

Kvinnens opplevelser av trening under og etter hjerterehabilitering



Kine Ulvestad,
MSc, Institut for ergo-
terapi, fysioterapi og
radiografi, Høgskolen
i Bergen, fysiokine@
hotmail.com

Kari Anette Bruusgaard, høgskolelektor,
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag,
Institut for fysioterapi

Birgitta Blakstad Nilsson, første-
amanuensis, Institut for ergoterapi, fysio-
terapi og radiografi, Høgskolen i Bergen og
fysioterapeut på NIMI

Elisabet Hellem, førstelektor, Høgskolen
i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag,
Institut for fysioterapi

Denne **vitenskapelige artikkelen** er
fagfellevurdert etter Fysioterapeutens
retningslinjer. Akseptert 7.8.2014. Ingen
interessekonflikter foreligger. Studien er
godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig
Datatjeneste (NSD).

Sammendrag

- **Hensikt:** Å utdype forståelsen av hva kvinner opplever som viktig i hjerterehabilitering i fase 2 med tanke på å styrke troen på egen kropp og motivere til trening og fysisk aktivitet etter en hjertehendelse.
- **Design og metode:** En kvalitativ studie basert på et fokusgruppeintervju, analysert gjennom systematisk tekstkondensering.
- **Materiale:** Fire kvinner som hadde deltatt i hjerterehabilitering i primærhelse-tjenesten.
- **Funn:** To hovedtemaer ble identifisert; «Styrket tro på egen kropp» og «Fra ledet til selvstyrt – istandsatt gjennom kroppslige erfaringer, erkjennelse og forståelse».
- **Konklusjon:** Denne studien viser at tidlig oppstart med treningsbasert rehabilitering gir viktige erfaringer som bidrar til styrket tro på egen kropp, redusert engstelse for hva hjertet tåler og økt bevissthet på betydningen av trening og fysisk aktivitet. Kompetente fysioterapeuter og likemenn trekkes frem som avgjørende bidragsytere i prosessen.
- **Nøkkelord:** Hjerterehabilitering, trening, kvinner, brukerkunnskap, mestring.

Bakgrunn

Kjønnsforskjeller innen forskning, diagnosering og behandling av hjertesykdom har ledet til økt fokus på kvinner de siste årene. Trening er en viktig del av behandlingen ved hjertesykdom, og hjerterehabilitering er et tiltak klassifisert på evidensnivå I A (1,2). Til tross for overbevisende dokumentasjon på effekten av hjerterehabilitering viser internasjonal litteratur til lav utnyttelsesgrad av tilbudet, og lavest deltakelse blant kvinner (3,4). Kvinner blir også i mindre grad

henvist til hjerterehabilitering, har dårligere compliance enn menn (5), og opprettholder i liten grad treningsvanene etter fullført hjerterehabilitering (6). Kvinner har like stor nytte av hjerterehabilitering, men støter trolig oftere på utfordringer, da de vanligvis får symptomer ti år senere enn menn, har høyere risikoprofil, mer komorbiditet og oftere hjertesvikt ved diagnosetidspunktet (7). Dette kan potensielt bety at de som kan ha best nytte av tilbudet blir stående utenfor. Samtidig er det behov for økt kunnskap fra

hjerterepasienters erfaringer med trening (8).

Formålet med studien var å undersøke kvinners erfaringer med trening under og etter hjerterehabilitering i fase 2. Hensikten var å utdype forståelsen av hva kvinnene opplevde som viktig med tanke på å styrke troen på egen kropp og motivere til trening og fysisk aktivitet etter hjertehendelsen. Trening defineres her som en systematisk påvirkning av organismen med sikte på å endre fysiske, psykiske og sosiale egenskaper som ligger til grunn for prestasjonsevnen (9), og fysisk



Opplevelsen av trygghet og ufarliggjøring i tidlig fase har vært med å styrke troen på egen kropp.

TABELL 1 Informanter.

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Alderstrinn	65-70	65-70	50-55	55-60
Sivil status	Enke	Skilt	Samboer	Gift
Yrke/arbeidsstatus	Helse- og omsorgsarbeider/pensjonist	Sosialarbeider/pensjonist	Helse- og omsorgsarbeider	Konsulent
Diagnose/sykdom	Mindre hjerteinfarkt	Bypass operert	To hjerteinfarkt med ni måneders mellomrom m/hjertestans	Hjerteinfarkt m/hjertestans
Erfaring med trening før deltakelse	Lite	Yoga og friluftsliv	Trente ikke	Sporadisk
Trening i ettertid	Trener regelmessig styrke, pulstimer, svømming og gåturer	Trener som før	Trener ikke i dag	Trener regelmessig to-tre ganger per uke styrke og kondisjon på treningssenter

aktivitet som enhver kroppslig bevegelse som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (10). Videre var hensikten å få innblikk i hvordan kvinnene brukte erfaringer fra hjerterehabiliteringen når de overtok treningsansvaret selv. Innsikt i kvinnelige hjertepasienters erfaringer kan være et bidrag til forstå mer av hvordan vi kan tilrettelegge hjerterehabilitering i primærhelsetjenesten, slik at tjenestene på best mulig måte møter kvinnenes behov.

Metode

Studien har et kvalitativt design, med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Metoden er egnet til å fange opp informantenes erfaringer og opplevelser (11). I fokusgrupper spiller man på gruppedynamikken som utspilles i diskusjoner mellom deltakere som har felles erfaringer (12). Fokusgruppeintervjuet ble ledet av en moderator og to ko-moderatorer som vekslet på oppgaven. En intervjuguide ble benyttet under intervjuet. Moderatorene presenterte temaene, la til rette for ordveksling og bidro med oppfølgingsspørsmål i en uformell og åpen atmosfære. Kvinnene tillot seg å samtale relativt fritt om sine erfaringer. De spilte hverandre, utdypet sine meninger og berørte temaer som ikke nødvendigvis ville ha kommet frem i intervju med enkeltpersoner. Moderatorene søkte å oppsummere diskusjoner rundt de ulike temaene fortløpende, slik at fortolkninger av informantenes svar kunne verifiseres underveis, noe som gjerne styrker intervjuets kvalitet (13).

Utvalg

Utvalget var strategisk.

Inklusjonskriterium: Kvinner med hjertesykdom som var klarert for trening i rehabiliteringsfase 2b (14) (tabell 1). De var henvisst til poliklinisk hjerterehabilitering med gruppebasert intervalltrening etter Ulevålmodellen (15). Treningen var ledet av to fysioterapeuter med spesialistkompetanse. Før oppstart hadde alle deltakerne deltatt på fem ukers tidlig rehabilitering (fase 2a) i spesialisthelsetjenesten.

Eksklusjonskriterier: Kvinner som ikke snakket eller forsto norsk, eller med en alvorlig psykisk lidelse.

Ti kvinner fikk tilbud om å delta, syv takket ja. Tre meldte avbud rett før intervjuet grunnet uforutsette hendelser.

Analyse av materialet

Intervjuet ble transkribert ordrett og materialet analysert gjennom systematisk tekst-kondensering utviklet av Giorgi, modifisert av Malterud (11). Forfatterne leste teksten først hver for seg, for å få et overordnet inntrykk av innholdet. Helhetsinntrykket ble deretter drøftet i plenum. Videre analyserte forskerne teksten individuelt på søken etter meningsbærende enheter som de mente representerte kvinnenes erfaringer. I fellesskap ble meningsbærende enheter diskutert, kondensert og kodet til undertema. Undertemaene ble gruppert og abstrahert til to hovedtema. Figur 1 eksemplifiserer analyseprosessen gjennom fire trinn (se neste side).

Som forskere er det viktig å erkjenne at

man alltid bærer med seg personlige erfaringer, verdier, kunnskap og holdninger til feltet man studerer (16). Denne forforståelsen omfatter ikke bare forestillinger og tankesett man har som fagperson, men reflekterer også almenkulturelle normer og verdier som i stor grad innlæres og videreformidles på mer eller mindre ubevisste måter. Kropp, helse og trening har et sterkt fokus i dagens kultur, og det legges et stort ansvar på den enkelte med hensyn til å ivareta egen helse. Både som fysioterapeuter og representanter for almenkulturelle normer må vi være bevisste på at våre verdier og idealer ikke overskygger informantenes historier.

Teoretisk forståelsesramme

Analyseredskapene var til dels teoretisk og empirisk forankret, med teorier og model-

Kort sagt

Implikasjoner for praksis:

- For kvinner kan det se ut til at opplevelsen av trygghet er overordnet med tanke på å utfordre kroppen etter en hjertehendelse.
- Tidlig igangsetting av hjerterehabilitering og trening bidrar til å overkomme utrygghet og gi tidlige mestringserfaringer.
- Støtte og uformell kunnskapsoverføring fra likemenn er vesentlig.

Gjennomlesing for å få et helhetsbilde. Vurderer mulige temaer som kan skimtes i teksten og gir dem midlertidige navn.

- Usikkerhet, redsel for hva hjertet tåler, redd for å overbelaste.

Dekontekstualisering av materialet. Meningsbærende enheter identifiseres og kodes.

- Sitatet «Jeg turte nesten ikke røre meg i begynnelsen...» kodes til «usikkerhet».

Kondensering, undertemaer og hovedtemaer fremtrer.

- Tekstbiter med tilsvarende kode kondenseres til en sammenhengende tekst og sorteres i relevante undertema: «usikkerhet i starten» - og kobles til andre undertema: «overvinne engstelse gjennom treningsopplevelser» - og hovedtema 1 fremtrer.

Raffinering av titler, rekontekstualisering og validering av funn.

- Sjekker at analytisk tekst gjenforteller det som opprinnelig ble sagt.

FIGUR 1 Analysetrinnene i systematisk tekstkondensering - med eksempel.

ler for mestring som sentrale. Mestring kan forstås på ulike måter. Lazarus og Folkman (17) hevder at det å ha et positivt syn på seg selv er en viktig ressurs for mestring. Involvert i denne tenkningen er troen på at man selv er i stand til å påvirke til et positivt utfall. Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (18) og Banduras teori om mestringsforventning (19) beskriver begge betydningen av troen på at man har tilstrekkelig med ressurser til å takle ulike livssituasjoner. Antonovskys salutogene modell vektlegger helsefremmende faktorer, og begrunner helse med at det ikke kommer an på hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer (18). Hvordan den enkelte tar seg selv i bruk for å håndtere stresstilstander vil kunne si noe om ens grunnholdning, noe Antonovsky kaller opplevelsen av sammenheng (OAS). En høy grad av OAS gjør oss bedre rustet til å mestre situasjonen ved sykdom. Dette kjennetegnes av at personen forstår sin livssituasjon (forståelighet), har tro på egne ressurser til å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringene som motiverende (gir mening). En persons OAS kan både styrkes og svekkes av ulike livsopplevelser (ibid.).

Banduras sosial-kognitive teori om mestringsforventning (self-efficacy) gir en for-

ståelse av hvordan individer kan håndtere og kontrollere handlinger og situasjoner i ønsket retning gjennom troen på egen evne til å gjennomføre en handling eller mestre en oppgave (19). I følge Bandura er det fire prinsipielle kilder til hvordan mestringsforventning formes og læres; tidligere erfaring med å lykkes, modell-læring, verbal overbevisning med støtte og oppmuntring, samt fysiologisk og affektiv aktivisering knyttet til handlingen. I tillegg kreves en tro på at atferdsendring gir et ønsket resultat (ibid).

Funn

Analysen avdekket to hovedtemaer: «Styrket tro på egen kropp» og «Fra ledet til selvstyrt – istandsatt gjennom kroppslige erfaringer, erkjennelse og forståelse». Representative sitater presenteres i tabell 2 og 3.

Styrket tro på egen kropp

Dette hovedtemaet identifiserer faktorer ved rehabiliteringsmodellen som informantene mente bidro til å styrke troen på egen kropp. Temaet trådte frem fra fire undertema som presenteres fortløpende.

Usikkerhet i starten

Alle informantene opplevde usikkerhet til hva hjertet kunne tåle i starten og noen beskrev at de var redde for å begynne å bevege seg. En av kvinnene beskrev en uttalt redsel for å få et nytt hjerteinfarkt ved belastning. Alle hadde deltatt på tidlig rehabilitering ved et sykehus og så hele forløpet i sammenheng. Flere var forundret over at treningen ble introdusert allerede på sykehuset og positivt overrasket over hvor mye kroppen kunne tåle rett etter en hjertehendelse. Informantene ga uttrykk for at de hadde klart seg bra, tross skepsisen i starten, og beskrev erfaringene ved det å bli utfordret tidlig som et springbrett for å overkomme frykten for å overbelaste hjertet.

Overvinne engstelse gjennom treningsopplevelser

Det å kjenne på egen kropp at trenings-

faringene reduserte frykten for å bevege seg ga informantene mestringsfølelse og selvtillit. Ingen opplevde store plager når de startet å trene, men noen fikk diffuse brystmerter. Trygging og råd fra fysioterapeutene om mulige årsaker og hvordan takle brystmerter under trening ga dem mot til å fortsette. Erfaringene gjorde det lettere for dem å bli kjent med kroppens reaksjoner på økt belastning, og trygget dem i å ta ut sitt treningspotensiale. «I starten var mye selvbegrensende», forklarte en av dem. Kroppen doserte ned hvis man tok i for mye og betablokkere begrenset pulsøkning. For to med ribbensbrudd etter gjenopplivingen var treningsoppstarten spesielt ubehagelig. Tilrettelegging fra fysioterapeut muliggjorde det å utfordre seg selv på lik linje med de andre.

Trygghet gjennom faglig kompetanse og tett oppfølging

Informantene presiserte hvor viktig det var at de fikk tett oppfølging og støtte av fysioterapeuter som de omtalte som «eksperter». Det ga en trygghet som de mente de ikke kunne fått «hvor som helst». Når de for eksempel kjente ubehag i brystet under oppstart av intervalltrening og ble engstelige, kunne fysioterapeuten betrygge med at det gir seg etter hvert, noe de fikk bekreftet. Informasjon og veiledning av en fysioterapeut med kompetanse innen feltet beskrev de som avgjørende for å utfordre ubehaget. Informantene følte de hadde blitt svært godt fulgt opp under rehabiliteringen. Fysioterapeutene var støttende og oppmuntrende og flinke til å drive dem under treningen, slik at deltakerne torde å presse seg under intervallene med høy intensitet. Faste gruppetider gjorde det lettere å stille opp til trening sammenlignet med egentrening. Hvis de uteble, ble de fulgt opp gjennom telefonsamtaler.

Ufarliggjøring gjennom identifisering og alminneliggjøring

Informantene poengterte verdien av å trene i gruppe med andre i samme situasjon. De kjente seg igjen i hverandres beskrivelser og fant trøst i at egen situasjon også var gjenkjennbar hos de andre. Identifisering og alminneliggjøring bidro til at de følte seg mindre alene med sine utfordringer, og det opplevdes tryggere enn om de skulle ha trent alene. En av deltakerne forklarte hvordan de kunne bli møtt med maning om forsiktighet fra nære pårørende når det gjaldt fysiske anstrengelser, mens de opplevde det

TABELL 2 Hovedtema 1, styrket tro på egen kropp.

Undertema	Eksempler på sitater (m/informantnummer)
Usikkerhet i starten	«Jeg var redd for at jeg skulle få infarkt og hjertestans igjen, det var vel det jeg var mest redd for. Jeg turte nesten ikke røre meg i begynnelsen, så jeg var ganske overrasket over hvor mye jeg egentlig tålte og hvor fort jeg kom meg igjen da jeg begynte med opptrening... For jeg orket ingenting til å begynne med» (3). «Sånn helt i starten, da jeg begynte i hvert fall, så tenkte jeg at dette blir alt for tungt. Altså, ja [alle nikker], virkelig altså... hvor mye jeg egentlig tåler... jeg var redd for at jeg skulle gå rett...» (3). «Det var jo det som var spørsmålet egentlig, for jeg er jo veldig glad i å røre på meg... og så visste jeg jo ikke om jeg kunne det eller ikke» (1). «Da jeg begynte der (på sykehuset), jeg hadde jo til og med med meg sønnen min, for jeg turte ikke å gå alene» (3). «Ja, det er jo viktig å komme til behandling fort, ikke drøye tiden noe lenge. Det var i hvert fall for min del» (3). «Ja, det var viktig å komme tidlig i gang både for selvtilliten og at du følte at du kunne mestre noe ... og ikke bare var en liten persilledott» (1).
Overvinnet engstelsen gjennom trenings-erfaringer	«I hvert fall første intervall så kjente jeg jo veldig press i brystet og hadde liksom vondt» (3). På spørsmål om hun da ble engstelig svarte hun: «Jo, altså, jeg gjorde jo egentlig det, men fikk jo på en måte litt sånn at [bekref-tet]... det er ikke noe farlig, som hun sa... det er noe som går tilbake, bare vent litt, det blir bedre... og det gjorde det jo også, det forsvant, til jeg var på tredje intervall så var det borte ... og da visste jeg jo det at på den første så var det egentlig alltid sånn...». På spørsmål om hun hadde lært noe om kroppens reaksjoner svarte hun slik: «Ja, hvis jeg går trapper nå, og kjenner at det presser litt her, så gjør ikke det meg noe... jeg er ikke redd for det, jeg vet at det ikke er farlig» (3). «Etter hvert som du trener mer og mer og kjenner på kroppen at det faktisk ikke er farlig i det hele tatt, gjør det jo bare godt» (4).
Trygghet gjennom faglig kompetanse og tett oppfølging	«Jeg ble overrasket over hvor mye man egentlig kunne klare. Det var helt uforståelig for meg, at jeg virkelig overlevde, hehe. Rett og slett. Jeg sa jo når jeg kom hjem at dette kan jo umulig være bra. [Latter rundt bordet] Men det var jo det» (3). «Ja, det har vist seg det» (4). «Ja, de veit jo hva dem gjør» (3). «Du må jo stole på det» (1). «Ja, det var det jeg tenkte og, jeg må jo bare stole på dem, de setter vel ikke i gang noe slikt uten at de vet hva de driver med. Dette får jeg bare fullføre» (3). «Det er veldig forskjell på å trene selv på treningscenter med det å ha noen eksperter som kan noe om hjertereha-bilitering, det er kjempeviktig. Andre fysioterapeuter er sikkert flinke de og, men hvis de ikke har den ekspertisen... du føler deg i hvert fall mye tryggere når du vet det, ikke sant?» (2).
Ufarliggjøring gjennom identifisering og alminneliggjøring	«Det beste ved det er jo at du kommer inn i en gruppe og får et treningsopplegg med noen som kjenner til problemet... og treffer andre som har opplevd det samme» (2). [Samtlige rundt bordet nikker og sier seg enige]. «Det å komme sammen med andre som har opplevd noe av det samme, utveksle erfaringer... okay, da var det kanskje ikke så rart at akkurat det skjedde meg, for det har skjedd noen andre (...) og så kjenner du deg igjen» (4). «Og da blir det ikke så skummelt» (1). «Nei, da er ikke dette her noe uvanlig, liksom» (3).

motsatte blant de som hadde samme sykdomserfaring. Deltakerne sa de sammenlignet seg med de andre under treningen, både med hensyn til kapasitet ved oppstart og bedringskurve. Tryggheten ved å se at andre har mestret, ga tro på at en selv kunne mestre.

Fra ledet til selvstyrt

Dette temaet illustrerer hvordan informantene bruker kunnskap og erfaringer fra den organiserte hjerterehabiliteringen og beskriver hvordan informantene lager seg rutiner og setter seg mål for å opprettholde treningen på egen hånd. Temaet trådte frem fra tre undertema som presenteres fortløpende.

Trygghet på hjertets tålegrenser

Etter rehabiliteringen var informantene ikke lenger bekymret for at hjertet skulle begrense dem. Hvordan de selv hadde erfart hva kroppen tålte, testresultater, avdramatisering og positivt fokus fra helsepersonell hadde styrket troen på egen kropp. Arbeidsbelastningstestene ga dem en objektiv trygghet, hjertet var undersøkt og godkjent. Gjennom intervalltreningen med fysioterapeut hadde de utfordret egne tålegrenser i trygge omgivelser. Til tross for at de beskrev intervalltrening som utfordrende, var de trygge på å legge inn intervaller i egentrening og delta på kondisjonskrevende fritidsaktiviteter.

Å finne sin treningsform i hverdagen

Etter avsluttet hjerterehabilitering beskrev informantene at de følte seg fortrolige med å skulle fortsette med aktiviteter på egenhånd. De følte seg trygge på at de kunne gjøre det de ville og alle hadde gjenopptatt gamle aktiviteter. Noen brukte kanskje lenger tid på å bli varme før de følte at de var i riktig «driv», men de var ikke engstelige for å bli andpustne eller anstrenge seg. At kroppen trengte lenger tid til oppvarming relaterte de til medisineffekt og at «blodårene måtte få tid til å utvide seg». Alle uttrykte at de hadde fått et mer bevisst forhold til eget aktivitetsnivå. De forsøkte å trene og være fysisk aktive på sin måte i hverdagen. Tre av deltakerne trente regelmessig flere dager i uken. En som sa hun ikke hadde overskudd til å trene, argumenterte med at hun fikk mye fysisk aktivitet gjennom jobben sin som helse- og omsorgsarbeider, samtidig som hun ga uttrykk for at hun hadde dårlig samvittighet for at hun ikke trente mer. En annen fortalte at hun hadde en stillesittende jobb, og at hun måtte veie opp for dette med å trene regelmessig. Informantene valgte seg forskjellige treningsformer slik som stavgang, spinning, aerobic og tredemølle og de var opptatt av å inkludere intervallprinsippet. To hadde kjøpt pulsklokke. Når informantene snakket om sine treningsvaner, inkluderte de bevisste valg av hverdagsaktiviteter, slik som hagearbeid, sykling, tur og friluftsliv.

Allianser og tester som drivkrefter

Treningsavtaler med venner eller familie ble beskrevet som en motivasjonsfaktor for regelmessig trening. Avtaler forplikter og gjør det vanskelig å komme med unnskyldninger for å utebli. Arbeidsbelastningstesten

ble også tillagt betydning for å bevare treningsmotivasjonen. Diskusjonen avdekket at flere av deltakerne så testen i seg selv som en drivkraft til å trene, og at testresultater ga mulighet til «å konkurrere med seg selv».

Diskusjon

Resultatene indikerer at engstelse og usikkerhet karakteriserer tidlig fase etter hjerterehabitering og knyttes spesielt til redsel for hva hjertet, et skjørt, symbolsterkt organ, tåler. Opplevelsen av trygghet og ufarliggjøring i tidlig fase har vært med å styrke troen på egen kropp og berede grunn for å overta treningsansvaret selv. Egne kroppslige erfaringer, støtte og styrking gjennom kompetente fagutøvere og sosial interaksjon med medpasienter beskrives som viktige bidrag til å frembringe ideoende krefter med tanke på å motivere til trening og fysisk aktivitet.

Trygghet, fortrolighet og empowerment

Noe av det som skiller tydeligst på kvinner og menns perspektiver på hjerterehabitering, er at menn er mer målorienterte og opptatt av strukturen i treningsprogrammet, mens kvinner er mer opptatt av følelser, trygghet og det å bli sett og hørt (20).

Informantene mente at usikkerhet og engstelse kunne sees på som naturlige reaksjoner, og at hjelp til å forstå, tolke og takle kroppslige følelser var vesentlig for å overkomme frykten for å overbelaste hjertet. En metaanalyse om kvinners rekonvalesens etter hjerteinfarkt viste at mange opplever usikkerhet, tvil og frykt i denne perioden (21).

Det å bli utfordret tidlig i forløpet, mente våre informanter var avgjørende for å overkomme redselen for å overbelaste hjertet. I møte med fysioterapeuten fikk de prøve ut og erfare på kroppen at hjertet tålte anstrengelser. Til tross for skepsis i starten, følte de seg trygge på at «fysioterapeuten visste hva hun gjorde». Vår evne til å stå i ulike stressede situasjoner har sammenheng med våre fysiologiske og emosjonelle reaksjoner (19). Tidlige mestrings erfaringer er med på å styrke evnen til å takle stress og engstelse og gjennom dette legge grunnlaget for å mestre treningsutfordringer i det videre forløpet. I følge Bandura er autentiske mestrings erfaringer den mest effektive måten å styrke individets mestringsforventninger på (ibid.).

Frem til 2000-tallet var praksisen at hjerterepasienter skulle hvile de første seks til åtte

TABELL 3 Hovedtema 2, fra ledet til selvstyrt - istandsatt gjennom kroppslige erfaringer, erkjennelse og forståelse.

Undertema	Eksempler på sitater (m/informantnummer)
Trygghet på hjertes tålegrenser	«Jeg har fått bekreftet at ting er i orden... den delen av hjertet som er dødt, det er dødt, men har jo fått beskjed om at det er ingen grunn til at du ikke kan leve til du er både 80 og 85 år» (4). «Det er ikke hjertet du dør av» (1). «Nei, sånn per i dag så er det ikke hjertet jeg skal dø av... da stopper ikke det hjertet meg, selv om jeg har hatt hjerteinfarkt er det greit»(4). «Jeg var på lang ukestur i fjellheimen i sommer... Dette har vi gjort så mange ganger før, så jeg bare gikk, og det gikk kjempefint... jeg var i hvert fall ikke redd for å gå, nå da» (2). «Det (intervalltrening) er jo vondt» (3). «Det første intervallet er jo gjerne slik, men så blir det jo bedre og bedre da. Så det tredje er helt greit» (1).
Økt bevissthet på trening og fysisk aktivitet i hverdagen - å finne sin treningsform	«Jeg syntes vi fikk noen knagger å henge dette her på... for jeg var ute og kjøpte meg gåstaver og gikk litt intervaller i bakker og nedover veien der jeg bor... Så jeg prøvde ut noen ting, hva som ikke funket og hva som funket» (4). ...«jeg tar tre sånne intervaller på tredemølla innimellom, eller på sykkelen, eller spinning... men jeg er mest på sånn puls, high-puls, shape-puls og sånne ting ... og jeg og fått meg pulsklokke» (1). «Men jeg vet jo det at jeg blir sprekere når jeg kommer hjem igjen med den treninga... Har du vært litt sliten før du går ut, så føler du deg piggere når du kommer inn» (1).
Allianser og tester som drivkrefter	«Jeg går sammen med søsteren min på trening, så vi er to hele tiden... da er det vanskelig å ikke gjøre det... Det er da litt lettere når man har noen å gjøre det sammen med?» (1). «Ja, gå sammen med noen er jo absolutt bedre enn å gå alene» (2). «Ja, for da må du ha en ordentlig unnskyldning om du ikke vil, vet du» (1). «Ja, for når man er to og har avtaler så er det lettere, det er som den avtalen som var her, to ganger i uken, da går du hit» (3). ...«jeg trener, enten alene eller sammen med mannen min, eller en nabo. Hvis jeg ikke var på spinning en mandag så spør hun, åh, hvor var du hen i går? Jeg vet du var hjemme. Det var der jeg var, hehe.» [Latter rundt bordet]. «Så vet vi at vi skal sjekkes om et år da, så vi må holde oss i form... Vi vil ikke være dårligere enn det som var, vet du. Nå skal jeg til sjekk igjen i november skjønte jeg, så derfor må jeg hardtrene litt» (1). [Stor latter rundt bordet].

ukene etter hendelsen, og mange er sannsynligvis fortsatt i den tro. Våre informanter uttrykte forundring over at de skulle begynne å trene så tidlig og med såpass høy anstrengelsesgrad. Våre informanter fikk hjelp fra kyndige fysioterapeuter til å tro på egne ressurser for å takle den nye situasjonen. Denne hjelpen kan sees i lys av Antonovskys teori om OAS (18). Med hjelp til å oppfatte situasjonen som begripelig, meningsfylt og håndterbar oppleves utfordringene som mindre overveldende. En høy grad av OAS kan knyttes til enkeltpersoners styrke og deres kapasitet for vellykket tilpasning i en endringsprosess (ibid.).

Oppstartstidspunkt og lengde på rehabiliteringsprogram beskrives også som betydningsfullt i et rent fysiologisk perspektiv. En systematisk oversiktsartikkel konkluderer med at tidlig igangsetting av trening (en

uke etter infarkt) og programvarighet over tre måneder reduserer den ugunstige remodelleringen av venstre ventrikk hos stabile post-hjerteinfarkt-pasienter (22).

Helsearbeidere involvert i rehabilitering vektlegger betydningen av pasientinformasjon, men som flere påpeker er det ikke tilstrekkelig at helsepersonell forteller hjerterepasienter at trening er viktig (23,24). Det å endre helseatferd er en kompleks prosess som påvirkes av indre og ytre faktorer. Sammenhengen mellom opplevelse av egen kropp, selvtillit og motivasjon for å trene ser ut til å være sentral (ibid.). Den tryggheten våre informanter sa de fikk gjennom arbeidsbelastningstester og kroppslige opplevelser i treningssituasjoner beskrev de som vesentlige for å styrke selvtilliten til å utfordre seg fysisk. Trygge rammer ga mulighet for å utforske egne grenser og takle eventu-

elle symptomer ved fysisk belastning. Ifølge informantene forutsetter denne tryggheten at fysioterapeuten har kunnskap om hjertesykdom og trening, er støttende, stiller krav og tilpasser treningen til somatiske begrensninger, noe de mente de ikke ville kunne få på et vanlig treningssenter. Funn fra Sutton et al. (20) støtter teorien om at det å være i «et terapeutisk landskap» heller enn et treningssenter, er utslagsgivende for tryggheten til å utfordre seg selv hensiktsmessig for kvinner med hjertesykdom (ibid.).

I tråd med Clark et al. (25) viser vår studie at de viktigste bidragene fra hjerterehabiliteringen var knyttet til styrket selvtilit gjennom kroppslige opplevelser og sosiale mekanismer. I tillegg til *den formelle kunnskapen* pasienter får gjennom møte med profesjonelle, peker Clark på verdien av en mer eller mindre *skjult læreplan*, skapt og formet av kunnskap fra likemenn (ibid.). Funnene i vår studie er i tråd med Clark i det våre informanter så på støtten, kunnskapen og gleden de opplevde å få gjennom samvær med likemenn i gruppetreningen som uvurderlig. Å identifisere seg med likemenn setter egne erfaringer i perspektiv. Gjennom alminneliggjøring ufarliggjøres egen situasjon. Det å se at andre i samme situasjon lykkes, er med på styrke egne mestringserfaringer (19). Bandura beskriver at egenopplevde erfaringer ikke alltid er nok for utvikling av mestringstro. Mestringstro utvikles også gjennom å se på, lære av og etterligne andre (ibid.). Utvikling av mestringstro gir selvtilit og beskrives som et nøkkelement for vedvarende adferdsendring i hjerterehabilitering (26).

Erfaringene fra rehabiliteringstilbudet i fase 2 har istandsatt kvinnene til å kunne ta beslutninger vedrørende trening og egen helse. Informantene sier at rehabiliteringen har gitt dem selvtilit til å stole på hjertet og overføre kunnskap til andre trenings-sammenhenger, samt at de har blitt bevisste på nødvendigheten og verdien av trening. Sutton et al. (20) hevder at det er klar sammenheng mellom i hvilken grad kvinner tar ansvar for egen helse og graden av støtte i terapeutisk miljø. Kvinner som er styrket i forhold til å påvirke sin livssituasjon har større sannsynlighet til å fortsette med trening på egenhånd (ibid.).

Utprøving av og bevissthet på treningsalternativer og allianser med treningspartnere hevdes å ha betydning for å vedlikeholde treningen på egen hånd. Gjennom selvref-

Title: From fear and insecurity to greater confidence in the body; Women's experiences of exercise during and after cardiac rehabilitation. A focus group interview.

Abstract

- **Purpose:** In-depth understanding of what women experience as important in cardiac rehabilitation (CR) phase 2, regarding strengthening confidence in the body and promoting exercise and physical activity after a cardiovascular event.
- **Design and method:** A qualitative study based on a focus group interview analyzed by systematic text condensation.
- **Material:** Four women participated in CR in primary care.
- **Findings:** Two overarching themes were identified; «Strengthened faith in the body» and «From supervised to autonomous - empowered through bodily experiences, perception and understanding».
- **Conclusion:** This study highlights that early implementation of exercise-based CR provides valuable experiences to strengthened confidence in the body, reduced anxiety for what the heart can tolerate and increased awareness of the importance of exercise and physical activity. Skilled professionals and peers are regarded as crucial contributors to this process.
- **Keywords:** cardiac rehabilitation, exercise, women, patient perspective, self-efficacy.

leksjon bevisstgjøres ønsker, verdier og mål som kan bidra til å bygge opp indre motivasjon for trening. Indre motivasjon blir ofte omtalt som den drivkraften som får oss til å gjøre ting av lyst og interesse (19). Ytre motivasjon handler mer om hvilken fortjeneste man kan få ut av aktiviteten. Indre motivasjon bidrar oftest til å opprettholde en aktivitet. Bårdsen og Thornquist (27) skriver at trening ikke nødvendigvis er avgjørende for å ha god helse. Ulike typer aktiviteter har også en viktig verdi for helsen. Opplevelse av velvære og bevegelsesglede forsterker egenverdien av den fysiske aktiviteten og styrker den indre motivasjonen til å vedlikeholde aktiviteten. Innstilling til om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige ut fra individuelle livserfaringer har betydning for hvordan man finner mening i det som skjer (18), og til å snu det til noe som styrker helsen fremfor å resignere.

Styrker og svakheter ved studien

Utvalget representerte kun fire kvinner. Et lite utvalg, og at alle er rekruttert fra samme rehabiliteringssted kan ha gått utover representativiteten. Vi kan derfor ha gått glipp av viktige nyanser, men håper å ha løftet frem noen fenomener som kan ha overføringsverdi til sammenliknbare pasientpopulasjoner og situasjoner. Det styrker studien at liknende studier understøtter funnene våre, slik det fremkommer i diskusjonen.

Både forfatterens og informantens forståelse kan ha preget studien. Manglende

innsats til trening blir ofte forbundet med usunn livstil, manglende ansvar for egen helse og lav viljestyrke, noe som kan påvirke forskerens spørsmålsstilling og informantens svar. Som forskere forsøkte vi bevisst å unngå å fremstå med verdier, holdninger og spørsmål som kunne oppleves «moraliserende» i fare for å overskygge informantens historier. Vi tilstrebet å skape en uformell atmosfære, stille åpne og utdypende spørsmål i forsøk på å unngå at informantene «pyntet på sannheten» eller tilpasset seg hverandres svar. At analysen er foretatt av mer enn en forsker er med på å skape et analytisk rom med flere nyanser som kan gi studien større gyldighet (11).

Avslutning

Studien viser at hjerterehabilitering oppleves som betydningsfullt for å tørre å utfordre seg fysisk etter en hjertehendelse, og at kvinner verdsetter opplevelsen av trygghet høyt. Tidlig treningsoppstart bidrar til styrket tro på egen kropp og redusert engstelse. Utprøving i trygge rammer gir mot til å utfordre kroppens fysiske grenser, erkjenne hvor mye hjertet faktisk tåler og er med på å øke bevisstheten på betydningen av trening og fysisk aktivitet. Kunnskap og støtte fra kompetente fagfolk samt likemenn anses som vesentlig for tiltro til egen mestring. Erfaringene fra kvinnene i denne studien kan være et av mange bidrag i oppbyggingen av kompetanse innen hjerterehabilitering i primærhelsetjenesten.

Referanseliste

1. Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, et al. Exercise based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (8).
2. Smith SC, Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease. *Circulation* 2011; 124(22): 2458-73.
3. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler A-D, et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2010; 17(4): 410-8.
4. Suaya JA, Shepard DS, Normand S-LT, et al. Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After Myocardial Infarction or Coronary Bypass Surgery. *Circulation* 2007; 116(15): 1653-62.
5. Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, et al. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005; 91(1): 10-4.
6. Moore SM, Ruland CM, Pashkow FJ, et al. Women's patterns of exercise following cardiac rehabilitation. *Nurs Res* 1998; 47(6): 318-24.
7. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2010; 17(1): 1-17.
8. Santalucia N, Jaarsma T. Motivational factors for exercise in cardiac patients? A literature review. *Journal of Preventive Medicine* 2013; 1(1): 1-20.
9. Gjerset A, Haugen K, Holmstad P, et al. *Treningslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012.
10. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Physical activity, fitness and health. Consensus statement. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 1993.
11. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
12. Halkier B. *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag, 2002.
13. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
14. Nilsson BB, Peersen K. NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi sine anbefalinger for fysioterapeutenes faseinndeling av hjerterehabilitering. *Hjertesukket* 2008; (1): 8-9.
15. Nilsson BB, Hellesnes B, Westheim A, et al. Group-based aerobic interval training in patients with chronic heart failure: Norwegian Ullevaal Model. *Phys Ther* 2008; 88(4): 523-35.
16. Nilssen V. *Analyse i kvalitative studier - Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
17. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984.
18. Antonovsky A. *Helsens mysterium - den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
19. Bandura A. *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York, USA: W. H. Freeman and Company, 1997.
20. Sutton EJ, Rolfe DE, Landry M, et al. Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(8): 1834-46.
21. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2007; 36(6): 410-7.
22. Haykowsky M, Scott J, Esch B, et al. A Meta-analysis of the effects of Exercise Training on Left Ventricular Remodeling Following Myocardial Infarction: Start early and go longer for greatest exercise benefits on remodeling. *Trials* 2011; 12(1): 92.
23. Clark AM, Barbour RS, McIntyre PD. Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39(6): 589-98.
24. Tierney S, Mammars M, Skelton D, et al. What Can We Learn From Patients With Heart Failure About Exercise Adherence? A systematic Review of Qualitative papers. *Health Psychology* 2011; 30(4): 401-10.
25. Clark AM, Whelan HK, Barbour R, et al. A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation. *J Adv Nurs* 2005; 52(4): 362-71.
26. Clark AM, Barbour RS, White M, et al. Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(1): 5-14.
27. Bårdsen Å, Thornquist E. *Må vi trenere for å ha god helse? Tidsskriftet for den Norske Legeforening* 2010; 15(130): 1487-8.



WalkAide®

Godkjent som ortopedisk hjelpemiddel gjennom NAV

WalkAide® hjelper deg som er rammet av droppfot til å løfte foten under gange. Produktet reduserer eller fjerner halting fullstendig.

WalkAide® kan tilpasses både voksne og barn, og fungerer slik at du kun trenger en mansjett med WalkAide®-enheten. Denne festes like under kneet. Du står fritt til å velge skotøy etter føre og sosiale anledninger, og du har også muligheten til å ikke bruke sko i det hele tatt. Selv høye hæler eller det å gå barbert på en sandstrand fungerer med WalkAide®.

Besøk www.cypromed.no for å finne ditt nærmeste WalkAide® sertifiserte ortopediske verksted for å bestille prøvetime.



CYPROMED AS

Tlf: 62 57 44 33 / service@cypromed.no