

EGENVÅRDENS BETYDELSE FÖR BEHANDLING
AV HYPERTONI
- En litteraturöversikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2017-05-04
Kurs: 47
Författare: Evelin Pålsson
Författare: Caroline Rauge

Handledare: Margareta Ramsjö
Examinator: Jan Nilsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hypertoni är en av de vanligast förekommande kroniska sjukdomarna världen över och folksjukdomen bidrar till miljontals dödsfall varje år. Hypertoni definieras av att blodtrycket uppmätts till över 140/90 mmHg. Blodtrycket bestäms av två faktorer: mängden blod som hjärtat pumpar vid varje slag och det motstånd som blodet möter i de perifera artärerna, arteriolerna. I behandlingen av hypertoni ska patienten vara i fokus och därför blir egenvård en viktig del av behandlingen. När patientens egenvårdsförmåga är mindre än det motsvarande egenvårdskravet uppstår egenvårdsbrist. Egenvårdsstöd och att själv finna strategier för sin behandling av hypertoni, stärker inte bara patientens autonomi utan också dennes livskvalitet.

Syfte

Syftet var att belysa egenvårdens betydelse för behandling av hypertoni.

Metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod för att besvara syftet. Databassökningar genomfördes i CINAHL Complete och PubMed med hjälp av universella MeSH-termer, CINAHL-headings och i fritext. Sammanlagt 16 vetenskapliga artiklar inkluderades i litteraturöversikten efter att ha analyserats, klassificerats och sammanställts i en artikelmatris.

Resultat

Resultatet presenterades utifrån tre teman: egenvårdens effekt på blodtrycket, betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen och egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet. I resultatet framgick att egenvårdsbehandling sänker blodtrycket, ökar egenvårdsförmågan samt ökar livskvaliteten för patienter med hypertoni.

Slutsats

Olika livsstilsförändringar i kombination med egenvårdsstöd och utbildning skulle kunna vara den optimala egenvårdsbehandlingen för patienter med hypertoni. Slutligen tolkas det presenterade resultatet som att egenvård inte bara sänker blodtrycket, utan att det i kombination med att patienten tar ansvar för sin egen hälsa även kan leda till ökad livskvalitet samt ökad följsamhet till behandlingen.

Nyckelord: Behandling, Blodtryck, Egenvård, Hypertoni, Livskvalitet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hypertoni.....	1
Egenvård.....	2
Sjuksköterskans roll och egenvård	3
Patienten och egenvård.....	4
Livskvalitet.....	6
Problemformulering	6
SYFTE	7
METOD	7
Val av Metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Egenvårdens effekt på blodtrycket	11
Betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen	12
Egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet	13
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion.....	17
Slutsats	19
REFERENSER	21

BILAGA A-B

INLEDNING

Hypertoni är en av de vanligast förekommande kroniska sjukdomarna i världen. År 2008 var en miljard människor drabbade världen över och enligt World Health Organization [WHO] klassas hypertoni som en folksjukdom. Det finns dock ett stort mörkertal då sjukdomen ofta är asymtomatisk och många människor är omedvetna om sin diagnos. Konsekvenserna av hypertoni bidrar till cirka nio miljoner dödsfall varje år och sjukdomen är orsaken till minst 45 procent av dödsfallen vid hjärtsjukdomar och 51 procent av dödsfallen vid stroke. Betydande fördelar för prognosen är att hypertonin upptäcks i ett tidigt stadie och att en tidig behandling i kombination med egenvård sätts in (WHO, 2013). Behandling av hypertoni leder till stora besparingar i samhället då det leder till minskat insjuknande och dödsfall i stora sjukdomsgrupper såsom hjärtsjukdomar och stroke (Ericson & Ericson, 2013).

BAKGRUND

Hypertoni

Hypertoni definieras av att blodtrycket uppmätts till över 140/90 millimeter kvicksilver (mmHg) i liggande eller sittande position vid minst tre tillfällen under loppet av några veckor till månader. Blodtrycket bestäms av två faktorer: mängden blod som hjärtat pumpar vid varje slag och det motstånd som blodet möter i de perifera artärerna, arteriolerna (så kallade resistenskärl). Den grundläggande orsaksmekanismen för hypertoni är att resistenskärlen skapar ett förhöjt perifert motstånd vilket leder till ökat blodtryck. Det finns ingen bestämd bakomliggande orsak till sjukdomen, utan orsaken varierar från individ till individ och sjukdomen är ofta ett resultat av flera sammanhängande faktorer. Det finns dock fysiologiska mekanismer som medverkar till sjukdomsutvecklingen, exempelvis ateroskleros, ålder och aktivering av renin-angiotensin II-aldosteron-systemet (RAAS). RAAS är kroppens blodtrycksreglerande system som verkar blodtryckshöjande genom att en kedja av enzymer och proteiner frisätts i blodet som i sin tur utlöser en kärilskontraktion (Ericson & Ericson, 2013).

Hypertoni indelas i primär och sekundär hypertoni. Vid diagnostisering av primär hypertoni ingår en grundläggande anamnes som identifierar riskfaktorer, symtom eller tecken på hjärt- och kärlsjukdomar. I anamnesen uppmärksammas även ärftliga faktorer och livsstilsfaktorer. Majoriteten av patienterna som diagnostiseras med primär hypertoni saknar en bakomliggande medicinsk orsak. Om blodtryckshöjningen istället orsakas av en annan sjukdom, exempelvis njursjukdom, benämns det sekundär hypertoni (Ericson & Ericson, 2013).

Vanliga symtom som kan visa sig vid hypertoni är huvudvärk och trötthet. Vid högre blodtryck kan symtom på organskada uppträda, exempelvis synstörning vid skada på ögon eller bröstsmärta och andfåddhet vid skada på hjärta (Löndahl & Katzman, 2012). De flesta människor kan leva med högt blodtryck utan att ha några uppenbara symtom. Det är få patienter som får diagnosen när de visat mer uppenbara symtom som illamående, kräkning och huvudvärk (Balduino, Mantovani, Lacerda, Marin & Wal, 2016). I flera fall fastställs diagnosen först när det höga blodtrycket har lett till komplikationer eller följsjukdomar. Således kan komplikationer och följsjukdomar till följd av det höga blodtrycket undvikas med en tidig diagnos och behandling (Alleyne, Hancock & Hughes, 2011).

Ericson och Ericson (2013) menar att vid behandling av hypertoni är det främst patienten som ska behandlas inte hypertoni i sig. Patienter med hypertoni behöver personcentrerad omvårdnad för en optimal behandling. Personcentrerad omvårdnad innebär att vårdpersonalen genom individanpassade råd tar hänsyn till patientens livsstil och riskfaktorer. Primär hypertoni kan orsakas av olika riskfaktorer och många av dem härrör till livsstil som kan vara möjlig att påverka, exempelvis rökning, matvanor eller fysisk aktivitet. Vid livsstilsförändringar är det viktigt att patienten inte belastas med stress och utsätts för alltför hårda krav. En sådan press kan ha en omvänd effekt på patienten då det kan leda till att denne avskärmar sig från värdefull information (Ericson & Ericson, 2013).

Icke-farmakologisk behandling vid hypertoni innebär bland annat förändrad livsstil såsom rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, kroppsmasseindex (BMI) mellan 18,5-25, hälsosam kost, minskat saltintag, ökad fysisk aktivitet och stresshantering (Bengtson & Drevenhorn 2003). För att räkna ut BMI divideras vikten i kilogram med längden i meter i kvadrat (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Tidigare nämnda livsstilsförändringar gynnar både patientens hälsa och livskvalitet som i sin tur leder till prevention och reducerar risken för högt blodtryck (Bengtson & Drevenhorn 2003). Icke-farmakologisk behandling kan även innebära självmonitorering av blodtryck, sjuksköterskeledd vård, kontinuerlig uppföljning, utbildning och uppmuntran i egenvård (Glynn, Murphy, Smith, Schroeder & Fahey, 2010).

Patienter som kontinuerligt tillämpar icke-farmakologisk behandling kan komma att reducera mängden av blodtryckssänkande mediciner. Icke-farmakologisk behandling är en metod som kan leda till normalisering av blodtrycket. Däremot behöver många patienter farmakologisk behandling och fyra vanliga läkemedel vid hypertoni är diuretika, betablockerare, kärlvidgande läkemedel och kalciumhämmare läkemedel som alla verkar blodtryckssänkande (Brink & Schenck-Gustafsson, 2004).

Egenvård

Enligt Socialstyrelsens författningssamling 1§, kap. 2, i (SOSFS) 2009:6 definieras egenvård: "hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)". Socialstyrelsens definition av egenvård syftar på vilken instans som ska ansvara för egenvården och hurvida patienten behöver hjälp till egenvård, vilket kan vara aktuellt vid olika typer av funktionshinder. Egenvård i Socialstyrelsens mening är när patienten själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad sjuksköterska bedömt är möjligt. Det finns inga generella åtgärder som utgör egenvård och hänsyn ska tas till omständigheterna i varje specifikt fall. Bitte (2013) beskriver i ett meddelandeblad, för Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård, att bedömning av egenvård ska göras utifrån patientens fysiska- och psykiska hälsa och patientens livssituation. Bitte (2013) hävdar även att bedömningen ska göras i samråd med patienten.

I det engelska språket används både ordet *self-care* och *self-management* som på svenska översätts till egenvård respektive självhantering. Enligt Wilkinson och Whitehead (2009) används termerna självhantering och egenvård ofta synonymt i litteraturen. Självhantering

har växt fram från begreppet egenvård vilket i stort definierar individens val av en hälsosam livsstil. Egenvård syftar till en optimal utveckling och förebyggande strategier för att upprätthålla hälsa (Richard & Shea, 2011). Optimal självhantering innebär förmågan att hantera sjukdom, utveckla och använda kognitiva beteenden och känslomässiga strategier för att upprätthålla tillfredsställande livskvalitet (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002).

Egenvård kan definieras som en dynamisk process som kräver kunskap, engagemang, beslutsamhet och disciplin för att ha möjlighet att hantera en kronisk sjukdom och för att uppnå en sundare livsstil (Balduino et al., 2016). Egenvård innebär att människan väljer ett beteende som är i balans mellan känslor och fysiska stressorer såsom fysisk aktivitet, näringsrik kost och sömn (Richards, 2013).

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem definierar egenvård som en handling av en individ som har utvecklat kraften och förmågan att använda lämpliga och trovärdiga åtgärder för att själv påverka sin hälsa. Egenvård är en vuxen individs kontinuerliga omhändertagande av sin egen existens och sitt eget välbefinnande. Egenvård är en behandlingsform som bygger på frivillig förändring av sitt beteende och är guddad av principer som ger riktning till handling (Orem, 2001). Föregående definition av Orem kommer att användas genomgående i litteraturöversikten. Orem's teorier understryker att omvårdnadsmålet är att patienten ska bli självständig vid utförandet av egenvård (Kirkevold, 2000).

