



KJØNNSFORSKJELLER I ETTERLEVELSE AV LIVSSTILSRÅD BLANT PERSONER MED HJERTE- OG KARSYKDOMMER.

Amalie Nilsen

Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo og Akershus, institutt for sykepleie

Kull: Høst 2010

30.04.13

Navn: Amalie Nilsen	Dato: 30.04.13
Tittel: Kjønnsforskjeller i etterlevelse av livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer.	
Sammendrag	
<p>Hensikt: Livsstilsrådgivning er et viktig aspekt i behandlingen for personer med hjerte- og karsykdommer. Dette for å forebygge videre utvikling av sykdom og dødelighet hos personer med hjerte- og karsykdommer. Livsstilsendring kan også fremme helse og livskvalitet. Formålet med denne studien er å undersøke om pasienter med hjerte- og karsykdommer når det gjelder i hvilken grad deres syn på livsstilsrådgivning og livsstilsfaktorer spiller en rolle for etterlevelsen av livsstilsråd, og om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn.</p>	
<p>Teoretisk fundament: Kvinner og menn er biologisk forskjellig, men har også gjennom sosialisering fått ulike roller som er knyttet opp til det å være kvinne og mann. Internasjonale og nasjonale studier har avdekket at kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer behandles ulikt av helsepersonell, hvor kvinner har hatt en tendens til å få mindre invasiv utredning og behandling enn menn. Videre har flere studier vist at det i liten grad blir gitt tilstrekkelig med livsstilsrådgivning. Studier har avdekket at menn i større grad mottar livsstilsråd, dette selv om kvinner hyppigere er hos lege, og er mer informasjonssøkende vedrørende egen helse. Å endre vaner og levestil er en kompleks prosess, noe som forklarer funn fra andre studier som viser at etterlevelsen av råd er lav hos denne pasientgruppen.</p>	
<p>Metodologi: Det benyttes data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Dataene er samlet inn i tiden 2006-2008. Utvalget består av 6547 kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer som har besvart spørsmålene som omhandler livsstilsrådgivning. Det er gjennomført krysstabellanalyser for å vise kjønnsforskjeller i fordeling på forklaringsvariablene. For å se sammenhenger og belyse hvilke faktorer som påvirker evnen til å følge livsstilsråd er det gjennomført binær logistisk regresjonsanalyse.</p>	
<p>Resultater: Krysstabellanalysene viser at det er statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder hvor viktig de syntes livsstilsråd er, hvor flere kvinner mener at råd er viktig og svært viktig. Regresjonsanalysen viser en tydelig sammenheng mellom det og syntes at livsstilsråd er viktig og etterlevelsen av livsstilsråd, men denne sammenhengen er like for kvinner og menn. Ved mottatt råd om livsstil viser analysene at det er statistisk signifikant flere menn enn kvinner som mottar livsstilsråd om å gå ned i vekt, slutte å røyke, mosjonere mer, spise mindre fett, salt, sukker samt det å leve mindre hektisk, med unntak av råd om å røyke mindre. Videre viser analysen ingen tydelig sammenheng mellom det å motta råd om livsstil og etterlevelse av livsstilsråd. Personer som mottar råd om å gå ned i vekt og mosjonere mer greier i mindre grad og etterleve livsstilsråd. Råd som omhandler kosthold syntes å ha en svak betydning for etterlevelse av livsstilsråd. Når det gjelder livsstilsfaktorer viser analysene at det er flere menn enn kvinner som har overvekt og fedme og forhøyet blodtrykk. Det er flere kvinner enn menn som har høyt kolesterol. Kvinner og menn er like i røykestatus og nivå av fysisk aktivitet. Det er en sammenheng mellom det å ha livsstilsfaktorer og etterlevelse av råd. Personer som har disse faktorene greier i mindre grad å etterleve livsstilsråd.</p>	
<p>Konklusjon: Det er en tydelig sammenheng mellom det å ha gode holdninger om livsstilsrådgivning for etterlevelsen av livsstilsråd. Personer som har livsstilsfaktorer greier i mindre grad å etterleve livsstilsråd. Det å motta livsstilsråd øker ikke etterlevelsen av livsstilsråd. Et større fokus på individuell oppfølging, motivasjon og holdningsendring er av stor betydning for at denne pasientgruppen skal ta tak i sine livsstilsfaktorer og endre sin livsstil for å forebygge mot ny og videre utvikling av hjerte- og karsykdommer.</p>	
Veileder: Idunn Brekke.	

Name: Amalie Nilsen

Title: Gender differences in ability to follow lifestyle advice among persons with cardiovascular disease.

Abstract

Purpose: Lifestyle counseling is an important aspect of preventing the development of disease and mortality in people with cardiovascular disease, but also promote health and quality of life. The purpose of this study is to investigate patients with cardiovascular disease view about lifestyle counseling and lifestyle factors and if this play a role in adherence to lifestyle advice, and whether this relationship differs for women and men.

Literature review: Men and women are biologically different, but also through socialization and various roles related to being a woman and man. Several studies have revealed that women and men with cardiovascular disease treated differently by health professionals, where women have a tendency to get less invasive exams and treatment than men. Furthermore, several studies have shown that there is given to little lifestyle advice in counseling. Studies have revealed that more men receive lifestyle related advice, although women are more frequent at the doctor, and are seeking more information about their own health. Changing habits and way of life is a complex process, which makes compliance advice low in this population.

Method: There is used data from the population health survey in Nord-Trøndelag (HUNT 3). The data is collected in the period from 2006-2008. The sample consists of 6547 men and women with cardiovascular disease who answered questions related to lifestyle counseling. It is carried crosstab analysis to show gender differences in the distribution of the variables. In order to illustrate the factors that affect ability to follow lifestyle advice is conducted logistic regression analysis.

Results: Crosstab analyzes show that there are statistically significant differences between women and men in terms of how important they thought lifestyle advice is, where more women think that advice is essential and very important. The regression analysis shows a clear correlation between, and found that lifestyle advice is important for compliance with lifestyle advice, but this relationship is the same for women and men. On receiving such lifestyle advice, the analyzes show that there are statistically significantly more men than women receiving lifestyle advice to lose weight, quit smoking, exercise more, eat less fat, salt, sugar and the living less hectic, with the exception of advice to smoke less. Further analysis shows no clear correlation between the receiving lifestyle advice and adherence to lifestyle changes. Individuals receiving advice to lose weight and exercise more stuff less and live the life-style. Advice concerning diet appeared to have a slight impact on adherence to lifestyle advice. When it comes to lifestyle factors, the analyzes show that there are more men than women with overweight and obesity and elevated blood pressure. There are more women than men who have high cholesterol. Women and men are equal in smoking status and level of physical activity. There is a correlation between having lifestyle factors and compliance with lifestyle advice. People who have these factors manage to a lesser extent to comply with lifestyle advice.

Conclusion: There is a clear correlation between having positive attitudes about lifestyle counseling for adherence to lifestyle advice. Persons with lifestyle factors manage to a lesser extent to comply with lifestyle advice. To receive lifestyle advice does not increase compliance with lifestyle advice. A greater focus on individual attention, motivation and attitude change is of great importance for this group of patients to take hold of their lifestyle factors and change their lifestyle to prevent against new and further development of cardiovascular disease.

FORORD

Å produsere en masteroppgave er, som mange har sagt før meg – en langvarig vei som inneholder oppoverbakker, nedoverbakker, skarpe svinger og ulike vendinger. Det har vært både negative og positive perioder, men det har vært en lærerik prosess jeg ikke ville vært foruten. Det er derfor med ny innsikt og ikke minst glede jeg nå ser resultatet, som jeg håper kan være et bidrag til praksisfeltet. Forskjellen mellom kvinner og menn blant personer med hjerte- og karsykdommer fanget min interesse som sykepleier ved kardiologisk avdeling. Fagområdet kardiologi har de senere år rettet større interesse mot de kjønnsforskjellene som er på dette området, men faget er stort og flere aspekter er enda ikke studert. Derfor var denne masteroppgaven en flott mulighet til å undersøke et område av interesse og kanskje å avdekke ny kunnskap.

Det er mange som har bidratt til at denne masteroppgaven nå er et ferdig produkt jeg er stolt av. Veileder til dette mastergradsprosjektet har vært Førsteamanuensis Idunn Brekke ved Høgskolen i Oslo og Akershus – institutt for sykepleie. En stor takk til deg for konstruktive tilbakemeldinger, oppmuntrende ord underveis og ikke minst for å ha kurert min «skrekk» for statistikk. Veiledningen har vært uunnværlig. Videre vil jeg også takke Høgskolen i Oslo og Akershus for muligheten til å benytte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Og vil selvsagt takke de flotte menneskene som jobber med HUNT, som alltid har svart på spørsmål og mulige løsninger når det har dukket opp noen utfordringer. Jeg vil også takke mine flotte medstudenter Sylvi Vullum og Carolina Campos. Å sitte sammen med dere og dele alt fra frustrasjon til gode tips har bidratt til mange gleder og løsninger underveis.

Videre vil jeg også gi en stor takk til Silje C. Klett for motiverende samtaler og god hjelp til språkvask av oppgaven. Jeg vil takke mine kollegaer ved kardiologisk forskningsavdeling og kardiologisk sengepost ved Oslo Universitetssykehus – Rikshospitalet for gode faglige diskusjoner. En hjertelig takk til min kjæreste og samboer Thomas Hagen. Du har stilt opp med motiverende ord, forståelse når jeg har sittet på skolen utover kveldene og med middag på bordet.

Oslo, april 2013

Amalie Nilsen.

Innhold

1.0 INNLEDNING, TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.1 Sykepleiefaglig relevans	3
1.2 Oppgavens begrensning.....	4
1.3 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 HJERTE- OG KARSYKDOMMER, LIVSSTIL OG LIVSSTILSENDRING	6
2.1 Hjerte- og karsykdommer; årsak, behandling og dødelighet.....	6
2.2 Livsstilsfaktorer.....	8
2.2.1 Røyking.....	8
2.2.2 Høyt blodtrykk.....	8
2.2.3 Hyperkolesterolemi.....	9
2.2.4 Kosthold.....	9
2.2.5 Stress.....	9
2.2.6 Overvekt.....	10
2.2.7 Fysisk inaktivitet.....	10
2.3 Livsstil og livsstilsendring.....	11
3.0 TEORETISK RAMMEVERK, TIDLIGERE FORSKNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	15
3.1 Biologiske forklaringer.....	17
3.2 Det mannlige patriarkatet.....	20
3.3 Sosiologiske forklaringer.....	22
3.3.1 Kjønnsspesifikk sosialisering.....	22
3.3.2 Habitus og livsstil.....	24
3.4 Nøytralisering av kjønn.....	26
3.5 Tidligere forskning og forskningsspørsmål.....	27
4.0 DATA OG METODE	35
4.1 Beskrivelse av datamaterialet.....	35
4.1.1 Utvalgssammensetningen.....	36
4.1.2 Studiens validitet og reliabilitet.....	37
4.1.3 Forskningsetiske overveielser.....	38
4.2 Operasjonalisering av variablene.....	39
4.2.1 Den avhengige variabelen.....	39
4.2.2 Uavhengige variabler.....	40
4.3 Statistiske analyser.....	42

4.3.1 Krysstabellsanalyser	42
4.3.2 Logistisk regresjonsanalyse	43
4.4 Metoderefleksjon.....	44
5.0 DESKRIPTIV PRESENTASJON AV DATA.....	46
5.1 Diagnoser	46
5.2 Sosiodemografiske data	47
5.3 Livsstilsfaktorer.....	49
5.4 Livsstil og livsstilsrådgivning	51
6.0 PRESENTASJON AV RESULTATER	54
6.1 Kjønnforskjeller i etterlevelse av livsstilsråd – betydningen av å vurdere livsstilsråd som viktige, kontrollert for bakgrunnsvariabler.....	55
6.2 Kjønnforskjeller i mottatt råd om livsstil og hvordan dette påvirker etterlevelse av livsstilsråd.....	58
6.3 Kjønnforskjeller i livsstilsfaktorer og hvordan dette er av betydning for etterlevelse i livsstilsråd.....	61
6.4 Sammenfatning	65
7.0 DRØFTNING AV ANALYSERESULTATER.....	66
7.1 Kjønnforskjeller i sammenhengen mellom å syntes at livsstilsråd er viktig for etterlevelse av livsstilsråd.	66
7.2 Sammenhengen mellom det å motta råd om livsstil og etterlevelse av livsstilsråd	71
7.3 Livsstilsfaktorer og hvordan disse påvirker etterlevelse av livsstilsråd.....	77
8.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	84
8.1 Videre forskning	87
LITTERATURLISTE.....	88
VEDLEGG.....	97

1.0 INNLEDNING, TEMA OG PROBLEMSTILLING

Temaet som belyses i denne oppgaven er hvordan livsstilsrådgivning og livsstilsfaktorer er av betydning for etterlevelse av livsstilsråd, og om denne sammenhengen i livsstilsendring er forskjellig mellom kvinner og menn. Personer med hjerte- og karsykdommer er en stor gruppe pasienter og omfavner pasienter med koronar hjertesykdom, hjerneslag, rytmeforstyrrelser, sykdommer i nyrenes arterier og hjertesvikt. Det er etablert kunnskap vedrørende kvinners og menns ulike kliniske presentasjon, risikofaktorer og prognose ved hjerte- og karsykdom (Njølstad & Løchen, 1999). Internasjonal og nasjonal forskning har også avdekket at kvinner og menn blir behandlet ulikt i helsevesenet, til tross for lik diagnose og alvorlighetsgrad av hjertesykdom (Melberg, Thoresen & Westheim, 2005). Årsakene til hjertesykdom er bl.a. resultatet fra en ugunstig livsstil med høyt inntak av røyk, fettrik mat, overvekt og fysisk inaktivitet. Forebygging er essensielt for å hindre utvikling av hjertesykdom. Men for de med etablert hjertesykdom er det å passe sine risikofaktorer viktig for å bremse videre utvikling av sykdommen, men også for å hindre utvikling av ny hjerte- og karsykdom (Njølstad & Løchen, 1999). Hjerte- og karsykdommer er sterkt forbundet med en opphopning av belastende livsstilsfaktorer, derfor er det også mye å hente på at denne pasientgruppen tar tak i sine livsstilsvaner. Schenk-Gustavsson (2008) skriver at hele 6 av 10 dødsfall kan forebygges visst denne pasientgruppen tar tak i sine risikofaktorer, endrer sin livsstil, og ivaretar sin helse.

Denne oppgaven har fokus på risikofaktorer, livsstil og livsstilsendringer. Det sentrale vil være å kartlegge hvorvidt det foreligger forskjeller mellom kvinner og menn, samt hva som kan ha betydning for å endre levestil. Livsstilsendringer reduserer risikofaktorer, men flere studier har derimot vist at etterlevelsen av slike råd er lav (Haynes, 2001). Hensikten er også å undersøke om pasientgruppen faktisk rapporterer om å ha mottatt livsstilsråd, og om der er slik at rådene er betydningsfulle for å endre livsstil. Det finnes studier som har vist at personer som får tettere oppfølging ved hjerte- og karsykdommer, har lettere for å etterleve en hjertesunn livsstil, derimot vet vi mindre om dette er forskjellig for kvinner og menn (Haynes, 2001). I doktorgraden til Wensaas (2012) ble det beskrevet at det er nødvendig å finne nye metoder for å nå pasienter med hjerte- og karsykdommer, og faktisk øke deres sannsynlighet for etterlevelse av livsstilsråd, samt at dette kan påvirke denne pasientgruppen livskvalitet og helse i stor grad.

At det er ulikheter mellom kvinner og menn er det få som betviler. Kvinner og menn er biologisk forskjellig, men er også sosialisert på ulik måte. På den annen side er det teorier som hevder at kjønnsrollene utviskes i større grad. I dag er det ikke slik at kvinner har ansvaret for barn og familie, mens menn forsørger familien. De tradisjonelle kjønnsrollene er i større grad enn før i forandring. Flere kvinner tar høyere utdanning, og menn tar mer omsorgsansvar for barna. Dette er teorier som gjør at det er interessant å gå videre med denne studien og dens fokus på forskjeller i etterlevelse av livsstilsråd mellom kvinner og menn med hjerte- og karsykdom. Å gjennomføre en kartlegging bidrar til økt forståelse og gir ny kunnskap om hvorvidt det er slik at personer med hjerte- og karsykdom faktisk mottar tilstrekkelig med råd, og videre hva det er som faktisk påvirker etterlevelse av slike livsstilsråd.

Problemstilling er derfor som følger:

Hvilken rolle spiller negative livsstilsfaktorer og eget syn på livsstilsrådgivning for evnen til å følge livsstilsråd, blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdom? Og i hvilken grad er disse sammenhengene forskjellig for kvinner og menn?

For å besvare oppgavens problemstilling benyttes det data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Oppgaven benytter data fra et stort antall personer med hjerte- og karsykdom noe som gir et grunnlag for generalisering til personer med samme sykdommer i resten av landet.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Personer med hjerte- og karsykdommer er en stor pasientgruppe. Hjerte- og karsykdommer er ledende årsak til død hos personer i Norge, og mer enn 60 % av den norske befolkningen blir rammet av sykdommer i hjertet og blodårer. Hjertesykke er en stor samfunnsbelastning i vestlige land. Tall fra SSB viser at det i 2011 var personer med hjertesykdommer som hyppigst ble innlagt i norske sykehus. Norge er også det landet i Norden som bruker mest ressurser på medikamenter til sirkulasjonsorganene, bruk av invasiv utredning og behandlingsmetoder (St.meld.nr.16, 2002-2003). Sykepleie til pasienter med hjerte- og karsykdommer er et bredt fagområde, pasientgruppen er stor og sykepleiere møter pasientene i ulike kliniske kontekster som blant annet sykehjem, hjemmesykepleie, fastlegekontor og sykehus. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har sunket de siste årene, behandlingen på flere av de ulike hjertesykdommene regnes i dag som god og flere overlever alvorlig hjertesykdom. Samtidig rapporteres det at den norske befolkningen blir mer overvektige og er i mindre grad i fysisk aktivitet og myndighetene frykter konsekvensene av en økning i uheldige livsstilsfaktorer.

At behandlingen er av god kvalitet gjør at flere overlever og pasientene må håndtere de utfordringene det gir i hverdagen. Dette gir også flere utfordringer for sykepleierens fagutøvelse. Tidligere forskning har vist at undervisning og veiledning til personer med hjertesykdom er viktig for å kunne bidra til å snu de negative livsstilsfaktorene i riktig retning, og dette er noen av aspektene sykepleierne blir utfordret på. Ved å undervise formidler man kunnskap, og dette er en viktig faktor for mestring av sykdom (Granum, 2003). Effektivisering av drift og tidspress truer potensiell livsstilsrådgivning til denne pasientgruppen. Det er et ordtak som sier følgende: *"Informasjon er ikke gitt før det er forstått"*. Dette krever at sykepleiere som skal gi råd om livsstil, må ha innsikt i pasientens helsetilstand, ha pedagogiske evner og ikke minst ha tilstrekkelige kunnskaper om emnet. Derfor er det ønskelig å undersøke om det er slik at holdninger omkring livsstilsrådgivning er av betydning for etterlevelse av livsstilsråd, og om det er slik at personer som allerede er belastet med livsstilsfaktorer i mindre grad greier å følge slike råd. Jeg vil også belyse de kjønnsforskjellene som foreligger på dette området.

Tidligere studier har vist at etterlevelsen av livsstilsråd er lav blant personer med hjerte- og karsykdommer. Å endre livsstilsfaktorer kan bidra til å unngå forverring av hjertesykdommen, men også øke pasienters opplevelse av helse og livskvalitet (Wensaas, 2012). Å endre livsstil er også en faktor som forebygger mot for tidlig død hos denne pasientgruppen. Selv om denne oppgaven bare tar tak i en liten bit av et komplekst tema, kan den likevel være et bidrag innenfor dette forskningsfeltet som kan være nyttig for både sykepleiere og personer med hjerte- og karsykdom. Jeg ønsker med denne oppgaven å sette søkelys på dette viktige tema for å bidra til kunnskapsøkning på et område hvor helsepersonell møter store utfordringer.

1.2 Oppgavens begrensning

Innenfor temaet som omhandler personer med hjerte- og karsykdommer er det mange problemstillinger som ikke vil bli berørt i denne oppgaven. Studien er begrenset til å omhandle livsstil og livsstilsendring blant personer med hjerte- og karsykdommer. I denne oppgaven er samlebetegnelsen hjerte- og karsykdommer benyttet, og en ser derfor ikke på de ulike diagnosegruppene og hvordan disse fordeler seg i evnen til å endre livsstil. Noen av de ulike diagnosene som favner under denne samlebetegnelsen, er ikke forbundet med å ha mange belastende risikofaktorer som røyking, overvekt og fysisk inaktivitet, mens andre diagnoser er sterkt forbundet med en stor andel av slike livsstilsfaktorer. Et eksempel på dette er atrieflimmer og andre arytmier, som ikke kjennetegnes som en pasientgruppe med usunn livsstil. Mens personer med hjerteinfarkt og angina pectoris er sterkt forbundet med risikofaktorer. Men siden en stor andel i utvalget har multiple hjertediagnoser er disse inkludert i analysene. Derfor kan man ikke si noe om en gruppe med pasienter har vanskeligere for å etterleve livsstilsråd enn andre, men gi et mer generelt bilde av kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer.

I denne oppgaven ser jeg derfor forskjeller mellom kvinner og menn i hvilken grad de greier å endre atferd og følge livsstilsråd. På bakgrunn av dette er derfor hovedtyngden av teori som blir drøftet, sett i lys av kjønnteori. Andre teorier som atferdsendring, blir også inkludert i drøftingen, men er diskutert i noe mindre grad. Hadde hensikten vært å ha dybdefokus på kompleksiteten av livsstilsendring ville dette fått mer oppmerksomhet enn det har i denne oppgaven.

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 er en beskrivelse av begrepet hjerte og karsykdommer og hvilke diagnoser begrepet omfavner. Årsak og behandling blir også kort beskrevet. Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom er derimot nærmere redegjort for med et spesielt fokus på forskjeller mellom kvinner og menn.

Kapittel 3 er en gjennomgang av det teoretiske fundamentet for oppgaven. Her blir det presentert ulike teorier som kan bidra til å forklare forskjeller blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdom, og deres evne til å følge livsstilsråd. Tidligere forskning på området blir presentert og danner grunnlaget for oppgavens forskningsspørsmål sammen med det teoretiske rammeverket.

Kapittel 4 inneholder en beskrivelse av oppgavens datamateriale. Det blir gjort rede for utvalgssammensetningen, samt studiens utvalg og representativitet. Videre vil operasjonalisering av variablene presenteres. Ethiske overveielser og statistiske analyser blir også kort beskrevet i dette kapittelet. Avslutningsvis blir det reflektert over metodevalg.

Kapittel 5 viser til resultat av den beskrivende statistikken. I kapittelet blir det presentert hvordan kvinner og menn fordeler seg ulikt på diagnoser, bakgrunnsvariabler og sosiodemografiske variabler. Videre blir også variabler som omfavner ulike helserelaterte faktorer, og fordeling på livsstil og livsstilsrådvvariabler.

Kapittel 6 er oppgavens resultatkapittel fra de logistiske regresjonsanalysene som er gjennomført. Her blir resultatene beskrevet, spesielt med fokus på forskjeller mellom kvinner og menn.

Kapittel 7 er oppgavens diskusjonskapittel. Her er resultatene fra de deskriptive analysene og regresjonsanalysen sett i lys av det teoretiske fundament og tidligere forskning.

