

När kvinnohjärtat krånglar

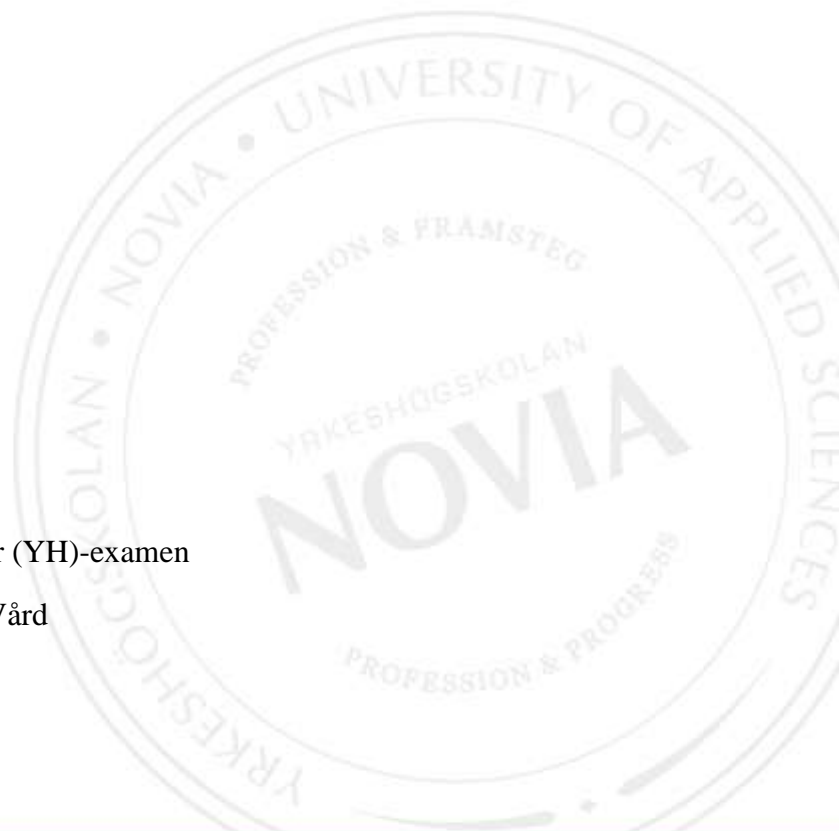
Förebyggande av skador och komplikationer orsakade av hjärtinfarkt samt främjande av hjärthälsan hos kvinnor

Anna-Lena Olander

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Åbo 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Anna-Lena Olander

Utbildningsprogram och ort: Vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare YH

Handledare: Hanna Limnell

Titel: När kvinnohjärtat krånglar - Förebyggande av skador och komplikationer orsakade av hjärtinfarkt samt främjande av hjärthälsa hos kvinnor

Datum 28.09.2011

Sidantal 26

Bilagor 1

Sammanfattning

Hjärt- och kärlsjukdomar anses av WHO vara det mest bortglömda hälsoproblemet bland kvinnor. Forskning visar att hjärtinfarkt hittills ansetts som ett mansproblem och mer forskning behövs för att få fram könsspecifika kunskaper kring hjärtinfarkt och nya interventioner för att främja kvinnors hjärthälsa.

Syftet med detta arbete är att utveckla resursförstärkande informationsmaterial för att få kvinnor att uppmärksamma symtom från hjärtat och snabbt söka sig till vård samt att utveckla en modell för hälsofrämjande arbete i relation till kvinnor och hjärtinfarkt. Arbetets frågeställningar är hur man kan få kvinnor att inse vilka symtomen på hjärtinfarkt är och vikten av att söka sig till vård samt hur vårdpersonal på ett effektivt sätt kan bygga upp arbetet med att främja hälsa i relation till kvinnor och hjärtinfarkt.

Examensarbetet genomfördes som en litteraturstudie. Den tillämpade delen består av ett informationskort för kvinnor med riskfaktorer för hjärtinfarkt samt en verksamhetsmodell för vårdpersonal som arbetar med att främja hälsa hos dessa kvinnor.

Detta examensarbete är en del av projektet Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet, vars mål är att stöda vuxna klienter till självständighet och funktionsförmåga genom att analysera och utveckla resursförstärkande och rehabiliterande arbetsmetoder.

Språk: Svenska Nyckelord: hjärtinfarkt, kvinnor, hälsofrämjande arbete, egenvård, empowerment, informationskort

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webb biblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

BACHELOR'S THESIS

Author: Anna-Lena Olander

Degree Programme: Nursing, Turku

Specialization: Bachelor of Health Care

Supervisor: Hanna Linnell

Title: When women's heart malfunction - Prevention of injury and complications caused by myocardial infarction and promotion of cardiac health in women

Date 28.09.2011

Number of pages 26

Appendices 1

Abstract

Cardiovascular disease is considered by WHO as the most neglected health problem among women. Research shows that heart attack has so far been considered a male problem and more research is needed to obtain gender specific knowledge about heart attacks and new interventions to promote women's heart health.

The purpose of this work is to develop resource-enhancing information material to get women to pay attention to symptoms from the heart and quickly seek out care and to develop a model for health promotion in relation to women and heart attacks. The research questions are how to get women to recognize the symptoms of heart attack and the importance of quickly seeking out care as well as how health professionals in an efficient way can build up efforts to promote health in relation to women and heart attacks.

The thesis was conducted as a literature study. The applied part consists of an information card for women with risk factors for heart attack and a model for health care professionals working to promote health in these women.

This thesis is part of the project "Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet" (Access, Activity and Fellowship - Hold on life), whose goal is to support adult clients to independence and functional capacity by analyzing and developing resource-enhancing and rehabilitative practices.

Language: Swedish Key words: heart attack, women, health promotion, self care, empowerment, information card

Filed at: The library of Novia university of applied sciences in Turku, Nunnegatan and at the electronic library Theseus.fi.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Anna-Lena Olander

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidaja AMK

Ohjaaja: Hanna Limnell

Nimike: Kun naisen sydän reistailee – Sydäninfarktin aiheuttamien vaurioiden ja komplikaatioiden ehkäisy sekä sydänterveyden edistäminen naisilla

Päivämäärä 28.09.2011

Sivumäärä 26

Liitteet 1

Tiivistelmä

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat WHO:n mukaan kaikkein laiminlyödyin terveysongelma naisilla. Tutkimuksien mukaan sydäninfarktia on toistaiseksi pidetty miesten ongelmana ja lisää tutkimuksia tarvitaan jotta saadaan esille sukupuolittunutta tietoa sydänkohtauksista ja uusista tukitoimista, joilla edistetään juuri naisten sydänterveyttä.

Tämän työn tarkoituksena on kehittää voimavaroja vahvistavaa tiedotusmateriaalia, jonka avulla naisten on mahdollista kiinnittää huomiota sydänoireisiin ja hakeutua nopeasti hoitoon, sekä naisten sydänterveyttä edistävä toimintamalli. Kysymyksenasetteluna on, miten saada naiset tunnistamaan sydäninfarktin oireita ja ymmärtää nopean hoitoon hakeutumisen tärkeys sekä miten hoitohenkilökunta tehokkaasti voi työskennellä naisten kanssa edistääkseen sydämen terveyttä.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Sovellettu osa koostuu sydäninfarktin riskitekijöistä kärsiville naisille suunnatusta tietokortista sekä toimintamallista, joka on tarkoitettu näiden naisten parissa toimivalle, terveyttä edistävää työtä tekeväälle hoitohenkilökunnalle.

Tämä opinnäytetyö on osa ”Omaehtoisien toiminnan edistäminen - O.T.E. elämästä” - projektia, jonka tavoitteena on tukea aikuisten asiakkaiden itsenäisyyttä ja toimintakykyä analysoimalla ja kehittämällä voimavaroja vahvistavia ja kuntouttavia työmenetelmiä.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: sydänkohtaus, naiset, terveyden edistäminen, itsehoito, voimaantuminen, tietokortti

Arkistoidaan: Ammattikorkeakoulu Novian kirjastossa Turussa, Nunnankadulla sekä verkkokirjastossa Theseus.fi.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte, mål och frågeställningar.....	2
3	Bakgrund	3
4	Hjärtinfarkt	4
5	Symtom på hjärtinfarkt.....	5
5.1	Bröstsmärtor.....	5
5.2	Oklara symtom.....	5
6	Snabbt insatt vård vid hjärtinfarkt	6
7	Främjandet av hjärthälsa hos kvinnor.....	7
7.1	Behov av hälsofrämjande insatser	8
7.2	Hälsofrämjande processarbete	10
7.3	Egenvård	11
7.4	Empowerment.....	13
8	Utvecklande av informationskort	14
8.1	Utformning av skriftligt informationsmaterial	14
8.2	Utformningen av mitt informationskort.....	17
9	Utvecklande av verksamhetsmodell för hälsofrämjande arbete	17
10	Utvärdering av informationskort och verksamhetsmodell samt utvecklingsidéer ...	20
11	Avslutande diskussion	20
	Källförteckning.....	24

Bilagor:

Informationskort

bilaga 1

1 Inledning

Hjärtinfarkt är den värsta följden av kranskärslsjukdom och beror på att en del av hjärtmuskeln dör av syrebrist. I Finland drabbas årligen ca 25 000 personer av hjärtinfarkt. Cirka 13 000 personer dör årligen p.g.a. en infarkt. (Mustajoki 2010) År 2007 vårdades 54 768 patienter med kranskärslsjukdom på sjukhus, av vilka 25 072 var kvinnor och 29 696 män. Dessa patienter krävde 70 663 vårdperioder och 555 403 vård dagar. Samma år var de som fick en första infarkt 12 198 till antalet. Av dessa var 5 237 kvinnor och 6 961 män. (Institutet för hälsa och välfärd 2009).

