

Proppkursen

En kvalitativ studie om deltagarnas upplevelse av
öppenvårdsrehabiliteringskursen

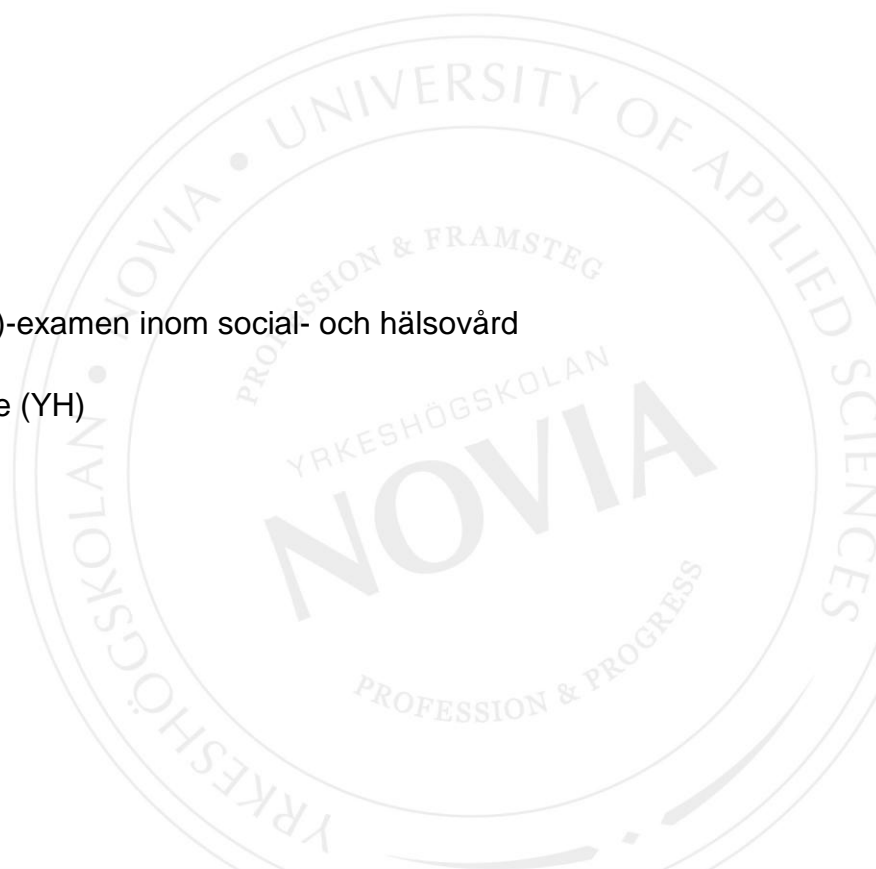
Caroline Eriksson

Ulrika Henriksson

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Caroline Eriksson och Ulrika Henriksson

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Lena Sandén-Eriksson

Titel: Proppkursen – En kvalitativ studie om deltagarnas upplevelse av öppenvårdsrehabiliteringskursen

Datum: Våren 2018

Sidantal: 33

Bilagor: 5

Abstrakt

Inom Europeiska unionen sker det uppemot två miljoner dödsfall inom hjärt- och kärlsjukdomar per år, det anses vara en stor belastning på vårt hälsosystem och statsbudgeter. Hjärtförbundet i Finland har utarbetat en öppenvårdsrehabiliteringskurs för patienter som drabbats av hjärtinfarkt och genomgått en ballongutvidgning eller bypassoperation. Kursen heter på finska TULPPA och dess svenska motsvarighet är Proppkursen. Syftet med denna studie är att undersöka deltagarnas upplevelser och behållning av denna kurs och dess hälsofrämjande påverkan.

Teoretiska utgångspunkterna är Prochaskas transteoretiska modell som beskriver betydelsen av förändringsstadier så som livsstilsförändringar och beteendeförändringar samt Katie Erikssons hälsomodell som beskriver ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Respondenterna har använt sig av frågeformulär bestående av öppna frågor. Resultaten analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. De vetenskapliga artiklarna behandlar ämnen som koronarsjukdomar, livsstilsförändringar, hälsa, sömn och riskfaktorer så som rökning, övervikt, diet och fysisk aktivitet.

Undersökningen resulterade i fyra olika kategorier, fysisk, kognitiv, social och emotionell behållning. Av dessa var det sociala stödet mest påtagligt. Den vetenskapliga bakgrunden påvisar att fysisk aktivitet spelar en stor roll i förebyggande och rehabilitering av koronarsjukdom. Detta stöder tanken om att ordna förebyggande aktiviteter i grupp.

Språk: Svenska

Nyckelord: Koronarsjukdom, rehabilitering, livsstilsförändring, hälsa, riskfaktor

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Caroline Eriksson ja Ulrika Henriksson

Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa

Ohjaaja: Lena Sandén-Eriksson

Nimike: Proppkurssi – Kvalitatiivinen tutkimus osallistujien kokemuksista avohoidon kuntoutuskurssista

Päivämäärä: Kevät 2018 Sivumäärä: 33 Liitteet: 5

Tiivistelmä

Euroopan unionissa tapahtuu vuosittain liki kaksi miljoonaa sydän- ja verisuonitaudeista johtuvaa kuolemaa. Tämän katsotaan aiheuttavan suurta raskautta terveydenhuoltojärjestelmälle ja valtioiden budjeteille. Sydänliitto ry on laatinut avohoidon kuntoutuskurssin potilaille, jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin ja joille on tehty pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Kurssi on suomeksi nimeltään TULPPA ja ruotsiksi kurssia kutsutaan nimellä Propp-kurssi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia osallistujien kokemuksia tästä kurssista, kurssin tuomia hyötyjä ja sen terveyttä edistäviä vaikutuksia.

Teoreettisina lähtökohtina ovat Prochaskan transteoreettinen malli, joka kuvaa muutoksen vaiheiden merkitystä, kuten elämäntapamuutoksia ja käyttäytymismuutoksia sekä Katie Erikssonin terveystieteellisiä mallia. Vastaajat ovat käyttäneet avoimia kysymyksiä sisältäviä kyselylomakkeita. Tulokset analysoidaan kvalitatiivisella sisällönanalyysillä. Tieteelliset artikkelit käsittelevät aiheita kuten sepelvaltimotaudit, elämäntapamuutokset, terveys, uni ja riskitekijät, kuten tupakointi, liikalihavuus, ruokavalio ja liikunta.

Tutkimus johti neljään eri luokkaan; fyysiseen, kognitiiviseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen hyötyyn. Näistä sosiaalinen tuki oli ilmeisintä. Tieteellinen tausta osoittaa, että liikunnalla on tärkeä rooli sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisyssä ja kuntoutuksessa. Tämä tukee ajatusta ennaltaehkäisevän toiminnan järjestämisestä ryhmässä.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: sepelvaltimotauti, kuntoutus, elämäntapa muutos, terveys, riskitekijä

BACHELOR'S THESIS

Author: Caroline Eriksson & Ulrika Henriksson

Degree Program: Public health nurse, Vaasa

Supervisor: Lena Sandén-Eriksson

Title: Proppcourse - A qualitative study of participants' experience of outpatient rehabilitation course

Date: Spring 2018 Number of pages: 33 Appendices: 5

Abstract

Within the European Union occur nearly two million deaths per year caused by cardiovascular disease. This is considered to be a major burden on our health system and state budgets. The Heart Association in Finland has prepared an outpatient rehabilitation course for patients who has suffered a myocardial infarction and undergone a balloon extension or bypass surgery. In Finnish the course is called TULPPA and in Swedish Propp course. The purpose of this study is to research the participants' experiences of this course and its health-promoting impact.

The theoretical starting points are Prochaskas transteoretical model which describes the importance of different stages of change such as lifestyle changes and behavioral changes, as well as Katie Eriksson's health model as an integrated state of health, freshness and well-being. The respondents have used open question questionnaires. The results are analyzed using qualitative content analysis. The scientific articles deal with subjects such as coronary diseases, lifestyle changes, health, sleep and risk factors such as smoking, obesity, diet and physical activity.

The survey resulted in four different categories; physical, cognitive, social and emotional retention. Social support was the most apparent of these. The scientific background shows that physical activity plays a major role in the prevention and rehabilitation of coronary disease. This supports the idea of arranging preventative activities in a group.

Language: Swedish Key words: coronary disease, rehabilitation, lifestyle change, health, risk factor

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	3
3	Teoretiska utgångspunkter.....	3
3.1	Prochaska – Transteoretiska modellen.....	3
3.2	Eriksson – Hälsomodell.....	6
4	Bakgrund.....	7
4.1	Proppkursen.....	8
4.2	Hjärtat.....	10
4.3	Artärsjukdom.....	12
4.4	Sömn.....	13
5	Tidigare forskning.....	15
6	Undersökningens genomförande.....	19
6.1	Kvalitativ metod.....	20
6.2	Datainsamlingsmetod.....	20
6.3	Dataanalysmetod.....	22
7	Resultatredovisning.....	23
7.1	Fysisk behållning.....	24
7.1.1	Vikten.....	24
7.1.2	Motionen.....	24
7.1.3	Kostförändring.....	25
7.2	Kognitiv behållning.....	25
7.3	Social behållning.....	26
7.4	Emotionell behållning.....	27

7.5 Övriga reslutat.....	27
8 Tolkning.....	28
8.1 Tolkning av den fysiska behållningen.....	28
8.2 Tolkning av den kognitiva behållningen.....	29
8.3 Tolkning av den sociala behållningen.....	29
8.4 Tolkning av den emotionella behållningen.....	30
9 Kritisk granskning.....	31
10 Diskussion.....	32

Litteraturlöförteckning

Bilagor

1 Introduktion

Respondenterna av detta examensarbete är blivande hälsovårdare och är intresserade av att arbeta inom arbetshälsovården i framtiden. Därför har vi valt att skriva examensarbetet om hjärtpatienter och hälsofrämjande aspekter vid konstaterad hjärt- och kärlsjukdom hos vuxna. Ämnet är någonting vi kommer att stöta på i vårt kommande arbete som arbetshälsovårdare, eftersom hjärt- och kärlsjukdomar drabbar människor i både arbetsför ålder och även äldre. Förebyggande åtgärder är nödvändiga så som motiverande samtal, att agera som stödperson och att uppmuntra är en viktig del av en hälsovårdares arbete (egna reflektioner).

Hjärtförbundet i Finland har med stöd från penningautomatföreningen åren 2006-2011 utarbetat en öppen vårds rehabiliteringskurs som på finska heter TULPPA. Dess svenska motsvarighet är Proppkursen. Proppkursen ordnas på patientens egen hälsovårdscentral. Kursen ordnas i 12 sjukvårdsdistrikt. Deltagarna ska välja utgående från sin hälsa och välbefinnande en nyckelfaktor, en riskfaktor (övervikt, diet, motion, rökning, stress osv.) som de vill förändra. Redan på första kurstillfället får deltagarna information om riskfaktorerna och väljer då en nyckelfaktor av dessa.

I en studie som gjorts gällande kardiovaskulära riskfaktorer över 4 decennier i Finland visar att från 1972 till 2007 kan man se förändring till det bättre vad gäller vuxna befolkningens kolesterolvärde, blodtryck och vad gäller rökning. I samma studie kan man också påvisa höjning av totalkolesterolet och förhöjt blodtryck och konstaterar vidare att det fortfarande behövs förebyggande vård inom området. (Borodulin, K., et al., 2014)

Karelia-projektet som startade 1972 i Finland, var en följd av den höga mortaliteten i kardiovaskulära sjukdomar. Projektet gjorde upp rekommendationer och samhällsbaserade program, som innefattade hälsovården, skolor, media kampanjer, mataffärer, livsmedelsindustrin, för att underlätta förändring till sundare levnadsvanor bland Finlands folk. Resultatet av de omfattande programmen var till exempel att finländarna började äta mera grönsaker, använda vegetabiliska oljor

och att blodtrycksnivån bland folket sjönk samt att människorna motionerade mera på fritiden. (Puska, P. 2002)

Inom Europeiska unionen sker det nästan uppemot två miljoner dödsfall orsakade av hjärt- och kärlsjukdomar per år. Hjärt- och kärlsjukdomar anses vara en stor belastning på våra hälsosystem samt våra stadsbudgeter, 2007 uppskattades det att hjärt- och kärlsjukdomar kommer kosta Europeiska unionen 169 miljarder per år. Statistik över hjärt- och kärlsjukdomar är av stor betydelse eftersom dessa sjukdomar är den ledande dödsorsaken inom Europeiska unionen. En ökad förståelse och förebyggande åtgärder av hjärt- och kärlsjukdomar samt stroke, har resulterat i att antalet personer som stått inför ett funktionshinder så som försämrad livskvalitet eller en för tidig död har reducerats inom Europa. Ändå fortsätter hjärt- och kärlsjukdomar röra livet för miljontals européer varje dag. [Online] (Eurostat statistics explained)

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med undersökningen är att kartlägga Proppkursens hälsofrämjande påverkan.

1. Vad är deltagarnas behållning av kursen?
2. Vad är nyttan av den valda nyckelfaktorn?
3. Vilket stöd fick deltagarna av kursen och av andra deltagare?

3 Teoretiska utgångspunkter

Prochaskas transteoretiska modell belyser förändringsstadier och dessa kan tillämpas på livsstilsförändring. I Proppkursens arbetsbok tas dessa stadier också upp. Erikssons hälsomodell är användbar på grund av dess helhetsmässiga syn på hälsan och hälsans komponenter.

3.1 Prochaska – transteoretiska modellen

James O. Prochaska, född 1943, är filosofie doktor och professor i psykologi. Han är också chef för cancerförebyggande centret på Rhode Islands universitet. Han har utvecklat den transteoretiska modellen för beteendeförändring (TTM) och det arbetet startade 1977. Sedan dess har han skrivit och varit medskribent i hundratals publikationer. Tillsammans med professorerna John C. Norcross och Carlo C. Diclemente har han forskat i beteendeförändring, livsstilsförändring, och hur människor kommer över problem som rökning, stress, alkoholmissbruk, viktproblem och annat. Prochaska berättar att hans arbete med TTM började när han i frustrationen över att resultatlöst försöka hjälpa en man att komma ifrån depression och alkoholmissbruk. Mannen trodde inte på psykoterapi och

förnekade sina problem. Mannens familj försökte hjälpa honom, men förgäves. Mannen Prochaska beskriver var hans fader. Efter faderns död började Prochaska studera psykologi, för att få reda på vad som hade hänt och om det fanns något sätt att hjälpa människor i samma situation som hans fader.

Prochaska studerade olika psykoterapimetoder för att undersöka om det fanns någon gemensam nämnare i psykoanalysen, behaviorismen, kognitiva terapin, existentiella analysen och humanismen gällande förändring. Han gjorde en tvärkulturell studie av de olika psykologiska läroren med syfte att integrera dem. Han samlade in data men det han fann var oorganiserade listor på förändringsprocesser. Han slutade försöka förstå den insamlade datan, men fick plötsligt inspiration som hjälpte honom organisera sin data och senare ledde till hans första bok *Systems of Psychotherapy* (1979).

Prochaska konstaterar att timing är allt när det gäller förändring. Det finns olika stadier i förändringsprocessen.

Nio stora processer i förändringen. *Consciousness-raising* (medvetandehöjande). Sigmund Freud var den första att beskriva detta och grunden i hans psykoanalys var att göra det undermedvetna medvetet. Idag försöker nästan alla större terapiskolor höja klientens medvetande för att få klienten att göra intelligenta beslut angående sina problem. *Social liberation* (social frigörelse). Detta innebär förhållanden i den utomstående omgivningen, t.ex. rökfria områden eller låg fetthaltig meny på en restaurang. *Emotional arousal* (emotionell upphetsning). En extremt stark process som går på djupet. Ofta en plötslig upplevelse relaterad till problemet i fråga. *Self-reevaluation* (själv omvärdering). Processen gör det möjligt för personen att se när och hur problembeteendet står i konflikt med de personliga värderingarna. Personen kan verkligen känna att livet vore bättre utan problemet. Hur skulle du se på dig själv om du skulle ändra på ditt beteende? Vad är för- och nackdelarna med att försöka bli av med problemet, är frågor man kan ställa sig. *Commitment* (engagemang). När man har valt att göra en förändring accepterar man ansvaret för förändringen. Det första steget är privat, man säger till dig själv att du ska förändra något. Det andra steget är att tala om för omgivningen om förändringen. *Countering* (motverkande). Det är mer sannolikt att missbruka alkohol när man är ängslig och bekymrad än när man är avslappnad, att röka en cigarett när man är uttråkad än när man är aktiv. Vilken som helst sund aktivitet kan ha en motverkande roll, till exempel kan en drogmissbrukare välja att gå ut

och jogga istället för att bli hög på droger eller så kan en stillasittande person välja att umgås med en familjemedlem istället för att sjunka ner i soffan. *Environment control (omgivningskontroll)*. Innebär att omstrukturera omgivningen för att minska problembeteende. Exempelvis att göra av med droger och alkohol från hemmet, sätta upp en "rökfritt" skylt eller klistra upp en varningsskylt på kylskåpet. *Rewards (belöningar)*. Belöningar är användbara när det gäller att förändra ett beteende. Till exempel en present när man nått ett visst mål, kanske för de pengar man annars skulle ha satt på sitt problembeteende. *Helping relationships (hjälpande relationer)*. Oberoende om man vänder sig till professionella, en vän, en familjemedlem eller en präst ska den hjälpande relationen ge stöd, bry sig om, förstå och acceptera. Tyvärr är inte alla tränade på ens de enklaste stödformerna som att lyssna och reflektera.

Prochaskas fem (sex) steg eller faser till förändring, dvs. **Transteoretiska modellen**. **Precontemplation** betyder inte redo, förnekelse stadiet. I denna fas är man omedveten om att man har ett problem man måste ta itu med eller också är man medveten om problemet men det är inte viktigt nog att ta itu med det. Människor i personens omgivning kan klart se att personen har ett problem, men personen i förnekelsestadiet kan det inte.

Contemplation innebär begrundande stadiet. I denna fas är personen medveten om sitt problem och börjar seriöst tänka på att lösa det. Den övervägande vet sitt mål och kanske till ock med hur hen ska komma dit, men är inte redo ännu att ta den vägen.

Preparation innebär förberedande. Dessa personer förbereder sig för förändring, kanske redan nästa månad. Men de behöver ännu övertala sig att förändringen är bäst för dem. Personer som kortar av den förberedande fasen, t.ex. en morgon plötsligt slutar röka, har lägre chans att lyckas i sin förändring. Det behövs en del förberedande för att förändringen ska bli varande.

Action det vill säga handlingsstadiet. Det är i den här fasen personer slutar röka, slänger bort alla godsaker, håller ut all sprit som finns hemma eller konfronterar sina rädslor. De helt enkelt gör den handling de har förberett sig för. Denna fas är den mest tids- och energikrävande. Förändringen är mer synlig för andra i den här fasen.

Maintenance innebär vidmakthållande, aktivitetsstadiet. I den här fasen gäller det att hålla fast vid sin nya livsstil och inte gå tillbaka till det tidigare beteendet. Förändringen slutar aldrig vid handlingsstadiet, utan nu krävs arbete för att förebygga återgång till det tidigare.

Termination det vill säga avslutning. I den här fasen, som inte alltid finns med i Prochaskas modell, är det tidigare problemet inte längre en frestelse och det finns ingen rädsla för återgång. (Prochaska, Norcross och DiClemente, 1995).



Figur 1

3.2 Eriksson – Hälsomodell

Ordet hälsa härstammar från fornsvenskan och betyder hel. Enligt Erikssons (1996) hälsomodell, är hälsa ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Alltså inte enbart som frånvaro av sjukdom. Sundhet eller sund betyder hälsosam, oförvillad. Frisk eller friskhet innebär att vara kry, rask och fräsch. Välbefinnande innebär välmåga, välbehag. Sundhet och friskhet innebär hälsobegreppets objektiva dimension medan välbefinnande är den subjektiva dimensionen. Sundhet betecknar den psykiska eller mentala hälsan och friskhet den fysiska eller biologiska hälsan. Välbefinnande innebär ett av individen upplevt tillstånd av välbehag och kan beteckna individens grad av medvetenhet, upplevelse av mål och känsla av betydelse och makt. Hälsa kännetecknas alltså dels av frånvaro av dysfunktion, dels av en upplevd känsla av välbefinnande.

Omvänt innebär ohälsa förekomst av dysfunktion och känsla av illabefinnande. Integration förutsätter ett funktionellt samband mellan de olika delarna i helheten, men innebär inte att samtliga delar skall vara felfria. En funktionell helhet kan uppstå trots dysfunktion i något enskilt element. Integration (hälsa) kan råda trots förekomst av sjukdom. Att förstå hälsa och att stöda individen där hans inre stöd inte räcker till och att befrämja individens självstöd och integration utgör vårdvetenskapens mest centrala forskningsområden. (Eriksson, 1996, 29-75)

4 Bakgrund

Inom Europeiska unionen sker det enligt statistiken uppemot två miljoner dödsfall orsakade av hjärt- och kärlsjukdomar och drygt 20 000 i Finland per år. År 2012 när denna undersökning gjordes inom Europeiska unionen skedde det 1,9 miljoner dödsfall orsakade av hjärt- och kärlsjukdomar. 37,9 % av alla dödsfall sammanlagt, enligt statistiken dog fler kvinnor än män inom Europeiska unionen av hjärt- och kärlsjukdomar. Statistik över hjärt- och kärlsjukdomar är av stor betydelse eftersom dessa sjukdomar är den ledande dödsorsaken inom Europeiska unionen likaså i Finland. En ökad förståelse och förebyggande åtgärder av hjärt- och kärlsjukdomar samt stroke har resulterats i att antalet personer som stått inför ett funktionshinder så som försämrad livskvalitet eller en för tidig död har reducerats inom Europa men ändå fortsätter hjärt- och kärlsjukdomar röra livet för miljontals européer varje dag. Europeiska kommissionen sammankallade en konferens 2005 för att diskutera angående hjärthälsan i Europa. Detta etablerade i ett avtal om att fullfölja och förstärka kardiovaskulära sjukdomsförebyggande planer och se till att effektivera åtgärder, politik och insatser sattes på plats i alla europeiska länder för att minska belastningen av kardiovaskulära sjukdomar jämte undvikande av tobakskonsumtion (nolltolerans), tillräcklig fysisk aktivitet åtminstone 30 minuter per dag, hälsosamma matvanor, undvikande av övervikt, upprätthållande av ett blodtryck under 140/90mmHg och ett kolesterol under 5mmol/l. [Online] (Eurostat statistics explained)

4.1 Proppkursen

Hjärtförbundet i Finland har med stöd från penningautomatföreningen åren 2006-2011 utarbetat en öppen vårds rehabiliteringskurs som på finska heter TULPPA. Dess svenska motsvarighet är Proppkursen. Proppkursen ordnas på patientens egen hälsovårdscentral. Kursen ordnas i 12 sjukvårdsdistrikt och 1000 personer har gått Proppledarkursen. Kursen ordnas i flera omgångar. Deltagarna i Proppkursen har någon artärsjukdom eller riskfaktorer för en artärsjukdom. Kursens mål är att stärka deltagarnas rehabilitering och att patienten ska bli medveten om riskfaktorerna och förstå att genom eget agerande och förändring kan man påverka sin sjukdomsrisk. Målet är också att minska rädslan förknippad med sjukdomen och att i tid ta itu med eventuell depression. I gruppen får de rehabiliterande kamratstöd och träffar människor i samma livssituation. (Personlig kommunikation 13.9.2016 med kursansvarig för proppkursen)

Deltagarna väljer i början av kursen en nyckelfaktor, det vill säga en riskfaktor (övervikt, diet, motion, rökning, stress osv.) som de vill förändra. Redan på första tillfället får deltagarna information om riskfaktorerna och väljer då en nyckelfaktor av dessa. *Rökning* höjer blodets koagulationsbenägenhet och ökar så risken för propp. Hjärtat drabbas av syrebrist och pulsen och blodtrycket höjs, också rytmstörningarna i hjärtat ökar. Kärilväggarna skadas och åderförfettning påskyndas. Rökning kan också påverka vissa hjärtmediciner så att de har sämre effekt. *Övervikt eller fetma* gör så att artärsjukdomar förvärras snabbare, blodtrycket stiger och ökar de skadliga fetterna i blodet. Fetma försämrar insulinets effekt och mångdubblar risken för typ 2-diabetes. Vidare försämrar fetma livskvaliteten och orsakar lättare komplikationer under och efter en operation. *Stress* är en faktor som hos vissa människor försämrar sjukdomar i artärerna. Långvarig stress höjer blodtrycket och kolesterolet och ökar blodets koagulationsbenägenhet. Det är lättare att hantera stress och problem när man kan slappna av. Då man får tillräckligt med vila sjunker blodtrycket, man har gladare humör och känner sig piggare i kroppen. Avslappning kan dämpa smärta, minska ångest och spänningstillstånd. Vidare orkar man bättre med sitt jobb och lyckas bättre sluta röka om man kan sluta stressa. (Luoma-Kuikka, et al. 2012).

Proppkursen träffas 12 gånger, först en gång i veckan i 10 veckor och vid sex månader och vid ett år efter starten. Hjärtförbundet har utvecklat en arbetsbok och med hjälp av den får kursdeltagarna information om sjukdomen och stöd till förändring. Boken tar upp olika stadier i förändring och uppmanar till eftertanke om i vilket stadie deltagaren befinner sig. Boken ger också praktiska tips om kosten och motionen vid artär sjukdom, samt tar upp psykiska aspekter som sjukdomen medför. Kursen leds av en hälso- eller sjukvårdare och gruppen har en utbildad stödperson från den lokala föreningen. I stället för föreläsningar är kursen mycket praktisk, man motionerar, har hemuppgifter, gör butiksbesök och har olika test. (Luoma-Kuikka, et al. 2012).

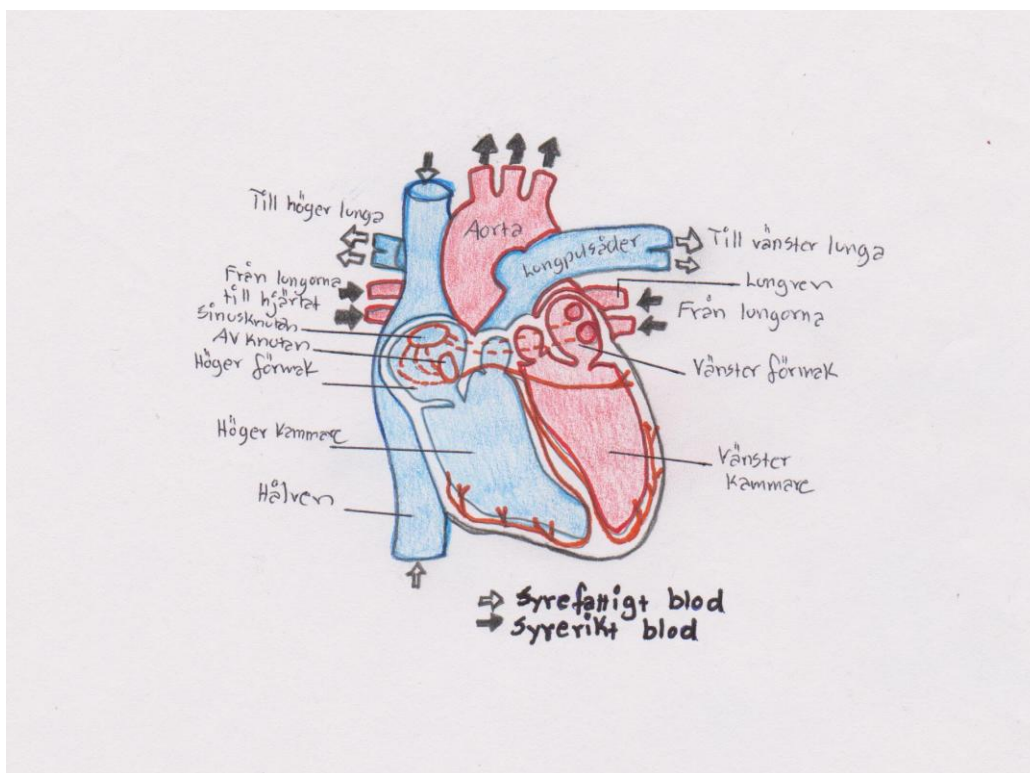
I en intervju med ansvariga sjukskötaren för Proppkursen i fråga kommer det fram att Proppkursen ordnats i östra Finland redan i många år och konceptet är validerat. På den ort som undersökningen för examensarbetet görs har det ordnats tre svenska och tre finska Proppkurser. Formatet har på den orten bantats ner något så att de har sex träffar samt vid ett halvt år och vid ett år, sammanlagt åtta träffar. Kärnan är den samma men de har tagit bort vissa delar som gångtest. Ett möte tar tre timmar och på programmet står en föreläsning med tillhörande diskussion och så en timmes gymnastik. Föreläsningen kan innehålla basinformation om till exempel kost, motion eller riskfaktorer men är mera en dialog med och mellan deltagarna och man poängterar att få byta erfarenheter och stöda varandra till livsstilsförändring. Gymnastiken kan innehålla cirkelträning, många har inte varit med om att gymnastisera med apparater. Så har de också rörlighetsträning som är speciellt viktig för deltagare som blivit opererade i bröstbenet, då de kan vara mycket försiktiga och inte våga öppna bröstkorgen. Ansvariga sjukskötaren berättar också om vilken verkan hon ser av kursen och framhäver speciellt sådana faktorer som inte går att mäta, förståelse för sin egen sjukdom är ett exempel. Djupa diskussioner om depression, stress och sexualitet är andra viktiga ämnen som tas upp i kursen. För att kunna följa med resultatet av kursen i mätvärden kontrolleras kolesterolet, blodsockret, midjemåttet och vikten. Kursen har resulterat i att en grupp på 10-15 personer träffas varje fredag för att gå en runda och sedan ha social samvaro. När kursen börjar görs det upp regler inom gruppen. En regel kan vara att alla får tala och har rätt att uttrycka sig varje gång. En annan regel har varit att det som man berättar i gruppen stannar där och förs inte vidare. Den ansvariga sjukskötaren har skickat ut information om kursen till personer som blivit hjärtåtgärdade under de senaste 1-2 åren. I praktiken har

hon sedan fått ringa hem till deltagarna och göra reklam för kursen för att få tillräckligt med deltagare. (Personlig kommunikation 13.9.2016 med kursansvarig för proppkursen)

4.2 Hjärtat

I tidernas begynnelse när människan upptäckte något som pulserade i bröstet så föddes också den fantastiska historien om hjärtat och cirkulationen men flera tusentals år passerade med orimliga beskrivningar och fantasifulla teorier innan människan började förstå hur hjärtat och cirkulationssystemet fungerade. Det sägs att det var en engelsk läkare vid namn William Harvey som under 1600-talet var upptäckaren av blodomloppet trots att det fanns andra som framfört tankar om blodets rörelser mellan hjärtat och lungorna redan på 1200-talet och i mitten av 1500-talet. Nu för tiden vet vi att ett friskt hjärta är ett otroligt organ med ofattbar arbetsförmåga, ett muskelknippe som under en livstid slår ungefär tre miljarder gånger. (Rosenqvist och Tornvall, 2012, 7-8)

Hjärtat är uppbyggt av fyra hålrum som är uppdelade i höger och vänster hjärthalva, vardera hjärthalva består av en förmak dit blodet kommer först och en kammare som sen pumpar blodet vidare. Mellan de båda hjärthalvorna finns en skiljevägg även kallad septum. Blodet som passerar förbi hjärtats fyra hålrum styrs av hjärtklaffar. Klaffarna mellan förmaken och kamrarna samt blodkärlen som går ut från hjärtat utför en viktig uppgift, de för blodet hela tiden i samma riktning. Det finns fyra hjärtklaffar av två olika typer, segelklaffarna finns mellan förmak och kammare på bägge sidorna av hjärthalvorna och ser ut som små segel. När hjärtat dras samman pressas seglen ihop så att klaffen blir tät. Fickklaffar finns där lungpulsådern lämnar höger kammare och där aortan lämnar vänster kammare, dessa klaffar tillåter bara blodet att pumpas ut ur kamrarna, om blodet försöker ta motsatt väg stängs klaffarna automatiskt. Ett hjärta är konformat och väger ungefär 300 gram och är lika stor som en knuten hand. (Rosenqvist och Tornvall, 2012, 8-12)



Figur 2

Hjärtats funktion är att pumpa runt blodet i kroppen och blodomloppet fungerar som kroppens transportsystem. Tack vare blodcirkulationen kan syre och näringsämnen samt olika hormoner transporteras runt i kroppen, blodet cirkulerar i blodkärlen och för med sig de olika ämnena. Blodomloppet består av ett sammanhängande system av blodkärl men man brukar ändå dela upp dem i två delar, stora och lilla kretsloppet. Det stora kretsloppet är den blodcirkulation som når hela kroppen, blodet som pumpas ut från hjärtats vänstra kammare, genom aortan och artärerna når ut till de minsta blodkärlen (kapillärerna) i kroppen. Lilla kretsloppet som också kallas lungkretsloppet pumpar blodet till lungorna genom lungartärerna. I lungorna tar blodet upp syre och samtidigt gör sig av med koldioxid. Det syresatta blodet går tillbaka till hjärtats vänstra förmak genom lungvenerna och fortsätter sedan till vänster kammare. Blodet passerar hjärtat alltså två gånger, en gång genom vänstra hjärthalvan på väg ut i kroppen genom stora kretsloppet och sen en gång genom höger hjärthalva på väg till lungorna i lilla kretsloppet. (Rosenqvist och Tornvall, 2012, 8-12)

4.3 Artärsjukdom

Kransartärsjukdom eller koronara hjärtsjukdomen är mycket vanlig i industriländerna på norra halvklotet och är Finlands vanligaste blodomloppssjukdom. Bland den arbetsföra befolkningen har koronarsjukdom minskat under de senaste decennierna, men hos äldre befolkningen är förekomsten oförändrad. Man kan också se betydande skillnader mellan kvinnor och män, sjukdomen är sällsynt hos kvinnor innan klimakteriet. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka och Yli-Mäyry, 2008, 240-276).

Koronarsjukdom innebär att det bildas förhårdnader i hjärtats kranskärl, plack, som sedan kan leda till att det bildas en propp i kärlet som tillför hjärtat syre. Detta leder i sin tur till hjärtinfarkt när en del av hjärtmuskeln blir utan syre. Den mest kända formen av koronarsjukdom är angina pectoris, det vill säga bröstsmärta eller kärlekkramp. Vid ansträngning behöver hjärtmuskeln mera syrerikt blod men eftersom det finns förträngningar i kranskärlen som förhindrar blodflödet uppstår smärta. Vid stabil angina pectoris upphör smärtan i vila eller med nitro. Instabil angina pectoris innebär att smärtan förekommer också utan ansträngning och kan vara ett tecken på begynnande hjärtinfarkt, där placken i kranskärlen växer snabbt och hotar täppa till kärlet. Vid angina pectoris är grundundersökningen belastnings EKG. Vid akut bröstsmärta kan det ofta vara aktuellt med kontrastmedelsröntgen av kranskärlen. (Mäkijärvi et al., 2008, 240-276).

Hjärtinfarkt är ett livshotande tillstånd där det blir en tilltäppning i ett kranskärl och hjärtmuskeln får akut syrebrist. Förträngningen kan uppstå akut när en sårbildning uppstår i områden med åderförfattning i kranskärlen. Kärilväggens delar blottas och det aktiveras mekanismer som bildar blodpropp i blodet. Mekanismerna omfattar olika koagulationsfaktorer och blodplättar. När en blodpropp har bildats vid sårbildningen kan den växa till snabbt och helt eller delvis täppa till blodflödet till hjärtmuskeln, som i sin tur leder till syrebrist i hjärtmuskeln. När symtomen, till exempel smärta eller tryck över bröstet, uppstår har hjärtat redan i 15-20 minuter pumpat sämre. Den drabbade kan bli både andfådd, illamående och kallsvettig. Hjärtinfarkt diagnostiseras genom att utvärdera symtomen samt med hjälp av EKG och analys av hjärtmarkörer. EKG-undersökningen mäter hjärtats elektriska aktivitet. Om EKG-kurvan visar förhöjning i ST-sträckan tyder det på att patienten

är i akut behov av ballongutvidgning eller trombolys behandling (propplösande behandlingar). Även om EKG visar ST-sänkning eller om EKG är normalt, kan det vara fråga om hjärtinfarkt. I sådana fall är det inte lika bråttom, utan patienten läggs in för övervakning och eventuell medicinering. (Rosenqvist och Tornvall (red.) 2012, 39-55).

Till riskfaktorerna för koronarsjukdom hör rökning, hög kolesterolhalt i blodet, diabetes och förhöjt blodtryck. Man kan genom att äta hälsosamt och inte röka förebygga sjukdomen samt lindra en koronarsjukdom som redan brutit ut. Ålder, manligt kön och ärftlighet är opåverkbara riskfaktorer. Det finns förstås stora individuella olikheter, en person som har en eller flera riskfaktorer behöver inte utveckla kranskärlssjukdom och människor fria från kända riskfaktorer kan väl drabbas. (Persson och Stagmo, 2014, 55-111).

Läkemedel som används vid koronarsjukdom är acetylsalisylsyra, betablockare, kolesterolmediciner och nitropreparat. Förträngda artärer kan åtgärdas med ballongutvidgning eller med bypassoperation. (Mäkijärvi et al., 2008, 240-276).

4.4 Sömn

Olika individer har olika sömnbehov och likaså varierar sömnbehovet i olika åldrar. Ett spädbarn kan sova mellan 16-18 timmar, ett barn i skolåldern sover ungefär 10 timmar i dygnet medan en vuxen klarar sig ofta med 7-8 timmar i dygnet. Sömnen ändras och varierar i perioder men hos äldre finns det en svag tendens till minskad sömnmängd. Sömn är en slags medvetslöshet, hjärnans delar kommunicerar inte med varandra och kroppen återhämtar sig. Vi sover ungefär en tredjedel av våra liv och vi behöver sömnen för att hjärnan/centrala nervsystemet och kroppen skall få återhämta sig. När man sover sjunker kroppstemperaturen, pulsen och blodtrycket och musklerna slappnar av. Under sömnen aktiveras immunförsvaret vilket betyder att kroppen läker sig själv när du sover och kroppen producerar viktiga hormoner när du sover. (Åkerstedt, 2002, 27-30).

Dygnsrytmen regleras i hypotalamus i hjärnan och hjärnan ställer dygnsrytmen med hjälp av ljusinformation som den mottagit från näthinnan i ögat. Melatonin som är ett hormon som är en viktig del av dygnsrytmen, melatoninet påverkar genom att det sänker ämnesomsättningen och därmed temperaturen i kroppen. Kroppstemperaturen är som lägst på eftermiddagen och högst på morgonnatten. Hormonet melatonin är som mest aktivt under natten medan hormonet kortisol (stresshormon) som är tvärtemot mest aktivt på dagen och minst på natten. (Åkerstedt, 2002, 33-40).

I dagens hektiska samhälle är det vanligt att vi inte sover så mycket som vi borde, ändå kan man känna sig utvilad trots att man kanske inte sovit så bra. Kroppen klarar sig med relativt lite sömn under en period men om sömnbristen är återkommande behöver kroppen ta igen den förlorade sömnen. Sömnbristen tas igen under den djupa sömnen i början av natten inte genom att sova flera timmar än vad man annars brukar göra. Många kan uppleva sömnproblem utan att det tillstöter större bekymmer i vardagen men om sömnbristen påverkar vardagen då är den ett problem. Det finns många olika faktorer som kan bero på sömnbrist: stress, arbete, oro/sjukdom, barn, sociala aktiviteter/medier så som TV/telefon. (Åkerstedt, 2002, 53-58).

Sömn är vår kropps sätt att ladda om vi behöver den för att skapa förutsättningar för en ny dag full av energi och nya möjligheter. Om man tycker att man lider av sömnproblem så finns det oändliga knep som man kan ta till sig för att förbättra sömnen och sömnkvaliteten. Att vara hungrig påverkar sömnen så ät ordentligt på kvällen dock inte för nära inpå innan du skall börja sova, undvik också kaffe, te, läskedrycker, energidrycker och alkohol minst 6 timmar före sänggåendet. Likaså träna/motionera inte för nära inpå innan du skall börja gå och sova. Unna dig en bra och bekväm säng för trots allt består sömnen av en tredjedel av våra liv. Se till att det är mörkt, tyst och svalt i sovrummet och gå inte till sängs utan att vara sömning, utan om du inte är sömning så gå upp och gör något tills du känner dig sömning. Försök skaffa rutiner inför sänggåendet, avsätt tillräckligt med tid för att varva ner innan du går och sover, rensa tankarna och skapa de bästa förutsättningarna för en god nattsömn. (Åkerstedt, 2002, 61-69).

5 Tidigare forskning

Respondenterna av detta examensarbete har använt sig av sökorden hjärta, artär- och hjärtsjukdomar, livsstilsförändring, hälsa, riskfaktorer vid sökningar av vetenskapliga artiklar via databaserna Ebsco och PubMed. Respondenterna hittade de vetenskapliga artiklar i tidskrifterna, European Journal of Public Health, Journal of Advanced Nursing, Social Science & Medicine, Public health Medicine, Journal of Clinical Nursing, European Journal of Cardiovascular Nursing, European Heart Journal.

Pekka Puska skriver i en artikel om Karelia-projektet, som startade 1972 i Finland, projektet var en följd av rekordhög mortalitet i kardiovaskulära sjukdomar i Finland och speciellt i norra Karelen. Även globalt är kardiovaskulära sjukdomar orsaken till var tredje död och koronarsjukdom toppar listan på dödsorsaker. Puska konstaterar att man redan vet vad som borde göras, vilka riskfaktorerna är. Det svåra är hur man ska göra det. Hur kan den existerande kunskapen tillämpas i riktiga livet? Inom ramen för Karelia-projektet har det gjorts upp samhällsbaserade program med rekommendationer som ska hjälpa till att göra sunda förändringar hos människor och i samhället. Omfattande verksamhet har involverat hälsovården, skolor, media kampanjer, mataffärer, livsmedelsindustrin osv. Med hjälp av rekommendationerna ska förändring underlättas på många olika plan, kulturellt, politiskt, ekonomiskt, psykiskt osv. Resultaten av dessa interventioner var 1995 bl.a. en minskning av dödligheten i koronara hjärtsjukdomar bland medelålders män, i norra Karelen var minskningen 73 % jämfört med åren innan programmet 1967-1971. Det blev också betydligt vanligare att äta grönsaker och använda vegetabiliska oljor i jämförelse med 1970-talet. Blodtrycksnivån sjönk och människor rörde mera på sig under fritiden. (Puska, 2002, 5-7).

Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005, 261-275) har gjort en studie, där de intervjuade 113 patienter 6 veckor efter en hjärthändelse och ett år efter hjärthändelsen. Under denna rehabiliteringsperiod frågades hur de upplever underlättande och begränsande faktorer relaterade till livsstilsförändringar som är viktiga för välbefinnandet och prognosen. De intervjuade 113 patienter, som var yngre än 70 år, 84 män och 29 kvinnor. De intervjuade kom från två medelstora städer i Sverige. Datan analyserades kvalitativt med en fenomenografisk ram.

Forskarna kom fram till fyra kategorier av underlättande/begränsande faktorer; somatiska, sociala, kognitiva och emotionella faktorer. Somatiska faktorer så som kroppsliga signaler, som påvisar förbättring eller ohälsa. Sociala/praktiska faktorer som ingriper delade bekymmer, stöd eller krav från sociala nätverk och jobbrelaterade faktorer. Kognitiva faktorer innebär aktiva beslut, ändamålsenlig kunskap och rutiner/vanor. De emotionella faktorerna är relaterade till rädsla för motvillighet gentemot livsstilsförändring/sjukdomen, försämrade självkänsla och oförmåga att motstå frestelser.

Kärner, Dahlgren och Bergdahl (2004, 204-211) har publicerat en artikel som undersöker makens/makans roll i rehabiliteringen efter koronar hjärtsjukdom, med fokus på deras syn på stöd vid livsstilsförändring. Åtta män och 17 kvinnor från två olika städer i Sverige intervjuades ett år efter deras partners hjärthändelse (cardiac event). Intervjuerna analyserades kvalitativt med fenomenografisk ram. De uppfattade fem kategorier av makens/makans roll. Den deltagande rollen innebär att partnern tog rent praktiskt del i livsstilsförändringen, kommunicerade empatiskt och var positiv till förändring. Den regulativa rollen kännetecknades av att maken/makan var positiv eller negativ inför förändring, gav praktiskt eller kognitivt stöd för att kontrollera partners beteende och kommunicerade auktoritativt. I den observativa rollen var maken/makan mera passiv, kom med förslag och kommunicerade empatiskt. Den oförmögna rollen innebar en positiv attityd till förändring, kommunikation utan att kräva, men oförmåga att stöda på grund av personliga problem. Den dissociativa rollen medförde negativitet till förändring och en stark motvilja att vara insatt i sin partners livsstilsförändring. I artikeln konstateras vikten av att ta med familjen när man planerar rehabilitering vid koronar sjukdom.

Enligt ny forskning 2015 framkom att 40 % av den åldrande befolkningen rör sig otillräckligt. Hög kardiorespiratorisk kondition och regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för många kroniska sjukdomar. Under en 4-års period testades män och kvinnor i åldern 57-78. Man kom fram till att de som var nära pensionering eller hade symtom av depression hade primärt låg nivå av fysisk aktivitet, men var mest sannolika att upprätthålla fysisk aktivitet på lång sikt. I studien framkom vidare att de som står inför en snar pensionering, har symtom på depression eller som slutat röka är mest mottagliga för råd gällande motion. (Hakola, L., 2015).

En irländsk studie, där man intervjuat tio deltagare sex veckor efter en hjärtinfarkt angående livsstilsförändringar efter infarkt, påvisar fyra teman. För det första förväntade sig deltagarna varningstecken innan infarkten i form av till exempel smärta. De var väl medvetna om sina dåliga vanor som rökning, stress och kost, men hade innan infarkten inte funnit tillräcklig motivation att ändra dem. Det andra temat som kom upp var att ta ansvar för livsstilsförändring. Deltagarna var i detta skede motiverade att ta ansvar för livsstilsförändringen. Det tredje temat som kom fram var tillfredsställande professionellt stöd i form av information, adekvat vård och lättillgänglig akutvård. Som fjärde tema framställs tankar om framtiden. Deltagarna diskuterade framtiden konstant och var oroliga över att sätta infarkten bakom sig och koncentrera sig på att gå tillbaka till det normala. För övrigt belyste undersökningen behovet av att utveckla primärhälsovårdens service och rehabiliteringsprogram, samt information till familjerna för att minska oro och rädsla. (Condon och McCarthy, 2006, 37-44).

En Brasiliansk studie från 2015 undersöker sömnkvalitetens betydelse för prognosen hos patienter med hjärtinfarkt inlagda på hjärtövervakningsavdelning. Det finns bevis på att sömnproblem kan ha del i att förvärra kardiovaskulära sjukdomar. 113 deltagare intervjuades inom 72 timmar från att de blivit intagna på ett Brasilianskt universitetssjukhus hjärtövervakning på grund av hjärtinfarkt. Man undersökte olika sömnfaktorer som subjektiva sömnkvaliteten, hur länge patienten sover, störningar i sömnen, användning av sömnmedicin och funktionsförmåga dagtid. Man kom fram till att dålig sömnkvalitet, trötthet dagtid och obstruktiv sömnapné påträffades i en signifikant grad hos patienter med hjärtinfarkt. Vidare konstateras i studien att sömnproblem kan anses som en riskfaktor och bör tas i betraktande när man förebygger och minimerar faktorerna som orsakar kardiovaskulära sjukdomar, speciellt hjärtinfarkt. (Andrechuk och Ceolim, 2015, 223-230)

Depression och trötthet har konstaterats vara kopplade med försämrad livskvalitet och hälsa efter en hjärtinfarkt. Kvinnor har större benägenhet till depression än män efter en hjärtinfarkt. Undersökningar har även visat att trötthet är en riskfaktor till hjärtinfarkt. I två års uppföljningsundersökning kommer det fram att två år efter en hjärtinfarkt är trötthet ett påtagligt symptom med eller utan depression i halva gruppen som undersöktes. Resultat visar att även trötthet är vanligt två år efter en hjärtinfarkt, därför är identifiering av detta viktigt i ett tidigt skede av

rehabiliteringen för att få rätt vård i rätt tid. Sjukskötarens roll är viktig för att få en tidig identifiering och bedömning av trötthet hos patienter med en hjärtincident samt för att utveckla strategier att lindra eller behandla trötthet. Ingripande strategier för att minska och hantera symtom som trötthet skall därför finnas till handa. (Alsén och Brink, 2013, 1647-1651).

Goldsmith, Lindholm och Bute har gjort en undersökning i USA Illinois 2006 angående svårigheter att prata om livsstilsförändringar mellan make/maka eller en partner som någondera varit med om en hjärtinfarkt eller CABG (coronary artery bypass graft) operation. I artikeln skriver de att personer som varit med om en hjärtinfarkt eller CABG anses ha fördelar med att äta fettsnål kost, regelbunden motion, rökavvänjning och stresshantering men ändå är det många patienter som inte gör dessa livsstilsförändringar trots att de skulle ha nytta av dem. En make/maka eller partners försök till stöd kan underlätta eller försvåra patientens livsstilsförändring, som i den här studien där de undersöker dilemman som kan uppstå mellan partners när de pratar om livsstilsförändringar efter att en person varit med om en hjärtinfarkt eller CABG. Intervjuerna i studien utfördes i delstaten Illinois och omkringliggande samhällen där 25 patienter och 16 partners deltog. I intervjuerna fann man att kommunicerande stöd för livsstilsförändring kan tolkas som önskad kontroll eller kritik. Den omsorg som förmedlas genom att prata kan ses positivt men kan även kränka patientens självständighet och fånga partners i oönskade förväntningar och förpliktelser. Slutligen kan konversationer om livsstilsförändringar upplevas som svåra åt patienter som samarbetar med en partner när man vill ta kontroll över hälsan, de kan påminnas om förlust.

I en stor studie följde man upp 18 892 finländska män och kvinnor i åldern 25–74 i medeltal 9,8 år (Hu, Tuomilehto, Silventoinen, Barengo och Jousilahti, 2004). Syftet var att bedöma gemensamma sammanslutningar av fysisk aktivitet och olika indikatorer på fetma (kroppsindex, midjemått, höftmått), utbildning, rökning, blodtryck, totala kolesterolvärdet samt diabeteshistoria med risken för hjärt- och kärsjukdomar. Det visade sig att regelbunden fysisk aktivitet och normal vikt minskade risken att insjukna i hjärt- och kärsjukdomar för båda könen. Undersökningens deltagare hade i grunden ingen koronarsjukdom, stroke eller hjärtfel. Alla fetma indikatorer hade en signifikant direkt koppling till hjärt- och kärsjukdomar efter justering för ålder, rökning, utbildning och fysik aktivitet. Ytterligare justering för de fetma relaterade riskfaktorerna försvagade kopplingarna

och blev statistiskt signifikanta hos män. Fysisk inaktivitet verkar öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar, däremot påvisades att övervikt ökar risken delvis genom påverkan av andra riskfaktorer.

En finländsk studie med 416 deltagare beskrev det upplevda sociala stödet bland patienter med hjärt- och kärlsjukdomar efter en perkutan koronarintervention (koronarangiografi/PCI). Låg nivå av socialt stöd betraktas som en riskfaktor för koronarsjukdom hos friska individer och minskar sannolikheten för bra prognos hos personer som diagnostiserats med hjärt- och kärlsjukdom. I studien användes ett självrapporteringsinstrument som omfattande tre dimensioner av socialt stöd: informations, känslomässigt och funktionellt stöd. Det informativa stödet var primärt högt men det svagaste informativa stödet var råd om fysisk aktivitet, kontinuitet i vården samt om rehabilitering. När det gäller känslomässigt stöd var stöd från andra hjärtpatienter den svagaste. Den svagaste delen av funktionellt stöd var svarandes känsla av vårdpersonalens omvårdnad av patienter som klarar av sin sjukdom. Bakgrundsvariabler associerade med uppfattat socialt stöd var kön, civilstånd, nivå av utbildning, yrke, fysisk aktivitet, varaktighet av hjärt- och kärlsjukdom och tidigare hjärtincidenter. Slutsatsen är att hälso- och sjukvårdspersonal bör ägna särskild uppmärksamhet åt kvinnor, ensamstående, fysisk inaktiva, lägre utbildningsnivå, de som längre haft en hjärt- och kärlsjukdomsdiagnos samt de som inte tidigare haft hjärtinfarkt. Kontinuitet i vården och rådgivningen är speciellt viktiga bland dessa grupper. Denna studie påvisade att sjukvårdspersonalen borde vara mer medveten om de individuella behoven av socialt stöd bland patienter med hjärt- och kärlsjukdom efter PCI. (Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi och Saaranen, 2017, 1264-1280).

6 Undersökningens genomförande

I det här examensarbetet har respondenterna använt sig av frågeformulär som datainsamlingsmetod. Respondenterna önskar att få ett trovärdigt och användbart resultat av formuläret som delats ut till deltagarna i proppkursen.

Syftet och frågeställningarna bör vara färdiga och utformulerade före en undersökning inleds, det krävs planering vid en enkätstudie lika som vid andra undersökningar. Det är också viktigt att ta i beaktande om undersökningsfrågeställningar går att mäta, om man kan få svar på de frågeställningar man har i sin undersökning, med en välutvecklade och bra utformad enkät kan man få in svaren inom en kort tidsperiod av ett stort antal människor. (Henricson, 2015,140) .

6.1 Kvalitativ metod

Med kvalitativa metoder försöker man finna de kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver något fenomen eller sammanhang i omvärlden. Det handlar således om att karakterisera och gestalta något. Genom att använda sig av kvalitativ metod ämnar man tolka och förstå innebörden i texter. Med en kvalitativ metod har man som syfte att få en djupare kunskap än den man får när man använder kvantitativ metod. (Patel och Davidson, 2003,118).

6.2 Datainsamlingsmetod

Vid val av datainsamlingsmetod så som en gruppenkät måste man välja den metod som bäst besvarar frågeställningarna i undersökningen man vill utföra. Alla uppgifter som samlas in när det är frågan om enkäter eller också intervjuer bör svaren man fått bearbetas anonymt och konfidentiellt. En enkät är alltså ett formulär med färdiga frågor och svarsalternativ där deltagarna i enkäten skall kryssa i det svarsalternativ som passar dem bäst (Henricson, 2015, 140-149).

Det finns flera alternativ av frågeenkäter: postenkät, gruppenkät, besöksenkät, dator/webbenkät. En postenkät skickas per post åt deltagaren och för det mesta skickas det även med ett svarskuvert som deltagaren sen får sända tillbaka enkäten i när deltagaren svarat på enkäten. Vad som anses vara positivt med postenkäter är att deltagaren själv kan avgöra om deltagaren vill medverka i enkäten eller inte och deltagaren får svara på enkäten när det passar bäst för deltagaren själv. Nackdelen är att det inte finns möjlighet att påverka personen att

svara på postenkäten och om personen flyttar eller avlider, vilket man inte kan påverka, ej heller veta på förhand. (Henricson, 2015,140-149).

En gruppenkät kan vara ett bra alternativ som tillexempel till en skolklass, enkäterna delas ut och samlas in under samma tillfälle det vill så säga att deltagarna har en viss tid på sig att svara på enkäten. Fördelen med en gruppenkät är att man får en hög svarsfrekvens och kan även anses vara kostnadseffektivt men nackdelen är att det känns kanske svårt för deltagarna att känna sig anonyma och att till exempel eleverna svarar på enkäten trots att de inte vill eller att de påverkar varandras svar. (Henricson, 2015,140–149).

Dator eller webbenkät är en enkät som man svarar på via en dator vilket kan vara väldigt praktiskt och enkelt för de flesta. Det betyder dock att den som utför undersökningen/webbenkäten behöver ha en del datakunskaper för att kunna utföra och konstruera en webbenkät. Det är lätt att medverka i en webbenkät om man har en dator/surfplatta/telefon men det kräver till en viss del lite teknikkunskap, det kan också vara svårt att uppskatta bortfallet av deltagare, alltså vilka som inte svarat på enkäten. (Henricson, 2015,140–149).

Enkät till besökare är vanligt inom sjukvården i väntrum på vårdcentralerna som exempel. En besöksenkät är ett bekvämt sätt att dela ut enkäter men resultatet av en sådan kan vara väldigt svårtolkad och sneddrivet. Det är sannolikt att om en person svarar på en besöksenkät i ett väntrum på en vårdcentral kan personen vara en mångbesökare. Det är också vanligt att en den äldre populationen är bland den större andelen besökare vid en vårdcentral, vilket då leder till att mångbesökarna och den äldre gruppen blir överrepresenterad och svaren blir svårtolkade och sneddrivna. (Henricson, 2015,140–149).

Respondenterna utarbetade enkäterna till detta examensarbete utgående från frågeställningarna och syftet. Frågorna bestod av öppna frågor med önskan om motivering.

6.3 Dataanalysmetod

Som dataanalysmetod används kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen har sina grunder inom teologin på 1600-talet. Under 1800-talet och i början av 1900-talet användes innehållsanalys för att analysera tidningar. Under andra världskriget fortsatte innehållsanalysen att utvecklas inom massmedia och kommunikationsforskning. Hermeneutiken har influerat innehållsanalysen då den har kommit att ligga till grund för kvalitativ tolkning av textdata. Innehållsanalysen har haft stor betydelse och utvecklats inom andra ämnesområden som psykologi, sociologi, pedagogik, medicin och omvårdnad. (Henricson, 2015, 329-342).

Innehållsanalysen har olika delar som beskrivs med olika termer. Med *analysenhet* menas den data som samlats in, det kan vara texter från intervjuer, dagböcker eller texter från frågeformulär. Termen *domän* betyder område för analys. *Meningsenhet* betyder ett antal ord som har ett gemensamt budskap. Det innebär att textmassan kan reduceras till dessa väsentliga ord från flera meningar. Det väsentliga innehållet blir underlag för kodning. *Kod* är ett samlingsnamn för den reducerade meningsenheten och kan beskrivas med ett enda ord eller med några sammanhängande ord. Koden hjälper till att förstå sammanhangen till texten. Liknande koder kan grupperas ihop och bilda underlag till kategorisering eller tematisering av texten. En kategori är en grupp koder med liknande innehåll. Om det finns flera grupper av koder som hör samman bildar dessa underkategorier eller subkategorier. Ett *tema* kan binda samman alla kategorier. (Henricson, 2015, 329-342).

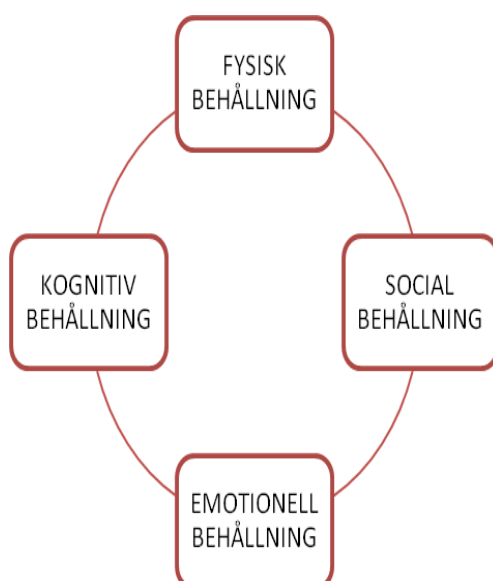
Analysen kan göras antingen *induktivt*, det vill säga utgående från innehållet i texten. Med *deduktiv* analys menas att man utgår ifrån en bestämd teori eller modell. (Henricson, 2015, 329-342).

Innehållsanalysen bör utgå från det syfte som finns för studien. I presentationen av resultaten ska det finnas en beskrivning och illustration inom syftet för studien. Kategorier och teman bör åskådliggöras med citat från texten för att göra resultaten trovärdiga. Resultaten diskuteras slutligen och detta kan göras mot lämplig teori för att öka djupet i studien. (Henricson, 2015, 329-342).

Respondenterna valde att analysera hela materialet som helhet och inte frågvis på grund av något magert material. Vi delade upp svaren i meningsenheter och sökte samband. Materialet resulterade genom kodning i fyra huvudkategorier. En av kategorierna har därtill tre underkategorier. Denna undersökning har gjorts induktivt.

7 Resultatredovisningen

I enkätundersökningen deltog 23 kursdeltagare varav 17 var män och 6 kvinnor. Deltagarnas ålder är mellan 53 och 78 år. Frågeformulären delades ut till tre olika grupper, en finskspråkig grupp och två svenskspråkiga. Därför kommer det att finnas citat på både finska och svenska i resultatredovisningen. Resultatet av undersökningen uppdelas i fyra huvudkategorier (se figuren nedan): fysisk behållning, social behållning, emotionell behållning och kognitiv behållning. I dessa huvudkategorier uppkom även underkategorier. Respondenterna har valt att i resultatredovisningen presentera allmänna kommentarer under överkategorierna.



Figur 3

7.1 Fysisk behållning

Deltagarna i proppkursen fick själva välja en nyckelfaktor som de ville påverka under kursen. De flesta av deltagarna har valt en nyckelfaktor som relaterar till fysiska faktorer så som vikten, motionen och kostförändring. Dessa uppkom även som underkategorier till fysiska behållningen.

"inblick i hälsosammare mat och mera motion"

"har fått bättre levnadsvanor"

"laihtunut 9 kiloa, liikuntaa lisätty ja ruokatapaa muutettu"

7.1.1 Vikten

Många av deltagarna i kursen led av övervikt, de var medvetna om att det är en riskfaktor som påverkar hjärtat och blodcirkulationen. Vissa av deltagarna led också av andra grundsjukdomar som diabetes och upplevde att viktnedgång skulle vara en fördel för hälsan i sin helhet.

"att få ner vikten det är lättare för hjärtat och mig"

"vikten som diabetiker bra att den hålls"

"vyötärön mittat+paino,tärkeää sydämen kannalta"

7.1.2 Motionen

Vissa av kursdeltagarna uppgav att de motionerat sedan tidigare, andra berättade att de fått mera motivation, deltagarna har infört motionen i vardagen och fått bättre kondition tack vare kursen. Kursen har också medfört att en grupp träffas

regelbundet för att motionerna tillsammans. Flera av deltagarna nämnde dock att de gärna skulle haft ännu mera gymnastik/aktiviteter under kursen trots att varje kurstillfälle innehöll en timmes fysisk aktivitet.

”motion av intresse och att hålla upp konditionen”

”liikunnan lisääminen ja laihtuminen”

”motiverad att röra på mig, överdriven städning har minskat”

”lisännyt liikuntaa säännöllisemmin ja monipuolisemmin”

7.1.3 Kostförändring

I resultatet framkom kosten inte speciellt framträdande. Det visade sig dock att kursen höjt medvetenheten om kostens betydelse för deltagarnas hälsa samt motiverade deltagarna att tänka på kosten.

”ruokavaliolla ja liikunnalla elämäntapaa parantamaan”

”att börja tänka mera på mat och motion”

7.2 Kognitiv behållning

Med kognitiv behållning menas information, fakta, mer kunskap och tips. Kursdeltagarna fick vid kursstarten en arbetsbok utarbetad av Finlands Hjärtförbund rf. I arbetsboken tas det upp basfakta om artärsjukdomar, olika riskfaktorer, motion och kost också psykiska aspekter samt akuta situationer. Vid varje grupptillfälle fick deltagarna information om något av de ovannämnda

områdena av kursdragaren. Informationen varvades med diskussion och deltagarnas egna upplevelser.

"få inblick i hälsosammare mat och mera motion"

"bra kursbok"

"fysioterapeuten gav bra tips"

"opettavainen kurssi, antoi ohjeita joita on itse helppo toteuttaa"

7.3 Social behållning

I resultatet framgick att deltagarna fått socialt stöd i form av att diskutera med människor i samma situation. Deltagarna fick berätta om sina egna erfarenheter och diskussionen var öppen och stödande. Majoriteten av deltagarna i kursen upplevde att de fick stöd av andra deltagare under kursens gång.

"fått diskutera med människor med liknande problem, sporrat att fortsätta i hälsosammare stil"

"för att få stöd och hjälp av sjukvården och andra som genomgått samma sak"

"alla ställde upp enligt egen förmåga, berättade om egna erfarenheter, har kunnat prata om allting"

"intressant att höra andras bekymmer så att man inte upplever sin egen situation som hopplös"

"keskustelu ollut avointa ja tukevaa"

7.4 Emotionell behållning

I resultatet framkom negativa, emotionella faktorer i anknytning till sjukdomen så som otrygghet och rädsla. Positiva, emotionella faktorer som kursen gav visade sig vara en lugn och avspänd stämning, uppmuntrande och positivt tänkande.

"var lite otrygg, ville veta hur gå vidare efter operation"

"en lugn och avspänd stämning"

"ja uppmuntrande och positivt tänkande"

7.5 Övriga resultat

I respondenternas frågeformulär tas frågan om sömnen upp. Det visade sig att cirka en tredjedel av deltagarna upplevde att de inte kände sig utvilade efter att de sovit, medan en femtedel av deltagarna upplevde att de fick tillräckligt med sömn och kände sig utvilade. Nattsömnens längd varierade stort, allt från två timmars perioder till tolv timmars nätter.

"8-9 timmar, utvilad till en början men lite trötthet senare"

"typ 5-6 timmar, inte utvilad, delvis beroende av sömnmedicin"

"7-8 tuntia, olen levännyt tarpeeksi"

I övrigt framkom att kursdeltagarna var nöjda med kursen och skulle rekommendera den till andra.

8 Tolkning

I detta kapitel analyserar och tolkar skribenterna resultaten från frågeformulären och de vetenskapliga artiklarna samt de teoretiska utgångspunkterna. Respondenterna använder sig av Prochaskas transteoretiska förändringsmodell, samt Erikssons teori om hälsa i form av friskhet, sundhet och välbefinnande.

8.1 Tolkning av den fysiska behållningen

I resultatredovisningen framkom det av deltagarnas valda nyckelfaktor att det flesta valt en nyckelfaktor som kan kopplas till den fysiska behållningen så som vikten, motionen och kostförändringen. Många av deltagarna i kursen led av övervikt och de var medvetna om att det är en riskfaktor som påverkar hjärtat och blodcirkulationen. Som Puska (2002) konstaterat i sin forskning så vet man redan vilka riskfaktorerna är och vad man borde göra för förebyggandet av hjärt- och kärsjukdomar. Det svåra med det är hur man skall göra dessa livsstilsförändringar i verkliga livet. Det framkommer också i Kareliaprojektet att det gjorts upp samhällsbaserade program och rekommendationer som ska hjälpa till att göra sunda förändringar hos människor i samhället. Kostens och motionens sammankoppling är en viktig del i förebyggandet av hjärt- och kärsjukdomar samt till ett sundare liv. Liksom i Hu et al. (2004) konstaterades det att regelbunden fysisk aktivitet minskar risken och övervikt ökar risken att insjukna i hjärt- och kärsjukdomar.

I undersökningen framkom att deltagarna var motiverade att satsa på sin hälsa i form av friskhet, det vill säga den fysiska eller biologiska hälsan enligt Eriksson (1996). Majoriteten av deltagarna valde en nyckelfaktor relaterad till fysiska faktorer. Trots att deltagarna hade en konstaterad hjärtproblematik, det vill säga förekomst av sjukdom, kunde ändå integration (hälsa) råda. I och med kursen fick deltagarna information om riskfaktorer och redskap för att kunna förebygga och främja den fysiska hälsan.

8.2 Tolkning av den kognitiva behållningen

Med den kognitiva biten i kursen fick deltagarna stöd för den psykiska hälsan när informationen minskar rädslor och höjer vetskapen om den egna sjukdomen och vad som påverkar den. Kärner et al. (2005) tar upp underlättande/begränsande faktorer som kan påverka livsstilsförändringar och där nämns att kognitiva faktorer i form av aktiva beslut, ändamålsenlig kunskap och rutiner/vanor ses som underlättande faktorer.

Prochaska (1979) nämner i sin transteoretiska modell att individen bör bli medveten om sitt problem för att kunna göra en livsstilsförändring och detta är förutsättning för en beteendeförändring. Proppkursen ger nyttiga redskap i form av information för att deltagarna skall kunna göra viktiga beslut och prioritera sin hälsa.

8.3 Tolkning av den sociala behållningen

Alla människor upplever säkerligen att det sociala stödet och nätverket är väldigt viktigt, att ha någon att diskutera sina problem och rädslor med. Deltagarna i proppkursen upplevde att de fick tillräckligt med socialt stöd av andra deltagare. Vad gäller välbefinnande som en del av den helhetsmässiga hälsouppfattningen enligt Eriksson (1996) fick deltagarna mest behållning på detta plan. Det vill säga i form av social och emotionell behållning. Välbefinnandet är den subjektiva dimensionen av hälsa.

Kärner et al. (2004) undersöker partners roll vid rehabiliteringen av koronar hjärtsjukdom. Det finns olika roller av socialt stöd och dessa är viktiga att ta i beaktande när man planerar rehabiliteringen. Goldsmith et al. (2006) beskriver också att partners/make/makans roll kan både underlätta och försvåra livsstilsförändring. Kommunikationen mellan partnerna kan försvåras av oönskad kontroll och kritik. I resultaten från respondenternas undersökning kom det fram att man också önskade att partnern skulle ha fått vara delaktig i kursen.

Prochaskas (1979) TTM tar upp social frigörelse som en process i förändringsarbetet, detta innebär att personen söker sig till omgivningar som ger stöd till förändring och proppkursen kan ses som en sådan omgivning för hjärtpatienterna i fråga. TTM tar också upp hjälpande relationer som är viktiga för att förändringen skall lyckas, det vill säga en professionell, en vän, en familjemedlem som kan förstå och acceptera. Som respondenterna konstaterade under studiens gång fick proppkursens deltagare den största behållningen på detta plan.

Ett socialt stöd och nätverk är viktigt för oss alla. I krissituationer kommer behovet särskilt fram då det kan vara bra att få dela med sig av sina rädslor och sin ångest och få stöd från andra för att orka gå vidare. Saknaden av socialt stöd kan öka risken för depression och kan leda till att rehabiliteringen och återhämtningen efter en sjukdom kan bli svårare.

8.4 Tolkning av den emotionella behållningen

Kärner et al. (2005) tar upp i sin studie att emotionella faktorer kan underlätta eller begränsa i rehabiliteringen efter en hjärthändelse. Dessa faktorer kan vara relaterade till rädsla, motvillighet gentemot livsstilsförändring samt gentemot sjukdomen och försämrade självkänsla. I respondenternas undersökning upplevde deltagarna i rehabiliteringskursen att kursen bidrog till uppmuntrade och positivt tänkande men samtidigt uttryckte de rädslor och otrygghet i den nya livssituationen efter sin hjärthändelse. Kärner et al. (2005) tar också upp problemet med oförmågan att motstå frestelser. Detta fenomen kan kopplas till förändringstrappan som Prochaska (1979) beskriver i sin beteendeförändringsmodell, risken för återfall är möjlig på varje stadie i livsstilsförändringen.

Deltagarna i respondenternas undersökning har kommit långt i processen att göra en livsstilsförändring. När deltagarna börjar rehabiliteringskursen är de redan i den förberedande fasen enligt Prochaskas (1979) transteoretiska modell och vissa kanske redan är i handlingsstadiet, det vill säga att de gjort de första stegen till en bestående förändring i och med att de gått med i proppkursen.

Alsén och Brink (2013) konstaterar att depression och trötthet är kopplade med försämrad livskvalitet efter en hjärtinfarkt. Trötthet är också en riskfaktor till hjärtinfarkt. I respondenternas resultat framkommer det att en tredjedel av deltagarna upplever att de inte känner sig utvilade efter att de sovit. Behovet av sömnmedicin nämns också i svaren. Andrechuk och Ceolim (2015) konstaterar också att sömnproblem är en riskfaktor som bör tas i beaktande i förebyggandet av kardiovaskulära sjukdomar, speciellt hjärtinfarkt.

Vid allvarliga sjukdomar som deltagarna i kursen upplevt kan psyket påverkas, det kan visa sig som nedstämdhet, ångest, rädslor, retlighet och håglöshet. Många kan också uppleva problem med sömnen. Dessa är normala reaktioner vid sjukdom och förlust av hälsa som vanligtvis går över efter ett par veckor. Vid långvariga åkommor som modlöshet och nedstämdhet bör man ge akt på symtom som kan tyda på depression.

9 Kritisk granskning

När en vetenskaplig studie gjorts är det viktigt att god etik uppvisas, speciellt noga bör man vara om man utför ett etnografiskt arbete, det vill säga fältarbete bland människor vilka studien har utförts på, då blir de etiska aspekterna speciellt viktiga. Respondenterna skall i detta kapitel kritiskt granska examensarbetet och har valt att använda sig av Larssons kvalitetskriterier för den kritiska granskningen. Enligt Larsson (1994, 171-172) är det viktigt att forskaren noga väger kravet av ny kunskap mot kravet på att individen som deltagit i studien hålls anonym. Det här är viktigt för att man kommer i så nära kontakt med de personer som blivit undersökta att det lätt kan bli att deras identitet kan bli kränkt. När det görs kommer motsättningen mellan etiska värdet och validiteten tydligt fram. Hur skall man då skydda dessa personers integritet. Enligt Larsson (1994) är det viktigt att skydda individer, platser, institutioner med anonymitet så att de inte kan identifieras. I respondenternas studie har informanterna hållits anonyma, respondenterna har inte nämnt var undersökningen gjorts och innan frågeformulär

delades ut till deltagarna betonades det att undersökningen är godkänd och att deltagandet är frivilligt.

Resultatet skall vara fylligt och rikt beskrivet, det är det som menas med innebördsrikedom. Innehållet skall vara väsentligt på samma gång som detaljerna behålls och på så sätt lyfts det specifika fram. Respondenterna har kategoriserat resultaten i fyra kategorier genom fysisk, kognitiv, social och emotionell behållning vilket gör det mera lättöverskådligt och därtill belysa citaten från undersökningen. Respondenterna tyckte att resultaten av undersökningen var något magert och därför skulle intervjuer ha varit ett bättre alternativ till undersökningen. (Larsson, 1994, 172-173).

Enligt Larsson (1994) är intern logik ett kvalitetskriterium för att för att framställa kvaliteten som helhet. Det vill säga datainsamlingsmetoden, analysmetoden och forskningsfrågorna skall vara sammanhängande. Valet av analys- och insamlingsmetoder styrs av frågeställningarna i arbetet. Strukturen i arbetet är viktigt dels för att kritiskt kunna granska resultatet och dels för att göra det enkelt för läsaren att förstå.

10 Diskussion

Under skrivprocessens gång har många tankar och funderingar dykt upp kring hälsan som fenomen, samt om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.

Respondenterna upplever att materialet i undersökningen var något magert. För att få mera djupgående och detaljerad information angående upplevelser och behållning vore intervju ett bättre alternativ till datainsamlingsmetod. Respondenterna upplever att forskningsfråga ett och tre blivit besvarade, medan frågan om nyckelfaktorns betydelse inte kunde besvaras. Deltagarna var överlag positivt inställda till rehabiliteringskursen och vad den gav med sig i form av behållning inom de olika kategorierna som kom fram i resultatredovisningen.

Under processens gång har respondenterna upplevt att en annan teoretisk utgångspunkt skulle stöda studien bättre. Till exempel en modell eller teori där

man tar upp hälsans komponenter i form av en fysisk, psykisk och social helhet. Under sökningsprocessen av de vetenskapliga artiklarna fann respondenterna många forskningar som behandlar riskfaktorer gällande hjärt- och kärlsjukdomar. Detta med riskfaktorer och dess förebyggande lär också vara allmänt känt bland I-ländernas befolkning i och med upplysningskampanjer i stil med Pekka Puskas projekt i Finland på 1970-talet.

Majoriteten av informanterna valde vikten som nyckelfaktor. Det visade sig dock att deltagarna upplevde att den största behållningen av kursen var på det sociala och emotionella planet. Deltagarna upplevde att det var värdefullt att utbyta tankar, att de fick stöd av varandra och kamratskap. Proppkursen gav deltagarna nya krafter och var en motivationshöjare och kursen var lärorik och informativ. Önskemål som deltagarna hade var en kontinuerlig uppföljning, mera motion samt att partnern kunde delta i kursen. Resultatet stöder tanken om satsning på aktivitet och rehabilitering i grupp. En kontinuerlig uppföljning är att rekommendera, vilket torde vara ett tämligen kostnadseffektivt sätt att höja individernas livskvalitet. Samtidigt kunde man uppdatera direktiv, ny kunskap och råd med syftet att både informera och motivera till livsstilsförändring hos hjärtpatienter.

Litteraturförteckning

Alsén, P. & Brink, E. (2013) Fatigue after myocardial infarction – a two-year follow-up study. *Journal of clinical nursing* (22).

Andrechouk, C.R.S & Ceolim, M.F. 2015. Sleepquality and adverse outcomes for patients acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 25, s. 223-230.

Borodulin, K., Vartiainen, E., Peltonen, M., Juosilahti, P., Juolevi, A., Laatikainen, T., Männistö, S., Salomaa, V., Sundvall, J. & Puska, P., 2014. Forty-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *European Journal of Public Health*, 25 (3), s. 539-546.

Condon, C. och McCarthy, G. 2006. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, s. 33-44.

Eriksson, K. 1996. *Hälsans idé*. Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell Medicin.

Goldsmith, D-J., Lindholm, K-A. & Bute, J-J., 2006. Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine*, 63 s. 2079-2090.

Hakola L. (2015). Cardiorespiratory Fitness and Physical Activity in Older Adults: a Population-based Study in Men and Women. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, no 276.

Hu, G., Tuomilehto, J., Silventoinen, K., Barengo, N. och Jousilahti, P., 2004. Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women. *European Heart Journal*, 25(24) s. 2212–2219.

Henricson, M. (red). 2015. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Kähkönen, O., Kankkunen, P., Miettinen, H., Lamidi, M-L. & Saaranen, T. 2017. Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a critical factor in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1264-1280.

Kärner, A., Dahlgren, M.A. & Bergdahl, B. 2004. Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 204-211.

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

Larsson, S., 1994. Om kvalitetsskriterier i kvalitativa studier. Ingår i Starrin, B. & Svensson, P-G. (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Luoma-Kuikka, A., Syväne, M., Penttilä, U-R., Nuotio, M-L., Alapappila, A., Pusa, T., & Mäkinen, A. 2012. Finlands Hjärtförbund Rf. Arbetsbok för kursdeltagare.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S., 2008. *Sydänsairaudet*. Kustannus oy Duodecim.

Persson, J. & Stagmo, M., 2014. *Perssons kardiologi. Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Personlig kommunikation 13.9.2016 med kursansvarig för Proppkursen.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C.C., 1995. *Changing for good*. William Morrow Company.

Puska, P., 2002. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public health Medicine*, 4(1), s. 5-7.

Rosenqvist, M. & Tornwall, P., 2012. *Hjärtat*. Stockholm: Karolinska institutet University Press.

Eurostat statistics explained http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics [Hämtat 21.9.2016]



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaal- ja terveystyöväkistö

ANHÄLLAN OM TILLSTÅND FÖR FORSKNING OCH LÄRDOMSPROV

Allmänna uppgifter om forskningen	Sökandens namn Pia Nyman och Kaj Palenius (samt Ulrika Henriksson och Carolin Eriksson)	
	Adress Social- och hälsovårdsverket, staden Jakobstad	Tfn 7863971
	Läroanstalt, utbildningsprogram Social- och hälsovårdsverket (samt Novia, utbildningsprogrammet för hälsovård YH)	
	Studiens namn Propp-rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar (se bilaga)	
	Beställare av studien Jakobstadsnejdens hjärtförening r.f.	
	Handledare för studien Pia Nyman (samt lärare vid Novia)	Kontaktuppgifter Se ovan
	Syfte med studien Att följa upp och utvärdera verksamheten i Jakobstad (se bilaga)	
	Målgrupp för studien (personal, patienter, övriga) Patienter med hjärtproblem som deltagit i Propplight-kursen	
	Datainsamlings och analysmetoder som används i studien (vid behov på bilaga) Fokusgruppintervjuer, enkäter, laboratorieprov (se bilagor)	
	Tidsplan för studien 2016-2017	
Bilagor	Forskningsplan <input checked="" type="checkbox"/> Meddelande till de som undersöks (finska/svenska) <input checked="" type="checkbox"/> Blankett för samtycke (finska/svenska) <input checked="" type="checkbox"/> Modell för datainsamlingsblankett (frågeformulär) <input checked="" type="checkbox"/>	
Sökandes underskrift	30.1.2017 <i>Pia Nyman Kaj Palenius</i> Datum och underskrift	
Beviljande av tillstånd	Tillstånd beviljat <input type="checkbox"/> Tillstånd ej beviljat <input type="checkbox"/> Tillstånd beviljas med följande ändringar <input type="checkbox"/> Motivering	
Kontakt-person	Kontaktperson vid Social- och hälsovårdsverket:	
Den beviljandes underskrift	30.1.17 <i>P-M Sjöström</i> Datum och underskrift chefsläkare/chef för vårdarbetet/ chef för äldreomsorg/chef för socialomsorg	
Besluts-paragraf	§ _____ Datum ____ / ____ 20 ____ Handläggare	
Fördelning		



JAKOBSTAD

PIETARSAARI

STADEN JAKOBSTAD
Social- och hälsovårdsnämnden
Tjänstemannabeslut

Datum 31.1.2017
Paragraf 5/2017

PIETARSAAREN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveyslautakunta
Viranhaltijapäätös

Päivämäärä 31.1.2017
Pykälä 5/2017

Sida/Sivu
1(1)

KOPIA

**Sakägare/
Asianosainen**

Pia Nyman

**Ärende/
Asia**

Anhållan om tillstånd för forskning/Pia Nyman

Anhållan om forskningstillstånd för studien: Propp-rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar (se bilaga). Syftet med studien är att följa upp och utvärdera verksamheten i Jakobstad och patienter är patienter som deltagit i Propplight-kursen. Beställare av studien är Jakobstadsnejdens hjärtförening r.f.

**Beslut/
Påttös**

Forskningstillstånd beviljas

**Underskrift/
Allekirjoitus**

Pia-Maria Sjöström
t.f. social- och hälsovårdsdir./vt. sosiaali- ja terveystjoht

**Delgivning/
Tiedoksiänto**

Pia Nyman

Rättelseyrkande: Den som är missnöjd med beslutet kan framställa ett skriftligt rättelseyrkande till social- och hälsovårdsnämnden.
Ett rättelseyrkande kan framställas av den som beslutet avser eller av den vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet (part) samt av kommunmedlemmar.
Rättelseyrkan skall framställas inom 14 dagar från delfäendet av beslutet. En kommunmedlem anses ha fått del av beslutet när protokollet har lagts fram offentligt. En part anses, om inte något annat påvisas, ha fått del av beslutet sju dagar efter att ett brev därom blivit sänt eller vid den tidpunkt som framgår av mot-tagningsbeviset eller som har antecknats i ett särskilt intyg om delfäende av beslutet.

Oikaisuvaatimus: Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen sosiaali- ja terveyslautakunnalle.
Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Staden Jakobstad
Social- och hälsovårdsnämnden
PB 111
68601 JAKOBSTAD
Tfn. 06-786 3111

Pietarsaaren kaupunki
Sosiaali- ja terveyslautakunta
PL 111
68601 PIETARSAARI
Puh. 06-786 3111

Forskningsplan:**Propp-rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar.****- Uppföljning och utvärdering av verksamheten i Jakobstad****Bakgrund**

Hjärt- och kärlsjukdomar är fortfarande en av de mest vanliga folksjukdomarna i vårt land och är intimt förknippade med vår livsstil. Finlands Hjärtförbund har utvecklat en s.k. Propp-rehabilitering med syfte att motivera deltagarna till ett hälsosammare liv. Jakobstadsnejdens Hjärtförening r.f. har donerat pengar till en dylik kursverksamhet som genomförs vid hälsovårdscentralen som öppenvårdsrehabilitering och som förankras i en vetenskaplig studie. Det är värdefullt att lyssna till patienternas erfarenheter då vården utvärderas och nya verksamhetsmodeller skapas. Det känns angeläget att satsa på gruppaktiviteter som komplement till individuell rehabilitering. Enligt erhållen uppgift (e-post 16.9.2015) av Susanna Tuomaala, kvalitetsansvarig vid Turku Clinical Research Centre, kräver undersökningen inget etiskt utlåtande.

Undersökningsfrågor

Forskningens syfte är att i Jakobstadsregionen förbättra hjärtpatienters livssituation och att utvärdera den pågående öppenvårdsrehabiliteringen. – Hur upplever kursdeltagarna sin hälsa? Vilka förväntningar har deltagarna på kursen?

Metoder

I forskningen tillämpas en Mixed methods-design med mätningar före och efter kursen. Den kvalitativa ansatsen baserar sig på fokusgruppintervjuer som analyseras enligt fenomenologiska principer. Resultaten relateras till en kvantitativ analys av självutvärderingsinstrumentet SF-36 och specifika laboratorieprov.

Övrigt

Undersökningen kompletteras med frågor om kursen. Denna utvärdering sker genom en enkätstudie som utmynnar i ett examensarbete vid Yrkeshögskolan Novia. Sjukskötare YH Caroline Eriksson och sjukskötare YH Ulrika Henriksson ansvarar för denna del.

Jakobstad 29.12.2016

HvD, ft Pia Nyman, Staden Jakobstad, social- och hälsovårdsverket
PeL Kaj Palenius, Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier vid Åbo Akademi

Frågeformulär

1. Kön: Man
 Kvinna

2. Ålder: _____

3. Vad motiverade dig att gå med i Propp-kursen?

4. Vilken uppfattning har du om Propp-kursen som helhet?

5. Vad har varit det bästa med Propp-kursen?

6. Vad kunde man utveckla i Propp-kursen?

Bilaga 4 2(2)

7. Vilken nyckelfaktor har du valt? Motivera varför.

8. Har valet av nyckelfaktorn lett till en livsstilsförändring för dig?

9. Har du upplevt att du fått stöd av andra deltagare/handledare under kursens gång?

10. Hur många timmar sover du i genomsnitt per natt?

11. Känner du dig utvilad efter att du sovit?

12. Något mer du vill tillägga?

TULPPA-KUNTOUTUS

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Mikä motivoi sinut osallistumaan Tulppa-kurssille?

Mitä mieltä olet Tulppa-kurssista kokonaisuutena?

Mikä on ollut Tulppa-kurssin paras anti?

Miten Tulppa-kurssia voisi vielä kehittää?

Minkä avaintekijän valitsisit? Kerro miksi.

Onko avaintekijän valinta muuttanut elämäntapojasi?

Oletko kurssin aikana kokenut muiden osallistujien tukea?

Montako tuntia nuket keskimäärin yössä? Tunnetko itsesi levänneeksi nukutun yön jälkeen?

Haluatko vielä lisätä jotain?

Kiitos vastauksistasi!