

Vård och välbefinnande

Kyllikki Anttila • Tuulikki Kaila-Mattila • Suvi Kan
Eeva-Liisa Puska • Riitta Vihunen



UTBILDNINGSTYRELSEN

Förord

Målen för social- och hälsovården är på samhällsplånet att främja individers, grupper och hela folkets hälsa, funktionsförmåga och trygghet, att förebygga sjukdomar samt att främja välbefinnande och utkomst, att förebygga sociala problem samt att ge befolkningsgrupper med behov av särskilt stöd ökade möjligheter att delta och fungera självständigt. Det är social- och hälsovårdspersonalens uppgift att säkerställa utkomst och social service, att stöda familjer i deras fostrargärning, att erbjuda hälsovård som främjar hälsa och som förebygger sjukdomar samt sjukvård och rehabilitering. Personalen inom social- och hälsovårdssektorn arbetar självständigt som medlemmar av multiprofessionella arbetsgrupper i samarbete med sina klienter och med olika sociala nätverk.

Av personer som arbetar inom social- hälsovårdsbranschen förutsätts en vidsynt människoupfattning och samhällssyn. Arbetets utgångspunkt har förskjutits från yrkescentrering mot klientcentrering. I stället för att bara koncentrera sig på klientens problem försöker man utnyttja klientens starka sidor och möjligheter. Allt detta ställer nya krav på social- och hälsovårdsutbildningen. Den yrkesinriktade utbildningens struktur och examina har reformerats med början från hösten 1995. Utbildningsyrket för närvårdare har ersatt de tidigare utbildningsyrkena på skolnivå inom social- och hälsovårdsbranschen. De nyaste läroplanerna för utbildningen på det andra stadiet togs i bruk den 1 augusti år 1999.

Sådana människorelationsfärdigheter som behövs för att ge god service och förmåga att interagera med olika människor i olika åldrar är viktiga färdigheter för närvårdare. Arbetet som närvårdare förutsätter praktisk förmåga att hjälpa, handleda, stöda och aktivera människor och deras anhöriga i deras dagliga aktiviteter. Förmåga att upptäcka hjälpbehov, problemlösningsförmåga, förmåga att ta etiskt godtagbara beslut, pålitlighet, ansvarskänsla samt medvetenhet om de egna gränserna är viktiga egenskaper i det praktiska arbetet. Närvårdarens arbete består av sådan stödverksamhet, handledning, vård och omvårdnad samt rehabilitering som stöder människans egen aktivitet, främjar hälsa och sociala relationer samt som förebygger sociala och hälsorelaterade problem. Då man arbetar för att främja hälsa och välbefinnande är det väsentligt att man ser sambanden mellan människa och miljö. De studerande ger prov på sitt kunnande som närvårdare i fristående yrkesprov som anordnas i samarbete med arbets- och näringslivet.

Syftet med den femte förnyade upplagan av föreliggande lärobok är att förmedla praktiska färdigheter till studerande för närvårdaryrket så att de med vårdarbetsmetoder kan hjälpa, stöda och aktivera människor och deras närmaste i deras dagliga funktioner. Praktiska färdigheter är mycket viktiga i närvårdaryrket. Färdigheterna kan ytterligare utvecklas genom att kombinera olika teorier och tillämpa dem på vården av människor samt genom att öva upp olika manuella färdigheter, interaktionsförmågan och problemlösningsförmågan. I den första delen av boken beskriver vi olika arbetsmiljöer inom social- och hälsovårdssektorn. Vi definierar också inledningsvis olika grundbegrepp inom vården och introducerar det teoretiska kunskapsunderlaget för vårdarbete. Den första delen av boken fungerar som grund för de studerandes tanke- och problemlösningsprocesser då de tillämpar det mer praktiskt inriktade innehållet i de följande kapitlen på patientens eller klientens vård som en helhet. Vi betonar visserligen människans fysiska egenskaper men vi har i samtliga kapitlen behandlat människan som en fysisk, psykisk och social helhet.

Läroboken har skrivits av hälsovårdslärarna Kyllikki Anttila, Tuulikki Kaila-Mattila, Suvi Kan, Eeva-Liisa Puska och Riitta Vihunen. Läraren i samhällsvetenskapliga ämnen Mervi Hirvelä har deltagit i arbetet med det första kapitlet som behandlar hälso- och socialvårdstjänster. Vårt undervisningsarbete har visat att det behövs en lärobok av det här slaget. En stor del av den undervisning som ingår i närvårdarutbildningen har formen av teman som integreras i olika läroämnen och avsikten med vår handbokslika lärobok är att säkerställa att de studerande får de färdigheter de behöver för att tillgodose människans grundbehov med vårdarbetsmetoder i olika miljöer. Den korta presentationen av de teoretiska grunderna för vårdarbete i början av boken hjälper de studerande att placera de efterföljande kapitlen i rätt referensram. Vi har strukturerat kapitlen utgående från Ropers, Logans och Tierneys livsmodell. Modellen hjälper de studerande att mångsidigt beakta de olika funktioner som hör till människolivet och modellen är lätt att tillämpa på de grundläggande arbetsuppgifterna inom social- och hälsovårdsbranschen som ju ingår i närvårdarnas arbetsfält. Vår avsikt har varit att beskriva i synnerhet de vårdarbetsmetoder som närvårdare, i egenskap av sakkunniga medlemmar av multiprofessionella arbetsgrupper, utför i olika verksamhetsenheter inom social- och hälsovårdsbranschen då de hjälper och stöder klienter. Vi har namngivit bokens kapitel fritt

© Utbildningsstyrelsen och Kyllikki Anttila, Tuulikki Kaila-Mattila, Suvi Kan, Eeva-Liisa Puska, samt Riitta Vihunen.

Utbildningsstyrelsen
PB 380
00531 HELSINGFORS
www.oph.fi/svenska/bokhandel

Översättning till svenska: Birgitta Sumelius
Ombrytning och omslag: Elvi Turtiainen
Illustrationer: Picman Oy/Pekka Könönen
Producent: Susanna Björkell
Redaktör för tredje upplagan: Johanna Westman

Originalets titel: Hoitamalla hyvää oloa (Werner Söderström Osakeyhtiö 1996)

ISBN 978-952-13-1897-9

Tredje upplagan, uppdaterad.

Juvenes – Suomen Yliopistopaino
Tammerfors 2016

Villkor för kopiering

Detta verk är en lärobok. Verket är skyddat med stöd av upphovsrättslagen (404/61). Det är förbjudet att ta kopior av detta verk om inte fotokopieringstillstånd anskaffats. Vänligen kontrollera om er läroinrättning har ett gällande fotokopieringstillstånd. Närmare uppgifter om tillstånden och vad de innefattar ges av upphovsrättsföreningen Kopiosto rf, www.kopiosto.fi

Det är absolut förbjudet att på digital väg kopiera eller modifiera verket eller delar av detta verk.

efter livsfunktionerna i Roper–Logan–Tierney -modellen. I boken beskriver vi människans behov, olika faktorer som påverkar behoven, störningstillstånd samt vårdarens verksamhet för att hjälpa. Kapitlens innehåll består i huvudsak av beskrivningar av olika praktiska hjälpmetoder.

De som studerar för närvårdarexamen är bokens främsta målgrupp men den kan också användas för annan utbildning i social- och hälsovård samt av yrkesverksamma vårdare. Vi kallar därför alla yrkesutövare som hjälper klienter eller patienter för vårdare.