Enligt statistik från Världshälsoorganisationen, WHO, (enligt Schenck-Gustafsson 2008, s.21) dör årligen 17,5 miljoner människor i hjärt- och kärlsjukdomar. Av dessa är 8,6 miljoner kvinnor, vilket är mer än det totala antalet människor som dör i cancer, tuberkulos, AIDS och malaria tillsammans. Det är mycket vanligare att en kvinna dör i hjärtinfarkt än i t.ex. bröstcancer. I Europa dör 56 % av kvinnorna och 43 % av männen i hjärt- och kärlsjukdomar, 23 % av dessa kvinnor och 21 % av dessa män dör i hjärtinfarkt. Hjärt- och kärlsjukdomar anses av WHO utan tvekan vara det mest bortglömda hälsoproblemet bland kvinnor.

Detta arbete är en del av projektet T.A.G. i livet, där TAG står för tillgång, aktivitet och gemenskap. Projektets mål är ”att stöda vuxna och äldre klienter i olika livssituationer till självständighet och funktionsförmåga genom resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt: genom att utveckla handledning till och metoder för egenvård/livshantering samt genom att utveckla resursförstärkande arbetssätt och serviceformer. I projektet förstärks även anhörigas och personalens kunskande inom rehabiliterande arbete. Samtidigt främjas deras egna resurser och arbetsrelaterade välmående.” Projektets delmål för perioden 2010-2011 är att ”analysera och utveckla resursförstärkande och rehabiliterande arbetsmetoder.” (Vaartio-Rajalin 2010).

Projektet är ett av Yrkeshögskolan Novias examensarbetsprojekt och har flere olika samarbetspartners ute i arbetslivet. En av dessa är Egentliga Finlands Hjärtdistrikt som är detta arbetes beställare. Egentliga Finlands hjärtdistrikt är ett av de 19 distrikt som ingår i Finlands hjärtförbund. Distriktet ordnar rehabiliteringskurser i främjandet av hjärthälsa där man ger information om sjukdomen, dess vård och rehabilitering. Målet är att klienterna skall få råd och stöd till livsstilsförändringar och till att klara sig hemma. Genom det strävar man till att förhindra en eventuell ny hjärtinfarkt och därmed utslagning på grund av sjukdom. Distriktet upprätthåller även Sydäntestiasema där en hälsovårdare betjänar

hjärtpatienterna och specialistläkare inom hjärtsjukdomar har mottagning. Distriktets hjärtskötare ger hjärtpatienter råd och handledning redan i sjukhusskedet och också efter det. (Egentliga Finlands Hjärtdistrikt u.å.).

Beställningen från Egentliga Finlands Hjärtdistrikt är att producera informationsmaterial till hälsocentraler och rådgivningar angående kvinnors oklara symtom vid hjärtinfarkt samt hur man skall handla då man misstänker symtom från hjärtat. Från beställarens sida påpekades redan från början att de har mycket material om kvinnors hjärta i allmänhet, förebyggande och påverkan av riskfaktorer. För att mitt arbete skall uppnå projektets målsättningar kommer jag dock ändå att för projektets del utveckla en modell som kan vara till hjälp för vårdpersonal som arbetar med att främja hjärthälsa hos kvinnor.

2 Syfte, mål och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att utveckla resursförstärkande informationsmaterial för att få kvinnor att uppmärksamma symtom från hjärtat och snabbt söka sig till vård samt att utveckla en modell för hälsofrämjande arbete i relation till kvinnor och hjärtinfarkt. De frågeställningar arbetet behandlar är:

- Hur kan man få kvinnor att inse vilka symtomen på hjärtinfarkt är och vikten av att söka sig till vård
- Hur kan vårdpersonal på ett effektivt sätt bygga upp arbetet med att främja hälsa i relation till kvinnor och hjärtinfarkt

I medelåldern närmar sig kvinnorna en vändpunkt där många faktorer som påverkar hjärtats hälsa samlas (Mannonen, Penttilä & Rajala 2006, s. 19). Målgruppen för mitt arbete är därför kvinnor i åldern 50+ som tillhör riskgrupperna för hjärtinfarkt men inte har haft en hjärtinfarkt tidigare. Informationsmaterialet kommer dock också att kunna användas för andra än den direkta målgruppen.

Mitt främsta mål med det här arbetet är att utveckla ett bra informationsmaterial och en verksamhetsmodell som kan vara till hjälp för målgruppen respektive för vårdpersonalen. Målet är att materialet skall kunna ge personer information om ämnet, uppmärksamma dem på det och ge dem färdigheter i att känna igen olika symtom och agera på rätt sätt då symtom uppträder samt att utveckla en verksamhetsmodell som kan vara till stöd för vårdpersonal som arbetar med att främja hälsa hos målgruppen.

3 Bakgrund

Enligt en forskning av Løvlien (2001, s. 18) ser kvinnorna hjärtinfarkt som en manssjukdom och upplever att det inte har tillräcklig kunskap om hjärtproblem. Kvinnornas tidigare erfarenhet av smärta gör att de inte tar sina symtom på allvar vilket leder till att de väntar länge med att söka vård. Studien visar att det behövs nytänkande i relation till kvinnors hjärtproblem. Kvinnornas hjärtan behöver få mer uppmärksamhet och myten om att det endast är män som drabbas måste förändras. Det finns behov av en mera könsspecifik kunskap som kan bidra till bättre insikt i problematiken. Vårdpersonalen behöver också kunskap om hur olika sjukdomsförståelser påverkar kommunikationen och hur kvinnornas språk och sjukdomsförståelse kan skilja sig från männens.

Ur en annan studie kring faktorer som påverkar beslutet att söka vård vid akut hjärtinfarkt, framgår att de som har kunskap om betydelsen av snabbt insatt vård vid akut hjärtinfarkt söker vård snabbare än övriga. I studien framkommer att endast 19 % av patienterna som får en första infarkt kopplar symtomen till hjärtat. Så många som 60 % av patienterna tror att besvären beror på andra organ än hjärtat. Många tror att en hjärtinfarkt alltid debuterar plötsligt och dramatiskt och det kan vara en av orsakerna till att många väntar med att söka sig till vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en viktig roll i att ge adekvat information kring symtombild, betydelse av snabbt agerande, tidigt insatt vård och användning av ambulans vid misstänkt hjärtinfarkt. Framtida forskning borde fokusera på att ta fram bra metoder för att nå ut till patienter, anhöriga och allmänhet med denna information. (Henriksson, Leo-Swenne & Lindahl 2008, s. 6-7).

Till ungefär samma resultat kommer Albarran, Clarke & Crawford (2007, s. 1299-1300) i sin undersökning. Enligt forskarna missgynnas kvinnorna av att endast bröstsmärtor ses som bevis för hjärtinfarkt. I denna studie framkommer, som i många andra, att kvinnorna gärna normaliserar sina akuta symtom. Samtidigt är den kliniska bilden av kvinnor med hjärtinfarkt kontroversiell mot den traditionella och maskulina bilden av kranskärslsjukdom. Enligt forskarna behövs det ytterligare forskning för att stöda sjuksköterskor och annan vårdpersonal i att utveckla könssensitiva bedömningsverktyg och andra interventioner som ökar kvinnornas möjligheter att känna igen symtom på hjärtinfarkt.

4 Hjärtinfarkt

Åderförfettning, tidigare kallat åderförkalkning, innebär att det på blodkärls innerväggar bildas plack, vilket består av bindväv, fett och kalk. Då placken i ett kraskärl spricker koagulerar blodet och bildar blodproppar. Då en propp är så stor att den helt stoppar blodflödet i kärlet uppstår allvarlig syrebrist i den del av hjärtat dit kärlet leder och smärta uppstår. Ju längre det dröjer innan proppen löses upp desto allvarligare blir skadan på den del av hjärtmuskeln som inte får syre. Om syrebristen är långvarig dör hjärtmuskelcellerna och skadan som då uppstår är en hjärtinfarkt. (Wernersson Lindgren 2008, s. 6-7).

Hjärtinfarkt är lika vanligt hos män som hos kvinnor men symtombilden är oftast olika. En förklaring till det är att kvinnors och mäns anatomi skiljer sig från varandra. Kvinnornas hjärtan är mindre och lättare än mäns i relation till kroppsstorleken. Kranskärlen är smalare och hjärtmuskelns fibrer finare än hos män och kvinnorna har p.g.a. menscykeln en högre puls än männen. Hos kvinnorna finns placket i de förkalkade ådrorna längs hela kärlväggen medan det hos männen är mera lokaliserat på ett ställe. Vid hjärtinfarkt är det vanligtvis placket som spricker, men hos kvinnorna kan det istället ibland handla om irritation och småblödningar ovanpå placket. (Signäs 2010). Hos män är det vanligt att åderförkalkningen finns i de stora kranskärlen medan det hos kvinnor är vanligare med förträngningar i de mindre kärlen som finns längre ut i kranskärlsnätet (Schenck-Gustafsson 2008, s.28).

