



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

KOSTFÖRÄNDRINGAR VID HYPERLIPIDEMI EN LITTERATURSTUDIE OM VAD SOM PÅVERKAR PATIENTERS FÖRMÅGA ATT GENOMFÖRA BESTÅENDE KOSTFÖRÄNDRINGAR

LISELOTT ROSSANDER
LINA SVENSSON

KOSTFÖRÄNDRINGAR VID HYPERLIPIDEMI

En litteraturstudie om vad som påverkar patienters förmåga att genomföra bestående kostförändringar

LISELOTT ROSSANDER
LINA SVENSSON

Rossander, L & Svensson L. Kostförändringar vid hyperlipidemi. En litteraturstudie om vad som påverkar patienters förmåga att genomföra bestående kostförändringar. *C-uppsats i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde Omvårdnad, 2005.

Patienter som lider av hyperlipidemi löper en stor risk att utveckla någon form av koronar hjärt- och kärlsjukdom. För att sänka risken för sjukdom och död hos de patienterna med riskfaktorer för koronar hjärtsjukdom är dieten en viktig komponent. Syftet med denna litteraturstudiestudie var att skapa en förståelse om vilka svårigheter som kan förekomma för patienter med hyperlipidemi att genomföra kostförändringar. Metoden som har använts för att komma fram till ett resultat var artikelsökning i diverse databaser med på förhand bestämda sökord. Efterhand som artiklar har granskats har nya sökord kommit upp vilket ledde till kompletterande sökningar. Författarna har upptäckt att det saknas forskning inom området som belyser just beteende. Det genomgående resultatet är dock att många av försöken med kostförändringar inte leder till några bestående förändringar. Slutsatserna som har dragits efter detta resultat är att det behövs mer forskning inom området för att kunna hjälpa patienter med kostförändringar som dessutom ska bli bestående.

Nyckelord: beteende, diet, hyperlipidemi, kostförändring.

DIETARY CHANGE AT HYPERLIPIDEMIA

A literature study about what affects patient's ability to implement permanent dietary changes

LISELOTT ROSSANDER
LINA SVENSSON

Patients that suffers from hyperlipidemia has an increased risk for developing some kind of coronary artery disease. To decrease the risk of illness and death for the patients with risk factors for coronary heart disease the diet is an important component. The aim with this literature study was to create an understanding for those difficulties that can occur for patients with hyperlipidemia when to carry out changes in their diet. The method used in this study was article search in various databases with searching terms that was defined before the search. As the review of the articles went on, new words appeared and led to complement searching. The authors found that there is a lack of research within this subject that illuminate behaviour. The general result was however that many of the attempts with dietary change did not lead to any lasting changes. Conclusions after this result was that there is a need for further research within this subject in order to be able to help patients with dietary change that also is to be permanent.

Keywords: behaviour, diet, dietary change, hyperlipidemia.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	6
Kolesterol.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Diagnoskriterier för hyperlipidemi	7
Metabolt syndrom.....	6
Kostrekommendationer.....	7
TEORETISK REFERENSRAM.....	9
Carnevali.....	9
Health Belief Model.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
The Stages of Change Model.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
METOD	9
Litteratursökning.....	10
Urval	10
Genomförande	11
Avgränsningar.....	11
RESULTAT.....	11
Kostrådgivning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Stages of Change Model.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Transtheoretical Model of Health Behavior Change.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Kunskap.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
METODDISKUSSION	14
Litteratursökning.....	14
Genomförande	14
RESULTATDISKUSSION	15
Kostrådgivning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Stages of Change Model.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Transtheoretical Model of Health Behavior Change.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Kunskap.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
SLUTSATSER	18
REFERENSER	19
BILAGOR.....	21

INLEDNING

Alla människor i samhället hör och ser information om olika metoder för att förbättra hälsan. Det skrivs mycket i kvällspressen om hur allvarliga sjukdomar kan förebyggas. Hjärt- och kärlsjukdomar, och som i denna studie förhöjda kolesterolvärden, är aktuella ämnen i massmedia. Trots att det finns mängder av information finns det många som inte klarar att följa de råd som erbjuds för att säkra den framtida hälsan.

Motivation, vilja, ork och styrka kan vara egenskaper som är viktiga att ha vid den stora utmaning som livsstilsförändringar innebär (Canevali, 1999). Är det så att det inom vården måste utformas kostråd individuellt? Måste varje patient kartläggas och är det sjukvårdspersonalen som är de som måste lära sig om patienten? Trots allt vet nog många patienter vilka förändringar som krävs för att skapa ett sundare leverne.

Det krävs stöd i omgivningen och medel för att vara kapabel att kunna ändra sin livsstil (a a). För att kunna hjälpa den enskilde med dessa förändringar borde förutsättningarna bli bättre om det gick att ha en patientcentrerad utformning som bas när kostprogrammen sätts samman. Det är intressant att studera varför patienter med hyperlipidemi inte klarar av att göra de förändringar som krävs för att åstadkomma bättre hälsa. Vad är det då som gör att så många inte klarar av att förbättra sin livsstil för att få en bättre hälsa? Om kunskapen finns, vad är det i beteendet som gör att människor inte klarar att tillämpa den?

BAKGRUND

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) säger att all vård skall arbeta för att förebygga ohälsa. Hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och i behandlingar och vården ska vara lättillgänglig. Den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Personalen ska arbeta för goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal (a a).

Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor ska sjuksköterskan jobba för främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa. Sjuksköterskan ska också besitta förmågan att aktivt identifiera och förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrad livsstil. Det är viktigt att se patientens resurser och vilken förmåga till egenvård den har. Det ingår även att kunna undervisa och stödja patienten och dess närstående både individuellt och i grupp, där syftet ska vara att förhindra ohälsa samt att främja hälsa (Socialstyrelsen, 2005). ICN:s etiska koder för sjuksköterskor säger att sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde ska vara att främja hälsa, förebygga sjukdom och att återställa hälsa samt lindra lidande (ICN, 2000).

Enligt Socialstyrelsens sammanställning av hjärtinfarkter drabbades cirka 502 000 personer under åren 1987 till 2002 i Sverige. Före år 2002 års slut hade 255 000 av dessa avlidit med akut hjärtinfarkt som dödsorsak.

Förekomsten av akut hjärtinfarkt är starkt köns och åldersrelaterat. Män drabbas dubbelt så ofta som kvinnor och framförallt under ålder 55 år är skillnaden påtaglig. Då är risken tre till fyra gånger så stor för män som för kvinnor att drabbas av akut hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2005).

Patienter som lider av hyperlipidemi löper en stor risk att utveckla någon form av koronar hjärtsjukdom. Mann (2002) skriver i sin artikel att det krävs intensiva livsstilsförändringar eventuellt i kombination med läkemedel för att sänka de förhöjda kolesterolvärdena. För att sänka risken för sjukdom och död hos de patienterna med riskfaktorer för koronar hjärtsjukdom är dieten en viktig komponent. Mann ställer sig frågan hur kostråden på bästa sätt ska framföras för att patienterna ska ta dem till sig. Skräddarsydda kostråd är att föredra framför generella; och hänsyn ska tas till patientens nuvarande inställning till sin kost. Likaså ska deras tankar kring hur deras matvanor påverkar deras hälsa tas i beaktande (a a).

Metabolt syndrom

Metabolt syndrom är ett medicinskt samlingsnamn för riskfaktorer som ökar risken att drabbas av bl a hjärt- och kärlsjukdomar. Begreppet innefattar riskfaktorer som till exempel insulinresistens, glukosintolerans, fetma, hypertoni och hyperlipidemi. Även stress är en bidragande orsak till hjärt- och kärlsjukdomar eftersom stress aktiverar det sympatiska nervsystemet och höjer på så vis blodtrycket. Det är viktigt att hjälpa patienten att bryta sitt mönster och att lära patienten att känna igen stressituationer. Vid metabolt syndrom påverkas även koagulationsförmågan vilket bidrar till ökad risk för trombospålagringar (Ericsson & Ericsson, 2002).

