

Hjärtrehabilitering till välbefinnande

FÖRFATTARE	Andreas Carlsson Chrichan Månsson
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 120/poäng omvårdnad – Eget arbete
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Margaretha Jerlock
EXAMINATOR	Ann Bengtson

Titel (svensk):	Hjärtrehabilitering till välbefinnande
Titel (engelsk):	Cardiac rehabilitation towards wellbeing
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/ SPN7
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	16 sidor
Författare:	Andreas Carlsson Chrichan Månsson
Handledare:	Margaretha Jerlock
Examinator:	Ann Bengtson

ABSTRAKT

Introduktion

Hjärtrehabilitering syftar till att stärka patienter fysiskt och psykiskt efter genomgången hjärtinfarkt och/eller PCI samt CABG. Den syftar också till att få patienten att återgå till ett så normalt socialt liv som möjligt.

Syfte

Att undersöka upplevelsen av att delta i hjärtrehabiliteringsprogram och dess påverkan på välbefinnandet hos patienter med kranskärslsjukdom.

Metod

Resultat baseras på vetenskapliga artiklar sökta genom databaserna PubMed och CINAHL. Analys skedde via induktiv metod med utgångspunkt från studiens syfte.

Resultat

Hjärtrehabiliteringen bidrog till ett ökat välbefinnande genom flera faktorer. Via programmets struktur och personalens stöd, information, uppmuntran och övervakning av träning skapades en trygghet. Denna trygghet möjliggjorde för deltagarna att utveckla en ökad kroppskänedom och ett stärkt självförtroende. Symtomlindring såsom minskad bröstsmärta och andfåddhet var också ett resultat av programmet. Genom gruppbaserad träning utvecklades en samhörighet mellan deltagarna. Samhörigheten ökade motivationen att delta och ledde till ömsesidigt stöd och uppmuntran mellan deltagarna. En del av patienterna upplevde inte att de fick ökad trygghet, bättre kroppskänedom och stärkt självförtroende vilket resulterade negativt på välbefinnande efter hjärtrehabiliteringsprogrammets slut.

Diskussion

Välbefinnande utgörs av flera delar som interagerar med varandra samtidigt som de är viktiga var och en för sig. Hur välbefinnandet påverkas och upplevs hos patienten är beroende av situation, personlighet och förutsättningar.

Sammanfattning

Att delta i hjärtrehabilitering leder på flera sätt till ett ökat välbefinnande. För att stärka fler till ett positivt utfall av programmen måste stor vikt läggas på att individanpassa grupprehabiliteringen.

Keyword: coronary artery disease, cardiac rehabilitation, wellbeing

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kranskärslssjukdom	1
Symtom	1
Riskfaktorer	2
Krishantering	3
<i>Kris</i>	3
<i>Coping</i>	3
Hjärtrehabilitering	4
Livskvalitet	4
Välbefinnande	5
SYFTE	6
METOD	6
RESULTAT	7
Välbefinnande	7
<i>Vitalitet och lindring av symtom</i>	7
<i>Trygghet och kontroll</i>	7
<i>Självförtroende och självkänsla</i>	8
<i>Kunskap</i>	8
<i>Samhörighet och gemenskap</i>	9
<i>Professionellt stöd</i>	9
<i>Struktur</i>	10
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
Konklusion	13
REFERENSER	14

Bilaga

Artikelpresentation

INLEDNING

Hjärtsjukvård är ett område som vi tidigt bestämde oss för att skriva om då vi båda har ett stort intresse av kardiologi, samt att en av oss har några års yrkeserfarenhet inom forskning, behandling och vård av patienter med kranskärlssjukdom. Av detta framkom vår tanke om att inrikta oss på patienter i hjärtrehabiliteringsprogram. Att drabbas av kranskärlssjukdom innebär ofta en livskris för patienten. Detta ställer stora krav på oss som vårdpersonal i vår roll att stödja och stärka denne till ett bättre välbefinnande. Hjärtrehabiliteringen är idag något som erbjuds flertalet patienter som drabbats av sjukdomen och syftar till att hjälpa patienten att få ett fysiskt, psykiskt välbefinnande samt att återgå till ett så normalt och socialt liv som möjligt. Förståelse av vad det innebär att genomgå hjärtrehabiliteringsprogram ur individens perspektiv gör att vårdpersonalen kan tillgodose patientens behov i större utsträckning och få en ökad insikt i dess situation.

BAKGRUND

Kranskärlssjukdom

Kranskärlssjukdom är en av våra stora folksjukdomar i Sverige. Runt 1 % av landets befolkning besväras av kärlkramp och ungefär 30 % av alla dödsfall per år beror på kranskärlssjukdom (1). På senare år har de akuta hjärtinfarktarna minskat medan förekomsten av angina pectoris tilltagit (2). Denna utveckling beror troligen på den ökade medellivslängden i landet i samverkan med tidigare diagnostik och insättande behandling (1). Förändringar i kranskärlet kan ses som en del i den fysiologiska åldringsprocessen. Det är emellertid vanligt att sjukdomen drabbar en stor andel av befolkningen i tidigare åldrar (3).

Symtom

Angina pectoris innebär bröstsmärta orsakad av syrebrist i hjärtmuskeln. Denna syrebrist uppkommer vanligtvis till följd av förkalkningar i hjärtats kranskärl (1). Symtom på smärtor vid kärlkramp beskrivs ofta som en tryckande, kramande, brännande eller tyngdkänsla över bröstet. Den är ofta belägen mitt i bröstkorgen men kan även uppträda i mellangärdet. Smärtan kan stråla ut i armar, upp till hals, käkar eller ut till rygg. I vissa fall är smärtan endast lokaliserad till armar, hals och käkar (4). Symtom på angina kan också vara ångestupplevelse med lufthunger (5) samt oförklarlig trötthet eller matthet (6).

Stabil angina pectoris betecknas som kärlkramp vilken har pågått mer än tre månader och varit oförändrad i karaktär. Den vanligaste formen är ansträngningsutlöst angina (effortangina) vilken utlöses vid fysisk eller psykisk ansträngning och avtar efter ett par till 15 minuters vila (3).

Instabil angina pectoris är ett uttryck för antingen nydebuterad eller plötsligt försämrade stabil angina ofta med tillkomst av smärta vid vila. Vid instabil angina har vanligtvis nytillkomna förändringar uppkommit i kranskärlen såsom spasm eller bristning av åderförkalkningsplack (5). En blodproppsbildning kan delvis eller kortvarigt täppa till kranskärl (4). Smärtorna som kan liknas de vid hjärtinfarkt kan vanligen kureras med kärlvidgande läkemedel men återkommer oftast (5).

Hjärtinfarkt innebär ett permanent stopp av blodflödet i ett eller flera kranskärl. Utlösande faktor till detta är vanligtvis en bristning i ett åderförkalkningsplack samt en därefter pålagrad blodproppsbildning. Ett längre stopp än 15-30 minuter innebär en påbörjad skada på hjärtmuskulaturen (3). Symtomen kan vara plötsligt påkommande bröstsmärta vid vila eller ansträngning. Smärtorna kan vara fluktuerande eller ihållande med utstrålning eller diffus lokalisering. Ibland är ångest, illamående, kallsvetthet och andfåddhet mer påtagligt än själva smärtupplevelsen (4).