Kvinnor insjuknar i hjärtinfarkt cirka fem till sju år senare än män. En förklaring till denna skillnad kan vara att det kvinnliga hormonet östrogen har en skyddande effekt. Då kvinnorna blir äldre minskar östrogenhalten i blodet och de närmar sig gradvis mannens risk för att insjukna i hjärtinfarkt. (Swahn 2010).

På senare har det framkommit att en hjärtinfarkt inte alltid beror på åderförkalkning i kranskärlen. Speciellt hos kvinnor kan det istället röra sig om en kramp i kärlet utan någon som helst förkalkning. En hjärtinfarkt kan också orsakas av inflammation, rubbningar i blodets koagulation, autoimmuna processer eller sjukdom i endotelet. (Schenck-Gustafsson 2008, s.28-29).

5 Symtom på hjärtinfarkt

Många som drabbas av en hjärtinfarkt kan ha så kallad instabil kärlekskramp under några dagar eller veckor före infarkten. Instabil kärlekskramp har likande symtom som hjärtinfarkt. De varar inte lika länge men kommer istället tillbaka flere gånger. Ungefär hälften av alla hjärtinfarkter inträffar dock utan att man har haft kärlekskramp innan. Bröstmärta är ofta, men inte alltid, det tydligaste symtomet på hjärtinfarkt men symtom kan visa sig på flere olika sätt. (Swahn 2010).

5.1 Bröstmärter

Det typiska symtomet på hjärtinfarkt är en hård smärta som känns på ett stort område bakom bröstbenet. Smärtan kan vara stramande, tryckande eller stickande och lättar inte utan är ihållande. (Mustajoki 2010).

Smärtan kan vara stark eller kännas som obehag någonstans i bröstkorgen och stråla ut mot ena armen, båda armarna, käken, magen, halsen, nacken eller ryggen. Smärtan är kraftig och sitter i under minst femton minuter. I samband med smärtan blir man ibland illamående, kallsvettig, yr, svimfärdig eller får andnöd. Känslor av rädsla och ångest är också vanliga. (Swahn 2010; Signäs 2010; Wernersson Lindgen 2008, s. 14).

Det är typiskt för bröstmärter orsakade av hjärtat att de börjar eller förvärras i samband med främst fysisk ansträngning men också psykisk stress, måltider, kyla eller rökning. I allmänhet börjar bröstmärterna inte blixtnabbt utan stegvis under flere sekunder eller t.o.m. minuter. Smärtan förvärras under några tiotals sekunder och räcker minst några minuter men fortsätter oftast kontinuerligt eller i vågor. (Kettunen 2008b, s. 260-261).

5.2 Oklara symtom

Vid en akut hjärtinfarkt upplever 70 % av de drabbade hårda bröstmärter. Hos kvinnor föregås en infarkt däremot, oftare än hos män, av en kraftig trötthet, illamående och uppkastningar. Förutom bröstmärter är ryggvärk, andnöd, hjärtklappning eller en känsla av problem med matsmältningen vanliga symtom på akut hjärtinfarkt hos kvinnor. Även blekhet, svettningar, oförklarlig ångestkänsla, kraftig trötthet eller svaghet utan någon föregående ansträngning kan vara tecken på en infarkt. (Mannonen et al 2006, s.24).

Andra symtom som kan förekomma är värk i käkarna, tyngdkänsla eller tryck över bröstet, magont eller värk i skulderpartiet. Så diffusa symtom som orkeslöshet, stark trötthet eller allmän sjukdomskänsla kan även de vara tecken på infarkt. (Signäs 2010; Wernersson Lindgren 2008, s. 14-15). En hjärtinfarkt kan också, speciellt hos äldre personer och diabetiker, vara helt smärtfri eller endast ge mycket vaga symtom, som till exempel andnöd eller trötthet (Wernersson Lindgren 2008, s. 15).

6 Snabbt insatt vård vid hjärtinfarkt

En hjärtinfarkt kräver omedelbar sjukhusvård. Om misstanken om hjärtinfarkt är stark kan man påbörja vården redan i ambulansen och sedan fortsätta då man kommit till sjukhuset. Av de hjärtinfarktpatienter som kommer till sjukhuset är dödssiffran nu för tiden mindre än en av tio. (Mustajoki 2010).

Målen med vården av en hjärtinfarkt är att lindra smärtan, förhindra att skadan på hjärtmuskeln utvidgas, förhindra och vårda komplikationer som rytmstörningar, cardiogen chock, lungödem och hjärtsvikt samt rehabilitering. Detta kräver att fördröjningar i att söka vård och påbörja behandling minimeras. (Kauppinen & Poikonen 2010).

Hur en person repar sig från en hjärtinfarkt beror till stor del på hur snabbt vården påbörjats. Vid en akut hjärtinfarkt kan man lösa upp koaglet som täpper blodkärlet med trombolysbehandling, förutsatt att inga kontraindikationer finns. Behandlingen måste påbörjas inom 12 h från det att symtomen börjat men om den kan påbörjas inom 2 h är behandlingen effektivast och överlevnadschanserna mer än dubbelt så stora. I bästa fall kan blodkärlet öppnas så snabbt att hjärtmuskeln inte får någon permanent skada av syrebristen. (Mannonen et al 2006, s. 29).

Ballongutvidgning är en annan metod för att öppna kärlet och minska skadan på hjärtmuskeln vid akut hjärtinfarkt, förutsatt att inga kontraindikationer förekommer. Behandlingen går till så att man för in en ballongkateter till hjärtat, oftast via ljumskan, med vilken förträngningen i kransartären vidgas. Oftast kombineras vidgningen med att man sätter in en stent som skall hjälpa till att hålla kärlet öppet. Ballongutvidgning kan även göras i ett senare skede men görs akut för att öppna kärlet snabbt och på så sätt minska skadan på hjärtmuskeln vid en infarkt. (Berglund 2008).

Den slutliga storleken på hjärtmuskelskadan eller vävnadsdöden beror inte enbart på om man lyckas få bort det tilltäppande koaglet via trombolys eller ballongutvidgning utan också på hur man i det akuta skedet lyckas minska belastningen på hjärtat. Belastningen minskas genom att man noggrant kontrollerar och behandlar puls och blodtryck, tillgodoser syresättning och väsketillförsel samt förebygger och behandlar arytmier. All vård som ökar hjärtats syreförsörjning och minskar syreförbrukningen, inverkar på den slutliga hjärtmuskelskadan. (Kettunen 2008a, s. 259).

När man blir akut sjuk i hjärtinfarkt utsöndras stresshormoner i blodet vilket gör att kroppen reagerar med att höja blodtrycket och öka pulsen. Detta stressar hjärtat och ökar den farliga syrebristen. Därför är det minst lika viktigt som med medicinering att försöka hålla sig lugn och att som personal förmedla lugn till patienten. (Swahn 2010).

Det är väldigt viktigt att handla både snabbt och rätt i en akut situation. Kvinnor väntar ofta med att söka sig till vård eftersom de inte vill störa läkaren i onödan, men det är bättre att söka sig till vård istället för att vänta. Vid symtom som misstänks vara från hjärtat skall man ringa nödnumret 112, berätta sitt namn, noggrann adress eller var man befinner sig, berätta vad som hänt och förklara sina symtom. Därefter skall man svara på de frågor som ställs och följa de instruktioner som ges. (Mannonen et al 2006, s. 29-30).

Man skall alltid ringa nödnumret om man har en stark, tryckande eller krampartad smärta i bröstet, om man har en obehaglig känsla i bröstet som inte har en ofarlig förklaring och inte går över på femton minuter samt om man har bröstsmärtor och samtidigt andnöd, hjärtklappning eller är kallsvettig (Swahn 2010). För en äldre kvinna med riskfaktorer, till exempel högt kolesterol, övervikt eller rökning, som känner sig andfådd, extremt trött, utmattad eller är illamående är det även skäl att ringa efter ambulans (Signäs 2010).

7 Främjandet av hjärthälsa hos kvinnor

Målet med hälsofrämjande arbete är att stärka individens och samhällets resurser och förbättra förutsättningarna för folkhälsan. De centrala värdena i hälsofrämjande arbete är mänsklig värdighet, självbestämmande, respekt, jämlikhet, egenmakt och deltagande. I arbetet betonas individens, gemenskapens och samhällets behov. (Pelto-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006). Hälsofrämjande arbete handlar om att utveckla hälsa som en resurs i vardagen. Målet är att öka den enskilda människans kontroll över sin egen hälsa. Genom helhetssyn och empowerment-tänkande strävar man efter att stärka

individens kunskap, kompetenser och självförtroende genom att hjälpa henne att göra självständiga och medvetna val. (Kostenius & Lindqvist 2006, s. 58-59).

Den grundläggande idén med hälsofrämjande arbete är att alla människor lever i olika sammanhang med olika villkor som påverkar hälsan. Dessa villkor kan utgöra möjligheter eller sätta gränser. Frågan som borde arbetas med är vad som kan göras för att skapa så goda villkor som möjligt för att bibehålla eller förbättra hälsa. Den andra delen handlar om att få berörda parter att intressera sig för vad de själva kan göra. För att åstadkomma resultat är det viktigt att de berörda parterna är delaktiga och medansvariga. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 247).