Förord till den tredje upplagan

Attityder och språkbruk har förändrats sedan det finska originalet *Hoitamalla hyvää oloa* först utkom 1996. Vi talar numera om *romer*, inte zigenare, om *muslimer*, inte muhammedaner, och om *personer med funktionsnedsättning*, inte handikappade.

Vidare har ordet anstalt fått en dålig klang, likaså ålderdomshem; våra dagars gängse motsvarigheter är *institution* eller *inrättning* och äldreboende. Inför utgivningen av denna tillfälliga upplaga har ovan nämnda ord putsats bort ur den svenska upplagan av 2014. Dessutom har vi infört pronomenet *hen* som konsekvent ersättning för uttrycket ”han eller hon”.

De största avstegen från 2014 års utgåva av *Vård och välbefinnande* har gjorts i kapitel 13, som handlar om människans behov av närhet och sexualiteten. Här har vi infört dels den skillnad mellan *könsidentitet* och

Vi framför ett varmt tack till alla de kolleger som har uppmuntrat oss att skriva boken och som på olika sätt har främjat vårt arbete. Våra familjer och närmaste är också värda ett stort tack för sitt stöd, eftersom boken inte hade blivit till utan det stödet. Vi hoppas att boken motsvarar de mål vi har uppställt och att den är ett användbart hjälpmedel i det grundläggande vårdarbetet.

I Helsingfors den 29 juni år 2001
Författarna

sexualitet som modern genusvetenskap betonar, dels det faktum att det finns människor som inte upplever sig själva som vare sig man eller kvinna. Samtidigt har vi velat komma bort från den traditionella dömande attityden till utomäktenskapliga och samkönade relationer.

Till sin huvudsakliga uppbyggnad följer kapitel 13 (sidorna 306–312) motsvarande avsnitt (kapitel 14, sidorna 347–353) i 2015 års upplaga av *Hoitamalla hyvää oloa*. Underrubrikerna motsvarar alltså inte till alla delar den utgångna svenska upplagan, och inte innehållet heller. Till den del texten avviker från den finska boken stöder den sig på redaktörens intervju med utbildarna Pauleen Mannevaara och Lotta Sjöholm vid Fortbildningscentrum Prakticum.

Utbildningsstyrelsen

Innehåll

Förord	3
1. HÄLSO- OCH SOCIALVÅRDSTJÄNSTER	12
Offentlig service som stöd för människans funktionsförmåga	12
Socialarbete	13
Boendeservice	13
Stöd- och serviceboende	14
Grupphem	14
Familjevård	14
Hemservice	14
Hemvårdshjälp	15
Stödtjänster	15
Serviceformerna inom missbrukarvården	16
A-kliniker, avgiftningsenheter och ungdomsstationer	16
Andra öppenvårdstjänster	17
Service med stöd av lagen om handikappservice	17
Andra stödformer	18
Hälsorådgivning	18
Hälsocentraler	19
Mottagningar	19
Hemsjukvård	19
Tandvård	20
Företagshälsovård	20
Mentalvårdstjänster	21
Äldreboenden	21
Hälsocentralernas sjukhus	22
Specialsjukvård	23
Privat service som stöd för livshanteringen	24
Den tredje sektorn som stöd för livshanteringen	25
Församlingarna som producenter av social- och hälsovårdstjänster	26
Litteratur	35
2. TEORETISKA GRUNDER FÖR VÅRDARBETE	36
Människan	36
Miljön	37
Hälsan	38
Vårdarbete	39
Vårdarbetet styrs av värden	42
Principer i vårdarbetet	43
Individualitet	43
Trygghet	43
Egen aktivitet	44
Helhet	44
Kontinuitet	45
Kulturbundenhet	46
Rättvisa	46
Ansvar	47
Ekonomi	47
Vårdprocessen	48
Vårdprocessen och beslutsprocessen vid planering av vårdarbete	48
Innehållet i en skriftlig vårdplan	49
Definiering av vårdbehov	50

	Planering av vården	51
	Genomförande och utvärdering av vårdarbete	53
	Roper-Logan-Tierney-modellen för vårdarbete	54
	Livsfunktioner	56
	Levnadslopp	57
	Beroende-oberoende	57
	Faktorer som påverkar livsfunktionerna	58
	Livets individualitet	58
	Litteratur	59
3.	INTERAKTIONEN I VÅRDARENS ARBETE	60
	Kommunikation	60
	Nonverbal kommunikation	60
	Verbal kommunikation	61
	Faktorer som påverkar kommunikationen	61
	Kommunikationen i olika åldrar	61
	Andra faktorer som påverkar kommunikationen	62
	Vårdarbete och kommunikation	62
	Multiprofessionellt arbete och kommunikation	63
	Vårdarbetet dokumenteras	63
	Vårdrelationen bygger på fungerande interaktion	65
	Uppkomsten av en vårdrelation	65
	Klientskap och vårdrelation	65
	En bra vårdare lyssnar aktivt	66
	Yttre omständigheter	66
	Vårdarens personlighet och förmåga att lyssna aktivt	66
	Beröring är kommunikation	67
	Problem som påverkar kommunikationen	67
	Syner	67
	Hörseln	68
	Nedsatta hjärnfunktioner eller störningar i nervsystemet	72
	Vårdarbete och olika kulturer	73
	Möten med olika människor	73
	Finland med utländska ögon	74
	Människor från främmande länder som klienter i vårdarbetet	74
	Tortyr och svåra upplevelser	75
	Vård av flyktingar	75
	Hemvårdspersonalen som stöd för utlänningar	76
	Konflikten mellan två kulturer i familjen	76
	Olika kulturer och religioner i vårdarbetet	76
	Judendomen och vårdarbete	77
	Romernas kultur och vårdarbete	77
	Islam och vårdarbete	77
	Litteratur	82
4.	TRYGGHET	83
	Inre trygghet i vården	83
	Yttre trygghet i vården	84
	Smitta hotar tryggheten	85
	Sjukhusinfektion	89
	Aseptik	91
	Vårdarens personliga hygien	91
	Handhygien	92
	Skyddshandskar	95
	Aseptisk arbetsordning	97

	Rengöring, desinfektion och sterilisering	98
	Avfallshantering	102
	Säkerhetsåtgärder och isoleringsklasser	105
	Säkerheten vid läkemedelsbehandlingar	109
	Subkutan injektion	111
	Intramuskulär injektion	116
	Komplikationsrisker vid injektioner	118
	Anafylaktisk chock	118
	Blodprov för snabbtest	120
	Smärta och trygg smärtlindring	122
	Observation av smärtor	123
	Smärtlindring med vårdarbetsmetoder	125
	Smärtlindring med läkemedel	125
	Olycksfall – ett hot mot säkerheten	128
	Fall- och snubblingsolyckor	128
	Brandolyckor	130
	Förgiftningsolyckor	132
	Litteratur	132
5.	ANDNINGEN OCH OBSERVATION AV ANDNINGEN	134
	Människans andningsorgan och andningsorganens funktion	134
	Faktorer som påverkar andningen	135
	Observation av andningen	136
	Andningsfrekvens	136
	Andningens rytm och djup	136
	Andningssätt	137
	Andningsljud	137
	Luftvägarnas exkret	137
	Hudfärg	138
	PEF-mätning	138
	Pulsoximeter	139
	Astrupprov eller blodgasanalys	140
	Vård av patienter med andningssvårigheter	140
	Kroppsställning	141
	Syretillförsel	142
	Avlägsnande av exkret från luftvägarna	143
	Inhalation av ånga	144
	Rengöring av luftvägarna med sugapparat	144
	Tömningsgymnastik	145
	Andningsövningar som vidgar lungorna och gör andningen effektivare	146
	Anläggning av svalgrör	147
	Vård av patienter med trakeostomi	148
	Trakeostomikanyler och kanylernas skötsel	148
	Sugning av luftvägarna	149
	Vården av trakeostomiöppningen och huden däromkring	150
	Kommunikation med trakeostomipatienter	150
	Trakeostomi och levnadsvanor	150
	Tobaksrökning	151
	Rökande patienter, rökande vårdare	151
	Inomhusluften och hälsan	153
	Allergisanering	154
	Litteratur	155
6.	BLODOMLOPPET OCH OBSERVATION AV BLODOMLOPPET	156
	Cirkulationsorganens anatomi och funktion	156