Kapittel 8 er det avsluttende kapittelet på oppgaven. Her blir det gitt en oppsummering på funn, resultater og det blir gitt en konklusjon på oppgavens problemstilling. Forslag til videre forskning blir også presentert

2.0 HJERTE- OG KARSYKDOMMER, LIVSSTIL OG LIVSSTILSENDING

Dette kapittelet starter med å gi en innføring i de diagnosene som omfatter benevnelsen hjerte- og karsykdommer. Videre blir dødelighet, årsak og behandling kort beskrevet. De ulike risikofaktorene, også kalt livsstilsfaktorer blir også nærmere utdypet, med fokus på forskjeller mellom kvinner og menn. Avslutningsvis blir livsstil og hva som ilegges livsstilsendring redegjort for. Hensikten med denne teoretiske fremstillingen er å tydeliggjøre kunnskap på området, dette er viktig for forståelsen av analysene og drøftingen av resultatene senere i oppgaven.

2.1 Hjerte- og karsykdommer; årsak, behandling og dødelighet

Hjerte- og karsykdommer er en samlebetegnelse for flere sykdommer som rammer hjertet og blodårer. Angina pectoris og hjerteinfarkt er begge iskemiske sykdommer. Ved Angina Pectoris er det en eller flere blodårer i hjertet som har fortetninger. Blir etterspørselen av oksygen høyere enn tilbudet som f.eks. ved fysisk aktivitet, vil dette resultere i brystmerter. Brystmertene avtar ved å redusere aktiviteten, eller ta medikamenter som avlaster hjertet. (Schenk-Gustavsson, 2008). Ved hjerteinfarkt er derimot en eller flere blodårer forsnævret slik at det er helt tett, og en del av hjertet vil ikke motta tilstrekkelig oksygen. Mangelen på oksygentilførsel kan føre til at den delen av muskelen dør, og arrvev vil dannes (Schenk-Gustavsson, 2008). Hjerneslag havner også innad benevnelsen hjerte- og karsykdommer. Ved hjerneslag er det en blodpropp som forhindrer forsyning av blod til hjernen, som resulterer i for lite oksygen og hjernen kan få permanente skader. Andre diagnoser innad i samlebetegnelsen hjerte- og karsykdommer, er rytmeforstyrrelser. Dette er en rekke tilstander, som blant annet supraventrikulær tachykardi, atrieflutter og atrieflimmer, disse sykdommene gjør at hjertet har unormal frekvens og rytme (Forfang & Istad, 2011). Hypertensjon – høyt blodtrykk kan være en sykdom i seg selv, men er også blitt brukt som en risikofaktor for hjerte og karsykdom. Andre diagnoser er sykdommer på hjerteklaffene og i blodårer (Schenk-Gustavsson, 2008). Hjertesvikt er en komplikasjon og ofte sluttstadiet av de overnevnte diagnosene. Hjertets pumpekraft blir nedsatt, resultatet er ofte plager som tungpustet og ødemer (Forfang & Istad, 2011).

Årsakene til hjerte og karsykdommer er sammensatte og består av arv, miljø og livsstilsfaktorer. Røyking, høyt blodtrykk, diabetes, forhøyet kolesterol, overvekt, stress, ett dårlig sammensatt kosthold og fysisk inaktivitet er faktorer som er forbundet med en usunn livsstil og gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer (Schenk-Gustavsson, 2008). Mennesker som innehar flere risikofaktorer har større sannsynlighet for å utvikle hjertesykdom, eller forverre etablert hjertesykdom. Studier har vist at 90 prosent av de overnevnte risikofaktorene er å finne hos personer med hjerte og karsykdommer (Yusuf et. Al 2004). Å ivareta sine risikofaktorer på en sunn og god måte, er av stor betydning for personer med hjerte- og karsykdommer, og studier har vist at hele 6 av 10 dødsfall kan forebygges ved endring av livsstil (Schenk-Gustavsson, 2008).

Behandlingen av hjerte- og karsykdommer er i stor grad medikamentell, og i form av blodfortynnende, blodtrykksenkende, kolesterolsenkende og frekvensregulerende medikamenter. Medikamentell behandling retter seg også mot symptomer som brystmerter, tungpust og ødemer (Forfang & Istad, 2011). Ballongdilaterende behandling ved akutt hjerteinfarkt og angina pectoris er i stor grad brukt og redder mange liv, og øker livskvalitet for mange kvinner og menn med hjertesykdom. Implantasjon av pacemaker og hjertestartere har også bedret behandling for personer med rytmeforstyrrelser. Hjertekirurgi er også en del av behandlingen ved flere av sykdommene. For personer med alvorlig hjertesvikt, hvor all annen behandling ikke har ønsket effekt, er hjertetransplantasjon siste behandlingsmulighet (Forfang & Istad, 2011). En viktig del av behandling for hjerte- og karsykdommer er også å unngå de belastende risikofaktorer som gjør at sykdommen forverrer seg, og for å forebygge mot for tidlig død.

Ifølge tall fra dødsårsaksregisteret fra SSB er det hjerte- og karsykdommer som er den ledende årsak til død, hos både kvinner og menn. Det er flere kvinner enn menn som dør av sykdommer i hjertet og blodårer. Siden 1990 årene har det vært en betydelig nedgang i dødelighet av hjertesykdom. I år 2011 var dødeligheten på det laveste siden år 1991. Ifølge Bønaa (2011) skyldes dette bedre forebygging og bedre behandling.

2.2 Livsstilsfaktorer

Risikofaktorer og livsstilsfaktorer er begrep som blir brukt om hverandre, men meningen bak er den samme. Faktorer som er relatert til en persons levesett, og som gir risiko for hjerte- og karsykdommer. Forskning har vist at risikofaktorene er de samme for begge kjønn, men har derimot vist at faktorene påvirker sannsynligheten for hjertesykdom noe ulikt mellom kvinner og menn.

2.2.1 Røyking

Sentralt i årsaken til flere av hjerte- og karsykdommene, er åreforkalkningen som skjer i blodårene. Ved røyking øker denne prosessen (Schenk-Gustavsson, 2008). Røyking er den ledende risikofaktor for død, som kan forebygges (Njølstad & Løchen, 1999). Flere studier har bekreftet at røyking er farligere for kvinner enn for menn (Prescott, Hippe, Schroner, Hein & Vestbo, 1998). I norsk sammenheng har man ved Finnmarks undersøkelsen, sett at kvinners insidensrate var seks ganger høyere, dersom de røykte mer enn 20 sigaretter daglig, sammenlignet med ikke-røykende kvinner. Tilsvarende risiko for menn var tre ganger, man vet i dag ikke hvorfor denne kjønnsforskjellen foreligger (Njølstad & Løchen, 1999).

2.2.2 Høyt blodtrykk

Ved forhøyet trykk på innsiden av blodårene over tid blir årene stive, noe som medfører økt motstand, dette gjør at hjertet må arbeide hardere, noe som er skadelig for hjertet (Forfang & Istad, 2011). Forskning har vist tydelige sammenhenger mellom høyt blodtrykk og koronardødelighet, og denne finnes hos begge kjønn. Ved en blodstrykkøkning på 15 mmHg øker det risikoen for utvikling av hjertesykdom blant kvinner, men en har ikke funnet det samme resultatet for menn (Njølstad & Løchen, 1999). Likevel er mortaliteten faktisk høyere blant menn. Menn har også høyere risiko for hjerneslag, hvor blodtrykk er en klar risikofaktor. Derimot har studier vist at flere kvinner enn menn bruker medikamenter for høyt blodtrykk (Njølstad & Løchen, 1999).

2.2.3 Hyperkolesterolemi

Forhøyet kolesterolverdier i blodet er en risikofaktor for hjerte- og karsykdommer, da økt kolesterolnivå i blodet, øker nivået av avleiringer i blodårene. Totalkolesterolnivået i blodet bør være under 5.0 mmol for å gi lavere risiko for hjerte- og karsykdommer (Njølstad & Løchen, 1999). Menn får i tidligere alder enn kvinner, forhøyete kolesterolverdier. Noen fagpersoner mener at det kan være en årsak til at kvinner får hjertesykdom ved høyere alder (Schenk-Gustavsson, 2008).

2.2.4 Kosthold

Et sunt kosthold har en god sammensetning av karbohydrater, proteiner og fett. Et kosthold med mye fett regnes som et hjertefarlig kosthold. Nedgangen i dødeligheten av hjertesykdommer sank under 2 verdenskrig, og forskere mener dette kan komme av den lave tilgangen på varer som inneholdt mye fett (Pedersen, Tverdal & Kirkhus, 2004). Et kosthold som inneholder mye frukt, grønnsaker, fisk, magert kjøtt, magre meierivarer og grove kornprodukter er anbefalt for å minske risiko for hjertesykdom, men er også hjertevennlig for de som har etablert hjerte- og karsykdom (Johnson, Hjermann & Tonstad, 2001). Nå er det derimot slik at nyere studier også har avdekket at fett kanskje ikke er like farlig som man har trodd for utvikling av høyt kolesterol. Dette er derimot noe som må studeres nærmere (Forfang & Istad, 2011). Noen studier har vist at flere kvinner enn menn spiser anbefalt nivå av frukt og grønnsaker sammenlignet med menn (Lilleaas & Ellingsen, 2003).

2.2.5 Stress

Psykososial belastning, med mange krav som varer over en tidsperiode, kan være skadelig for hjertet. Forskere imellom, har derimot over en tid vært uenig i hvorvidt stress i seg selv er en risikofaktor for hjerte- og karsykdom (Schenk-Gustavsson, 2008). Kvinner har høyere insidens av depresjon, hvor stress er noe som ofte medfølger. Stress er forbundet med usunne levevaner som usunt kosthold, fysisk inaktivitet og overvekt (Schenk-Gustavsson, 2008).

2.2.6 Overvekt

Overvekt er i dag et økende problem i vestlige land. Tall fra levekårsundersøkelsen til SSB viser at moderat overvekt og fedme er en selvstendig risikofaktor for hjerte- og karsykdom. I dag brukes BMI som indikator på overvekt og fedme. Den tradisjonelle kvinnelige fettfordelingen med fett på baken med en smal midje regnes som den mest gunstige, motsatt er den mannlige fettfordelingen hvor fett sitter på magen. Fett på magen er forbundet med forhøyede fettverdier i blodet. Overvekt er også forbundet med usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Schenk-Gustavsson, 2008). Forekomsten av fedme er noe forhøyet blant kvinner enn blant menn (Njølstad & Løchen, 1999). Det fryktes at økningen i overvekt og fedme skal hindre den gode utviklingen på redusert dødelighet blant personer med hjerte- og karsykdommer (Forfang & Istad, 2011).

2.2.7 Fysisk inaktivitet

Fysisk aktivitet kan forebygge mot utviklingen av hjerte- og kar sykdommer, men også redusere symptomer hos pasienter som allerede er syke (Thompson et.al, 2003). Fysisk aktivitet har god effekt på høyt blodtrykk, vekt og kolesterolverdier. Trening sammen med vektreduksjon kan redusere kolesterolet i stor grad (Schenk-Gustavsson, 2008). Fysisk aktivitet blant menn er assosiert med redusert sannsynlighet for bl.a. infarkt og hjerneslag. Studier som er gjort på kvinner har derimot vist mer varierende resultater, men majoriteten med positivt utfall. Ifølge Anderssen & Hjermann (2000) bør fysisk aktivitet ha en sentral plass i både primær og sekundærforebygging av hjerte og karsykdommer.

2.3 Livsstil og livsstilsendring

Livsstil refererer til en persons levesett og helsevaner, men også annen atferd som har sammenheng med helse. Disse begrepene brukes ofte om hverandre. (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Det finnes flere definisjoner på livsstil. En som er hyppig brukt er:

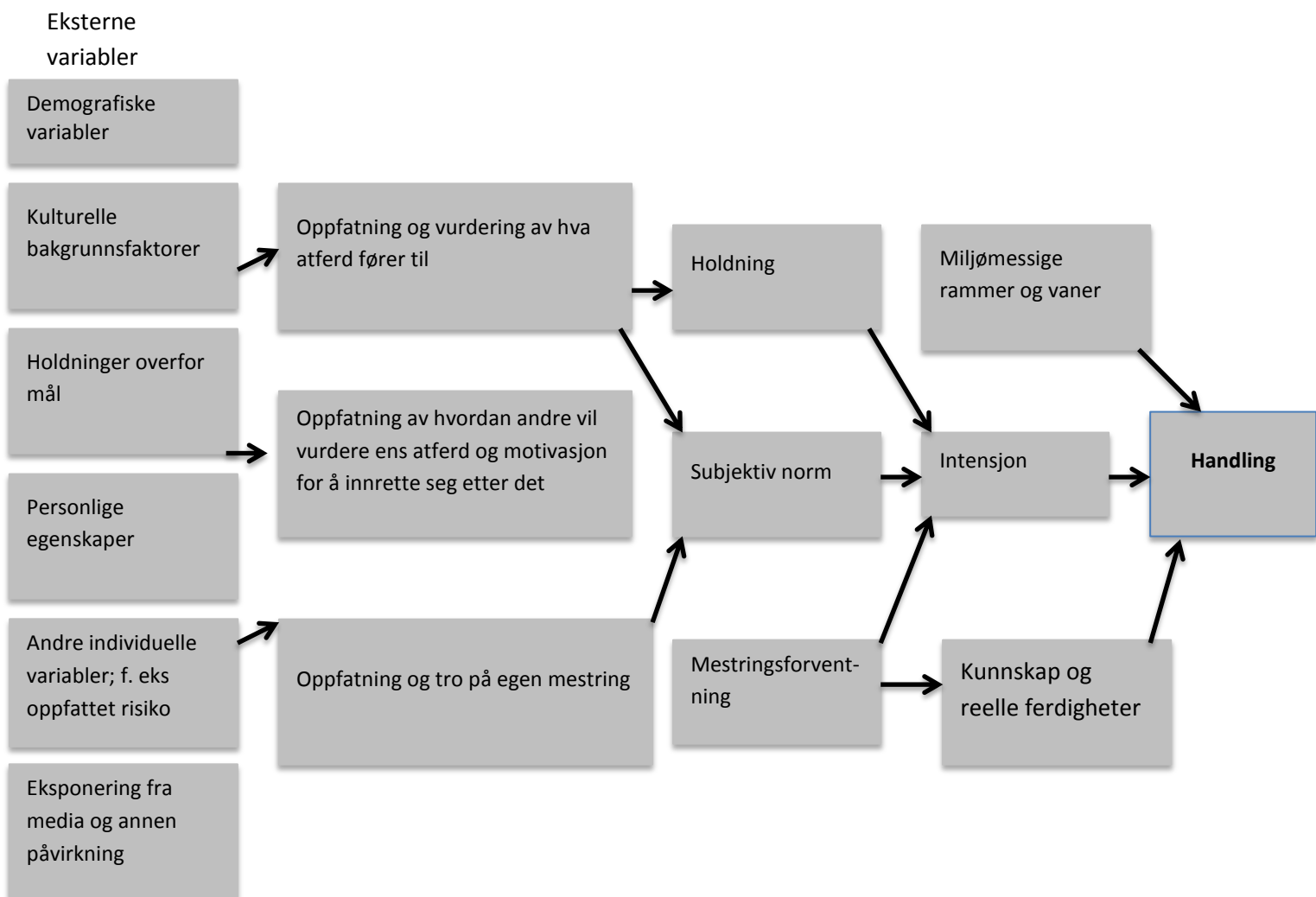
”Livsstil kan forstås som et resultat av individets forsøk på å oppnå høyest mulig nytte (eller behovstilfredstillelse). Valget av livsstil slik dette gir seg uttrykk i individets atferdsmønstre, avhenger således av to viktige forhold; - individets verdier og mål og de begrensninger som individet står ovenfor og som hemmer dets valgmuligheter; også opplevde begrensninger” (Larvik og Uhde, 1988, s 31).

Med denne definisjonen kommer det frem at en persons livsstil er noe som er valgt innenfor en ramme, og at de mønstre av atferd er noe som varer over tid. En livsstil er altså ikke noe som er kortvarig, men som varer over lengre tid og er blitt en del av personens varige mønster i hverdagen. En annen teori av Giddens (1991) hevder derimot at livsstil også handler om alle beslutninger som tas i hverdagen, alt fra hvordan en vil spise, kle på seg og hvordan man ellers bidrar til rutiner. Samtidig som at disse beslutningene kommer av hvordan man vil være, og derfor er noe som kan forandres. Mennesker har valgmuligheter, og verdier og mål om hva livet skal handle om, og derfor er livsstil et valg (Giddens, 1991). Et moment i denne definisjonen av livsstil er at det kommer ikke bare av at man kan velge, men også inneha evnen til å ta slike valg. En persons evne til å velge en sunn livsstil er et produkt av forutsetningene for å kunne ta livsstilsvalg (Kristoffersen, 2011). Hvordan et menneske tar sine valg i forhold til det sosiale, kosthold, fysisk aktivitet/inaktivitet og til stimulerende midler som alkohol handler om levesett og livsstil. Hvilke livsstilsvalg en tar, henger sammen med hvem man er og hvem man ønsker å være som menneske (Giddens, 1991).

Livsstil er ikke bare noe et individ har ansvar for, det er også et ansvar som myndighetene og politikere har. Erkjennelsen av at det er sosiale ulikheter i Norge er vist ved at politikerne har forsøkt å kartlegge og jevne ut sosiale ulikheter (Kristoffersen, 2011). I St.meld.nr. 20 (2006-2007) – Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, er det kartlagt store forskjeller når det kommer til helse hos personer som bor i Norge. Personer med lav sosioøkonomisk status mangler i større grad, enn personer med høy sosioøkonomisk status, muligheter til å ta sunne livsstilsvalg, som f.eks. medlemskap på treningssenter og sunn mat. Her kommer det frem i rapporten at dette i større grad må tilrettelegges for at alle i Norge skal få like

muligheter til god helse og en sunn livsstil. Kristoffersen (2011) mener at en måte dette kan bedres på er å systematisk bidra med helseopplysninger, og gi spesifikke tiltak til mer utsatte grupper. Å legge til rette for at helsepersonell kan bistå personer som trenger hjelp til å snu helsen i en positiv retning, er også av stor betydning.

Livsstilemdring er en lang og til dels vanskelig prosess, da livsstil som nevnt, refererer til en persons atferdsmønster som er dannet over tid. Å være i stand til å ta imot og bearbeide helseinformasjon er viktige komponenter for å endre livsstil (Kristoffersen, 2011). En modell som får frem kompleksiteten av å endre livsstil er dannet av Fishbein og Ajzen i 1975 (Kristoffersen, 2011).



Den integrerte modell for atferdsendring (IBM) av Fishbein og Ajzen, oversatt på Norsk av Kristoffersen, 2011).

Modellen heter ”Den integrerte modellen for atferdsendring” (IBM). Modellen inneholder elementer fra ulike teorier om atferdsendring og mestring. Modellen viser at det er flere komponenter som faktisk skal ligge til rette før en person kan handle og faktisk endre atferdsmønster. Holdninger, verdier, og forventning om mestring er viktig for livsstilsendring, og selv om disse er tilstede, kan likevel endringen være vanskelig visst komponenter som kunnskap, reelle ferdigheter og miljømessige rammer og vaner ikke er tilstede (Fishbein & Ajzer, 1975).

Tidligere forskning har vist at det er et gap mellom det helsepersonell forventer at pasientene forstår og det pasientene rapporterer og faktisk forstår. Dette byr på utfordringer ved livsstilsrådgivning. Forståelse og kunnskap er viktige faktorer for å endre holdning, og derfor betydningsfullt for personer som av helsemessige årsaker bør endre livsstil (Singleton og Krause, 2009). Pasientens evne til å etterleve råd kalles ofte på fagspråk ”Adherence”, og/eller ”compliance” Begrepene brukes noe om hverandre.

Adherence defineres som:

”The extent to which a person’s behavior – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a healthcare provider” (WHO, 2003).

Tidligere studier har avdekket flere årsaker til at pasienter som mottar råd fra helsepersonell ikke klarer å etterleve livsstilsråd. Det kan komme av kompleksiteten av et nytt livsstilsregime, og hvor godt dette passer inn i hverdagen. Personer med hjerte og karsykdommer er ofte klar over at en ugunstig livsstil kan være en viktig årsak til utvikling av sykdom, men at dette ikke var tilstrekkelig som motivasjon for å endre livsstil (Condon & McCarthy, 2006). Motivasjon og det å forvente å mestre livsstilsendring er viktig for å komme i gang med livsstilsendringen, men også å vedlikeholde de livsstilsendringene som er gjort (Miller et.al, 1997).

Dette kapitlet har gitt en innføring i hjerte- og karsykdommer som er en samlebetegnelse for ulike sykdommer i hjertet og blodårer. Årsakene er komplekse og svært viktig er livsstil og livsstilsvalg. Ved hjelp av teori og tidligere forskning er det vist at å endre sitt levesett er svært viktig for denne pasientgruppen. Flere aspekter som kommer frem som viktige faktorer for at personer med hjerte- og karsykdommer skal klare å endre livsstil, er blant annet motivasjon, kunnskap, holdning og mottakelighet for råd. Dette er faktorer som sykepleiere og annet helsepersonell kan bistå pasienten med, og dermed øke sannsynligheten for at personer med hjertesykdom klarer å endre livsstil.

3.0 TEORETISK RAMMEVERK, TIDLIGERE FORSKNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Dette kapittelet starter med en innføring av ulike teorier som omhandler både arv og miljø. Teoriene er mye brukt for å forklare forskjeller mellom kvinner og menn. Teoriene som beskrives søker å forklare kjønnsforskjeller i evne til å følge livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer. Videre blir også tidligere forskning på området presentert, dette danner grunnlaget for utformingen av forskningsspørsmålene.

Ved å undersøke kjønnsperspektivet i helseforskning innebærer dette å undersøke forskjeller, men også likheter mellom menn og kvinner. Også i denne oppgaven er hensikten å se på hvor det foreligger forskjeller mellom kvinner og menn i hvilken grad de klarer å følge livsstilsråd, men også hvor det foreligger likheter blant kvinner og menn. På denne måten vil resultatet av denne oppgaven gi et nyansert bilde og kunnskap om personer med hjerte- og karsykdom. Dette gir verdifull informasjon for helsepersonell som skal gi livsstilsråd til denne gruppen av pasienter. Tidligere studier nasjonalt og internasjonalt har avdekket at det er kjønnsforskjeller i helse. Flere kvinner sammenlignet med menn, vurderer sin egen helse som dårlig, rapporterer flere plager, sykdommer, og gjennomfører flere legebekker (Elstad, 2005). Forventet levetid er også noe som gjenspeiler helsetilstanden blant befolkningen. I Norge har menn lavere forventet levetid enn kvinner. Derfor er det noe usikkerhet knyttet til hvorvidt kvinner faktisk er sykere enn menn (Schei & Bakketeig, 2007).