Blodfetter

Lipider, triglycerider, fosfolipider, steroider och fettlösliga vitaminer är livsviktiga för oss människor på många olika sätt och de ingår i alla cellers cellmembraner (Ericsson & Ericsson, 2002). En annan viktig funktion som lipiderna har är att de

på lång sikt kan spara energi i fettvävnaden. Hyperlipidemi är ett samlingsbegrepp för blodfettrubbningar. Normalt sätt föds vi människor med ett kolesterolvärde på runt 1,9 mmol/l men redan efter några veckor stiger detta till ca 3,9 mmol/l. Efter 20 års ålder kan man börja se skillnader då det gäller hur snabbt kolesterolvärdet höjs. Det finns många olika riskfaktorer till förhöjt värde. De som är de främsta orsakerna till att patienter drabbas av höga blodfetter är rökning, övervikt och högt blodtryck. Patienter som befinner sig i riskgruppen för att utveckla hyperlipidemi erbjuds lipidsänkande åtgärder då det gäller deras livssituation som till exempel kost och motion. Patienter som har fått diagnosen behöver få medicinsk behandling kombinerat med hjälp till att förändra sin livssituation. Att hjälpa och stötta patienten då det gäller dessa ändringar är lika viktig som den medicinska behandlingen och där har sjuksköterskan en mycket viktig roll.(a.a)

Diagnoskriterier för hyperlipidemi

De normala gränsvärden som är fastställda i Sverige är enligt nedanstående:

Tabell 1. Kolesterolvärden. Ur Ericsson & Ericsson (2002) s 19.

S-kolesterol (totalt)	
Värde, mmol/l	Nivå
< 5.0	Normalvärde
>5.0-6.4	Lätt förhöjt
>6.5-7.9	Måttligt förhöjt
>8.0	Uttalat förhöjt

LDL-kolesterol ska vara under 3.0 för att vara på normal nivå (a a).

Kostrekommendationer

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut har sammanställt en handlingsplan för att förbättra matvanor och att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen. De mål som sattes avseende goda matvanor sammanställs nedan.

- Fördubbla konsumtionen av frukt och grönsaker (rekommenderad konsumtion är minst 500 gram per dag för vuxna och cirka 400 gram per dag för barn, 4–10 år).
- Fördubbla konsumtionen av bröd, främst fullkorn (rekommenderad konsumtion är 150–200 gram bröd per dag).
- Byt till flytande matfetter och olja i matlagning. Välj nyckelhålmärkta mejeri- och charkuteriprodukter. Fördubbla konsumtionen av fisk (rekommenderad konsumtion är 2–3 gånger i veckan).
- Halvera intaget av salt (rekommenderat intag är 5–6 gram per dag).
- Halvera konsumtionen av sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker. Högst 15 procent av energiintaget bör komma från dessa livsmedel, inklusive alkohol vars andel inte bör utgöra mer än 5 procent av energiintaget (Statens Folkhälsoinstitut, 2005).

The health belief model

Alla förändringar som människor gör är ständigt pågående (Naidoo & Wills, 2000). Genom en modell kallad The health belief model fokuseras det på att uppmuntra beteendeförändringar vid olika beroenden. Modellen anses vara användbar vid många typer av förändring i beteendet. Enligt modellen sker förändringar i följande ordning:

- Precontemplation. I detta stadium har personen fortfarande inte övervägt att genomföra några livsstilsförändringar. När personen blir medveten om sitt hälsoproblem går den vidare till nästa steg.
- Contemplation. Trots att personen är medveten om vinsterna med en förändring är den fortfarande inte redo att genomföra förändringen. Information och hjälp till beslut söks.
- Preparing to change. När fördelarna uppfattas som övervägande och en förändring känns möjlig och värd mödan börjar personen bli redo för förändring.
- Making the change. I starten krävs att personen fattar positiva beslut för att ändra sina vanor. Här är ett tydligt mål, en realistisk plan och stöd och uppmuntran viktigt.
- Maintenance. Det nya beteendet har börjat och personen börjar få en sundare livsstil. Vissa tycker att det är svårt att fortsätta leva enligt den nya livsstilen och kan falla tillbaka till något av de tidigare stadierna. För sjukvårdspersonal är det en trygghet att veta att det inte är ett misslyckande när en patient får ett återfall eller faller tillbaka i sina gamla vanor. Patienter kan gå både framåt och bakåt i sin utveckling av den nya livsstilen (a a).

Enligt Health Belief Model måste människor få någon signal för att komma sig för med att ändra sitt beteende eller att fatta ett hälsorelaterat beslut (a a).

The stages of change model

En annan model som har använts för att förstå vad som händer då människor ska genomföra stora förändringar är The stages of change model. För att en person ska genomföra förändringar måste personen känna sig kapabla att kunna bibehålla det nya beteendet (Naidoo & Wills, 2000). Personen måste uppleva att förändringen innebär fler fördelar än negativa konsekvenser.

För att en förändring av beteende ska kunna ske måste personer:

- Ha en önskan om att förändra sig
- Känna sig hotade av sitt nuvarande beteende
- Känna att en förändring skulle bli fördelaktig och ha få negativa konsekvenser
- Känna sig kompetenta att genomföra förändringen (Naidoo & Wills, 2000).

De flesta inlärningsteorier baseras på antagandet att människors beteende styrs av dess konsekvenser (a a). Det är mer troligt att personen tar till sig ett beteende om förutsättningarna är att det kommer att ge positiva konsekvenser. Vid många hälsoförespråkande informationskampanjer har rädsla använts för att motivera människor att ta avstånd från skadliga beteendet. Som exempel kan nämnas "Don't drink and drive"-kampanjer som visar de drabbade familjernas öden. Det har visat sig att dessa metoder inte är bestående trots att de kan ge initiativ till förändring eftersom dessa negativa känslor försvinner efter en tid (a a).

TEORETISK REFERENSRAM

I litteraturstudien används Carnevalis (1999) omvårdnadsmodell.

Carnevali

Enligt Carnevali (1999) finns det hos alla människor ett beroende mellan det dagliga livet och personens funktionella förmåga och det måste finnas en balans mellan dessa komponenter. Uppgiften som sjuksköterska är bland annat att hjälpa individer att upprätthålla balansen på den nivå som den enskilda individen befinner sig i.

Målet är att få individen att uppnå livskvalitet och ett bra hälsotillstånd efter vilka krav och resurser den enskilde har (a a). Enligt Carnevalis modell dagligt liv – funktionellt hälsotillstånd är den funktionella förmågan allt det som individen har tillgång till för att kunna förändra och kunna klara de krav som ställs då det gäller att uppnå hälsa (a a). Det finns en mängd olika inre resurser och några av dem är styrka och kunskap. Kunskap enligt Carnevali är vad en person kan och vet om framför allt hälsa och sjukdom, hälsobeteende och behandling. Förutom att ha kunskapen måste de även veta hur de ska kunna använda den i sin vardag. När en patient ska genomföra livsstilsförändringar måste hon eller han ha psykisk styrka så att de på något sätt har kontroll över situationen. Det behövs även uthållighet för att en förändring ska kunna bli bestående (a a). Motivation och mod är två inre resurser som är viktiga vid förändringar. Det krävs mer än vilja för att klara att genomföra livsstilsförändringar. Det måste finnas kunskap och verktyg för att kunna förändra sin livsstil. Som sjuksköterska är det viktigt att inte identifiera avsaknad av motivation som detsamma som att patienten inte har kunskap (a a).

De yttre faktorer som kan ses som väsentliga vid kostförändringar är människor, teknologi och ekonomiska resurser. Carnevali belyser att det är viktigt med omgivningens stöd i form av familj och vänner. Teknologi i form av kunskap och metoder är något som sjukvården kan tillhandahålla när en patient behöver genomföra livsstilsförändringar (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att undersöka vilka svårigheter som kan förekomma för patienter med hyperlipidemi att genomföra kostförändringar samt att undersöka vilka metoder som kan påverka patienternas resultat positivt.

- Vilka metoder används av vårdpersonal för att förmedla kostråd?
- Finns det speciella komponenter hos den enskilde individen som påverkar hur de klarar att genomföra kostförändringar?

METOD

För att besvara ovanstående frågeställningar utfördes en litteraturstudie. När material söktes till studien visade det sig att det har forskats en hel del på olika dieter men det saknas forskning på uppföljning och vilka metoder som är mest effektiva att använda. Många artiklar speglade hur patienter ska leva, men inte hur de ska klara av att genomföra de förändringar som krävs. Endast ett fåtal studier speglade dock kring tidseffekterna av kostförändringar.

Litteratursökning

För att få en överblick över forskningsfältet inom ämnet genomfördes en första databassökning i lämpliga databaser vilket gav ett överskådligt resultat. De artiklar som ligger till grund för denna litteraturstudie har sökts fram via databaser med de sökord som listas i nedanstående tabell. De artiklar som har använts i denna litteraturstudie fanns på Pubmed men sökningar har utförts även på Cinahl, Medline och Elin. Sökorden presenteras i nedanstående tabell.

Tabell 2. Artikelsökning i Pubmed.