Faktorer som påverkar blodcirkulationsorganens funktion	158
Observation av cirkulationsorganens funktion	158
Patientens subjektiva förnimmelser	158
Hudens färg och temperatur	158
Observation av hjärtats slagfrekvens, pulsen	158
Observation av hjärtats elektriska funktion	159
Elektrokardiografi	160
Observation med hjärtmonitor	161
Blodtrycksmätning	162
Mätinstrument	162
Mätsituationen	163
Mätning med kvicksilvermätare	163
Allmänna funktionsstörningar i cirkulationsorganen	165
Bröstsmärtor	165
Hjärtinfarkt	165
Rytinstörningar	165
Högt blodtryck, hypertoni	165
Lågt blodtryck, hypotoni	166
Bristfällig hjärtfunktion, hjärtinsufficiens	166
Litteratur	167
7. KROPPSTEMPERATUREN OCH OBSERVATION AV KROPPSTEMPERATUREN	168
Värmeregleringen i organismen	168
Faktorer som påverkar kroppstemperaturen	169
Observation av kroppstemperaturen	169
Patientens förnimmelser	169
Mätning av kroppstemperaturen	169
Mätteknik	170
Temperaturmätning i armhålan och i ändtarmen	170
Temperaturmätning med örontermometer	171
Feber och vård av feberpatienter	172
Undertemperatur och vård av patienter med låg kroppstemperatur	173
Litteratur	174
8. SÖMN OCH VILA	175
Vad är sömn?	175
Det fysiologiska sömnregleringssystemet	175
Sömnrytm	176
Sömnens uppgifter	177
Sömnbehov	177
Störningar i balansen mellan sömn och vaka	178
Sömlöshet	179
Trötthet under dagen	179
Kronobiologiska sömnstörningar eller störningar i rytmen sömn-vaka	180
Särskilda sömnstörningar, parasomnia	181
Sömnundersökning	181
Levnadsvanorna påverkar sömnen	181
Sängbäddning	183
Ergonomi	184
Renbäddning	184
Bäddning då patienten är sängliggande	186
Hjälp för att somna	188
Sömnhygien	188
Anvisningar för egenvård	190

Avslappningsmetoder	190
Koncentrationsövningar	190
Vilopauser	191
Dagsljusterapi	192
Litteratur	193
9. RÖRELSEFÖRMÅGA	194
Rörelseförmågans betydelse för människan	194
Faktorer som påverkar rörelseförmågan	194
Observation av rörelseförmågan	195
Hur man hjälper personer med nedsatt rörelseförmåga	197
Ergonomiskt riktiga arbetsätt	197
Aktivering av en förflyttning	198
Genomförande av en förflyttning	198
Hjälpmiddel	200
Promenadstöd	202
Sitta med stöd	203
Förflyttning av sängliggande patienter	206
Patientsängen	206
Förflyttning i sängen	207
Variation av kroppsställning	209
Rörelseövningar för sängliggande patienter	211
Litteratur	213
10. NÄRING OCH VÄTSKA	214
Matsmältningapparaten och dess funktion	214
Varför äter och dricker vi?	215
God kost	216
Måltiderna och förmågan att äta i olika åldersstadier	218
Nyfödda	218
Barn i lekåldern	218
Skolbarn och måltider i grupp	219
Bordsskick och etikett	219
Ålderdomen ökar beroendet och hjälpbehovet	219
Faktorer som påverkar intaget av mat och dryck	220
Miljön	220
Sinnesstämning och mat	221
Problem som hänför sig till ätandet	221
Problem i matsmältningssystemet	221
Nedsatt funktions- och rörelseförmåga	222
Absorptionsstörningar och födoämnesallergier	222
Undernäring eller fetma	222
Bedömning av näringstillståndet	223
Måltider och måltidshjälpmiddel	224
Rätt kroppsställning och egen aktivitet	224
Hjälpmiddel	225
Servering av estetiskt tilltalande måltider	225
Matning	226
Matning via näsmagkateter	227
Anläggning av en näsmagkateter	227
Matning med näsmagkateter	228
Observation och vård av patienter med näsmagkatetrar	229
Gastrostomi	229
Intravenös vätskebehandling	231
Observation av vätskebalansen	235

Situationer som kräver observation av vätskebalansen	235
Elektrolytbalans	236
Observation av vätskebalansen	236
Litteratur	238
11. URIN OCH AVFÖRING	240
Uriner	240
Urinorganens anatomi och funktion	240
Urinens egenskaper	241
Observation av urineringen och urinundersökningar	241
Vårdaren hjälper patienter att urinera	244
Urineringsstörningar	245
Urininkontinens	245
Urininkontinens hos äldre långvårdspatienter kan förebyggas och behandlas	246
Vården av äldre personer med urininkontinens	247
Godartad förstörd prostata	250
Urinkatetrering	250
Engångskatetrering	251
Anläggning av permanent urinkateter	253
Återkommande katetrering	254
Neurogen urinblåsa	255
Hinder i urinvägarna	256
Artificiella urinvägar kan ge upphov till problem	256
Tarmtömning	257
Tarmtömningens betydelse för människan	257
Observation och provtagning	257
Störningar vid tarmtömning	258
Förstoppning	258
Behandlingen av svår förstoppning hos långvårdspatienter	261
Luftbesvär	262
Diarré	263
Patienter med stomi	264
Litteratur	265
12. HUDVÅRD, HYGIEN OCH KLÄDSEL	268
Huden och hudvård	268
Daglig hudvård och hygien	269
Observation av huden	270
Personlig hygien	270
Tvättning i sängen	273
Tvättning på duschbänk	274
Tvättning bredvid sängen	275
Duschning	275
Munhygien	276
Rakning och skäggvård	278
Fothygien	279
Klädsel	280
Hudskador	283
Sår	283
Sårläkningsprocesser	283
Faktorer som påverkar läkningen av öppna sår	285
Behandling av öppna sår	286
Behandling av infekterade sår	291
Bensår	291