Förutom Orem's teori om egenvård har teoretikern även studerat begreppet egenvårdsbrist. Egenvårdsbrist betecknar en obalans mellan patientens egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov. I situationer då patienten lider av egenvårdsbrist behöver andra människor i patientens närhet ta över ansvaret för egenvården, vilket definieras av Orem som "närstående-omsorg". När varken patienten eller närstående kan tillgodose patientens egenvårdsbehov blir professionell omvårdnad befogad (Kirkevold, 2000).

Egenvårdsaktivitet betecknar aktiviteter som ingår i individens egenvård, summan av dessa definieras som egenvårdskrav. När patientens egenvårdsförmåga är mindre än det motsvarande egenvårdskravet uppstår egenvårdsbrist som enligt Orem förklarar varför patienten kommer i behov av omvårdnad. Egenvårdsförmåga definieras som förmågan att tillgodose ett kontinuerligt behov av vård för att upprätthålla och främja välbefinnandet. Egenvårdsförmågan varierar efter patientens hälsotillstånd, utbildning, resurser och livserfarenheter. Dessa styrande faktorer är enligt Orem nödvändiga för att patienten ska ha möjlighet att tyda sina egenvårdsbehov som bygger på tron om att människan är i ständig utveckling (Kirkevold, 2000). Orem anser att en människa är en aktiv och fri varelse som kan reflektera över både sin omgivning och sig själv. Egenvård är en handling av människor som har kraften och som har utvecklat kapaciteten att använda lämpliga och pålitliga resurser för att förbättra funktion och utvecklas i en stabil eller i en föränderlig miljö. Genom egenvård kan en människa uppnå välbefinnande (Orem, 2001).

Sjuksköterskans roll och egenvård

Patienter med diagnostiserad hypertoni träffar många olika professioner inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor är ofta den profession som är mest betrodd av patienten vid förmedling av egenvårdsstöd (Alleyne et al., 2011). En central uppgift vid behandling av hypertoni är för sjuksköterskan att råda patienten till egenvårdsstöd i form av olika

egenvårdsstrategier som innefattar förbättring av livsstil vad gäller kost, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, tobaksanvändning och stress (Bengtson & Drevenhorn, 2003).

Ett arbetsverktyg som används av sjuksköterskan är motiverande samtal. Motiverande samtal har haft en stor spridning inom omvårdnad för att förbättra följsamhet till medicinering, kost och motion för patienter som har kroniska sjukdomar (Steel et al., 2008). Motiverande samtal innebär en ökning av beredskap för förändring genom att hjälpa patienten att utforska och lösa ambivalens (Hetter, Steel & Miller, 2005). Under ett motiverat samtal uppmuntrar sjuksköterskan patienten att bedöma det nuvarande beteendet och att utforska beteendet med avseende på ambitioner, värderingar och intressen (Rollnick & Miller, 1995).

Hälso- och sjukvårdspersonalens roll vid behandling av hypertoni är att hjälpa, stötta, ge råd och bidra med ett professionellt ställningstagande (Balduino et al., 2016). Kontinuitet är betydande och kontakten sker vanligtvis via öppenvården (Ericson & Ericson, 2013). Sjuksköterskan har en viktig roll i att skapa band mellan patienten och andra aktörer inom hälso- och sjukvården för att öka patientens kontroll över sin hälsa. En viktig komponent vid egenvårdsstöd är att sjuksköterskan på ett pedagogiskt sätt förmedlar sin kunskap. Det kan motivera patienten att göra livsstilsförändringar (Balduino et al., 2016). Omvårdnadshandlingen blir att hjälpa patienten att identifiera och åstadkomma förändringar i rutiner och vanor (Cohn et al., 2012). Enligt Balduino et al. (2016) bör patienten vara huvudpersonen i den dagliga hanteringen av sin sjukdom både beträffande förskrivna terapier och beslutsfattande för att kontrollera och behandla sjukdomen. Sjuksköterskans attityd och tro på egenvård är betydande för behandlingen då det leder till att den används i större utsträckning och får bättre kvalitet, vilket i förlängningen kan leda till lägre hälso- och sjukvårdskostnader.

Patienten och egenvård

Patienten som blir diagnostiserad med hypertoni genomgår en process som börjar med insjuknandet vilket senare leder till diagnos. Därefter måste patienten bli medveten om sitt hälsotillstånd innan denne kan påbörja en egenvårdsbehandling. Många patienter lever med sjukdomen utan att vara medvetna om den och får diagnosen först vid en hälsokontroll eller när de uppsöker sjukvård av andra anledningar. När en medicinsk diagnos har ställts ändrar patienten sin självuppfattning och börjar fundera över sin identitet som patient. Efter erhållen diagnos kan patienten börja beskriva sina symtom och finna strategier för egenvård. Patienter börjar då själv söka information om nödvändiga livsstilsförändringar. Kunskap om sjukdomen stärker förmågan till egenvård och skapar eller resulterar i kontroll över sjukdomen. Vidare leder kunskapen till att patienten får möjlighet att utveckla strategier för att hantera sjukdomen och därmed stärka autonomin (Balduino et al., 2016).

Enligt Balduino et al. (2016) är livsstilsfaktorer som influerar människors vardag komplexa, ifrågasättande och ofta motsägande. De flesta människor är inte medvetna om vad en hälsosam livsstil innebär och vilka faktorer som påverkar hälsan, exempelvis vad som ingår i en hälsosam kost, vad en lagom mängd alkohol innebär och mängden fysisk aktivitet som behövs för att upprätthålla god hälsa. Människor som söker information och är pålästa går inte heller att utesluta från egenvårdsbehandling, det är många gånger en väsentlig skillnad mellan vad patienten vet och hur denne agerar (Balduino et al., 2016).

Individens engagemang och förmåga till egenvård är betydande för resultatet av behandlingen för hypertoni (Balduino et al., 2016). Trots motivation, medvetenhet och rekommendationer om ändrad livsstil har det visat sig att patienter har svårt att göra nödvändiga livsstilsförändringar. Rutiner och vanor är viktiga element i det dagliga livet och kan vara komplicerade att ändra på (Cohn et al., 2012). Det är ofta svårt att förändra ett beteendemönster trots att patienten har tydliga avsikter att agera på annat sätt. Beteenden formas av våra kulturella och sociala sammanhang som är starkt förankrade i varje människa. När vanor och rutiner är starkt förankrade är det mindre sannolikt att kunna ändra dem (Wood & Neal, 2007). För att ändra vanor och rutiner i vardagslivet måste patienten känna igen vanan i ett naturligt sammanhang. Inlärd vanor bör även ersättas med andra vanor snarare än att uteslutas helt (Cohn et al., 2012). Patienternas preferenser av vad hälsa är och vad en hälsosam livsstil innebär avgör följsamheten av egenvård (Jallinoja, Pajari, & Absetz, 2008).

Ett återkommande begrepp kring egenvård är *self-efficacy*. Det finns ingen rättvis översättning av denna term till svenska och därför används fortsättningsvis det engelska ordet i litteraturöversikten. Self-efficacy definieras av Bandura (1997) som omfattningen eller styrkan av tron om den egna förmågan att utföra uppgifter och att nå mål. Self-efficacy innebär att ha kunskap och förmåga att själv ta kontroll och hitta strategier för att reglera sin tankeprocess för den egna motivationen, det känslomässiga- och fysiologiska tillståndet. Teorin om self-efficacy erkänner mångfalden av människors förmågor (Bandura, 1997). Människor som innehar self-efficacy präglas av ihärdighet, engagemang, uppfinningsrikedom och uthållighet (Brekke, 2003).

Patientens medvetenhet om att hypertoni är en kronisk sjukdom kan leda till utveckling av emotionell instabilitet såsom depression och ångest, vilket kan leda till försämrad följsamhet i egenvården (Footman, Roberts, Tumanov & McKee, 2013). WHO (2005) förtydligar risken för bristande följsamhet genom att karaktärisera tre riskgrupper. Den första gruppen kopplas till komplexiteten av sjukdomen, sjukdomens varaktighet och behandlingsform. Till den andra gruppen kopplas personliga faktorer såsom ålder, kön, beroendeproblematik och depression. Den tredje gruppen kopplas till faktorer som inkluderar kommunikation och socialt stöd. I en kvantitativ studie framhäver författarna Doubova, Martinez-Vega, Aguirre-Hernandez och Pérez-Cuevas (2017) betydelsen av att finna och belysa ångest relaterad till hypertoni för att kliniskt kunna öka patientens förmåga till egenvård. Askheim (2007) beskriver att genom *empowerment*, som på svenska kan översättas till egenmakt, kan patienten skaffa sig styrka, kraft och makt för att komma ur en situation som denne tidigare ansåg sig vara maktlös i. Egenmakt uttrycker därmed både en målsättning och ett medel som krävs för att nå målet (Askheim, 2007). Enligt Zimmerman (1995) förbättrar egenmakt individens självförtroende genom att möjliggöra för individen att uppnå kunskap och färdigheter, att aktivt delta och erhålla ett starkt socialt nätverk.

Enligt en summering från World Health Day 2013 är det viktigt att patienten får kontroll över sin situation och sin sjukdom för att ha förmågan att upptäcka när det är nödvändigt att söka vård (WHO, 2013). Patienters autonomi är kopplat till dennes förmåga och möjlighet att på egen hand bestämma och styra över sig själv och sina handlingar. För att patienten ska vara autonom krävs det att vilja och handling överensstämmer med varandra (Tännsjö, 1998).

Livskvalitet

WHO (1997) definierar livskvalitet som individens uppfattning om sin sociala situation i livet där mål, förväntningar, normer och angelägenheter relaterat till kultur- och värdesammanhang spelar en roll. Vidare beskriver WHO (1997) att livskvalitet är ett brett och sammansatt mått på individens egen värdering av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012) betonar hälsans betydelse för livskvaliteten. Hälsorelaterad livskvalitet kan mätas för att utvärdera effekten av olika vårdåtgärder på patienternas livskvalitet. Därmed mäts inte bara vårdåtgärdens effekter på symtomen, utan också på den hälsorelaterade livskvaliteten. Mätningen blir därför av intresse för klinisk forskning och därmed även för litteraturoversikten.

Problemformulering

Enligt WHO (2013) är hypertoni en av de vanligast förekommande kroniska sjukdomarna världen över och folksjukdomen bidrar till miljontals dödsfall varje år. Egenvård är en viktig del av behandlingen som enligt WHO (2013) har betydande fördelar för prognosen. Patientens medvetenhet om att hypertoni är en kronisk sjukdom kan enligt Footman et al. (2013) leda till utveckling av emotionell instabilitet vilket kan försämra egenvårdsförmågan. Egenvårdsstöd och att själv finna strategier för sin behandling av hypertoni stärker inte bara patientens autonomi utan också dennes livskvalitet (Balduino et al., 2016). Sjuksköterskans har en viktig roll i att stötta patienten till egenvård. En ökad kunskap om egenvårdsbehandling skulle vara betydelsefull för omvårdnaden av patienter med hypertoni. Litteraturoversikten avser därför att studera vad egenvården har för betydelse vid behandling av hypertoni, vilka effekter egenvård har på blodtrycket och vidare hur egenvård kan påverka patientens livskvalitet.

