

Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri
Kristín Guðný Sæmundsdóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri
og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Brynja Ingadóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala

Áhættuþættir og sjálfsútdráttur einstaklinga með kransæðasjúkdóm: Þversniðsrannsókn

Útdráttur

Tilgangur: Góð sjálfsútdráttur getur dregið úr lífsstílstengdum áhættuþáttum og hægt á framgangi kransæðasjúkdóms. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna stöðu áhættuþátta meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm, sjálfsútdráttur þeirra og trú á eigin getu.

Aðferð: Þversniðsrannsókn þar sem þátttakendur voru einstaklingar sem lögðust inn á Landspítala eða Sjúkrahúsið á Akureyri vegna kransæðasjúkdóms. Gögnum um áhættuþætti, sjúkdómstengda þekkingu og bakgrunn var safnað við útskrift, með spurningalistum, mælingum og úr sjúkraskrá. Sjálfsútdráttur var metin með „Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory“ (SC-CHDI) mælitækinu sem metur viðhald heilbrigðis, stjórnum sjálfsútdráttur og trú á eigin getu til sjálfsútdráttur (stig 0–100 fyrir hvern þátt, fleiri stig gefa til kynna betri sjálfsútdráttur). Við gagnaúrvinnslu var notuð lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður: Þátttakendur í rannsókninni voru 445 (80% karlar), meðalaldur var 64,1 ár (sf 9,1). Tæplega helmingur hafði áður legið á sjúkrahúsi vegna kransæðasjúkdóms (45%) og 47% komu brátt á sjúkrahús. Tæplega helmingur þátttakenda var í ofþyngd, 42% með offitu, 20% með sykursýki og 18% reyktu. Einkenni kvíða höfðu 23% og einkenni þunglyndis 18% þátttakenda. Viðhald heilbrigðis mældist að meðaltali 61,6 (sf 15,4), stjórnum sjálfsútdráttur 53,5 (sf 18,5) og trú á eigin getu 52,3 (sf 22,9). Viðhald heilbrigðis mældist betra hjá konum, þeim sem bjuggu með öðrum, þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu betri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,149$, $p < 0,01$). Stjórnum sjálfsútdráttur mældist betri hjá þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms ($R^2 = 0,018$, $p < 0,01$). Trú á eigin getu var meiri hjá þeim sem voru yngri, með minni einkenni þunglyndis og meiri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,086$, $p < 0,01$).

Ályktanir: Sjálfsútdráttur kransæðasjúklinga er ábótavant og staða áhættuþátta alvarleg. Einstaklingshæfur stuðningur og fræðsla eftir útskrift gætu eflt sjálfsútdráttur og trú á eigin getu og þannig stuðlað að betri stöðu áhættuþátta.

Lykilorð: Áhættuþættir, kransæðasjúkdómur, sjálfsútdráttur, sjúkdómfræðsla, trú á eigin getu.

Inngangur

Hjarta- og æðasjúkdómur eru algengastir langvinnra sjúkdóma (World Health Organization, 2017) en af þeim er kransæðasjúkdómur algengastur (Wilkins o.fl., 2017). Kransæðasjúkdómur er að mestu afleiðing af lífsstílstengdum áhættuþáttum, svo sem reykingum, hreyfingarleysi, óhollu mataræði, offitu og sálfélagslegum þáttum eins og kvíða og þunglyndi (Karl Andersen o.fl., 2017; Schnohr o.fl., 2015). Þessir áhættuþættir auka meðal annars hættu á blóðfituflunum, háum blóðþrýstingi og sykursýki af tegund 2 og geta leitt til æðakölkunar (Piepoli o.fl., 2016). Æðakölkun leiðir til þröngingna í kransæðum hjartans og getur valdið kransæðastíflu, skemmdum á hjartavöðvanum og þannig skaðað heilsu fólks varanlega (Mendis o.fl., 2011). Sjúkdómurinn þróast á löngum tíma en heilsusamlegur lífsstíll getur hægt á þróun hans, minnkað hættu á frekari kransæðasjúkdóm og dauða (Chow o.fl., 2010) og þannig bætt lífsgæði og lífshorfu (Piepoli o.fl., 2016).

Síðustu áratugi hefur dregið verulega úr nýgengi og dánartíðni kransæðasjúkdóms í Evrópu (Wilkins o.fl., 2017), þar með talið á Íslandi (Karl Andersen o.fl., 2017) en samt sem áður er sjúkdómurinn enn algengasta dánarorsök fólks í Evrópu (Wilkins o.fl., 2017). Þessi breyting er að mestu leyti rakin til bættra lífnaðarháttanna almennings og áhrifa þeirra á áhættuþætti sjúkdómsins en allt að 70% af fækkun dauðsfalla er talið að megi rekja til minnkandi reykinga svo og lægri blóðþrýstings og minna kólesteróls í blóði (Aspelund o.fl., 2010). Hins vegar bendir margt til þess að vaxandi tíðni offitu og sykursýki af tegund 2 muni leiða til þess að nýgengi kransæðasjúkdóms vaxi á ný (Thorolfsdóttir o.fl., 2014).

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin veitir nýja þekkingu um sjálfsútdráttur íslenskra kransæðasjúklinga og áhættuþætti er tengjast sjúkdómnum.

Hagnýting: Sjálfsútdráttur hópsins er ekki eins og best er á kosið og staða áhættuþátta er alvarleg.

Þekking: Einstaklingshæfur fræðsla og stuðningur hjúkrunarfræðinga gæti eflt sjálfsútdráttur og trú á eigin getu og þannig stuðlað að betri stöðu áhættuþátta.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar innleiði hugtakið sjálfsútdráttur í störf sín á markvissan og gagnreyndan hátt.

