



Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Sjuksköterskeprogrammet  
OM8313 Fördjupningsarbete i omvårdnad  
15hp. Essay in Nursing Science, 15 ECTS credit points

## Varför är ohälsosamma beteenden så svåra att förändra?

- En litteraturstudie om livsstilsförändringar  
bland individer med ökad risk att utveckla hjärt-  
kärlsjukdom samt diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom.

Datum: 09 06 04  
Författare: Teres Fagerström  
Annelie Tavassoli

Handledare: Pia Petersson  
Examinator: Sören Augustinsson

# Varför är ohälsosamma beteenden så svåra att förändra?

**- En litteraturstudie om livsstilsförändringar bland individer med ökad risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom samt diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom.**

Författare: Teres Fagerström, Annelie Tavassoli

Handledare: Pia Petersson

Litteraturstudie/Empirisk studie

Datum: 2009-06-04

Sammanfattning

**Bakgrund:** Hjärt-kärlsjukdom är en av våra vanligaste folksjukdomar i Sverige och majoriteten av dessa kan, med hjälp av vården, förebyggas genom livsstilsförändringar. Trots en medvetenhet hos individen om att dennas vanor är ohälsosamma är förändringarna svåra att genomföra. **Syfte:** Syftet var att undersöka vilka omständigheter som försvårar livsstilsförändringar hos personer med, eller med ökad risk att utveckla, hjärt-kärlsjukdom. **Metod:** Studien gjordes som en allmän litteraturstudie för att sammanställa aktuell forskning inom området. Sökningar gjordes i databaserna cinahl, PubMed och PsycINFO och resulterade i 10 kvalitativa artiklar. **Resultat:** De fem huvudkategorierna i studien var: bristande information från vårdpersonal, fysiska och praktiska hinder, upplevda krav från omgivningen och deltagarna själva, bristande stöd från vårdpersonal och närstående, konflikt mellan förnuft och känsla. Hindrande faktorer för livsstilsförändringar visade sig vara information som inte var anpassad efter individernas levnadsförhållanden och förutsättningar, att individen kände bristande kontroll över den egna hälsan och sjukdomsutvecklingen samt att prioriteringen för livsstilsförändringar minskade när tiden gick och symtomen avklingade. **Diskussion:** Vid arbetet med livsstilsförändringar är det viktigt att vårdpersonal utgår från individen och gör denna delaktig i förändringsarbetet. Genom att erbjuda ett långsiktigt stöd där information kontinuerligt fylls på, förtydligas och upprepas samt att frågor kan besvaras kan förmågan att genomföra livsstilsförändringar öka.

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdom, livsstilsförändring, patientperspektiv, hindrande faktorer.

# Why are unhealthy behaviours so difficult to change?

## - A literature review of lifestyle changes among individuals with increased risk of developing cardiovascular disease, and diagnosed cardiovascular disease.

Author: Teres Fagerström, Annelie Tavassoli

Supervisor: Pia Petersson

Literature review/Empirical study

Date: 2009-06-04

Abstract

**Background:** Cardiovascular disease is one of the most common national diseases in Sweden and the majority of cases can be prevented by lifestyle changes. Despite the fact that patients frequently demonstrate a high degree of awareness with regards to the effect that negative lifestyle habits may have on their health it is often difficult to implement the required changes.

**Purpose:** The aim was to investigate the circumstances which make lifestyle changes difficult for individuals with cardiovascular disease and those at risk of developing cardiovascular disease. **Method:** The study was conducted with view to gathering and evaluating literature on research relating to the subject. Searches were made in the databases Cinahl, PubMed and PsycINFO and resulted in 10 qualitative articles. **Result:** The five main categories in this study were: lack of information from health professionals, physical and practical barriers, perceived demands from their social environment as well as demands participants have on themselves, lack of support from health professionals and conflict between reason and emotions. Hindering factors for lifestyle changes proved to be information that was not adjusted to participants' living conditions and circumstances, that individuals felt lack of control over their own health and disease development and lower prioritization of lifestyle changes as time went and the symptoms faded away. **Discussion:** When supporting lifestyle changes, it is important that health professionals in their treatment closely involve the individual and that the individual's personal needs are taken into consideration. The chance of successfully implementing preventive lifestyle changes greatly increases if information is updated, clarified, repeated and any questions arising are answered.

Keywords: Cardiovascular disease, lifestyle change, patient perspective, barriers.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>Urval</b> .....	<b>7</b>
Inklusionskriterier.....	7
Exklusionskriterier .....	7
<b>Datainsamling</b> .....	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
<b>Bristande information från vårdpersonal</b> .....	<b>8</b>
Otillräcklig information.....	8
Otydlig information.....	9
Icke individanpassad livsstilsrådgivning .....	10
<b>Fysiska och praktiska hinder</b> .....	<b>10</b>
<b>Upplevda krav från omgivningen och från deltagarna själva</b> .....	<b>11</b>
<b>Bristande stöd från vårdpersonal och närstående</b> .....	<b>12</b>
<b>Konflikt mellan förnuft och känsla</b> .....	<b>12</b>
Upplevelse av att inte ha hotad hälsa.....	13
Positiva effekter av negativa beteenden .....	14
Försämrad livskvalitet .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>16</b>
<b>Konklusion</b> .....	<b>20</b>
<b>REFERENSER</b>	
Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning (ersätt denna text)	
Bilaga 2 Artikelöversikt (ersätt denna text)	

## INLEDNING

Trots förebyggande program och information från vården är hjärt-kärlsjukdom en av våra vanligaste folksjukdomar och kan till 90 % förklaras av ohälsosam livsstil hos individen (Socialstyrelsen, 2008). Minst två tredjedelar av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas om samtliga individer i riskzonen för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom fullföljde sjukvården råd (Kahn, Robertson, Smith & Eddy, 2008; Socialstyrelsen, 2008). Trots riskmedvetenhet och motivation finner många individer det svårt att förändra ohälsosamma beteenden och vanor (Rollnick, Mason & Butler, 1999).

## BAKGRUND

Orsaker till hjärt-kärlsjukdom är hypertoni, hyperlipidemi och fetma som medför försämrad cirkulation och syrebrist som kan leda till skador på hjärta och kärl. Till hjärt- kärlsjukdomar hör bland annat hjärtinfarkt och kärlkramp. Orsakerna påverkas av olika omständigheter som hereditet, manligt kön, etnisk härkomst, livsstil och livsförhållanden (Socialstyrelsen, 2005).

Sjukdomsförloppet är smygande och medför ofta inga subjektiva symtom för den drabbade. Kliniska symtom som hypertoni, hyperlipidemi och hyperglykemi upptäcks främst genom blodtryckskontroll och blodprovstagning (Nilsson, 2008).

Behandlingen syftar till att senarelägga insjuknandet och förbättra individens livskvalitet (Orth-Gomér, 2008b). Enligt Läkemedelsverket (2006) riktas läkemedelsbehandlingen för kranskärlsjukdom mot blodtryckreglering och sänkning av kolesterol. Förutom medicinska åtgärder, som inte kommer att beskrivas närmare här, ligger fokus, enligt Läkemedelsverket (2006), på livsstilsförändringar.