I dag er det ingen teori som alene kan forklare hvorfor det er kjønnsforskjeller i helse. Grovt sett kan man dele forklaringsteorier på kjønn i to ulike vitenskapelige retninger; det biologiske og det sosiokulturelle. Kjønnforskere benytter seg i dag av ulike begreper på kjønn; det biologiske kjønn = sex, og det psykologiske, sosiale og kulturelle kjønn = gender, som også kan kalles kjønnsidentitet (Kuhlmann & Annandale, 2010). På den ene siden har man de biologiske kjønnsforskjellene. At det er biologiske forskjeller mellom kvinner og menn er det ingen som betviler. Men denne teorien benyttes også som forklaring til hvorfor kvinner og menn har ulik helse og helseatferd. Biologien er knyttet til kroppens funksjoner og kunnskap om dette kan være avgjørende for å begripe kvinners og menns liv og lidelser (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

Forklaringsmodeller som har biologi som bakgrunn, ser blant annet på forskjeller i hjernen, hjertet, hormonelle og immunsystemets ulikheter som en årsak til at det er forventet at

kvinner og menn rapporterer ulike sykdommer, plager og symptomer (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

På den andre siden har man teorier som hevder at kjønn er sosialisert frem. Ved normer, verdier og regler i samfunnet kommer det frem tydelige forventninger til hva som er akseptabel atferd for kvinner og menn, og at kjønn på denne måten er konstruert (Hare-Mustin & Maracek, 1990). Ved hjelp av sosialisering får kvinner og menn ulike regler å forholde seg til, og hva som er forventet av en som kvinne og som mann (Lindsey, 2011). I et helseperspektiv kan dette benyttes som forklaring da det også er ulike forventninger om hvilken atferd som er forventet ved sykdom for kvinner og menn (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

En annen teori som anvendes er det mannlige patriarkatet. Teorien hevder at menn har et herredømme som består i ulike privilegier som kontroll over ressurser og på denne måten har makt over kvinner. Allerede på 1800-tallet ble kvinnelighet beskrevet som å være skjør og svak, og at menn på denne måten hadde fordeler ved sykdom og helse (Elstad, 2005) Også i dag viser det seg at menn har flere fordeler i helse. Ved hjerte- og karsykdommer mottar menn mer og bedre helsehjelp enn det kvinner gjør til tross for lik alvorlighetsgrad av sykdom (Melberg, Thoresen & Westheim, 2005).

De ulike teoriene som her er kort beskrevet, vil videre bli redegjort for, og sette søkelys på hvorfor dette er teorier som kan forklare hvorfor det kan være forskjeller mellom kvinner og menns evne til å følge livsstilsråd. Med bakgrunn i den teoretiske tilnærmingen og tidligere forskning blir det formet tre forskningsspørsmål som søker å besvare oppgavens problemstilling.

3.1 Biologiske forklaringer

Dette kapittelet vil ta for seg de mest brukte teoriene fra et biologisk ståsted som er benyttet for å beskrive kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn. Hensikten er å benytte denne teorien for å forklare hvorfor de biologiske forskjellene mellom kvinner og menn kan bidra til forståelsen om hvorvidt kvinner og menn har ulik evne til å følge livsstilsråd.

Biologi er knyttet til kroppens og dens funksjoner. Kvinner og menn er forskjellige på flere nivåer og kunnskap om kroppen er sentral for å forstå kvinners og menns helseatferd. Biologiske forskjeller er et fundament for hvordan man forstår kjønn og hvordan en nærmer seg mennesker (Lorentzen & Mühleisen 2009). I et historisk perspektiv begynte biologiske forskjeller å få en sentral rolle i forståelsen av kvinner og menn på 1700-tallet. Forskere på denne tiden hevdet at kvinner var kroppslig sett så forskjellige fra menn at det å sammenligne kvinner og menn var umulig. Allerede på 1800-tallet fant forskere ut av kvinner og menn var ulike i hjernen, men da ble hjernens størrelse sett på som årsak til forskjeller mellom kvinner og menn. I nyere forskning har man derimot vært mer opptatt av hvordan kvinner og menn bruker hjernen annerledes (Lorentzen & Mühleisen 2009).

Kjønnsforskjeller som forklares av biologiske forskjeller stammer fra forskning på prenatale hormoner og hjernens androgener som er med å bestemme hvordan kroppen, inkludert hjernen, blir forskjellig mellom kvinner og menn. Høyere nivå av androgener forutsier en atferd som er ”typisk” for menn enn det som regnes som vanlig kvinnelig atferd (Hines, 2006). Ved hjelp av moderne teknologi hevder forskere å ha funnet over hundre strukturelle forskjeller i hjernen til kvinner og menn (Gurian & Stevens, 2004). Funn viser at jenter i større grad innehar koblinger i tinningslappene. Kontakten mellom disse gjør at kvinner i større grad har mer minne og er bedre til å lytte til andre mennesker enn menn (Gurian & Stevens, 2004). Videre skriver forfatterne at det viser seg at kvinners hjernebark er mer aktiv enn den er hos menn, og at dette blant annet gjør at kvinner tar færre impulsive avgjørelser. Det synes å være slik at den maskuline hjernen har lettere for å knytte læring og velvære til fysisk aktivitet, samt at hjernen hos menn er dårlige rustet til å oppfatte andres følelser (Gurian & Stevens, 2004). Disse funn kan være av betydning på flere måter ved forklaring på hvorvidt kvinner og menn har ulik evne til å følge livsstilsråd. Hvis menn knytter læring og velvære til fysisk aktivitet i større grad enn kvinner, kan dette være en måte å henvende seg til menn ved livsstilsintervensjoner. Samtidig viser det seg at kvinner i større grad lytter, et

resultat som kan tolkes slik at menn muligens har behov for mer livsstilsrådgivning enn det kvinner har. Menns evne til å oppfatte andres følelser kan være i menns disfavør, da et sosialt nettverk gir helsegevinst i form av støtte og bearbeiding av problemer, og dette kan føre til en helseatferd som i mindre grad har fokus på et sunt kosthold, fysisk aktivitet og andre belastende livsstilsfaktorer for hjerte- og karsykdommer. Å endre livsstil er for mange en prosess som krever motivasjon, kunnskap og tid til å vedlikeholde de endringene som er satt i gang. De biologiske forklaringer rundt det faktum at kvinner er noe mindre impulsive i menn, kan være i kvinners favør for å følge livsstilsråd sammenlignet med menn, fordi det krever mindre impulsiv atferd, og mer gjennomtenkte livsstilsvalg.

En annen del av de biologiske forklaringer tar for seg hormonelle ulikheter blant kvinner og menn. Hormonene er de samme, men forskjellen ligger derimot i mengden av hormonene (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Østrogen er det dominerende hormonet hos kvinner, og testosteron det dominerende hormon hos menn. En debatt som har foregått i mange år er hvorvidt mengden av testosteron kan brukes som årsaksforklaring til menns aggressivitet. Menn med høyere nivå av testosteron er blitt assosiert med konkurranse, tøffhet og dominans (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Noe som kan støtte denne teorien er at det er funnet at kvinner med unormalt høyt nivå av testosteron har en atferd som ligner mer på menn (Cashdan, 1995). En studie av Powell-Griner, Anderson & Murphy (1997) viste at menn tar mye større risiko og har en mindre gunstig livsstil enn det kvinner innehar. Eksempler på dette er røyking, drikking av alkohol, mindre deltakelse på helsescreeninger og har mindre oversikt over egen helsestatus. Dette gjør at en kan stille seg spørrende om menn i større grad enn kvinner, ikke evner å endre livsstil. Kvinner har også mer serotonin enn menn, noe som bidrar til at kvinner er mindre impulsive i sin atferd, enn det menn er. Menn har mindre av hormonet oksytosin, dette er et hormon som er viktig for tilknytningen til andre mennesker (Gurian & Stevens, 2004). Resultatene fra forskning om hormoner som eneste forklaringsmodell, er ikke signifikante, og man kan derfor ikke bruke hormoner som eneste forklaring på kjønnsforskjeller (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

Andre biologiske forskjeller mellom kvinner og menn som trekkes frem, er det faktum at kvinner er gjennomgående mindre enn menn, har mindre muskelmasse og høyere fettprosent (NOU, 1999:13). Studier viser at kvinner og menn også har ulik fettfordeling på kroppen; kvinner har mest fett over hofter, sete og lår, mens menn har mest fett rundt buken. Den mannlige plasseringen av fett er vurdert som mer risikofyllt for utvikling av hjerte- og

karsykdommer. Biologien viser også at kvinner har et annerledes oppbygd immunsystem. Kvinner har et bedre forsvar mot infeksjoner, men er mer sårbare for autoimmune sykdommer (NOU, 1999:13). Det er flere medisiner og forskere som benytter dette som en årsaksforklaring bl.a. for å forklare sykdommer innen hjerte- og karsystemet, hvorvidt dette kan brukes som forklaring til hvorfor kvinner og menn har ulik atferd og sannsynlighet for livsstilsendring er derimot usikkert, men er i betydning for hvordan helsepersonell behandler pasienter hjerte og karsykdom.

Helsepersonells tilnærming av kvinner og menn med hjertesykdom kan også bidra til forståelse av evne til å følge livsstilsråd. Både kvinner og menn har behov for informasjon etter diagnostisert hjertesykdom. Kvinner ønsker derimot mer informasjon, og er i større grad aktive i beslutningsprosesser vedrørende egen helse. Det kvinnelige kjønn stiller også i større grad spørsmål ved legebesøk, og mottar generelt mer informasjon (Stewart et., al, 2004). Betydningen av helsepersonellens biologiske kjønn skal ikke vies mye oppmerksomhet. Det bør derimot nevnes at kvinnelige leger viser mer empati, de ønsker at pasienten i større grad skal delta i beslutningsprosesser og gir mer informasjon enn det mannlige leger gjør (Roter, Lipkin & Korsgaard, 1991). Informasjon og rådgivning om risikofaktorer og endring av livsstil er viktig for å klare å endre livsstil. Det er også viktig for å bevare livsstilsendringen (Roijer et.al, 2004). Kunnskap er en viktig faktor for endring av livsstil. Ved større interesse og behov for informasjon kan dette gjøre at kvinner i større grad enn menn har gode muligheter for å få livsstilsrådgivning. Dette kan være en forklaring visst det er slik at kvinner i en større grad enn menn klarer å etterleve livsstilsråd.

I denne oppgaven benyttes de biologiske forskjellene som finnes i hjerne og hormoner som kan gjøre at kvinner og menn har ulik atferd, og dermed kan forklare forskjeller mellom kvinner og menn med hjertesykdom og deres evne til å endre levestil. Avslutningsvis må det nevnes at det i rapporten til NOU, 1999:13 ble det avdekket utilstrekkelig kunnskap angående hvordan disse biologiske forskjellene påvirker helse. Dette tas til etterretning når jeg bruker disse forklaringene i drøftingen av oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

3.2 Det mannlige patriarkatet

I dette underkapittelet vil hovedtrekkene om teorien; det mannlige patriarkatet - mannlig herredømme redegjøres for. Jeg begynner med en generell innføring i begrepet og vil videre presentere begrepet fra et helseperspektiv, og avslutningsvis forklare hvorfor denne teorien er aktuell for oppgavens problemstilling.

Ordet "Patriarkat" kommer fra grekerne, og betyr; far, eller sjef for en rase. Dette er den gamle betegnelsen som beskrev et samfunn hvor menn og fedre var de som disponerte innflytelse. Patriarkatet gav i det tradisjonelle samfunnet orden, ved at menn ble regjeringsledere, religiøse ledere og herre av en stamme (Tickner, 2001). I moderne tid gjelder dette i større grad sosiale systemer, hvor makten primært holdes av menn (Meagher, 2011). I sosiologien beskrives patriarkatet som en type makt konstruert av menn, for å ha kontroll over andre, som blant annet kvinner, barn og eiendom. Patriarkatet gjorde at menn nøy fordeler i samfunnet. Ved økonomiske vanskeligheter var det kvinnene som fikk mangelfull ernæring (Annandale, 1998). Det var på 1960 tallet patriarkatet ble brukt for å beskrive en systematisk organisering av mannlig overlegenhet og kvinnelig underdanighet (Stacey, 1993). I moderne tid er patriarkatet regnet som enn mannlig leder av husholdningen, som gjennom arbeid og reproduktivitet kontrollerer hjemmet. Teorien er basert på forestillinger om at menn er overlegen kvinner, og at dette er noe som er legitimert av forskjeller i kjønn og generasjon (Annandale, 1998). Innad feminismen blir patriarkatet forstått som et fenomen som gir menn privilegier ved å ta den mannlige kroppen som standard (Annandale, 1998). Utformingen av menn som standard gir en overflod av verdsette karakteristika som mestring, rasjonalitet og fornuft. Gjennom sammenligning blir den kvinnelige kropp derfor mangelfull, assosiert med sykdom og mangel på kontroll (Annandale, 1998). Selv om patriarkatet har endret seg det siste århundre viser flere studier på feminisme og kjønn, at patriarkatet har fremdeles en sterk innflytelse i det moderne samfunnet (Courtenay, 2000). Noen hevder at ulikhet i helse mellom kvinner og menn kan komme av det mannlige herredømme – patriarkatet. Menns herredømme består i privilegier, kontroll over ressurser og makt over kvinner, med kvinnenes deprivasjon og undertrykking som et resultat av dette (Annandale, 1998).

Patriarkat og mannlig herredømme har også satt sine spor i medisinen. Ser man tilbake til 1800-tallet var det allerede på den tiden velkjent at kvinner hadde høyere sykkelighet enn menn (Elstad, 2005). Darwin mente at seleksjonsprosessene over generasjonene hadde formet klare ulikheter mellom menns og kvinners fysiske kropp og psyke. Svak og skjørhet var en naturlig del av det å være en kvinne (Elstad, 2005). Synet på kvinner som svakere enn menn gav flere utslag i samfunnet på den tiden. Kvinner ble frarådet å ta en krevende utdanning, fordi det ble antatt av kvinners nervesystem var i for dårlig stand til å tåle presset ved skolegang. Elstad (2005) hevder at slik kan man forstå at kvinners oversykkelighet ble generert. Det patriarkalske kvinnesynet kunne prege kvinners oppfatning av seg selv, og på denne måten ble det naturlig å tolke seg selv som svak, skjør og sykkelig. Å kjenne symptomer og føle seg dårlig var en måte å uttrykke kvinnelighet. Dette brukes blant annet som forklaring til at flere studier har avdekket at kvinner i større grad enn menn oppsøker legehjelp, og i større grad er informasjonssøkende angående egen helse (Stewart et.al, 2004). Patriarkatforklaringen brukes også for å forstå kvinners ansvarsfølelse for egen helse. Selv om mannlig herredømme gir menn flere privilegier, har den også sin pris i form av at det settes andre krav til at menn. Dette gjelder blant annet atferd. Og ikke å være opptatt av sine egne symptomer og kroppslige tegn på sykdom er regnet som mannlig. Patriarkatet brukes for å forstå menns adopsjon av usunn atferd, men også hvordan de sosiale strukturene fremmer usunn atferd, samtidig som det undergraver menns forsøk på å adoptere sunnere vaner (Courtenay, 2000). Det er hevdet at kjønn forhandles blant annet gjennom relasjoner av makt. Den systematiske underordningen av kvinnen, og menn med lav status har gjort at maskuline menn blir sett på som det dominerende kjønn (Annandale, 1998). Flere forskere bruker patriarkatet for å forstå menns høye dødelighet og kvinners morbiditet, men også det faktum at det er en rekke helsemessige risikoer forbundet med det å være mann. I jakten på det å være mann og ha det privilegiet som patriarkatet gir, gjør at menn i tar større grad tar risiko i henhold til egen helse, og helseatferd (Courtenay, 2000).

Teorien om patriarkatet benyttes for å forstå ulikheter mellom kvinner og menn i helseatferd. Ivaretagelse av egen helse er sett på som kvinnelig og dette kan bidra til at kvinner i større grad enn menn, er mottakelig for livsstilsråd. Samtidig gjør muligens patriarkatet at menn føler ansvar for egen og familiens helse. Disse ytterpunktene i samme teori gjør at teorien er aktuell å benytte ved diskusjon av resultatene senere i oppgaven for å forstå hvorvidt det foreligger kjønnsforskjeller i evne til å endre livsstil hos personer med hjertesykdom.

3.3 Sosiologiske forklaringer

Sosialisering og kjønns spesifikk sosialisering er et stort felt. Slik som sosialisering generelt, er kjønns spesifikk sosialisering vist gjennom flere elementer; biologi, personlighet, konteksten av sosial interaksjon og de sosiale institusjoner. Ulike teorier gir disse elementene ulik betydning. Jeg starter med å kort presentere generelt om sosialisering, for å deretter gå nærmere inn på kjønns spesifikk sosialisering og dannelsen av kjønnsroller. Teoriene som beskrives er valgt ut på bakgrunn av deres relevant for oppgavens problemstilling.

3.3.1 Kjønns spesifikk sosialisering

Sosialisering er en livslang prosess som gjennom sosial interaksjon gir mennesker retningslinjer og ferdigheter for å passe inn i samfunnet. Sosialisering prosessen gir også et grunnlag for personlighet, og en basis for de varierte rollene et menneske vil fylle gjennom livet (Lindsey, 2011). Menneskers tanker blir formet, og holdninger til ulike sosiale grupper blir satt. Hver generasjon viderefører kulturelle elementer til neste generasjon. Kultur er organisert gjennom de ulike sosiale institusjonene som gir medlemmene en sosial arv og på denne måten lærer individer hvordan man skal møte samfunnets etablerte normer (Høem, 2010). Det er flere agenter i samfunnet som bidrar til sosialisering. Familien er vurdert som en av de viktigste agentene innenfor sosialisering. Familien har ansvar å forme barnets personlighet, fornye identitet og bidra til selvtillit. Barn lærer de første verdier og holdninger i livet fra familien. Andre viktige representanter for sosialisering er venner, skole, og media (Lindsey, 2011).

Kjønns spesifikk sosialisering skjer tidlig for både gutter og jenter. I primærsosialiseringen blir det oppmuntret til atferd som er passende for kjønnet til barnet (Lindsey, 2011). Tradisjonelt blir jenter oppfordret til å vise omsorg og vise forsiktighet, mens gutter i større grad blir oppmuntret til å være selvstendig, samt å vise mindre følelser (Lindsey, 2011). I primærsosialiseringen blant familien blir barn klar over kjønnsforskjeller også ved at foreldrene behandler jenter og gutter ulikt. Barn forventer at mødre skal trøste mer enn det fedre gjør. Mødre gjør ofte husarbeid sammen med sin datter, mens fedre oftere tar ut sin sønn i hagen og garasjen for å jobbe (Beal, 1994). En viktig del av den kjønns spesifikke sosialiseringen skjer gjennom lek. Leker for jenter oppmuntrer hjemlighet, nærhet og sosial

orientering. Gutter mottar en større kategori av leker som er mer komplekse og som skal fremme problemløsning. Leker for gutter er laget for leken sin skyld, mens leker for jenter er mer designet for husarbeid og skjønnhet. Som ulike sosiale læringsteorier hevder, vil barn gjennom lek, motta beskjeder for hva som er anstendig å leke med i forhold til kjønn (Lindsey, 2011).

Bandura er en teoretiker som har tatt for seg hvordan barn lærer seg kjønnsroller. Innenfor sosial læringsteori kan en se på tre ulike prinsipper som benyttes for å forklare teorien; det er klassisk betinging, operant betinging og modellering. I den klassiske betingingen er læringsformen den at en nøytral betinget stimuli blir gjentatte ganger satt opp mot en betinget stimulus. De to stimuliene blir deretter gjengitt flere ganger til man har oppnådd en respons som er assosiert med den nøytrale betingede stimulusen. Et eksempel på hva som menes med dette begrepet, er at ordet pyse blir brukt for å latterliggjøre personen det brukes om, og siden det er en hendelse som assosieres med noe negativt, vil individet unngå oppførselen som førte til latterligjøringen (Lindsey, 2011). Operativ betinging som er et resultat av forming av atferd på bakgrunn av belønning og sanksjoner. Bandura og Walters (1963) hevdet at kjønnsrollene ble lært direkte gjennom straff og belønning, og indirekte gjennom observasjon og imitering. I den kjønns spesifikke sosialiseringen er det ulike aksepter som leder til ulik forsterkning fra foreldrene, jevnaldrende eller lærere (Beal, 1994). Gutter får positiv respons ved å være god i mannlige sportsgrener som f.eks. fotball, mens det derimot blir gjort narr av hvis en gutt hopper tau, eller gjør andre aktiviteter som forbindes med det å være jente. Kjønnsideidentitet er utviklet når barn forbinder etiketten jente eller gutt med belønninger som kommer med korrekt type oppførsel som er akseptert med kjønnsrollene (Lindsey, 2011). Det tredje begrepet – modellering, tar for seg at barn observerer og imiterer etter hvordan voksne kvinner og menn oppfører seg. Teoretikere innenfor sosial læringsteori hevder at den kjønns spesifikke sosialiseringen er ulik for jenter og gutter. David Lynn skrev i 1969 at gutter møter flere problemer enn jenter, under sosialiseringen. Årsaken til dette er fordi fedre ikke er så tilgjengelig som det mor er, og at gutter derfor har noe begrenset mulighet til modellering. Jenter har det derimot noe enklere da kontakten med mor er noe mer sammenhengende (Beal, 1994). I sosial læringsteori hevder Bandura at barn lærer kjønnsrelatert atferd gjennom observasjon, kopiering og modellering av voksne, og at dette er en viktig del for at barn skal vokse inn i sine kjønnsroller som jenter og gutter. Ved bruk av denne teorien kan man forstå utviklingen av helsevaner som et produkt av sosialisering, f.eks. røyking, lite fysisk aktivitet og usunt kosthold. Ved å observere andre med stor påvirkning gir dette forestillinger om

hvordan atferden utføres. Senere vil denne kodete informasjonen fungere som en veileder for handling. Ifølge Bandura (1986) kan denne veiledning føre til at individet igangsetter slik atferd selv, det styrker eller svekker eksisterende barrierer mot en viss atferd, eller det kan gi et nytt atferdsmønster. På bakgrunn av at kvinner og menn er sosialisert til ulike roller som er spesifikt for hvert kjønn er det ikke utenkelig at dette også påvirker at kvinner og menn handler ulikt ved oppfordring til å endre livsstil.

De stereotypiske kjønnsrollene hvor kvinnen er hjemme og mann er forsørger av huset er nå derimot i forandring. Kjønnsrollene til kvinner og menn begynner å bli mer lik hverandre, dette skyldes i stor grad at kvinner i større grad tar høyere utdanning og får seg bedre betalte jobber (Diekman & Eagly, 2000). Menn tar også i større grad ansvar hjemme i form av husarbeid, matlaging og barnepass.

3.3.2 Habitus og livsstil

I et sosiokulturelt perspektiv blir det antatt at levevaner og livsstil i stor grad etableres og endres gjennom beslutninger og samfunnsmessige prosesser, dette er ikke noe som individet selv har kontroll over (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). For å forklare sosialiseringens betydning av livsstil og helseatferd blir en teori av Pierre Bourdieu (2002) benyttet. I teorien er begrepet "Habitus" brukt som en betegnelse på en persons preg eller tilstand. Dette er definert som et strukturert skjema som fungerer strukturerende for persepsjon, tenkning og handling. Bourdieu (2002) hevder at sosialisering fungerer som en internalisering av sosiale konstruksjoner, dette ved at individer blir påvirket av forholdene i sine sosiale omgivelser. Habitus forstås som et system av disposisjoner til å handle på konkrete måter, altså hvilke levevaner og livsstilsvalg som blir tatt. Habitus handler også om hvordan et individ påvirkes av kunnskaper, normer og verdier i samfunnet og gjennom sosial handling med andre mennesker. Bourdieu (2002) mener at dette også kan uttrykkes i form av helsevaner. Habitus er ulikt i forskjellige sammenhenger, det vil derfor være ulik habitus for individer som kommer fra samfunn med andre strukturer. Primærsoliseringen og utdanningssystemet har stor påvirkning i hvilken form habitus utvikler seg. Livsstil og endring av livsstil forstås som et produkt av sosialiseringen, og familiens posisjon i samfunnet kan ha stor betydning for et individs atferd og livsstilsvaner (Bourdieu, 2002). Flere studier har vist at personer som kommer fra familier med sunne helsevaner som ikke-røyking, fysisk aktivitet og et sunt

kosthold har lettere for å holde disse vanene gjennom et livsløp (Wold & Samdal, 2009). Forskning har også vist at sosioøkonomisk ståsted har stor betydning for risikofaktorer for hjerte og karsykdom. Personer med høy sosioøkonomisk status har høyere sannsynlighet for å ha sunne helsevaner, mens personer med lav sosioøkonomisk status hyppigere lever en ugunstig livsstil (Mæland et., al, 2009) .