Í Evrópu hefur stór þversniðsrannsókn (EUROASPIRE) á lífsstíl, áhættuþáttum og meðferð kransæðasjúklinga í 27 löndum (N = 8261), sex mánuðum frá útskrift af sjúkrahúsi, sýnt að stór hluti þeirra lifði óheilbrigðu lífi hvað varðar reykingar, mataræði og reglubundna hreyfingu. Stór hluti þeirra var einnig of þungur og með háan blóðþrýsting, blóðfituflunir og sykursýki (Kotseva o.fl., 2019). Minnihluti sjúklinganna náði þeim meðferðarmarkmiðum sem klínískar leiðbeiningar um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms kveða á um (Piepoli o.fl., 2016). Af þessum niðurstöðum má álykta að sjálfsömönnun kransæðasjúklinga sé ekki eins og best verður á kosið en hún er einn af grundvallarþáttum í meðhöndlun kransæðasjúkdóms (Riegel o.fl., 2017).

Sjálfsömönnun í langvinnum sjúkdómum hefur verið skilgreind af Riegel og félögum (2012) sem ferli þar sem einstaklingurinn velur heilsueflandi hegðun til að viðhalda og bæta heilsu sína og lágmarka áhrif og afleiðingar sjúkdómsins og meðferðar hans. Sjálfsömönnun felur í sér viðhald heilbrigðis (e. *self-care maintenance*), eftirlit með einkennum (e. *self-care monitoring*) og stjórnun sjálfsömnunar (e. *self-care management*) (Riegel o.fl., 2012). Dæmi um viðhald heilbrigðis meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm er að borða hollan mat, hreyfa sig reglulega, draga úr streitu, taka lyf eins og ráðlagt er og mæta í eftirlit (Dickson o.fl., 2017; Piepoli o.fl., 2016; Riegel o.fl., 2017). Dæmi um eftirlit með einkennum og líðan er að fylgjast með og meta þrek, brjóstverki og andlega líðan (Piepoli o.fl., 2016; Riegel o.fl., 2017). Eftirlit er brúin á milli viðhalds heilbrigðis og stjórnunar sjálfsömnunar sem felur í sér að geta lagt mat á og brugðist við breytingum á einkennum og líðan og tekið ákvörðun um hvað gera skuli (Riegel o.fl., 2012). Dæmi um stjórnun sjálfsömnunar í kransæðasjúkdómi er að taka nítróglyserín, eða hvíla sig þegar brjóstverkur gerir vart við sig en einnig að geta tekið ákvörðun um hvenær leita skuli aðstoðar, til dæmis með því að hringja á sjúkrahúsi þegar einkenni benda til kransæðastíflu (Dickson o.fl., 2017). Til að ná góðri færni í sjálfsömönnun þarf sjúklingurinn að búa yfir þekkingu á sjúkdómnum og meðferð hans, að geta nýtt sér mat og mælingar á einkennum og hafa getu til að taka ákvarðanir þegar bregðast þarf við einkennum sjúkdómsins. Enn fremur er aðheldni (e. *adherence*) mikilvægur hluti sjálfsömnunar. Þekking ein og sér nægir þó ekki til að breyta hegðun eða bæta árangur meðferðar (Riegel o.fl., 2017). Margir aðrir þættir geta haft áhrif á hversu vel tekst til með sjálfsömnun, svo sem reynsla og færni, áhugi, menning og gildi, sjálfsöryggi, venjur, líkamleg virkni og vitræn geta, stuðningur annarra og aðgengi að heilbrigðisþjónustu (Riegel o.fl., 2012). Heilbrigðisstarfsfólk getur stutt við sjálfsömönnun sjúklinga með því að veita þeim markvissa fræðslu og stuðning (Riegel o.fl., 2012). Hins vegar hefur þjálfun í sjálfsömönnun ekki tíðkast í heilbrigðiskerfinu fram til þessa, hvorki fyrir skjólstaðinga né heilbrigðisstarfsfólk (Riegel o.fl., 2017) en slíkt er mikilvægt fyrir heilsueflingu sjúklinga og bættu meðferð langvinnra sjúkdóma.

Til að hægt sé að skipuleggja hjúkrunar meðferð sem styður við sjálfsömönnun íslenskra einstaklinga með kransæðasjúkdóm er mikilvægt að kanna hvernig sjálfsömönnun þeirra er

háttáð. Slíkt hefur ekki verið gert á Íslandi svo vitað sé. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna stöðu áhættuþátta meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm, mat þeirra á eigin sjálfsömönnun og trú á eigin getu til sjálfsömnunar og tengsl bakgrunnsbreyta við sjálfsömönnun.

Aðferð

Rannsóknin var þversniðsrannsókn. Notuð voru gögn úr KRANS-rannsókninni um lífsstíl, áhættuþætti og sjálfsömönnun kransæðasjúklinga (<https://www.unak.is/is/rannsoknir/rannsoknir-vid-ha/The-KRANS-study>).

Rannsóknarsnið og þátttakendur

Sjúklingum með staðfestan kransæðasjúkdóm, á aldrinum 18–79 ára, sem lögðust inn á Landspítala eða Sjúkrahúsið á Akureyri með brátt kransæðaheilkenni, bráða kransæðastíflu, vegna kransæðavíkkunar eða kransæðahjáveituaðgerðar, á tímabilinu október 2017 til nóvember 2018, var boðið að taka þátt í rannsókninni. Útilokaðir voru þeir sem ekki skildu talað eða ritað íslenskt mál og þeir sem voru með þroskahömlun eða greindan heilasjúkdóm sem hamlaði getu þeirra til að svara spurningalista rannsóknarinnar.

Framkvæmd

Fyrir útskrift af sjúkrahúsi var leitað eftir samþykki sjúklinga sem uppfylltu þátttökuskilyrði. Þátttakendur svöruðu spurningalista á sjúkrahúsi eða skömmu eftir að heim var komið. Rannsakendur gerðu nauðsynlegar mælingar og söfnuðu gögnum úr sjúkrahúsi.

Mælingar

Sjálfsömönnun var metin með mælitækinu „Sjálfsömönnun kransæðasjúklinga“ (Sjálfsömönnun-KRANS) sem er íslensk útgáfa af „Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory“ (SC-CHDI) og notað hér í fyrsta sinn. Mælitækið er nýr 22 atriða spurningalisti sem skiptist í þrjú hluta. A-hluti metur viðhald heilbrigðis með 10 spurningum um heilsusamlega hegðun sem kransæðasjúklingum er almennt ráðlögð. B-hluti metur stjórnun sjálfsömnunar með sex spurningum um vöktun einkenna og viðbrögð við þeim. C-hluti metur trú á eigin getu til sjálfsömnunar með sex spurningum um sjálfsöryggi til þess að framkvæma það sem þarf til að takast á við sjúkdóminn. Svarmöguleikar eru á fjögurra og fimm punkta radkvarða sem gefa ýmist 1–4 stig eða 0–4 stig. Samanlögð stig fyrir hvern hluta fyrir sig (A, B, og C) eru umreiknuð í stöðluð stig (0–100) þar sem fleiri stig þýða betri sjálfsömönnun eða meiri trú á eigin getu. Þátttakandi þarf að hafa svarað meira en helmingi spurninga í hverjum undirlista til að undirlistinn teljist nothæfur. Próffræðilegir eiginleikar spurningalistans hafa verið metnir og reynst fullnægjandi (Dickson o.fl., 2017).

Þar sem A- og B-hluti eru fjölsviða (e. *multidimensional*) er ekki viðeigandi að meta áreiðanleika þeirra með Cronbachs-alfa heldur krefst það þáttgreiningar (Barbaranelli o.fl., 2014) sem ekki var framkvæmd fyrir þennan hluta rannsóknarinnar. Áreiðanleika C-hluta er hins vegar hægt að meta með Cronbachs-alfa þar sem listinn er einsviða (e. *unidimensional*) og reyndist hann vera fullnægjandi ($\alpha = 0,840$) og sambærilegur við bandaríska rannsókn á próffræðilegum eiginleikum listans ($\alpha = 0,840$) (Dickson o.fl., 2017). SC-CHDI-mælitækið var þýtt á íslensku í samráði við höfunda þess og er aðgengilegt á slóðinni: <http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-coronary-heart-disease-inventory/>.

Sjúkdómstengd þekking var metin með mælitækinu „Spurningalisti um kransæðasjúkdóm“ (Þekking-KRANS) sem er íslensk útgáfa af „Coronary Artery Disease Education Questionnaire-short version“ (CADE-Q-SV) og notuð hér í fyrsta sinn. Mælitækið inniheldur 20 fullyrðingar og eru svarmöguleikar „rétt“, „rangt“ eða „veit ekki“. Gefið er stig fyrir rétt svar og hægt er að fá 0–20 stig. Próffræðilegir eiginleikar mælitækisins hafa reynst fullnægjandi (Ghisi o.fl., 2016).

Einkenni þunglyndis og kvíða voru metin með íslenskri útgáfu „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), 14 atriða mælitæki sem myndar 2 kvarða, þunglyndis- og kvíðakvarða. Atriðin eru metin á kvarðanum 0–3 og stigafjöldinn fyrir hvorn kvarða er 0–21. Fleiri en 8 stig gefa til kynna einkenni um kvíða eða einkenni um þunglyndi (Jakob Smári o.fl., 2008).

Upplýsingum um áhættuþætti kransæðasjúkdóms, fyrri innlagnir vegna kransæðasjúkdóms, aldur, kyn, búsetu og menntun, hve margir byggju á heimili þátttakenda að þeim meðtöldum og hvernig þátttakanda gengi að láta enda ná saman í hverjum mánuði var safnað úr sjúkraskrá og með spurningalista.

Úrvinnsla gagna

Við greiningu áhættuþátta var miðað við skilgreiningar á meðferðarmarkmiðum í klínískum leiðbeiningum evrópsku hjartasamtakanna (e. *European Society of Cardiology*) um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms (Piepoli o.fl., 2016). Ofþyngd var skilgreind sem líkamspýngdarstuðull (LPS) ≥ 25 kg/m² og offita sem LPS ≥ 30 kg/m². Miðlæg offita (offita á kvið) var skilgreind sem mittismál ≥ 88 sm hjá konum og ≥ 102 sm hjá körlum. Hreyfing var metin með spurningum um hversu oft fólk stundaði 30 mínútna líkamshreyfingu (í vinnu, frítíma og daglegum störfum). Virkir reykingamenn töldust þeir sem reyktu síðastliðinn mánuð fyrir innlögn. Með einkenni kvíða eða þunglyndis voru þeir sem fengu 8 stig eða meira á HADS-kvörðunum. Búseta í dreifbýli og þéttbýli var skilgreind eftir póstnúmerum (þéttbýli: póstnúmer 101–170, 200–225, 270–276, 600–603; dreifbýli: önnur póstnúmer). Lýsandi tölfraedi var notuð til að lýsa einkennum úrtaksins. Reiknað var meðaltal og staðalfrávik fyrir samfelldar breytur og tíðni og hlutföll fyrir flokkabreytur.

Ályktunartölfraedi var notuð til að lýsa tengslum á milli breyta og notuð til þess stikuð próf og Pearson-fylgnistuðull.

Tvíhliða t-próf og Anova-dreifgreining voru notuð til þess að bera saman meðaltöl sjálfsumönnunar (A-, B- eða C-hluta) á milli tveggja eða fleiri óháðra hópa. Samband sjálfsumönnunar (fylgibreyta) við aldur, sjúkdómstengda þekkingu og einkenni kvíða og þunglyndis (frumbreytur) var metið með einfaldri aðhvarfsgreiningu. Fjölbreytuaðhvarfsgreining var gerð til að finna hvaða frumbreytur spá fyrir um viðhald heilbrigðis (líkan 1), stjórnun sjálfsumönnunar (líkan 2) og trú á eigin getu (líkan 3). Í hvert líkan voru valdar þær frumbreytur sem fyrri rannsóknir hafa sýnt að tengist sjálfsumönnun eða þær sem höfðu marktæka fylgni við fylgibreyturnar (sjá breytur í töflu 1) og notuð þrepaskipt, afturábak-aðferð. Gögnin uppfylltu skilyrði um normaldreifingu fylgibreyta, línulegt samband þeirra við frumbreytur og tilviljanakennda dreifingu leifaliða. Miðað var við marktæktarmörk $p < 0,05$ og gögnin voru greind með IBM SPSS-forritinu, útgáfu 26 og R-útgáfu 3.5.