SYFTE

Syftet var att belysa egenvårdens betydelse för behandling av hypertoni.

METOD

Val av Metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod för att besvara litteraturöversiktens syfte. En sammanställning av forskning beskriver kunskapsläget inom valt område, vilket Forsberg och Wengström (2015) hävdar att en allmän litteraturöversikt bidrar med. Då syftet var att belysa egenvårdens betydelse för behandling av hypertoni kommer såväl kvalitativa som kvantitativa studier ingå i analysen, vilket stöds av Friberg (2012) som menar att ett inkluderande av båda ansatserna ger olika perspektiv på ämnet. Kvalitativa studier har en flexibel och holistisk ansats. Studiemetoden kräver delaktighet av forskaren som tolkar, skapar mening och förståelse av människans subjektiva upplevelser. Kvantitativa studier strävar istället efter ett orsakssamband där forskaren är objektiv i arbetet med att ta fram orsaken till effekten. Syftet med en litteraturöversikt är att sammanfatta evidensbaserad och aktuell forskning inom problemområdet (Polit & Beck, 2012).

Urval

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Litteraturöversikten inkluderar vuxna patienter (>18 år) med hypertoni. Primär hypertoni inkluderades då egenvård är en stor del av behandlingen. Sekundär hypertoni exkluderades på grund av att diagnosen har en annan etiologi än primär hypertoni och att behandlingen inte är densamma (Ericson & Ericson, 2013). Ett inklusionskriterium var att artiklarna var publicerade inom tidsramen 2007-2017 för att resultatet skulle baseras på aktuell forskning. Inkluderade artiklar var skrivna på engelska eftersom språket behärskas av skribenterna. Andra inklusionskriterier för studien var att artiklarna var etiskt granskade eller att noggranna etiska överväganden gjorts, efter rekommendation från Forsberg och Wengström (2015). Artiklarna var *peer reviewed* för att bevara en vetenskaplig kvalitet. Peer reviewed innebär att en sakkunnig forskare granskat studien innan rekommendation om publicering av den vetenskapliga artikeln (Polit & Beck, 2012). För att enbart inkludera forskningsartiklar exkluderades avhandlingar, insändare och bokrecensioner enligt rekommendation från Sophiahemmet Högskolas bibliotekarie.

Datansamling

Datansamlingen genomfördes från januari till februari 2017. Med handledning av bibliotekarie utvecklades kunskapen om databaserna för att effektivisera sökningen, i enlighet med Forsbergs och Wengströms (2015) rekommendation. Databassökningar genomfördes i CINAHL Complete och PubMed med hjälp av universella MeSH-termer, CINAHL-headings och i fritext. Sökningar genomfördes i två faser, enligt Östlundhs (2012) rekommendation, där den inledande fasen gav en översikt av forskningsområdet. Därefter påbörjades en systematisk litteratursökning som ledde fram till det slutgiltiga

urvalet av artiklar. Sökorden valdes noggrant ut för att artiklarna skulle vara relevanta för syftet. Innan påbörjad sökning listades nyckelord som speglar syftets innehåll, relevanta sökord och synonyma termer för att underlätta sökningen. I enlighet med Forsberg och Wengström (2015) användes en boolesk sökstrategi där sökorden kombinerades med hjälp av de booleska operatorerna: *AND* och *OR*. Med hjälp av *AND* blir sökningen snävare och med *OR* kan synonymord kombineras för en bredare sökning. Artikelsökningarna ledde fram till 16 artiklar. Samtliga sökningar med sökord och kombinationer finns presenterade i Tabell 1.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed

Databas/ Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluder ade artiklar
CINAHL 09.02.17	(MH "Outpatients" OR MH "self-efficacy" OR MH "Empowerment" OR MH "Exercise") AND (MH "Hypertension/PC/TH")	147	50	25	4
CINAHL 10.02.17	(MH "Quality of life" OR MH "Chronic disease") AND (MH "Self care ED/AE")	87	40	21	1
CINAHL 10.02.17	(MH "Self care" OR "Self magement") AND (MM "Hypertension")	227	85	20	3
CINAHL 10.02.17	(MH "Patient Compliance" OR MH "Self care" OR MH "Quality of life") AND ("Hypertension/PC/TH")	227	60	15	1
CINAHL 16.02.17	(MH "Quality of Life" OR "Control (Psychology)") AND (MH "Hypertension")	195	9	4	1
PubMed 10.02.17	"Hypertension/therapy"[Mesh] AND "Self Care/methods"[Mesh]	75	25	8	2
PubMed 13.02.17	("Quality of Life"[Mesh] OR "Health Communication"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh] AND "Hypertension"[Mesh]	17	5	2	1
PubMed 13.02.17	("Patients"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh] AND "Hypertension"[Mesh]	42	10	3	2
PubMed 17.02.17	("Self-Control"[Mesh] OR "Self management") AND "Quality of life" AND "Hypertension"[Mesh]	12	9	3	1
Totalt		1029	299	101	16

MH=Exact Subject Heading, MM= Exact Major Subject Heading, PC=Prevention and Control, TH=Therapy, ED=Education, AE=Adverse Effects

Databearbetning

Artiklar till litteraturöversikten sorterades först efter relevanta artikelrubriker och därefter utfördes en granskning av artiklarnas abstract för att till en början kontrollera om innehållet var väsentligt för det valda området. Vidare lästes artiklarna överskådligt för att tidigt exkludera de som saknade relevans för litteraturöversiktens syfte. Sedan lästes artiklarna i sin helhet där ytterligare några artiklar exkluderades då de inte svarade på litteraturöversiktens syfte, vilket slutligen resulterade i 16 valda artiklar. De delar av artiklarnas resultat som var av intresse för litteraturöversikten markerades och sparades i ett dokument efter att ha översatts till svenska med stöd av lexikon. Utvalda artiklar beskrivs i en artikelmatris (Bilaga B) utifrån syfte, metod och resultat som ger en överblick över det sammanställda resultatet. I litteraturöversiktens resultat avrundades observationvärden, som identifierats i valda artiklars resultat för att underlätta för läsaren. I artikelmatrisen redovisas exakta värden. För resultatanalysen skapades en annan tabell, vilken inte redovisades i litteraturöversikten, som gav en översikt över specifika kriterier vilket underlättade analysen. Artiklarna kategoriserades, enligt Fribergs (2012) rekommendation, vilket underlättade identifiering, analys och jämförelse mellan inkluderade artiklar.

För att bestämma artiklarnas kvalitet användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för kvantitativ och kvalitativ metodansats för vetenskaplig klassificering, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A). Artiklar som valdes uppnådde medel eller hög klass vid bedömningen och resterande artiklar exkluderades. Valda kvalitetsgranskade artiklar fördes in i en artikelmatris (Bilaga B).

Dataanalys

Syftet med ett vetenskapligt analysarbete är att undersöka fenomenet genom att dela upp det i olika teman för att studera dem enskilt (Forsberg & Wengström, 2015). Friberg (2012) rekommenderar en översiktstabell till innehållsanalysen för en strukturerad databearbetning. I litteraturöversikten har en artikelmatris (Bilaga B) till resultatet använts som en översiktstabell. Ytterligare en tabell med specifika kriterier skapades för att analysera samband mellan artiklarna: längd intervention, interventionsmetod och resultat på systoliskt blodtryck. Artikelmatrisen (Bilaga B) och tabellen kompletterade varandra och utgjorde tillsammans en tydlig översikt som möjliggjorde en innehållsanalys av inkluderade artiklar, likt Fribergs (2012) uppmaning. Därför sammanställdes resultatet från varje enskild artikel för att skapa en överblick över ämnet. Efter analysarbetet uppkom teman utifrån artiklarnas resultat då likheter kunde identifieras. Sedan integrerades likheterna och teman bildades vilket gav struktur till resultatet. Förloppet stöds av Forsberg och Wengström (2015) som menar att resultatet med fördel kan delas upp i olika teman vid en innehållsanalys.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik innebär att ett etiskt övervägande görs inför och under utförandet av ett vetenskapligt arbete. I alla situationer ska etiska principer tillämpas och det förutsätter att skribenterna har förmågan att reflektera över vilka värden och värderingar som kan ha en påverkan under arbetsförloppet (Kjellström, 2012). En kritisk reflektion över de valda artiklarna kan skapa en tillförlitlighet till litteraturöversikten. Det ska enligt Forsberg och Wengström (2015) göras utifrån validitet, reliabilitet, trovärdighet och generaliserbarhet. När artiklar med relevans beskriver vad en studie ska undersöka och sedan genomför det och inte något annat, innebär det att artikeln har validitet (Forsberg & Wengström, 2015). Litteraturöversiktens validitet och reliabilitet eller trovärdighet är grundkriterier för bedömning om litteraturöversiktens resultat går att generalisera eller överföras till andra situationer eller kontexter (Henricson, 2012). En artikel som har hög mätsäkerhet tyder på reliabilitet som innebär att forskare ska ha möjlighet att genomföra upprepade mätningar och få samma resultat (Forsbergs & Wengströms, 2015). Metoden är noga beskriven och resultatet är sanningsenligt sammanställt för att inbringa trovärdighet till litteraturöversikten enligt Forsbergs och Wengströms (2015) rekommendation. För att litteraturöversikten ska vara generaliserbar innebär det att slutsatsen från forskningen är applicerbar på en större population (Forsbergs & Wengströms, 2015).

För att följa etiska riktlinjer inom forskning ska studien aldrig förvränga, förfälska, vilseleda eller plagiera material. Allt material som hanteras och analyseras ska vara godkänt av en etisk kommitté eller etiskt försvarbart. Ett godkännande leder dock inte till att skribenternas egna etiska reflektion och ansvar upphör, det ska pågå under hela arbetets gång, vilket stöds av Vetenskapsrådet (2011). I inkluderade artiklar ska forskningspersonernas autonomi och integritet respekteras genom informerat samtycke som garanterar en frivillig medverkan. De medverkande i studierna ska ha fått information om att det är möjligt att när som helst, utan att någon förklaring behöver anges, kunna dra tillbaka samtycket. Ett frivilligt informerat samtycke innebär att personen har blivit väl informerad, förstår informationen och samtycker utan någon som helst påverkan (Helgesson, 2015). För att bevara forskningspersonernas integritet ska personuppgifter i inkluderade studier hanteras konfidentiellt. Konfidentialitet innebär att insamlad data förvaras på ett säkert sätt och att redovisad data inte går att återföra till en enskild person (Kjellström, 2012).

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien var att belysa egenvårdens betydelse för behandling av hypertoni. Resultatet från sammanlagt 16 vetenskapliga artiklar redovisas här utifrån tre teman: egenvårdens effekt på blodtrycket, betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen och egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet.

Egenvårdens effekt på blodtrycket

Egenvårdsbehandling leder till sänkt blodtryck (Bosworth et al., 2009; Dye et al., 2015; Park et al., 2012; Friedberg et al., 2014; Golshahi et al., 2015; Ma et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Rigsby, 2011; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Shin et al., 2015; Subramanian et al., 2011; Svetkey et al., 2009; Warren-Findlow et al., 2013; Xue et al., 2008). I en studie av Xue et al. (2008) fick deltagarna genomgå ett egenvårdsprogram i grupp som innehöll utbildningssamtal om sjukdomen, livsstilsförändringar och målsättningar för beteendeförändringar. Gruppen som genomgick programmet sänkte blodtrycket med 10 mmHg (Xue et al., 2008). I studie av Dye et al. (2015) visades det på att efter 16 veckors egenvårdsprogram minskade det systoliska blodtrycket med 6 mmHg från utgångsvärdet. Rujiwatthanakorn et al. (2011) visade även att ett egenvårdsprogram sänkte blodtrycket med 6 mmHg.

En hälsosam livsstil leder till sänkt blodtryck. Återkommande egenvårdsstrategier var fysisk aktivitet och kostrådgivning (Bosworth, et al., 2009; Dye et al., 2015; Friedberg et al., 2014; Golshahi et al., 2015; Ma et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Park et al., 2012; Rigsby, 2011; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Sol et al., 2010; Subramanian et al., 2011; Svetkey et al. 2009; Warren-Findlow et al., 2013; Xue et al., 2008), vilka visade sig vara de vanligaste egenvårdsstrategierna bland patienter med hypertoni (Schmid et al., 2009). Fysisk aktivitet beskrevs av en av deltagarna i studie av Schmid et al. (2009) som lättillgängligt och som en enkel åtgärd för att sänka blodtrycket. Rigsby (2011) redovisade att 100 procent av deltagarna, efter 12-veckors egenvårdsintervention, ökade sin dagliga fysiska aktivitet och 40 procent ökade sitt dagliga intag av frukt och grönsaker, 96 procent av deltagarna sänkte blodtrycket. Oliveira et al. (2013) visade att fysisk aktivitet och kostrådgivning sänkte det systoliska blodtrycket från utgångsvärdet med 11 mmHg. Subramanian et al. (2011) visade att fysisk aktivitet ledde till att blodtrycket sjönk med $5 \pm 3/6 \pm 3$ mmHg, saltreduktion ledde till en sänkning med $3 \pm 2/2$ mmHg och yoga till $2 \pm 1/2$ mmHg.

Andra förekommande egenvårdsstrategier var reducering av tobakskonsumtion (Bosworth, et al., 2009; Dye et al., 2015; Ma et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Park et al., 2012; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Sol et al., 2010) och alkoholkonsumtion (Bosworth, et al., 2009; Dye et al., 2015; Ma et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Park et al., 2012; Svetkey et al. 2009). I en studie av Ma et al. (2014) erhöll en interventionsgrupp motiverande samtal vilket ledde till ökad följsamhet gällande tobak- och alkoholkonsumtion och sänkt blodtryck. Egenvårdsintervention gällande tobak- och alkoholkonsumtion gav däremot ingen effekt på följsamhet eller blodtryck i resterande studier ovan. En tredje egenvårdsstrategi som ingick i ett flertal interventioner var följsamhet av medicinering (Friedberg et al., 2014; Golshahi et al., 2015; Ma et al., 2014; Park et al., 2012; Svetkey et al. 2009; Warren-Findlow et al., 2013; Xue et al., 2008). Egenvårdsbehandling ledde till att patienterna ökade följsamheten till medicinering (Golshahi et al., 2015; Ma et al., 2014; Warren-Findlow et al., 2013). Andra resultat visade inte på en ökad följsamhet (Friedberg

et al., 2014; Park et al., 2012; Svetkey et al. 2009; Xue et al., 2008). Flera deltagare i studie av (Xue et al. 2008) reducerade mängden blodtryckssänkande mediciner efter egenvårdsbehandling.

Vårdpersonalens kommunikation med patienten har en positiv påverkan på blodtrycket (Schmid et al., 2009; Svetkey et al., 2009). Svetkey et al. (2009) genomförde en studie i tre delar, en intervention på läkares arbetssätt med tillhörande kontrollgrupp, en intervention på patienter med tillhörande kontrollgrupp och en grupp där båda interventionerna kombinerades. Studiens resultat visade att patienternas blodtryck sjönk med 5 ± 12 mmHg för läkarinterventionsgruppen som använde ett bedömningsdokument.

Patientinterventionsgruppen fick genomgå ett 12-veckors egenvårdsprogram som resulterade i att blodtrycket sjönk med 7 ± 12 mmHg. Störst blodtryckssänkning visades i kombinationsgruppen, 10 ± 13 mmHg. I studie av Schmid et al. (2009) redovisades att kommunikation med vårdpersonal resulterade i förbättrad kontroll av blodtrycket. I studien framkom det att ökad kunskap om riskfaktorer och lärande om livsstilsförändringar var viktiga faktorer för behandling av hypertoni.

Deltagarna i en studie av Golshahi et al. (2015) delades in i fyra grupper: grupp A fick egenvårdsstöd på klinik, grupp B fick egenvårdsutbildning i form av broschyrer, grupp C fick egenvårdsutbildning i form av Short message service (SMS) och grupp D fick sedvanlig hypertoni-vård utan någon form av egenvårdsstöd. Efter interventionen sänktes det systoliska blodtrycket signifikant i grupp A, 8 ± 18 mmHg. Egenvården ledde till att grupp A hade högst intag av grönsaker och bättre följsamhet av medicinering. Grupp B hade högre intag av grönsaker än grupp C och D.

Individanpassad egenvårdsbehandling har visat bättre resultat på blodtryckssänkning i jämförelse med icke-individanpassad (Bosworth, et al., 2009; Friedberg et al., 2014; Park et al., 2012). Friedberg et al. (2014) studerade tre olika grupper som, efter sex månaders intervention, visade att 65 procent av deltagarna i gruppen som genomgått ett individanpassat beteendeprogram ökade kontrollen av blodtrycket. Även deltagarna i det icke-individanpassade hälsoutbildningsprogrammet samt den tredje gruppen som erhöll sedvanlig vård för hypertoni visade på ökad kontroll över blodtrycket, 54 procent respektive 46 procent. Vidare visade Bosworth et al. (2009) att en individanpassad egenvårdsbehandling via telefonkonsultation sänker blodtrycket men att störst sänkning fås vid kombination av individanpassad egenvårdsbehandling och självmonitorering av blodtryck.

Betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen

Egenvårdsprogram stärker patientens egenvårdsförmåga (Park et al., 2012; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Shin et al., 2015). De studerade programmen innehöll utbildning i egenmakt (Shin et al., 2015), egenvårdsbeteende, kognitiv omstrukturering och motivation till utförande av egenvårdsåtgärder (Park et al., 2012; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Shin et al., 2015). Rujiwatthanakorn et al. (2011) studerade ett egenvårdsprogram som baserades på *Orem's Self-Care Deficit Theory and Cognitive-Behavioral Therapy*. Efter avslutad studie hade interventionsgruppen förbättrad kunskap gällande egenvårdskrav och egenvårdsförmåga än kontrollgruppen. Shin et al. (2015) utvecklade och utvärderade ett 12-månaders program för egenmakt och egenvård, som genomfördes genom

gruppträffar. Syftet med studien var att undersöka programmets effekt på self-efficacy, egenvårdsbeteende och socialt stöd för hypertoni behandling. Under kategorin socialt stöd redovisades ingen skillnad mellan grupperna. Förändringar i egenvårdsbeteende var större i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Egenvårdsförmågan ökade i interventionsgruppen, samtidigt som kontrollgruppens egenmakt minskade något. Liknande resultat sågs i en studie av Park et al. (2012) där egenvården och egenvårdsförmågan var avsevärt förbättrad efter en individanpassad egenvårdsintervention.

Egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet

Egenvård leder till ökad livskvalitet för patienter med hypertoni (Ma et al., 2014; Sol et al., 2010; Xue et al., 2008). Ma et al. (2014) har i en studie jämfört två grupper. Den ena gruppen erhöll sedvanlig vård för hypertoni och den andra erhöll motiverande samtal. Studien resulterade i att interventionsgruppen ökade följsamheten till egenvårdsbehandling, ökade livskvaliteten och sänkte det systoliska blodtrycket jämfört med kontrollgruppen. Egenvårdsinterventionen i studie av Sol et al. (2010) resulterade också i minskat blodtryck och ökad livskvalitet för deltagarna. Studien genomfördes under ett år där interventionsgruppen uppmuntrades av sjuksköterskor att sätta upp individuella mål för livsstilsförändringar.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa betydelsen av egenvård vid behandling av hypertoni. I resultatet har 16 sammanställda artiklar resulterat i tre huvudfynd. Dessa huvudfynd delades upp och presenterades i resultatet utifrån tre olika teman: egenvårdens effekt på blodtrycket, betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen och egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet.

Samtliga inkluderade studiers resultat presenterade att egenvårdsbehandling leder till sänkt blodtryck vilket kan belysa egenvårdens effekt på blodtrycket. Inkluderade artiklar innehöll olika interventioner för att studera effekten av egenvård. Framträdande exempel på egenvårdsbehandling i interventionerna var egenvårdsstöd, utbildning i egenvård, kunskap om hypertoni, livsstilsförändringar, motivation, ett individanpassat beteendeprogram och motiverande samtal. Vid granskning av varje enskild intervention har samtliga studier lett till sänkt blodtryck, däremot kan skillnader ses när studiernas interventioner jämförs med varandra.

Ingen gemensam nämnare på interventionsinnehåll och metod kunde identifieras i relation till resultat av blodtryckssänkning. Interventionen som la fokus på stöd och utbildning i egenvård visade störst blodtryckssänkning (Shin et al., 2015) samtidigt som samma typ av intervention gav hälften så stor sänkning (Dye et al., 2015). Skillnaden mellan resultatet på blodtryckssänkning kan bero på tid för intervention då deltagarna inte utfört egenvårdsstrategier i samma utsträckning. Interventionen i studie av Shin et al. (2015) pågick i 12 månader medan interventionen i studie av Dye et al. (2015) endast pågick i fyra månader. Som tidigare beskrivet av Wood och Neal (2007) är vanor och rutiner starkt förankrade och det är mindre sannolikt att ändra på dem, vilket kan stödja tolkning om att tid för intervention har betydelse. En annan aspekt att ta hänsyn till är vilken typ av population som ingår i studien. Kultur och värderingar kan ha påverkat studiernas resultat av egenvårdsbehandling då de utförts i olika länder. Resonemanget kan bekräftas av Wood och Neal (2007) som hävdar att beteenden formas av våra kulturella och sociala sammanhang som är starkt förankrade i varje människa.

Interventioner som studerade effekter av livsstilsförändringar som fysisk aktivitet, kostrådgivning, tobak- och alkoholkonsumtion visade varierande resultat. Studie av Oliveira et al. (2013) visade en betydande sänkning av blodtrycket samtidigt som studie av Subramanian et al. (2011) med liknande interventionsinnehåll inte gav lika stor blodtryckssänkning. En påträffande skillnad mellan livsstilsinterventionerna är att studien av Subramanian et al. (2011) endast innehöll saltreduktion medan studien av Oliveira et al. (2013) innehöll kostrådgivning. Jämförelse mellan studierna av Oliveira et al. (2013) och Subramanian et al. (2011) ledde till tolkningen att det kan behövas en större förändring av kosten än endast saltreduktion för en betydande blodtryckssänkning då fysisk aktivitet och kostrådgivning i sin tur innefattar fler förändringar än saltreduktion och yoga.

