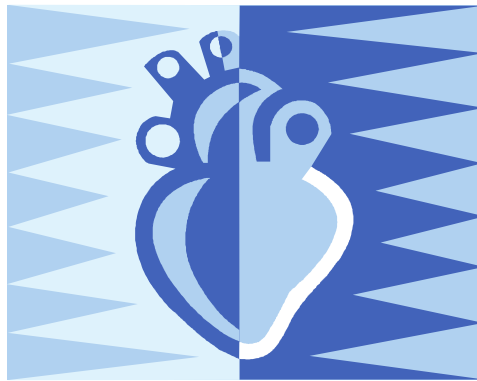


Oplevelse af barrierer og motiverende forhold ved adfærdsændringer i forbindelse med fysisk aktivitet

Et kvalitativt studie med 8 interview af mænd
med iskæmisk hjertesygdom



The experience of barriers and motivational circumstances in relation to
maintaining physical activity after a process of heart rehabilitation

Bachelorprojekt 7. semester januar 2006

Udarbejdet af:

Dorthe Hornsgaard
Louise Kantsø
Trine Nielsen

Vejleder: Vejleder:

PT., MSc., Grethe Birkekær

"Dette projekt er udarbejdet af studerende på CVU Øresund, Fysioterapeutuddannelsen som et led i et uddannelsesforløb. Det foreligger urettet og ukommenteret fra skolens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter"
Denne opgave eller dele heraf må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse, jf. lov om ophavsret af 31.05.1961.

Oplevelse af barrierer og motiverende forhold i forbindelse med vedligeholdelse af fysisk aktivitet efter et hjerterehabileringsforløb

Udarbejdet af: Dorthe Hornsgaard, Louise Kantsø og Trine Nielsen

Vejleder: PT., MSc. Grete Birkekær

Fysioterapeutuddannelsen: København CVU Øresund, professionsbachelor januar 2006

Kontaktperson: Louise Kantsø, e-mail: kantsoe@hotmail.com

Baggrund: Det estimeres at 200.000 lever med iskæmisk hjertesygdom i Danmark. Der foreligger stærk evidens for, at fysisk aktivitet er medvirkende til, at nedsætte den totale dødelighed og hjertedødelighed blandt iskæmiske hjertepatienter. Studier viser dog, at langsigtet vedligeholdelse af anbefalet aktivitetsniveau er dårlig.

Formål: Beskrive og analysere, hvordan mænd med iskæmisk hjertesygdom oplever at vedligeholde en træningsmæssig adfærdsændring.

Materiale og metode: Semistruktureret, dybdegående interview med 8 mænd med iskæmisk hjertesygdom i alderen 49-78 år ét år efter endt hjerterehabilering. Data er analyseret ud fra Malteruds modificerede version af Giorgi's fænomenlogiske analysemetode, denne er suppleret med idealtypemetoden fra Eneroth.

Resultater: To idealtyper fremkommer af analyse af materialet. Den reflekterende og handlekraftige mand som oplever at, angst for tilbagefald, viden om træningens effekt i forhold til hjertedød, og positive erfaringer med træning er motiverende. Han evner at eliminere barrierer ved, at finde alternative løsninger. Den ubekymrede og bekvemme mand oplever ikke at være påvirket af sin sygdom, han føler ikke, han har behov for at træne og prioriterer familien og hygge højere end fysisk aktivitet.

Konklusion: Nærværende projekt viser, at mandlige hjerterehabileringspatienter ikke er en homogengruppe. Det afgørende for en langvarig adfærdsændring er, hvor stærkt sygdommen opleves som en trussel og angst for tilbagefald gør sig gældende. Afgørende er desuden, at mændene tror på en nyttevirkning af træning i forbindelse med

sygdomsforbedring. Positive erfaringer med fysisk aktivitet tidligere i livet og under hjerterehabiliteringsforløbet fremmer vedligeholdelsen.

Perspektivering: Opgaven ligger op til en udvidelse af standardiseret anamnese optag på HR, men vægt på tidligere fysisk erfaring og sociale relationer. Der forslås en udvikling af Borgs belastningsskala i Dankort format til at sikre rette intensitet til patienters efterfølgende egen træning. Opgaven ligger op til et RCT studie hvor dosering og intensitet af træning og effekten af dette undersøges på lang sigt.

Enmeord: Iskæmisk hjertesygdom, hjerterehabilitering, adfærdsændringer, fysisk aktivitet, Health Belife Model.

The experience of barriers and motivational circumstances in relation to maintaining physical activity after a process of heart rehabilitation

Prepared by: Dorthe Hornsgaard, Louise Kantsø og Trine Nielsen

Supervised by: PT., MSc. Grete Birkekær

School of Physiotherapy: Copenhagen, CVU Øresund, BA, January 2006

Contact person: Louise Kantsø, email: kantsoe@hotmail.com

Background: Estimated 200.000 people lives with ischemic heart disease in Denmark. Strong evidence suggests that physical activity will help lower the total mortality and heart mortality among ischemic heart patients. Studies do show though, that long term maintenance of recommended level of activity is poor.

Purpose: Describing and analyzing how men with ischemic heart disease experience maintaining a change in behaviour related to training.

Material and method: Semi structured, in-depth interviews with 8 men – 49-78 years of age - suffering from ischemic heart disease after termination of heart rehabilitation. Data is analyzed by using Malterud's modified version of Giorgi's phenomenological method of analysis. This is furthermore supplemented by Eneoth's 'ideal type method'.

Results: Two ideal types emerge from analyzing the material. The reflective and energetic man who experiences that fear of relapse, knowledge about the effect of training in relation to heart death and positive experiences with training is motivating him. He manages to eliminate barriers by seeking out alternative solutions. The unconcerned and comfortable man does not experience being affected by his disease. He does not sense that he needs training and he prioritizes his family and feeling cosy higher than physical activity.

Conclusion: This project shows that male heart rehabilitation patients aren't a homogenous group. What is defining long term change of behaviour is how strongly the disease and the fear of relapse are being seen as a threat. Another defining factor is that the men believe in useful effects of training in relation to improving the disease. Positive

experiences with physical activity prior in life and during the process of heart rehabilitation will further the maintenance.

Perspectives: This paper provides an opportunity to expand the standardized anamneses at HR by emphasizing prior physical experiences and social relations. A development of Borg ´s scale in credit card format to secure the right intensity for the patients own training. The paper proposes a RCT study where dosage and intensity in training and the effect of this is investigated on a long term basis.

Subject expressions: ischemic heart disease, heart rehabilitation, change of behaviour, physical acitivity, Health Believe Model.

BAGGRUND	7
FORFORSTÅELSE.	10
PROBLEMFORMULERING	11
NØGLEBEGREBER	12
TEORI	12
ISKÆMISK HJERTESYGDOM	12
FYSISK TRÆNING	13
ADFÆRDSTEORIER	16
METODE OG MATERIALE	19
KVALITATIV METODE	19
LITTERATURSØGNING	19
BAGGRUNDSMATERIALE	19
ENKEL INTERVIEW	20
ETISKE OVERVEJELSER	22
ANALYSEMETODE	23
RESULTATER – IDEALTYPEN	26
DEN REFLEKTERENDE OG HANDLEKRAFTIGE MAND	27
DEN UBEKYMREDE OG BEKVEMME MAND	31
METODE DISKUSSION	35
RESULTATDISKUSSION	38
TRÆNING	38
ADFÆRD	39
KONKLUSION	44
PERSPEKTIVERING	45
REFERENCE LISTE	47
BIBLIOGRAFI	52
BILAG	57

Baggrund

Regeringen har med sit sundhedsprogram 2002-2010 "Sund hele livet", sat fokus på de otte største folkesygdomme, (type II diabetes, hjertekarsygdomme, cancer, osteoporose, muskel- og skeletlidelser, psykiske lidelser, kronisk obstruktiv lungesygdom og astma og allergi sygdomme) og det fælles ansvar for forebyggelse og rehabilitering. Det fælles ansvar indebærer den enkelte, familien, det nære netværk, den frivillige verden, daginstitutioner, uddannelsessteder, sundheds-væsenet m.v., arbejdspladser, private og offentlige virksomheder, kommuner, amter og staten (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002, s. 4, 32).

Der kan opnås betydelige forbedringer af mange patienters livskvalitet ved en mere systematisk indsats med patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v.. Det handler bl.a. om at give den enkelte, den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egen indsats og egenomsorg (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002, s. 4).

Det betyder hermed, at fysioterapeuter har en vigtig arbejdsfunktion med hensyn til information, motivering og støtte af patienterne, når de skal håndtere deres sygdom og samtidig gennemgå anbefalede adfærdsændringer.

Professor, overlæge dr. med. Bente Klarlund og professor Bengt Saltin har med "Håndbog for fysisk aktivitet" fastslået, at fysisk aktivitet er effektiv i behandlingen af en lang række sygdomme. I forhold til behandling af iskæmisk hjertesygdom er der stærk evidens på niveau A, for at fysisk aktivitet har en positiv effekt på de fire komponenter 1) sygdomsopståen, 2) symptomer specifikt relateret til diagnosen, 3) muskelstyrke og 4) livskvalitet (Klarlund & Saltin, 2003, s. 245).

I 2000 dør i Danmark 20.531 personer af hjertekarsygdomme¹, heraf skyldes 44,4 % diagnosen iskæmisk hjertesygdom. Fordelingen af personer under 75 år der døde af iskæmisk hjertesygdom er 1.826 mænd mod 725 kvinder (Videbæk & Madsen, 2004, s.72-73). Samme år er der registreret ca. 12.500 personer med akut myokardie infarkt, heraf er 60 % mænd og 40 % kvinder. Gennemsnitsalderen for mænd er 65 år og for kvinder 75 år.

¹ ICD 10 - I00-I99 (Videbæk & Madsen, 2004, s. 73)

Ud af disse er ca. 80 % førstegangstilfælde (Rasmussen, 2006). I 2002 er der registeret 37.240 patienter med iskæmisk hjertesygdom², det resulterer i 52.283 indlæggelser hvoraf 24.984 er genindlæggelser (Videbæk & Madsen, 2004, s.95,125-126).

På trods af et fald i forekomsten og mortaliteten af hjertekarsygdomme over de sidste 20 år er det stadig den sygdom flest personer dør af i Danmark. Faldet i forekomsten skyldes primært en øget opmærksomhed på risikofaktorer og ændret livsstil i befolkningen (Videbæk & Madsen, 2004, s. 25, 68), mens faldet i dødeligheden tilskrives både fald i insidens og forbedret behandling (Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 25).

Risikofaktorerne for iskæmisk hjertesygdom er genetisk betingede som arv og køn, og livsstilsrelateret som rygning, fysisk inaktivitet, overvægt, stress, alkohol overforbrug, diabetes, hypertension og hyperkolesterolemie (Dansk Cardiologisk Selskab, 2004; Sundhedsstyrelsen, 2005). De påvirkes af multiple faktorer, f.eks. ses der sammenhæng mellem forekomsten af sygdommen og menneskers socialøkonomiske position i samfundet, der bl.a. er afhængige af variabler som husstandsindkomst, uddannelse og erhverv (Kamper-Jørgensen & Almind, 2003, s. 142; Videbæk & Madsen, 2004, s. 48).

I dag er de gældende kliniske retningslinjer, at patienter med iskæmisk hjertesygdom efter udskrivelse fra sygehuset skal tilbydes et integreret hjerterehabiliteringsforløb (bilag 1). Disse retningslinier er dannet på baggrund af internationale undersøgelser omkring de sundhedsmæssige effekter og sundhedsøkonomiske gevinster ved hjerterehabilitering. Her forudsættes en sundhedsmæssig effekt i form af en 20 % reduktion i genindlæggelser over en periode på tre år. Tager vi tallet fra 2002 vil dette betyde et fald på ca. 5000 genindlæggelser på danske sygehuse.

På trods af, at sygehuse har en lovmæssig pligt til at tilbyde hjertepatienter et rehabiliteringsforløb, har stadig kun 1/3 af landets hjerteafdelinger et samlet rehabiliteringsprogram i 2004 (Netværksgruppen Hjerterehabilitering, 2004, s. 8).

Undersøgelser beskriver at kun halvt så mange kvinder som mænd modtager hjerterehabilitering. Det skyldes at færre kvinder bliver henvist til hjerterehabilitering, og at

² Iskæmisk hjertesygdom dækker over hoveddiagnosen Morbus Cordis Ischæmicus der under ICD10 indeholder diagnoserne iskæmisk hjertesygdom (I20-25), angina pectoris (I20), ustabil angina pectoris (I20.0) og AMI (I21+22) (Videbæk & Madsen, 2004, s. 281)

kvinder generelt er ældre end mænd, når de rammes af en hjertesygdom (Zwisler et al., 2003, s. 21).

Vi har valgt at opsøge et hospital, som siden 2003 haft et tværfagligt, integreret hjerterehabiliteringstilbud. I perioden 1999-2002 fungerer hjerterehabiliteringen (HR) som et pilotprojekt, og på grund af gode resultater overgår afdelingen til den normale drift. HR er siden blevet en model for udviklingen af hjerterehabilitering på landets øvrige hospitaler. Der er i den forbindelse udgivet en bog om HR, "Hjerterehabilitering – rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra XXX-hospital".

På HR er formålet *"at motivere og støtte patienterne i at foretage varige livsstilsændringer mod et hjertemæssigt sundere liv"*. Formålet med den fysiske del af rehabiliteringen er, *"at give patienterne viden om sammenhængene mellem inaktivitet og hjertesygdommen, at øge deres arbejdskapacitet og afprøve deres fysiske såvel som psykiske reaktioner i træningssituationer med henblik på, at patienterne kan blive fysisk aktive i hverdagen."* (Zwisler et al., 2003, s. 33, 85). I et Cochrane-review (Jolliff et al, 2001, s. 5) er konklusionen, at der foreligger evidens for, at fysisk træning til hjertepatienter kan medvirke til at reducere hjertedødeligheden og den totale dødelighed. Dette review er refereret i flere danske udgivelser (Zwisler et al., 2003, s.84; Klarlund & Saltin, 2003, s. 246).

Den referenceramme, der i HR-regi skal understøtte adfærdsændringer, udgøres af den teoretiske planlægningsmodel "Stages of Change", som hjælper behandleren til at identificere det pågældende stadie³ en person befinder sig på, og dermed igangsætte den rette intervention for at opnå en vedvarende forandring. Den understøttes af delelementer af de psykologiske teorier "Health Belief modellen", der beskæftiger sig specielt med følelser og forventninger, som de indgår i motivationen bag adfærden og Banduras teori om "Self-efficacy", som handler om forventninger til egne evner samt principper for handlekompetence, hvor essensen er at skabe overensstemmelse mellem viden og handling (Zwisler et al., 2003, s. 34-28; Iversen et al., 2004, s. 220).

For at ændre adfærd er det essentielt, at patienterne er motiveret. Motivation kan defineres som et samlet mønster bestående af målsætninger, følelser og forventninger til egne ressourcer og ressourcer i omverden. Disse påvirker gensidigt hinanden og er

³ Førøvervejelses-stadiet, overvejelsesstadiet, forberedelsesstadiet, påbegyndelsesstadiet, vedligeholdelsesstadiet eller tilbagefaldsstadiet (Zwisler et al., 2003, s. 35)

tilsammen afgørende for, at motivationen bliver omsat til handling. Målene sætter retningen for motivationen, det kan være ønsker, fantasier eller egentlig intentioner om handling. Forventninger til hvad vi tror, vi kan klare og ikke kan klare, og forventning til opbakning eller modstand fra omgivelserne er afgørende for målsætningen. De følelsesmæssige oplevelser er forbundet med motiveringsprocessen, det gælder både de positive følelser, for det vi gerne vil opnå, og negative følelser for det vi vil undgå (Iversen et al., 2004, s. 213).

Flere undersøgelser viser, at hjertepatienters adfærdsændringer er dårlig på lang sigt. Et år efter endt rehabilitering er 50 % stadig aktive og tre år efter er kun 13 % stadig mere aktive end før rehabiliteringsforløbet (Zwisler et al., 2003, s. 84). I et amerikansk studie af Fleury et al. (2004, s. 299) omhandlende "Barrierer til at vedligeholde fysisk aktivitet efter hjerterehabilitering" viser det, at 93 % af deltagerne oplever intrapersonelle barrierer forstået som fysisk tilstand, andre interesser, arbejdsansvarlighed, mangel på tid, mangel på motivation, mangel på interesse for fysisk aktivitet og accept af en inaktiv livsstil. 24 % rapporterer interpersonelle barrierer, mens 18 % oplever barrierer i omkringliggende miljø og 11 % oplever organisatoriske barrierer.

I og med at der foreligger evidens for fysisk trænings positive effekt på iskæmiske sygdomme, er det vigtigt at lave en intervention som modvirker tilbagefald efter et rehabiliteringsforløb. For at afgrænse opgaven er fokus rettet mod, hvilke faktorer på individniveau der gør sig gældende, når man på længere sigt skal opretholde det fysiske aktivitetsniveau.

Forforståelse.

Fra starten var grundlaget for denne opgave vores fælles interesse for fysisk aktivitet som behandling, motivation af patienter og tværfaglig rehabilitering. Desuden er ideen udsprunget af en undren over, at hjertepatienter efter en påmindelse om egen dødelighed og et efterfølgende integreret og omfattende hjerterehabiliteringsforløb ikke opretholder et træningsniveau, der kan mindske deres mortalitet, risiko for genindlæggelse, nedsatte funktionsniveau og eventuelt ændring i livskvalitet.

Vi har som fysioterapistuderende og enkeltpersoner kendskab til patienter og familiemedlemmer, der er blevet ramt af livsstilssygdomme eller på anden måde er blevet opfordret til at ændre adfærd af helbredsmæssige årsager. Denne adfærdsændring synes svær og overvindes den, er vedligeholdelse af ændringen næste udfordring. Vi oplever det

ligeledes vanskeligt som fysioterapeutstuderende, at motivere vores patienter uden at komme til at virke bedreviddende eller have en forhåndsindtaget forståelse af patienten.

Med inspiration fra undervisningen om sundhedsadfærd (Inger-Birthe Bjørnlund, 11.04.05), forstiller vi os, at patienters motivation for træning er påvirket på både et individ, interpersonelt og socialt niveau. Det sociale niveau, ressourcer, økonomi, lovgivning m.v., er vi som fysioterapeuter så vidt ude af stand til at påvirke. Det interpersonelle niveau er påvirket af belønning og opmuntring eller mangel på samme fra vigtige relationer som familie, venner, kollegaer, arbejdsgiver, sundhedspersonale m.v.. Samtidig er det vigtigt, at træningen bliver accepteret af omgivelserne som værende relevant. Her skal vi som fysioterapeuter være opmærksom på vores rolle som positiv motivator. Da kontakten med netværket ofte er sparsom, er fysioterapeuters mulighed for at påvirke familien til at bakke positivt op om patienten minimal. Individ niveauet er kendetegnet ved at omhandle en persons holdning, tro og overbevisning, tilegnelse af viden, oplevet nødvendighed, oplevelse af følelser, tillid og selvtillid, eksisterende færdigheder og erfaringer m.v.. Opnår vi en empatisk forståelse for individ niveauet, kan vi påvirke en person til at foretage adfærdsændringer ved at give ham et relevant grundlag til selv at tage ansvar for sin behandling og adfærd.

Som studerende, er vi præget af den naturvidenskabelige tankegang og påvirket af øget tilgængelighed af evidensbaseret fysioterapi bl.a. i forbindelse med oprettelsen af hjemmesiden forskning i fysioterapi (tilgængelig på <http://www.ffy.dk>). For at udvide vores horisont, se patienten mere holistisk, opnå større forståelse for patientens problemstillinger, ressourcer og deres valg af løsninger vælger vi at supplere denne med en humanistisk tilgang.

Problemformulering

Hvordan oplever mænd med iskæmisk hjertesygdom barrierer og motiverende forhold, ved adfærdsændring i forbindelse med fysisk aktivitet, et år efter afsluttet hjerterehabileringsforløb?

Nøglebegreber

Mænd med iskæmisk hjertesygdom: Mænd i alderen 49-78 år, der har haft et iskæmisk hjertetilfælde og uden andre invaliderende sygdomme.

Barrierer: Et samspil mellem følelser, målsætning og forventning til egne ressourcer og omverden, der resulterer i manglende handlinger.

Motiverende forhold: Et samspil mellem følelser, målsætning og forventning til egne ressourcer og omverden der resulterer i en handling.

Adfærdsændring i forbindelse med fysisk aktivitet: Vedligeholdelse eller øgning af aktivitetsniveau til minimum 30 minutters daglig aktivitet med en intensitet på 60-70 % af den relative maximale puls.

Hjerterehabiliteringsforløb: Et integreret hjerterehabiliteringsforløb tiltænkt den ambulante patient i hospitalsregi, der lever op til de danske kliniske retningslinier, med et 6 ugers intensivt rehabiliteringsforløb 1-1½ uge efter udskrivelse. Det indeholder træning, undervisning, individuel samtale med læge, sygeplejerske, diætist og fysioterapeut.

Fysioterapeuten foretager funktionstest (Villadsen, 2003;

http://www.hjerterehab.dk/uploads/media/K6_testX.pdf) og re-test, samt opfølgende samtaler 3, 6 og 12 måneder efter endt forløb.

Teori

Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom defineres som en patofysiologisk tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklens i sådant et omfang, at der opstår iskæmi. Den hyppigste årsag er aterosklerotisk forsnævring af kranspulsåren. Afhængig af iskæmiens størrelse kan tilstanden medføre pludselig død, akut myokardieinfarkt eller angina pectoris (brystsmerter). Diagnosen kan fastsættes non-invasiv med arbejds-EKG, myokardiescintigrafi og stress-ekkgografi eller invasivt med koronararteriografi.

Behandlingen er enten medicinsk, eller invasiv med ballonudvidelse og stent (PCI) eller by-pass (CABG) med efterfølgende rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 23,33-36,45). De kliniske retningslinier for hjerterehabilitering anbefaler at medicinsk behandling omfatter acetylsalicylsyre, som hæmmer trombocyt-aggregation, statiner, som sænker

kolesterolinholdet i blodet og beta-blokkader, som påvirker hjertefrekvens og slagvolumen (Lægemiddelkataloget, 2006). Beta-blokkader har det formål at beskytte hjertet ved at nedsætte den naturlige pumpefrekvens. Der skal i såvel funktionstest som træning tages forbehold for, at den maksimale puls dermed bliver relativ.

Fysisk træning

Evidensen for fysisk træning som non-farmakologisk behandling af iskæmiske hjertesygdomme er stærk og omfattende (Jolliffe et al., 2001; Klarlund & Saltin, 2003; Myers et al., 2002).

I et Cochrane-review (Jolliffe et al., 2001) vurderes fysisk træning alene eller som en del af et omfattende rehabiliteringsforløb for hjertepatienter. Det viser, at fysisk træning alene nedsætter den totale dødelighed med 27 % og hjertedød med 31 %. Et omfattende rehabiliteringsforløb nedsætter også den totale dødelighed men knap så overbevisende som fysisk træning alene, hjertedødeligheden nedsættes her med 26 %. Desuden angives, at rehabiliteringsforløbet giver en reduktion i total og LDL kolesterol, som den fysiske træning alene ikke har kunnet påvise (Jolliffe et al., 2001, s. 5).

Den fysiske træning antages yderligere at have direkte effekt på sygdomspatogenesen ved træningsinduceret fibrinolyse, nedsat trombocyttaggregation, forbedret endotelmedieret koronar vasodilation og øget hjertefrekvensvariabilitet (Klarlund & Saltin, 2003, s. 246).

Myers har lavet en omfattende undersøgelse af konditions betydning for dødeligheden blandt hjertekarpatienter og raske. Resultatet er, at med en forbedring af konditionen kan dødeligheden nedsættes med 12 % pr. 1-METs⁴ forøgelse (figur 1). Den relative risiko for død som følge af hjertesygdom, falder med stigende antal METs og sammenlignet med raske, udlignes den, når rask population har en værdi >13 METs vs. hjertepatienters værdi på >10,7 METs (Myers, 2002, s. 798). Konditionen bliver dermed et godt prognostisk værktøj for dødeligheden blandt patienter med hjertekarsygdomme.

⁴ METs er metabolisk ekvivalent. 1MET svarer til 3,5 ml/O₂/min/ kg (Sirnes, 2004).

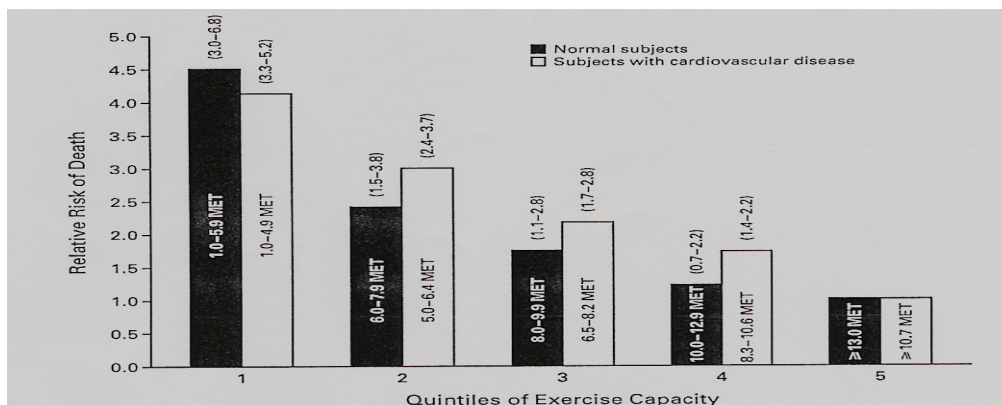


Fig 1: Viser sammenhæng mellem forbedring i kondition og relative risiko for dødelighed (Myers, 2002, s. 798).

Det er vist at, patienter med en hjertesygdom har et nedsat fysisk aktivitetsniveau, sammenlignet med patienter der ikke har en hjertesygdom. Dette skyldes nedsat fysisk arbejdskapacitet eller angst for at bevæge sig efter et akut hjertetilfælde (Netværksgruppen Hjerterehabilitering, 2004, s. 20). Det er veldokumenteret, at superviseret fysisk aktivitet øger patientens fysiske arbejdskapacitet, men ikke at det øger et fysisk aktivitetsniveau på længere sigt (Zwisler et al., 2003, s. 84).

Kliniske Retningslinier for den fysiske del af hjerterehabiliteringen på Danske sygehuse

De kliniske retningslinier for fysisk træning til iskæmiske hjertepatienter i Danmark, der er udgivet af Netværksgruppen Hjerterehabilitering (2004), har udgangspunkt i internationale guidelines og anbefaler dermed, at alle patienter skal have vurderet deres fysiske funktionsniveau og tilbydes et 8-12 ugers ambulant træningsprogram med henblik på, at opnå et øget funktionsniveau eller at fastholde et tidligere højt aktivitetsniveau.

Træningen bør foregå 2-3 gange om ugen i mindst 3 måneder og bør indeholde træning på hold, primært med konditionstræning⁵, hvor patientens udgangspunkt og træningsmål⁶ skal defineres og aftales med patienten. Træningen skal foregå ved en intensitet svarende til en hjertefrekvens på 60-70 % af den maksimale puls. Der skal arbejdes med store

⁵ For at opnå et generelt forbedret fysisk funktionsniveau forstås udholdenhed og styrke, balance og reaktion, smidighed og evt. afspænding.

⁶ Almindeligvis udtrykt i METs og kondital

muskelgrupper, og trænings tiden er anbefalet i 20-40 min. pr. gang. Her kan anvendes pulsmåling og Borgs belastningsskala under træningen, hvor patienten bør ligge omkring "13" og udtalelserne "lidt anstrengende" (se afsnit: Borgs belastningsskala).

Efter træningsforløbet er afsluttet, bør patienterne opfordres til fortsat aktivitet i hverdagen og patienter med et tidligere højt aktivitetsniveau skal støttes i at vende tilbage til det gamle miljø. Det anbefalede fysiske aktivitetsniveau er minimum 30 min. fysisk aktivitet dagligt, hvilket kan stykkes sammen af f.eks. 3 x 10 minutters aktivitet på samme dag.

Kontraindikationer for træning ved iskæmisk hjertesygdom er akut koronart syndrom, indtil tilstanden har været stabil i mindst 5 dag, hviledyspnøe, peri-, myo-, og endocarditis, febrilia og symptomgivende aortastenose. Ved svær hypertension lyder anbefalingerne, at der bør undlades hård fysisk belastning ved svær hypertension med et blodtryk, der er højere end 200/110 mmHg, desuden bør der tages hensyn til anden form for sygdom. Patienterne bør desuden informeres om, at hjertesmerter eller andet ubehag ikke skal "arbejdes væk", men at symptomerne er et signal om at sætte tempoet ned eller måske allerbedst at holde en pause (Netværksgruppen Hjerterehabilitering, 2004, s. 32-35).

Metabolisk Fitness og kondition

De kliniske retningsliniers anvisninger om et aktivitetsniveau på 30 min. daglig svarer til sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger til raske, hvilket bl.a. har til formål at forebygge de otte folkesygdomme og fremme den metaboliske fitness. Metabolisk fitness defineres som ratioen mellem den mitokondrielle kapacitet til substratomsætning og musklernes maksimale ilt optagelse. Nyere studier bekræfter, at betydelig mindre intense aktivitetsniveauer minimerer risikoen for de risikofaktorer, der er forbundet med fysisk inaktivitet. Klarlund & Saltin referer til "The family heritage study" hvor en intensitet svarende til 65 % af den maximale puls i 30 minutter, 3 gange om ugen i 20 uger er undersøgt. Her ses ingen forbedring i maksimale ilt optagelse men en forbedring af HDL kolesterol og blodtryk (Klarlund & Saltin, 2003, s. 53).

Forskellen på metabolisk fitness og konditionstræning er, at metabolisk fitness kan øges kraftigt uden en konditionsforbedring, mens en forbedring i kondition er ensbetydende med

en forbedret metaboliske fitness (Saltin & Pilegaard, 2002). Efter nogle uger med et øget fysisk aktivitetsniveau ses ikke kun forbedringer på konditionen men også en forbedring af den mitokondrielle kapacitet. Efter 4-6 ugers træning er konditionen forøget med 15-20 %, hvorimod den mitokondrielle enzym kapacitet er forøget med det dobbelte eller mere (Klarlund & Saltin, 2003, s. 51). Konditionsforbedring kan opretholdes i en længere perioden og er mere stabil, mens metabolisk fitness skal vedligeholdes dagligt ellers mistes effekten (Saltin & Pilegaard, 2002).

Borgs belastningsskala

Borgs skala er et værktøj, der kan anvendes til hjertepatienters subjektive vurdering af oplevet anstrengelse under fysisk aktivitet. Den er udviklet af den svenske psykolog Gunner Borg i 1967-68 og er en sammenkobling af psykologiske og fysiologiske aspekter under fysisk aktivitet, dvs. sammenhængen mellem arbejds puls og graden af subjektiv psykisk oplevet belastning.

I Borgs skala er der inkorporeret en tilpasning til individets maksimale hjertefrekvens og fysiske evne. Skalaen går fra 6-20 (puls 60-200), hvor 6 svarer til hvile, og 20 svare til maksimalt arbejde.

Skalaen er mest anvendelig indenfor konditionsidræt, men er adapteret i en modificeret udgave til andre områder, hvor der dog ingen sammenhæng er mellem skalaens indeks (6-20) og puls, men hvor den subjektive vurdering anvendes (bilag 2). Den anvendes således til hjertepatienter, da deres maksimale puls kan være nedsat medicinsk. Skalaen bruges til at styrer belastningen og især til at fastsætte et træningsniveau under optræning (Klarlund & Saltin, 2003, s. 74; Knudsen, 2006).

Adfærdsteorier

Karikeret forsøger teorier, at forklare menneskers adfærd som determineret af enten sociale strukturer, interpersonelle eller individniveau. Vi vælger i nærværende projekt at se adfærd som et resultat af individets egen indflydelse på ændringer.

Health Belief Modellen

Health belief modellen (HBM) er udviklet i Amerika i 1950'erne af psykologerne Hochbaum og Rosenstock. Den er fremkommet i et forsøg på, at forklare folks manglende deltagelse i forebyggende og diagnosticerende sundhedsprogrammer. Med efterfølgende

modifikationer er den en af de hyppigst anvendte teorier til både at forklare ændring og vedligeholdelse af adfærd og som baggrund for sundhedsinterventioner (Glanz et al., 1997, s. 29, 41).

De fire vigtigste nøgleord i HBM er i følge Glanz et al. (1997, s. 44) følgende:

1. "Oplevelse af egen sårbarhed".

I tilfælde hvor en medicinsk sygdom allerede er blevet diagnosticeret, omhandler denne individets accept af diagnosen, personlig estimat af tilbagefald og sårbarhed over for sygdom generelt.

2. "Oplevelse af alvorlighed".

Omfatter følelser i forbindelse med bekymringer for at få en sygdom eller lade den være ubehandlet. Der er tale om både medicinske og kliniske konsekvenser som døden og smerter samt mulige sociale konsekvenser som arbejdssituation, familielivet og sociale relationer.

Oplevelser af egen sårbarhed og oplevelse af alvorligheden i en kombination kaldes "oplevelse af trussel".

3. "Oplevelse af nytteværdien ved adfærdsændringen".

Omfanget af adfærdsændringen er afhængig af personernes tro på effektiviteten af de forskellige tilgængelige handlinger til at reducere sygdommens trussel. Det kan også omfatte andre nytteværdier så som økonomiske besparelser eller tilfredsstillelse af familiemedlemmer.

4. "Oplevelse af barrierer".

Potentielle negative aspekter i forbindelse med en adfærdsændring, oplevelse af barrierer, er med til at modarbejde den anbefalede adfærd. Personen laver en ubevidst cost-benefit analyse, hvor han opvejer adfærdsændringens forventede effekt med oplevelsen af økonomiske udgifter, ubehageligheder, det tidsmæssige forbrug osv..

De fire ovenstående nøgleord kan betragtes uafhængigt af hinanden. Udgangspunktet er forholdet mellem den oplevede trussel ved sygdommen, og de fordele/ulemper der er ved at ændre sundhedsadfærd, der bestemmer om patienten vælger adfærdsændringer. Modellen antager, at man vælger sundhedsfremmende handlinger, når der "opleves en trussel" mod helbredet, der er så alvorlig, at man mener at man uden større besvær kan

ændre livsstilen, så det vil hjælpe mod truslen (Kamper-Jørgensen & Almind, 2003, s. 183).

Self-efficacy

I 1977 introducerede psykologen Albert Bandura begrebet self-efficacy, som en del af sin "Social Cognitive Theory". Begrebet er siden hen blevet en vigtig del af HBM, idet det kan være med til at forstå og arbejde med langsigtede og mere omfangsrige adfærdsændringer samt fastholdelsen af disse (Glanz et al., 1997, s. 47). Dette har ikke hidtil været impliceret i modellen, da den udelukkende har forsøgt at forklare menneskers mangle på simple handlinger, såsom deltagelse i vaccination og screening. Glanz et al. (1997, s. 47) ser self-efficacy som en implementeret del af "oplevet barrierer" til at følge anbefalede sundhedsmæssige adfærdsændringer. Vi vælger at modificere HBM og se self-efficacy som en eksplicit komponent (figur 2).

Bandura definerer self-efficacy som ***"the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcome"*** (refereret fra Glanz et al., 1997, s. 47).

Teorien tager udgangspunkt i den enkeltes tro på gennemførelse af en adfærdsændring, og omhandler ikke individets færdigheder, men dennes vurdering af og forventninger til, hvad man kan gøre med de færdigheder man har til rådighed. Den kan kun finde sted, hvis man har tillid til, at det kan lade sig gøre. Teorien arbejder med et begreb, der hedder "specifik selvtillid", der dækker over en tiltro til, at man kan gennemføre den pågældende adfærdsændring. Den specifikke selvtillid påvirkes af fire læringsmæssige faktorer: 1) tilskyndelse fra en autoritet, 2) observation af andre i gruppesammenhæng, 3) succesfuld afprøvning og 4) positiv fysiologisk feedback (biofeedback). Biofeedback er et centralt begreb i teorien, der bruges som et middel til at styrke patientens specifikke selvtillid (Zwisler et al., 2003; s. 37-38). Det er den bedst dokumenterede teori inden for hjerteområdet, og den har vist sig god til at forklare, hvorfor nogle mennesker formår at ændre adfærd, der på længere sigt fremmer hjertesundheden (Kamper-Jørgensen & Almind, 2003, s. 184; Zwisler et al., 2003, s. 37).

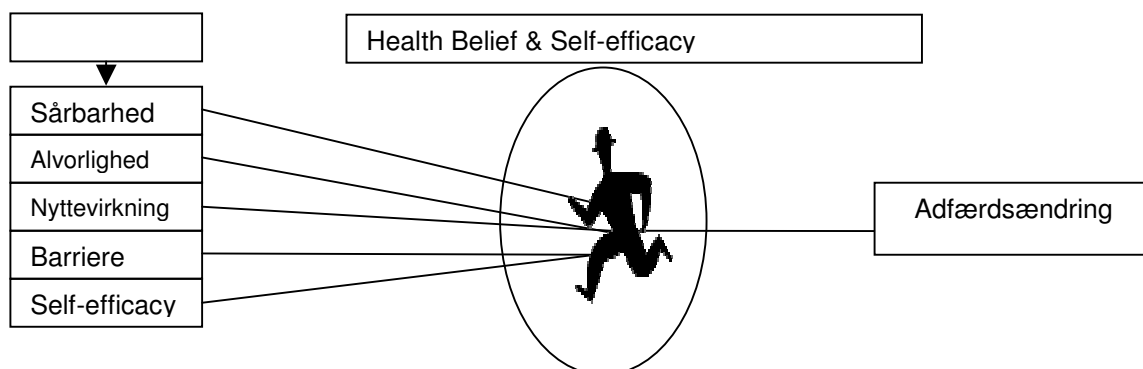


Fig. 2 Modificeret fra HBM (Original fra Kamper-Jørgensen & Almind, 2003, s.183).

Metode og materiale

Kvalitativ metode

Til belysning af problemstillingen er den kvalitative metode relevant. Den bygger på de videnskabelige traditioner som hermeneutikken og fænomenologien, disse søger at forklare og forstå fænomener ved hjælp af menneskers hverdagsbevidsthed og hverdagshandlinger (Malterud, 2003, s. 31). Kvalitativ metode egner sig til at belyse erfaringer, tanker, oplevelser, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2003, s. 30). Her søges ingen egentlig sandhed, men et indblik i det enkelte menneskes opfattelse af fænomenet indenfor en given kontekst.

Litteratursøgning

Litteraturen er søgt gennem Ergo- og Fysioterapeut uddannelsens bibliotek og Danmarks Natur- og lægevidenskabelige bibliotek. Der er anvendt søgemaskinerne Pubmed, Cochrane, Cinahl og Pedro med forskellige kombinationer af ordene ischemic heart disease, coronary heart disease, rehabilitation, physical therapy OR physiotherapy, exercise therapy, motivation, health belief model, self-efficacy, maintenance of behavioural change og adherence (bilag 3). Desuden er søgemaskinen Google anvendt til søgning af forskellige foreninger og organisationers hjemmesider.

Baggrundsmateriale

Ifølge Malterud (2003, s. 59) er baggrundskundskab en vigtig ressource for forskeren for at samle relevant data, inden denne træder ind i et forskningsprojekt. Derfor foretages en observation af fysisk træning på et nuværende hjerterehabiliteringshold på HR, således vi har en bedre forståelse for patienterne til senere interview. Desuden foretager vi et gruppeinterview med en sygeplejerske og en fysioterapeut fra HR. Vi anvender en åben interviewguide (bilag 4), der skal afdække personalets praktiske erfaringer, teoretiske baggrunde der anvendes i praksis. Desuden ønsker vi at få indblik i det tværfaglige forløb omkring den enkelte patient, som er et kernepunkt i HR og finde frem til, hvilke

informationer der gives videre til patienterne samt, hvilke motiveringsstrategier de enkelte faggrupper anvender.

Gruppe interviewet er fra start tænkt som et fokusgruppeinterview, da vi ønsker, at der skal opstå en samtale dynamik imellem fagpersonerne, men bliver aflyst fra HRs side.

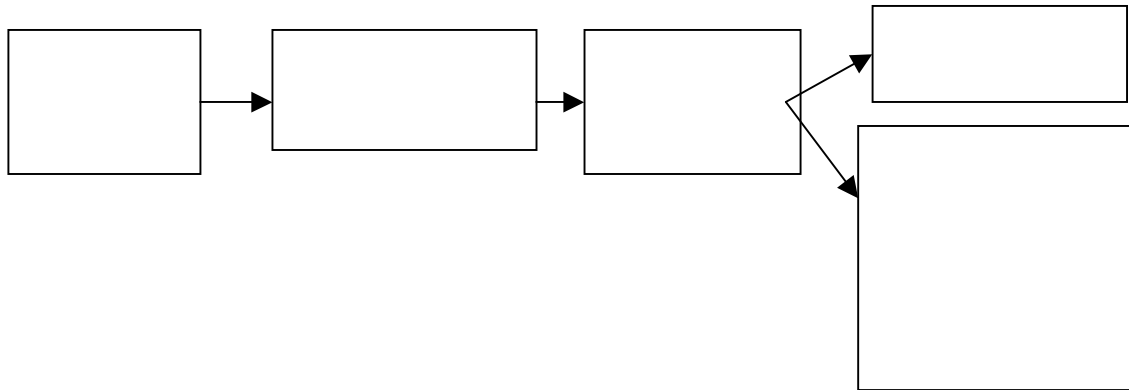
Gruppeinterviewet bruges som baggrundsmateriale, som interviewerfaring og til fastlæggelse af transskriptionsregler.

Enkel interview

Udvælgelse af informanter

Udvælgelseskriterierne for informanterne er, at de for cirka et år siden har gennemført stedets 6 ugers hjerterehabileringsforløb og ikke på nuværende tidspunkt lider af invaliderende sygdomme. Disse kriterier er sat ud fra opgavens formål om at undersøge oplevelser ved varige adfærdsændringer i forbindelse med fysisk aktivitet. Informanterne er valgt efter strategisk udvælgelse, der efter Malterud (1996, s. 55) giver den bedste mulighed for relevante svar.

Kontakten til informanterne er skabt via HR. Grundet stedets patientetik om anonym behandling af patientmateriale herunder diagnose, behandling, adresser og lignende udarbejder vi et informationsbrev (bilag 5), der sendes til tre tilfældige hold á henholdsvis 8, 8 og 9 personer. Informanternes anonymitet ophører overfor os, når de svarer med positiv eller negativ tilbagemelding. Ved dato for ophør af tilbagemelding har 11 indvilliget i at deltage. Informanterne er samlet i et skema, der viser variationsbredde (bilag 6), herfra foretager vi en udvælgelse fra de fastsatte kriterier. Det resulterer i fravælgelse af én mand og én kvinde. Tilbage er otte mænd og en kvinde, og dermed vælger vi at afgrænse vores problemstilling til kun at vedrøre mænd (bilag 7).



Figur 3. Udvælgelse af informanter.

Rammer for interview

For at højne validiteten i opgaven har vi gjort det klart for informanterne, at projektet er uafhængigt af HR og hospitalet, da vi mener at informanterne dermed vil være mindre selektive i deres svar. Derfor foregår interviewene efter informantens eget ønske på Fysioterapeut Skolen eller i informantens hjem. For at fremme interviewsituations fortrolighed og ro, der ifølge Malterud (2003, s. 69). kan skabe en god ramme for samtale om erindringer og sammenhænge, foregår interviewene i et uforstyrret lokale med "cafestemning".

Interviewene er semistrukturerede (bilag 8), og derved forsøger vi at afdække de ønskede emner. Da vi alle er uerfarne, og opgaven er en læringsproces, er vi alle tre til stede under interviewene. Vi har valgt en position med 1. interviewer (1I) og 2. interviewer (2I), der begge sidder sammen med informanten og 3. interviewer (3I) tilbagetrukket i lokalet. Rollerne er klart defineret. 1I har fokus på informanten, samtalen og temaerne. 2Is opgave er at sikre fuld afdækning af temaerne, hun får mulighed for at stille uafklarede spørgsmål ved skift af tema. Der må ikke afbrydes undervejs. 3I får mulighed for at stille spørgsmål til uafklarede områder ved interviewets afslutning. Rollerne skiftes indbyrdes, således at vi opnår størst mulig erfaring med metoden. For at sikre reliabiliteten optages interviewene på bånd, med henblik på efterfølgende transskription.

Interviewguiden følges kontinuerligt som udgangspunkt, men rækkefølgen kan kompromitteres ved en naturlig udvikling i interviewet. I henhold til Malterud (2003, s. 129) tages interviewguiden op til revision efter hvert gennemgået interview, og ændringer foretages, så vidt der er enighed om, at guiden er mangelfuld. Samtidig superviserer vi hinanden med henblik på bedre spørgeteknik og fremtoning under interviewene.

Transskription

Den kvalitative analyse forudsætter at materialet er sammenfattet til tekst på en håndterbar og relevant måde. Transskriptionen udføres af 31 direkte efter interviewet ud fra de fastsatte transskriptionsregler. Efterfølgende lytter vi alle interviewet igennem og sammenligner dette med transskriptionen, for at verificerer konteksten og sørger for at meningsbærende materiale ikke går tabt. For at sikre interreliabilitet sammenligner vi et transskriberet stykke fra os alle (bilag 9).

Etiske overvejelser

Vi har fra projektets start været opmærksomme på, at mange hjertepatienter har haft døden tæt inde på livet. Som følgevirkning af hjertesygdommen har denne patientgruppe en væsentlig højere rate af depression og angst end normal befolkningen (Zwisler et al., 2003, s. 120). Vi er opmærksomme på, at disse temaer kan blive en del af interviewet og frembringe stærke følelser for den enkelte. Skulle denne situation opstå, er det vigtigt, at vi forholder os til informanten med empati og lydhørhed.

Både i forbindelse med observationer gruppeinterview og interviewene har alle informanterne underskrevet et informeret samtykke (bilag 10). Her er formålet med vores projekt, metoden, håndtering af materialet, anonymitet og retten til at afslutte samarbejdet øjeblikkeligt uden konsekvens beskrevet. Det informerede samtykke skal sikre at informanterne er godt informerede og dermed føler sig fortrolig med at deltage (Hovmann & Præstegaard, 2002).

Analysemetode

Opgaven analyseres med udgangspunkt i *editing analysis style*, der egner sig godt til at udvikle begreber. Analysemetode er datastyret, hvor meningsindholdet kommer frem via reorganisering af materialet i databaseret kategorier. Undervejs i processen vælger vi at følge Malteruds principper i systematisk tekstkondensering, der bygger på Giorgis fænomenlogiske analyse, som anbefales til tværgående analyse. Analysen udføres i fire trin (Malterud, 2003, s.97-100):

- 1) at få et helhedsindtryk
- 2) at identificerer meningsbærende sætninger
- 3) at abstrahere indholdet i de enkelte meningsbærende sætninger, og
- 4) at sammenfatte betydningen af disse

Fra helhedsindtryk til tematisering

Efter den første gennemlæsning af alle interviewene, som give os et overblik over materialet, når vi frem til følgende tre overordnede temaer:

1. **Forudsætninger** dækker over informantens tidligere erfaring med træning, informantens træningserfaring fra HR, samt viden omkring træning i relation til hjertesygdom.
2. **Holdning** dækker over informantens måde at forholde sig til sin sygdom, sit aktivitetsniveau samt hvordan informanten forholder sig til træningen som en non-farmakologisk intervention til at behandle og forebygge tilbagefald af hjertekarsygdommen.
3. **Handling** dækker over de konkrete tiltag, informanterne har gjort i forbindelse med fysisk aktivitet i tiden efter rehabiliteringsforløbet.

I interviewene har vi også spurgt ind til adfærdsændringer af kost og rygning, både tidligere i livet og i forbindelse med sygdommen. Vi mener, dette kan give et mere nuanceret billede af informanten men har samtidig valgt at bruge dette materiale sekundært.

Tematisering

De transskriberede interview bliver genkendelige ved hver sin farve, og sammen gennemgår vi de meningsbærende enheder og den efterfølgende tematisering for første og sidste interview for at opnå konsensus omkring tematiseringen. Herefter bliver de resterende seks interview delt mellem os og gennemgås individuelt i forhold til de overordnede temaer. De meningsbærende enheder opsættes på tre plancher med overskrifterne; forudsætninger, holdning og handlinger. Dette gøres for at opnå et større overblik over materialet og fremme abstraktionsprocessen.

Som tematiseringen skrider frem står det klart, at informanterne har særlige fælles træk, som f.eks. at regnvejr og mørke opleves som en barriere for at træne, og de synes, at det kan være nemmere at få trænet, hvis de er sammen med andre. Alligevel viser der sig en større tendens til at udtalelserne deler sig i to grupper med mærkbare forskelligheder. For at sikre at vi ikke påfører materialet idealtyper, vælger vi at fortsætte systematisk med den tværgående analyse.

Kodningsprocessen

Ved grundig gennemlæsning af de tre temaer opstår der fire koder, der er mere specifikke for materialet. Indholdet af temaet "handling" består som en kode, men er ændret til "adfærdsændring", mens forudsætning og forholdelse opdeles til viden, motivation og barrierer. De meningsbærende enheder placeres nu efter de fire nye koder.

1. **Viden** der dækker over viden om træning både intellektuelt og kropsligt.
2. **Adfærdsændringer** i forbindelse med træning eller andet. Her under kodes også enheder vedrørende tidligere erfaringer med adfærdsændring og vaner.
3. **Motivation** er sygdommens påvirkning, egen tro på sig selv, omgivelserne, individuelle faktorer og HR.
4. **Barrierer** er sygdommens påvirkning, manglende tro på sig selv, omgivelserne, individuelle faktorer og HR.

Da kodning er færdig, er der stadig et mønster i retning af forskelligheder og ikke ligheder. Derfor vælger vi at analysere ud fra idealtypemodellen, og der re-kodes. Den tidligere kode viden, er kommet under motivation og barriere, der begge stadig består. "Adfærdændring" forbliver som en kode, og en ny kode personlighed kommer til. Under hver kode er der subgrupper for idealtipe 1 og 2.

Koder	Subgrupper til idealtipe 1	Subgrupper til idealtipe 2
1. personlighed	Den stressede type Tanker om tilbagefald Sygdom som motivator Tror på sig selv	Afslappet, livsglad Gør sig ikke tanker om tilbagefald Manglende tro på sig selv i forhold til træning Har ikke behov for træning Undskyldninger
2. adfærd	Borg 11-16 Handlinger	Borg 6-11 Manglende handlinger
3. Motivation	Tidligere erfaringer med træning Positive erfaringer med træning Viden om hjertesygdom og trænings effekt. Hjerterehabilitering (+biofeedback) Omgivelser som "medspillere"	Tidligere bevægelses erfaring "Hverdagsviden" om hjertesygdom Omgivelser som katalysator
4. Barrierer	Potentielle barrierer for træning Potentielle barrierer for andet Uforudsigelige hændelser	Ingen tidligere erfaring med træning Ingen oplevet træningsforbedring Manglende kendskab til sammenhæng mellem træning og hjertesygdom Føler ikke han behov for træning Andre prioriteringer Alder

Fig. 4: Kodning med subgrupper

Denne kodning oprettes i en matrix for at give et yderligere overblik over materialet (bilag 11).

Kondensering er en sammenfatning af meningsbærende sætninger, som i første omgang skrives i jeg-form og understøttes af citater, for at fortætte indholdet for hver subgruppe.

Dette bruges som et arbejdsnotat, til den efterfølgende resultatpræsentation (Malterud, 2003, s. 107). Sammenskrivningerne diskuteres i plenum, værdier og begreber tillægges de to idealtyper (bilag 12), som danner grundlag for den afsluttende begrebsudviklende kondensering og de tilhørende subgrupper.

Idealtypemodellen

Idealtypemodellen er oprindeligt udviklet af samfundssociologen Max Weber. En idealtipe er en mental konstruktion – et tankebillede som forskeren anvender, for at nærme sig den komplekse virkelighed (Andersen & Kaspersen, 2001, s. 91). Idealtypen har intet med et ideal at gøre, begrebet er et produkt af den menneskelige fornuft og modsvarer ikke af noget i virkeligheden. Det er en misforståelse, hvis man tror, at de er empiriske gyldige eller udtrykker faktiske kræfter i virkeligheden (Andersen & Kaspersen, 2001, s. 91). Eneroth (1984, s. 152-153) beskriver idealtypemodellen som et statisk billede taget ud af en særlig kontekst, den kan ikke beskrive en dynamisk proces men et øjebliksbillede. Modellen kan dog godt bruges til at beskrive en sammenhæng mellem dele, relationer eller strukturer.

Processen med konstruktion af nye begreber, som beskriver de to idealtyper, er for vores vedkomne ikke udelukkende en mental konstruktion. De er fremkommet på baggrund af datamaterialet, og indeholder elementer af virkeligheden. Fysioterapeuter vil således ikke kunne finde en patient, som præcist modsvarer vores idealtyper, til gengæld vil de kunne genkende elementer af idealtyperne i deres patienter. I virkeligheden må det antages, at patienter ikke er enten/eller, men både/og. Til gengæld er idealtyperne med til at simplificere og overskueliggøre, de motiverende forhold og barrierer patienter oplever ved at foretage en adfærdsændring på langsiget.

Resultater – Idealtyper

Udviklingen af idealtyperne er sket i relation til fysisk træning og adfærdsændring. Ud fra materialet er begreber, som beskriver de to idealtyper, fremkommet. Det er henholdsvis

”den reflekterende og handlekraftige mand” og ”den ubekymrede og bekvemme mand”
Disse idealtyper besidder forskellige karakteristika, som indbyrdes udelukker hinanden.

Den reflekterende og handlekraftige mand

Personlighed

Han er en mand først i 50'erne. Han har en længerevarende uddannelse og har skiftet job få gange i sit liv, enten i forbindelse med selvudvikling eller arbejdsløshed. Han har haft et iskæmisk hjerteinfarkt med efterfølgende nedsat ejection fraktion (EF)⁷. Han bruger hovedsageligt sin tid på arbejde og fritidsinteresser, og har et bredt socialt netværk bestående af familie, venner og kollegaer. Han er ambitiøs med hensyn til at opnå sine mål og arbejder disciplineret. Inden hjertesygdommen har han oplevet perioder med øget fysisk- og psykisk stress på arbejdspladsen, enten i form af mange arbejdsopgaver eller i forbindelse med firingsrunder. *”Jeg har måske i tilbageblikket haft en stress tærskel, hvor at tingene skulle være meget punktlige, og hvis man kom udenfor de ting, så var hele dagen ødelagt. Dagligdagen bliver ødelagt, hvis det ikke lige går efter vores snor”* (Blå, l. 171- 176).

Han beskriver oplevelsen af dødelighed i forbindelse med sin hjertesygdom. Han formår at sætte ord på sin sårbarhed og på de følelser sygdommen fremkalder. Han forholder sig realistisk og reflektivt til sin viden omkring øget risiko og foretager de anbefalede ændringer mht. rygning, kost og motion. *”Den form for angst, for at det sker igen, er noget der foregår inde i mit hoved. Der er kun én måde at fjerne den angst på, og det er at man føler, at man har større chancer for at overleve. Nu hvor mit hjerte er forholdsvist stærkt kan jeg ligge frygten fra mig”* (Lilla, l. 286-288).

Han finder det frustrerende, når der er uoverensstemmelse mellem behandlernes udsagn, da han gerne vil træne optimalt for at beskytte sit hjerte. Desuden forholder han sig kritisk og konstruktiv til sin behandling og behandlernes formidling af information. *”Jeg tror man bliver nødt til at hjælpe folk individuelt, f.eks. hvis der nu kommer en person som aldrig nogensinde har motioneret før, eller måske har motioneret engang. Så skal man ind og*

⁷ Uddrivningsfraktion, den blod mængde der drives ud i det systemiske kredsløb under systolen (Zwisler et al., 2003, s. 204)

kigge på denne persons situation, hvordan man kan få motion inkorporeret i det menneskes hverdag” (Lyserød, l. 537-540).

Han tror på sig selv og har tillid til at sine adfærdsændringer er livsvarige. Ændringerne laver han for sin egen og hjertesygdommens skyld. Han er motiveret for forløbet på HR og sin efterfølgende træning, hvor målsætningen er, at opnå et træningsniveau tilsvarende eller højere end det han opnåede på HR.

Adfærd

Den reflekterende og handlekraftige mand ændrer adfærd i forhold til sin hjertesygdom med hensyn til fysisk aktivitet. Han er klar over, at han er begrænset i sin fysiske formåen, som et resultat af nedsat EF og er overbevidst om at denne, kan modvirkes ved at implementere træning i sin hverdag. Han træner minimum 30 min. konditionstræning tre gange ugentligt, som han betegner ”anstrengende - meget anstrengende” svarende til 16 på Borgs skala (ca. 70 % af pulsreserven). Han bruger ”snakkegrænse”, pulszone og pulszone i forhold til sin maxpuls, og andre træningsredskaber som han har lært på HR. Ud over sin konditionstræning går han ture, hvor han udfordrer sit kredsløb ved at stile efter kuperede områder. *”Jeg har aldrig været god til at løbe, men fysioterapeuten sagde til mig, at det ville være godt at få pulsen op og så ned igen. På løbebåndet gør jeg så det, at jeg går 7km/t med en 12 % stigning, efter 2 min. sætter jeg hastigheden ned til 6 km/t. På den måde intervaltræner jeg”* (Blå, l. 55-58).

Han mener, at stress er risikofaktor for udvikling af hjertesygdom, og han har ændret sin tidligere livsstil ved at undgå overarbejde, ved generelt at blive bedre til at sige fra og tage det mere med ro mentalt. Hjertesygdommen bevirker, at han tager stilling til, hvad der er vigtig at beskæftige sig med i livet og sætter prioriteringen efter dette.

Motivation

Den reflekterende og handlekraftige mand har tidligere i sit liv dyrket sport. Som yngre har han trænet ofte, men har siden skåret ned på aktiviteten og i perioder helt stoppet. I

forbindelse med sit nuværende træningsniveau oplever, at han har fået mere energi i hverdagen, en fysisk forbedring af både sin krop og åndedræt og har oplevet en humørstigning. *"Fysisk kan jeg mærke en forskel. Jeg har fået nogle kræfter tilbage, som jeg ikke har haft i mange, mange år"* (Lilla, l. 292).

HR har været med til at give ham mental- og fysisk tryghed i form af information og faste rammer for træningen. Oplevelsen af at opnå åndedrætskontrol, samt en konditions-mæssig forbedring, gør funktionsniveauet bedre og oplevelsen af kontrol over sygdommen større. Information om anbefalede adfærdsændringer og værktøjer til at tilrettelægge sit videre liv med, har for den reflekterende og handlekraftige mand været afgørende.

Han er vidende om sin sygdom, dens risikofaktorer og den multifaktuelle sammenhængen herimellem. Han mener at inaktivitet er lige så skadelig som rygning, og at jo bedre kondition han er i, jo mindre er risikoen for tilbagefald. Det forhøjede blodtryk kan sænkes ved træning, mens kolesteroltallet hovedsagelig er påvirket af kosten. Han opfatter det som afgørende at han bliver ved at tage sin medicin, selvom han principielt gerne vil undvære det. *"Det er underligt at se sin egen dødelighed gjort op gjort op i tal, så efter at have været temmelig frustreret, fik jeg de oplysninger jeg havde brug for, for at komme videre. For det første skulle jeg sørge for, at det ikke skete igen, med ændring af motion og vægten skulle ned lynhurtigt, for har også en væsentlig betydning. For det andet var min hjertefunktion nedsat de her 20 %, så jeg måtte øge den effekt jeg havde. Det kunne ske ved træning"* (Lilla, l. 163-168). Han opsøger i perioden efter HR hjertemæssig viden fra andre informationskilder f.eks. Hjerteforeningen for at få den nyeste viden om sin sygdom.

Principielt synes den reflekterende og handlekraftige mand, at det bør være sjovt at træne, og han finder en træningsform som passer nøjagtig til ham. Han nyder at træne med familie og venner, særligt, hvis der kan blive lagt et konkurrenceelement med ind i træningen. Han er ikke bange for at indrømme at træningen til tider kan være en sur pligt. Tilstedeværelsen af og samværet med venner, familie og holdkammerat og familien, gør det nemmere at komme af sted til træning.

Barrierer

Han nævner flere potentielle barrierer, men handler på dem inden de bliver reelle barrierer. På trods af et selv vurderet dårligt konditionsmæssigt udgangspunkt, nervøsitet for at påbegynde træning, og frygten for at belaste hjerte unødvendigt med forkeret træningsintensitet, har han vha. information, biofeedback fra sin krop og tidligere træningserfaring, igangsat adfærdsændringerne på HR. *"Det er en lang udvikling. Jeg kunne ikke så meget da jeg blev udskrevet. Jeg var trods alt både for kraftig og i dårlig træning. Jeg skulle passe på med mit hjerte."* (Lilla, l. 442-443).

I perioden efter HR oplever han de største barrierer i form af uforudsigelige begivenheder i hverdagen. Begivenheder som påvirker rutiner eller psyken bevirker at adfærdsændringerne kommer i anden række. *"Det irriterede mig, for det gik også ud over kosten, lige pludselig. Så kom der en periode hvor min far døde, så var der alt med begravelse osv. Det var en trist periode og man er også irriteret over, at man ikke fik sin motion, man er hele tiden bevidst om det, ligesom jeg er nu, fordi det ligger i baghovedet"* (Lyserød, l. 605-608).

Han har oplevet at omgivelserne har reageret negativt på sin evne til at omlægge sin livsstil. På trods af dette, har han vedholdt den adfærd, der er den rigtige i forhold til sin hjertesygdom. Han er hjertepatient resten af livet, men oplever alligevel tiden som en potentiel barriere for fysisk træning. Han har en fornemmelse af at glemme hjertesygdommens alvor, specielt fordi han ikke mærker den.

Sammenfatning med teoretisk ramme

I forhold til HBM og "Self-efficacy" kan forskellige elementer være med til at forklare den reflekterende og handlekraftige mands motivation for at implementere systematisk træning i sin hverdag. Han oplever en stor grad af sårbarhed i forbindelse med sin hjertesygdom, som han opfatter som kronisk. Han er bange for reinfakt, og oplever at dette vil ramme ham ekstra hårdt, da han i forvejen har et reduceret EF. Han oplever hjertesygdommen som alvorlig på grund af den livslange medicinering og dødelighed. Hans alder taget i

betragtning kan en yderligere forværring få konsekvenser for både det sociale- og arbejdsmæssige liv. Som et resultat af sin viden og kropslige erfaringer, er han bevidst om nyttevirkningen af fysisk træning, og han vælger, at prioriter dette som en del af sine adfærdsændringer. Han er bevidst om de træningsmæssige barrierer, han oplever i sin hverdag. Han accepterer ikke disse og modarbejder enten den konkrete barriere eller finder alternative løsninger. Han oplever en stor tro på sig selv med hensyn til vedligeholdelsen af træning.

Den Ubekymrede og bekvemme mand

Personlighed

Den ubekymrede mand er omkring 70 år, og han har en håndværksmæssig uddannelse. Han har fået forsnævring af hjertets kranspulsåre, men hjertet har efterfølgende ikke taget skade. Symptomer på sygdommen er opstået akut, hvor der kun er gået timer, inden han er blevet opereret. Efterfølgende har han ikke oplevet lignende symptomer, og han tænker ikke på sygdommen, hvilket gør at han føler sig rask igen. Han mener at for mange spekulationer omkring hjertesygdommen blot vil gøre situationen værre og sænke livsmodet. *"Det er ikke noget jeg går og spekulere på, men det er vel fordi, man synes man her det godt igen. Jeg går ikke og plager mig selv med at jeg har en hjertesygdom og skal passe på"* (Lysegul, I. 306).

På trods af stressede situationer i hverdagen, evner han at slappe af og mener at det er vigtigt ikke at sætte sig højere mål end man kan nå. Han har et biomekanisk syn på sin sygdom. Såfremt han oplever et tilbagefald kan hjertet opereres og igen fungerer normalt. *"Jeg kender symptomerne, så jeg ved hvordan jeg skal forholde mig og hvem jeg skal ringe til. Og så vil det stort set være den samme procedure man skal igennem igen"* (Rød, I. 184).

Han har oplevet venner og kollegaer, som også har hjertesygdom, og han synes at det er tilfældigt, hvem det rammer. På HR har han desuden oplevet at folk er yngre end ham, hvilket bekræfter ham i hans opfattelse, af at han lever et nogenlunde sundt liv. I perioden efter HR oplever han ikke behov for mere motion, end det han naturligt får i sin dagligdag. Han opfatter sig selv som værende i god form, taget i betragtning at han ikke skal være en

sportsmand. *"Jeg mener ikke at jeg behøver at lave mere. Så skal jeg lave det i min fritid, løbe rundt og det synes jeg ikke jeg har behov for"* (Rød, I. 226).

Familien er et vigtigt omdrejningspunkt for den ubekymrede og bekvemme type. Han er en livsnyder og prioriterer hygge og samværet med familien højt. Det betyder at familien ofte deltager i gåture, men samtidig har de også den effekt på ham, at samværet med dem prioriteres højere end fysisk aktivitet.

Adfærd.

Han har ikke ændret adfærd med hensyn til fysisk aktivitet. Han bevæger sig i form af en gåtur og anden daglig aktivitet. Han opfatter ikke dette som træning men et spørgsmål om at holde mekanismen i gang. Han kender, men bruger ikke "snakkegrænsen" i og med at han sjældent laver aktiviteter, som gør ham forpustet. Når det sker, forsøger han at undgå det ved at stoppe aktiviteten. Han oplever overensstemmelse mellem dette niveau og de 30 min. fysisk aktivitet, han har fået anbefalet på HR. Derfor har han ikke en målsætning om, at øge sit fysiske aktivitetsniveau. *"Ja de tilbød jo, at jeg kunne fortsætte med at gå til noget motion, men det synes jeg ikke lige var mig. Det er måske dumt ikke at tage i mod det, det ved jeg ikke, men jeg synes selv jeg farer nok rund i løbet af dagen og får rørt mig"* (Lysegul, I. 153-155).

Motivation

Hos den ubekymrede og bekvemme mand findes motivationen i de nære relationer. Disse sørger for, at han kommer ud at gå og de er generatoren for andre adfærdsændringer såsom kostændringer. *"Når jeg har meget at beskæftige mig med og synes jeg skal have noget for hånden, så kommer min kone og siger at nu har du siddet der den halve dag, og så går vi altså"* (Lysegul, I. 606).

Han kan godt lide at være udendørs og oplever, at det er rart at gå en tur sammen med sin kone, særligt, hvis det kan kombineres med en frokost et sted i byen eller andre gøremål. Han kommer sjældent af sted alene og motiveres bedst af at lave noget med andre.

I forbindelse med indlæggelsen på hospitalet oplever han, at lægen motiverer ham til rygestop, som han tidligere har prøvet uden succes. *"En læge på hospitalet sagde til mig,*

at hvis jeg startede med at ryge, ” så ses vi bare igen”. Og det gider man jo ikke, og det synes jeg heller ikke, at man kan tillade sig over for behandlingssystemet, når man er blevet behandlet lynhurtig”(Rød, l. 232 – 235).

Samtidig blev han på hospitalet tvunget til at stoppe rygning på grund af rygeforbud og EKG-monitoring og har siden formået at være ikke-ryger.

Den ubekymrede og bekvemme mand udtaler sig i generelle vendinger omkring sin viden omkring hjertesygdommen og dens forebyggende faktorer. Han mener at cykling, som han har oplevet på hjerterehabiliteringen, vil kunne ”give ham noget for lungerne og styrke hjertet og blodomløbet”. Han nævner de anviste 30 minutters daglige aktivitet og mener, at disse kan opnås ved at tælle sine aktiviteter sammen, som indkøb, trappegang osv. Han udtaler, at det er for ham er sund logik, at man får det bedre hvis man bevæger sig. *”Det er ikke sikkert, at man lever længere på grund af motion, men du har det bedre imens du lever – helt afgjort”* (Grøn l. 518).

Barriere

Hverken tidligere eller nu interesserer den ubekymrede og bekvemme mand sig for sport og idræt. Han har ingen tidligere erfaringer med træning, og han opfatter ikke det som sjovt. Han har altid haft fysisk arbejde, og mener at han har fået tilstrækkelig motion gennem sit arbejde, sine daglige gøremål og fritid. *”...jeg må indrømme, at jeg aldrig har dyrket sport, det interessere mig ikke”* (Lyseblå, l. 245).

Han oplever at have en rimelig kondition og har ikke registreret, at den er blevet påvirket af sygdommen. På HR erfarer han ingen fysisk forbedring i forbindelse med træning, men forløbet giver ham en fornemmelse af snakkegrænsen, men det er ikke noget han implementere i sin hverdag. Han mener ikke, at det anviste aktivitetsniveau er problematiske at opnå og holder fast i HR fysioterapeuterne, der har anbefalet ham gåture og indkøb. *”Der skal egentlig ikke så meget til, man siger en halvtimes motion om dagen, man skal holde sig i vigør.”* (Lyseblå, l. 199)

Han synes, han er blevet godt informeret på HR, er autoritetstro og stoler på at motion er godt for hjertet, når fysioterapeuterne siger det. Han oplever ikke sig selv som kronisk hjertesyg og mener at han er udenfor risikogruppen for tilbagefald. *”Nu har jeg gået over et*

år og jeg tror ikke at der kommer tilbagefald. Inden for det første år er der 25 %, der kommer på hospitalet igen” (Rød, l. 179).

Den ubekymrede og bekvemme mand acceptere, at han pga. af prioritering bliver mindre fysisk aktiv. *”Man bliver frygtelig doven, når man har en lille bil stående lige ude foran døren ..., så er det jo altså meget svært at gå ned og sætte mig på cyklen” (Lyseblå, l. 254)*

I og med at den ubekymrede og bekvemme mand sjældent kommer af sted alene og hovedsageligt følges med andre på sine gåture, indordner han sig under deres tempo. Gåtur bliver aflyst, hvis han oplever, at andre ting er mere vigtige, eksempelvis sommerhusstandsættelse, hobby eller sociale sammenkomster. Samtidig spiller vejr og årstid ind på aktivistniveauet. *”Nu om vinteren bliver mine gåture ikke til så meget, nu hvor det er mørkt. Om sommeren elsker jeg altså at gå en tur, ligesom når jeg er på weekend” (Lyseblå, l. 218-219).*

Sammenfatning med teoretisk ramme

I forhold til fysisk træning har den ubekymrede og bekvemme mand ikke implementeret adfærdsændringer i sin hverdag. Han oplever, at han opfylder de anbefalinger, han har fået for HR.

Set i relation til vores teoretiske referencerammer er der nogle faktorer på individniveau, som kan give os en forklaring på, hvorfor den type ikke laver den træningsmæssige adfærdsændring. I henhold til HBMs ”oplevelse af sårbarhed” er den overraskende lille taget i betragtning, af at han for et år siden er diagnosticeret iskæmisk hjertepatient. Sygdommen har ikke haft fysiske konsekvenser og han har derfor fortsat den livsstil, han har haft hidtil. Grunden til dette kan være den sene alder, pensionisttilværelsen samt at det ikke har haft konsekvenser for sit sociale liv. ”Oplevelsen af nytteværdi” ved en træningsmæssig adfærdsændring er lille. Sammenhængen mellem et forøget kondital, forebyggelse af tilbagefald og dermed øget livslængde er for ham ikke en bevidst viden. Da denne dimension også indeholder ”tilfredsstillelse af familiemedlemmer”, som en nytteværdi, kan det forklare, hvorfor han alligevel holder sig i vigør i sin hverdag. Omgivelserne værdsætter dette familiemedlem, og han vil gerne leve op til anbefalingen om 30 min. fysisk aktivitet for at tilfredsstille dem. Han oplever ikke barrierer for

adfærdsændringen som noget bevidst, men han opvejer sin livskvalitet i forhold til fysisk træning. Hans alder spiller sandsynligvis en rolle i og med, at han vil nyde de sidste år af livet og træning ses ikke som en nydelse, men en pligt der skal inkorporeres i dagligdagen. Denne ændring er han ikke klar til at lave. Generelt har den ubekymrede og bekvemme mand en god tro på sig selv, men ved den specifikke tillid til at øge træningsniveauet i dagligdagen, er troen lille. Det interesserer ham ikke, han har ikke oplevet specielle positive effekter hidtil og han er afhængig af andre til at motivere ham.

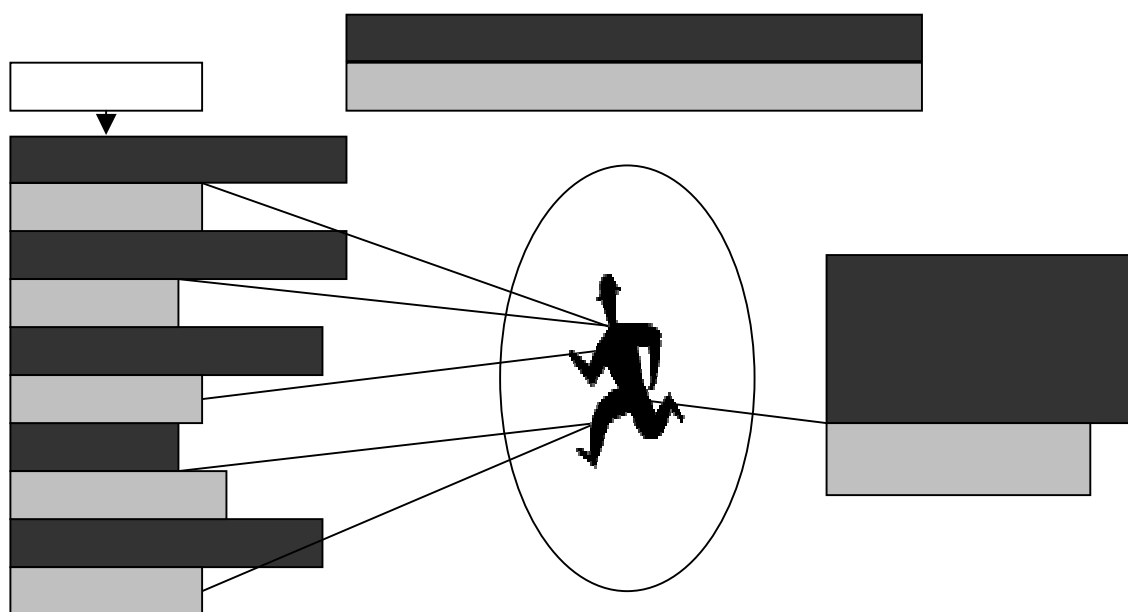


Fig. 5. Vores vurdering af styrken af "oplevelse" i henhold til den modificeret HBM sammenlignet med idealtypen 1 og 2. (Original fra Kamper-Jørgensen & Almind, 2003, s.183).

Metode diskussion

Interviewguiden er udarbejdet med udgangspunkt i teorien om adfærdsændringer, litteratur på området og vores baggrundsmateriale, hvilket vi synes er en styrke, men dette kan ligeledes begrænse vores informationer om informanternes oplevelser. Som resultat af vores manglende erfaring med interview, har vi undervejs oplevet, at vi nogle gange er

mere opmærksomme på at få afdækket alle emnerne i interviewguiden frem for at følge informantens svar. Det kan have den konsekvens, at vi ikke har givet informanten plads til nye og spontane emner. Vi kunne have mindsket dette, hvis vi som baggrundsmateriale lavede et fokusgruppeinterview, med en anden gruppe hjertepatienter, således at interviewguiden ikke var præget af vores indflydelse men i stedet informanterne indbyrdes diskuterede omkring oplevelser i forbindelse med en adfærdændring.

Vi mener, at vi indenfor de givne rammer har stor variationsbredde ved de inkluderede aldersgrupper, uddannelses- og aktivitetsniveauer. Variationsbredden er dog begrænset, da informanterne selv har skullet tage kontakt til os og derved repræsenterer en gruppe, der skulle foretage en handling for at deltage i vores interview. Vi kunne have opnået større variationsbredde i materialet ved at udsende spørgeskemaer med åbne svar kategorier. Hermed kan det tænkes, at vi kunne have fået kontakt til en større mængde af inaktive personer.

Til et kvalitativt studie bør antallet af informanter ikke fastsættes, men følge en forskningsstrategi med trinvis rekruttering af informanter (Malterud, 2003, s. 63). Grundet tidsafgrænsning på projektet er det ikke muligt for os at have denne arbejdsform, og derfor fastsætter vi fra start et antal informanter. Vores udvælgelse af informanter er strategisk, men undervejs foretager vi nogle pragmatiske beslutninger, der afgrænser vores forskningsfelt.

Havde vi øget antallet af interview eller haft kvindelige informanter, var der muligvis fremkommet en yderligere idealtype, der kunne have givet os et mere nuanceret billede af motiverende forhold og barrierer, frem for det meget sort/hvide vi ser i vores materiale. Hermed vil vores studie være mere repræsentativt for hjertepatienter. Som resultaterne forligger nu, vil de to idealtyper kunne genfindes hos mænd med kronisk sygdom. Der kan dog ses forskellig "oplevelsestrussel", da der er forskel på symptomer og sygdomsudvikling.

Enkeltinterview situationen er opsat med fysiske rammer, der skal skabe tryghed og fortrolighed for informanterne. Disse rammer har begrænsninger, da informanten er placeret tæt på to båndoptagere, og vi er tre kvindelige personer tilstede, der alle sidder

med papir og blyant. Malterud (2003, s. 131) beskriver vigtigheden i at interviewereren er sensitiv og følsom. Dette bestræber vi os på at være. Vi ligger vægt på, at det er informanten, der er ekspert på sin egen sygdom, og vi er opmærksom på at tilsidesætte vores egen forforståelse. I flere tilfælde overrasker det os, hvor åbne informanterne er omkring deres oplevelser.

Et semistruktureret interview giver os mulighed for, at komme omkring de ønskede temaer men stadig være åbne for ny viden fra informanten. Vi har udarbejdet en meget detaljeret interviewguide men har som hovedregel kun spurgt ind til hovedspørgsmålet og ladet informanten selv fortælle. De første interview bar præg af vores uerfarenhed, og her kan den interne validitet være svækket, da vi ofte kom til at stille lukkede spørgsmål. Havde vi valgt samme interviewer ved hvert interview, kunne vi have højnet validiteten ved øget erfaring i spørgeteknik og uafhængighed at interviewguiden.

Materialer fra semistruktureret interview egner sig til tværgående analyse, da man her søger sammenlignelighed hos informanterne. Idealtypen modellen er ofte relateret til narrative studier, hvor informanten giver et større helhedsbillede af sig selv. Vores materiale viste dog efter opsætning af matricen, at der var en stærk tendens til, at informanterne udtaler sig forskelligt, f.eks. blev subgruppen "Tro på sig selv", blev inddelt i "tro" og "manglende tro". Dette bekræfter valget af idealtypen analysen.

I følge Malterud (2003, s. 74) bør analysearbejdet startes efter en mindre materialeindsamling (3-4 interview), dette har ikke været muligt tidsmæssigt, men interviewguiden er løbende revideret både i forhold til informanternes udsagn samt aflytning, læsning og diskussion af de transskriberede interviews, hvilket har øget den interne validitet. Transskriptionsreglerne har tjent at være meget tro mod informanternes udsagn. Vi har senere erfaret, at noget af materialet har mistet sin værdi. Et bedre analysemateriale var fremkommet, hvis vi havde transskriptionsregler, der bedre tjente vigtigheden i at få meningen i svarene til at stå mere klart frem.

Resultatdiskussion

I det følgende vurderes de to idealtyper i forhold til deres fysiske aktivitetsniveau og de angivne kliniske retningslinier. Deres personlighed og adfærd ses i forhold til de to adfærdsteorier, HBM og self-efficacy og andre studier. Projektets relevans for fysioterapi diskuteres ligeledes.

Træning

Vores to idealtyper har begge et aktivitetsniveau, der minimum svarer til de kliniske retningslinier og HRs anbefalinger, - 30 min. fysisk aktivitet om dagen, som ligeledes svare til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for raske mennesker. Forskellen er intensiteten, den reflekterende og handlekraftige mand træner for at forbedre sin kondition og den ubekymrede og bekvemme mand har muligvis et aktivitetsniveau, der svarer til at træne sin metaboliske fitness. Er det tilstrækkeligt med metabolisk træning, når man først har erhvervet sig en hjertesygdom? Ifølge Professor, overlæge, dr. med. Bente Klarlund er det en misforståelse, at kronisk syge ikke skal træne. *"Hvis man ser på diagnoser som for eksempel KOL, hjertesvigtpatienter og folk med iskæmisk hjertesygdom skal de trænes (mere end de anbefalede 30 min.), og i al fald i den indledende træning skal foregå under supervision af f.eks. en fysioterapeut og gerne i sygehusregi"* (Pilmark & Guldager, 2003, s. 5).

Vi er kritiske overfor, at man efter et hjerterehabiliteringsforløb anbefaler et træningsniveau, der hedder min 30 min fysisk aktivitet dagligt og intet krav om intensitet. Den potentielle gode konditionseffekt, der er opnået i rehabiliteringsforløbet, forsvinder, når patienterne stopper med at belaste kredsløbet. Undersøgelser har vidst, at en opnået konditionsforbedring er faldet til udgangspunktet ved test efter ni måneder, såfremt man stopper træningen totalt. Mens en forbedret kondition kan opretholdes med træning 1-2 gange/uge (Klarlund & Saltin, 2003, s.36). Den absolutte belastning er ikke afgørende, men derimod er det vigtigt at intensiteten holdes. Den anbefales at ligge på omkring 60-70 % af individets maksimale iltoptagelse, såfremt det er kontinuerlig træning (Klarlund & Saltin, 2003, s.35). Vi vurderer at den reflekterende og handlekraftige mand ligger over dette niveau, mens den ubekymrede og bekvemme mand ligger under. Med HRs intensive

indsats for at forbedre konditionen, kan det med den efterfølgende lave målsætning tænkes, at den opnåede effekt på sygdomsforbedringen forsvinder. Idealtypene har lært at bruge Borgs skala og med en øget opmærksomhed på anvendelse af denne i efterforløbet, ville de nemmere kunne opretholde et øget aktivitetsniveau på egen hånd. Med en forholdsvis lille indsats fra fysioterapeuterne, kan patienterne hermed opnå en høj gevinst.

Ifølge Myers (2002, s. 798) skal der opnås et kondital >36 eller METs $> 10,7$, før den relative risiko for dødelighed er nedsat og på højde med rask population. Først herefter kan hjertepatienter rette sig efter de anvisninger, der er givet for den raske befolkning. Patienterne på HR testes mht. deres maksimale kapacitet. Her kunne man eventuelt anvende deres kondital som en motiverende faktor og til at give dem en større bevidsthed om deres tilstand.

En undersøgelse af et integreret rehabiliteringsforløb af iskæmiske hjertepatienter, med et fysisk aktivitetsniveau på 2 timer dagligt i en måned, viser en konditionsforbedring på 27 %, ved opfølgning to år senere havde de i gennemsnit en yderligere forbedring på 7 % (Boesch et al., 2005, s. 17; Jobin, 2005, s. 103). Studiet beskriver ikke, hvilken intensitet patienterne har trænet på i de to år, og samtidig foreligger der ikke nogen kontrolgruppe. Alligevel ligger det op til en diskussion af aktivitetsniveauet på HR, hvor der trænes 20-40 min., 2 -3 gange ugentligt i 6 uger, samt i hvilket regi rehabiliteringen kan foregå. En løsning kan være et forløb i privat sektoren, hvor man kan have mere intensive forløb, således at patienterne bliver mere bevidste og får større erfaring med fysisk aktivitet. Den afgørende problematik på området er, at der på nuværende tidspunkt ikke foreligger evidensbaseret materiale for træningsmængde og intensitet for hjertepatienter efter et år og på længere sigt, samt evaluering af hjerterehabiliteringsforløb der redegør for, hvor stort et arbejde fysioterapeuterne ligger på langvarige adfærdsændringer i forhold til udbyttet af disse.

Adfærd

Af resultatet er fremkommet to forskellige personlighedstyper. Det er interessant, at den reflekterende og handlekraftige mand repræsenterer samme træk, som amerikanerne

Rosenman og Freidman har beskrevet (refereret fra Iversen et al., 2004, s. 250) omkring "personlighed type A", der ifølge flere undersøgelser har en overhyppighed i forekomsten af hjertesygdom. Denne fremstår med personlighedstræk som tidknaphed, høje ambitioner og kompetitiv indstilling. Dette kan være med til at give en forklaring på den reflekterende og handlekraftige mands tidlige hjertesygdom. Personlighedstrækkene hos type A er ikke empirisk bekræftet, og det har snarere vist sig at være personer, der er udsat for en langvarig stresspåvirkning, udviser fjendtlighed, mistro og vrede der er i forhøjet risiko (Iversen et al., 2004, s. 250-252). Den reflekterende og handlekraftige mand udviser skepsis i forhold til informationer. Hidtil har vi tillagt dette hans "oplevelse af trussel", men det kan tænkes være et generelt personlighedstræk ved denne idealtipe.

I et Cochrane review fra 2004 er effekten af psykologiske interventioner ved iskæmisk hjertesygdom gennemgået specielt effekten af stresshåndtering. Stresshåndtering anvender afslapningsmetoder i kombination med adfærdsstrategier og kognitive strategier, med henblik på at nedsætte den stresstilstand som er en konsekvens af kardiologisk sygdom, at reducere stress relateret adfærd i forhold til risikoen for flere hjertetilfælde og ændre den såkaldte personligheds type A-adfærd. Reviewet gennemgår effekten af de psykologiske interventioner i forhold til sygelighed og dødelighed hos patienter med iskæmisk hjertesygdom og sekundært vurderes psykologisk velbefindende. Der ses ikke en reduktion i hjertedødelighed, men en signifikant reduktion i ikke-dødelige tilbagefald, og der ses en positiv reduktion på angst og depression. (Ress et. al., 2004; Rasmussen & Birket-Smith, 2005). I dag er stresshåndtering eller psykologer ikke en integreret del af hjerterehabilitering, men et øget fokus på dette område, vil sandsynligvis kunne afhjælpe tilbagefald for den reflekterende og handlekraftige mand.

Ser man på de to idealtyper i forhold til HBM og self-efficacy, er det forskellige faktorer, der spiller ind på deres adfærdsændring eller mangel på samme. Den handlekraftige og reflekterende mand har en stærk oplevelse af trussel og nyttevirkning, hvorimod "oplevelse af barrierer" ikke er en afgørende hindring for sin adfærd. Dette stemmer overens med et review fra 1984 omkring interventioner, hvor HBM er anvendt viser, at "oplevelse af sårbarhed" er stærkest hos folk, der er diagnosticeret syge, imens "oplevelse af barrierer" er stærkest til at forudsige adfærdsændringer i både syg og rask målpopulation.

"Oplevelse af nytteværdi" viser sig at være stærkest ved rask målpopulation (Glanz et al., 1997, s. 49). Sammenlignes dette med den ubekymrede og bekvemme mand, der opfatter sig selv som værende rask, kan hans manglende oplevelse af "nyttevirkning" og "trussel", samt hans større "oplevelse af barrierer" være hindrende for en adfærdsændring. Den forstærkede "trussel", som den reflekterende og handlekraftige mand oplever i forhold til den ubekymrede og bekvemme mand, kan tilskrives, at han er mere alvorligt ramt af sygdommen ved sin nedsatte EF og derfor reagerer med en adfærdsændring.

En forskel mellem de to idealtyper er også, at den reflekterende og handlekraftige mand har en grundlæggende tillid til, at han kan gennemføre en træningsmæssig adfærdsændring og ikke mindst vedholde den. Vi ved ikke om hans større self-efficacy, er fremkommet på HR, eller om det altid har været en del af hans personlighed. Et studie fra Holland verificerer, at man med en aktiv indsats for at øge self-efficacy hos hjertepatienter opnår en signifikant stigning i oplevelsen af troen på, at de kan vedholde anbefalet funktionsniveau (Berkhuysen et al., 1999, s. 26).

Den reflekterende og handlekraftige mand udtrykker en positiv effekt af træning og træningsmetoder, som bruges på HR, og han har konstateret forbedringer på sin egen krop. Gennem fysioterapeuterne opnår han en større information om træning og effektiviteten af denne. Dette kan medvirke til en motiverende spiraleffekt, hvor den reflekterende og handlekraftige mand får (ubevidst) mere opmærksomhed fra fysioterapeuten i og med, at denne patienttype stiller krav til og udfordre fysioterapeutens faglighed. Observation af andre bruger han som en motivationsfaktor, idet han både sammenligner sig selv og konkurrerer med de øvrige deltagere. Alle disse faktorer er ifølge self-efficacy, med til at fremme den reflekterende og handlekraftige mands "specifikke selvtillid".

Den ubekymrede og bekvemme mand giver ikke udtryk for oplevelsen af en funktionsforbedrende biofeedback i forbindelse med træningen. Han synes fysioterapeuterne er søde og giver god information, men tilegner sig ikke yderligere information og finder måske ikke en direkte tilskyndelse til træning. I forhold til de øvrige holddeltagere mener han, at samværet er hyggeligt, og det er dejligt at snakke med andre mennesker i samme situation, men tilsammen genererer ovenstående ikke "specifik

selvtillid". Desuden mener han, at der altid er nogen, som har det værre end ham, hvilket vi forstår som en barrierer for den anbefalede adfærdsændring. I behandling af den ubekymrede og bekvemme mand, er det vigtigt at man fra starten indgår aftale om mål og delmål omkring det fysiske aktivitetsniveau. Hermed kan fysioterapeuten vurderer om der er behov for yderligere vejledning mod en hjertevenlig adfærd.

Ser vi på den teoretiske referenceramme, der beskæftiger sig med adfærdsændring på individ niveau, i forhold til idealtypenes udsagn, er det tydeligt, at her opleves barrierer og motiverende forhold, som liggende ud over den anvendte teori. I vores forforståelse udtrykker vi, at vi som fysioterapeuter har den største indflydelse på patienterne på det individuelle niveau. Her må vi erkende at adfærd er præget af mange andre forhold, og vi ser nu tydeligere vigtigheden i at involverer patienternes netværk og de pårørende i adfærdsændringerne. Fleury et al. (2004) har i deres studie undersøgt hjerterehabiliteringspatienters barrierer for vedligeholdelse af fysisk aktivitet ud fra en multidimensionel⁸ referenceramme, som kan forklare individets oplevelse af barrierer på flere niveauer. Interpersonelle barrierer ses her bl.a. som oplevelsen af forpligtelse overfor familien. Den ubekymrede og bekvemme mand har barrierer i form af forpligtelse over for familien, men han oplever ikke dette som en barriere, da det er et bevidst eller ubevidst valg, at han hellere vil bruge tiden sammen med dem. Samtidig er det interessant, at familien for denne idealtipe kan bruges konstruktivt. Han kan måske ikke selv finde motivationen til at lave en adfærdsændring, men ved hjælp af sin familie og omgivelser, kan barrierer mindskes eller elimineres, hvilket understreger vigtigheden af at medinddrage familien i træningen af hjertepatienter.

Flere undersøgelser viser, at der er sammenhæng mellem både dødelighed, helbred og socialt netværk. I en amerikansk undersøgelse følger man 2.320 mænd efter et akut myokardieinfarkt. Her er konklusionen at mænd med et svagt socialt netværk, har dobbelt så høj risiko for at dø inde for de første tre år. En svensk undersøgelse finder at et stærkt socialt netværk, nedsætter risikoen for at blive syg (refereret fra Kamper-Jørgensen & Almind, 1999, s. 190-191). Dette kan være en forklaring på den forholdsvise sene alder den bekvemme og ubekymredes mand har erhvervet sig sin hjertesygdom.

⁸ Her tænkes på både intrapersonelt, interpersonelt, socialt og organisatoriske faktorer.

Der er en sammenhæng mellem socialposition (uddannelse, erhverv, indkomst m.v.) og niveauet af fysisk aktivitet (Videbæk, J. & Madsen, 2004; Zimmermann, 2005; Fleury et al., 2004). Den reflekterende og handlekraftige mand er veluddannet og arbejdet spiller en betydelig udviklende rolle i hans liv. Han har været vant til at opsøge viden i forbindelse med sit job, og han forholder sig kritisk til autoriteter. Den ubekymrede og bekvemme mand har mindre uddannelse bag sig men et længere arbejdsliv, hvor han har været underlagt en arbejdsgiver. Dette kan gøre sig gældende i forhold til den måde, hvorpå de to idealtyper ser personalet på HR enten som en sparringspartner eller en autoritet. Den ubekymrede og bekvemme mand accepterer i højere grad et inaktivt liv, hvilket ifølge Fleury et al. (2004) kan hænge sammen med et mindre uddannelses niveau.

Den ubekymrede og bekvemme mand vægter andre forhold end fysisk aktivitet højere i sit resterende liv. Idealtypene er delt op aldersmæssigt, dette kan have en indflydelse på hvordan hjertesygdommen opleves. En svensk undersøgelse viser dog modsat, at alder ikke har nogen indflydelse på de fire komponenter i HBM (Troein et al., 1997). Derfor er det vigtigt at holde sig for øje at alder ikke er nogen hindring for en positiv fysiologisk og livskvalitetsmæssig effekt ved en for ældre relativ belastning (Klarlund & Saltin, 2003, s. 65-66). Derfor er det vigtigt, at fysioterapeuter opfordrer og informere ældre hjertepatienter om de positive effekter ved en adfærdssændring med et relativt højt belastningsniveau.

For at kunne videregive informationen på relevant måde for den enkelte patient, er det vigtigt, at vi i anamnesen spørger ind til deres opfattelse af sygdommen og sociale netværk. Desuden ser vi vigtigheden i at få afdækket tidligere erfaringer med fysisk træning, således at fysioterapeuter kan individualisere træning derefter.

Konklusion

Vores materiale er fremkommet ved interview af 8 mænd med iskæmisk hjertesygdom, som har genereret to forskellige idealtyper. Disse oplever barrierer og motiverende forhold i forbindelse med vedligeholdelse af adfærdsændring fysisk aktivitet forskelligt.

Den reflekterende og handlekraftige mand, som er erhvervsaktiv, oplever at sin angst for et reinfarkt er afgørende for sit øget fysisk aktivitets niveau. Han kender sammenhængen mellem træning og den behandlende effekt i forhold til overlevelseschancer. Han har positive fysiske erfaringer fra tidligere i sit liv og hjerterehabiliteringen, hvilket er med til at fremme sin tillid til vedligeholdelse af træningen. Han reflekterer over sine barrierer og formår at komme med alternative løsningsforslag og handle derefter.

Den ubekymrede og bekvemme mand, som er pensioneret, føler ikke at hjertesygdommen påvirker ham og oplever ikke at have behov for at fortsætte et øget aktivitets niveau efter hjerterehabiliteringen. Han har tidligere i livet primært været fysisk aktiv i forbindelse med arbejde og oplever ingen konditionsmæssig forbedring på hjerterehabiliteringen. Han prioriter livskvalitet, særligt hygge med familien højt, hvilket bliver en barriere for at ændre sin fysiske adfærd.

Vi konkluderer, at det afgørende for adfærdsændring er, hvor stærkt angst for reinfarkt gør sig gældende, og i hvor høj grad mændene tror på en konditionsmæssig sygdomsforbedrende nyttevirkning. Positive erfaringer med fysisk aktivitet tidligere i livet og under hjerterehabiliteringsforløbet er desuden faktorer som har en positiv indflydelse.

Perspektivering

HR har et standardiseret anamnese optag, som udelukkende ser på patientens nuværende fysiske situation træningsmålsætning. Vi foreslår, at anamnesen udvides med to punkter til også at omfatte patientens tidligere fysiske erfaringer og sociale relationer. Hermed opnår fysioterapeuten yderligere indblik i, hvordan patienten kan motiveres på langsiget, i og med at tidligere erfaringer med eksempel holdtræning eller dans, kan bruges, når patienten skal guides til at finde motivation for videretræning. Inddragelsen af sociale relationer kan medvirke til, at de opnår en øget forståelse for nødvendigheden af opbakning til patienten.

Til at hjælpe patienterne til træning på rette intensitet foreslår vi, at RH bruger Borgs skala mere systematiseret og bevidst. Helt konkret forestiller os et lille kort, hvorpå Borgs skala er trykt med tal og udsagn og evt. et klistermærke med patientens individuelle kondital. Disse skal hjertepatienterne have udleveret ved start af træning, så de bliver fortrolig med brugen af dem og dermed sikre en overførbare, når de begynder på egentræning. Disse kort kunne bruges til andre patientgrupper.

Der forelægger ingen evidens for intensitet og varighed af fysisk aktivitet på lang sigt for hjertepatienter. Det vil være relevant at foretage RTC- studier, som undersøger dette. Hermed kan vi få svar på, om det anbefalede aktivitetsniveau er effektivt for hjertepatienter, sætte et dansk præg på international forskning og evt. være med til at revurdere de kliniske retningslinier

En mere systematisk opfølgning på danske hjerterehabiliteringspatienter, som ikke forekommer på nuværende tidspunkt, kan give et reelt billede af genindlæggelsesprocenten og den samfundsøkonomiske gevinst. Dette kan medvirke til, at fastslå fysioterapeutens rolle ikke blot i hjerterehabilitering, men inden for alle de sygdomsområder, hvor fysisk træning er med til at nedsætte forværring eller tilbagefald, eksempelvis diabetes og KOL.

Hidtil har fysisk træning som behandling ikke haft en gennemslagskraft i den medicinske verden. Med den øgede evidens for effekten ser vi det som en nødvendighed, at der på danske hospitaler sker et paradigmeskifte, hvor læger og sygeplejersker allerede ved indlæggelsen pointerer vigtigheden af fysisk træning. I særdeleshed på de hospitaler, som endnu ikke har et integreret hjerterehabiliteringsforløb, hvor fysisktræning er implementeret.

Med de nye sundhedscentre har HR fået mulighed for at visitere patienter, som har brug for yderligere superviseret fysisk aktivitet og hermed støtte til den længerevarende adfærdsændring.

Derfor finder vi det problematisk, at der i H:S kun findes få sundhedscentre, hvorved postnummer frem for graden af sygdom, bliver afgørende for yderligere rehabiliteringsforløb. Dette understreger vigtigheden af oprettelsen af flere sundhedscentre ikke kun i København men i hele Danmark.

For os har den største udfordring været at tilsidesætte vores forforståelse, og med opgaven har vi opnået en indsigt i, hvorfor patienter handler forskelligt på vores information, og hvilke interventionsstrategier der for patienter er relevante. Nogle patienter som den reflekterende og handlekraftige mand skal hovedsageligt motiveres på det individuelle niveau. Andre som den ubekymrede og bekvemme mand skal motiveres på det intrapersonelle niveau. Det er vigtigt, at vi som fysioterapeutstuderende kan vores håndværk, men opgaven viser at motivering af patienterne til varige adfærdsændringer også er en kundskab.

Reference liste

- Andersen, H. & Kaspersen, L.B. (red.) (2001) Klassisk og moderne samfundsteori; Hans Reizels Forlag, 2. udgave, 2 oplag, s. 88-109
- Boesch, Claudia, MD et al. (2005) Maintenance of exercise capacity and physical activity patterns 2 years after cardiac rehabilitation; Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 25; s.14-23.
- Berkhuysen, M. A. et al. (1999) Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness; Patient education and counselling, 38; s. 21-32
- Dansk Cardiologisk Selskab (2003); Kliniske retningslinier for forebyggelse af kardiovaskulære sygdomme i Danmark; Nørhaven Book, 1. udgave, 1. oplag.
- Eneroth, B. (1984) Hur mäter man "vackert" – grundbok i kvalitativ metod, Stockholm Akademi litteratur, s. 149-159.
- Fleury, J. et al. (2004) Barriers to physical activity maintenance after cardiac rehabilitation; Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 24, s. 296-307
- Glanz et al. (1997) Health behaviour and health education – theory, research and practice; Jossey-Bass Publishers, 2. edition, chapter 3.
- Hovmann, B. & Præstegaard, J. (2002) Kvalitative forskningsmetoder I fysioterapi – en introduktion; Nyt om forskning 57/2 [tilgængelig på <http://www.ffy.dk>]
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2002) Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10; Schultz Tryk.

- Iversen, L. et al. (2004) Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom; Munksgaard Danmark, 1. udgave, 3. oplag.
- Jobin, J. (2005) Long-term effects of cardiac rehabilitation and the paradigms of cardiac rehabilitation; Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 25; s. 103-106
- Jolliffe, J.A. et al. (2001) Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease; The Cochrane Database of Systematic reviews 2001, Issue 1.
- Kamper-Jørgensen, F. og Almind, G (2003) Forebyggende sundhedsarbejde; Munksgaard, 4. udgave, 1. oplag.
- Klarlund, B. & Saltin, B. (2003) Fysisk aktivitet – håndbog for forebyggelse og behandling; Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, versionsdato: Oktober 2004 [tilgængelig på <http://www.sst.dk/publikationer>]
- Knudsen, T. G. (2006) Borgs skala; [tilgængelig d. 18. december på <http://www.gomotion.dk/html/artikler/borgsskala.html>]
- Lægemiddelkataloget (2006) Dansk lægemiddel information; opdateret 6 januar 2006, [tilgængeligt på <http://www.lmk.dk>]
- Magnussen, P. et al. (2004) Fysisk aktivitet og kronisk sygdom I; Ugeskrift for læger, nr. 7.
- Malterud, K. (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring; Universitetsforlaget, 2. udgave.

Malterud, K. (1996) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring; Tano Aschehoug.

Myers, J. et al. (2002) Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing; New England Journal of Medicine, 346/11: s. 793-801.

Netværksgruppen Hjerterehabilitering (2004) Hjerterehabilitering på danske sygehuse; Netværk

af forebyggende sygehuse, versionsdato: april 2004 [tilgængelig på <http://www.forebyggendesygehuse.dk/pdf/HJERTEREHABILITERING%20FINAL.pdf>]

Pilmark & Guldager (2003) Motion og træning er ikke det samme; Fysioterapeuten, nr. 6. marts 2003: s. 4-9

Rasmussen, A. & Birket-Smith (2005) Psykologisk intervention ved koronarsygdom; Ugeskrift for læger, 167/37: s. 3491-3493.

Rasmussen, H. K. & Kjær, M. (2004) Fysisk træning, en effektiv behandling af katabolismen i skeletmuskulatur ved kronisk hjerteinsufficiens; Ugeskrift for læger, 166/40: s. 3490-3492.

Rasmussen, S. (2005) Bedre hjerteoverlevelse ved centralisering af blodpropbehandling Statens Institut for Folkesundhed. [lokaliseret den 4. januar 2006 på http://www.si-folkesundhed.dk/Aktuelt/Ugens%20tal/Uge_47_2005.aspx]

Rees, K. et al. (2004) Psychological interventions for coronary heart disease; The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Rubak, S. et al. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis;
British

Journal of General Practice, 55, s. 305-312

Sirnes, P. A. (2004) ArbejdsEKG; Norsk Kardiologisk Selskab; Hjerteforum supp. 5, vol. 17
[tilgængelig d. 30 december på <http://www.nkw.no/filestore/metoder2004web-kapittel6.pdf>]

Saltin & Pilegaard (2002) Metabolisk fitness: fysisk aktivitet og sundhed; Ugeskrift for
læger,

164: s. 2156-62, [tilgængelig på <http://www.dadlnet.dk>]

Skov, A. (2000) Referér korrekt! – Om udarbejdelse af bibliografiske referencer;
København:

Danmarks Biblioteksskole. [tilgængelig d. 7. september 2005 på
<http://www.db.dk/bib/tutorials/referencer/default.htm>]

Sundhedsstyrelsen (2005) Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark
–

KAG, PCI, by-pass- og klapkirurgi; versionsdato: 6 oktober 2005, [tilgængelig
d. 3

september 2005 på <http://www.sst.dk>]

Thomas, N. et al. (2004) Barriers to physical activity in patients with diabetes; Postgrad
medical

journal, 80: s. 287-291, [tilgængelig d. 18 november på
<http://pmj.bmjournals.com>]

Troein, M. et al. (1997) Health beliefs and heart disease risk among middle-aged Swedish
men –

results from screening in a urban primary care district; Scandinavian Journal
of
Primary Health Care, 15: s. 198-202

Videbæk, J. & Madsen, M.(red.)(2004); Hjertestatistik; Hjerteforeningen & Statens Institut
for
Folkesundhedsvidenskab, Nørhaven Book 3. udgave

Villadsen, T. H. (2003) Intern procedure for funktionstest; [tilgængelig d. 15 november
2006 på

http://www.hjerterehab.dk/uploads/media/K6_testX.pdf]

Zimmermann, E. et al. (2005) Arbejdsnotat om udviklingen i social ulighed i selv vurderet
helbred

og sundhedsadfærd i Danmark; Statens Institut for Folkesundhed, [tilgængelig
d. 15 december på <http://www.sf->

[folkesundhed.dk/upload/Socialulighed_notat_271005.pdf](http://www.folkesundhed.dk/upload/Socialulighed_notat_271005.pdf)]

Zwisler, A.D. et al. (red.)(2003) Hjerterehabilitering – Rationale, arbejds metode og
erfaringer fra

bispebjerg hospital; Hjerterehabiliteringen, Kardiologisk klinik Y, H:S
Bispebjerg Hospital i samarbejde med Statens Institut for folkesundhed;
København.

Bibliografi

Aadahl, M. & Lund, H. (2003) Grundliggende principper for valg og anvendelse af test og målemetoder i fysioterapi; Forskning i fysioterapi (online), 1 årg. s. 1-9, [tilgængelig på <http://www.ffy.dk>]

Andersen, H. (1992) Sociologi – en grundbog til et fag. Forfatterne og Hans Reizels Forlag, oplag; kap. 3

Andreasen, J. (2004) I form med sygehuset; Ugeskrift for læger, nr. 18, 26 april, [tilgængelig på <http://www.dadlnet.dk>]

Bartels, E. M., et al. (2000) Hvordan kan jeg finde relevante målemetoder til at måle effekt af Fysioterapi? Nyt om forskning 1, s. 10-17 [tilgængelig på <http://www.ffy.dk>]

Beyer, N. & Magnusson, P. (2003) Målemetoder i fysioterapi; København: Munksgaard

Birkekær, G & Hartvich, H. A. (2004) Sundhedstjek på arbejdspladsen – med fokus på kondition og metabolisk fitness; Københavns Universitet: Institut for idræt

Birkler, J. (2005) Videnskabsteori; København: Munksgaard, 1. udgave, 1. oplag, kap. 5,6,7

Brodie, D. A. & Inoue, A. (2005) Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic failure; Journals of Advanced Nursing, 50 (5); s. 518 – 527

Campbell, R. et al. (2001) Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance

with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee; Journal of Epidemiology Community Health, 55; February, s. 132-138

Danneskiold-Samsøe, et al.(2002); Kliniske reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter;

Munksgaard, 1. udgave, 1. oplag, kap. 19, 21.

Dansk Selskab for almen medicin (2001) Den motiverende samtale; Nr. 1 [tilgængelig d. 15.

september 2005 på <http://www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2001-01/2001-01.HTM>]

Elsass, P.(2002) Sundhedspsykologi; Nordiske Forlag, 2. udgave, 8. oplag, kap. 3, 10.

Gannik, D.F. (1999) Situationel sygdom; Frederiksberg: Samfundslitteratur, kap. 2

Herbert, R. et al. (2005) Practical Evidence-Based Physiotherapy; London: Elsevier Limited,

kap. 5,6.

Horner, D. (2001) Chronic Heart Failure: The Challenge for Physiotherapists; New Zealand Journal

of Physiotherapy, vol. 29.1, march s. 15-23

Hovmand, B. & Præstegaard, J. (2002) Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion; Nyt om Forskning 2, s. 40-57 [tilgængelig på <http://www.ffy.dk>]

Johnstone, D. W. et al. (2004) Motivation is not enough: Prediction of Risk Behavior Following

Diagnosis of Coronary Heart Disease From the Theory of Planned Behavior;
Health Psychology, 23/5: s. 533-538

Kvale, Steiner (1994) Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview;
Hans Reitzels Forlag, 5. oplag, kap. 2,3

Jamtvedt, G. et al. (2004) Kunnskabsbaseret fysioterapi – Metoder og arbejdsmåter;
Gyldendal Norsk Forlag, 1. udgave, 2. oplag, s. 148 - 172

Jørgensen, S. J. & Henriksen, C. (2005, jan); Rehabilitering ved kroniske sygdomme –
Kan
indsatsen forbedres?; Ugeskrift for læger 167/3: s. 263-266

Madsbad, S. (udateret) Hvorfor får alle overvægtige ikke type 2 diabetes og hjertekar-
sygdom?

Madsbad, S. & Astrup, A.V. (2004, 19 april) Fedme, metabolisk syndrom og hjerte-
kar-
sygdom;
Ugeskrift for læger, nr. 17, s. 1561-1564

Meland, E. et al. (1999) The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor
change;
Scandinavian Journal of Public Health, 1; s. 11-17

Michalsik, L. & Bangsbo, J. (2002) Aerob og anaerob træning; Danmarks Idræts-Forbund,
1.
udgave, 2. oplag.

Naahla, A. & Haddad, L. (2004) The effect of the Health Belief Model in Explaining
Exercise

Participation Among Jordanian Myocardial Infarction Patients; Journal of Transcultural Nursing, 15/2: april, s. 114-121

Nicholls, D. A. (2003) The experience of chronic breathlessness; Physiotherapy Theory and Practice, 19: s. 123-136

Orti, E. S. & Donaghy, M. (2004) A Cognitive-behavioural Intervention to increase Adherence of Adult Women Exercisers; Advances in Physiotherapy, 6:84-92

Prescott, P. & Børveit, T. (2005) Sundhed og ændring af adfærd: Dansk psykologisk Forlag, 1 udgave, 1 oplag, kap. 2,3,5,6.

Schibye, B. & Klausen, K. (2002) Menneskets fysiologi – arbejde og hvile; København: FADLs Forlag, 1. udgave, 7. oplag

Sundhedsstyrelsen (2004) Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse; Schultz, versionsdato: 11. oktober, [tilgængelig på <http://www.sst.dk>]

Sundhedsstyrelsen (2005, 4. oktober) Hjerter-kar-sygdomme; [tilgængelig d. 12 december på <http://www.sundhed.dk>]

Williaing, I. et al. (red)(2005) Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, versionsdato: august 2005.

Zwisler, Anne Dorte Olsen (2004); Cardiac rehabilitation a survey on implementation i Denmark
and presentation of a local model; PhD dissertation Copenhagen University.

Hjemmesider, følgende hjemmesider er anvendt

Dansk Cardiologisk selskab: www.cardio.dk

Dansk selskab for fysisk aktivitet: www.dasfas.dk

Danske Fysioterapeuter: www.fysio.dk

Forskning i fysioterapi: www.ffy.dk

Go-motion: www.go-motion.dk

Hjerteforeningen: www.hjerteforeningen.dk

Hjerterehabiliteringen: www.hjerterehab.dk

Motion-online: www.motion-online.dk

Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk

Bilag 1 – Kliniske retningslinier for hjerterehabiliteringen i Danmark

Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Dansk cardiologisk selskab og Hjerteforeningen udgiver i 2004 "Hjerterehabilitering på danske sygehuse". Denne indeholder en opdatering af nuværende kliniske retningslinier samt beskriver elementer til implementeringen af hjerterehabilitering i på sygehusene i Danmark (Netværksgruppen Hjerterehabilitering, 2004, s. 11). Denne er i overensstemmelse med internationale guidelines bl.a. udgivet af the European Society of Cardiology.

WHO definerer hjerterehabilitering som: *"Rehabilitering af hjertepatienter har som formål at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet."*

Danske hospitaler, som modtager akutte hjertepatienter, har et lovpligtig ansvar og forpligtelse til at patienterne tilbydes et samlet og velkoordineret rehabiliteringsprogram, hvor både kort- og langsigtede mål indgår. I rehabiliteringsprogrammet indgår følgende tilbud:

- 1) visitation til og planlægning af et individuelt program,
- 2) patientinformation og undervisning,
- 3) rygeophør,
- 4) kostomlægning,
- 5) fysisk træning,
- 6) psykosocial omsorg,
- 7) symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling,
- 8) kontrol, opfølgning og vedligeholdelse.

Hjerterehabilitering deles i tre faser

Fase I: Den akutte behandling af akut myokardieinfarkt indtil udskrivelsen.

Fase II: Fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter uden hjælp. Fase II er identisk med den tidlige intensive hjerterehabilitering.

Fase III: Den sene opfølgingsfase og vedligeholdelsesfase.

Evidens for effekten af hjerterehabilitering

Der foreligger ganske betydelig videnskabelig dokumentation af effekten. En litteraturgennemgang og systematisk søgning på PubMed og Cochrane Library er foretaget i perioden 1997-2004.

Målgruppen for hjerterehabilitering

Målgruppen omfatter alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, herunder personer der har fået foretaget en ballonudvidelse eller bypass operation samt patienter med stabil iskæmisk sygdom.

Hjerterehabiliteringens økonomi

Det er beregnet en gennemsnitlig omkostning på 6000 kr. pr patient. Internationale studier forudsætter en sundhedsmæssig effekt i form af reduktion for genindlæggelser, som skønnes til 20 % reduktion over en periode på tre år

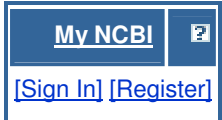
Bilag 2 – Borgs skala

Borgs skala for numerisk vurdering af oplevet anstrengelse Anstrengelse (helkrop)

- 6.
7. Meget, meget let
- 8.
9. Meget let
- 10.
11. Ret let
- 12.
13. Noget anstrengende
- 14.
15. Anstrengende
- 16.
17. Meget anstrengende
- 18.
19. Meget, meget anstrengende
- 20.

Bilag 3 – Søgematrice

Hvem	Intervention	Udfald
Heart	Rehab*	Health
Heart disease	Hospital	Behaviour
Ischemi*	Physical therapy	Adherence
Ischemic heart disease	Physiotherapy	Compliance
Coronary heart disease	Exercise	Self-efficacy
Cardiac*	Træning	Motivation
Illness	Jogging	Health belief
Mænd over 40 år	Physical exercise	Maintenance of behavioural change
Cronic heart*	Physical activity	
	Exercise therapy	



[All Databases](#)
[PubMed](#)
[Nucleotide](#)
[Protein](#)
[Genome](#)
[Structure](#)
[OMIM](#)
[PMC](#)
[Journals](#)
[Books](#)

Search for [Save Search](#)

[Limits](#)
[Preview/Index](#)
[History](#)
[Clipboard](#)
[Details](#)

- Search History will be lost after eight hours of inactivity.
- To combine searches use # before search number, e.g., #2 AND #6.
- Search numbers may not be continuous; all searches are represented.
- Click on query # to add to strategy

Entrez PubMed

Search	Most Recent Queries	Time	Result
#12	Search #2 AND #10	15:06:20	1

PubMed Services

#11	Search #1 AND #10	15:05:31	0
#10	Search #4 AND #5	15:05:13	151
#9	Search #3 AND #4	15:04:29	7
#8	Search #1 AND #4	15:04:16	36
#6	Search #1 AND #3	15:03:17	2
#5	Search Self-efficacy	13:11:51	5730

Related Resources

#4	Search Physiotherapy	13:11:19	78624
#3	Search "Health Behaviour"	13:10:22	965
#2	Search "Rehab*"	13:09:51	748
#1	Search "Ischaemic heart disease"	13:09:37	5473

Bilag 4 – Gruppe interview

Formål

At få indblik i fag personers erfaringer og teoretiske baggrunde i arbejdet med motivation af hjertepatienter.

Indledning

Formålet med interviewet er, at få et større grundlag for at stille spørgsmål til patienterne og en større forståelse for hvordan man arbejder med motivation af patienter i praksis. Vi vil stille nogle spørgsmål og alle kan byde ind med deres meninger og erfaringer, i må gerne tage diskussion indbyrdes uden vores indblanding.

På grund af tidspresset vil vi bryde ind og skifte emner undervejs.

TEMAER

Målsætning / rehabiliteringen

Hvad er jeres målsætning som sundhedspersonale for patienterne, når de forlader Hjerterehabiliteringen?

Hvordan arbejder i med at opnå målsætningerne?

Hvad siger jeres erfaringer om disse målsætninger i forhold til patientens, er det realistisk?

- Hvad er vigtigt for den enkelte faggruppe at patienterne har med fra HR?
- Hvad er optimalt for hjertepatienter?
- Hvad er jeres målsætning for pt. når de forlader HR?
- Hvad har patienterne lært når de går herfra? Hvad kan de bruge /tager de til sig?
- Hvor mange har lært det?
- 1/10 der er aktive efter et år, er det nok?
- Definition af Fysisk aktivitet / træning?

Adfærdsændringer

Hvordan arbejder du med adfærdsændring på lang sigt hos den enkelte patient?

Hvor stor vægt ligger på motivation til fysisk aktivitet efter endt hjerterehabiliteringen?

- Hvordan hjælper du den enkelte pt. til adfærdsændringer?
- Hvordan patienter bedst opnår adfærdsændringer?
- Hvor stor en del fylder langsigtet motivation i jeres daglige arbejde?
- Fortæl om Den forebyggende samtale / den motiverende samtale.

Tværfagligt samarbejde

Hvilken betydning har det for det tværfaglige samarbejde at hjerterehabiliteringen er samlet et sted?

Hvilken betydning har det for patienternes motivation at hjerterehabiliteringen er samlet?

- Anvendes forskellige værktøjer faggrupperne imellem?
- Hvordan understøtter i hinandens arbejde?
- Pt. med minimale ressourcer hvordan hjælper i sammen den enkelte?

Motivation

Hvad er erfaringerne med jeres patientgruppe omkring de største motiver og barrierer for adfærdsændring?

Hvor kan i sætte ind?

- Gøres noget specielt for området.
- Hvordan motiverer i pt. til efterfølgende træningssteder.
- Hvordan ser et optimalt forløb ud for en hjertepatient set i forskellige faggruppers øjne?

Bilag 5 – Brev til informanter

Kære

Vi kontakter dig via fysioterapeuterne Thomas Villadsen og Dorte Olsson fra Hjerterehabilitering, fordi du i perioden _____ har deltaget på hjertehold.

Vi er 3 fysioterapeutstuderende, som er i gang med uddannelsens afsluttende Bachelorprojekt ved Fysioterapeutskolen, Universitetsparken 4, 2100 København Ø. Vores vejleder er Grethe Birkekær, fysioterapilærer MSc.

Formålet med projektet er, at få et indblik i, hvordan tidligere patienter holder sig fysisk aktive efter et rehabiliteringsforløb. Vi vil komme ind på, hvad du har erfaret af medgang og modgang i forbindelse med at få fysisk træning til at indgå som en del af din hverdag. Vi har brug for dig som interviewperson, lige meget hvilket aktivitetsniveau du har i dag. Det der er vigtigt for os, er at få et indblik i så mange personers forløb som muligt, som på sigt kan være med til at forbedre den fysioterapeutiske behandling.

Interviewet vil vare 1-1½ time og kan finde sted hos dig selv eller på Fysioterapeutskolen alt efter dit ønske.

Interviewet vil finde sted i uge 45-46 i tidsrummet kl. 08 - 20, alt efter hvornår det passer dig.

Det vil blive optaget på bånd, derefter udskrevet for senere at blive analyseret og sluttelig indgå som datamateriale i projektet. Alle informationer vil naturligvis blive behandlet fortroligt, og når projektet foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende enkeltpersoner, - du bevarer fuld anonymitet. Efter bacheloreksamen i uge 4, 2006 vil såvel de bandede interviews som udskrifterne blive slette og destrueret.

Vi understreger at deltagelse i interviewet er frivilligt og at du på ethvert tidspunkt kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte din deltagelse i interviewet. Dette gælder også selvom, du har underskrevet vedlagte informerede samtykke erklæring. Det vil på ingen måde få indflydelse på din videre behandling.

Giv dig god tid til at læse beskrivelsen igen, inden du endelig beslutter dig for at deltage. Såfremt du indvilliger til medvirken, skal vedlagte samtykke erklæringen underskrives og afleveres til os, når vi mødes på interviewdagen. Hvis du har spørgsmål er du velkommen til at henvende dig til os

Uanset om du ønsker at deltage i interviewet eller ej vil vi gerne bede dig om at kontakte os hurtigst muligt og senest d. 31-10-05.

Med venlig hilsen

Fysioterapeut studerende

Louise Kantsø, tlf: 28767358

Trine Nielsen, tlf: 40626111

Dorthe Hornsgaard, tlf: 26399376

E-mail: stjerneprojektet@gmail.com

Bilag 6 – Skema over informanter

Skema over alle der sagde ja

	Køn	Alder	Diagnose	Postnr.	civilstatus	Erhverv	Aktivitetsniveau
A	M	70	AMI	2400	Gift	Pensionist	Lav
B	M	63	AMI	2200	Gift	Efterløn	Moderat
C	M	78	AMI	2700	Enke	Gardinmand	Lav
D	M	49	AMI	2700	Gift	Fagskolelære	Høj
E	M	61	AMI	2100	Gift	Forskningsassistent	Moderat
F	M	64	AMI	2100	Enke	Efterløn	Høj
G	M	59	AMI	2100	Fraskilt	Biblioteksassistent	Lav
H	M	50	AMI	2100	Ugift	Systemkonsulent	Moderat
I	K	75	AMI		Gift	Pensionist	Lav (% deltagelse)
J	K	67	AMI	2700	Gift	Pensionist	Høj
K	M	63	AMI	2400	Gift	Sterilcentral	Ingen (cancer)

Bilag 7 – Skema over de otte informanter

	1 – Lysegul	2 – Grøn	3 - Lyseblå	4 – Blå
Alder	70	63	78	49
Postnr.	2400	2100	2700	2700
Erhverv	Efterløn Fhv. Typograf	Efterløn Fhv. Blikkenslager	Manufaktur selvstændig gardinforretning Arbejder stadig	Elektriker, underviser på Tekniksskole
Civilstatus	Gift	Gift	Kone døde 12 år siden,	Gift
Antal børn	2	2 og børnebørn	2 børn og børnebørn	0
Diagnose / evt. defekt i hjertet	Iskæmisk hjertesygdom - defekt af hjertet	Iskæmisk hjertesygdom - defekt af hjertet	Iskæmisk hjertesygdom	Iskæmisk hjertesygdom + defekt af hjertet
Fysiske symptomer – før	Langvarig symptomer (mdr.): Forpustet Nedsat funktionsniveau	Akutte symptomer (timer): Kraftige smerter i brystet.	Akutte symptomer (timer): Brystsmerter Udstråling til arm	Akutte symptomer (dage): Udstråling til arm
Fysiske symptomer – efter	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Risiko faktorer – før	Rygning Alkohol Ingen motion Stress	Rygning Ingen motion Kost Forhøjet BT	Spiste meget fedt Ingen motion	Stress Forhøjet BT
Risiko faktorer – efter	Rygning Ingen træning	Ingen træning	Ingen træning	-

Andre diagnoser	Diabetes	-	TKA, cyste i maven, podegra	-
Genetik	Ja	Far havde noget med hjertet.	Ja, søster	Ja, far

	5 - Lilla	6 - Gul	7 - Rød	8 – Lyserød
Alder	61	64	59	50
Postnr.	2100	2700	2100	2100
Erhverv	Forskning assistent (biolog)	Efterløn Udd: styrmand	Biblioteks medhjælper	Systemkonsulent Udd: Cand. merc.
Civilstatus	Gift	Enkemand	Fraskilt	Ugift
Børn	1	2 papbørn	1	0
Diagnose +/- defekt i hjertet Tidspunkt	Iskæmisk hjertesygdom + defekt i hjertet	Iskæmisk hjertesygdom - defekt i hjertet Aug. 2004	Iskæmisk hjertesygdom - defekt i hjertet	Iskæmisk hjertesygdom + defekt af hjertet
Fysiske symptomer – før	Semiakutte (uger): Øget træthed Nedsat funktionsniveau Brystsmerter / koldsved	Akutte (timer): Brystsmerter Udstråling til kæbe	Akutte (et døgn): Brystsmerter, ondt i armen	Langvarige symptomer: Første gang 4 år siden, men det forsvandt. Inden indlæggelse, 3 mdr. med anstrengelsesbetinget symptomer.
Fysiske symptomer – efter	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Risikofaktorer – før	Rygning Kost Ingen motion Stress	Rygning Kost Psykisk stress	Rygning Kost Ingen motion	Rygning Kost Stress Alkohol
Risikofaktorer – efter	Rygning (1 stk/dgl.)	-	Ingen motion	-

Andre diagnoser	Depression	-	-	-
Genetik	Ja, bror	Far bp i hj. som 70 årig.	-	Begge forældre døde af hæmoragi.

Bilag 8 – Interview guide

- Informeret samtykke underskrives og oplæses.
- Vi er interesseret i dine oplevelser og tanker
- Hvis jeg afbryder er det for at holde planen, vi har kun 1 time.

1) *Vil du kort præsentere dig selv?*

- alder
- beskæftigelse, tidligere beskæftigelse, den rolle beskæftigelsen har haft
- uddannelse
- tidligere dyrket motion, hvor mange gange ugentligt
- Ægteskabelig status
- Socialt netværk (ser du venner, familie, motions venner)

Sygdommen og forløbet

2) *Vil du kort beskrive dit sygdomsforløb*

- Diagnose
- Hvad tror du er årsagen til din sygdom
- Hvad ved du om din sygdom?
- Er der nogen i din familie der har hjertesygdom?

3) *Hvad har sygdommen betydet for dig?*

- Hvordan har sygdommen påvirket dig fysisk? Før og nu
- Hvordan har sygdommen påvirket dig psykisk? (Hvordan var det at finde ud af at du havde en hjertesygdom?)
- Hvordan har sygdommen påvirket dig socialt?
- Hvordan har omgivelserne reageret?
- Hvor meget dominerer sygdommen i din hverdag?
- Er du bange for at opleve tilbagefald?
- Har du tendens til at blive stresset?

4) *Er der nogle vaner / interesser du har ændret i dit liv pga. sygdommen?* (rygning, kost, træning, arbejde osv.)

- Hvordan har det været at ændre vaner?
- Hvad har du gjort for at vedligeholde ændringerne?
- Troede du selv på at du kunne gennemføre ændringerne?
- Hvilken rolle har omgivelserne spillet?
- Hvad har været det sværeste for dig?
- Hvad mener du, der er det vigtigste du selv kan gøre for at forebygge tilbagefald?

Fysisk aktivitet

5) *Kan du beskrive hvad du forstår ved fysisk aktivitet / træning / motion*

- Kan du beskrive hvor meget og hvordan du træner?
- Mærke du nogle kendetegn på din sygdom i forbindelse med træning? Og hvordan påvirker det dig?
- Hvordan kan du vide om du træner på det rette niveau (BORG SKALA)
- Hvad er dit formålet med at træne?
- Hvad kunne formålet være med at træne?

6) *Hvorfor sagde du ja til tilbudet om hjerterehabilitering?*

- Hvorfor sagde du ja til at deltage i den fysiske del?
- Hvilke tilbud har du taget imod på Hjerterehabiliteringen? (diætist, rygestop, fysisk træning, psykolog, sygeplejerske, læger)
- Har tilbuddene været med til at ændre noget i din hverdag?

7) *Kan du beskrive hvordan det var at træne på hjerterehabiliteringen?*

- Hvad syntes du, at du har fået ud af træningen?
- Hvad syntes du om at træne på et hold?
- Havde fagpersonerne en indflydelse på din træningsmotivation? (hvilken, hvordan)
- Hvilken information har du fået omkring virkning af træning på hjerterehabiliteringen?
- Synes du det er relevant for dig?
- Hvordan var det at afslutte hjerterehabiliteringen?
- Havde du der troen på at du kunne fortsætte med at træne?
- Kender du det fra andre situationer

8) *Hvordan har det været at skulle fortsætte træningen på egen hånd?*

- På hvilken måde kan du bedst lide at træne?
- Hvad kan motivere dig til at træne?
- Hvad kan medvirke til at du ikke træner?
- Hvordan vil den ideelle træning i fremtiden se ud for dig?

Efter interview:

- Er du sikker på at vi må bruge det der er blevet sagt?
- Tusinde tak for at du ville deltage.

Bilag 9 – Transskriptionsregler:

Transskriptionskoder:

(...)	= markerer en lille tænkepause
(pause)	= markerer en lang pause
(kan ikke høre)	= ved utydeligt materiale på båndet
(ha, ha)	= ved højlydt grin
(ord)	= ord der indforstået i samtalen, samt hvis informanten peger eller nikker i bestemt retning skrives i parentes

Ikke meningsbærende ord som øh, hmm og altså, eder samt gentagelser der ikke har understøttende effekt er udeladt.

1I: Interviewer

2I: Anden interviewer

3I: tredje interviewer

Transskriptionsregler:

For et sikre en validering af materialet har vi lavet følgende regler.

- Transskriptionen foregår inden for 24 timer efter interview.
- Interviewet gennemlyttes og læses straks efter transskriptionen
- Vi forsøger at være tro mod informanten, men sætninger omformuleres fra talesprog til skriftsprog. Dette godkendes af de to andre gruppemedlemmer.

Transskription af samme båndfrekvens udført af tre forskellige deltager

I: Hvad siger jeres erfaringer med hensyn til de målsætninger i sætter for patienter. Du sagde at jeres fornemmeste opgave var, ikke at have ambitioner på vegne af patienterne, men vil I ikke gerne have et eller andet, at de går ud herfra med?

F: Selvfølgelig har vi en skjult dagsorden for fysioterapien ... i at få dem i en bedre kondition og bedre funktionalitet, hvad det så end må være, at de har problemer med. Det har de også mange gange selv et ønske om, så det er klart at vi træner dem så effektivt vi kan, så de får så meget ud af det så muligt, på deres niveau. Det må jeg sige! Og mange gange, så det jeg ville ønske, var at vores mål er mange gange også var det samme, som det der er patientens mål, ellers kan man give forslag, man kan godt prøve at guide dem hen til noget. Det er jo også det vi er her for, at guide dem et sted hen, som er sundt for dem og give dem en baggrundsviden, så de kan træffe nogle sunde beslutninger for sig selv. (Det er jo også det vi er her for, at vejlede!) Det er klart vi har da nogle ... ønsker fra start, altså vi kan jo sagtens se, hvad der er godt for patienten, spørgsmålet er om patienten selv kan se det.

.....

I: Hvad siger jeres erfaringer omkring målsætninger i forhold til behandlinger? Vil man ikke gerne have dem til at gå ud med et eller andet?

F: Selvfølgelig har vi da en skjult dagsorden for fysioterapien, i og få dem i en bedre kondition og en bedre funktionalitet, hvad det så end måtte være de har problemer med, og det har de også mange gange selv et ønske om, så det er da klart vi træner dem så effektivt vi kan, så de får så meget ud af det som muligt. På deres niveau.

Det jeg ville ønske var at vores mål mange gange også er det samme som det der er pt. mål, eller også kan man give forslag og man kan også guide dem.

Det er jo også det vi er her for, for at guide dem et sted hen som er sundt for dem. Give dem baggrundsviden så de kan træffe nogle sunde beslutninger. Det er klart at vi har nogle ønsker fra start, vi kan jo sagtens se, hvad der er godt for pt., spørgsmålet er om pt. selv kan se det.

.....

I: Du sagde at jeres fornemste arbejde var ikke og have nogle ambitioner på deres vegne, men vil man ikke gerne have dem til at gå ud med et eller andet herfra?

F: Selvfølgelig har man en skjult dagsorden for fysioterapien med og få dem i en bedre kondition og bedre funktionalitet hvad det så end måtte være, og det har de mange gange også selv et ønske om. Så det er da klart at vi træner dem så effektivt vi kan, så vi får så meget ud af det som muligt, på deres niveau. Mange gange så er det jeg ville ønske var patientens mål, også deres mål og ellers må man give dem forslag og prøve at guide dem et sted hen der er sundt for dem, og give dem en baggrundsviden, så de kan træffe nogle sunde beslutninger. Det er jo også det vi er her for at vejlede og det er jo klart at vi har nogle ønsker fra start, altså vi kan jo sagtens se hvad der er godt for patienten, spørgsmålet er bare om de også selv kan se det. Og det er ultimativt deres eget ansvar, vi kan jo ikke proppe noget sundt mad i den eller gå en tur for dem, det er deres liv og deres frihed.

Bilag 10 - Samtykke erklæringer

Samtykke erklæring til informanter

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information såvel mundtlig som skriftligt indvilliger i den beskrevne undersøgelse.

Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om at deltage i interviewet tilbage, uden at dette vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling.

Dato:

Navn:

Underskrift:

Formålet med interviewet er at få indblik i fagpersoners erfaringer og teoretiske baggrunde i arbejdet med motivation af hjertepatienter.

Interviewet vil blive optaget på bånd, derefter udskrevet og sluttelig indgå som datamateriale i projektet. Alle informationer vil naturligvis blive behandlet fortroligt. Såfremt dine udtalelser vil indgå i projektet, vil vi referere til dig som fagperson. Efter bacheloreksamen i uge 4, 2006 vil såvel de bandede interviews som udskrifterne blive slette og destrueret.

Vi understreger at deltagelse i interviewet er frivilligt og at du på ethvert tidspunkt kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte din deltagelse i interviewet. Dette gælder også selvom du har underskrevet denne samtykkeerklæring.

Samtykke erklæring gruppeinterview

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information såvel mundtlig som skriftligt indvilliger i den beskrevne observation.

Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan bede observanderne om at forlade lokalet.

Dato:

NAVN:

Vi er 3 fysioterapeutstuderende, som er i gang med uddannelsens afsluttende Bachelorprojekt ved Fysioterapeutskolen, Universitetsparken 4, 2100 København Ø. Vores vejleder er Grethe Birkekær, fysioterapilærer MSc.

Formålet med projektet er, at få et indblik i, hvordan tidligere patienter holder sig til fysisk aktive efter et rehabiliteringsforløb.

Vi vil gerne opbevare et hold for at få indblik i indhold af holdtræningen og fysioterapeutens arbejde.

Håber du vil deltage.

Samtykke erklæring til hold

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information såvel mundtlig som skriftligt indvilliger i den beskrevne observation.

Bilag 11 – eksempel på matrice af koder

Person. 1	1 Lysgul	2 Grøn	3 Lysblå	4 Blå	5 Lilla	6 Gul	7 Rød	8 Lysrød
Den stressende type	65-67			169-176	263-266 258-261	527-529 188-189		134-136
Tanker om tilbagefald			92-98 88-90	89-93 322-329	170-177 193-198 280-288 621-625 119-122 216-227	132-135 615-620 219-225		241-245 106-108 529-541
Sygdom som motivation		114-115		37-39	119-131 210-214 410-417 544-546	235-242 620-621 396-400 144-146	260-264 287-289	33-35 302-305 477-485 640-644 652-657
Tro på sig selv		258-260		313-137 303-307 445-451 435-438 319-322	544-546 610-612	625-627 589-593 582-587 165-169		358 278-280 592-594 338-341 598-600 635-638 550-552 626-633 614-619

Bilag 12 – Begreber for idealtyperne

Den Reflekterende Handlende Mand	Den bekvemme ubekymrede Mand
<ul style="list-style-type: none">- refleksiv- eksistentiel- ændret adfærd- handlende- tvivlende- sårbar- verbalisere følelser- lille familie- udadvendt	<ul style="list-style-type: none">- livsnyder- praktiker- gør som han altid har gjort- fysisk aktivitet er hverdagsaktiviteter- social- livsglad- "simple ting" i livet- han eksemplificerer- familie orienteret- autoritetstro

Vedlegg

Sjekkliste for kritisk vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Følgende forhold må vurderes:

- Kan vi stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002
Critical Appraisal Skills Programme: <http://www.phru.org.uk/~casp/>

Innledende spørsmål

1. Er formålet med studien klart formulert?

Tips:

Se etter det tredelte spørsmålet:

- populasjon
- intervensjon/tiltak
- utfalls-/resultatmål

Ja

Uklart

Nei

2. Er en randomisert kontrollert studie en velegnet design for å besvare spørsmålet?

Ja

Uklart

Nei

Kan du stole på resultatene?

3. Ble utvalget fordelt til tiltaks- og kontrollgruppen ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?

Tips:

- Randomiseringen er tilfredsstillende dersom den for eksempel skjer skjult/blindt ved bruk av lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc. (dvs. gjennom prosedyrer som «forsegler» og umuliggjør manipulering av randomiseringsprosedyren).

Ja

Uklart

Nei

4. Var gruppene like ved oppstart av studien (like grupper ved baseline)?

Tips:

- Se etter om gruppene er like med hensyn til f.eks. funksjon, alder, kjønn, sosial klasse etc.

Ja

Uklart

Nei

5. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?

Tips:

- Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes.

Ja

Uklart

Nei

6. Ble deltakere, helsepersonell og forskere blindet mht. tiltaks- og kontrollgruppe?

Tips:

- Det er ikke alltid mulig å blinde pasienter og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig.
- Forskeren (den som måler utfallet) kan som regel blindes.

Ja

Uklart

Nei

7. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?

Tips:

- Er det gjort rede for frafall, og har man tatt hensyn til dette i analysen?
- Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?

Ja

Uklart

Nei

Hva forteller resultatene?

8. Hva er resultatet i denne studien?

Tips:

- Hvor stor er effekten for de ulike resultatmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, RR, NNT etc.

.....
.....
.....

9. Hvor presise er resultatene?

Tips:

- Er det oppgitt p-verdi?
- Er det statistiske forskjeller mellom gruppene?
- Hvor presist er effektestimater? (Se på bredden av konfidensintervallet.)

.....
.....
.....

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

10. Kan resultatene overføres til den lokale befolkning/pasientgruppe?

Tips:

- Er personene som er inkludert i denne studien, like nok de menneskene du møter i din egen praksis?
- Er tiltaket godt beskrevet og gjennomførbart?

Ja

Uklart

Nei

11. Ble alle viktige utfalls-/resultatmål evaluert i denne studien?

Hvis ikke, vil dette ha betydning for hvorvidt du vil bruke resultatene fra denne studien?

Ja

Uklart

Nei

12. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?

Tips:

- Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger?

Ja

Uklart

Nei
