



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH
HÄLSA**

VÅGAR JAG RÖRA PÅ MIG?

Patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt och sjuksköterskans stödjande roll.

- En litteraturstudie

**Marie Carlström
Christel Olofsson**

Uppsats/examensarbete:	15 hp
Program/ kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Harshida Patel

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	VÅGAR JAG RÖRA PÅ MIG? Patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt och sjuksköterskans stödjande roll.
Titel (engelsk)	DO I DARE TO MOVE? Patients experiences of physical activity after myocardial infarction and the supportive role of the nurse.
Examensarbete:	15 hp
Program/ kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare:	Marie Carlström & Christel Olofsson
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Harshida Patel

Sammanfattning

Hjärt- kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och i övriga världen. Fysisk aktivitet minskar risken att drabbas av hjärtinfarkt, ökar livskvaliteten och är en stor del av rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt. Trots detta rör patienter på sig för lite. Syftet var att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt samt hur sjuksköterskan kan stödja och uppmuntra dem till fysisk aktivitet. Genom en litteraturstudie sammanställdes resultaten i två teman som beskriver patienters upplevelse av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt samt sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet. Resultatet visar både på patienters vilja men huvudsakligen olika hinder för att genomföra fysisk aktivitet såsom trötthet, utmattning, rädsla och oro. Resultatet belyser också hur sjuksköterskan kan stödja dessa patienter genom uppmuntran, motivering och uppföljning och inkludering av sexualrådgivning, förklaring av medicineringens bieffekter, inkludering av familj och närstående, främjande av återgång till arbete, stresshantering samt utvärdering av patientens ångest och depression. Den fysiska aktiviteten kan anpassas till individen genom att erbjuda ledarledda träningsprogram inom vården, hembaserade träningsprogram eller fysisk aktivitet på egen hand. Detta stöd kan öka patienters engagemang i fysisk aktivitet som en del av sekundärprevention, förbättra deras livskvalitet samt stärka autonomin.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, Fysisk Aktivitet, Livskvalitet, Kommunikation, Autonomi, Rädsla, Trötthet, Oro, Stöd

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hjärtinfarkt	1
Epidemiologi	1
Patofysiologi.....	1
Symptom.....	1
Behandling.....	2
Hjärtskola	2
Fysisk aktivitet	3
Omvårdnadsbegrepp	4
Livskvalitet.....	4
Kommunikation mellan sjuksköterska och patient	5
Autonomi	6
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	7
Urval	7
Val av sökord.....	7
Val av artiklar.....	7
Dataanalys	8
Resultat	9
Patienternas upplevelse av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt	10
Viljan att genomföra fysisk aktivitet	10
Hinder för att genomföra fysisk aktivitet.....	10
Sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet	12
Individanpassad information och kommunikation	12
Främja fysisk aktivitet.....	14
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Slutsats	19
Kliniska implikationer och fortsatt forskning	19
Referenslista	20
Bilaga 1 - Söktabeller	
Bilaga 2 - Granskningsmall för kvalitativa artiklar & kvantitativa artiklar	
Bilaga 3 - Artikelöversikt	

Inledning

Hjärtinfarkt är en av de vanligaste dödsorsakerna i världen idag. Vid sidan av stress och fetma är fysisk inaktivitet en av de största riskfaktorerna för att drabbas av hjärtinfarkt. Trots vetskapen om vikten av fysisk aktivitet rör patienter efter hjärtinfarkt på sig för lite. Därför väcktes intresse över att se hur patienter upplever fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, samt om sjuksköterskan kan stödja dessa patienter.

Bakgrund

Hjärtinfarkt

Epidemiologi

Hjärt- kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och i övriga världen. År 2012 var det 17,5 miljoner människor i världen som dog till följd av sjukdomen. Cirka 1,4 miljoner svenskar lever med hjärt-kärlsjukdom, 7700 dör och 30 000 människor drabbas varje år i Sverige av hjärtinfarkt (Hjärt-lungfonden, 2014).

Det finns olika faktorer som ökar risken för att drabbas av en hjärtinfarkt. De vanligast förekommande är fysisk inaktivitet, fetma, stress, rökning, högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes (Brinck, Schenck-Gustafsson & Peterson 2005; Hjärt-lungfonden, 2015).

Patofysiologi

En hjärtinfarkt innebär en akut syrebrist i hjärtats kranskärl som beror på att en blodpropp helt eller delvis täpper till det blodflöde som skall förse hjärtmuskeln med blod. Blodproppen har uppstått genom de koagulationsfaktorer och blodplättar som samlats vid en inlagring i kärlväggen. Syrebristen försämrar hjärtats pumpförmåga och ju längre den pågår, desto fler hjärtmuskelceller dör och desto sämre arbetar hjärtat. Skadan som uppstår i utbredningen av denna celldöd är det som benämns hjärtinfarkt. Då hjärtmuskelcellerna inte återbildas ersätts området med bindväv. Via kringliggande blodkärl kan delar av det skadade området under läkningstiden få sin blodförsörjning åter (Rosenqvist & Tonvall, 2012).

Symptom

Först efter 15-20 minuter in i skadeförloppet uppstår symptom. Typiska symptom är smärta och tryck som kan stråla upp till hals eller ut i armar. Dessutom kan det förekomma svettningar, illamående och andfåddhet. Vanligen påverkas inte smärtan av att byta ställning eller anpassa sin andning. Hur symptomen upplevs skiljer sig starkt bland individer (Rosenqvist & Tonvall, 2012) och kvinnors beskrivs ofta annorlunda än mäns. Hos kvinnor förklaras de mer som ett obehag i kroppen, illamående med kräkningar och en krampande, tryckande känsla snarare än smärta i bröstet (Albarra, Clarke & Crawford, 2007). Mängden smärta står inte i relation till

skadans omfattning. Diagnos ställs med EKG samt blodprov för testning av hjärtmarkörer (Rosenqvist & Tonvall, 2012).

Behandling

För de hjärtinfarktpatienter som kommer in till sjukhuset med ambulans har behandlingen redan påbörjats där. Patienten läggs in på hjärtavdelning där den normala vårdtiden är tre till fem dagar. EKG-mätning sker genom telemetri för att upptäcka eventuella förändringar eller rubbningar. Vanligen tillämpas därefter kranskärlsröntgen, PCI (Percutaneous Coronary Intervention/ ballongvidgning) och/eller bypassoperation. Medicinsk behandling sker genom en kombination av läkemedel. *Blodproppsupplösande* läkemedel används för att förtunna blodet. *Betablockerare* sätts in mot stresshormoner och höga blodtryck. Blodfettssänkande medicin kallade *statiner* ordinerar. *ACE-hämmare* eller *Angiotensin II-blockerare* ges för att förbättra hjärtats pumpförmåga. Hjärtats läkningstid efter en infarkt är ungefär sex veckor. Utöver denna återhämtning behöver patienten så snart som möjligt komma upp ur sängen, aktivera kroppen för att stärka hjärtat, rehabiliteras och tillfriskna (Rosenqvist & Tonvall, 2012).

Hjärtskola

Hjärtskola är en undervisningsform som sjukhus erbjuder patienter efter hjärtinfarkt, för att ge patienten och dess anhöriga kunskap och främja hälsosamma livsval. Nationella kvalitetsregistret SEPHIA ("Sekundärprevention efter hjärtinfarkt", en del av RIKS-HIA, det svenska registret för hjärtintensivvård) har framtagit direktiv för hur svenska sjukhus skall bedriva sina Hjärtskolor. Direktiven innefattar fem grundvalar:

- *Fysisk aktivitet.* Konditionsträning 3 gånger/vecka á 20-60 minuter, som ska pågå under minst tre månader.
- *Kostplanering.* Dietrådgivning enligt Livsmedelsverkets anvisningar angående energibalanserat matintag med frukt och grönsaker, fisk samt hälsosamma fetter.
- *Avvänjning av tobak.* Information, stöd samt tillgång till separata rökstoppkurser.
- *Stresshantering.* Behandling för att lära känna igen samt hantera stress. Även här ska programmet pågå tre månader eller längre för att ge bäst effekt.
- *Kunskap om riskfaktorer.* Utbildning i hur hjärtsjukdom uppstår, vad konsekvenserna är samt hur man kan förebygga och behandla
- *Information om mediciner.* Information om verkan och biverkan i syfte att ge en ökad kunskap som leder till en ökad förståelse och följsamhet mot behandlingen (SEPHIA, 2015).

På exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhusets Hjärtskola ses den fysiska aktiviteten som den stora huvuddelen av rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt. Där kan man med start redan en vecka efter en hjärtinfarkt och framåt få individanpassad träning i grupp under guidning av fysioterapeuter. Fyra olika träningsgrupper med olika intensitetsnivåer erbjuds. Genom konditionstest avgörs vilken av dessa grupper som passar individen bäst. Under träningstillfällena ges tips om hur träningen bäst upprätthålls hemma (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2015).

Fysisk aktivitet

Definitionen av fysisk aktivitet kan beskrivas som individens kroppsrörelse där skelettmuskulaturen dras samman, vilket medför förhöjd energiförbrukning. Detta innefattar främst motion och fysisk träning men även vardagsaktiviteter såsom promenader, cykling, friluftsliv. Effekterna av fysisk aktivitet beror bland annat på vilken typ av aktivitet man utför, där exempelvis konditionen stärks eller styrka och balans främjas. Hur länge aktiviteten fortgår, hur ofta aktiviteten utförs samt hur påfrestande den är har även betydelse för effekterna av den fysiska aktiviteten (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Risken för att insjukna i hjärtinfarkt minskas genom regelbunden fysisk aktivitet (Åstrand, Ekblom & Ekblom, 2011) Ståhle och Cider (2009) beskriver att fysisk aktivitet reducerar flera av riskfaktorerna för hjärtinfarkt såsom högt blodtryck, förhöjda blodfetter och höga blodsockerhalter. Genom fysisk aktivitet och träning minskas risken för att drabbas av hjärtinfarkt och död med 26 procent. Skyddseffekten avtar dock om man slutar att träna. För att minska hjärtsjukdomens utveckling och återinsjuknande är individanpassad och en regelbunden träning av stor vikt. I och med att sjukdomsbilden ser olika ut för individer är det viktigt att träningen anpassas efter varje individs kapacitet, utifrån både muskelfunktion men även kondition. Detta genomförs med hjälp av ett arbetsprov med övervakning via EKG. En riskprofilsbedömning tas fram genom arbetsprovet och hälsotillståndet, där hänsyn tas utifrån eventuellt förekommande symtom under kraftansträngning. Viktigt att poängtera är att rehabiliteringsträningen initialt ska ske genom övervakning för att patienten senare skall kunna fortsätta på egen hand utanför sjukhuset.

Fysisk aktivitet är en fundamental del i prevention och sekundärprevention av hjärtinfarkt oavsett ålder, vilket flera vetenskapliga studier påvisar (Cox, 2005; Lewis, 2012; Ståhle, Lindquist & Mattsson, 2000).