Det finns mycket material tillgängligt om hälsofrämjande arbete. Detta arbete är avgränsat till att behandla behov av hälsofrämjande insatser, hälsofrämjande processarbete, egenvård och empowerment.

7.1 Behov av hälsofrämjande insatser

Enligt Shirato & Swan (2010, s. 285) finns det fem delområden som sjukskötare bör fokusera på när det gäller att utbilda kvinnor i frågor som rör koronarsjukdom. De är uppfattning, symtom, förebyggande, vård och livskvalitet. Kvinnorna behöver få veta att man inte har fullständig kunskap om koronarsjukdom och dess patologiska mekanismer. Ett annat fokus är att lära kvinnorna tidig upptäckt och att känna igen symtom. Kvinnor behöver information för att känna igen förändringar i kroppen så att de kan söka vård i tid och inte förneka att det skulle vara hjärt-relaterat. Dessutom är det viktigt att utbilda kvinnor i att det är bättre att förebygga än att behandla koronarsjukdom. Till exempel borde sjuksköterskor erbjuda handledning i rökavvänjning, viktminskning och motionsfrågor. Sjuksköterskor borde ha evidensbaserad kunskap om olika behandlingsformer som kan skilja sig mellan män och kvinnor för att kunna stöda kvinnorna i beslutsfattande om effektiva behandlingar som påverkar livskvaliteten positivt. På så sätt stärker även sjukskötare sina roller som pedagoger och förespråkare för patienten.

Eriksson, Westborg och Elisasson (2006, s. 460) konstaterar i sin forskning att förebyggande genom livsstilsrådgivning har god effekt på flere riskfaktorer hos personer med måttlig eller hög risk för kardiovaskulär sjukdom. Enligt dem visar flere forskningar att traditionell vård och kostrådgivning inte är tillräckligt effektiv för att påverka

riskfaktorer. Genom livstilsrådgivning i grupp inom primärhälsovården påverkas dock flere olika riskfaktorer positivt. Livstilsrådgivningen bestod i undersökningen av strukturerad uthållighets och cirkelträning i tre månader, kostrådgivning i grupp med en dietist fem gånger, samt efter det uppföljningsträffar varje månad under ett års tid. Resultaten visade att den fysiska aktiviteten ökade, kroppsmåtten förändrades, syreupptagningen förbättrades, blodtrycken sjönk, metabola faktorer påverkades och den hälsorelaterade livskvaliteten ökade. (Eriksson et al 2006, s. 453 & 460).

Croghan (2005, s. 62) skriver att för att en patient skall kunna förändra ett hälso- eller livsstilsbeteende behöver hon inse att beteendet är oönskat samt vilka negativa konsekvenser det kan ha. Patienten måste också tro på att en beteendeförändring har positiva effekter och tro på sin egen förmåga till förändring. För att kunna stöda detta måste sjukskötare vara bekväma med att prata om dessa frågor med patienterna och våga fråga patienterna om deras beteenden och om de anser att de är nöjda med de nuvarande beteendena. Sjukskötare skall också kunna bedöma patientens förmåga till förändring, identifiera vad som motiverar patienten, erbjuda patienten information och stöda henne i de beslut hon fattar. Livsstilsrelaterat stöd är på lång sikt mer framgångsrikt än traditionella instruktiva och hälsofokuserade medicinska modeller av stöd eftersom livsstilsrelaterat stöd innebär att patienten och sjukskötaren jobbar tillsammans för att uppnå positiva livsstilsförändringar.

Att ge kvinnor kunskap, färdigheter och möjligheter att förbättra matvanor, fysisk aktivitet och andra livsstilsbeteenden för att förebygga, fördröja eller kontrollera kardiovaskulära eller andra kroniska sjukdomar är det hälsofrämjande arbetets fokus. Resultatet från en australiensisk studie visar att kvinnor i medelåldern är öppna för att förbättra sina hälsovanor och sedan fortsätter med det då de åldras. De förbättringar i hälsobeteenden som konstaterats som resultatet av en interventionsgrupp har visat sig kvarstå ännu fem år efter att programmet avslutats medan kontrollgruppen i undersökningen inte gjorde några större förändringar i sina hälsobeteenden även om de fick information om vikten av att göra det. Resultatet stöder starkt insatser för att främja medelålders kvinnors hälsosamma livsstilsbeteenden förknippade med riskerna för kardiovaskulär sjukdom. (Smith-DiJulio & Anderson 2009, s. 1112, 1123, 1128).

Enligt Gucciardi et al (2007) föredrar människor att delta i undervisningsinterventioner i en sjukhusmiljö i grupp eller ensam. Då det gäller längd och antal för interventionerna önskades att de skulle vara korta och ordnas nära för att så lätt som möjligt passa in i det dagliga livet. När man planerar nya interventioner är det därför viktigt att balansen mellan att kunna ge viktig information och kunskap och deltagarnas önskemål om effektivitet är optimal. Genom att ge potentiella deltagare alternativ då det gäller placering och metoder och genom att ta hänsyn deras önskemål kring planering och genomförande av nya hälsoutbildningsinterventioner kan man möjligen förbättra rekryteringen och öka antalet deltagare.

7.2 Hälsöfrämjande processarbete

Förändringsarbete görs inte på ett ögonblick utan är en lång process. Att förändra ett beteende innebär att passera flere olika stadier. Dessa handlar om att personen:

1. tänker på förändring
2. funderar på förändring
3. är redo för förändring
4. engagerar sig i det nya beteendet
5. ser och tillämpar det nya beteendet som en naturlig del i livet

(Winroth & Rydqvist 2008, s. 162)

För att kunna se och förstå skeenden i en förändring måste man utgå från tidsdimensionerna då, nu och sedan, vilka utgör grunden för processinriktat arbete. Processinriktat förändringsarbete handlar om att ta tillvara på erfarenheter och se på nuläget med en historisk aspekt, t.ex. väga in en persons bakgrund. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 163).

Hälsöfrämjande arbete är ett processinriktat arbete som innebär att man utgår från nuläget, formulerar det önskade läget och utifrån detta utarbetar strategier för att nå målen. Hela arbetsprocessen har en utgångspunkt i någonting, t.ex. en projektidé från en kommun/skola eller en persons individuella problem. Processarbete innehåller sedan några generella steg:

- Formulera vad som önskas uppnås med arbetet
- Identifiera deltagare
- Marknadsföra och förankra arbetet
- Nulägesanalys

- Önskat läge, mål med arbetet
- Handlings- och tidsplan
- Organisering
- Genomförande
- Utvärdering och vidareutveckling

(Winroth & Rydqvist 2008, s. 248 & 255)

Att fungera som vägledare i en förändringsprocess handlar om att visa på möjligheter. Den som blir vägledad har oftast ett mål han eller hon vill nå eller ett problem som han eller hon vill lösa. Vägledaren skall finna personen där hon är och förstå hennes perspektiv. Detta kan ske genom en nulägesanalys och diskussion om vad det önskade läget är. Vägledningsarbetet innebär sedan att lotsa personen till en plan för hur det önskade läget skall nås. Det kan från vägledarens sida handla om att fråga, utmana, ifrågasätta, diskutera, påvisa förmågor och resurser eller presentera möjliga metoder för att till slut komma fram till en, för att resultat skall uppnås, realistisk plan som sedan omsätts till handling. Ansvar för verkställandet av planen ligger hos personen som får vägledning medan vägledaren fungerar som ett viktigt stöd i processen. Förutsättningar för ett framgångsrikt arbete är att den vägledde och vägledaren möts på ett positivt sätt och har ett ömsesidigt förtroende. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 172).

Perspektivet i hälsofrämjande arbete är att de som deltar ska vara aktiva genom hela processen. Detta kan innebära delaktighet i nulägesanalys, målformulering, programplanering, genomförande och utvärdering av processen. Delaktighet beskrivs med att känna sig informerad och känsla av att kunna påverka. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 248).

7.3 Egenvård

Kunskap om egenvård är viktigt för vårdpersonal eftersom egenvård är ett av de bästa sätten att hjälpa kvinnor uppnå hälsa. Det är till stor hjälp för vårdpersonalen att förstå egenvårdsprocessen hos kvinnor i medelåldern. Vårdpersonalen är ansvarig för att hjälpa kvinnorna att lära känna sig själva genom att höja deras självkänsla, förklara för dem vad individuell hälsa betyder, ge kunskap om egenvård och hjälpa och stöda kvinnorna efter att det gjorts sina val och agerat samt utvärdera resultatet. (Arpanantikul 2006, s. 906).

Egenvård är en livslång process som inte kan läras och inplanteras i vardagen i ett snabbt tempo utan kräver ett konsekvent och tålmodigt arbete. Som sjukskötare kan man vara en modell och drivkraft för egenvården hos kvinnor men socialt stöd från familj, vänner och kollegor spelar också en stor roll i främjandet av egenvård. Genom att kvinnorna uppmuntras i att vara intresserade av sin hälsa och ta hand om sig själva kan det leda till att de börjar sätta värde på sitt fysiska och psykiska hälsotillstånd och tar kontrollen över sin egenvård. Då kvinnorna kontinuerligt antar egenvård som en del av det dagliga livet kan det leda till långsiktiga, positiva resultat. (Arpanantikul 2006, s. 906).