Inkluderade studier är överens med Bengtson och Drevenhorn (2003) som betonar att ändrad livsstil gynnar patientens hälsa och livskvalitet som i sin tur leder till prevention och reducering av högt blodtryck. Schmid et al. (2009) visade specifikt på att kost och fysisk aktivitet var de vanligaste egenvårdsstrategier som nyttjas av patienter. Vilket kan

förklara varför majoriteten av inkluderade studier utgår från dessa egenvårdsstrategier. Kost och fysisk aktivitet har visat sänka blodtrycket och beskrivs i studie av Schmid et al. (2009) som lättillgängligt och som en enkel egenvårdsåtgärd. Folksjukdomen bidrar till miljoner dödsfall varje år (WHO, 2013) och om egenvård är en lättillgänglig och enkel åtgärd, varför används inte egenvårdsstrategierna i större utsträckning? Bengtson och Drevenhorn (2003) beskriver att sjuksköterskan har ett ansvar i att utbilda patienten i att själv ta kontroll över sitt kroniska sjukdomstillstånd. Saknar patienterna kunskap om egenvård och om så är fallet, kan det vara på grund av bristande kunskap inom vården? Balduino et al. (2016) menar att de flesta människor inte är medvetna om vad en hälsosam livsstil innebär och vilka faktorer som påverkar hälsan. Har vården kunskapen men utan att lyckas nå fram till patienten? Å ena sidan har sjuksköterskan utbildning och ett ansvar att förmedla kunskap. Å andra sidan kan andra aspekter påverka sjuksköterskans arbete, såsom tidsbrist och arbetsförhållanden.

Tidsspannet för interventionerna tolkas inte heller ha någon betydelse för resultatet av sänkt blodtryck när interventionerna ställs mot varandra. Studie av Shin et al. (2015), som pågick i 12 månader, presenterade betydligt större blodtryckssänkning i jämförelse med studie av Bosworth et al. (2009) som pågick i 24 månader. Däremot hade en intervention som endast pågick i fem veckor en betydande blodtryckssänkning (Xue et al., 2008) i förhållande till jämförda studier. De två studierna som fick störst påverkan på blodtrycket gav egenvårdsstöd genom gruppträffar (Oliveira et al., 2013; Shin et al., 2015), till skillnad från studien med minst påverkan på blodtrycket där interventionsgruppen endast fick telefonkonsultation (Bosworth et al., 2009). Fyndet tolkas som att egenvårdsstöd i båda formerna ger blodtryckssänkning men att egenvårdsstöd via gruppträffar kan vara att föredra. Å andra sidan framkom i resultatet att individanpassad egenvård kan ge ett bättre resultat på blodtryckssänkning. Vilket säger emot att gruppträffar skulle vara att föredra då dessa kan komplicera en individanpassning.

Patienter som kontinuerligt tillämpar icke-farmakologisk behandling kan komma att reducera mängden av blodtryckssänkande mediciner (Brink & Schenck-Gustafsson, 2004). Endast en av inkluderade studier presenterar ett resultat som styrker ovanstående (Ma et al. 2014) vilket omöjliggör att slutsats kan dras om att egenvård skulle leda till reduktion av blodtryckssänkande mediciner. Dock hade de inkluderade studierna inte som syfte att undersöka fenomenet vilket kan svara på varför det inte presenterats. Då resultatet presenterar att egenvårdsbehandling leder till sänkt blodtryck tolkas det som en indikation på att patienter med hypertoni eventuellt kan komma att reducera mängd blodtryckssänkande mediciner.

I resultatet framkom att de studier som undersökte egenvårdens effekt på följsamhet av medicinering fick varierande resultat. Några studier visade på ökad följsamhet medan ett större antal studier visade på att egenvårdsbehandling inte ledde till ökad följsamhet. Vid jämförelse av studierna kunde ingen tydlig orsak ses till varför resultaten av egenvårdsinterventionerna varierade men återigen kan längd och typ av intervention, typ av population och kulturella skillnader ha påverkat resultatet.

Enligt Ericson och Ericson (2013) behöver patienter med hypertoni personcentrerad omvårdnad för en optimal behandling. En sammanfattande tolkning av studiens resultat är att stöd i egenvårdsbehandling är en viktig komponent och att den bör vara individanpassad för ett bättre resultat då människor är unika varelser som alla har olika

behov och resurser. Orem (2001) beskriver människan som en fri och aktiv varelse som kan reflektera över sin omgivning och sig själv. Balduino et al. (2016) menar att individens engagemang och förmåga till egenvård var betydande för utfallet av behandlingen, vilket stöds i resultatet där utbildning i egenvård resulterade i stärkt egenvårdsförmåga efter avslutade interventioner (Park et al., 2012; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Shin et al., 2015). Kunskap och förståelse om egenvårdsstrategier kan i sin tur leda till ökad egenvårdsförmåga och att patienten själv kan styra sin behandling utifrån sina egna behov och resurser. Tolkningen grundar sig utifrån resultatet där det framkom att egenvårdsprogram kan stärka patientens egenvårdsförmåga. Balduino et al. (2016) menar att patienten efter diagnostisering börjar finna strategier för egenvård och söka information om nödvändiga livsstilsförändringar. Patientens psykiska välbefinnande är kopplat till egenvårdsförmågan (Dobova et al., 2017; Footman et al., 2013). Av det presenterade resultatet görs tolkningen att egenvård inte bara sänker blodtrycket, utan att det i kombination med att patienten tar ansvar för sin egen hälsa även kan leda till ökad livskvalitet och ökad följsamhet till behandlingen.

Trots motivation, medvetenhet och rekommendationer om ändrad livsstil har tidigare studier visat att patienter har svårt att göra nödvändiga livsstilsförändringar. Rutiner och vanor är viktiga element i det dagliga livet och kan vara komplicerade att ändra på (Cohn et al., 2012). En förklaring till resultatet som visade på svårigheter att ändra rutiner och vanor kan vara att tobak och alkohol är beroendeframkallande substanser vilket skulle kunna bidra till svårigheter att göra förändringar. En reflektion är att tobak- och alkoholvanor kan kräva egna interventioner utöver egenvårdsbehandling för hypertoni. Detta gäller i synnerhet alkohol som kan vara förknippat med sociala sammanhang vilket kan försvåra en konsumtionsminskning. Ma et al. (2014) presenterade dock ett undantag där interventionsgruppen visade förbättrad följsamhet gällande tobak- och alkoholkonsumtion än kontrollgruppen. Resultatet kan komma att ha sin grund i att interventionen helt fokuserade på motiverande samtal till skillnad från de andra jämförda studierna.

Sjuksköterskans attityd och tro på egenvård kan vara betydande för behandlingen då det leder till att egenvården används i större utsträckning och får bättre kvalitet. Vilket i förlängning kan leda till lägre hälso- sjukvårdskostnader (Balduino et al., 2016). Resultatets huvudfynd är att blodtrycket sänks med hjälp av egenvård och därför bör stor vikt läggas vid utbildning i egenvård för vårdpersonal. Metoden verkar vara lättillgänglig för patienten, med rätt verktyg och stöd kan behandlingen komma att bli kostnadseffektiv för både samhället och patienten. Eftersom hypertoni är en av de största folksjukdomarna världen över (WHO, 2013) skulle troligtvis stora besparingar kunna göras genom satsningar på egenvårdsbehandling.

Hälso- och sjukvårdspersonalens roll vid behandling av hypertoni är att hjälpa, stötta, ge råd och bidra med ett professionellt ställningstagande. Sjuksköterskor har en viktig roll i att skapa band mellan patienten och andra aktörer inom hälso- och sjukvård för att öka patientens kontroll över sin hälsa (Balduino et al., 2016). När forskarna i en inkluderad artikel kombinerade en intervention för läkare och en intervention för patienter gav det ett bättre resultat än när interventionerna studerades skilda från varandra (Svetkey et al., 2009). Vårdpersonalens roll i behandling av hypertoni tolkas vara en viktig komponent och stöds även i studie av Schmid et al. (2009) där kommunikation med vårdpersonal visade sig vara huvudkomponenten för förbättring av kontroll av blodtrycket. Vårdpersonalens

kunskap om egenvårdsbehandling tolkas vara viktigt för utfallet av behandlingen. Tolkning görs att för ett bättre resultat borde egenvård praktiseras av sjuksköterskan tillsammans med delaktig patient.

Metoddiskussion

Fördelen med en litteraturöversikt är att den möjliggör en sammanställning av forskning inom valt område som vidare leder till en bredare kunskap och förståelse (Forsberg & Wengström, 2015). En nackdel med vår litteraturöversikt är att en alltför begränsad mängd relevant forskning står som grund för litteraturöversikten. Urvalet kan bli selektivt när skribenterna har möjlighet att under insamling av artiklar välja ut de studier som stödjer den egna ståndpunkten för att besvara syftet. Detta kan ge litteraturöversikten en minskad tillförlitlighet (Forsberg & Wengström, 2015; Friberg, 2012). Därför har det varit viktigt att under arbetets gång ha en ständig reflektion och kritiskt granska datainsamlingsmetod, dataanalys, databearbetning och därefter valda artiklar. Diskussion och reflektion har underlättats genom grupphandledning och att litteraturöversikten har utförts av två skribenter, vilket kan stärka litteraturöversiktens trovärdighet enligt Henricson (2012).

Då litteraturöversikten avser att belysa betydelsen av egenvård som behandlingsmetod krävs en större mängd forskning inom området för att besvara syftet. Därför valdes litteraturöversikt som en passande metod. En styrka med litteraturöversikten kan vara att det valda ämnet är brett och mycket forskning har gjorts inom området. Däremot har litteraturöversikten begränsats av samma anledning då det varit tidskrävande att arbeta med den mängd vetenskapliga artiklar som har funnits att tillgå. Arbetet var tidsbegränsat och därför kan värdefull forskning ha försummats då vi inte har haft möjlighet att utförligt granska alla artiklar som gjorda sökningar resulterat i, det kan i sin tur påverkat litteraturöversiktens tillförlitlighet.

Sexton vetenskapliga artiklar valdes till litteraturöversikten vilket ansågs vara en ansevärd mängd inkluderade artiklar för arbetets tidsram samt för att kunna besvara syftet. För en mer generaliserbar litteraturöversikt bör fler artiklar inkluderas. Studier med kontrollgrupp har ett mer trovärdigt resultat än de utan då de bäst anses kunna svara på vilken behandling eller åtgärd som har bäst effekt (Forsberg & Wengström, 2015). Därför kan en jämförelse mellan studierna eventuellt vara missvisande då inkluderade artiklar inte enbart utfört kontrollerade studier. Större andelen av inkluderade artiklar hade kontrollgrupp vilket kan öka litteraturöversiktens trovärdighet.

En kombination av kvalitativa och kvantitativa studier valdes för att studera syftet utifrån olika synvinklar vilket stöds av Forsberg och Wengström (2015) som belyser fördelen med att använda båda ansatserna. Kvalitativa och kvantitativa studier redovisar sitt resultat på olika sätt vilket kan påverka det sammanställda resultatet i litteraturöversikten (Friberg, 2012). Därför var det viktigt att studierna granskades utifrån dess förutsättningar när de utgick från olika forskningsansatser i enlighet med Forsberg och Wengströms (2015) rekommendation. Kvantitativa studier tog överhanden då det var lättare att applicera på valt forskningsområde och för litteraturöversiktens syfte. Kvalitativa studier bidrog däremot med en bredare syn på forskningsområdet vilket ansågs viktigt att redovisa. Endast två av de 16 inkluderade artiklarna är kvalitativa studier vilket kan ge en ojämvikt mellan ansatserna. Resultaten som sammanställs från studierna är baserade på olika

forskningsmetoder och därför går det inte enligt Friberg (2012) att göra en exakt jämförelse. Av den orsaken bör det betonas att resultatet i litteraturöversikten i större utsträckning presenteras utifrån en kvantitativ ansats än en kvalitativ ansats.

Kvalitetsbedömning av artiklar som ingår i allmän litteraturöversikt leder till en minskad risk för att felaktiga slutsatser dras (Forsberg & Wengström, 2015). Den stora mängd forskning som funnits att tillgå har varit en fördel då det möjliggjort att inkluderade studier är av god kvalitet. Därför har artiklar som, enligt bedömningskriterierna i Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag, klassats ha låg kvalitet kunnat uteslutas. Deltagare och bortfall i inkluderade artiklar diskuterades och har klassificerats därefter. Artiklar som valdes uppnådde medel eller hög klass vid bedömningen. Valda kvalitetsgranskade artiklar fördes in i en artikelmatris. Bedömningsunderlaget möjliggjorde en systematisk granskning av varje inkluderad artikel då varje artikel granskas utifrån samma grunder. Dock sågs en del brister i bedömningsunderlaget då otydliga kriterier gav utrymme för egna tolkningar. I enlighet med Forsberg och Wengström (2015) ansågs det viktigt att inkludera studier som fått tillstånd från en etisk kommitté eller att noggranna etiska överväganden gjorts. Av de 16 inkluderade artiklarna har endast två fått ett godkännande av en etisk kommitté vilket kan ifrågasätta litteraturöversiktens etiska försvarbarhet. Dock har resterande artiklar varit etiskt försvarbara då konfidentialitet identifieras genom att inga personuppgifter redovisats och att alla studier föregått med informerat samtycke. Inkluderade artiklar var alla peer reviewed för att bevara en vetenskaplig kvalitet vilket kan öka trovärdigheten enligt Polit och Beck (2012).

Östlundh (2012) beskriver att vetenskaplig forskning är en färskvara. Därför söktes artiklar under datainsamlingen inom tidsramen 2007-2017 för att resultatet skulle baseras på aktuell forskning. Datainsamlingen resulterade i artiklar publicerade mellan år 2008-2015. Artiklar som valdes ut var endast skrivna på engelska. Om fler språk behärskats hade det eventuellt möjliggjort ett mer generaliserbart resultat då litteraturöversikten hade baserats på en bredare forskning än i nuläget. Det föreligger en risk för feltolkning när materialet översätts till svenska (Kjellström, 2012). Medvetenheten om denna risk har lett till en noggrann översättning där flertal lexikon använts: Norstedts stora svenska-engelska ordbok (Wiman, 2000), *Oxford advanced learner's dictionary* (Hornby, 2005) och Tyda (<http://www.tyda.se>).

Barn exkluderades eftersom hänsyn måste tas till andra aspekter när forskning ska göras. Polit och Beck (2012) menar att barn är en särskilt sårbar grupp som är oförmögen att ta ett adekvat, informerat beslut om sin medverkan i studier och därför bör involverandet av barn vara motiverat för litteraturöversikten. Primär hypertoni drabbar i första hand vuxna (Ericson & Ericson, 2013) och därför ansågs barn som inklusionskriterium omotiverat.

För att täcka det område som avses studeras krävs en noggrann genomgång av sökord och söksträngar (Friberg, 2012). Innan påbörjad sökning listades nyckelord som speglar syftets innehåll, relevanta sökord och synonyma termer för att underlätta sökningen efter Östlundhs (2012) rekommendation. CINAHL-headings och Mesh-termer är på engelska och därför diskuterades eventuella anpassningar och översättningar för valda sökord. Sökningar har gjorts i olika databaser med omvårdnadsvetenskapligt fokus vilket enligt Henricson (2012) ökar chanserna att finna relevanta artiklar i syfte att öka arbetets validitet och trovärdighet. Till en början var det svårt att hitta artiklar på grund av begränsade kunskaper om sökning i olika databaser. Efter handledning av bibliotekarie utvecklades

kunskapen om databaserna och sökningarna kunde effektiviseras, vilket ledde till en mer systematisk sökteknik som vidare kan stärka litteraturöversiktens tillförlitlighet. Dock kan arbetets kvalitet fortsatt vara påverkat av skribenternas begränsade kunskaper om databassökningar.

Artikelmatrisen kompletterades med en annan översiktstabell som underlättade analys av inkluderade artiklars resultat. Tabellen användes som ett analysverktyg och redovisas därför inte i litteraturöversikten då tabellinnehållet applicerades i artikelmatrisen respektive litteraturöversiktens resultat. Tabellen möjliggjorde en översikt över likheter och skillnader som sedan ledde till att teman bildades. Om skapandet av tabellen inte hade skett hade eventuellt andra teman kunnat träda fram vilket kan ha påverkat litteraturöversiktens resultat och struktur. En risk att ta hänsyn till är att de teman som trätt fram kan ha påverkats av skribenternas egna erfarenheter och tidigare kunskap om egenvård och hypertoni. Under analys framkom det att tre av de inkluderade artiklarna (Rigsby, 2011; Schmid et al., 2009; Warren-Findlow et al., 2013) inte redovisade resultatet utifrån aktuella observationsvärden (mmHg), vilket omöjliggjorde att artiklarna kunde ingå i en jämförelse av systolisk blodtryckssänkning efter intervention. Föregående kan ha påverkat arbetets resultat genom att artiklar exkluderades i analys kring blodtryckssänkning. Analysens trovärdighet kan därför ha påverkats. Samtliga artiklar med kvantitativ ansats redovisar resultaten utifrån tabeller och diagram. Tolkning av resultaten kan ha påverkats av skribenternas bristande kunskap i avläsning av statistisk analys. För att minska risken för feltolkningar har skribenterna funnit stöd i Ejlertssons (2012) bok om Statistik för hälsovetenskaperna. Dock anses det av skribenterna att deras kunskap fortfarande är bristfällig.

Vald metod har svarat på litteraturöversiktens syfte då egenvårdens betydelse har blivit belyst med inkluderade studier. En intervjustudie hade förmodligen inte kunnat ge lika generaliserbart resultat då inte lika många patienter skulle kunnat ingå i studien. Resultatet gällande egenvårdens effekt på blodtrycket hade förmodligen inte varit lika tillförlitligt då patienters erfarenheter istället hade varit i fokus med en kvalitativ ansats.

Litteraturöversiktens resultat har svarat på syftet och inget annat vilket kan öka validiteten. I metoden beskrivs datainsamling, dataanalys och databearbetning vilket möjliggör att samma litteraturöversikt borde kunna genomföras igen och då uppnå samma resultat vilket ger en viss reliabilitet. Litteraturöversikten anses i vis mån ha validitet, reliabilitet och trovärdighet vilka enligt Henricson (2012), är grundkriterierna för en generaliserbarhet. Litteraturöversikten har ur vissa aspekter bristande trovärdighet och eventuellt skulle ett större antal artiklar med en annan population ge ett annat resultat vilket gör att litteraturöversikten inte anses vara generaliserbar. Något som ändå stärker litteraturöversiktens generaliserbarhet är att de 16 inkluderade artiklarna var eniga om att egenvård hade god effekt på behandling av hypertoni.

Slutsats

Litteraturöversiktens huvudfynd visade att egenvårdsbehandling leder till sänkt blodtryck, betydelsen av patientens egenvårdsförmåga för behandlingen och egenvårdens påverkan på patientens livskvalitet. Litteraturöversikten visar även att en hälsosam livsstil har stor påverkan på blodtrycket. Slutsats kan dras att olika livsstilsförändringar i kombination med egenvårdsstöd och utbildning skulle kunna vara den optimala egenvårdsbehandlingen för

patienter med hypertoni. Slutligen tolkas det presenterade resultatet som att egenvård inte bara sänker blodtrycket, utan att det i kombination med att patienten tar ansvar för sin egen hälsa även kan leda till ökad livskvalitet och ökad följsamhet till behandlingen.

Fortsatta studier

Det skulle vara av stort intresse om vidare forskning undersökte om effekterna av egenvårdsbehandling kan leda till en minskning av användandet av läkemedel i samband med behandling av blodtryck.

Sjuksköterskans roll i kommunikation med patienten visade vara betydande vid egenvårdsbehandling av hypertoni och därför önskas mer utbildning och kunskap om metoden. Vidare forskning om sjuksköterskans roll vid egenvårdsbehandling skulle vara av intresse.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturöversikten har en klinisk tillämpbarhet för sjuksköterskan då resultatet visade att egenvård har betydelse för behandling av hypertoni. Framför allt ses en klinisk tillämpbarhet inom öppenvården då de flesta patienter med hypertoni behandlas där. Egenvårdsbehandling visade vara till gagn för patienten då behandlingen ledde till sänkt blodtryck samt ökad livskvalitet. Litteraturöversikten kan leda till att behandlingsmetoden tillämpas mer frekvent då resultatet visade på ett flertal fördelar med egenvård vid behandling av hypertoni. Litteraturöversikten bör leda till att fortbildning för sjuksköterskor utökas. Den kan även fungera som stöd för utbildning i egenvård.

REFERENSER

Artiklar märkta med * är vetenskapliga artiklar inkluderade i resultatet.

Alleyne, G., Hancock, C., & Hughes, P. (2011). Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*, 58(3), 328-330. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x

Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). I O. P. Askheim (red). Empowerment: I teori och praktik. (1:a upplaga sida 18). Malmö: Gleerups Utbildning AB

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company.

Balduino, A., Mantovani, M., Lacerda, M., Marin, M., & Wal, M. (2016). Experience of hypertensive patients with self-management of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2684-2694. doi: 10.1111/jan.13022

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, 48(2), 177-870. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0

Bengtson, A., & Drevenhorn, E. (2003). The nurse's role and skills in hypertension care-A review. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5), 260-268. Hämtad från <http://www.lww.com/>

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bitte, F. (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård: Meddelandeblad*. Stockholm: Socialstyrelsen.

* Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Grubber, J. M., Neary, A. M., Orr, M. M., Powers, B. J., Adams, M. B., Svetkey, L. P., Reed S. D., Li, Y., Dolor, R. J., & Oddone, E. Z. (2009). Two Self-management Interventions to Improve Hypertension Control: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 151(10), 687-695. doi: 10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00148

Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. (2003). Changes in self-efficacy and health status over 5 years: A longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 49(3), 342-348. doi: 10.1002/art.11112

Brink, L., & Schenck-Gustafsson, K. (2004). *Högt blodtryck: Må bra och ät gott*. Stockholm: Prisma.

Cohn, E., Cortés, D., Fix, G., Mueller, N., Solomon, J., & Bokhour, B. (2012). Habits and routines in the daily management of hypertension. *Journal of Health Psychology*, 17(6), 845-855. doi: 10.1177/1359105311424471

Doubova, S., Martinez-Vega, I., Aguirre-Hernandez, R., & Pérez-Cuevas, R. (2017). Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 51-64. doi: 10.1080/13548506.2016.1239830

* Dye, C. J., Williams, J. E., & Evatt, J. (2015) Improving Hypertension Self-Management With Community Health Coaches. *Health Promotion Practice*, 16(2), 271-281. doi: 10.1177/1524839914533797

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ericsson, B., & Ericsson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Footman, K., Roberts, B., Tumanov, S., & McKee, M. (2013). The comorbidity of hypertension and psychological distress: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Journal Public Health (Oxford)*, 35(4), 548-570. doi: 10.1093/pubmed/fdt019

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). Att göra systematisk litteraturstudie: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2012). *Att göra en litteraturöversikt*. I F. Friberg (red.), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (2. uppl. ss. 133-160) Lund: Studentlitteratur.

* Friedberg, J. P., Rodriguez, M. A., Watsula, M. E., Lin, I., Wylie-Rosett, J., Allegrante, J. P., Lipsitz, S. R., & Natarajan, S. (2014). Effectiveness of a Tailored Behavioral Intervention to Improve Hypertension Control. *In: Hypertension*, 65(2), 273-275. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04650

Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K., & Fahey, T. (2010). Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *The British journal of general practice*. 60(581), 476-488. doi: 10.3399/bjgp10X544113

God forskningssed (2011). Stockholm: Vetenskapsrådet.

* Golshahi, J., Ahmadzadeh, H., Sadegh, M., Mohammadifard, N., & Pourmoghaddas, A. (2015). Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial. *Advanced Biomedical Research*, 4(204). doi: 10.4103/2277-9175.166140

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur

Hetter, J., Steel, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Department of Psychology, University of New Mexico*, 1(91-111), 87131-1161. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

Hornby, A. S. (2005). *Oxford advanced learner's dictionary*. New York: Oxford University Press

- Jallinoja, P., Pajari, P., & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 455-462. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00551.x
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Löndahl, M., & Katzman, P. (2012). Hypertoni. I K. Hedin & M. Löndahl. (Red.), *Hjärt-kärlsjukdomar*. (ss. 7-25). Lund: Studentlitteratur.
- * Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education & Counseling*, 95(2), 231-237. doi: 10.1016/j.pec.2014.01.011
- * Oliveira, T. L., De Paula Miranda, L., De Sousa Fernandes, P., & Prates Caldeira, A. (2013). Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2) 179-184. doi: 10.1590/S0103-21002013000200012
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- * Park, Y.-H., Chang, H. K., Kim, J. S., & Kwak, J. S. (2012). Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5/6), 710-722. doi: 1111/j.1365-2702.2012.04236.x
- Pellmer, K., Wramner B., & Wramner H. (2012) *Grundläggande folkhälsovetenskap*, (3:e uppl.). Stockholm: Liber
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richard, A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal Nurse Scholarsh*, 43(3), 255-640. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Richards, K. (2013). Self-Care Is a Lifelong Journey. *Nursing Economic*, 31(4), 198-202. Hämtad från <http://www.ajj.com/services/pblshng/nej/default.htm>
- * Rigsby, B. D. (2011). Hypertension Improvement through Healthy Lifestyle Modificat. *The ABNF Journal*, 22(2), 41-43. Hämtad från <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2348655811/hypertension-improvement-through-healthy-lifestyle>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. doi: 10.1017/S135246580001643X

- * Rujiwatthanakorn, D., Panpakdee, O., Malathum, P., & Tanomsup, S. (2011). Effectiveness of a Self-Management Program for Thais with Essential Hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 5(2) 97-109. Hämtad från <http://www.tnc.or.th/en>
- * Schmid, A. A., Damush, T. M., Plue, L., Subramaian, U., Bakas, T., & Williams, L. S. (2009). Current Blood Pressure Self-Management: A Qualitative Study. *Rehabilitation Nursing*, 34(6), 223-229. doi: 10.1002/j.2048-7940.2009.tb00254.x
- * Shin, D. S., Kim, C. J., & Choi, Y. J. (2015). Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *Australian Journal of Rural Health*, 24(3), 213-219. doi: 10.1111/ajr.12253
- SOFS 2009:6. *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- * Sol, B. G., van der Graaf, Y., Brouwer, B., Hickox, S. M., & Visseren, F. L. (2010). The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(2), 132-139. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.11.011
- Steel, B. C., Belza, B., Cain, K. C., Coppersmith, J., Lakshminarayan, S., Howard, J., & Haselkorn, J. (2008). A Randomized Clinical Trial of an Activity and Exercise Adherence Intervention in Chronic Pulmonary Disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(3), 404-412. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.003
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 1 februari, 2017, Hämtad från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- * Subramanian, H., Soudarssanane, M. B., Jayalakshmy, R., Thiruselvakumar, D., Navasakthi, G., Sahai, A., & Saptharishi, L. G. (2001). Non-pharmacological Intervention in Hypertension: A Community based Cross-over Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Community Medicine*, 36(3), 191-196. doi: 10.4103/0970-0218.86519
- * Svetkey, L. P., Pollak, K. I., Yancy Jr, W. S., Dolor, R. J., Batch, B. C., Samsa, G., Matchar, D. B., & Lin, P-H. (2009). Hypertension improvement project (HIP): Randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*, 54(6), 1226-1233. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.134874
- Tännsjö, T. (1998). *Vårdetik*. Stockholm: Thales.
- * Warren-Findlow, J., Basalik, D. W., Dulin, M., Tapp, H., & Kuhn, L. (2013). Preliminary Validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and Clinical Blood Pressure Among Patients With Hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 15(9), 637-643. doi: 10.1111/jch.12157

