



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt

Malin Söderberg

2014

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp  
Vårdvetenskap  
Självständigt arbete/examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde  
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Marja-Leena Kristofferzon  
Examinator: Annica Ernesäter

---

## Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt. Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie och hade en beskrivande design. Genom ett ändamålsurval intervjuades tio patienter som deltog i hjärtgymnastikgrupp på ett sjukhus i Mellansverige. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet redovisas utifrån två teman; *välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll* samt *ökad motivation till en aktiv livsstil*. Patienterna beskrev att fysisk aktivitet i grupp varit en trygghet efter hjärtinfarkten. Att få testa gränser under säkra förhållanden, ha ett utbyte mellan individer, känna samhörighet i gruppen och uppleva psykisk och fysisk hälsa. Vidare upplevde patienterna det viktigt att ha en meningsfull aktivitet, att de kände ett behov av att komma på träningarna och att den organiserade träningen var varierad och gav en chans till att prova nya saker. Att uppmuntra och förmå patienter som haft hjärtinfarkt att delta i fysisk aktivitet i grupp bör därför vara av stor vikt för både sjukvårdspersonal och patienterna själva.

**Nyckelord:** Patient, hjärtinfarkt, fysisk aktivitet, rehabilitering, grupp, upplevelse

## **Abstract**

The aim of the study was to describe patients' experiences and perceptions of physical activity in a group after myocardial infarction. The study was conducted as a qualitative interview and had a descriptive design. By a purposive sampling ten patients were interviewed who participated in cardiac exercise team at a hospital in central Sweden. Data were collected through semi-structured interviews. The collected data were analyzed using qualitative content analysis. The results are reported based on two themes; *well-being through a sense of security and control*, and *increased motivation for an active lifestyle*. Patients described that physical activity in the group has been a security after the myocardial infarction. To be able to test the limits in safe conditions, have an exchange between individuals, a sense of belonging in the group and experience the mental and physical health. Furthermore, patients experienced important to have a meaningful activity, that they felt a need to come to the training sessions and the organized training was varied and gave a chance to try new things. To encourage and persuade patients who had a myocardial infarction to participate in physical activity in a group should be of great importance to both healthcare professionals and patients themselves.

**Keywords:** patient, myocardial infarction, physical activity, rehabilitation, group, experience

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b>	<b>1</b>
<i>1.1 Rehabilitering efter hjärtinfarkt</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt</i>	<i>3</i>
<i>1.4 SSK/DSK ansvar i sekundärpreventionen efter hjärtinfarkt</i>	<i>3</i>
<i>1.5 Health Belief Model</i>	<i>4</i>
<i>1.6 Problemformulering</i>	<i>4</i>
<i>1.7 Syfte</i>	<i>4</i>
<b>2. Metod</b>	<b>5</b>
<i>2.1 Design</i>	<i>5</i>
<i>2.2 Urvalsmetod</i>	<i>5</i>
<i>2.3 Undersökningsgrupp</i>	<i>5</i>
<i>2.4 Datainsamlingsmetod</i>	<i>6</i>
<i>2.5 Tillvägagångssätt</i>	<i>7</i>
<i>2.6 Dataanalys</i>	<i>8</i>
<i>2.7 Forskningsetiska överväganden</i>	<i>9</i>
<b>3. Resultat</b>	<b>10</b>
<i>3.1 Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll</i>	<i>10</i>
<i>3.1.1 Testar gränser under säkra förhållanden</i>	<i>11</i>
<i>3.1.2 Utbyte mellan individer</i>	<i>11</i>
<i>3.1.3 Psykisk och fysisk hälsa</i>	<i>12</i>
<i>3.1.4 Samhörighet i gruppen</i>	<i>14</i>
<i>3.2 Ökad motivation till en aktiv livsstil</i>	<i>15</i>
<i>3.2.1 Meningsfull aktivitet</i>	<i>15</i>
<i>3.2.2 Känner ett behov</i>	<i>16</i>
<i>3.2.3 Organiserad träning</i>	<i>17</i>

<b>4. Diskussion</b>	<b>17</b>
<i>4.1 Huvudresultat</i>	<i>17</i>
<i>4.2 Resultatdiskussion</i>	<i>18</i>
<i>4.2.1 Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll</i>	<i>18</i>
<i>4.2.2 Ökad motivation till en aktiv livsstil</i>	<i>19</i>
<i>4.2.3 Teoretisk anknytning till Health Belief Model</i>	<i>21</i>
<i>4.3 Metoddiskussion</i>	<i>21</i>
<i>4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning</i>	<i>23</i>
<i>4.5 Slutsats</i>	<i>24</i>
<b>Referenslista</b>	<b>25</b>

# 1. Introduktion

Hjärtinfarkt innebär plötsligt försämrat blodflöde i ett kranskärl vilket medför skadlig syrebrist i hjärtmuskeln. Med ökande ålder och förekomst av riskfaktorer utvecklas förträngningar i hjärtats kranskärl genom en inflammatorisk process i kärlväggen med anhopning av fett, bindväv och kalk.<sup>1,2</sup> Risken att insjukna och dö i akut hjärtinfarkt ökar snabbt med stigande ålder men sedan 80-talet har incidensen och mortaliteten minskat drastiskt.<sup>3</sup> Förklaringen till minskningen är stora framsteg i den medicinska behandlingen samt livsstilsförändringar.<sup>3,4</sup> Trots detta är hjärtsjukdom den ledande dödsorsaken i världen<sup>5</sup> och den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor i Sverige.<sup>4,6</sup> Akut hjärtinfarkt är ett signifikant problem i samhället i och med att det är en potentiellt dödlig sjukdom och generellt förekommande i samhällets produktiva åldersgrupp, vilket leder till stora problem i efterförloppet av sjukdomen.<sup>4,7</sup> Regelbunden fysisk aktivitet påverkar flera riskfaktorer för kranskärlssjukdom positivt och minskar därmed insjuknande och återinsjuknande.<sup>4,8,9</sup> Distriktssköterskan (DSK) har ett viktigt uppdrag i preventionen efter en hjärtinfarkt eftersom DSK ska arbeta hälsofrämjande och lindra lidandet sjukdomen orsakar.<sup>10</sup>

## *1.1 Rehabilitering efter hjärtinfarkt*

Att insjukna i en hjärtinfarkt leder ofta till en rad hälsorelaterade problem i efterförloppet som påverkar patientens livskvalitet. Faktorer som påverkar kan vara fysiska symtom, osäkerhet, känslomässiga reaktioner som depression och irritation, att bli beroende av andra, livsstilsförändringar, bekymmer och oro över mediciner samt biverkan av läkemedlen.<sup>11</sup> Dessa fysiska-, sociala-, psykologiska- och sysselsättningsbegränsningar minskar individens livskvalitet efter hjärtinfarkt. Därför är syftet med behandlingen efter hjärtinfarkt inte enbart att förlänga livet utan även att lindra symtom och förbättra funktioner. Att erbjuda träning och rådgivning som tillägg till medicinsk behandling är av stor vikt för att förbättra livskvaliteten efter hjärtinfarkt.<sup>7,12</sup>

Studier visar att patienter som deltar i hjärtrehabiliteringsprogram med fysisk aktivitet som en del i det, uppmäter en förbättrad livskvalitet och minskning av riskfaktorer. Detta genom att förbättra beteenden som skyddar hjärtat som exempelvis sluta röka, minskat body mass index (BMI) och ökad fysisk aktivitet.<sup>13-16</sup>

En annan studie beskriver hur patienter som haft hjärtinfarkt upplevde det att ha medpatienter som är i samma situation. Patienterna upplevde en känsla av samhörighet och de stöttade varandra genom de olika stadier av sjukdomen de var i och rehabiliteringsfasen var mycket viktig. Många upplevde sig osäkra och ensamma efter sjukhustiden och att få träffa andra i liknande situation och se dem våga och hur de hanterade situationer motiverade patienterna och fick dem att se ljus på framtiden. Att ses regelbundet gav patienterna möjligheten att prata, utbyta erfarenheter och få information.<sup>17</sup>