Egenvårdsprocessen kan ses som delad i två delar. Den första delen är ett skede av undersökning, övervägande, medvetande och beslutsfattande som hjälper kvinnan till utförande av egenvård. Det andra skedet handlar om att vidta åtgärder och utvärdera resultatet av utförda egenvårdsaktiviteter. Sjukskötarens roll i processen är att se det personliga och unika hos varje kvinna, omsorgsfullt fastställa stegen i egenvårdsprocessen och att erbjuda lämplig rådgivning, utbildning och uppmuntran för att främja hälsa hos medelålders kvinnor. (Arpanantikul 2006, s. 905-906).

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem definierar (enligt Björvell & Insulander 2008, s.94) egenvård som ”det vuxna, friska personer utan andras inblandning gör för att sköta sin hälsa och klara av sina personliga behov i den miljö där de lever sitt dagliga liv”. Orem ser egenvårdsbehoven som mångdimensionella och enligt henne ger en medveten egenvård ”en förutsättning för bevarad hälsa, strukturerad livssituation, personlig integritet och utveckling”.

Egenvården antas påverkas av fyra olika faktorer; hälsa, coping-resurser, symtom och vårdfilosofi. Med hälsa menas den enskilda personens värdering av sin hälsa eller välbefinnande. Coping-resurser utgår från begreppen förståelse, åtgärder och motivation som resurser för att hantera stress. Symtom tolkas i detta sammanhang som patientens upplevelser av olika dimensioner i sin sjukdom, som t.ex. smärta eller oro, men även som bristande kunskap om sjukdomen, t.ex. orsak eller behandlingar. Den sista faktorn vårdfilosofi handlar om vårdpersonalens organisation och ställningstaganden som har betydelse för patienten, t.ex. patientutbildning och information. Egenvårdsförmågan ses som den bindande länken mellan dessa fyra faktorer och empowerment. (Björvell & Insulander 2008, s. 106-107).

7.4 Empowerment

Baski et al menar (enligt Björvell och Insularnder 2008, s. 91) att patienter blir empowererade när de har den kunskap, de färdigheter, de attityder och den självmedvetenhet som behövs för att påverka både sitt eget och andras beteende för att förbättra livskvaliteten.

Begreppet empowerment kan förtydligas med synonymer som bemyndigande, patientkraft, egenmakt, bekräftelse eller delaktighet (Björvell & Insulander 2008, s. 91). Begreppet kan också förklaras som hjälp till självhjälp. Empowerment är en grundläggande förutsättning för bestående beteendeförändringar. Det är ett sätt att väcka medvetenhet och förstärka den egna möjligheten att påverka. Genom att främja delaktigheten blir empowerment både en process och ett mål med processen. (Kostenius & Lindqvist 2006, s. 78-79).

Hjälp till självhjälp är en pedagogisk strategi där syftet är att stöda människor till självständiga beslut genom aktivering av deras egna resurser. Utmaningen är att hitta personer där de befinner sig och stöda dem i att fatta självständiga beslut utan att ta över och presentera färdiga problemlösningar. (Gedda 2003, s. 99) Empowerment grundar sig på att alla människor är lika värda och att de är kapabla att styra över sina egna liv. Strategier som leder till ökad empowerment är viktiga inom allt hälsofrämjande arbete, både för individer och organisationer. (Kosteniuts & Lindqvist 2006, s. 81-82).

Information och förmåga att använda informationen för att åstadkomma en förändring spelar en avgörande roll för empowerment. De så kallade IEC-strategin, bestående av information (information), undervisning (education) och kommunikation (communication), är en allmänt accepterad uppsättning strategier för inläring som gör det möjligt för människor att fatta beslut om sin egen hälsa. I dessa strategier ingår bland annat delarna patient/klientinformation och interpersonlig kommunikation i form av personliga samtal, gruppdiskussioner, lokala möten eller rådgivning. Strategierna syftar till att främja hälsa eller förebygga sjukdom. Stadierna i undervisning inriktad på empowerment består av att skapa medvetenhet, öka kunskap, förändra attityder och motivera människor till att förändra, bibehålla eller införa ett nytt beteende. (Naidoo & Willis 2004, s. 219 & 221).

8 Utvecklande av informationskort

För att kunna göra medvetna val, delta i beslutsfattande om den egna hälsan och ta ansvar för sitt eget välbefinnande behöver människan korrekt, balanserad och omfattande information. Skriftliga pedagogiska material är en viktig del av de strategier som personal inom vården använder för att undervisa men för att dessa skall vara effektiva är det viktigt att noga tänka över innehåll och design samt informationsbehov och läskunnighet hos målgruppen. Sammanfattningsvis kan man säga att innehållet i ett skriftligt material bör vara klart, kortfattat och enkelt samt att layouten bör vara strukturerad och läsvänlig. Genom att följa dessa riktlinjer ges människorna den bästa tillgängliga evidensbaserade informationen på det mest lämpliga sätt och detta bidrar till att öka delaktigheten i och kvaliteten på vården. (Griffin et al 2003, s. 176).

Mc Donald et al (2006, s. 222) konstaterar i sin studie att kvinnor lär sig nya och viktiga symtom på hjärtinfarkt genom att läsa en kort och informativ broschyr. Att öka igenkännandet av symtom på hjärtinfarkt är avgörande för att minska komplikationer och dödsfall orsakade av hjärtinfarkt. Hälsovårdspersonalen borde undervisa kvinnorna i att känna igen symtom på hjärtinfarkt och då betona de oklara symtomens natur.

8.1 Utformning av skriftligt informationsmaterial

För att kunna fatta välgrundade beslut om sin hälsa och aktivt delta i vården behöver människan information av hög kvalitet. Genom att undervisa i ett ämne kan vårdpersonal förse människor med information och färdigheter som behövs för att kunna delta i beslutfattande. En metod för det är att använda sig av skriftliga informationsmaterial men för att dessa skall vara effektiva bör man lägga stor vikt vid materialets läsbarhet och övergripande design. (Griffin, McKenna & Tooth 2003, s. 170).

Då man uppdaterar befintliga eller utformar nya skriftliga material måste man ta hänsyn till en rad olika faktorer. Även om läsbarheten är väldigt viktig finns det många andra faktorer som påverkar helheten. Tammy Hoffmann och Linda Worrall har genom en litteraturstudie av tidigare publicerade artiklar om ämnet skapat rekommendationer och riktlinjer om utformning av skriftligt informationsmaterial inom vården. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1166 & 1172).

Då det gäller innehåll är det viktigt att tydligt ange syftet med materialet och ge information som är beteendeorienterad. Enligt teorier om vuxenundervisning är människan intresserad av material som hjälper henne lösa problem eller förbättrar välbefinnandet. Innehållet skall vara adekvat, uppdaterat och evidensbaserat samt ha lämpliga källhänvisningar. Författarens/författarnas namn och publiceringsdatum skall också finnas på materialet eftersom det kan öka informationens pålitlighet. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1167).

Ett skriftligt material skall vara begripligt för personer med många olika nivåer av läskunnighet. Därför rekommenderas det att språket är så enkelt som det är möjligt utan att informationen blir inkorrekt. Med läsbarhet menas den lätthet med vilken ett material kan läsas. Ju bättre läsbarheten är desto snabbare kan texten läsas och desto större är då sannolikheten att den kommer att läsas och att läsarna sedan kan svara på frågor om ämnet. I fall där man inte vet målgruppens läskunnighet rekommenderas det att man använder ett språk som motsvarar femte- till sjätteklassisters läskunnighet, vilket passar för de flesta sorters hälsovårdsmaterial. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1167-1168).

Vidare rekommenderas att man använder korta meningar och endast presenterar en idé per mening. Flere fraser i en mening bör undvikas eftersom det fördröjer läsningen och på så sätt minskar förståelsen. Även orden i meningarna bör vara korta. Om det är möjligt bör de inte bestå av mer än en till två stavelser. Vanliga ord bör användas och slangord samt förkortningar undvikas. Om det är nödvändigt att använda fackord eller medicinska termer är det viktigt att dessa förklaras. Det är bra att skriva texten med en aktiv röst och i samtalsform eftersom det gör texten intressantare och lättare att läsa. Att använda "Du" i texten gör den personlig och kan bidra till att få läsaren engagerad. Det har även visat sig att ny information är lättare att förstå om det presenteras efter ett sammanhang, t.ex. för att minska risken för något (sammanhang), bör du göra detta (nytt). Till sist kan ännu nämnas att allt språk som kan uppfattas som nedlåtande eller dömande bör undvikas. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1168).

Hur informationsmaterial är upplagt spelar en stor roll för hur läsaren tar det till sig, förstår det och kommer ihåg det. Den information som räknas som mest intressant eller användbar för patienten skall komma först. Det är bra att använda underrubriker som speglar de viktigaste punkterna i materialet eftersom läsarna vill hitta svar på sina frågor snabbt och enkelt. Om det är möjligt är det bra att använda sig av punktlister med korta punkter, grupperade enligt ämne med en beskrivande rubrik och högst fem punkter per grupp. Det

har konstaterats att punktlister är mer effektiva än löpande text då det gäller att fånga läsarens uppmärksamhet eller hjälpa läsaren att följa direktiv och det har även visat sig att punktlister är lättare att förstå och komma ihåg. Eftersom läsarna ofta läser endast rubriker, underrubriker och speciellt betonad information, t.ex. punktlister, borde materialet vara upplagt så att läsaren via dessa kan få den viktigaste informationen. En sammanfattning av huvudpunkterna i slutet av materialet eller efter varje större del rekommenderas eftersom det betonar de viktigaste punkterna och hjälper läsaren att komma ihåg dem. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1168-1169).

Texten i ett skriftligt material blir mera tilltalande för läsaren om den är omgiven av ett vitt område, mellanrummet mellan textraderna är minst 2,5 mm och de olika delarna eller avsnitten är klart avskiljda från varandra. Textens bredd rekommenderas vara allt från 30-70 tecken. Versaler och kursiv stil bör undvikas i texten eftersom det påverkar läshastigheten och förståelsen negativt och det är bättre att använda siffror istället för att skriva ut tal med bokstäver. Användning av fet stil rekommenderas i rubriker eller om man vill betona något men skall ändå användas sparsamt eftersom det påverkar läsningen. En teckenstorlek som är mindre än 12 pt rekommenderas inte och man bör helst använda högst fem olika teckenstorlekar och stilar på en sida för att inte ge ett rörigt intryck. Det är viktigt med en god kontrast mellan den tryckta texten och bakgrunden varför det bästa är att använda en mörk text, som svart, mot en ljus bakgrund. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1168-1169).

Illustrationer skall endast användas om de förbättrar förståelsen av viktig information. Om illustrationer används på fel sätt kan de istället distrahera läsarens uppmärksamhet bort från texten. Dock har det visat sig att illustrationer indirekt kan göra materialet mer intressant och därmed öka sannolikheten för att det kommer att läsas. Om man använder sig av bilder är det viktigt att de kan förstås av läsaren, att de placeras när den text de hör ihop med samt att de har en beskrivande bildtext. Detaljer och bakgrunder som inte har någon betydelse för budskapet är ofta endast distraherande. Symboler och abstrakta bilder bör undvikas eftersom de ofta leder till missförstånd. Med tanke på materialets pärmsida är det viktigt att den är vänlig, tilltalande, väcker uppmärksamhet och har en tydlig rubrik som klargör syftet. (Hoffmann & Worrall 2004, s. 1169-1170).

8.2 Utformningen av mitt informationskort

I den första kontakten med Hjärtområdet framkom att de önskar sig material som t.ex. ett informationskort om symtom på hjärtinfarkt eller symtomfri hjärtinfarkt, hur man kan känna igen en infarkt, om det är skäl att misstänka det och ett annat kort kunde ge information om hur man skall agera då man misstänker symtom på hjärtinfarkt. Under arbetet med den teoretiska delen av mitt arbete formades det ändå en idé om endast ett kort i mitt huvud och jag har valt att hålla fast vid den idén.

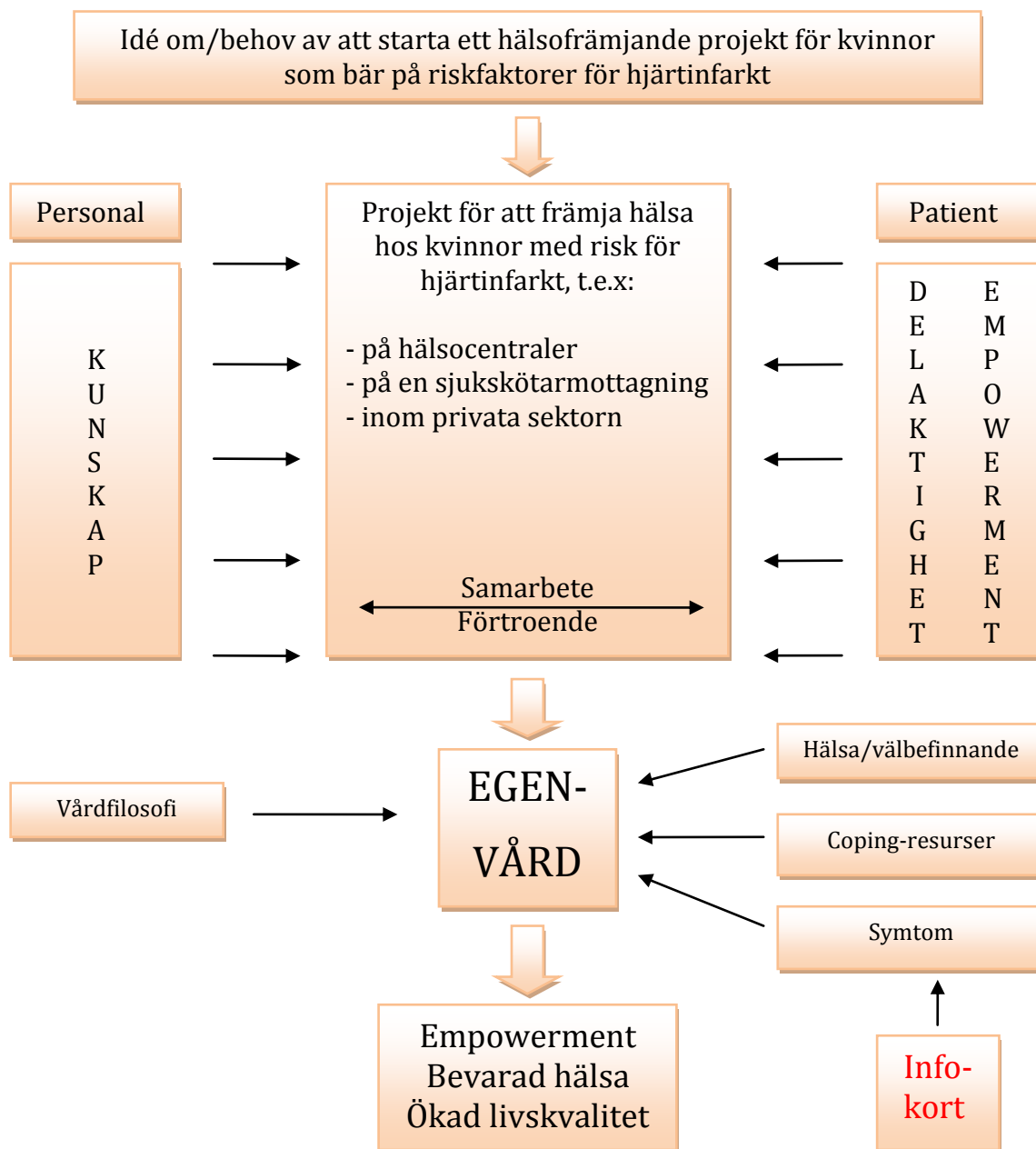
Utvecklingsprocessen för mitt informationskort (se bilaga 1) började med att jag sökte material om hur man utformar skriftligt informationsmaterial. Jag plockade sedan ut från mitt teoretiska material det jag ansåg att var det viktigaste och det som borde finnas med i kortet. Jag valde att dela in materialet i tre olika kolumner; vanliga symtom vid hjärtinfarkt, diffusa symtom vid hjärtinfarkt och vad man skall göra då man misstänker symtom från hjärtat. Utöver det valde jag att ta med några tankeväckande kommentarer.

Jag började sedan skissa upp kortet enligt den teorin jag skrivit om utformande av informationsmaterial och jag har genomgående följt dessa rekommendationer i utvecklandet av mitt kort. Jag valde den röda färgen därför att jag anser att den är hjärtats färg och den är även en färg som syns och drar uppmärksamhet till sig. Färgen röd anses i den finska kulturen vara en aktiv, påkommande och spännande färg (Lammi 2008, s. 42), vilket överensstämmer bra med min produkts syfte. Jag gjorde en prototyp av kortet som jag presenterade på arbetsseminariet och den respons jag fick där var genomgående positiv. Det som några lyfte fram att jag ännu kunde göra var att inkludera hjärtsymbolen på kortet vilket jag har gjort genom att sätta ett enkelt men i mina ögon estetiskt hjärta på framsidan.

9 Utvecklande av verksamhetsmodell för hälsofrämjande arbete

En person som arbetar med hälsofrämjande arbete, t.ex. handledande sjukskötare, kan ha stor nytta av ett grundkoncept. Konceptet kan bestå av en struktur som visar huvudfrågor och hur dessa förhåller sig till varandra. Modellen bör vila på en värdemässig grund som varje handledare själv bör reflektera kring, t.ex. sitt eget förhållningssätt i olika frågor. Som handledare behöver man även någon form av teoretisk bas om frågor som t.ex. förändringsarbete, kommunikation och motivation. Med en god struktur och teoretisk bas på en generell nivå handlar det sedan om att kunna tillämpa det för att praktiskt genomföra handledningsarbetet. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 173).

Jag har på basen av mina litteraturstudier utvecklat följande verksamhetsmodell för hälso- och sjukvårdspersonal som jobbar med hälsofrämjande arbete tillsammans med kvinnor som bär på riskfaktorer för hjärtinfarkt.



Figur 1. Verksamhetsmodell för hälsofrämjande arbete

En arbetsprocess startar alltid med en idé från någon eller någons behov. I detta skede är det den som skall leda processarbetet, t.ex. sjukskötaren, som formulerar syftet med projektet som i relation till mitt arbete kunde vara att ge kvinnor kunskap, färdigheter och möjligheter att förbättra sitt livsstilsbeteende. Vidare identifierar sjukskötaren potentiella deltagare, marknadsför projektet, värvar medlemmar och förankrar projektet.