Liggsår	296
Andra hudproblem	300
Litteratur	301
13. BEHOV AV NÄRHET OCH SEXUALITET	304
Beröring	304
Människans sociala revir	304
Beröringar i vården	305
Att beakta könsidentitet och sexualitet inom vården	306
Sexualitetens betydelse	306
Barn- och ungdomen	307
Mångfalden av kön	307
Vuxenliv och graviditet	308
Åldrandet och sexualiteten	308
Särskilda frågor i anslutning till sexualitet	309
Sjukdomsrelaterade problem och sexhjälpmedel	309
Att tala om sexuella hjälpmedel	309
Intellectuell funktionsnedsättning och sexualitet	309
Fysisk funktionsnedsättning och sexualitet	309
Utmanande sexuellt beteende	310
Sexual- och reproduktionshälsa och rådgivningstjänster	310
Yrkesmässig sexualrådgivning	311
Sexuellt våld	311
Preventivmedelsrådgivning	312
Litteratur	314
14. ARBETE OCH FRITIDSINTRESSEN GER LIVET INNEHÅLL	315
Arbete, lek och fritidsintressen	315
Stöd till klienten i nya livssituationer	315
Klientens arbete, lek och fritidsaktiviteter i vården	316
Litteratur	318
15. DÖDEN OCH VÅRDEN I LIVETS SLUTSKEDE	319
Dödsorsaker i Finland och i andra delar av världen	320
Döden – den största av kriser	320
Döden i olika åldersstadier	321
Barndom och pubertet	321
Döden i vuxen ålder	322
Ålderdom och död	323
Lindringsvård eller vård i livets slutskede	323
Hemvård i livets slutskede	324
Institutionsvård i livets slutskede	324
God fysisk primärvård i livets slutskede	324
Smärtlindring	324
Närings- och vätskebehov	325
Tarmfunktion	325
Andning	325
Sömlöshet	325
Hudvård och hygien	325
Urininkontinens	326
Interaktion med en döende patient	326
Patientens medvetande minskar	326
Vården av döda	327
Litteratur	328

2. Teoretiska grunder för vårdarbete

Människan

Människa, miljö, hälsa och vård är enligt den vetenskapliga forskningen centrala begrepp i vårdarbetet. Människan är det viktigaste grundbegreppet och såväl miljön som hälsan och vården härleds från det. Med begreppet människa avses i vårdsammanhang en individ eller ett kollektiv, till exempel en familj, en skola eller ett arbetskollektiv. De personer som uppsöker verksamhetsenheterna inom social- och hälsovårdssektorn för att få tjänster benämns på olika sätt i olika enheter. På sjukhus talar man vanligen om patienter, inom socialarbetet om klienter, inom rehabiliteringen om rehabiliterande och inom vården av utvecklingsstörda om invånare, förutsatt att de är fast bosatta på en institution.

Vår människouppfattning styr vårt sätt att förhålla oss till oss själva och till varandra. Människouppfattningen bildas utgående från människans grundläggande egenskaper. Vi säger att vi uppfattar människan som en helhet, och med det avser vi att människan är en fysisk, psykisk och social helhet. De här dimensionerna är människans grundläggande egenskaper. Det är omöjligt att skilja dessa grundläggande egenskaper från varandra, men indelningen hjälper oss att granska människan ur olika synvinklar. I människouppfattningen ingår också tolkningar av människans värde, av livets mening och av det onda och av det goda. Med människobild avses däremot våra kunskaper om och erfarenheter av människan och hennes levnadsmiljö. Nya kunskaper och erfarenheter förändrar människobilden. Människobilden är en del av vår människouppfattning.

Det finns olika människouppfattningar där människans grundläggande egenskaper betonas på olika sätt. Den humanistiska människouppfattningen betonar människans andliga sidor, hennes frihet och hennes individualitet. Den naturalistiska människo-

uppfattningen ser människan som en del av naturen; hen styrs i hög grad av biologiska lagar och drifter. Tanken att människans jordeliv är Guds vilja är kännetecknande för en kristen människouppfattning. Gud skapade människan till sin avbild och om Gud så vill återspeglar människan livets mening. Människan har i uppgift att söka kontakt med Gud och med andra människor. Den marxistiska människouppfattningen betonar människan i egenskap av samhällsmedlem. Arbetet är människans främsta uppgift. Det marxistiska idealet är ett kollektiv bestående av fria människor, där såväl individen som samhället kommer till sin rätt.

Människouppfattningen i vårdarbetet bygger på den humanistiska människouppfattningen. Vi betonar att de mänskliga grundegenskaperna inte kan skiljas från varandra. Människan är en unik individ som själv vet mest om sitt eget välbefinnande. I vården betraktar vi henne som en helhet, vår syn är holistisk. Människan interagerar med andra människor och vi uppfattar henne som en aktiv individ som fattar egna beslut. Människan uppfattar sin tillvaro som tidsbunden, hen har ett förflutet och hen planerar sin framtid. Vårdarens uppgift är inte bara att lindra sjukdomssymptom, utan också att planera vården tillsammans med patienten och utgående från patientens levnadssituation.

Fysiskt sett består människan av celler och cellerna bildar vävnader och organ som i sin tur samverkar som organsystem. Organismens funktion är rytmisk; hjärtat slår regelbundet och pumpar rytmiskt blod i blodomloppet. Upprätthållandet av de grundläggande livsfunktionerna, såsom andningen och blodomloppet, är en förutsättning för liv.

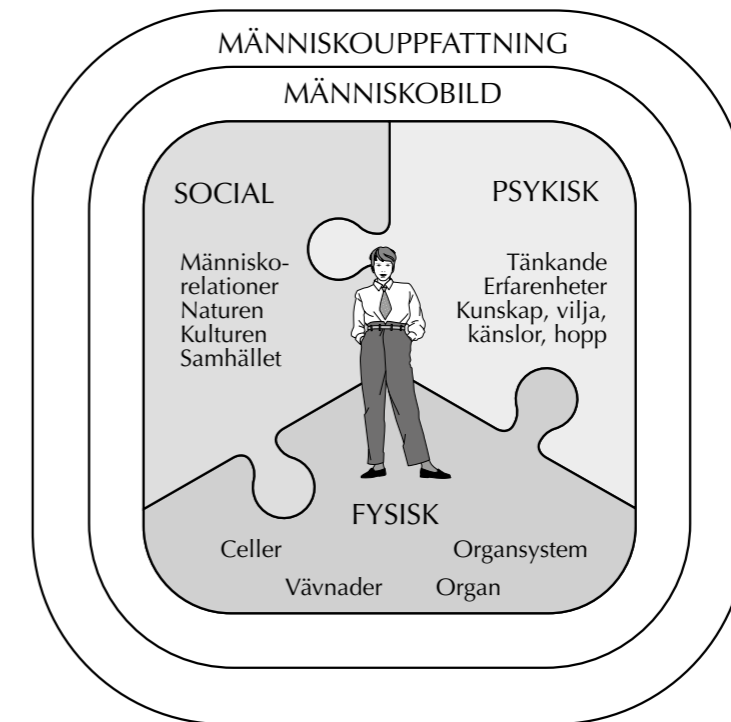


Bild 2.1 Människan, människobilden och människouppfattningen.

Medvetenhet är kännetecknande för människans psykiska dimension. Medvetenheten består av minnet, tänkandet, förmågan att hantera information, viljan samt av förmågor och känslor. Människan fungerar på det psykiska planet och hen har ett individuellt känsloliv och en unik upplevelsevärld. Hen tänker och hen kan följaktligen motivera och bedöma sina handlingar med sitt förnuft. Människan upplever också ett behov av erfarenheter som ligger utanför den materiella världen.

Människan lever i relation till naturen, kulturen och samhället. Hen är en social individ och hen tillhör olika grupper och kollektiv. Hen växer och utvecklas socialt genom sitt samspel med andra människor och då hen tillägnar sig de beteenderegler och vanor som råder i hens kollektiv och samhälle. Familjen är den viktigaste sociala gruppen för många människor. Också till exempel ett arbetskollektiv är en samhällelig grupp. Människans relation till miljön är kreativ och hon ger uttryck för den genom kulturen, till exempel bildkonsten.

