



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

HUR ÄR DET MED MOTIVATIONEN?

VAD KAN PÅVERKA PERSONERS MOTIVATION TILL FÖRÄNDRAD LIVSSTIL
EFTER GENOMGÅNGEN HJÄRTINFARKT

ÅSA SVENSSON
SUSANNE WARNQVIST

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
VO1303
Sjuksköterskeprogrammet

Maj 2011

Handledare: Catrin Berglund

Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

HUR ÄR DET MED MOTIVATIONEN?

VAD KAN PÅVERKA PERSONERS MOTIVATION TILL FÖRÄNDRAD LIVSSTIL EFTER GENOMGÅNGEN HJÄRTINFARKT

ÅSA SVENSSON
SUSANNE WARNQVIST

SAMMANFATTNING

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Orsakerna till hjärtinfarkt beror till största del på levnadsvanor och biologiska faktorer. Livsstilsförändringar förebygger sjukdomar och bör prioriteras inom hälso- och sjukvården. För att ändra sin livsstil ska personerna ändra vanor och beteende. För att personerna ska lyckas ändra sina vanor och beteende med gott resultat behövs motivation. Vid en genomgången hjärtinfarkt är livsvärlden hotad och personerna vet inte längre hur de ska leva sitt liv. Syftet med studien var att belysa vad som kan påverka personers motivation till en förändrad livsstil efter genomgången hjärtinfarkt. Metoden som valdes till studien var en litteraturstudie som baserades på elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. En innehållsanalys gjordes på de elva vetenskapliga artiklarnas resultatdelar. I studiens resultat framkom två kategorier och fyra underkategorier. En kategori benämndes som ”*faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar*” där två underkategorier utmärkte sig, de benämndes ”*stöd från vårdpersonalen*” och ”*gemenskap med familjen och övriga*”. Den andra kategorin som framkom var ”*faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar*” och även här utmärkte sig två underkategorier vilka benämndes ”*brister i vårdpersonalens stöd*” och ”*gemenskapens negativa effekter vid livsstilsförändring*”. I studiens slutsats framkom hur sjuksköterskan kan använda sig av resultatet i sitt arbete dessutom togs det upp att ytterligare studier om vad som kan påverka personers motivation till att förändra sin livsstil efter genomgången hjärtinfarkt kan vara av intresse.

Nyckelord: *Hjärtinfarkt, livsstilsförändring, motivation, livsvärld.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
<i>Orsaker och riskfaktorer vid hjärtinfarkt</i>	<i>1</i>
Livsstilsförändring	2
Motivation	3
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling och urval	4
Analys	5
Etiskt övervägande	6
RESULTAT	6
Faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar	7
<i>Stöd från vårdpersonalen</i>	<i>7</i>
<i>Gemenskap med familjen och övriga</i>	<i>8</i>
Faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar	8
<i>Brister i vårdpersonalens stöd</i>	<i>9</i>
<i>Gemenskapens negativa effekter vid livsstilsförändringar</i>	<i>9</i>
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	12
SLUTSATS	13
REFERENSER	14
BILAGEFÖRTECKNING	17

INTRODUKTION

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen, 2009a). Enligt Socialstyrelsen (2008) kan två tredjedelar av alla hjärtinfarkter förebyggas genom sundare levnadsvanor. Livsstilsförändringar är viktigt för att förebygga hjärtinfarkt och bör få en hög prioritet inom hälso- och sjukvården. Personers levnadsvanor ska dokumenteras och kartläggas noggrant. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ge råd om förändrade levnadsvanor då det är nödvändigt (Socialstyrelsen, 2008). Även French, Senior, Meinman och Marteau (2001) betonar i sin systematiska litteraturstudie vikten av livsstilens betydelse vid hjärtinfarkt. Det är motivationen som styr vad vi bestämmer oss för att göra (Hallberg, 2010). Det är därför av vikt för sjuksköterskan att veta vad som påverkar motivationen hos personerna som genomgått en hjärtinfarkt till att förändra sin livsstil så att sjuksköterskan kan ge råd om förändrade levnadsvanor.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt uppstår då myokardiet drabbas av lokal syrebrist på grund av att ett kranskärl täpps till helt eller delvis (Wallentin & Lindahl, 2010). Infarkten kan drabba hela eller delar av myokardiet. Hjärtinfarktens storlek beror på vilka kärl som drabbats. Symtomen vid hjärtinfarkt kan variera från intensiv smärta till inga symtom alls. De vanligaste symtomen vid hjärtinfarkt är kraftiga bröstsmärtor som varar mer än 30 minuter, akut andnöd, yrsel eller blodtrycksfall. Vegetativa symtom såsom kräkning, kallsvettning och illamående är vanliga i det akuta infarktskedet (Persson & Stagmo, 2008). Det är mer ovanligt bland kvinnor än män att de innan insjuknandet i hjärtinfarkt lider av andra hjärt- och kärlsjukdomar likaså är det ovanligare att kvinnor lider av bröstsmärtor vid insjuknandet (Garavalia et al., 2007). Även DeVon, Ryan, Ochs och Shapiro (2008) beskriver könsskillnader mellan män och kvinnor vid insjuknandet i akut hjärtinfarkt, männen rapporterar mer svåra bröstsmärtor än vad kvinnorna gör, män beskriver också en högre frekvens av yrsel innan insjuknandet av hjärtinfarkt än kvinnor. De tre vanligaste symtomen för båda könen är bröstsmärtor, ovanlig trötthet och andfåddhet. Kvinnor rapporterar däremot mer matsmältningsbesvär, hjärtklappning, illamående, domningar i händerna och ovanlig trötthet än män gör dessutom rapporterar kvinnor mer besvär i form av hosta innan insjuknandet i hjärtinfarkt. Det är ingen skillnad mellan könen vad gäller var och hur de känner smärta, däremot rapporterar kvinnor mer smärta i käken och i nacken än vad män gör (DeVon et al., 2008).

Av alla dödsfall i Sverige orsakar hjärt- och kärlsjukdomar 42 % år 2005. Dödligheten har nästan halverats från 17 100 personer år 1987 till 9 700 personer år 2005 på grund av minskat insjuknande i hjärtinfarkt och bättre behandlingsmetoder vilket har gett ökad överlevnad. Insjuknandet i hjärtinfarkt har minskat eftersom rökvanorna har förändrats och blodfettsnivåerna sjunkit. Bättre behandlingsmetoder kan vara effektivare läkemedelsbehandling, operativa ingrepp och ökat användande av pacemaker (Socialstyrelsen, 2009a). Under år 2007 insjuknade 38 845 personer över 20 år i akut hjärtinfarkt i Sverige (Socialstyrelsen, 2009b).

Orsaker och riskfaktorer vid hjärtinfarkt

Socialstyrelsen (2008) har utformat hjärtsjukvårdsriktlinjer, där tyngdpunkten är att stödja personerna som genomgått en hjärtinfarkt till hälsosammare levnadsvanor, genom att ge råd om rökstopp, ändrade kostvanor, främja fysisk aktivitet och minska alkoholintaget. Orsaken till hjärtinfarkt beror mestadels på levnadsvanor (matvanor, rökning, fysisk inaktivitet, alkoholvanor) och biologiska faktorer (hypertoni, övervikt, diabetes). Vid en liten del av de hjärtinfarkter som inträffar är orsaken okänd (Socialstyrelsen, 2008). Tavani, Bertuzzi,

Gallus, Negri och Vecchia (2004) beskriver i sin studie om riskfaktorer för kvinnor som insjuknat i akut hjärtinfarkt att rökning är den största riskfaktorn för insjuknandet i akut hjärtinfarkt, andra riskfaktorer är diabetes, hypertoni, blodfetter och arvsanlag. Måttlig alkoholkonsumtion (mindre än två drinkar per dag) har en skyddande effekt jämfört med de som inte dricker någon alkohol alls. Stor kaffe konsumtion medför ingen ökad risk för insjuknande i akut hjärtinfarkt (Tavani et al., 2004). Yusuf et al. (2004) fann i sin studie att alla riskfaktorerna (rökning, Body Mass Index (BMI), bukfetma, blodfetterna, diabetes, hypertoni, psykosociala faktorer, minskad fysisk aktivitet, brist på frukt och grönsaker) har ett starkt samband med insjuknandet i akut hjärtinfarkt. De största riskfaktorerna är rökning och förhöjda blodfetter följt av hypertoni, diabetes, bukfetma och psykosociala faktorer (Yusuf et al., 2004). Walldius et al. (2001) visade även i sin studie att förhållandet mellan blodfetterna har ett starkt samband med ökad risk för dödlig hjärtinfarkt hos både män och kvinnor. I Yusuf et al. (2004) studie finner de också att en liten konsumtion av cigaretter (fem cigaretter/dag) ökar risken för akut hjärtinfarkt och att bukfetman har ett starkare samband än BMI relaterat till risken för hjärtinfarkt. Vidare finner de att daglig konsumtion av frukter eller grönsaker, måttlig eller ansträngande fysisk motion och konsumtion av alkohol tre eller fler gånger i veckan har en skyddande effekt på akut hjärtinfarkt (Yusuf et al., 2004).