Sökord	Ant träffar	Ant lästa abstract	Ant granskade	Ant använda
Sökning 1				
Cholesterol	149168	0	0	0
Food habits	11208	0	0	0
Behaviour	896095	0	0	0
Diet	231356	0	0	0
Hyperlipidemia	44798	0	0	0
Cholesterol + food habits + behaviour + diet + hyperlipidemia	88	47	22	2
Sökning 2				
Motivation	87.972	0	0	0
Chang*	1.381.970	0	0	0
Diet*	310.623	0	0	0
Difficult*	223.071	0	0	0
Motivation + chang* + diet* + difficult*	7	2	1	1
Sökning 3				
Motivation	87.972	0	0	0
Chang*	1.381.970	0	0	0
Hyperlipidemia	15.012	0	0	0
Motivation + chang* + hyperlipidemia	14	3	1	1
Sökning 4				
Hyperlipidemia				
Dietary treatment				
Food habits				
Change				
Hyperlipidemia + Dietary treatment + food habits + Change	8	3	1	1
Sökning 5				
Diet*	310.623	0	0	0
Chang*	1.381.970	0	0	0
Behavi*	216.684	0	0	0
Hyperlipidemia	15.012	0	0	0
Diet* + chang* + behavi + hyperlipidemia	42	18	5	3

Urval

De artiklar som valdes för granskning var de som innehöll flest av de sökord som på förhand valdes ut. Artiklarna skulle innehålla studier utförda på patienter med

förhöjda blodfetter och deras kostvanor. Tillgången på artiklar som behandlade patienter med hyperlipidemi och deras problem med kostförändringar var inte så stor.

Genomförande

Artiklarna har studerats noggrant genom att använda angiven mall (se bilaga 1) för artikelgranskning enligt ett vetenskapligt synsätt (Beck et al 2003). Artiklarna valdes ut genom att metoden i studierna granskades. De kriterier som skulle uppfyllas var att artiklarna behandlade följande områden:

- Kostförändringar
- Patienter med hyperlipidemi

Värdering av olika metoder för att genomföra kostförändringar

Genom att studera de metoder som användes i de granskade artiklarna bedömdes deras tillförlitlighet. Författarna har diskuterat artiklarna och sammanställt dem på ett sådant sätt att de ska vara applicerbara på det valda området. Resultaten av artiklarna sammanstälts och en diskussion kring ämnet fördes. När resultaten skulle sammanställas gjordes en kategorisering av de funna resultaten som gav de rubriker som används i denna litteraturstudies resultat och resultatdiskussion.

Avgränsningar

För att få aktuell kunskap avgränsas sökningen till perioden januari 1998 till november 2005.

RESULTAT

Nedan följer en redovisning över de resultat som har granskats ur artiklarna. Dessa resultat är presenterade i underrubriker beroende på vad syftet i de olika studierna har varit.

Läkare eller dietist?

Henkin et al (2000) visade i sin studie att när patienter fick träffa både läkare och dietist minskade kolesterolvärdet dubbelt så mycket som hos de patienter som enbart fick träffa läkare vid kostrådgivning. I studien deltog 70 patienter som behandlades av läkare och 66 patienter som behandlades av både läkare och dietist. De blev observerade under ett års tid. Efter tre månader hade 26 % av de 70 patienterna som träffade läkare och 33 % i den grupp som träffade dietist nått målet för ett normalt kolesterolvärde. Efter 1 år hade hälften av dem som hade nått målet efter tre månader efter att ha träffat läkare behållt sina värden. I den grupp som träffade dietist var det 55 %. Bland dem i den grupp som enbart träffade läkare som inte klarade att uppfylla målet gick 72 % över till att även träffa en dietist. Dessa patienter klarade inte heller med hjälp av dietist att uppnå de uppsatta målen (Henkin et al, 2000).

I en undersökning där effekten av ett kostrådgivningsprogram skulle utredas fick patienterna alternera mellan att träffa läkare och dietist (Traeden et al 1998). Målet med dieten var att de skulle reducera sitt fettintag till 30 % av totala energiintaget och kolesterolintaget skulle understiga 300 mg per dag. Undersökningen utfördes under 1 års tid där ett nytt behandlingsprogram utreddes. 355 män och kvinnor deltog i studien i ålder 20-60 år och som hade förhöjda kolesterolvärden. Vid screening valdes de patienter med en ärftlig hyperlipidemi ut. Strategin i interventionsgruppen var följande:

- att alternera besöken mellan läkare och dietist
- individuella kostråd som baserades på patientens medicinska bakgrund
- feedback från utvärderade förändringar i blodfetter, kroppsvikt, blodtryck och kalkylerad riskpoäng
- nära samarbete mellan läkare och dietist.

Patienterna fick träffa läkare eller dietist första gången i 30 minuter sedan 4 pass å 15 minuter där de diskuterade hälsorelaterade problem samt problem i dieten. Målet med dieten var att de skulle reducera sitt fettintag till 30 % av totala energiintaget. Kolesterolintaget skulle understiga 300 mg per dag. Både läkarna och dietisterna fick utbildning i kostrådgivning.

Kolesterolintaget minskade och när kostbeteendena analyserades sågs en minskning av fettintaget från 40 % till 30 %. Nästan samtliga deltagare upplevde sin förändring som positiv och de hade inte upplevt negativa konsekvenser. De tyckte om sin hälsosamma diet och de upplevde att den var mer socialt accepterad och lättare att tillaga och göra inköp till. Vidare upplevde de även att de inte behövde avstå från mat de tyckte om och att det inte var svårt att förändra sin diet. 57 % upplevde att behandlingsstrategin var bättre än förväntat och endast 1 % upplevde den som sämre än förväntat (a a).

Undervisning och rådgivning

Genom att erbjuda gruppträffar för patienter där de fick hjälp genom undervisning att förändra sina kostvanor såg Masley et al (2001) i sin studie att det visade sig vara en mycket effektiv metod. Deltagarna fick gå på 90-minutersmöten vid 14 tillfällen. Första månaden var träffarna varje vecka och resterande tid en gång per månad. Blodtryckssänkande läkemedel sattes in som behandling i båda grupperna. Efter 1 år gjordes en uppföljning. Undervisningen leddes av en sjuksköterska som förespråkade ett fettintag på 20 % av det totala energiintaget och de uppmuntrades att använda fleromättade fetter i matlagning. Patienterna fick ett informationshäfte som innehöll information över inköpslistor, menyer och matkontrollistor. Patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, blev erbjudna att delta i färdiga grupprogram där huvudsyftet var att hjälpa dem genomföra livsstilsförändringar. Under en 12-månaders period sågs en förändring i experimentgruppens kostvanor jämfört med kontrollgruppen. De ökade sitt intag av frukt och grönsaker och minskade fettkonsumtionen. 45 % i experiment-gruppen minskade användning av mättat fett i matlagning och 1 % i kontrollgruppen gjorde samma förändring. Genom ett antal tester på grupperna sågs en minskning av kolesterol i experimentgruppen (a a).

I en studie av Van der Veen et al (2005) deltog slumpmässigt utvalda patienter som fick kostråd enligt the Stages-of-Change Model och slumpmässigt utvalda patienter som fick sedvanlig behandling. 9 familjeläkare plockade ut deltagarna slumpmässigt. Varje patient fick kostråd motsvarande den grad av förändring de befann sig i enligt nedanstående skala.

- Precontemplation – överväger ej förändring.
- Contemplation – avser att minska fettintaget.
- In action – försöker äta fettsnålt.
- Maintenance – har minskat sin fettkonsumtion de senaste 6 månaderna.

Om en patient återgår till att konsumera 37 % totalt fett eller 12 % mättat fett återgår de till fasen Precontemplation.

Vid studiens början var 51 % av patienterna i Precontemplation Stage, 24 % i Contemplation Stage och 25 % i Action Stage. Efter sex månader hade de i interventionsgruppen minskat sitt totala fettintag med 7.9 % och kontrollgruppen

minskade sitt med 2.2 %. Kroppsvikten hade minskat med 1.5 kg i interventionsgruppen och 0.6 kg i kontrollgruppen.

Efter 12 månader kvarstod minskningen av det totala fettintaget i interventionsgruppen. Det sågs inga betydande förändringar i kolesterolvärdena i någon av de båda grupperna(a a).

