empowerment). När sjuksköterskan arbetar enligt empowerment-modellen är hennes främsta syfte att göra patienten delaktig och medbestämmande i sin vård. Patienten har rätt att påverka och medverka i sin egenvård. Nya beteenden stärks och stödjes och en aktiv medverkan av patienten uppmuntras (Zauszniewsky 1997). Patienten måste känna ett behov av kunskap om inläring ska kunna ske. Kunskap ökar känslan av kontroll och leder till bättre compliance (Knox, Mischke & Williams 2001). Compliance definieras av WHO som "the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes corresponds with agreed recommendations from a provider". (Sabaté 2003). Världshälsoorganisationen hävdar också att patienterna måste få stöd och inte kritik (a.a.). Sjuksköterskor och patienter har inte alltid samma åsikter om vad patienterna behöver lära sig (Hagenhoff et al. 1994). Om undervisning sker utifrån patientens egna önskemål motverkas att patienten känner sig maktlös och utanför (Zauszniewsky 1997). När sjuksköterskor känner till vilka undervisningsbehov patienter upplever att de har kan deras undervisning individualiseras och målinriktas.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vilka behov av undervisning patienter med ischemisk hjärtsjukdom har enligt sin egen uppfattning.

METOD

Design

Undersökningen genomfördes i form av en systematisk deskriptiv litteraturstudie. En litteraturstudie är en sammanfattning av den kunskap som finns om en frågeställning kring ett forskningsproblem. Sammanfattningen sammanställs genom att söka, välja ut, kritiskt granska och beskriva information som finns om ämnet (Olsson & Sörensen 2000, Beck & Polit 2004). Resultatet grundades på 16 vetenskapliga artiklar.

Sökmetod

Sökning gjordes i databaserna Medline, CINAHL, Cochrane och Eric. Sökord som användes var *learning, education, information, teaching, needs, heart, patients, angina, myocardial infarction, heart failure, nurse, nursing* i olika kombinationer. Manuell sökning skedde i referenslistor till bakgrundslitteratur och i review-artiklar. Sökbegränsningar utgjordes av artiklar som var publicerade mellan 1995 och 2005 och skrivna på svenska, danska, norska, engelska, tyska och franska. Sökord och utfall visas i sökschema (Bilaga 1).

Urval

Ungefär femton artiklar som svarade mot syftet valdes ut. Urvalskriterierna var att artiklarna skulle handla om patienter som lider av ischemisk hjärtsjukdom, det vill säga angina pectoris, hjärtinfarkt eller hjärtsvikt. Dessutom skulle artiklarna vara vetenskapliga och bygga på empiriska studier. Artiklarna fick innefatta både män och kvinnor och patienter över 18 år.

Artikelsökningen inleddes i databasen Pubmed med sökorden ”learning needs heart patients” med begränsning till titel och i överensstämmelse med syftet. På grund av det relativt låga utfallet, beslöts att i kommande sökningar inte ha några begränsningar var i artikeln sökorden skulle finnas. Fyra artiklar exkluderades. Två var review-artiklar, en handlade bara om symtom och egenvård och en svarade vid genomläsning inte mot syftet. Sökning gjordes även i tidigare valda artiklars referenslistor och i review-artiklar men inga ytterligare artiklar upptäcktes. Sökningen resulterade i 16 artiklar från åren 1996 – 2005 (Bilaga 2).

Kvalitetsbedömning

Kvalitetsbedömning av de valda artiklarna gjordes enligt granskningsprotokoll från Willman och Stoltz (2002) i tillämpliga delar (Bilaga 3). Protokollet för granskning av kvantitativa artiklar modifierades genom tillägg av frågan ”Presenterades hela resultatet överskådligt?” Artiklarna tilldelades betyget Bra, Medel eller Dålig. För de kvantitativa artiklarna var kriterierna för att få betyget Bra att minst tre av följande villkor var uppfyllda: att exklusionskriterierna var adekvata, att bortfallsstorleken redovisats, att validiteten och reliabiliteten var goda och att hela resultatet var överskådligt presenterat. Validiteten ansågs god om enkäten granskats av en expertpanel. Reliabiliteten ansågs säkerställd om enkäten hade en Cronbach's alpha koefficient på mer än 0,70 (Forsberg & Wengström 2003). För att få betyget Medel måste minst två av ovanstående kriterier vara uppfyllda. För de kvalitativa artiklarna var kriterierna för att få betyget Bra att alla följande kriterier var uppfyllda: att resultatet var redovisat klart och tydligt, att urvalsförfarandet, datainsamlingen och analysen var tydligt beskriven och att resultatet var adekvat beskrivet och analyserat. För att få betyget Medel måste minst två av kriterierna vara uppfyllda. Om ett slumpmässigt (randomiserat) urval tillämpas ökar generaliserbarheten hos en undersökning (Olsson & Sörensen 2001). Som beskrivs i Forsberg och Wengström (2003) är dock ett konsekutivt urval det vanliga vid undersökningar av patienter i sjukvården. Det innebär att t.ex. de 25 första patienterna som läggs in med diagnosen hjärtinfarkt på en avdelning tillfrågas om de vill delta i en undersökning (a.a.). Av denna anledning ansågs inte frågor om randomisering hos undersökningarna relevanta att ta med i kriterierna för bedömning av artiklarnas kvalitet.

Studien omfattade 13 kvantitativa och tre kvalitativa undersökningar.

Analys

Artiklarna genomlästes av författarna var för sig och diskuterades sedan gemensamt. Efter noggrann genomgång av alla enkäter, modifieringar av dessa och intervjufrågor, fastställdes att följande undervisningskategorier bäst täckte resultatet i de 16 artiklarna. Dessa kategorier var *mediciner, tecken på försämring och symtom, behandlingar, hjärtats anatomi och fysiologi, riskfaktorer, aktivitet, kost och psykologiska frågor*. Resultatet sammanställdes under dessa undervisningskategorier.

Etiska aspekter

Samtliga de undersökningar, som beskrevs i de i studien ingående artiklarna, var granskade och godkända av etisk kommitté. Redovisningen var trogen primärkällan och påverkades inte av författarnas egna hypoteser eller åsikter (Forsberg & Wengström 2003).

RESULTAT

De flesta patienterna ansåg att alla undervisningskategorier var viktiga att lära sig mera om. Se bilaga 4. Hur patienterna rangordnade de olika undervisningskategoriernas viktighet i medeltal för hela materialet framgår av bilaga 5. I de tre kvalitativa undersökningarna av Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005), McGillion et al. (2004) och Shih och Shih (1999) ansågs de flesta av de åtta kategorier vara viktiga att lära sig mera om. Kategorierna rangordnades inte och det har tolkats som att alla var lika viktiga = 1 i rangordningen. Resultatet redovisas i den ordning patienterna rangordnade dem.

Mediciner

Mediciner ansågs som viktigast att lära sig mera om av flest patienter. Undervisningen om mediciner innefattade hur och när medicinen ska tas, vilken effekt den har och vilka biverkningar som kan uppträda. Patienterna hos McGillion et al. (2004) upplevde att de hade många mediciner som de inte visste varför de ordinerats. De var också förvirrade, förstod inte när de skulle ta sina mediciner och var inte säkra att de tog tablettorna rätt. "I'm on a ton of medication, it's so hard to get it right, I need help with this." "I have so many pills and I don't know what I'm taking the pills for, I always get confused and I'm not sure if I'm taking them right." (a.a. s. 16). Att få undervisning om effekten av sina mediciner var viktigt för männen med hjärtsvikt hos Shih och Shih (1999). "The nurses told me the purpose of the medication". (a.a. s. 63).

Tecken på försämring och symtom

Undervisning om symtom innefattade hur symtom på angina, hjärtinfarkt och försämring av hjärtsvikt känns igen, hur de kan egenbehandlas och när patienten ska uppsöka sjukhus. Både patienter hos Shih och Shih (1999) och hos McGillion et al. (2004) upplevde att de kände sig osäkra när de skulle bedöma sina bröstsmärtor. "The one thing that's ongoing for the rest of

your life is angina and learning to identify that you're having it". "I'm constantly trying to figure out if it is angina I'm having or not." (McGillion et al. 2004, s. 15). "I did not know how to deal with my chest pain". (Shih & Shih 1999, s. 63). En del patienter kände sig osäkra på hur de skulle tolka sina symtom när de kom hem från sjukhuset (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005). "I was surprised about the physical weakening; it was unbelievable. When I was at home again, the questions emerged... (a.a. s. 40).

Behandlingar

I undervisningen om behandlingar skulle ingå vilka behandlingar som patienten ska genomgå, vad dessa innebär, hur de ska genomföras och vilket resultat som kan förväntas uppnås med dem. Patienterna i studien av McGillion et al. (2004) upplevde att de fick genomgå ett oändligt antal undersökningar som de inte förstod anledningen till. Konsekvensen blev att patienterna uppsköt att åka till akutmottagningen vid försämring av sin hjärtsjukdom, trots att de visste att de var i behov av hjälp. "When I'm in trouble, going to the emerg just seem like an added burden. I hate it, they put you through so much – all those tests and it's so chaotic – and I know I have trouble, but I'm never entirely certain that I really have to go". (a.a. s. 16) Hos Shih och Shih (1999) upplevde patienterna att de inte fick tillräcklig undervisning om när och varför de skulle genomgå olika behandlingar. "The doctor did not explain to me when I would have the catheter examination". (a.a. s. 63).