Kvinner har i større grad, enn menn, sosiale nettverk hvor helseproblemer diskuteres og bearbeides, dette kan ifølge Mæland et., al (2009) bidra til helsegevinst i form av kunnskap, motivasjon og atferdsendring. For personer med hjerte- og karsykdommer er akkurat dette viktig for å kunne ta tak i sine risikofaktorer og endre vaner og livsstil, dette kan bety at kvinner sannsynligvis står sterkere enn menn ved en eventuell endring av livsstil. Osloundersøkelsen fant at menn med et lite sosialt nettverk har i større grad forhøyet mortalitet ved hjerte og karsykdom, dette også når en har kontrollert for risikofaktorer som høyt blodtrykk, diabetes, vekt og røyking (Mæland et.al, 2009).

3.4 Nøytralisering av kjønn

De overnevnte kapitlene har fokusert på kjønn som noe binært, altså en todeling hvor en har kvinner på den ene siden og menn på den andre. De stereotypiske ideene rundt kjønnsroller er at kvinner har ansvar som omhandler omsorg for barn og husarbeid, og menn med forpliktelser for å forsørge familien. Nå er det derimot flere kjønnsforskere som ser bort i fra denne tilnærmingen av kjønn, og hevder at de tradisjonelle kjønnsrollene er i endring, og at man i større grad ser en nøytralisering av de tradisjonelle rollene som kjennetegner merkelappene rundt det å være kvinne og mann.

Det blir hevdet at de kjønnskodene som foreligger i dag ikke blir fulgt på en korrekt måte, og dermed står i fare for å forsvinne eller endre form (Lorentzen & Mühleisen, 2009). På den ene siden er utviklingen preget av at de tradisjonelle og eldre hierarkiene og kjønnsforskjellene blir i større grad nøytralisert, mens det på den andre sider skapes nye motsetninger, eller at de gamle kjønnsforskjellene oppstår i nye former.

Lorentzen & Mühleisen (2009) refererer til Hirschauer (2001) som hevder at utviklingen som skjer med nøytralisering av kjønn er et paradoks. Dette fordi det kan se ut til at moderne vestlige samfunn er karakterisert av detaljert kjønnsdifferensiering. Bech (2005) er av den mening at for at kjønnsnøytralisering skal være mulig må samfunnet utvikle seg som man i dag forbinder som vestlig. Med det menes det en utviklet velferdsstat, som har et godt fordelt inntektsnivå, sosial trygghet og at kvinner er inkludert i sosiale, politiske og i det offentlige liv (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

I vestlige samfunn slik som Norge, er likestilling et ideal som man strekker seg etter. Det er også et ønske om at mennesker generelt skal først og fremst være rollebærere som f.eks. samfunnsborgere, kollega, pasient, kunde, bruker og ikke først og fremst som kvinner og menn. De tradisjonelle kjønnsrollene som er forbundet med det å være kvinne og mann blir i større grad skjøvet til side til fordel for nye formelle eller uformelle kjønnsnøytrale former. Normer og verdier som tar for seg likestilling, lik behandling og antidiskriminering har den effekten at de hindrer kjønnsforskjellene på flere områder. Det er i Norge de siste år ilagt mye arbeid for å gi kvinner og menn lik omsorgsfordeling med barn. Far har i dag 3 måneder permisjon med sitt bar, dette er en høyere andel enn tidligere.

Det er også satt krav til at kvinner skal være representert i ulike offentlige verv (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Lilleaas & Ellingsen (2003) hevder at kjønnsrollene i større grad også forsvinner på bakgrunn av at kvinner i større grad tar høyere utdanning og tar i dag noe mer utradisjonelle valg med tanke på videre jobbmuligheter. Derimot må det også nevnes at til tross for at kvinner i større grad enn menn nå tar høyere utdanning ligger kvinner etter når det gjelder lønnsnivå.

En form for nøytralisering av kjønnsrollene går ut på å kombinere koder for mannlighet og kvinnelighet som f.eks. klesmåte, kroppsspråk, væremåte og valg av samtaleemner og lignende, og at disse blir akseptert i samfunnet. Videre hevder forfatterne at man i dag ser en begynnende infrastruktur for kjønnsnøytralitet eller likegyldighet som står i motsetning til de tradisjonelle institusjoner og praksiser som minner oss om kjønn (Lorentzen & Mühleisen, 2009).

I dette kapitlet er det presentert teorier som viser at de rollene man i dag ser på som kvinnelig og mannlig er i dag i forandring. Dette er en teori som er viktig, for den kan være med å forklare i den grad det er likheter mellom kvinner og menn i utvalget når det gjelder evnen til å følge livsstilsråd.

3.5 Tidligere forskning og forskningsspørsmål

De forestående kapitlene har dannet en teoretisk forståelse for hvordan man kan tolke resultatene angående forskjeller og/eller likheter mellom kvinner og menn i evne til å endre livsstil. I dette kapitlet vil tidligere forskning på dette feltet presenteres. Dette sammen med det teoretiske rammeverket danner grunnlaget for utformingen av oppgavens forskningsspørsmål.

For å innhente aktuelle forskningsartikler er det benyttet databaser som Cinahl, OVID, OVID nursing, ProQuest og Pub Med. Søkord: Heartdisease, coronary heartdisease, treatment,

gender differences, lifestyle, lifestyle advice, adherence, barriers, risk factors, lifestyle choices, health, habits, attitude.

Å endre livsstil er spesielt viktig for de som allerede er hjertesyke. Flere studier viser at personer med hjerte- og karsykdom har større sannsynlighet for god funksjon i hverdagen, og økt overlevelse etter livsstilsendring (Zafari & Wenger, 1998). I en studie gjort av Arborelius & Bremberg (1994) fant de at majoriteten av leger så betydningen av å gi livstilsråd til deres pasienter. Studien viste også at legene så en klar sammenheng mellom å gi råd, og grad av etterlevelse av slike råd. Spesielt viktig er det å rette rådgivningen spesifikt mot den individuelle pasienten og deres risikofaktorer. Derimot avdekket resultatene at flere leger tviler på sine evner og kunnskaper i å ta opp emnene på en god måte, og at ved legebesøk ble livsstil og livsstilsendring kun ble tatt opp i 8 av 46 legebesøk.

Kvinner er i større grad enn menn, oppsøkende til helsehjelp, men de er også i større grad informasjonsøkende og aktive i beslutningsprosessene angående egen helse (Stewart et.al, 2004). Dette kan tolkes slik at flere kvinner enn menn viser ansvar for egen helse. Biologiske forklaringer har avdekket at kvinner og menn har noe ulik struktur i hjernen, og at kvinner i større grad enn menn bruker det verbale og er flinkere enn menn til å sette ord på sine følelser, plager og symptomer (Gurian & Stevens, 2004). På den andre siden har patriarkatet – mannlig herredømme også satt sine spor i medisinen. Teoretikere benytter denne forklaringen til at kvinner gjennom tiden er sett på som skjøre og mer kroppslig bevisst, og dermed går hyppigere til lege. Dette er sett på som en mulig årsaksforklaring til hvorfor kvinner i større grad enn menn er mer oppsøkende til helsehjelp, og derfor muligens har større sannsynlighet for gode informasjonsmuligheter omkring livsstil og livsstilsendring. Menn føler ikke mindre ansvar ovenfor egen helse, men å ta kroppens signaler på alvor blir sett på som mindre maskulint, og kan være en forklaring til menns relative lave informasjonssøkende atferd (Annandale, 1998). Faktisk viser en studie gjennomført av Arber et., al (2004) at menn har lengre samtaler med legen, og dekker over flere emner under visitten. Kvinner er gjennom tiden blitt sosialisert til å være omsorgsfulle og ivareta andre i familien, mens menn i større grad har vært ute i arbeid for å forsørge familien (Lindsey, 2011). Dagens kvinner er derimot høyt utdannede og har dermed multiple roller å håndtere (Lilleaas & Ellingsen, 2003). Dette kan gi en utfordring for kvinner med hjerte- og karsykdom som bør endre sin livsstil. En studie gjennomført av Scott & Pill (1990) viste at deltakerne i studien mente at livstilsråd var viktige. Studien fant også at deltakerne mente at lege og helsepersonell hadde et stort ansvar

for å følge opp deres livsstil og livsstilsvaner. Studien viste også at det var bare 24 prosent av utvalget som mente helt klart at lege bør gi livsstilsråd, 49 prosent mente at de burde gi råd, men med noen begrensninger, og 27 prosent mente at lege ikke burde gi livsstilsråd. Tidligere forskning har avdekket at livsstilsråd er viktige, men det er noen hull i forskningen. Det er ikke tilstrekkelig studert i hvilken grad det foreligger forskjeller i hvorvidt det oppleves som viktig med livsstilsråd, hos kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer. På bakgrunn av dette utformes følgende forskningsspørsmål:

1. 1. I hvilken grad er det en sammenheng mellom hvor viktig menn og kvinner syntes livsstilsråd er for dem og deres evne til å etterfølge disse? Og er denne sammenhengen forskjellig for kvinner og menn?

Det biologiske kjønn gir mennesker retningslinjer i hvordan en nærmer seg kjønn. Denne biologiske forskjellen gir kvinner og menn ulike kjønnsroller som de er sosialisert til gjennom mange år med påvirkning fra familie, venner og andre samfunnsmessige strukturer (Lindsey, 2011). Det at kvinner og menn er forskjellige i kropp og sinn, påvirker deres helse, men også i hvilken grad de blir behandlet likt av helsepersonell. I mange har hjerte- og karsykdommer blitt sett på som en ”mannesykdom”. Dette er forståelig da majoriteten av forskning på hjerte- og karsykdommer er gjort på menn (Løchen & Kvan, 2010). Som presentert i teorien om det mannlige patriarkatet kan man gå tilbake mange år og se at den mannlige kropp ble satt som standard. Ved kardiologi som fagfelt ble dette gjort allerede på 50-tallet. Forskere i USA studerte mortaliteten til hvite menn i arbeid, og deres livsstil (Kuhlmann og Annandale, 2010).

Flere store hjerte- og kar undersøkelser i USA er gjort på menn, noe som har bidratt til at mannekroppen har vært gjeldende som standard for personer med hjerte og karsykdommer (Schei, 2000). Så sent som i 1993 ble det i USA innført en lov som skulle sikre inklusjon av både kvinner og menn i studier, slik at kunnskap om kjønnsforskjeller også skulle fremstilles (Løchen & Kvan, 2010). I dag er det godt dokumentert at risikofaktorer, klinisk presentasjon og behandlingseffekt er ulik mellom kvinner og menn (Njølstad & Løchen, 2007). Det er

også påvist at det er like mange kvinner som menn som får hjertesykdom, men debutalderen er noe høyere for kvinner (Schenk-Gustafsson, 2008).

Tilbake i 1979 gjorde Armitage et.al en studie som viste at menn med svimmelhet, tretthet, og brystmerter hadde større sannsynlighet til å få en grundig undersøkelse enn kvinner med like symptomer. Dette til tross for at det har vært dokumentert at kvinner i større grad oppsøker helsehjelp. I 1991 gjorde Steingart et., al en studie hvor de fant at hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt hadde dobbelt så mange menn som kvinner fått grundig undersøkelse av hjertet, dette til tross for at kvinner hadde mer uttalt hjertesykdom. I en norsk sammenheng viste en studie av Melberg et. Al (2005) at det også foreligger ulik behandling av norske hjertepasienter. Menn mottok i større grad tilbud om angiografiundersøkelse. Kvinner fikk også i mindre grad tilbud om nyere og dyrere trombolitikamedikamenter. Hos personer med hjerte- og karsykdom viste studien at kjønn hadde innvirkning når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt det skulle gjøres invasiv utredning hos personer med spørsmål om hjerte- og karsykdom (Melberg et., Al, 2005).

Flere studier har vist at personer med risikofaktorer som er tilknyttet hjerte- og karsykdommer mottar ikke tilstrekkelig med livsstilsråd. Coulter & Schofield (1991) fant i sin studie at legene ga mest råd angående røykeslutt, men bare i 64 prosent av tilfellene, 12 prosent for kosthold og 11 prosent mottok råd som omhandlet fysisk aktivitet. I en annen studie fant de noe høyere tall, hvor andelen pasienter som å oppgå og motta råd om røyking var 49 prosent, 47 prosent om fysisk aktivitet og 45 prosent om spisevaner og kosthold (Arndt, Schultz, Turvey & Petersen, 2002). I en studie gjennomført i Sverige fant forskerne at mottatt råd om livsstil var betydelig lavere enn de andre nevnte studiene. De fant at personer som mottok råd om fysisk aktivitet var 16.3 prosent, 13.3 prosent om kosthold og røyking med 8.8 prosent. 76 prosent av pasientene forventet å få livsstilsråd, og majoriteten av disse fikk livsstilsråd. Derimot viste studien noen kjønnsforskjeller. Menn mottok i større grad livsstilsråd enn kvinner. Færre kvinner enn menn mottok livsstilsråd om mosjon, diett, vekt og røyking, til tross for en lik andel kvinner og menn med risikofaktorer (Johansson, Bendtsen & Åkerlind, 2005).

En studie som kan forklare den lave andelen av mottatte livsstilsråd er pasientenes hukommelse og forståelse for det som blir sagt under rådgivningen (DiMatteo et., al, 1993). Det er hevdet at sannsynligheten for å endre livsstil øker ved å motta råd om livsstil. Men også innad dette temaet er det ikke tilstrekkelig studert hvorvidt det foreligger kjønnsforskjeller. Derfor utvikles følgende forskningsspørsmål;

2. Er det en sammenheng mellom det å ha mottatt livsstilsråd fra lege og evnen til å etterleve slike råd? I hvilken grad er denne sammenhengen forskjellig for kvinner og menn?

Et riktig sammensatt kosthold, regelmessig fysisk aktivitet, fettfattig mat, vektnedgang og røykeslutt er de viktigste hjørnesteinene i behandlingen av personer med hjerte- og karsykdommer (Pedersen et., al, 2004). Som redegjort for i kapittel to er det vist at livsstilsfaktorene som ofte er sett hos personer med hjerte- og karsykdommer er de samme for kvinner og menn, men disse påvirker mortaliteten og morbiditeten hos kvinner og menn noe ulikt (Njølstad & Løchen, 1999). Antall døde av hjerte- og kar lidelser sank under 2 verdenskrig, mens det etter krigen økte betraktelig. Pedersen et., al (2004) skriver at endringen av kostvanene antakelig var den viktigste faktoren for dette. Energitilførselen sank med 10-20 % og gav vekttap og/eller underernæring blant befolkningen. Andelen fett i kosten var lav, dette grunnet et lite inntak av margarin, kremfløte, helmelk, ost og kjøtt- Videre skriver forfatterne at mer fysisk aktivitet og dårligere tilgang til tobakk bidro til en reduksjon i antall dødsfall med hjerte- og karsykdom som årsak. I årene etter krigen økte dødeligheten betraktelig, og bare 10-15 år senere var Norge nær toppen i internasjonal sammenheng (Pedersen et., al 2004).

I det 20 århundre har det vært en økning av fett, mens det har vært en nedgang i inntak av karbohydrater. Denne pasientgruppen blir anbefalt å spise et kolesterolsenkende kosthold. De norske anbefalingene er preget av at fokuset ligger på å senke kolesterolnivået i blodet, fordi dette er korrelert til insidensen av koronar hjertesykdom (Johnson, Hjermann & Tonstad, 2001). Hovedprinsippene bak et slikt kosthold er å redusere inntaket av fett, bytte mettet fett

med umettet fett, spise matvarer med mindre kolesterol, spise mer matvarer med kostfiber, redusere andelen av sukker og alkohol. Studier viser en klar nedgang i totalkolestrolnivået med 7-8 % ved endret kosthold etter retningslinjene (Johnson, Hjermann & Tonstad, 2001). Norske helsemyndigheter går ut med anbefalinger om å spise mer frukt og grønnsaker. Statistikk viser at flere kvinner enn menn spiser ”5 om dagen”. Det velkjente slagordet for å spise nok frukt og grønnsaker. Forskningen viste at så mange som dobbelt så mange kvinner anga å leve opp til denne anbefalingen (Lilleaas & Ellingsen, 2003). Dette kan være en indikator på at flere kvinner er opptatt av en sunn livsstil. På den andre siden kan man se at det er omtrent like mange kvinner som menn som er dagligrøykere. Menn har i de siste årene redusert nikotinformbruket, mens andelen kvinner som røyker er like høy som den var for over tyve år siden (St.meld.nr. 16, 2002). Å eliminere røyk reduserer risikoen for gjentatt infarkt, hjertesvikt og død av hjertesykdom med 50 prosent. Kvinner og menn har i dagens samfunn kjønnsroller som er mer like hverandre, Lilleaas & Ellingsen (2003) uttrykker bekymring for at kvinner skal overta menns relative økte sannsynlighet for en usunn livsstil.

Tall fra folkehelseinstituttet viser at et mindretall av voksne oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. 22 prosent av norske kvinner var i mer enn 30 minutter fysisk aktivitet hver dag, mens det hos menn var 18 prosent, forskjellene her er derfor ikke store. Det er derimot flere menn som trener hardt, mens kvinner mosjonerer mer jevnlig (Lilleaas & Ellingsen, 2003). Studier viser også at fysisk aktivitet kan forebygge mot utviklingen av hjerte- og kar sykdommer, men også redusere symptomer hos pasienter som allerede er syke. Fysisk aktivitet bedrer mange risikofaktorer ved hjerte- og kar sykdom; reduserer blodtrykket, lavere triglyseridverdier i blodet, bedrer insulinresistens og intoleranse. Trening sammen med vektreduksjon kan redusere LDL (det dårlige kolesterolet) i stor grad (Thompson et.al, 2003)

Personer med hjerte- og karsykdom ønsker i større grad veiledning og informasjon om risikofaktorer og livsstil for å kunne ta sunne og riktige valg for sin egen helse (Stewart et, al, 2004). I en undersøkelse av Silagy et., al (1993) som studerte risikofaktorer hos personer med hjerte og karsykdom viste at 18 prosent hadde ingen risikofaktorer, 35 prosent hadde en risikofaktor, 30 prosent hadde to risikofaktorer mens 17 prosent av utvalget hadde tre eller flere risikofaktorer. Dette understreker viktigheten med at disse pasientene endrer levestil. Pasientens evner til å etterleve de råd som blir gitt er av stor betydning. Flere studier av hjertesyrke viser at etterlevelse av råd er lettest den første måneden, men etterhvert synker dette betraktelig med tiden. Flere faktorer bidrar til at pasientene ikke etterlever råd fra

helsepersonell, det kan være kompleksiteten av et regime, samt hvor godt inn det passer i pasientens hverdag. Det å beholde pasientens motivasjon for en endring beskrives som svært viktig for å vedlikeholde livsstilsendringene (Mille, Hil, Kottke & Ockene, 1997)

I et kvalitativt studie gjort av Condon & McCarthy (2006) viste det seg at pasientene følte at deres dårlige livsstil var årsaken til hjertesykdom, men at dette ikke var motivasjon nok til å endre livsstil til det bedre før en diagnose med hjerte- og karsykdom. Pasientene beskrev en oppfatning av at hjerte- og karsykdommer var noe som hendte andre. Selv om pasientene erkjente egne risikofaktorer ble flere sjokkerte når sykdom inntraff. Etter å ha akseptert diagnosen var det flere som mente at de følte seg motiverte for å endre livsstil, og at de hadde fått informasjon om dette fra sykepleiere og leger på sykehuset.

I et studie gjort av Mosca, McGillen & Rubenfire (1998) ble det kartlagt kjønnsforskjeller i hvilke barrierer som var tilstede for livsstilsendring hos personer med hjerte og karsykdom. Studien viste signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Kvinner rapporterte at selvtillit var den største barrieren for å endre livsstil. Hos menn var denne på tredje plass. Menn rapporterte tidspress som den største hindringen for livsstilsendring (Mosca et., Al, 1998). Teorier som omhandler biologiske forskjeller nevner at hormoner kan ha innvirkning på personers selvtillit. I en studie av Cashdan (1995) viste seg at kvinner med for mye av dette hormonet faktisk viste større selvtillit enn kvinner med normale mengder av testosteron.

Feministisk teori hevder at kvinner er underkuet menn, da det i mange år har regjert et syn på at mannen er den sterke, og at mannlige karakteristika er mer verdsatt (Annandale, 1998). Dette er noe som kan forklare kvinners rapportering av selvtillit som den største barrieren.

Forskning har som nevnt tidligere i kapittelet også vist kvinner i større grad enn menn er sosialisert til å vise følelser, og at dette forbindes med å være kvinnelig (Lindsey 2011). I studien var det tidspress og stress som var de største barrierene for menn når det gjaldt endring av livsstil, dette var signifikant forskjellig mellom kvinner og menn. (Mosca et.al, 1998).

Forskning har vist at personer med hjerte- og karsykdom synes at livsstilsendring kan være vanskelig. Risikofaktorer påvirker kvinner og menn ulikt i sykkelighet og dødelighet. Derimot mangler det kunnskap om hvorvidt livsstilsfaktorer påvirker evne til å endre livsstil forskjellig mellom kvinner og menn. Det tredje forskningsspørsmålet blir derfor som følgende:

3. I hvilken grad er det kjønnsforskjeller i livsstilsfaktorer som overvekt, røyking, høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol og lite fysisk aktivitet? Og påvirker livsstilsfaktorer kvinner og menn ulikt i deres evne til å følge livsstilsråd?

I denne delen av oppgaven er det utledet tre forskningsspørsmål som har tatt utgangspunkt i det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Forskningsspørsmålene tar for seg ulike spørsmål som omhandler kjønnsforskjeller, livsstilsråd og livsstilsfaktorer. Disse forskningsspørsmålene vil bli besvart senere i oppgaven ved hjelp av statistiske analyser hvor resultatene vil bli diskutert mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Dette vil utlede til en konklusjon i hvorvidt det foreligger forskjeller mellom kvinner og menn med hjerte og karsykdom i etterlevelse av livsstilsråd.

4.0 DATA OG METODE

I dette kapittelet blir datamaterialet som benyttes i oppgaven presentert, og det blir redegjort for dens validitet og reliabilitet. For å vise hvem som er inkludert i analysene blir det også vist hvordan utvalgssammensetningen er gjennomført. De forskningsetiske overveielserne som er gjort for denne oppgaven er også beskrevet. Videre er konstruksjonen av variablene redegjort for. Avslutningsvis nevnes de statistiske analysene for denne oppgaven samt metoderefleksjon.