Själva arbetsprocessen innehåller de olika stegen nulägesanalys, formulering av önskat läge och mål, uppgörande av handlings- och tidsplan, organisering, genomförande och utvärdering. I alla dessa skeden står sjukskötaren för sakkunskapen och patienten är i alla skeden delaktig. Ansvar för genomförandet ligger hos patienten men sjukskötaren skall finnas där som stöd, visa på möjligheter och erbjuda patienten rådgivning, utbildning och uppmuntran. Förutsättningarna för en lyckad process är samarbetet, respekt, förtroende och positivitet mellan sjukskötaren och patienten. Processen innebär att patienten och sjukskötaren jobbar tillsammans för att uppnå positiva livsstilsförändringar.

Under processen blir patienten empowererad då hon får den kunskap, de färdigheter, de attityder och den självmedvetenhet som behövs för att påverka sitt livsstilsbeteende. Empowerment är ett sätt att väcka medvetenhet och förstärka delaktighet och genom att främja delaktighet blir empowerment både en process och ett mål med processen.

Sjukskötaren behöver i denna process ha kunskap om strategier för ökad empowerment, processarbete som metod, effektiva handlingsformer, om livsstilsrådgivning, könssensitivitet, individuell hälsa, egenvård, motiverande och uppmuntrande arbete samt kunskap om faktorer som höjer självkänslan. Sjukskötaren skall ha de färdigheter som krävs för att vara en god handledare, motiverare och uppmuntrare.

De fyra faktorerna som påverkar egenvårdsförmågan (se kap. 7.3) är en persons värdering av sin hälsa eller välbefinnande, Coping-resurser (förståelse, åtgärder och motivation som resurser för att hantera stress), symtom (patientens upplevelser som t.ex. smärta eller oro, eller bristande kunskap om sjukdom, t.ex. orsak eller behandling) och vårdfilosofi (vårdpersonalens organisation och ställningstaganden som har betydelse för patienten, t.ex. patientutbildning och information). Jag har valt att placera mitt informationskort vid symtom eftersom syftet med det är att ge kunskap om symtom på hjärtinfarkt, betydelsen av snabbt agerande, tidigt insatt vård och användning av ambulans och på så sätt skapa färdigheter för kvinnorna att klara av sådana situationer. Min tanke är att kortet kunde delas ut i samband med en träff inom projektet och samtidigt diskuteras tillsammans med vårdpersonalen.

Egenvård är målet med hela arbetsprocessen. Egenvård leder till empowerment, bevarad hälsa som en resurs i vardagen och ökad livskvalitet, vilket är det man inom hälsofrämjande arbete strävar efter.

10 Utvärdering av informationskort och verksamhetsmodell samt utvecklingsidéer

På grund av tidbrist kommer jag inte att hinna testa informationskortet. Den ursprungliga planen var att dela ut kortet på Hjärtdistriktets kurser för personer som insjuknat i hjärtinfarkt och fråga dem om de tror att kortet kunde ha varit till hjälp för dem då de fick sin infarkt. Jag hade även hoppats att här kunna presentera beställarens feedback på informationskortet men jag har tyvärr inte fått någon feedback. Verksamhetsmodellen kunde utvärderas genom att låta personer som jobbar på t.ex. hälsocentraler eller rådgivningar använda sig av den i det hälsofrämjande arbetet och sedan låta dem värdera om modellen varit till hjälp för dem eller inte samt vad som skulle behövas vidare.

På basen av dessa utvärderingar kunde min produkt och verksamhetsmodell sedan vid behov utvecklas vidare. De utvecklingsidéer som jag själv redan i detta skede har är att man kunde utbilda personal som jobbar med hälsofrämjande arbete i de olika områden som jag i min modell diskuterat att personalen behöver ha kunskap i. Jag vet inte vilket behovet är men det kunde undersökas vad personalen själv tycker att de har bristande kunskap i och vad de behöver mera utbildning i. På basen av det skulle man sedan kunna skapa handlednings- och fortbildningstillfällen för personalen. En annan idé om fortsättning är att man kunde utveckla ett likande kort för symtom på stroke där det också är av betydande vikt att snabbt komma till vård.

11 Avslutande diskussion

Då arbetsprocessen körde igång hösten 2010 hade jag ingen aning om vad jag ville skriva om och vad mitt arbete skulle handla om. Genast då jag fick min arbetsrubrik och min beställare satte dock processen igång och jag började söka litteratur kring ämnet. I början av januari hade vi en träff med Hjärtdistriktet och sedan satte jag igång på allvar med litteratursökningen och att skriva teorin kring hjärtinfarkt.

Under våren 2011 jobbade jag mycket med arbetet och i början av april var det dags för arbetsseminarium. Jag hade då skrivit all teori om hjärtinfarkt och hade en prototyp av informationskortet klar. Veckan innan hade vi haft individuell handledning där jag fått klart för mig att jag måste skriva en till del om hälsofrämjande arbete och tyvärr hann jag inte få med detta till arbetsseminariet. Resten av våren skrev jag delen om hälsofrämjande arbete och tog på basen av det fram min verksamhetsmodell. Då jag i maj tog sommarpaus

från arbetet upplevde jag att jag var i princip färdig med det. Under hösten har jag sedan skrivit den avslutande diskussionen, sammandragen samt finslipat hela arbetet.

De faktorer som påverkat arbetsprocessen har främst varit min egen motivation, individuella handledningar samt diskussioner med andra projektdeltagare. Min egen motivation har pendlat ganska rejält under processens gång. I början av processen var jag glad över att ha hittat ett ämne att skriva om som intresserar mig och det gav mig energi att sätta igång. Jag var dock medveten om att jag sällan har tålamod att hålla på med någonting länge så jag visste att jag borde göra så mycket som möjligt medan motivationen höll. Under resten av processen har motivationen stadigt sjunkit med några små stigningar efter handledningar eller diskussioner med andra från projektgruppen då man igen fått lite hjälp att komma vidare. Jag hade som mål att ha hela arbetet klart till sommaren och lyckades nästan med det. Trots att jag hade ganska lite kvar att skriva under hösten har det ändå varit svårt att hitta motivationen till det efter att inte ha sett på arbetet under hela sommaren.

Jag har i min litteratursökning använt mig av de vårdvetenskapliga databaserna EBSCO, Cinahl och SveMed+ eftersom de är tillgängliga inom Novia. Jag har även sökt på Google och Terveysportti. Som sökord har jag använt hjärtinfarkt, kvinnor, hälsofrämjande, heart, myocardial infarction, health promotion, health education, patient education, women och empowerment i olika kombinationer. På EBSCO och Cinahl har jag begränsat mina sökningar till artiklar publicerade efter 2005 samt artiklar tillgängliga i fulltext. På skolans bibliotek och på Ekenäs stadsbibliotek har jag hittat de böcker jag använt.

Jag anser att den litteratur jag använt mig av varit relevant för arbetet. Jag har hittat ny litteratur och jag har så långt det varit möjligt använt mig av nordiska forskningar och forskningar från länder med liknande förhållanden som Finland. Jag har i mitt arbete varit noga med att återge litteraturen korrekt. Jag har endast använt mig av sekundärkälla då det varit omöjligt att få tag på originalet. Jag upplever att jag fått fram ny, relevant och pålitlig litteratur som grund för mitt arbete.

Syftet med mitt arbete var att skapa ett resursförstärkande informationsmaterial för att få kvinnor att uppmärksamma symtom från hjärtat och snabbt söka sig till vård samt att utveckla en modell för hälsofrämjande arbete i relation till hjärtinfarkt och kvinnor. Jag upplever att jag uppnått mitt syfte genom att skapa informationskortet om symtomen på hjärtinfarkt samt verksamhetsmodellen för hälsofrämjande arbete.

Frågeställningarna för arbetet var hur kan man få kvinnor att inse vilka symtomen på hjärtinfarkt är och vikten av att söka sig till vård samt hur man som vårdpersonal på ett effektivt sätt kan bygga upp arbetet med att främja hälsa i relation till kvinnor och hjärtinfarkt. Jag tycker att mitt arbete svarar på dessa frågor genom de forskningar jag hittat, genom teoridelen samt genom den tillämpade delen med informationskortet och verksamhetsmodellen. Den tillämpade delen med kortet och verksamhetsmodell speglar helt och hållet innehållet i teoridelen. Informationskortet är gjort på ett enkelt sätt och layouten kunde säkert förbättras av någon med kunskaper i grafisk formgivning. Innehållsmässigt anser jag dock att kortet tar upp det väsentliga och gör det på ett förståeligt och lättläst sätt. Jag tycker att jag efter många försök lyckades med att göra verksamhetsmodellen överskådlig och förståelig. Detta behöver dock inte alls betyda att någon utomstående tycker detsamma men jag har försökt förklara de olika delarna i text så att även utomstående skall kunna förstå den. Eftersom mitt arbete är beställt av Hjärtområdet skulle det givetvis ha passat bra att ha dem med i modellen men eftersom de endast jobbar direkt med personer som redan har en hjärtdiagnos, och både informationskortet och verksamhetsmodellen gäller personer som inte har det, var det omöjligt.