Hjärtats anatomi och fysiologi

Anatomi och fysiologi omfattade hur hjärtat ser ut och arbetar när det är friskt och hur det förändras vid ischemisk hjärtsjukdom. De äldre männen hos Shih och Shih (1999) ansåg att det var viktigt att få lära sig mera om hur deras hjärtsjukdom hade uppstått. Några patienter tyckte det var svårt att relatera den allmänna information, om t.ex. hjärtats anatomi, de fått på sjukhuset till de problem de upplevde när de kom hem. De saknade någon som kunde svara på frågor (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005).

Riskfaktorer

Patienterna behövde undervisning om vilka riskfaktorer som kan ha bidragit till att deras hjärtsjukdom uppstått och hur de kan minska risken att få en ny hjärtinfarkt eller att hjärtsvikten försämras. De var oroliga att få en ny hjärtinfarkt (McGillion et al. 2004). "Sometimes

I go into a level of anxiety where I become concerned that maybe it's going to progress to another attack." (a.a. s. 18).

Aktivitet

Bland behoven av undervisning gällande aktivitet fanns hur mycket aktivitet som var lagom efter en hjärtinfarkt och om det fanns begränsningar för den fysiska aktiviteten. Patienterna var också oroliga för om aktivitet kunde förvärra hjärtsjukdomen och förorsaka en ny hjärtinfarkt eller försämra hjärtsvikten. Hos McGillion et al. (2004) var patienterna osäkra på hur mycket och hur länge de kunde röra sig. Av rädsla för ett nytt anginaanfäll var de rädda att röra på sig för mycket. "I really need help with not knowing if I push myself too hard when I exercise." "Sometimes I think it's better if I just sit on the couch and not do anything at all." (a.a. s. 17) Vissa patienter hos Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) var bland de yngre i studien och fortfarande i arbetslivet. De kände sig osäkra på om de kunde gå tillbaka till sitt arbete och hade ett behov av undervisning om detta. "I got panicky because I feared not being able to return to my previous work".(a.a. s. 40).

Kost

Undervisning om kost kom näst sist i rangordningen. Burney (2002) ansåg dock att kost var näst viktigast att lära sig mera om. Hur viss kost påverkar hjärtat, frågor om kolesterol och vilka förändringar som måste göras i kosthålllet utgör undervisningsbehovet i denna kategori. Hos McGillion et al. (2004) oroade sig patienterna med angina för att de åt fel sorts mat. "I never know what to eat, so that becomes a concern, because I stress myself off every time I look at a cookie." (a.a. s. 18). Patienterna som intervjuades i Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) ansåg att kost var viktigt att lära sig mera om. "...I received no information on topics such as diet." (a.a. s. 39).

Psykologiska faktorer

Undervisning om psykologiska faktorer ansågs vara minst viktigt. Patienterna hos Walden, Westlake och Hamilton (2001) ansåg dock att psykologiska faktorer var viktigast att lära sig mera om. Rädsla för hjärtinfarkt och död gjorde att många patienter upplevde att de behövde hjälp med att klara av sin stress (McGillion et al. 2004). "...So sometimes I think that level of anxiety may in itself bring on another attack, and I kind of think about what chemically is

happening inside my body because of that second level of anxiety and what it may be doing.” (a.a. s. 18). Patienterna hos Shih och Shih (2000) upplevde att de kände sig osäkra på grund av sin hjärtsjukdom och att de hade ett behov av undervisning om hur de kunde minska sin stress på sjukhuset. ”I thanked the nurses for giving me courage and building my confidence...”. (a.a. s. 63). De upplevde också stress inför utskrivningen. ”I have no children to take care of me, so I am afraid that I will have difficulties in self-care after I leave the hospital.” (a.a. s. 64). Vissa patienter blev ängsliga och deprimerade efter hemkomsten och kände behov av undervisning om hur de skulle komma ur sitt missmod (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005). “It was a difficult period with no one to ask for advice”. “I felt self-pity and became depressed”. (a.a. s. 40).

Undervisningsbehov relaterat till ålder, kön, utbildningsnivå och diagnos

Patienterna var från 26 till 92 år och medelåldern i de enskilda studierna var 54 – 75,7 år. I studien omfattande 40 kvinnor i Canada (Richard & Robichaud-Ekstrand 2000) fanns att kvinnor under 65 år skattade sina behov av all undervisning, både kognitiv och psykosocial, högre än äldre kvinnor. Det fanns ett samband mellan patientens ålder och skattningen av undervisningskategorien aktivitet i Timmins och Kaliszer (2002). Ju äldre patienten var desto lägre skattades undervisning om aktivitet.

Det fanns en liten skillnad mellan könen när det gällde rangordningen av undervisningskategorierna hos några studier. Hos Ashton (1997) ville kvinnor i högre grad än män lära sig vilka födoämnen som innehöll kolesterol. Kvinnor skattade mediciner som viktigast medan män främst önskade lära sig mera om riskfaktorer. Andra skillnaderna fanns endast angående enskilda frågor inom utbildningskategorierna. Män ansåg det t.ex. viktigare att få veta när de kunde återuppta sin sexuella aktivitet än kvinnor (a.a.). Hos Clark & Lan (2004) fanns att både män och kvinnor ansåg symptom var viktigaste undervisningskategorien. Kvinnor ansåg dock att prognos, mediciner och risk faktorer följde därefter medan män hade rangordningen mediciner, risk faktorer och prognos. Båda könen placerade kost och aktivitet näst sist respektive sist (a.a.). Det bör dock betonas att skillnaderna mellan könen i bägge undersökningarna var relativt små, runt 0,20 poäng.

De flesta patienterna som deltog i studierna hade hjärtsvikt (n=393) och en nästan lika stor andel (n=373) var intagna på grund av hjärtinfarkt. Luniewski et al. (1999), som undersökte

hjärtsviktspatienter, jämförde sina resultat med patienternas utbildningsnivå och fann att de som hade mer än 12 års utbildning främst önskade undervisning om hjärtsjukdomens uppkomst och om egenvård. Patienter med mindre än 12 års utbildning ansåg att undervisning om prognos och symtom på försämring av hjärtsvikten var viktigast. De patienter som hade svår hjärtsvikt ville veta mera om hjärtats anatomi och fysiologi, varför de behövde ta sina mediciner och biverkningar av dessa. Patienter med lätt hjärtsvikt däremot ansåg sig behöva lära sig mera om sin prognos. Hos Clark & Lan (2004) fann inget samband mellan ålder eller utbildningsnivå och rangordning av undervisningskategorierna.

Chan et al. (2003) undersökte i sin studie på hjärtsviktspatienter om extrem trötthet (fatigue), stress, hälsouppfattning, sjukdomshistoria och kunskaper om hjärtsvikt påverkade patienternas skattning av vilka utbildningsbehov de hade. Resultatet blev att ju högre grad av stress patienten upplevde, desto högre blev skattningen av psykologiska faktorer, riskfaktorer, kost och aktivitet. Forskarna fann också att ju flera hjärtinfarkter och mildare form av hjärtsvikt patienten hade, desto viktigare ansågs utbildning om mediciner vara. De övriga variablerna påverkade inte resultatet.

Diskussion

Metoddiskussion

Möjligen hade flera artiklar hittats om flera kombinationer av sökorden gjorts och flera hela artiklar genomlästs. Artiklar som inte redovisat sitt resultat på ett fullständigt och överskådligt sätt hade då kunnat bytas ut. Urvalet gjordes nu till största delen på basis av informationen i abstractet. I tveksamma fall granskades hela artikeln. Det kan dock inte uteslutas att det fanns abstract som redovisade artikelns innehåll på ett ofullständigt sätt och att flera artiklar som svarade mot syftet hade kunnat hittas om hela artikeln lästs igenom. I de utvalda artiklarna togs bara det resultat som svarat mot syftet med. De flesta artiklarna hade flera syften. Analysen av artiklarna försvårades därför något. Walden, Westlake och Hamilton (2001) redovisade sitt resultat i en tabell med rubriken "Most important learning needs" men blandade undervisningskategorier med frågor om livskvalitet som inte vårdpersonalen kan lära ut, t.ex. "känna sig uppskattad av sin familj". Resultatet stämde därför inte helt överens med artikelns syfte och validiteten minskade.