4.1 Beskrivelse av datamaterialet

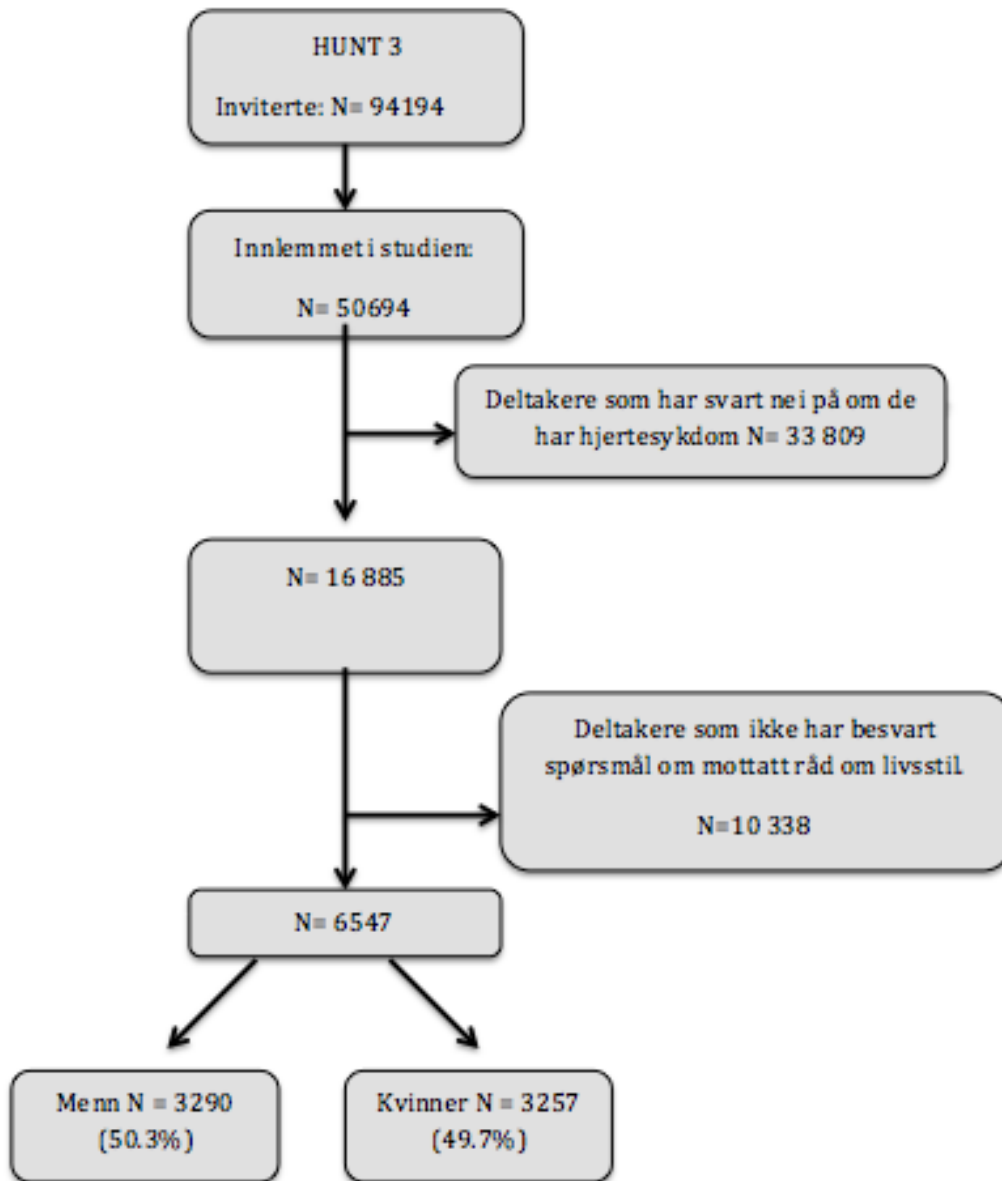
I denne oppgaven blir det benyttet data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT – helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er 3 store folkehelseundersøkelser; HUNT 1 (1984-1996), HUNT 2 (1995-1997) og HUNT 3 (2006-2008). For å besvare problemstilling og forskningsspørsmål er det data fra den tredje undersøkelsen (HUNT 3) som er anvendt. Dataene fra HUNT er også koblet opp mot informasjon om inntekt og utdanning hentet fra statistisk sentralbyrå (SSB).

HUNT er den mest omfattende helseundersøkelsen i Norge, men regnes som stor også sett i en internasjonal sammenheng. Kildepopulasjon er Nord-Trøndelag fylke, som består av 24 kommuner og 6 byer, innbyggere pr oktober 2010 er: 131. 842. Deltakerne fikk invitasjon i posten. Dataene er samlet inn ved hjelp av spørreskjema, hvor deltakerne svarer på spørsmål som omfatter sosiale forhold, tidligere sykdommer og helsetilstand. I tillegg er det også gjort intervjustudier, samt kliniske analyser av blod og urin. I denne oppgaven benytter jeg meg av resultatene på noe biologiske prøver, men forholder meg mest til spørreskjemadata.

Datainnsamlingen ble gjennomført fra oktober 2006 til juni 2008. Alle innbyggerne fra 13 år og oppover ble invitert til å delta i undersøkelsen.

Totalt ble det benyttet 18 ulike spørreskjemaer i basisundersøkelsen. Voksne deltakere fylte ut skjema 1 (Q1) og fikk utlevert skjema 2 (Q2) avhengig av alder og kjønn. Det ble også levert ut skjema 3 (Q3) til deltakere som ble selektert ut ifra svar på spørreskjema 1 og/eller 2. Det ble målt blodtrykk, puls, vekt, høyde, livvidde av alle deltakerne.

4.1.1 Utvalgssammensetningen



Det var 91194 personer som deltok i HUNT 3 studien. Kvinner og menn som har krysset av for at de har høyt blodtrykk, hjertesykdom, hjerneslag og nyresykdom er ifølge HUNT 3 regnet som hjertesyke. Først ble alle som ikke faller under disse kriterier trukket ut av analysen. Og man hadde da et utvalg på 16 885 kvinner og menn med hjerte og karsykdom. Denne gruppen fikk utlevert skjema Q3 - hjerte/kar. Dette spørreskjemaet inneholdt 21 ulike spørsmål for å kartlegge ulike faktorer hos pasienter som har selvrapportert de overnevnte

diagnosene. Videre er det gjort en seleksjon slik at utvalget er begrenset til å bare gjelde de som har svart på spørsmålene som omhandler om de har mottatt råd om livsstil.

Respondentene må ha svart ja eller nei på spørsmålet om de mottar livsstilsrådgivning.

Bakgrunnen for å selektere bort de andre respondentene er ønske om å se ulikheter blant de hjertesyke som har mottatt noen livsstilsråd i forhold til sin sykdom, hvordan de opplever dette, og i hvilken grad de rapporterer å leve etter anbefalte retningslinjer for hjertesunn livsstil. Man sitter da igjen med et utvalg på 6547 personer. 50.3 % av utvalget er menn, og 49.7 % er kvinner. Analysene som gjennomføres i denne oppgaven er gjort på dette utvalget.

4.1.2 Studiens validitet og reliabilitet

Ved gjennomføring av forskningsprosjekter stilles det krav til forskeren om at utvalget skal beskrives. Det er av betydning når en skal tolke om studiens utvalg er representativt og hvorvidt resultatene kan generaliseres til befolkningen (Midtbø, 2010). Med validitet menes det gyldighet av studiens resultater. Mens reliabilitet er om svarene er pålitelige (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Denne studien er som nevnt tidligere gjennomført med bruk av spørreskjemaer og kliniske undersøkelser. Ved besvarelse av spørreskjema når det er selvrapporing av egen helse, er det alltid en viss risiko for både under og overrapportering. Dette må tas i betraktning når en tolker resultatene.

Nord-Trøndelag er et fylke som ligger midt i landet. Fylket har både kyst og innland, og kan på den måten være representativ for mange steder i Norge. Nord-Trøndelag har flere tettsteder og byer, men har ingen storby. Dette er faktorer som kan trekke ned muligheten for å generalisere, da det i storbyer ofte er større inntektsforskjeller, større sosial ulikhet og hyppigere inn og utflytting (Krokstad & Knudsten, 2011). Nord-Trøndelag er en relativt homogen populasjon, og er forholdsvis stabile da det er lite inn og utflytting til fylket. Sammenlignet med resten av landet er det en lavere andel som mottar sosialhjelp, men det er et høyere antall av befolkningen som er langtidssykemeldt. Dødeligheten er generelt lavere enn ellers i landet, men dødeligheten av hjerte og karsykdommer er lett forhøyet i Nord-Trøndelag, enn ellers i landet, dette gjelder hos både kvinner og menn (Krokstad & Knudsten, 2011).

Seleksjonsskjevhet kan ha betydning for validiteten av en studie (Laake, Thoresen, Veierø, 2007). Derfor er det i etterkant av helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) blitt gjennomført flere frafalls studier, hvor frafallet er undersøkt. Gjennom alle tre gjennomføringene av helseundersøkelsen er det flere kvinner enn menn som deltar. Dette er i samsvar med det tidligere forskning har vist (Krokstad & Knudsten, 2011). Personer med høyere utdanning og høy sosioøkonomisk status deltar hyppigere enn de med lavere utdanning og lav sosioøkonomisk status. I HUNT 3 er deltagelsen høyest hos personer med høyere utdanning, det er også flere gifte enn ugifte som har deltatt. Oppmøteprosenten er lavest hos de yngste og stiger jevnt med alderen. Frafallsstudiene viser at det er de sykeste eldre, voksne med dårlig økonomi og sosiale problemer som i høyere grad ikke har deltatt i studien. Dette kan gi en underestimert av helseforskjeller og sykkeligheten i utvalget. Krokstad og Knudsten (2011) hevder til tross for dette, at utvalget i HUNT 3 studien kan generaliseres til befolkningen da det ikke finnes store systematiske forskjeller mellom de som deltok på undersøkelsen, og de som ikke deltok. Muligheten for generalisering kan også vurderes ut i fra frafallet i en studie. Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2010). Et stort frafall tilsier at studiens validitet og mulighet for generalisering kan være vanskelig. Ifølge Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2010) er en svarprosent på over 50 % regnet som en god svarprosent. I HUNT 3 er svarprosenten på 54 %, dette tilsier at resultatene fra denne studien kan generaliseres til befolkningen. Noe som også argumenterer for en forsvarlig generalisering, er at denne studien har data fra et stort antall respondenter. Ved mindre populasjoner og utvalg kan det i mindre grad trekkes konklusjoner som kan gjelde store befolkningsgrupper (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2010). Alt dette tatt i betraktning, regnes utvalget som å være nokså representativt.

4.1.3 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetiske retningslinjer og juridiske prinsipper er retningsgivende for all forskning (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Prinsippet om og ikke å skade informantene er et overordnet kriterium i all forskning. Denne studien er godkjent av HUNT og Regional etisk komite (REK), (se vedlegg 3). Datafil ble sendt via e-post og var passord beskyttet. Dataene er oppbevart og behandlet etter avtale med HUNT. Datafilen har gjennom hele prosessen vært beskyttet med passord.

Datafilen med variablene, er aidentifiserte og inneholder ingen personlig informasjon om deltakerne. Kravet om anonymitet er derfor opprettholdt. Undersøkelsen ga ikke fysiske skader eller ubehag for deltakerne. Det må derimot nevnes og vurderes muligheten for at noen spørsmål som f.eks. BMI, røykevaner, kostholdsvaner og leveste sett kan være belastende og ubehagelige for noen. Ifølge Thornquist (2003) skal forskere presentere resultater med respekt av informantene. Presentasjon av resultatene skal beskrives og behandles på en respektabel måte. Formålet med denne studien er ikke å presentere funn på en slik måte at individer som har deltatt i undersøkelsen føler seg hengt ut. Likevel vurderes nytteverdien av studien til å være stor da den inneholder resultater om en stor gruppe mennesker i Norge – personer med hjerte- og karsykdom.

4.2 Operasjonalisering av variablene

For å kunne gjøre noe målbart må det være operasjonelle definisjoner som angir hvilke fenomener som faller inn under de teoretiske begrepene (Midtbø, 2010). Dette er viktig for å kunne tolke resultatene som fremgår i analysen. Videre skriver forfatteren at de operasjonelle definisjonene fungerer som et bindeledd mellom abstrakte definisjoner og konkrete data (Midtbø, 2010).

4.2.1 Den avhengige variabelen

I denne oppgaven er det en avhengig variabel. Den tar for seg i hvilken grad personer med hjerte og karsykdom rapporterer at de klarer å leve etter livsstilsråd som blir gitt av lege. Dette er en avhengig variabel med gradering etter fire verdier. Verdiene er rangert fra; i liten grad, i noen grad, i stor grad og til i svært stor grad. Denne variabelen er omkodet til en dikotom variabel. Verdiene i liten grad og i noen grad er slått sammen, og blir heretter kalt i liten/noen grad. Denne har fått verdien 0. De tidligere verdiene i stor grad og svært stor grad er slått sammen til en verdi, og blir nå kalt i stor/svært stor grad, og har fått verdien 1.

4.2.2 Uavhengige variabler

Kjønn: En dikotom variabel hvor kvinner er gitt verdien 0, og menn verdien 1. Kjønn er i denne oppgaven en strata variabel, og er en av de mest sentrale forklaringsvariablene. Da hensikten er å undersøke kjønnsforskjeller blir analysene kjørt separat for kvinner og menn.

Viktighet av råd: Variabelen er på ordinalnivå med fire verdier, med gradering fra ikke viktig, litt viktig, viktig og svært viktig med verdiene 0, 1, 2 og 3.

Alder: Dette er en kontinuerlig variabel på forholdstallsnivå som angir alderen på respondentene i utvalget. Alderssammensetningen varierer fra 19 til 99 år, med et gjennomsnitt på 64 år. Det er laget alderskategorier med en gruppe med utvalget <40 år, 40-50 år, 50-60 år, 60-70 år og en kategori for personer over 70 år.

Siviltilstand: Variabelen er omgjort til en dummy på nominalnivå. Den er laget til en dikotom variabel hvor enslige, skilte og ugifte har fått verdien 0, personer i parforhold har fått verdien 1. Dette fordi det er ønskelig å se på forskjellen hos personer som lever i et parforhold eller ikke, da tidligere studier har vist forskjeller mellom de som lever i et parforhold, og de som er enslige.

Høyeste fullførte utdanning: En variabel på ordinalnivå. Denne variabelen er omkodet for å gjøre analysene hensiktsmessig. Verdien for høyere utdanning på lavere nivå og høyere utdanning på høyere nivå er slått sammen, da få personer i utvalget havnet i de to ulike kategoriene. Kategorien ukjent utdanning er tatt ut av analysen. Den nye variabelen har verdiene; grunnskole og lavere som har fått verdien 0, videregående skole med verdien 1, og høyere utdanning med verdien 2.

Samlet inntekt: Er en variabel på forholdstallsnivå. Inntekt er et bredere begrep enn lønn om omfatter summen av alle yrkesinntekter (Lønn og næringsinntekter) I tillegg til inntekt fra arbeid inngår blant annet kapitalinntekter og overføringer som bostøtte, barnetrygd, dagpenger, pensjoner fra folketrygden og sosialhjelp. Det er dannet fem kategorier for de statistiske analysene.

BMI: Denne variabelen er på ordinalnivå. Her er det laget dummy hvor det er tatt utgangspunkt fra verdens helseorganisasjon (WHO) sine etablerte grenseverdier av kroppsmasse. (WHO, 2012). Personer med undervekt er lite presentert i utvalget og blir lagt sammen med personer med normalvekt, som har fått verdien 0, overvektige med verdien 1 og fedme med verdien 2.

Røykestatus: Variabelen er laget til en dikotom variabel på nominalnivå. Hvor de som har oppgitt å ikke røyke har fått verdien 0, og de som har oppgitt å røyke av og til og daglig har fått verdien 1. Dette er fordi det vurderes å være mindre interessant om utvalget røyker i liten eller stor grad, da all røyking er en risikofaktor for hjerte og karsykdom.

Blodtrykk: Her blir det brukt to variabler, systolisk blodtrykk og diastolisk blodtrykk. Ønskelige verdier for blodtrykket er under 140/90 mmHg, mens under 130/80 er ønskelig for personer med hjerte og karsykdom, nyresykdom og diabetes (Forfang & Istad, 2011). På bakgrunn av dette er det laget kategorier hvor personer med systolisk blodtrykk under 130 kommer i gruppen som blir kalt normalt blodtrykk, med verdien 0. Andelen av utvalget med systolisk blodtrykk over 130 får betegnelsen forhøyet med verdien 1. Variabelen diastolisk blodtrykk under 80 får navnet normalt med verdien 0, og med et diastolisk blodtrykk over 80 blir kalt forhøyet og har fått verdien 1.

Fysisk aktivitet: Variabelen er på ordinalnivå, og går fra aldri som har verdien 0 til omtrent hver dag med verdien 4. På bakgrunn av helsedirektoratets anbefalinger om daglig mosjon, er dette gjort om til en dikotom variabel med verdien 0 for de som rapporterer å ikke følge anbefalingene. De som oppgir å mosjonere omtrent hver dag har fått verdien 1.

Kolesterol: I denne oppgaven blir det benyttet totalkolesterolverdier. Anbefalingene fra norske myndigheter er at denne skal være 5 mmol eller lavere (Forfang & Istad, 2011). Høye kolesterolverdier i blodet er en risikofaktor for aterosklerose i blodårene og kan dermed skape eller forverre etablert hjertesykdom. Her er det laget en dikotom variabel hvor <5 har fått verdien 0, og >5 har fått verdien 1 og blir kalt normal og forhøyet kolesterolverdier.

Livsstilsråd: Består av spørsmålene har du mottatt livsstilsråd om; å gå ned i vekt, mosjonere mer, røyke mindre, slutte å røyke, mosjonere mer, spiser mindre sukker, spise mindre fett, bruke mindre salt i maten og leve mindre hektisk. Nei har verdien 0, Ja verdien 1. Verdien husker ikke er tatt ut av analysen.

4.3 Statistiske analyser

De statistiske analysene er gjennomført ved bruk av SPSS versjon 19 for MAC. I denne oppgaven benyttes gjennomsnittsanalyse, krysstabellanalyse og logistisk regresjonsanalyse.

4.3.1 Krysstabellanalyser

Denne oppgaven har flere analysekapittel. I den innledende delen av analysene hvor variablene blir beskrevet – den deskriptive statistikken, er det valgt å gjøre dette med krysstabellanalyse. Dette er gunstig fordi det er en metode for å få fremstilt forskjellene mellom kvinner og menn (Johannessen, 2009). Hensikten med å sette opp krysstabeller er for å kunne sammenligne kategorier, og for å analysere og sammenligne kvinner og menn i forholdet mellom forklaringsvariabler som BMI, kosthold, fysisk aktivitet og andre livsstilsvalg og bakgrunnsdata på utvalget.

En måte for å signifikanteste sammenhenger mellom to variabler er khi kvadrat testen, og denne vil her benyttes. Utgangspunktet for khikvadrattesten er teorien om nullhypotesen (H_0) altså at det ikke er en forskjell mellom gruppene. Den alternative hypotesen er at det er en forskjell mellom gruppene (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2010). Dersom forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling mellom utvalget er liten, er det stor sannsynlighet for at nullhypotesen er riktig og at det ikke er forskjell mellom gruppene (Midtbø, 2010). Er derimot forskjellen stor, kan man forkaste nullhypotesen. Ved store avvik får man en større khi kvadrat, og at det er følgelig større sannsynlighet for at det er en forskjell mellom populasjonene en sammenligner fordelingen på. Det er verdier man kan benytte seg for å se om man bør forkaste eller beholde nullhypotesen (Johannessen, 2009). I forskning bruker man ofte begrepet statistisk signifikant, altså om det er en betydelig forskjell. Signifikansnivå er

fastsatt ut ifra sannsynligheten for å forkaste/beholde nullhypotesen. I denne oppgaven er valgt signifikantnivå; p-verdi $< 0,001 = 0,1$ prosent, $< 0,01 = 1$ prosent og $< 0,05 = 5$ prosent. Statistisk signifikans er ikke ensbetydende med at det er noe viktig og betydningsfullt, men belyser sammenhenger (Johannessen et., al, 2010). Dette innebærer at man også må vurdere størrelsen på forskjellene og sammenhengene og ikke utelukkende se på signifikanstesten.

4.3.2 Logistisk regresjonsanalyse

Denne analysemetoden er den mest dominerende i forskning i dag, og er spesielt gunstig når man skal gjøre multivariate analyser. I multivariate analyser trekker man inn flere uavhengige variabler for å belyse en avhengig variabel (Midtbø, 2010). Logistisk regresjon er vanlig å bruke når den avhengige variabelen har to verdier. I oppgavens analyser blir logistisk regresjon benyttet ettersom den avhengige variabelen har to verdier.

For å belyse størrelsen på sammenhengen i modellen vil blant annet oddsratioer benyttes. Dette blir regnet som en metode for å tolke koeffisientene i regresjonen (Tufte, 2000). Antilogaritmen til konstantleddet kalles odds. Dette sier noe om hvor mye større eller mindre sannsynligheten er for at noe skal treffe, enn for at det ikke skal inntreffe. Oddsrate er antilogaritmen til regresjonskoeffisienten. Denne er definert som forholdet mellom oddsene for to på hverandre følgende grupper, med dette menes det altså hvor mange ganger eller større eller mindre oddsen blir når den uavhengige variabelen øker med en enhet (Skog, 2004). Oddsratioer er et mål på effekt/sammenheng slik at det ikke er mulig å beregne oddsratioer for konstantleddet (Tufte, 2007). Dersom man tar oddsen når en uavhengig variabel har en bestemt verdi, p_1 ($1-p_1$), og deler den på den tilsvarende oddsen når den uavhengige variabelen er en verdi lavere, p_0 ($1-p_0$) får man oddsratioen:

$$\frac{PG_1 / (1 - PG_1)}{PG_2 / (1 - PG_2)}$$

(Bland & Altman, 2000).

I formelen som vist ovenfor viser 0 at oddsratioen, p_0 og p_1 er sannsynligheten for å ha verdien 1 på den avhengige variabelen, som i denne oppgaven er verdien at en klarer å følge livsstilsråd i stor og svært stor grad. En oddssratio som er høyere enn 1 innebærer at oddsen stiger med høyere verdi på den uavhengige variabelen, mens enn oddsratio som er lavere enn 1 innebærer at oddsen synker med høyere verdi på uavhengig variabel. Er oddsratioen lik 1, er

det ingen sammenheng mellom oddsen og den uavhengige variabelen. For å regne oddsratioene i prosent kan man benytte følgende formel

$(\text{Oddsratio} - 1) \times 100 = \text{oddsratio i prosent}$. På denne måten får man endringen uttrykt i prosent.

For å sammenligne om det er statistisk signifikant mellom kvinner og menn, som er et av hovedformålene for denne studien, blir t-test benyttet. Formelen på t-test er:

$$t = (m1 - m2) / (\sqrt{SE\ m1^2 + SE\ m2^2})$$

En verdi på >1.96 regnes som statistisk signifikant.

4.4 Metoderefleksjon

Grunnlaget for en studie er forskerens egne tanker om det fenomenet som skal studeres, samt at det skal være basert på egne erfaringer og tidligere forskning (Hellevik, 2002).

Utgangspunktet for mitt valg i metode ligger til grunn i min problemstilling og forskningsspørsmål. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke sammenhenger, mønstre og variasjoner. Jeg har presentert tidligere forskning som viser at det er gjort en stor mengde med forskning på området som omhandler livsstilsendring hos personer med hjerte- og karsykdommer. Derimot er det i mindre grad gjennomført studier som har hatt som hensikt å se sammenhengen mellom livsstilsråd og evnen til å følge slike råd, og hvilke livsstilsfaktorer som påvirker evnen til å endre livsstil. Jeg ser det derfor som relevant og betydningsfullt å studere dette nærmere.

Gjennom hele oppgaven har min egen forforståelse av denne tematikken preget mine valg. Dette gjelder valg av tema, litteratur, utvalg, forskningsmetode og tolkning av resultatene. Jeg har forsøkt å være bevisst omkring dette i hele prosessen. Det kan inngå mange komponenter i forforståelsen som f.eks. språk, begreper og personlige erfaringer (Gilje & Grimen, 2007). Noe i begrunnelsen for valg av tema kommer fra personlig erfaring omkring det å endre livsstil, men også som sykepleier til pasienter som har beskrevet at livsstilsendring er

vanskelig. Min bakgrunn som sykepleier til personer med hjerte- og karsykdommer er iboende meg, og er av betydning for min forståelse av tolkning av de resultatene som kommer frem i denne oppgaven.