Calling, Hedblad, Engström, Berglund och Janzon (2006) betonar i sin studie att både hos män och kvinnor så spelar bukfetman en större roll än BMI som en riskfaktor för insjuknande i kardiovaskulära sjukdomar. Garavalia et al. (2007) finner ingen skillnad mellan män och kvinnor som insjuknar i hjärtinfarkt vad gäller BMI eller rökvanor. DeVon et al. (2008) upptäcker inte heller några könsskillnader innan insjuknandet i akuta hjärtsymtom när det gäller diabetes, hypertoni, blodfetterna, fysisk aktivitet eller BMI. Calling et al. (2006) beskriver att fysisk aktivitet har en skyddande effekt mot kardiovaskulära sjukdomar hos både män och kvinnor, det finns också ett samband mellan låg fysisk aktivitet och högre bukfetma och ett högre blodtryck.

Nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2008) beskriver att med stigande ålder ökar riskerna för utvecklande av förträngningar i hjärtats kranskärl genom fett, bindväv och kalk "klumpar ihop sig" i kärlväggen. I en internationell studie av Yusuf et al. (2004) är medianåldern vid insjuknandet av första hjärtinfarkten 63 år i Västeuropa däremot är den lägre i Asien 53 år och Mellanöstern 51 år. I Chen och Li's (2006) studie ses en ökad risk för insjuknande i hjärtsjukdomar med ökad ålder. French et al. (2001) fann i sin systematiska litteraturstudie gjord över orsakerna till hjärtinfarkt att livsstilen togs upp i samtliga 54 artiklar som ingick i deras studie, dessutom har 16 av artiklarna livsstilsfaktorer som den viktigaste orsaken till hjärtinfarkt.

Livsstilsförändring

Livsstil definieras som en persons vanor och beteende. Ändra sin livsstil innebär därmed att ändra sina vanor och beteenden. Livsstilen är grundad i kön, klass, etnicitet, sexualitet och funktionshinder. Insjuknandet i hjärtinfarkt påverkas av flera olika faktorer som är relaterade till livsstilen. Vid ändring av sin livsstil behöver personen bli medveten och öka sin kunskap om sambandet mellan livsstil och hälsa. Basen i all prevention och behandling av hjärt- och kärlsjukdomar är påverkan av levnadsvanorna i en positiv riktning (Hallberg, 2010). Genom en kombination av rökning och sund livsstil kan risken minska för akut hjärtinfarkt med tre fjärdedelar jämfört med en kombination av rökning och dålig livsstil. Äta frukt och grönsaker, motionera och undvika rökning kan leda till ca: 80 % lägre risk att insjukna i hjärtinfarkt. Den skyddande effekten av motion och alkohol verkar dessutom vara större hos kvinnor än hos män (Yusuf et al., 2004). Enligt de europeiska riktlinjerna påverkar flera riskfaktorer hjärt- och kärlsjukdomar. Faktorer som kan förlänga överlevnaden hos

befolkningen är rökstopp, viktnedgång, kostförändring, måttligt alkoholintag och fysisk aktivitet. Vid livsstilsförändrande behandling behövs en bra livsstilsanamnes, vilket hälso- och sjukvårdspersonalen utgår ifrån då de ska ge råd om förändrad livsstil (Wallentin & Lindahl, 2010). Vårdpersonal ska vara öppen för personernas levda värld enligt livsvärldsperspektivet, det är viktigt med kommunikation och förståelse för personen och då inte bara verbal kommunikation (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Enligt Dahlberg et al. (2003) kallas den värld vi dagligen lever i och oftast också tar för givet vår livsvärld, här i arbetar, hatar, älskar och leker vi. Med livsvärldsperspektiv menas uppmärksammande av människors vardagliga liv och dagliga tillvaro. Det innebär att se, förstå och beskriva världen som en annan människa lever i. Livsvärlden har inte fokus på världen och inte heller på människan utan på hur de integrerar med varandra. Livsvärldsteorin lyfter fram människors erfarenheter och upplevelser (Dahlberg et al., 2003).

Enligt Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2003) studie är livsvärlden hotad efter en hjärtinfarkt och personerna som genomgått en hjärtinfarkt vet inte längre hur de ska leva sina liv. Efter hjärtinfarkt tas ingenting för givet och tiden får en ny dimension (Johansson et al., 2003). I Garavalia's et al. (2007) studie beskrivs inte någon skillnad mellan män och kvinnors livskvalitet eller fysiska funktion en månad efter genomgången hjärtinfarkt. Enligt Dahlberg et al. (2003) bör vårdpersonal veta hur människan upplever vårdandet, dessutom måste de vara öppna och tillmötesgående i sitt frågande om hur personen klarar av det. Vara öppen för en annan person innebär att möta den andre så neutralt som möjligt (Dahlberg et al., 2003). Personernas förståelse av hjärtinfarkten är ofta annorlunda jämfört med vårdpersonalens, vilket medför svårigheter när de ska försöka förstå varandra (Johansson et al., 2003). Då en person drabbats av sjukdom eller ohälsa handlar det om införskaffandet av ny kunskap, de kan behöva lära sig leva på ett "nytt" sätt. Vid patientundervisning är målet att patienten ska ta till sig ny kunskap för att lära sig hantera sin förändrade livssituation. Detta ska helst leda till en ökad egenvårdsförmåga och patientundervisning kan leda till ett ökat välbefinnande (Bengtsson, 2005).

Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande för ohälsa. De personer som vänder sig till sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för förebyggande av sjukdom eller skada (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 1998). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010) ska den vårdpersonal som ansvarar för patienten ge honom eller henne anpassad information om sjukdomstillståndet, undersökningar, behandlingar. Patienten skall så långt som det är möjligt vara delaktig i utförandet och genomförandet av sin vård (Patientsäkerhetslagen, 2010). Vårdpersonal som vårdar personer efter genomgången hjärtinfarkt ska ge personerna råd till att förändra sin livsstil och försöka öka deras motivation till att göra livsstilförändringarna.

Motivation

Motivation definieras som ett begrepp när individen ska ändra på ett inlärt beteende. Det finns både inre och yttre motivation, det avgörande är hur individen bestämmer sig för att förhålla sig till beteendet. Motivationen styr vad vi bestämmer oss för att göra, hur mycket, hur ofta och hur länge vi gör det (Hallberg, 2010).

Fishbein och Cappella (2006) visade i sin studie att för att lyckas förändra sitt beteende krävs en stark vilja och nödvändiga färdigheter. Om personen själv tror på beteendeförändringen ökar chansen att han eller hon kan genomföra förändringen. Motivationen ökar till utförandet av beteende om andra viktiga personer i ens närhet tycker han eller hon ska utföra beteendet

det vill säga om det sociala trycket är högt. Dessutom ökar också motivationen till utförandet av beteendet om personen själv anser sig klara av det (Fishbein & Capella, 2006).