Att överleva en hjärtinfarkt leder ofta till försök att förändra sin livsstil. Hälsoutbildning och rådgivning till patienter efter hjärtinfarkt har efter två månader visat sig ge hälsosammare livsstil och ökad fysisk aktivitet.<sup>12</sup> Patienter upplever ofta svårigheter att genomföra flera livsstilsförändringar på samma gång och att det finns en brist i samhället när det gäller stöd till förändringarna. Behovet att utveckla programmen för hjärtrehabilitering är därför stora.<sup>18</sup>

### ***1.2 Fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt***

Fysisk aktivitet definieras som varje rörelse av skelettets muskler som används och som förbrukar energi över vilonivån.<sup>19</sup> Fysisk aktivitet förbättrar hjärtmuskelnns kapacitet genom att succesivt stimulera kranskärlens genomblödning.<sup>1,8</sup>

Den internationella studien Interheart har visat att upp till 90 % av alla hjärtinfarkter kan förklaras av kända riskfaktorer som förhöjda blodfetter, rökning, hypertoni, diabetes, bukfetma, psykosociala faktorer, kostvanor och fysisk inaktivitet. I stort sett alla kan förändras och förbättras genom ändrade levnadsvanor.<sup>20</sup>

WHO rekommenderar fysisk aktivitet minst 30 minuter dagligen.<sup>21</sup> Det Europeiska kardiologiska samfundet har i sina riktlinjer rekommenderat minst 30 minuter kraftfull ansträngning helst dagligen för att bibehålla hälsan och minska risken för hjärtsjukdom.<sup>22</sup> Det innebär att alla typer av aktiviteter är av vikt, inklusive promenader, cykling, trädgårdsarbete och hushållssysslor.<sup>19</sup> Vid fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt är det framförallt träning av kondition och muskelstyrka som är av vikt för att förbättra syreupptagningsförmåga och muskelfunktion optimalt. Rekommendationen är kondition 20-60 minuter 3-5 gånger i veckan och muskulär motståndsträning med 8-10 övningar 2

gångar i veckan.<sup>6,8</sup> Ordinationen på fysisk aktivitet är livslång för personer med kranskärslsjukdom.<sup>8</sup>

### ***1.3 Fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt***

Att medverka i en träningsgrupp i rehabiliteringsfasen bland äldre patienter efter en hjärtinfarkt fick dem att känna sig hälsosamma, gav dem ökad självsäkerhet, information, förtroende och tillit patienterna emellan.<sup>23</sup> Fysiska rehabiliteringsprogram är en avgörande del av rehabiliteringen efter hjärtinfarkt.<sup>12</sup>

I årsrapporten från Swedeheart 2012 visades att mindre än hälften av alla hjärtinfarktpatienter deltog i hjärtgymnastikgrupp, 33% vid första uppföljningen (6-10 veckor efter hjärtinfarkten) och 40% vid andra uppföljningen (12-14 månader efter hjärtinfarkten). Andelen patienter som uppgav att de var tillräckligt fysiskt aktiva var vid första uppföljningen 47% och vid andra 39%. Med tillräckligt fysiskt aktiva menas att de varit fysiskt aktiva i minst 30 minuter minst fem gånger i veckan.<sup>6</sup>

De som deltagit i organiserad fysisk träningsgrupp var mer fysiskt aktiva än de som inte deltagit i fysisk träning, men fortfarande är fysisk träning underutnyttjat inom hjärtsjukvården trots den positiva påverkan den har på alla riskfaktorer för hjärtsjukdom och mortalitet.<sup>6,9,24</sup> Det är en viktig utmaning för SSK/DSK att förmedla de vinster som finns med regelbunden fysisk träning efter en hjärtinfarkt.<sup>6</sup>

### ***1.4 SSK/DSK ansvar i sekundärprevention efter hjärtinfarkt***

Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden.<sup>25</sup> DSK har en viktig roll i folkhälsoarbetet och det ingår i distriktssköterskans kompetens och förmåga att stärka patienten till god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt. I kompetensbeskrivningen för DSK beskrivs att arbetet ska ”främja och skydda människors hälsa under hela livet och att minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna och lindra det lidande de orsakar”.<sup>10</sup> Att vara delaktig i det sekundärpreventiva arbetet med utökad hjärtrehabilitering med bland annat stresshantering, motivation till ökad fysisk aktivitet och kostråd är av vikt. Viktigt eftersom det leder till reducerad risk för hjärtinfarkt och sjukhusvistelser för patienten och dessutom är det kostnadseffektivt.<sup>24</sup> Det är viktigt att skapa praktiska möjligheter.<sup>6</sup>



### ***1.5 Health Belief Model***

Modernt folkhälsoarbete bygger på en rad olika teorier och detta arbete fokuserades utifrån teorin Health belief model. Det är en psykosocial modell som fokuserar på motivation, värderingar och attityder. Beteenden är styrda av människors föreställningar och känslor. Teorin fokuserar på att de beteenden människan ändrar på gör de bara om de tror att nyttan av förändringen är större än kostnaden.<sup>26</sup> Att individen försöker förändra sin livsstil, i den här studien vara fysiskt aktiv efter hjärtinfarkt, beror på två faktorer enligt denna modell. Första faktorn är i vilken utsträckning personen upplever ett hot mot den egna hälsan och den andra är den upplevda kostnadseffektiviteten av hälsobeteendet.<sup>27</sup> Som SSK/DSK är det viktigt att informera, underlätta och motivera patienten till livsstilsförändringar, bland annat till fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt genom sitt omvårdnadsansvar som legitimerad SSK och DSK.<sup>10,25</sup>

### ***1.6 Problemformulering***

För att DSK ska kunna bemöta patienter med hjärtinfarkt och motivera till fysisk aktivitet och träning är det viktigt att DSK förstår patientens upplevelse av träning och hur träningen påverkar dem. De flesta patienter som haft hjärtinfarkt är medvetna om vikten av att vara fysiskt aktiva efter hjärtinfarkten men de har svårt att komma igång och sedan underhålla träningen. Det finns mycket forskning om hur patienter med hjärtinfarkt ska minska risken för återinsjuknande genom träning och då främst kvantitativ forskning.<sup>12-16,18,23-24</sup> Få kvalitativa studier finns som beskriver upplevelsen av rehabilitering i grupp efter hjärtinfarkt<sup>17</sup> och författaren fann ingen kvalitativ studie om upplevelsen av gruppträning efter hjärtinfarkt. Författaren ville med den här studien beskriva patienternas upplevelser och erfarenheter av den organiserade hjärtgymnastiken som de deltog i efter genomgången hjärtinfarkt för att öka kunskapen inom området.

### ***1.7 Syfte***

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt.

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design.<sup>28</sup>

### **2.2 Urvalsmetod**

Tio patienter valdes ut genom ändamålsurval från de sammanlagt fyra hjärtgymnastikgrupperna som organiserades på ett sjukhus i mellersta Sverige. Som mest kan 44 patienter delta i hjärträningen, elva i varje grupp. De som deltar i hjärträningen har antingen haft hjärtinfarkt, har angina pectoris eller är hjärtopererade. I mars 2014 var det tio kvinnor och resten män inskrivna i de fyra hjärträningsgrupperna. Ändamålsurval innebar att deltagare valdes ut strategiskt för att få ett så varierat urval vad gäller ålder, kön, sysselsättning/arbete, träningsvana och antal hjärtinfarkter som möjligt.<sup>28</sup> Patienterna deltar cirka tolv veckor i den organiserade hjärtgymnastiken och tränar tillsammans en timme två gånger per vecka. Sammanlagt erbjuds de hjärträning 24 gånger. Inklusionskriterier till studien var patienter som haft en hjärtinfarkt och som deltog eller nyligen deltagit i någon av hjärtgymnastikgrupperna. De skulle dessutom deltagit regelbundet minst tio gånger. Ett exklusionskriterie var kommunikationsproblem. Visst bortfall beräknades förekomma. Därför delades fler informationsbrev än tio stycken ut.

### **2.3 Undersökningsgrupp**

Tio patienter inkluderades i studien, två kvinnor och åtta män. De hade alla deltagit regelbundet i hjärträningen minst tio gånger. Två av deltagarna hade nyligen avslutat sin hjärträning då de intervjuades och resterande åtta var aktiva i hjärträningsgrupperna vid intervjutillfället. Fem personer hade gått minst 20 gånger på hjärträningen och fem personer hade gått minst tio gånger i hjärträningen. En av deltagarna har deltagit i hjärträning en gång tidigare. Sex av deltagarna hade varit på minst en föreläsning i hjärtskolan medan fyra aldrig varit där. För ytterligare bakgrundsvariabler, se tabell 1.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler

Kön	Antal
Man	8
Kvinna	2

Ålder	Antal
48-60	3
61-70	4
71-83	3

Civilstånd	Antal
Gift/Sambo	7
Särbo	2
Ensamstående	1

Sysselsättning	Antal
Arbetar	3
Pensionär	6
Arbetslös	1

3 av 6 arbetade

Rökning	Antal
Röker	1
Har aldrig rökt	6
Fd rökare	2

1 snusar

	Ja	Nej
Första hjärtinfarkten	9	1
Deltagit i hjärtskola	6	4
Tidigare träningsvana	8	2

## 2.4 Datainsamlingsmetod

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer där deltagarna fick svara på frågor om sina upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt. I kvalitativa studier används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att värdera studiens trovärdighet. Att bedöma studiens giltighet innebär bland annat att rätt metod för studien valts.<sup>28-29</sup> Författaren ansåg att intervjuer var den lämpligaste datainsamlingsmetoden för att öka giltigheten i studien. Författaren använde sig av en frågeguide med ett huvudtema om upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp, vilket svarade på syftet för studien och som gav deltagarna öppna svarsmöjligheter.<sup>28</sup> Författaren kunde sedan komma med följdfrågor vid behov. Frågeguiden var i två delar, en med bakgrundsvariabler och en med frågor som svarade på syftet till studien. Att använda sig av en frågeguide så att alla deltagande patienter

fick samma frågor ökade studiens tillförlitlighet.<sup>28-29</sup> Exempel på frågor var; vad tycker du om att träna i grupp och vilka för- och nackdelar upplever du med gruppträning? Exempel på följdfrågor var; berätta! Kan du utveckla? Kan du beskriva mer? Bakgrundsvariabler är frågor som tar upp ålder, kön, civilstånd, tidigare träningsvana, sysselsättning/arbete, om de deltagit i hjärtskolan och rökning. Intervjuguiden redovisas i en bilaga (bilaga 1).

## ***2.5 Tillvägagångssätt***

Efter yttrande från forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle i januari togs kontakt med berörda verksamhetschefer vid sjukgymnastiken och hjärtenheten för att få ett underlag till godkännande att genomföra studien (ansökan om tillstånd, se bilaga 2 och 3). Författaren tog sedan kontakt med sjukgymnasterna som organiserade de olika hjärtgymnastikgrupperna på sjukhuset för att informera och bestämma tid för att generellt informera hjärtgymnastikgrupperna om studien.

Tillsammans med personalen valdes deltagare ut utifrån inklusionskriterierna. Dessa fick ett skriftligt informationsbrev i anslutning till gruppträningen som innehöll information om studiens syfte och genomförande (informationsbrev, se bilaga 4). Författaren delade ut informationsbrev till fler än tio patienter eftersom denne räknade med ett visst bortfall på grund av exempelvis ovilja att bli intervjuad. Författaren fick sedan ett godkännande från patienten antingen direkt vid hjärtträningen eller via e-post eller telefon. Författaren och patienten bestämde sedan tid och plats för intervjun.

Inkludering till studien fortgick tills författaren hade tio deltagare. En provintervju genomfördes i februari för att se hur intervjufrågorna fungerade och ungefärlig tidsåtgång. Den lyssnades sedan igenom av författaren och handledaren för att diskutera eventuella förändringar. En fråga tillkom efter provintervjun där patienterna skulle beskriva hur de upplevde det att träna tillsammans med andra som är i samma situation. Provintervjun inkluderades sedan i studien. De två första intervjudeltagarna fick besvara frågan ”beskriv hur du upplever det att träna tillsammans med andra som är i samma situation” via e-post. Resterande intervjuer genomfördes under mars till april 2014. Åtta av intervjuerna genomfördes i ett rum i anslutning till hjärtträningen, en intervju gjordes på deltagarens arbetsplats och en intervju genomfördes i deltagarens hem. Intervjuerna spelades in via smartphone och pågick mellan 14-55 minuter.

## 2.6 Dataanalys

Insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.<sup>29</sup> Varje intervju transkriberades ordagrant och lästes igenom ett flertal gånger av författaren. Innehållsanalys innebär att författaren genom upprepad läsning av en text identifierar meningsenheter, kondenserar, kodar och sedan sorterar in i kategorier genom att meningsenheternas likheter och skillnader jämförs. Meningsenheter är meningar eller fraser som innehåller information som var relevant för syftet för studien. De meningsbärande enheterna kondenserades i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet. Därefter kodades de kondenserade meningsbärande enheterna så att kärnan ur meningsenheten kom fram.<sup>29</sup> Tolkningen av texten kan sedan göras i olika nivåer. Manifest innehållsanalys innebär att författaren beskriver vad som står i texten. Att göra en latent innehållsanalys innebär att forskaren gör en djupare tolkning av textens innebörd utan att ha färdiga teman. Ett tema svarar på frågan hur.<sup>29-30</sup> Författaren sammanförde koderna från de meningsbärande och kondenserade enheterna som visade på samma innebörd till olika kategorier vilket gav författaren en överblick. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet i studien. Ur detta gjordes sedan en abstrakt tolkning av underliggande meningar och författaren formulerade två teman. Författaren nådde på så vis en latent nivå. Ett tema utgör den röda tråden av mening som återkommer i kategori efter kategori.<sup>29</sup> Exempel på dataanalysprocessen beskrivs med hjälp av tabell. Se tabell 2.

Tabell 2. Dataanalysprocessen. Meningsbärande enheter, kondensering, kod, kategori och tema.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori	Tema
Man känner att det är kontrollerat, att man har någon som vet vad dom håller på med. Så att.. , annars skulle jag inte våga på egen hand..	känner att det är kontrollerat, någon som vet vad de gör. Skulle inte våga på egen hand.	Kontrollerad träning.	Testar gränser under säkra förhållanden	Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll
Det är en jättefördel tror jag, jag tror inte att man klarar det själv.. och hålla igång det.. utan det är just det här att man.. ja att man tvingas mer eller mindre	En fördel, tror inte jag skulle klara att hålla igång själv, man mer eller mindre tvingas	Fördel att känna tvång till träning	Känner ett behov	Ökad motivation till aktiv livsstil

## ***2.7 Forskningsetiska överväganden***

Eftersom studien innefattade patienter fick Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle göra en bedömning inför datainsamlingen (se bilaga 5, ansökan om rådgivande yttrande Forskningsetiska rådet). Efter rådgivande yttrande från forskningsetiska rådet i januari skickades ansökan om tillstånd till verksamhetschefer för berörda enheter. Tre viktiga etiska principer/koder vid forskning finns beskrivna i Polit and Beck; godhetsprincipen, att visa respekt och rättvisa.<sup>28</sup> Författaren arbetade med studien med hänsyn till dessa principer. Patienterna informerades att deras vård inte påverkades av eventuellt deltagande/ icke deltagande i studien. Författaren genomförde studien med ett professionellt förhållningssätt och arbetade med och presenterade studien på ett kritiskt sätt samt utan förutfattade meningar. Författaren var medveten om risken att patienterna talade för mycket om någon medpatient under intervjuerna vilket författaren var tydlig med att de inte skulle, genom att informera dem om det inför intervjun. Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte, genomförande, att de när som helst kunde avbryta sin medverkan och att allt material behandlas konfidentiellt och förvaras säkert och inlåst till dess att studien är godkänd, då allt insamlat material förstörs. Deltagande patienter erbjuds sedan ta del av det godkända examensarbetet. Resultatet av studien behandlades konfidentiellt så att ingen i studien kan identifieras.

### 3. Resultat

Resultatet i studien presenteras i löpande text och i tabell utifrån de teman och kategorier som framkom under analysen. Analysen resulterade i två teman med sju kategorier. Se tabell 3. Teman och de sju kategorierna beskrivs i löpande text och med citat från de olika intervjuerna där siffran i parentes visar från vilken intervju citatet kommer.

Tabell 3. Teman och kategorier som beskriver patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt.

Tema	Kategorier
Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll	Testar gränser under säkra förhållanden Utbyte mellan individer Psykisk och fysisk hälsa Samhörighet i gruppen
Ökad motivation till en aktiv livsstil	Meningsfull aktivitet Känner ett behov Organiserad träning

#### 3.1 Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll

Under detta tema finns kategorierna *testar gränser under säkra förhållanden*, *utbyte mellan individer*, *psykisk och fysisk hälsa* samt *samhörighet i gruppen*. Patienterna beskrev att fysisk aktivitet i grupp varit en trygghet eftersom de fått se vad kroppen klarar av under kontrollerade former, de kände sig mindre osäkra efter att ha deltagit i hjärtträningen och att våga träna stärkte dem och fick dem att våga mer. Vidare beskrev patienterna att de stärktes av att se andra i samma situation, av att utmana och peppa varandra, men att det även kunde upplevas vara en nackdel i vissa fall. De fick ett utbyte av varandra, där de kunde byta erfarenheter och höra andras versioner av hur de upplevt sin hjärtinfarkt. Patienterna upplevde dessutom ett välbefinnande, främst psykiskt, av att delta i fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt. Att träffa andra i samma situation upplevdes som en trygghet, en samhörighet och socialt eftersom de träffade många nya människor.

### **3.1.1 Testar gränser under säkra förhållanden**

Patienterna upplevde det som viktigt att få träna och testa vad kroppen klarade av efter hjärtinfarkten och att det var under trygga förhållanden, med professionell personal och på sjukhus.

*”man känner att det är kontrollerat.. att man har nån som vet vad dom håller på med så att.., annars skulle jag inte våga på egen hand..” (intervju 9)*

Det fanns patienter som tyckte att det var bra att få testa gränserna så till den grad att sjukgymnasterna även fick bromsa dem lite ibland. På så vis hittade de en träningsnivå som de visste att de klarade av.

*”det är bra att sjukgymnasterna är här och bromsar lite också.. o så är det bra att se vad man kan, vilken nivå man kan lägga sig på” (intervju 10)*

Patienterna upplevde att de i början efter hjärtinfarkten var fundersamma på vad de kunde göra och att de blev påmind om hjärtinfarkten i vardagen. Hjärtränningen resulterade i en minskad osäkerhet efter hjärtinfarkten.

Gruppträningen resulterade i att patienterna vågade vara fysiskt aktiva efter hjärtinfarkten. Dessutom ledde hjärtränningen till att patienterna förstod vikten av att vara fysiskt aktiva efter hjärtinfarkten.

Deltagande patienter upplevde att personalen som organiserade hjärtränningen var professionella. De var kunniga, noggranna, trygga, lugna och trevliga. De var en stor bidragande orsak till att patienterna kände sig trygga, mindre osäkra och vågade träna.

### **3.1.2 Utbyte mellan individer**

Att träna tillsammans med andra i samma situation upplevdes som positivt av alla deltagande patienter. Det var stärkande att se andra våga träna och gjorde att de vågade själv. Det upplevdes mestadels som positivt att utmanas av varandra i och med att de stöttade, peppade och stimulerade varandra.

*”man blir ju sporrade av varann o så är det lättare, det går ju att träna själv å men jag tror att det är nyttigt för många, speciellt om man kommer upp till årena, om man är ett litet gäng som håller igång och sporrar varandra” (intervju 2)*



Det kunde dock upplevas som negativt att jämföra sig med de andra i gruppen. Det kunde bli en konkurrens där ingen ville vara sämst i gruppen. Någon hade dessutom blivit för stimulerad av att se de andra, cyklat lite för länge och med för hög belastning att denne till slut tuppade av.

Att se andra träna och vara fysiskt aktiva upplevdes som positivt så länge alla i gruppen mådde bra. Det fanns patienter som upplevde det som en viss konkurrens, men som då upplevdes som positiv. Att se vad andra hade för belastning på cykeln under intervallerna till exempel eller att de hade en viss vikt på styrketräningen. Det var inget som det pratades om utan som de enbart uppmärksammade.

Att ha ett utbyte av varandra genom att utbyta erfarenheter upplevdes som givande för alla. De pratade mycket om hur de upplevt hjärtinfarkten och många beskrev det som att alla har olika upplevelser och erfarenheter av hjärtinfarkten, att det var mycket varierat men att det var givande. Alla hade råkat ut för samma sak.

*”man får höra ju höra liksom andra hur de har.. vi pratar ganska mycket och det är ju väldigt olika för allihopa hur man har upplevt den här hjärtinfarkten.. det är väldigt olika upplevelser men.. fast vi vet att vi råkat ut för samma sak” (intervju 9)*

Att patienterna i de olika grupperna var i lite olika åldrar upplevdes som positivt eftersom de fick höra hur deras erfarenheter var. De beskrev att de inte bara pratade om hjärtinfarkten utan att de pratade om allt möjligt, vilket var avdramatiserande och upplevdes positivt. Det var framförallt männen som upplevde utbytet av varandra, de samtalande både före, under och efter träningen.

*”det är framförallt med gubbarna då, o vi var också i övervikt. Vi pratade ganska öppet om hur och vad vi råkat ut för, o det var på skiftande sätt, det är ju inte alla som fick som jag.. det tycker jag var väldigt .. bra o prata om” (intervju 7)*

Kvinnorna i studien upplevde inte samma utbyte i gruppen. De beskrevs som att de inte fått den kontakten med gruppmedlemmarna men att de pratade om allmänna saker som väder och andra vardagliga ting.

### **3.1.3 Psykisk och fysisk hälsa**

Att delta i fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt upplevdes av deltagande patienter ge ökat välbefinnande, både ur ett fysiskt men främst psykiskt perspektiv.

Välbehövande ur ett psykiskt perspektiv så till vida att de blev lättare i humöret, de mådde psykiskt bra av att komma igång fysiskt, att de kände sig stimulerade och positiva efter träningen, att den tog bort negativa tankar samt den positiva känslan av att det fungerar.

*”att det funkar.. just känslan av att det fungerar, att man kan ta i så här och att det funkar, bara det psykiskt att det funkar är jätteviktigt” (intervju 9)*

Att träffa andra i samma situation upplevdes som bra ur ett psykologiskt perspektiv. Att se andra vara positiva gjorde att de glömde bort att de haft en hjärtinfarkt. De upplevde att om de aktiverade sig fysiskt så kom inte tankarna.

Vissa patienter beskrev det som att de hade fått kunskap om sig själva och att de av tidigare träningserfarenhet visste att de inte kunde vara utan träningen, att det inte skulle vara bra för dem överhuvudtaget. Några beskrev det som att de klarade av vardagen lite bättre tack vare träningen. Den sociala delen med att träna i grupp upplevdes som positivt ur ett psykiskt perspektiv.

Ur ett fysiskt perspektiv upplevde patienterna att de tack vare hjärtträningen mådde allt bättre fysiskt och att de nått en fysisk aktivitetsnivå snabbare än om de inte hade deltagit i gruppträningen. De upplevde att de förmodligen skulle nått samma fysiska resultat men att hjärtträningen i grupp resulterat i att de nått resultat fortare.

*”jag hade nog inte kommit lika långt .. det tror jag inte. Jag hade säkert kunnat nå det här stadiet men det hade tagit längre tid, det tror jag” (intervju 7)*

De upplevde dessutom ett fysiskt välbefinnande just av att känna att de var fysiskt aktiva tillsammans med kunskapen om att träning är bra för kroppen och bra för kärlen. Kunskap om sig själv och sin kropp upplevdes också viktigt.

*”jag vet mycket mer om mig och min kropp o fått kännedom om vad som är viktigt för mig” (intervju 3)*

Det fanns patienter som beskrev det som att de efter hjärtträningen var mycket trötta, vilket var en negativ upplevelse i och med att de var tvungna att lägga sig och vila/sova efteråt. En positiv upplevelse som framkom var att träningen resulterade i mindre smärta. Andra beskrev det som att de hittat nya muskler de inte visste de hade medan andra upplevde att hjärtträningen inte tillförde dem så mycket fysiskt, eftersom de aldrig

haft träningsvärk eller stelhet efteråt, men att det var andra saker som gjorde att de deltog i hjärträningen, som den sociala delen.

### **3.1.4 Samhörighet i gruppen**

Att delta i fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt upplevdes framförallt som en social gemenskap. Deltagande patienter beskrev det som att gruppen gav ett socialt utbyte, en känsla av samhörighet, att det var en trevlig grupp och framförallt att det var en grupp som de lärde känna och som de återkom till.

*”mycket roligare än när man inte känner några andra som tränar .. du vet när man går på andra gym är det alltid olika människor och man hinner inte prata just något”*

*(intervju 1)*

Att de hade mycket gemensamt var också en fördel. Vissa beskrev det som att även om de inte alltid pratade om det upplevdes en tyst samhörighet. Alla hade varit med om samma sak och det skänkte en trygghet och avdramatiserade samtidigt. Ingen behövde känna sig ensam.

*”det är också väldigt bra, att känna samhörigheten .. allihop vet vad det här handlar om och det skänker en slags trygghet tycker jag .. så jag har uppskattat det här*

*jättejättemycket” (intervju 5)*

Patienterna beskrev det som att det var viktigt ur en social synpunkt så till vida att de tidigare under arbetslivet alltid haft människor omkring sig men att de sedan de blev pensionärer inte längre har det. Vidare beskrevs det som att det var en särskild stämning i gruppen och framförallt mellan gubbarna, både under träningen och i omklädningsrummet.

Att lära känna nya människor under hjärträningen upplevdes som positivt. Att de lärde känna nya vänner i olika åldrar som de inte annars hade lärt känna.

*”det är rätt trevligt faktiskt .. jag tycker man lär känna varandra, fast man är på olika nivåer.. o olika åldrar..” (intervju 10)*

Att träffa nya kamrater var det viktigaste av allt när det gällde hjärträningen för vissa av patienterna. Det fanns vissa av deltagarna som skulle fortsätta ses efter hjärträningens slut. Det upplevdes både positivt och negativt att gruppen var flexibel

och förändrades hela tiden. Det positiva var att de fick lära känna många nya vänner, men det kunde upplevas tråkigt att gruppen förändrades hela tiden och när de lärt känna varandra var det någon som var tvungen att sluta.

### **3.2 Ökad motivation till en aktiv livsstil**

Under detta tema finns kategorierna *meningsfull aktivitet*, *känner ett behov* och *organiserad träning*. Patienterna beskrev att hjärtträningen var ett hjälpmedel för dem att komma igång, att ha en bestämd tid och plats att passa och en grupp som väntade. Det kändes meningsfullt att komma iväg och göra något, annars var det lätt att inte komma sig för med någonting. Hjärtträningen beskrevs som varierad med bra övningar och chans att få prova nya saker. Att få möjligheten att delta beskrev de som mycket värdefullt men att de var medvetna om att vissa inte hade möjligheten, vilket upplevdes som negativt.

#### **3.2.1 Meningsfull aktivitet**

Patienterna uttryckte att hjärtträningen kändes meningsfull. Att ha någonting att göra, komma hemifrån, få känna sig nyttig och att det annars inte blev att de gjorde någonting.

*”man får komma igång och göra nånting för annars blir det bara att man blir stillasittande hemma..”(intervju 8)*

De beskrev det som att det gäller att ha engagemang om dagarna och att de inte visste om de skulle sakna hjärtträningen förrän perioden var över. Att det viktiga var att få känna sig nyttig varje dag, vilken aktivitet de än tog sig för.

*”vi får se när den här perioden är över om jag kommer sakna det kanske, men ja .. det gäller att ha nånting för sig”(intervju 6)*

De upplevde det som att de inte visste om den fysiska aktiviteten i grupp spelade någon roll utan att träningen var viktig vare sig den var i grupp eller ensam.

*”om man gör det i själv eller i grupp är skit detsamma, huvudsaken att du gör det, men tycker man det är jobbigt att träna ensam så får man görat tillsammans”(intervju 3)*

### 3.2.2 Känner ett behov

Patienterna upplevde att den fysiska aktiviteten i grupp var något de såg framemot och inget som kändes betungande.

*”jag vill komma hit varenda gång, jag har inte känt nån gång att jag inte skulle vilja åka hit, än så länge har det inte tagit emot i alla fall” (intervju 9)*

Patienterna upplevde det lättare att komma till träningen när det var en grupp, att det var roligt och att tiden gick fortare när de tränade tillsammans. Alla moment under träningen kändes lättare. De beskrev också att de skulle vilja ha fler tider och längre träningsperiod eftersom det kändes så bra.

Att träna i grupp upplevde patienterna som en fördel. En fördel på det sättet att de kände ett behov eller ett tvång att komma, vilket upplevdes positivt. Det var en grupp som väntade, en bestämd tid och plats och de fick en viss disciplin. De ville träffa sina gruppkamrater och inte missa en enda träning. De upplevde att hjärtträningen var viktig och att det var ett bra hjälpmedel för att komma igång och bli fysiskt aktiv.

*”jag tror inte man klarar det själv.. och hålla igång det.. utan det är just det här att man.. ja att man tvingas mer eller mindre” (intervju 1)*

En negativ upplevelse var att två dagar i veckan missade patienterna till exempel en annan träff, men att det gjorde de gärna eftersom vikten av att delta i hjärtträningen ansågs viktigare.

*”att man kommer sig iväg.., när man är i grupp fast man kanske inte är upplagd alla gånger” (intervju 7)*

Vissa beskrev det som att det blivit mycket stressigare de dagar det var träning med tanke på att det tog sin tid när de räknade in tiden det tog att ta sig till och från träningen, byta om och träna en timme. Men samtidigt upplevdes ett behov som gjorde att de ville komma på hjärtträningen. De flesta upplevde dock att det endast tog dem uppemot två timmar om dagen de dagar det var träning och att det inte upplevdes som något negativt.

Vidare beskrevs det som mycket positivt att komma på träningarna, av den anledningen att ingen i gruppen varit tvingad att berätta om sina upplevelser efter hjärtinfarkten för varandra. Att ha viljan att delta i hjärtträningen men samtidigt ha behovet att få vara ifred.

### **3.2.3 Organiserad träning**

Den organiserade hjärträningen upplevdes som positiv. Att träna organiserat, att träningen var varierad med konditionsträning på cykeln, muskelträning genom styrkeövningarna, avslappningen och stretchen. Att de fick prova på nya saker och att de fick upp ögonen för vad de tyckte var roligt.

*”när vi tränar i de här maskinerna som jag alltid trott att det bara är de här uppumpade som går i annars, så har man ju varit väldigt försiktig med sånt då, men när vi har fått testat på de så tycker jag att det är jätteroligt” (intervju 1)*

Helheten på träningen var tilltalande, även om det var vissa moment som upplevdes som mer givande och roligare än andra. Det fanns önskemål om förändring av träningen hos en del av deltagande patienter, en önskan om mer individanpassad träning men fortfarande under ledning av sjukgymnaster i grupp.

*”alltihopa har varit mycket bra.. att man tränar under ledning och att det är varierat, och även det här att man får gå i den här bassängen” (intervju 6)*

En fördel som uppskattades var att det fördes ett sorts protokoll över varje träning så att de kunde se sin utveckling.

Att ha och få möjlighet till träning var viktig. De flesta som intervjuades var pensionärer och hade möjlighet att planera sin tid men de som arbetade hade arbetsgivare som tillät dem att gå på hjärträningen två dagar i veckan. De intervjuade patienterna var tacksamma att de blivit erbjudna och haft möjligheten att delta i hjärträningsgruppen.

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Resultatet i föreliggande studie beskrev patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt. Två teman framkom; *välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll* samt *ökad motivation till en aktiv livsstil*. Under första temat fanns kategorierna *testar gränser under säkra förhållanden, utbyte mellan individer, psykisk och fysisk hälsa* samt *samhörighet i gruppen*. Under andra temat fanns kategorierna *meningsfull aktivitet, känner ett behov* och *organiserad träning*.

Patienterna beskrev att fysisk aktivitet i grupp varit en trygghet efter hjärtinfarkten. Att de fått se vad kroppen klarar av under kontrollerade former och att de vågade mer. De beskrev att de stärktes av att se andra i samma situation, av att utmana och peppa varandra, men att det även kunde upplevas som negativt om det blev konkurrens. De bytte erfarenheter, lärde känna nya människor, kände samhörighet och välbefinnande, framförallt ur ett psykiskt perspektiv. Sjukgymnasterna var professionella och bidrog till tryggheten. Vidare beskrev patienterna att den fysiska aktiviteten i grupp var ett hjälpmedel för dem att komma igång efter hjärtinfarkten, att de kände ett behov att komma. Det kändes meningsfullt för dem att komma iväg och göra något, annars var det lätt att inte komma sig för med någonting. Hjärtråningen beskrevs som organiserad, varierad och med möjlighet att prova nya saker.

## ***4.2 Resultatdiskussion***

### ***4.2.1 Välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll***

Patienterna upplevde välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll. En viktig faktor av att delta i hjrtrningsgrupp beskrevs i föreliggande studie som den sociala interaktionen mellan patienterna. Att vara fysiskt aktiv tillsammans med andra gav en känsla av samhörighet. Vikten av social interaktion vid fysisk rehabilitering efter hjrinfarkt finns beskrivet i flera tidigare studier. Det var också en viktig faktor för att fortsätta vara fysiskt aktiv efter ett hjärtrehabiliteringsprogram.<sup>17,31-32</sup>

Att träna tillsammans med andra i samma situation upplevdes som positivt av alla deltagande patienter i föreliggande studie. Det var stärkande att se andra vga träna och gjorde att de vågade själva. De utmanades av varandra genom att stötta, peppa och stimulera varandra. I en norsk kvalitativ studie beskrevs att känslan av samhörighet under rehabiliteringsfasen var viktig. Det var en trygghet att ses regelbundet på träningen, de såg efter varandra och hjälpte varandra. Det gav dem möjlighet att prata, utbyta erfarenheter och information<sup>17</sup>, vilket föreliggande studie också beskriver. Fysisk aktivitet i grupp gav patienterna lättillgänglig information och utbyte av erfarenheter, vilket kan förbättra välbefinnandet för de som deltar i hjrtrehabiliteringsgrupp.

I föreliggande studie beskrev också patienterna att det kunde upplevas som negativt om de jämförde sig i gruppen och en patient beskrev även hur denne blev för stimulerad av att se de andra vilket lett till för hög träningsbelastning och svimning. En tidigare studie

bekräftade detta. Att se en medpatient bli försämrad och eventuellt tvungen att lämna gruppen kunde försvaga hoppet hos övriga patienter.<sup>17</sup>

Patienterna i föreliggande studie beskrev att de upplevde ett psykiskt välbefinnande av att delta i fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt. De blev bland annat lättare i humöret, kände sig stimulerade och att träningen tog bort negativa tankar. Det är känt sedan länge att fysisk aktivitet har positiv effekt på nedstämdhet, vare sig det är i grupp eller individuellt.<sup>8,33</sup> Studier bekräftar dock flera positiva effekter av gruppträning på depression och oro.<sup>15-16,34</sup> Att delta i ett sex veckor långt hjärtrehabiliteringsprogram med fysisk aktivitet i grupp två gånger i veckan minskade oro och depressionsnivå. Detta bestod åtminstone i tolv månader.<sup>16</sup> Vidare beskrevs i en annan studie att träning i hjärtrehabiliterande syfte visade sig förbättra den psykosociala statusen och hjälpte patienterna att återgå till ett självständigt och aktivt liv.<sup>34</sup>

Att delta i fysisk aktivitet i grupp efter en hjärtinfarkt upplevdes av alla deltagande patienter i föreliggande studie ge ett ökat välbefinnande, främst psykiskt men även fysiskt. En studie beskrev en viktig faktor till att fortsätta vara fysisk aktiv efter en hjärtinfarkt och efter ett hjärträningsprogram var att det gav patienterna självförtroende till att vara fysiskt aktiva. De var inte rädda att bli andfådda eller känna ökad hjärtfrekvens. Patienternas egna upplevelser varför det var viktigt att träna var att det var hälsosamt, hjälpte till att behålla konditionsnivån och möjlighet att känna att de klarade av uppgiften och situationen. Men även tidigare träningserfarenhet var av vikt för att förstå vikten av fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt.<sup>23</sup> I en annan studie framkom det att delta i hjärträningsprogram även ledde till att de ökade sin träningsnivå på lång sikt.<sup>35</sup> En viktig faktor till att vara fysiskt aktiva efter en hjärtinfarkt var att ha tilltro till sig själv och att observera medpatienters framsteg och resultat.<sup>31</sup> En annan tidigare studie bekräftade att ökad självsäkerhet efter hjärtrehabilitering var en av de viktigaste effekterna för patienterna.<sup>36</sup> Patienternas upplevelser och erfarenheter i föreliggande studie beskrev samma sak.

#### ***4.2.2 Ökad motivation till en aktiv livsstil***

Patienterna i föreliggande studie upplevde att de fått ökad motivation till en aktiv livsstil genom de förutsättningar och möjligheter det gav av att de deltog i hjärtränningen. Patienterna beskrev att fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt var ett hjälpmedel för dem att komma igång, att det kändes meningsfullt, att de kände ett behov av att komma och att den organiserade hjärtränningen som helhet var bra. Studier stödjer att fysisk



aktivitet i grupp resulterade i ökad nivå av hälsorelaterad livskvalitet. Patienter som deltog i en hjärträningsgrupp hade en något högre nivå av hälsorelaterad livskvalitet jämfört med de som inte deltagit i hjärträning.<sup>16, 32, 34-35,37-39</sup> Dock var alla dessa studier kvantitativa där patienterna fick svara på livskvalitet genom olika frågeformulär, vilket författaren till föreliggande studie kan uppleva som ett trubbigare verktyg då patienterna inte kan beskriva sina upplevelser mer ingående.

En tidigare studie visade att patienter upplevde ett sämre välbefinnande efter hjärtinfarkt och att det var främst hos de som var stillasittande, var arbetslösa, inte hade tilltro till sig själv att komma igång fysiskt och inte hade socialt stöd. Studien visade också skillnaden mellan äldre och yngre hjärtinfarktpatienter. Hos de äldre var det fysiska välbefinnandet som var lägre och hos de yngre var det mentala välbefinnandet lägre.<sup>40</sup> Detta stödjer föreliggande studies resultat att patienterna upplevde välbefinnande och motivation av fysisk aktivitet i grupp. Att ha en meningsfull aktivitet, få känna sig nyttig, att känna ett behov av att delta i hjärträningen var viktigt. De som var pensionärer eller arbetslös i föreliggande studie upplevde att fysisk aktivitet i grupp gav dem en meningsfull aktivitet på dagarna och att det gav ett socialt utbyte.

Den organiserade hjärträningen upplevdes i föreliggande studie som helhet bra men det fanns önskemål om förändring hos vissa av de deltagande patienterna. Bland annat en önskan om mer individanpassad träning. De upplevde att vissa delar av träningen var mindre givande och att de då önskade få göra mer av vad de tyckte var nyttigt för just dem. De önskade att få göra mer individanpassad träning men att fortfarande vara en grupp och med professionella sjukgymnaster som ledde träningen. Det kan leda till ökad motivation hos patienterna om de får mer individanpassad träning men fortfarande i grupp på sjukhus. En stor studie jämförde hembaserad träning och sjukhusbaserad träning efter en hjärtinfarkt och det visade att hos de som tränade hemma var brist på motivation att träna ett stort problem.<sup>41</sup>

I föreliggande studie beskrevs även att hjärträningen bör vara möjlig för alla att delta i och då kan det handla om både geografiska svårigheter men även exempelvis önskemål om mer individanpassad träning, då vissa träningsmoment upplevdes mer givande än andra. Det beskrevs i en tidigare studie att bland annat individuella behov och hjärtrehabiliteringens lokalisering bör tas i beaktning för att få maximalt antal deltagare i hjärtrehabiliteringen. Orsakerna till att inte delta i hjärtrehabiliteringsprogram var många och väldigt individuella, exempel var andra hälsoproblem och mångkulturella svårigheter.<sup>41</sup>

### **4.2.3 Teoretisk anknytning till Health Belief Model**

Ur ett teoretiskt perspektiv fokuserade författaren studien utifrån ”the Health Belief Model”. Modellen kan appliceras till resultatet i föreliggande studie. Att individen försöker förändra sin livsstil, i det här fallet fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, beror på två faktorer enligt denna modell. Första faktorn är i vilken utsträckning personen upplever ett hot mot den egna hälsan och den andra är den upplevda kostnadseffektiviteten av hälsobeteendet.<sup>26-27</sup> Den första faktorn; att uppleva ett hot mot den egna hälsan var när patienten fick sin hjärtinfarkt. Den andra faktorn var att komma igång med fysisk träning, känna att den ger patienten något och att sedan få patienten att behålla det nya hälsobeteendet. I resultatet i föreliggande studie framkom två teman; välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll samt ökad motivation till en aktiv livsstil. Den upplevda kostnadseffektiviteten av hälsobeteendet påbörjades under gruppträningen efter hjärtinfarkten. Patienterna upplevde ett välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll samt att de motiverades till en aktiv livsstil. Att patienterna upplevde en ökad motivation kan ses som att patienten upplevde effekt av det nya hälsobeteendet. Det stödjer modellen Health Belief Model, men författaren ser att sambandet kan utvecklas. Förhoppningen är att de behåller motivationen efter hjärtträningens slut och fortsätter vara fysiskt aktiva.

### **4.3 Metoddiskussion**

Författaren till föreliggande studie valde att göra en kvalitativ intervjustudie. Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser och erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt. Vid kvalitativa studier bör studiens trovärdighet granskas utifrån studiens giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.<sup>28-29</sup> Deltagande patienter fick svara på semistrukturerade frågor inom ett valt område; fysisk aktivitet i grupp, där författaren ställde öppna frågor och patienterna kunde svara fritt. Författaren ansåg att det var den lämpligaste metoden eftersom syftet med studien var att patienter skulle beskriva sina upplevelser och erfarenheter inom ett visst område. Det stärkte studiens trovärdighet genom att öka giltigheten i studien.<sup>28-29</sup>

Urvalsmetoden har varit relevant för studien. Att använda sig av ändamålsurval genom att strategiskt välja ut deltagare för att få ett så varierat urval av patienter som möjligt stärker giltigheten och tillförlitligheten i studien. Ett varierat urval har varit berikande för studien, vilket också beskrivs i litteraturen.<sup>28-29</sup> Dock är författaren medveten om att

80 % av deltagarna i föreliggande studie var män och endast 20 % kvinnor, men då var också endast tio av sammanlagt 44 deltagare i mars kvinnor, vilket var 22,7%. Att så få kvinnor deltar i hjärträning efter hjärtinfarkt är en annan fråga.

Att det i hjärträningsgrupperna även deltog patienter som inte haft hjärtinfarkt, utan var hjärtopererade eller hade angina pectoris, kan vara en svaghet för studien och minska trovärdigheten, genom att överförbarheten minskar.<sup>28-29</sup> Författaren har inga siffror på hur många av de som deltog i hjärträningsgrupperna som hade hjärtinfarkt, var hjärtopererade eller hade angina pectoris mer än att hjärtinfarktpatienterna var i stor majoritet. Författaren valde att inte gå in på alla patienters diagnoser eftersom det inte bedömdes relevant för studien och inte heller etiskt försvarbart.

I undersökningsgruppen var de flesta 40-talister och pensionärer, men det var också den vanligaste åldersgruppen inom hjärträningen. Författaren fick dock med både den som var den äldsta respektive yngsta deltagaren i hjärtgymnastikgrupperna, vid den tidpunkten, vilket var en styrka för studiens giltighet och tillförlitlighet. Att intervjua tio patienter har lett till stort insamlat material vilket stärkt studiens trovärdighet.

Intervjuerna genomfördes inom en relativt kort period (februari-april 2014) vilket stärker studiens giltighet och tillförlitlighet. Om datainsamlingen sker under en lång tid finns risken att det uppstår inkonsekvens under datainsamlingen. Författaren använde sig av en frågeguide vid intervjuerna, vilket säkerställde att alla fick samma frågor. Det ökade studiens tillförlitlighet.<sup>28-29</sup>

En inklusionskriterie till studien var att patienten skulle deltagit minst tio gånger regelbundet i hjärträningen, vilket alla gjorde och hälften hade dessutom deltagit över tjugo gånger. Den undre gränsen på tio gånger var viktig för att då hade deltagarna hunnit bilda sig en uppfattning om hur de upplevde fysisk aktivitet i grupp. Det stärkte studiens trovärdighet. En viktig aspekt till studien var att hjärtgrupperna var i ständig förändring. Ingen grupp startar och slutar med samma gruppmedlemmar, utan det började och slutade patienter under hela tiden. Om det är en svaghet eller styrka för studiens trovärdighet upplever författaren svår att svara på. Det är upp till föreliggande studies läsare att värdera det. Överförbarheten till andra liknande grupper kan påverkas av detta.<sup>28-29</sup>

Insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys vilket var relevant för studiens syfte.<sup>29</sup> Författaren har under hela forskningsprocessen varit noga med sina ställningstaganden och har under analysprocessen haft stöd av handledare och

studiekamrater som deltog i grupphandledningsträffarna vilket stärkte studiens trovärdighet. Det diskuterades och reflekterades över meningsenheter, koder, kategorier och eventuella teman. Graneheim och Lundman beskriver att studiekamrater och handledare kan vara en god hjälp i analysprocessen genom att diskutera vad som var relevant i analysprocessen. Handledningsträffarna stärkte studiens giltighet och tillförlitlighet, genom diskussioner och handledning som lett till att resultatet lyfter fram det som var syftet med studien. Att använda sig av citat i resultatet ökar trovärdigheten i studien genom ökad tillförlitlighet.<sup>29</sup>

Författaren har tidigare arbetat med hjärtrehabilitering i grupp, vilket gjorde att det fanns en viss förförståelse inför studien. Författaren var väl medveten om sin trovärdighet som forskare, att förförståelsen kunde påverka författaren under datainsamling och dataanalys. Därför har författaren eftersträvat att ha ett aktivt och medvetet förhållande till sin förförståelse och att resultatet i föreliggande studie reflekterar deltagarnas perspektiv och inte författarens.<sup>28</sup> Författaren har arbetat objektivt och handledningstillfällena med handledare och studenter har varit ett bra hjälpmedel till att vara neutral i sin forskning.

Vad gäller överförbarheten i studien så kan inte författaren bedöma det utan det är upp till studiens läsare. Överförbarhet i studien handlar om i vilken utsträckning resultatet i studien kan överföras till andra grupper. Författaren i föreliggande studie har försökt beskriva urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalys på ett så noggrant vis som möjligt, vilket underlättar för läsaren att bedöma överförbarheten. Att deltagarna fått samma frågor är också viktigt, och intervjuguiden har varit ett bra hjälpmedel.<sup>28-29</sup>

#### ***4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning***

DSK har en viktig roll i folkhälsoarbetet och det ingår i distriktssköterskans kompetens och förmåga att stärka patienten till god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt.<sup>10</sup> Resultatet i föreliggande studie var att fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt bidrog till välbefinnande genom en känsla av trygghet och kontroll samt att patienterna fick ökad motivation till en aktiv livsstil. Författaren önskar att alla patienter som haft hjärtinfarkt får möjligheten och har viljan att delta i hjärtränning. Det passar inte alla men studien visar att de upplevelser och erfarenheter patienterna har av fysisk aktivitet i

grupp är positiva. Det har hjälpt dem efter hjärtinfarkten, bland annat genom att våga komma igång och prova nya saker de kanske aldrig hade provat annars.

Att ändra på sina osunda levnadsvanor, bland annat fysisk inaktivitet, efter en hjärtinfarkt är av vikt både ur individens perspektiv men även ur samhällets perspektiv.<sup>4,20,24,42</sup> Distriktssköterskan har ett viktigt uppdrag i preventionen efter en hjärtinfarkt eftersom DSK ska arbeta hälsofrämjande och lindra lidandet sjukdomen orsakar.<sup>10</sup> För att DSK ska kunna bemöta patienter med hjärtinfarkt och motivera till fysisk aktivitet och träning är det viktigt att DSK förstår patientens upplevelse av träning och hur träningen påverkar dem. Att vara fysiskt aktiv kostar inget men vinsten är desto större.

Fortsatt forskning behövs dock. Bland annat hur patienterna ska kunna behålla det nya hälsobeteendet efter rehabiliteringen. Tidigare studie visar att livsstilförändring efter avslutad sekundärprevention ofta är nedslående. Om hjärträningen inte kan ge stöd kommer många inte behålla sin nya aktiva levnadsvana.<sup>42</sup> Det behövs uppmuntran och stöd för att bemästra tidsavståndet mellan det personen gör till det ger positiva konsekvenser.<sup>41-42</sup>

Målet måste vara att personen inte alltid ska sköta sin motion i grupp under ledning utan denna måste skötas på egen hand, i vardagen, under eget ansvar. Patienten ska i praktiska situationer i vardagen kunna det. Att det implementeras i det vardagliga livet. Fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt ska vara en motiverande faktor till fortsatt fysisk aktivitet. Fortsatt forskning behövs för att se vad som händer med patienterna efter hjärträningens slut. Hur ska rehabiliteringen läggas upp för att uppnå tillräckliga och varaktiga beteendeförändringar hos hjärtinfarktpatienter? Även hur fler patienter får möjlighet och motivation till att delta i fysisk aktivitet i grupp efter hjärtinfarkt. Ska hjärträningen individanpassas ytterligare?

#### ***4.5 Slutsats***

Resultatet av föreliggande studie visar att patienters upplever att fysisk aktivitet i grupp överlag har positiva effekter för välbefinnandet genom en känsla av trygghet och kontroll samt att de fått ökad motivation till en aktiv livsstil. Att uppmuntra och förmå patienter som haft hjärtinfarkt att delta i fysisk aktivitet i grupp bör därför vara av stor vikt för både sjukvårdspersonal och patienterna själva.

## Referenslista

1. Ericson E, Ericson T. Medicinska sjukdomar. Studentlitteratur AB; Lund; 2012.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukdomar 2008/2011. Hämtad 2014-05-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjartsjukvard-2008-vetenskapligtunderlag-kranskarlssjukdom.pdf>
3. Socialstyrelsen. Hjärtinfarkter 1987-2011. Hämtad 2014-05-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18921/2012-12-21.pdf>
4. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsorapport 2009. Hämtad 2014-05-06 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12982/folkhalsorapport-2009.pdf>
5. Yusuf F, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases part 1: General considerations, the epidemiologic transition, riskfactors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-2753.
6. Swedeheart. Årsrapport 2012. Hämtad 2014-05-06 från <http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/arsrapporter>
7. Johnston M, Johnston DW, Foulkes J, Gudmundsdottir H, Poltard B. Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: a controlled trial. *Psychosom Med* 1999; 61: 225-232.
8. Ståhle A, FYSS, fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: Sandviken 2003. Finns även senare upplaga från 2008 att hämta: <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>
9. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for patients with cardiovascular heart disease: systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J of Med* 2004; 116: 682-692.
10. Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Hämtad 2014-05-06 från <http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id>
11. Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *J Adv Nurs* 2001; 34(6): 787-794.
12. Luszczynska A. An implementation intentions intervention, the use of planning strategy, and physical activity after myocardial infarction. *Soc Sci Med* 2006; 62: 900-908.

13. Uysal H, Özcan S. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International J of Nurs Practise* 2012; 18: 445-453.
14. Kazuhiro I, Yasuyuki H, Yamada S, Oka K, Omiya K, Iijima S. Improvement in physiological outcomes and health-related quality of life following cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction. *Circ J* 2004; 68: 315-320.
15. Söderman E, Lisspers J, Sundin Ö. Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. *J Rehabil Med* 2007; 39: 412-417.
16. Yohannes AM, Doherty P, Bundy C, Yalfani A. The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *J Clin Nurs* 2010; 19: 2806-2813.
17. Steen Isaksen A, Gjengedal E. Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction. *Scand J Caring Science* 2006; 20:403-411.
18. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspective. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 37-44.
19. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness; definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 1985; 100: 126-131.
20. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, Keltai M, Diaz R, Rangarajan S, Yusuf S; INTERHEART Investigators. Riskfactors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008; 29(7): 932-940.
21. World Health Organization. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. WHO; 2006.
22. European Society of Cardiology. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary*. *Eur J of Cardiovascular Prev Rehab* 2007; 14: 1-113.
23. Ståhle A, Lindqvist I, Mattsson E. Important factors for physical activity among elderly patients one year after an acute myocardial infarction. *Scand J Rehab Med* 2000; 32: 111-116.
24. Pluss CE, Billing E, Held C, Henriksson P, Kiessling A, Rydell MK, Wallen HN. Long-term effects of an expanded cardiac rehabilitation programme after

- myocardial infarction or coronary artery bypass surgery: a 5 year follow-up of a randomized controlled study. *Clin Rehab* 2011; 25: 79-87.
25. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2014-05-06 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
  26. Naidoo J, Wills J. *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Studentlitteratur AB; Lund; 2007.
  27. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health education quarterly*. 1984; 11(1): 1-47.
  28. Polit D, Beck CT. *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
  29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24: 105-12.
  30. Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB; 2012.
  31. Cheng TY, Boey KW. The effectiveness of a cardiac rehabilitation program on self-efficacy and exercise tolerance. *Clin Nurs Res*. 2002; 11:10-21.
  32. Benetti M, Araujo CL, Santos RZ. Cardiorespiratory fitness and quality of life at different exercise intensities after myocardial infarction. *Arg Bras Cardiol*. 2010; 95(3): 399-404.
  33. Hassmén P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being. A population study in Finland. *Prev Medicine*. 2000; 30: 17-25.
  34. Yoshida T, Yoshida K, Yamamoto C, Nagasaka M, Tadaura H, Meguro T, Sato T, Kohzuki MM. Effects of a two-week hospitalized phase II cardiac rehabilitation program on physical capacity, lipid profiles and psychological variables in patients with acute myocardial infarction. *Jpn Circ J*. 2001; 65(2): 87-93.
  35. Hage C, Mattsson E, Ståhle A. Long-term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three- to six year follow-up. *Physioter Res Int*. 2003; 8(1):13-22.
  36. Clark AM, Whelan HK, Barbour R, MacIntyre PD. A realist study of the mechanism of cardiac rehabilitation. *J Adv Nurs* 2005;52(4):362-371.



37. Izawa KP, Yamada S, Oka K, Watanabe S, Omiya K, Iijima S, Hirano Y, Kobayashi T, Sameijima H, Osada N. Long-term exercise maintenance, physical activity and health-related quality of life after cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2004; 83(12): 884-892.
38. Izawa KW, Watanabe S, Oka K, Hiraki K, Morio Y, Kasahara Y, Osada N, Omiya K, Iijima S. Age-related differences in physiologic and psychosocial outcomes after cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010; 89(1): 24-33.
39. Izawa K, Hirano Y, Yamada S, Oka K, Omiya K, Iijima S. Improvement in physiological outcomes and health-related quality of life following cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction. *Circ J.* 2004; 68(4): 315-320.
40. Hawkes AL, Patrao TA, Ware R, Atherton JJ, Taylor CB, Oldenburg BF. Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC Cardiovasc Disord.* 2013; 10: 13-69.
41. Jolly K, Taylor R, Lip GY, Greenfield S, Raftery J, Mant J, Lane D, Jones M, Lee KW, Stevens A. Clinical trials: The Birmingham Rehabilitation Uptake (BRUM): a randomised controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation. *Heart.* 2009; 95(1): 36-42.
42. Lisspers J, Hofman Bang C, Nordlander R, Ryden L, Sundin O, Ohman A, Nygren A. Multifactorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *Scand Cardiovasc J.* 1999; 33(1):9-1