Både kvalitative og kvantitative metoder er regnet som gode når en skal forske. Begge metodene har sine sterke og svake sider, og metoden som benyttes må sees i sammenheng med det som skal undersøkes (Johannessen et.al, 2010). I denne oppgaven benyttes det kvantitativ metode, styrken med denne metoden er at innsamlet materialet er stort og inneholder informasjon om et stort antall personer med hjerte- og karsykdommer, og det er muligheter for generalisering. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) er en tverrsnittsundersøkelse, og den gir et bilde på det jeg studerer på det aktuelle måletidspunktet. Man kan derfor ikke med denne typen av data trekke konklusjoner som omhandler årsaker eller hvordan noe har endret seg over tid, eller kan komme til å endre seg.

De variabler som er inkludert i analysene er valgt ut på bakgrunn av at teori og tidligere forskning. Det er flere variabler som kunne vært inkludert i analysene, eksempler på dette er inntaket av frukt, grønnsaker, fettrik mat, typer av fett i maten, blodsukkerverdier, triglyseridverdier. Årsaken til at disse ikke ble inkludert i analysen er fordi at målerverdiene hos flere av variablene hadde svakheter som ville gjort tolkningen svak, samtidig er de utelatt for å kunne avgrense oppgavens omfang.

5.0 DESKRIPTIV PRESENTASJON AV DATA

I dette kapittelet blir det gitt en oversikt over fordelingen på den avhengige variabelen og noen av de mest sentrale forklaringsvariablene som blir benyttet i analysen. For å få frem kjønnsforskjellene er analysene gjennomført separat for kvinner og menn. Jeg starter med å presentere noen bakgrunnsdata som omfatter medisinske opplysninger, demografiske og sosiale faktorer, livsstilsfaktorer og tilslutt, en oversikt over helserådgivningen. På denne måten vil leseren få et innblikk i datamaterialet, noe som vil øke forståelsen for regresjonsanalysene som presenteres senere i oppgaven.

5.1 Diagnoser

I tabell 5.1 vises fordelingen på de ulike diagnosene. Antall svar var til sammen 8884, hvilket indikerer at flere personer har oppgitt flere diagnoser. Antall personer i utvalget er; 6547 personer hvorav 3257 (49,7 %) er kvinner og 3290 (50,3 %) er menn.

Diagnoser	Kvinner n = 3257		Menn n = 3290	
	N	Andeler	N	Andeler
Angina pectoris	351	10	587	17.9
Hjerteinfarkt	235	3.5	657	20.0
Hjertesvikt	114	3.5	205	6.2
Hjerneslag	252	7.7	356	10.8
Hypertensjon	2796	85.8	2609	79.3
Annen hjertesykdom	303	9.3	419	12.7

Tabell 5.1 fordeling på diagnoser etter kjønn oppgitt i prosent.

Det er ikke uvanlig at personer med hjertesykdom har flere diagnoser. Skader på hjertemuskelen kan føre til komplikasjoner og andre diagnoser som blant annet ulike rytmeforstyrrelser i hjertet (Forfang og Istad, 2011). Dersom en betydelig del av hjertemuskelen blir ødelagt ved et hjerteinfarkt, kan skaden bli kronisk, som kan resultere i hjertesvikt (Stokland, 2011) Forskning har også avdekket at atrieflimmer er en risikofaktor som gir økt sannsynlighet for dannelsen av blodpropp, som kan føre til hjerneslag (Forfang og Istad, 2011). Hypertensjon er både en risikofaktor og i noen tilfeller en diagnose. Høyt blodtrykk kan over lengre tid gi skader på hjertet og gir økt risiko for hjerneslag. På bakgrunn

av forskning som viser at multiple diagnoser er tilfellet for mange personer med hjertesykdom, vurderes det at resultatene i denne studien samsvarer med tidligere funn, og er representerbare for personer med etablert hjerte og karsykdom i Norge.

5.2 Sosiodemografiske data

	Kvinner: N = 3257		Menn: N = 3290		t	p
	Gj.snitt	St.avvik	Gj.snitt	St.avvik		
	Andeler		Andeler			
Alder	64.4	12.0	64.4	11.03	0,017	0,987
Alder; kategorier	N = 3236		N = 3267		$\chi=30,3$	0,000
Under 40 år	2.9		1.7			
40-49 år	9.1		7.5			
50-59 år	20.8		24.4			
60-69 år	32.4		34.3			
Over 70 år	34.9		32.1			
Siviltilstand	N = 3255		N = 3289		$\chi=160,8$	0,000
Gift/i parforhold	58.0		72.9			
Ugift/enslig	42.0		27.1			
Utdanning	N = 3239		N = 3274		$\chi=53,3$	0,000
Grunnskole og lavere	34.6		26.3			
Videregående skole	51.6		57.5			
Høyere utdanning	13.7		16.1			
Samlet inntekt	N = 3231		N = 3262			
Kroner:	205 532.0	109 610.5	311 222.5	171 460.5	29.6	0,000
Inntekt, kategorier	N = 3231		N = 3274		$\chi=970,4$	0,000
Under 200 000 kr	57.1		23.0			
200 000-300 000 kr	26.4		33.5			
300 000-400 000 kr	12.8		23.2			
400 000-500 000 kr	2.5		11.9			
Over 500 000 kr	1.2		8.5			
Helsestatus	N = 3120		N = 3211		$\chi=26,3$	0,000
Dårlig	2.9		2.6			
Ikke helt god	46.0		40.0			
God	47.0		54.0			
Svært god	3.4		3.4			

Tabell 5.2, fordeling på sosiodemografiske, oppgitt i andeler (prosent), standardavvik, t-verdi for de kontinuerlige variablene og verdi for khikvadrattest for de kategoriske variablene.

Gjennomsnittsalderen blant kvinner og menn er 64 år, det er ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Ved å se på fordelingen i aldersgruppene ser man at få i utvalget kommer i kategorien på under 40 år både når det gjelder kvinner og menn. Blant de eldste er det flere kvinner enn menn. Andelen menn øker med alderen, men er noe høyere representert i aldersgruppen 60-69 år. Når det gjelder sivilstatus ser man at kvinner og menn fordeler seg ulikt. Andelen kvinner som ikke er i et parforhold er 42 prosent, og blant menn er det bare 27.1 prosent. 72.9 prosent av utvalgets menn lever i et parforhold, mens det er 58 prosent av kvinnene som gjør det samme. Her er det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn.

Når det gjelder fordelingen på utdanningsnivå er det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Det er flere kvinner som har utdanning på grunnskole og lavere nivå, de er representert med 34.6 prosent mens det blant menn er 26.3 prosent i samme kategori. I kategorien for utdanning på videregående nivå viser analysen at det er en majoritet av menn på dette nivået med 57.5 prosent, mens det er 51.6 prosent av kvinnene på samme nivå. Ved utdanning på høyere nivå ser man at kvinner er representert med 13.7 prosent mens det er 16.1 prosent av mennene i utvalget som har utdanning på høyere nivå. Videre ser man at kvinner og menn fordeler seg ulikt ved inntekt. Her er det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. En stor andel av kvinner tjener 200 000 kr eller lavere i året, dette er betydeligere mindre enn andelen menn. Man ser også i de andre inntektsklassene at andelen kvinner som tjener høyt er lav, mens menn fordeler seg mer jevnt. Tidligere studier har vist at personer med høy utdanning og inntekt tar mer gunstige livsstilsvalg og har gode helsevaner. På spørsmålet hvordan er helsa di nå svarer kvinner og menn noe forskjellig, det er med andre ord signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Det flere kvinner enn menn som rapporterer at de har dårlig eller ikke helt god helse, mens det er et flertall menn som mener de har god eller svært god helse.

5.3 Livsstilsfaktorer

	Kvinner: N = 3257		Menn: N = 3290		t	p
	Gj.snitt	St.avvik	Gj.snitt	St.avvik		
	Andeler		Andeler		$\chi = khi$	
Vekt	78.68	15.15	90.29	16.61	31.4	0,048
BMI	29.79	5.34	29.17	4.19	5.18	0,000
BMI, 3 kategorier	N = 3241		N = 3274		$\chi = 71,7$	0,000
Normalvekt	18.1		14.7			
Overvekt	37.7		48.0			
Fedme	44.2		37.2			
Røykestatus	N = 3257		N = 3290		$\chi = 0,00$	0,990
Ikke røyker	71.3		71.3			
Røyker	28.7		28.7			
Kolesterol	5.5	1.14	5.1	1.12	15.7	0,914
Kolesterol, 2 kategorier	N = 3046		N = 3130		$\chi = 162,9$	0,000
Normalt kolesterol	35.9		52.0			
Forhøyet kolesterol	64.1		48.0			
Systolisk blodtrykk	137.86	19.73	138.77	18.69	1.77	0,009
Sys. BT, 2 kategorier	N = 2825		N = 2858		$\chi = 16,1$	0,000
Normalt < 130 mmHg	35.9		30.9			
Forhøyet > 130 mmHg	64.1		69.1			
Diastolisk blodtrykk	73.01	11.15	78.59	11.32	18.7	0,559
Dia. BT, 2 kategorier	N = 2826		N = 2860		$\chi = 228,8$	0,000
Normalt < 80 mmHg	76.6		57.8			
Forhøyet > 80 mmHg	23.4		42.2			
Fysisk aktivitet	N = 3159		N = 3237		$\chi = 0,028$	0,868
Ikke anbefalt nivå	81.8		82.9			
Anbefalt nivå	18.2		18.0			

Tabell 5.3, fordeling på livsstilsfaktorer, oppgitt i andeler (prosent), standardavvik, t-verdi for de kontinuerlige variablene og verdi for khikvadrattest for de kategoriske variablene

I tabell 5,3 kan man se at gjennomsnittsverken hos kvinner er ca. 78 kg, mens den er 90 kg hos menn. Dette er forventet da menn generelt veier mer enn det kvinner gjør. Når det gjelder kjønnsfordeling etter BMI er det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Det er flere kvinner enn menn som er normalvektige, men andelen er lav da det er 18.1 prosent av kvinnene og 14.7 prosent av utvalgets menn som havner i denne kategorien. Derimot ser man at flere menn enn kvinner er overvektige. Det er en stor andel av utvalget som kommer i kategorien fedme, her er kvinner høyere representert enn menn. Flere internasjonale studier har vist at det å være overvektig er en selvstendig risikofaktor for hjerte og karsykdom (WHO, 2012). Hos kvinner sitter ofte fett mer på baken og hofter, mens det hos menn sitter

over buken. Det er blitt regnet at mannlig fettfordeling er farligere, og er mer forbundet med risiko for hjerte og karsykdom (Njølstad og Løchen, 1999). BMI er et måleinstrument som er kritisert, da det ikke tar hensyn til benbygning og muskelmasse, noe som kan gjøre at flere havner i kategorien overvektig og fedme. Dette må tas i betraktning når man vurderer resultatene. Når det gjelder hvorvidt kvinner og menn i utvalget røyker viser analysen at det er 71.3 prosent som rapporterer at de ikke røyker, mens 28 prosent oppgir at de røyker. Det er ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Flere studier har vist at røyking er farligere for kvinner enn det er for menn (Njølstad og Løchen, 1999).

Forhøyet kolesterol er noe som er representert hos personer med hjerte og karsykdommer. I utvalget viser det seg at andelen kvinner med normalt kolesterol er lavere enn menn, med 35.9 prosent blant kvinner og 52.0 prosent blant menn. Kvinner med forhøyet kolesterol er 64.1 % prosent mens det er 48 prosent av mennene som har høyt kolesterol, kjønnsforskjellene er signifikante. En studie av norske hjertepasienter i 2005 viste at flere menn enn kvinner ble behandlet med kolesterolsenkende medikamenter (Melberg et., Al, 2005). Dette kan være en forklaring til hvorfor flere kvinner har forhøyet kolesterol. For å vurdere den totale risikoen for forhøyet kolesterol benyttes forholdet mellom HDL og LDL kolesterol. Dette er ikke målt i HUNT 3, og her er det derfor benyttet kolesterol total. Noe som også må nevnes er at kolesterol skal tas fastende, og man kan ikke ved hjelp av disse dataene vite hvem som har fastet eller ikke. Disse faktorene har også betydning når man tolker resultatet. For personer med hjerte og karsykdommer er det gunstig å være i fysisk aktivitet, det har positiv effekt på vekt og kolesterolnivå. Anbefalingene er at en skal være daglig i minst 30 minutter fysisk aktivitet. I denne studien ser man at andelen kvinner og menn som ikke følger anbefalingene om daglig mosjon er 81.8 prosent blant kvinner og 82.0 prosent blant menn. Det er bare 18.2 prosent og 18.0 prosent blant kvinner og menn som rapporterer å følge anbefalingene. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Funnet er derimot interessant da majoriteten ikke følger anbefalingen som å være i daglig fysisk aktivitet. Blodtrykk er en risikofaktor for utvikling av hjerte og karsykdom, men er også ugunstig for personer med etablert hjertesykdom. Anbefalingene er at det systoliske blodtrykket skal være under 130 mmHg mens det diastoliske skal være under 80 mmHg. Analysen viser at det er flere menn enn kvinner som har forhøyet både systolisk og diastolisk blodtrykk.

5.4 Livsstil og livsstilsrådgivning

	Kvinner		Menn		t	p
	N = 3257		N = 3290			
	Gj.snitt	St.avvik	Gj.snitt	St.avvik		
	Andeler	Andeler	Andeler	$\chi = khi$		
I hvilken grad klarer du å følge livsstilsråd?	N= 3007		N= 3082		$\chi = 13,5$	0,000
I liten/noen grad	71.3		66.9			
I stor/svært stor grad	28.7		33.1			
Hvor viktig er slike livsstilsråd?	N= 3074		N= 3152		$\chi = 15,0$	0,002
Ikke viktig	5.2		6.3			
Litt viktig	19.3		21.1			
Viktig	54.3		55.8			
Svært viktig	21.1		16.8			
Mottatt råd om å gå ned i vekt	N= 2887		N= 2980		$\chi = 5,2$	0,023
Ja	54.8		57.7			
Nei	45.2		42.3			
Mottatt råd om å røyke mindre	N= 766		N= 721		$\chi = 2,96$	0,085
Ja	60.6		56.2			
Nei	39.4		43.8			
Mottatt råd om å slutte å røyke	N = 794		N= 770		$\chi = 0,25$	0,611
Ja	61.0		62.2			
Nei	39.0		37.8			
Mottatt råd om å mosjonere mer	N= 2843		N= 2929		$\chi = 1,22$	0,269
Ja	62.8		64.2			
Nei	37.2		35.8			
Mottatt råd om å spise mindre sukker	N= 2684		N= 2824		$\chi = 7,99$	0,005
Ja	41.0		44.8			
Nei	59.0		55.2			
Mottatt råd om å spise mindre fett?	N= 2722		N= 2835		$\chi = 13,2$	0,000
Ja	47.2		52.1			
Nei	52.8		47.9			
Mottatt råd om å spise mindre salt	N = 2750		N= 2837		$\chi = 1,37$	0,241
Ja	54.9		56.5			
Nei	45.1		43.5			
Mottatt råd om å leve mindre hektisk	N= 2493		N= 2643		$\chi = 13,0$	0,000
Ja	28.2		32.9			
Nei	71.8		67.1			

Tabell 5.4, fordeling på livsstil og livsstilsrådgivning variablene, oppgitt i andeler (prosent), standardavvik, t-verdi for de kontinuerlige variablene og verdi for khikvadrattest for de kategoriske variablene

Fordelingen på den avhengige variabelen som omhandler i hvilken grad personer med hjerte og karsykdommer rapporterer å leve etter livsstilsråd viser analysen at majoriteten av utvalget blant kvinner og menn at de ikke klarer å etterleve rådene i hverdagen. Andelen kvinner som rapporterer å ikke etterleve slike råd er 71.3 prosent blant kvinnene og 66.9 prosent av utvalgets menn. 28.7 prosent av kvinnene mener de greier å følge livsstilsråd, mens flere menn rapporterer det samme, med 33.1 prosent. Der er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i hvilken grad personer med hjerte og karsykdommer oppgir å følge livsstilsråd. Sammenligner man med hvor viktig utvalget mener livsstilsråd er, finner man derimot at det er en liten andel som mener at livsstilsråd ikke er viktige. Majoriteten av både kvinner og menn mener at livsstilsråd er viktige. Fordelingen viser at det er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i om livsstilsråd oppfattes som viktig. Resultatene fra analysene er interessante for å belyse oppgavens tema, problemstilling og forskningsspørsmål. Schenk-Gustavsson (2008) hevder at 6 av 10 dødsfall kan unngås visst personer med risikofaktorer endrer sin livsstil.

Når det gjelder kjønnsfordelingen på om personer med hjerte og karsykdommer har mottatt råd om å gå ned i vekt, viser analysen at det ikke er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Respondentene med normalvekt er selektert bort, da det er ønskelig å undersøke de med overvekt og fedme. Funnene er derimot interessant da andelen kvinner som ikke har mottatt råd om dette er 46.4 prosent, mens det blant menn er 51.5 prosent som rapporterer det samme.

Ved spørsmål som omhandler om mottatt råd om å røyke mindre og slutte å røyke er personer som ikke røyker tatt ut av analysen. Flertallet av både kvinner og menn hevder å ha mottatt råd om å røyke mindre. Analysen viser at det ikke er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Videre ser man på fordelingen på kvinner og menn om de har mottatt råd om å slutte å røyke. Majoriteten av utvalget oppgir at de har mottatt råd om å slutte å røyke. Men andelen som rapporterer at de ikke har fått dette rådet er relativt høyt. Forskjellene er ikke signifikante. Helsedirektoratets anbefalinger for forebygging av hjerte og karsykdommer skriver tydelig at å kartlegge røykevaner er svært viktig, og råd om slutte å røyke regnes som helt essensielt.

Andelen kvinner og menn med hjerte- og karsykdom som følger anbefalingene om daglig fysisk aktivitet er som vist tidligere lav. Når det gjelder spørsmålet om å ha mottatt råd om å mosjonere mer rapporterer utvalget at de har fått dette rådet, det er noen flere menn som mener at de har mottatt dette rådet. Kjønnforskjellen er derimot ikke signifikant.

Når det gjelder fordelingen på mottatt råd om å spise mindre sukker fordeler kvinner og menn seg noe forskjellig, og det er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Det er flere menn enn kvinner som angir at de har mottatt dette rådet. Funnet i analysen er interessant da over halvparten av både kvinner og menn rapporterer å ikke ha fått dette rådet. Videre ser man på mottatt råd om å spise mindre fett. Fordelingen viser at en større andel menn sier de har fått rådet enn det kvinner rapporterer. Også her er funnet av interesse da det viser at det er en stor andel personer med hjerte og karsykdommer som ikke mottar livsstilsråd om å spise mindre fett, det er også signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Videre ser man på kjønnsfordelingen på råd om å spise mindre salt. Kvinner og menn fordeler seg relativt jevnt og det er ingen signifikant forskjell. Flertallet av utvalgets kvinner og menn hevder å ha fått dette rådet, men det er også en stor andel som sier at de ikke har mottatt rådet, noe som gjør at funnet er av interesse.

I tabellen kan man se fordelingen på kvinners og menn ved spørsmålet om mottatt råd om å leve mindre hektisk. Det er flere menn enn kvinner som har fått dette rådet. Men det er generelt få som rapporterer å ha mottatt livsstilsråd angående stressnivå, til tross for at stress er en risikofaktor for hjerte og karsykdom, men som også kan føre til mindre gunstige levevaner (Schenk-Gustavsson, 2008). Det er ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn.

I dette kapittelet er oppgavens variabler presentert og resultatene kort beskrevet. Denne delen av de statistiske analysene gir en grunnleggende forståelse for hvordan kvinner og menn fordeler seg ulikt ved de ulike variablene i analysen. De samme variablene benyttes også i regresjonsanalysen som blir presentert i oppgavens neste kapittel. Resultatene fra dette kapittelet blir videre drøftet i kapittel 7, hvor resultatene fra dette kapittelet sammen med regresjonsanalysen blir belyst i form av det teoretiske fundamentet og tidligere forskning.

6.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapittelet er hensikten å undersøke om det er forskjeller mellom kvinner og menn med hjerte- og karsykdoms evne til å etterfølge livsstilsråd. På bakgrunn av dette er resultatene gjennomført separat for kvinner og menn. Resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen får frem hvilken odds kvinner og menn har for å følge livsstilsråd, og hvilke variabler som har størst betydning for å klare å følge slike råd.

Regresjonsanalysen gjennomføres ved bruk av tre tabeller. I analysen kontrollerer man for flere uavhengige variabler som er antatt å ha en betydning for kvinner og menns evne til å følge livsstilsråd. I tabell 1 ser man på betydningen av hovedeksponeringsvariabelen på den avhengige variabelen, samtidig blir det kontrollert for bakgrunnsvariabler som alder, sivilstatus, utdanning og inntekt. Hovedeksponeringsvariabelen er om kvinner og menn rapporterer livsstilsråd fra lege som ikke viktig, litt viktig, viktig og svært viktig.

Videre i tabell 2 er det mottatt råd om livsstil som blir trukket inn i den analysen. Variabler som er innlemmet er spørsmål som tar for seg om en har mottatt råd om; å gå ned vekt, røyke mindre, slutte å røyke, mosjonere mer, spise mindre fett, salt og sukker samt det å leve mindre hektisk. Det blir i denne modellen kontrollert for hvorvidt det er betydningsfullt for kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer å motta slike råd, og om dette påvirker den avhengige variabelen - evnen til å følge livsstilsråd i stor eller svært stor grad.

Tilslutt i tabell 3 er det helse og livsstilsvariabler som blir innlemmet i regresjonsanalysen. Variablene som er inkludert er respondentens rapportering av egen helse, røykestatus, og nivå av fysisk aktivitet. Av kliniske data er det også kontrollert for Body Mass Index (BMI), diastolisk, systolisk blodtrykk og kolesterolverdier.

For å undersøke om kjønnsforskjellene er statistisk signifikante, benyttes t-tester. Verdiene for t-testen vises i tabellen.

6.1 Kjønnforskjeller i etterlevelse av livsstilsråd – betydningen av å vurdere livsstilsråd som viktige, kontrollert for bakgrunnsvariabler.

For å besvare oppgavens første forskningsspørsmål som ble utledet i kapittel 3.5 benyttes logistisk regresjon. Gjennom logistisk regresjon kan jeg studere betydningen av hver forklaringsvariabel på den avhengige variabelen i analysen. I dette kapitlet presenteres resultatene fra tabell 6.1 som har som hensikt å studere i hvilken grad det er en sammenheng mellom hvor viktig kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer syntes at livsstilsråd er og deres evne til å etterfølge disse, og om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn.

I tabell 6.1 ser man at de som vurderer livsstilsråd som svært viktige har høyere oddsratio for å klare å leve etter de livsstilsråd som de har fått sammenlignet med de som ikke vurderer slike råd som viktige. Dette gjelder for både kvinner og menn. For kvinner ser vi at de som vurderer slike råd som svært viktige har 2,8 ganger høyere oddsratio for å etterleve slike råd sammenlignet med kvinner som anser at slike råd ikke er viktige, denne forskjellen er signifikant. Tilsvarende oddsratio for menn er 3,2, også denne forskjellen er signifikant.