Síðfræði

Rannsóknin var unnin í samræmi við ákvæði Helsinkiyfirlýsingarinnar (World Medical Association, 2013). Vísindasíðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni (tilvísunarnúmer 17–159) og var hún tilkynnt til Persónuverndar. Framkvæmdastjórar lækninga á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri veittu einnig leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Þátttakendur fengu bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina og skrifuðu undir upplýst samþykki áður en gagnasöfnun hófst.

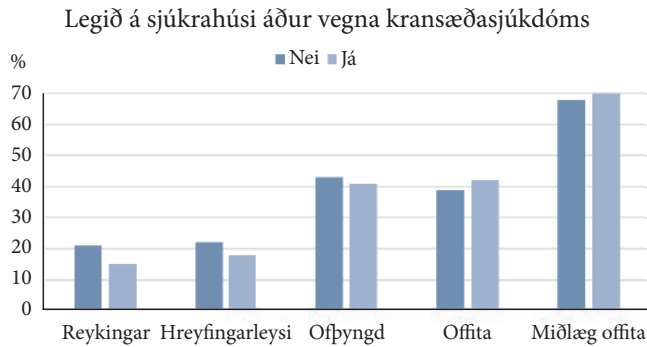
Niðurstöður

Í rannsókninni voru 445 þátttakendur á aldrinum 29–79 ára, meðalaldur var 64,1 ár (sf 9,1 ár) og 80% voru karlar. Flestir þátttakenda höfðu lokið framhaldsskólaprófi (45%) en fæstir voru með háskólapróf (23%). Meirihluti þátttakenda var í hjúskap eða í sambúð (72%) og lítill hluti þeirra bjó einn (20%). Flestir bjuggu í þéttbýli (70%) og tekjur flestra dugðu fyrir útgjöldum (88%). Rúmlega helmingur þátttakenda (55%) hafði ekki áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og 47% lögðust brátt inn á sjúkrahús með kransæðastíflu eða hvíkula hjartaöng. Þeir sem ekki lögðust brátt inn voru innkallaðir til hjartaþræðingar eða hjáveituskurðaðgerðar (53%). Sjúkdómstengd þekking þátttakenda mældist 13,7 (sf 3,2) með þekking-KRANS mælitækinu.

Áhættuþættir

Alls mældust 16% þátttakenda í kjörþyngd (LPS < 25 kg/m²), 42% mældust í ofþyngd, 42% taldist vera með offitu og miðlæg offita mældist hjá 70% þátttakenda. Meirihluti þátttakenda (80%) sagðist hreyfa sig í a.m.k. 30 mínútur á dag. Fimmtungur þátttakenda (20%) hafði áður greinst með sykursýki og 18% reyktu. Samanburður á stöðu áhættuþátta meðal þeirra sem höfðu legið á sjúkrahúsi áður vegna kransæðasjúkdóms og þeirra sem voru að leggjast inn í fyrsta sinn sýndi að ein-

ungis var marktækur munur á hópunum hvað varðar reykningar ($p = 0,048$) þar sem þeir sem höfðu ekki lagst inn á sjúkrahús áður vegna kransæðasjúkdóms reyktu frekar (mynd 1).



Mynd 1. Staða lífsstílstengdra áhættuþátta

Ofþyngd: LBS ≥ 25 og $\leq 29,9$; offita: LBS ≥ 30 ; miðlæg offita: mittismál ≥ 88 sm hjá konum og ≥ 102 sm hjá körlum

Kviðastig á HADS-kvarða voru að meðaltali 4,8 (sf 3,7) og stigafjöldi 23% þátttakenda gaf til kynna kviða (≥ 8 stig). Þunglyndisstig á HADS-kvarða voru að meðaltali 4,3 (sf 3,4) og

stigafjöldi 18% þátttakenda gaf til kynna þunglyndi (≥ 8 stig). Nánari lýsing á bakgrunni þátttakenda má finna í töflu 1.

Mat á sjálfsmönnum og trú á eigin getu

Viðhald heilbrigðis mældist að meðaltali 61,6 (sf 15,4), stjórnun sjálfsmönnum 53,5 (sf 18,5) og trú á eigin getu 52,3 (sf 22,9). Marktæk fylgni var á milli trúar á eigin getu og stjórnunar sjálfsmönnum annars vegar ($r = 0,200$, $p < 0,001$) og trúar á eigin getu og viðhalds heilbrigðis hins vegar ($r = 0,223$, $p < 0,001$). Einnig var marktæk fylgni á milli viðhalds heilbrigðis og stjórnunar sjálfsmönnum ($r = 0,107$, $p = 0,042$).

Viðhald heilbrigðis mældist betra hjá konum en körlum og betra hjá þeim sem bjuggu með öðrum en þeim sem bjuggu einir. Viðhald heilbrigðis mældist einnig betra hjá þeim sem sögðust geta lagt fyrir af tekjum sínum mánaðarlega en hjá þeim sem sögðu tekjur duga sjaldan eða aldrei fyrir nauðsynlegum mánaðarlegum útgjöldum ($p = 0,001$). Þegar munur á hópunum var skoðaður með „Tukey post-hoc“-prófi kom í ljós að bæði var munur á þeim sem sögðu tekjur duga aldrei eða sjaldan fyrir útgjöldum og þeim sem sögðu þær rétt duga fyrir útgjöldum ($p = 0,005$) annars vegar og svo þeim sem sögðust

Tafla 1. Tengsl bakgrunnsbreyta við sjálfsmönnum og trú á eigin getu til sjálfsmönnum (Sjálfsmönnum-KRANS)

Bakgrunnsbreyta	Fjöldi (%)	Viðhald heilbrigðis			Stjórnun sjálfsmönnum			Trú á eigin getu		
		M (sf)	t (df)	p	M (sf)	t (df)	p	M (sf)	t (df)	p
Kyn										
Karlar	354 (80)	60,7 (15,5)	-2,41 (382)	0,016	53,1 (19,0)	-0,77 (361)	0,444	52,1 (22,8)	-0,37 (368)	0,713
Konur	91 (20)	65,4 (14,1)			55,0 (16,6)			53,2 (23,6)		
Hjúskaparstaða										
Einhleyp(ur)/fráskilin(n), ekkja/ekkill	123 (23)	60,3 (17,2)	0,99 (382)	0,323	55,5 (20,0)	-1,23 (361)	0,217	56,1 (22,3)	-1,92 (368)	0,055
Kvæntur/gift/i sambúð	319 (72)	62,1 (14,6)			52,8 (18,0)			50,9 (23,0)		
Fjöldi á heimili										
Einn	74 (20)	57,3 (15,6)	-2,86 (370)	0,005	53,5 (20,1)	-0,02 (353)	0,984	49,8 (20,3)	-0,81(360)	0,420
Tveir eða fleiri	303 (80)	63,0 (15,1)			53,5 (18,2)			52,3 (23,3)		
Búseta										
Dreifbýli	134 (30)	61,2 (14,4)	0,34 (382)	0,736	53,7 (20,5)	-0,13 (361)	0,900	50,8 (23,4)	0,83 (368)	0,407
Þéttbýli	311 (70)	61,8 (15,8)			53,4 (17,7)			52,9 (22,7)		
Fyrri sjúkrahúsinnlögn vegna kransæðasjúkdóms										
Já	198 (45)	65,9 (13,7)	4,87 (379)	< 0,001	56,2 (17,0)	2,60 (358)	0,010	53,2 (22,9)	0,59 (365)	0,557
Nei	243 (55)	58,4 (15,8)			51,1 (19,4)			51,7 (23,0)		
			F (df)			F (df)			F (df)	
Menntun										
Grunnskólapróf	122 (32)	61,0 (15,6)	2,14 (2)	0,119	56,2 (19,6)	2,05(2)	0,131	52,7 (23,8)	1,45 (2)	0,237
Framhaldsskólapróf	171 (45)	61,0 (15,0)			51,6 (18,2)			50,4 (23,3)		
Háskólapróf	88 (23)	64,8 (14,6)			53,8 (17,5)			55,5 (21,1)		
Tekjur										
Duga aldrei eða sjaldan	44 (12)	57,6 (14,9)	7,0 (2)	0,001	55,1 (20,1)	0,27(2)	0,763	48,2 (20,9)	1,41(2)	0,245
Duga rétt	115 (31)	58,8 (16,3)			52,7 (19,0)			51,3 (22,0)		
Getur lagt fyrir	211 (57)	64,3 (14,2)			53,8 (18,2)			54,1 (23,5)		
			β			β			β	
Aldur			0,07	0,427		0,02	0,836		-0,44	0,001
Þekking-KRANS			1,28	< 0,001		0,36	0,271		1,31	< 0,001
HADS-kviðastig			-0,08	0,705		-0,09	0,748		-0,51	0,115
HADS-þunglyndisstig			-0,37	0,111		-0,48	0,100		-1,23	< 0,001

geta lagt fyrir hins vegar ($p = 0,021$). Bæði viðhald heilbrigðis og stjórnun sjálfsmönunnar mældist betri hjá þeim sem áður höfðu lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms en þeim sem voru að leggjast inn í fyrsta sinn. Ekki mældist munur á sjálfsmönun og trú á eigin getu hjá þeim sem bjuggu í dreifbýli og þéttbýli.

Einföld aðhvarfsgreining leiddi í ljós að trú á eigin getu minnkaði með hækkandi aldri og auknum einkennum þunglyndis. Aðhvarfsgreining sýndi einnig að með aukinni þekkingu á sjúkdómnum batnaði viðhald heilbrigðis og trú á eigin getu jókst. Þetta samband hélst marktækt í fjölþáttaaðhvarfsgreiningu. Tengsl viðhalds heilbrigðis, stjórnunar sjálfsmönunnar og trúar á eigin getu við bakgrunnsbreytur eru sýnd í töflu 1.

Forspárþættir sjálfsmönunnar og trúar á eigin getu

Fjölbreytuaðhvarfsgreining leiddi í ljós að viðhald heilbrigðis var betra hjá konum en körlum, hjá þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu meiri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,149$, $p < 0,01$). Þrátt fyrir að ekki hafi verið hægt að skýra breytileika í viðhaldi heilbrigðis marktækt með fjölda heimilismanna (hvort sjúklingur byggji einn eða með öðrum) þá styrkti sú breyta líkanið og því var ákveðið að halda henni inni. Einungis einn þáttur, að hafa lagst áður inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms, hafði fylgni við stjórnun sjálfsmönunnar ($R^2 = 0,018$, $p < 0,01$). Trú á eigin getu minnkaði með hækkandi aldri, meiri einkennum þunglyndis og minni sjúkdómstengdri þekkingu ($R^2 = 0,086$, $p < 0,01$). Niðurstöður fjölbreytuaðhvarfsgreiningar má sjá í töflu 2.