För att hjälpa personerna till förståelse av att deras livsstil måste förändras, finns det evidens för att motiverande samtal kan användas, där blir personen motiverad istället för informerad, vilket kan vara en svår konst (Wallentin & Lindahl, 2010). Motiverande samtal är en samtalsmetod som används en del inom hälso- och sjukvården i hälsofrämjande arbete. Målet med motiverande samtal är att personen ska uppnå en förändring. I ett motiverande samtal lyfts frågan OM en förändring ska ske (varför eller varför inte) istället för HUR förändringen ska ske (Barth & Näsholm, 2006). I en studie av Pisinger et al. (2009) jämförs två grupper människor, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick genomgå hälsoundersökning, de uppmanas personligt (öga mot öga) till en hälsosammare livsstil av personal som är utbildad inom hälsorådgivning och motiverande samtal. Deltagare som löpte hög risk för kardiovaskulära sjukdomar erbjöds deltagande i rökavvänjningsgrupper och/eller en kost- och motionsträning vilka följdes upp efter ett och tre år. Dessutom gjordes kompletterande uppföljning av alla deltagarna i interventionsgruppen efter fem år. Kontrollgruppen fick bara besvara frågeformulär om sin livsstil. Interventionsgruppen visade på betydligt förbättrad hälsa jämfört med kontrollgruppen. Studien visade också på att insatserna som interventionsgruppen fick genomgå gav en förbättrad psykisk hälsa över tid jämfört med kontrollgruppen. Betydligt färre av deltagarna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen visar också på minskad psykisk hälsa vid femårsuppföljningen (Pisinger et al., 2009).

SYFTE

Syfte var att belysa vad som kan påverka personers motivation till en förändrad livsstil efter genomgången hjärtinfarkt.

METOD

En litteraturstudie valdes som metod för att besvara studiens syfte. I litteraturstudien samlades information från resultatdelar av elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Resultatet ska diskuteras i dialog med bakgrunden utifrån studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2007). Kvalitativa forskningsmetoder används vid förklaring och fördjupning av förståelsen för mänskliga uppfattningar och upplevelser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Studier med kvalitativ ansats valdes eftersom syftet med litteraturstudien var att belysa vad som kan påverka personers motivation till en förändrad livsstil efter genomgången hjärtinfarkt. Enligt Segesten (2006) är det användbart att använda sig av studier med kvalitativ ansats då syftet med studien är att fördjupa förståelsen för personers upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov.

Datainsamling och urval

De elektroniska referensdatabaser som har används är Cinahl och Medline. Cinahl innehåller flertalets omvårdnadsvetenskapliga artiklar medan Medline innehåller artiklar inom omvårdnadsvetenskap, medicinvetenskap och hälso- och sjukvårdsadministration (Willman et al., 2006). Från Medline valdes omvårdnadsvetenskapliga artiklar ut. Enligt Polit & Beck (2012) är Cinahl och Medline särskild användbara inom omvårdnadsforskningen. De valda sökorden till litteraturstudien var: *myocardial infarction*, *motivation*, *lifestyle changes* och *lifestyle*, samma sökord har använts i båda referensdatabaserna. Sökord är katalogiseringsord som används vid underlättandet av artikelsökningen och för att minska ”bruset” i sökningarna. Det är viktigt att kombinera flera sökord för att kartlägga ett så stort område

som möjligt och de ord som finns i problemformuleringen ska bilda de sökord som senare används (Willman et al., 2006). Som hjälp vid artikelsökningen har den Booleska sökoperatören AND använts. Booleska sökoperatörer gör så olika sökord kan kombineras, vilket underlättar för att finna relevanta artiklar och avgränsar sökområdet. AND avgränsar sökområdet och gör så enbart de artiklar som innehåller båda sökorden anges i träfflistan (Willman et al., 2006).

Inklusionskriterierna för artiklarna i denna studie var peer reviewed, research article, skrivna på engelska och publicerade från år 2000 och framåt. Med peer reviewed menas att artikeln är granskad av oberoende experter inom området innan publicering (Willman et al., 2006). Research article innebär att den vetenskapliga artikeln är uppdelad i introduktion, metod, resultat och diskussion dessutom brukar ett abstract finnas före huvudtexten, efter huvudtexten står referenserna (Polit & Beck, 2012). Studier som publicerats senare än år 2000 valdes för att inkludera den senaste forskningen inom det omvårdnadsvetenskapliga området. Exklusionskriterierna var kvantitativ forskningsansats, inte tillgängliga i fulltext och studier som inte var gjorda inom det omvårdnadsvetenskapliga området. Artikelsökningen se (Bilaga 1).

Första artikelsökningen som genomfördes enligt inklusionskriterierna resulterade i 407 träffar sammanlagt i båda referensdatabaserna. Abstracten från sökningen i Cinahl (103 abstract) lästes igenom var för sig av författarna till denna studie, artiklarna som inte stämde överens med exklusionskriterierna eller som inte svarade mot denna studiers syfte valdes bort. Därefter jämfördes vilka artiklar som författarna valt ut och olikheterna i författarnas val diskuterades inbördes, ett gemensamt val utav åtta artiklar från Cinahl gjordes. Detta medförde att författarna blev samspelade och att de valde ut samma artiklar framöver. Efter detta delades abstracten från artiklarna av sökningen i Medline upp mellan författarna till studien (304 abstract). Abstracten lästes igenom och artiklar valdes bort enligt exklusionskriterierna för denna studie, ifrån Medline valdes tolv artiklar. Denna genomgång gav sammanlagt 20 artiklar från båda referensdatabaserna som valdes ut till nästa steg i forskningsprocessen.

Nästa steg i forskningsprocessen var kvalitetsbedömning enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmodell för artiklar med kvalitativ metod se (Bilaga 2). Företeelser som togs upp vid bedömningen var till exempel urval, bortfall, etiska aspekter, resultatbeskrivningen, tolkningen av resultatet, egenkritik, anknytning till tidigare forskning. Detta gjordes för bedömning av den vetenskapliga kvaliteten på artiklarna (Carlsson & Eiman, 2003). Bedömningen gjordes gemensamt av båda författarna till denna studie, frågan om patienter med lungcancerdiagnos har strukits från bedömningsmallen av författarna till denna studie eftersom den inte var relevant för den aktuella studiens syfte. Frågorna i bedömningsformuläret graderades med noll till tre poäng och summerades efter att alla frågor besvarats därefter räknades en procentsats ut. Elva av artiklarna bedömdes med grad ett och två, det vill säga artiklar bedömdes med 70-100 procent av den totala poängsumman, dessa elva artiklarnas resultatdelar valdes ut för analysering se (Bilaga 3).

Artiklarna som valdes ut till analysen baserades på både män och kvinnor över 18 år och studierna hade genomförts i flera olika länder och världsdelar. De nio artiklar som inte svarade mot studiens syfte eller som bedömdes vara av grad tre eller sämre enligt författarnas kvalitetsbedömning valdes bort från denna studie.

Analys

Innehållsanalysen inspirerades av Lundman och Hällgren-Graneheims (2008) tolkning av kvalitativ innehållsanalys som fokuserar på tolkning av texter inom omvårdnadsforskningen.

Vid innehållsanalysen organiseras materialet efter nyckelbegrepp och teman, innehållsanalys används ofta vid kvalitativa studier (Polit & Beck, 2012). Alla stegen i analysprocessen gjordes gemensamt av båda författarna till denna studie. Författarna till denna studie läste igenom artiklarnas resultatdelar flera gånger för att skapa sig en helhetsbild. Först markerade författarna till litteraturstudien de avsnitt av resultatdelarna som svarade på studiens syfte, därefter plockades meningsbärande enheter ut. Meningsbärande enheter kan vara meningar eller stycken som innehåller ord eller uttalanden som kan kopplas till samma centrala betydelse (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). De meningsbärande enheterna behölls på engelska för att minimera fel i översättningsprocessen och de utgjordes av en eller flera meningar. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna. Med kondensering menas att de meningsbärande enheterna kortas ner samtidigt som inget väsentligt ska försvinna, texten görs mer lätthanterlig. Vid kondenseringen av de meningsbärande enheterna övergick författarna till denna studie att använda sig av det svenska språket och de kondenserade meningsenheterna skrevs på svenska. Sedan genomfördes en abstraktion. Vid abstraktionen kodas den kondenserade meningsenheten, koden är en beteckning på den sammanfattade meningsenhetens innehåll, en etikett. Koden ska alltid motsvara den meningsbärande enhetens centrala budskap. Flera koder som förs samman med samma innehåll bildar en underkategori och flera underkategorier kan bilda en kategori. Ingen del av innehållet får falla mellan två kategorier dessutom får ingen del av innehållet passa in i fler än en kategori. Kategorierna döps efter innehållet i dem och de ska besvara frågan "Vad?" (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Exempel på analysförfarandet se (Bilaga 4). Denna studie resulterade i två kategorier och fyra underkategorier.