Alla studier utom en är förlagda till västerländska kulturer. Endast forskarna Shih och Shih (1999) från Taiwan bröt den trenden. Det är möjligt att resultatet hade blivit annorlunda om flera artiklar från andra kulturer som svarade mot syftet hade funnits. Bland annat asiatisk kultur betonar vikten av att inte ”tappa ansiktet” socialt. Det är därför troligt att patienten inte alltid vill redogöra för sina undervisningsbehov för att inte verka svag och okunnig. Patienten underordnar sig också ofta vårdpersonalen (Shih 1996). Att patienten litar på att vårdpersonalen är kompetent och vet bäst kännetecknar även muslims kultur. Hjärtpatienter från denna kultursfär hade troligen varit av den uppfattningen att läkare och sjuksköterskor bäst vet vad som är lämpligt att undervisa om. Att fråga vad patienten har för åsikt hade tolkats som om vårdpersonalen inte var kvalificerad att utöva sitt yrke (Hanssen 1998).

Sju av studierna gjordes i USA, fem i Canada, en i vardera England, Irland, Taiwan och Norge. Resultaten skiljde sig inte i någon nämnvärd grad mellan de olika länderna. Även mellan länder i västvärlden kan det dock finnas olika kulturella skillnader mellan synen på sjukdom, hur sjukvården är organiserad och relationerna mellan patienter och vårdpersonal. Det är därför inte säkert att resultatet hade blivit det samma om studien gjorts i Sverige.

Största andelen av patienterna var män, 62% i hela materialet. Andelen låg mellan 60 och 89% i de undersökningar där både män och kvinnor deltog (12 av 16). I en artikel (Ashton 1997) där män och kvinnors resultat redovisats var för sig skiljer sig uppfattningen om undervisningsbehoven mellan könen. Det kan inte uteslutas att resultatet för hela undersökningsmaterialet blivit annorlunda om könsfördelningen varit jämnare. Det finns skillnader i mäns och kvinnors livsvillkor vilket kan återspeglas i olika undervisningsbehov. Kvinnorna själva är äldre när de får sin hjärtinfarkt och har i högre utsträckning mist sin partner. (Statistiska Centralbyrån 2004). De får därför inte det nära stöd under sin sjukdom de skulle behöva. I den traditionella kvinnliga könsrollen har kvinnor som är gifta huvudansvaret för hemmets skötsel. Männen är ofta äldre och kanske också sjuka och behöver omvårdnad från sina fruar. Kvinnor har också mera sociala plikter mot t.ex. äldre släktingar än män. De har därför en tyngre daglig arbetsbörda än män och inte så mycket tid att ägna sig åt sig själva och sin sjukdom som de skulle behöva. Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2005) fann i en svensk undersökning att kvinnor som haft hjärtinfarkt skattade sin livskvalitet lägre än män och de upplevde också att de psykologiska faktorerna var svårare att bemästra än män.

Fastän undervisningskategorierna i enkäterna och intervjufrågorna inte var exakt lika var ämnesområdena mycket likartade. I vissa artiklar kunde ett ämne, t.ex. symtom, återfinnas

som huvudrubrik, i andra som underrubrik. De kvalitativa studierna och de kvantitativa studierna Burney, Purden och Mcvey (2002), Larson (1996), Luniewski, Reigle och White (1999), Richard och Robischaud-Ekstrand (2000) och Walden, Westlake och Hamilton (2001) använde sig inte av huvudrubriker och frågor tillhörande dem. Intervjusvar och svar från dessa enkäter tolkades därför och fogades in i de resultatkategorierna som användes i undersökningen. Bara tre av artiklarna var kvalitativa. Svagheten med kvantitativa enkätstudier är att svaren är givna. Det är därför svårt att avgöra om patienternas svar återspeglade deras egna åsikter eller om de bara svarade det som förväntades av dem. Luniewski, Reigle & White (1999) använde sig av frågor på kort som skulle rangordnas efter viktighetsgrad. Ytterligare två kort utan frågor fanns med för att patienterna skulle fylla i andra områden där de själva upplevde att behövde mera kunskap men dessa kort förblev tomma. Vid intervjuer kan man i olyckliga fall dock också få ett magert resultat. Hos Buetow och Coster (2001) uppgav majoriteten av patienterna att de inte visste vad de hade för undervisningsbehov.

Samtliga artiklar använde sig av konsekutivt urval. Det fanns alltså inget randomiseringsförfarande och detta gjorde att resultatens generaliserbarhet minskade. En artikel (Wehby & Brenner 1999) eftersträvade ett heterogent patientunderlag genom att i studien inkludera patienter från två sjukhus med olika ”demografisk profil”. På ett av sjukhusen var flertalet patienter svarta, lågutbildade och lögavlönade och på det andra var de vita, högutbildade och högavlönade. Detta gör resultatet något mera generaliserbart. Patienterna var från 26 till 92 år och medelåldern i de enskilda studierna var 54 – 75,7 år. Det fanns således en stor spännvidd i ålder i hela undersökningsmaterialet vilket ökar generaliserbarheten.

Nio av sexton artiklar redovisade inte bortfall. Två artiklar, Larson (1996) och Burney, Purden och Mcvey (2002) hade en hög bortfallsprocent på 55 resp. 58. I båda dessa studier skickades enkäten hem till patienterna efter utskrivningen. ”I alla statistiska undersökningar förekommer ett visst svarsbortfall men är detta bortfall stort kan resultatet av undersökningen blir mindre tillförlitligt. Detta beror på att de som inte svarat ofta skiljer sig på något sätt från övriga individer i populationen” (Körner & Wahlgren 1996).

Undervisningskategorierna har redovisats i den rangordning patienterna i medeltal har skattat dem. Siffrorna låg emellertid så nära varandra att det inte är helt meningsfullt att ange rangordningen. Hos Chan et al. (2003) till exempel ligger kategorien mediciner på 5,4 och anatomi och fysiologi (här ingår symtom) på 5,3. De flesta undervisningskategorierna ligger runt 4 –

4,5, det vill säga mellan 5 = ”mycket viktigt att lära” och 4 = ”viktigt att lära”, när en skala 1 – 5 använts. Det är karakteristiskt att ”sjundeplatsen” för mediciner ovan (Turton 1998) innebär en så hög siffra som 3,95. En undersökning, Chan et al. (2003), uppmärksammade att detta varit fallet med tidigare studier och hade som syfte för sin egen studie att försöka särskilja undervisningskategorierna mera genom att använda en skala 1 – 7 istället för 1 – 5 som de flesta enkäterna använde. Det lyckades de inte med. Siffrorna blev lägre men resultaten låg fortfarande mycket nära varandra, mellan 5,3 – 4,5. Se bilaga 4.

Resultatet kan ha påverkats av att olika enkäter och intervjumetoder användes i de undersökningar som ingick i studien. Forskarna kan ha påverkat respondenterna genom det sätt som informationen om undersökningarna gavs, det sätt som enkätfrågorna lästes upp på och hur intervjufrågorna ställdes (Beck & Polit 2004). Det fanns ett antal varianter på var och hur enkäterna fylldes i. Huvudvarianterna var att enkäterna antingen fyllde i på sjukhuset eller hemma efter utskrivningen. På sjukhuset läste antingen forskaren upp enkäten och fyllde i svaren eller fyllde patienten i enkäten själv. I två fall fick patienten fylla i en enkät på sjukhuset och en enkät vid hemkomsten. Resultaten från dessa båda enkäter var lika. I en av intervjustudierna gjordes intervjuerna på sjukhuset. De två andra intervjuerna skedde i grupp i ett klassrum på ett sjukhus resp patienthotell. Inget samband uppvisades mellan var eller hur enkäten fylldes i eller hur intervjun genomfördes och rangordningen av undervisningskategorierna.

Ashton (1997) använde CPLNI-enkäten med poängbedömning 1 – 5. Trots detta redovisades inte resultaten i siffror. Burney, Purden och Mcvey (2002) och Larson et al. (1996) omvandlade resultaten angivna med siffrorna 1 – 5 till procent. Chan et al. (2003) använde en skattningsskala mellan 1 – 7. Resultatet redovisas dock inte i exakta siffror utan kan endast utläsas ungefärligt i ett diagram. Luniewski, Reigel och White (1999) använde sig av en kortlek där frågorna var skrivna. Patienterna rangordnade korten med den viktigaste frågan överst. Endast de tre viktigaste frågorna redovisades. Resultaten från dessa artiklar var därför svåra att tolka.

Flera artiklar angav inte signifikanta ”resultat” (Czar 1997, Larson 1997). Är inte resultaten statistiskt säkerställda är sannolikheten större att slumpen spelat in. (Olsson & Sörensen 2000).

Resultatdiskussion

Patienterna i undersökningen ansåg att alla undervisningskategorierna var viktiga att lära sig. Siffrorna låg mycket nära varandra. Alla runt 4 – 4,5. Därför är det inte helt relevant att tala om att en undervisningskategori var viktigare än den andra. De undervisningsbehov som skattades som viktigast handlade om för patienten livsnödvändig kunskap. Här innefattades vilken effekt mediciner har och hur de ska tas, hur en försämring av sjukdomen yttrar sig och vilka livsstilsförändringar som ska ändras för att minska risken för en ny hjärtinfarkt eller för en försämring av hjärtsvikt. Dessa behov prioriterades helt naturligt i ett akutskede av den ischemiska hjärtsjukdomen framför undervisning om t.ex. kost och aktivitet som innebär en långsiktig sekundärprevention.