Umræða

Rannsókn þessi er sú fyrsta á Íslandi þar sem metnir eru áhættuþættir og sjálfsmönun einstaklinga með kransæðasjúkdóm og niðurstöður hennar veita mikilvægar upplýsingar fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Gildi sjálfsmönunnar í meðferð langvinnra sjúkdóma hlýtur sífellt meiri athygli og viðurkenningu (Riegel o.fl., 2017) en rannsóknir á Íslandi um efnið eru fáar, sérstaklega innan hjúkrunar hjartasjúklinga. Reyndar hefur ekki, fram til þessa, verið til sértækt mælitæki sem metur sjálfsmönun einstaklinga með kransæðasjúkdóm og aðeins fannst rannsókn höfunda mælitækisins sem hér er notað, um próffræðilega eiginleika þess (Dickson o.fl., 2017). Ekki fundust heldur aðrar rannsóknir þar sem könnuð voru tengsl milli þekkingar og sjálfsmönunnar hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að meðalheildarstigafjöldi þáttanna þriggja, viðhalds heilbrigðis, stjórnunar sjálfsmönunnar og trúar á eigin getu, var á bilinu 52,3–61,6 stig. Þar sem mælitækið um sjálfsmönun er nýlegt eru viðmiðunarmörk fyrir fullnægjandi sjálfsmönun fyrir þennan sjúklingahóp ekki þekkt. Hins vegar hafa rannsóknir á sjálfsmönun einstaklinga með hjartabilun, þar sem notað er sambærilegt mælitæki („Self-Care of Heart Failure Index“, (SCHFI)) sýnt að ≥ 70 stig gefa til kynna fullnægjandi sjálfsmönun á þáttunum þremur (Riegel o.fl., 2009). Sé miðað við rannsóknir Riegel og féлага (2009) gefa niðurstöður þessarar rannsóknar því til kynna að sjálfsmönun íslenskra kransæðasjúklinga sé ekki nægilega góð. Rannsóknir á einstaklingum með hjartabilun hafa sýnt svipaðar niðurstöður eða meðalstigafjölda 55,2–55,6 í öllum þremur þáttum sjálfsmönunnar (Ausili o.fl., 2016).

Tafla 2. Þættir sem spá fyrir um viðhald heilbrigðis, stjórnun sjálfsmönunnar og trú á eigin getu til sjálfsmönunnar (Sjálfsmönun-KRANS) (N = 445)

Forspárþættir	b	95% CI	R ²
<i>Líkan 1: Viðhald heilbrigðis</i>			0,149*
(Fasti)	38,3*	30,9–45,7	
Þekking-KRANS	1,2*	0,7–1,7	
Áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms [já]	6,6*	3,4–9,7	
Kyn [kona]	5,7*	1,8–9,6	
Býr með öðrum [já]	3,9	-0,2–8,0	
<i>Líkan 2: Stjórnun sjálfsmönunnar</i>			0,018*
(Fasti)	51,1*	48,6–53,7	
Áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms [já]	5,1*	1,2–8,9	
<i>Líkan 3: Trú á eigin getu til sjálfsmönunnar</i>			0,086*
(Fasti)	70,2*	48,5–91,9	
Aldur	-0,4*	-0,7–0,2	
HADS-þunglyndisstig	-1,2*	-1,9–0,5	
Þekking-KRANS	1,0**	0,3–1,8	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Eins og í EUROASPIRE-rannsókninni (Kotseva o.fl., 2019) náði minnihluti þátttakenda þeim markmiðum sem klínískar leiðbeiningar um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms kveða á um varðandi reykingar og offitu. Hærra hlutfall íslenskra sjúklinga segist stunda reglubundna hreyfingu en í EUROASPIRE-rannsókninni, en þar sögðust 34% hreyfa sig í a.m.k. 30 mínútur daglega fimm daga vikunnar (Kotseva o.fl., 2019) samanborið við 80% í þessari rannsókn. Þess ber þó að geta að í þessari rannsókn voru dagleg störf talin með í hreyfingunni. Óhagstæð staða áhættuþátta meðal þátttakenda rennir enn frekar stoðum undir þá ályktun að sjálfsmönnum sé ábótavant meðal íslenskra kransæðasjúklinga og að aðgerða sé þörf. Ekki síst var það athyglisvert að lítil munur á stöðu áhættuþátta var hjá þeim sem lögðust inn í fyrsta sinn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu áður lagst inn af þeim sökum, en viðhald heilbrigðis og stjórnun sjálfsmönnum þeirra síðarnefndu mældist þó marktækt betri.

Með reynslunni lærir fólk að aðlaga sjálfsmönnum að sínu daglega lífi og finna leiðir til að efla hana (Dickson og Riegel, 2009). Hæfni til sjálfsmönnum getur því aukist með aukinni sjúkdómsreynslu og líklegt er að þekking á þeim úrræðum sem gefast vel verði meiri með aukinni reynslu. Rannsókn Wilkinson og félagar (2014) á sjálfsmönnum fólks með sykursýki sýndi til dæmis mikilvægi þess að læra af reynslunni og byggja þekkingu ofan á fyrri reynslu. Sjálfsmönnum einstaklinga með kransæðasjúkdóm er flókin og margþætt og þekking er einn af hornsteinum hennar (Riegel o.fl., 2017). Því er mikilvægt að styrkja sjúklinga í því að byggja ofan á þekkingu sem fyrir er. Þegar þekking er lítil og takmarkaður skilningur er á sjúkdómsástandinu er líklegt að sjálfsmönnum sé ófullnægjandi. Hins vegar útilokar lítil skilningur ekki fullnægjandi sjálfsmönnum, til dæmis getur einstaklingur fylgt ráðlagðri meðferð án þess að skilja ástæðuna fyrir henni. Aðrir hafa næga þekkingu og skilning en samt sem áður er sjálfsmönnum þeirra ófullnægjandi, t.d. geta þeir reykt eða ástunda ekki reglubundna hreyfingu þrátt fyrir að vita um mikilvægi þess fyrir eigin heilsu (Riegel o.fl., 2012). Rannsóknir hafa þó sýnt að þekking getur haft jákvæð áhrif á lífsstílstengda áhættuþætti kransæðasjúklinga, eins og hreyfingu, mataræði og reykingar (Ghisi o.fl., 2014) og þekking tengist viðhaldsþætti sjálfsmönnum með beinum hætti. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að með aukinni sjúkdómstengdri þekkingu batnaði viðhald heilbrigðis og trú á eigin getu jókst. Með fræðslu og stuðningi heilbrigðisstarfsfólks gefst því kostur á að efla sjálfsmönnum sjúklinga og það getur aftur leitt til jákvæðra áhrifa á lífsstíl og áhættuþætti og minnkað einkenni sjúkdómsins (Housholder-Huges o.fl., 2015). Fræðsla er þannig lykilþáttur í meðferð kransæðasjúkdóms. Til þess að uppfylla ólíkar þarfir fólks og efla sjálfsmönnum einstaklinga með langvinna sjúkdóma er mikilvægt að fræðsluúrræði séu fjölbreytt, fari fram á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustunnar og með virkri þátttöku einstaklinganna sjálfra (Stenberg o.fl., 2016).