Videre i tabell 6.1 ser vi også at det er statistisk signifikante forskjeller blant de som mener at råd er viktige og litt viktige sammenlignet med de som mener at råd ikke er viktige. Dette gjelder både kvinner og menn. Videre i tabell 6.1 ser vi at betydningen av det å mene livsstilsråd er viktig på evnen til å følge slike råd synes å være noe sterkere for menn enn for kvinner, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Tabell 6.1: I tabell 1 presenteres det logistisk regresjonsanalyse med oddsratio (OR). Det er satt et konfidensintervall på 95 % med signifikansnivå $p < 0,05$. For og signifikantteste kjønnsforskjeller er t-test gjennomført med hvor verdi $>1,96$ er signifikant.

Binær logistisk regresjonsanalyse		Avhengig variabel: I hvilken grad klarer du å følge livsstilsråd? Ref.: i stor/svært stor grad							
		Kvinner N= 3257				Menn N= 3290			
-2 log likelihood = 1490,6	OR	95 % KI		p-verdi	OR	95 % KI		p-verdi	t-test
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre		
Viktighet råd? Ref.: ikke viktig									
Litt viktig	0,536	0,319	0,900	0,018	0,640	0,426	0,959	0,031	0,526
Viktig	1,701	1,070	2,703	0,025	1,621	1,126	2,335	0,009	0,160
Svært viktig	3,815	2,364	6,156	0,000	4,258	2,868	6,322	0,000	0,347
Alder, ref.: over 70 år									
<40 år	0,635	0,363	1,108	0,110	0,555	0,281	1,097	0,090	0,297
40-49 år	0,670	0,475	0,946	0,023	0,436	0,302	0,631	0,000	1,670
50-59 år	0,898	0,695	1,160	0,409	0,628	0,496	0,795	0,000	3,192
60-69 år	1,017	0,820	1,262	0,875	0,842	0,688	1,029	0,093	1,261
Sivilstatus ref.: enslige									
I parforhold	1,045	0,875	1,249	0,628	1,129	0,937	1,361	0,202	2,417
Utdanning ref.: grunnskole									
Videregående skole	0,975	0,804	1,183	0,800	1,016	0,837	1,234	0,869	0,293
Høyere utdanning	1,036	0,965	1,767	0,083	1,077	0,817	1,419	0,599	0,924
Samleinntekt ref.: < 200 000 kr									
200 000 – 300 000 kr	1,050	0,849	1,299	0,654	0,821	0,660	1,021	0,077	1,581
300 000 – 400 000 kr	0,858	0,632	1,164	0,325	0,835	0,647	1,078	0,166	0,133
400 000 – 500 000 kr	0,788	0,449	1,384	0,407	0,727	0,530	0,999	0,049	0,243
Over 500 000 kr	0,638	0,286	1,425	0,273	0,693	0,482	0,998	0,049	0,187

Formel t-test: $t = (m1 - m2) / (\sqrt{SE m1^2 + SE m2^2})$

I tabell 6.1 er det også kontrollert for bakgrunnsvariabler som alder, sivilstatus, utdanning og inntekt og hvordan disse påvirker utvalgets kvinner og menns odds for å etterleve livsstilsråd. I tabellen ser vi at alder for både kvinner og menn har lite å si for etterlevelsen av slike råd. Kvinner i alderen 60-69 år har svakt høyere oddsratio for å følge råd sammenlignet med kvinner over 70 år. Blant menn er det slik å være over 70 år har gir best oddsratio for å følge livsstilsråd sammenlignet med yngre menn med hjerte- og karsykdommer. Det er kun signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i alderen 50-59 år hvor menn i denne aldersgruppen har signifikant dårligst oddsratio for etterlevelse av slike råd.

Videre i tabellen ser man at sivilstatus har ingen signifikant betydning for hvorvidt man greier å følge livsstilsråd eller ikke. Dette gjelder både for kvinner og menn. Derimot viser analysen at betydning av det å være i et parforhold er signifikant forskjellig for kvinner og menn. Vi ser at betydningen av å være i et parforhold er noe sterkere for enn sammenlignet med kvinner.

I tabell 6.1 ser vi også at utdanning har lite å si både blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer ved etterlevelse av livsstilsråd. Her ser vi ingen tydelig sammenheng mellom det å ha høyere utdanning enn grunnskolen for evnen til etterlevelse av livsstilsråd.

Oddsratioen for kvinner og menn med utdanning fra videregående skole og høyere utdanning er nær 1 og indikerer at det er liten forskjell mellom de ulike utdanningsgruppene med hensyn til i hvor stor grad de greier å etterfølge livsstilsråd. Det er ingen klar sammenheng mellom utdannelsesnivå og endring av leveste. Tilslutt i tabell 6.1 ser vi på hvordan inntekt påvirker etterlevelsen av livsstilsråd. Som vi ser i tabellen er det slik at høyere inntekt ikke ser ut til å være av betydning for evnen til å følge livsstilsråd, det er heller ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder sammenhengen mellom inntekt og etterlevelsen av livsstilsråd.

6.2 Kjønnforskjeller i mottatt råd om livsstil og hvordan dette påvirker etterlevelse av livsstilsråd.

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysene av menn og kvinners evne til å etterleve livsstilsråd kontrollert for mottatt råd om livsstil fra lege. Hensikten er å presentere resultatene som er aktuelle for å besvare oppgavens andre forskningsspørsmål som ble utledet i kapittel 3.5. I tabell 6.2 undersøker jeg i hvilken grad det er en sammenheng mellom det å motta livsstilsråd fra lege og om det er slik at de som mottar disse rådene har større evne til å endre livsstil. Jeg studerer også om det er slik at det er forskjeller mellom kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer når det gjelder å motta råd om livsstil og hvordan dette påvirker kvinner og menn ulikt i evne til å følge disse rådene.

I tabell 6.2 ser vi at når det gjelder råd om å gå ned i vekt og det å mosjonere mer at de som mottar disse rådene greier i mindre grad å etterleve livsstilsråd sammenlignet med kvinner og menn som ikke har mottatt slike råd, denne forskjellen er statistisk signifikant. Dette kan gi grunnlag for å antyde at det å motta disse rådene gir negativ påvirkning i etterlevelse av livsstilsråd hos personer med hjerte- og karsykdommer. Men det kan også bety at denne gruppen innehar egenskaper som påvirker den avhengige variabelen negativt og at disse egenskapene på samme tid er korrelert med det å ha mottatt råd om å mosjonere mer og gå ned i vekt. Det kan for eksempel være slik at de som mottar råd om å gå ned i vekt og mosjonere mindre i utgangspunktet er personer som har store problemer med å etterfølge slike råd.

Videre i tabell 6.2 ser man kvinner som mottar råd om å spise mindre salt i kostholdet har over 0,8 ganger høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med kvinner som ikke har mottatt dette rådet. Tilsvarende tall for menn er 0,4, også dette resultatet er Betydningen av å motta råd om å spise mindre salt har en positiv betydning for å etterleve livsstilsråd, betydningen av å motta dette rådet synes å være noe sterkere for kvinner enn for menn, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

I tabell 6.2 presenteres logistisk regresjonsanalyse med oddsratio (OR). Det er satt et konfidensintervall på 95 % med signifikansnivå $p < 0,05$. For å signifikant teste kjønnsforskjeller er t-test gjennomført med hvor verdi $> 1,96$ er signifikant

Binær logistisk regresjonsanalyse					Avhengig variabel: I hvilken grad klarer du å følge livsstilsråd? Ref: i stor/svært stor grad				
Kvinner N= 3257					Menn N= 3290				
-2 log likelihood = 1425,9	OR	95 % KI		p-verdi	OR	95 % KI		p-verdi	t-test
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre		
Viktighet råd? Ref: ikke viktig									
Litt viktig	0,647	0,326	1,286	0,214	0,576	0,348	0,952	0,032	0,269
Viktig	2,062	1,106	3,841	0,023	1,689	1,071	2,662	0,024	0,507
Svært viktig	4,778	2,483	9,195	0,000	5,296	3,129	8,966		0,240
Alder, ref: over 70 år									
<40 år	0,845	0,437	1,634	0,617	0,807	0,347	1,878	0,619	0,084
40-49 år	0,762	0,486	1,193	0,234	0,762	0,481	1,207	0,247	0,00
50-59 år	1,077	0,750	1,546	0,688	0,826	0,505	1,145	0,251	1,067
60-69 år	1,075	0,784	1,474	0,653	1,075	0,806	1,434	0,624	0,00
Sivilstatus ref: enslige									
I parforhold	1,125	0,879	1,440	0,350	1,231	0,949	1,597	0,118	0,491
Utdanning ref: grunnskole									
Videregående skole	0,946	0,721	1,242	0,689	1,003	0,766	1,311	0,958	0,297
Høyere utdanning	1,370	0,912	2,058	0,129	0,956	0,661	1,382	0,810	1,284
Samleinntekt ref: < 200 000 kr									
200 000 – 300 000 kr	1,102	0,829	1,464	0,503	0,732	0,534	1,003	0,052	2,050
300 000 – 400 000 kr	0,864	0,577	1,295	0,479	0,660	0,463	0,939	0,021	0,987
400 000 – 500 000 kr	0,442	0,212	0,925	0,030	0,618	0,405	0,944	0,026	0,770
Over 500 000 kr	0,649	0,214	1,966	0,445	0,615	0,384	0,984	0,042	0,088
Mottatt råd livsstil, ref: nei									
Gå ned i vekt	0,552	0,423	0,722	0,000	0,526	0,401	0,681	0,000	0,291
Røyke mindre	0,829	0,572	1,202	0,323	0,613	0,428	0,879	0,008	1,145
Slutte å røyke	0,855	0,594	1,230	0,397	1,157	0,831	1,611	0,387	1,206
Mosjonere mer	0,593	0,461	0,764	0,000	0,535	0,416	0,688	0,000	0,565
Spise mindre sukker	1,157	0,837	1,601	0,378	1,474	1,100	1,976	0,009	1,085
Spise mindre fett	1,120	0,817	1,535	0,482	1,053	0,785	1,413	0,728	0,277
Spise mindre salt	1,882	1,465	2,416	0,000	1,410	1,097	1,812	0,007	1,597
Leve mindre hektisk	1,172	0,897	1,532	0,246	1,006	0,781	1,296	0,960	0,813

Ser man videre i tabell 6.2 ser vi at menn som mottar råd om å spise mindre sukker har 47 prosent høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med menn som ikke har mottatt dette rådet, denne forskjellen er statistisk signifikant. Blant kvinner som har mottatt dette rådet ser man derimot at oddsratioen er noe lavere med 16 prosent høyere oddsratio enn kvinner som ikke har fått dette rådet, denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Dette resultatet indikerer at det å motta råd om å redusere sukkerinntaket har større betydning for menn enn det har for kvinner, men t-teste viser at denne forskjellen ikke er statistisk signifikant.

I tabell 6.2 viser regresjonen at det blant kvinner gir 12 prosent høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd visst det blir gitt råd om å spise mindre fett av lege, men denne svakt forhøyede oddsratio, er ikke signifikant høyere sammenlignet med de kvinnene som rapporterer at de ikke har mottatt dette rådet. Tilsvarende tall for menn er 5 prosent. Forskjellene mellom kvinner og menn er ikke statistisk signifikante.

Som tabellen 6.2 får frem er det slik at kvinner som mottar råd om å leve mindre hektisk har 17,2 prosent høyere oddsratio for å følge livsstilsråd enn kvinner som ikke har mottatt dette rådet, denne forskjellen er derimot ikke signifikant. Blant utvalgets menn er slik at de som har blitt rådet til å leve mindre hektisk bare har 0,6 prosent høyere oddsratio for å følge livsstilsråd. Kvinner som har mottatt dette rådet har noe høyere oddsratio enn menn for å følge livsstilsråd, men denne forskjellen er ikke stor, og den er ikke statistisk signifikant.

Videre i tabell 6.2 ser vi at menn som har mottatt råd om å røyke mindre klarer i lavere grad å etterleve livsstilsråd sammenlignet med menn som ikke har mottatt dette rådet, denne forskjellen er signifikant. Blant utvalgets kvinner er det slik at det ikke er signifikante forskjeller blant kvinner som har mottatt dette rådet sammenlignet med kvinner som ikke har fått råd om å røyke mindre. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom det å ha fått råd om slutte å røyke og det å etterleve livsstilsråd. I tabell 6.2 viser analysen at det ikke er noen sammenheng mellom det å motta råd om å slutte å røyke blant kvinner med hjerte- og karsykdommer sammenlignet med kvinner som ikke har fått dette rådet. Menn som mottar råd om å slutte røyke greier i noe høyere grad å etterleve livsstilsråd, men forskjellen er ikke signifikant forskjellig fra menn som ikke har fått dette rådet fra sin lege. Resultatene viser at menn som mottar råd om å slutte å røyke har svakt høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd, sammenlignet med kvinner er denne forskjellen ikke statistisk signifikant.

6.3 Kjønnforskjeller i livsstilsfaktorer og hvordan dette er av betydning for etterlevelse i livsstilsråd

I dette kapittelet er det resultatene fra analysene av hvordan livsstilsfaktorer påvirker etterlevelse av livsstilsråd som presenteres. Utgangspunktet for dette kapittelet er oppgavens tredje forskningsspørsmål. I tabell 6.3 undersøker jeg i hvilken grad det er slik at livsstilsfaktorer er av betydning for etterlevelse av råd, og om det foreligger forskjeller mellom kvinner og menn, og hvordan dette påvirker kvinner og menn ulikt i etterlevelse av livsstilsråd.

Ut fra tabell 6.3 kan vi se at menn som ikke røyker har 1,85 høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med menn som røyker, denne forskjellen er statistisk signifikant. Tilsvarende tall for kvinner er 0,8, og ikke-røykende kvinner har statistisk signifikant høyere sannsynlighet for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med kvinner som røyker. Resultatene viser at menn som ikke røyker i noen større grad har større etterlevelse av livsstilsråd enn kvinner som røyker, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Resultatet indikerer at det er en tydelig sammenheng mellom det å røyke når det gjelder etterlevelse av livsstilsråd, da det blant kvinner og menn er slik at røykestatus er av betydning for etterlevelse av livsstilsråd.

Videre i tabell 6.3 kan vi lese at menn med normalvekt har over 1 gang høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd enn menn som havner i kategorien fedme, denne forskjellen er statistisk signifikant. Blant kvinner er det slik at å være normalvekt gir 0,7 ganger høyere oddsratio for etterlevelse av livsstilsråd, sammenlignet med kvinner med fedme. Ser man videre på kategorien overvekt ser det ut til at kvinner med fedme har 0,9 ganger høyere oddsratio for etterlevelse av livsstilsråd enn kvinner med fedme. Tilsvarende tall for menn er 0,8. Resultatet viser at kvinner og menn med normalvekt og overvekt har statistisk signifikant høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med kvinner og menn som lider av fedme. Det er ikke påvist noen statistiske signifikante forskjeller mellom hvordan vekt påvirker kvinner og menn ulikt når det gjelder evnen til å endre livsstil.

I tabell 6.3 presenteres det logistisk regresjonsanalyse med oddsratio (OR). Det er satt et konfidensintervall på 95 % med signifikansnivå $p < 0,05$. For og signifikantteste kjønnsforskjeller er t-test gjennomført med hvor verdi $> 1,96$ er signifikant.

Binær logistisk regresjonsanalyse					Avhengig variabel: I hvilken grad klarer du å følge livsstilsråd? Ref.: i stor/svært stor grad				
Kvinner N= 3257					Menn N= 3290				
-2 log likelihood = 1374,5	OR	95 % KI		p-verdi	OR	95 % KI		p-verdi	t-test
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre		
Viktighet råd? Ref.: ikke viktig									
Litt viktig	0,515	0,232	1,142	0,102	0,515	0,285	0,929	0,027	0,005
Viktig	1,800	0,873	3,708	0,111	1,523	0,889	2,607	0,125	0,351
Svært viktig	3,873	1,804	8,312	0,001	4,995	2,701	9,235	0,000	0,507
Alder, ref.: over 70 år									
<40 år	0,779	0,364	1,665	0,519	1,05	0,414	2,663	0,919	0,486
40-49 år	0,784	0,462	1,332	0,369	0,874	0,505	1,513	0,631	0,280
50-59 år	1,149	0,749	1,762	0,525	0,874	0,588	1,301	0,508	0,916
60-69 år	1,149	0,791	1,668	0,466	1,203	0,855	1,693	0,288	0,179
Sivilstatus ref.: enslige									
I parforhold	1,321	0,989	1,765	0,059	1,269	0,938	1,716	0,123	0,192
Utdanning ref.: grunnskole									
Videregående skole	0,814	0,589	1,126	0,214	0,971	0,706	1,333	0,853	0,411
Høyere utdanning	1,250	0,778	2,010	0,357	0,878	0,569	1,355	0,556	1,075
Samleinntekt ref.: < 200 000 kr									
200 000 – 300 000 kr	1,144	0,823	1,589	0,423	0,623	0,43	0,904	0,013	2,238
300 000 – 400 000 kr	0,792	0,496	1,264	0,329	0,612	0,403	0,93	0,022	0,737
400 000 – 500 000 kr	0,365	0,157	0,85	0,019	0,429	0,26	0,709	0,001	0,325
Over 500 000 kr	0,606	0,179	2,055	0,422	0,564	0,329	0,965	0,037	0,186
Mottatt råd livsstil, ref.: nei									
Gå ned i vekt	0,702	0,49	1,006	0,054	0,682	0,485	0,959	0,028	0,115
Røyke mindre	1,056	0,658	1,694	0,822	0,861	0,555	1,338	0,506	0,642
Slutte å røyke	0,99	0,636	1,54	0,964	1,186	0,795	1,767	0,403	0,591
Mosjonere mer	0,67	0,498	0,901	0,008	0,527	0,395	0,703	0	1,134
Spise mindre sukker	1,302	0,887	1,912	0,178	1,463	1,039	2,06	0,029	0,445
Spise mindre fett	1,024	0,706	1,484	0,901	1,084	0,773	1,521	0,639	0,222
Spise mindre salt	1,648	1,228	2,211	0,001	1,179	0,884	1,571	0,263	1,595
Leve mindre hektisk	1,171	0,857	1,6	0,322	1,015	0,76	1,357	0,917	0,658

fortsettelse tabell 6.3.

	Kvinner				Menn				
	OR	95 % KI		p-verdi	OR	95 % KI		p-verdi	t-test
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre		
Helsa di nå? <i>Ref.: dårlig</i>									
Ikke helt god	1,273	0,514	3,156	0,602	1,95	0,77	4,941	0,159	0,643
God	1,501	0,606	3,717	0,38	2,529	1,001	6,391	0,050	0,788
Svært god	3,115	1,022	9,492	0,046	2,684	0,889	8,099	0,08	0,186
Røykestatus: <i>ref.: Røyker</i>									
Ikke røyker	1,806	1,273	2,562	0,001	2,853	2,026	4,019	0,000	1,835
BMI, <i>ref.: fedme</i>									
Normalvekt	1,708	1,123	2,599	0,012	2,025	1,316	3,116	0,001	0,551
Overvekt	1,912	1,372	2,665	0,000	1,882	1,367	2,591	0,000	0,068
Diastolisk BT, <i>ref: forhøyet</i>									
Normalt	1,000	0,717	1,394	0,999	1,212	0,912	1,612	0,185	0,864
Systolisk BT, <i>ref: forhøyet</i>									
Normalt	1,195	0,886	1,611	0,244	1,134	0,839	1,535	0,412	0,240
Kolesterol, <i>ref: forhøyet</i>									
Normalt	0,994	0,751	1,316	0,968	0,925	0,715	1,195	0,549	0,371
Mosjon, <i>ref: følger ikke anbefalt nivå</i>									
Følger anbefalt nivå	1,784	1,300	2,448	0,000	1,471	1,070	2,022	0,000	0,845

Formel t-test: $t = (m1 - m2) / (\sqrt{SE m1^2 + SE m2^2})$

I tabell 6.3 kan vi se at kvinner som følger anbefalingene om mosjon på 30 minutter daglig har 0,78 ganger høyere oddsratio for å endre livsstil enn kvinner som ikke mosjonerer jevnlig. Denne forskjellen mellom kvinner med hjerte- og karsykdommer er statistisk signifikant. Når det gjelder menn er det også slik at menn som er i fysisk aktivitet som er på anbefalt nivå har statistisk signifikant høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med menn som ikke er i regelmessig aktivitet. Betydningen av å være i regelmessig fysisk aktivitet virker å være noe sterkere for kvinner enn den er for menn i etterlevelse av livsstilsråd, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Helsestatus – hvordan er helsa di nå gir et bilde av hvordan kvinner og menn selvrappporterer egen helse. Kvinner med svært god helse har over 2 ganger høyere oddsratio for å følge livsstilsråd som blir gitt av lege enn kvinner som mener at deres helse er dårlig. Denne forskjellen er statistisk signifikant. Videre i tabell 6.3 ser vi at menn som rapporterer at de har svært god helse har 1,6 ganger høyere oddsratio for å følge livsstilsråd sammenlignet med menn med selvrapportert dårlig helse. Analysen viser en sammenheng mellom god selvrapportert helse og etterlevelse av livsstilsråd, og indikerer at de som oppgir at de har god helse i større grad evner å endre deres livsstil, noe som kan gi stor helsegevinst. Selv om analysen viser at kvinner med svært god helse har noe høyere oddsratio for å følge livsstilsråd er ikke denne forskjellen signifikant forskjellig for kvinner og menn.

I analysene som er presentert i tabell 6.3 ser vi at det å ha normalt diastolisk og systolisk blodtrykk gir ingen statistisk signifikant høyere oddsratio for etterlevelse av livsstilsråd, dette gjelder både for kvinner og menn. I tabellen ser vi også at det ikke er noen sammenheng mellom det å ha normale kolesterolverdier når det gjelder å følge livsstilsråd blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer.

6.4 Sammenfatning

I dette kapitlet har jeg presentert resultatene fra analysene som tar for seg i hvilken grad det er en sammenheng, samt kjønnsforskjell i det å mene at livsstilsråd er viktige, mottatt råd om livsstil og hvordan livsstilsfaktorer påvirker etterlevelsen av livsstilsråd blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer. Det vil nå gis en oppsummering av hovedfunnene i fra delkapittel 6.1, 6.2 og 6.3, før jeg går over til å foreta en grundigere drøfting av disse resultatene i kapittel 7.

I tabell 6.1 så vi at det er en tydelig sammenheng mellom det å være av den oppfatning av at livsstilsråd er svært viktige og evne til å etterfølge livsstilsråd i stor grad. Analysene avdekket at sammenhengen er noe sterkere for menn enn for kvinner men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Videre i kapittel 6.2 viste analysene ingen tydelig sammenheng mellom det å motta råd om livsstil og etterlevelse av slike råd blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer. Personer som har mottatt råd om å gå ned i vekt og å mosjonere mer klarer i mindre grad å følge de livsstilsrådene som blir gitt av lege. Analysene viste også at det å motta råd om å spise mindre salt er har en positiv betydning for å endre livsstil hos både kvinner og menn, men er svakt høyere for kvinner. Å motta livsstilsråd om å røyke mindre, leve mindre hektisk, spise mindre sukker og fett, ser ikke ut til å ha noen særlig betydning for kvinners og menns evne til å følge slike livsstilsråd.

Videre i den siste tabellen (tabell 6.3) viste resultatene at å ha livsstilsfaktorer som fedme, å røyke og det å være i fysisk inaktivitet gir lavere oddsratio for å følge livsstilsråd som blir gitt av lege. Dette gjelder for både kvinner og menn. Andre livsstilsfaktorer som høyt blodtrykk og kolesterolverdier ser ut til å ha liten betydning for å klare å endre livsstil. Analysene avdekket ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller i hvordan livsstilsfaktorer påvirker det å klare å følge livsstilsråd.

