



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

UPP OCH HOPPA!

Fysisk aktivitet - vägen tillbaka efter hjärtinfarkt

Anette Jansson & Hrvoje Sambar

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Chatarina Löfqvist Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Författarna vill ge ett stort tack till vår engagerade handledare Christopher Holmberg, som var mycket uppskattad i sin handledning och hjälp. Vi har fått snabba svar och konkreta råd. Du är grym, Christopher!

Tack även till alla som hittat och tar sig tid att läsa vårt examensarbete, mycket nöje!

Hälsningar Anette och Hrvoje.

Titel (svensk)	Upp och hoppa! Fysisk aktivitet - vägen tillbaka efter hjärtinfarkt
Titel (engelsk)	Rice and shine! Physical activity - the way back after a myocardial infarction
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Författare	Anette Jansson och Hrvoje Sambar
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning:

Bakgrund: Hjärt-kärlsjukdomar är den största dödsorsaken i Sverige och i världen i stort. Förekomsten är något högre hos män och totalt sett är antalet drabbade på nedåtgående. Fysisk aktivitet har visat sig ha god prevention för dessa sjukdomar och att arbeta hälsofrämjande och förebyggande är en av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Av olika anledningar är följsamheten till fysisk aktivitet varierande. **Syfte:** Syftet med denna uppsats är att beskriva hur patienter som haft en hjärtinfarkt upplever att vara fysiskt aktiva, vad som främjar fysisk aktivitet och vilka rädslor/hinder som finns. **Metod:** Denna uppsats på kandidatnivå är en litteraturöversikt där 17 vetenskapliga originalartiklar valts ut. Dessa innefattar upplevelsen av fysisk aktivitet efter genomgången hjärtinfarkt och har hämtats från två databaser. En kvalitetsgranskning av artiklarna har gjorts och därefter har resultatet sammanställts i teman och subteman. **Resultat:** Två forskningsfrågor har formulerats och teman har identifierats utifrån dessa. Därefter har resultatet delats in i tre subteman vardera för respektive forskningsfråga. Den ena gruppen identifierar hinder och rädslor, den andra gruppen vad som främjar fysisk aktivitet. **Slutsats:** Chock, rädsla och oro är mycket vanligt efter en hjärtinfarkt. Okunskap och missuppfattningar kring vad man ska och kan göra i form av fysisk aktivitet är vanligt. Dock kan en naturlig motivation till livsstilsförändringar uppkomma efter en hjärtinfarkt genom chocken. Att få stöd och hjälp i sin träning med individuellt anpassade råd och stöd ses av många som värdefullt. Det är också av stor vikt att rörelse och träning kommer igång tidigt, helst redan på sjukhuset. Det enklaste sättet att börja med träning är för många att gå med i träningsklasser där stöd kan fås och gemensamma erfarenheter utbytas. Sjuksköterskan har en stor möjlighet att påverka och arbeta personcentrerat med detta, både i det dagliga arbetet och med uppföljning. Frågor om sexualitet behöver bli ett naturligt inslag i patientsamtalet.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, fysisk aktivitet, uppfattning, hjärtrehabilitering, hinder, främjande faktorer, rädsla, sex

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	1
2.1: Kranskärlsjukdom.....	1
2.2: Incidens.....	1
2.3: Orsaker till hjärtinfarkt	1
2.4: Symtom och diagnostik	2
2.5: Behandling och prevention.....	2
2.6: Fysisk aktivitet.....	3
2.7: Hjärtrehabilitering	4
2.8: Sjuksköterskans ansvar.....	4
2.9: Personcentrerad och hälsofrämjande vård	4
3 Problemformulering	5
4 Syfte	6
5 Metod	6
5.1: Litteratursökning	6
5.2: Urval	7
5.3: Dataanalys	8
5.4: Etiskt övervägande	8
6 Resultat.....	9
6.1. Rädslor och hinder som patienterna upplever till att vara fysiskt aktiva.....	9
6.1.1: Psykiska och emotionella faktorer:.....	9
6.1.2: Fysiska symptom och begränsningar	10
6.1.3: Logistik, information och stöd	10
6.2 Vad främjar patienternas motivation och möjligheter till att vara fysiskt aktiva?	11
6.2.1: Egen motivation.....	11
6.2.2: Gruppens betydelse	12
6.2.3: Vårdpersonalens betydelse.....	13
7 Diskussion	13
7.1: Metoddiskussion.....	13
7.1.1: Sökprocess	14
7.1.2: Artikelgranskning	15
7.2: Resultatdiskussion.....	15
7.2.1: Hindrande faktorer.....	15

7.2.2: Främjande faktorer.....	17
7.2.3: Fortsatt forskning.....	18
8. Implikationer för omvårdnaden och slutsats	18
Referenser.....	20
Bilaga1 Söktabell	24
Bilaga 2 Artikelöversikt	26
Bilaga 3 Kvalitetsbedömning	32

1 Inledning

Vår livsstil påverkar hur vi mår. Att motionera regelbundet, äta hälsosamt, låta bli att stressa och att inte röka ger stora hälsovinster. Detta är känt sedan länge, men vad kan vi egentligen göra åt det? Hjärt-kärlsjukdomar är den största dödsorsaken i världen, bara i Sverige lever enligt Hjärt-Lungfonden (2016) ca 1,9 miljoner människor med detta, delvis p.g.a. att livslängden idag är 12–15 år längre jämfört med för 30 år sedan. En hjärtinfarkt är en omvälvande händelse som har påverkan både fysiskt och psykiskt för den drabbade, men även närstående påverkas på olika sätt.

2 Bakgrund

2.1: Kranskärlsjukdom

Kranskärlssjukdom inkluderar både hjärtinfarkt och kärlkramp (angina pectoris).

En hjärtinfarkt uppstår när något av hjärtats kranskärl täpps till av en blodpropp. Den enskilt största orsaken till att en blodpropp bildas är åderförfattning (ateroskleros). Detta leder till förtjockning av kärlväggen som ger ett försämrat blodflöde i kransartärerna. Så småningom uppstår syrebrist i hjärtat och därmed uppstår smärta (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjälje, 2007). Hjärt-kärlsjukdom utgör den största folksjukdomen i Sverige och bland dessa är hjärtinfarkt den främsta dödsorsaken. Även de som överlever en hjärtinfarkt drabbas av permanenta men i form av ärrbildning efter de muskler som dör av syrebrist, vilket kan leda till hjärtsvikt.

Kärlkramp delas in i stabil och instabil kärlkramp. Instabil kärlkramp är en allvarligare form av kärlkramp där kranskäret täpps till i en mycket högre grad och längre än vid stabil kärlkramp och detta kan leda till hjärtinfarkt (Hjärt-Lungfonden 2016).

2.2: Incidens

Socialstyrelsen rapporterar att år 2016 drabbades 25 700 personer i Sverige av akut hjärtinfarkt, året dessförinnan var den siffran 26 800 och trenden är att siffrorna sjunker. Cirka 60 procent av de drabbade är män, men denna siffra håller på att jämnas ut, dödligheten är dock näst intill dubbelt så hög för män som för kvinnor. Risken för att drabbas ökar väsentligt i takt med stigande ålder.

2.3: Orsaker till hjärtinfarkt

Ju äldre vi blir, desto större är risken att drabbas av hjärtinfarkt. Livsstilsfaktorer är starkt bidragande men arvsanlag har också betydelse för risken att drabbas. Riskfaktorer för att drabbas av hjärtinfarkt är genetiskt, rökning, övervikt, stress, hypertoni, hyperlipidemi, diabetes, gifter i miljön, dietkvalitet, missbruk av alkohol och fysisk inaktivitet (Tzoulaki, Elliott, Kontis, & Ezzati, 2016).

Att användande av tobak bidrar till en ökad risk är väl känt. Vid rökstopp minskar risken enligt Hjärt-Lungfonden (2016) för hjärtinfarkt redan efter första dygnet för att efter ett år ha halverats. Efter fem år utan rökning är risken på samma nivå hos en person som aldrig rökt. Negativ stress, som inte leder till något bra, är en riskfaktor som ofta leder till mindre hälsosamma matvanor och för lite motion vilket ökar risken för hjärtinfarkt. SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2015) uppger att hjärtsjukdomar har ett samband med flera orsaker i arbetslivet. Personer som upplever att de har lite inflytande över sitt arbete, att förväntan på utförd insats är högre än belöningen, att vara utsatt för orättvisor och ha lågt stöd, liten möjligheten till utveckling, oro för sitt arbete, nattarbete och långa arbetsveckor är alla faktorer som bidrar till en större risk för hjärtsjukdom. Hjärt-Lungfonden (2016) anger att stressnivåerna ofta ökar hos kvinnor i slutet av dagen då de många gånger har hemmet som en andra arbetsplats. Blodtrycket kan stiga på kort tid hos kvinnor efter genomgången klimakterium och bör därför kontrolleras regelbundet. Högt blodtryck ökar risken för hjärtinfarkt, särskilt hos dem med diabetes. Vidare anger Hjärt-Lungfonden (2016) att det skadliga kolesterolet LDL ökar risken för åderförfattning och kan leda till hjärtinfarkt, medans det ”goda” kolesterolet HDL har en skyddande effekt. Hos personer med typ 2-diabetes går åderförfattningen snabbare. Statistik från Socialstyrelsen (2016) visar också att risken för att drabbas av hjärtinfarkt är högre vid en låg utbildningsnivå.

2.4: Symtom och diagnostik

På Fysiskt aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling- (FYSS) hemsida Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (2016) står att läsa att det dominerande symptomet vid akut kranskärslsjukdom som kärlekskramp och hjärtinfarkt, är central bröstsmärta. Hos kvinnor kan dock diffusa symptom som tung andning, illamående och andra smärtor uppträda. Vid stabil kärlekskramp är det också vanligt med utstrålning i armar, käke och nacke. Vidare skrivs att diagnos och bedömning av prognos ska göras skyndsamt, parallellt med behandling. EKG, anamnes och blodprover som visar myokardskademarker (troponin) är verktyg som används för att fastställa detta inom de närmsta timmarna. Kompletterande undersökningar som ekokardiografi, kranskärslsröntgen och/eller arbetsprov med EKG-övervakning krävs ibland. Om akut kranskärslsjukdom misstänks ska patienten alltid läggas in på sjukhus.

2.5: Behandling och prevention

Hjärt-Lungfonden (2016) beskriver behandlingen som att det i det akuta skedet är viktigast att lösa upp förträngningen som hindrar blod och syreflödet till hjärtat. Detta kan med stora fördelar göras med PCI (perkutan coronar intervention), i dagligt tal kallat ballongsprängning. PCI görs genom att en liten ballong förs in via ljumsken eller handleden som sedan blåses upp vid förträngningen. I samband med detta läggs ofta en stent -ett rörformat metallnät- in för att hålla passagen öppen. Vidare skriver Hjärt-Lungfonden (2016) att trombolys är en annan behandling med blodförtunnande medel som ska lösa upp proppen som kan fungera för vissa, dock inte alla beroende på andra sjukdomar. Detta görs också främst i de delar av landet där transporter till sjukhus som kan utföra PCI är lång.

Ytterligare ett ingrepp som kan göras när trombolys inte hjälper, är trombektomi vilket innebär att proppen dras ut via en kateter. Ett betydligt större ingrepp som görs då inte PCI är

lämpligt, är bypassoperation. Det skapas då med hjälp av kärl från t.ex. benen, nya kranskärl där blodet kan passera förträngningarna (Socialstyrelsen 2016).

Läkemedel som används för att stabilisera tillståndet och påverkar blodtryck, puls och blodfetter efter en hjärtinfarkt är betablockerare ACE-hämmare, statiner och trombocythämmare. Nitrater, kalciumflödeshämmare, och diuretika används också (Ståhle, Bäck, & Cider 2016). Dessa behandlingar botar enligt (Socialstyrelsen 2016) inte grundsjukdomen utan det är livsstilsförändringar som krävs. Fysisk aktivitet är en stor del tillsammans med rökstopp, stresshantering och förändrade matvanor.

2.6: Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras enligt FYSS Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (2016) som friluftsliv, motion, fysisk träning, idrott, trädgårdsarbete, aktiviteter på arbetet eller i hemmet. Transporter i form av promenader och cykling är också exempel på fysisk aktivitet. Rekommendationerna kring fysisk aktivitet är som FYSS Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (2016) beskriver att alla vuxna individer rekommenderas minst 150 minuter av fysisk aktivitet per vecka, intensiteten bör vara måttlig eller högre och dessa ska vara fördelade på flera pass. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Måttlig intensitet innebär andning- och pulsökning och hög intensitet innebär en markant ökning. Undantag från detta är personer med kroniska sjukdomar, funktionshinder och gravida. Styrketräning bör utföras minst två gånger per vecka och för de som passerat 65 år rekommenderas även balansträning. Även om kriterierna ovan uppfylls rekommenderas att långvarigt stillasittande undviks.

FYSS Henriksson & Sundberg (2016) skriver vidare att regelbunden fysisk träning som konditionsträning (aerob uthållighetsträning) ger en starkare hjärtmuskel som orkar pumpa runt mer syrerikt blod, vilket leder till att hjärtat inte behöver slå lika fort som tidigare. Pulsen sjunker därmed och hjärtat orkar mer. Att utsätta sin kropp för regelbunden träning leder till att den stärker muskler, vävnader och skelett för att klara belastningen bättre. Fysisk aktivitet förbättrar enligt FYSS, Henriksson et al. (2016) livskvalitén både genom ökat psykiskt välbefinnande och en bättre fysisk hälsa. Risken för sjukhusinläggning hos dessa personer minskade också med 31 procent. Blodfetter och blodtryck sjunker vid fysisk aktivitet, liksom nivåerna av ångest och depressioner.

Lisa, Campkin, Boyd & Campbell (2017) har gjort en systematisk review med syfte att ge en övergripande översikt över faktorer som kan bidra till förbättring och utveckling inom hjärtrehabilitering. Återkommande faktorer som påverkar fysisk aktivitet var rädsla/oro, kunskap, fysiska/kognitiva uppfattningar, samt logistiska hinder. Den tidigare forskningen har visat att det sociala stödet, från närstående och sjukvårdspersonal, är centralt vid hjärtrehabilitering. I vissa fall kände sig deltagaren pressad av sin omgivning att rehabiliteringen skulle gå snabbare, ibland var det positivt med pressen. I andra fall kände de stöd exempelvis i form av sällskap vid träning och också en styrka i gemenskapen med andra drabbade.

2.7: Hjärtrehabilitering

Hjärtrehabilitering innebär konditions- och styrketräning som övervakas av utbildad vårdpersonal, oftast en fysioterapeut. Programmet föregås av konditions- och muskelfunktionstest. Träningen är individuellt anpassad och pågår oftast mellan 3–6 månader och därefter kan patienterna fortsätta träningen på egen hand. De första hjärtrehabiliteringsprogrammen startade redan på 60-talet. På 80-talet skapades de första svenska rekommendationerna kring hjärtrehabilitering. Denna träning har visat sig sänka mortaliteten för hjärtorsakad dödsorsak med 26%. Risken för kardiovaskulär händelse vid hjärtrehabilitering är låg (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, Fysisk aktivitet vid kranskärslssjukdom, 2016).

2.8: Sjuksköterskans ansvar

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, (2016, s. 3) står att läsa att de främsta områdena inom sjuksköterskans ansvar är att ”främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande”. Svensk sjuksköterskeförening (2016), anger också att en god hälsofrämjande omvårdnad är personcentrerad och den grundar sig i patientens egen syn på hälsa, livssituation och behov.

Det rekommenderas att fysisk aktivitet ska påbörjas så snart som möjligt, gärna inom 1–2 veckor efter den akuta behandlingen. Redan på hjärtintensivvårdsavdelningen ska mobiliseringen startas. Kontraindikationer på fysisk aktivitet finns vid instabil kärlkramp, dvs när tillståndet förändras hastigt eller symptomen är nytillkomna. Rehabilitering vid hjärtkärlsjukdom utnyttjas dåligt av vissa grupper som kvinnor, äldre och vissa invandrargrupper och det är därför särskilt viktigt att nå ut till dessa grupper (FYSS 2016).

2.9: Personcentrerad och hälsofrämjande vård

Personcentrerad vård innebär vård som strävar efter att inkludera hela patienten och hans eller hennes behov. Dessa behov är inte bara fysiska utan även sociala, psykiska, emotionella, andliga och existentiella. För en god personcentrerad vård krävs en god förståelse av personens upplevelse och tolkning av sin problematik och ohälsa, vilket i denna uppsats fokuserar på uppfattningen omkring fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt. Denna förståelse ligger sedan till grund för de omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan utför. Personcentrerad vård kräver att patienten ses som en partner i vårdarbetet och inte bara en ”mottagare” av vården, något som kräver acceptans, respekt och förståelse från sjuksköterskans sida. Dock är det inte självklart vad detta innebär i praktiken, då varje individ är unik i sin livssituation, sina behov, resurser och hinder. Till exempel ser denna typ av personcentrerad omvårdnad väldigt annorlunda ut inom äldre vården jämfört med akutsjukvården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Just partnerskapet anses vara den viktigaste komponenten i personcentrerad vård, då patienten är den som har bäst kunskap om hur det är att leva med sin sjukdom och specifika livssituation, samtidigt som sjuksköterskor kan erbjuda kunskap om vård, behandling och rehabilitering. En annan mycket viktig aspekt av personcentrerad vård är patientberättelsen. Om sjuksköterskan lyssnar utan att höra och förstå patienten blir personcentrerad omvårdnad inte möjlig (Centrum För Personcentrerad Vård, 2017).

Hälsofrämjande omvårdnad innebär stöd till patienten och närstående att hantera sin förändrade livssituation både i akut och långvarig sjukdom. Prevention som syftar till livsstilsförändringar är ofta involverat i hälsofrämjande omvårdnad. Dessa livsstilsförändringar kräver att patienten själv finner kraften inom sig själv att kunna påverka sin situation. Detta brukar ofta kallas för ”empowerment”, ett begrepp som närmast kan översättas till ”bekrafta” och går ut på att ge kraft åt någon att hantera sin situation och åstadkomma det personen vill uppnå. Det innebär att patienten har en aktiv roll i sin vård och hälsofrämjande omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Sin största hälsofrämjande potential har sjuksköterskan i det vardagliga mötet med patienter och närstående.

Relaterat till vårt syfte innebär personcentrerad och hälsofrämjande omvårdnad en kunskap av de hinder och främjande faktorer som existerar i relation till fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt. På så sätt kan en bättre förståelse erhållas för vad som är viktigt för patienten, vilka hinder som kan finnas, vilka de främjande faktorerna är och hur vi kan arbeta med dessa tillsammans med patienten. Denna kunskap kan bli ovärderlig i partnerskapet med patienten, och förbättra delaktighet och följsamhet till de omvårdnadsåtgärder som anses relevanta.

Tidigare forskning av Harbman (2014) har visat att sjuksköterskor är mer effektiva när det kommer till frivillig Kooperation till behandlingsrekommendationer än läkare. När ett program leds av en sjuksköterska ökar följsamheten, patienter uppskattar sjuksköterskeledda interventioner. Patienter är mer motiverade att påbörja nya interventioner medan de fortfarande är på sjukhuset, d.v.s. starttidpunkten är en viktig faktor för följsamhet till träning.

I praktiken kan motiverande samtal användas. Det är en metod för behandling som har som mål att öka motivationen hos patienten att göra de förändringar som behövs inom olika områden i sitt liv och öka följsamheten till behandling. (Rollnick, Miller, & Butler, 2010) beskriver hur olika försök visat att patienter som genomgår MI (Motivational interviewing) med större sannolikhet påbörjar, fortsätter och fullföljer behandlingen. De är också mer benägna att gå på uppföljningsbesök, motionera mer och äta bättre. Fysisk aktivitet på recept (FaR) kan skrivas av bl.a. sjuksköterskor och är en metod som syftar till att främja fysisk aktivitet. FaR bygger på att arbetet utgår från individen och ger förslag på aktiviteter anpassade efter diagnos, intresse och livssituation. Receptet kan innefatta många olika aktiviteter, såsom promenader, yoga, styrketräning m.m., men det är viktigt att aktiviteten är pulshöjande (Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet, u.d.). Uysal och Ozcan (2013) pekar på att individualiserad utbildning och rådgivning till patienter efter en första hjärtinfarkt ökar fysisk aktivitet, både gällande kapacitet och frekvens, jämfört med kontrollgruppen som inte fått individuella råd, tre månader efter sjukhusutskrivning. Utbildning och rådgivning ska ges redan på sjukhuset innan utskrivning sker.

3 Problemformulering

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, letaliteten för hjärtinfarkt har halverats de senaste 30 åren och antal hjärtinfarkter har minskat. Dock avlider fortfarande var fjärde person drabbad av hjärtinfarkt inom en månad.

Fysisk aktivitet efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt är en viktig del i rehabiliteringen både för fysisk och psykisk hälsa och som prevention mot att drabbas igen. Studier visar att tiden

efter en hjärtinfarkt är en orolig period som kan upplevas som skrämmande för patienten. Många hinder till fysisk aktivitet kan uppstå. Många är överdrivet försiktiga, ofta pga. oroliga anhöriga och fysisk ansträngning kan kännas tungt både psykiskt och fysiskt den första tiden efter infarkten.

Sjuksköterskan har ofta en första och återkommande kontakt med patienten och är därmed i en mycket god position för att erbjuda patienter med tidigare hjärtinfarkter god evidensbaserad vård och omvårdnad. För att kunna ge god personcentrerad vård krävs det att sjuksköterskan har kunskap om patientens upplevelser och rädslor, men även att kunna se de hinder som ligger bakom en försämrad livskvalitet som efterföljd av sjukdom och ohälsa samt vilka möjligheter som finns för att åtgärda detta.

4 Syfte

Syftet med denna uppsats är att beskriva hur patienter som haft en hjärtinfarkt upplever att vara fysiskt aktiva.

Mer precist så ämnar vi fokusera på följande två forskningsfrågor:

1. Vilka rädslor och hinder upplever patienterna till att vara fysiskt aktiva?
2. Vad främjar patienternas motivation och möjligheter till att vara fysiskt aktiva?

5 Metod

5.1: Litteratursökning

Resultatet i denna uppsats baseras på en litteraturöversikt, ett systematiskt arbete för att kartlägga tidigare forskning.

Att granska vad som undersökts tidigare och se vilka slutsatser som dragits där, gör enligt (Karlsson, 2017) att frågor utifrån valt problemområde kan formuleras, vilket leder till syftet med undersökningen.

Med en litteraturöversikt fås en bild av hur tidigare forskning inom ett visst område gjorts. Det innebär också att metoder och diskussioner analyseras för att förstå hur studiens resultat framkommit. I en litteraturöversikt är det viktigt att söka, välja och granska artiklar i förhållande till syftet och sedan diskutera studiernas och resultat (Friberg, 2017).

En första fritextsökning gjordes 24/10–18 för att kartlägga om tillfredsställande antal artiklar kunde hittas i ämnet som svarar mot syftet. Resultatet vid sökningen visade att sökningen gav tillräckligt med träffar. För att hitta bra sökord har Svensk MeSH-termer (Medical Subject Headings) använts. Sökningar har gjorts i databaserna Cinahl och PubMed. Efter detta raffinerade vi våra sökningar tills vi kom fram till en mängd artiklar som var praktiskt för oss att granska, samtidigt som det motsvarade det som fanns att finna relaterat till syftet. De bredare sökningar har inte redovisats i söktabellen då de var väldigt omfattande och ospecifika.

Cinahl fokuserar främst på omvårdnad, medicin, fysio- och arbetsterapi. PubMed är den största medicinska databasen, men innehåller också omvårdnad och odontologi (Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket, 2018)

Vid sökningarna användes ofta tekniken trunkering, vilket innebär att man efter ordets stam lägger till en *. Detta görs för att få fram fler sökträffar med olika böjningar på ordet. Boolesk teknik är också en sökteknik som använts, denna innebär att man kombinerar eller utesluter vissa ord med hjälp av AND, NOT eller OR (Östlundh, 2017).

Följande sökord användes som relaterar till syftet: kinesiphobi (rädsla för rörelse), physical activity, heart, coronary artery disease, patient, exercise, training, fear. myocardial infarction, experience, i olika kombinationer enligt ovan, se söktabell.

5.2: Urval

Med en litteraturoversikt kan kunskapen inom ett bestämt område kartläggas, detta innebär att både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar söks. På detta sätt fås en överblick över vad som studerats tidigare och vilka konsekvenser det har på det praktiska omvårdnadsarbetet, samt vilka områden som behöver mer forskning (Segesten, 2017).

Inklusionskriterier som använts är att artiklarna ska:

- vara skrivna på engelska,
- vara "peer reviewed"
- vara originalartiklar
- ha fulltext tillgänglig
- inkludera vuxna män och kvinnor

Ett första urval gjordes mot bakgrund av om artiklarnas rubriker var relevanta gentemot syftet. Därefter granskades abstracten och om de bedömdes som intressanta lästes hela artiklarna. Vissa artiklar föll bort pga. att de var reviewartiklar eller att de ansågs irrelevanta till syftet.

De första sökningarna var relativt snäva. I Cinahl gav sökordet kinesiphobi inga träffar rörande hjärtsjukdom. Efter ett andra handledarmöte valdes att bredda sökningarna för att vara säkra på att inga relevanta artiklar skulle missas. I PubMed användes inställningen "Format: Abstract" för att enklare läsa igenom många abstrakt på ett mer tids- och energibesparande sätt.

Röda Korsets granskningsmall (2005) har modifierats och använts för att utvärdera kvaliteten och relevansen på artiklarna. De har graderats med hög, medel eller låg kvalitet. I de fall artikeln har funnits hålla låg kvalitet har de valts bort, detta då det fanns ett stort antal artiklar att tillgå. De granskade studier har utförts i västvärlden: Sverige, Norge, Danmark, Kanada, USA, England och Nya Zeeland.

5.3: Dataanalys

De valda artiklarna har granskats och analyserats för att sammanställa kunskapsläget och hur området är studerat tidigare.

När en artikel som ansågs relevant hittats fick den andra skribenten läsa aktuell artikel och om konsensus nåddes kring artikelns relevans så inkluderades den i resultatet. Artiklarna lästes individuellt av respektive uppsatsförfattare flera gånger för att få en bra uppfattning om vad de handlade om. Därefter har intressanta fraser och nyckelord färgmarkerats i ett separat dokument för att hitta gemensamma teman i artiklarna där hinder, främjande faktorer och generell uppfattning till fysisk aktivitet identifierats. Begreppen bröts ned och presenteras i tabeller i resultatet. Resultaten i artiklarna har delats upp i teman för att läsaren lätt ska kunna förstå strukturen (Friberg, 2017).

Med induktion menas enligt Henricson och Billhult (2017) att forskaren utgår från patientens upplevelser och erfarenheter och drar slutsatser av dessa. Ett induktivt tillvägagångssätt har använts i uppsatsen, vilket i detta fallet innebär att en teori ej använts och därmed blir tolkningsgraden låg. Kategorisering/tematisering inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

5.4: Etiskt övervägande

Forskningsetik innebär enligt Kjellström (2012) att man noga reflekterar över de etiska aspekterna inför och under en vetenskaplig studie. Studierna ska handla om väsentliga frågor, ha god vetenskaplig kvalitet och ha genomförts på ett etiskt sätt. Vid studier på människor kräver detta extra noga översikt på grund av risken att skada eller utnyttja deltagarna. Ett exempel på forskningsetiska principer och dess aspekter, såsom generella principer, risker, deltagarnas integritet m.m., finns i Helsingforsdeklarationen, som innehåller regler och vägledningar för hur en god etisk studie ska genomföras (World Medical Association, 2018). Alla valda artiklar innehåller ett etiskt resonemang. Mitchell, Muggli, och Sato (2012) är ej etiskt godkänd utan är godkänd av organisationen YMCA:s styrelse. Artikelförfattarna beskriver även hur studien gjordes för att försäkra konfidentialitet.

6 Resultat

Nedan har artiklarnas resultat med utgångspunkt i forskningsfrågorna sammanfattats i tre kategorier. Anledningar till varför fysisk aktivitet inte genomförs har identifierats till att ha fysiska, emotionella eller logistiska orsaker och redovisas i tabell 1. Faktorer som främjar träning har kategoriserats i egen motivation, gruppens respektive vårdpersonalen betydelse och redovisas i tabell 2. Därefter följer en mer ingående redovisning av artiklarna. I artikelöversikten finns en överskådlig sammanställning av artiklarnas metoder, urval, resultat och av uppsatsens författare bedömd kvalitet, se bilaga 2.

6.1. Rädslor och hinder som patienterna upplever till att vara fysiskt aktiva

Tabell 1

Psykiska och emotionella faktorer	Fysiska symptom och begränsningar	Logistik, information och stöd
<ul style="list-style-type: none">• Minskad mental energi och motivation• Ångest och oro• Osäkerhet• Stress• Otillräcklighet	<ul style="list-style-type: none">• Fatigue,• Minskad fysisk energi• Bröstsmärta, sömnstörningar, dyspné, svettningar, sura uppstötningar, hjärtpalpationer• Svårt att promenera/trädgårdsarbete• Samsjuklighet/läkemedelsverklningar	<ul style="list-style-type: none">• Arbete/tidsbrist• Ekonomi/ingen försäkring• Avstånd till träningsanläggning• Standardiserade råd• Ej förstått/blivit tillfrågad• Vårdansvar i hemmet

6.1.1: Psykiska och emotionella faktorer:

Fatigue, mindre fysisk mental energi, minskad motivation eller önskan att göra något överhuvudtaget var hinder enligt Gwaltney, Reaney, Krohe, Falvey, och Mollon (2017). Ångest, oro och stress var den största påverkan hjärtinfarkten hade på patienters liv (Pâquet, 2005). I studien av Gregory, Bostock, & Bucket-Milburn, 2006) uttryckte alla deltagare en oro och osäkerhet inför framtiden. Även i studien utförd av Eriksson, Asplund, & Svedlung, (2010). uttryckte majoriteten av deltagarna att de upplevde osäkerhet och oro som följd av hjärtinfarkten. Av deltagarna i studien av Norekvål, Moons, Hanestad, Nordrehaug, Wentzel-Larsen och Fridlund (2008) kände 22 procent dagligen oro över hur mycket fysisk aktivitet de kunde utföra. Denna osäkerhet och oro kunde ha flera orsaker såsom rädsla över att inte längre kunna arbeta och tillgodose sin familjs behov och oro över fysiska symptom som kunde uppstå under fysisk aktivitet (Merrit et al. 2017).

Bröstsmärta och dyspné kunde ge ångestkänslor och oro inför framtiden enligt (Fållun, 2015). Deltagare i Erikssons et al. studie (2010) såg hjärtinfarkten som en restriktion för deras fysiska hälsa och kände att de nu behövde leva ett mer försiktigt och lugnare liv. De uttryckte en osäkerhet omkring vad de faktiskt kan göra fysiskt efter hjärtinfarkten (Eriksson et al. 2010), Osäkerhet kunde triggas av fysiska faktorer som deltagarna var rädda skulle utlösa en ny hjärtinfarkt. Fysiska symptom kunde orsaka ångest och katastroftänkande (Merrit et al. 2017). Rädsla för fysisk aktivitet kunde leda till en negativ spiral, där rädsla kunde vara ett

hinder för människor att delta i träningsprogram med rehabiliteringssyftet (McSweeney & Crane, 2012).

I relation till fysisk aktivitet uttrycktes rädsla för rörelse -kinesiofobi-, där Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson (2013) fann att 20 procent av patienterna som drabbats av en hjärtinfarkt hade en hög nivå av kinesiofobi och att ungefär hälften hade medelhöga nivåer. Variabler som ökade risken för kinesiofobi var hjärtsvikt som komplikation vid sjukhusinläggning och ångest. En annan studie av Bäck et al. (2016) visar att rädsla för rörelse kunde korreleras till nivåer av självbedömd ångest. Söderberg, Johansen, & Berg, (2013) visar att ångest inför sexuell aktivitet var vanligt. Endast tre procent av männen och 18 procent av kvinnorna rapporterade att de var tillräckligt informerade om sex i relation till hjärtsjukdomen. Både män och kvinnor uppger en signifikant minskad sexuell aktivitet samt mindre tillfredsställelse efter en hjärtinfarkt. Tolv veckor efter hjärtinfarkten hade 51 procent av kvinnorna i studien inte påbörjat sexuell aktivitet igen. Kvinnorna i studien av Johanssons et al. (2003) kände en djup osäkerhet över sin kropp och uttryckte att de inte längre visste hur de skulle leva sina liv i relation till sina skörare kroppar efter hjärtinfarkten, vilket inkluderade fysisk aktivitet.

Rädsla för fysisk aktivitet var mycket vanligt och kunde ses som en röd tråd i artiklarna i olika former.

6.1.2: Fysiska symptom och begränsningar

Fysisk utmattning efter hjärtinfarkt var också en faktor som gjorde att männen i artikeln skriven av Merritts et al (2017) kände sig mycket äldre nu. Detta blev ett stort hinder för fysisk aktivitet, vilket uttrycktes som ”Jag borde ta det lugnt” som gjorde att fysisk aktivitet ibland undveks.

Fatigue var även ett stort hinder för sex, för vissa det största hindret (Söderberg et al. 2013). Andra vanliga symptom: bröstsmärta, sömnstörningar, dyspné, svettningar och sura uppstötningar. Promenader upplevdes svårt av 42 procent av deltagarna, en promenad som tidigare tog tio minuter kunde nu ta 45 minuter istället och trädgårdsarbete var inte längre möjligt (Gwaltney et al. 2017). Även Johansson et al. (2003) visade på fatigue som ett av de största fysiska symptomen som begränsar fysisk aktivitet. Samsjuklighet var en begränsning till att närvara vid träningspass eller hjärtrehabilitering. Samsjuklighet på grund av många deltagares höga ålder i studierna var ofta en begränsande faktor till fysisk aktivitet. Exempel på samsjuklighet var cancer, diabetes och insulinsvårigheter, artrit, hjärtsvikt, medicinska biverkningar och utmattning efter hjärtinfarkten (McSweeney & Crane, 2012; Mitchell et al. 2012). Kroppslig påverkan såsom dyspné, bröstsmärta eller hjärtpalpationer upplevdes skrämmande under sex (Söderbergs et al 2013).

6.1.3: Logistik, information och stöd

Hinder till fysisk aktivitet som bottnar i logistiska orsaker eller brist på information och stöd har ibland ett samband.

Till exempel var hinder för livsstilsförändringar brist på tid, arbete, brist på motivation, att träning ansågs tråkigt, stressfyllda händelse i livet, återgående till rökning (Gregory et al. 2006). Många män uppskattade den hjälp de fick i hemmet men tyckte att anhöriga var alldeles för beskyddande. I kontrast till detta uppfattade kvinnorna i studien inte sina anhöriga på samma sätt. Kvinnorna i sin tur kände sig obekväma med att andra familjemedlemmar nu utförde hushållssysslor som de själva tidigare utfört. (Gregory et al. 2006). McSweeney och Crane (2012) fann att andra logistiska hinder till fysisk aktivitet i form av träning var att klassen låg för långt ifrån hemmet, att försäkringen inte täckte kostnaderna, vårdgivaransvar i hemmet, avstånd till klassen, uppfattningen att man inte behöver hjärtrehabilitering, missförstånd över vad hjärtrehabilitering innebär och att man inte minns att vårdpersonal frågat om man vill gå med i ett hjärtrehabiliteringsprogram. Mitchell et al. (2012) fann i sin studie att dålig ekonomi var en eventuell hinder till fysisk aktivitet i form av träningsklasser. Frustration över att informationen man fick från vården var standardiserad istället för individuellt anpassad kunde göra deltagarna i Johansson et als studie (2003) ännu mer passiva och osäkra på hur de skulle leva sina liv. Kvinnorna behövde stöd från vården för att skapa livsstilsförändringar. De upplevde dock att de inte fick detta stöd (Johansson, Dahlberg, & Ekebergh, 2003). Även deltagarna i Paquets et al. (2005) studie kände att de hade behövt mer stöd i sin stresshantering och hjälp för att kunna återvända till sina vanliga dagliga rutiner. Samtidigt beskriver Fålund et al. (2015) hur patienters nivåer av oro, ångest och fysiskt välmående påverkar hur väl man tar till sig standardiserad information.

6.2 Vad främjar patienternas motivation och möjligheter till att vara fysiskt aktiva?

Tabell 2

Egen motivation	Gruppens betydelse	Vårdpersonalens betydelse
<ul style="list-style-type: none"> • Medvetenhet kring preventiv verkan • Iner effekterna av träning • Chocken=motivator till livsstilsförändring • Struktur och organisation • Ökat självförtroende • Sjukdomsuppfattning 	<ul style="list-style-type: none"> • Kamratskap/gemenskap, • Dela erfarenhet med andra • Rutiner • Högre säkerhet • Grupp-enkelt sätt att börja träna 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillfrågad om träning tidigt • Individuell assistans/ anpassning • Stöd och övervakning • Uppföljning • Säkerhet vid träning • Ger ökat självförtroende, leder till följsamhet • Lär sig skatta och bedöma smärta

6.2.1: Egen motivation

Flera studier beskrev patienters egen motivation till fysisk aktivitet som en drivkraft.

Fysisk träning ansågs vara viktigt och deltagarna i studien av Fålund et al. (2016) var högst villiga att fortsätta rehabiliteringen. Det infann sig en naturlig motivation hos dessa deltagare efter hjärtinfarkten, detta bland annat för att de insåg att det sänkte risken för en ny hjärtinfarkt. Att närvara på hjärtrehabiliteringen ansågs av deltagarna att vara ett nödvändigt steg. Även deltagarna i studien av Mitchell et al. (2012) insåg vikten av livsstilsförändringar och träning som en del av sin rehabilitering. I studien av Norekvål et al (2008) fann 42 procent av deltagarna det positivt att hjärtinfarkten lett dem till att göra livsstilsförändringar,

inklusive fysisk aktivitet. Uppfattning av fysisk aktivitet/träning påverkades av de goda resultat det gav, t.ex. mindre behov av insulin och mer energi i vardagen (McSweeney, 2012). Andra positiva effekter av fysisk träning som identifierades från patientens perspektiv, var ökat välmående, förbättrad fysisk hälsa, känsla av att vara levande och kamratskapet i klassen. Alla deltagare uttryckte behovet av en struktur i vardagen efter hjärtinfarkten. Det viktigaste i träningsklassen var dess organiserade formatet. (Mitchell et al. 2012). Alla deltagare i studien av Gregory et al. (2006) visade på medvetenheten av hur viktigt det är att följa vissa hälsorekommendationer. Detta inkluderade fysisk träning och -aktivitet. Många uttryckte chock angående sin hjärtinfarkt och sade att detta var den största motivatorn till livsstilsförändringar, dock tynade denna motivation bort över tid. Kinesiofobi, som Bäck et al. (2013) rapporterat om, fanns i stor grad bland de patienterna som drabbats av hjärtinfarkt. De kunde även visa att närvaro vid hjärtrehabilitering sänkte risken för att utveckla och drabbas av kinesiofobi. På så vis kunde livsstilsförändringar med ökad fysisk aktivitet och livsstilsförändringar bibehållas. Andra kriterier som visade sig sänka risken för kinesiofobi var graden av fysisk aktivitet och funktionalitet (Bäck et al. 2013). Hjärtrehabilitering fick männen i studien av Merrit et al. (2017) att inse att de kunde tolerera fysisk aktivitet bättre än de trodde då många av männen i deras studie uttryckt en oro över fysisk träning. Deltagare med en mer optimistisk syn hade enligt Norekvål, et al. (2008) två saker gemensamt, högre ålder och färre återinläggningar på sjukhus. Det fanns ingen skillnad i hjärtinfarkten allvarlighetsgrad eller tid sedan hjärtinfarkten. Av deltagare fann 36 procent det positivt att hjärtinfarkten lett dem till att göra livsstilsförändringar, inklusive fysisk aktivitet. Patienters uppfattning av sin hjärtinfarkt, effekterna, samt orsakerna, är viktiga. En initial oklarhet i hjärtsjukdomens allvarlighet kunde leda till en sjukdomsperception som ledde till drastiskt sänkta nivåer av motivation till livsstilsförändringar och fysisk aktivitet (Dullaghan, Musk, & McGeough, 2013). Patienter som tillskriver sin hjärtinfarkt till faktorer som är inom deras kontroll, eller som alternativt kan utbildas till att bli införstådda till de faktorer som kan förbättra deras hälsa, får en mer positiv uppfattning till fysisk aktivitet. Ett annat exempel på detta är när Paquet et al. (2005) visar på att uppfattning av orsaken till hjärtinfarkten är viktig. Om genetik uppfattas som en stark anledning till att personen har fått hjärtinfarkten så kan detta leda till en mer resignerad inställning till sjukdomen. (Pauquet, Bolduc, Xhignesse, & Vanasse 2005)

6.2.2: Gruppens betydelse

Betydelsen av grupptillhörighet och känsla av gemenskap visade sig vara viktigt.

Alla som närvarade vid hjärtrehabilitering uppskattade programmen i studien av Gregory et al. 2006). De som inte närvarade men som fick höra andra deltagares erfarenhet uttryckte ett intresse över att närvara. Alla deltagare visade på medvetenheten av hur viktigt det är att följa vissa hälsorekommendationer. De flesta deltagare uttryckte behov av att få prata med människor med liknande erfarenhet. Deltagarna i McSweeney och Cranes studie (2012) uppgav att de inte skulle ha utfört träning på egen hand på grund av rädsla och gruppträning uppfattades som säkrare. Studien visar också på att kamratskapet i klassen var betydelsefullt samt att träningsformen var tillfredsställande. Strategier för att närvara vid träningsklasserna var enligt (Mitchell et al. 2012) att vakna upp tidigt, schemalägga arbetet och budgetera pengar. Samtliga deltagare insåg vikten av träning och att de inte skulle träna själva om de

inte hade en träningsklass att gå till. Det framkom också att gå med i en träningsgrupp var det enklaste sättet för patienterna att börja träna (Mitchell et al. 2012).

6.2.3: Vårdpersonalens betydelse

Vårdpersonalen bidrar starkt till uppfattningen som patienter har till fysisk aktivitet.

De flesta deltagare uttryckte behov av stöd och monitorering över längre tid för att hålla sig till en hälsosammare livsstil. De uttryckte även hur mycket de skulle uppskatta om sjuksköterskan följde upp hur det hade gått för dem i deras återhämtning (Gregory et al. 2006).

Att bli explicit tillfrågad på sjukhuset att närvara vid hjärtrehabilitering, individuell assistans av hjärtrehabiliteringspersonal, ökar närvaron vid hjärtrehabilitering. Vårdpersonalens betydelse var stor när det kom till patienternas tilltro till sig själva, särskilt då det krävdes mod för dem som inte tidigare deltagit i träningsklasser i sina liv. Programmets komponenter var mycket viktiga, säkerhet i klassen och den utbildning deltagarna fick under hjärtrehabiliteringens träningsklasser t.ex. att lära sig bedöma sin bröstsmärta korrekt var uppskattad (McSweeney & Crane, 2012; Fåln, 2015). Vårdpersonal hade även förmågan att ge patienter tilltron att de faktiskt har kapaciteten att delta i ett träningsprogram. När tvivel eller hinder uppstod till fortsatt hjärtrehabiliteringen kunde vårdpersonalen ställa upp och erbjuda alternativ, vilket ökade följsamhet och möjliggjorde att patienterna kunde fortsätta med någon form av fysisk aktivitet (McSweeney, 2012). Kvinnors uppfattning om sin hjärtinfarkt, behandling och sjukhusvård påverkade deras uppfattning om hjärtrehabilitering och hur det skulle uppfylla deras behov. Deltagarna noterade att de blev informerade om livsstilsförändringar men inte om hur de faktiskt skulle implementera dem, t.ex. var det en utmaning att laga ny typ av kost till den övriga familjen. I detta behövde kvinnorna mer stöd av vårdpersonalen än de upplevde att de fick. Deltagarna ville helst av allt att återgå till sin normala vardag, detta var svårare när deltagarna inte associerade sina symptom till hjärtinfarkten (Day & Batten, 2006). Även Fåln et al. kunde visa att korrekt utvärdering av symptom och kunskapen om att veta när de var allvarliga var viktigt för patienten, samt en önskan om att allra helst kunna leva ett så normalt liv som möjligt var mycket viktigt (Fåln, Fridlund, Schaufel, Schei, & Norekvål, 2015).

7 Diskussion

7.1: Metoddiskussion

Metoden som valts för denna uppsats är litteraturstudier, en metod som ger en överblick och sammanfattning inom ett område med tidigare gjord forskning. Inom det valda ämnet är mycket forskning gjord vilket är en fördel med denna metod och gör det enkelt att hitta artiklar som matchar sökorden. Nackdelar i detta fallet var att den enorma mängden sökträffar gjorde det svårt att hitta relevanta avgränsningar och välja vilka artiklar som skulle användas. Pico eller Spice är modeller som borde använts i början för att specificera syftet. En litteraturoversikt innebär att tolkningar av andrahandsuppgifter gjorts, dessa är också skrivna

på engelska vilket kan bidra till att författarens slutsatser feltolkats av oss. Artiklar har valts för att få med olika perspektiv på hur fysisk aktivitet upplevts efter en hjärtinfarkt, vad som främjar och vad som hindrar detta. Många sökord har använts i olika kombinationer, ibland gav de ett överskådligt antal träffar och ibland inga intressanta träffar.

Sökningar har gjorts efter både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Då syftet var att ta reda på bl.a. patienters upplevelser är den största andelen artiklar kvalitativa. I resultatet har dessa artiklar vävts samman. Styrkan med detta är att vi har kunnat fånga de artiklar som var relevanta till syftet, intressanta och som har hög kvalitet. Dock kan det vara svårt att dra liknelser mellan en kvantitativ och kvalitativ studie. Till exempel fann Norekvål et al. (2008) att 36 procent av deltagarna tyckte att det var positivt att hjärtinfarkten hade lett till positiva livsstilsförändringar, Dock blir det svårt att förstå varför i relation till fysisk aktivitet då den vanligaste positiva upplevda erfarenheten med hjärtinfarkten var ”en uppskattning av livet”, samt att försöka koppla detta till den motivation till livsstilsförändringar som beskrivs i de kvalitativa studierna.

7.1.1: Sökprocess

De första sökningarna var väldigt generella och gjordes i PubMed och Cinahl för att vi skulle få ett smakprov på vad det fanns för forskning som eventuellt skulle kunna vara relevant för vårt syfte. Möjlighet finns att vi har missat artiklar som eventuellt kunde funnits på Scopus eller andra databaser, men vi har ansett oss ha funnit tillräckligt antal artiklar.

Vissa ordkombinationer gav många tusen träffar. För att undvika detta hade sökningarna kunnat göras på ämnesord i Cinahl Headings. I PubMed användes MeSH-termer vilket begränsar antalet träffar. Detta innebär att sökningen görs på innehållet i texten och artiklar där sökordet t.ex. bara förekommer i titeln kommer inte med. Det stora antalet träffar i ämnet gjorde att begränsningar i sökningarna gjordes med hjälp av den booleska tekniken att använda AND. På detta sätt fås mer specifika träffar vilket är en styrka med tekniken. Att istället använda OR ger en bredare sökning med högre känslighet men hade troligtvis gett ännu fler träffar (Karlsson, 2017). Risken och en svaghet med att använda begränsningen AND är att relevanta artiklar inte hittas, vilket uppsatsförfattarna är medvetna om.

I PubMed användes Format: Abstract för att kunna läsa abstrakten direkt i söklistan något som sparar tid. Detta gör att information snabbt fås om artikeln eventuellt är passande för vidare granskning. När artikeln granskades användes ofta först kommandot Ctrl + F med sökordet ”physical” för att snabbt kunna finna hur ofta upplevelse till fysisk aktivitet refererades till i artikeln samt för att få en snabb överblick, dock med insikten att en artikel kan beskriva upplevelse av fysisk aktivitet utan att nödvändigtvis använda ordet ”physical”. Sedan lästes artikeln i sin helhet. Detta ansågs vara en styrka då vi på detta sätt kunde få en bättre överblick över många artiklar och snabbare kunna läsa dom både i en snabb granskning och i sin helhet.

Väldigt många artiklar stämde in på sökorden och passade in på syftet. Flera studier är gjorda i Sverige och Europa vilket ses som en styrka då det är applicerbart i Sverige. Artiklar skrivna enbart om kvinnor respektive män har inkluderats för att eventuellt hitta skillnader mellan könen.

Sökning gjord 181101 på PubMed, fick ett resultat med många relevanta artiklar. Endast från denna sökning fick vi 13 artiklar. På grund av denna uppsats' begränsning för att fortfarande vara hanterbar för oss att skriva, valde vi att inte göra några fler sökningar utan nöjde oss med resultaten vi har fångat hittills. Detta kan ha resulterat i att artiklar har missats som skulle vara relevanta men som krävde andra sökord. En anledning till att denna sökning gav så pass goda resultat var att vi blev bättre på att söka och hade en godare förståelse för syftet. Det har även resulterat i att alla våra artiklar förutom en har tagits från PubMed, se Bilaga 1 Söktabell.

En litteraturöversikt görs enligt Friberg (2017) med syfte att sammanfatta den forskning som redan finns inom ett begränsat område. Detta gör det att både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderas och en bred bild över redan beforskat område kan fås. Frågan är hur väl det går att sammanfatta forskningen som finns över uppfattning av fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt i skrivning av en kandidatuppsats. Det fanns mycket forskning kring valt syfte och det kan diskuteras om vi skulle snävat åt syftet mer än vad vi gjorde. Istället valde vi att sätta en artificiell övre gräns på antal studier, då vi ansåg att det var tillräckligt för att möta vårt syfte.

7.1.2: Artikelgranskning

Metoden för att artikelgranska våra artiklar följde en mall, med stegen kvalitetsgranskning, sammanfattning av artikeln och därefter färgmarkering som finns beskrivet under vår metod. En svaghet med denna metod var att det var lätt att fastna i sammanfattningarna och de markeringar vi gjorde från studierna, och på så sätt tappa artiklarnas helhet. Styrkan med denna metod var att vi enklare kunde se de starka kopplingarna mellan artiklarna, vilket var det största intresset för denna uppsats. På detta sätt kunde vi börja få en god uppfattning av de teman som återkom flera gånger och kunde börja se en röd tråd genom nästan alla de valda artiklarna.

Artiklarna är alla skrivna i västvärlden, där kulturella skillnader troligtvis spelar mindre roll än om studier skulle ha utförts i delar av världen med större kulturella skillnader, t.ex. Asien eller Afrika. Som vi såg i våra resultat spelar många faktorer in i upplevelsen av fysisk aktivitet och vi ansåg att resultatet skulle vara mer hanterbart om vi valde studier endast utförda i väst för att minimera de kulturella skillnaderna. En anledning till detta är att vi, dvs författarna till denna uppsats, inte vet hur sjukvården är organiserad och ser ut i t.ex. Kina jämfört med i väst. Detta skulle kunna öppna upp för feltolkningar och missförstånd, och eventuellt felaktiga generaliseringar och sämre överförbarhet. Vi ansåg det enklast att förhålla oss till resultat endast i väst.

7.2: Resultatdiskussion

7.2.1: Hindrande faktorer

Det finns många hinder till fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt. Som en röd tråd genom alla artiklar fanns känslor av rädsla och oro inför fysisk aktivitet. Ofta var hjärtinfarkten en omskakande och negativ händelse. Hinder till fysisk aktivitet kunde delas in i psykiska/emotionella, fysiska och logistiska hinder. Även information och utbildning var

faktorer som kunde påverka sjukdomsperceptionen och personens uppfattning till fysisk aktivitet väldigt starkt.

Känslor som ångest, oro och stress var mycket vanliga efter en hjärtinfarkt. För många var denna negativa affekt så pass stark så att den resulterade i kinesiofobi, dvs rädsla för rörelse. Men varför är människor rädda för rörelse efter en hjärtinfarkt? Svaret som Bäck et al. (2013) ger är rädsla för skada och återfall, d.v.s. en ny hjärtinfarkt. En annan typ av hinder var alla de fysiska hindren såsom dyspné, fatigue, samsjuklighet, sömnstörningar och bröstsmärta. Resultaten visar att de olika hindren ofta går in i varandra. Likaså påverkar de främjande faktorerna varandra då insatser i den ena gruppen leder till effekter i en annan. Hinder i form av kroppsliga symptom och affekt, brist på information, logistiska hinder, är inte helt åtskilda i en människas vardag. Är det t.ex. rädsla som uppstår först och eventuellt förstärker symptomen av bröstsmärta, eller är det bröstsmärta som leder till rädsla?

I de fall där en person inte har någon tidigare erfarenhet av träning eller grupppass, kan en hög puls, muskelvärk och intensiteten vara tillräckligt skrämmande även utan tidigare hjärtinfarkt. Det kan vara svårt att tolka dessa kroppssignaler rätt och vid brist på information eller utbildning kan dessa signaler tolkas negativt som en eventuellt ny hjärtinfarkt. Vidare visar Bäck et al. (2013) att nivån av självbedömd ångest korrelerar till nivå av kinesiofobi, vilket skulle kunna vara ett argument för att ångest och oro uppstår först, rädsla för rörelse följer och då får alla andra hinder till fysisk aktivitet en större betydelse.

Denna oro kan förstärkas av oroliga anhöriga, detta är förståeligt men kan stjälpa patientens nivåer av fysisk aktivitet. Det kan även vara svårt att konkret studera på vilket sätt anhöriga stjälper, något som skulle kunna vara värt att studera i framtida forskning. Något förvånande visades att familj och anhöriga inte uppfattades som stöd, utan kunde nästan enbart visas vara hindrande till fysisk aktivitet på olika sätt. En studie utförd av Astin, Atkin, & Darr (2008) visade att anhöriga ofta kunde erbjuda emotionellt stöd men brista i förmågan att hjälpa patienten med praktiskt stöd och hjälp. I samma studie noterades flera kulturella skillnader i hur anhöriga stödjer den drabbade familjemedlemmen, till exempel att den sjukes behov lätt förbises i en större familj.

De funna resultaten har gett förslag på omvårdnadsåtgärder för att kunna erbjuda personcentrerad vård, detta så patienten bättre kan leva sitt liv på det sätt hon eller han önskar. Något både Gregory et al (2006), Day och Batten (2006) och Fållun et al (2015) visade var en önskan för att kunna återgå till sin normala vardag.

Livsstilsfaktorer är starkt kopplade till risken att drabbas av hjärtinfarkt. Vissa av dessa livsstilsfaktorer fanns också kunna vara eventuella hinder till fysisk aktivitet, vilket innebär att de både kan vara riskfaktorer och hinder samtidigt. T.ex. kan rökning orsaka hjärtinfarkt och var också en specifik orsak som Gregory et al. (2006) kunde visa var ett hinder till livsstilsförändringar. Detta ger ännu större betoning på vikten av personcentrerad vård och den stora betydelsen det har av att beakta hela personen och inte bara hans eller hennes symptom.

Ett problem med resultaten är att de inte beskriver sjukdoms- och vårdhistoriken hos deltagarna, ingen bakgrund ges till utförda interventioner på sjukhuset och eventuella komplikationer. Hur detta spelar roll i en persons uppfattning av fysisk aktivitet visas endast som en av faktorerna till högre risk för utveckling av kinesiofobi i Bäck et al. (2013) studie, vilken är en kvantitativ studie.

Som Socialstyrelsen (2016) skriver botar dessa interventioner inte grundsjukdomen, utan det är livsstilsförändringar såsom rökstopp, fysisk aktivitet, stresshantering och förändrade matvanor som måste genomföras. Dock kan det resultera i att FYSS-rekommendationerna på minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka inte längre är relevanta, då ”en promenad som tidigare tog 10 min tar nu 45 minuter istället” (Gwaltney et al. 2017). De psykiska, emotionella och fysiska hinder som uppstår efter en hjärtinfarkt försvårar fysisk aktivitet till den grad att generella rekommendationer inte längre nödvändigtvis är aktuella eller lämpliga. En personcentrerad vård skulle innebära att man inte längre ger patienter samma rekommendationer som hjärtfriska människor, utan att informationen individanpassas så att patienten kan ta till sig den och använda den i sin vardag. Detta är något som Johansson et al. (2003) kunde finna i sin studie var en viktig främjande faktor för fysisk aktivitet. Ett exempel på hur denna individanpassade informationen skulle kunna te sig kan vara att ta hänsyn till logistiska hinder i form av avstånd och tillgång till färdmedel, då dessa ibland är skäl till att avstå från träning, liksom ekonomi. M. Resurrección, Motrico, Rigabert, Rubio-Valera, Conejo-Cerón, Pastor, Moreno-Peral (2017), visar på att kvinnor i större utsträckning inte deltar i rehabiliteringsprogram. En review av 24 studier av nämnda författare, visar att detta beror på fem teman av hinder: omständigheter som självrapporterad hälsa, tidsbrist, motivation och religion, brist på socialt stöd, som familj, eller konflikter på arbetet, logistiska hinder, tillgänglighet, avstånd och transporter, programhinder som erbjudna tjänster, gruppformat, träningstillfällen samt systemhinder som brist på hänvisning, kostnad, språk och negativa erfarenheter.

7.2.2: Främjande faktorer

Motivationen till livsstilsförändringar var hög i början utav sjukdomsförloppet, d.v.s. redan under patientens tid på sjukhuset efter hjärtinfarkten. Norekvål et al. (2008) kunde visa att 65 procent av människor som drabbas av hjärtinfarkt kunde se en del positiva aspekter i händelsen, som t.ex. motivationen till förändring som hjärtinfarkten ledde till. Det är viktigt att betona och diskutera flera gånger med patienten då det finns chans att patienten glömmar bort givna rekommendationer efter hemgång som McSweeney et al. (2012) visade. D.v.s. en faktor som gynnar fysisk aktivitet är tidig information om träningens verkan och betydelse när motivationen är hög, samt hur träningen kan komma igång direkt. På detta sätt kan de hälsofrämjande omvårdnadsåtgärderna få störst effekt.

Ett enkelt sätt att komma igång med träningen och överkomma många av de hinder som hittats i resultatet, är att gå med i träningsklasser, t.ex. ett hjärtrehabiliteringsprogram. Att känna samhörighet och gemenskap med andra drabbade ger stöd och motivation till träning. Struktur och fasta rutiner i vardagen leder till större sannolikhet för att träningen genomförs, något som hjärtrehabiliteringsprogrammen kan erbjuda. Hjärtrehabiliteringsprogram är även övervakade av utbildad personal och detta ger en känsla av trygghet för deltagarna i klassen. Peppning, stöd och råd från vårdpersonal är viktigt och kontinuerlig uppföljning leder till ökad motivation och större positivt utfall gällande träning.

För god personcentrerad vård ska fysisk aktivitet ej begränsas till endast träning utan även anpassas till övriga delar av personens liv. Resultaten visar på ett tydligt behov av information och svar på frågor även gällandes fysisk aktivitet i dagligt liv. Ett viktigt område att belysa är personens sexualitet, något som tidigare forskning har visat att upp till 80 procent av sjuksköterskor inte diskuterar med sina patienter. Detta bl.a. på grund av okunskap från sjuksköterskans sida över hur sjukdomen och vården kommer påverka patientens sexualitet.

(Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Resultatet visar hur kroppsliga signaler under sex såsom upphetsning, högre puls och blodtryck kan te sig skrämmande för en person efter en hjärtinfarkt och det är en enkel men viktig omvårdnadsåtgärd att diskutera detta med patienten. Detta kan i sin tur påverka intimiteten i relationen med partnern. De kroppsliga signalerna så som högre hjärtpuls och självupplevd fysisk intensitet, bör kunna generaliseras till personens övriga liv där högre hjärtpuls kan uppstå. Exempel på detta är trappsteg, längre promenader, bärande av matkassar et c. eller åtminstone ligga till grund för en diskussion med patienten.

En god hälsofrämjande omvårdnad grundar sig i patientens egna syn på hälsa, livssituation och behov och resultaten visar att patienten väldigt ofta önskar återvända till sin normala vardag så gott som möjligt efter hjärtinfarkten. Detta är dock inte alltid möjligt, bl.a. p.g.a. de hinder som hittats. Det är väldigt viktigt att ta tillvara på patientens upplevelser och behov, så patienten kan ges de verktyg som behövs för att leva sitt liv på det sätt som önskas. Flera av studiernas deltagare beskrev att de inte hade fått tillräckligt med information, alternativt inte kunnat ta till sig denna information på ett tillräckligt bra sätt. Detta behöver inte innebära att det faktiskt skedde som beskrivet. Det är möjligt att sjuksköterskan diskuterat livsstilsförändringar, men att det skedde på ett sätt där patienten inte kunde ta till sig denna information, eller inte visste hur de skulle implementera det i sitt liv. Då en stor del av hälsofrämjande omvårdnad och personcentrerad vård är att ”bekrafta” patienten, att hjälpa dem hjälpa sig själva, är det viktigt att sjuksköterskan inte bara informerar patienten utan även utbildar patienten på ett sådant sätt så att personen känner en ökad kraft och förmåga till hantering av sin situation.

Vissa av studierna är mans- eller kvinnofokuserade, dock visar flera studier på att både män och kvinnor erfar många hälsofördelar av hjärtrehabiliteringsprogram såsom bättre hälsa, självkänsla och förbättrad livskvalitet (McSweeney & Crane, 2012). Det är väl befogat att säga att både män och kvinnor borde uppmuntras till hjärtrehabilitering och fysisk aktivitet i lika hög grad. Dessa resultat sammanfaller med de som vi har funnit i övriga artiklar.

7.2.3: Fortsatt forskning

Det finns god evidens omkring vilka omvårdnadsåtgärder och typer av egenvård kan förhindra komplikationer vid hjärtinfarkt, samt förbättra vårdresultat, hälsa och öka livskvalitet hos patienten. Dock behöver vi bättre förstå hur vi kan hjälpa patienten att faktiskt uppnå dessa livsstilsförändringar. En studie gjord i Sverige (Perk, o.a., 2015) tillsammans med följande artikel Läkartidningen (Perk, o.a., 2016) visar på att många förbättringar behövs göras i detta arbetet inom sjukvården, det vill säga vi vet målen men det behövs vidare forskning om hur vi kan uppnå dessa tillsammans med patienten. Därefter krävs forskning omkring hur man kan implementera dessa i dagens vård.

Vidare bör forskning göras för att klarare urskilja och förtydliga sambanden mellan hinder och främjande faktorer som grupp i relation till fysisk aktivitet, både mellan varandra och inom varandra, för att bättre förstå hur dessa interagerar. På detta sätt kan vi få en ökad förståelse för patientens upplevelse av fysisk aktivitet.

8. Implikationer för omvårdnaden och slutsats

Hjärt-kärlsjukdomar är en vanligt förekommande sjukdom som drabbar många människor och dess närstående. Det är en sjukdom som orsakar lidande för många individer, både fysiskt och

psykiskt. Flertalet studier har visat att fysisk aktivitet har en god inverkan på detta, både för välmående såväl som i preventivt syfte.

Sjuksköterskan ska enligt lag ge patienten bästa möjliga omvårdnad och arbeta evidensbaserat. Därför är det av största vikt att sjuksköterskan ges möjlighet till att inhämta kunskap och information för att kunna hålla sig uppdaterad. Patienten ska kunna få information och individanpassade råd av sjuksköterskan och därmed ges stöttning och motivation till livsstilsförändringar och fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet ger förutom hälsovinster för patienten också stora ekonomiska besparingar för sjukvården. Detta kan sannolikt överföras till flera sjukdomsgrupper såsom, diabetes, cancer, psykisk ohälsa och stroke.

Många upplever att de inte blivit informerade om vikten av träning och vilka möjligheter som finns, t.ex. möjligheten till hjärtrehabilitering. Det är viktigt att träning startas redan under sjukhusvistelsen och i vissa fall blir hjärtinfarkten en motivator till att komma igång med träning, något som bör tas tillvara. Att gemenskap och grupptillhörighet är viktigt bör utnyttjas för att få fler att kontinuerligt genomföra sin träning. Dessutom tenderar många att trappa ner på träningen över tid, vilket visar att uppföljning är av vikt för att hålla fast vid den nya livsstilen. Individuella råd och anpassning ger en ökad delaktighet och följsamhet till träning och fysisk aktivitet. Här har sjukvården stora möjligheter att tidigt informera om vikten av fysisk aktivitet och att fånga upp patienterna innan hemgång. Uppföljning kan ske via träningsgrupper, samtal från en särskilt avsatt sjuksköterska med regelbundet intervall alternativt via vårdcentralen.

Fokuset har i denna kandidatuppsats varit patienters upplevelse av fysisk aktivitet, vad som hindrar och vad som främjar rörelse. Sjuksköterskan har en central roll i detta och kan på flera sätt arbeta hälsofrämjande proaktivt med att få patienter att vara fysiskt aktiva och stötta dem i situationer där patienter kan förutses stöta på hinder där de inte känner sig kapabla att hjälpa sig själva. Genom att uppmärksamma vårdpersonal på rädsor och främjande faktorer skulle träning kunna komma igång i ett tidigt skede. Effekten av fysisk aktivitet på livskvalitet, samt medvetenhet om hur träning upplevs ger sjuksköterskan förutsättningar att stötta patienten på bästa sätt. Att sedan kontinuerligt följa upp, stödja och hålla igång motivationen gynnar sannolikt både den fysiska och den psykiska hälsan hos patienterna. Samtal om den sexuella hälsan behöver också lyftas för att bli ett naturligt inslag i samtal med patienter.

Referenser

- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2013). The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *International Journal of Cardiology*, 391-397.
- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (November 2016). Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Physiotherapy Theory and Practice*, 571-580.
- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (den 16 November 2016). Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Physiotherapy Theory and Practice*, ss. 571-580.
- Centrum För Personcentrerad Vård. (den 11 04 2017). *Personcentrerad Vård*. Hämtat från www.gpcc.gu.se: <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- Day, W., & Batten, L. (2006). Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21-26.
- Dullaghan, L., Musk, L., & McGeough, M. (2013). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 270-276.
- Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlung, M. (2010). Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. i F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M. (2015). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 495-503. doi:10.1177/1474515115614712
- Gregory, S., Bostock, Y., & Backet-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 220-225. doi:10.1093/fampra/cmi089
- Gwaltney, C., Reaney, M., Krohe, M., Falvey, H., & Mollon, P. (2017). Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 225-235. doi:10.1007/s40271-016-0194-8

- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 1542-1556.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. i M. H. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2016). Biologiska Effekter av Fysisk Aktivitet. i Y. f. Aktivitet, *Fysisk Aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. Kapitel 1). Järva: Läkartidningen Förlag AB.
- Hjärt-Lungfonden. (2016). *Hjärtinfarkt*. Hämtat från www.hjart-lungfonden.se: https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hj%C3%A4rtinfarkt_2016_webb.pdf
- Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with Experiences Following a Myocardial Infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 229-236. doi:10.1016/S1474-5151(03)00033-1
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 81-97). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket (2018). Användbara databaser och webbplatser. Hämtad 181018 från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>
- Kjellström, S. (2012). i I. M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 70-92). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lisa, M., Campkin, M., Jamie, M., Boyd, B., David, J., & Campbell, M. (2017). Coronary Artery Disease Patient Perspectives on Exercise Participation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 305-314.
- M. Resurrección, D., Motrico, E., Rigabert, A., Rubio-Valera, M., Conejo-Cerón, S., Pastor, L., & Moreno-Peral, P. (den 1 Augusti 2017). Barriers for Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review.
- McSweeney, J. C., & Crane, P. B. (2012). An act of courage: women's decision-making processes regarding outpatient cardiac rehabilitation attendance. *Rehabilitation Nursing*, 132-140. doi:10.1002/j.2048-7940.2001.tb01935.x
- Merritt, C. J., de Zoysa, N., & Hutton, J. M. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British Journal of Health Psychology*. doi:10.1111/bjhp.12249
- Mitchell, R., Muggli, M., & Sato, A. (2012). Cardiac Rehabilitation: Participating in an Exercise Program in a Quest to Survive. *Rehabilitation Nursing*. doi:10.1002/j.2048-7940.1999.tb02189.x
- Norekvål, T. M., Moons, P., Hanestad, B. R., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., & Fridlund, B. (2008). The Other Side of the Coin: Perceived Positive Effects of Illness

- in Women Following Acute Myocardial Infarction. ss. 80-87.
doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.09.004
- Pâuquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (September 2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 567-576.
- Pâuquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03544.x
- Perk, J., Burell, G., Hambraeus, K., Henriksson, C., Carlsson, R., & Johansson, P. (den 19 12 2016). *Ny vårdmodell för prevention efter akut kranskärlssjukdom*. Hämtat från www.lakartidningen.se: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2016/12/-Ny-varldmodell-for-prevention-efter-akut-kranskarlssjukdom/>
- Perk, J., Hambraeus, K., Burell, G., Carlsson, R., Johansson, P., & Lisspers, J. (2015). Study of Patient Information after percutaneous Coronary Intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? *EuroIntervention*, 1-7.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2010). Motiverande samtal Principer och evidens. i *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård* (ss. 25-35). Lund: Studentlitteratur.
- Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtat från www.rkh.se: https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf
- Sand, O., V. Sjaastad, O., Haug, E., & G. Bjålie, J. (2007). *Människokroppen Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 1308-1316.
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. i F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 105-108). Lund: Studentlitteratur.
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjö, T. (27 2013). Primary health care resources for rehabilitation and secondary prevention after myocardial infarction - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 260-266.
- Socialstyrelsen. (2016). *Socialstyrelsen*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/hjartinfarkter>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. (den 26 08 2015). Hämtat från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardeerar/arbetsmiljons-betydelse-for-hjart-karlsjukdom>
- Ståhle, A., Bäck, M., & Cider, Å. (den 24 11 2016). *FYSS-kapitel – del 2, diagnosspecifik del*. Hämtat från www.fyss.se: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Kransk%C3%A4rlssjukdom.pdf>

- Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Hälsofrämjande Omvårdnad - Svensk Sjuksköterskeförening*. Hämtat från www.swenurse.se: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (Oktober 2016). *Personcentrerad Vård*. Hämtat från www.swenurse.se: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf
- Söderberg, L. H., Johansen, P. P., & Berg, S. K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*.
- Tzoulaki, I., Elliott, P., Kontis, V., & Ezzati, M. (2016). Worldwide exposures to cardiovascular risk factors and associated health effects. *Circulation*, 2314-2333.
- World Medical Association. (den 9 Juli 2018). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Hämtat från www.wma.net: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (December 2016). Begrepp och definitioner. i Y. f. Aktivitet, *Fysisk Aktivitet som Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling* (s. Kapitel 1). Järva: Läkartidningen Förlag AB. Hämtat från [ww.fyss.se](http://www.fyss.se): http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FA_Begrepp-och-definitioner_FINAL_2016-12.pdf
- Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (den 24 11 2016). Fysisk aktivitet vid kranskärslsjukdom. i Y. f. Aktivitet, *Fysisk Aktivitet som sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. Kapitel 2). Järva: Läkartidning Förlag AB. Hämtat från www.fyss.se: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Kransk%C3%A4rlssjukdom.pdf>
- Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet. (u.d.). *Om fysisk aktivitet på recept*. Hämtat från www.fyss.se: <http://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far/>
- Östlundh, K. (2017). Informationssökning. i F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga1 Söktabell

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
181024 PubMed	Kinesiophobi* and coronar		14	6	3	(Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2013) (Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2016)
181024 PubMed	Nurs* secondary prevention acute myocardial infarction physical activity		15	10	2	(Harbman, 2014)
181024 PubMed	exercise and myocardial infarct* and physical activity and motivat*	5 years	15	6	6	0
181024 PubMed	Coronar artery disease and exercise and patient perspective	5 years Humans	17	4	4	0
181024 Cinahl	Nurs* and rehab* and heart*	2013-2018	19	3	3	(Sjöström-Strand, Ivarsson, & Sjö, 2013)
181024 CINAHL	Nurs* motivate* myocardial infarction	Peer Reviewed	4	2	2	0
181031 PubMed	physical activity and Myocardial Infarction and patient and fear		21	6	5	0
181031 PubMed	physical activity and Myocardial Infarction and patient and experience	10 years	66	4	3	0
181101 PubMed	qualitative and myocardial infarction and patient and experienc*	English	155	28	28	(Söderberg, Johansen, & Berg, 2013) (Eriksson, Asplund, & Svedlung, 2010) (Dullaghan, Musk, & McGeough, 2013) (Merritt, de Zoysa, & Hutton, 2017) (Gwaltney, Reaney, Krohe, Falvey, & Mollon, 2017) (Fålnun, Fridlund, Schaufel, Schei, & Norekvål, 2015) (Johansson, Dahlberg, & Ekebergh, 2003)

						(Pâquet, Bolduc, Xhignesse, & Vanasse, Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view, 2005) (Day & Batten, 2006) (Gregory, Bostock, & Backet-Milburn, 2006) (Norekvål, o.a., 2008) (Mitchell, Muggli, & Sato, 2012) (McSweeney & Crane, 2012)
--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
(Sjöström-Strand, Ivarsson, & Sjö, 2013) Sverige	Primary health care resources for rehabilitation and secondary prevention after myocardial infarction – a questionnaire survey	Att undersöka vårdcentralers resurser kring sekundära preventionsprogram riktade till patienter med hjärtsjukdom i Skåneregionen.	Frågeformulär med 26 frågor skickades ut till 136 vårdcentraler i Skåneregionen.	Vårdcentraler i Skåneregionen.	Få sjuksköterskor har någon speciell träning/utbildning omkring hjärtkärl-sjukdomar. En tredjedel av vårdcentraler erbjuder inte något program över en längre period. Socio-ekonomiskt stöd erbjuds mycket sällan.	Hög
(Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2016) Sverige	Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease	Att identifiera förutsägande faktorer till närvaro till träningsbaserade hjärtrehabilitering, samt att testa hypotesen att kinesiofobi påverkar detta hos patienter med hjärtkärlsjukdom.	Patienterna testades med avseende på objektiva mätningar, självbedömda psykologiska mätningar och nivå av fysisk aktivitet. En vägmodell med direkta och indirekta effekter via kinesiofobia användes för att förutsäga deltagande i CR. Ett undersökande urval av signifikanta prediktorer gjordes	332 patienter med diagnosticerad kranskärlssjukdom.	Faktorer som ökade sannolikhet för närvaro var tidigare koronar bypassstransplantation, tidigare diagnosticerad hjärtinfarkt, allmänt god hälsa och muskeluttålighet. Kinesiofobi, självbedömd högre grad av ångest och aktuell hjärtsvikt var faktorer som minskade sannolikheten för närvaro.	Hög
(Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2013)	The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with	Undersöka graden av kinesiofobi hos patienter med hjärt-kärlsjukdom samt att undersöka påverkande faktorer på	Jämförelser mellan höga och låga nivåer av kinesiofobi mättes för varje variabel. Binär logistisk regressionsanalys utfördes	332 patienter med någon slags diagnosticerad hjärtkärlsjukdom. TSK-SV Heart	Hög nivå av kinesiofobi fanns hos 20% av patienterna. Kriterier som sänkte risken för kinesiofobi var närvaro vid hjärtrehabilitering, grad av	Hög

Sverige	coronary artery disease	kinesiofobi med kliniska variabler.	som beroende variabel och med observerade variabler som oberoende. Utforskande tvärsnittsdesign.	användes för att utvärdera grad av kinesiofobi.	fysisk aktivitet och fysisk funktionalitet. Följande variabler ökade risken för kinesiofobi: Hjärtsvikt som komplikation vid sjukhusinläggning och ångest.	
(Söderberg, Johansen, & Berg, 2013) Danmark	Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction	Att undersöka kvinnors erfarenhet av sexuella problem efter en hjärtinfarkt	Kvalitativa intervjuer	11 patienter som erfarit en hjärtinfarkt.	Deltagarna upplevde ångest inför att fortsätta sexuell aktivitet. Hjärtsjukdomen hade en påverkan på deras sexliv och relation till partnern. Stöd krävdes för att fortsätta sexuell aktivitet.	Hög
(Eriksson, Asplund, & Svedlung, 2010) Sverige	Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction	Att beskriva och tolka makars tankar och erfarenheter om deras framtida liv efter patientens utskrivning efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ deskriptiv och tolkande metod.	15 par intervjuades individuellt 4-8 veckor efter utskrivning.	Parens strategier kunde delas in i fyra teman som illustrerade deras visioner för framtiden på olika sätt.	Hög
(Dullaghan, Musk, & McGeough, 2013) England	'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention	Att undersöka och jämföra patienters sjukdomsuppfattning och motivation till livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.	Semistrukturerad intervju i hemmet.	15 personer jämnt fördelade i grupper beroende på om de haft infarkt med ST-höjningar eller instabil angina och om de behandlats med PCI eller trombolys.	Patienter som haft ST-höjningsinfarkt och behandlats med PCI eller trombolys upplevde ett mycket snabbt och akut förlopp. De patienter som behandlats för instabil angina upplevde inte behandlingen som särskilt akut och var osäkra på om de egentligen var en hjärtinfarkt de haft.	Medelhög
(Merritt, de	A qualitative study of	Att undersöka hur män	Tolkande fenomenologisk	10 män under ålder	Sju teman identifierades, varav	Hög

Zoysa, & Hutton, 2017) England	younger men's experience of heart attack (myocardial infarction)	under ålder 45 hanterar och skapar mening från en hjärtinfarkt.	analys	45 som upplevde en hjärtinfarkt under de senaste 3-6 månaderna intervjuades.	artikeln fokuserar på 3 av dessa: ”Jag är nu mindre man”, ”förkortad horisont” och ”livet förlorar sin glöd”.	
(Harbman, 2014) Kanada	The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study	Utveckla och utvärdera effekten av sjuksköterskeledd prevention efter genomgången hjärtinfarkt	Prospektiv kohortstudie	65 patienter som haft akut hjärtinfarkt	Den sjuksköterskeledda interventionsgruppen hade en större följsamhet jämfört med de som fick ordinär sjukhusvård. Att påbörja rehabiliteringen redan på sjukhus ger en större motivation	Hög
(Gwaltney, Reaney, Krohe, Falvey, & Mollon, 2017) USA	Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study	Att utvärdera patienters beskrivelse av symptom och funktionella begränsningar som följd av en hjärtinfarkt.	Semi-strukturerade intervjuer med frågor baserade på tidigare review över litteraturen.	38 patienter som drabbats av hjärtinfarkt för högst ett år sedan.	Fatigue var det vanligaste symptomet. Andra vanliga symptom var bröstsmärta, sömnstörningar och dyspne.	Medel
(Day & Batten, 2006) Nya Zeeland	Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all.	Att undersöka kvinnors upplevelse av den påverkan hjärtrehabilitering har för återhämtningen efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.	Semi-strukturerade intervjuer som analyserades med hjälp av Grounded Theory	10 kvinnor ålder 50-89 som drabbats av hjärtinfarkt och deltar i hjärtrehabilitering.	Det viktigaste för deltagarna var att kunna återfå sin normala vardag, ”everydayness”. Detta kunde uppnås med olika strategier, främst med återsynkronisering där patienterna insåg betydelsen av deras symptom och återhämtning i ansträngningen till att kunna	Hög

					återgå till sin normala vardag.	
(Gregory, Bostock, & Bucket-Milburn, 2006) Skottland.	Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes	Identifiera åsikter och erfarenheter av människors återhämtning efter en hjärtinfarkt, mer specifikt hinder och facilitatorer till livsstilsförändringar och -underhåll.	Fokusgrupper med separata män- och kvinnogrupper som leddes av tränade facilitatorer samt intervjuer. Datan analyserades för att kunna identifiera teman och jämförelser.	Män och kvinnor som har blivit utskrivna från en hjärtintensiv avdelning.	Det fanns en önskan hos deltagarna över långtidsmonitorering och -stöd efter utskrivning, bl.a. för bättre stöd för livsstilsförändringar och underhåll av dessa.	Medel
(Mitchell, Muggli, & Sato, 2012) USA	Cardiac Rehabilitation: Participating in an Exercise Program in a Quest to Survive	Att utforska och beskriva strategier som individer som har drabbats av hjärtinfarkt använder för att överkomma hinder associerade till ett träningsprogram.	Frågeformulär med frågor baserade på en review i litteratur omkring hjärtrehabilitering.	Sex deltagare som var inskrivna i ett träningsprogram i 1 år eller längre	3 typer av hinder: 1.Fysiska, såsom biverkningar av medicin, komorbiditet. 2.Personliga: För blyg för att närvara i klasser, för lat. 3.Logistiska. Ökat välmående, förbättrad fysisk hälsa, känsla av att vara levande och kamratskapet i klassen fanns positivt. Alla deltagare uttryckte behovet av en struktur i vardagen. Alla deltagare insåg att dom var tvungna att göra livsstilsförändringar efter hjärthändelsen.	Hög
(Pâuquet, Bolduc, Xhignesse, & Vanasse, Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering	Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view	Att beskriva hur hjärtpatienter upplever de första 3 månaderna efter en hjärthändelse som kräver sjukhusvård, att beskriva deras behov samt det stöd dom hade erhållit. Detta för att bilda en preliminär modell för utvecklingen av	Kvalitativ studie baserat på fokusgrupper.	229 personer som har behandlats på sjukhus efter allvarlig hjärthändelse, bl.a. hjärtinfarkt.	Ångest, oro och stress var det som hade störst påverkan på deras liv. Deltagarna kände att dom hade behövt mer stöd i sin stresshantering. Deltagarna ville gärna återvända till sina vanliga aktiviteter	Hög

the patient's point of view, 2005)		ett hjärtrehabiliteringsprogram				
Kanada.						
(Norekvål, o.a., 2008)	The Other Side of the Coin: Perceived Positive Effects of Illness in Women Following Acute Myocardial Infarction	Att undersöka eventuella positiva effekter efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.	Postundersökning av tvärsnittstyp.	145 kvinnor mellan ålder 62-80 som har drabbats av hjärtinfarkt inom de senaste 3 mån till 5 åren.	65% av deltagare uttryckte att hjärtinfarkten även förde med sig en del positiva aspekter, medan 35% ansåg att det inte gjorde det. Deltagare med en mer optimistisk syn hade två saker gemensamt: Högre ålder och färre återläggningar på sjukhus	Medel-Hög.
Norge.						
(Fåln, Fridlund, Schaufel, Schei, & Norekvål, 2015)	Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction	Att vid utskrivning identifiera mål, resurser och hinder till framtida förändring hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt.	Kvalitativ intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys.	20 patienter som drabbats av hjärtinfarkt	Fysisk träning ansågs vara viktigt och deltagarna var högst villiga att fortsätta rehabiliteringen. Detta bland annat för att dom insåg att det sänkte risken för en ny hjärtinfarkt. Att närvara på hjärtrehabilitering ansågs av deltagarna att vara ett nödvändigt steg. Bröstsmärta och dyspné kunde ge ångestkänslor och oro inför framtiden. Att leva så normalt som möjligt var viktigt för deltagarna.	Hög
Norge						
(McSweeney & Crane,	An Act of Courage: Women's Decision-	Att beskriva de faktorer som påverkar kvinnors	Djupgående intervjuer samt enkätundersökning för	40 kvinnor som har genomgått en	Hinder, såsom logistik, försäkring, missförstånd, och	Hög

2012) USA	Making Processes Regarding Outpatient Cardiac Rehabilitation Attendance	närvaro och följsamhet till hjärtrehabilitering efter en hjärtinfarkt.	insamling av data.	hjärtinfarkt inom de senaste 12 månaderna.	facilitorer till närvaro identifierades, såsom förståelse, kamratskap m.m. Re-evalueringsfas kunde finnas, en period där kvinnorna ifrågasatte träningen och sig själva.	
(Johansson, Dahlberg, & Ekebergh, 2003) Sverige	Living with experiences following a myocardial infarction	Att undersöka kvinnors erfarenhet efter en hjärtinfarkt.	Intervjuer som transkriberades till text och analyserades med fenomenologisk metod.	8 kvinnor som har drabbats av hjärtinfarkt i sitt liv.	Att återskapa en god relation till ens kropp var det viktigaste fyndet. Osäkerhet i relation till sin kropp följer efter en hjärtinfarkt. Kvinnorna visste inte längre hur dom skulle leva sitt liv. Mycket fatigue. Frustration över standardiserad information.	Hög

Bilaga 3 Kvalitetsbedömning

Artikel	Tydligt beskrivet syfte?	Tydlig bakgrund och kontext?	Tydligt beskriven metod?	Relevant urval?	Etiskt resonemag?	Anses resultatet logiskt?	Diskuteras överförbarhet och generaliserbarhet?
(Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, dock endast några meningar.
(Fålund, Fridlund, Schaufel, Schei, & Norekvål, 2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Sjöström-Strand, Ivarsson, & Sjö, 2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Pâuquet, Bolduc, Xhignesse, & Vanasse, Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view., 2005)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Söderberg, Johansen, & Berg, 2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja. Följer Helsinki II och godkänd av Data Protection Agency	Ja	Ja
(Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
(Eriksson, Asplund, & Svedlung, 2010)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja Declaration of Helsinki, och Research EthicsComittee. Välbeskrivet.	Ja	Ja, dock: författare diskuterar att generalisering ej är intentionen.
(Merritt, de Zoysa, & Hutton, 2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Etiskt godkänt	Ja	Ja

(Dullaghan, Musk, & McGeough, 2013)	Ja	Ja	Ja	Relativt litet, tre grupper om fem personer vardera	Ja		Validiteten diskuteras. Detta är en del av en större studie som ska följas upp ett år senare.
(Gwaltney, Reaney, Krohe, Falvey, & Mollon, 2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Harbman, 2014)	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Johansson, Dahlberg, & Ekebergh, 2003)	Ja	Ja	Ja	Ja, dock upptill 25 år efter inträffad hjärtinfarkt.	Ja	Ja	Ja
(Day & Batten, 2006)	Ja	Ja	Ja	Ja	Etiskt godkänd	Ja	Ja
(Gregory, Bostock, & Backet-Milburn, 2006)	Ja	Ja	Ja	Ja	Etiskt godkänd	Ja	Ja
(Mitchell, Muggli, & Sato, 2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(McSweeney & Crane, 2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja: Beskriver den etiska processen, dock ej etisk godkännande.	Ja	Ja
(Pâuquet, Bolduc, Xhignesse, & Vanasse, Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient´s point of view., 2005)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(Norekvål, o.a., 2008)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