Miljön

Miljön är en oskiljbar del av människans hälsa och välbefinnande. Människan står hela tiden i växelver-

kan med miljön genom sina sociala relationer. Hen påverkar sin levnadsmiljö och miljön påverkar hen. Människan odlar jorden för att få föda, men hens handlingar kan å andra sidan också förorena naturen. Sådan verksamhet som skadar naturen skadar också människan själv, eftersom hen utsätts för skadliga ämnen till exempel genom födan.

Den fysiska miljön består av de omständigheter där människan lever. Miljön i en stad avviker i mycket från miljön på landsbygden. Bosättningen på landsbygden är glesare och serviceutbudet är betydligt mindre än i städer. Människans psykiska och sociala miljö består bland annat av hennes människorelationer, interaktion, språk, kultur och olika beteenderegler. I kollektiv som består av studerande gynnar goda inbördes människorelationer inläringen, men flyttningen till en ny studieort ger eventuellt till en början upphov till anpassningsproblem, eftersom levnadsmiljön förändras.

Det är numera eftersträvarsvårt att människan så länge som möjligt får den vård och den hjälp hen behöver i sin levnadsmiljö, vanligen i hennes eget hem. Sjukhuspatienter skrivs ut efter allt kortare vårdtider och människor med tämligen stora hjälpbehov vårdas hemma. Det här ställer alldeles särskilda professionella krav på de arbetstagare inom social- och hälsovården som är verksamma inom hemvården. Där behövs inte bara närvårdare med en bred utbildning, utan också

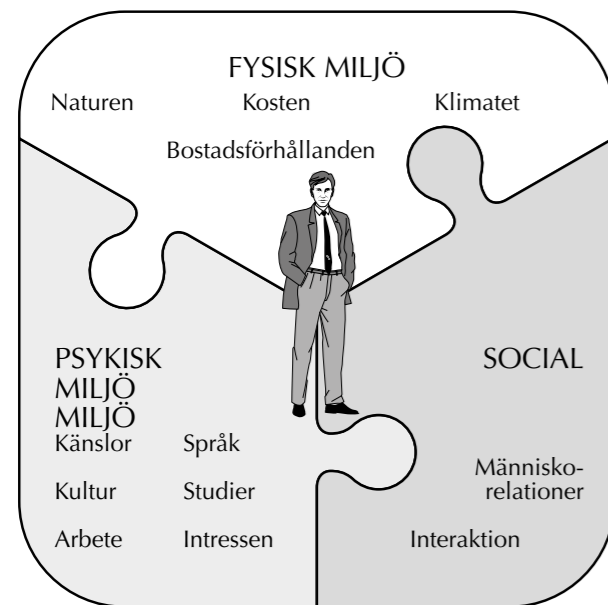


Bild 2.2. Människans fysiska, psykiska och sociala miljö.

multiprofessionella arbetsgrupper bestående av professionella inom social- och hälsovårdsbranschen, som erbjuder klienterna så mångsidig och sakkunnig service som möjligt. Enbart klientarbete i hemmen är inte nog, utan vården bör dessutom omfatta människans levnadsmiljö. Det är ofta möjligt att öka äldre eller funktionshindrade personers funktionsförmåga genom smärre ändringar i bostaden, såsom att avlägsna trösklar eller montera stadiga handtag på olika platser.

Människan är flexibel och hen anpassar sig till miljöer av många olika slag. Intagning på sjukhus förutsätter att hen anpassar sig till en vårdmiljö. De institutioner som numera byggs påminner i många avseenden om privatbostäder, eftersom det är känt att en trivsam vårdmiljö främjar människans välbefinnande. Vårdmiljön kan indelas i fysiska, sociala och symboliska delfaktorer. Vårdaren kan aktivt påverka alla dessa delfaktorer och sålunda göra det lättare för patienten att anpassa sig till vårdmiljön. En bra fysisk vårdmiljö inger trygghet och trivsel.

Miljön kan vara ett stöd för människan. Patientens möjligheter att anpassa sig till sjukhusvården och senare till hemvården är ibland i hög grad beroende av det sociala stödet från anhöriga och närstående. Välbefinnande förutsätter även ett tillfredsställande socialt liv. I en gynnsam social vårdmiljö umgås patienten fritt med sina närmaste. Den symboliska vårdmiljön består av kulturbundna och sociala värden, till exempel de uppfattningar som råder om hälsa och sjukdom. Varje människa uppfattar hälsa och sjukdom

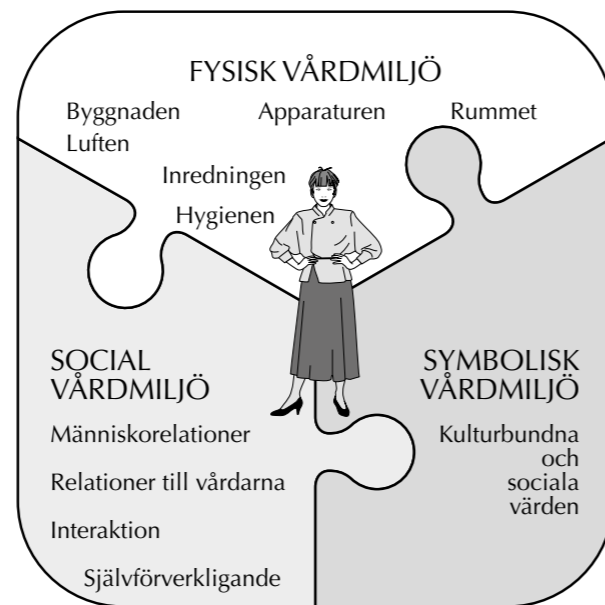


Bild 2.3. Den fysiska, sociala och symboliska vårdmiljön.

på sitt sätt. Somliga upplever att de får den omvårdnad och den omsorg de behöver då de är sjuka och de uppfattar kanske situationen som någonting positivt. Andra drabbas av intensiva skuld- eller skamkänslor om de insjuknar och behöver vård.

Hälsan

Människans hälsa kan definieras på många olika sätt. Hälsa beskrivs av tradition utgående från WHO:s definition som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Numera talar vi inom social- och hälsovården ofta om att säkerställa en tillräcklig grad av hälsa och välbefinnande.

Människans hälsa och sjukdom kan granskas på axeln mellan optimal hälsa och död. Hälsa innebär inte enbart avsaknad av sjukdomssymptom, utan hälsa är ett tillstånd av tillräcklig fysisk, psykisk och social jämvikt, som möjliggör optimal funktionsförmåga under rådande förhållanden.

Med funktionsförmåga avses människans förmåga att tillfredsställa grundbehov och hennes förmåga att sköta sina dagliga funktioner på såväl det psykiska, det fysiska som på det sociala planet. Funktionsförmågan påverkar storligen människans allmänna välbefinnande. Också människans självbestämmanderätt och egen aktivitet hör till funktionsförmågan. En fungerande människa upplever att hen klarar de

utmaningar som livet ställer henne inför och att hen klarar sig i vardagslivet. Hen interagerar med sin miljö, hen uppställer mål för sitt liv och hen försöker uppnå dessa mål. Hens handlande betyder någonting för hen själv och det är också ändamålsenligt ur miljöns synvinkel.