Vid ett försök där sjuksköterskor hade fått utbildning i beteenderådgivning baserad på Stages of Change Model för att förse patienter med rådgivning till patienter med diverse riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom sågs endast en liten minskning av kolesterolet. Under studiens gång deltog patienterna i både träffar och telefonsamtal med sjuksköterska (Steptoe et al, 1999). Deltagarna i studien bestod av 883 män och kvinnor med minst en av följande riskfaktorer; rökning, högt kolesterolvärde och högt BMI i kombination med låg fysisk aktivitet. 365 personer hade förhöjt kolesterol. Vid samtliga 10 kliniker som deltog i studien fick 1 sjuksköterska från varje klinik utbildning i beteenderådgivning baserad på Stages of Change Model. Sjuksköterskorna utbildades både till att bedöma hur redo en patient var för förändring samt i specifik beteenderådgivning för att möjliggöra förändring. Patienter med förhöjt kolesterol råddes att reducera fettintaget och att öka sin konsumtion av frukt och grönsaker. Varje session pågick i maximalt 20 minuter och patienter med en riskfaktor deltog vid 2 tillfällen och mellan gångerna kontaktade sjuksköterskan patienten per telefon 1 eller 2 gånger för att ge råd och uppmuntra (a a).

Vid ett telefonbaserat preventivt program minskade patienterna sitt intag av fett och de sänkte även kolesterolvärdet (Burke et al, 2005). Försöket var en kvalitativ studie där 65 män och kvinnor deltog. Samtliga var diagnostiserade med hyperkolesterolemi och gavs slumpmässigt sedvanlig vård eller behandling. Sex interventionssessioner gavs varannan vecka per telefon. Vid dessa tillfällen fokuserades på hur patienternas matvanor hanterades i svåra situationer. Patienterna i kontrollgruppen ökade sin konsumtion. Vid uppföljning efter två månader fick patienterna rangordna de viktigaste komponenterna som bidrog till att förändra kostvanorna.

60 % tyckte att måluppfyllelse var viktigast, 25 % att kontakten med dietist var viktigast och 15 % tyckte att den egna kontrollen var viktigast (a a).

Utbildningsgrad

Efter att ha sammanställt egenskaper hos olika människor med olika grad av utbildning framkom att den gruppen med låg utbildning hade en svag kännedom om sin hälsa i helhet samt färre kunskap om kostens betydelse vid hyperlipidemi (Consoli et al, 2003). 1579 patienters kunskap och uppfattning om deras hyperlipidemi sammanställdes. De fick svara på frågor om sig själva och därefter valdes de patienter ut som uppfyllde de uppställda kraven för att delta i studien. Av dem som deltog i studien var 58,4 % män och 41,6 % kvinnor. De delades upp i två kategorier utifrån vilken utbildningsnivå de hade, en låg nivå med 39,7 % av deltagarna och de med medel till hög nivå på utbildning med 60,3 %.

De med låg utbildning hade ett högre BMI än dem med medel till hög utbildning. Deras kolesterol var också förhöjt. De kännetecknades även av att de hade en sämre helhetsuppfattning om sin hälsa och sämre kunskap om kost. Bland män var det vanligare att tycka att den kolesterolsänkande dieten måste delas med familjen medan bland kvinnor var det inte lika vanligt. De med låg utbildning tyckte att det

var förknippat med människor med en aktiv livsstil att följa en diet och att behandling av hyperlipidemi på kort sikt var tillräckligt.

METODDISKUSSION

För att besvara ovanstående frågeställning utfördes en litteraturstudie. Det har forskats en hel del på olika dieter men det saknas forskning på uppföljning och vilka metoder som är mest effektiva att använda. Det har varit svårt att hitta artiklar som matchar de sökord som har använts här. Många artiklar speglar hur personer ska leva, men inte hur de ska klara av att genomföra de förändringar som krävs. Författarna till denna litteraturstudie diskuterade ämnet kostförändringar och även personliga erfarenheter av detta kom då fram. Detta kan ha vinklat sökningen av artiklar eftersom det på förhand fanns en uppfattning om att stöd och motivation är två viktiga faktorer när en person ska genomföra stora förändringar i sitt liv. Sökorden har försökt hållas neutrala men en viss preferens för studier som behandlar ämnet med inriktning på stöd kan ha förekommit.

Litteratursökning

Vid starten av artikelsökningen framkom många träffar i databaserna men efterhand som artiklarna granskades sågs en stor brist. Det material som fanns behandlade i stor omfattning olika dieter; hur de var utformade och vilka positiva egenskaper dieterna hade. Det saknades artiklar som undersökte bakomliggande orsaker till varför vissa dieter och metoder var effektiva eller inte. Nya sökord utformades och testades i artikelsökningen men allteftersom tiden fortskred nåddes en punkt där författarna var tvungna att börja använda det material som hade hittats. Artiklarna granskades och diskuterades och jämfördes. Resultatet av sökningen ansågs i ett tidigt skede ändå vara acceptabelt då 12 artiklar var färdiggranskade som kunde tillföra något till litteraturstudien. Då påbörjades själva utformningen av studien där bakgrunden först skrevs för att sedan återgå till artiklarna och sammanställa resultaten.

De artiklar som har använts i denna litteraturstudie fanns på Pubmed men sökningar har utförts även på Cinahl, Medline och Elin.

Genomförande

När genomgång av artiklar var påbörjad upptäcktes att vissa artiklar inte tillförde studien något. Då gjordes ett avbrott i den kreativa, skrivande fasen eftersom en ny artikelsökning ansågs vara nödvändig. 8 artiklar av de totalt 12 ursprungliga artiklarna togs bort eftersom de inte kunde anses motsvara de krav som ställdes för att genomföra litteraturstudien. Sökorden kombinerades på nytt och gav nya artiklar att granska. Tiden var hela tiden en faktor som kändes som ett hinder för att lägga alltför mycket tid på den nya sökningen. Sökningen resulterade i 3 artiklar som efter granskning kändes motiverade att använda. Innehållet i artiklarna var så skiftande vilket gjorde att resultaten kunde upplevas som otillräckligt. Trots att noggrann sökning har genomförts kan relevant information ha förbigåtts p.g.a. de kriterier som ställdes innan sökningarna påbörjades. Ett flertal artiklar var inte tillgängliga online och valdes därför bort. Detta kan innebära att väsentliga data har undgått. Totalt har 7 artiklar använts i denna litteraturstudie. Det hade varit

önskvärt att ha fler artiklar då det hade gjort att ett utförligare resultat hade fåtts. De resultat som hittades kategoriserades efter vilken inriktning de hade och detta gav de rubriker som har använts i resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Resultatdiskussionen presenteras under fyra underrubriker enligt samma indelning under rubriken Resultat.

Läkare eller dietist?

I en studie som utfördes av Henkin et al (2005) rekommenderades patienter med hyperlipidemi kostrådgivning av läkare. Kontakt med dietist rekommenderades de patienter som hade fortsatt hyperlipidemi efter kontakt med läkare. I studien (a a) undersöktes värdet av att få kostrådgivning av en dietist. Även om resultatet var positivt med minskade kolesterolvärden sågs ju trots allt ingen påtaglig skillnad mellan att träffa läkare eller dietist. I detta fall måste slutsatsen dras att det inte är någon skillnad på att ta emot kostrådgivning av läkare eller dietist. Har läkarna samarbetat med dietisten så att samma metoder har använts och därför givit samma resultat? I studien fanns även en grupp som inte nådde framgångar vare sig de träffade läkare eller dietist. Dessa personer ägde förmodligen inte de resurser som kan behövas vid livsstilsförändringar. Carnevali (1999) säger att det ska finnas en eftersträvan att få individen att uppnå livskvalitet och ett bra hälsotillstånd efter vilka krav och resurser den enskilde har. En patient som kommer till ett läkarbesök och blir diagnostiserad med hyperlipidemi får förmodligen information om vilka förändringar som bör genomföras på patientens kost och motionsvanor. Patienterna kan uppleva det som ett krav att dessa förändringar måste genomföras. Om patienten saknar resurser som motivation eller kunskap blir det en obalans och det blir omöjligt att vidta några åtgärder. Får patienten information som ger kunskap blir det lättare och om patienten även kan erbjudas stöd fås en balans som möjliggör förändring.

När effekten av ett kostrådgivningsprogram skulle utredas fick patienterna alternera mellan att träffa läkare och dietist. Målet med dieten var att de skulle reducera sitt fettintag till 30 % av totala energiintaget och kolesterolintaget skulle understiga 300 mg per dag (Traeden et al, 1998). För att en person ska genomföra förändringar måste personen känna sig kapabla att kunna behålla det nya beteendet (Naidoo & Wills, 2000). I denna studie var syftet att komma ner till en viss nivå av fettintag per dag (Traeden et al, 1998). Hur ska sedan patienten komma vidare om detta ligger till grund för förändringen? Det är mycket troligt att patienten återfaller i sina gamla vanor eftersom han har en känsla av att dieten var framgångsrik och han nådde sina mål. Det ger inga långsiktiga mål att sträva efter. I studien minskade kolesterolintaget och fettintaget minskade (a a). Förändring upplevdes som positiv av majoriteten av deltagarna. De tyckte om sin hälsosamma diet och de upplevde att den var mer socialt accepterad och lättare att tillaga och göra inköp till. De upplevde även att de inte behövde avstå från mat de tyckte om och att det inte var svårt att förändra sin diet. Över hälften av deltagarna upplevde att behandlingsstrategin var bättre än förväntat (a a). De flesta inlärningsteorier baseras på antagandet att människors beteende styrs av dess konsekvenser. Det är mer troligt att personen tar till sig ett beteende om förutsättningarna är att det kommer att ge positiva konsekvenser (Naidoo & Wills, 2000). Här ser vi att när patienterna upplevde att den nya dieten var i linje med deras smak och att de inte behövde

uppföra något upplevde de dieten som något positivt vilket möjliggör en förändring. Frågan är ju bara hur patienterna klarar att följa dieten i det långa loppet. Det optimala är att de anammar dieten och betraktar det som sina nya matvanor.

Undervisning och rådgivning

Deltagarna i en studie av Masley m fl (2001) fick gå på möten regelbundet och träffa läkare som informerade om kost och andra bidragande faktorer vid hjärt- och kärlsjukdomar. Det visade sig vara en mycket effektiv metod. Huvudsyftet i programmet var att hjälpa deltagarna genomföra livsstilsförändringar. Nästan hälften av deltagarna minskade användningen av mättat fett i matlagningen under ett år men de fick inga sänkta kolesterolvärden. Enligt Health Belief Model måste personen uppleva att förändringen innebär fler fördelar än nackdelar (Naidoo & Wills, 2000). Deltagarna har i studien fått information av läkare om kostens betydelse för risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar (Masley et al, 2001). Det är viktigt att komma till insikt för att kunna fortsätta leva efter sina nya vanor. Genomförs förändringarna p.g.a. att enbart någon utomstående rekommenderar det finns en risk för att förändringen blir på kort sikt och personen kan då inte få en bestående förändring. I studien (a a) hölls undervisning samt att deltagarna fick informationsmaterial. Kunskap och metoder är något som sjukvården kan tillhandahålla när det krävs livsstilsförändringar för att en patient ska få en bättre hälsa (Carnevali, 1999). Så kan balans uppnås mellan kraven och resurserna, men eftersom undervisningstillfällena var mest intensiva vid studiens start och sedan trappades ner för att slutligen avslutas uppnådde inte deltagarna den kunskap de behövde för att kunna tillämpa dieten. Således uppstod en brist från vården, och de yttre resurserna minskade vilket på sikt innebär att en obalans uppstår. Kommer då patienterna att klara att leva efter de nya kostvanorna, eller kommer de att återgå till de gamla vanorna? Patienterna fick sin diagnos och fick veta att de var tvungna att genomföra livsstilsförändringar. Patienterna kan ha upplevt att fördelarna övervägde nackdelarna och då fanns det möjlighet till förändring (Naidoo & Wills, 2000) och därför deltog patienterna i studien förmodligen med en intention att klara av att genomföra förändringarna. När en patient med hyperlipidemi ska genomföra en livsstilsförändring som berör bl a kost måste individen enligt Carnevali (1999) ha vissa inre och yttre resurser att förlita sig på för att åstadkomma balans. Deltagarna i studien av Masley m fl (2001) har troligtvis varit hjälpta av att undervisningen skedde genom regelbundna träffar. Detta har varit en av de yttre resurserna. De inre resurserna deltagarna har ägt kan vara motivation. Något har motiverat deltagarna att genomföra livsstilsförändringar, kanske den kunskap som de har fått efterhand vid träffarna. Utan denna motivation skulle det vara svårt att fortsätta den nya livsstilen.

Stages of Change Model är en modell som är individuellt anpassad genom att patienterna bedöms utifrån var de befinner sig i förändringsfasen (Naidoo & Wills, 2000). Trots detta har den inte visat sig ge långsiktiga resultat enligt en studie av Van der Veen et al (2005). Vid detta försök sågs en blygsam minskning av det totala fettintaget och det uppmättes inga sänkningar av kolesterolvärden. Det totala fettintaget minskade med 7.9 % efter 6 månader. Efter 12 månader var det totala fettintaget detsamma som vid 6 månader. Detta visar tydligt att i den här studien har modellen inte varit effektiv. Det verkar som deltagarna inte har kunnat komma vidare i förändringsprocessen. Om deltagarna har bedömts befinna sig på en felaktig nivå i modellen kan det ha ställts för stora krav på dem. Det verkar som att

patienterna får hjälp med att komma igång men sedan ska de klara sig själva. Hade de fått stöd och råd under en längre tid hade kanske patienterna lyckats bättre med sina kostförändringar.

I en studie av Steptoe (1999) hade sjuksköterskor fått utbildning i beteenderådgivning baserad på Stages of Change Model. Den tid som avsattes för utbildning och rådgivning måste anses vara alldeles för lite tid för att kunna påverka en människas beteende. För att kunna tillgodose en persons behov och se dess förmågor krävs en intensivare och mer kontinuerlig kontakt. Det måste etableras ett förhållande mellan kostrådgivare och patienten. Människors kostval är individuella och för att som utomstående kunna komma in på det som är så privat krävs ett förtroende. Kostrådgivaren måste se personen bakom patienten. Studien har inte resulterat i några betydande sänkningar i kolesterolvärden hos deltagarna (a a). Detta visar på att modellen inte har varit effektiv vid kostförändringar. En risk med den här typen av upplägg att ge kostråd kan vara att deltagarna blir kategoriserade. En patient bedöms befinna sig i ett stadium tillsammans med övriga i samma stadium vilket gör att alla får samma råd och förutsätts mer eller mindre att fungera likadant. Författarna anser att enligt denna modell missas den holistiska synen på människor. Det blir fokuserat på diet, vikt, kolesterolvärden och fettintag m m. Vid stora livsstilsförändringar är det så mycket mer med i bilden, det är den enskilde människans vardag som ska förändras.

I en studie av Burke et al (2005) genomfördes en telefonbaserad rådgivning. Deltagarna fick rangordna de viktigaste komponenterna som bidrog till att förändra kostvanorna tyckte 60 % att måluppfyllelse var viktigast. 25 % tyckte att kontakten med dietist var viktigast och 15 % tyckte att den egna kontrollen var viktigast (a a). Dessa ovanstående komponenter kan likställas med vad som var motivationen till att ändra sina kostvanor. Enligt Health belief model (Naidoo & Wills, 2000) måste en person uppleva att en förändring innebär fler fördelar än negativa konsekvenser. I studien av Burke et al (2005) skulle deltagarna sänka sina kolesterolvärden. Om detta är det enda målet med en förändring finns en risk att när kolesterolvärdet har sänkts är patienten nöjd och återgår till sina gamla vanor. Eftersom majoriteten av deltagarna uppgav att det var måluppfyllelsen, d.v.s. sänkta kolesterolvärden, som var det viktiga (a a) kan personen uppleva det som en besvikelse om det uppsatta målet inte nås inom en viss tid, vilket kan leda till att personen tappar motivationen. Saknas motivation skapas obalans och patienten klarar inte av att fortsätta förändringsprocessen (Carnevali, 1999). Patienterna bör ha långsiktiga mål som gör att de måste genomföra bestående förändringar i sitt vardagliga liv. Det är av yttersta vikt med terapi vid kostrådgivning enligt Naidoo & Wills (2000). När terapi används i samband med kostrådgivning och patienternas beteende noteras skapar det förmodligen fler förutsättningar för att skapa metoder för att ge den enskilde patienten råd och stöd. Enligt Carnevali är det vår uppgift som sjuksköterskor att bland annat hjälpa individer att upprätthålla balansen på den nivå som de befinner sig i. De sjuksköterskor som var med i denna studie hade i uppgift att bedöma patienternas förmåga till förändring och det var det viktigaste momentet med tanke på att patienten sedan fick råd utifrån det (Burke et al 2005). Det verkar som att patienterna i studien blev bedömda och fick sina kostråd, men sedan fick klara sig själva. Stöd och uppmuntran verkar har saknats och patienterna var lämnade åt att klara sig själva.