Kranskärslsjukdom är en kronisk sjukdom vilket innebär att behandling aldrig kan vara kurativ. Sjukdomen är något de drabbade måste leva med. Behandlingsformer som: by pass operation, ballongdilatation och läkemedel ges i sekundärt preventivt syfte för att minska skador och symptom samt i syfte att reducera risken för återinsjuknande (1).

Riskfaktorer

Orsaken till varför vi drabbas av kranskärslsjukdom är fortfarande oklar men ett flertal förhållanden som har betydelse för utvecklandet är kända, så kallade riskfaktorer. Av dessa är det framför allt rökning, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes och låg fysisk aktivitet som visat starkt statistiskt och kausalt samband (3). Dessa faktorer är delvis relaterade till livsstil och delvis till ärftlighet (4). Övriga faktorer som spelar roll i sjukdomens utveckling är psykosocial situation, stress och mental hälsa. Forskning har visat att människor som tillhör en låg social klass i större utsträckning drabbas av kranskärslsjukdom, (7) så även de som lider av depression och ångests (8).

Orsaken till kranskärslsjukdom är komplex där påverkan från miljö, livsstil, fysiska och psykiska förutsättningar spelar in. Många av de fysiologiska riskerna är tätt sammanknutna med det emotionella och psykosociala. Som exempel kan den psykosociala situationen leda till frustration och missnöje, vilket i sin tur kan leda till aggression och depression. Med detta följer en fysiologisk reaktion i form av stresshormoner som är ogynnsamma för sjukdomen i det långa loppet. Denna situation kan i sin tur leda till att levnadsvanorna förändras negativt i form av sämre kost och inaktivitet som vidare leder till utvecklandet av högt blodtryck, höga blodfetter och diabetes (9).

Krishantering

Kris

Upplevelser i samband med hjärtinfarkt eller kärlekskramp leder ofta till ett kristillstånd. Detta tillstånd innebär en stor ångest och oro för individen (4). Var tredje patient som skrivs ut efter vårdtillfället har symtom på depression (6).

Cullberg definierar *traumatisk kris* som: ”individens psykiska situation vid yttre händelse av sådan art och grad att han upplever sin fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller andra livsmål allvarligt hotade” (10 sid 41).

Cullberg (11) beskriver krisreaktionens förlopp som en genomgång av fyra faser. Den första fasen kallas *chockfas* och kännetecknas av kaos och oförmåga för individen att tänka rationellt och ta till sig vad som hänt. Nästa fas är *reaktionsfasen* där den drabbade söker mening i det som hänt för att kunna ta till sig det inträffade. I *bearbetningsfasen* börjar en acceptans att infinna sig och en inledning till att förlika sig med belägenheten. Cullberg betonar bearbetningsfasen som känslig där extra stöd kan behövas för att kunna ta sig vidare till nästa fas. En framtidstro styrks i *nyorienteringsfasen* då individen försonats med sin situation och kan finna nya positiva värderingar ur det som skett (11).

Coping

Coping kan förklaras som de strategier människan har för att möta stressituationer och dess konsekvenser. Strategierna kan delas upp i *problemfokuserade* och *känslomässigt fokuserade* strategier. I problemfokuserade strategier intas ett objektiva förhållningssätt där individen ser på situationen rationellt. Utmärkande drag är analysering, strukturering, målsättning och att intala sig själv att klara situationen. Känslomässigt fokuserade strategier kan vara oro, aggressivitet, nervositet och att skylla situationen på andra. Denna fas tillhör den normala krisreaktionen initialt.

Strategierna (problemfokuserade och känslomässigt fokuserade) kan delas upp i ytterligare två delar, *positiva* och *negativa*. Den positiva avser att en person har god förmåga att hantera en situation utan långvarigt förnekande eller negativa känslor. Vid negativ coping är situationen svårare att hantera på grund av förnekande och skuld-känslor. Vilka copingstrategier en person har tillgång till och hur de används är beroende på individens personlighet, erfarenhet och kunskapsnivå (12).

Hjärtrehabilitering

Prevention av kranskärslssjukdom inriktar sig framför allt på att identifiera, reducera och förändra identifierade riskfaktorer i avseende att förbättra/bibehålla den fysiska och psykiska hälsan och minska risken för återinsjuknande (5). Hjärtrehabilitering utgör en viktig del av detta och erbjuds idag patienter som drabbats av akut kranskärslssjukdom vilken krävt behandling. Hjärtrehabilitering syftar till att få patienten i bästa möjliga fysiska och psykiska skick så att en återgång till ett fullödigt socialt liv möjliggörs. Hjärtrehabiliteringen är uppdelad i tre olika faser:

Fas I- *sjukhusfasen*. Denna fas omfattar tidig mobilisering, information och riskbedömning före hemgång.

Fas II- *rekonditionering och tidig uppföljning*. Denna fas sträcker sig över de första tre till sex månader efter insjuknandet. Den innehåller information för patient och närstående, fysisk träning, rökavvänjning, dietråd, psykosocialt stöd och intervention samt återgång till arbete och ett aktivt dagligt liv.

Fas III- *underhållsfasen*. Denna fas innebär en livslång uppföljning och behandling av riskfaktorer, bevarande av en fysiskt aktiv och rökfri livsstil (6 sid 54).

Fysisk träning utgör grundstenen i ett hjärtrehabiliteringsprogram och utförs ofta i grupp. Den vanligaste formen är motionsträning i 45 minuter två till tre gånger i veckan (13). Definitionen av fysisk träning är inte synonymt med fysisk aktivitet. Med fysisk aktivitet menas alla tillfällen då skelettmuskulaturen används i det dagliga livet. Fysisk träning avser fysisk aktivitet som är strukturerad, planerad, repetitiv och målmedveten för att förbättra eller bibehålla konditionen (14).

Fysisk träning vid hjärtrehabilitering har visat sig ha flera positiva effekter på riskfaktorer, såväl fysiska som psykiska. Förbättring av hjärtmuskelkapacitet, blodfetter, blodtryck och koagulationslösningsfaktorer (15) samt lindring av depression, oro och ångest är några av dem (16).

Fysisk träning som rehabilitering och sekundärprevention hos människor som drabbats av kranskärslssjukdom minskar också risken för dödlighet och återinsjuknande i sjukdomen (14).

Livskvalitet

Det finns ingen generellt accepterad definition av livskvalitet. WHO (17) definierar livskvalitet som ”individens uppfattning om sin position i livet mot bakgrund av den kultur och det värdesystem i vilket de lever och i relation till deras mål, förväntningar, värderingar och bekymmer”. Livskvalitet innefattar såväl subjektiva som objektiva delar. En viss miniminivå av hälsostatus, ekonomi och arbete är objektiva företeelser som visat sig korrelera till graden av livskvalitet hos individen. Dock har de objektiva delarna olika betydelse för individens subjektiva uppfattning av livskvalitet (18). Välbefinnandet utgör en del av livskvaliteten.

Välbefinnande

Att ha välbefinnande betyder att befinna sig i ett positivt mentalt tillstånd. Vår upplevelse av detta tillstånd påverkas såväl av yttre faktorer som inre. Hur individen upplever välbefinnande beror på hur han eller hon reflekterar och tolkar känslor och upplevelser som de ställs inför och på vilket sätt de agerar utifrån dem (18). Bowling (19) beskriver välbefinnande som en dimension bestående av lycka, livstillfredsställelse, moral, självuppskattning och en känsla av sammanhang. Välbefinnande är en subjektiv upplevelse och Katie Eriksson (20) menar att sjukdom inte behöver relatera strikt till upplevelsen av välbefinnande. Välbefinnande kan finnas trots sjukdom liksom kan illabefinnande upplevas utan sjukdom.

Benner och Wrubel (21) använder begreppet välbefinnande istället för hälsa, eftersom de anser att begreppet hälsa är förknippat med fysiologiska, objektiv upplevelser. De anser att välbefinnande innefattar den levda erfarenheten av hälsa, liksom illabefinnande innefattar den levda erfarenheten av sjukdom. Välbefinnande definieras som överensstämmelse mellan en persons möjligheter och handlingar samt upplevda mening och bygger på omsorg och att känna att någon bryr sig om en. Välbefinnande är betingat av sammanhang och relationer och är praktiserandet och erfarenheten av situationsbetingad möjlighet. Eftersom välbefinnande är förkroppsligt, sker erfarenheten av möjlighet inte genom kroppsförnekelse utan snarare genom att återfå tron på kroppens krafter.

Lennart Nordenfeldt (18) betonar tre områden som han anser är av central betydelse för välbefinnandet: *sensationer*, *emotioner* och *sinnesstämning*. Sensationer utgörs av kroppsliga upplevelser som är fysiskt avgränsade och lokaliserade till ett specifikt område som exempel smärta. Emotioner är känslor som riktar sig mot yttre objekt såsom glädje, hat, sorg, förtvivlan eller lycka över att ha presterat något. Sinnesstämning som lugn, harmoni, nedstämdhet och ångest är känslor som inte bestäms till någon del av kroppen utan utgör en bestämning till kroppen som helhet.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av att delta i hjärtrehabiliteringsprogram och dess påverkan på välbefinnandet hos patienter med kranskärslsjukdom.

METOD

Studien bygger på vetenskapliga artiklar sökta via databaserna PubMed och CINAHL samt vetenskapliga tidskrifter. Begränsningar i sökningen omfattades till engelska språket. Tidsbegränsning utfördes inte med avsikt av att få med all tillgänglig kunskap. Manuell sökning utgjordes av referenser i funna artiklar och relaterade länkar i databaserna. En artikel (referens 23) hittades via personliga kontakter. Granskade artiklar valdes utifrån informationen de gav i titel och abstract. Artiklar som slutligen valdes studerades utifrån peer reviewed och struktur för att stärka tillförlitligheten.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Valda artiklar (referenser)	Sökdatum
PubMed	Cardiac rehabilitation AND wellbeing	115	25,38,39	2007-03-27
	Cardiac rehabilitation AND quality of life	578	24,29	2007-03-27
	Cardiac rehabilitation AND experiences	70	28,31,32,36	2007-03-29
	Coronary artery disease AND experiences AND nursing	10	37	2007-04-13
CINAHL	Cardiac rehabilitation AND qualitative	82	33	2007-04-13
	Cardiac rehabilitation AND perspective	70	26,41	2007-04-13
Manuell sökning			23,27,30,34 35,40	2007-04-14

Ytterligare sökord och sökordskombinationer användes. Dessa har vi valt att inte presentera i tabellen då de inte gav något resultat. Analysen av de kvalitativa artiklarna skedde via induktiv metod. Uttryck och textenheter tolkades för att sedan sorteras i uppkomna teman (22). I de kvantitativa artiklarna som användes studerades helheten, samt specifikt enstaka delar var för sig vilka var presenterade i artiklarnas resultat. Därefter användes dessa delar för att styrka de kvalitativa fynden och i visst avseende fånga delar av effekter som inte beskrivits i densamma. Vårt resultat presenteras utifrån uppkomna teman: *vitalitet och lindring av symtom, trygghet och kontroll, självförtroende och självkänsla, kunskap, samhörighet och gemenskap, professionellt stöd samt struktur i dagliga livet.*

RESULTAT

Välbefinnande

Vitalitet och lindring av symtom

Flera av studierna vid litteraturgenomgången visade att deltagare i träningsbaserade hjärtrehabiliteringsprogram upplevde ett ökat välbefinnande då de gjort flera vinster av fysisk karaktär som symtomlindring och ökad vitalitet.

I Adamssons et al. studie (23) uttryckte deltagarna att den fysiska träningen gav dem personliga vinster i form av ökad styrka, kondition samt viktkontroll. Detta styrktes i Mitchells et al. (24) studie, vars deltagare rangordnade träningen som en av de viktigaste delarna för deras välbefinnande. Träningen gav ökad energi (24, 25, 26) ökad flexibilitet (24) och stärkte förmågan att kunna slappna av (26). Vidare visade litteraturgenomgången att rehabiliteringsprogrammet även ledde till en förbättring av symtom såsom bröstsmärta och andfåddhet (25, 27). Detta påverkade i sin tur välbefinnandet i positiv riktning eftersom deltagarna upplevde att de orkade mer (28). Ståhle et al. (29) samt Lidell och Fridlund (30) visade i sina longitudinella studier att de som deltagit i hjärtrehabiliteringsprogram hade bättre fysisk kapacitet över tid och upplevde sig mer fysiskt aktiva än de som inte deltagit. Resultat visade också en tendens till att de som deltagit skattade sitt allmänna välbefinnande högre på lång sikt, jämfört med dem som inte deltog (29).

Trygghet och kontroll

Rädsla och osäkerhet var vanliga känslor hos deltagarna vid början av hjärtrehabiliteringen, främst relaterat till den träningsbaserade delen. Känslorna uppkom av att inte längre veta vad den egna kroppen klarade av (31, 23). Genom att lära känna sin kropps begränsningar fick deltagarna efter hand en förståelse för hur mycket de kunde anstränga sig fysiskt (31). Tilliten till kroppens förmåga och kännedom om dess begränsningar bidrog till en ökad känsla av trygghet (23, 31, 32). Att träna under övervakning av professionell personal som kunde ingripa i fall något skulle hända skapade en trygghetskänsla (28, 31). I studien av Adamsson et al. (23) beskrevs att deltagarna gick från en yttre trygghet till en inre trygghet vilket var förutsättningen för att senare kunna vara fysiskt aktiva på egen hand. De beskrev ytterligare hur trygghet och kontroll skapades hos deltagarna genom att låta dem bli delaktiga i sin träningsbaserade rehabilitering. Detta åstadkom via ett träningsprotokoll där de kunde följa sin träning och sina förändringar i hälsostatus. Vikten av delaktighet belystes också av Henriksen och Rosenqvist (33) där deltagare uttryckte att de upplevde sig följa ett program som de inte kunde påverka eller anpassa till sitt liv. Michie et al. (34) påvisade också att ett rehabiliteringsprogram stärkte känslan av kontroll över sin sjukdom. I denna studie fann man ett samband mellan känsla av kontroll och graden av ångest/depression vilket inverkar på slutresultatet. I Moores och Kramers studie (35) uttrycktes en saknad av möjligheten att få sätta egna mål och välja vilken form av fysisk träning som skulle utföras. Detta visades även i Moores studie (36) där deltagare tyckte att det var enformigt att bara träna på löpband och cykel och att de ville ha andra träningsalternativ.

Självförtroende och självkänsla

Ökat självförtroende var ett av de mest förekommande svaren då deltagare tillfrågats om vilka positiva effekter de uppnått med hjärtrehabilitering (31, 28, 26, 37, 23). Clark (28) kom i sin studie fram till att ökat självförtroende var en av de centrala nyttoeffekterna av hjärtrehabilitering och en förutsättning för efterföljande livsstilsförändringar. En ökad tro på sig själv och sina kunskaper ledde till att deltagarna vågade träna och blev motiverade till livsstilsförändringar (28, 31). Van Houten et al. (38) fann i en randomiserad studie att de som inte deltagit i rehabiliteringsprogram uppfattade sig själva som mer handikappade än de som deltagit.

Några av deltagarna i Clarks et al. studie (31) som uttryckte att rehabiliteringen inte hjälpt dem angav saknad av självförtroende och självkänsla som en av orsakerna till detta. De upplevde aldrig någon känsla för sin kropps gränser och blev därför rädda att anstränga sig. Detta inverkade på deras dagliga liv och uttrycktes i rädsla och osäkerhet. När de inte kände sin kropps gränser ökade den psykiska känsligheten för att hantera saker i det dagliga livet (31). I Henriksen och Rosenqvists studie (33) sade deltagare att de kände sig övergivna och ensamma efter att rehabiliteringsprogrammet var avslutat, vilket ledde till en passivisering av deras fortsatta liv. Carless et al. (39) fann att de individer som uttryckte låg självkänsla och hade personlighetsdrag av rädsla, pessimism och oro hade sämre utfall efter rehabiliteringsprogrammet i form av högre grad av depression och ångest. Vidare upplevde de sig också mindre tillfredställda med sin livssituation.

Kunskap

Råd och information skapade större motivation till fortsatt rehabilitering (40). I Dolansky et al. studie (28) uppgav deltagarna att information var den viktigaste komponenten i programmet. Lidell och Fridlund (30) visade i en femårsuppföljning att de som deltagit i hjärtrehabilitering hade en större kunskap om sin sjukdom och färre missuppfattningar om den jämfört med dem som inte deltagit.

I Clarks et al. studie (31) uppgav få av deltagarna att ny kunskap runt hjärtrehabiliteringen var av betydelse för deras livsstilsförändringar. De tillägnade i stället det stärkta självförtroendet effekten. I Henriksen och Rosenqvists (33) studie framkom att deltagare upplevde att de fick för lite och tvetydig information från olika delar inom vårdkedjan. De sade vidare att den lilla kunskap de hade om sin situation ofta var given i en tidig fas av deras rehabilitering då de inte upplevde sig mottagliga att ta till sig informationen.

Samhörighet och gemenskap

Deltagande i gruppbaserad hjärtrehabilitering gav tillfälle att träffa andra i samma situation med liknande rädslor, problem och behov. Genom detta utvecklades en samhörighet som inverkade positivt på välbefinnandet (31, 32, 28, 23). Att befinna sig i denna homogena grupp bidrog till att deltagarna upplevde att de kunde vara sig själva med sina fördelar och brister (23). Samhörigheten stärkte motivationen att delta och skapade ett ömsesidigt uppmuntrande hos deltagarna. Att se andra hjärtsjuka bli fysiskt bättre fick dem att tro på sig själva i sin strävan att bli bättre. Gemenskapen ledde till att de kunde stödja och sporra varandra i rehabiliteringen (31). Den sociala interaktionen blev en slags katalysator för gruppen att sträva efter det gemensamma målet att bli friskare (23).

Gruppträningen gav också möjlighet för deltagarna att jämföra sig med varandra. I denna jämförelse med andra deltagare blev resultatet en ökad sjukdomsinsikt. Jämförelsen med andra deltagare kunde till exempel innebära att en individ gavs möjlighet att börja uppfatta sig själv som relativt pigg och frisk (31, 23). I träningen kunde deltagarna vara förebilder för varandra, vilket fick dem att känna stolthet och glädje (23).

Stetson et al. (40) frågade individer varför de fortsatt träna i grupp efter rehabiliteringen. Majoriteten svarade att det var för hälsans skull medan tio procent av de tillfrågade uppgav den sociala gemenskapen som främsta eller näst främsta anledningen. Det var också dessa personer som deltog på flest träningspass i veckan.

I början av rehabiliteringsprogrammet kunde deltagarna uppleva ett visst obehag av att träna tillsammans med andra. Det förklarades som en känsla av pinsamhet. För vissa minskade detta obehag med tiden och känslan av samhörighet infann sig (31, 32). Andra upplevde inte detta och det var en bidragande orsak till att de slutade i rehabiliteringsprogrammet (32). En saknad av den sociala gemenskapen var också på sikt en orsak till varför de inte fortsatte med fysisk träning på egen hand efter programmet (31). I Dolanskys et al. (28) och Moores (36) studier tyckte deltagarna att tillfällena för social gemenskap inom rehabiliteringsprogrammet var för få.

Professionellt stöd

Personalen ansågs spela en viktig roll för att hjälpa människor med fortsatt beteendeförändring (31). Deras individuella stöd och engagemang var av stor betydelse (26) och deras uppmuntran stärkte deltagarna mentalt (31, 33). Att diskutera sina framsteg i programmet var av stor vikt för deltagarna (33). Kvinnor som deltagit i hjärtrehabiliteringsprogram visade sig i Wieslanders et al.(41) studie vara i behov av mindre stöd från närstående och sjukvård i en fyraårsuppföljning, gentemot de som inte deltagit.

Struktur i dagliga livet

Att få en struktur att förhålla sig till efter hjärthändelsen var viktigt för de medverkande. Rehabiliteringsprogrammet erbjöd denna struktur och ansågs vara en viktig del för att fullfölja programmet (24). Deltagarna i Keatons och Pierces studie (37) tillskrev också det strukturerade programmet grunden till deras känsla av ökat välbefinnande. Programmets kontinuitet gjorde att träningen blev en integrerad del i vardagen (31). Vikten av struktur styrktes också av Henriksens och Rosenqvists studie (33) där deltagare i hjärtrehabiliteringsprogrammet uppgav en saknad av den. I Mitchells et al. studie (24) skaffade sig deltagarna en egen struktur för träning efter att ha avslutat programmet. Utifrån denna planerade de sitt arbete och sin fritid. För dem sattes träningstillfällena i första hand.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vår avsikt med litteraturstudien var från början att undersöka hur fysisk träning påverkar livskvalitet hos patienter med kranskärslsjukdom. Vid en första sökning fann vi att de flesta studier som innefattar detta område beskrivs ur ett perspektiv då patienter genomgår hjärtrehabilitering där fysisk träning är en huvudkomponent. Vi valde därför att ändra vår frågeställning till att undersöka hur hjärtrehabilitering upplevs hos patienter med kranskärslsjukdom och vilken påverkan denna rehabilitering har på individens livskvalitet.

Livskvalitet visade sig vara ett så pass omfattande område att vi fann det svårt att få med alla delar utan att arbetet skulle upplevas brett och ospecifikt. Därför inriktade vi oss på begreppet välbefinnande vilket speglar den subjektiva upplevelsen väl och är ett centralt begrepp inom omvårdnadsvetenskapen.

Att finna kvalitativa artiklar som beskriver upplevelsen ur patientens perspektiv visade sig vara svårt både kvantitetsmässigt och kvalitetsmässigt. Majoriteten av de artiklar som studerar effekten av hjärtrehabilitering är gjorda ur en kvantitativ ansats där olika mätinstrument används beroende på vad forskaren anser passa hans/hennes frågeställning. Dessa artiklars resultat belyser inte den individuella subjektiva upplevelsen hos patienten, utan i stället förutbestämda områden inom välbefinnande i avsikt att belysa och jämföra effekter av något.

Då vi ansett oss ha täckt in alla delar i sökområdet baserade vi resultatet på nitton artiklar varav nio stycken är gjorda med en kvalitativ metod. Sju av studierna var genomförda i Sverige (två kvalitativa), sex var från USA (fyra kvalitativa), ytterligare fem från Storbritannien (tre kvalitativa) samt en från Holland. Kategorin av patienter inkluderade i de artiklar vi använt är patienter som haft hjärtinfarkt och/eller angina pectoris vilket behandlats med mediciner, PCI (ballongvidgning) eller CABG (by pass operation). Studier baserade på hjärtsvikt och hjärtransplantationspatienter exkluderades då de även innefattade patienter utan kranskärslsjukdom vilka inte ingår i vårt syfte.

Flera av de kvantitativa studier vi fann studerade specifika tilläggsprogram eller ökade insatser inom vissa områden av hjärtrehabiliteringen. Dessa artiklar valdes bort då vi ville se hur programmen i sin helhet påverkade välbefinnandet. Kvalitativa artiklar som baserades på patienter som ännu inte genomgått rehabiliteringsprogrammet valdes också bort.

En av de kvalitativa artiklarna fann vi via personliga kontakter. Denna artikel är ännu inte publicerad men har blivit accepterad och granskad av en tidskrift. Namnet på tidskriften kan inte tillkännages av författarna men tillåtelse att använda den gavs. Då den väl belyser patienters upplevelser, tillsammans med våra svårigheter att finna kvalitativa artiklar av värde, ansåg vi det vara av stor vikt att även inkludera denna. Samtal fördes med handledare som gav sitt godkännande.

Trots geografisk spridning upplever vi att artiklarnas resultat speglar varandra i många avseenden. En påverkan av samhällsstruktur, kultur och religion får ändå ses som en möjlighet till inverkan på artiklarnas resultat. Skillnader beroende på kön eller ålder presenteras inte i vårt resultat på grund av att det inte ingick syftet med studien.

Resultatdiskussion

Resultatet av vår litteraturstudie visar på att ett flertal faktorer med betydelse för välbefinnandet påverkas av hjärtrehabilitering. En av de mest betydande delarna för deltagarnas fortsatta välbefinnande efter hjärtrehabiliteringen var stärkt självförtroende och självkänsla. Denna känsla var starkt sammanbunden med de andra faktorerna vi fann såsom trygghet, samhörighet och kontroll. Utan trygghet var det svårt att uppnå självförtroende. Tryggheten i sig själv fann deltagarna genom social/professionell gemenskap och stöd samt genom kunskap och kontroll över situationen. Således interagerar alla delar med varandra, samtidigt som de är viktiga för välbefinnandet var och en för sig.

Att gå från yttre trygget till inre trygghet som Adamsson (23) beskriver, stämde väl överens med resultaten från övriga kvalitativa studier. Om deltagarna funnit inre trygghet tycktes inte visa sig förrän de avslutat programmet och börjat återgå till sitt normala liv. Ibland lyckades patienter bli självständiga och klara sig på egen hand efter rehabiliteringen medan andra inte lyckades. Detta kan bero på att de inte utvecklade inre trygghet. Dessa patienter tycks ha upplevt falsk eller yttre trygghet som bara höll i medan de befann sig i rehabiliteringsprogrammet. Bristen på inre trygghet yttrade sig senare hos en del patienter som ett passivt liv efter rehabiliteringen eller en känsla av övergivenhet. Andra skapade en osund fixering kring sitt träningsprogram där träning prioriterades före dagligt liv och arbete. En fråga vi ställer oss är hur de som låser sig fast vid träning mår om de på ett eller annat sätt blir tvungna att avstå från den en kortare eller längre tid?

Alla patienter upplevde inte ett positivt utfall av hjärtrehabiliteringen. Detta kan vara beroende av vilken del av krishanteringsfasen de befunnit sig i vid start och slut av programmet. Cullberg (11) beskriver bearbetningsfasen som en känslig del med normalförlopp på upp till ett år. Flertalet av patienterna borde sannolikt befinna sig inom denna fas då rehabiliteringsprogrammen oftast varar upp till ett halvår. Då varje människa är unik måste också den tid hon behöver på sig variera. Därför är det viktigt att hjärtrehabiliteringen möter patienten där han eller hon befinner sig. Väl anpassade och avvägda insatser av träning, livsstilsrådgivning, stresshantering och psykologisk hjälp gör rehabiliteringen individanpassad.

Hjärtrehabiliteringen har även betydelse för att hjälpa patienten att inte ta till strikt känslomässiga strategier vilka kan inverka negativt på utfallet. Stöd och hjälp är av central betydelse för att förse patienten med vilja och medel för att förbättra sitt välbefinnande, stärkas i sin självständighet och börja blicka framåt.

Att drabbas av kranskärslsjukdom kan innebära en identitetskris. Den man var och det man gjorde tidigare kan kännas avlägset i den situation man nu befinner sig i. Rehabiliteringsprogram kan erbjuda stöd och hjälp samt en struktur att förhålla sig till vilket påverkar möjligheten att återfå sin identitet. Samhörigheten och stödet från de andra deltagarna verkar ha en betydande del i denna process.

Den för uppsatsen använda litteraturen som beskrev begreppet välbefinnande fann vi väl överensstämmande med de faktorer som avspeglade sig i vårt resultat.

Benner och Wrubel (21) beskriver välbefinnande som att återfå tron på kroppens krafter. Detta kan kopplas ihop med deltagarnas positiva känslor av ökad kroppskänning i samband med träning. Tron på sig själv resulterade i stärkt självförtroende och självkänsla. Vidare pekar Benner och Wrubel på betydelsen av relationer, omsorg och vikten av att känna att någon bryr sig om en (21). Detta framkommer tydligt hos deltagarnas i deras samhörighet, stöttande av varandra och saknaden av den sociala gemenskapen efter programmets slut.

Bowlings (19) aspekt av välbefinnande som självuppskattning och Nordenfeldts (18) teori om emotioner kan knytas till deltagarnas känsla av glädje och stolthet som de upplevde i samband med hjärtrehabiliteringsprogrammet. Känsla av sammanhang som en aspekt av välbefinnande enligt Bowling (19) styrktes hos deltagarna genom kunskap, stöd och möjligheten att uppleva kontroll över sin situation.

Nordenfeldt (18) använder området sensationer som en ytterligare del för välbefinnandet. Patienternas uttryck om en positiv påverkan på fysiska symtom i form av bröstsmärta och andnöd kan tydligt kopplas till denna del.

Artiklarna vi analyserat skilde sig åt på flera sätt. En del gav en djupare och vidare beskrivning av välbefinnandet medan andra gav en mer ytligare information. Vi anser att resultatet av litteraturstudien har gett oss ett övergripande svar på vårt syfte. Den nya kunskap vi fått fram vilket belyser processen i ett hjärtrehabiliteringsprogram och delar väsentliga för välbefinnandet, är något vi anser vara av stor nytta i vården av patienter med kranskärlssjukdom. Kunskapen om vad som upplevts bra, dåligt, svårt, lätt och vad som har påverkat vad, gör att vi som sjuksköterskor kan stödja patienten genom dennes sjukdomsförlopp. Med större kunskap om de individuella upplevelserna kommer vi att vara mer lyhörda för var patienten befinner sig mentalt samt vilka önskningar och mål han eller hon uttrycker.

En vidare inblick inom detta område vore att titta på patienters uppfattning av hjärtrehabilitering och vad som påverkar dem till att delta eller inte delta. Detta skulle vara av intresse bland annat för att vårt resultat visar på en obekväm negativ känsla innan programmet som hos ett flertal patienter sedermera blev positiv. Större kunskap om faktorer som spelar en roll för valet av rehabiliteringsmetod skulle ge ytterligare inblick och möjlighet att påverka det individuella välbefinnandet för patienten.

Konklusion

Hjärtrehabiliteringsprogram ger förutsättningar och möjligheter för patienter att uppnå bättre välbefinnande. Tillsammans med andra ges möjlighet att stärkas i sin identitet och återfå kontroll över sitt liv. Trots detta får inte alla ett positivt utfall av välbefinnande efter hjärtrehabilitering. Var individen befinner sig i sin livssituation, vilka resurser hon eller han har och vad man strävar efter samt vilka mål man har är några faktorer som kan vara av betydelse för detta utfall. Rehabiliteringsprogram måste därför sträva efter att vara individanpassade. Som människor är vi alla olika både före, under och efter händelser som påverkar våra liv, och måste därför betraktas olika för att finna vägen till ett liv i välbefinnande.

REFERENSER

- 1 Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för kranskärslssjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
- 2 RIKS-HIA. Årsrapport 2005. Uppsala: Matador Kommunikation AB; 2006.
- 3 Persson S. Kardiologi- hjärtsjukdomar hos vuxna, fjärde upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1998.
- 4 Wallentin L (red). Akut kranskärslssjukdom andra upplagan. Stockholm: CASAB; 2002.
- 5 Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar, andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2002.
- 6 Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
- 7 Bengtson A. Social omgivning. I: Billing E (red). Psykosociala perspektiv på kranskärslssjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2000. sid 13-17.
- 8 Billing E. Beteende, psykologiska reaktioner. I: Billing E (red). Psykosociala perspektiv på kranskärslssjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2000. sid 18-28.
- 9 Billing E. Inledning. I: Billing E (red). Psykosociala perspektiv på kranskärslssjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2000. sid 9-12.
- 10 Cullberg J. Dynamisk Psykiatri. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur; 1999.
- 11 Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur; 2006.
- 12 Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer cop; 1999.
- 13 Ehrenkrona N, Öman A. Gruppträning. I: Ehrenkrona N, Öman A red. Rehabilitering vid hjärt- och kärslsjukdomar, andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1994.
- 14 Shepard R, Miller H (red). Exercise and the heart in Health and Disease. USA: Marcel Dekker inc; 1999.
- 15 Ekelund LG. Kardiovaskulära effekter av fysisk träning. I: Ehrenkrona N, Öman A red. Rehabilitering vid hjärt- och kärslsjukdomar, andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1994.

- 16 Curtis AJ. Health Psychology. Anthony J, Curtis. London: Routledge; 2000.
- 17 WHO. Programme on mental health – WHOQOL – measuring quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Tillgänglig 07-03-19.
- 18 Nordenfeldt L. Livskvalitet och hälsa: Teori & Kritik. Solna: Almqvist & Wiksell; 1991.
- 19 Bowling A. A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open university Pr; 2005.
- 20 Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1993.
- 21 Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness. United States of America: Addisson-Wesley Publishing Company, Inc; 1989.
- 22 Svensson PG, Starrin B. Red. Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 1996.
- 23 Adamsson A, Biguet G. Being physically active and exercising regularly - an interview study among high risk patients with coronary disease. Granskad för publikation.
- 24 Mitchell M, Muggli M, Sato A. Cardiac rehabilitation: Participating in an exercise program in a quest to survive. Rehabil Nurs. 1999;24(6):236-9.
- 25 Ståhle A, Mattsson E, Rydén L, Unden AL, Nordlander R. Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events. A 1-year follow-up randomized controlled trial. European Heart J. 1999;20:1475-84.
- 26 Hammond JM, Odley JL, Brodie DA, Bundred PE. Patients' perceptions of exercise-based cardiac rehabilitation. British J of Therapy and Rehabilitation. 1998;5(8):406-408, 421-3.
- 27 Fridlund B, Högstedt B, Lidell E, Larsson PA. Recovery after myocardial infarction – Effects of a caring rehabilitation programme. Scand J Caring Sci. 1991;5(1):23-32.
- 28 Dolansky MA, Moore SM, Visovsky C. Older adults' views of cardiac rehabilitation programs – Is it time to reinvent? J of Gerontol Nurs. 2006;32(2):37-44.
- 29 Hage C, Mattsson E, Ståhle A. Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three- to six-year follow-up. Physiotherapy Research International. 2003;8(1):13-22.

- 30 Lidell E, Fridlund B. Long-term effects of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci.* 1996;10:67-74.
- 31 Clark AM, Whelan HK, Barbour R, MacIntyre PD. A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation. *J of Advanced Nurs.* 2005;52(4):362-71.
- 32 Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD. Promoting participation in cardiac rehabilitation: Patient choices and experiences. *J of Advanced Nurs.* 2004;47(1):5-14.
- 33 Henriksen E, Rosenqvist U. Understanding and practice: A 7-year follow-up study on implementation of a cardiac rehabilitation program. *Qualitative Health Research.* 2002;12(5):671-84.
- 34 Michie S, O'Connor D, Bath J, Giles M, Earll L. Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour. *Psychology, Health & Medicine.* 2005;10(1):88-95.
- 35 Moore SM, Kramer FM. Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features. *J Cardiopulmonary Rehabil.* 1996;16:163-8.
- 36 Moore SM. Women's views of cardiac rehabilitation programs. *J Cardiopulmonary Rehabil.* 1996;16:123-9.
- 37 Keaton KA, Pierce LL. Cardiac therapy for men with coronary artery disease: The lived experience. *J of Holistic Nurs.* 2000;18(1):63-85.
- 38 Van Houten CD, Angenot ELD, Lankhorst GJ, Devillé W, Beckerman H. Functional recovery after cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation.* 2002;16:338-42.
- 39 Carless D, Douglas K, Fox K, McKenna J. An alternative view of psychological well-being in cardiac rehabilitation: Considering temperament and character. *European J of Cardiovascular Nurs.* 2006;5:237-43.
- 40 Stetson BA, Frommelt SJ, Boutelle KN, Cole J. Exercise-related thoughts in cardiac exercise programs: A study of exercise-adherent cardiac rehabilitation patients. *International J of Rehabilitation and Health.* 1995;1(2):125-36.
- 41 Wieslander I, Baigi A, Turesson C, Fridlund B. Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European J of Cardiocascular Nurs.* 2005;4:278-85.

Bilaga – Artikelöversikt

Referens nr 23

Titel: Being physically active and exercising regularly – An interview study among high risk patients with coronary disease

Författare: Adamsson A, Biguet G.

Tidskrift: Granskad för publikation.

Tryckår:

Syfte: Att beskriva hur högriskpatienter - med kranskärslssjukdom – upplevde, efter att ha avslutat deltagande i träningsstudie, att genomföra fysisk träning under lång tid, med uppföljande kontroller.

Metod: Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna bandades, transkriberades och analyserades enligt fenomenologisk metod.

Urval: 14 patienter som alla deltagit i Västsvenska träningsstudien. Patienterna hade sänkt EF och/eller sänkt hjärtfrekvensvariabilitet.

Referenser: 48

Land: Sverige

Referens nr 24

Titel: Cardiac rehabilitation: Participating in an exercise program in a quest to survive

Författare: Mitchell R, Muggli M, Sato A.

Tidskrift: Rehabilitation Nursing

Tryckår: 1999

Syfte: Att utforska och beskriva strategier som individer drabbade av en hjärthändelse använder sig av för att överkomma upplevda hinder relaterade till ett träningsprogram.

Metod: Kvalitativ. Intervjuer individuellt som transkriberades och undersöktes med hjälp av grundad teori.

Urval: Sex individer som deltagit i ett hjärtrehabiliteringsprogram ett år eller längre och fortsatt att delta i minst två hjärträningsskolor per år.

Referenser: 23

Land: USA

Referens nr 25

Titel: Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events – A 1-year follow-up randomised controlled trial

Författare: Ståhle A, Mattsson E, Rydén L, Unden, AL, Nordlander R.

Tidskrift: European Heart Journal

Tryckår: 1999

Syfte: Att utvärdera fysiologiska effekter och självrapporterad livskvalitet hos deltagare efter ett hjärtrehabiliteringsprogram.

Metod: Kvantitativ. Prospektiv, randomiserad studie. Maximal träningskapacitet skattades vid start, tre och tolv månader efteråt. Arbetsprov med EKG gjordes. Uppfattad utmattning mättes med Borgs RPE-skala, bröstsmärta, andfåddhet och bentrötthet mättes med Borgs CR-10-skala. Självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet skattades före randomisering samt vid tre och tolv månaders uppföljning med Karolinskas frågeformulär.

Urval: Konsekutivt urval av 101 patienter över 65 år som haft infarkt eller instabil angina pectoris.

Referenser: 35

Land: Sverige

Referens nr 26

Titel: Patients' perceptions of exercise-based cardiac rehabilitation
Författare: Hammond JM, Odley JL, Brodie DA, Bundred PE
Tidskrift: British Journal of Therapy and Rehabilitation
Tryckår: 1998
Syfte: Att ta reda på patienters perspektiv på hjärtrehabilitering efter ett slutfört 12-veckors träningsbaserat rehabiliteringsprogram.
Metod: Kvantitativ. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär i vilket de kommenterade nyttan av träningspassen och i vilken utsträckning de fått service samt hur den kunde förbättras.
Urval: 101 patienter som slutfört ett 12-veckors rehabiliteringsprogram.
Referenser: 26
Land: Storbritannien

Referens nr 27

Titel: Recovery after myocardial infarction – Effects of a caring rehabilitation programme
Författare: Fridlund B, Högstedt B, Lidell E, Larsson PA.
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science
Tryckår: 1991
Syfte: Att utvärdera ett multifaktoriellt sex-månaders hjärtrehabiliteringsprogram baserat på interdisciplinära vårdande insatser.
Metod: Kvantitativ. Randomiserad studie. Verktygen för att utvärdera patienternas hälsobakgrund och återhämtning baserades på patientjournaler, WHO:s frågeformulär, Life Satisfaction Index skala, Borgs Ratio Property Category-skala, sub-maximala träningstest, och en strukturerad intervju.
Urval: Konsekutivt urval av 178 patienter med infarkt.
Referenser: 25
Land: Sverige

Referens nr 28

Titel: Older adults' views of cardiac rehabilitation programs – Is it time to reinvent?
Författare: Dolansky MA, Moore SM, Visovsky, C.
Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing
Tryckår: 2006
Syfte: Att undersöka äldres förväntningar på och erfarenheter av hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvalitativ. Intervjuer gjordes individuellt och i fokusgrupper.
Urval: 40 individer > 65 år som genomgått hjärtrehabilitering efter ha genomgått infarkt, bypassoperation eller kranskärlsintervention senaste sex månaderna.
Referenser: 34
Land: USA

Referens nr 29

- Titel:** Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three- to six-year follow-up
- Författare:** Hage C, Mattsson E, Ståhle A.
- Tidskrift:** Physiotherapy Research International
- Tryckår:** 2003
- Syfte:** Att utvärdera fysisk aktivitetsnivå, hälsorelaterad livskvalitet och upplevd hälsa tre till sex år efter en akut hjärtinfarkt eller en episod av instabil angina pectoris hos patienter över 65 år och att jämföra resultaten med tidigare uppföljningsdata.
- Metod:** Kvantitativ. Tre till sex år efter en randomiserad studie fick deltagarna som levde postat till sig ett frågeformulär om fysisk aktivitetsnivå, hälsorelaterad livskvalitet och upplevd hälsa.
- Urval:** Av ursprungligen 101 patienter levde 93. Patienterna hade vårdats för infarkt eller instabil angina pectoris.
- Referenser:** 42
- Land:** Sverige
-

Referens nr 30

- Titel:** Long-term effects of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction
- Författare:** Lidell E, Fridlund B.
- Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring Science
- Tryckår:** 1996
- Syfte:** Att undersöka de långsiktiga effekterna av ett sex-månaders rehabiliteringsprogram.
- Metod:** Kvantitativ. Randomiserad studie. Fem-årsuppföljning av tidigare studie.
- Urval:** 84 patienter över 65 år med infarkt.
- Referenser:** 29
- Land:** Sverige
-

Referens nr 31

- Titel:** A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation
- Författare:** Clark AM, Whelan HK, Barbour R, MacIntyre PD
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing
- Tryckår:** 2005
- Syfte:** Att undersöka patienters erfarenheter av hjärtrehabilitering samt uppfattningar om vilka mekanismer och sammanhang som påverkar rehabiliteringens långsiktiga effekt.
- Metod:** Kvalitativ. Patienter med hjärt- kärlsjukdom som gått i hjärtrehabilitering tre år tidigare intervjuades i fokusgrupper.
- Urval:** 47 patienter med hjärtkärlsjukdom.
- Referenser:** 53
- Land:** Storbritannien
-

Referens nr 32

- Titel:** Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences
- Författare:** Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing
- Tryckår:** 2004
- Syfte:** Att jämföra beslutsfattande i samband med deltagande i hjärtrehabilitering hos deltagare, ickedeltagare, och patienter med hög andel av frånvaro i hjärtrehabiliteringsprogram.
- Metod:** Kvalitativ. Fokusgrupper uppdelade efter hög närvaro (mer än 60% närvaro), hög frånvaro (mindre än 60% närvaro) och ickedeltagande (0% närvaro). Grupperna jämfördes med varandra.
- Urval:** 44 Patienter med infarkt eller bypassoperation som var kvalificerade att delta i ett 12-månaders hjärtrehabiliteringsprogram.
- Referenser:** 56
- Land:** Storbritannien
-

Referens nr 33

- Titel:** Understanding and practice: A 7-year follow-up study on implementation of a cardiac rehabilitation program
- Författare:** Henriksen E, Rosenqvist U
- Tidskrift:** Qualitative Health Research
- Tryckår:** 2002
- Syfte:** Att undersöka chefers, vårdpersonals och patienters perspektiv på ett hjärtrehabiliteringsprogram.
- Metod:** Kvalitativ. Individuella intervjuer och två seminarier som hölls med sju års mellanrum.
- Urval:** 18 patienter deltog 1992 och 20 1999.
- Referenser:** 28
- Land:** Sverige
-

Referens nr 34

- Titel:** Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour
- Författare:** Michie S, O'Connor D, Bath J, Giles M, Earll L
- Tidskrift:** Psychology, Health & Medicine
- Tryckår:** 2005
- Syfte:** Att undersöka förändring i tankar, känslor, beteende och hälsa hos patienter i hjärtrehabiliteringsprogram samt att undersöka vad som förutsäger hälsa och hälsosamt beteende.
- Metod:** Kvantitativ. Frågeformulär vid tre tillfällen, två veckor före programmets början och åtta veckor samt åtta månader efter programmets slut.
- Urval:** 62 patienter med infarkt eller bypassoperation.
- Referenser:** 14
- Land:** Storbritannien
-

Referens nr 35

Titel: Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features
Författare: Moore SM, Kramer FM
Tidskrift: Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
Tryckår: 1996
Syfte: Att identifiera och jämföra kvinnors och mäns preferenser för specifika komponenter i ett hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvantitativ. Beskrivande frågeformulär där deltagarna fick skatta betydelsen av 17 komponenter och i vilken utsträckning de hade upplevt de olika komponenterna.
Urval: Konsekutivt urval av 65 individer (33 män och 32 kvinnor) som deltagit i ett hjärtrehabiliteringsprogram minst sex veckor.
Referenser: 29
Land: USA

Referens nr 36

Titel: Women's views of cardiac rehabilitation programs
Författare: Moore SM.
Tidskrift: Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
Tryckår: 1996
Syfte: Att undersöka uppfattningar och erfarenheter hos kvinnor som deltagit i ett hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvalitativ. Intervjuer i två fokusgrupper. Intervjuerna spelades in på ljudband eller videoband och transkriberades. Data analyserades av två läsare.
Urval: 10 kvinnor som deltagit i ett fas 2 rehabiliteringsprogram de senaste sex månaderna.
Referenser: 26
Land: USA

Referens nr 37

Titel: Cardiac therapy for men with coronary artery disease: The lived experience
Författare: Keaton KA, Pierce LL
Tidskrift: Journal of Holistic Nursing
Tryckår: 2000
Syfte: Att undersöka mäns erfarenhet av att delta i ett hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvalitativ. Fenomenologisk metod. Individuella intervjuer som spelades in på ljudband och transkriberades. Intervjuerna analyserades och åtta teman framkom.
Urval: Fem män diagnostiserade med hjärtkärlsjukdom de senaste två åren och som aktivt deltog i fas 2 och fas 3 rehabiliteringsprogram.
Referenser: 21
Land: USA

Referens nr 38

Titel: Functional recovery after cardiac rehabilitation
Författare: Van Houten CD, Angenot ELD, Lankhorst GJ, Devillé W, Beckerman H
Tidskrift: Clinical Rehabilitation
Tryckår: 2002
Syfte: Att studera effekten av ett hjärtrehabiliteringsprogram
Metod: Kvantitativ. Randomiserad studie där fysisk återhämtning, välbefinnande handikapp och oro studerades.
Urval: 40 patienter med en första hjärtinfarkt.
Referenser: 10
Land: Holland

Referens nr 39

Titel: An alternative view of psychological well-being in cardiac rehabilitation: Considering temperament and character
Författare: Carless D, Douglas K, Fox K, McKenna J
Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing
Tryckår: 2006
Syfte: Att undersöka samband mellan humör, personlighet och psykologiskt välbefinnande hos patienter i hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvantitativ. Frågeformulär.
Urval: 81 hjärtpatienter
Referenser: 35
Land: Storbritannien

Referens nr 40

Titel: Exercise-related thoughts in cardiac exercise programs: A study of exercise-adherent cardiac rehabilitation patients
Författare: Stetson BA, Frommelt SJ, Boutelle KN, Cole J
Tidskrift: International Journal of Rehabilitation and Health
Tryckår: 1995
Syfte: Att undersöka patienters tankar och funderingar kring träning i ett hjärtrehabiliteringsprogram.
Metod: Kvantitativ. Frågeformulär.
Urval: 36 patienter som deltog i fas 3 hjärtrehabilitering.
Referenser: 19
Land: USA

Referens nr 41

Titel: Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation
Författare: Wieslander I, Baigi A, Turesson C, Fridlund B
Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing
Tryckår: 2005
Syfte: Att beskriva och jämföra socialt stöd och förändringar av sociala nätverk under en fyra-års period hos kvinnor med infarkt.
Metod: Longitudinell, icke-randomiserad jämförande studie med tester ett och fyra år efter infarkt. Kvinnorna besvarade ett frågeformulär om socialt stöd och socialt nätverk.
Urval: Konsekutivt urval bestående av 153 patienter som hade haft en första infarkt.
Referenser: 58
Land: Sverige