Það kom nokkuð á óvart að ekki reyndust vera tengsl á milli stjórnunar sjálfsmönnum og þekkingar. Hugsanleg skýring er að stór hluti þátttakenda greindist með kransæðasjúkdóm í þessari sjúkdómslegu og hafði því ekki reynslu af

því að stjórna sjúkdómi sínum. Einnig má leita skýringa í því að stjórnunin felur í sér hegðun og þekking ein og sér nægir ekki til að fólk breyti hegðun sinni, eins og þegar hefur komið fram.

Jákvæð fylgni reyndist vera á milli viðhalds heilbrigðis og trúar á eigin getu annars vegar og á milli stjórnunar sjálfsmönnum og trúar á eigin getu hins vegar. Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna um mikilvægi trúar á eigin getu á öllum stigum í sjálfsmönnumarferlinu en trú á eigin getu tengist aukinni hreyfingu og andlegri heilsu, meiri lífsgæðum og betri aðlögun að langvinnu sjúkdómi (Buck o.fl., 2015). Rannsóknir hafa einnig sýnt að trú á eigin getu hefur áhrif á hversu vel einstaklingum með kransæðasjúkdóm tekst að breyta og viðhalda heilbrigðum lífsstíl (Sol o.fl., 2011).

Einstaklingsmiðuð umönnun (*e. person-centred care*) hefur reynst vel í meðferð kransæðasjúklinga eftir bráð veikindi (Fors o.fl., 2017) og gefa rannsóknir tilefni til að íhuga innleiðingu hennar við skipulagningu meðferðar innan hjúkrunar jafnt sem annarra fagstétta. Meðferð sem er skjólstæðingsmiðuð og felur í sér fræðslu og stuðning við sjálfsmönnum, raunhæfa markmiðssetningu, sem eflir fólk og hvetur til hegðunarbreytinga, getur aukið trú á eigin getu til sjálfsmönnum. Slík meðferð krefst virkrar þátttöku einstaklingsins í eigin meðferðaráætlun og samstarfs hans við hjúkrunarfræðing og lækni (Ludman o.fl., 2013). Þetta er í samræmi við nýttgefna heilbrigðisstefnu fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 þar sem áhersla er lögð á heilsuefningu og forvarnir, upplýsingagjöf, rétta þjónustu á réttum stað og virka notendur heilbrigðisþjónustunnar (Heilbrigðisráðuneytið, 2019).

Styrkleiki og takmarkanir rannsókna

Nokkur atriði takmarka gildi rannsóknarinnar. Þar er helst að nefna að mælitækið „Sjálfsmönnum-KRANS“ er nýtt og þótt próffræðilegir eiginleikar þess hafi mælt fullnægjandi hefur reynslan af notkun þess í erlendum rannsóknum enn sem komið er ekki verið birt. Enn fremur er það notað hér í fyrsta sinn á Íslandi. Klínísk þýðing niðurstaðna er því ekki ljós. Á móti kemur að mælitækið er sértækt fyrir einstaklinga með kransæðasjúkdóm sem er styrkleiki og nýjung innan rannsókna á sjálfsmönnum þessa hóps. Ekki gafst tækifæri í þessari rannsókn til að prófa frekar kenningu Riegel og félagar (2012) um sjálfsmönnum í langvinnu sjúkdómum með því að kanna samband fleiri þekktra áhrifaþátta sjálfsmönnum en hér var gert. Slíka rannsókn væri áhugavert að gera í framtíðinni og þá væri ef til vill hægt að finna fleiri skýringar á breytileika í sjálfsmönnum en komu fram í þessari rannsókn. Að lokum má nefna að hér á við sú hætta, eins og í öðrum rannsóknum þar sem beitt er sjálfsmatslista, að þátttakendur svari spurningum eins og þeir telja æskilegt frekar en sannleikanum samkvæmt.

Ályktanir

Kransæðasjúkdómur er algengur og alvarlegur lífsstílstengdur sjúkdómur sem hefur neikvæð áhrif á heilsu og lífsgæði. Staða lífsstílstengdra áhættuþátta og sjálfsmönnum íslenskra sjúk-

linga er ekki eins góð og æskilegt getur talist en trú á eigin getu og nægileg þekking virðast hins vegar geta haft jákvæð áhrif á sjálfsþróun. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn beiti sér fyrir því að draga úr áhrifum kransæðasjúkdóms með því að efla trú sjúklinga á eigin getu og virkja áhuga þeirra til að takast á við áhættuþætti sína. Skipulagning einstaklingshæðrar fræðslu, innleiðing hennar í klínisku starfi og mat á árangri er jafnframt nauðsynlegur hluti af árangursríkri meðferð við kransæðasjúkdómi. Huga þarf sérstaklega að nýgreindum einstaklingum, körlum, eldra fólki, þeim sem búa einir og einstaklingum með einkenni þunglyndis.

Þakkarorð

Sérstakar þakkir fær Auður Ketilsdóttir fyrir samstarf við undirbúning og framkvæmd rannsóknarinnar. Einnig fá Kolbrún Sigurlásdóttir, Inga Valborg Ólafsdóttir, Lilja Þorsteinsdóttir, Védís Húnbogadóttir, Hildur Rut Albertsdóttir, Hildur Birna Helgadóttir og Margrét Sigmundsdóttir þakkir fyrir vandaða vinnu við gagnasöfnun. Höfundar þakka einnig styrktaraðilum rannsóknarinnar en rannsóknin var styrkt af Bygðastofnun, vísindasjóði Landspítala, vísindasjóði Sjúkrahússins á Akureyri, rannsóknar- og vísindasjóði hjúkrunarfræðinga, vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (B-hluti), rannsóknarsjóði Háskólans á Akureyri, Hjartavernd Norðurlands og menningar- og viðurkenningarsjóði KEA. Síðast en ekki síst þakka höfundar þátttakendum fyrir að gefa sér tíma til að taka þátt í rannsókninni.