- Wilkinson, A., & Whitehead, L. N. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wiman, M. (2000). *Norstedts stora svenska-engelska ordbok*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007) A new look at habits and habit-goal interface. *Psychological Review*, 114(4), 843–863. doi: 10.1037/0033-295X.114.4.843
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of life*. Hämtat från WHO, http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2005). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Hämtat från WHO, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis*. Geneva: WHO. Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
- * Xue, F., Yao, W., & Lewin, R. J. (2008). A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. *BMC Cardiovascular Disorders*, 8(10). doi: 10.1186/1471-2261-8-10
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23(5), 581–599. doi: 10.1007/BF02506983
- Östlund, L. (2012). *Informationssökning*. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. uppl., ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Nearby AM, Orr MM, Powers BJ, Adams MB, Svetkey LP, Reed SD, Li Y, Dolor RJ, Oddone EZ 2009 USA	Two Self- management Interventions to Improve Hypertension Control: A Randomized Trial	Jämföra två egenvårdssinterventioner i syftet att öka kontrollen av blodtrycket hos patienter med hypertoni.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie, 2 och 2 design. <u>Urval:</u> Diagnostiserad hypertoni sedan >12 månader, patienter som behandlas med blodtryckssänkande medicin under de senaste 12 månaderna. Patienter med demens, Parkinson, förmaksflimmer och njursjukdom exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer och genomgång av patientjournaler. <u>Analys:</u> PROC MIXED in SAS v9.1.	636 (20)	Resultatet visade att när de två egenvårdssinterventionerna kombinerades gav det en större blodtryckssänkning än när interventionerna studerades var för sig. Systolisk blodtryckssänkning efter 24 månader för kombinationsgruppen var 3,9 mmHg.	RCT I
Dye CJ, Williams JE, Evatt JH 2015 USA	Improving Hypertension Self-Management With Community Health Coaches	Syftet var att undersöka om införandet av egenvårdssprogrammet "Health Coaches for Hypertension Control" (HCHC) förbättrar egenvårdsförmåga bland patienter med hypertoni.	<u>Design:</u> Icke-kontrollerad studie. <u>Urval:</u> Patienter med hypertoni som är >60 år och kommer från landsbygden. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> IBM SPSS Statistics Version 20	146 (59)	Studien resulterade i förbättrad kunskap om hypertoni och ökad egenvårdsförmåga. Resultatet visade, efter 16 veckors intervention, en systolisk blodtryckssänkning med 6 mmHg.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Friedberg JP, Rodriguez MA, Watsula ME, Lin I, Wylie-Rosett J, Allegrante JP, Lipsitz SR, Natarajan S 2014 USA	Effectiveness of a Tailored Behavioral Intervention to Improve Hypertension Control	Utvärdera effektiviteten av en individanpassad- och en icke- individanpassad intervention genom att jämföra med patienter som erhöll sedvanlig vård, för att förbättra kontroll över blodtrycket.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie. <u>Urval:</u> Patienter med hypertoni, två blodtryckssänkande läkemedel under ≥ 6 månader och okontrollerat blodtryck under screening. <u>Datainsamling:</u> Forskare rekryterade deltagare från Veterans Affairs Medical Center kliniker i Brooklyn och Manhattan. <u>Analys:</u> Rao-Scott χ^2 , SAS Software, version 9.2.	481 (52)	Efter sex månader visade den individanpassade interventionen att 64,6 procent av deltagarna förbättrade kontrollen över blodtrycket och sänkte det systoliska trycket med 4,8 mmHg. Hälsoutbildningsprogrammet ledde till störst sänkning av det systoliska blodtrycket, 5,4 mmHg. 54,3 procent av deltagarna visade på förbättrad kontroll. Sedvanligvård visade en blodtryckssänkning med 2,3 mmHg och 45,8 procent av deltagarna visade på bättre kontroll.	RCT I
Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, Mohammadifard N, Pourmoghaddas A 2015 Iran	Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: Randomized controlled clinical trial	Syftet var att undersöka om egenvårdsbeteenden kan modulera blodtrycket och även jämföra träningsmetoder för egenvård på patienters följsamhet och kontroll av hypertoni.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie. <u>Urval:</u> Patienter med nyligen diagnostiserad, måttlig hypertoni >18 år. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> SPSS Windows version 15.	180 (-)	Studien visade efter åtta månader att gruppen som fick egenvårdsutbildningen via fysiska möten visade störst blodtryckssänkning, 8.18 ± 18.3 mmHg. Gruppen som fick utbildning via broschyrer, SMS och gruppen som genomgick sedvanlig vård visade inte på lika signifikant blodtryckssänkning.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C 2014 Kina	Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care	Syftet med studien var att studera effekten av motiverande samtal i jämförelse sedvanlig vård för patienter med hypertoni..	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> >18 år, diagnostiserad hypertoni, minst en blodtryckssänkande medicin. Sekundär hypertoni exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> SPSS version 16.0.	106 (52)	Resultatet visade, efter sex månader, att försöksgruppen fick högre följsamhet till behandlingen och ökade livskvaliteten. Interventionsgruppen sänkte det systoliska blodtrycket med 3,55 mmHg.	RCT II
Oliveira TL, de Paula Miranda L, de Sousa Fernandes P, Prates Caldeira A 2013 Brasilien	Effectiveness of education in health in the non- medication treatment of arterial hypertension	Verifiera effekten av hälsoutbildning för följsamhet av icke-farmakologisk behandling vid arteriell hypertoni.	<u>Design:</u> Icke-kontrollerad studie. <u>Urval:</u> >18 år, patienter med hypertoni från tätorten Januária, Minas Gerais och sydöstra regionen i Brasilien. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär och hembesök/intervju. <u>Analys:</u> Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® 15.0 for Windows® och Chisquare of McNemar.	216 (45)	Efter tre månader visade hälsoutbildningsgruppen en signifikant förbättring i deltagarnas hälsa gällande kost, fysiskt aktivitet, BMI och blodtryck. Gruppen visade en systolisk blodtryckssänkning med 11 mmHg.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Park Y-H, Chang HK, Kim JS, Kwak JS 2012 Sydkorea	Patient-tailored self- management intervention for older adults with hypertension in a nursing home	Syftet var att utvärdera effekten av en individanpassad egenvårdsintervention på kontroll av blodtrycket, egenvårdsbeteendet, träning i <i>self-efficacy</i> och följsamhet av medicinering för patienter med hypertoni.	<u>Design:</u> En icke-ekvivalent gruppjämförelse. <u>Urval:</u> Äldre koreaner med hypertoni boende på äldreboende. Patienter med dokumenterad kognitiv nedsättning eller psykiatrisk diagnos exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Data samlades april-oktober 2009 genom intervjuer och genomgång av patientjournaler <u>Analys:</u> SPSS 14.0.	47 (-)	Efter åtta veckor visades att deltagarna i det individanpassade egenvårdsinterventionen sänkte blodtrycket med 7,6 mmHg. Hypotesen om förbättrat egenvårdsbeteende och egenvårdsförmåga stöddes av studien medan följsamhet av medicinering inte visade någon signifikant förändring mellan grupperna.	K I
Rigsby BD 2011 USA	Hypertension Improvement through Healthy Lifestyle Modifications	Syftet var att undersöka effekten av en hälsosam livsstil på blodtrycket.	<u>Design:</u> Icke-kontrollerad studie <u>Urval:</u> Afroamerikaner. >19 år, med hypertoni. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, hälsokontroll och loggbok. <u>Analys:</u> Genom att undersöka och jämföra data, för att utvärdera resultaten.	24 (12)	12-veckorsprojektet resulterade i att deltagarna i interventionen fick en ökad kunskapsnivå om riskfaktorer relaterade till hypertoni. Deltagarna fick även en ökad kontroll över blodtrycksmätning och 96 procent fick sänkt blodtryck. 100 procent av deltagarna ökade sin dagliga fysiska aktivitet och 40 procent ökade sitt dagliga intag av frukt och grönsaker.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, Tanomsup S 2011 Thailand	Effectiveness of a Self-Management Program for Thais with Essential Hypertension	Syftet var att undersöka effektiviteten av ett egenvårdsprogram för thailändare med hypertoni.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> Januari-juli 2009. Patienter med hypertoni från en klinik som utför primärvård. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär och blodtrycksmätning före och efter deltagande. <u>Analys:</u> Beskrivande statistik; Chi- square, Mann-Whitney U test och oberoende t-test.	96 (13)	Experimentgruppen visade efter tio veckors intervention en signifikant högre kunskap om egenvårdskrav och egenvårdsförmåga när det gäller medicinering, kost, fysisk aktivitet och självmonitorering. Experimentgruppen sänkte avsevärt det genomsnittliga systoliska blodtrycket (5,5 mmHg) jämfört med kontrollgruppen.	RCT I
Schmid AA, Damush TM, Plue L, Subramanian U, Bakas T, Williams LS 2009 USA	Current Blood Pressure Self- Management: A Qualitative Study	Identifiera egenvårdsstrategier, i syfte att sänka blodtrycket, som används av personer som har lidit av en stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA).	<u>Design:</u> Mixed-Method. <u>Urval:</u> Patienter som har haft stroke eller Tia senaste två åren, förmågan att kommunicera muntligt, svara på frågeformulär och resa till Richard J. Roudebush Veterans Administration Medical Center. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> SPSS (version 15.0).	28 (-)	Strategier som identifierades var självmonitorering, fysiskt aktivitet, nutrition, läkemedelsintag, lära känna symtom och delta i kurser/utbildningar i stresshantering. Kommunikation med vårdpersonal visade sig vara en huvudkomponent för förbättrad kontroll av blodtrycket.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Shin DS, Kim CJ, Choi YJ, 2015 Sydkorea	Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea	Syftet med studien var att undersöka effekten av ett egenmaktsprogram på <i>self-efficacy</i> , socialt stöd, egenvårdsbeteendet och kontroll av blodtrycket för äldre bönder med hypertoni i Sydkorea.	<u>Design:</u> Klinisk kontrollerad studie <u>Urval:</u> Bönder i Sydkorea, >65 år som har haft farmakologiskt behandling i >6 månader. <u>Datainsamling:</u> Enkäter. <u>Analys:</u> SPSS version 12.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, USA).	77 (16)	Efter 12 månader visade båda grupperna på en ökning av egenvårdsbeteende men omfattningen av förändringar i egenvård var större i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Under kategorin socialt stöd redovisades ingen skillnad. Interventionsgruppen redovisade en stor förbättring av kontroll över blodtrycket i jämförelse med kontrollgruppen. Interventionsgruppen visade även en systolisk blodtryckssänkning med 12 mmHg.	CCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sol BG, van der Graaf Y, Brouwer B, Hickox SM, Visseren FL 2010 Nederländerna	The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases	Studera det egenutvecklade egenvårdprogrammets effekter på vaskulära riskfaktorer och livskvaliteten hos patienter med olika vaskulära sjukdomar.	<u>Design:</u> Observationell kohortstudie <u>Urval:</u> Alla deltagare hade nyligen besökt sjukhuset för cerebrovaskulär sjukdom, kranskärllsjukdom eller perifer arteriell sjukdom, var <80 år och hade >2 vaskulära riskfaktorer (hypertoni, hyperlipidemi, diabetes, BMI >25 eller rökare). <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, hälsokontroller (Blodprover, mätning, vägning). <u>Analys:</u> SSP 14.0.	223 (7)	Efter ett års intervention visades att patienterna som genomgick egenvårdsprogrammet i större utsträckning uppnådde behandlingsmålen för kolesterol och blodtryck än kontrollgruppen. Interventionsgruppen sänkte det systoliska blodtrycket med 5 mmHg.	CCT I
Subramanian H, Soudarssanane MB, Jayalakshmy R, Thiruselvakumar D, Navasakthi D, Sahai A, Saptharishi LG 2011 Indien	Non-pharmacological Interventions in Hypertension: A Community-based Cross-over Randomized Controlled Trial	Undersöka effekten av icke-farmakologiska interventioner för att förebygga eller kontrollera hypertoni.	<u>Design:</u> Tvärsnitt-randomiserad studie. <u>Urval:</u> Unga vuxna med hypertoni (21-25 år). <u>Datainsamling:</u> Blodtryckskontroller. <u>Analys:</u> T-test, ANOVA.	94 (4)	Studien visade att icke-farmakologisk behandling sänkte blodtrycket i jämförelse med kontrollgruppen. Studien belyser även skillnader mellan de olika grupperna. Fysisk aktivitet visade vara effektivast (5.4 ± 3.1 mmHg) jämfört med salt reduktion (2.6 ± 1.5 mmHg) och yoga (2.3 ± 1.2 mmHg).	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Svetkey LP, Pollak KI, Yancy Jr WS, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, Matchar DB, Lin P-H 2009 USA	Hypertension improvement project (HIP): Randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients	Undersöka effekten av interventioner som syftar till att öka läkares följsamhet till nationella riktlinjer och patientens följsamhet till livsstilsförändringar i syfte att sänka blodtrycket.	<u>Design:</u> Randomiserad studie, 2 och 2 design. <u>Urval:</u> Läkare randomiserades från 8 primärvårds kliniker. Patienter med hypertoni utan njursjukdom, >25 år. <u>Datainsamling:</u> Läkarna fyllde i frågeformulär. Patienterna genomgick intervjuer på klinik och hälsokontroller (blodtrycksmätning, längd vikt, blodprover). <u>Analys:</u> Chi-squared eller t-test, ANCOVA.	32 läkare 510 (64) patient er	Efter 18 månader visades en sänkning av blodtrycket ($7.1 \pm$ 12.1mmHg) hos patienter som genomgick beteende- och livsstilsintervention. Interventionen på primärvårdsläkare visade dock inte ha någon effekt på förvaltandet av blodtryckskontroll men resulterade i blodtryckssänkning med $5.3 \pm 12.1\text{mmHg}$. Patienternas agerande förbättrades när grupperna kombinerades vilket ledde till en blodtryckssänkning med $9.7 \pm$ 12.7mmHg .	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L, 2013 USA	Preliminary Validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H- SCALE) and Clinical Blood Pressure Among Patients With Hypertension	Undersöka sambandet mellan egenvårdsaktiviteter och blodtrycket bland primärvårdspatienter.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Patienter med høgt blodtryck, >21 år, ordinerats blodtryckssänkande läkemedel, engelsktalande. <u>Datainsamling:</u> Enkät och patientjournal. <u>Analys:</u> SPSS version 17.	238 (12)	En høgre grad följsamhet av egenvård var generell i linje med lägre systoliskt och diastoliskt blodtryck.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Høg kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Xue F, Yao W, Lewin RJ 2008 Storbritannien	A randomized trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai	Utvärdera fördelarna med ett enkelt-, kognitivbeteende-, egenvårdsprogram för hypertoni som är baserat på en manual.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie. <u>Urval:</u> Vuxna med hypertoni (systoliskt blodtryck mellan 140-180 mmHg eller diastoliskt blodtryck mellan 90-110 mmHg) med inga tecken på komorbiditet 18-69 år. <u>Datainsamling:</u> Data poängsattes, av personal som var blinda till randomiseringen, uppdelat på två tillfällen. <u>Analys:</u> ANCOVA, SPSS 14.0 till Windows.	140 (-)	Efter 5 veckors intervention visade interventionsgruppen en signifikant sänkning av blodtrycket (10,15 mmHg), lägre kolesterol, ökad fysisk aktivitet och förbättrad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen. Studien visade inga skillnader på ändrade matvanor, rökning eller alkoholvanor mellan grupperna.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet