

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
2017:52

Hur upplevs fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt? Att våga och att orka

Monica Larsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel: Hur upplevs fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt?

Författare: Monica Larsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Fristående kurs

Handledare: Dan Andersson

Examinator: Agneta Kulle´n Engström

Sammanfattning

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i världen. Den orsakar ungefär en tredjedel av alla dödsfall globalt. Fysisk inaktivitet är en stark riskfaktor för kranuskärlssjukdom och hjärtinfarkt. För de som drabbats av hjärtinfarkt är fysisk träning en viktig och effektiv åtgärd för att minska risken för återinsjuknande. Efter en hjärtinfarkt erbjuds hjärtrehabilitering där fysisk träning ingår. Tyvärr fullföljer inte alla programmet. Om sjukvårdspersonal får bättre förståelse för upplevelserna av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, kan rätt åtgärder vidtas i rehabiliteringsprocessen. Individerna kan motiveras att både delta i hjärtrehabilitering och att fortsätta med en fysiskt aktiv livsstil. Sjukdomslidandet kan minskas och livskvaliteten ökas. Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Metoden är en beskrivande litteraturstudie enligt Fribergs metod. Granskning och analys av de valda artiklarna resulterade i 2 huvudteman och 4 subteman. Huvudteman utgjordes av; negativa upplevelser och positiva upplevelser. Subteman utgjordes av trötthet, rädsla, ökat välbefinnande och bättre självförtroende. Fysisk träning är en viktig komponent i primär och sekundärprevention. Det kan minska risken för återinsjuknande i hjärtkärlsjukdom och därmed minska sjukdomslidande och öka välbefinnandet. Sjuksköterskan träffar patienten kontinuerligt och har därmed en nyckelroll. Det är viktigt att sjuksköterskan lyckas motivera patienten att inse betydelsen av att delta i hjärtrehabilitering och att bibehålla den fysiska aktiviteten i ett längre tidsperspektiv.

Nyckelord: *Fysisk aktivitet, hjärtinfarkt, hjärtrehabilitering, trötthet, rädsla, välbefinnande, självförtroende, livskvalitet.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kranskärslsjukdom	1
Hjärtinfarkt	2
Prevention vid hjärt-kärlsjukdom	4
Fysisk aktivitet	4
Hälsorelaterad livskvalitet	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Data	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
RESULTAT	11
Negativa upplevelser	11
Positiva upplevelser	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATSER	19
REFERENSER	19
Bilagor	23

INLEDNING

Som ambulanssjuksköterska har jag många gånger träffat patienter med bröstsmärtor och hjärtinfarkt. Ett sjukt hjärta, arytmier och bröstsmärtor kan drabba individer i alla åldersgrupper. För vissa som drabbats av ett sjukt hjärta, verkar rädsla och ångest vara ett dominerande symptom utöver bröstsmärtan i den akuta fas som ambulanspersonal brukar träffa dem.

I möten med patienter har de ofta gett uttryck för rädsla att vara ensamma. En del patienter som drabbas av frekventa bröstsmärtor träffar vi flera gånger i tjänsten. Dessa människor som vi lär känna på grund av deras frekventa larmsamtal efter ambulans, brukar ofta larma från sin bostad. En egen reflektion är om rädslan inför att ha ett sjukt hjärta kan begränsa individen? Blir livet så begränsat av rädslan för bröstsmärtor att individen undviker att utsätta sig för fysisk aktivitet?

Bröstsmärtor kan komma i vila men även i samband med fysisk aktivitet som promenader eller snöskottning och man blir tvungen att larma ambulans. Hur känns det då nästa gång som individen ska utöva någon form av fysisk aktivitet? Uppsatsen handlar om hur fysisk aktivitet upplevs efter hjärtinfarkt.

BAKGRUND

Kranskärslssjukdom

Definition

Kranskärslssjukdom innefattar hjärtinfarkt och kärlkramp. Sjukdomarna sorteras in under begreppet akut koronart syndrom. Dit hör även plötslig kardiell död. Kranskärslssjukdom innebär att blodförsörjningen till hjärtat är otillräcklig. Detta orsakar syrebrist i den delen av hjärtat som försörjs av det specifika kärlet. Vid ansträngning av fysisk eller psykisk karaktär uppstår syrebrist i hjärtmuskeln, kärlkramp. Bakgrunden till det är de aterosklerotiska pålagringar som har bildats i kärlväggen eller i hjärtats kranskärl (FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, kranskärslssjukdom, 2017, s. 2).

Förekomst

Hjärt-kärl sjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i världen. Den orsakar ungefär en tredjedel av alla dödsfall globalt (World Health Organization, WHO 2017). Kvinnor utgör cirka en tredjedel av av alla som drabbas av hjärtinfarkt (Internetmedicin 2017).

Riskfaktorer

Fysisk inaktivitet är en stark riskfaktor för kranskärslssjukdom. Även rökning, blodfettsubbning, högt blodtryck, diabetes, ohälsosamma matvanor, psykosociala faktorer och bukfetma, är potentiella riskfaktorer. Dessa riskfaktorer är livsstilsrelaterade och därmed påverkbara. Det finns även riskfaktorer som inte går att påverka. Dit hör ärftlighet, hög ålder och manligt kön (FYSS, kranskärslssjukdom, 2017, s. 2).

Kvinnor insjuknar i hjärtinfarkt cirka 10 år senare än män. Det kan delvis förklaras av att kvinnor skyddas av sitt östrogen fram till menopaus. Vissa av riskfaktorerna som till exempel högt kolesterol, anses föreligga tidigare hos män än hos kvinnor (Internetmedicin 2017).

Hjärtinfarkt

Patofysiologi

Åderförfettning, ateroskleros, är den helt dominerande orsaken till kranskärslssjukdom. Förekomst av ateroskleros finns i första hand i artärväggens innersta lager, intiman som består av endotelceller. Där sker en inlagring av blodfett mellan endotelcellerna. Kroppens inflammatoriska celler, makrofager, tar upp fett och det kan ske en ruptur (FYSS, kranskärslssjukdom, 2017, s. 2).

När det sker en ruptur i ett aterosklerotiskt plack i kranskärslen följer en aktivering av trombocyter och aktivering av koagulationssystemet. Det bildas en trombos i ett kranskärsl som leder till att blodflödet till den del av hjärtmuskeln som försörjs av kranskärsllet, stryps helt eller delvis. Om blodflödet stryps helt har man fått en ST- höjningsinfarkt. Om blodflödet är delvis strypt har man fått en icke ST- höjningsinfarkt (Internetmedicin 2017).

Symtom

De vanligaste symtomen vid hjärtinfarkt hos både kvinnor och män, är en central bröstsmärta som även kan kännas som ett tryck över bröstet. Symtomens beskrivning varierar dock mer hos kvinnor. Kvinnliga patienter har generellt mer atypiska symtom och kan därför ofta misstolkas. Till de atypiska symtomen nämns värk i käkar eller skulderparti, tyngdkänsla, ont i magen, illamående, yrsel och stark trötthet (Internetmedicin 2017).

Diagnostik

Anamnes, EKG och biokemiska markörer används för att fastställa diagnosen. Ibland krävs kompletterande undersökningar, såsom kranskärlsröntgen, ekokardiografi och arbetsprov med EKG övervakning. Om ischemin i hjärtmuskeln leder till en irreversibel skada, föreligger det en akut hjärtinfarkt. Annars diagnostiseras tillståndet som instabil kärlekskramp (FYSS, kranskärlssjukdom, 2017, s. 3).

Behandling

Behandlingen bör inledas så snart som möjligt efter symtomdebut. Det innefattar reperfusionsterapi och/eller blodproppslösande behandling (FYSS, kranskärlssjukdom, 2017, s. 4).

Percutan coronar intervention (PCI), även kallad ballongvidgning, är det behandlingsalternativ som väljs i första hand. Vid PCI förs en kateter upp till hjärtats kranskärl, en liten ballong blåses upp och vidgar kärlet. Därefter placeras en stent, ett litet metallnät in i kärlet, för att hålla det öppet (Swedeheart, Nationellt kvalitetsregister om hjärtsjukdom. 2015, s. 8).

Det finns också farmakologisk behandling i form av trombolys. I Sverige används trombolys i mindre än 5 % av reperfusionsterapierna (Internetmedicin 2017). Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) bör hälso- och sjukvården erbjuda trombolys inom 30 minuter vid ST-höjningsinfarkt, vid de tillfällen när PCI ej är tillgängligt inom 120 minuter efter EKG.

De flesta får genomgå en ballongvidgning vid kranskärlsförträngningar, men ibland kan det behövas en kranskärlsoperation, en så kallad bypass-operation. Det kan behövas vid allvarlig kärlekskramp eller när en akut hjärtinfarkt har inträffat samtidigt med utbredda kranskärlsförändringar. En bypass-operation förbättrar blodcirkulationen och tillgången på syre i hjärtmuskeln genom att blodet leds förbi förträngningarna i hjärtats kranskärl via nya blodkärl (1177, vårdguiden 2011).

En bypass operation innebär transplantation av ett stycke av vena saphena, arteria mammae eller annat ersättningsmaterial mellan aorta och bortom den sjukliga förträngningen i kransartären (Medical Subject Headings, Svensk MeSH 2016).

Prevention vid hjärt-kärlsjukdom

Primärprevention

Primärprevention innebär att kartlägga riskfaktorer hos hjärtfriska individer. Syftet är att minska risken för att utveckla hjärt-kärlsjukdom. Primärprevention inriktas på:

1. Rökstopp, som innebär minskad blodproppstendens och kolesterolinlagring samt minskar insulinresistensen.
2. Ökad fysisk aktivitet minskar kroppsvikten, sänker blodtrycket, förbättrar lipidprofilen och ökar insulinkänsligheten.
3. Kostomläggning sänker kroppsvikten, förbättrar lipidprofil och blodsocker.
4. Viktreduktion sänker blodtryck och blodsocker och minskar insulinresistens.
5. Insatser för att minska psykosocial stress (Praktisk medicin 2014).

Sekundärprevention

Med sekundärprevention menas insatser för att förhindra återinsjuknande eller progress av hjärt-kärlsjukdom. Farmakologisk behandling spelar här en större roll (Praktisk medicin 2014).

Enligt Pitsavos et al. (2008) kan en enkel, ej kostsam livsstilsförändring och ökad nivå av fysisk aktivitet, resultera i ett mindre allvarligt koronart syndrom. Detta medför minskad risk för mortalitet och förbättrad prognos.

För de individer som drabbats av hjärtinfarkt är fysisk träning en viktig och effektiv åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter fysisk träning inom hjärtrehabiliteringen (Socialstyrelsen, specialiserad hjärtrehabilitering 2015).

Fysisk aktivitet

Definitioner på fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är ett samlingsnamn för alla sorter av rörelser där energiförbrukningen ökar (Andersson 2012, s. 58). Promenader och hushållsgöromål är exempel på vardagsaktiviteter som innebär fysisk aktivitet (Svantesson, Cider, Jonsdottir, Stener-Victorin & Willen 2007, s. 9 - 10). Det kan också innebära friluftsliv, trädgårdsarbete, aktiviteter i hemmet och arbetet, samt transport i vardagen som till exempel cykling eller promenader (FYSS, Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet, 2017).

Motion är systematiserad fysisk aktivitet som är utförd med ett speciellt syfte, till exempel att promenera för att må bra eller få bättre sömn (Andersson 2012, s. 58).

Träning är när den fysiska aktiviteten är planerad, strukturerad och återkommande. Fysisk träning syftar till att förbättra eller bibehålla en funktion (Svantesson et al. 2007, s. 9 - 10).

Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet

För att främja hälsa, förebygga förtida död, minska risk för kroniska sjukdomar samt att förbättra eller bevara fysisk kapacitet är rekommendationerna att vuxna bör vara fysiskt aktiva i minst 150 sammanlagda minuter i veckan med måttlig intensitet. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktiviteten bör spridas ut över flera veckodagar och utföras i pass som varar minst 10 minuter. Aktiviteten bör vara aerob och ge en ökning av puls och andning. Exempel på aerob aktivitet av måttlig intensitet är raska promenader. Som hög intensitet räknas löpning. Därutöver bör muskelstärkande aktiviteter utföras minst 2 gånger per vecka. Äldre över 65 år bör även träna balans. Äldre, individer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionshindrade bör vara så aktiva som tillståndet medger (FYSS 2017, Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet).

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

FaR kan skrivas ut av legitimerad vårdpersonal såsom läkare, sjuksköterska och fysioterapeut. Beroende på diagnos, personligt intresse och livssituation ger FaR förslag på träning som är lämplig. Det kan vara allt från promenad, stavgång, simning och trädgårdsarbete. Det är viktigt att pulsen höjs under aktiviteten (Folkhälsomyndigheten 2016).

Patientgrupper som kan vara hjälpta av FaR, är patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva med eller utan en etablerad sjukdom. De får då skriftliga eller muntliga råd om fysisk aktivitet som är passande för dem. Dessa personer kan vara hjälpta av ordinerad fysisk aktivitet som är specifik och fungerar som motivationsstöd. När FaR har utvärderats i Sverige har utvärderingen visat att receptet leder till att patienten blir mer fysiskt aktiv och följsamheten ökar i jämförelse med muntliga råd (Eriksson et al. 2011, s. 60-63).

Livsstil och det moderna samhället

I det moderna samhälle som vi lever i har aktivitetsnivån minskat de senaste 50 åren. Teknisk utveckling har möjliggjort att vi rör oss mindre, genom att exempelvis använda bil som transportfordon och rulltrappor för förflyttning. Trots att undersökningar visat

att vi är mer aktiva via träningslokaler och idrottsaktiviteter, har den totala aktivitetsnivån sjunkit. Denna situation är något nytt för människan och medför negativa hälsoeffekter. Huvuddelen av veckoförbrukningen av energi beror på fysisk aktivitet som vi utför, som inte är schemalagd motion eller träning. Att få tillräcklig med fysisk aktivitet är ett egenansvar (Eriksson et al. 2011, s. 60-63).

Arbetsuppgifterna blir mindre fysiskt krävande, omgivningen anpassas till ett allt mindre ansträngande liv. Antalet motordrivna fordon ökar och allt fler teknisk apparatur köps till hemmen. Sammantaget medför detta att stillasittandet ökar. Riskerna med stillasittande under en hel dag, går inte att kompensera genom lite motion på kvällen (Andersson 2012, s. 21).

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Kranskärslssjukdom innebär en ökad risk för förtida död, sänkt livskvalitet och en negativ påverkan på individens arbetskapacitet. Syftet med fysisk träning är att minska risken av förtida död, sjukhusinläggning samt att öka livskvaliteten och arbetskapaciteten. Den kardiella mortaliteten sänks med 26 procent som en effekt av fysisk träning vid kranskärslssjukdom. Fysisk träning har stor betydelse för patientens psykiska och fysiska funktion och förhindrar även uppkomsten av andra livsstilsrelaterade sjukdomar. Om fysisk träning bedrivs regelbundet kvarstår den goda effekten (Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, 2015). Hjärtrehabilitering baserad på fysisk träning används för att motivera patienter att leva ett tillfredsställande liv. Att fortsätta livet på ett aktivt och tillfredsställande sätt (Simony, Pedersen, Dreyer & Birkelund 2015).

Många sjukhus erbjuder hjärtskola som hjärtrehabilitering. Den hjälper patienterna att komma tillbaka till vardagen efter hjärtsjukdom. Hjärtskolan innehåller flera åtgärder för att patienten ska kunna återgå till ett aktivt liv och förebygga insjuknande på nytt. Vilka insatser som sätts in beror på individens förmåga och omständigheter. Hjärtskolan kan innehålla motion och råd om livsstilsförändringar. Flera yrkesgrupper finns representerade såsom sjuksköterska, kurator, läkare, dietist och sjukgymnast. Rehabiliteringen kan också innehålla psykosocialt stöd. Hjärtskolans deltagare får lära sig att träna rätt i motionsgrupper (1177 vårdguiden, 2011).

Hälsorelaterad livskvalitet

Hälsa och lidande

Vårdvetenskap är vetenskapen om människan i förhållande till hälsa, lidande och vårdande (Ekebergh 2011, s. 22). Hälsa är vårdvetenskapens centrala fenomen och fokus. Människor söker vård när hälsan hotas, störs av sjukdom eller annat lidande. Hälsa är

en upplevelse av att vara i jämvikt, ett tillstånd som rör hela människan och en känsla av inre balans (Dahlberg & Segesten 2010, s. 48-49).

Människan är hälsa, snarare än har hälsa. Att vara hälsa är att uppleva sin egen helhet och enhet. Att människan med utgångspunkt i sig själv, kan uppleva mening och sammanhang i livet. Även vid sjukdom har människan en viss grad av hälsa, eftersom hälsa är en dynamisk process. Processen kännetecknas av rörelse, snarare än ett statiskt jämviktstillstånd (Wiklund 2003, s. 82-83).

Hälsa och lidande utesluter inte varandra. Lidande och kaos är en förutsättning för nyskapande och för livsprocessen. Lidande och kaos pekar mot behovet av förändring. Men när lidandet upplevs som outhärdligt, kan människans förmåga att uppleva hälsa brista. Ett lidande som upplevs som outhärdligt förlamar och hindrar människan att växa. Hälsa förutsätter att lidandet upplevs som uthärdligt (Wiklund 2003, s. 98).

Lidande och livsförståelse är i nära förbund med varandra. I begreppet livsförståelse ingår allt det som människan upplever konkret i sin vardag och även en förståelse av livet som sådant. Vid en livsavgörande händelse sätts livsförståelsen på spel. Ett lidande av livsavgörande karaktär kan därför antas förändra en människas livsförståelse. När en människa drabbas av en livshotande sjukdom, kan det för den enskilde upplevas som en mikrokatastrof. En mikrokatastrof kan likväl som en större katastrof ge upphov till djupa inre upplevelser, inre sår och ett livslångt mer eller mindre synligt lidande. (Arman & Rehnsfeldt 2012, s. 92, s. 122).

Olika former av lidande

Lidandet kan benämnas med tre olika former: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidandet är det lidande som följer på livets naturliga gång, det kan inbegripa svårigheter av olika slag. Sjukdomslidande uppkommer till följd av sjukdom. Dessa båda lidanden hör till människans existens och är förenade med att sjukdomslidande också innebär livslidande. Vårdlidande är däremot ett onödigt lidande som är orsakat av själva vården. Det kan vara vårdarens förhållningssätt och handlingar som orsakar vårdlidande (Ekebergh 2011, s. 24).

Sjuksköterskan kan träffa patienter som såväl överdriver som underdriver sina symtom när de beskriver det som plågar dem. En patient kan uppleva sig sjuk, trots att det inte finns några symtom på sjukdom. Andra hävdar att de är friska, även om de lider av en diagnostiserad sjukdom. Detta benämns lidandets relativitet. Med relativitet menas här en sjukdom som kan upplevas kvalitativt olika från person till person (Birkler 2007, s. 77).

Symtom och problem som följer i sjukdomens spår kan leda till det lidande som benämns som sjukdomslidande. Hit hör de symtom som hör samman med sjukdomen. Det kan vara smärta och tryck över bröstet vid hjärtsjukdom. Sjukdomslidande kan också vara det lidande som det innebär att uppleva sig begränsad av sjukdomen (Wiklund 2003, s. 102).

Livskvalitet

Livskvalitet innehåller begreppen livstillfredsställelse, behovstillfredsställelse och självförverkligande. Upplevelse av livskvalitet är att känna tillfredsställelse med livet. Det är att känna förnöjsamhet, att vara tillfreds. Behovstillfredsställelse innebär att få sina naturliga och nödvändiga behov tillfredsställda. Sådana behov kan vara att undgå såväl fysisk som psykisk smärta. Det kan vara att tillfredsställa enskilda behov som till exempel vila för att återskapa en balans, eftersom det är tecken på obalans att behöva något. Självförverkligande innebär att utveckla det som är specifikt mänskligt. Att tänka och att medvetet uppfatta (Birkler 2007, s. 94- 100).

Välbehövande, att må bra, att kunna leva det liv man vill och kunna genomföra stora och små livsprojekt ger individen känslan av att leva ett gott liv. Denna förmåga kan generellt beskrivas som livskraft. Dessutom behöver individen känna livslust, att ha en vilja att leva detta livet. För att uppleva hälsa behövs även livsmod. Mod att våga välja hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 62-63).

Med utgångspunkt från patientens berättelse

För att kunna erbjuda god vård behöver sjuksköterskan se patientens behov ur dennes perspektiv. Det innebär ett helhetsperspektiv med hela patientens tillvaro, i relation till hälsa och sjukdom. Målet är att försöka förstå patientens situation och svara på de vårdbehov som visas (Ekebergh 2011, s. 116).

Vid motiverande samtal kan hjälparen vara en behandlare såsom sjuksköterska. Motiverande samtal innebär att ha sin utgångspunkt i patientens uppfattningar, tankar och upplevelser. Rådgivaren leder samtalet genom en serie av teman och skapar en atmosfär som underlättar för patienten att reflektera över sig själv. Målet är förändring som ska kunna leda till bättre hälsa eller livskvalitet. Förändringen är baserad på personens egna val, förståelse och prioriteringar. Därför kan förändringen inte inträffa förrän patienten själv är redo. Förhållningssättet är att alla människor inom sig själva bär grundläggande utvecklingsmöjligheter som kan leda mot goda lösningar för individen (Barth & Näs-holm 2006, s. 31-33).

PROBLEMFÖRMULERING

När en människa har drabbats av en hjärtinfarkt, vidtar konvalescens och rehabilitering. I den processen ingår hjärtrehabilitering baserat på fysisk aktivitet. I flera studier påvisas och bekräftas nyttan och goda effekter av fysisk aktivitet. Trots medvetenheten om

detta kan följsamheten att fortsätta den aktiva livsstilen vara liten i det dagliga livet efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Detta är ett problem.

Om sjuksköterskan får en bättre förståelse för upplevelserna av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, kan rätt åtgärder vidtas i rehabiliteringsprocessen och sjukdomslidande kan minskas för den enskilda individen och livskvaliteten kan förbättras.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva upplevelser av fysisk aktivitet efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.

METOD

Data

Som metod har valts att genomföra en beskrivande litteraturstudie enligt Fribergs metod. (Friberg 2012, s. 140). En litteraturstudie innebär att basera sin analys på tidigare forskning. Metoden är vanligen innehållsanalys som beskriver vad människor upplever eller uttrycker (Dahlberg 2014, s. 118 - 119, 148).

Datainsamling

En första övergripande litteratursökning genomfördes med sökorden ”physical activity after acute coronary” i databasen Summon, för att få en överblick av vad som fanns publicerat. Det gav 93 337 träffar. Genom en snabb genomläsning av de första 30 rubrikerna gavs en uppfattning om vilka sökord som skulle kunna vara relevanta i kommande artikelsök. De första 5 abstracten genomlästes och ett valdes ut och lästes i sin helhet för att få en uppfattning om forskningen på området. Denna artikel användes till bakgrund.

För att få korrekt översättning av sökorden användes svensk MeSH. För att inkluderas i studien skulle artiklarna beröra cardiac rehabilitation, myocardial infarction var för sig eller i kombination med physical activity, anxiety, depression, exercise, fatigue.

Sökdata basen Cinahl användes i efterföljande artikelsök eftersom den tillhandahåller artiklar i vård och omsorg, hälso- och sjukvård samt medicin. Då första sökningen i Summon givit många träffar begränsades följande sökningar i Cinahl med Peer reviewed, english language, abstract available, publicerat mellan år 2009 - 2016. Eftersom den första upplevelsen av fysisk aktivitet efter genomgången hjärtinfarkt, oftast sker i samband med hjärtrehabilitering inkluderades ”cardiac rehabilitation” i några av sök-

ningarna. Sökorden; cardiac rehabilitation, exercise, myocardial infarction, quality of life, anxiety användes i olika kombinationer, redovisat i sökmatrix, bilaga 1. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes.

Samtliga rubriker genomlästes och på dem som verkade relevanta genomlästes även abstracten. Artiklar valdes bort om de visade sig ha sin utgångspunkt i allt för medicinskt fokus, innehålla mätskalor för hjärtmarkörer eller förekomst av dödlighet i samband med hjärtinfarkt. Artiklar exkluderades även då de innehöll beskrivningar av kulturella och etniska skillnader eller hur sexlivet påverkades efter hjärtinfarkt. Inklusions och exklusionskriterier finns redovisat i tabell 1.

På två sökningar lades även begränsningen ” Europe”. När sökningarna visade på allt fler dubletter och färre nya relevanta artiklar avslutades artikelsökningen. Totalt användes 10 artiklar till resultatet. Delar av 1 artikel användes både till resultat och bakgrund.

Tabell 1.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Kvalitativa artiklar. Kvantitativa artiklar. Sökord; cardiac rehabilitation, myocardial infarction, var för sig eller i kombination med ; physical activity, anxiety, depression, exercise, fatigue.	Enbart medicinskt inriktade studier; mätskalor för hjärtmarkörer, förekomst av dödlighet i samband med hjärtinfarkt. Beskrivningar av kulturella eller etniska skillnader. Hur sexlivet påverkades efter hjärtinfarkt.

Dataanalys

För att analysera artiklarna har metod beskriven av Friberg använts. I enlighet med analysmetoden ska övergripande områden definieras och likheter samt skillnader sökas. Studierna ska genomläsas flera gånger och sammanfattas i översiktsblad och med validering. Genom detta sker en pendling mellan artikelns helhet och översiktsbladets delar av artikeln, till en ny helhet. Därefter sammanställs materialet genom att innehållet sorteras under rubriker (Friberg 2012, s. 140-141).

För att analysera artiklarna enligt ovan nämnda dataanalys, har artiklarna genomlästs flera gånger. Första gången för att skaffa en övergripande förståelse, därefter en noggrannare genomläsning där intressant och med syftet överensstämmande text färgmar-

kerades. Därefter översattes den färgmarkerade texten från engelska till svenska och kondenserades, en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig. Den färgmarkerade och översatta texten skrevs på ett eller flera lösblad för varje artikel. Därmed har innehållet i artikeln validerats enligt Friberg. När alla artiklar bearbetats på detta sätt och återigen genomlästes, började teman och subteman att framträda. Där det fanns motstridiga resultat i artiklarna under samma teman, belystes även detta.

RESULTAT

En granskning av de valda artiklarna med utgångspunkt från syftet resulterade i 2 huvudteman och 4 subteman.

Negativa upplevelser	Positiva upplevelser
Trötthet	Ökat välbefinnande
Rädsla	Bättre självförtroende

Negativa upplevelser

Huvudtemat innefattar subteman trötthet och rädsla. Trötthet påverkar förmågan och motivation till fysisk aktivitet, sänker den fysiska och mentala förmågan, samt försämrar känslan av välbefinnande och livskvalitet. Upplevelser vid fysisk aktivitet kan skapa rädsla för att hjärtat kan ta skada och påminner om symtomen som infann sig i samband med hjärtinfarkten. Rädslan skapade osäkerhet, ångest och tvivel.

Trötthet

Onormal trötthet är ett av de vanligaste symtomen föregående hjärtinfarkt. Det är i ett flertal studier fastställt att onormal trötthet är ett förebud om en kommande hjärtinfarkt hos tidigare friska människor. Den består av tre komponenter trötthet, ökad irritabilitet och minskad handlingskraft (Rafael, Simon, Droto's & Balog 2014).

Trötthet är ett frekvent och bekymmersamt symptom efter hjärtinfarkt. Tröttheten har beskrivits som oförståelig och onormal, då den är oförutsägbar i sin förekomst och inte kommer som en följd av fysisk ansträngning. Det gör det svårare för patienten att klara

av det dagliga livet och även att engagera sig i fysisk aktivitet. Det fanns en vilja att vara aktiv, men en oväntad motkraft i trötthetssymtom. Tröttheten skapade osäkerhet inför vilken nivå av fysisk aktivitet som skulle orkas med och resulterade i ett undvikande av fysisk belastning. Tröttheten var en bekymmersam effekt som motverkade förmågan att ta initiativ till aktiviteter. Det är också ett av huvudsymtomen i depression. I en studie av patienter som behandlats för hjärtinfarkt fyra månader tidigare, visade resultatet att flera patienter upplevde onormal trötthet, utan att det var associerat med depression (Fredriksson-Larsson, Alsen & Brink 2013).

Det är viktigt att upptäcka och behandla inte bara depression, utan också onormal trötthet och ångest. Genom att reducera dessa psykologiska tillstånd förbättras känslan av välbefinnande och livskvalitet. Individerna kan därmed uppleva positiv känslöstämning, vitalitet och nyfikenhet (Rafael et al. 2014).

I en studie av Brink, Alsen, Herlitz, Kjellgren & Cliffordsson (2012), visas på sambandet mellan trötthet, sömnstörningar, självförtroende, självtillräcklighet och hälsorelaterad livskvalitet. Trötthet efter hjärtinfarkt kan orsaka stor vanda. Den har effekt på fysisk och psykisk självförmåga (self efficacy, översättning från Svensk MeSH). Trötthet har ett samband med mindre upplevd livskvalitet både fysiskt och mentalt. En människas självförtroende och självförmåga påverkar hälsobeteendet och spelar en aktiv roll i att hantera konsekvenserna av sjukdom. En central roll spelar patientens tro på sin egen förmåga att bibehålla känslan av kontroll över sig själv och sina förmågor, samt en tillförsikt i att kunna möta de krav som omgivningen ställer. Patienter som lider av trötthet behöver support med att förbättra sin självförmåga och självtillräcklighet.

Rädsla

För att fysisk aktivitet ska ha positiva effekter på det kardiovaskulära systemet ska patienten uppleva att andningen blir tyngre än normalt och uppleva en känsla av värme, samt bli lite svettig. Som en paradox är det just det som många patienter undviker då de förknippar det med den genomgångna hjärtinfarkten (McCorry, Corrigan, Tully & Dempster 2009).

Efter en hjärtinfarkt behöver individen lära sig vilken nivå av fysisk aktivitet som hjärtat klarar av. Det gäller att hitta balansen mellan en hälsosam återgång till dagligt liv och vad som kan upplevas som farligt. Då det kan finnas oklarhet i denna balans finns risk för ett undvikande beteende inför fysisk belastning (Fredriksson-Larsson, Alsen & Brink 2013).

Osäkerhet var en känsla som beskrevs i studien av Simony, Pedersen, Dreyer & Birkelund (2015). Osäkerhet inför hur mycket hjärtat skulle tåla. En känsla av att kroppen var opålitlig. Rädsla inför att en ansträngning av hjärtat skulle medföra en risk för att få en ny hjärtinfarkt. De beskrev ångest i samband med motion, som kunde förklaras med

en känsla av osäkerhet med den nya och ovana situationen med att ha ett sårbart hjärta. När puls och andning ökade kom ångesten. Symtomen påminde om bröstsmärta och orsakade dödsångest. Att delta i hjärtrehabiliteringens fysiska aktiviteter kan innebära en utmaning, då signaler från hjärtat både måste lyssnas på och förnekas. Individen behöver komma till insikt om hur hjärtat kommer att reagera vid fysisk ansträngning och hur man skall veta att hjärtat inte överansträngs. Inför fysisk aktivitet fanns en rädsla över att deras hjärtan var för svaga för att klara påfrestningen. Denna osäkerhet gjorde dem försiktiga.

I en studie beskrev deltagarna hur de brukade promenera i långsam takt och att det var viktigt att ta pauser. De undvek motion som höjde pulsen eller ökade andningen av rädsla för att överanstränga sitt hjärta. Motion som orsakade andfåddhet ansågs ej hälsosamt utan var en påfrestning för hjärtat. En orsak till att inte delta i hjärtrehabilitering kunde vara att deltagarna inte tyckte fysisk träning gav några kardiovaskulära fördelar. De fortsatte att vara aktiva med sina dagliga aktiviteter som om de var tillräckliga för hälsan. De nämnde endast nyttan av att fortsätta vara smidiga och ej stelna till. Det var få som trodde att livsstilen hade bidragit till hjärtinfarkten. De trodde mer på ödet, arv och stress. Speciellt de äldre betonade sin uppfattning att det var yttre faktorer som ödet, arv och medicinering som hade betydelse för att lyckas leva ett långt liv (McCorry et al. 2009). De som haft hjärtinfarkt tidigare tvivlade på att fysisk aktivitet skulle vara bra för dem och avstod att delta i hjärtrehabilitering i högre grad (McKee et al. 2014).

Positiva upplevelser

Huvudtemat innefattar ökat välbefinnande och bättre självförtroende. Fysisk aktivitet ökade det psykiska välbefinnandet genom att minska ångest och depression. Självförtroendet förbättrades med ökad fysisk status och medförde kraft till en aktiv livsstil. Livskvaliteten ökade av de positiva upplevelserna.

Ökat välbefinnande

Fysisk aktivitet är en viktig stöttepelare i tillfrisknande processen. Det psykiska välbefinnandet ökar både på kort och lång sikt. Ytterligare en god effekt med motion är att depressiva symtom motverkas hos både män och kvinnor. De som fullföljde hjärtrehabilitering fick minskade nivåer av depression, ångest och förbättrade sin upplevelse av livskvalitet (McGrady, McGinnis, Badenhop, Bentle & Rajput 2009). I en studie av Johannes et al. (2010) framkom att deltagande i rehabiliteringen är välgörande för fysisk status, minskar ångest och depression samt förbättrar livskvaliteten. Detta resultat bibehölls under de tolv månader som studien pågick.

Flera av deltagarna i hjärtrehabiliteringen började att träna regelbundet och upplevde då en förbättring i sin fysiska status och en känsla av välbefinnande. De upplevde även ett

växande självförtroende för vad deras hjärta klarade av. Den fysiska träningen gjorde att de kände sig bättre och gav dem kraft att våga ha en aktiv livsstil. De upplevde en möjlighet att finna en ny mening i livet genom en positiv kroppslig insikt (Simony, Pedersen, Dreyer & Birkelund 2015).

Att drabbas av en hjärtinfarkt är en omvälvande livshändelse som påverkar både patienten och anhöriga. I den akuta fasen fokuseras på fysiska funktioner, men sedan vidtar rehabiliteringen och då ska individen relatera till sin nya fysiska och psykiska hälsa, nya sociala och emotionella funktioner och sin egen och familjens livskvalitet. Att känna hopp kan hjälpa till att hantera situationen efter en hjärtinfarkt och uppnå livskvalitet med mental och fysisk hälsa. Känslan av hopp, mental hälsa och upplevd livskvalitet ökade med tiden efter en hjärtinfarkt. Deltagarna upplevde en högre nivå än sina partners. Detta kan bero på att en hjärtinfarkt är en såpass omvälvande livshändelse att den gör att livet värdesätts högre. Med tiden infinner sig också en acceptans och anpassning till situationen. Även den fysiska hälsan förbättrades under en två års period (Eriksson, Asplund, Hochwälder & Svedlund 2013).

Bättre självförtroende

I en studie av Faulkner, Westrupp, Rousseau & Lark (2013) framgick att det fanns hjärtpatienter som kände ångest inför att promenera utomhus. Det var inte generell ångest, utan ångest som kom i samband med utomhuspromenader. Då hjärtpatienter utför ej monitorerad fysisk aktivitet, som vid utomhuspromenader, kan det bli en väldigt ångestfylld och stressfylld upplevelse. Därför kan denna aktivitet komma att undvikas. Genom att utsätta sig för regelbunden fysisk aktivitet utomhus i självvald takt, med användande av pulsklocka, gavs en betydande minskning i ångestnivån. Deltagarna fick ökat självförtroende att gå i en högre takt under en längre tid. Det fanns en vinstgivande kardiovaskulär effekt och förbättrade motionsvanor, då deltagarna använde pulsklocka. De vågade då motionera på en högre ansträngningsnivå.

Genom att delta i hjärtrehabilitering och därigenom få en positiv upplevelse av fysisk aktivitet, ökade självförtroendet att fortsätta vara fysiskt aktiv. Även om deltagandet var både fysiskt och psykiskt utmanande, kände sig deltagarna stärkta och motiverade att fortsätta med en aktiv livsstil. Att delta i hjärtrehabilitering kunde betyda att patienten började känna sig mer trygg, vågade träna och röra på sig mer. Började att känna mod och tillförsikt. Detta visade sig till exempel genom att våga cykla. Självförtroendet stärktes när de insåg vilken positiv effekt träning hade. Det stärkta självförtroendet gav en ökad känsla av säkerhet som gjorde det möjligt att prioritera fysiska aktiviteter i det dagliga livet, som att leka med barnbarnen. Detta bidrog till att de kände glädje och lycka igen (Simony et al. 2015).

Patienter som deltagit i hjärtrehabilitering nämnde hur positivt det var med fysisk aktivitet i grupp. Hur det minskade tröttheten. Ju mer man utförde fysisk aktivitet, desto

lättare blev det och tröttheten minskade (Fredriksson-Larsson, Alsen & Brink 2013). Att träna tillsammans har många fördelar, beskrivna i studien av Simony et al. (2015). När patienter tränar i grupp står de inför samma osäkerhet och ångest inför hur fysisk ansträngning kan påverka deras hjärtan. De kan då finna support och stöd hos varann och få inspiration om hur de ska fortsätta sina aktiva liv i framtiden. Självförtroendet rapporterades att väckas på nytt och modet för att utöva fysisk aktivitet ökade. Patienterna vågade att träna och röra på sig mer, när det stärkte självförtroendet gav en ökad känsla av säkerhet. Att träna tillsammans och känna stöd från gruppen gjorde att de fann ny energi.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudie bedömdes som lämplig för studien eftersom det finns mycket artiklar och forskning i ämnet. Svårigheten blev att avgränsa sökningen för att hitta relevanta artiklar som överensstämde med studiens syfte. Fribergs metod bedömdes som lämplig eftersom den passade mitt arbetssätt och syfte. Metoden innefattar att inom ett omvårdsrelaterat område ta reda på befintlig forskning, för att få en uppfattning om vad som studerats. Om området är svårt att avgränsa kan det krävas ett antal sökningar med sökorden i olika kombinationer. Efter den första överblickningen med helikopterperspektiv ska en avgränsning ske till de artiklar som slutligen ska ingå i arbetet.

Detta tillvägagångssätt har följts i studien genom en första övergripande sökning och genomläsning av de första rubrikerna för att få en uppfattning om vilka sökord som hörde samman med fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt baserat på tidigare forskning. Genom detta delades upplevelsen av fysisk aktivitet direkt in i specifika sökord. Om en bredare sökning hade gjorts med sökordet "experience" hade möjligtvis fler artiklar som berörde ämnet hittats. De artiklar som analyserades belyste syftet ur flera perspektiv eftersom både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades. I de kvantitativa studierna användes mätskalor i enkäter berörande livskvalitet, fysisk och psykisk status, depression och ångest. Genom detta bedömdes dessa studier som mycket lämpliga att inkludera i arbetet. De kvalitativa studierna innehöll intervjuer som gav ett rikt innehåll även om datainsamlingen hade skett från färre informanter än i de kvantitativa. Deltagarantalet i de kvalitativa studierna varierade mellan 14 - 18 informanter. De kvantitativa studierna innehöll information från 22 - 2172 deltagare. Trots inklusion och exklusionskriterier och att abstrakten vid genomläsning bedömdes som lämpliga för syftet, visade det sig vid analys av artiklarna att en artikel endast innehöll en mindre del som var användbart i uppsatsen.

Första sökningen gjordes i databasen Summon som var bibliotekets startside för databaser. Därefter gjordes efterföljande sökningar på databasen Cinahl, som tillhandahåller artiklar i vård, omsorg samt hälso- och sjukvård. Om andra databaser hade använts i artikelsökningen hade kanske fler artiklar hittats, som belyst problemet från andra perspektiv.

Resultatdiskussion

Uppsatsens resultat utgörs av två huvudteman, negativa upplevelser och positiva upplevelser. De negativa upplevelsena bestod av trötthet och rädsla. Rädslan kunde visa sig som osäkerhet inför hur mycket fysisk träning som hjärtat tålde och om motion verkligen var hälsosamt för hjärtat. En orsak till att inte delta i hjärtrehabilitering kunde vara tvivel på att fysisk träning gav kardiovaskulära fördelar.

Sweet, Tulloch, Fortier, Pipe & Reid (2011), studerade i 24 månader träningsvanor och motivation hos patienter som deltagit i hjärtrehabilitering. Frekvensen av fysisk träning ökade de första 12 månaderna, men efter 24 månader var det endast 17 % som behöll samma nivå av aktivitet. Hjärtrehabilitering var effektivt för att öka den fysiska aktiviteten under en kortare period, men det var svårare för deltagarna i studien att bibehålla motivationen under en längre tidsperiod. De individer som startade med en högre och stabilare självförmåga, hade högre förväntningar på resultatet och kände egen beslutsam motivation, behöll den fysiska träningen under en längre tidsperiod. Motsatt resultat hade de individer med lägre självförmåga, sämre egen motivation och låga förväntningar. Det är viktigt vid början av hjärtrehabiliteringen, att identifiera individer med lägre självförmåga och som inte har så stor tilltro på fysisk aktivitet. För dessa individer är det viktigt att öka motivationen. Det kan till exempel vara planering, självmonitorering och att öka glädjen i samband med fysisk aktivitet. Samtidigt är det viktigt att ha realistiska förväntningar för att patienten ska känna sig tillfreds med sitt eget fysiska resultat.

Detta överensstämmer med studiens resultat eftersom det visar på hur viktig motivationen är både för att delta i hjärtrehabilitering och för att bibehålla den aktiva livsstilen. Rädsla för rörelse sänker motivationen kraftigt.

Fysisk aktivitet är såpass viktigt för livskvaliteten att det är av yttersta vikt att alla individer deltar och fullföljer hjärtrehabilitering. Därefter ska den aktiva livsstilen bibehållas. En viktig komponent är att finna glädje i att röra sig. Om varje individ kan finna vad som innebär rörelseglädje för just dem och samtidigt ger kardiovaskulära fördelar, är mycket vunnet. För en del individer kan dans vara ett alternativ och för andra kanske cykling eller vandring är att föredra. Glädje är den bästa motivationen för att bibehålla och motivera till rörelse i ett hållbarhetsperspektiv. Detta är viktigt att tänka på när sjuksköterskan skriver ut fysisk aktivitet på recept.

Hopp, är något av det finaste en medmänniska kan ge en annan människa. Hopp kan innebära många olika saker, beroende på vad individen har drabbats av och hur livssituationen ser ut. Att förmedla hopp efter en hjärtinfarkt innebär att förmedla att livet kan innehålla livskvalitet, trots den svåra livshändelsen. Individen behöver stärkas i självförtroendet och upptäcka vad kroppen klarar, då kommer också det psykiska välbefinnandet att öka eftersom den psykiska hälsan påverkas positivt av fysisk aktivitet.

Som en kontrast till det negativa stod de positiva upplevelser som kom efter att individen vågade genomföra fysisk aktivitet. De positiva upplevelserna var ökat välbefinnande och bättre självförtroende. De positiva upplevelserna hade en stark sammankoppling med att genomföra fysisk aktivitet i grupp. Att känna gemenskap och samhörighet med andra gav ett ökat självförtroende och mod att våga träna och röra på sig mer. Välbefinnandet ökade och livskvaliteten förbättrades. En annan aktivitet som gav positiva upplevelser var utomhuspromenader monitorerade med hjälp av pulsklocka.

För att utvärdera hur tidig hjärtrehabilitering påverkade livskvalitet och fysisk kapacitet 30 dagar efter utskrivning från sjukhus, har Peixoto et al. (2015) gjort en studie. En undersökningsgrupp och en kontrollgrupp jämfördes. Båda grupperna påbörjade en sjukhusbaserad rehabilitering tolv timmar efter hjärtinfarkten. Undersökningsgruppen fick skriftlig information i en broschyr och telefonsupport en gång per vecka. Undersökningsgruppen påbörjade ett hembaserat promenad program. Promenaderna skulle successivt ökas från 20 minuter till slutligen 40 minuter den sista veckan. De fick telefonsupport en gång per vecka. Kontrollgruppen följde det reguljära programmet som innebar rådgivning om att fortsätta fysisk aktivitet efter utskrivning från sjukhuset. Bägge grupperna informerades om att inte ha högre aktivitetsnivå än att de kunde samtala samtidigt som de promenerade och de skulle inte springa. Kontrollgruppen använde även Borgskalan, som är en skattningsskala för upplevd fysisk ansträngning. Resultatet av studien var att en tidig start av hjärtrehabilitering, följt av hembaserat träningsprogram med telefonsupport, innebar en högre nivå av upplevd livskvalitet och högre nivå av fysisk samt emotionell status.

Att genomföra ett hembaserat promenad program stämmer delvis med mitt resultat. Deltagarna genomförde inte sin träning i grupp. Ändå fick de goda resultat genom att promenera i hastighet lagom för att kunna samtala och gruppträningen ersattes med telefonsupport en gång per vecka. Eftersom självmonitorering lyfts fram för att motivera till fortsatt fysiskt aktivt liv och för att stärka självförtroendet, stämmer det helt med mitt resultat där pulsklocka användes för att minska ångest vid utomhuspromenader.

Träning i grupp ger många fördelar. Ett utomordentligt sätt att dra fördel av både självmonitorering och gruppträning borde vara gemensamma aktiviteter med användande av pulsklocka. Till exempel aktiva promenader eller cykling. Det är en aktivitet som borde vara lätt att motivera till utifrån ett hållbarhetsperspektiv. I arbetet nämns hur individer kunde känna att utomhuspromenader upplevdes ångestfyllda. Det finns en risk att detta begränsar frihet och välbefinnande på ett negativt sätt. Sjukdomslidandet får då större

makt över individen. Därför är det viktigt att öka självförtroendet och självförmågan med fysisk aktivitet, för att individen ska kunna leva ett liv med livskvalitet. Det finns goda resultat med att använda pulsklocka för att lära sig vad kroppen klarar för fysisk ansträngningsnivå. Är lättanvända tekniska hjälpmedel ett sätt att öka motivationen och stärka självförtroendet? Jag anser att de borde användas i ännu högre grad. Även enkla mobilappar skulle kunna vara ett hjälpmedel för många.

I studien av Lewis (2012) betonas hur viktig primärvårdens sjuksköterska är för att motivera patienten till fysisk aktivitet. Fysisk träning behöver betraktas som en viktig del i patientens hälsostatus. Sjuksköterskan i primärvården har en strategisk position för att motivera och informera patienten om sekundärprevention där fysisk aktivitet är en viktig komponent. Möjligheten finns också att screena patienter som är i riskzonen med en inaktiv livsstil. Patienten behöver få utbildning och support för att de ska kunna behålla eller tillägna sig en fysiskt aktiv livsstil i ett längre perspektiv. Dessa åtgärder kan hjälpa patienten att känna välbefinnande, förhindra ytterligare försämring i hälsostatus och reducera framtida sjukhusbesök.

Detta överensstämmer med mitt resultat eftersom fysisk träning är en del av hälsostatus och viktig för välbefinnandet. Välbefinnandet är betydelsefullt för att uppleva livskvalitet.

Fysisk träning ingår som en viktig komponent i både primär och sekundärprevention. Att minska risken för återinsjuknande i hjärt- kärlsjukdom innebär minskat sjukdomslidande och även färre besök inom hälso- och sjukvård. Att känna sig i balans, att kunna leva det liv man vill och känna välbefinnande, har för individen ett oerhört stort värde och förknippas med att leva ett liv med livskvalitet. Därför finns allt att vinna både för individen och samhället, att motivera till fysisk aktivitet efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Genom att fler individer blir fysiskt aktiva ökar det egna välbefinnandet, primär- och sekundärprevention blir mer effektivt. Även belastningen på hälso- och sjukvården kan komma att minskas genom färre besök och färre inläggningar på sjukhus. Sjuksköterskan har en nyckelroll med att vara den som träffar patienten i det akuta skedet, genomför medicinering och vård, samtalar med anhöriga och introducerar patienten till den hjärtrehabilitering som följer. Det kan också bli upprepade patientmöten vid återbesök på hjärtmottagning. Även sjuksköterskan på vårdcentralen har möjlighet att motivera patienter till fysisk aktivitet. Det är viktigt att sjuksköterskan lyckas motivera och få patienten att inse betydelsen av att delta i hjärtrehabilitering och sedan bibehålla den fysiska aktiviteten i ett längre tidsperspektiv.

Även om syftet med studien var att beskriva upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, framgick det i tre studier att det fanns könsskillnader. I studien av Rafael et al. (2014) framgick en mätbar skillnad mellan könen. Ångest, onormal trötthet och sömnrörningar var större hos kvinnor än hos män. Onormal trötthet och ångest hade ett direkt samband med mindre upplevd livskvalitet och lägre grad av välbefinnande.

Yngre kvinnor hade en högre tendens att inte fullfölja hjärtrehabiliterings program. De upplevde också högre psykisk stress, lägre livskvalitet och hade gått färre steg på gångbandet (McGrady et al. 2009). Tidigare studier har visat att kvinnor är sämre i sin fysiska status, är mindre fysiskt aktiva samt i högre grad slutar programmet i förtid. Det är väsentligt, när kvinnor ska delta i träningsaktiviteter, att hänsyn tas till könsskillnader. Det kan vara skillnader i fysisk kapacitet inför den träningsform som ska genomföras. Om justeringar inte görs med hänsyn till könsskillnader, kan det bli till kvinnornas nackdel. Kvinnor kan då få träna på en högre ansträngningsnivå än männen. Detta kan vara en förklaring till varför kvinnor slutar rehabiliteringsprogrammet i förtid, i högre grad än vad män gör (Yohannes et al. 2010). Eftersom det tyvärr är fler kvinnor än män som inte börjar eller fullföljer programmet, är det viktigt med forskning i ämnet utifrån ett genusperspektiv.

SLUTSATSER

Om individen motiveras att genomföra fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, utmana sig själv att våga och att bibehålla den aktiva livsstilen, leder det till positiva känslomässiga upplevelser och förbättrad livskvalitet. För att motivera till fysisk aktivitet spelar sjuksköterskan en viktig roll, som en del av vårdteamet som introducerar och motiverar patienten i rehabiliteringsprocessen efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.

REFERENSER

Andersson, D. (2012). *Fysisk Aktivitet Vägen till bättre hälsa och ett rikare liv*. Dola förlag.

Arman, M., Rehnsfeldt, A. (2012). *DEF- Det Existentiella Förbundet. Existentiellt omhändertagande efter katastrof*. Stockholm: Liber.

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Stockholm: Studentlitteratur.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Brink, E., Alsen, P., Herlitz, J., Kjellgren, K. & Cliffordsson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 16, No. 3, ss. 346- 355.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori & praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ekebergh, M. (2011). *Att lära sig vårda - med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, O. E., Börjesson, M., Greppe, C., Hafström, L., Mellstrand, T., Peterson, L. & Renström, P. (2011). *Idrott, hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, M., Asplund, K., Hochwälder, J. & Svedlund, M. (2013). Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2013;27; 295-302.

Faulkner, J., Westrupp, N., Rousseau, J. & Lark, S. (2013). A Randomized Controlled Trial to Assess the Effect of Self-Paced Walking on Task-Specific Anxiety in Cardiac Rehabilitation Patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. Vol, 33 (5), ss. 292-296. DOI: 10.1097/HCR. 0bo13e182a0295c.

Folkhälsomyndigheten. (2016). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/>
[2017-03-16]

Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P. & Brink, E. (2013). I've lost the person I used to be - Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies o Health and Well-being*; 2013; 8: 10.3402/qhw.v8i0.20836.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, kranskärlsjukdom, reviderad 2016.
<http://www.fyss.se> [2017-03-01]

FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet, Framtagna av Yrkesföreningen för Fysisk aktivitet och antagna av Svenska Läkaresällskapet 2011.
<http://www.fyss.se> [2017-05-21]

Internetmedicin (2017).
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1085>, [2017-06-03]

Internetmedicin (2017).
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5817>, [2017-03-01]

- Lewis, H.L. (2012). Physical activity is the key to cardiac health. *Primary health care*. Vol. 22, No.1.
- McCorry, N. K., Corrigan, M., Tully, M. A. & Dempster, M. (2009). Perceptions of exercise among people who have not attended cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Journal of Health Psychology*. Vol. 14 (7), ss. 924-932.
- McGrady, A., McGinnis, R., Badenhop, D., Bentle, M. & Rajput, M. (2009). Effects of Depression and Anxiety on Adherence to Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. Vol. 29 (6), ss. 358-364.
- McKee, G. Biddle, M. O'Donnell, S. Mooney, M. O'Brien, F. & Moser, D.K. (2014). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients' intentions to attend?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol 13 (4) 329-337.
- Medical Subject Headings, Svensk MeSH (2016).
<https://mesh.kib.ki.se/term/D001026/coronary-artery-bypass>, [2017-03-16]
- Peixoto, T., Begot, I., Bolzan, D.W., Machado, L., Reis, M.S., Papa, V., Carvalho, A., Arena, R., Gomes, W. J. & Guizini, S. (2015). Early Exercise-Based Rehabilitation Improves Health-Related Quality of life and Functional Capacity After Acute Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Cardiology*, 31, 308-313.
- Pitsavos, C., Kavouras, S. A., Panagiotakes, D. B., Arapi, S., Anastasiou, C. A., Zombolos, S., Stravopodis, P., Mantas, Y., Kogias, Y. & Antonoulas, A. (2008). Physical Activity Status and Acute Coronary Syndromes Survival. *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 51, No 21, ss. 2034- 2039. doi: 10.1016.j.jXX. 2008.01.053.
- Praktisk medicin (2014).
<http://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/prevention-vid-hjartkarlsjukdom-riskfaktor/>
 [2017-03-16]
- Rafael, B., Simon, A., Droto's, G. & Balog, P. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2864-2873. DOI: 10.1111/ john. 125653.
- Simony, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P. & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological- hermeneutic study of patients' lived experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 2581- 2590, doe: 10.1111/jocn. 12867.

Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015).
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerhjärtsjukvard/sokiriktlinjerna/kranskarlssjukdom1>, [2017-03-16]

Socialstyrelsen, specialiserad hjärtrehabilitering (2015).
<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/utvardering/specialiseradhjartrehabiliteri>, [2017-03-16]

Svantesson, U. Cider, Å., Ingibjörg, H, Jonsdottir., Stener-Victorin, E. & Wille'n, C. (2007). *Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd*. Stockholm: SISU Idrottsböcker - idrottens förlag.

Swedeheart Nationellt kvalitetsregister om hjärtsjukdom (2015). Årsrapport utgiven 2016. <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/arsrapport-2015?task=document.viewdoc&id=821>, [2017-05-16]

Sweet, S. N., Tulloch, H., Fortier, M. S., Pipe, A. L. & Reid, R. D. (2011). Patterns of Motivation and Ongoing Exercise Activity in Cardiac Rehabilitation Settings: A 24-Month Exploration from the TEACH Study. *The Society of Behavioral Medicine*. 42:55-63. DOI 10.1007/s12160-011-9264-2.

World Health Organization (2017).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
[2017-06-03]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Yohannes, A.M., Doherty, P., Bundy, C. & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2806-2813. doi: 10.1111/j. 1365-2702.2010.03313.x

1177 vårdguiden. (2011).
<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Hjartskola-ger-trygghet>,
[2017-03-01]

Bilagor

Bilaga 1. Sökmatrix.

Databas	Begränsning	Sökord	Antal träffar	Använda artiklar
Cinahl 2016-10-17	Peer reviewed, english language, abstract available, 2009-2016	cardiac rehabilitation, exercise, myocardial infarction	61 träffar.	nr; 3, 11, 42, 53.
Cinahl 2016-10-17	Peer reviewed, english language, abstract available, 2009-2016, Europe	quality of life, myocardial infarction	67 träffar	nr; 2, 4, 5. Dublett nr; 17.
Cinahl 2016-10-17	Peer reviewed, english language, abstract available, 2009-2016	cardiac rehabilitation, anxiety	80 träffar	nr; 2, 11. Dublett nr; 1, 6, 8, 13.
Cinahl 2016-10-17	Peer reviewed, english language, abstract available, 2009-2016, Europe	cardiac rehabilitation, myocardial infarction	51 träffar	nr; 1 Dublett nr; 2, 7, 13, 18.

Bilaga 2

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Brink, E., Alsen, P., Herlitz, J., Kjellgren, K. & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. <i>Psychology, Health & Medicine</i>, vol. 17, No.3, ss. 346-355.</p>	<p>Identifiera samband mellan trötthet, sömnstörningar, självförmåga och hälsorelaterad livskvalitet, hos patienter med hjärtinfarkt.</p>	<p>Deltagarna hade haft hjärtinfarkt två år tidigare och var under 80 års ålder. Longitudinell studie, fyra månader och två år efter hjärtinfarkt. Studien innehöll 145 deltagare och genomfördes med enkäter.</p>	<p>Självförmåga var relaterat till fysisk och mentalt hälsorelaterad livskvalitet två månader efter hjärtinfarkt. Trötthet visade samband med självförmåga,, ”mental komponent score” och ”physical komponent score”. Studien påvisar hur viktigt det är med bra sömnkvalitet för att hantera trötthet efter hjärtinfarkt.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Eriksson, M., Asplund, K., Hochwälder, J. & Svedlund, M. 2013. Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>; 2013;27; 295-302.</p>	<p>Att jämföra självskattningsskalor av hopp och hälsorelaterad livskvalitet, under konvalescensstiden hos patienter som genomgått hjärtinfarkt och lever i parförhållande.</p>	<p>Explorativ och longitudinell studie under en 2 års period. Datainsamling utfördes med både enkäter och intervjuer. Delta-garantalet var 18 par.</p>	<p>Även om hopp och hälsorelaterad livskvalitet ökade efter en tid, var det få av de värden som uppmätts som var statistiskt signifikanta.</p>
<p>Faulkner, J., Westrupp, N., Rousseau, J. & Lark, S. (2013). A Randomized Controlled Trial to Assess the Effect of Self-Paced Walking on Task-Specific Anxiety in Cardiac Rehabilitation Patients. <i>Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention</i>. Vol, 33 (5), ss. 292-296. DOI: 10.1097/HCR.0bo13e3182a0295c.</p>	<p>Studien utreder effekten av utomhuspromenader hos hjärtpatienter som upplever specifik ångest inför utomhuspromenader.</p>	<p>En modifierad version av mätskala för ångest och depression användes. De 22 hjärtpatienter som deltog i studien hade måttlig till hög nivå av ångest inför utomhuspromenader. En grupp fick gå en i förväg bestämd promenadväg med pulsklocka för självmonitorering, medan kontrollgruppen fick cykla inomhus. Studien pågick i fyra veckor.</p>	<p>Gruppen som använt sig av pulsklocka och gått utomhus hade signifikant lägre ångestnivå, högre självförtroende och förbättrad fysisk hälsostatus.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P. & Brink, E. (2013). I've lost the person I used to be - Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>. 8: 10.3402/qhw.v8i0.20836.</p>	<p>Undersöka patienters upplevelse av trötthet och deras strategier för att hantera det.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer av 18 informanter 2 månader efter genomgången hjärtinfarkt.</p>	<p>Trötthet var en känsla av reducerad förmåga att hantera det dagliga livet.</p>
<p>McCorry, N, K., Corrigan, M., Tully, M,A. & Dempster, M. (2009). Perceptions of exercise among people who have not attended cardiac rehabilitation following myocardial infarction. <i>Journal of Health Psychology</i>, Vol 14 (7), ss. 924-932.</p>	<p>Utforska patienters uppfattning om fysisk träning i konvalescensen efter hjärtinfarkt, hos män och kvinnor som inte har deltagit i hjärtrehabilitering.</p>	<p>14 deltagare som initialt fick besvara enkäter följt av intervjuer som spelades in på band.</p>	<p>Deltagarna hade ej förstått de kardiovaskulära fördelarna med träning. De fortsatte med dagliga aktiviteter som tillräckliga för hälsan. Vårdpersonal upplevdes av deltagarna att ej ha gett intryck av att hjärtrehabilitering var viktigt.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
McGrady, A., McGinnis, R., Badenhop, D., Bentley, M., & Rajput, M. (2009). Effects of Depression and Anxiety on Adherence to Cardiac Rehabilitation. <i>Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention</i> , 29, ss. 358 - 364.	Att undersöka effekterna av depression och ångest hos patienter som fullföljde hjärtrehabiliteringsprogram.	Retrospektiv kvantitativ studie med 380 deltagare. Depression, ångest och livskvalitet mättes med standardiserade enkäter.	Hälften av deltagarna fullföljde programmet. De som inte fullföljde hade signifikant sämre mätresultat på depression, ångest och livskvalitet. Psykologisk stress gör det svårare att fullfölja hjärtrehabilitering.
McKee, G. Biddle, M. O'Donnell, S. Mooney, M. O'Brien, F. & Mosser, D.K. (2014). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients' intentions to attend?. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , Vol. 13(4) 329-337.	Identifiera orsaker som påverkar patientens vilja att delta i hjärtrehabilitering.	Kvantitativ, longitudinell, prospektiv enkätstudie med 1172 deltagare. Via enkäter undersöktes deltagarnas intention att delta, genomföra eller att inte delta i hjärtrehabilitering.	Även om det fanns signifikanta skillnader i sociodemografisk och klinisk profil, så var huvudorsaken till att inte delta i hjärtrehabilitering, bristande intresse och misstro.

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
Pitsavos, C., Kavouras, S, A., Panagiotakos, D, B., Arapi, S., Anastasiou, C,A., Zombolos, S., Stravopodis, P., Mantas, Y., Kogias, Y., Anonoulas, A. & Stefanadis, C. (2008). Physical Activity Status and Acute Coronary Syndromes Survival. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . Vol. 51, No. 21, 2008. doi: 10.1016/j.jXX.2008.01.053.	Utvärdera sambandet i 30 dagar, mellan fysiska aktivitets nivåer och klinisk effekt på mortalitet eller behov av att åter söka sjukhusvård på grund av acute coronary syndrom (ACS).	Genom att använda ”Physical Activity Questionnaire” för att utreda fysisk status och jämföra med mortalitet på sjukhus eller återbesök på sjukhus på grund av kardiovaskulära händelser, inom en 30 dagars period. I studien ingick 2172 patienter och pågick i ett års tid.	Fysisk aktivitet reducerar allvarlighetsgraden av ACS, reducerar mortalitet på sjukhus och förbättrar korttids prognosen.
Rafael, B., Simon, A., Drótos, G. & Balog, P. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. <i>Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)</i> , Oct2014; 23(19/20): 2864-2873.	Studien undersöker samband mellan somatiska och psykologiska faktorer, påverkan på upplevd livskvalitet och om det fanns en könsskillnad. Syftet med studien är att undersöka sambandet mellan somatiska faktorer och psykologiska riskfaktorer efter hjärtinfarkt.	En deskriptiv kvantitativ studie med survey design. I studien ingick 100 patienter varav 67 män. Nivån av depression och ångest, trötthet, sömnstörningar och välbefinnande mättes. Medicinska data och somatiska parametrar hämtades från medicinska journaler.	Ångest, trötthet och sömnstörningar var större hos kvinnor. Onormal trötthet och ångest hade ett signifikant samband med välbefinnande.

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Simony, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P. & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 24, 2581-2590, doi: 10.1111/jocn.12867.</p>	<p>Syftet är att utreda patienters upplevelser av fysisk aktivitet i samband med hjärtrehabilitering.</p>	<p>Fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Med fältobservationer studerades patienterna och uppföljdes sedan med intervjuer efter en till två månader.</p>	<p>Resultatet visade på tre teman; ångest i samband med motion, uppmuntran av att träna tillsammans och ett ökat självförtroende.</p>
<p>Yohannes, A.M., Doherty, P., Bundy, C. & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 19, 2806-2813. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x</p>	<p>Utreda långsiktiga fördelar med ett 6 veckors hjärtrehabiliteringsprogram baserat på fysisk aktivitet, psykiskt välbefinnande och livskvalitet hos patienter med hjärtsjukdom.</p>	<p>Kvantitativ studie med upprepade mätningar under 12 månader efter att ha deltagit i 6 veckor hjärtrehabilitering. Studien innehöll 147 patienter med hjärtsjukdom.</p>	<p>Ett 6 veckors hjärtrehabiliteringsprogram är betydelsefullt för att förbättra livskvalitet, fysisk status, ångest och depression. Detta bibehölls under ett år. Att ha en förhöjd nivå av depression associerades till nedsatt livskvalitet.</p>