Heimildir

Aspelund, T., Guðnason, V., Magnúsdóttir, B. T., Andersen, K., Sigurdsson, G., Thorsson, B., ... Capewell, S. (2010). Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25–74 between the years 1981 and 2006. *Plos One*, 5(11), e13957. doi:10.1371/journal.pone.0013957

Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M. G., Paturzo, M., ... Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 18–27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.006

Barbaranelli, C., Lee, C. S., Vellone, E. og Riegel, B. (2014). Dimensionality and reliability of the self-care of heart failure index scales: Further evidence from confirmatory factor analysis. *Research in Nursing & Health*, 37(6), 524–537. doi: 10.1002/nur.21623

Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R. og Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1714–1722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018

Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A., Anand, S. S. og Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 121(6), 121: 750–758. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523

Dickson, V. V., Lee, C. S., Yehle, K. S., Mola, A., Faulkner, K. M. og Riegel, B. (2017). Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). *Research in Nursing and Health*, 40(1), 15–22. doi: 10.1002/nur.21755

Dickson, V. V. og Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart & Lung*, 38(3), 253–261. doi: 10.1016/j.hrtlung.2008.12.001

Fors, A., Swedberg, K., Ulin, K., Wolf, A. og Ekman, I. (2017). Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 249, 42–47. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.08.069

Ghisi, G. L. de M., Abdallah, F., Grace, S. L., Thomas, S. og Oh, P. (2014). A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*, 95(2), 160–174. doi:10.1016/j.pec.2014.01.012

Ghisi, G. L. de M., Sandison, N. og Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443–447. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.002

Heilbrigðisráðuneytið. (2019). Heilbrigðisstefna. Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Sótt á <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=879dd726-9e80-11e9-9443-005056bc4d74>

Housholder-Hughes, S. D., Ranella, M. J., Dele-Michael, A., Bumpus, S., Krishnan, S. M. og Rubenfire, M. (2015). Evaluation of a postdischarge coronary artery disease management program. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(7), 371–378. doi: 10.1002/2327-6924.12201

Jakob Smári, Daníel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenski gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið — Tímarit Sálfræðingafélags Íslands* 13, 147–169.

Karl Andersen, Thor Aspelund, Elias Freyr Guðmundsson, Kristín Siggeirsdóttir, Rósa Björk Þórólfsdóttir, Gunnar Sigurðsson og Vilmundur Guðnason. (2017). Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfu öld. *Læknablaðið*, 103(10), 411–420. doi: 10.17992/ibl.2017.10.153

Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D. ... Wood, D. (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology* 26(8), 824–835. doi:10.1177/2047487318825350

Ludman, E. J., Peterson, D., Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P. ... Gensichen, J. (2013). Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behavioral Medicine*, 39(1), 1–6. doi: 10.1080/08964289.2012.708682

Mendis, S., Puska, P. og Norrving, B. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Genf: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin ásamt Alþjóðahjartasamtökunum og Alþjóðaheilaþóðfallsamtökunum. Sótt á http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L. ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106

Riegel, B., Jaarsma, T. og Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. doi: 10.1097/ANA.0b013e318261b1ba

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V. og Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485–497. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0

Riegel, B., Moser, K. D., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997

Schnohr, P., Marott, J. L., Kristensen, T. S., Gyntelberg, F., Grønbaek, M., Lange, P. ... Prescott, E. (2015). Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: The Copenhagen City Heart Study. *European Heart Journal*, 36(22), 1385–1393. doi: 10.1093/eurheartj/ehv027

- Sol, B. G. M., van der Graaf, Y., van Petersen, R. og Visseren, F. L. J. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 180–186. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. og Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759–1771. doi://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027
- Thorolfssdóttir, R. B., Aspelund, T., Capewell, S., Critchley, J., Gudnason, V. og Andersen, K. (2014). Population assessment of future trajectories in coronary heart disease mortality. *Plos One*, 9(1): e85800. doi: 10.1371/journal.pone.0085800
- Wilkinson, A., Whitehead, L. og Ritchie, L. (2014). Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 111–122. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.006
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo Fernandez, R. ... Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition*. Brussel: European Heart Network. Sótt á <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Sótt á [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053

English Summary

Svavarsdóttir, M. H., Sæmundsdóttir, K. G., Ingadóttir, B.

Risk factors and self care of individuals with coronary heart disease: cross sectional study

Aim: Good self-care can reduce lifestyle related risk factors for coronary heart disease (CHD) and slow disease progression. The aim of this study was to describe risk factors, self-care and self-confidence of individuals with CHD.

Method: Cross-sectional study design was used. Participants were patients admitted to hospitals in Iceland for a treatment of CHD. Data about risk factors, disease-related knowledge and background were collected at discharge, using questionnaires, physical measurements and medical records. The “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” (SC-CHDI) was used to measure self-care maintenance, management, and confidence (possible score 0-100 for each domain, higher scores indicate better self-care). Data was analyzed with descriptive and inferential statistics.

Results: Participants were 445 (80% males), with mean age 64.1 years (SD 9.1). Almost half (45%) of the participants had a history of hospitalization for CHD, at the time of recruitment in the study 47% were admitted acutely. Almost half (42%) of participants were overweight, 42% were obese, 20% had diabetes and 18% were active smokers. A total of 23% had symptoms of anxiety and 18%

had symptoms of depression. The mean score for self-care maintenance was 61.6 (SD 15.4), management 53.5 (SD 18.5), and self-confidence 52.3 (SD 22.9). Better self-care maintenance was associated with better disease-related knowledge, being female, living with others and having previously been hospitalized for CHD ($R^2 = 0,149, p < 0,01$). Better self-care management was associated with having previously been hospitalized because of CHD ($R^2 = 0,018, p < 0,01$). Better self-care confidence was associated with better disease-related knowledge, younger age and less symptoms of depression ($R^2 = 0,086, p < 0,01$).

Conclusion: Self-care and risk factors of individuals with CHD were found to be unfavorable. Post-discharge follow-up and patient education can be an important factor in enhancing confidence to self-care and thus improving risk factor profiles.

Keywords: Coronary heart disease, risk factors, self-care, self-care confidence, patient education.

Correspondent: mhs@unak.is