Den ursprungliga beställningen från Egentliga Finlands hjärtområde var informationsmaterial till hälsocentraler och rådgivningar angående oklara symtom från hjärtat samt hur man skall agera vid en hjärtinfarkt. De påpekade att de inte ville ha material om förebyggande vård eftersom de redan har så mycket om det, men under handledningen framkom att jag för att uppnå projektets målsättningar även bör ha med hälsofrämjande arbete. Detta ledde till att det har känts lite som att jobba med två skilda saker och eftersom min beställare inte jobbar med hälsofrämjande arbete före en hjärtdiagnos har det varit svårt att koppla ihop de två delarna och jag har trots försök inte riktigt lyckats med det. Jag är medveten om att arbetet kan uppfattas som delat i två olika delar.

Enligt Liss (2001, s. 108) kan man tillämpa en etisk plattform bestående av fyra olika principer. *Autonomi-principen* innebär att alla människor har självbestämmanderätt, vilket bör respekteras. Det innebär att inte blanda sig i en persons beslut utan underlätta självständiga beslut. Den andra principen *att icke skada* innebär en skyldighet att inte skada andra. Med skada menas då nedsatt funktionsförmåga, sänkt välbefinnande eller integritetsintrång. *Göra-gott-principen* menar en skyldighet att förebygga och minska skada. Om detta även innebär skyldighet att främja det goda hos dem som redan har det bra

är dock omtvistat. Med den sista principen *rättvisa* menas att vi bör uppträda rättvist mot andra personer, t.ex. en fördelning av något enligt behov.

Mitt arbete strävar uttryckligen efter att underlätta självständiga beslut för kvinnorna i min målgrupp så autonomiprincipen kommer klart fram. Eftersom meningen med hela mitt arbete är att stärka funktionsförmåga och egenvård följer det även klart principen att inte skada. Göra gott principen följs också eftersom jag hoppas att mitt arbete kan påverka förebyggandet av skador på ett positivt sätt. Det *rättvisa* i att endast tillägna arbetet kvinnor kan man ju fundera över men eftersom det finns ett uttalat behov för just kvinnorna så är det enligt mig en rättvis fördelning att inrikta mig på dem i detta arbete.

Med *fabricering* menas att forskaren hittar på sina resultat och framställer dem som riktiga medan *förvanskning* betyder att resultat manipuleras (Hermerén 2011, s. 107). I mitt arbete förekommer inga fabrikationer eller förvanskningar av resultat. Jag har använt mig av pålitliga källor och återgett dem korrekt. De egna åsikter som framkommer i arbetet är klart betonade som mina egna tankar. Plagiat förekommer inte heller i mitt arbete. Med plagiat menas att någon framställer textavsnitt, idéer, data, resultat etc. så att de framstår som personens egna (Hermerén 2011, s.108).

Undervisningsministeriet (2006) fastslår att sjukskötarens yrkeskompetens består av tio olika kunskapsområden. Dessa är etiskt handlande, hälsofrämjande arbete, beslutsfattande inom vården, handledning och undervisning, samarbete, forsknings- och utvecklingsarbete samt förvaltning, mångkulturellt vårdarbete, samhällelig verksamhet, kliniskt vårdarbete och läkemedelsbehandling.

Av de tio sjukskötarcompetenserna anser jag att jag med mitt arbete utvecklat mina handlednings- och undervisningskunskaper genom att skriva om hur man skall få kvinnor att ta ansvar för sina symtom, agera då de uppträder och komma till vård i tid. Mina undersöknings- och utvecklingskunskaper har utvecklats genom hela processen i att samla material, bearbeta det samt på basen av det utveckla informationskortet och verksamhetsmodellen. Då det gäller mina kunskaper kring hälsofrämjande arbete har de teoretiska kunskaperna ökat genom delen om hälsofrämjande arbete och utvecklandet av verksamhetsmodellen. Genom den teoretiska grunden till kortet har jag ökat mina kliniska kunskaper kring hjärtinfarkt, symtom och vård markant eftersom det varit det som intresserat mig mest.

Källförteckning

Albarran, J.W., Clarke, B.A. & Crawford, J. (2007) 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1292-1301

Arpanantikul, M. (2006) Self-Care Process as Experienced by Middle-Aged Thai Women. *Health Care for Women International*, 27, 893-907

Berglund, U. (2008) *Ballongvidgning av kranskärl*.
<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Ballongvidgning-av-kranskarl/> (Hämtat 8.2 2011)

Björvell, H. & Insulander, L. (2008) Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. Ingår i: Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur

Croghan, E. (2005) An introduction to behavior change among clients. *Nursing Standard*, 19, 30, 60-62

Egentliga Finlands Hjärtdistrikt (u.å) *Kuntouttaa, tukee, palvelee, valistaa*.
<http://www.sydanliitto.fi/web/varsinais-suomen-sydanpiiri/etusivu> (Hämtat 13.4 2011)

Eriksson, K. M., Westborg, C-J & Eliasson, M. C. E. (2006) A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors The Björknäs study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 453-461

Gedda, B. (2003) Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. Ingår i: Pilhammar Andersson, E. (red.) *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur

Griffin, J., McKenna, K. & Tooth, L. (2003) Written health education materials: Making them more effective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 170-177

Gucciardi, E., Cameron, J. I., Di Liao, C., Palmer, A. & Stewart, D. E. (2007) Program design features that can improve participation in health education interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 47 (7)

Henriksson, C., Leo-Swenne, C. & Lindahl, B. (2008) Faktorer som påverkar beslutet att söka sjukvård vid symtom på akut hjärtinfarkt. *Vård i Norden*, 28 (1), 4-7

Hermerén, G. (2011) *God forskningssed*. Vetenskapsrådet
<http://www.vr.se/download/18.37fda2bc131b1093f688000926/God+forsknings+2011.1.pdf> (Hämtat: 21.9 2011)

Hoffmann, T. & Worrall, L. (2004) Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disability and rehabilitation*, 26 (19), 1166-1173

Institutet för hälsa och välfärd (2009) *Tilastotietokanta*.
<http://www3.ktl.fi/stat/> (Hämtat 9.2 2011)

- Kauppinen, A. & Poikonen, N. (2010) *ST-nousuinfarktipotilaan akuuttihoito*. Sairaanhoidajan käsikirja
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sydäninfarkti (Hämtat 16.1 2011)
- Kettunen, R. (2008a) Sydäninfarktin aiheuttamat vauriot ja toipuminen. Ingår i: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka., H. & Yli-Mäyry, S. (red.) *Sydänsairaudet*. Helsingfors: Duodecim
- Kettunen, R. (2008b) Äkillinen sydänperäinen rintakipu. Ingår i: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka., H. & Yli-Mäyry, S. (red.) *Sydänsairaudet*. Helsingfors: Duodecim
- Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006) *Hälsovägledning – från ord och tanke till handling*. Lund: Studnetlitteratur
- Lammi, O. (2008) *Kortit, kirjat & lehdet – Tee julkaisuja Wordilla*. Jyväskylä: WSOY
- Liss, P-E. (2001) Den goda avsiktens gränser – Etiska konflikter i hälsofrämjande verksamhet. Ingår i: Svederberg, E., Svensson, L. & Kindeberg, T. (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Løvlien, M. (2001) Blir kvinnors hjerter tatt på alvor. *Vård i Norden*, 21 (1), 15–19
- Mannonen, P., Penttilä, U-R. & Rajala, A-L. (2006) *Naisen oma sydän*. Helsingfors: Tammi
- McDonald, D., Goncalves, P., Almarino, V., Krajewski, A., Cervera, P., Kaeser, D., Lillvik, C., Sajkowicz, T. & Moose, P. (2006) Assisting Women to Learn Myocardial Infarction Symptoms. *Public Health Nursing*, 23 (3), 216–223
- Mustajoki, P. (2010) *Sydäninfarkti*. Lääkärikirja Duodecim
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sydäninfarkti (Hämtat 16.1 2011)
- Naidoo, J. & Willis, J. (2004) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur
- Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. (2006) *Terveysten edistämisen toimintamallit*. Terveysten edistämisen keskus
http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2006/2006_002.pdf (Hämtat 30.3 2011)
- Schenck-Gustafsson, K. (2008) *Det brustna kvinnohjärtat*. Stockholm: Prisma
- Shirato, S. & Swan, B. A. (2010) Women and Cardiovascular Disease: An Evidentiary Review. *MEDSURG Nursing*, 19, (5), 282-286
- Signäs, G. (2010) *Hjärtinfarkt*. Stockholms läns landsting
<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Hjartinfarkt/> (Hämtat 8.2 2011)
- Smith-DiJulio, K. & Anderson, D. (2009) Sustainability of a Multimodal Intervention to Promote Lifestyle Factors Associated With the Prevention of Cardiovascular Disease in Midlife Australian Women: A 5-year Follow-Up. *Health Care for Women International*, 30, 1111-1130

Swahn, E. (2010) *Hjärtinfarkt*.

<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hjartinfarkt/> (Hämtat 6.2 2011)

Undervisningsministeriet (2006) *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon*.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
(Hämtat 13.5 2011)

Vaartio-Rajalin, H. (2010) *Projektbeskrivning 2010-2011*. Yrkeshögskolan Novia, avdelningen för vård och det sociala området.

https://intra.novia.fi/images/stories/campus_abo/sociala_omrdet/projektbeskrivning_tag_2010-2011.pdf (Hämtat 30.3 2011)

Wernersson Lindgren, S. (2008) *Hjärtinfarkt – en temaskrift från Hjärt-lungfonden*.

Stockholm: Hjärt-lungfonden

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008) *Hälsa & hälsopromotion – Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker