



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

PATIENTERS INSTÄLLNING TILL HJÄRTREHABILITERING

EN LITTERATURSTUDIE

Ulrika Blomqvist
Ingrid Sundås

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kursbeteckning VO1303
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2012

Handledare: Magnus Stentagg
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

PATIENTERS INSTÄLLNING TILL HJÄRTREHABILITERING

EN LITTERATURSTUDIE

Blomqvist, U och Sundås, I. Patienters inställning till hjärtrehabilitering. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2012.

SAMMANFATTNING

I *bakgrunden* framkommer att hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta dödsorsaken i världen. Hjärtrehabilitering riktar sig främst till patienter med kranskärlsjukdom och har visat sig minska dödligheten och risken att åter insjukna i hjärtinfarkt. Trots det är antalet deltagare lågt. *Syftet* med studien var att undersöka patienters inställning till att delta i eller avstå hjärtrehabilitering. *Metoden* som användes var en litteraturstudie, baserad på elva artiklar med kvalitativ ansats. Artikelanalys utfördes med inspiration av Granheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. *Resultatet* delades in i fem kategorier där de tre första behandlar inställningar till att inte delta i hjärtrehabilitering. Kategorierna i denna del identifierades som bristande intresse, förnekande och prioritering. De två sista kategorierna behandlar inställningar till att delta och identifierades som motivation och livsstilsförändring. Som *slutsats* gav studien fördjupad insikt i hur patienters inställning till hjärtrehabilitering kan påverka valet av att delta eller inte delta. Det visade sig att olika faktorer var av betydelse och att sjukvårdspersonal har stor möjlighet att påverka genom sitt sätt att informera och ge stöd till patienten.

Nyckelord

Hjärtrehabilitering, information, livsstil, sjuksköterska.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärt-kärlsjukdomar	1
<i>Påverkningsbara riskfaktorer</i>	<i>1</i>
Hjärtrehabilitering	2
<i>Hjärtrehabiliteringens olika faser</i>	<i>2</i>
<i>Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen</i>	<i>2</i>
Teoretisk referensram	3
SYFTE	3
METOD	3
Urval	3
Kvalitetsgranskning	4
Analys	4
Etik	5
RESULTAT	5
Bristande intresse	5
Förnekande	6
Prioritering	7
Motivation	8
Livsstilsförändring	8
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	11
REFERENSER	14
BILAGEFÖRTECKNING	17

INLEDNING

Enligt World Health Organization (2011) är hjärt- och kärlsjukdomar den främsta dödsorsaken i världen. Under 2008 avled cirka 17,3 miljoner människor till följd av hjärt- och kärlsjukdomar, och 7,3 miljoner av dessa dödsfall orsakades av kranskärlssjukdomar (World Health Organization, 2011). Hjärtrehabilitering har i en systematisk litteraturöversikt med metaanalys av 48 randomiserade kontrollerade studier, med sammanlagt 8940 personer, visat sig minska dödligheten bland dem som deltar. Det framkommer även att rehabiliteringen har en positiv inverkan på livskvaliteten (Taylor et al. 2004). Witt et al. (2004) har gjort en kvantitativ observationsstudie med 1821 personer, vilken undersökte deltagandet i hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt och sambandet mellan deltagande och minskad dödlighet. Det framkommer att dödlighet minskar vid deltagande, liksom risken för ny hjärtinfarkt (Witt et al. 2004). Trots fördelar med hjärtrehabilitering är antalet deltagare lågt (Bellman, Hambraeus, Lindbäck & Lindahl, 2009). Det är därför angeläget att undersöka vad som gör att patienters deltagande i hjärtrehabilitering är lågt. Genom att ta reda på patienters inställning till hjärtrehabilitering kan sjuksköterskan på ett bättre sätt motivera patienter att delta.

BAKGRUND

Hjärt-kärlsjukdomar

Enligt Lindgärde, Thulin och Östergren (2009) innefattar samlingsnamnet hjärt- och kärlsjukdomar hjärtsvikt, klaffsjukdomar samt kranskärlssjukdomarna hjärtinfarkt och kärllkramp. Även sjukdomar i hjärnans kärl såsom stroke och transitorisk ischemisk attack samt sjukdomar i benens artärer ingår i benämningen.

Påverkningsbara riskfaktorer

Persson och Stagmo (2008) nämner fyra primära påverkningsbara riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa är tobaksrökning, rubbning av blodfetter, diabetes och hypertoni. Andra faktorer som kan öka risken är låg fysisk aktivitet, stort midjemått, olämpliga kostvanor, hög alkoholkonsumtion och psykosocial stress. Enligt Lindgärde et al. (2009) är rökning den mest dominanta av riskfaktorerna. Wallentin och Lindahl (2010) menar att den enskilt viktigaste åtgärden för att förhindra att återinsjukna i hjärt- och kärlsjukdom är att upphöra med tobaksrökning. Mest motiverad att bli rökfri är patienten i det tidiga skedet efter insjuknandet, och tidig information om rökstopp är av stor vikt. Bellman et al. (2009) undersökte om deltagare i hjärtrehabilitering ändrade livsstilen mer än de som avstod att delta, och den största skillnaden som framkom var att deltagarna i hjärtrehabiliteringen slutade röka i större utsträckning.

Enligt Wallentin och Lindahl (2010) känner många patienter en rädsla inför att på egen hand utföra fysiska aktiviteter, då de förmodar att det ökar risken för att återinsjukna. Information om de positiva effekterna av fysisk träning och vägledning kring lämpliga aktiviteter är därför viktig. Enligt Wallentin och Lindahl (2010) är kosten av betydelse. Det gäller att skapa balans i energiintaget, men framför allt se över intaget av alkohol som i stora mängder är en riskfaktor. Lindgärde et al. (2009) menar att ett maximalt intag för män är 30 gram alkohol

per dag medan det för kvinnor är 15 gram (Lindgärde et al. 2009). Vid hjärtrehabilitering läggs stor vikt vid livsstilsförändringar som patienten kan utföra på egen hand, så som fysisk träning samt översyn av tobaks-, alkohol- och kostvanor (Wallentin & Lindahl, 2010).

Hjärtrehabilitering

Enligt Socialstyrelsen (2004) riktar sig hjärtrehabilitering främst till patienter med kranskärslssjukdom och hjärtsvikt, men även till patienter som genomgått hjärttransplantation eller annan hjärtoperation. Enligt Wallentin och Lindahl (2010) får patienten vid hjärtrehabilitering tillgång till en rad specialiserade vårdprofessioner som läkare, sjuksköterska, kurator, sjukgymnast och dietist. Det är betydelsefullt att patienten får information om sjukdomsorsaker, livsstilspåverkan samt övrig behandling. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt för att ge maximal påverkan (Wallentin & Lindahl, 2010). Ett mål med rehabilitering är att patienten i ett senare skede ska kunna återgå till ett så självständigt liv som möjligt. Yrkesaktiva ska kunna återgå till arbetslivet, även då formerna kan behöva anpassas utifrån individens kapacitet och livssituation (Socialstyrelsen, 2004). Ytterligare mål med rehabiliteringen är att minska den oro och nedstämdhet som insjuknandet kan ge (Wallentin & Lindahl 2010). I en studie utförd av Michie, O'Connor, Bath, Giles och Earll (2005) framkommer att hjärtrehabilitering kan minska oro, ångest och depression.

I en amerikansk studie gjord av Witt et al. (2004) framkommer att 55 procent av patienterna valde att delta i hjärtrehabiliteringen. Bellman et al. (2009) studie visar att i genomsnitt 37 procent av de patienter i Sverige som erbjuds hjärtrehabilitering väljer att delta.

Hjärtrehabiliteringens olika faser

Enligt Socialstyrelsen (2004) delas hjärtrehabiliteringen in i tre olika faser. Första fasen, sjukhusfasen, omfattar mobilisering, information och bedömning av risker. Den andra fasen bör påbörjas så tidigt som möjligt efter hemkomsten. Den sträcker sig över tre till sex månader och består huvudsakligen av fysisk träning som leds av en sjukgymnast. Patienten och dess närstående får även information om rökavvänjning, kost och psykosocialt stöd. Socialstyrelsen (2004) beskriver fas tre, underhållsfasen, som den fas som pågår resten av patientens liv. Den innebär fortsatt fysisk träning och vidare eliminering av riskfaktorer, såsom rökavvänjning. Uppföljning bör ske genom årliga besök hos primärvårdsläkaren (Socialstyrelsen, 2004).

Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen

Fridlund (2002) beskriver sjuksköterskans roll som ”*spindeln i nätet*”. Sjuksköterskan arbetar i nära samarbete med patienten, och fungerar även som organisatör när det gäller samordning med andra vårdprofessioner. Arbetet med patienterna varierar under hjärtrehabiliteringens olika faser. I första fasen läggs stort fokus på att assistera till fysisk mobilisering och information till patienten. Sjuksköterskan bör finnas där för att lyssna på patienten och även kunna ta del av de anhörigas tankar och funderingar. I denna fas sker arbetet på individnivå. Under andra fasen av rehabiliteringen menar Fridlund (2002) att tonvikten läggs vid utbildning och stöd till livsstilsförändringar, vilket sker på gruppnivå. Fas tre omfattar uppföljning i primärvården där sjuksköterskan fortsätter uppmuntra, vägleda och informera såväl individuellt som i grupp (Fridlund, 2002). Enligt

Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) har sjuksköterskan en stor möjlighet att påverka patientens sätt att tänka, känna och agera inför livsstilsförändringar genom att skapa en dialog med patienten och se till varje patients individuella behov. Även Fridlund (2002) beskriver vikten av att se människan bakom sjukdomen för att lättare kunna tillgodose individens och familjens unika behov.

Teoretisk referensram

Dorothea Orems (2001) egenvårdsteori utgår ifrån att varje individ har ett eget ansvar för att främja sitt liv, sin hälsa och sitt välbefinnande. Individen har det huvudsakliga ansvaret för att se till sig själv och sina egna behov. Enligt vårdteorin är individens vårdbehov direkt kopplade till människans behov av kontinuerlig vård och reglerandet av de mänskliga funktionerna, samt utveckling för att behålla normer förenliga med liv, hälsa och mänskligt välbefinnande. Denna omvårdnad beskrivs som egenvård (Orem, 2001).

Vidare menar Orem (2001) att egenvård är något patienten bör utföra frivilligt. Med hjälp av vägledning, stöd och målsättningar från sjuksköterskan ska patienten ges möjlighet att utföra hälsofrämjande handlingar. För att kunna förmedla information på bästa sätt bör sjuksköterskan utgå från varje enskild individs erfarenheter, livsstil och beteenden. För de patienter som inte på egen hand kan utföra egenvård ska särskild hjälp och stöd ges (Orem, 2001).

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka patienters inställningar till att delta i eller avstå hjärtrehabilitering.

METOD

En litteraturstudie utfördes och artiklarna som användes följde alla en kvalitativ ansats. Enligt Olsson och Sörensen (2007) innebär kvalitativ forskning att forskningen går på djupet och grundas på ett fåtal individer. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) är den kvalitativa metoden fördelaktig att använda då patienters värderingar, uppfattningar, behov, erfarenheter och önskemål utforskas.

Urval

Artiklarna söktes i databaserna Cinahl och Psycinfo. Cinahl är en databas bestående av artiklar inom omvårdnad, men även nutrition, tandvård och sjukgymnastik är ämnen som ingår medan Psycinfo täcker det psykiatriska området (Willman et al. 2006). Sökorden som användes i Cinahl var rehabilitation cardiac, myocardial infarction, qualitative studies, cardiac patients och life experiences (bilaga 1). Sökorden som användes i Psycinfo var rehabilitation, heart, cardiac och compliance (bilaga 1). Både i Cinahl och i Psycinfo kombinerades sökorden med varandra genom Booleska sökoperatörer. Enligt Willman et al. (2006) är sökoperatörer ord som kombinerar söktermer som gör sökningen mer avgränsad, vilket underlättar för att hitta relevant litteratur (Willman et al. 2006). De sökoperatörer som användes till denna studie var AND och OR. Vissa artiklar påträffades i flera sökkombinationer, alternativt i båda databaserna, och dessa artiklar redovisas endast i första sökträffen.

Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara publicerade från och med år 2000, vara skrivna på engelska, innefatta både män och kvinnor samt överensstämma med studiens syfte. Ytterligare ett inklusionskriterium var att studierna skulle vara genomförda i Europa, Australien, Canada eller USA. Exklusionskriterierna var artiklar rörande patienter som utförde hjärtrehabilitering i hemmet och anhörigas och sjukvårdspersonals inställning till hjärtrehabilitering.

Artikelsökningen genomfördes först i Cinahl och därefter i Psycinfo med nämnda sökord. I Cinahl ställdes krav på att artiklarna skulle vara research article och peer-reviewed. I sökningen i Psycinfo valdes advanced search, peer-review, qualitative study och journal article. Sökorden kombinerades med Booleska sökoperatörer i båda databaserna för att få fram relevanta artiklar (bilaga 1). Efter varje genomförd sökning i databaserna gjordes ett första urval på titelnivå. Titlarna på artiklarna lästes igenom för att hitta de som överensstämde med studiens syfte. De som kändes relevanta för studiens syfte valdes ut. Vidare granskning skedde genom att de kvarvarande artiklarnas abstrakt lästes igenom. Därefter diskuterades vilka artiklar som fortfarande ansågs stämma in på studiens syfte, och det resulterade i nitton artiklar som sedan lästes i sin helhet. Tolv av artiklarna ansågs beröra syftet med denna litteraturstudie och valdes ut för att kvalitetsgranskas. Resterande sju uteslöts efter diskussion, då innehållet inte ansågs relevant.

Kvalitetsgranskning

De tolv utvalda artiklarna lästes noggrant igenom flera gånger och kvalitetsbedömdes efter protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman et al. (2006), (bilaga 2). Genomläsningen skedde först enskilt, och därefter fördes en gemensam diskussion gällande granskningsprotokollets olika punkter. Bedömningen utgick från fjorton frågor där svarsalternativen bestod av *ja*, *nej* samt *vet ej*. Bedömdes svaret på frågan som *ja* resulterade det i ett poäng per fråga, medan *nej* eller *vet ej* gav noll poäng. Den slutgiltiga poängen räknades sedan om till procent, vilket kan tolkas som en uppfyllnadsgrad. Därefter klassificerades studierna i tre grader, Grad I, Grad II och Grad III. Grad I motsvarade 80-100 procent, Grad II 70-79 procent och Grad III 60-69 procent (Willman et al. 2006). Efter kvalitetsbedömningen uppnådde nio artiklar Grad I och två artiklar Grad II. Dessa elva valdes att användas i denna litteraturstudies innehållsanalys. En artikel bedömdes motsvara Grad III och valdes därför bort då den inte ansågs hålla tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas.

Analys

Artiklarna analyserades utifrån Granheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs innehållsanalys. Varje artikels resultatdel lästes först noggrant igenom flera gånger för att etablera en känsla för textens innebörd. Sedan diskuterades artikelns innehåll för att se om texten uppfattats på samma sätt. De delar av texten som ansågs ha relevans för studiens syfte markerades. Utifrån de markerade styckena valdes sedan meningsenheter ut. Meningsenheter är enligt Granheim och Lundman (2004) stycken, meningar och ord med liknande innebörd som ställs samman. För att lättare få en överblick över meningsenheterna skrevs de ned på lappar och diskuterades ytterligare huruvida de passade in på studiens syfte. Därefter gjordes en kondensering vilket av Granheim och Lundman (2004) beskrivs som en process där meningsenheten kortas ned, men fortfarande behåller

sin innebörd. Kondenseringen framkom genom diskussion och ledde till att textmassan blev mer lätthanterlig. Ur den kondenserade texten ströks de viktigaste orden utan att förlora innebörden av meningsenheten. De understrukna orden bildade sedan koder, som lades in i en tabell för att få en bättre översikt (bilaga 4). Innehållsanalysens sista delar bestod i att skapa underkategorier samt kategorier, där flera underkategorier tillsammans skapade en kategori (Granheim & Lundman 2004). Detta gjordes genom att diskutera koderna, och utifrån det som framkom i diskussionen valdes underkategorierna ut. Av de underkategorier som framkom ställdes de med samma innebörd samman och bildade då en gemensam kategori, som skulle vara relevant till studiens syfte. Kategorin beskrivs som "*den röda tråden*", vilken skall kunna svara på frågan "vad?" (Granheim & Lundman, 2004).

Etik

En önskan med artiklarna som inkluderades i studiens resultat var att ett etiskt resonemang skulle föras, vilket har gjorts i alla artiklarna.

RESULTAT

Till resultatet användes elva artiklar. Analysen av dessa artiklar resulterade i fem kategorier som utgör delarna i resultatet. De tre första kategorierna innefattar inställningar de patienter som valde att avstå hjärtrehabiliteringen hade. *Bristande intresse* hade ofta ett samband med informationsbrist och sjukvårdspersonalens beteende gentemot patienten. *Förnekande* av sjukdomen och att hjärtrehabilitering sågs som ett påminnande om insjuknandet var en inställning som påverkade valet till att avstå rehabilitering. Den sista kategorin för dem som inte deltog var *prioritering*, då bland annat arbetet upplevdes som viktigare. *Motivation* var en inställning som patienter som deltog hade, då de var motiverade att få ökade kunskaper om sin sjukdom. Viljan till att utföra *livsstilsförändringar* och därmed reducera riskfaktorer resulterade i deltagande i rehabiliteringen.

Bristande intresse

Sjukvårdspersonalens beteende påverkade patienterna. De patienter som ansåg att hjärtrehabiliteringen hade organiserats dåligt eller att personalen inte motsvarade förväntningarna avstod därför från att medverka (Clark, Barbour, White & MacIntyre, 2004). Det handlade exempelvis om att information getts vid tillfällen patienten uppfattat som opassande eller att det som framförts ej ansågs relevant för patienten. Patienterna såg i de fallen personalen som tvingande, negativa och för intensiva (Clark et al. 2004). Patienterna upplevde att informationen gavs med oengagerad rutin. Om personalen hade varit mer drivande hade antagligen ett försök till deltagande gjorts, men istället ledde det till ett bristande intresse från patienternas sida (Mccorry, Corrigan, Tully, Dempster, Downey & Cupples, 2009). Bristande kunskap om vad rehabiliteringen innebar påverkade patientens beslut till att inte delta (Wyer, Earll, Joseph & Harrison, 2001).

Patienterna upplevde att de fått dålig information om betydelsen av fysisk aktivitet. De trodde att det var tillräckligt att utföra vardagssysslor, exempelvis veckohandling och trädgårdsarbete, för att hålla sig aktiva. Patienterna såg därför inte behovet av att komplettera med ett rehabiliteringsprogram (Mccorry et al. 2009). En del patienter var medvetna om att de borde vara mer fysiskt aktiva, men ansåg trots det att de höll igång genom städning, tvättning och strykning (Jones,

Jolly, Raftery, Lip & Greenfield, 2007). Några menade att deras insjuknande inte hade något med livsstilen att göra, och ansåg det istället vara viktigare att ta det lugnt (Wyer et al. 2001). En rädsla för överansträngning fanns i patientgruppen, då det uppfattades som olämpligt att anstränga sig till andfåddhet (Mccorry et al. 2009). En del av patienterna upplevde att de inte själva kunde påverka sin situation. De lade ansvaret för sin hälsa på sjukvårdspersonalen (Wyer et al. 2001).

Ytterligare en påverkande faktor till att delta eller inte var ålder. En patient kände sig för gammal för att delta, då han tyckte att rehabiliteringen bara var fördelaktig för yngre (Wyer et al. 2001).

"I would say it would benefit a younger person more than an older person like me. The younger person got all his life to live whereas I be coming to the end of mine. You've got to face these facts. If you've had a heart attack you be coming to the end of it like" (Wyer et al. 2001, s. 184).

Hos en del av de yngre patienterna fanns däremot en tro på att rehabiliteringen bara var för äldre och att den motionsbaserande delen inte var anpassad för dem, och därför ansåg de det olämpligt att delta (Mccorry et al. 2009). Tre patienter i åldern 52 till 60 beskrev att de avstod från att delta då de inte kände sig bekväma i att träna tillsammans med de andra gruppmedlemmarna, då de var äldre än de själva (Jones et al. 2007).

Många av patienterna värdesatte den medicinska behandlingen och tyckte den var tillräcklig för att förebygga att åter insjukna i till exempel en hjärtinfarkt (Wyer et al. 2001). Läkemedel sågs som ett bättre sätt att hålla hälsan under kontroll än deltagande i hjärtrehabilitering då mediciner uppfattades bidra till större och långvarigare effekter för hälsan än fysisk aktivitet (Mccorry et al. 2009).

"I don't worry about having another (myocardial infarction), I just take the tablets every morning" (Wyer et al. 2001, s.182).

Förnekande

En större rädsla för sjukdomen upplevdes under sjukhusvistelsen, men minskade efter hemkomst. När rädslan avtog ledde det till att behovet av att delta i hjärtrehabiliteringen minskade. Samband mellan sjukdomsförståelse och medverkan i rehabiliteringen fanns, och de som inte deltog såg inte insjuknandet som någon allvarlig händelse och upplevde sig inte sjuka (Wyer et al. 2001). Istället ville de lägga sjukdomsperioden bakom sig och kände att rehabiliteringen skulle påminna dem om den. De upplevde att de på egen hand och utan stöd från sjukvårdspersonal kunde klara sig (Schou, Østergaard-Jensen, Zwisler & Wagner, 2008). Ett sätt att hantera situationen blev att undvika att ställa frågor och skaffa kunskap kring sjukdomen eftersom detta ansågs öka oron och funderingarna istället för att minska dem. Några var också tveksamma till om det verkligen var en hjärtinfarkt de hade haft (Wyer et al. 2001). Andra ville inte medverka då de menade att sjukdomen ändå inte hade gått att förebygga och därför sågs ingen nytta med sekundär prevention (MacInnes, 2005). I de fall där sjukvårdspersonalen beskrev hjärtproblemen som milda påverkade det beslutet till deltagande (Mccorry et al. 2009). En kvinna ansåg att hon inte behövde medverka på grund av att hennes hjärtinfarkt beskrivits som mild och återgick efter

utskrivningen till sitt gamla liv utan mer reflektioner kring sitt insjuknande (Mccorry et al. 2009). Det förekom att de symtom som var relaterade till hjärtat istället förknippades med andra sjukdomar som patienten haft sedan tidigare, till exempel astma. Genom att förneka hjärtproblemen fanns en tro att de skulle försvinna (Mccorry et al. 2009). En ytterligare orsak till att avstå rehabiliteringen var då det ansågs att den inte var fördelaktig för hälsan (Clark et al. 2004).

Patienterna jämförde sig med varandra och de som upplevde sig som mindre sjuka valde att avstå rehabiliteringen, då de tyckte de andra patienterna behövde behandlingen bättre (Wyer et al. 2001).

”I am not ill, there were those worse off than me and those needed more attention than I do. So I thought let those go forward first and I’ll take a back seat” (Wyer et al. 2001, s. 182).

En studie visade att det förekom patienter som ansåg att deras insjuknande och hälsa låg i Guds händer vilket innebar att de förnekade att de inte på egen hand kunde påverka sin hälsa. En av patienterna uttryckte att det bara var Gud som kunde förstå orsaken till insjuknandet. Rehabilitering sågs därför inte som betydelsefull (Chauhan, Baker, Lester & Edwards, 2010).

Prioritering

Ett hinder för deltagande i rehabiliteringen var när patienten vårdade en närstående i hemmet (Jones et al. 2007). Då den närstående inte kunde lämnas ensam bortprioriterades rehabiliteringen. För de patienter som återgått till arbetslivet kunde arbetet utgöra ett hinder, då de kände att det inte fanns möjlighet att gå ifrån under arbetstid (Jones et al. 2007). Även om arbetsgivare och kollegor uppmuntrade till deltagande gick arbetet före (Hagan, Botti & Watts, 2007). Flera patienter uttryckte en önskan om att rehabiliteringen skulle ske under helger och kvällar då det hade varit lättare att anpassa till arbetslivet. De som var egna företagare upplevde det lättare att ta ledigt under arbetstiden då de mer kunde styra över sin egen tid (Hagan et al. 2007).

”Sure I can go for these sort of things and work out a different way to live my life, but...right now...work’s more important to me.” (Hagan et al. 2007, s. 109).

Stress var ytterligare en orsak till att patienterna valde att avstå rehabilitering. Några självbedömde att deras hjärtinfarkt orsakats av stress, och ville därför undvika mer stress än nödvändigt (Wyer et al. 2001). Hjärtrehabilitering ansågs vara ett stressmoment då en tid skulle passas och parkeringsplats på sjukhuset skulle hittas, och valdes därför bort. En del upplevde det stressande att vara hemifrån eftersom hemmet ansågs vara en trygg plats (Wyer et al. 2001).

Religiösa skäl och kulturella normer visade sig vara av betydelse för en grupp muslimer som valde att avstå deltagande. Några ansåg rehabiliteringen som olämplig då män och kvinnor deltog tillsammans (Chauhan et al. 2010). Vissa av kvinnorna kände en rädsla för vad deras familj skulle anse om de tränade tillsammans med män utanför familjen och prioriterade därför bort rehabiliteringen. En kvinna uppgav att det inte gick att delta då Ramadan skulle infalla under samma period som rehabiliteringen och att det då ej fanns möjlighet att delta (Chauhan et al. 2010).

Motivation

Insjuknandet upplevdes av många som något livshotande vilket medförde oro, ångest, depression, isolering och maktlöshet relaterat till den traumatiska händelsen. Hjärtrehabiliteringen sågs som ett sätt att få hjälp och stöd att gå vidare i livet (Schou et al. 2008). Då sjukvårdspersonalen betonade vikten av att delta i rehabilitering och patienterna kände förtroende, bidrog det till att patienten bestämde sig att medverka (Wyer et al. 2001). Även stöd från arbetsgivare och kollegor var av betydelse för deltagande (Bergman & Berterö, 2001).

Det var av stor vikt att patienten var motiverad och fick kunskap om sin sjukdom. Vetskapen om att det alltid gick att komma i kontakt med kompetent sjukvårdspersonal ingav trygghet för patienterna (Bergman & Berterö, 2001). En känsla av trygghet uppstod kring vetskapen om att det efter utskrivningen fanns bestämda tider för rehabiliteringen. Patienterna blev varse om att det då fanns möjlighet att ställa frågor vilket gav en känsla av tillhörighet och att inte vara bortglömd (Bergman & Berterö, 2001). Tidig uppföljning från sjukhuset ansågs viktig, många beskrev att de upplevde rädsla inför att komma tillbaka till vardagslivet och uttryckte att de behövde hjälp att förstå sambanden mellan arbete, vila och återhämtning. Patienterna blev mer motiverade att göra sitt bästa då de kände att sjukvården lade ner stora resurser för att hjälpa dem (Bergman & Berterö, 2001).

Förväntningarna på sjukvårdspersonalen var höga då patienterna räknade med att personalen skulle ha god kunskap om hjärtrehabilitering och även kunna mycket om varje individ och dess unika behov. De upplevde att de med hjälp av sjukvårdspersonalen skulle hantera sin situation bättre (Wingham, Dalal, Sweeney & Evans, 2006). Om det skulle uppstå komplikationer som till exempel bröstsmärta eller andfäddhet under fysisk aktivitet kändes det tryggt att veta att det fanns kompetent personal i närheten som kunde ingripa. I gruppträning med hjälp av sjukvårdspersonal skulle det bli lättare att behålla självdisciplinen (Wingham et al. 2006). Att träna i grupp skulle innebära att ge stöd, uppmuntring och motivation åt varandra och det ansågs positivt att tillbringa tid tillsammans med andra med liknande erfarenheter. Den sociala delen av rehabiliteringen ansågs vara mycket betydelsefull (Hird, Upton & Chesson, 2004).

Stöd från familjemedlemmar hjälpte patienten att känna sig motiverad, finna mening och tillhörighet i livet (Hagan et al. 2007). De som valde att delta i hjärtrehabilitering upplevde att familjens stöd var ett starkt motiv till att delta och att lyckas med rehabiliteringen sågs som ett tydligt och tilltalande mål. Genom stöd från andra kände de att deras liv var värdefullt, och för vissa var det enbart familjen som var skälet till att de deltog (Hagan et al. 2007).

“Family has been very concerned and that’s sort of made me think, ‘right o’ I better do the right thing....It helps reinforce, reinforce it. So...it makes you feel like you...you should do it...” (Hagan et al. 2007, s. 110).

Livsstilsförändring

Kunskap om hjärt- och kärlsjukdomar, om hur hjärtat fungerar och vad som händer vid sjukdom ökade chanserna för att lyckas med livsstilsförändringar (Bergman & Berterö, 2001). Genom att delta i rehabiliteringen upplevde

patienterna att de fick hjälp att reducera riskfaktorer såsom rökning, ohälsosam kost och brist på fysisk aktivitet. Deltagandet sågs som ett sätt att förebygga risken för en ny hjärtinfarkt (Schou et al. 2008).

“I now dare to do things. I dare to walk out in the street, do my shopping and ride the bus alone. I also work out...I have stopped smoking and I don't go near any fatty foods.” (Schou et al. 2008, s. 26).

Flera patienter kände en längtan efter att förändra sin livsstil och såg rehabiliteringen som en chans till att genomföra detta. De ville återgå till sitt vardagsliv och många fokuserade på ökad fysisk aktivitet. En del hade som målsättning att komma i bättre form än vad de hade varit före insjuknandet (Wingham et al. 2006). De patienter som upplevde sitt insjuknande som en allvarlig händelse valde i större utsträckning att medverka. Rehabiliteringen ansågs hjälpa dem att förebygga en ny hjärtinfarkt genom att ge dem den kunskap de behövde. Många av dem såg hjärtinfarkten som något allvarligt där deras hälsa och framtid hade hotats och såg en risk att åter drabbas (Wyer et al. 2001). Rehabiliteringen var ett sätt att få hjälp att reducera riskfaktorerna och hantera det hot de kände att hjärtinfarkten hade utsatt dem för. Den information som hjärtrehabiliteringen skulle ge ansågs vara av stor vikt för att möjliggöra en livsstilsförändring och ingav en känsla av kontroll över sin situation (Wyer et al. 2001).

De som ansåg att hjärtrehabiliteringen var fördelaktig deltog i större utsträckning, och en motiverande faktor var en längtan till att komma upp till en nivå av oberoende (Wyer et al. 2001). De som valde att delta såg annorlunda på den medicinska behandlingen än de som inte deltog. Deltagarna såg sig själva som ansvariga för sin egen hälsa och för att uppnå god hälsa krävdes mer än att bara inta läkemedel (Wyer et al. 2001).

“I think you can make yourself well, you just have to get on with it, you've got to be positive” (Wyer et al. 2001, s. 181).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka patienters inställning kring deltagande i samt avstående från hjärtrehabilitering. Enligt Willman et al. (2006) studeras bland annat upplevelser och erfarenheter vid kvalitativa metoder, och följaktligen ansågs artiklar skrivna utifrån kvalitativa metoder passande för studiens syfte. Dessutom ansågs det svårare att få en djupare förståelse för patienters inställningar ifall artiklar utförda med en kvantitativ metod använts.

Artiklarna söktes i databaserna Cinahl och Psycinfo. Till och börja med utfördes en bred sökning för att skapa en överblick över utbudet av artiklar inom studiens ämnesområde. Därefter gjordes ytterligare sökningar med fler sökord för att avgränsa sökningen (bilaga 1). I databaserna valdes avgränsningen peer reviewed, som enligt Willman et al. (2006) innebär att artiklarna före publicering är granskade av experter inom ämnet. Att artiklarna blivit granskade av ämnesexperter anses vara en styrka för denna studie. Sökorden som har använts

anses relevanta i förhållande till studiens syfte. Alternativa sökord har framkommit vid genomgång av de inkluderade artiklarna. Exempel på sökord som uppkommit och kunde inkluderas är motivation, life style, adherence och attitude. Genom att inkludera dessa sökord kunde studiens resultatdel eventuellt påverkas. Sökningar i andra databaser hade eventuellt lett fram till andra artiklar som kunde påverkat resultatet.

Av artiklarna som används i resultatet är en från Australien, en från Danmark, en från Sverige och resterande från Storbritannien. Artiklar från andra länder hade kunnat leda fram till andra inställningar som i sin tur kunde påverkat resultatet. Även om artiklarna är från olika länder, återkommer liknande tankemönster från de intervjuade personerna angående hjärtrehabilitering. Att åtta av de elva artiklarna är från Storbritannien kan ha påverkat studiens resultat, och en jämnare geografisk spridning av artiklarna hade kunnat påverka resultatdelen, men då artiklarna anses relevanta för studiens syfte valdes de att inkluderas. Eftersom många av artiklarna är från Storbritannien har British Heart Foundations (2011:a,b) beskrivning av hjärtrehabilitering i Storbritannien lästs igenom och dessutom skapades en inblick i Storbritanniens hjärtrehabilitering.

Då artiklarna är skrivna på engelska finns risk för att det vid analysen kan ha skett felaktiga tolkningar. För att undvika detta har varje artikel noga diskuterats för att se att innehållet tolkats enhetligt. Ord som inte förstås har översatts med hjälp av engelsk-svensk ordbok. Citat i resultatdelen är inte översatta till svenska för att undvika risk för feltolkning och därmed förlorad innebörd.

Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle handla om både män och kvinnor. Två av artiklarna behandlar enbart kvinnors inställning till hjärtrehabilitering, men då de speglade unika aspekter samt ansågs relevanta för studiens syfte valdes de ändå att inkluderas. Inklusionskriteriet att artiklarna skulle vara skrivna från och med år 2000 och framåt valdes för att få aktuella resultat. Det finns dock en risk för att artiklarna trots avgränsningen kan innehålla inaktuella resultat, då det upplevs att mycket forskning bedrivs inom området. Sammantaget anses det dock att artiklarna i studiens resultatdel är tillräckligt aktuella. Några av de artiklar som inkluderats i studien undersöker både patienters inställning till hjärtrehabilitering på sjukhus, och rehabilitering i hemmet. Då ett av exklusionskriterierna i studien är patienters inställning till hjärtrehabilitering i hemmet har den del av artiklarna som beskrivit rehabilitering i hemmet exkluderats. Anledningen till att den delen av artiklarna exkluderades var att avgränsa studien och att öka jämförbarheten mellan artiklarna.

Kvalitetsbedömningen av artiklarna utfördes efter protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman et al. (2006), (bilaga 2). Det blir en större tyngd i kvalitetsgranskningen om den utförs av minst två granskare som är oberoende av varandra, och som därefter sammanför sina tolkningar (Willman et al. 2006). Så har skett i den här studien. Ingen av artiklarna uppnådde fullt antal poäng, beroende på att det ansågs svårt att bedöma artiklarnas grad av datamättnad och analysmättad. Enligt Willman et al. (2006) finns även andra protokoll för kvalitetsbedömning av artiklar. Ifall ett annat protokoll hade använts kunde det eventuellt resultera i att de inkluderade artiklarna inte valts ut och därmed kunde resultatet sett annorlunda ut.

Meningsenheterna valdes först ut enskilt och sedan fördes en diskussion kring de utvalda meningsenheterna. Då liknande meningsenheter har valts ut ökar trovärdigheten för att det skulle skett om andra också skulle valt ut meningsenheter. Granheim och Lundman (2004) beskriver dock att den underliggande meningen inte alltid kommer fram, beroende på att kroppsspråk och ansiktsuttryck inte kan skrivas ner. Eftersom denna studie grundar sig på artiklar där andra personer genomfört studier med intervjuer är det inte säkert att den underliggande meningen alltid kommer fram, vilket kan ha påverkat resultatet.

En av studiens styrkor är att alla artiklar som användes för studiens resultat innehåller ett etiskt resonemang. Enligt Polit och Beck (2006) ska människor som deltar i forskning få information gällande forskningen, garanteras anonymitet och kunna sluta delta när de vill.

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att undersöka patienters inställning till hjärtrehabilitering. I resultatet framkommer olika inställningar som är betydelsefulla för patientens val att delta i eller avstå hjärtrehabilitering. Inställningarna visar sig vara både positiva och negativa och det framkommer att de påverkas av olika faktorer.

I resultatet framkommer att sjukvårdspersonalens beteende och den information som ges kan leda till ett bristande intresse för rehabiliteringen som i sin tur leder till ett beslut att inte delta. Sjukvårdspersonalen har en betydande roll i att påverka patienten till att delta i eller avstå hjärtrehabilitering. Det är väsentligt att informationen ges vid rätt tillfälle och på ett passande sätt. Detta är i linje med Cooper, Jackson, Weinman och Horne (2005) som även de menar att det är betydelsefullt att patienterna får information om sjukdomen och dess orsaker, då bristande kunskap kan leda till att de väljer att avstå hjärtrehabilitering. Behovet av god information styrks även av Gassner, Dunn och Piller (2002) som menar att informationsbehovet efter hjärtinfarkt är stort och att det är viktigt att det tillgodoses (Gassner et al. 2002). Genom att resultatet visar att patienters inställningar till hjärtrehabilitering påverkas av hur information ges tolkas det som att sjuksköterskan har en viktig roll. Även Orem (2001) menar att en av sjuksköterskans huvuduppgifter är handledning, där patienten vägleds till att självständigt genomföra egenvård. Handledningen kan bestå i instruktioner, råd och rekommendationer. Grunden för en bra handledning är god kommunikation mellan patient och sjuksköterska (Orem, 2001). Vidare visar resultatet att då patienten upplever att för lite information ges, till exempel om betydelsen av fysisk träning, upplevs inte ett behov av att delta i hjärtrehabilitering och den ses inte som fördelaktig. Däremot framkommer det i Gregory, Bostock och Backett-Milburn (2006) studie att även för mycket information kan ha en negativ påverkan på patienten då innebörden kan bli svår att förstå och att komma ihåg. Vidare beskriver studien att behovet av information och stöd är störst den första tiden efter insjuknandet (Gregory et al. 2006). Orem (2001) menar att sjuksköterskan har som uppgift att motivera, då det är mycket viktigt att patienten förstår innebörden i det som ska läras. Undervisningen ska ske på patientens villkor och behoven anpassas till varje individ (Orem, 2001). Som sjuksköterska är det därför viktigt att vara lyhörd och ha känsla för när tillfälle för att informera passar, vilket dock kan vara svårt. Vidare framkommer i resultatdelen att hjärtrehabilitering bortprioriteras till förmån för annat, exempelvis arbete. Gregory et al. (2006)

beskriver att en orsak till att patienterna avstår från att delta i hjärtrehabilitering är just tidsbrist vid återgång till arbetslivet.

Förnekande är en kategori som framkommer i resultatet. De patienter som inte upplever sig som sjuka, inte ser sjukdomen som en allvarlig händelse och inte ser några fördelar med deltagande i rehabilitering väljer att avstå. Detta är i linje med vad Kärner et al. (2005) visar i sin studie. När patienten anser att sjukdomen har liten betydelse upplevs inte ett behov av livsstilsförändringar. Svedlund och Axelsson (2000) beskriver på ett liknande sätt i sin studie att genom att patienten förnekar sin sjukdom blir det ett sätt att undanhålla den oro sjukdomen skapar, vilket påverkar patienten till att avstå rehabilitering. Även Orem (2001) beskriver att en orsak till brist på egenvård kan vara avsaknad av engagemang och en tro på att egenvård inte är effektiv (Orem, 2001). Dessutom framkommer i resultatet att ytterligare en orsak till att avstå deltagande i rehabilitering är då den ses som ett påminnande om sjukdomen, och patienten vill lägga sjukdomen bakom sig. Detta styrks även av Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007) som i sin studie visar att en del patienter avstår rehabilitering då en önskan om att lägga sjukdomen bakom sig finns och rehabiliteringen ses som ett sätt att bli påmind om sjukdomen (Kristofferzon et al. 2007). Sjuksköterskan bör vara medveten om att detta förekommer och att det kan påverka patientens beslut. Bemötandet av dessa patienter är viktigt, samt att informationen ges på rätt sätt för att motivera dem att delta i rehabiliteringen.

En motiverande faktor till att delta i hjärtrehabilitering är gemenskapen som upplevs av att möta andra med liknande erfarenheter. Verksamhet i grupp kan skapa motivation och vara en metod att tillsammans hjälpa varandra att uppnå en framgångsrik rehabilitering. Orem (2001) poängterar betydelsen som familjemedlemmar och sjukvårdspersonal har när det gäller att hjälpa patienter att genomföra sin egenvård. Närhet och social värme leder till kontinuerlig utveckling (Orem, 2001). I resultatet framkommer även att stöd och motivation från närstående, arbetskamrater och sjukvårdspersonal bidrar till ett ökat intresse för deltagande i hjärtrehabilitering. Detta är i enlighet med De Angelis, Bunker och Schoo (2008) som beskriver att familjen är en bidragande faktor till patientens val att delta. Vikten av det sociala stödet beskrivs även i andra studier (Gregory et al. 2006; Kärner et al. 2005; Steen-Isaksen & Gjengedal, 2006). Paquet, Bolduc, Xhignesse och Vanasse (2005) skriver att det är av värde för patienten att ha tillgång till kompetent personal som ger stöd och information. Enligt Orem (2001) ska patienten få stöd till att uppnå sina mål, och att stödja patienten innebär att uppmuntra och vägleda. Stöd kan ges på olika sätt beroende på situationen. Ibland är en lugnande blick eller ren närvaro tillräcklig, medan det i andra situationer behövs uppmuntran med ord eller hjälp för att kunna utföra handlingar. Stöd kan ges till patienten i otrygga situationer, och med stödet ska patienten känna sig motiverad och trygg. Då minskar risken för egenvårdens misslyckande, missförstånd och misstag, vilket i sin tur leder till en säkrare patientsituation (Orem, 2001).

Resultatet visar att patienter känner en vilja till livsstilsförändring och ett eget ansvar för sin hälsa, efter att ha drabbats av kranskärlsjukdom. För varaktiga livsstilsförändringar krävs kunskap om sjukdomen och dess riskfaktorer, vilket gör att deltagande i hjärtrehabilitering ses som fördelaktigt, och ett sätt att påverka livsstilen. Även Fridlund (2002) menar att en person som drabbats av en

livshotande sjukdom ofta upplever rädsla och oro inför att åter insjukna, vilket kan skapa förutsättningar för en livsstilsförändring. Kärner et al. (2005) beskriver att då patienten upplever insjuknandet som allvarligt uppkommer ett behov av en ändrad livsstil. Fridlund (2002) menar att ett problem som senare kan uppkomma är att bibehålla den nya livsstilen. Enligt Kärner et al. (2005) ökar chanserna att bevara den nya livsstilen när patienten har en positiv inställning till hjärtrehabiliteringen och får ökade sjukdomskunskaper. Fridlund (2002) betonar sjuksköterskans roll att ge stöd och uppmuntran till långsiktiga livsstilsförändringar. Orem's (2001) egenvårdsteori understryker betydelsen av att utveckla goda vanor till förmån för hälsan då goda vanor är nödvändiga för en god egenvård (Orem 2001). Som sjuksköterska är det av stor vikt att hjälpa och motivera patienterna att utveckla goda vanor och därmed ändra livsstilen. Genom att ge stöd åt patienten kan sjuksköterskan hjälpa patienten till att behålla den nya livsstilen.

SLUTSATS

Studien gav fördjupad insikt i hur patienters inställning till hjärtrehabilitering kan påverka valet att delta eller avstå. Det visade sig att olika faktorer var av betydelse och att sjukvårdspersonal har stor möjlighet till påverkan genom sitt sätt att informera och ge stöd. I de fall då patienterna upplevde informationen som bristfällig, och att sjukvårdspersonalen inte visade engagemang avstod många från att delta. De patienter som inte deltog ansåg i många fall att de inte själva kunde påverka sin situation och ville lägga sjukdomen bakom sig, medan deltagarna upplevde att de kunde påverka sitt tillstånd med hjälp av rehabiliteringen. Att möta andra i samma situation och på så sätt motivera varandra sågs som betydelsefullt och var en bidragande faktor till att medverka. Även familjen visade sig ha en positiv påverkan till deltagande.

Förslag till vidare forskning är att undersöka sjuksköterskors, och även övrig sjukvårdspersonals, inställning till att ge patienten information angående hjärtrehabilitering, och hur de ser på sina roller som informanter. Mer forskning om vilken typ av information som motiverar patienten till att delta är också relevant. Ytterligare förslag på forskning är att beskriva enbart mäns, eller enbart kvinnors inställning till deltagande i hjärtrehabilitering.

REFERENSER

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bellman, C., Hambraeus, K., Lindbäck, J., & Lindahl, B. (2009). Achievement of secondary preventive goals after acute myocardial infarction. A comparison between participants and non participants in a routine patient education program in Sweden. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, (5) 362-368.
- Bergman, E., & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6), 733-741.
- British Heart Foundation. (2011:a). *Cardiac Rehabilitation*. Tillgänglig: <http://www.bhf.org.uk/heart-health/recovery/cardiac-rehabilitation.aspx> (2011-12-12).
- British Heart Foundation. (2011:b). *Making our vision a reality*. Tillgänglig: <http://www.bhf.org.uk/about-us/what-we-do.aspx> (2011-12-16).
- Chauhan, U., Baker, D., Lester, H., & Edwards, R. (2010). Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 68-74.
- Clark, A.M., Barbour, R.S., White, M., & MacIntyre, P.D. (2004). Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 5-14.
- Cooper, A.F., Jackson, G., Weinman J., & Horne, R. (2005). A qualitative study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 19, 87-96.
- De Angelis, C., Bunker, S., & Schoo, A. (2008). Exploring the barriers and enablers to attendance at rural cardiac rehabilitation programs. *Australian Journal of Rural Health*, 16 (3), 137-142.
- Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 15-18.
- Gassner, L-A., Dunn, S., & Piller, N. (2002). Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 342-354.
- Granheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gregory, S., Bostock, Y., & Backett-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: A qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23, 220-225.

- Hagan, N.A., Botti, M.A., & Watts, R.J. (2007). Financial, family and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart and Lung*, 36 (2), 105-113.
- Hird, C., Upton, C., & Chesson, R.A. (2004). "Getting back to normal": patient's expectations of cardiac rehabilitation. *Physiotherapy*, 90, 125-131.
- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G., & Greenfield, S. (2007). "DNA" may not mean "did not participate": a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24, 343-357.
- 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., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 261-275.
- Lindgårde, F., Thulin, T., & Östergren, J. (2009). *Kärlsjukdom - Vaskulär medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- MacInnes, J.D. (2005). The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: Implications for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation. *Women and Health*, 42 (4), 105-121.
- Mccorry, N.K., Corrigan, M., Tully, M.A., Dempster, M., Downey, B., & Cupples, M.E. (2009). Perceptions of exercise among people who have not attended cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Journal of Health Psychology*, 14 (7), 924-932.
- Michie, S., O'Connor, D., Bath, J., Giles, M., & Earll, L. (2005). Cardiac Rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (1), 88-95.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Paquet, 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 (6), 567-576.
- Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi: Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2006) *Essentials of nursing research*. (6:e upplagan.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schou, L., Östergaard-Jensen, B., Zwisler, A.D., & Wagner, L. (2008). Women's experiences with cardiac rehabilitation- participation and non-participation. *Vård i Norden*, 90 (28), 24-28.

- Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steen- Isaksen, A., & Gjengedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 403-411.
- Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 256-265.
- Taylor, R., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, B., Stone, J., Thompson, D., & Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of medicine*, 116, 682-692.
- Wallentin, L., & Lindahl, B. (2010). *Akut kranskärleks-sjukdom*. Stockholm: Liber.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a upplagan.). Lund: Studentlitteratur.
- Wingham, J., Dalal, H.M., Sweeney, K.G., & Evans, P.H. (2006). Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 289-294.
- Witt, B., Jacobsen, S., Weston, S., Killian, J., Meverden, R., Allison, T., Reeder, G., & Roger, V. (2004). Cardiac Rehabilitation after myocardial infarction in the community. *Journal of the American College of Cardiology*, 44 (5), 988-996.
- World Health Organization [WHO] (2011). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> (2011-11-10).
- Wyer, S.J., Earll, L., Joseph, S., & Harrison, J. (2001). Deciding whether to attend a cardiac rehabilitation programme: an interpretative phenomenological analysis. *Coronary Health Care*, 5, 178-188.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 Databassökning

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Bilaga 3 Artikelpresentation

Bilaga 4 Analysförfarande

Bilaga 1(1) Databassökning Cinahl

Begränsningar inom sökningen var research article, peer -review, English language, publicerad från år 2000.

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Använda artiklar
111115	Myocardial infarction	18911	0	0	0	0
111115	Rehabilitation cardiac	2706	0	0	0	0
111115	Qualitative studies	37881	0	0	0	0
111116	Cardiac patients	3956	0	0	0	0
111116	Life experiences	7588	0	0	0	0
111115	Myocardial infarction AND Rehabilitation cardiac	146	146	37	7	5
111115	Rehabilitation cardiac AND Qualitative studies	66	66	14	3	1
111115	Myocardial infarction AND Rehabilitation cardiac AND Qualitative studies	19	19	2	0	0
111116	Rehabilitation cardiac AND Cardiac patients	156	156	10	3	2
111116	Rehabilitation cardiac AND Life experiences	10	10	1	1	1
111116	Rehabilitation cardiac AND Myocardial infarction AND Life experiences	4	4	0	0	0

Bilaga 1(2) Databassökning Psychinfo

Begränsningar vid sökningarna var advanced search, peer-review, journal article, qualitative study och English language.

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Använda artiklar
111118	Rehabilitation AND cardiac OR heart AND compliance	4	4	1	1	1
111118	Rehabilitation AND heart OR cardiac	80	80	10	4	1

Bilaga 2(1) Granskningsprotokoll

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristik Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

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

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Bilaga 2(2) Granskningsprotokoll

Huvudfynd

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

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar.....
.....
.....

Granskare (sign).....

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

Bilaga 3(1) Artikelpresentation

Författare	Titel	År	Land	Syfte	Metod	Gradering
Bergman, E., & Berterö, C.	You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease.	2001	Sverige	Att få ökad kunskap och förståelse av innebörden att drabbas av hjärt-kärlsjukdom och hur patientens liv påverkas.	Kvalitativ, hermeneutisk metod	Grad II
Chauhan, U., Baker, D., Lester, H., & Edwards, R	Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: A qualitative study.	2010	Storbritannien	Undersöka muslimska patienters syn på sjukvården efter de drabbats av hjärt- kärlsjukdom och deras inställning till hjärtrehabilitering.	Kvalitativ med semistrukturerade intervjuer	Grad I
Clark, A.M., Barbour, R.S., White, M & MacIntyre, P.D.	Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences	2004	Storbritannien	Undersöka patienters uppfattning och beslut gällande deltagande i hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, fokusgrupper	Grad II
Hagan, N.A., Botti, M.A., & Watts, R.J.	Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance	2007	Australien	Att identifiera och undersöka demografiska faktorer som påverkar patienters beslut till att delta i hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, deskriptiv-tolkande metod med semistrukturerade intervjuer	Grad I

Bilaga 3(2) Artikelpresentation

Författare	Titel	År	Land	Syfte	Metod	Gradering
Hird, C., Upton, C., & Chesson, R.	'Getting back to normal': patients' expectations of cardiac rehabilitation.	2004	Storbritannien	Identifiera hjärtpatienters uppfattning om sin hälsa och undersöka deras förväntningar på hjärtrehabilitering, betydelsen av kost och motion samt hinder till deltagande.	Kvalitativ, deskriptiv, semistrukturerade intervjuer.	Grad I
Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G., & Greenfield, S.	'DNA' may not mean 'did not participate': a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation.	2007	Storbritannien	Undersöka patienters orsaker till att inte delta i hem- eller sjukhusbaserad hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer.	Grad I
MacInnes, J-D.	The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: Implications for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation	2005	Storbritannien	Undersöka sjukdomsförståelsen hos kvinnor efter en hjärtinfarkt samt förhållandet mellan sjukdomsförståelse och följsamhet i livsstilsförändringar.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer.	Grad I

Bilaga 3(3) Artikelpresentation

Författare	Titel	År	Land	Syfte	Metod	Gradering
Mccorry, N.K., Corrigan, M., Tully, M.A., Dempster, M., Downey, B., & Cupples, M.E.	Perceptions of exercise among people who have not attended cardiac rehabilitation following myocardial infarction	2009	Storbritannien	Undersöka inställningen till betydelsen av fysisk aktivitet hos patienter som ej deltagit i hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer	Grad I
Schou, L., Östergaard, B., Zwisler, A.D., & Wagner L.	Women's experiences with cardiac rehabilitation-participation and non participation	2008	Danmark	Beskriva kvinnors upplevelser av att delta eller inte delta i hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, fokusgrupper	Grad I
Wingham, J., Dalal, H.M., Sweeney, K.G., & Evans, P.H.	Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation	2006	Storbritannien	Undersöka patienters erfarenheter efter en hjärtinfarkt och de faktorer som påverkar valet till deltagande i sjukhus- eller hemmabaserad hjärtrehabilitering.	Kvalitativ, tolkande fenomenologisk metod med semistrukturerade intervjuer	Grad I
Wyer, S.J., Earll, L., & Harrison, J.	Deciding whether to attend a cardiac rehabilitation programme: an interpretative phenomenological analysis	2001	Storbritannien	Undersöka patienters uppfattning om återhämtning efter en hjärtinfarkt och inställningar till valet att delta i hjärtrehabilitering eller ej.	Kvalitativ, tolkande, fenomenologisk analys, semistrukturerade intervjuer	Grad I

Bilaga 4(1)Analysförfarande

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“Sure I can go for these sort of things and work out a different way to live my life, but...right now...work’s more important to me” (Hagan et al. 2007, s. 109).	Arbetet viktigare än hjärtrehabilitering.	Arbetet viktigast	Tidsbrist	Prioritering
..attending cardiac rehabilitation was also seen by some as a stressful event to be avoid. They did not want to cope with the stresses of having to be somewhere at a given time (Wyer et al. 2001, s. 183).	Stressig att ha en tid att passa.	Stress	För tidskrävande	
”I don’t worry about having another myocardial infarction, I just take the tablets every morning“ (Wyer et al. 2001, s. 182).	Inte orolig för en till hjärtinfarkt, tar medicinerna varje morgon.	Inte orolig, tar mediciner	Bryr sig inte	Bristande intresse
“...you had the option to go, and if you don’t want to go you don’t have to”(Mccorry et al. 2009, s. 927).	Fick själv välja att gå eller inte.	Frivilligt	Inte motiverad	

Bilaga 4(2) Analysförfarande

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
The presence of family support and encouragement was therefore associated with the individual's perception that cardiac rehabilitation was a relevant goal (Hagan et al. 2007, s. 109).	Stöd och uppmuntran från familjen hjälpte individen att se hjärtrehabilitering som mål.	Familjestöd	Uppmuntran	Motivation
...being able to speak with other patients and compare progress and performance (Hird et al. 2004, s. 127).	Tala med andra och jämföra framsteg och utveckling.	Utvecklas tillsammans	Gemenskap	
They were able to change their lifestyles by reducing risk factors (Schou, 2008, s. 26).	Förmåga att ändra livsstil genom att reducera riskfaktorer.	Reducera riskfaktorer	Möjlighet att påverka	Livsstilsförändring
"I wanted to be aware of what was happening, and what I had to do to make sure it didn't happen again." (Wyer et al. 2001, s. 183).	Medveten om vad som hände och förebygga att det inte händer igen.	Förebygga återfall		

www.bth.se
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA
Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00