Vid hjärt-kärlsjukdom behöver ofta förändringar gällande kost- och motionsvanor, minskat intag av alkohol, rökstopp och stresshantering genomföras (Socialstyrelsen, 2005). Dessa vanor har ofta pågått under längre tid och är en del av livsstilen. Desto längre ett beteende har pågått desto svårare är det att bryta (Burell & Lindahl, 2008). Beteenden och vanor är ofta förknippade med sociala

aktiviteter, ger en känsla av gemenskap och är en del av identiteten (Socialstyrelsen, 2005). Svårigheten med beteendeförändringar ligger ofta i att finna balans mellan hälsosamma vanor och ha bibehållen livskvalitet. På kort sikt kan förändrade levnadsvanor uppfattas ha en negativ inverkan på livskvaliteten, eftersom de ohälsosamma vanorna ofta upplevs positiva. På lång sikt är dock förhoppningen att individen ska uppleva en ökad livskvalitet på grund av de positiva hälsoeffekterna. Att förändra människors inställning till beteendeförändringar tar ofta lång tid och kräver ett långsiktigt arbete för såväl individen som vården (Orth-Gomér, 2008b).

För samhället innebär hjärt-kärlsjukdomar stora kostnader och undersökningar som gjorts i Skandinavien visar att det är lönsamt med preventiva sjukvårdsinsatser då de resulterar i minskade antal patientbesök samt kortare vårdtider (Kruse, Davidsen, Madsen, Gyrd-Hansen & Sörensen, 2008; Hagberg & Lindholm, 2006). Det finns mycket forskning kring hur hjärt-kärlsjukdom kan förebyggas och det finns vårdprogram och informationsmaterial som delas ut till patienter, utvecklade efter denna kunskap (Socialstyrelsen, 2008). Trots det är följsamheten låg, det vill säga hur väl individerna följer givna råd, bland hjärt-kärlsjuka personer och lite forskning har gjorts kring vilka metoder som är mest effektiva för att uppnå beteendeförändringar (Hagberg & Lindholm, 2006). Burell och Lindahl (2008) menar att livsstilsproblem inte kan informeras bort och att det idag finns en övertro kring informationsgivning. Det stöds av en svensk studie som visat att det räcker inte med att bara informera individen utan att det måste finnas en dialog mellan denna och behandlaren för att en beteendeförändring ska ske (Johansson, Bendtsen & Åkerlind, 2005).

Majoriteten av individerna i behov av livsstilsförändringar uppger sig vara medvetna om riskerna med deras levnadsvanor och trots att många av dem är motiverade upplever de att det finns hinder för att genomföra förändringar (Rollnick et al., 1999). Med detta som grund anser vi att mer kunskap om vilka faktorer som förhindrar livsstilsförändringar kan förbättra vårdens preventiva arbete och då uppnå minskad vårdkostnad och utveckling av hjärt-kärlsjukdomar, men framför allt ökad livskvalitet hos den drabbade individen.

## SYFTE

Syftet var att undersöka vilka omständigheter som försvårar livsstilsförändringar hos personer med, eller med ökad risk att utveckla, hjärt-kärlsjukdom.

## METOD

Studien utfördes som en allmän litteraturstudie för att beskriva den kunskap som finns idag kring det valda problemområdet.

### Urval

#### *Inklusionskriterier*

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 1999 och 2009, då vi ansåg att det var en rimlig tid i förhållande till syftet, peer-reviewed för att säkerställa trovärdigheten samt skrivna på engelska då det är det enda språk, förutom svenska, som författarna behärskar. Både studier med deltagare i risk för att utveckla eller redan diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom inkluderades då behandlingen omfattar livsstilsförändringar för båda grupperna (Burell & Lindahl, 2008).

#### *Exklusionskriterier*

Kvantitativa studier exkluderades eftersom vi inte ansåg oss ha tillräckliga kunskaper om hur kvantitativ data skall tolkas. Studier som var gjorda på någon enskild etnisk grupp eller barn exkluderades.

### Datainsamling

Provsökningar utfördes för att få fram relevanta sökord i förhållande till studiens syfte. Sökorden varierade något eftersom de olika databaserna använde sig av olika termer för ord med samma betydelse. På PubMed söktes efter MESHtermer via Karolinska Institutets hemsida, på Cinahl söktes ord via headings och på PsycINFO användes thesaurus. De slutgiltiga sökorden vi använde var lifestyle, lifestyle change, readiness, cardio, qualitative, motivation, cardiovascular, incentives och prevention. De söktes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO i olika kombinationer och med booleska operatörer, AND och OR, för att precisera sökningen (Bilaga 1).

Som första steg valdes artiklar där titeln svarade mot syftet. Som andra steg lästes abstraktet och studiens syfte för att ta reda på vilka som svarade mot vårt syfte. I tredje steget lästes resultatet igenom för att se till vilken grad de svarade mot syftet.

## Dataanalys

Artiklarna lästes grundligt igenom flera gånger av båda författarna var och en för sig. Författarna träffades sedan och läste igenom och diskuterade artiklarnas resultat. Utifrån syftet söktes förhindrande omständigheter för livsstilsförändringar och dessa skrevs ned på post-it lappar. Förhindrande omständigheter med liknande betydelser för livsstilsförändringar sammanfördes och passande kategorier skapades. Till slut enades vi om fem kategorier med tillhörande underkategorier.

## RESULTAT

### Bristande information från vårdpersonal

Mängden information och informationens innehåll kunde ha negativ inverkan på deltagarnas förmåga att genomföra livsstilsförändringar (Kehler, Christensen, Lauritzen, Christensen, Edwards & Bech Risør, 2008). För mycket information gjorde att de inte kunde ta in allt på en gång eller komma ihåg allt som de informerats om (Gregory, Bostock & Backett-Milburn, 2006). För lite information kunde medföra att de kände sig osäkra på hur långt de var gångna i sjukdomsutvecklingen (Kehler et al., 2008) samt hur de i praktiken skulle genomföra livsstilsförändringar (Boutin-Foster, 2005; Condon & McCarthy, 2005).

*I don't really know how much information I need. Too much information could make me confused, too little information could make me unaware that I am at risk. I feel that my doctor's information is important, but it makes me unsure what to do.*  
(Kehler et al., s. 6)

### Otillräcklig information

När deltagarna inte fick information om varför ett visst beteende var ohälsosamt försvårade det livsstilsförändringar (Bergman & Berterö, 2001). Otillräcklig



information kring vad som kunde utlösa en ny hjärtinfarkt (Gregory et al., 2006; Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005) och sambandet mellan arbete, vila och rekreation ledde till att deltagarna med diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom var rädda för att återgå till det normala livet igen (Bergman & Berterö, 2001).

### *Otydlig information*

Information som innehöll statistiska siffror och medicinskt fackspråk var svårtolkat och ledde till, menade vissa deltagare, att de inte kunde ge ett gensvar och bli delaktiga i en dialog (Kehler et al).

*...I just need ordinary words, numbers and visual information to feel informed. (Kehler et al., s.6 )*

Otydlig information kunde uppfattas som motsägelsefull, verka förvirrande samt vara ett hinder för att kunna genomföra långsiktiga livsstilsförändringar bland deltagare som genomgått en hjärtinfarkt (Bergman & Berterö, 2001; Gregory et al). Exempelvis uppfattade en del att de blivit informerade om att genomföra livsstilsförändringar och samtidigt återgå till det normala livet igen (Gregory et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

*You do get contradictory advice. On the one hand you are told that you shouldn't be putting too much strain. Then,...I wanted to go and do some work, like manual work in a timber yard, not a problem, he (GP) said. Just carry on as normal. That was a bit confusing. Mixed messages. (Gregory et al., s. 222)*

En del deltagare uppfattade att vårdpersonalen lovat dem full återhämtning vilket ledde till en känsla av misslyckande och att de gav upp när det inte uppnåddes. Otydlig information kunde resultera i att vissa deltagare tolkade ”att återgå till det normala” som att livsstilsförändringarna var kortsiktiga, skulle avta efter hand och att livet skulle levas som innan hjärtinfarkten (Wiles & Kinmonth, 2001). Tron om att slutligen kunna återgå till det normala fick en negativ effekt i

livsstilsförändringsarbetet då det hindrade deltagarna från att reorientera sig i livet och skapa nya vanor (Bergman & Berterö, 2001; Condon & McCarthy, 2005).

### *Icke individanpassad livsstilsrådgivning*

När vårdpersonal utgick från generell information kring livsstilsfrågor i rehabiliteringsprogrammen, och inte från individens livssituation och förutsättningar, efterföljdes inte råden. Deltagarna anpassade istället beteendeförändringarna så att de passade in i deras dagliga liv. Exempelvis infördes alternativa motionsprogram där deltagarna aktiverade sig med trädgårds- eller hushållsarbete (Jones, Jolly, Raftery, Lip & Greenfield, 2007).

### Fysiska och praktiska hinder

Även om viljan fanns hos deltagarna kunde det finnas fysiska och praktiska hinder som försvårade livsstilsförändringar (Jones et al., 2007; Kehler et al; Kärner et al., 2005).

En del deltagare led av sjukdomar som exempelvis emfysem och artrit (Jones et al) eller hälsoproblem som rygg- eller knäsmärta vilket begränsade deras fysiska kapacitet och deras möjligheter att följa givna motionsråd (Kehler et al; Kärner et al).

Praktiska hinder som att inte ha tillgång till bil, att allmänna transportförbindelser var bristfälliga eller att det var brist på parkeringsplatser försvårade för deltagarna att ta sig till rådgivningsmöten, hälsokontroller och rehabiliteringsprogram.

*...to get to the hospital, we had to get on to two buses, and the one bus route, you could be out there in the rain for an hour, waiting, I didn't fancy doing that...I definitely didn't want to go to the hospital and do it. Because as I say not having a car...And winter was coming on. (Jones et al., s. 353)*

Inbokade tider som inte passade deltagarna var ett praktiskt problem för dem som exempelvis hade ett arbete som var svårt att komma ifrån, var beroende av andras hjälp för transport eller inte ville gå ut på kvällen (Jones et al).

## Upplevda krav från omgivningen och från deltagarna själva

Kraven som deltagarna upplevde kom från arbetsgivare, närstående och dem själva. Det var tidskrävande att uppfylla alla krav vilket ledde till svårigheter att prioritera den egna hälsan (Bergman & Berterö, 2001; Kehler et al; Jones et al; Kärner et al).

Egna och andras krav kunde vara att stötta och uppmuntra make, barn, föräldrar, vänner och arbetskamrater i olika situationer i livet. Prestationskrav på arbetet ledde till ett fullt schema som innebar att de skulle uträtta mer på kortare tid och kunna arbeta hemifrån (Bergman & Berterö, 2001). Alla krav ledde till tidsbrist samt stress och att livet blev inrutat av alla måsten. Det skapade motstridiga känslor kring vad de skulle prioritera och ofta fick den egna hälsan låg prioritet (Bergman & Berterö, 2001; Kehler et al).

Tidsbristen var ett hinder eftersom den resulterade i stress som försvårade för deltagarna att ändra ohälsosamma vanor eller att de föll tillbaka i gamla vanor, då dessa medförde stresslindring. Exempelvis uppgav en kvinna i en av studierna att hon i pressade situationer kunde frossa i ohälsosam mat för att få utlopp för stressen (Bergman & Berterö, 2001; Bach Nielsen, Dyhr, Lauritzen & Malterud, 2005; Gregory et al; Kärner et al).

*Physically, I became increasingly inactive because of stress, work demands... then concerns about my health increased and so did my weight. Then it was just more difficult for me to be physically active and I became more stressed and more passive about prevention- it became a vicious circle. I experienced being so stressed in periods that I did not listen to the signals from my body and lost my will. Suddenly, I was resistant to lifestyle changes.*  
(Kehler et al., s. 6)

När livsstilsförändringarna uppfattades som krav från omgivningen och inte som ett eget val, verkade det som ett hinder och en känsla av att vilja revoltera mot kraven uppkom hos en del. I en av studierna berättade en man med diagnostiserad hjärt- kärlsjukdom att han upplevde stora krav från familjen att anpassa sitt liv

efter sjukdomen. Det ledde till att han gjorde saker som var fysiskt ansträngande över hans förmåga (Bergman & Berterö, 2001; Cable, Meland, Sjøberg & Slagsvold, 1999).

### **Bristande stöd från vårdpersonal och närstående**

När det yttre stödet från vården och närstående var otillräckligt försvårades livsstilsförändringar. Stödet verkade som en buffert när den egna energin minskade (Bergman & Berterö, 2001).

Bristande stöd från vårdpersonal i form av uppföljning kunde leda till osäkerhet och ilska jämnt emot vårdpersonal och rehabiliteringsprojekt de deltog i (Bach Nielsen et al., 2005). När vårdpersonal inte stöttade deltagare, vars försök till förändring inte hade visat sig vara framgångsrika eller när de fått negativa svar från hälsoundersökningar, försvårades upprätthållandet av förändringarna (Bach Nielsen et al; Kärner et al).

Brist på stöd från närstående gällande support och hängivenhet samt aktivt deltagande i hälsofrämjande aktiviteter ledde ofta till konflikt mellan deltagarnas och de närståendes prioriteringar (Kärner et al).

*I don't think I reached my wife. She still serves me fatty dishes even though I shouldn't have them. She doesn't believe in that diet, today either. (Cable et al., 1999, s. 208)*

### **Konflikt mellan förnuft och känsla**

I samtliga artiklar belystes att deltagarna var medvetna om att det fanns brister i deras levnadsvanor. Trots detta fann de inte viljan att förändra sina ohälsosamma beteenden (Bach Nielsen et al; Bergman & Berterö, 2001; Boutin-Foster, 2005; Cable et al; Condon & McCarthy, 2005; Gregory et al; Jones et al; Kehler et al, Kärner et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

*You feel stupid, when you consult the doctor and he confirms what you already know and think, and, even so, you are unable to act, because you are filled with conflicting feelings about lifestyle changes. The feelings disturb the thoughts. I know what it is all*

*about – it is just so difficult to get my act together. Actually, to know about risk, health and lifestyle habits is very different from being able to consider ... and to consider risk is not always the same as being able to act preventively. (Kehler et al., s. 4)*

### ***Upplevelse av att inte ha hotad hälsa***

När andra människor i omgivningen också var i riskzonen för att utveckla hjärt-kärlsjukdom verkade det hindrande för beteendeförändringar eftersom hotet då föreföll vara mindre (Bach Nielsen et al). Hotet föreföll även vara mindre när människor i omgivningen inte drabbats av hjärt-kärlsjukdom trots att de levde ohälsosamt och tvärt om, när personer som levde ett hälsosamt liv och trots det drabbats av sjukdom, sänktes motivationen för livsstilsförändringar eftersom det saknades garanti för en positiv effekt av det långsiktiga förändringsarbetet (Wiles & Kinmonth, 2001; Bach Nielsen et al).

*They say big people get heart attacks and thin people don't. Well, J. was thin as a rake and a fast walker, he went to B & Q on a Saturday night- ...and he just dropped dead... (Wiles & Kinmonth, 2001, s. 165)*

Vetskapen om att hereditet för hjärt-kärlsjukdom fanns i släkten medförde att vissa kände att sjukdomsutvecklingen låg utanför deras kontroll och de gjorde därför inga större ansträngningar till beteendeförändringar (Bergman & Berterö, 2001).

En del trodde att hjärt-kärlsjukdom skulle drabba dem senare i livet och de tänkte därför att de kunde skjuta upp livsstilsförändringarna (Condon & McCarthy, 2005). Uppfattningen om att ha hotad hälsa hade ofta samband med deras förförståelse att sjukdomen innebar subjektiva symtom som exempelvis bröstsmärta. Då deltagarna inte kände några symtom på sjukdom upplevde de sig inte vara i riskzonen, vilket också var en anledning till att de sköt upp livsstilsförändringarna (Condon & McCarthy, 2005; Kehler et al; Kärner et al).

*What surprises me is that I did not get some small warning or something like that am aah like a slight pain in my chest two, three or five years ago which would have made me change... (Condon & McCarthy, 2005, s. 39)*

För deltagare som genomgått en hjärtinfarkt var tiden en negativ faktor ur motivationssynpunkt då. Allteftersom tiden gick efter infarkten och symtomen minskade ansågs hotet vara mindre. Särskilt de som efter en viss tid ansåg sig vara fullt återhämtade menade att livsstilsförändringar var av mindre betydelse (Jones et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

*I'm over it now, back to normal. I'm afraid I've slipped back to my old ways with my diet it's hard to keep going once you're over it. (Wiles & Kinmonth, 2001, s. 165)*

### ***Positiva effekter av negativa beteenden***

Många upplevde ambivalens mellan de råd de fått angående livsstilsförändringar och deras vilja att tillfredställa behov. De positiva effekterna från deras ohälsosamma beteende försvårade förändringsarbetet. Det rådde konflikt mellan att tillfredställa kortsiktiga behov, som exempelvis att ta en cigarett, och vetskapen om fördelarna med långsiktiga förändringar (Cable et al; Kärner et al).

### ***Försämrad livskvalitet***

Deltagarna menade att livsstilsförändringar som försämrade deras livskvalitet var svåra att genomföra. Det fanns en gräns för hur stora förändringar de kunde göra och en del menade att gränsen gick vid dem som radikalt förändrade deras liv som att exempelvis inte kunna upprätthålla sina sociala aktiviteter (Bach Nielsen et al).

*...my life was better when I smoked, took five minutes off to sit and relax. ... I couldn't sit still (when I gave up smoking), I couldn't relax enough to drink a cup of coffee with my wife. I've really thought about this a lot; we only live once, I've almost made up my mind that I'm going to take a gamble and smoke rather than torment myself...(Bach Nielsen et al., s. 236)*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Resultatet är sammanställt från 10 artiklar med kvalitativ ansats och samtliga resultat bygger på intervjuer med deltagarna. Sammanlagt omfattar det sammanställda resultatet intervjuer med 371 personer varav 112 kvinnor och 259 män.

Vi valde tre databaser, varav alla var omvårdnadsinriktade. Vi hittade i stor utsträckning samma artiklar i de tre databaserna, vilket är en styrka i våra sökningar.

Vi valde att endast använda oss av cardiovascular som sökord för hjärt-kärlsjukdom även om det finns andra alternativ för att vara konsekventa. Databaserna hade olika begränsningsmöjligheter och därför är begränsningarna inte lika i alla sökningarna. När inga språkbegränsningar användes hittades dock inga artiklar på andra språk än engelska. Sökningar som gjordes med samma sökord och begränsningar resulterade i olika antal träffar vilket gör oss osäkra på om vi har missat någon artikel. Vi använde oss inte av några geografiska begränsningar men studier exkluderades som var gjorda på en viss etnisk grupp då vi ansåg att dessa resultat inte var överförbara till en större grupp.

Feltolkningar kan ha gjorts av det engelska språket. Vi använde oss av lexikon för de ord som vi inte förstod och texten lästes flera gånger för att få en riktig bild av resultatet som möjligt. Detta gjordes först enskilt och sedan diskuterade vi det tillsammans för att minska risken att feltolkningar gjordes. Citat har använts i resultatdelen för att styrka resultatet. Tolkningar av citat som innehåller talspråk kan missuppfattas eftersom engelska inte är vårt modersmål och därför har de inte översatts till svenska.

De flesta studierna har använt sig av strategiskt urval för att få deltagare med olika socioekonomisk bakgrund, för att även svaga grupper ska inkluderas, samt kön och ålder. Det medförde att vårt resultat bygger på en bred grupp av människor gällande dessa faktorer. Deltagarnas ålder skilde sig från 33 till 80 år. Vi tror att

hindrande faktorer skiljer sig åt i olika åldrar. Antagligen finns det fler praktiska och fysiska hinder för dem som är äldre än dem som är yngre. Genom att välja artiklar med begränsning till en viss åldersgrupp kunde resultatet ha blivit mer enhetligt.

## Resultatdiskussion

Vår studies resultat visade att förhindrande omständigheter för att genomföra livsstilsförändringar var när information inte anpassades efter individens levnadsförhållanden och förutsättningar utan var generella rekommendationer (Jones et al). I alla våra studier påvisades en medvetenhet hos individerna om deras ohälsosamma beteende men att de trots det inte var motiverade att ändra sitt beteende (Bach Nielsen et al; Bergman & Berterö, 2001; Boutin-Foster, 2005; Cable et al; Condon & McCarthy, 2005; Gregory et al; Jones et al; Kehler et al, Kärner et al; Wiles & Kinmonth, 2001). Vidare visade vårt resultat att för dem som drabbats av hjärtinfarkt hade tiden och avsaknad av subjektiva symtom en negativ inverkan på det långsiktiga förändringsarbetet (Jones et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

Vårt resultat visade att rådgivning som inte är individanpassad försvårar för individen att förändra livsstilen. Efter att deltagarna i våra studier fått råd kring livsstilsförändringar, som exempelvis motionsvanor, anpassade de råden så att de passade in i deras vanor och rutiner. Det ledde till att inga större förändringar skedde och att de föll tillbaka i gamla vanor (Jones et al).

Det är ett problem att det saknas individanpassade rehabiliterings- och rådgivningsprogram inom vården. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* (2008) ges rekommendationer till vården för hur hjärt- och kärlpatienter ska behandlas. I de nationella riktlinjerna står det att vårdpersonal ska ge rådgivning angående livsstilsförändringar men inget om hur dessa ska genomföras i praktiken. Då vårdpersonal inte får konkreta förslag på hur de ska hjälpa patienterna att genomföra livsstilsförändringar, antar vi, att de istället koncentrerar sig på konkreta mätvärden. Vår uppfattning är att oftast dokumenteras främst kliniska mätvärden som blodtryck, blodfetter, läkemedelsbiverkningar och given information. Det kan leda till att individens



upplevelser och åsikter missas. Det, tror vi, kan bero på att det är lättare att ge generell information än att se till individens förutsättningar och göra denna delaktig i förändringsprocessen. Wright, Wiles och Moher (2001) visade i sin studie att individerna kände missnöje med vårdens behandlingsmetoder då de inte känt att de lärt sig något nytt och vi tror därför att många tappar engagemang och uteblir från återbesök. Enligt Jallinoja, Abserictz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja (2007) krävs mer utbildning och kunskap till vårdpersonalen om hur de ska kunna hjälpa patienterna att själva ta makten över problemet och genomföra beteendeförändringar.

För att kunna tillhandahålla bättre vård bör vårdpersonalen ta hänsyn och anpassa rådgivningen kring livsstil utifrån individens hemförhållanden, vanor och rutiner samt dennes förutsättningar. Studier har visat att om en dialog skapas mellan vårdaren och individen där såväl sjukdom som levnadsförhållanden diskuteras, kan frågor och bekymmer lyftas så att de gemensamt kan komma fram till vad som hindrar en beteendeförändring (Burell & Lindahl, 2008; Lisspers, Sundin, Öhman, Hofman-Bang, Rydén, & Nygren, 2005; McKee, Bannon, Kerins & FitzGerald, 2007; Pâquet, Bolduc, Xhignesse & Vanasse, 2005). Pâquet et al (2005) visar i sin studie att det finns ett behov av att få hjälp med att lösa problemen att detta ofta missas av vårdpersonal. Genom att visa empati och att göra individen delaktig kan den egna förmågan att göra aktiva val i det dagliga livet stärkas (Burell & Lindahl, 2008).

För att kunna göra individen delaktig och diskutera levnadsförhållanden och vanor krävs mer tid vid rådgivningstillfällena än vad vården idag kan erbjuda. En anledning kan vara att vårdgivarna har pressade scheman och inte hinner med att ta upp alla frågor individen har (Jallinoja et al., 2007; Wright et al., 2001). Individanpassad rådgivning skulle innebära fler och längre besökstider vilket skulle vara kostsamt. På lång sikt skulle däremot de positiva effekterna kunna innebära lägre kostnader i förhållande till de negativa effekterna av ökad sjuklighet (Socialstyrelsen, 2008).

Medvetenhet hos individen innebär inte alltid förändring. Resultatet visade att de flesta var medvetna om sina ohälsosamma vanor eller att de hade hereditet för

sjukdomen, de visste också att det ökade risken för hjärt-kärlsjukdom men kunde trots detta inte genomföra förändringar (Bach Nielsen et al; Bergman & Berterö, 2001; Boutin-Foster, 2005; Cable et al; Condon & McCarthy, 2005; Gregory et al; Jones et al; Kehler et al, Kärner et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

Bergman och Berterö (2001) visade att en del av dem som var medvetna om att de hade risk för att utveckla eller hade hereditet för hjärt-kärlsjukdom kände brist på motivation då de inte ansåg sig ha kontroll över sjukdomsutvecklingen. En anledning var att de trodde att slumpen och ödet var avgörande och att de själva inte hade makt att påverka sin hälsa. Andersson (2002) menar att de individer som upplever en låg kontroll över den egna hälsan, och som tror att slumpen har en viktig roll, har ofta ett mer ohälsosamt beteende än de som har tilltro till den egna förmågan att påverka hälsan. Eftersom tron på den egna förmågan spelar en viktig roll för beteendet (Andersson, 2002) menar vi att sjukvårdspersonal skulle kunna främja livsstilsförändringar genom att stärka denna. Därför är inte alltid teoretisk kunskap från vårdpersonal om hur livsstilsförändringarna ska genomföras alltid tillräcklig för att åstadkomma beteendeförändring (Burell & Lindahl, 2008).

Burell och Lindahl (2008) menar att olika individer har olika förutsättningar för att genomföra beteendeförändringar eftersom de kommer från olika sociala bakgrunder, har olika utbildning och yrkesstatus. För att uppnå en förändring måste dessa omständigheter och faktorer i individens liv tas hänsyn till. Det, tror vi, medför svårigheter för vårdpersonal i arbetet med livsstilsförändringar då den kulturella och sociala miljön har stor inverkan på individens val av livsstil. Det är viktigt att individen får insikt i reaktioner, beteenden, känslor och tankemönster som påverkar deras vardag och inte bara information om varför ett beteende är ohälsosamt (Orth-Gomér, 2008b). Svårigheten i att ändra ett invariant beteende ligger delvis i den sociala gemenskap som det medför. Exempelvis ligger problemet många gånger för rökare i att många i deras omgivning röker, vilket kan skapa en känsla av utanförskap vid rökstopp (Socialstyrelsen, 2005). Negativ påverkan på den sociala gemenskapen kan vara en hindrande faktor för att genomföra livsstilsförändringar då för- och nackdelar med att handla på ett givet sätt ständigt vägs mot varandra (Andersson, 2002). Vi menar att vårdpersonal kan förbättra individens förutsättningar att kunna motstå ohälsosamma beteenden,

orsakade av behovet av social gemenskap, genom att stötta och stärka individens tilltro till den egna förmågan.

Tiden och avklingande symtom var en negativ faktor för livsstilsförändringar. När tiden gick sjönk medvetenheten kring problemet och fick därmed lägre prioritet för individen. För dem som drabbats av hjärtinfarkt avklingade symtomen efter hand och det gjorde att hotet upplevdes som mindre och därmed minskade viljan att genomföra livsstilsförändringar (Jones et al; Wiles & Kinmonth, 2001).

Vårt resultat visade att livsstilsrådgivning och information som gavs efter hjärtinfarkt tolkades som kortsiktig av en del individer (Wiles & Kinmonth, 2001). Det kan bero på att de inte var emotionellt mottagliga för att ta in all information på en gång (Burell & Lindahl, 2008). Information måste kontinuerligt fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp av vårdpersonal efter utskrivning från sjukhuset. Genom att följa upp och anpassa informationen efter hur långt individen har kommit i arbetet med livsstilsförändringar kan bättre följsamhet uppnås (Socialstyrelsen, 2008).

Vårt resultat visade att när individen återgick till det normala och symtomen avklingade krävdes ytterligare arbete och stöd med bibehållandet av livsstilsförändringarna då de ska vara långsiktiga (Bergman & Berterö, 2001; Gregory et al; Kärner et al; Wiles & Kinmonth, 2000). Om vårdpersonal försäkras sig om att individen får kunskap om att risken att drabbas av en ny infarkt kvarstår trots att symtomen avklingat, tror vi, att följsamheten för livsstilsförändringar kan öka.

Det är efter utskrivning från sjukhus som det långsiktiga och ofta svåra arbetet börjar då individen ska återgå till sin vardag och införa nya vanor och rutiner (Condon & McCarthy, 2005). Det har visat sig att det är här individerna uttrycker ett behov av stöttning och hjälp från både det sociala nätverket (Kärner et al) och vårdpersonal (Bach Nielsen et al). Det är viktigt att det finns långsiktigt stöd som exempelvis någon att ringa om frågor skulle uppstå (Gregory et al; Piotrowicz & Wolszakiewicz, 2008). Kunskap om hur de ska leva och tillämpa nya motionsvanor samt vilka symtom som ska föranleda oro ger en känsla av trygghet

vilket kan underlätta långsiktiga livsstilsförändringar (Gregory et al; Pâquet et al., 2005; Piotrowicz & Wolszakiewicz, 2008).

## Konklusion

En stor andel av dem som drabbas av hjärt-kärlsjukdom hade kunnat undvika sjukdom om de levt ett hälsosammare liv (Orth-Gomér, 2008a). Det kan låta enkelt men livsstilsförändringar är ett problem där många omständigheter spelar in när det gäller om en individ vill och lyckas ändra ett beteende eller inte (Socialstyrelsen, 2005; Burell & Lindahl, 2008). Det är ett problem att det inte finns några garantier för att en förändrad livsstil medför att en individ inte kommer att drabbas av hjärt-kärlsjukdom. Hjärt-kärlsjukdom är ett komplext problem där många riskfaktorer spelar in och att leva ohälsosamt är bara en av dessa. Det är viktigt att komma ihåg att hjärt-kärlsjukdom påverkas av såväl hereditet, beteenden och miljön (Orth-Gomér, 2008a). Vårt resultat visade att det var viktigt att vårdpersonal gav individuell rådgivning och gjorde individen delaktig i arbetet med livsstilsförändringar (Jones et al). Vi antar därför att de som arbetar med preventiv sjukvård hade haft nytta av ökade kunskaper i hälso- och beteendepsykologi och motiverande samtal (Andersson, 2002; Orth-Gomér, 2008b).

Samtidigt anser vi att det inte går att lägga allt ansvar på sjukvårdpersonalen. Ansvar måste även läggas på dem som styr och som har makt att förändra vårdens struktur och prioriteringar. Det är ett problem idag att politiker oftast har kortsiktiga mål och att dessa ska innebära positiva ekonomiska följder. Eftersom preventivt arbete inom sjukvården kräver långsiktiga mål och de ekonomiska vinsterna oftast inte kommer förrän efter lång tid är det svårt att motivera politiker att satsa på denna typ av verksamhet.

Vi anser att det behövs fortsatt forskning kring hur den psykosociala miljön och individens egenskaper påverkar dennas förmåga att genomföra livsstilsförändringar. Dessutom hade det behövts långsiktiga studier som undersöker effekten av individanpassad informationsgivning eftersom det är mer kostnadskrävande.

## REFERENSER

Artiklar markerade med \* återfinns i resultatet.

Andersson, S. I. (2002). Hälsopsykologi: en introduktion. Lund: Sanitas.

\*Bach Nielsen, D.-K., Dyhr, L., Lauritzen, T & Malterud, K. (2005). Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 233-238.

\*Bergman, E. & Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 733-741.

\*Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung*, 34, 22-29.

Burell, G. & Lindahl, B. (2008). Att påverka individer: om förnuft, känsla och motivation i människors val av livsstil. I K. Orth-Gomér & A. Perski (Red.), *Preventiv medicin: teori och praktik* (2:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

\*Cable, A. T., Meland, E., Sjøberg, T. & Slagsvold, S. (1999). Lessons from the Oslo study diet and anti-smoking trial: a qualitative study of long-term behavior change. *Scandinavian Journal of Public health*, 27, 206-212.

\*Condon, C. & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44.

\*Gregory, S., Bostock, Y. & Backett-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23, 220-225.

Hagberg, L.A. & Lindholm, L. (2006). Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 641-653.

Jallinoja, P., Abserictz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.

Johansson, K., Bendtsen, P. & Åkerlind, I. (2005). Health Services Research Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GP:s in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, 15(6), 615-620.

\*Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, YH. G. & Greenfield, S. (2007). DNA may not mean 'did not participate': a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice Advance*, 24, 343-354.

Kahn, R., Robertson, R-M., Smith, R. & Eddy, D. (2008). The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Journal of the American Heart Association*, 118, 576-585.

\*Kehler, D., Christensen, B., Lauritzen, T., Christensen, B.M., Edwards, A. & Bech Risør, M. (2008). Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 9, (50), 1-10.

Kruse, M., Davidsen, M., Madsen, M., Gyrd-Hansen, D. & Sørensen, J. (2008). Costs of heart disease and risk behaviour: Implications for expenditure on prevention. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 850-856.

\*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.

Lisspers, J., Sundin, Ö., Öhman, A., Hofman-Bang, C., Rydén, L. & Nygren, Å. (2005). Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24, (1), 41-48.

Läkemedelsverket. (2006). Förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom: behandlingsrekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket.

McKee, G., Bannon, J., Kerins, M. & FitzGerald, G. (2007). Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, (3), 233-240.

Nilsson, P, M. (2008). Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes: medicinska riskfaktorer och prevention. I K. Orth-Gomér & A. Perski (Red.), *Preventiv medicin: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Orth-Gomér, K. (2008a). Evidensbaserad preventiv medicin: definitioner, teori och praktik. I K. Orth-Gomér & A. Perski (Red.), *Preventiv medicin: teori och praktik* (2:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Orth-Gomér, K. (2008b). Hjärt-kärlsjukdomar och stress: möjligheter till prevention. I K. Orth-Gomér & A. Perski (Red.), *Preventiv medicin: teori och praktik* (2:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M. & Vanasse, A. (2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*, 51, (6), 567-576.

Piotrowicz, R. & Wolszakiewicz, J. (2008). Cardiac rehabilitation following

myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 15, (5), 481-487.

Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999). *Health behavior change: a guide for practitioners*. Churchill Livingstone.

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 : beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen.

\*Wiles, R. & Kinmonth, A.-L. (2001). Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44, 161-169.

Wright, F.L., Wiles, R.A. & Moher, M. (2001). Patients' and practice nurses perceptions of secondary preventive care for established ischaemic heart disease : a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 180-188.



## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
090402	Cinahl	lifestyle AND readiness AND cardio* AND qualitative	Inga	Lifestyle, readiness och cardio i abstract, qualitative i all text.	1		1
090402	PubMed	lifestyle AND readiness AND cardio* AND qualitative	Inga	Fritext	0		
090402	PubMed	lifestyle change* AND motivation* AND qualitative	Inga	Fritext	16	Svarade ej mot syftet.	3
090402	PubMed	lifestyle change* AND cardio*	Inga	Fritext	9	Svarade ej mot syftet.	
090402	PubMed	lifestyle change* AND cardiovascular* AND qualitative	Inga	Fritext	15	Svarade ej mot syftet eller redan funna i andra databaser.	1
090401	Cinahl	incentives AND lifestyle	Inga	Båda sökorden i abstract.	12	Svarade ej mot syftet.	1
090331	PubMed	motivati* AND preve* AND lifestyle change*	engelska, human, all adults 19+, senaste 10 åren	Fritext	36	Svarade ej mot syftet eller redan funna i andra databaser.	2

090331	PubMed	motivati* AND preve* AND lifestyle change* AND qualitative	engelska, human, all adults 19+, senaste 10 åren	Fritext	9	Svarade ej mot syftet eller redan funna i andra databaser.	1
090402	PsycINFO	lifestyle AND readiness AND cardio* AND qualitative	Peer-reviewed, engelska, human, adulthood 18+ och 1999-2009	Fritext	29	Svarade ej mot syftet eller redan funna i andra databaser.	0
090402	Cinahl	lifestyle change* AND motivation* AND qualitative	Inga	Fritext	34	Svarade ej mot syftet eller redan funna i andra databaser.	1

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Kehler, D., Christensen, B., Lauritzen, T., Bondo Christensen, M., Edwards, A & Bech Risør.  Danmark  2008	Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: a qualitative study.	Syftet med studien var att undersöka och beskriva motivationsaspekter relaterade till potentiella livsstilsförändringar i samband med förebyggande rådgivning inom primärvården bland patienter med förhöjd risk för kardiovaskulär sjukdom.	Två kvinnor och 10 män rekryterades till studien. Urvalet var strategiskt. Intervjuerna videofilmades.	Deltagarna fick individuell rådgivning som följdes upp inom två veckor av en halvstrukturerad intervju på 60 min om motivationsaspekter i samband med livsstilsförändringar. Deltagarna fick berätta om sina upplevelser och vad de kom ihåg från rådgivningen och sedan besvara frågor rörande motivation.  Analysen genomfördes enligt Grounded Theory.	Forskarna kom fram till att ambivalens kring perception, krav, information, prioritering och behandling var de centrala delarna gällande vilka aspekter som påverkar motivationen till livsstilsförändringar efter preventiv rådgivning.
Wiles, R. & Kinmonth, A-L.  Storbritannien  2001	Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence.	Syftet med studien var att utveckla en integrerad primär- och sekundärvårds-åtgärd för patienter med etablerad hjärtsjukdom.	12 kvinnor och 13 män rekryterades från en tidigare kvalitativ studie. Ett strategiskt urval gjordes. Intervjuerna spelades in på band.	Deltagarna fick rådgivning, utöver den vanliga som erbjuds på sjukhuset, av en hjärtsjuksköterska som gav dem information gällande hjärtinfarkt, förväntad återställning, livsstilsförändringar och ett hjärtrehabiliterings- program som skulle erbjudas under ett år. Djupintervjuer genomfördes med deltagarna vid två tillfällen, två veckor efter utskrivning och	Rädslan och chocken efter infarkten var motiverande för att följa de råd gällande livsstilsförändringar som deltagarna fått av personalen. Livsstilsförändringarna som deltagarna gjorde i det tidiga skedet efter infarkten var mest till för att de skulle uppnå den grad av återställning som de uppfattat att de blivit lovade

				<p>fyra månader efter utskrivning. Intervjuerna genomfördes i deltagarnas hem och varade ca en timme.</p> <p>Analysen genomfördes med Grounded Theory.</p>	<p>av läkaren. Allt eftersom tiden gick efter infarkten och symtomen minskade så minskade också motivationen till att förändra sin livsstil. De som kände sig helt återställda fyra månader efter infarkten var mer motiverade att genomföra livsstilsförändringar än dem som upplevde att det inte blivit så återställda som de blivit "lovade".</p>
<p>Gregory, S., Bostock, Y. &amp; Backett-Milburn, K.</p> <p>Storbritannien</p> <p>2006</p>	<p>Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes.</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera synsätt och upplevelser hos patienter som återhämtar sig efter en myokardiell infarkt, vilka hinder som finns och vad som underlättar livsstilsförändringar och vidmakthållande efter rådgivning.</p>	<p>Fem grupper bestående av män, två grupper bestående av kvinnor och två blandade grupper. Totalt 50 personer, 35 män och 18 kvinnor deltog i studie och alla var under 65 år. Intervjuerna spelades in på band.</p>	<p>Diskussioner i fokusgrupper leddes av en erfaren intervjuare där deltagarna fick prata kort om sin diagnos, erbjuden hjälp och hur de klarade sin återhämtning och vad som ansågs vara problematiskt eller underlättande i denna. Analysen skedde med Grounded Theory.</p>	<p>Deltagarna var medvetna om att det var viktigt för dem att följa de råd gällande livsstil som de fått men trots det var det inte många som hittade motivationen till att förändra livsstilen. Direkt efter hjärtinfarkten var motivationen att förändra sin livsstil hög men försämrades allt eftersom tiden förflöt efter infarkten. Tidsbrist, stress, motivationsbrist och tristess var anledningar som deltagarna uppgav som anledningar till att det inte förändrade sin livsstil. Att ha en auktoritet som såg till att de följde de</p>

					medicinska råd som de fått, att prata med personer som haft liknades upplevelser och att ha tillgång till medicinskt- eller hälsokunnig personal hjälpte dem att vidmakthålla en hälsosam livsstil.
Cable, A. T., Meland, E., Sjøberg, T. & Slagsvold, S.  Norge  (1999).	Lessons from the Oslo study diet and anti-smoking trial: a qualitative study of long-term behavior change.	Syftet med studien var att identifiera faktorer och karakteristika som kan förklara hur personer med risk för framtida sjukdom blir motiverade till att uppnå långsiktiga förändringar.	25 män deltog i studien. Urvalet var strategiskt och intervjuerna spelades in på band.	Fokusgrupper användes som datainsamlingsmetod och varje intervju varade i ca två timmar och genomfördes i en tyst och avslappnad miljö i ett konferensrum.  Efter varje intervjutillfälle gick tre av författarna igenom vad som sagts under sessionen för att klargöra vilka svar de fått från deltagarna och vilka intryck författarna fått. Breda kategorier och underkategorier bildades tillslut.	Författarna har delat upp resultatet i sex kategorier som bildades under analysen. Läkarpatient relationen som var viktig enligt deltagarna. Anhörigas positiva och negativa påverkan på livsstilsförändringar. Motiverande var faktorer som rädsla och symtom. Hindrande faktorer var tvång, yttre krav och positiva konsekvenser av det ohälsosamma beteendet. Egenmakt/Empowerment som karakteriserades av strävan efter autonomi och stolthet.
Condon, C. & McCarthy, G.  Irland  2006	Lifestyle changes following acute myocardial infarction:	Syftet med studien var att utforska patienters perspektiv av att göra livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.	1 kvinna och 9 män i åldrar från 38-75 deltog i studien. Inga skillnader uppmättes i erfarenheter mellan den kvinnliga deltagaren	Semistrukturerade intervjuer på 40-75 min i deltagarens hem genomfördes sex veckor efter utskrivning från sjukhuset, där frågor kring uppnådda mål i livsstilsförändringen och	Alla var medvetna om konsekvenserna av dåliga livsstilsvanor som stress, rökning och felaktig kost. De trodde dock hjärt-kärlsjukdom uppstod senare

	Patients perspectives.		och männen. Strategiskt urval användes. Intervjuerna spelades in på band.	<p>upplevelsen av att ha nått dem diskuterades.</p> <p>Intervjuerna skrevs ner och lästes flera gånger, datan kodades, teman utvecklades och grupper bildades. Fyra huvudteman skapades slutligen, en del med underkategorier. Forskaren återvände till deltagarna för bekräftande av dessa teman.</p>	<p>i livet och skulle föregås av varningssignaler och att de därför skulle kunna skjuta upp livsstilsförändringarna. Att ha överlevt hjärtinfarkten var en stor motivationsfaktor. Att ta ansvar för livsstilsförändringar samt identifiera orsaker till sjukdomen var också viktigt. Många förstod inte hur omfattande livsstilsförändringar var och hade svårt att genomföra dem då det bland annat påverkade deras sociala liv. Överbeskydd från anhöriga hade negativ effekt. Tillfredsställelsen med det professionella stödet var en trygghet. Många såg ljus på framtiden och ville återgå till det normala samt återfå sitt oberoende.</p>
Bergman, E. & Berterö, C. Sverige 2001	You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary heart disease.	Syftet med studien var att få ökad kunskap och förståelse om vad det innebär att ha koronarkärleks-sjukdom och hur det påverkar individen och eventuella livsstilsförändringar,	Tre kvinnor och 5 män deltog i studien, 49-68 år. Urvalet skedde strategiskt. Intervjuerna spelades in på band.	<p>Deltagarna intervjuades av samma person och det fanns, på förhand bestämda frågor, som alla intervjuerna kretsade kring. Intervjuerna varade i 30-85 min.</p> <p>Dataanalysen skedde med hermeneutisk analysmetod.</p>	<p>Brist på tid och energi gjorde det svårt att starta ett sundare liv. Krav från dem själva och omgivningen gjorde dem utmattade då de försökte tillfredsställa alla. Många var ledsna över sin förlorade hälsa och oroliga för hur framtiden skulle se</p>

		och även att identifiera influerande faktorer och vilken inverkan de har på följsamheten och locus of control.			ut. Två förutsättningar för lyckad rehabilitering var yttre stöd och deras egna beslut att starta rehabiliteringsarbetet och ett nytt sätt att leva. Lättillgänglig hjälp och information från vården kändes tryggt. Kunskap om hjärt- kärlsjukdom var också viktigt för att genomföra livsstilsförändringar.
Kärner, A., Tingström, P., Abrandt- Dahlgren, M. & Bergdahl, B.  Sverige  2005	Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease.	Att undersöka hur patienter under rehabiliteringsfasen av hjärt- kärlsjukdom upplevde underlättande och begränsande faktorer relaterade till livsstilsförändringar av vikt för välmående och prognos.	84 män och 29 kvinnor deltog i studien. Alla deltagare valdes från en större studie. Intervjuerna spelades in på band och skrevs sedan av.	Två av författarna och en psykolog genomförde semistrukturerade intervjuer på sjukhuset som varade i 60-90 min. Frågeformulär utifrån underlättande och försvårande faktorer vid livsstilsförändringar användes.  Datan bearbetades fenomenografiskt.	Somatiska signaler, positiva och negativa, som välmående och smärta kunde verka som motiverande eller hindrande faktorer för livsstilsförändringar. Det sociala sammanhanget och livsstilsförändringens inverkan på denna var också av vikt. Socialt nätverk och dess stöd var underlättande. Förändrade arbetsvillkor som sjukskrivning och pensionering minskade psykiska krav. Vilka tankar, reflektioner och känslor personen hade kring livsstilsförändringar var viktigt samt förmågan att skapa rutiner. Att kunna motstå omedelbara behov

					och att bryta gamla vanor hade också betydelse.
Boutin-Foster, C. USA 2005	Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification.	Syftet med studien var att bestämma, bland personer med koronarkärls-sjukdom, vilka faktorer av support som tillhandahålls av personer i deltagarnas sociala nätverk och vilka av dessa som uppfattas som mest hjälpfulla i förbättringsprocessen av deras hälsobeteende.	26 kvinnor och 37 män ingick i studien. Urvalet skedde genom lämplighetsurval samt strategiskt urval.	Semistrukturerade intervjuer genomfördes i 15-30 min på sjukhuset i deras rum. Frågeformulär användes med frågor kring bla hälsovanor och deras nätverk och vad de hjälpt dem med. Patienter rekryterades till datan var mättad.  Beteendeförändringar kategoriserades och öppen kodning utfördes.	De intervjuade uppgav att de behövde hjälp med att genomföra beteendeförändringar och det sociala nätverket var av vikt då de gav praktiskt stöd som underlättade beteendeförändringar genom att delta i matlagning och motion, minska stress och krav och hjälpa till med transport till vårdinstanser.
Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G.YH. & Greenfield, S. Storbritannien 2007	DNA may not mean did not participate: a qualitative study of reasons for non-adherence at home and centre-based cardiac rehabilitation.	Syftet var att undersöka patienters skäl för att inte delta eller att inte stå fast vid ett hem- eller sjukhusbaserat hjärtrehabiliteringsprogram.	Individuella, semistrukturerade intervjuer genomfördes på 16 kvinnor och 32 män och spelades in på band.	En intervjuare genomförde intervjuerna på 40-45 min i deltagarnas hem.  Intervjuerna skrevs ner på papper och lästes individuellt av tre av författarna. Kategorier och underkategorier bildades.	Många anpassade träningen efter deras livssituation och fysiska förmåga. En del uppgav andra åkommor som hindrade dem från att utföra fysisk motion. Tillgången till sjukhuset var viktigt. Alla var medvetna om vikten av livsstilsförändringar och patientens familj hade en viktig roll i stöttandet. Många uppgav att hjärtrehabiliteringsprogrammet hade hjälpt dem trots att de inte genomfört livsstilsförändringar enligt rekommendationer.



<p>Bach Nielsen, K.B., Dyhr, L. &amp; Lauritzen, T.</p> <p>Norge</p> <p>2005</p>	<p>Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening: a qualitative interview study.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur individer med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom, som upptäckts efter screening, balanserade hälso-relaterade råd mot det liv de ville leva eller kunde leva.</p>	<p>5 kvinnor och 9 män i åldrarna 33-50 år deltog i studien. Urvalet gjordes genom ett stratifierat strategiskt urval. Intervjuerna videofilmades.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes av studiens första författare fyra år efter screeningen. Intervjuerna genomfördes i hemmet eller på intervjuarens kontor och varade i genomsnitt 72 minuter. Under intervjun diskuterades frågor rörande screeningen; varför de deltagit, upplevelser och fynd, deras syn på förebyggande hälsa, bedömning av sin egen hälsa och åsikter om att få rådgivning av hans/hennes allmänläkare.</p> <p>Videoinspelningarna spelades upp och delar skrevs ned. En sammanfattning gjordes av varje intervju och lästes av samtliga författare. Koder togs fram och de slutgiltiga kategorierna växte fram genom diskussion med de andra författarna.</p>	<p>Vetskapen om att vara i riskzonen för att utveckla hjärt-kärlsjukdom påverkade deltagarna. De genomförde viktiga livsstilsförändringar men bara till den grad att det inte påverkade deras livskvalitet ogynnsamt. Hos de deltagare som hade normala resultat från screeningen, bortsett från de resultat som relaterade till kardiovaskulära sjukdomar, och för dem som levde under stressade förhållanden hamnade vetskapen om att ha en förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom i skymundan.</p>
--	---	--	--	---	---