Ståhle et al. (2009) menar att den fysiska förmågan förbättras till en viss grad redan när individen kommer ur sängen och börjar röra på sig efter hjärtinfarkt. Utförs någon fysisk aktivitet förbättras förmågan ännu mer. Träning medför bland annat till att hjärtats syrebehov blir mindre under vila och pågående arbete, eftersom puls och blodtryck blir lägre, vilket i sin tur medför en större reservkapacitet till olika aktiviteter. Hjärtrytmen stadgas även genom träning och vidgar hjärtats kranskärl vilket är gynnsamt för hälsan. Viktigt att tänka på är att träningen ska anpassas efter varje individs fysiska nivå, och risken för att råka ut för hjärtkomplikation är därför mycket liten. Om symtom som exempelvis bröstsmärta, yrsel eller hjärtklappning upplevs bör individen avvakta med träning

Ett träningspass i rehabiliteringen efter hjärtinfarkt ska inledas med uppvärmning på ungefär 6-10 minuter. Konditionsträning bör vara 20-60 minuter, 3-5 gånger/vecka, efter patientens egen förmåga. Cykling, simning, gymnastik och promenad är bra aktivitetsformer. Även styrketräning främjar en god hälsa, där träningen bör ske 2-3 gånger/vecka med 1-3 omgångar á 10-15 repetitioner (Ståhle et al., 2009).

Fysisk aktivitet kan även ha stora positiva fördelar på den mentala hälsan, såsom att stärka självkänslan, minska oro samt förbättra förmågan att hantera stress efter hjärtinfarkt (Faskunger & Hemmingsson, 2015). Marchionni, Fattirolli, Fumagalli, Oldridge, Del Lungo, Morosi & Masotti (2003), Milligan (2011) och Willenheimer,

Erhardt, Cline, Rydberg, & Israelsson (1998) menar i sin tur att fysisk aktivitet kan höja livskvaliteten hos patienter som överlevt hjärtinfarkt.

Omvårdnadsbegrepp

I följande text kommer omvårdnadsbegreppen *Livskvalitet* och *Autonomi* att kopplas till ämnet om patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt. Anledningen till valet av begrepp är att fysisk aktivitet bidrar till en ökad livskvalitet Marchionni, et al. (2003), Milligan (2011) och Willenheimer et al. (1998) och genom god kommunikation låts patienten vara delaktig i vård och behandling, vilket kan främja autonomi (Felzmann, 2012).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett vitt begrepp som kan karakteriseras på en rad olika sätt (Aaronson, 1990; Brülde, 2003), beroende på sammanhang utifrån exempelvis tidsepok, vem som använder begreppet eller utifrån ett kulturellt sammanhang (Brülde, 2003).

Enligt World Health Organisation (1995) definieras livskvalitet på följande sätt “Livskvalitet omfattar individens uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kultur och det värdesammanhang som hon befinner sig i och relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen”.

Livskvalitet är ett begrepp som har inflytande på en individs psykologiska tillstånd, fysiska hälsa, omfattningen av oberoende, relationer till väsentliga händelser i livsmiljön, men även olika sociala förhållanden (WHOQOL group, 1995).

Inom hälso- och sjukvården används livskvalitetsbegreppet flitigt och kännetecknar ett gott liv. Ett gott liv kan dock ha skiftande innebörd för olika individer, det kan exempelvis definieras som ett liv helt utan sjukdom, medan andra individer kan anse att sjukdom är oundvikligt men att livet trots det kan uppfattas som gott. Livskvalitet kan ses utifrån ett subjektivt eller objektivt perspektiv. Det kan bero på subjektet, där en patient kan uppleva ett sätt att må bra, där det för en annan patient kan det skilja sig åt nämnvärt. Begreppet även ses utifrån ett objektivt perspektiv, från kroppen och dess materiella värld, om kroppens normala funktion känns bra och de basala materiella behoven uppfylls mår patienten bra. Därmed kan det sägas att livskvalitet är något föränderligt, vilket gör det viktigt att utgå utifrån ett individualiserat perspektiv. (Birkler, 2007).

Inom forskningen förekommer olika benämningar av begreppet livskvalitet, med något varierande betydelser. Vissa forskare använder sig av “Välbefinnande” (Johansson & Ekebergh, 2006; Wiklund, Herlitz, Johansson, Bengtson, Karlson, Persson, 1993). Definitionen av välbefinnande saknar en allmänt accepterad definition inom forskningen (McGillivray & Clarke, 2006) men beskrivs som ett mentalt tillstånd med närvaro av njutning och frånvaro av smärta, som kan påverkas av tillvaro och samhällsligt klimat (Kagan, 1992). I andra studier förekommer benämningen “Hälsorelaterad livskvalitet” (Dickens, McGowan, Percival, Tomenson, Cotter, Heagerty, Creed, 2006; Oldridge, Guyatt, Jones, Crowe, Singer, Feeny & Torrance, 1991). SBU (2012) menar att hälsorelaterad livskvalitet omfattar de aspekter av den allmänna livskvalitet som påverkas av hälsan. De flesta lästa artiklar i

denna uppsats använder sig av benämningen "Livskvalitet", varvid denna term kommer att användas i vidare text.

Kommunikation mellan sjuksköterska och patient

Kommunikation innebär att information överförs från en part till en annan. Det innefattar förmågan att delge information samt att kunna tolka och lyssna till verbalt samt icke verbalt kroppsspråk (Fossum, 2013).

Kommunikation är av stor betydelse i interaktionen mellan människor. Information tas emot och ett budskap överförs, vilken i sin tur inverkar på andra vad gäller olika åsikter, tankar, attityder, värderingar och avsikter. Kommunikation kan med andra ord beskrivas som att ha något gemensamt eller att dela något med en annan individ där förståelse är det som eftersträvas (Maltén, 1998). Genom att delta i en kommunikationssituation kommer samtliga inblandade både medverka och inverka på vad som kommer att ske i interaktionen (Baggens & Sandén, 2009).

Kommunikation är ofta en kombination av kroppslig samt språklig handling. Vanligast är att de båda är samstämmiga men det kan även förekomma olikheter kring deras betydelse vilket kan leda till missförstånd i kommunikationen (Baggens et al., 2009).

Utgångsläget för kommunikation inom vården är möten mellan individer som har problem med sin hälsa. I ett omvårdnadsarbete spelar sjuksköterskor en stor roll, där vikten av att förstå varandra är av stor betydelse. Det är därför angeläget att båda parterna samtalar om samma sak och finner en gemensam väg för att förstå varandra. Kommunikation är en självklarhet för sjuksköterskor och en förutsättning för ett bra vårdmöte är att patienten och omvårdnaden prioriteras. Dessutom krävs att sjuksköterskan lär känna och förstår patienten för att kunna utföra korrekta omvårdnadsinsatser. I och med detta är det viktigt att förstå hur varje vårdssituation är unik, att alla patienter har skilda upplevelser av sin hälsohistoria och att det medför att sättet upplevelsen kommuniceras på är av stor betydelse (Baggens et al., 2009).

Ett kommunikativt förhållningssätt gentemot patienten innebär att både ge vägledning och stöd, men också att informera och undervisa. Hälsorisker ska förhindras och motivation till förändring av livsstil om så behövs. Hälsokommunikation är ett begrepp som används inom sjukvården som innebär all form av omvårdnad och kommunikation i mötet med patienten. I och med sjuksköterskans profession kan hen ha en högre maktställning än patienten i samtalen. Hälsokommunikation kan dels ses utifrån ett paternalistiskt perspektiv om sjuksköterskan enbart utgår ifrån vad som är rätt, men även utifrån ett deltagande perspektiv, om sjuksköterskan i stället utgår ifrån patientens egen kunskap och ger möjlighet till delaktighet (Baggens et al., 2009). I kommunikationen mellan sjuksköterska och patient används begreppet "Concordance" allt oftare. Felzmann (2012) menar att concordance betonar vikten av den terapeutiska relationen mellan patient och vårdare, vilket främjar en mer etisk försvarbar relation som jämnar ut maktbalansen mellan de två.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska patientens delaktighet framhävas samt tilltro, stöd och vägledning ges. Dessutom ska kommunikationen ske på ett förståeligt sätt för att undvika missförstånd och skapa en ömsesidig förståelse.

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014) ska bland annat en öppen dialog ske mellan patient och sjuksköterska. Därtill ska det råda respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, integritet, ett kontinuerligt lärande samt ett etiskt förhållningssätt.

För att utgå ifrån patientens egna resurser och låta hen ha egen inverkan på sin hälsa och styra sitt liv krävs att patienten får vara delaktig i sin vård och behandling (Baggens et al., 2009). Genom att arbeta på detta sätt främjas även patientens autonomi (Felzmann, 2012).

Autonomi

Begreppet autonomi innebär självbestämmande. Patientens förutsättning för autonomi framhävs när patienten får möjlighet att påverka. Enligt autonomiprincipen ska patienten få tillfälle att på ett självständigt sätt ta beslut som innefattar egna värderingar och behov (Birkler, 2007). Denna rätt till självbestämmande ska vara lika för alla människor och medför att ingen utrednings-, behandlings-, eller omvårdnadsåtgärd får utföras om patienten inte medgett sitt samtycke (Larsson & Rundgren, 2003). Det ställs krav på hälso- och sjukvården, där sjukvården ska bedrivas utifrån respekt för patientens självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763).

Problemformulering

Behandlingen efter hjärtinfarkt betonar vikten av fysisk aktivitet redan tidigt i rehabiliteringen (Rosenqvist & Tonvall, 2012), trots detta så rör var femte patient som överlevt en hjärtinfarkt på sig för lite (Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, Jansson, 2013). Sjuksköterskans utbildning innefattar kunskap om fysisk aktivitet och hälsopromotion (Sahlgrenska Akademin, 2015) och hen har en viktig roll i att främja fysisk aktivitet hos patienter efter hjärtinfarkt (Strömberg, Mårtensson, Fridlund, Levin, Karlsson, Dahlström, 2003). Därför är det av värde att veta hur sjuksköterskan kan agera gällande kommunikation, stöd och uppmuntran för patienter efter en hjärtinfarkt.

Syfte

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt samt hur sjuksköterskan kan stödja och uppmuntra dem till fysisk aktivitet.

Metod

Författarna till denna uppsats har valt att göra en litteraturstudie då det avsågs att fördjupa kunskaperna inom omvårdnad som huvudområde utifrån den kunskap som finns beskrivet i litteraturen från befintlig forskning. En litteraturstudie baseras på ett urval artiklar gällande tidigare forskning och ett strukturerat arbetssätt (Friberg, 2012).

Datainsamling

Urval

Litteraturstudien är gjord med sökningar i databaserna Cinahl och PubMed. I Cinahl finns engelskspråkiga tidskriftsartiklar med inriktning på bland annat omvårdnad och medicin. I och med att Cinahl innehåller färre referenser än den mer medicinskt inriktade databasen PubMed, har även sökningar gjorts i denna databas (Henricson, 2012; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Anledningen till att båda databaserna Cinahl och Pubmed valts var dels att få fram relevant litteratur som inbegriper både sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv och den medicinska aspekten, men även för att sökningar i flera databaser ger en mer tillförlitlig och bredare grund att utgå ifrån (Willman et al., 2011).