Utbildningsgrad

Consoli et al (2003) studerade påverkan av olika personers utbildningsnivå på resultatet av ansträngningar att genomföra kostförändringar. Det framkom att den lågutbildade gruppen hade en svag kännedom om sin hälsa i helhet samt mindre kunskap om kostens betydelse vid hyperlipidemi och de hade en sämre helhetsuppfattning om sin hälsa och sämre kunskap om kost i allmänhet. De med låg utbildning hade ett högre BMI och ett högre kolesterolvärde än dem med medel till hög utbildning. En resurs som är viktig är dels att ha kunskap men även ha förmågan att använda kunskapen i vardagen (Carnevali, 1999). Personerna med låg utbildning i studien visade en svag kännedom om sin hälsa och om kostens betydelse (Consoli et al, 2003). Alltså kan här ses ett klart samband mellan vilken nivå på utbildning en person har med vilken uppfattning han har om sin hälsa. De med låg utbildning tyckte att det var förknippat med människor med en aktiv livsstil att följa en diet och att behandling av hyperlipidemi på kort sikt var tillräckligt (a a). Är det så att bland de lågutbildade finns en mer utbredd arbetslöshet som gör att personerna intar en passiv attityd? Vad är det som gör att personerna i den gruppen har ett kortsiktigt tänkande? Kan det dras paralleller mellan att inte ha gått en utbildning som ger en viss trygghet och det faktum att inte anse det motiverat att planera för sin framtida hälsa?

SLUTSATSER

Genomgående i de artiklar som har studerats i denna litteraturstudie har varit att de försök som har genomförts ofta har varit fokuserade på detaljer och att målet har varit att nå ett visst värde. Detta verkar inte vara tillräckligt när det kommer till livsstilsförändringar. Då måste hela människan tas i beaktande och även beteendeterapi borde provas eftersom många människor vill ändra sina vanor men förmodligen upplever att de inte kan. Det hjälper inte att vara i ett stadium där det kan bedömas att en person är redo för förändring om inte de rätta verktygen finns hos individen. Vi tror att många människor vet hur de ska leva och vilka matvanor som är bättre än andra, det är alltså inte kunskapen eller viljan som saknas. Utan motivation är det omöjligt att genomföra förändringar som påverkar hela livsföringen.

REFERENSER

- Beck C, Hungler B, Polit (2003), *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*, Lippincott, Williams & Wilkins
- Burke L et al (2005) Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 4, 134-142
- Carnevali D (1999), *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*, Liber
- Consoli, S & Bruckert, E (2003) Educational level has a major impact on the representations of cholesterol. A study in 1579 hypercholesterolemic patients. *Journal of Vascular Nursing*, 23, 20-24.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar*, Lund, Studentlitteratur
- Henkin Y et al (2000), Dietary treatment of hypercholesterolemia: do dietitians do it better? a randomized, controlled trial. *The American Journal of Medicine*, 11, 549-555
- Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763)
- International Council of Nurses (2000), Etiska kod för sjuksköterskor
>www.icn.ch/icncodeswedish.pdf< 2005-12-15.
- Mann, J, Importance of dietary management and practical patient counselling, the European/Australasian perspective. *Atherosclerosis Supplements*, 10 23-29
- Masley S et al (2001) The dietary intervention and evaluation trial (D.I.E.T.). *The Journal of Family Practise*, 3, 235-239
- Naidoo J & Wills J (2000), *Health promotion*, Harcourt Publishers Limited
- Socialstyrelsen (2005), Hjärtinfarkter 1987-2002 samt utskrivna efter vård för akut hjärtinfarkt 1987-2003.
> www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D6C986A4-957A-4BE3-9FAC-F672A5B5CD8A/3274/2005422.pdf< 2005-12-01.
- Socialstyrelsen (2005), Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
> www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf< 2005-12-15.
- Statens folkhälsoinstitut (2005), Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.
>www.fhi.nu/upload/ar2005/rapporter/handlingsplanmatfys0502.pdf< 2005-12-01.
- Stephoe A et al (1999), Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ*, 10, 943-947
- Traeden U et al (1998), Effectiveness of a dietary intervention strategy in general practice: effects on blood lipids, health and well-being. *Public health nutrition* 1, 273-281.

Van der Veen J et al (2005), Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: A randomized intervention study in family practice. *The American Journal of Cardiology*, 8 15-21

BILAGOR

Bilaga 1: Kriterier för kritisk granskning

Bilaga 2, s 1-7 Granskade artiklar som används i litteraturstudien

Kriterier för kritisk granskning

Nedan beskrivs de kriterier som krävs för att en kritisk granskning av vetenskapliga artiklar ska vara korrekt enligt Polit et al, (2001).

Titel

Titeln ska visa vad artikeln handlar om. Ämnet ska tydligt framgå. Den ska inte bestå av mer än 15 ord.

Abstract

Abstractet ska innehålla 100-200 ord. Det ska redogöra för syfte, metod och resultat. Genom att läsa abstractet ska läsaren förstå vad artikeln handlar om och kunna avgöra om artikeln är läsvärd för sitt eget syfte.

Introduktion

Introduktionen ska ge ett syfte till studien, bakgrund och tidigare forskning. Bakgrund i form av teoretisk litteratur och fakta ska ge läsaren kunskap för att förstå innehållet i studien.

Syfte

Syftet ska tala om varför studien utförts. Är det för att beskriva något, öka förståelse för något eller för att få kunskap om något. Vilka frågor söker författaren svar på genom sin studie?

Metod

I metodbeskrivningen ska hela tillvägagångssättet hur studien genomförts framgå. Metod, urval och verktyg ska beskrivas. Metoden ska relateras till problemet och vara relevant. Beskrivning av hur data har analyserats och resultatets tillförlitlighet ska vara med i metoden.

Resultat Allt som framkom i studien ska presenteras under resultat. För att göra resultatet mer läsbart och för att lyfta fram väsentliga data används tabeller och diagram. Besvarar resultatet de frågor som ställs i syftet?

Diskussion I diskussionen reflekterar författaren över resultatet i studien. Både styrkor och svagheter ska lyftas fram. Författaren ska dra egna slutsatser av resultatet och kan även ge förslag på fortsatt forskning inom ämnet.

Referenser Allt material som använt i studien ska framgå som referenser. Referensernas relevans ska beaktas.

Artikel 1

Titel: Dietary treatment of hypercholesterolemia: do dietians do it better?

Författare: Henkin et al.

Vetenskaplig tidskrift: The American Journal of Medicine, 11, 549-555

Syfte: Bland patienter med höga blodfetter undersöktes skillnaden i behandlingens resultat där den ena gruppen träffade dietist och andra träffade både dietist och läkare.

Metod: 70 patienter som behandlades av läkare och 66 patienter som behandlades av både läkare och dietist. De blev observerade under ett års tid.

Resultat: 36 % av den gruppen som enbart träffade läkare sänkte sina kolesterolvärden med 10% eller mer. 65% i den gruppen som träffade dietist gjorde samma framsteg. Bland dem som nådde de uppställda målen hade majoriteten endast något förhöjda blodfetter. De med kraftigt förhöjda värden åstadkom inte samma sänkning.

Kritisk granskning:

Abstract: Innehåller syfte, metod och resultat där det framgår vad studien behandlar.

Introduktionen saknar rubrik men är med som inledande text.

Resultatet består av både text och tabeller. Tabellerna belyser det väsentliga i texten. Den studerade gruppen nådde framgångsrika resultat jämfört med kontrollgruppen. Dock fanns en grupp patienter som inte nådde några bra resultat i någon av gruppformerna.

Diskussionen. Författarna reflekterar över resultatet och säger att trots att patienterna sänkte sitt kolesterol var det svårt för samtliga i studien att hålla värdena nere. Det gick att se en ökning efter tid och den slutliga minskningen var inte tillräcklig för att ha någon klinisk relevans.

Godkänd av the Faculty of Medical Sciences, Ben-Gurion University, Beer-Sheva, Israel.

Referenser: Samtliga referenser sammanställda och består av diverse artiklar och rapporter.

Artikel 2

Titel: The Dietary Intervention and Evaluation Trial (D.I.E.T.)

Författare: Masley S et al

Vetenskaplig tidskrift: The Journal of Family Practise, Mars 2001, 235-239

Syfte: Studien skulle undersöka hur effektivt ett grupprogram är för patienter som har hyperlipidemi och som även har kända hjärt- och kärlsjukdomar.

Metod: Deltagarna fick gå på 90-minutersmöten vid 14 tillfälle. Första månaden var träffarna varje vecka och resterande tid en gång per månad. Blodtryckssänkande läkemedel sattes in som behandling i båda grupperna. Efter 1 år gjordes en uppföljning. Undervisningen leddes av en sjuksköterska som förespråkade ett fettintag på 20 % av det totala energiintaget. De uppmuntrades att använda fleromättade fetter i matlagning. Patienterna fick ett informationshäfte som innehöll information över inköpslistpr, menyer och matkontrollistor. Deltagarnas partners blev starkt rekommenderade att delta i lektionerna.

Resultat: Efter ett år sågs ett reducerat fettintag och ökad användning av oljor i matlagning i stället för margarin. LDL-kolesterolet sänktes från 117 mg per dag

till 104 mg per dag, kontrollgruppen sänkte sitt från 119mg till 111 mg per dag. Intaget av frukt och grönsaker ökade.

Kritisk granskning:

Titeln Kort, ger ingen tydlig information om artikelns innehåll om man inte känner till det sedan tidigare.

Abstract. Beskriver syfte, metod och resultat som väcker intresse.

Introduktionen: Inspirerar till fortsatt läsning.

Syftet: Ingen egen rubrik, men framkommer i bakgrunden.

Metoden: Blodtryckssänkande medel gör att studien blir svår att bedöma. Om en sänkning hade skett av kolesterol skulle man inte veta om det var läkemedelns eller dietens effekt.

Resultatet: I resultatet presenterar man tydligt med hjälp av siffror vad man har kommit fram till.

Diskussionen: Man har en utförlig diskussion där man diskuterar det resultat man har kommit fram till men även hur andra studier har gjort och vad deras resultat innebär. Man tar även upp svårigheterna med att hjälpa människor att göra livsstilsförändringar och man diskuterar även olika sätt att använda sig av och ställer dessa mot varandra.

Godkänd av: The Human Subjects Committee of the Center for Health Studies and the University of Washington Research Committee

Referenserna: Det är många referenser som hänvisar till tidsaktuella källor.

Artikel 3

Titel: Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial

Författare: Burke L, Dunbar-Jacob J, Orchard T & Sereik S

Vetenskaplig tidskrift: Patient Education and Counseling Vol 57, No 1 , April 2005 134-142

Syfte: Att undersöka hur effektiv en behandling är där beteendet står i fokus med syfte att förändra patienternas kostvanor.

Metod: Kvalitativ studie där 65 män och kvinnor deltog. Samtliga var diagnostiserade med hyperkolesterolemi och gavs slumpmässigt sedvanlig vård eller behandling. Sex interventionssessioner gavs varannan vecka per telefon. Vid dessa tillfällen fokuserades på hur patienternas matvanor hanterades i svåra situationer.

Resultat: Undersökningen visade att de patienter som fick support via telefon minskade sitt totala intag av fett medan den andra gruppen ökade sitt intag. Vid uppföljning efter 2 månader av studien deltog 68 % i enkätundersökningen.

Patienterna rangordnade de viktigaste komponenterna som bidrog till att förändra kostvanorna.

60 % tyckte att måluppfyllelse var viktigast, 25 % att kontakten med dietist var viktigast och 15 % tyckte att den egna kontrollen var viktigast.

Kritisk granskning: Titeln anger att studien handlar om att förbättra fortsatt användning av dieten samt att det är en studie av beteende. Abstract beskriver syfte, metod och resultat. Abstractet var koncist med en tydlig beskrivning om studiens innehåll.

Introduktionen ger en bakgrund till problemet och även syftet med studien är väl beskrivet. Dessutom görs hänvisningar till brister i tidigare studier inom området.

Metoden är detaljerat beskriven med urval, design och kriterier för deltagarna. Studien är godkänd av Obesity/Nutrition Research Center

Resultatet presenteras enligt följande underrubriker a)Kliniska data och riskprofil b)Fasthållande av diet c) Egenförmåga och förväntat resultat d) LDL-kolesterol e) Utvärdering av interventionsprocessen.

Diskussionen är en noggrann genomgång av resultatet i studien. Det görs jämförelser med den undersökta gruppen och kontrollgruppen. Författarna tar upp att det skulle ha gjorts en uppföljning på längre sikt och att det pågår en förbättring av mätinstrument av egenförmåga.

Tabeller i studien gör arbetet mer överskådligt.

Referenserna presenteras korrekt. De flesta är tidsmässigt aktuella, endast ett fåtal är äldre. Detta kan dock accepteras eftersom det är ett ämne som på så många sätt är beständigt.

Artikel 4

Titel: Effectiveness of a dietary intervention strategy in general practice: effects on blood lipids, health and well-being.

Författare: Traeden U et al

Vetenskaplig tidskrift: Public health nutrition Vol 1 (4)1998 273-281.

Syfte: Att utreda effekten av ett kostrådgivningsprogram då det gäller att sänka kolesterolvärdet på patienter med hyperlipidemi och deras upplevda sidoeffekter av dieten.

Metod: Undersökningen utfördes under 1 års tid där ett nytt behandlingsprogram utreddes. 355 män och kvinnor deltog i studien i ålder 20-60 år och som hade förhöjda kolesterolvärden. Vid screening valdes de patienter med en ärftlig hyperlipidemi ut. Strategin i interventionsgruppen var följande:

att alternera besöken mellan läkare och dietist

individuella kostråd som baserades på patientens medicinska bakgrund

feedback från utvärderade förändringar i blodfetter, kroppsvikt, blodtryck och

kalkylerad riskpoäng

nära samarbete mellan läkare och dietist.

Patienterna fick träffa läkare eller dietist första gången i 30 minuter sedan 4 pass á 15 minuter där de diskuterade hälsorelaterade problem samt problem i dieten. Målet med dieten var att de skulle reducera sitt fettintag till 30 % av totala energiintaget. Kolesterolintaget skulle understiga 300 mg per dag. Både läkarna och dietisterna fick utbildning i kostrådgivning.

Läkarundersökning genomfördes på patienterna där värden registrerades av längd, vikt, blodtryck, kolesterol och glukos. Halvvägs i studien utgavs ett frågeformulär angående patienternas sociala situation som inkluderade deras fysiska och psykiska hälsa. Även deras upplevelser under tiden de hade följt dieten undersöktes. Studien är godkänd av the Regional Ethical Committee och the Register Inspection of Denmark.

Resultat: 47 personer fullföljde inte undersökningen och 11 avslutade p g a flytt. 36 personer avbröt försöket av andra orsaker. 218 fullföljde det 1-åriga programmet och av dem stod 159 stycken inte på några kolesterolsänkande läkemedel. Det var enbart dessa som ingick i studiens resultat. 73 % i interventionsgruppen och 72 % i kontrollgruppen var med i studiens resultat.

Patienterna i interventionsgruppen sänkte sitt kolesterolvärde med 1.07 mmol jämfört med kontrollgruppen som hade en sänkning med 0.27 mmol. Patienterna i interventionsgruppen minskade sitt kolesterolintag från 300 mg per dag till 182 mg per dag. När kostbeteendena analyserades sågs en minskning av fettintaget från 40 % till 30 %. Nästan samtliga deltagare upplevde sin förändring som positiv och de hade inte upplevt så negativa konsekvenser. De tyckte om sin hälsosamma diet och de upplevde att den var mer socialt accepterad och lättare att tillaga och göra inköp till. Vidare upplevde de även att de inte behövde avstå från mat de tyckte om och att det inte var svårt att förändra sin diet. 57 % upplevde att behandlingsstrategin var bättre än förväntat och endast 1 % upplevde den som sämre än förväntat.

Kritisk granskning:

Titeln: Beskriver tydligt innehållet i artikeln.

Abstractet: Utförligt och tydligt uppställt.

Introduktionen: Bakgrund tas upp kring problemet med att få fram en bra behandling för att hjälpa patienter att ändra sin kost.

Syftet: beskrivs lite kortfattat. Borde varit mer utvecklat.

Metoden: Beskrivs mycket detaljerat på ett tydligt sätt som gör att läsaren får en klar bild över hur undersökningen har genomförts.

Resultatet: Effekten av kostrådgivningsprogrammet har utvärderats samt deltagarnas upplevda sidoeffekter av dieten.

Diskussionen: Innehåller tabeller för att belysa resultatet. Författarna diskuterar effekten av att ha kostrådgivning som fokuserar på beteende samt resultatet av studien.

Referenserna: Samtliga referenser är från 1990-talet och studien utfördes i slutet av den perioden så de var tidsaktuella vid tillfället.

Artikel 5

Titel: Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: A randomized intervention study in family practice

Författare: Van der Veen J et al

Vetenskaplig tidskrift: The American Journal of Cardiology, Vol 96 No 4, Augusti 2005 15-21

Syfte: Att undersöka en stegvis rådgivning där information ska ges om kost och höga blodfetter och deras samband bland patienter med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar.