Människans kondition och funktionsförmåga varierar enligt ålder och välbefinnande. Ett nyfött barn är helt beroende av den omvårdnad det får av sina föräldrar och en frisk vuxen klarar sig själv utan utomstående hjälp. De allra flesta är i något skede av livet sjuka och beroende av utomstående hjälp.

Människans hälsotillstånd varierar ständigt. Ändringar i hälsotillståndet påverkar alltid levnadssituationen och miljön. Då ett barn insjuknar avbryts inte bara barnets dagliga funktioner, utan i allmänhet också föräldrarnas, eftersom de är tvungna att stanna hemma från jobbet.

Människans hälsa och sjukdom påverkas av många olika faktorer som i vissa fall är beroende av henne själv. Ibland finns sjukdomen i hennes arvsanlag, ibland insjuknar hen till följd av nedsmittning eller ogynnsamma förhållanden såsom bristande hygien, och hen kan också främja eller förebygga sjukdom genom sitt beteende. Mångsidig kost, motion, arbete och vila i rätta proportioner samt harmoniska människorelationer är exempel på faktorer som är bra för hälsan.

Upplevelsen av det egna hälsotillståndet är individuell och olika människor anpassar sig till sjukdom på olika sätt. Många av oss uppfattar det som väsentligt att eftersträva optimal hälsa och andra lever ett fullödigt och rikt liv trots att de är sjuka eller har funktionsnedsättning. Många diabetiker känner sig helt friska då de uppnår rätt vårdbalans; sjukdomen ger inte upphov till symptom och diabetikern accepterar sin sjukdom. Också obetydliga symptom kanske får någon annan att helt koncentrera sig på kroppens budskap.

Inom vård- och omsorgsarbetet strävar man efter att människan skall uppnå optimal funktionsförmåga såväl på det fysiska, det psykiska som på det sociala planet. Människans egen uppfattning om vad som är bäst och eftersträvansvärt är utgångspunkten för vården. Vissa människor saknar dock förmåga att bedöma sin egen situation till exempel till följd av dåligt minne, förvirring eller berusning.

Valet av effektiva vårdarbetsmetoder förutsätter, att man är inriktad på att hitta människans egna starka

sidor och att man försöker stärka dem. Det är sålunda möjligt att väcka patientens intresse för egenvård och att stärka hans trygghetskänsla med den påföljden att hen själv tror att hen kommer att klara sig. En patient som har fått hjälp med att hitta sina starka sidor, upplever ofta att hen har blivit bemött på ett individuellt sätt och att hen har fått verklig hjälp. Begreppet starka sidor, styrka eller kraftresurser ligger nära begrepp som koherenskänsla, livskompetens eller kontrollkänsla och kontrollförmåga. Med livskompetens avses en känsla som uppstår då man interagerar med sin sociala miljö. Känslan av livskompetens innebär att det råder harmoni mellan en människa och hennes levnadsmiljö. Hen upplever att livet ställer krav och erbjuder möjligheter i lämpliga portioner.

Vårdarbete

Vårdarbete sammankopplas av tradition med vården av sjuka. Vårdaren utför sjukvårdsåtgärder, sörjer för patienternas dagliga funktioner och lindrar deras lidande. Hälsofrämjandet och förebyggandet av sjukdomar har med tiden fått allt mer utrymme i vårdarbetet. Numera anser vi att vårdarbetet inte enbart begränsar sig till vården av sjuka människor, utan vårdarna ställer också individens, gruppens eller kollektivets hälsa i relation till välbefinnande och främjandet av detta välbefinnande. Det praktiska vårdarbetet förändras utgående från det välbefinnande som i olika situationer uppfattas som eftersträvansvärt för en individ, en grupp eller ett kollektiv.

Forskningen har försökt gestalta vårdarbetet med hjälp av olika modeller som beskriver verkligheten. I modellerna beskrivs objektet för vårdarbete, människan, utgående från de dagliga funktionerna eller de mänskliga behoven. Behovet av vårdarbete definieras i sin tur utgående från de hjälpbehov som är förenade med människans dagliga funktioner. Förklarade patienter behöver till exempel vanligen hjälp för att kommunicera, för att anpassa sig till situationen samt för att röra sig, tvätta sig och äta. Vårdarbetet framskrider således från definiering av behov, uppställning av mål, val av metoder till genomförande och utvärdering. Det här sättet att uppfatta vårdarbete kallas vårdprocessen. Konsekvent vårdarbete bygger på beslut som styrs av vårdprocessen.

Vårdarbete består av interaktion mellan en klient och en vårdare. För klientens del innebär det att verksamheten utgår från hens behov. I fråga om bemötandet av klienten är vårdarbetet

likadant i alla social- och hälsovårdsenheter. Vårdarbetet har värden och principer som styr verksamheten och interaktionen mellan patient och vårdare.

Vårdarbete främjar och upprätthåller hälsa, det förebygger och behandlar sjukdomar, det rehabiliterar människor som försvagats av sjukdomar eller handikapp och det omfattar vård av döende. Att inge hopp och lindra lidande är andra viktiga beståndsdelar i vårdarens arbete. Vårdarbete innebär alltid samarbete med patienten och det är alltid inriktat på att stöda patientens egna resurser. Det är bra för patientens självkänsla och funktionsförmåga om hen själv deltar i vården i så stor omfattning som möjligt. Metoderna i vårdarbetet är att hjälpa, stöda, observera, handleda och att på olika sätt frammana funktionsförmåga. En astmapatient med stor andnöd kan inte tillgodose sina grundbehov utan hjälp, och hen behöver psykiskt stöd för att anpassa sig till sin nya levnadssituation, handledning för att komma till rätta med

sjukdomen och eventuellt också ändrade bostads- och arbetsförhållanden så att sjukdomen inte förvärras.

Det finns olika verksamhetsmodeller som gör det lättare att gestalta vårdarbetet. Patientinriktat vårdarbete är den äldsta av modellerna och enligt den vårdar vårdaren patienten 24 timmar i dygnet och bor i praktiken hemma hos patienten. Vårdarbetet har också varit uppgiftscentrerat och det innebär att en vårdare ansvarar för vissa uppgifter under ett arbetsskift; hen hjälper till exempel patienterna att bada. I den här modellen är arbetsuppgifterna det väsentliga, inte att patienternas bemöts på ett helhetsbetonat sätt. Vårdarbetet har under tidens lopp utvecklats i en mer patientcentrerande riktning. Det här syns bland annat som grupparbete: avdelningspersonalen indelas i arbetsgrupper som ansvarar för ett givet antal patienter under arbetsskiftet. I många enheter har patienterna namngivna personliga vårdare som ansvarar för deras vård under

hela vårdperioden. Patienten och hans personliga vårdare planerar, genomför och utvärderar vården tillsammans och patientens närmaste deltar allt mer i vården. Ansvar för vården som en helhet ligger hos en multiprofessionell arbetsgrupp, och patientens personliga vårdare är en av de viktigaste medlemmarna i den. Till arbetsgruppen hör till exempel en läkare, en sjukvårdare, en närvårdare, en fysioterapeut och en socialarbetare. Det är patientens individuella vårdbehov som avgör vilka sakkunniga som behövs i arbetsgruppen. Syftet är att på det här sättet garantera en så mångsidig sakkunskap som möjligt i vården av en patient.

Social- och hälsovård med befolkningsansvar innebär att namngivna arbetstagare ansvarar för de öppenvårdstjänster som är avsedda för människorna inom ett bestämt bostadsområde. Verksamhetsformen infördes på 1980-talet då systemet med husläkare testades och den utvidgades senare till försök med lokal primärhälsovård. Systemet med lokalt befolkningsansvar utvidgades efter hand från att gälla bara en yrkesgrupp till att omfatta hela primärhälsovården och det togs senare i bruk med avsikten att höja kvaliteten på arbetet och verksamheten inom hela social- och hälsovårdssektorn. Avsikten med systemet är att bättre tillgodose behoven hos invånarna inom ett visst område genom att höja servicekvaliteten och skapa ett snabbare och effektivare servicesystem. Inom primärhälsovården innebär befolkningsansvar att en arbetsgrupp organiserar arbetet flexibelt för ett givet område. En sådan multiprofessionell arbetsgrupp består av läkare, hälsovårdare, närvårdare osv. och den sörjer således för produktionen av primärservice för en given befolkningsgrupp, till exempel invånarna i ett visst område inom en kommun. Arbetstagare med olika utbildning bildar en sakkunnig arbetsgrupp utgående från klienternas behov. Klienter med olika hälsoproblem eller frågor som berör hälsan uppsöker hälsocentralen för att få service. Klienternas ålder varierar och det gör också deras levnadsmiljöer. Arbetstagarna gör också hembesök.

Europa genomgår en mängd ekonomiska omställningar som har frambringat ett behov av att utveckla servicen inom social- och hälsovårdssektorn till en helhet som stöder klienternas förmåga att klara sig själva i sina levnadsmiljöer. Serviceutbudet kännetecknas numera av en nedkörning av institutionsvården och av förbättrade och mer klientcentrerade öppenvårdstjänster. Kollektiv vård är en verksamhetsmodell som har lyfts fram som en möjlighet då det gäller att utveckla vården och servicen. England uppfattas som en föregångare i Europa då det gäller

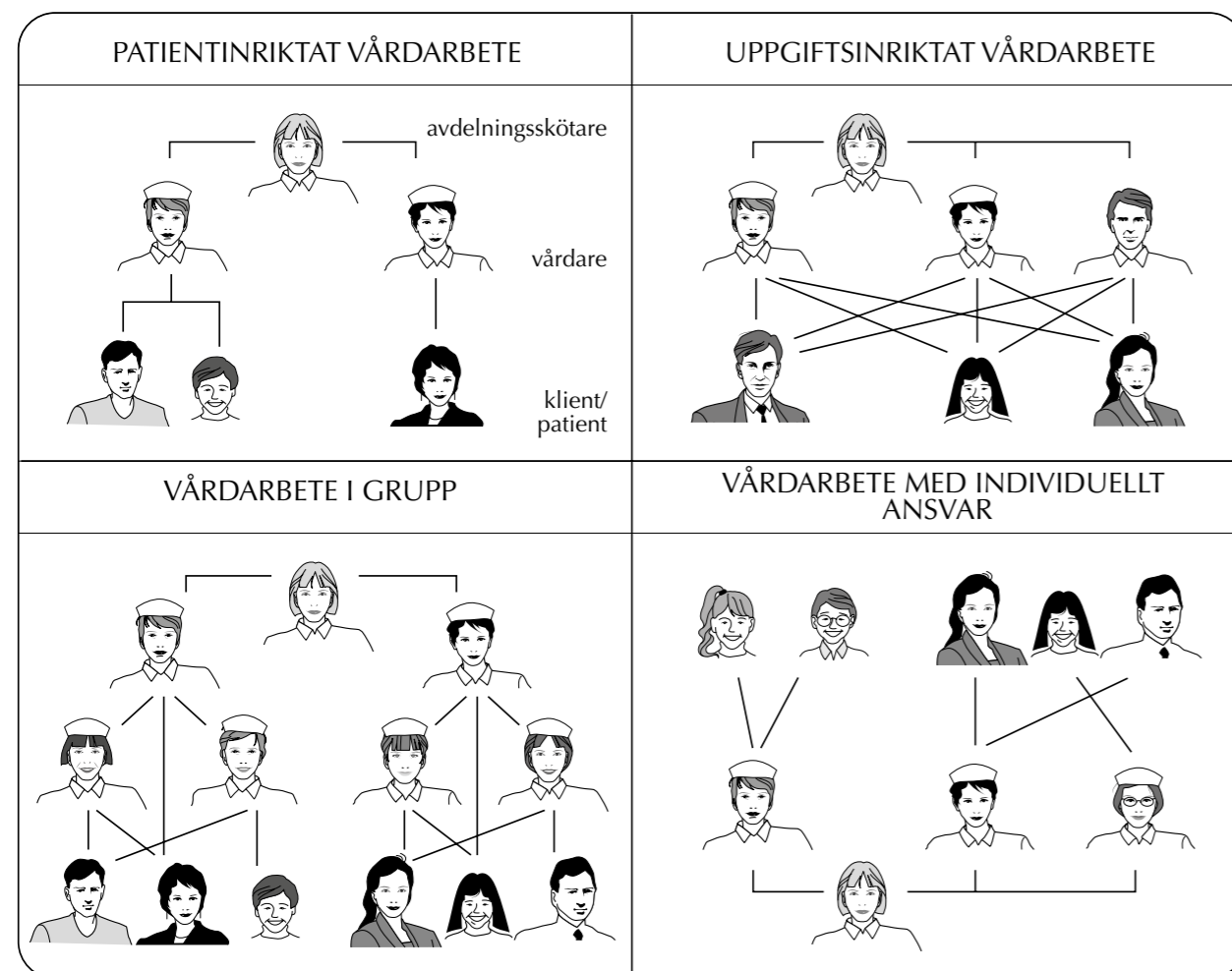
införandet av modellen. Med kollektiv vård avses att människorna erbjuds vård och stöd på rätt nivå så att de kan uppnå så stort oberoende och så god livskompetens som möjligt. Vård- och omsorgstjänsterna bildar ett enhetligt nätverk som stöder klientens förmåga att klara sig i vardagslivet på just det sätt klienten behöver.

I verksamhetsmodellen för kollektiv vård innebär begreppet kollektiv mer än att människorna är bosatta inom samma område. Ett kollektiv består av människor som har sociala och funktionsmässiga kontakter till varandra. De har gemensamma mål, de är verksamma för att främja det gemensamma goda och de har gemensamma värderingar och strävanden. Med kollektiv vård är det möjligt att stöda människornas egna aktiviteter och deras självständighet och att öka deras ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande. Kollektiv vård är en form av jämställt kompanjonskap mellan klienterna och serviceproducenten och den kommer till uttryck som samförstånd och äkta omsorg. Av arbetstagarna förutsätter ett kompanjonskap av detta slag att de känner klienterna och deras kollektiv och att de förstår de värderingar och principer som styr kollektiven. Samhället definierar klienternas liv och uppställer villkor som gör det möjligt att förverkliga kollektiv vård som en verksamhetsform.

Kollektiv vård kan också uppfattas som en strukturell lösning inom social- och hälsovården med avsikten att producera förmånlig vård- och omsorgsservice. Den privata och den tredje sektorns betydelse som en del av serviceutbudet betonas vid sidan av den offentliga sektorn. För klienterna betyder det här valfrihet och att det uppstår nya serviceformer. Servicen blir samtidigt effektivare och mer verkningfull. Utgångspunkten för produktionen av vård- och omsorgstjänster borde bestå av en kartläggning av de olika serviceproducenternas möjligheter samt av en sammanjämkning av dessa till helheter som kompletterar varandra. Klienterna kunde få en del av det stöd och den hjälp de behöver i form av såväl frivilligverksamhet, närståendevård som privat service.