Val av sökord

I första sökningen på Cinahl var syftet att få en översikt över utbudet av information och forskning varvid sökorden samt Meshtermerna "Myocardial Infarction" AND "Physical Activity" användes tillsammans med begränsningarna "Peer Reviewed", "Research Article", "Full Text" och "Abstract Available" vilket resulterade i 76 träffar. För att begränsa bredden och inrikta sökningen lades ytterligare ett sökord in i nästa sökning, "Myocardial Infarction" AND "Physical Activity" AND "Quality of life" och elva träffar lade grunden för det första urvalet av artiklar. Därefter följde sökningar med kombinationer av sökord enligt tabell (Bilaga 1) för att få en tydlig riktning mot syftet.

Efter sju sökningar och ett urval på 32 artiklar från Cinahl inleddes sökningarna i PubMed med sökorden "Myocardial Infarction" AND "Exercise" AND "Nursing" AND "Rehabilitation" och begränsningarna "Abstract" och "Free Full Text". Efter tre sökningar i PubMed valdes 22 artiklar ut att läsa (Bilaga 1).

Val av artiklar

Totalt lästes 54 artiklar i sin helhet, av dessa valdes 23 artiklar ut för granskning, vilka mötte syftet med uppsatsen. Ingen exkludering gällande ålder gjordes eftersom det blev tydligt att de flesta studier som hittades handlade om att anpassa rehabiliteringen efter individen, varvid ålder inte har någon relevans. Artiklar från flera länder har inkluderats för att få tillgång till en bredare överblick av ämnet. De artiklar som valdes bort var de som handlade om dieter eller i huvudsak andra hjärtsjukdomar än hjärtinfarkt, eller som publicerats innan år 2001. Resultaten i artiklar från 2001-2014 bedömdes vara tillräckligt aktuella och adekvata. Två av de 23 valda artiklarna behandlade en mer specifik populationsgrupp. Den ena belyste endast kvinnors upplevelser (Stevens & Thomas, 2012), den andra beskrev upplevelser hos en grupp män och kvinnor i Kanada (Galdas, Oliffe, Kang & Kelly, 2012). Dessa artiklar inkluderades då resultatet upplevdes relevant och applicerbart relaterat till syftet för aktuell studie. Samtliga valda artiklar är etiskt godkända (Bilaga 3).

Dataanalys

De 23 artiklarna lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Granskning av artiklarna enligt Fribergs (2012) kvalitetsgranskningsmallar resulterade i 18 artiklar som uppfyllde kriterierna för hög kvalitet då samtliga frågor i mallarna gick att besvara fullständigt (Bilaga 2). Av dessa artiklar var sex kvalitativa och tolv kvantitativa för att både kunna studera patienters upplevelser samt interventioner inom ämnet. Från Cinahl valdes 14 artiklar och från PubMed valdes fyra. I sammanställningen av materialet grupperades teman som färgkodades och resulterade i två teman. Det ena benämns "Patientens upplevelse av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt" och har två kategorier innehållande sju subkategorier. Det andra namnges "Sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet" och har två kategorier innehållande vardera sex respektive tre subkategorier under vilka resultaten slutligen kunde delas upp och svara upp mot syftet.

Resultat

Enligt tabellen nedan finns en överblick av resultatet. Sammanställningen är indelad i två teman för att dels ge svar på patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt samt sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran. Under dessa teman återfinns fyra kategorier som belyser vilja och hinder för att genomföra fysisk aktivitet samt hur sjuksköterskan kan individanpassa information och kommunikation och främja den fysiska aktiviteten.

Teman	Kategorier	Subkategorier
Patienters upplevelse av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt	<p>Viljan att genomföra fysisk aktivitet</p> <p>Hinder för att genomföra fysisk aktivitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trötthet och utmattning - Rädsla och oro - Stress ångest och depression - Ensamhet, samt brist på stöd och sammanhang - För mycket på en gång - Ovana vid träning och brist på motivation - Otillgänglighet
Sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet	<p>Individanpassad information och kommunikation</p> <p>Främja fysisk aktivitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uppmuntran, motivering och uppföljning - Inkludering av sexualrådgivning - Förklaring av medicineringens bieffekter - Inkludering av familj och närstående - Främjande av återgång till arbete - Stresshantering samt utvärdering av patientens ångest och depression - Ledarledda träningsprogram inom vården - Hembaserade träningsprogram - Fysisk aktivitet på egen hand

Patienternas upplevelse av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt

Denna del av resultatet är uppdelat i två teman: "Viljan att genomföra fysisk aktivitet" och "Hinder för att utföra fysisk aktivitet".

Viljan att genomföra fysisk aktivitet

När vissa patienter väl fått sin hjärtinfarktsdiagnos, höjs motivationen att genomföra fysisk aktivitet. Tron på "en andra chans" bidrar till att individen faktiskt ändrar sin livsstil (Condon & McCarthy, 2006). Kännedomen om risken för en förkortad livslängd, hälsoproblem och dödsfall kan av patienter upplevas som skäl för att ändra sin livsstil (Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren, Bergdahl, 2005). Framtiden upplevs för många patienter som en motiverande faktor. När fokus blir att återgå till det normala och "lägga sjukdomen bakom sig" infinner sig en känsla av autonomi och normalitet. Fler patienter blir därmed mer fysiskt aktiva för att uppnå normalitet (Condon et al. 2006). Brink, Karlson & Hallberg (2006) beskriver att vissa patienter har en stark motivation att fortsätta aktivera sig i det dagliga livet samt en stor önskan att behålla samma aktiviteter som innan de drabbats av en hjärtinfarkt för att återupprätta livskvaliteten. De patienter som är fysiskt aktiva och skaffar medlemskap på träningsanläggningar efter hjärtinfarkten är oftast de som vistats regelbundet i dessa miljöer redan före sin hjärtinfarkt (Galdas et al., 2012; Kärner et al., 2005).

Hinder för att genomföra fysisk aktivitet

- Trötthet och utmattning

Många patienter upplever trötthet efter hjärtinfarkt (Brink, et al., 2006; Brändström, Brink, Grankvist, Alsén, Herlitz & Karlson, 2009; Galdas et al., 2012; Roebuck, Furze & Thompson, 2001; Stevens et al., 2012). Trötthet och utmattning har stor negativ inverkan på att utföra dagliga aktiviteter som i sin tur leder till sämre livskvalitet (Brink et al., 2006; Roebuck et al 2001; Stevens et al., 2012). Upplevelser av trötthet gör att orken helt enkelt inte räcker för att ta initiativet till fysisk aktivitet (Brändström et al., 2009; Galdas et al., 2012). I och med tröttheten känner många dessutom av en brist på energi. Både trötthet och brist på energi upplever flertalet patienter som en obehaglig upplevelse (Brink et al., 2006).

- Rädsla och oro

Efter upplevd hjärtinfarkt uppvisar patienter stor rädsla och oro. Det kan visa sig i problem att våga delta i fysisk aktivitet på grund av rädslan över att drabbas av en ny hjärtinfarkt (Brink et al., 2006; Kärner et al., 2005; Roebuck et al., 2001) Många upplever även en osäkerhet och oro gällande vad som är säkra ansträngningsnivåer under träning (Galdas et al., 2012). Rädsla och brist på kontroll ger minskad självkänsla och brist på känsla av eget värde vilket i sin tur hämmar livsstilsförändring (Kärner et al., 2005).

- Stress, ångest och depression

Stress upplevs av vissa hjärtinfarktpatienter som en bidragande orsak till att inte aktivera sig, vilket bidrar till negativa livsstilsvanor (Condon et al., 2006; Kärner et al., 2005). Patienter upplever höga nivåer av ångest efter hjärtinfarkt (Brink, Brändström, Cliffordsson, Herlitz & Karlson, 2008; Yohannes, Doherty, Bundy &

Yalfani 2010). I rehabiliteringsfasen kan vissa hjärtinfarktpatienter lida av depression vilket i sin tur inverkar negativt på engagemang i fysisk aktivitet och sänker livskvaliteten (Brink et al., 2008; Brändström et al., 2009; Condon et al. 2006; Roebuck et al., 2001).

- Ensamhet samt brist på stöd och sammanhang

Utförandet av livsstilsförändring måste även ses utifrån ett bredare perspektiv och även inkluderas utifrån ett socialt sammanhang, eftersom vissa patienter upplever att det även påverkar dem i det sociala livet. För individer som lever och bor ensamma och inte har möjlighet till socialt liv med vänner och familj, kan känsla av ensamhet införlivas, vilket i sin tur resulterar i att man lättare faller tillbaka till gamla inaktiva vanor (Condon et al., 2006).

De patienter som bor själva upplever isolering och ensamhet, vilket leder till en oförmåga att aktivera sig (Roebuck et al., 2001).

- För mycket på en gång

Enligt Condon et al. (2006) kan livsstilsförändringar, exempelvis att börja träna upplevas svårare än man tror, främst att genomföra alltför många livsstilsförändringar på en och samma gång. Roebuck et al. (2001) beskriver att många patienter är ovilliga att aktivera sig av rädslan att göra för mycket, vilket innebär minskad livskvalitet.

- Ovana vid träning och brist på motivation

Många hjärtinfarktpatienter är ovana och har liten erfarenhet av att träna, de upplever en osäkerhet kring var de skall börja. (Galdas et al., 2012; Kärner et al., 2005).

De flesta patienter förstår riskfaktorerna för hjärtinfarkt, som exempelvis fysisk inaktivitet och har övervägt att anbringa en sundare livsstil. Trots detta är motivationen att förändra livsstilen innan hjärtinfarkt låg. Tanken på att drabbas av hjärtinfarkt känns osannolik för många, därför övervägs inte tanken seriöst på att ändra livsstil. Patienter upplever även att de inte fick någon förvarning innan de drabbades av hjärtinfarkt. De menar att om en förvarning getts som exempelvis smärta i bröstet skulle motivationen till livsstilsförändring ha varit högre. Många tror att hjärtinfarkt drabbar personer över 60 år och att sannolikheten är liten att drabbas om man är yngre. Därför skjuts en sundare livsstil upp till ett senare skede i livet (Condon et al., 2006).

Patienter upplever svårigheter att bryta gamla inaktiva vanor och känslan att vara omgiven av restriktioner och vara *tvungen* att anpassa sig till ett liv med fysisk aktivitet, minskar motivationen att faktiskt förändra sina rutiner. Vissa individer har dessutom inga större somatiska problem efter hjärtinfarkt, att inte känna av sin sjukdom gör att livsstilsförändringar inte prioriteras (Kärner et al., 2005).

- Otillgänglighet

En svensk studie (Kärner et al., 2005) visar på att patienter upplever en brist på säker och enkel tillgång till träningsanläggningar i sin omedelbara närhet, vilket är avgörande för möjligheterna att starta och upprätthålla fysisk träning.

Sjuksköterskans kommunikation, stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet

Denna del av resultatet handlar om att kommunicera, stödja och uppmuntra patienterna. Dels genom att individanpassa information och kommunikation, dels genom att främja fysisk aktivitet.

Individanpassad information och kommunikation

Det är viktigt för sjuksköterskan att kunna skraddarsy information, då alla rehabiliteringsprogram bör utformas till den enskilda patienten. Genom att tillhandahålla personligt relevant utbildning och ge strategier för fysisk aktivitet kan hen hjälpa dem förbi eventuella hinder. Det främjar flera former av beteendeförändring. Tydlig kommunikation med individbaserad information måste gå till en djupare nivå av förståelse för individen sett till etnicitet, kön, socioekonomisk status, religion, ålder och kultur (Yap & Davis, 2008).

Genom att lära sig bemästra sin individuella situation i kombination med patientutbildning och undervisning om sjukdomsprocessen, främjas patientens autonomi, vilket gör att hen förstår vilka färdigheter och beteenden som är nödvändiga för återhämtning. Det hjälper dem också att sätta och nå realistiska kort- och långsiktiga mål, organisera resurser och genomföra strategier för problemlösning (Hiltunen, Winder, Rait, Buselli, Carroll & Rankin, 2005).

Ett exempel på vikten av individanpassning kan noteras i skillnaden mellan kvinnor och mäns hjärtinfarkter. Vetskapen att kvinnors symptom på hjärtinfarkt är annorlunda än mäns är viktigt för sjuksköterskan att ha. Den kunskap som finns angående symptom på hjärtinfarkt utgår ofta från forskning på mäns hjärtan. Många kvinnor blir feldiagnostiserade och behandlade för annat då de uppsöker vård. Kommunikation och information mellan sjuksköterska och patient kan därför inte vara standardiserad, utan måste anpassas (Stevens et al., 2012).

- Uppmuntran, motivering och uppföljning

Det är viktigt att fokusera på faktorer som underlättar förändring för att uppmuntra patienter. Sjuksköterskan bör möta individer i en dialog om hur de tänker, känner och agerar i förhållande till beteendeförändringar för att främja patientens autonomi (Brink et al., 2006; Kärner et al., 2005). Sjuksköterskan kan stimulera dem att reflektera över och värdera sitt beteende, så att sätten att motivera patienten sedan kan anpassas till individuella behov (Kärner et al., 2005). Verbal uppmuntran är en viktig strategi för att bygga självförtroende och tilltro till sin egen förmåga. Många patienter upplever att en positiv förebild som har liknande egenskaper och frågor hjälper dem att orka fortsätta förändra sitt beteende. De kan därmed känna ett stöd i att veta om att det finns andra i samma livssituation. Då tiden efter hjärtinfarkt gör att många avskämmas från sin omvärld kan det vara av vikt att höra sjuksköterskan berätta och ge exempel från tidigare erfarenheter i yrkeslivet gällande liknande situationer (Hiltunen et al., 2005).

Kärner et al. (2005) menar att kunskap om och tro på att motion kan påverka återhämtningen, resulterar i positiva förändringar och bibehållande av friskt beteende samt livskvalitet. Information om att fokusera på en livsstilsförändring åt gången kan

förbättra följsamhet och vara mer framgångsrikt på en längre sikt (Condon et al., 2006).

Många patienter behöver fler än de obligatoriska kontakterna som ofta ingår i rehabiliteringen efter en hjärtinfarkt och känner missnöje om otillräcklig information. De upplever även brist på en systematisk och regelbunden kontakt efter hjärtinfarkt, därför är det viktigt att sjuksköterskan följer upp patienterna (Hiltunen et al., 2005; Roebuck et al., 2001). Yohannes et al. (2010) menar att patienter har svårt att upprätthålla nya vanor efter ett rehabiliteringsprogramms slut, men att det kan hjälpa med uppföljande verbalt stöd och information om att även enklare träning som dagliga promenader ger förändring och skydd mot recidiv.

- Inkludering av sexualrådgivning

En människas sexliv innebär viss fysisk ansträngning. De primära kardiovaskulära förändringarna under sexuell aktivitet är ökad hjärtfrekvens och ökat blodtryck. Den energimängd som går åt vid sexuell aktivitet, kan jämföras med att gå upp för två trappor, vilket innebär att det inte har någon stor inverkan på risken att drabbas av ny hjärtinfarkt (Bispo, Lima Lopes & Barros, 2013). Vikten av att sjuksköterskan bistår med sexualrådgivning (André & Maria, 2014), samt har kunskap om vilka risker som föreligger vid sexuell fysisk aktivitet är essentiellt inom hjärtrehabilitering. Trots medvetenheten om hur viktigt sexuell aktivitet är för en individ, liksom hur sexuell dysfunktion påverkar livet, brister ändå vägledningen då många sjuksköterskor upplever det som pinsamt, tabubelagt samt obehagligt att prata om ämnet (Bispo et al., 2013). Detta medför att informationen om de faktiska riskerna vid sexuell aktivitet uteblir. De främsta skälen till svårigheter med sexuallivet och sexuell dysfunktion efter hjärtinfarkt är psykiska besvär som rädsla för att få en till hjärtinfarkt (André et al., 2014; Bispo et al., 2013), vilket triggar stress och ångest (André et al., 2014). Detta leder i sin tur till en negativ inverkan på livskvaliteten för både män och kvinnor (Bispo et al., 2013). Fysisk aktivitet har i sin tur potentialen att stärka hjärtat och reducerar risken att få en hjärtinfarkt vid sexuellt samspel (André et al., 2014; Bispo et al., 2013).

- Förklaring av medicineringens bieffekter

Livsstilsförändringar kan försvåras av medicinering, dels för att den sker flera gånger per dag och skapar avbrott i vardagen, dels för dess bieffekter. Läkemedlen kan ha bieffekter som trötthet och andfåddhet (Kärner et al., 2005), minskad sexlust eller sexuell dysfunktion (Bispo et al., 2013; Kärner et al., 2005) samt mardrömmar och störd nattsömn. Många patienter upplever en begränsad förståelse för hur medicinen verkar och påverkar kroppen, på grund av brist på information och utbildning, vilket leder till stor oro (Roebuck, Furze & Thompson, 2001). Sjuksköterskan kan här bistå med en tydlig kommunikation genom patientutbildning och undervisning tillsammans med patienten (Hiltunen et al., 2005).

- Inkludering av familj och närstående

Patienter behöver stöd från familjen efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Många upplever dock i början av återhämtningsfasen frustration över att familjen är överbeskyddande, vilket medför spänningar i familjen (Condon et al., 2006; Roebuck et al., 2001). Roebuck et al. (2001) belyser hur både familj och närstående upplever begränsad kunskap om hjärtinfarkt, vilket leder till överbeskydd. På grund av

osäkerhet och omställningar i livet påverkas även anhöriga under återhämtningsfasen efter hjärtinfarkt (Condon et al. 2006) Det är av vikt att sjuksköterskor inkluderar familjemedlemmar i information och utbildning så att de kan basera sitt stöd på faktisk kunskap och anpassa sig till patientens behov (Stevens et al., 2012). Familj och närståendes uppmuntran till förändringar och positiva påminnelser till patienten har underlättande effekt gällande att genomföra livsstilsförändring (Kärner et al., 2005).

- Främjande av återgång till arbete

Deltagande i arbetslivet förbättrar patientens sociala liv och självförtroende, vilket höjer livskvaliteten. Många är inaktiverade i rehabiliteringsfasen efter en hjärtinfarkt, vilket försvårar återgång till arbetslivet. Ökad mängd fysisk träning redan tidigt under rehabiliteringen kan förbättra fysisk funktion och underlätta återgång till arbete. Sjuksköterskans ansträngningar bör därför fokusera på att hjälpa de patienter i arbetsför ålder att öka sin fysiska aktivitet (Brink et al., 2008). Stöd från arbetskamrater påverkar dessutom hälsofrämjande beteendeförändringar i en positiv riktning (Kärner et al., 2005). Vissa patienter har dock känslan av att arbetskamrater är rädda för att en ny hjärtinfarkt skall inträffa, vilket medför en osäkerhet kring återgång till arbetet (Roebuck et al., 2001).

- Stresshantering samt utvärdering av patientens ångest och depression

Flera patienter har inte tillräcklig kunskap om stress och hur man kan hantera den. Det ligger inom sjuksköterskans profession att informera och utbilda patienter, då behovet och vikten av stresshantering är viktigt för hjärtrehabiliteringspatienter (Condon et al. 2006). Yohannes et al. (2010) menar att ångest/depressionsuppskattningar genom tillförlitliga frågeformulär bör integreras i rehabiliteringen efter hjärtinfarkt för att kunna lotsa patienterna till vidare stöd inom vården.

Främja fysisk aktivitet

Initialt efter hjärtinfarkt bör den huvudsakliga uppgiften för rehabiliteringsteamet vara att initiera ett hälsosamt egenvårdsbeteende, i kombination med engagemang i fysisk aktivitet (Brändström et al, 2009). En klinisk bedömning gällande individuella nivåer av fysisk funktion, lämplig daglig fysisk aktivitet (Brink et al., 2008; Brändström, et al., 2009) samt tecken på överansträngning hos patienter efter hjärtinfarkt ger en trygg grundkunskap för individen (Brink et al., 2008; Brändström, et al., 2009; Galdas et al., 2012). Rutiner och struktur genom schemaläggning av sina fysiska aktiviteter underlättar engagemang hos patienter, deltagande i ett träningsprogram under rehabiliteringen kan därför hjälpa (Kärner et al. 2005).

Även om hjärtskolor med fysisk aktivitet erbjuds på sjukhusen är det inte alla som deltar. Sjuksköterskan behöver vara medveten om de stora fördelarna med den fysiska aktiviteten i olika former av hjärtrehabiliteringsprogram och uppmuntra patienter att delta, särskilt de patienter som tvekar (Yohannes et al., 2010).

Nedan följer tre möjliga upplägg för att individanpassa den fysiska aktiviteten.

- Ledarledda träningsprogram inom vården

En svensk studie (Brändström et al., 2009) visar att den faktiskt utförda fysiska aktiviteten 6 månader efter akut hjärtinfarkt är otillräcklig hos majoriteten av hjärtinfarktpatienterna. Genom att inkludera dem i en hjärtskola med ledarledd träning på sjukhuset kan de ges möjlighet att aktivera sig på en mer långsiktig basis. De som deltagit i en fysioterapeutledd träning inom hjärtrehabilitering tränar i efterhand mer regelbundet samt med en högre intensitet än de som avböjt att delta. Närvaro av professionell vårdpersonal vid hjärtrehabiliteringsträning under minst 3 månader ger trygghet till patienter efter hjärtinfarkt (Galdas et al., 2012; Kärner et al., 2005; Yohannes et al., 2010; Åhlund, Bäck & Sernert, 2013). Särskilt de som känner rädsla inför rörelse bör uppmuntras att medverka, då programmet ger tid och möjlighet att under trygga former konfrontera sin rädsla (Åhlund et al., 2013). Patienter upplever genom dessa program att de har någon som lyssnar till deras rädsla och oro lika mycket som de ser deras framgångar. Det leder till bättre självförtroende och tilltro till sin egen förmåga (Hiltunen et al., 2005). Träning i grupp med andra människor i samma situation ger en känsla av stöd och skapar självsäkerhet. (Kärner et al. 2005; Yohannes et al. 2010). Ett oerhört viktigt steg framåt efter en hjärtinfarkt för många patienter är att lära av andra i syfte att uppnå egen förbättring, vilket i sin tur resulterar till en känsla av normalitet och självständighet (Condon et al. 2006). Yohannes et al. (2010) menar dock att det hade förbättrat tillgängligheten att bedriva verksamheten på lokal nivå inom primärvården istället för på sjukhuset, dit många kan ha svårt att ta sig.

- Hembaserade träningsprogram

Enligt Leemrijse, Van Dijk, Jørstad, Peters & Veenhof (2012) ger ett hembaserat telefonprogram lett av sjuksköterska patienter en chans till självförvaltning, vilket i sin tur förbättrar sekundärprevention gällande följsamhet och långsiktig förändring. Enligt Uysal & Özcan (2012) förbättras den fysiska aktiviteten och livskvaliteten genom ett telefonbaserat träningsprogram. De som inte har möjlighet att delta i rehabiliteringsprogram på sjukhus på grund av geografisk isolering, (Harbman, 2014; Hawkes, Patrao, Atherton, Ware, Taylor, O'Neil & Oldenburg, 2013; Leemrijse et al., 2012), rörelseförmåga eller brist på motivation (Leemrijse et al., 2012) kan med stor fördel nås via telefonbaserat rehabiliteringsprogram i hemmet. Det är även ett enkelt och kostnadseffektivt sätt att bevaka, uppmuntra och undervisa patienter i deras framsteg (Hiltunen et al., 2005). En studie ifrån Kanada påvisar till och med att sekundärpreventionsprogram gällande fysisk aktivitet i hemmet med stöd av sjuksköterska uppfyller bättre resultat än enbart sedvanlig vård (Harbman, 2014). Ett hembaserat träningsprogram kan eliminera upplevda hinder för fysisk aktivitet, öka autonomin och främja snabb återgång till arbete jämfört med exempelvis fysisk aktivitet i hjärtskola på sjukhus (Hawkes et al., 2013). Sjuksköterskor kan initiera hembaserade program som inkluderar bedömningar av daglig stegräkning samt individuellt stöd. Det kan öka hjärtinfarktpatienternas nivåer av dagliga promenader i enlighet med de riktlinjer som finns att tillgå (Brändström et al., 2009).

- Fysisk aktivitet på egen hand

För de patienter som inte vill eller kan delta i hjärtskolor eller träningsprogram kan det vara bra att utforma den fysiska aktiviteten så enkelt som möjligt. Det kan vara så enkelt som att inkludera promenader i sin dagliga rutin (Brändström et al., 2009).

Patienter rapporterar svårigheter att införliva träningstips i vardaglig fysisk aktivitet utanför rehabiliteringsprogrammen. Många är tveksamma till att delta i träning på lokala idrottshallar eller gruppträning där nivåerna av fysisk ansträngning inte längre kan övervakas av vårdpersonal. Raska promenader anses vara en tillgänglig, trygg och välbekant form av träning. Promenader utomhus i synnerhet har noterats vara mycket uppskattat och ses inte bara som en chans att träna men också en möjlighet att umgås och njuta av de upplevda hälsofördelarna med frisk luft. Kallt eller fuktigt väder kan hindra utomhuspromenader, därför kan tips om löp- eller promenadband i hemmet gynna fortsatt dagliga promenader under ogynnsamma förhållanden (Galdas et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

Urval av artiklar gjordes i två databaser, Cinahl och Pubmed, för att täcka in forskningsutbudet inom ämnet. En svaghet med urvalet kan vara att sökningen i PubMed resulterade i förhållandevis få valda artiklar, vilket kan förklaras med att PubMeds medicinska inriktning gjorde att de inte svarade upp mot syftet.

Styrkan med val av sökord kan ses i det omfattande utbudet relevanta artiklar som framkom. Första sökningen med två sökord ledde till 76 artiklar, vilket är ett relativt lågt antal och medförde att nästkommande sökning endast krävde ytterligare ett specificerande sökord för att få ett lämpligt underlag att utgå ifrån.

I några av sökningarna erhöles få antal träffar, vilket berodde på att så många som fem sökord användes. Det kan ses som en nackdel sätt till ett tunt material. Dock var det just få träffar som avsågs framkomma då dessa sökningar gjordes för att rikta in området i detalj efter de tidigare breda sökningarna. Om andra sökord valts hade utfallet kunnat se annorlunda ut.

Av 54 artiklar som lästes i genom i sin helhet granskades 23 artiklar. Det gav författarna en solid bas att sedan välja ut 18 högkvalitativa artiklar att basera resultatet på. Fynden från studier tidigt tjugohundratal återkommer och bekräftas i den senaste forskningen varvid artiklar mellan 2001- 2014 bedömdes betydelsefulla och inkluderades. Ingen avgränsning gjordes kring ålder och kön då inga väsentliga skillnader angående patienters upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, eller sätt för sjuksköterskan att stödja patienterna förekom gällande dessa variabler under inläsning av materialet. För att få en vidare syn av ämnet valdes studier ifrån flertalet länder vilket kan ha påverkat resultatet, dels för att vården ser olika ut beroende på vilket land den ges i, men också för att länder skiljer sig gällande t.ex. kultur och struktur. Denna bredare sökning stärks då liknande resultat under granskningen återfanns gällande patienters upplevelser och sjuksköterskans sätt att stödja oavsett var studierna var gjorda.

Två artiklar avviker dock gällande urvalet av deltagande patienter. En artikel behandlar endast kvinnors upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt (Stevens et al., 2012) och den andra artikeln undersöker enbart upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt hos en populationsgrupp Punjabi sikher i Kanada (Galdas et al.,

2012). Båda dessa studier inkluderas i resultatet då deras slutsatser stämmer överens med flertalet av de andra undersökningarnas fynd och anses därmed stärka slutresultaten.

Fribergs (2012) omfattade kvalitetsgranskningsmallar användes och ledde till en grundlig skärskådan av underlaget då frågorna i granskningsmallarna kunde bevaras fullständigt, att samtliga 18 artiklar därför är av hög kvalitet är mer tillförlitligt. Resultatet baseras på sex kvalitativa och tolv kvantitativa artiklar då syftet är tvådelat, där dels upplevelser men även sätt att stödja patienter skulle undersökas. Om urvalet från start hade gjorts med avsikten att ha lika många ifrån varje forskningsmetod hade det kanske blivit ett annat resultat.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att viljan att komma igång med fysisk aktivitet ses hos många patienter efter hjärtinfarkt (Brink et al., 2006; Condon et al., 2006; Kärner et al., 2005) vilket även bekräftas av resultat från en annan studie där det beskrevs om motivation och attityder bland individer inom hjärtrehabilitering (Isaksen & Gjengedal, 2006). Dock är det oftare förekommande att patienter upplever hinder för att utföra fysisk aktivitet såsom trötthet (Brink, et al., 2006; Brändström et al., 2009; Galdas et al., 2012; Roebuck et al., 2001; Stevens et al., 2012) vilket även ses i en tidigare studie (Irvine, Basinski, Baker, Jandciu, Paquette, Cairns & Dorian, 1999). Ständig upplevelse av trötthet leder till att orken inte räcker till för fysisk aktivitet (Brändström et al., 2009; Galdas et al., 2012), men forskning visar att fysisk aktivitet kan lindra utmattningssymptom och att det därför är viktigt att engagera sig trots upplevelsen av trötthet (O'Sullivan & McCarthy, 2008; Reid-St. John, 2004).

Många patienters upplevelser av rädsla och oro för en ny hjärtinfarkt (Roebuck et al., 2001; Kärner et al., 2005; Brink et al., 2006 & Galdas et al., 2012) är huvudskälet till att de inte vågar röra på sig (Huffman, Smith, Blais, Januzzi & Fricchione, 2008) och kan ses som en normal psykisk reaktion efter en akut hjärthändelse (Philips, 1987). Rädslan återfinns även gällande sexuell aktivitet. Resultatet visar dock hur risken för en hjärtinfarkt under sexuell aktivitet är låg (Bispo et al., 2013; André et al., 2014) vilket återfinns i en tidigare studie där det förklaras att risken endast är 0,9 procent (Muller, Mittleman, Maclure, Sherwood & Tofler, 1996). Vägledning av sjuksköterskan är därför av stor vikt för att hitta en lämplig aktivitet att stärka upp sitt hjärta med (Philips, 1987). I resultatet belyses även hur de som känner rädsla inför fysisk aktivitet kan konfrontera den under ledarledd fysisk aktivitet inom vården (Åhlund et al., 2013), konfrontation har visat sig vara det bästa sättet att övervinna rädsla (Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink & Heuts, 1995).

Det har framkommit att hjärtinfarktpatienter ofta har en liten erfarenhet av fysisk aktivitet vilket skapar osäkerhet kring hur träningen skall integreras i vardagen och är ett vanligt skäl till inaktivitet (Galdas et al. 2012; Kärner et al. 2005). Annan forskning beskriver snarare att inaktiviteten beror på andra faktorer. Lin, Wang, Tung & Furze (2012) menar att patienter inte vet i vilken utsträckning de faktiskt kan påverka sin sjukdom själva genom förändring av beteende och livsstil. Godin, Desharnais, Valois, Lepage, Jobin & Bradet (1994) beskriver att det framför allt är den egna fysiska hälsan som leder till inaktivitet. Äldre forskning förklarar att det främst är informationsbrist som hindrar hjärtinfarktpatienter att minska riskbeteenden

som fysisk inaktivitet (Biggs & Fleury, 1994). Som resultatet visar är sjuksköterskans individanpassade kommunikationsteknik och hur det innebär att öka relevansen i informationen genom att anpassa det till mottagarens intressen och behov av stor vikt, och en lösning på den upplevda informationsbristen (Yap et al., 2008). Tidigare forskning har därtill funnit att skraddarsydd information hjälper individer att ändra beteenden och därtill främjar fysisk aktivitet *efter* ett rehabiliteringsprogram (Kreuter & Wray, 2003).

De hembaserade träningsprogrammets fördelar (Brändström et al., 2009; Harbman, 2014; Hawkes et al., 2013; Hiltunen et al., 2005; Leemrijse et al., 2012) bekräftas även i andra studier (Clark, Haykowsky, Kryworuchko, MacClure, Scott, DesMeules & McAlister, 2010; Yates, Heeren, Keller, Agrawal, Stoner & Ott, 2007). Tidigare forskning påvisar dessutom att deltagande i ett sådant program ger högre livskvalitet samt nedsatt psykisk ångest jämfört med de som deltar i hjärtskolor på sjukhus. Dock menar samma forskare att dessa program inte ökar fysisk aktivitet hos hjärtpatienter jämfört med sedvanlig vård (Jolly, Taylor, Lip, Davies, Davis, Mant & Stevens, 2009).

Det har framkommit att fysisk aktivitet bör anpassas till individen för att främja autonomin (Brink et al. 2008, Brändström, et al., 2009; Galdas et al., 2012), något som även kan ses i en omfattande världsomspännande tidigare studie (Assmann, Cullen, Jossa, Lewis & Mancini, 1999). I denna tidigare studie menas att fysisk inaktivitet är en av de viktigaste riskfaktorerna att se till i så väl prevention som sekundärprevention av hjärtinfarkt. De positiva utfall som ledd fysisk aktivitet inom vården innebär (Galdas et al., 2012; Åhlund et al., 2013; Yohannes et al., 2010; Kärner et al., 2005; Hiltunen et al., 2005; Condon et al., 2006), ses även i andra studier (Hage, Mattsson & Ståhle, 2003; McSweeney & Crane, 2001). Dessutom har i tidigare forskning bevisats att en kort period av tre månaders regelbunden träningsutbildning på hjärtskola efter hjärtinfarkt har positiva effekter på aktivitetsnivån som kvarstår tre till sex år senare (Hage et al., 2003).

Viss forskning visar att patienter har svårigheter att bibehålla nivån av fysisk aktivitet efter att ha lämnat rehabiliteringsprogrammet (Hage et al., 2003). Genom att hålla den fysiska aktiviteten enkel och uppmuntra dagliga promenader kan vara ett sätt att få fler att röra på sig (Brändström et al., 2009; Galdas et al., 2012).

Trots hälsofrämjande aktiviteter i rehabiliteringsprogrammen visar en studie som jämfört resultat från nio olika europeiska länder en ökad förekomst av fetma och fysisk inaktivitet bland patienter fyra år efter hjärtinfarkt (Wood, 2001). Individanpassning av hjärtskolor genom att erbjuda patienter flera olika sätt att fysiskt aktivera sig skulle kunna vara ett sätt att bromsa denna utveckling (Brändström et al., 2009; Galdas et al., 2012; Harbman, 2014; Hawkes et al., 2013; Hiltunen et al., 2005; Leemrijse et al., 2012).

Slutsats

Resultatet i litteraturstudien visar att patienter har olika upplevelser av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt. Vissa patienter har både vilja och motivation till fysisk aktivitet, genom exempelvis känslan att ha fått en andra chans i livet. De flesta upplever dock olika typer av hinder för att genomföra fysisk aktivitet, t.ex. trötthet, rädsla, oro, stress, ångest och depression.

Sjuksköterskan kan stödja dessa patienter för att öka livskvaliteten och autonomin genom att individanpassa kommunikation och information samt vägledning om fysisk aktivitet. På så vis kan patienter få svar på frågan ”Vågar jag röra på mig?” Ja, det vågar du och det bör du, utifrån din förmåga.

Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Sjuksköterskan kan genom att individanpassa kommunikationen uppmuntra, motivera och följa upp patienter efter hjärtinfarkt. Hen kan därtill informera om medicineringsens bieffekter, bistå med sexualrådgivning och stresshantering samt utbilda familj och närstående för att hjälpa patienter att ta sig förbi upplevda hinder för fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt. Inom hjärtsjukvården idag ges möjlighet till deltagande i hjärtskola efter en hjärtinfarkt. Genom att öka utbudet av fler sätt att aktivera sig än enbart hjärtskola ges ökad tillgång till träning utformad efter patientens kapacitet och behov. Vården skulle här exempelvis kunna erbjuda ledarledd fysisk aktivitet på sjukhus eller inom primärvården, hembaserad fysisk aktivitet med stöd genom telefonkontakt eller fysisk aktivitet på egen hand.

Framtida forskning och kartläggning av olika sätt att bibehålla fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt på lång sikt vore önskvärt, för att se hur länge patienterna kan upprätthålla de genomförda livsstilsförändringarna efter individualiserad information.

Ytterligare forskning skulle kunna studera vad införlivandet av individanpassad information och fysisk aktivitet kan innebära för omkostnader inom vården för att fastställa om det är genomförbart. En omstrukturering av denna omfattning skulle kunna innebära stora kostnader i uppstartsfas, men på en längre sikt kunna visa sig minska lidande för patienter, bibehålla deras hälsa samt vara kostnadseffektivt.

Referenslista

Aaronson, N. K. (1990). Quality of life research in cancer clinical trials: a need for common rules and language. *Oncology (Williston Park, NY)*, 4(5), 59-66.

Albarran, J. W., Clarke, B. A., & Crawford, J. (2007). 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, 16(7), 1292-1301.

*André, S., & Maria, V. L. R. (2014). Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention. *Journal of clinical nursing*, 23(15-16), 2101-2109.

Assmann, G., Cullen, P., Jossa, F., Lewis, B., Mancini, M., & International Task Force for the Prevention of Coronary Heart Disease. (1999). Coronary Heart Disease: Reducing the Risk The Scientific Background to Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease A Worldwide View. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 19(8), 1819-1824.

Baggens, C., Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I Fridbeg, F., Öhlén, J. (Red.) *Omvårdnadens Grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 202-232) Lund: Studentlitteratur AB

Biggs, J., & Fleury, J. (1994). An exploration of perceived barriers to cardiovascular risk reduction. *Cardio-vascular nursing*, 30(6), 41.

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

*Bispo, G. S., Lima Lopes, J., & Barros, A. L. (2013). Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3522-3531.

*Brink, E., Brändström, Y., Cliffordsson, C., Herlitz, J., & Karlson, B. W. (2008). Illness consequences after myocardial infarction: problems with physical functioning and return to work. *Journal of advanced nursing*, 64(6), 587-594.

*Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R. M. (2006). Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 403-411.

Brinck, L., Schenck-Gustafsson, K., & Peterson, N. (2005). *Hjärt-kärlsjukdomar: må bra och ät gott*. Prisma.

Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.

*Brändström, Y., Brink, E., Grankvist, G., Alsén, P., Herlitz, J., & Karlson, B. W. (2009). Physical activity six months after a myocardial infarction. *International journal of nursing practice*, 15(3), 191-197.

Clark, A. M., Haykowsky, M., Kryworuchko, J., MacClure, T., Scott, J., DesMeules, M., ... & McAlister, F. A. (2010). A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(3), 261-270.

*Condon, C., McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(1), 37-44.

Cox, J. (2005). Cardiology: the key to a successful post-MI prevention strategy. *Nursing In The Community* 6(2), 21.

Dickens, C. M., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. H. (2006). Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 367-372.

Faskunger, J., & Hemmingsson, E. (2015, August). Vardagsmotion: vägen till hållbar hälsa: fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring. Bokförlaget Forum.

Felzmann, H. (2012). Adherence, compliance, and concordance: an ethical perspective. *Nurse Prescribing*, 10(8), 406-411.

Folkhälsomyndigheten, (2015). *Vad är fysisk aktivitet?*. Hämtad 2015.09.16, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/vad-ar-fysisk-aktivitet/>

Fossum, B (2013) Kommunikation och bemötande. I: Fossum, B (red) *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

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

*Galdas, P. M., Oliffe, J. L., Kang, H. B. K., & Kelly, M. T. (2012). Punjabi Sikh patients' perceived barriers to engaging in physical exercise following myocardial infarction. *Public Health Nursing*, 29(6), 534-541.

Godin, G., Desharnais, R., Valois, P., Lepage, L., Jobin, J., & Bradet, R. (1994). Differences in perceived barriers to exercise between high and low intenders: observations among different populations. *American Journal of Health Promotion*, 8(4), 279-385.

Hage, C., Mattsson, E., & Ståhle, A. (2003). Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients—A three- to six- year follow- up. *Physiotherapy Research International*, 8(1), 13-22.

*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*, 51(12), 1542-1556.

*Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Atherton, J., Ware, R. S., Taylor, C. B., O'Neil, A., ... & Oldenburg, B. F. (2013). Effect of a Telephone-Delivered Coronary Heart Disease Secondary Prevention Program (ProActive Heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 20(3), 413-424.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

*Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buselli, E. F., Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing*, 30(6), 221-229.

Hjärt-lungfonden. (2014). *Hjärtrapporten- En sammanfattning av hälsoläget i Sverige*. Hämtad 2015.09.16, från <https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hjartrapport2014.pdf>

Hjärt-lungfonden. (2015). *Hjärtinfarkt riskfaktorer*. Hämtad 2015-09-16, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Riskfaktorer-hjartinfarkt/>

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag, 2a§, 3*. Hämtad 2015-09-14, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 557-563.

ICN'S etiska kod för sjuksköterskor. (2014). Hämtad 2015-09-14, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J., ... & Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 729-737.

Isaksen, A., & Gjengedal, E. (2006). Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(4), 403-411.

Johansson, A., & Ekebergh, M. (2006). The meaning of well-being and participation in the process of health and care-women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(2), 100-108.

Jolly, K., Taylor, R. S., Lip, G. Y., Davies, M., Davis, R., Mant, J., ... & Stevens, A. (2009). A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure (BRUM- CHF) study. *European journal of heart failure*, 11(2), 205-213.

Kagan, S. (1992). The limits of well-being. *Social Philosophy and Policy*, 9(02), 169-189.

Kreuter, M. W., & Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27(Supplement 3), S227-S232.

*Kärner, A., Tingström, P., Abrandt- Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 261-275.

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur

Maltén, A. (1998). *Kommunikation och konflikthantering- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Leemrijse, C. J., van Dijk, L., Jørstad, H. T., Peters, R. J., & Veenhof, C. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC cardiovascular disorders*, 12(1), 47.

Lewis, H. L. (2012). Physical Activity is the key to cardiac health. *Primary Health Care*, 22(1), 16-21.

Lin, Y. P., Wang, T. J., Tung, H. H., & Furze, G. (2012). Coronary heart disease beliefs and misconceptions among cardiac patients and people with chronic illness. *Open Journal of Nursing*, 2(01), 1.

Marchionni, N., Fattirolli, F., Fumagalli, S., Oldridge, N., Del Lungo, F., Morosi, L., ... & Masotti, G. (2003). Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction results of a randomized, controlled trial. *Circulation*, 107(17), 2201-2206.

McGillivray, M., & Clarke, M. (2006). Human well-being: Concepts and measures. *Understanding human well-being*, 3-15.

McSweeney, J. C., & Crane, P. B. (2001). An Act of Courage: Women's Decision-Making Processes Regarding Outpatient Cardiac Rehabilitation Attendance. *Rehabilitation Nursing*, 26(4), 132-140.

Milligan, F. (2011). Cardiac rehabilitation: an effective secondary prevention intervention. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 21(13), 782-785.

Muller, J. E., Mittleman, M. A., Maclure, M., Sherwood, J. B., & Tofler, G. H. (1996). Triggering myocardial infarction by sexual activity: low absolute risk and prevention by regular physical exertion. *Jama*, 275(18), 1405-1409.

Oldridge, N., Guyatt, G., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., ... & Torrance, G. (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 67(13), 1084-1089.

- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2008). Exercise can beat fatigue. *World Of Irish Nursing & Midwifery*, 16(3), 44-45 2p.
- Philips, H. C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour research and therapy*, 25(4), 273-279.
- Reid-St. John, S. (2004). Fitness. Exercise can help you beat fatigue. *Health (Time Inc. Health)*, 18(8), 71-71 1p.
- *Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health- related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of advanced nursing*, 34(6), 787-794.
- Rosenqvist, M., Tonvall, P. (2012). *Hjärtat*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press
- Sahlgrenska Akademin (2015) *Sjuksköterskeprogrammet*. Hämtad 2015-09-16, från <http://gul.gu.se/public/courseId/38176/coursePath/38097/ecp/lang-sv/publicPage.do>
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2015). *Hjärtrehabilitering*. Hämtad 2015-09-11, från <https://www.sahlgrenska.se/w/h/hjartrehabilitering/>
- SBU (2012) *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 2015-09-22, från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- SEPHIA (2015). *Nya Formulär*. Hämtad 2015-09-11, från <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/start-sephia>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-09-14, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- *Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health care for women international*, 33(12), 1096-1113.
- Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Levin, L. Å., Karlsson, J. E., & Dahlström, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *European heart journal*, 24(11), 1014-1023.
- Ståhle, A., Cider, Å. (2009). Kranskärlssjukdom. I J.Karlsson, E., Jansson, A.Ståhle. (Red.), *Ordination motion - vägen till bättre hälsa: FYSS-fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Brombergs Bokförlag AB
- Ståhle, A., Lindquist, I., & Mattsson, E. (2000). Important factors for physical activity among elderly patients one year after an acute myocardial infarction. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(3), 111-116.

WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.

*Uysal, H., & Özcan, Ş. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International journal of nursing practice*, 18(5), 445-453.

Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Rotteveel, A. M., Ruesink, R., & Heuts, P. H. (1995). The role of fear of movement/(re) injury in pain disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 5(4), 235-252.

Wiklund, I., Herlitz, J., Johansson, S., Bengtson, A., Karlson, B. W., & Persson, N. G. (1993). Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *European heart journal*, 14(10), 1315-1319.

Willenheimer, R., Erhardt, L., Cline, C., Rydberg, E., & Israelsson, B. (1998). Exercise training in heart failure improves quality of life and exercise capacity. *European Heart Journal*, 19(5), 774-781.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wood, D. A. (2001). Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *The Lancet*, 357(9261), 995-1001.

*Yap, T. L., Davis, L. S. (2008). Physical activity: the science of health promotion through tailored messages. *Rehabilitation Nursing*, 33(2), 55-62.

Yates, B. C., Heeren, B. M., Keller, S. M., Agrawal, S., Stoner, J. A., & Ott, C. (2007). Comparing two methods of rehabilitation for risk factor modification after a cardiac event. *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 15-22.

*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(19-20), 2806-2813.

*Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first-time myocardial infarction. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(10), 1028-1033.

Åstrand, P. O., Ekblom, Ö., & Ekblom, B. (2011). *Född Till rörelse: En bok om kost och motion*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Bilaga 1

Söktabell 1 - Cinahl

Databas, Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Valda artiklar
1. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Physical Activity	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	76	0	0	Inga. För stort urval. Sökningen begränsades enligt nedan.
2. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Physical Activity AND Quality of life	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	11	11	8	1. Hawkes, Patrao, Atherton, Ware, Taylor, O'Neil, Foreman, Oldenburg (2013) 2. Uysal, Özcan (2012) 3. Yohannes, Doherty, Bundy, Yalfani (2010) 4. Brändström, Brink, Grankvist, Alsén, Herlitz, Karlson (2009) 5. Brink, Brändström, Cliffordsson, Herlitz, Karlson (2008) 6. Roebuck, Furze, Thompson (2001)
3. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Fear	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	12	12	3	1. Bispo, Lima Lopes, Barros (2013) 2. Stevens, Thomas (2012) 3. Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren, Bergdahl (2005)
4. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Physical Activity AND Nursing	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	3	3	2	1. Harbman (2014) 2. André, Maria (2014)
5. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Adaptation AND Psychological AND Self Regulation	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	2	2	1	1 .Brink, Karlson, Bjorn, Hallberg (2006)
6. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Patients Perspectives AND Life Style Changes	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	2	2	1	1. Condon, McCarthy (2006)

7. Cinahl 2015.09.01	Myocardial Infarction AND Exercise AND Cardiac Patients AND Fatigue	Peer Reviewed Research Article Full Text Abstract Available	2	2	2	1 .Galdas, Oliffe, Kang, Kelly (2012)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

Söktabell 2 - PubMed

Databas, Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Valda artiklar
1. PubMed 2015.09.02	Myocardial Infarction AND Exercise AND Nursing AND Rehabilitation	Abstract Free Full Text	15	15	3	1. Yap, Davis (2008) 2. Hiltunen, Winder, Rait, Buselli, Carroll, Rankin (2005)
2. PubMed 2015.09.02	Myocardial Infarction AND Nursing AND Physical Activity AND Quality of Life AND Rehabilitation	Abstract Free Full Text	5	5	2	1. Leemrijse, Van Dijk, Jörstad, Peters, Veenhof (2012)
3. PubMed 2015.09.02	Myocardial Infarction AND Physical Activity AND Fear	Abstract Free Full Text	2	2	1	1. Åhlund, Bäck, Sernert (2013)

Bilaga 2

Kvalitetsgranskningsmall - Kvalitativa artiklar

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
Finns det någon omvårdnadsteoretisk teori beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
Hur är metoden beskriven?
Hur är undersökningsspersonerna eller situationerna beskrivna?
Hur har data analyserats?
Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
Vad visar resultatet?
Hur har författarna tolkat studiens resultat?
Hur argumenterar författarna?
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
Finns det en återkoppling till omvårdnadsvetenskapliga utgångspunkter?
Sker en återkoppling till det praktiska vårdarbetet?

Kvalitetsgranskningsmall - Kvantitativa artiklar

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
Finns det någon omvårdnadsteoretisk teori beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
Hur är metoden beskriven?
Hur har urvalet gjorts, t.ex. antal personer, ålder inklusions- exklusionskriterier?
Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
Vad visar resultatet?
Vilka argument förs fram?
Förs det några etiska resonemang?
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Bilaga 3

Artikelöversikt

1. Effect of a telephone delivered coronary heart disease secondary prevention program (ProActive Heart) On quality of life and health behaviours: Primary outcomes of a randomised controlled trial.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Hawkes, A L., Patrao, T A., Atherton, J., Ware, R S., Taylor, CB., O'Neil, A., Foreman, R., Oldenburg, B F. 2013 Australien	Att beskriva effektiviteten hos telefonlevererade sekundärpreventionsprogram för hjärtinfarktpatienter. Studien syftade även till att uppnå betydligt större förbättringar av hälsorelaterade livskvalitet och hälsobeteenden (fysisk aktivitet mm) hos dessa patienter.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie med parallellgrupp.	258 vuxna hjärtinfarkts-patienter 18-80 år Med tillräckliga språkkunskaper Med tillgång till telefon. Som inte har annan känd sjukdom.	Det telefonbaserade programmet är effektivt för hjärtinfarkts-patienter. Det kan hjälpa patienter övervinna många hinder som kan upplevas inom traditionella sekundärpreventionsprogram gällande geografisk isolering. Det ökar återgång till arbete.	Hög. Etiskt Godkänd enligt etiska kommittéer vid Monash-universitetet, Royal Brisbane Women Hospital samt Prince Charles Hospital.

2. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients quality of life.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Uysal, H., Özcan, S., 2012 Turkiet	Att identifiera effekten av individuell utbildning och rådgivningsprogram för patienter med hjärtinfarkt gällande patientens livskvalitet.	Kvantitativ. Enkätundersökning.	90 patienter Som vistas på hjärtavdelning Som haft sin första hjärtinfarkt	Viktigt att tillhandahålla utbildning/ stöd samt optimal behandling av hjärtinfarkts-patienter. Det har visat sig att individuella rådgivningsprogram samt utbildning har positiva effekter och bör tillämpas på dessa patienter före utskrivning.	Hög Etiskt Godkänd i enlighet med Helsingfors-deklarationen

3. The long term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Yohannes, A M., Doherty, P., Bundy, C., Yalfani, A. 2010 Storbritannien	Att undersöka effekter och fördelar på sikt av hjärtrehabiliteringsprogram gällande fysisk aktivitet, psykologiskt välmående och livskvalitet.	Kvantitativ. Kontinuerliga mätningar under 12 månader. Frågeformulär samt träningsessioner med mätning av telemetri samt blodtryck. Parametrisk analys. Statisk analys med SPSS.	105 patienter 76 män 29 kvinnor Deltagare i ett hjärtrehabiliteringsprogram med start 2-8 veckor efter utskrivning. Med tillräckliga språkkunskaper.	Patienten hanterar sin situation bättre om hen har stöd av andra i samma situation. Patienter tappar snart sina rutiner efter programmets slut. Rehabiliteringsprogram kan vara bättre att ha på lokal nivå så att fler kan ta sig dit.	Hög. Etiskt Godkänd från lokala etikkommittén på sjukhuset.

4. Physical activity six months efter myocardial infarction.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Brändström, Y., Brink, E., Grankvist, G., Alsén, P., Herlitz, J., Karlson, B W. 2009 Sverige	Att bedöma patienternas fysiska aktivitet 6 månader efter hjärtinfarkt.	Kvantitativ. Mätning med frågeformulär samt stegräknare. Statistisk analys genom SPSS 14.0.	120 patienter under 65 år som även ingick i annan studie på SU. Med tillräckliga språkkunskaper.	De som återgått till arbetet var mer fysiskt aktiva. Majoriteten av patienterna rör på sig för lite 6 månader efter hjärtinfarkten. Sjuksköterskan bör initiera dagliga promenader som ett enkelt sätt att hålla igång tillräcklig fysisk aktivitet hos dessa patienter.	Hög. Etiskt Godkänd av Sahlgrenska Akademiens /Göteborgs Universitets forskningsetiska kommitté.

5. Illness consequences after myocardial infarction: problems with physical functioning and return to work.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Brink, E., Brändström, Y., Cliffordsson, C., Herlitz, J., Karlson, B W. 2008 Sverige	Att undersöka hälsoproblem samt fysiska/ psykiska funktioner och fysisk aktivitet gällande patienter i arbetsför ålder efter hjärtinfarkt. Bedöma effekterna av dessa faktorer vid återgång till arbete.	Kvantitativ. Långtidsstudie. Data insamlat vid 3 tillfällen under 6 månader. Mätning genom frågeformulär samt stegräknare. Statistisk analys med T-tester och jämförelse med kontrollgrupp.	88 deltagare Under 65 år Med tillräckliga språkkunskaper. Endast patienter som inte hade annan svår fysisk eller psykisk diagnos som spelade roll för resultatet.	Många patienter är inaktiva i rehabiliteringsfasen efter hjärtinfarkt, vilket hindrar återgång till arbete. Ökad fysisk aktivitet i början av rehabiliteringsfasen kan positivt påverka en återgång till arbete.	Hög. Etiskt Godkänd av Sahlgrenska Akademin/ Göteborgs Universitets forskningsetiska kommitté.

6. Health related quality of life after myocardial infarction: an interview study

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Roebuck, A I., Furze, G., Thompson, D R. 2001 England	Att undersöka och få insikt i effekterna av hjärtinfarkt gällande hälsorelaterad livskvalitet.	Kvalitativ. Semistrukturerad intervjustudie.	31 patienter Diagnostiserade med hjärtinfarkt	7 huvudkategorier: Bl.a. fysisk aktivitet, otrygghet, beroende m.fl. Många känner trötthet som gör att man blir oförmögen att utföra fysisk aktivitet. Patienterna kände sig rädda för att få hjärtinfarkt igen vilket hämmade dem. Stödprogram för hjärtpatienterna minskar stress och förbättrar livskvaliteten.	Hög. Etiska ställningstaganden och samtycke har tillgodosetts.

7. Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Bispo, G S., Lima Lopes, JdL., Barros, A. 2013 Brasilien	Att identifiera studier på kardiovaskulära förändringar till följd av sexuell aktivitet liksom förekomsten av sexuell dysfunktion efter hjärtinfarkt. Frågeställningar: Vilka är de kardiovaskulära förändringarna som följer vid sexuell aktivitet? Hur vanlig är förekomsten av sexuell dysfunktion?	Kvantitativ. Integrativ litteraturstudie.	165 artiklar 20 valdes ut Patienter med sexuell dysfunktion och hjärtinfarkt och/ eller kardiovaskulära förändringar till följd av sexuell aktivitet.	Rädsla för att återuppta dagliga aktiviteter, i synnerhet sexlivet efter hjärtinfarkt Rädsla för plötslig hjärtdöd Det är viktigt att få klarhet över riskerna med sexuell aktivitet Rädsla för fysisk ansträngning var vanligt.	Hög. Etiskt Godkänd ses enligt etikklausul i JCN, Journal of Clinical Nursing.

8. Recovery of midlife women from myocardial infarction.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Stevens, S., Thomas, S P. 2012 USA	Att undersöka upplevelser hos medelålders kvinnor som överlevt hjärtinfarkt, sedan de skrivits ut och kommit tillbaka till hemmet.	Kvalitativ. Existentiell fenomenologisk undersökningsmetod med intervjuer.	8 kvinnor 45-65 år Från Tennessee 1-9 år efter hjärtinfarkten. Utan tidigare sjukdomshistoria.	Patienterna var trötta och utmattade samt hade ont vilket gav dem ångest och oro. De visste inte hur mycket de skulle våga röra på sig och var konstant rädda för en ny hjärtinfarkt vilket hämmade dem i de flesta aspekterna av deras liv. Vårdpersonal behöver lära sig mer om kvinnors hjärtan och upplevelser.	Hög. Etiskt Godkänd av Institutional Review Board of the University of Tennessee.

9. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Kärner, A., Tingström, P., Abbrandt- Dahlgren, M., Bergdahl, B. 2005 Sverige	Att studera upplevelserna hos de patienter som är i rehabiliterings- fasen för kranskärls- sjukdom, samt vilka faktorer som är underlättande/ begränsande gällande patientens livsstils- förändring.	Kvalitativ. Fenomenologisk intervjustudie.	113 patienter Under 70 år Från 2 olika städer/ sjukhus i Sverige Med tillräckliga språkkunskaper. Endast de som <i>inte</i> hade en inplanerad operation, kognitiv nedsättning, psykisk diagnos, missbruk eller deltog i andra studier under tiden.	Att minska smärta och öka välbefinnandet ökade viljan att genomföra livsstils- förändringar. Om man inte känner sig sjuk vill man inte genomföra några förändringar. Socialt nätverk påverkar hälsofrämjande beteende- förändringar positivt.	Hög. Etiskt Godkänd av Etiska forsknings- kommittén på Fakulteten för Hälso- och Sjukvårds- forskning, Linköpings Universitet.

10. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Harbman, P., 2014 Kanada	Att utvärdera effekterna av sjuusköterskans vårdutövning och hur det påverkar vårdgivarens vård. Hur det i sin tur påverkar vad patienterna uppnår av de sekundär- förebyggande målen.	Kvantitativ. Prospektiv kohortstudie.	66 patienter Diagnostiserade med hjärtinfarkt.	Genom att förebygga riskfaktorer och tillägga fysisk aktivitet kan sjuusköterskan bistå med en bra sekundär- prevention. Kortsiktiga sekundär- preventions- program kan ge positiva resultat gällande fysisk aktivitet hos patienter som haft en hjärtinfarkt.	Hög. Etiskt Godkänd av forskningsetiska styrelsen vid University of Toronto.

11. Sexuality of post infarction patients: diagnosis, results and nursing intervention.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
André, DSF., Maria, V L. 2014 Brasilien	Att hitta sjuksköterske-initiativ i litteraturen samt interventioner för sjuksköterskor att utgå ifrån i arbetet med patienter som haft en hjärtinfarkt.	Kvantitativ. Litteraturstudie med sökningar på Virtual Health Library.	17 artiklar. 12 medicinska 5 omvårdnads-teoretiska Resultatet gäller totalt 940 patienter samt 121 hjärtteam.	Sexliv är ett komplext ämne där det behövs uppmuntran och förtroende för att samtalande skall fungera. Det främsta skälet till att man inte vågar ha sex är att man är rädd för att få en ny hjärtinfarkt. Sjuksköterskan behöver dokumentera detta arbete så att det blir synligt. Fysisk aktivitet i vardagen stärker hjärtat och minskar risker för överansträngning vid sexuellt samliv.	Hög. Etiskt Godkänd ses enligt etikklausul i JCN, Journal of Clinical Nursing.

12. Readjustment 5 months after a first time myocardial infarction, reorienting the active self.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Brink, E., Karlson, K., Bjorn, W., Hallberg, L R-M. 2006 Sverige	Att undersöka processen för självreglering hos kvinnor och män fem månader efter en förstagångs- hjärtinfarkt i syfte att öka förståelsen för omställning efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ. Intervjustudie.	21 personer 11 kvinnor 10 män 5 månader efter deras första hjärtinfarkt.	Patienterna upplevde främst trötthet och andra hälsoproblem (dålig fysisk kondition mm.) Vissa ansåg att hjärtinfarkten var en akut händelse medan andra upplevde att det kändes mer som en kronisk sjukdom. De flesta patienterna hade inte uppnått ett stabilt hälsotillstånd 5 månader efter hjärtinfarkt.	Hög. Etiskt Godkänd av Etikkommittén vid Göteborgs Universitet, Medicinska Fakulteten.

13. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Condon, C., McCarthy, G. 2006 Irland	Att undersöka patienters perspektiv gällande att göra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt, samt få en uppfattning om hur det är för patienter att göra och underhålla livsstilsförändringar. Detta genom att beskriva patienternas tankar och känslor kring ämnet.	Kvalitativ. Beskrivande djupintervjustudie.	10 patienter Med förmågan att diskutera sina livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt Över 18 år Med tillräckliga språkkunskaper. Som påbörjat hjärtrehabilitering på sjukhuset.	4 teman: - Risker - Ta ansvar - Stöd - Se framåt Att göra förändringar under den tidiga återhämtningsprocessen är svårare än väntat. Patienter känner stor oro i samband med stresshantering Allt för många förändringar på en och samma gång skapar oro.	Hög. Etiskt Godkänd av Forskningsetiska Kommittén, Health Board i enlighet med Helsingforsdeklarationen.

14. Punjabi Sikh Patients' perceived barriers to engaging in physical exercise following myocardial infarction.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Galdas, P M., Olliffe, J L., K Kang, H B., Kelly, M T. 2012 Kanada	Att ta reda på vilka de upplevda hindren för att delta i fysiskt aktivitet är, bland hjärtinfarktspatienter.	Kvalitativ. Semistrukturerad intervjustudie Dataanalys genom tematisk process, kodning och jämförelser.	15 deltagare. 10 män 5 kvinnor 48-80 år Där hjärtinfarkt inträffat för 6 månader sedan.	Deltagarna kände sig osäkra på vad som är en säker ansträngningsnivå. Flertalet deltagare kände oro inför att träna på egen hand utan övervakning av vårdpersonal. De få patienter som skaffade medlemskap på träningsanläggning utanför sjukhuset var de som hade ett sådant medlemskap även innan hjärtinfarkten. Raska promenader var den träning de flesta föredrog.	Hög. Etiskt Godkänd ses enligt etikklousul i PHN, Public Health Nursing.

15. Physical activity: the science of health promotion through tailored messages

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Yap, T L., Davis, L S. 2008 USA	Att undersöka inbegripandet av skraddarsydd information inriktad mot att engagera individer i ökad fysisk aktivitet.	Kvantitativ. Litteraturstudie.	6 artiklar Sökningar gjorda på: Medline, Cumulative Index to Nursing, Allied Health Literature Sökord: tailored messages, tailored interventions, tailoring, physical activity, exercise.	Att skraddarsy information är viktigt för att ge varje enskild patient personligt relevant utbildning, adekvat hjälp och stöd att ta sig förbi hinder. Rehabiliteringsprogram kan dra nytta av att skraddarsy information för att främja beteendeförändring.	Hög. Etiska ställnings-taganden gjorda under litteratursökning.

16. Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Hiltunen, E F., Winder, P A., Rait, M A., Buselli, E F., Carroll, D L., Rankin, S H. 2005 USA	Att undersöka teorier om att basera rehabilitering av hjärtsjuka på en bas av självförtroende och tilltro till sin egen förmåga.	Kvantitativ. Insamling via ett rutnät med skalor där interventionerna poängsattes efter intensitet, tidsåtgång och frekvens.	106 deltagare 71 kvinnor 39 män Medelålder 76år Urval från 5st sjukhus i Massachusetts & Kalifornien. 79% bodde ensamma 18% bodde med familj eller på boende 90% var vita	Det är viktigt att öka patientens självförtroende tidigt i rehabiliteringsfasen. Verbal uppmuntran är en viktig strategi. Många patienter tycker det är viktigt att ha någon som lyssnar till deras berättande.	Hög. Etiskt Godkänd ses enligt etikklausul i RN, Rehabilitation Nursing.

17. The effects of Hartcoach, a lifestyle intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Leemrijse, C J., Van Dijk, L., Jörstad, H T., Peters, R J G, Veenhof, C. 2012 Nederländerna	Att undersöka effekten av programmet Hartcoach utöver sedvanlig vård gällande individuella riskfaktorer. T.ex. fysisk aktivitet hos patienter med hjärtsjukdom med fokus på egenvård per telefon.	Kvantitativ. Multi-randomiserad parallellgruppsstudie	400 patienter Diagnostiserade med hjärtsjukdom	Patienter som ej ges möjlighet att fullfölja rehabiliteringsprogram på sjukhus eller patienter som inte kan eller är motiverade att ansluta sig till ett sjukhus kan dra fördelar av telefonbaserat stöd. Programmet ger betydligt förändrade siffror gällande livskvalitet samt fysisk aktivitet.	Hög. Etiskt Godkänd av Medicinsketiska Styrelsen i Amsterdam.

18. Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first time myocardial infarction.

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet, Kommentar
Åhlund, K., Bäck, M., Sernert, N. 2013 Sverige	Att undersöka rädsla samt undvikande-beteenden hos patienter efter en hjärtinfarkt och att se hur dessa förändras över tid.	Kvantitativ. Frågeformulär och enkäter. Jämförelse med kontrollgrupp.	57 patienter. Som upplevt sin första hjärtinfarkt Under 75 år Med tillräckliga språkkunskaper Som inte hade annan allvarlig psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	Patienter som deltog i hjärt- rehabiliteringsgruppen kände mindre rädsla och hade mindre undvikande- beteenden än kontrollgruppen efter 4 månader. Fler patienter tränade regelbundet samt med högre intensitet bland de i hjärt- rehabiliteringsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Professionell träningshjälp av en fysioterapeut kan minska rädslan hos patienter som haft en hjärtinfarkt.	Hög. Etiskt Godkänd av Svenska Etiska Forskningskommittén enligt principerna från Helsingforsdeklarationen