Den undervisningskategori som rangordnades högst flest gånger var mediciner, d.v.s. hur mediciner verkar, hur och när de ska tas och vad de har för biverkningar. Resultatet sammanföll med det som uppnåddes hos till exempel Chan (1990) och Bubela et al. (1990). Korrekt medicinadministration är livsviktig undervisning för patienter med ischemisk hjärtsjukdom för att inte sjukdomen ska förvärras. Eftersom patienterna var medvetna om detta blev medicinintaget förenat med oro och ängslan att göra fel (McGillion et al. 2004). Mediciners verkningsmekanism på den ischemiska hjärtsjukdomen kan vara mycket svårförståelig för en lekman. Patienterna känner förmodligen att doktorn vet bäst och att det är betydelsefullt att försöka göra sitt bästa för att följa hans råd gällande mediciner. Det är också mera realistiskt att klara av att följa en medicinordination än att ändra kost- och motionsvanor. Hos Alm-Roijer et al. (2004) ledde mera kunskap om hjärtsjukdomen till att patienterna ökade sin compliance beträffande medicinintag.

Patienterna ansåg inte att de hade tillräcklig kunskap att känna igen symtom på en försämring av sin hjärtsjukdom, t.ex. anginasmärtor, och de hade svårt att avgöra när de behövde uppsöka sjukhus (Shih & Shih 1999, McGillion et al. 2004). Det är mycket psykiskt stressande för hjärtpatienten att känna anginasmärtor och inte kunna avgöra om det handlar om en hjärtinfarkt eller inte. Det måste upplevas som en trygghet att få den nödvändiga kunskapen för att avgöra detta. Liksom hos Gerard och Peterson (1984), Karlik och Yarcheski (1987), Wingate (1990) och Hughes (2000) rangordnades riskfaktorer och anatomi och fysiologi högt i studien. Kunskaper om uppkomsten av den ischemiska hjärtsjukdomen och vad den innebär för hjärtats sätt att arbeta är grundläggande för förståelsen av symtom och riskfaktorer. De samband som styr hjärtats arbete, kroppens vätskebalans och uppkomsten av angina, hjärtinfarkt

och hjärtsvikt är mycket komplexa där flera endogena system är involverade. Det är därför förståeligt att patienterna anser att de behöver lära sig mera om dessa utbildningskategorier. Michalsen, König och Timme (1998) visade att hjärtsviktpatienter fick uppsöka sjukhus eftersom de inte förstod hur de skulle reglera sitt dagliga vätskeintag. Hos Rogers et al. (2000) trodde många patienter som hade hjärtsvikt att symtomen berodde på att de blivit äldre och att det inte fanns någonting att göra åt dem. Det är troligt att vissa patienter anser att de förväntas vilja lära sig mer om livsstilsförändringar eftersom ett antal hälsokampanjer har betonat hur viktigt de är. Det fanns ett samband mellan kunskap om riskfaktorer och livsstilsförändringar (Alm-Roijer et al. 2004). Ju mera kunskap om riskfaktorer patienterna hade desto benägnare var de att ändra sin livsstil. De ändrade sina kostvanor, minskade i vikt och ökade sin dagliga motion (a.a.).

Undervisning om behandlingar ligger i mitten av skalan i studien. Det handlar här inte om livsnödvändig kunskap men patienterna känner sig sårbara och utlämnade till vårdpersonalen när de får genomgå behandlingar och det tas prov som de inte förstår meningen med. När patienten får utbildning om varför de måste genomgå en behandling och vad provsvar ska leda till känner de sig trygga och känner att de själva har kontroll över sin sjukdomssituation.

Aktivitet och kost skattades som mindre viktigt att lära sig om än mediciner, symptom, riskfaktorer och anatomi och fysiologi i de kvantitativa studierna. Detta resultat sammanfaller med det som uppnåddes av Wingate (1990) och Gerard och Peterson (1984). I de kvalitativa studierna, där patienterna fick komma till tals, uppgav de dock att det var viktigt att få undervisning om hur mycket de kunde röra sig och vilken mat som var lämplig att äta (Shih & Shih, 1999, McGillion et al. 2004). Patienter jämför ofta undervisning om kost med viktminskning något som för tankarna till försakelse. Kronisk hjärtsjukdom innebär begränsningar av olika slag och den hjärtsjuka patienten kan uppleva att mat är den enda glädjekällan som återstår. I själva verket är det viktigare för hjärtsviktspatienter att minska på saltet och vätsketillförseln än att minska kaloriintaget (Persson 2004). Om ”kost” hade bytts ut mot ”salt- och vätskeintag” i enkäterna kanske patienterna med hjärtsvikt hade upplevt utbildningskategorien mera betydelsefull. Både Michalsen, König och Thimme (1998) och Ni et al. (1999) fann att 40% av hjärtsviktspatienterna inte förstod vikten av att väga sig dagligen. Större delen av de hjärtsjuka patienterna i studien var äldre och det är därför naturligt att de inte var så intresserade av undervisning om hur mycket de fick röra sig. Yngre patienter var dock oroliga att de inte skulle kunna återgå till sitt yrkesliv (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005).

Patienterna ansåg att psykologiska faktorer var minst viktigt att lära sig mera om i denna studie. Exempelvis Wingate (1990) och Karlik och Yarcheski (1987) kom fram till samma resultat. Deltagarna i studien av Walden, Westlake och Hamilton (2001) väntade på att bli hjärtrplanterade. Detta var troligen anledningen till att de, till skillnad från majoriteten av patienterna, ansåg att psykologiska faktorer, som bemästring av stress, var det viktigaste undervisningsbehovet. Trots att psykologiska faktorer inte ansågs som lika viktigt att lära sig mera om som ämnen som är livsavgörande för överlevnad, uppgav patienterna i de kvalitativa undersökningarna att de behöver hjälp att bemästra sin rädsla och stress. Eftersom prognosen är dyster hos hjärtsviktspatienter (O'Connell 2000) är det inte anmärkningsvärt att depression är vanligt i denna patientkategori. I en studie av Freedland et al (2003) var 50% av hjärtsviktspatienterna deprimerade. Deprimerade patienter följde i mycket mindre grad medicinordinationer än icke-deprimerade (DiMatteo et al. 2000).

Hos Richard och Robichaud-Ekstrand (2000) hade kvinnor under 65 år större utbildningsbehov i alla kategorier än de kvinnor som var äldre. En orsak till skillnaden kan vara att yrkesverksamma kvinnorna är aktivare, mera vetgiriga och mera vana att söka information. De kan således redan ha tillägnat sig en del kunskap på egen hand. Äldre patienter var inte lika angelägna att få utbildning om aktivitet som yngre hos Timmins och Kaliszer (2002). Den fysiska aktiviteten minskar naturligt när människor blir äldre. I avsaknad av yrkesverksamhet är de inte heller beroende av att kunna röra sig så mycket. Kvinnor ansåg sig behöva mera utbildning om kolesterol hos Ashton (1997). Könsskillnaden beror troligen på att kvinnor är mera kostmedvetna än män och att de ofta köper och lagar maten i hemmet.

Utbildningsnivåns betydelse för de upplevda utbildningsbehoven undersöktes hos Luniewski et al. (1999). Resultatet blev att patienter med en utbildning på mer än 12 år skattade sjukdomens uppkomst och egenvård högst. Patienterna med utbildning på mindre än 12 år å andra sidan ansåg sig mest behöva utbildning om prognos och symtom på försämring av hjärtsvikten. Högutbildade patienter är jämfört med lågutbildade redan välinformerade, vana att söka information och att själva ta ansvar för sin sjukdom. Det var därför naturligt att de önskade mera ren medicinsk kunskap och utbildning i egenvård. Lågutbildade kanske inte kände sig lika jämställda med vårdpersonalen som de med högre utbildning. Dessa patienter hade då svårt att ställa basala frågor om sin sjukdom till läkaren.

Patienterna hos Luniewski et al. (1999) med svår hjärtsvikt ansåg sig mest behöva utbildning om hjärtats anatomi och fysiologi, mediciner och biverkningar. Vid svår hjärtsvikt finns en strävan att bromsa sjukdomen och förhindra försämring. Därför är de uppgivna utbildningsbehoven naturliga. Patienter med lätt hjärtsvikt däremot ville helst lära sig mera om sin prognos. Denna patientkategori har inte så mycket symptom från sin sjukdom och känner ännu inte samma behov av grundlig undervisning om hjärtsvikten som de med svår hjärtsvikt. Hur graden av stress påverkade utbildningsbehoven hos hjärtsviktpatienter undersöktes av Chan et al. (2003). Patienter som upplevde hög nivå av stress ville lära sig mera om psykologiska faktorer, riskfaktorer, kost och aktivitet. Sjukdomssituationen upplevs som svårbemästrad hos den stressade patienten och detta ger upphov till ett behov av att veta mera om hur egenvården ska skötas för att förhindra att sjukdomen försämras. Chan et al. (2003) jämförde också om antalet hjärtinfarkter och graden av hjärtsvikt påverkade behovet av utbildning. Resultatet blev att ju flera hjärtinfarkter en patient hade haft och desto mildare hjärtsvikten var, desto viktigare var utbildning om mediciner. Patienterna hade antagligen tilltro till att medicinerna skulle kunna förhindra en ny hjärtinfarkt och ville därför försäkra sig om att de intogs på rätt sätt.

Hjärtpatienter som läggs in på sjukhus gång på gång eftersom de inte skött sin egenvård på ett riktigt sätt är ett stort resursmässigt problem för sjukvården. Flera undersökningar har kommit fram till att patienter hade dåliga kunskaper om sin hjärtsvikt eller hur de skulle sköta sin egenvård (Cline et al. 1999, Ni et al. 1999, Artinian et al. 2002). Ni et al. (1999) visade att bättre kunskap ger en högre grad av compliance. En patients personliga övertygelse, attityder, uppfattning och förväntningar var avgörande för motivationen att lära sig mera om sin sjukdom och att ändra sin livsstil (Strömberg et al. 1999). Eftersom vårdtiderna ständigt blir kortare måste undervisningen vara effektiv och ändamålsenlig. Det är därför viktigt att undersöka hjärtpatienters uppfattning om sina undervisningsbehov och att utarbeta individuella utbildningsprogram med ledning av dessa. Som beskrivs i De Backer et al. (2003) måste dock vårdpersonal känna ett ansvar att förmedla den kunskap om hjärtsjukdomen som fastställts i de nationella riktlinjer som utarbetats av ansvariga myndigheter i det aktuella landet. Patienter har nämligen i brist på relevant utbildning ofta missuppfattningar om sin sjukdom (Gambling 2003). Genom att förmedla korrekt medicinsk kunskap om den ischemiska hjärtsjukdomen ger vårdpersonalen empowerment. Patienten kan uppleva sin sjukdomssituation som

begriplig, meningsfull och hanterbar. Denna upplevelse leder till en aktiv delaktighet i genomförandet av egenvård och livsstilsförändringar. Välinformerade patienter har en större möjlighet att fatta väl underbyggda beslut om livsstilsförändringar. Känslan av medbestämmande ökar compliance och minskar patientens oro inför sjukdomen.

Kvinnor är underrepresenterade i de flesta studier om utbildningsbehov hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Kvinnors och mäns livsvillkor skiljer sig i många fall. I de undersökningar där kvinnor ingått har de i vissa fall angett andra behov som viktiga än vad män gjort. Det är därför önskvärt att flera, stora studier görs för att få mera kunskap om kvinnors specifika utbildningsbehov med målet att individualisera undervisningen. Med en mera skräddarsydd utbildningsplan ökar chanserna att kvinnors behov tillgodoses.

REFERENSER

- Alm-Roijer, C., Stagmo, M., Udén, G. and Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, ss 321-330
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur
- Artinian, N.T., Magnan, M., Christian, W. and Lange, M.P. (2002) What Do Patients Know About Their Heart Failure? *Applied Nursing Research* 15(4), ss 200-208
- Ashton, K. C. (1997). Perceived learning needs of men and women after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 12(1), ss 93-100
- Beck, C. T. & Polit, F. (2004). *Nursing Research: principals and methods*. Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkins.
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., Ross, E. and Shamian J. (1990). The Patient Learning Needs Scale: reliability and validity. *Journal of Advanced Learning*, 15, ss 1181-1187
- Burney, M., Purden, M. and Mcvey, L. (2002). Patient satisfaction and nurses perceptions of quality in an inpatient cardiology population. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), ss 56-67
- Calkins D.R., Davis R.B., Reiley P., Philips R.S., Pineo K.L., Delbanco T.L. and Iezzoni, L.I. (1997). Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the post-discharge treatment plan. *Archives of Internal Medicine* 157, ss 1026-1030
- Chan, D.F.A., Reid, G.J., Farvolden, M.L., Deane, M.L. and Bisailon, S. (2003). Learning needs of patients with congestive heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 19(4), ss 413-417
- Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *Journal of Advanced Learning*, 15, ss 1139-1145
- Clark, J.C. and Lan, V.M. (2004). Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Applied Nursing Research*, 17(3), ss 150-157
- Cowie, M.R., Mosterd, A., Wood, D.A., Deckers J.W., Poole-Wilson, P.A., Sutton G.C. and Grobbee, D.E. (1997). *The epidemiology of heart failure*. European Heart Journal. 18, ss 208-225
- Czar, M.L. and Engler, M.M. (1997). Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. *Heart & Lung*, 26(2), ss 109-117

De Backer, G., Amrosioni, E., Borch-Johnsen K., Brotons, C., Cifkova, R., Dallongeville, J., Ebrahim, S., Faergeman, O., Graham, I., Mancia, G., Manger Cats, V., Orth-Gomér, K., Perk., J., Pyörälä, K., Rodicio, J.L., Sans, S., Sansoy, V., Sechtem, U., Silber S., Thomsen, T. and Wood, D. (2003) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 24, ss 1601-1610

DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. and Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), ss 2101-2107

Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur

Frattoni, E., Lindsay, P., Kerr, E. and Park Y.J. (1998). Learning needs of congestive heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 13(2), ss 11-16, 33

Freedland, K.E., Rich, M.W., Skala, J.A., Carney, R.M., Davila-Roman, V.G. and Jaffe, A.S. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), ss 119-128

Gambling, T. (2003). A qualitative study into the informational needs of coronary heart disease patients. *International journal of Health Promotion and Education*, 41, ss 68-76

Gerard, P.S. & Peterson, L.M. (1984). Learning needs of cardiac patients. *Cardiovascular Nursing*, 20, ss 7-11

Hagenhoff B.D., Feutz C., Conn V.S., Sagehorn K.K. and Moranville-Hunziker M. (1994) Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing* 19, ss 685-690

Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur

Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E. and Rokne Hanestad, B. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, ss 37-44

Hughes, M. (2000). An instrument to assist nurses identify patients' self-perceived information needs post myocardial infarction. *All Ireland Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1), ss 13-19

Jackson, D., Daly J. and Davidson, P. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), ss 1403-1412

Karlik, B.A. and Yarcheski, A. (1987). Learning needs of cardiac patients: a partial replication study. *Heart & Lung*. 16, ss 544-551

- Knox D., Mischke, L. and Williams R.E. (2001) *Heart failure patient and family education*. In: Moser D.K. & Riegel B. editors. Improving outcomes in heart failure, an interdisciplinary approach. Gaithersburg: Aspen Publishers
- Körner, S. och Wahlgren, L. (1996). *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur
- Kristofferzon, M-L, Löfmark, R. and Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung*, 34(1), ss 39-50
- Larson, C.O., Nelson, E.C., Gustafson, D. and Batalden, P.B. (1996). The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), ss 447-456
- Luniewski, M., Reigle, J. and White, B. (1999). Card Sort: An assessment tool for the educational needs of patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 8(5), ss 297-302
- McGillion, M.H., Watt-Watson, J.H., Kim, J. and Graham, A. (2004). Learning by heart: A focused group study to determine the self-management learning needs of chronic stable angina patients. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), ss 12-22
- Michaelsen A., König G. and Timme W. (1998). Preventable causative factors leading to hospital admission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of the American Geriatric Society* 80, ss 437-441
- Nationalencyklopedien (1994). Band 15, s 12. Höganäs: Bra Böcker
- Ni, H., Nauman, D., Burgess, D., Wise, K., Crispell, K. and Hershberger, R.E. (1999). Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 159(14), ss 1613-1619
- Nightingale, F. (1893). *Sick nursing and health nursing*. I: I.A. Hampton et al. (1949). Nursing of the sick. New York: McGraw-Hill
- O'Connell, J. (2000). The economic burden of heart failure. *Clinical Cardiology* 23 (Suppl. III), III6-III10.
- Olsson, H. och Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber Utbildning
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice*, 5:e upplagan St. Louise, Missouri: Mosby Year Book
- Persson, S. (2003). *Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur
- Rankin, S.H. och Stallings, K.D. (2001). *Patient education. Principles & Practice*. Philadelphia: Lippincott Publ.

Richard, G. and Robichaud-Ekstrand, S. (2000). Besoins cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde et en phase II de leur réadaptation cardiaque. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(4), ss 105-129

Rogers A.E., Addington-Hall, J.M., Abery, A.J., McCoy, A.S.M., Bulpitt, C., Coats, A.J.S. & Gibbs, J.S.R. (2000). Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *British Medical Journal*, 321, 9 September, ss 605-607

Sabaté, F. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization

Shih, S-N. and Shih, F-J. (1999). Health needs of lone elderly chinese men with heart disease during their hospitalization. *Nursing Ethics*, 6(1), ss 58-72

Socialstyrelsen (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004*. Det medicinska faktadokumentet. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnummer: 2005-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens hemsida (2005b). *Dödsorsaksregistret*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.sos.se> [2005-09-10]

Statistiska Centralbyrån (2004). *På tal om kvinnor och män*. Lathund om jämställdhet. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.scb.se>. [2005-12-22]

Strömberg, A., Broström, A., Dahlström, U. and Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart Lung: The Journal of Critical Care*, 28(5), 334-341

The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology (2001). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal*, 22(17), ss 1527-1560

Thompson, D.R., Ersser S.J. and Webster R.A. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a hearth-attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22, ss 707-714

Timmins, F. and Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, ss 57-65

Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27, sss 770-778

Walden, J.A., Cracup, K., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, M.A. and Fonarow, G.C. (2001). *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 20, ss 766-769

Wehby, D. and Brenner P.S. (1999). Perceived learning needs of patients with heart failure. *Heart & Lung*, 28(1), ss 31-40

Wilhelmsen L. (2000). Förebyggande av hjärt-kärlsjukdom – fokus på lipider, hypertoni och rökning. *Medicinskt Forum*, nr 4, ss 42-44

Willman A. och Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Wilow, K. (2004). Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). *Författningshandbok*. För personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber

Wingate, S. (1990). Post-MI patients' perceptions of their learning needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 9, 112-118

Zauszniewsky, J.A. (1997). Teaching resourcefulness skills. *Journal of Gerontological Nursing*, 1, ss 14-20.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 1

1(4)

	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2005-09-07	PubMed	Learning needs heart patients	4	4	4
		Patients education heart	22	2	1
		Learning needs heart	60	7	6
		Learning needs heart nurse	8		
		Learning needs heart nursing	25	1	1
		Learning needs heart patients	36		
		Learning needs myocardial infarction	12		
		Learning needs myocardial infarction nurse	2		
		Learning needs myocardial infarction nursing	5		
		Learning needs myocardial infarction patients	8		
		Learning needs angina	3		
		Learning needs angina nurse	0		
		Learning needs angina nursing	2		
		Learning needs angina patients	3		
		Learning needs heart failure patients	11		
		Learning needs heart failure patients nurse	3		
		Learning needs heart failure patients nursing	7		

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2005-09-07	PubMed	Education needs patients heart	104	4	2
		Education needs patients heart nurse	22		
		Education needs patients heart nursing	46		
		Education needs patients heart failure nurse	8		
		Education needs patients heart failure nursing	16		
		Teaching patients heart	1088		
		Teaching patients heart nurse	73		
		Teaching patients heart nursing	148		
		Teaching patients heart failure	342		
		Teaching patients heart failure nurse	19		
		Teaching patients heart failure nursing	41		
		Information needs patients heart	150		
		Information needs patients heart nurse	11		
		Information needs patients heart nursing	32	1	1
		Information needs patients heart failure nurse	50		

	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2005-09-07	Cinahl	Learning needs heart	3		
		Learning needs heart nurse	0		
		Learning needs heart nursing	0		
		Learning needs heart patients	0		
		Learning needs myocardial infarction	14	1	1
		Learning needs myocardial infarction nurse	13		
		Learning needs myocardial infarction nursing	0		
		Learning needs myocardial infarction patients	14		
		Learning needs angina	0		
		Learning needs angina patients	0		
		Learning needs angina nurse	0		
		Learning needs angina nursing	0		
		Learning needs heart failure patients	0		
		Learning needs heart failure	10		
		Education needs patients heart	0		
		Education needs patients heart nurse	0		
		Education needs patients heart nursing	0		
		Education needs patients heart failure nurse	0		
		Education needs patients heart failure nursing	0		
		Information needs patients heart	0		
		Information needs patients heart nurse	0		
		Information needs patients heart nursing	0		
		Information needs patients heart failure nurse	0		

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2005-09-07	Cochrane	Learning needs heart patients	48		
		Learning needs myocardial infarction patients	22		
		Learning needs angina patients	6		
		Learning needs heart failure patients	17		
		Education needs patients heart	81		
		Information needs patients heart	131		

	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
2005-09-07	Eric	Learning needs heart patient	0		
		Learning needs heart patients	1		
		Learning needs heart patients nurse	0		
		Learning needs heart nurse	1		
		Learning needs myocardial infarction patients	0		
		Learning needs heart failure patients	0		
		Learning needs heart patients	0		
		Learning needs angina patients	0		
		Learning needs angina patients nurse	0		
		Learning needs angina patients nursing	0		
		Teaching heart patients	2		
		Education heart patients	21		

Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Perceived learning needs of men and women after myocardial infarction.</p> <p>Författare: Ashton, K.C.</p> <p>Källa: Journal of Cardiovascular Nursing (1997) 12(1):93-100</p>	<p>Att undersöka vad män och kvinnor med hjärtsjukdom upplever som viktigt att lära sig när de är inlagda på sjukhus med symtom från sin sjukdom och vilken medlem av vårdteamet som de föredrar ska lära dem detta.</p>	<p>121 pat. på en hjärtintensivavdelning i USA med diagnosen AMI. 73 män, 48 kvinnor. 31 – 86 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Forskaren läste upp frågorna och fyllde i svaren i The Cardiac Patient Learning Need Inventory (CPLNI) (Gerard & Peterson 1984) på sjukhuset. Innehåller 8 ämnesområden indelade i 43 undergrupper som rangordnas från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>Alla undervisningskategorierna ansågs viktiga. Resultatet redovisades inte i siffror men tolkas att ligga mellan 4 och 5. Riskfaktorer och mediciner rankades som viktigast, följt av anatomi och fysiologi och symtom som ansågs vara mycket viktigt. Psykologiska faktorer (t.ex. stress, normala känslomässiga reaktioner efter hjärtinfarkt/-hjärtsjukdom) och behandlingar var mindre viktigt och kost och aktivitet minst viktigt.</p>	<p>Medel</p>
<p>Titel: Patient satisfaction and nurses perceptions of quality in an inpatient cardiology population.</p> <p>Författare: Burney, M., Purden M. & Mcvey L.</p> <p>Källa: Journal of Nursing Care Quality (2002) 16(4): 56-67</p>	<p>Att granska hjärtpatienters utvärdering av vilken information de anser vara viktigast före utskrivningen, hur nöjda de är med den information de får före utskrivningen och att djupintervjua sjuksköterskor för att utröna vilka behov av information de anser att patienterna har vid utskrivningen och jämföra dessa uppfattningar.</p>	<p>161 pat. som varit intagna på en hjärtavd. på ett sjukhus i Montreal, Canada. 103 män, 58 kvinnor. Ålder: under 64 år (42%), 65 – 74 år (24%), över 75 år (34%).</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Ur System to Evaluate the Quality of Care and the Users' Satisfaction (SEQUS), en enkät framtagen på sjukhuset för att undersöka hur nöjda pat. är med den information de fått före utskrivningen, togs 21 för hjärtpat. relevanta frågor ut och bildade en egen enkät. Namn och adresser till pat. togs ur journaler under 5 månader och enkäterna skickades till dem en vecka efter utskrivningen. Undervisningskategorierna listades på en skala mycket viktigt, ganska viktigt, lite viktigt, inte viktigt alls. Resultaten omvandlades till %, där högre procenttal anger högre viktighetsgrad. (Beräkningar beskrevs inte)</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var symtom och mediciner (96%), kost och riskfaktorer (91%), aktivitet (89%) och psykologiska faktorer (73%).</p>	<p>Bra</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Learning needs of patients with congestive heart failure.</p> <p>Författare: Chan, D.F.A., Reid, G.J. Farvolden, M.L., Deane M.L. & Bisailon, S.</p> <p>Källa: Canadian Journal of Cardiology (2003) 19(4): 413-417</p>	<p>Att försöka särskilja patienternas informationsbehov genom att ändra The Congestive Heart Failure Patient Learning Needs Inventory (CHFPLNI) och att undersöka faktorer som kan påverka patienters undervisningsbehov.</p>	<p>34 pat. med svår hjärtsvikt på ett sjukhus i Toronto, Canada. 28 män, 6 kvinnor. 26 – 83 år. Medelålder: 54,8 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fyllde i en modifierad version av enkäten CHFPLNI (Hagenhoff et al. 1994), på sjukhuset, där pat. ombads rangordna undervisningskategorierna efter hur mycket undervisnings som behövdes från 1(lite) till 7 (mycket).</p>	<p>De undervisningskategorier som pat. ansåg sig behöva mest undervisning i var mediciner (5,4), anatomi och fysiologi (här ingår symtom) (5,3), behandlingar (5,2), aktivitet (5,1), kost (5,0), riskfaktorer (4,6) och psykologiska faktorer (4,5). Medeltalen angavs inte i siffror utan kunde bara ungefärligen avläsas i ett diagram.</p>	Bra
<p>Titel: Heart failure patient learning needs after hospital discharge.</p> <p>Författare: Clark, J.C. & Lan, V.M.</p> <p>Källa: Applied Nursing Research (2004) 17(3), 150-157</p>	<p>Att fastställa de undervisningsbehov som hjärtsviktpatienter upplever att de har efter utskrivning från sjukhus.</p>	<p>33 patienter med hjärtsvikt, 16 män och 17 kvinnor. 49 – 92 år. Medelålder: 75,7 år. Urvalet skedde från 1) pat. som hade kontakt med hemsjukvården 2) pat. som besökte en hjärtsviktsöppenvårdsmottagning på ett sjukhus.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fyllde i enkäten The Outpatient Heart Failure Learning Needs Inventory (OHFLNI) som är en modifiering av HFLNI (the Heart Failure Learning Needs Inventory) (Wehby & Brenner 1999). Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt). Forskaren besökte pat. som hade kontakt med hemsjukvården i deras hem och pat. som besökte öppenvårdsmott. träffade henne efter ett ordinarie besök hos ssk. Alla pat. valde att forskaren läste upp frågorna och fyllde i svaren i enkäten.</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var symtom (4,36), mediciner (4,13), riskfaktorer (4,08), anatomi och fysiologi (3,87), kost (3,83), aktivitet och psykologiska faktorer (3,63).</p>	Bra

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool.</p> <p>Författare: Czar, M.L. & Engler M.M.</p> <p>Källa: Heart & Lung (1997) 26(2), 109-117</p>	<p>Att identifiera vilka undervisningsbehov och vilken betydelsenivå de upplevs ha hos patienter med koronar artärsjukdom och dess följsjukdomar när de är intagna på sjukhus och på det första återbesöket och att uppskatta reliabiliteten hos en enkät som patienterna fyller i själva.</p>	<p>28 män med angina, AMI eller båda. Intagna på ett veteran-sjukhus i San Fransisco-trakten i USA. (Inga kvinnor uppfyllde kriterierna under perioden.) 31 – 80 år. Medelålder 61 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fyllde i enkäten Everything You Ever Wanted To Know About Heart Disease, en modifierad version av (CPLNI), på sjukhuset och igen vid det första återbesöket. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var symtom (4,26), anatomi och fysiologi (4,19), mediciner (4,00), psykologiska faktorer (3,67), kost (3,66) aktivitet (3,49), och riskfaktorer (3,27). Det fanns inga skillnader mellan resultaten från de båda enkätstillfällena.</p>	Medel
<p>Titel: Learning Needs of Congestive Heart Failure Patients.</p> <p>Författare: Frattini; E., Lindsay P., Kerr, E. & Park Y.J.</p> <p>Källa: Progress in Cardiovascular Nursing (1998) 13(2), 11-16,33</p>	<p>Att jämföra vilka undervisningsbehov patienter med hjärtsvikt och sjuksköterskor upplevde att de hade och att identifiera om det finns några klyftor mellan dessa uppfattningar.</p>	<p>50 pat. med en primärdiagnos hjärtsvikt intagna på ett sjukhus i östra Canada. 35 män, 15 kvinnor. 56 – 75 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. På sjukhuset fyllde pat. i en modifierad form av enkäten The Congestive Heart Failure Patients Learning Needs Inventory (CHFPLNI) som i sin tur är en modifierad version av (CPLNI). Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var mediciner (4,48), riskfaktorer (4,36), anatomi och fysiologi (4,28), psykologiska faktorer och behandlingar (4,12), aktivitet (4,09) och kost (4,00).</p>	Bra

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: A Qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients and their preferences for the follow-up contact after discharge.</p> <p>Författare: Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E. & Hanestad, B.R.</p> <p>Källa: European Journal of Cardiovascular Nursing (2005) 4:37-44</p>	<p>Att utforska patienters informationsbehov och vilken uppföljning de föredrar efter utskrivning efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>14 patienter med huvud-diagnos hjärtinfarkt intagna på Haukelands universitetssjukhus, Bergen, Norge. 2 kvinnor, 12 män. 42 – 69 år.</p>	<p>Kvalitativ studie med gruppintervjuer i ett rum på patienthotellet. Deltagarna delades in i fyra grupper. En semi-strukturerad intervjuguide hade utarbetats för denna studie baserad på tidigare forskning inom området.</p>	<p>De undervisningskategorier som pat. ville lära sig mera om var riskfaktorer, anatomi och fysiologi, mediciner, kost, aktivitet, symtom och psykologiska faktorer. Kategorierna rangordnades inte.</p>	<p>Bra</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: The Relationship Between Meeting Patients' Information Needs and their Satisfaction with Hospital Care and General Health Status Outcomes.</p> <p>Författare: Larson, C.O., Nelson, E.C., Gustafson, D. & Batalden P.</p> <p>Källa: International Journal for Quality in Health Care (1996) 8(5): 447-456</p>	<p>Att identifiera ämnen som patienter med diagnosen hjärtinfarkt anser viktiga att veta om sin sjukdom och hur deras nivå av tillfredsställelse och hälsotillstånd påverkas av hur väl vårdgivare ger information om dessa ämnen.</p>	<p>167 pat. med diagnosen hjärtinfarkt intagna på tre sjukhus i sydöstra USA. 117 män, 50 kvinnor. Medelålder: 63 år. Intervall uppges inte.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Två veckor efter utskrivningen fick pat. hemskickat en enkät som utarbetats efter en pilotstudie där pat. uppgett 18 olika undervisningskategorier som de ansåg vara viktigt att veta om sin sjukdom, behandling och rehabilitering. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (oumbärligt). Dessa siffror omvandlades till en 0 – 100-skala, enligt uppgift för att lättare kunna tolkas.</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var riskfaktorer (36,8), symtom (32,1), psykologiska faktorer (31,5) och behandlingar (31,3). Mediciner och aktivitet angavs som ”mindre viktigt”. Siffror angavs inte.</p>	<p>Medel</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Card Sort: an assessment tool for the educational needs of patients with heart failure.</p> <p>Författare: Luniewski, M., Reigle, J. & White, B.</p> <p>Källa: American Journal of Critical Care (1999) 8(5): 297-302</p>	<p>Att utvärdera användningen av en kortsorteringsmetod för att bestämma hjärtsvikt-patienters individuella undervisningsbehov samt att jämföra dem med patientens läkares och sjuksköterskas uppfattning.</p>	<p>30 pat. med hjärtsvikt inlagda på en hjärtavd. på ett sjukhus i USA. 18 män, 12 kvinnor. 33 – 82 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fick 14 kort under sin sjukhusvistelse, 12 med var sin fråga på, t.ex. Vilka är biverkningarna av mina mediciner?, Måste jag ändra mina matvanor?, Vilka är mina riskfaktorer? och två tomma kort som pat. själv kunde skriva ämnen på. Pat. lade korten i viktighetsordning med den viktigaste frågan överst. Undervisningskategorierna som lades på plats 1 – 4 ansågs viktigast, på plats 5 – 8 måttligt viktiga och på plats 9 – 12 minst viktiga.</p>	<p>Pat. ansåg att de viktigaste undervisningskategorierna i fallande ordning var riskfaktorer (17 ggr) tecken (på försämring) och symtom (16 ggr), anatomi och fysiologi (14 ggr).</p>	<p>Medel</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Learning by heart: a focused group study to determine the self-management learning needs of chronic stable angina patients.</p> <p>Författare: McGillion, M.H., Watt-Watson, J.H., Kim, J. & Graham, A.</p> <p>Källa: Canadian Journal of Cardiovascular Nursing (2004) 14(2):12-22</p>	<p>Att identifiera vad fokusgrupper med pat. med kronisk, stabil angina behöver lära sig för att klara av sin egenvård för att kunna utforma innehållet i ett planerat psykologiskt undervisningsprogram för egenvård.</p>	<p>8 pat. med kronisk, stabil angina från två öppenvårds-kliniker och ett hjärt-rehabiliteringscentrum i Toronto, Canada. 6 män, 2 kvinnor. 44 – 70 år.</p>	<p>Kvalitativ studie med gruppintervjuer vid två tillfällen, ca 1½ timme var. Intervjuerna skedde i ett klassrum på sjukhuset. Tre frågor diskuterades: 1) vilka två-tre saker behöver du hjälp med p.g.a. din angina? 2) om du bjöds in till ett program för att lära dig bättre klara av din angina, vad skulle du vilja lära dig i detta program? 3) Har du några frågor eller är det någonting annat du skulle vilja diskutera nu?</p>	<p>De undervisningskategorier som pat. ville lära sig mera om var anatomi och fysiologi, psykologiska faktorer, riskfaktorer, mediciner, behandlingar, kost, aktivitet och symtom. Kategorierna rangordnades inte.</p>	<p>Bra</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Besoin cognitifs et psychosociaux de femmes ayant subi un infarctus du myocarde en phase II de leur réadaptation cardiaque</p> <p>Författare: Richard, G. & Robichaud-Ekstrand, S.</p> <p>Källa: Canadian Journal of Nursing Research (2000) 31(4): 105-129</p>	Att beskriva kognitiva och psyko-sociala behov hos kvinnor som gått igenom en hjärtinfarkt under deras fas II hjärtrehabilitering	40 kvinnor med diagnosen hjärtinfarkt intagna på fyra sjukhus i Montreal, Canada. 39 – 82 år. Medelålder: 68 år.	Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Inom 12 veckor efter infarkten besökte forskaren pat. hem och pat. fyllde i enkäten "Les besoins des patients cardiaque" (Richard 1996), som är en översättning av Needs of Cardiac Patients (Moser et al. 1993). I några fall läste forskaren frågorna och fyllde i svaren i enkäten. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).	De viktigaste undervisningskategorierna var behandlingar (4,95), anatomi och fysiologi (4,92), symtom (4,90), psykologiska faktorer (4,88) och riskfaktorer (4,63).	Bra
<p>Titel: Health needs of lone elderly chinese men with heart disease during their hospitalization</p> <p>Författare: Shih, S.N. & Shih F.J.</p> <p>Källa: Nursing Ethics (1999) 6(1): 58-72</p>	Att undersöka hälsobehoven hos äldre, kinesiska män med hjärtsjukdom under deras sjukhusvistelse.	18 kinesiska män med hjärtsvikt intagna på ett veteransjukhus i norra Taiwan. 65-82 år. Medelålder: 71,56 år.	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade djupintervjuer. Intervjuerna skedde på pat. rum när han ansåg sig ha gott om tid och varade 40 – 50 minuter.	De viktigaste undervisningskategorierna var anatomi och fysiologi, mediciner, kost, aktivitet, symtom, psykologiska faktorer och behandlingar. Undervisningsbehoven rangordnades inte.	Bra

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Information needs of myocardial infarction patients</p> <p>Författare: Timmins, F. & Kaliszer, M.</p> <p>Källa: European Journal of Cardiovascular Nursing (2002) 2: 57-65</p>	<p>Att undersöka undervisningsbehovet hos 27 patienter som nyligen haft en hjärtinfarkt i Irland och jämföra deras uppfattning med sjuksköterskors.</p>	<p>27 pat. med diagnos hjärtinfarkt intagna på ett sjukhus i Dublin, Irland. 14 män, 13 kvinnor. Yngre än 50 år – 89 år. Medelintervall: 50-69 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Forskaren läste upp och fyllde i enkäten CPLNI på sjukhuset dag 3 efter inläggningen och sedan skickades enkäten hem till pat. sex veckor efter utskrivningen. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var symtom (4,67), mediciner (4,53), riskfaktorer (4,52), anatomi och fysiologi (4,44), behandlingar, (4,36), kost (4,35), psykologiska faktorer (4,13) och aktivitet (3,71). Det fanns inga skillnader mellan resultaten från de båda enkättillfällena.</p>	<p>Medel</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff.</p> <p>Författare: Turton, J.</p> <p>Källa: Journal of Advanced Nursing (1998) 27: 770-778</p>	<p>Att ta reda på vilka undervisningsbehov pat. och deras maka/e/partner anser vara viktigast efter en hjärtinfarkt och jämföra dem med sjuksköterskors uppfattning.</p>	<p>18 patienter med diagnosen hjärtinfarkt intagna på ett sjukhus i Essex, England. 16 män och 2 kvinnor. 36 – 74 år. Medelålder: 53,9 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. En modifierad version av enkäten CPLNI skickades hem till pat. 12 – 15 dagar efter utskrivningen. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var riskfaktorer (4,62), symtom (4,61), anatomi och fysiologi (4,37), aktivitet (4,25), psykologiska faktorer (4,21), kost (4,16), mediciner (3,95) och behandlingar (3,88).</p>	<p>Bra</p>

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Betyg
<p>Titel: Educational needs of patients with advanced heart failure and their caregivers.</p> <p>Författare: Walden J.A., Westlake, C. & Hamilton, M.A.</p> <p>Källa: The Journal of Heart and Lung Transplantation (2001) 20(7): 766-769</p>	<p>Att utvärdera undervisningsbehovet hos 82 öppenvårdspatienter med svår hjärtsvikt och jämföra det med 74 av deras vårdgivares.</p>	<p>82 pat. med svår hjärtsvikt som skulle utvärderas för ev. hjärtransplantation på ett hjärtsjukhus i Los Angeles, USA. 58 män, 24 kvinnor. Medelålder: 54 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fyllde i enkäten the Heart Failure Needs Questionnaire på sjukhuset. Listar 23 behov under 6 huvudrubriker: bekymmer för framtiden, hur man klarar av nödsituationer, information, känslomässigt stöd, personliga behov, ekonomi. Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var psykologiska faktorer (4,88), symtom (4,74) och anatomi och fysiologi (4,66).</p>	Bra
<p>Titel: Perceived learning needs of patients with heart failure.</p> <p>Författare: Wehby, D. & Brenner, P.S.</p> <p>Källa: Heart & Lung (1999) 28(1): 31-40</p>	<p>Att undersöka vilka undervisningsbehov pat. med hjärtsvikt upplever att de har och hur de rangordnar dessa i viktighetsgrad och jämföra dem med den uppfattning som ssk som vårdar hjärtsviktpatienter har samt att undersöka hur realistiskt pat. resp ssk anser det vara att pat. lär sig detta under sjukhusvistelsen.</p>	<p>84 pat. med hjärtsvikt på två sjukhus i USA, 39 män, 45 kvinnor. 33 – 92 år. Medelålder: 71,8 år.</p>	<p>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie. Pat. fyllde i enkäten HFLNI (Heart Failure Learning Needs Inventory), på sjukhuset, en modifierad form av CHFLNI. Enkäten bestod av 8 undervisningskategorier Pat. ombads rangordna undervisningskategorierna från 1 (inte viktigt) till 5 (mycket viktigt).</p>	<p>De viktigaste undervisningskategorierna var mediciner (4,84), symtom (4,82), anatomi och fysiologi (4,60), riskfaktorer (4,46), aktivitet (4,36), psykologiska faktorer (4,27) och kost (4,04).</p>	Bra

BortfallBortfallsanalysen beskriven? Ja Nej*Bortfallsstorleken beskriven?* Ja Nej*Adekvat statistisk metod?* Ja Nej*Etiskt resonemang?* Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja NejÄr instrumenten reliabla? Ja NejÄr resultatet generaliserbart? Ja Nej**Huvudfynd** (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning).....
.....**Sammanfattande bedömning av kvalitet** Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign:.....

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (Willman & Stoltz, 2002, bilaga H, ss 122-123)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej?

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar.....

.....
.....

Granskare (sign):.....

Undervisningsbehoven i medeltal hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom. De flesta poängbedömda 1 – 5 (inte viktigt – mycket viktigt). I kvalitativa studier har undervisningsbehoven angetts som viktigt.

	Anatomi och fysiologi	Psykologiska faktorer	Risikfaktorer	Mediciner	Kost	Aktivitet	Symtom	Behandlingar
Ashton 1997§	Mycket viktigt	Mindre viktigt	Viktigast	Viktigast	Minst viktigt	Minst viktigt	Mycket viktigt	Mindre viktigt
Burney 2002+		73%	91%	96%	91%	89%	96%	
Chan 2003&	5,3	4,5	4,6	5,4	5,0	5,1	5,3	5,2
Clark 2004	3,87	3,63	4,08	4,13	3,83	3,63	4,36	
Czar 1997	4,19	3,67	3,27	4,00	3,66	3,49	4,26	
Frattini 1998	4,28	4,12	4,36	4,48	4,00	4,09	4,28	4,12
Hanssen 2005	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	
Larson 1996+		31,5	36,8	Mindre viktigt		Mindre viktigt	32,1	31,3
Luniewski 1999	14		17				16	
McGillion 2004	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt
Richards 2000	4,92	4,88	4,63				4,90	4,95
Shih 1999	Viktigt	Viktigt		Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt	Viktigt
Timmins 2002	4,44	4,13	4,52	4,53	4,35	3,71	4,67	4,36
Turton 1998	4,37	4,21	4,62	3,95	4,16	4,25	4,61	3,88
Walden 2001	4,66	4,88					4,74	
Wehby 1999	4,60	4,27	4,46	4,84	4,04	4,36	4,82	

§ Resultatet inte angivet i siffror. & Poängbedömning 1 – 7. + skala 1 – 100

Rangordning av undervisningskategorierna av patienter med ischemisk hjärtsjukdom.

	Anatomi och fysiologi	Psykologiska faktorer	Riskfaktorer	Mediciner	Kost	Aktivitet	Symtom	Behandlingar
Ashton 1997	2	3	1	1	4	4	2	3
Burney 2002		4	2	1	2	3	1	
Chan 2003	2	7	6	1	5	4	2	3
Clark 2004	4	6	3	2	5	6	1	
Czar 1997	2	4	7	3	5	6	1	
Frattini 1998	3	4	2	1	6	5	3	4
Hanssen 2005	1	1	1	1	1	1	1	
Larson 1996		3	1				2	4
Luniewski 1999	3		1				2	
McGillion 2004	1	1	1	1	1	1	1	1
Richards 2000	2	4	5				3	1
Shih 1999	1	1		1	1	1	1	1
Timmins 2002	4	7	3	2	6	8	1	5
Turton 1998	3	5	1	7	6	4	2	8
Walden 2001	3	1					2	
Wehby 1999	3	6	4	1	7	5	2	
Rangordning	3	7	4	1	6	5	2	3