Kollektiv vård kan användas som en modell som styr såväl en socialarbetares som en sjukskötares eller närvårdarens arbete. Det är således inte frågan om verksamhet som är bunden till en given yrkesgrupp utan det är en klientcentrerad syn på innehållet i vården och ett serviceutbud som alltid strävar efter att ta i bruk också klienternas resurser. Klienten är således ett kollektiv som består av individer, familjer eller olika grupper. Relationerna mellan människorna är det centrala. Man talar om kollektivcentrerande

Bild 2.4. Olika verksamhetsmodeller för vårdarbete.



Professionella beröringar kan granskas med tre olika delområden som synvinkel:

- Åtgärdsinriktade beröringar hänför sig till utförandet av olika åtgärder så som till exempel duschning, påklädning, mätning av pulsen och toalettbesök.
- Vårdande beröringar är frivilliga och spontana känsloutryck. De används för att hjälpa patienten att slappna av, för att förstärka verbala budskap, för att inge patienten känslor av välbehag samt för att uppmuntra och trösta patienten. Av vårdaren förutsätter en vårdande beröring yrkesskicklighet, empati, självkänedom, förmåga att använda sin personlighet i arbetet samt förmåga att motta energi av patienten. Ömsesidigheten hjälper vårdaren att orka. Ett småleende och ögonkontakt passar bra ihop med en vårdande beröring.
- Skyddande beröringar innehåller hindrande eller avvisande element. Syftet med dem är att skydda patienten mot olycksfall och självförvållade skador, till exempel att patienten drar ut en kateter eller en venkanyl. De syftar också till att skydda vårdaren såväl fysiskt som emotionellt. Användning av skyddshandskar hindrar en beröring rent fysiskt men de är också säkerhetsfaktorer som avvärjer infektioner. Skyddshandskarna gör det lättare att hålla distans till patienten så att vårdarens känslor inte hindrar vårdarbetet.

Enligt olika undersökningar är de flesta beröringar i vården förenade med nödvändiga vårdfunktioner. Trots att patienternas beröringar ibland känns våldsamma, till exempel då en dement patient griper tag i vårdaren, borde vårdarens beröringar aldrig vara våldsamma eller underkastande. I vården ingår också smärtsamma beröringar. Vårdaren förklarar alltid deras innebörd för patienten och ber om tillstånd av patienten för åtgärden. Tillräcklig smärtlindring är ett sätt att visa respekt för patienten.

I vårdarbete ingår beröringar av många olika slag. En vårdare som håller sin patients hand inger trygghet, oberoende av om patienten är ung eller gammal och budskapet är att hen bryr sig om patienten. Barn lugnar sig och somnar lättare om vårdaren sakta smeker dem över håret. Massage hjälper patienten att slappna av och gör musklerna varma. Vårdaren kan hjälpa en äldre person med kalla fötter genom att lätt massera



Bild 13.2. Beröringar är en del av vården.

och smörja in fötterna. Stela axlar ger ofta upphov till huvudvärk och en vårdare som masserar patientens axlar hjälper patienten att slappna av och förebygger samtidigt huvudvärk.

Att beakta könsidentitet och sexualitet inom vården

Sexualitetens betydelse

Människans sexualitet är ägnad att ge vällust och trygghetskänslor och den förstärker samhörigheten. Människan kan leva ut sin sexualitet också på andra sätt än genom samlag. Människans sexualitet består till väsentliga delar av ömhet, beröringar, respekt för partnern samt ansvar för både sig själv och den andra. En god sexuell relation är varken underkuvande eller ägande. Ingendera parten behöver vara rädd och ingendera tillfogas smärta.

Fortplantning är det biologiska syftet med människans sexualitet, med andra ord att bevara människosläktet och garantera dess fortbestånd. Människans fortplantningsförmåga begränsas till viss del av sen könsmognad, lång graviditet och det faktum att hon vanligen ger liv åt bara ett barn åt gången.

Förr var ett sexualliv ett privilegium som enbart tillkom personer som levde i äktenskap. Till exempel kristendomen har förhållit sig mycket negativt till föräktenskapligt sex, och i vissa andra kulturer betraktades sådant som egendomsbrott. Relationer som bygger på kärlek och en friare inställning till sexualitet är tämligen nya företeelser i de mänskliga kollektiven.

Barn- och ungdomen

Människan växer in i sin sexuella läggning under en social process som börjar redan vid födseln. Föräldrarna spelar en viktig roll både som fysiska modeller och genom bearbetning av attityder och genom uppmuntran. För att barnet ska utvecklas måste hen uppleva trygghet och acceptans. Redan treåringar är medvetna om sitt kön och har fått de första impulserna till sin könsroll.

Omgivningen och samhället tilldelar män och kvinnor olika roller och våra förväntningar på män respektive kvinnor är olika. Barn tillägnar sig allt detta i ett tidigt stadium. Barn som accepteras som de är, och som får stöd, utvecklas harmoniskt och upplever sig själva som betydelsefulla personer. Barnets eller den unga personens utveckling kan påverkas begränsande av allt för starka krav på anpassning till vissa stereotyper.

Puberteten är ett skede i livet som hos ungdomar omvälvligt påverkar hela personligheten. Kroppen utvecklas, sinnesstämningarna växlar och de egna gränserna är svåra att gestalta och acceptera. Under puberteten är den fysiska utvecklingen snabbare än den psykiska, och det kan ge upphov till motstridiga känslor.

Den unga personens uppfattning om sin könsidentitet utvecklas steg för steg då personen lämnar barndomen och närmar sig vuxen ålder, också om processen kan vara problematisk. Alla människor har både kvinnliga och manliga drag. En del identifierar sig starkt som antingen kvinna eller man medan andra identifierar sig som ett mellanting av dessa två. Gemensamt för alla människor är att alla har både kvinnliga och manliga drag samt att könsidentiteten kan variera genom livet.

Den osäkerhet som kännetecknar puberteten minskar och det sexuella intresset vaknar så småningom. Det ska vara lätt för den unga att på nära håll få råd och svar på sina frågor om sexualitet, könsidentitet och sexuell läggning. Skol- och studenthälsovården är av central betydelse i rådgivningsarbetet.

I en sund utveckling av barnets sexualhälsa ingår att

- lära sig att sköta om och njuta av sig själv
- lära sig olika sätt att interagera och uppleva gensvar
- senare lära sig ansvarsfullt parförhållande och föräldraskap
- tillägna sig en positiv jagbild och självkänsla, oberoende av sexuell läggning
- undvika att tillägna sig alltför strikta rollmodeller för vad som är lämpligt uppförande för en man eller en kvinna.

Mångfalden av kön

Vissa människor upplever att de har ett tydligt definierat kön, man eller kvinna, medan en del människor upplever att ingendera av dessa könsidentiteter passar dem. Utöver kvinna och man kan man tala om transgender (en person som definierar sig som att befinna sig emellan, i båda, eller bortom de traditionella könen).

Könsdefinitionerna varierar mellan kulturerna, och till exempel navajoindianerna har fem kön i sitt könssystem. I Indien betecknas personer som hör till det tredje könet med termen Hijra, en tusenårig tradition, och de lever i ett eget livskraftigt samfund.