Metod: Slumpmässigt utvalda patienter som fick kostråd enligt the Stages-of-Change Model och slumpmässigt utvalda patienter som erhöll sedvanlig behandling. 9 familjeläkare plockade ut deltagarna slumpmässigt. Varje patient fick kostråd motsvarande den grad av förändring de befann sig i enligt nedanstående skala.

Precontemplation – överväger ej förändring.

Contemplation – avser att minska fettintaget.

In action – försöker äta fettsnålt.

Maintenance – har minskat sin fettkonsumtion de senaste 6 månaderna.

Om en patient återgår till att konsumera 37 % totalt fett eller 12 % mättat fett återgår de till fasen Precontemplation.

Vid studiens början var 51 % av patienterna i Precontemplation Stage, 24 % i Contemplation Stage och 25 % i Action Stage.

Studien är godkänd av The Medical Ethical Committee of the Department of Human Nutrition and Epidemiology, Wageningen University.

Resultat: Modellen har visat sig vara effektiv i ett kort perspektiv men håller inte i ett längre perspektiv. För att kunna hjälpa patienten i ett längre perspektiv måste det finnas rådgivning under en lång tidsperiod. Efter 6 månader hade de i interventionsgruppen minskat sitt totala fettintag med 7,9 % och kontrollgruppen med 2,2 %. Kroppsvikten hade minskat med 1,5 kg i interventionsgruppen och 0,6 kg i kontrollgruppen.

Efter 12 månader kvarstod minskningen av det totala fettintaget i interventionsgruppen. Det sågs inga signifikanta förändringar i kolesterolvärdena i någon av de båda grupperna. Inte heller vad gäller rökning eller fysisk aktivitet sågs någon signifikant förändring.

Kritisk granskning:

Titeln talar om att artikeln handlar om kostrådgivning baserat på olika stadier.

Abstractet innehåller syfte, metod, resultat och diskussion. Där framgår tydligt studiens innehåll. Ingen rubrik till abstractet.

Introduktionen . Kort beskrivning av hur författarna har tänkt kring problemet. Den beskriver deras resonemang om att de tyckte att familjeläkare har tillgång till många olika patientgrupper med riskfaktorer för att utveckla hjärtsjukdomar. Introduktionen är för kortfattad.

Metoden. Under metoden beskrivs urvalet noggrant och det förtydligas i en figur där det är mycket överskådligt. Mycket vikt har lagts på deltagarnas grad av utbildning. Studien är godkänd av the Netherlands Heart Foundation.

Resultatet är uppdelat i tre underrubriker; Studiens urval, Interventionsrelaterade mätningar, Förändringar vid uppföljningen. I resultatet finns även tabeller med för att förtydliga.

Diskussionen säger författarna att en positiv utveckling har skett efter användning av modellen med olika stadier för förändring när det kommer till kost och vikt.

Däremot har inte patienternas kolesterol sänkts i den utsträckning som var förväntat.

Referenserna Tidsaktuella från vetenskapliga tidskrifter.

Artikel 6

Titel: Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial

Författare: Steptoe A et al

Vetenskaplig tidskrift: BMJ, Oktober 1999, 943-947

Syfte: Att mäta effekten av beteendeorienterad rådgivning i allmänpraktik på hälsosamt beteende och biologisk riskfaktorer hos patienter med förhöjd risk för koronar hjärtsjukdom.

Metod: 883 män och kvinnor med minst en av följande riskfaktorer; rökning, högt kolesterolvärde och högt BMI i kombination med låg fysisk aktivitet. 365 personer hade förhöjt kolesterol. Vid samtliga 10 kliniker som deltog i studien fick 1 sjuksköterska från varje klinik utbildning i beteenderådgivning baser på Stages of Change Model. Sjuksköterskorna utbildades både till att bedöma hur redo en patient var för förändring samt i specifik beteenderådgivning för att möjliggöra förändring. Patienter med förhöjt kolesterol råddes att reducera fettintaget och att öka sin konsumtion av frukt och grönsaker. Varje session pågick i

maximalt 20 minuter och patienter med en riskfaktor deltog vid 2 tillfällena och mellan gångerna kontaktade sjuksköterskan patienten per telefon 1 eller 2 gånger för att ge råd och uppmuntra.

Resultat: Presenteras i tabellform vilket gör det överskådligt. Studien har inte resulterat i några betydande sänkningar i kolesterolvärden hos deltagarna.

Kritisk granskning:

Resultat: Presenteras i tabellform vilket gör det överskådligt

Titeln Beskrivande titel som sammanfattar innehållet i artikeln.

Abstract. Innehåller de underrubriker som ska ingå. Ger en bra bild av artikelns innehåll .

Introduktionen. Inleds med att livsstilsförändringar är centrala vid förebyggande av koronar hjärtsjukdom. Författarna skriver att som bas för studien ligger The stage of change Model. Interventionen utfördes av sjuksköterskor med patienter med ökad risk för hjärtsjukdom. Hypotesen var att beteendeterapi skulle leda till livsstilsförändringar som inte skulle ses i kontrollgruppen.

Syfte Framgår i abstractet.

Metoden Beskrivs utförligt med deltagare och mätmetoder. Metoden att ha 2 stycken sessioner á 20 minuter är alldeles för lite för att genomföra livsstilsförändringar!

Resultatet Större fettreducing i kosten och minskat antal cigaretter i den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen. Likaså syntes en ökning av den fysiska aktiviteten i den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen.

Diskussionen Studien var, enligt författarna, framgångsrik i syftet att visa att beteendeterapi är mer effektivt än traditionell terapi och allmänna råd vid livsstilsförändringar.

Referenserna verkar vara relevanta för studien.

Artikel 7

Titel: Educational Level has a major impact on the representations of cholesterol. A study in 1579 hypercholesterolemic patients.

Författare: Silla M. Consoli och Eric Bruckert

Vetenskaplig tidskrift: Journal of Vascular Nursing, vol 23, No 1 20-24.

Syfte: Att fastställa de typiska dragen hos patienter med hyperlipidemi i enlighet med deras utbildningsnivå.

Metod: 1579 patienters kunskap och uppfattning om deras hyperlipidemi sammanställdes. De fick svara på frågor om sig själva och därefter valdes de patienter ut som uppfyllde de uppställda kraven för att delta i studien. Av dem som deltog i studien var 58,4 % män och 41,6 % kvinnor. De delades upp i två kategorier utifrån vilken utbildningsnivå de hade, en låg nivå med 39,7 % av deltagarna och de med medel till hög nivå på utbildning med 60,3 %

Resultat: Resultatet i olika underrubriker vilket gör det tydligt att finna resultatet. 1579 patienters kunskap och uppfattning om deras hyperlipidemi sammanställdes. De fick svara på frågor om sig själva och därefter valdes de patienter ut som uppfyllde de uppställda kraven för att delta i studien. Av dem som deltog i studien var 58,4 % män och 41,6 % kvinnor. De delades upp i två kategorier utifrån vilken utbildningsnivå de hade, en låg nivå med 39,7 % av deltagarna och en medel till hög nivå med 60,3 %

Deltagare med låg utbildning hade förhöjt kolesterolvärde och ett högre BMI än dem med medel till hög utbildning. De kännetecknades även av att de hade en

sämre helhetsuppfattning om sin hälsa och sämre kunskap om kost. De med låg utbildning tyckte att det var förknippat med människor med en aktiv livsstil att följa en diet och att behandling av hyperlipidemi på kort sikt var tillräckligt.

Kritisk granskning:

Titeln Tydlig som beskriver artikelns innehåll.

Abstract Innehåller samtliga rubriker med överskådligt innehåll.

Introduktionen berörde fakta om hyperlipidemi samt bakgrund till problemen.

Syfte Studien skulle undersöka om deltagarnas utbildningsnivå hade ett samband med deras uppfattning om deras hyperlipidemi.

Metoden Patienterna valdes ut att delta efter vissa på förhand uppställda krav. De delades upp i två kategorier utifrån vilken utbildningsnivå de hade, en låg nivå med 39,7 % av deltagarna och en medel till hög nivå med 60,3 %.

Studien är godkänd av Pierre Fabre Médicament France.

Resultatet presenteras med underrubriker och tabeller finns med för att belysa.

Diskussion Författarna har sett ett klart samband mellan låg utbildningsnivå och att förutspå hälsostatus och hjärt- och kärlsjukdomar.

Referenserna Ganska få referenser. Är det tillräckligt?