Innehållsanalysen gjordes med manifest innehåll. Detta innebär att texten har analyserats efter vad den säger och underliggande meningar har försökts väljas bort (Graneheim & Lundman, 2003). Författarna läste igenom hela innehållet flera gånger var för sig för att få en överblick om slutresultatet speglade det ursprungliga resultatet, dessutom kontrollerades det om underliggande meningar kommit fram under arbetets gång.

Etiskt övervägande

Den första offentliga koden för medicinsk forskning formulerades i Nürnberg efter andra världskriget 1947, där bestämdes att alla deltagare kan avbryta sitt deltagande i ett experiment när som helst. Därefter har FN kommit ut med sin allmänna förklaring om mänskliga rättigheter 1948 och Europakonventionen skrev ett skydd för mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna 1950 (CODEX, 2011). I Sverige finns en lag (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003) som innehåller etikprövning av forskning som avser människor. Denna lag ska skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet inom forskning (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003).

En fråga i bedömningsmallen var etiska aspekter. Av de elva artiklarna som valdes ut till analysen hade alla utom en studie ett etiskt resonemang utskrivet i artikeln men den studien inkluderades ändå eftersom den hade 71 procent av den totala poängsumman.

RESULTAT

I analysen utmärkte sig två områden som var vårdpersonalens och gemenskapens betydelse för personernas motivation till att förändra sin livsstil efter genomgången hjärtinfarkt. Både vårdpersonalen och gemenskapen med andra kunde påverka personernas motivation. Författarna till denna studie valde att dela upp resultatet i vad som ökade respektive minskade motivationen för personerna till att genomföra livsstilsförändringar. Det framkom två kategorier vilka benämndes "*faktorer som ökar motivationen till att genomföra*

livsstilsförändringar” och ”faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar”. Under kategorin ”faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar” utmärkte sig två underkategorier som benämndes ”stöd från vårdpersonalen” och ”gemenskap med familjen och övriga”. Det utmärkte sig också två underkategorier under kategorin ”faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar” de benämndes ”brister i vårdpersonalens stöd” och ”gemenskapens negativa effekter vid livsstilsförändring”. Nedan följer en grundligare genomgång av vad som framkom under varje kategori och underkategori. Författarna till studien har också lyft fram delar av resultatet genom att använda citat från artiklarnas resultatdelar, detta för att förtydliga vad som påverkar personernas motivation till att förändra sin livsstil efter genomgången hjärtinfarkt.

Faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar

Denna kategori beskriver att bland annat en god ekonomi, ökad medvetenhet, mål samt viljan att bevara sin fysiska aktivitet ökade motivationen till att genomföra livsstilsförändringar.

Det framkom att viljan till bevarandet av sin fysiska kapacitet ökade motivationen bland kvinnor till ökad fysisk aktivitet (Traywick & Schoenberg, 2008). Överleva hjärtinfarkten var en stark motiverande faktor för personerna vid genomförandet av en tidig livsstilsförändring (Condon & McCarthy, 2006). Personerna insåg att de själva bestämde vilket liv de ville leva och kanske även förlänga sin överlevnad vilket personerna ville göra eftersom de hade livslust (Bergman & Berterö, 2003).

”Many participants` highlighted their gratitude at being given a second change and the belief of ”being lucky” was mentioned by many.” (Condon & McCarthy, 2006, s.39).

Motivationen till att återgå med dagliga aktiviteter var stark men aktiviteterna behövde anpassas till de hälsoproblem som personerna hade (Brink, Karlsson & Hallberg, 2006; Condon & McCarthy, 2006). Personerna behövde dessutom ha motivationen att ändra sina vanor och försaka tidigare nöjen (Goldsmith, Lindholm & Bute, 2006). Då personerna förstod att hjärtinfarkten var ett symptom på en kronisk sjukdom ökade motivationen för genomförandet av långsiktiga livsstilsförändringar såsom kost, rökavvänjning och fysisk aktivitet. Likaså ökade motivationen om personen såg på händelsen som en svår istället för en lätt händelse (Wiles & Kinmonth, 2001). Då kvinnornas medvetenhet ökade så ökade också motivationen till livsstilsförändringarna. De kvinnor som läste mycket om livsstilsförändringar ökade sina kunskaper och var mer motiverade till att genomföra förändringarna. Motivationen ökade till fysisk aktivitet då genomförbara mål sattes upp (MacSweeney & Coon, 2004). De positiva känslorna som uppkom efter fysisk aktivitet ökade också personernas motivation. Om personerna tidigare har varit van vid fysisk aktivitet så hade det en positiv effekt och underlättade för personerna vid utövande av fysiska aktiviteter (Traywick & Schoenberg, 2008). En god ekonomi underlättade för en hälsosammare kostförändring, liksom om utbudet av lämpliga restauranger som följde kostrestriktionerna var stort. Genomförandet av livsstilsförändringarna underlättades också av god ekonomi, trygg miljö samt en hög motivation (MacSweeney & Coon, 2004).

Stöd från vårdpersonalen

I denna underkategori framkom att vägledning och tydlig information från vårdpersonalen ökade motivationen till att genomföra livsstilsförändringar hos personer som genomgått en hjärtinfarkt.

Vid genomförandet av livsstilsförändringar ville personerna som genomgått en hjärtinfarkt ha vägledning om vad de kan och inte kan göra (Goldsmith et al., 2006; Wingham, Dalal,

Sweeney & Evans, 2006). För fullt utbyte behövde personerna identifiera den faktor i sin livsstil som behövde förändras (Condon & McCarthy, 2006), de behövde väga fördelarna mot nackdelarna vid genomförandet av livsstilsförändringarna och acceptera behandlingarna som personerna bör genomföra (Krisofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Det framkom att det var bättre om vårdpersonalen koncentrerade sig på en livsstilsförändring som genomfördes ordentligt och framgångsrikt på lång sikt (Condon & McCarthy, 2006).

Det var viktigt för personerna att få all information både muntligt och skriftligt, dessutom förstod personerna sjuksköterskorna bättre än läkarna eftersom sjuksköterskorna använde ett enklare språk (Krisofferzon et al., 2007). Vårdpersonalen kunde också praktiskt visa på rökningens negativa effekter genom exempelvis dopplermätning av cirkulationen och förklara sambandet med cirkulationsförsämringen och rökningen och därefter rekommendera rökavvänjning (MacSweeney & Coon, 2004). Dessutom kunde vårdpersonalen promenera med deltagaren under tiden som de samtalande om livsstilsförändringar (Traywick & Schoenberg, 2008).

87-year-old explained, "I walk but my therapist walks with me. I don't walk unless she is here." (Traywick & Schoenberg, 2008, s.65).

Gemenskap med familjen och övriga

I denna underkategori framkom att bland annat utbyta erfarenheter med medpatienter, motionera i motionsgrupper och tala med familjen ökade motivationen.

Gemenskap var en positiv faktor. Genom gemenskap med andra medpatienter som också genomgått hjärtinfarkt fick personerna uppmuntran och hopp om framtiden dessutom motiverade det till ett hälsosammare liv. Personerna motiverades av att se andra medpatienter som återvänt till ett normalt liv efter genomgången hjärtinfarkt och genom utbytande av upplevda erfarenheter tillförskaffade de sig viktiga kunskaper (Steen-Isaksen & Gjengedal, 2006). Många jämförde sig med andra i liknande situationer för att få ökad livslust och för att acceptera sin nya situation, (Krisofferzon et al., 2007). Att delta i motionsgrupper ökad motivationen till fysisk aktivitet hos en del personer och hjälpte personerna att genomföra livsstilsförändringen (Steen-Isaksen & Gjengedal, 2006).

"Several participants had joined a physical exercise group following the rehabilitation programme. All felt that their group had been vital for their progress." (Steen-Isaksen & Gjengedal, 2006, s.408)

Socialt stöd hjälpte kvinnor att påbörja och bibehålla livsstilsförändringar (MacSweeney & Coon, 2004). Även gemenskap med partnern kunde hjälpa personen. Då de talade med varandra om livsstilsförändringar ledde det fram till en förhandling om en ny daglig tillvaro vilket hjälpte dem att ta kontroll över sjukdomen. En del personer uppskattade då partnern inte pratade med dem om livsstilsförändringar eftersom det visade att de respekterade deras självbestämmanderätt (Goldsmith et al., 2006).

Faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar

I denna kategori framkom att tidsbrist, kunskapsbrist, dålig ekonomi och fysiska hälsoproblem minskade motivation till att genomföra livsstilsförändringar.

Det framkom att när inget omedelbart hot mot hälsan förelåg längre och tiden hade minskat chocken efter hjärtinfarkten, sjönk motivationen och detta försvårade livsstilsförändringarna hos personerna som genomgått en hjärtinfarkt (Wiles & Kinmonth, 2001). Tidsbrist hindrade dem från att motionera, dessutom framkom det att bieffekter från hjärtinfarkten och fysiska

hälsobegränsningar hindrade fysisk aktivitet (MacSweeney & Coon, 2004; Traywick & Schoenberg, 2008). Personer rapporterade att kunskapsbrist om hur de skulle genomföra livsstilsförändringar påverkade deras hälsa och välbefinnande negativt (Day & Batten, 2005; Goldsmith et al., 2006; Krisofferzon et al., 2007). Faktorer som minskade kvinnors motivation till att genomföra livsstilsförändringar i sin naturliga miljö var dålig ekonomi, olika miljöfaktorer, fysiska hälsoproblem, socialt stöd, minskad livskvalitet och brist på motivation. Dålig ekonomi påverkade alla fyra önskade beteendeförändringarna (kostförändringar, fysisk aktivitet, rökning och följsamhet till medicinering). Dålig ekonomi hindrade kvinnorna också från att äta hälsosammare. Kvinnorna upplevde att olika miljöfaktorer såsom dåliga väderförhållanden och otrygg närmiljö påverkade tre önskade livsstilsförändringar (kostförändringar, fysisk aktivitet och rökavvänjning) negativt. Fysiska hälsoproblem kan vara såsom ryggproblem, artrit och sårkomplikationer. Detta sänkte frekvensen av fysisk aktivitet hos kvinnorna. Kvinnorna tyckte också att livsstilsförändringarna de tvingats genomföra påverkade deras livskvalitet negativt. Brist på motivation gav ingen förändring vad gäller kost, motion och rökvanor (MacSweeney & Coon, 2004).

“I think exercise is very important but obviously I don't think it's important enough that I do it. I want to but I haven't made myself do it” (Traywick & Schoenberg, 2008, s.62)

Män beskrev att motivationsbrist och stark längtan efter tobak och alkohol minskade deras förmåga att genomföra livsstilsförändringar och det minskade också deras välbefinnande (Krisofferzon et al., 2007).

Brister i vårdpersonalens stöd

Under denna underkategori framkom att brist på information från vårdpersonalen samt opedagogisk vårdpersonal minskade motivationen hos personer som genomgått hjärtinfarkt.

Då personerna aktivt ska förändra sin livsstil efter genomgången hjärtinfarkt krävdes stöd och hjälp från vårdpersonal, vänner och familj (Bergman & Berterö, 2003). En del personer kände att vårdpersonalen snarare skällde på dem för det de inte gjort istället för att berömma de framsteg som de hade gjort (MacSweeney & Coon, 2004). Personerna saknade information om hur de ska implementera livsstilsförändringarna i sina dagliga liv (Day & Batten, 2005).

“Women were informed of the dietary changes they should make but at home they were responsible for preparing food for others who did not want to make those changes, making it harder to modify their lifestyle” (Day & Batten, 2005, s.23).

Gemenskapens negativa effekter vid livsstilsförändringar

Härunder beskrivs att bland annat dåliga medpatienter, svårigheter att ta sig till gruppträffarna samt överbeskyddande familjer sänkte motivationen till att genomföra livsstilsförändringar.

Några negativa faktorer som framkom när det gäller gemenskap och gruppsammanhörighet var att några personer uttryckte en motvilja till medverkan i en grupp (Wingham et al., 2006) och det var nedslående att se medpatienter som det gick dåligt för efter genomgången hjärtinfarkt (Steen-Isaksen & Gjengedal, 2006). Om det uppstod kommunikationssvårigheter till gruppträffarna (exempelvis hjärtrehabiliteringen) så hindrade det personerna till deltagande i träffarna. En del personer tyckte det var svårt att få en tid som passade, andra tyckte det var svårt med parkeringsplatser (Wingham et al., 2006). Partners till personerna

som genomgått en hjärtinfarkt tyckte det var ineffektivt att tala om livsstilsförändringar med partnern, det kunde uppfattas som tjat och det ledde inte till några förändringar men det visade att de brydde sig (Goldsmith et al., 2006). Kvinnorna tyckte det var svårt att genomföra livsstilsförändringar eftersom de var beroende av stödet från familjemedlemmarna (Krisofferzon et al., 2007; MacSweeney & Coon, 2004). Många personer uppgav att överbeskyddande familjer framkallade frustrations känslor och då familjerna pysslade om personerna för mycket uppstod spänningar mellan familjemedlemmarna (Condon & McCarthy, 2006).

”My wife, my daughter and my son are great support but they are a bit overprotective (pause) and I have a tendency to run away from it you know my reply to them when they are being overprotective and all this is look I am not an invalid....I can walk” (Condon & McCarthy, 2006, s.41).

Vid brist på socialt stöd minskade vanorna av fysisk aktivitet, en del kvinnor förklarade att motionsvanorna förändrats eftersom deras motionsällskap (barn, partner, vän) hade flyttat därifrån, avlidit eller blivit för sjuk för fysisk aktivitet och detta har medfört att kvinnornas fysiska aktivitet minskat och att de fått det svårare att bibehålla sina livsstilsförändringar (Traywick & Schoenberg, 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien är att belysa vad som påverkar personers motivation till förändrad livsstil efter genomgången hjärtinfarkt. Det valdes att göras en litteraturstudie på studier med kvalitativ ansats vilket Polit och Beck (2012) tycker passar bra. Segesten (2006) framhäver att kvalitativa studier väljs för att skapa förståelse för personen och dess situation. Det passar att använda sig av kvalitativa studier då författarna söker belägg för att försöka förstå ett fenomen eller ett problem och resultatet kan mynna ut i en vägledning för ett praktiskt handlande i en vårdssituation (Segesten, 2006). Detta styrker valet av vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats.

Databaserna som använts vid litteratursökningen i studien är Medline och Cinahl. Hade några andra databaser såsom Psychinfo använts också finns möjligheten att fler dimensioner på problemområdet uppvisats. Författarna ansåg dock att flera dimensioner framkom i resultatet och nöjde sig med det som hade framkommit med hjälp av Cinahl och Medline. Willman et al. (2006) betonar vikten av att söka artiklar från flera olika källor och att kombinera olika sökkommandon och indexord för att täcka in så stor del av litteraturen som möjligt. Detta ska göras för att undvika ett snedvridet urval. Vidare betonar de att så många relevanta databaser som möjligt ska sökas igenom under de givna förutsättningar som projektet har (Willman et al., 2006) vilket författarna har gjort.

Om författarna valt andra sökord eller kombinerat sökorden på ett annat sätt hade antagligen ett annat resultat framkommit i studien eftersom det då hade funnits en möjlighet att andra artiklar hade påträffats. Polit & Beck (2012) betonar att samma sökord inte alltid fungerar lika bra på alla databaserna, utan olika databaser fungerar och är strukturerade olika. Den sökstrategi som fungerar bra i den ena databasen ger inte alltid lika bra resultat i en annan databas (Polit & Beck, 2012). Författarna uppfattade ingen skillnad utan använde sig av samma sökstrategi i både Cinahl och Medline och fick många relevanta sökträffar i båda databaserna. Om författarna inte hade utslutit den booleska sökoperatorm OR skulle antagligen flera sökträffar påvisats (Polit & Beck, 2012) och det kan ha bidragit till att någon

artikel av god kvalitet som svarar på denna studies syfte inte har påträffats och därmed inkluderats i studien vilket i så fall har påverkat resultatet. Dock ansåg författarna att tillräckligt många träffar påträffades med hjälp av AND.

Artiklar som inkluderades i resultatet är publicerade efter år 2000 för att inte få ett inaktuellt resultat. Detta kan ha resulterat i att artiklar av god kvalitet och innehåll har exkluderats. Artiklarna ska vara peer – review och research article. Om detta inte hade gjorts hade säkert andra artiklar med lägre kvalitet inkluderats i studien, vilket styrker resultatet. Eftersom artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext valdes bort finns möjligheten att artiklar med god kvalitet inte har inkluderats i resultatet.

Vid artikelsökningen i de båda referensdatabaserna har flera artiklar återkommit. Detta har medförd att författarna känner att området är inringat och att en datamättnad uppnåtts vilket styrker studien. Författarna delade upp abstracten från sökträffarna i referensdatabasen Medline mellan sig, detta kan ha påverkat vilka artiklar som valdes till kvalitetsbedömning, andra artiklar kan ha valts ut om båda författarna läst igenom alla abstracten i sökresultatet. Dock jämförde författarna vilka artiklar de valt ut efter genomgången av sökträffarna från referensdatabasen Cinahl. Författarna hade valt ut ungefär samma artiklar, dessutom fördes en diskussion mellan författarna då de gjort olika urval, vilket medförde att författarna kände sig samspelta därefter.

Carlsson och Eimans (2003) bedömningsformulär användes för att öka tillförlitligheten. Författarna har bristande erfarenhet om formuläret, vilket kan medföra att bedömningen har påverkats och studier kan ha valts bort ur analysen. Om några andra personer utfört kvalitetsbedömningen enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsformulär finns möjligheten att andra artiklar hade valts ut till analysen och det hade medfört att resultatet sett annorlunda ut. Enligt Sörensen och Olsson (2007) ska en litteraturstudie baseras på fem till sex vetenskapliga artiklar eller rapporter. Denna studies resultat baseras på elva vetenskapliga artiklar vilket styrker studiens trovärdighet eftersom den baseras på fler artiklar än Sörensen och Olsson (2007) förespråkar.

I studien ingick Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Nya Zeeland och USA, detta innebär att inte alla världsdelar finns representerade och därmed kan det vara svårt att överföra resultatet för hela världen eller Sverige. Detta på grund av att livsstilen och kulturerna ser olika ut på olika ställen i världen. Dessutom kan skillnader i hur livsstilen ser ut i de olika länderna påverka hur resultatet sett ut i de studier som denna studie har grundats på. Fördelningen är ojämn mellan män och kvinnor vilket medför att resultatet speglar mer kvinnornas åsikter än männens. Eftersom det är ett så litet antal deltagare är det svårt att dra några generella slutsatser utifrån studiens resultat.

Analysen av artiklarna inspirerades av Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), denna metod valdes eftersom den är väl beskriven och tydlig, dessutom är den anpassad till vårdvetenskapen. Brister i innehållsanalysen kan ha förekommit, till exempel kan information ha tappats i de olika analysstegen. Då författarna plockade ut meningsbärande enheter finns risk att de meningsbärande enheterna är för långa eller för korta. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) betonar att långa meningsbärande enheter kan medföra svårigheter vid hanteringen, innehålla flera betydelser samt riskerar användandet av långa meningsbärande enheter att delar av innehållet går förlorat vid hanteringen. Om för korta meningsbärande enheter används kan resultatet bli fragmenterat (Lundman och Hällgren-Graneheim, 2008). Då författarna inte har engelska som modersmål kan språkliga brister ha uppstått både vid tolkningen av de elva artiklarnas resultat som ingår i analysen och vid översättningen mellan de meningsbärande enheterna och kondenseringen. Underliggande meningar kan också ha

kommit fram under analysprocessen. Analysen valdes att göras av manifest innehåll och då ska inte underliggande meningar tolkas in dock finns alltid en risk att någon mening kommit med trots medvetenheten och författarnas intention.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att många olika saker påverkade motivationen till att genomföra livsstilsförändringar hos personer som genomgått hjärtinfarkt. I resultatdiskussionen lyfts fyra delar av resultatet ut och diskuteras, det är faktorer som motiverar till att genomföra livsstilsförändringar, stöd från vårdpersonalen, gemenskap med familj och övriga samt faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar.

I resultatet framkommer att tacksamheten över att ha överlevt en hjärtinfarkt utgör en stark motivation till att genomföra livsstilsförändringar. Enligt Mehta, Bossone och Eagle (2000) kan en person som röker få en stark drivkraft att sluta röka efter en genomgången hjärtinfarkt. Efter att livet har varit hotat är även viljan att få återgå till sitt vardagliga liv en starkt motiverande faktor, vilket styrks av Pâquet, Bolduc, Xhignesse och Vanasse (2005). Då en person har upplevt en hjärtinfarkt förändras denna persons livsvärld, personens existentiella tankar väcks och viljan att leva blir starkare i och med vetskapen om hur sårbart personens liv är (Johansson et al., 2003).

I resultatet framkommer att medvetenheten om att livsstilen kan ligga bakom insjuknandet i hjärtinfarkt gör att personerna försöker att identifiera den faktor i livsstilen som behöver förändras vilket styrks av Metha et al. (2000). Resultatet visar även att personerna behöver vägledning för att kunna genomföra livsstilsförändringar. Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdal (2005) och Pâquet et al. (2005) betonar vikten av välgrundade personliga beslut vid livsstilsförändringar. Resultatet framhåller även vikten av att ge personerna såväl som skriftlig som muntlig information på ett lättförståeligt sätt vilket styrks av Smith och Liles (2007) och Johansson et al. (2003).

Samtal med partnern om livsstilsförändringar leder till att en ny tillvaro förhandlas fram och detta hjälper personerna att ha kontroll över sjukdomen, vilket styrks av Johansson et al. (2003) eftersom de betonar att personernas livsvärld avbryts efter en genomgången hjärtinfarkt, deras tillit till kroppen förändrades. Personernas livsvärld är hotad och de vet inte hur de ska leva sina liv. De känner en längtan till att försonas med sjukdomen och detta är avgörande för hälsan och välbefinnandet hos personerna (Johansson et al., 2003). Då livsvärlden förändras kan personerna behöva extra stöd från omgivningen för att anpassa sig till sin nya livsvärld (Dahlberg et al., 2003). Även Mehta et al. (2000) och Pâquet et al. (2005) styrker att en stödjande attityd från familj och vänner underlättar vid livsstilsförändringar. I denna studies resultat framkommer att gemenskap är en positiv faktor, det är positivt med medpatienter och motionsgrupper vilket styrks av Pâquet et al. (2005) och Smith och Liles (2007) eftersom deras studier betonar vikten av att möta andra personer som återhämtat sig från en hjärtinfarkt. Gruppens positiva inverkan på motivationen till att förändra livsstilen hos personer som genomgått hjärtinfarkt styrks också av Mehta et al. (2000) och Song och Lee (2001). I resultatet framkom att socialt stöd hjälper kvinnor vid genomförandet av livsstilsförändringar detta styrks av Kärner et al. (2005) vilka betonar att ett socialt nätverk underlättar vid livsstilsförändringar.

I resultatet framkom att fysiska hälsobegränsningar och andra negativa åkommor som uppkommit på grund av hjärtinfarkten såsom nedsatt rörelseförmåga, ökad trötthet och rädsla för ny hjärtinfarkt, hämmar livsstilsförändringar och fysisk aktivitet hos personerna, vilket styrks av Johansson et al. (2003). De fysiska hälsobegränsningarna som uppkommit efter

genomgången hjärtinfarkt har bidragit till att personernas livsvärld har förändrats (Dahlberg et al., 2003). Även Pâquet et al. (2005) framhäver att fysiska hälsoproblem används av personerna som en ursäkt att inte utöva fysiska aktiviteter vilket styrker denna studies resultat. Dessutom framkom att dålig ekonomi och otrygg miljö hindrar till att genomföra livsstilsförändringar i resultatet vilket styrks av Kärner et al. (2005).

SLUTSATS

Det är viktigt för sjuksköterskan att veta vad som påverkar motivationen hos personer som genomgått en hjärtinfarkt till att förändra sin livsstil så att sjuksköterskan kan ge råd om förändrade levnadsvanor. I resultatet framkom att motivationen var hög i början efter en genomgången hjärtinfarkt eftersom personerna kände att livet var hotat, denna drivkraft kan sjuksköterskan utnyttja i sitt arbete med att stödja personerna till att förändra sin livsstil. Sjuksköterskan kan ge råd om livsstilsförändringar på ett enkelt och tydligt språk, både muntligt och skriftligt. Sjuksköterskan bör försöka få personerna att vilja ändra sin livsstil och därmed öka chanserna för personerna att lyckas med livsstilsförändringarna. Personernas livsvärld avbryts efter genomgången hjärtinfarkt och de behöver stöd från sjuksköterskan att lära sig försonas med sjukdomen och att återgå med dagliga aktiviteter på personernas villkor. Resultatet visade också att personerna var motiverade till att återgå till de dagliga aktiviteterna vilket sjuksköterskan bör utnyttja i sitt arbete med livsstilsförändringar. Vid gruppträffar bör sjuksköterskan utnyttja den stödjande attityden mellan gruppmedlemmarna och uppmuntra dem att dela med sig av de erfarenheter som de tillförskaffat sig efter genomgången hjärtinfarkt.

Eftersom varje människa är unik och ingen är lik den andra så kan inte ett resultat som bygger på hur människors motivation kan påverkas vara helt generaliserbart utan olika människor kan påverkas på olika sätt. Ytterligare studier om vad som kan påverka personers motivation till att förändra sin livsstil efter genomgången hjärtinfarkt hade varit intressant att ta del av eftersom fler faktorer kanske kan upptäckas.

REFERENSER

- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI- att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergman, E., & Berterö, C. (2003). 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2, 303-310.
- Brink, E., Karlsson, B., & Hallberg, L. (2006). Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*. 53, 403-411.
- Calling, S., Hedblad, B., Engström, G., Berglund, G., & Janzon, L. (2006). Effects of body fatness and physical activity on cardiovascular risk: Risk prediction using the bioelectrical impedance method. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34, 568-575.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad, studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola.
- Chen, H-F., & Li, C-Y. (2006). Effect-modifications by age and sex on the risks of coronary artery disease and revascularization procedures in relation to diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 75, 88-95.
- CODEX. (2011). CODEX regler och riktlinjer för forskning – forskning som involverar människan. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> (2011-04-07).
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5, 37-44.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Day, W., & Batten, L. (2005) Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 24, 21-26.
- DeVon, H., Ryan, C., Ochs, A., & Shapiro, M. (2008). Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *American Journal of Critical care*. 17, 14-24.
- Fishbein, M., & Cappella, J. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications . *Journal of Communication*. 56, 1-17.
- French, D., Senior, V., Weinman, J., & Marteau, T. (2001). Causal attributions for heart disease: a systematic review. *Psychology and Health*. 16, 77-98.
- Garavalia, L., Decker, C., Reid, K., Lichtman, J., Parashar, S., Vaccarino, V., Krumholz, H., & Spertus, J. (2007). Does health status differ between men and women in early recovery after myocardial infarction? *Journal of Women's Health*. 16, 93-101.
- Goldsmith, D., Lindholm, K., & Bute, J. (2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples with a cardiac event. *Social Science & Medicine*. 63, 2079-2090.

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105–112.
- Hallberg, L. (2010). *Hälsa & livsstil- forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslagen [HSL]. *SFS 1998:1660*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2, 229-236.
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 391-401.
- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdal, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 51, 261-275.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor. *SFS 2003:460*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- MacSweeney, J., & Coon, S. (2004). Women's Inhibitors and Facilitators Associated with Making Behavioral Changes After Myocardial Infarction. *MEDSURG Nursing*. 13, 49-56.
- Mehta, R-H., Bossone, E., & Eagle, K-A. (2000). Current Concepts in Secondary Prevention after Acute Myocardial Infarction. *Herz, Urban & Vogel*. 1, 47-60
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*. 51, 567-576.
- Patientsäkerhetslagen. *SFS 2010:659*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Perssons Kardiologi – Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Pisinger, C., Ladelund, S., Glümer, C., Toft, U., Aadahl, M., & Jørgensen, T. (2009). Five years of lifestyle intervention improved self-reported mental and physical health in a general population. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 49, s. 424–428.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Segesten, K. (2006). Att välja model för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats* (s.85-96). Lund: Studentlitteratur.

- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 662-671.
- Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf (2010-05-19).
- Socialstyrelsen. (2009b). *Hjärtinfarkter 1987-2007*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17858/2009-12-7.pdf> (2010-05-19).
- Song, R., & Lee, H. (2001). Managing health habits for myocardial infarction (MI) patients. *International Journal of Nursing Studies*. 38, 375-380.
- Steen – Isaksen, A., & Gjevedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20, 403-411.
- Tavani, A., Bertuzzi, M., Gallus, S., Negri, E., & Vecchia, C. (2004). Risk factors for non-fatal acute myocardial infarction in Italian women. *Preventive Medicine*. 39, 128-134.
- Traywick, L., & Schoenberg, N. (2008). Determinants of Exercise Among Older Female Heart Attack Survivors. *Journal of Applied Gerontology*. 27, 52-77.
- Walldius, G., Jungner, I., Holme, I., Aastveit, A-H., Kolar, W., & Steiner, E. (2001). High apolipoprotein B, low apolipoprotein A-I, and improvement in the prediction of fatal myocardial infarction (AMORIS study): a prospective study. *LANCET*. 358, 2026-33.
- Wallentin, L., & Lindahl, B. (2010). *Akut kranskärlssjukdom*. Stockholm: Liber AB.
- Wiles, R., & Kinmonth, A-L. (2001). Patients' understandings heart attack : implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*. 44, 161-169.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wingham, J., Dalal, H., Sweeney, K., & Evans, P. (2006). Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5, 289-294.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *LANCET Sep 11-17; 364(9438)*, 937-52.

BILAGEFÖRTECKNING

BILAGA 1 Artikelsökning 1(2)

BILAGA 2 Kvalitetsbedömningsmodell 1 (1)

BILAGA 3 Artikelöversikt 1 (4)

BILAGA 4 Exempel på analysförfarandet 1(1)

Bilaga 1 Artikelsökning Cinahl 1(2)

Inklusionskriterier: Peer Reviewed, Research Article, Engelska, Publicerade från 2000 och framåt

Sökdatum	Sökord	Resultat av sökningen	Lästa abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
2011-03-31	Myocardial AND Life style	48	48	1	1
2011-03-31	Myocardial infarcation AND Life style changes	39	39	3	0
2011-03-31	Myocardial infarcation AND motivation	16	16	4	3
2011-03-31	Life style	3116	-	-	-
2011-03-31	Life style changes	701	-	-	-
2011-03-31	Motivation	4187	-	-	-
2011-03-31	Myocardial infarcation	5919	-	-	-

Bilaga 1 Artikelsökning Medline 2(2)

Inklusionskriterier: Engelska, Publicerade från 2000 och framåt.

Sökdatum	Sökord	Resultat av sökningen	Lästa abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
2011-03-31	Myocardial AND Life style	249	249	6	3
2011-03-31	Myocardial infarcation AND Life style changes	12	12	1	0
2011-03-31	Myocardial infarcation AND motivation	43	43	5	4
2011-03-31	Life style	18277	-	-	-
2011-03-31	Life style changes	450	-	-	-
2011-03-31	Motivation	17488	-	-	-
2011-03-31	Myocardial infarcation	37665	-	-	-

Bilaga 2 Kvalitetsbedömningsmall 1(1)

Bilaga 2

Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citatt, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
Titel				
Författare				

Bilaga 3 Artikelöversikt 1(4)

Författare/ Land	Titel	Tidskrift/ Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets bedömning/ databas
Bergman, E. & Berterö, C. Sverige	'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients	European Journal of Cardiovascular Nursing 2003	Att få ökad kunskap och förståelse för vad drivkraften är och hur det påverkar individens rehabilitering efter genomgången hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie med intervjuer och grounded theory metod för datainsamling och analys 13 deltagare i åldern 39-72 år.	Deltagarna uttryckte längtan till att få fortsätta leva, deras upplevelser tvingade dem att omorientera sin vardag. En viktig faktor för deras livslust var självständighet och egna aktiva beslut.	Grad II (73%) Cinahl
Brink, E., Karlson, B. & Hallberg, L. Sverige	Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self	Journal of Advanced Nursing 2006	Att utforska självregleringsprocessen hos kvinnor och män 5 månader efter genomgången förstagångs hjärtinfarkt	Kvalitativ studie med intervjuer och grounded theory metod för datainsamling och analys 21 deltagare	Deltagarna hade inte etablerat ett stabilt hälsotillstånd 5 månader efter hjärtinfarkten. De hade genomfört en måttlig förändring snarare än radikal förändring av sina dagliga aktiviteter.	Grad I (80%) Medline
Condon, C. & McCarthy, G. Irland	Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives	European Journal of Cardiovascular Nursing 2005	Att undersöka patienters perspektiv att göra livsstilsförändringar efter akut hjärtinfarkt.	Beskrivande kvalitativ studie med djupintervjuer och tematisk analys 10 deltagare över 18 år.	Ger en inblick i det vardagliga livet som patienterna upplever när det gäller livsstilsförändringar. Att genomföra för många livsstilsförändringar på samma gång samt bristen på professionellt stöd och hjälp hindrade deltagarna till att göra önskvärda livsstilsförändringar.	Grad I (86%) Medline

Bilaga 3 Artikelöversikt 2(4)

Författare/ Land	Titel	Tidskrift/ Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets bedömning/ databas
Day, W. & Batten, L. Nya Zeeland	Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all	Australian Journal of Advanced Nursing 2006	Att undersöka kvinnors upplevelser av hjärtrehabilitering vid deras återhämtning från en hjärtinfarkt	Kvalitativ studie med intervjuer som analyserats med Glaserian grounded theory 10 kvinnor i åldern 50-89 år.	Hjärtrehabilitering bidrog till återhämtning från hjärtinfarkt på olika sätt för varje deltagare.	Grad II (75%) Medline
Goldsmith, D., Lindholm, K. & Bute, J. USA	Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples with a cardiac event	Social Science & Medicine 2006	Att utforska dilemma som kan uppstå då par pratar om livsstilsförändringar efter en persons hjärtinfarkt eller coronar bypass operation.	Kvalitativ studie med intervjuer 41 deltagare i åldern 37-81 år.	Att prata om livstidsförändringar kan ses positivt men också hota patientens autonomi. Det kan hjälpa patienterna att ta kontroll över sin hälsa men också påminna dem om sin förlust.	Grad II (73%) Medline
Kristoffezon, M- L., Löfmark, R. & Carlsson, M. Sverige	Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction	Journal of Clinical Nursing 2005	Att beskriva upplevelsen av dagligt liv för kvinnor och män under de första fyra till sex månader efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie som är deskriptiv och retrospektiv, semistrukturerade intervjuer genom- fördes och materi- alet analyserades med hjälp av kvali- tativ innehålls- analys. 39 deltagare i åldern 47-90 år.	Fysiska symtom och känslomässig stress var de vanligaste beskrivna problem under de första månaderna efter en hjärtinfarkt. Problemen hanterades genom att förhandla med sig själva, förlita sig på sina egna resurser att förändra beteenden.	Grad II (73%) Cinahl

Bilaga 3 Artikelöversikt 3(4)

Författare/ Land	Titel	Tidskrift/ Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets bedömning/ databas
McSweeney, J. & Coon, S. USA	Women`s in-hibitors and facilitators associated with making behav-ioral changes after myocardial infarction	Medsurg Nursing 2004	Att upptäcka hämmande och underlättande faktor- er för att göra önskade beteende-förändringar efter genomgången hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie med intervjuer 40 kvinnor i åldern 27-79 år.	Hämmande faktorer var ekonomi, miljön, fysiska problem/symtom, socialt nätverk och reducerad livskvalite. Underlättande faktorer var socialt nätverk, ekonomi, motivation och miljön.	Grad II (71%) Cinahl
Steen Isaksen, A. & Gjengdal, E. Norge	Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction	Scandinavian Journal of Caringe Sciences 2006	Att presentera både positiva och negativa erfarenheter av medpatienter för patienter med hjärtinfarkt både inom och utanför sjukhuset	Kvalitativ studie med gruppintervjuer 25 deltagare i åldern 40-71 år.	Informella patientgrupper bland medpatienter är en viktig del av deras sociala stödsystem och bidrar till hälsa och välbefinnande.	Grad II (75%) Medline
Traywick, L-V. & Schoenberg, N. USA	Determinants of exercise among older female heart attack survivors	Journal of Applied Gerontology 2008	Att avgöra vilka faktorer som påverkar äldre kvinnors fysiska aktivitet efter att ha överlevt en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie med intervjuer med standardiserad kvalitativ analys förfarande 45 Kvinnor i åldern 48-88 år.	Det som påverkade kvinnornas fysiska aktivitet var kognitiva faktorer, livsfrågor, sociala faktorer och miljön.	Grad II (71%) Cinahl

Bilaga 3 Artikelöversikt 4(4)

Författare/ Land	Titel	Tidskrift/ Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets bedömning/ databas
Wiles, R. & Kinmonth, A-L. Storbritanien	Patients` understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence	Patient Education and Counseling 2001	Patienters uppfattningar av hjärtattack för att bidra till utformningen av effektiva sekundära förebyggande åtgärder.	Kvalitativ studie med djupintervjuer 25 deltagare i ålder 34-80 år.	Patienter har nytta av att förstå att Hjärtinfarkt är ett akut symtom på en underliggande sjukdom, det krävs långvarig bete-endeförändringar och hjälp till att kontrollera dessa.	Grad II (71%) Medline
Wingham, J., Dalal, H., Sweeney, K. & Evans, P. Storbritanien	Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation	European Journal of Cardiovascular Nursing 2005	Att undersöka patienters upplevelser av hjärtinfarkt och vad som påverkar deras val av hjärtrehabilitering på sjukhuset eller i hemmet.	Kvalitativ studie med semistruk- turerade intervjuer och tolkande fenomenologisk analys 17 deltagare	De upplevde chock och missstro efter hjärtinfarkten, de hade en stark vilja till livsstils- förändringar. De som valde hjärtrehabilitering på sjukhuset ville ha mer övervakning och de som valde hemmet tyckte det passade mer in i deras liv och hade mer självdisciplin.	Grad II (77%) Medline

Bilaga 4 Exempel på analysförfarandet 1(1)

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
It was important that the information was repeated orally as well as written. They appreciated the cardiac nurse very much because they had an easier and better dialogue with her than with the physican.	Viktigt med muntlig och skriftlig information på ett enkelt språk	Muntlig och skriftlig information på ett enkelt språk	Stöd från vårdpersonalen	Faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar
Social support in their environment was important in assisting women to initiate and maintain behavior changes.	Socialt stöd från omgivningen hjälpte kvinnor att påbörja och bibehålla livsstilsförändringar	Socialt stöd hjälpte kvinnor att på skapa och bibehålla livsstilsförändringar	Gemenskap med familjen och övriga	Faktorer som ökar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar
Lack of social support undermined exercise. Many of the women expressed how they used to walk with a friend, spouse, or child, but as that loved one became too ill to exercise, died, or moved away, their exercise behavior changed or, in many cases ceased.	Minskat socialt stöd hindrade fysisk aktivitet. Kvinnorna beskrev att motionsvanorna förändrades efter att motions-sällskapet hade blivit sämre, flyttat eller dött.	Förändrade motionsvanor efter att motionssällskapet försvunnit	Gemenskapens negativa effekter vid livsstilsförändringar	Faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar
Doctor scolded her rather than acknowledging the progress she had made.	Doktorn skällde istället för att berömma framstegen hon gjort	Inte erkänna framsteg	Brister i vårdpersonalens stöd	Faktorer som minskar motivationen till att genomföra livsstilsförändringar

www.bth.se

BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00