7.0 DRØFTNING AV ANALYSERESULTATER

I dette kapittelet drøftes analyseresultatene opp mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Formålet med denne oppgaven har vært å analysere kjønnsforskjeller i evne til å følge livsstilsråd hos personer med hjerte- og karsykdommer. Et av hovedfunnene i analysene er at det er signifikante kjønnsforskjeller i fordelingen på livsstilsfaktorer, mottatt råd om livsstil, hvor viktig råd er og i hvilken grad personer med hjerte- og karsykdommer klarer å etterleve livsstilsråd. Ved logistisk regresjonsanalyse finner man derimot at det er få signifikante kjønnsforskjeller i hvordan de ulike forklaringsvariablene påvirker kvinner og menns etterlevelse av livsstilsråd.

7.1 Kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom å syntes at livsstilsråd er viktig for etterlevelse av livsstilsråd.

Oppgavens første forskningsspørsmål, som ble utledet i kapittel 3.5, ønsker å undersøke i hvilken grad det er en sammenheng mellom hvor viktig menn og kvinner syntes livsstilsråd er for dem, og deres etterlevelse av slike råd, samt om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn. Jeg velger å først diskutere det første leddet i forskningsspørsmålet som er sammenhengen mellom å syntes at livsstilsråd er viktige for etterlevelsen av livsstilsråd. Deretter går jeg videre og drøfter om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn med hjerte- og karsykdom.

Som presentert i oppgavens deskriptive kapittel er det slik at de fleste kvinner og menn i utvalget, synes at livsstilsråd er viktig. Andelen kvinner som mener at livsstilsråd er av betydning er 75.4 prosent, mens tilsvarende tall for menn er 72.6 prosent. Regresjonsanalysen viser at oddsratioen for å etterleve livsstilsråd øker ved å mene at slike råd er viktig og svært viktig. De i utvalget som mener at slike råd er viktig og svært viktig har signifikant høyere oddsratio for å klare å følge livsstilsråd sammenlignet med kvinner og menn med hjerte- og

karsykdommer som mener at slike råd ikke er viktige. En studie gjennomført i Storbritannia viste at 36 prosent mente at livsstilsråd er viktige. Flere rapporterte at legene ikke gav nok livsstilsråd, hvor de mente at deres lege burde i enda større grad vise interesse for livsstilsrådgivning (Wallace, Brennan & Haines, 1987). Noe som kan forklare denne store forskjellen er at jeg i disse analysene kun har inkludert personer med hjerte- og karsykdommer, en gruppe som er høyt assosiert med negative livsstilsfaktorer og som er oppfordret til å endre livsstil for å få bedre helse og forebygge videreutvikling av sykdom i hjertet og blodårer. En studie gjennomført i England av Dusao & Cheung (2002) fant at det i mindre grad ble gitt livsstilsråd, men kvinner og menn i studien rapporterte en interesse for mer livsstilsrådgivning.

En teori som kan forklare hvorfor det er slik at personer som mener at livsstilsråd er viktig og svært viktig i større grad greier å etterleve livsstilsrådene er Pierre Bourdieu (2002) sin teori om "habitus". Denne teorien hevder "habitus" fungerer som strukturert skjema for individers persepsjon, tenkning og handlekraft. Habitus forstås som et system av disposisjoner til å handle på konkrete måter, altså hvilke levevaner og livsstilsvalg som blir tatt. Habitus handler også om hvordan et individ påvirkes av kunnskaper, normer og verdier i samfunnet og gjennom sosial handling med andre mennesker. Bourdieu (2002) hevder at sosialisering fungerer som en internalisering av sosiale konstruksjoner, dette ved at individer blir påvirket av forholdene i sine sosiale omgivelser. Livsstil og endring av livsstil forstås som et produkt av sosialiseringen, og familiens posisjon i samfunnet har stor betydning for et individs atferd og livsstilsvaner (Bourdieu, 2002). Kvinner og menn som er i omgivelser som bidrar til gode holdninger omkring betydningen av livsstilsråd og endring kan antas å ha størst sannsynlighet for etterlevelse av livsstilsråd. Personer med hjerte- og karsykdommer har mye å hente i å endre livsstil. Forskning har vist at sannsynligheten for å få flere hendelser som blant annet hjerteinfarkt øker visst man allerede har etablert hjerte- og karsykdom (Forfang & Istad, 2011).

I tabell 6.1 kan man også se hvordan bakgrunnsfaktorene påvirker etterlevelsen av livsstilsråd. I denne studien viser det seg at det å ha høyere utdanning enn grunnskolen gir ingen eller svak økt oddsratio for å følge livsstilsråd. Samtidig ser man også ingen tydelig sammenheng mellom det å ha god inntekt og økt etterlevelse av slike råd. Dette er ikke i tråd med det andre studier har vist. I St.meld.nr. 20 (2006-2007) ble det produsert en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. I rapporten til Elstad (2005) ble det funnet at personer med

lav sosioøkonomisk status mangler i større grad muligheten til å ta sunne livsstilsvalg, sammenlignet med personer med høy utdanning og god inntekt. Årsaken til at man ikke finner de samme resultatene i denne studien kan forklares på bakgrunn av flere faktorer. På den ene siden kan det forklares av at de største sosioøkonomiske forskjellene finnes i de store byene i Norge. Dataene er samlet inn på personer fra Nord-Trøndelag som ikke har noen storby, mange i Nord-Trøndelag livnærer seg på gårds og fiskebruk istedenfor høyt lønnede lederstillinger, og kan forklare hvorfor man ikke finner at inntekt har stor betydning for livsstilsendring. På den andre siden viser frafallsstudiene i HUNT at personer med lav sosioøkonomisk status og helse i mindre grad har deltatt på HUNT studiene og kan derfor forklare dette funnet. Det kan også være at hjertepasienter er en mer homogen gruppe sammenlignet med den øvrige befolkningen.

Livsstil refererer til varige vaner i menneskers liv som handler om alt fra hvordan en vil spise, kle på seg og leve sitt liv. Dette er mønstre som varer over tid, og det handler også om hvordan en vil være som menneske (Giddens, 1991). Å forandre varige vaner er noe som krever mye av en som person, og modellen om atferdsendring av Fishbein & Ajzen (1975) viser kompleksiteten av det å endre atferd. Giddens (1991) hevder at selv om livsstil er varige vaner i menneskers liv som kan være vanskelig å forandre, er livsstilsendring mulig. En persons evne til å velge en sunn livsstil er et produkt av de forutsetningene for å kunne ta reelle livsstilsvalg (Kristoffersen, 2011). Personer med flere faktorer som bør endres har dårligst sjanser for å etterleve livsstilsråd (Haynes, 2001). En rekke studier har vist at en opphopning av livsstilsfaktorer som røyking, overvekt, fysisk inaktivitet, et ugunstig sammensatt kosthold, høyt blodtrykk og forhøyede kolesterolverdier finnes i stor grad blant kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer (Yusuf et., al, 2004). Dette stemmer overens med funnene i denne studien, vist i tabell 5.2.

Tabell 5.3 i kapittel 5, viser at majoriteten av utvalgets kvinner og menn rapporterer at de ikke klarer å etterleve livsstilsråd. Dette er i tråd med det en studie gjennomført av Haynes (2001) fant. Studien viste at livsstilsendring hos personer som har flere faktorer som bør tas tak i, har minst sannsynlighet for å klare å endre sin livsstil. Flere studier har vist at etterlevelsen av livsstilsråd er lav, spesielt hos personer med sykdommer i hjertet og sirkulasjonsorganene, noe som kan forklare funnet at flertallet i denne studien greier å følge livsstilsråd i liten grad. Ifølge Arborelius & Bremberg (1994) er det slik at de som har gode holdninger om livsstilsråd og livsstilsendring som i størst grad greier å endre livsstil. Dette er i tråd med resultatet i

denne oppgaven som viser at det er en sammenheng mellom og syntes at livsstilsråd er viktig og svært viktig og etterlevelsen av livsstilsråd.

Den andre delen av oppgavens første forskningsspørsmål tar for seg hvordan denne sammenhengen mellom og syntes livsstilsråd er viktig og svært viktig er ulik for kvinner og menn. I kapittel 5, tabell 5.3 ser man at det er et flertall av kvinner som mener at livsstilsråd er viktig og svært viktig. Denne kjønnsforskjellen er statistisk signifikant. Det at kvinner og menn fordeler seg ulikt i holdninger omkring hvor viktig livsstilsråd er kan forklares ved hjelp av flere teorier. På den ene siden har man teorien om det mannlige patriarkatet som kan bidra til forståelse for at flere kvinner oppsøker lege og er i større grad enn menn opptatt av egen helse. Fra mange år tilbake var mannen den som dominerte i hjemmet, og mannekroppen ble satt som standard. Kvinner skulle derimot vise følelser og kjenne på egen kropp og symptomer. Å være opptatt av sin egen kropp og helse er sett på som kvinnelig og kan forklare resultatet med at det er kjønnsforskjeller i fordelingen av hvor viktig slike råd er for dem. Forskere har også avdekket at kvinner i større grad enn menn innehar koblinger i tinningslappene som gjør at kvinner i større grad er bedre til å lytte og på denne måten ta til seg andres holdninger og verdier angående livsstil og helse (Gurian & Stevens, 2004). På den andre siden har man teorien om kjønns spesifikk sosialisering som tar for seg hvordan kvinner og menn er fostret til å ha ulike roller knyttet relatert til kjønn. Menn er i mindre grad enn kvinner sosialisert til å snakke om egne følelser, tanker og problemer. Noe som gjør at kvinner i større grad kan påvirkes til gode holdninger omkring livsstilsendring (Lindsey, 2011)

Funnene i krysstabellanalysene, tabell 5.3 viser at signifikant flere menn rapporterer at de klarer å etterleve livsstilsråd i stor/svært stor grad, dette stemmer overens med funnene vist i kapittel 6.1. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse fant man at ved å kontrollere for bakgrunnsvariabler som alder, sivilstatus, utdanning og inntekt finner man ingen store kjønnsforskjeller i hvordan disse faktorene påvirker kvinner og menn i etterlevelse av livsstilsråd. Dette med unntak av sivilstatus, hvor menn har statistisk signifikant høyere oddsratio for etterlevelse av livsstilsråd. Generelt viser resultatene ingen store kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom å syntes at livsstilsråd er betydningsfullt og etterlevelse av livsstilsråd. En årsak som kan forklare at en ikke finner de store kjønnsforskjellene i denne studien er at mye tyder på økende likestilling mellom kvinner og menn på flere nivå. I Norge og andre vestlige land er likestilling et ideal som man strekker seg

etter. De tradisjonelle kjønnsrollene som at kvinnen skal være hjemme med omsorg for barn mens menn arbeider for å forsørge familien forsvinner i større grad (Lorentzen & Mühleisen, 2009). I dag er det i større grad slik at kjønnsrollene er mer nøytrale. Det er i Norge de siste år ilagt mye arbeid for å gi kvinner og menn lik omsorgsfordeling med barn. Far har i dag 3 måneder permisjon med sitt barn. Det er også satt krav til at kvinner skal være representert i ulike offentlige verv (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Nå arbeider også politikere for kjønnsnøytralitet i plikttid i militæret, noe som i lang tid har vært forbeholdt menn. Lilleaas & Ellingsen (2003) hevder at kjønnsrollene i større grad også forsvinner på bakgrunn av at kvinner i større grad tar høyere utdanning og tar i dag noe mer utradisjonelle valg med tanke på videre jobbmuligheter. På den andre side fremgår det i rapporten «helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn» (2007) at det er slik at flere kvinner enn menn har kroniske sykdommer, skader og funksjonsnedsettelse. Det er flere menn som får hjerteinfarkt og diabetes, mens det er flere kvinner enn menn som får fibromyalgi, artrose og psykiske problemer. Det er også slikt at kvinner har et høyere sykefravær enn det menn har. Dette viser at det fremdeles er kjønnsforskjeller i helse og sykdom, men i denne studien finner man ikke kjønnsforskjeller blant personer med hjerte- og karsykdommer i sammenhengen mellom det å synes at livsstilsråd er viktig og etterlevelse av livsstilsråd.

Resultatet i krysstabellanalysen viser som nevnt tidligere at kvinner har noe svakere etterlevelse av livsstilsråd sammenlignet med menn. En teori som kan forklare denne tendensen er at kvinner i større grad innehar multiple roller. Kvinner skal i dag ha høy utdanning, en god jobb – men skal også være en god mor og kone. Lindsey (2011) hevder at dette er en stor utfordring for dagens kvinner, og gjør at kvinner i noe mindre grad enn menn klarer å ivareta seg selv og endre livsstil. En studie av Mosca et al (1998) viser at kvinner og menn har ulike barrierer for livsstilsendringer, og kan også forklare hvorfor det ser ut til at kvinner i noe svakere grad enn menn klarer å etterleve livsstilsråd.

I dette underkapittelet er det oppgavens første forskningsspørsmål som er drøftet mot det teoretiske fundament og tidligere forskning. Ved hjelp av regresjonsanalyse finner man en klar sammenheng mellom det å synes at livsstilsråd er viktig og svært viktig for etterlevelsen av livsstilsråd, sammenlignet med personer som mener at slike råd ikke er viktige. Kvinner og menn fordeler seg ulikt i hvor viktig livsstilsråd er, men analysen avdekker at dette synet på livsstilsråd ikke viser noen statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn i hvordan dette påvirker etterlevelsen av livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer.

7.2 Sammenhengen mellom det å motta råd om livsstil og etterlevelse av livsstilsråd

I dette underkapittelet er det oppgavens andre forskningsspørsmål som ble utledet i kapittel 3.5 som skal drøftes mot oppgaven teoretiske fundament og tidligere forskning. Dette forskningsspørsmålet tar for seg i hvilken grad det er en sammenheng mellom det å motta råd om livsstil fra lege og etterlevelse av livsstilsråd, og om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn som har hjerte- og karsykdom.

Resultatene fra krysstabellanalysene i kapittel 5, viser tabell 5.3 hvordan kvinner og menn fordeler seg ved vekt og BMI (body Mass index). Analysen viser at kun 18.1 prosent av kvinner i dette utvalget er normalvektige, tilsvarende tall for menn er 14.7 prosent. Ser man videre i tabell 5.3 ser man at det er en andel på 55 prosent av utvalgets kvinner som har mottatt råd om å gå ned i vekt, mens den er noe høyere blant utvalgets menn, med en andel på 58 prosent. Det er statistisk signifikant flere menn enn kvinner som har mottatt råd om å gå ned i vekt. Når man sammenlignet andelen som er overvektige og har fedme med andelen som har mottatt råd om å gå ned i vekt ser man at det ikke blir gitt tilstrekkelig rådgivning omkring dette temaet til verken menn eller kvinner. Det er ikke urimelig å være av den oppfatning av at det blir gitt for lite rådgivning angående vektnedgang når majoriteten av utvalget er overvektige og lider av fedme. Noe som derimot får disse resultatene til å se nokså positive ut er at i studien til Dusao & Cheung (2002) rapporterte kun 4 prosent av utvalget at de hadde mottatt råd om å gå ned i vekt.

I kapittel 5 kan man i tabell 5.3 se at det er over 40 prosent av utvalgets kvinner og menn som ikke har mottatt råd om å gå ned i vekt. Resultatet viser at lege ikke gir tilstrekkelig med råd om å gå ned i vekt, dette fordi vi ser at det er en stor andel kvinner og menn som havnet i kategorien overvekt og fedme, som vist i tabell 5.2. Årsaken til hvorfor det syntes å være slik at lege ikke gir nok råd til denne pasientgruppen, kan forklares i lys av flere perspektiver. På den ene siden har man biologiske forklaringer. Biologisk sett har kvinner og menn ulik fettfordeling på kroppen. Kvinnelig fettfordeling med fett på hofter, rumpe og lår gjør at kvinners overvekt og fedme i større grad kan bli oversett sammenlignet med menn. Dette er fordi det er den mannlige fettfordelingen med mye fett på magen som er regnet som den mest

farlige, da denne type fettfordeling er forbundet med forhøyde fettverdier i blodet. (NOU: 1999:13).

På den andre siden kan dette komme av det enorme fokuset på kvinners sårhet rundt temaet vekt. Det er i dag et skjønnhetsfokus rundt kvinnekroppen som gjør at vekt er blitt et sensitivt tema for mange, og som kan gjøre at helsepersonell vegrer seg for å gi den type råd (Schenk-Gustvavsson, 2008). I tabell 6.2 viser analysen fra regresjonen at det å motta råd om å gå ned i vekt er negativt assosiert med etterlevelse av livsstilsråd. Analysen avdekker at de som mottar dette rådet har statistisk signifikant lavere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med de som ikke har mottatt dette rådet. Ved hjelp av de statistiske analysene ser man at det er ingen sammenheng mellom det å motta råd om å gå ned i vekt og etterlevelse av livsstilsråd, og det er heller ingen forskjeller mellom kvinner og menn i hvordan dette rådet korrelerer med livsstilsendring.

Resultatet fra analysene vist i kapittel 5 viser at kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer i liten grad følger anbefalingene som daglig fysisk aktivitet. Å være i fysisk aktivitet er gunstig for hjertet på flere måter ved at det har positiv effekt på vekt og blodtrykk, samt at det øker hjertets kapasitet (Njølstad & Løchen, 1999). For personer med hjerte- og karsykdom gjelder de samme anbefalingene som for den øvrige befolkningen, som er minimum 30 minutter med fysisk aktivitet daglig. Andelen kvinner og menn som følger disse anbefalingene er derimot lav. Det er bare ca. 18 prosent hos begge kjønn som rapporterer å mosjonere daglig. Helsedirektoratet har hatt kampanjer i media som får frem viktigheten av fysisk aktivitet, og det er allmenn kunnskap at fysisk aktivitet er positivt for helsen.

I denne studien viste det seg at majoriteten av utvalget fikk råd om å øke nivået med fysisk aktivitet, men i underkant av 40 prosent av både kvinner og menn rapporterte at de ikke har fått råd om å mosjonere mer. Dette er en akseptabel andel personer som rapporterer dette, sammenlignet med det andre studier har vist. Andre studier som har tatt for seg i hvilken grad det blir gitt livsstilsråd om å mosjonere mer, har vist at andelen som sier at de har fått dette rådet varierer fra 11-47 prosent. Det at hoveddelen av utvalgets kvinner og menn rapporterer å motta råd om å mosjonere mer viser at personer med hjerte- og karsykdommer i Norge mottar råd som er høyere enn noen studier, noe som er positivt.

Analysene fra regresjonsanalysen viser at de som mottar dette rådet har signifikant lavere oddsratio for å etterleve livsstilsråd. Noe som kan forklare disse funn om hvordan mottatt råd om vekt samt det å mosjonere mer, gjør at personer i mindre grad greier å følge slike råd er resultatet som ble funnet i studien til Scott & Pill (1990) som viste at en god andel av pasientene som ble inkludert i analysene var av den mening at lege ikke bør gi livsstilsråd, da dette ikke var legens sak. Noen rapporterte å bli provosert av livsstilsrådgivning. I samme studie fant forskerne at måten råd ble gitt på var av stor betydning for hvordan rådene ble mottatt og dermed etterfulgt. Man ser ingen sammenheng mellom det å motta råd om å gå ned i vekt og mosjonere mer blant personer med hjerte- og karsykdommer. Resultatene indikerer at personer som mottar disse rådene har dårligst etterlevelse av livsstilsråd. Det er ingen forskjell mellom kvinner og menn i hvordan disse rådene korrelerer med etterlevelse av slike råd.

En del av primær- og sekundærforebyggingen blant personer med hjerte- og karsykdommer står kosthold og kostholdsending sentralt. Deltakerne i undersøkelsen er spurt om de har mottatt råd om å spise mindre salt, fett og sukker. Å redusere inntaket av disse tre faktorene regnes som viktig når en skal endre kostholdet til bli mer hjertevennlig. Når det gjelder fordelingen i hvorvidt kvinner og menn har fått råd om disse tre kostholdsfaktorene viser analysene som presentert i kapittel 5, tabell 5.3 at kvinner og menn med hjerte- og karsykdom rapportere og motta råd om disse faktorene i 40-50 prosent av tilfellene. Det er statistisk signifikant flere menn enn kvinner som har mottatt råd om å spise mindre sukker og fett. Det er en større andel menn enn kvinner som har mottatt råd om å spise mindre salt, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Resultatet i denne studien som viser at kvinner i mindre grad enn menn mottar livsstilsråd er i tråd med det tidligere internasjonale og nasjonale studier har avdekket. Menn med symptomer på hjerte- og karsykdommer har i større grad enn kvinner sannsynlighet for å få en grundig undersøkelse, dette til tross for at kvinner har mer uttalt hjertesykdom (Armitage et., al, 1979, Steinberg et., al, 1991). I en norsk studie som har fokusert på hvordan kvinner og menn blir behandlet i norske sykehus, fant forskerne at flere menn enn kvinner fikk tilbud om angiografiundersøkelse av hjertet samt dårligere tilbud om nye medikamenter (Melberg et., al, 2005).

Resultatene i denne studien er ikke sammenfallende med teorien om det mannlige patriarkatet. Teorien om det mannlige patriarkatet hevder at kvinner gjennom tiden er blitt sett på som skjøre og svake, på bakgrunn av at mannskroppen er sett på som standarden og den friske kropp (Annandale, 1998). Kvinner er lært til å kjenne mer på sin egen kropp, plager og symptomer og det kan være derfor kvinner i større grad oppsøker lege. Dette skulle tilsi at kvinner har flere muligheter til å bli gitt livsstilsråd, men denne antagelsen finner ikke støtte i disse analyseresultatene. Derfor er resultatene om at kvinner i mindre grad enn menn mottar råd interessante, da det hadde vært rimelig å anta at det var flere kvinner enn menn som har mottatt råd om å spise mindre salt, fett og sukker.

Resultater fra andre studier har vist lavere frekvens i råd gitt fra lege som omhandler kosthold enn funn i mine analyser. Disse varierer fra 12-45 prosent (Coulter & Schofield, 1991, Arndt et. al, 2002. En annen studie som støtter resultatene i denne oppgaven er en studie som er gjennomført i Sverige. I studien fant forskerne at færre kvinner enn menn mottok livsstilsråd om mosjon, diett, vekt og røyking, til tross for en lik andel kvinner og menn med risikofaktorer (Johansson, Bendtsen & Åkerlind, 2005). I tabell 6.2 ser vi at mottatt råd om å spise mindre sukker, fett og salt har en oddsratio som er høyere enn 1, og indikerer at det er en forskjell i hvordan disse rådene er av betydning i etterlevelse av livsstilsråd, sammenlignet med de som ikke har mottatt disse livsstilsrådene. Det er derimot bare de som har mottatt råd om å spise mindre salt som har statistisk signifikant høyere oddsratio for å følge livsstilsrådene, sammenlignet med de som ikke har fått dette rådet. Jeg finner ingen kjønnsforskjeller i hvordan disse rådene er av betydning for etterlevelse av slike livsstilsråd, men finner at rådet om å spise mindre salt har en noe mer positiv betydning for kvinner enn det har for menn.

Ser man videre på råd om å røyke mindre og det å slutte å røyke ser man at majoriteten av utvalgets kvinner og menn har fått dette rådet, og vi finner heller ingen signifikante kjønnsforskjeller på dette området. Blant de røykende menn og kvinner er det over 60 prosent som mener at de har fått tilråding om å slutte helt å røyke. Dette er i tråd med det andre studier har funnet når de har sett på frekvensen av mottatt råd om livsstil. I en gjennomgang av andre studier viser det seg at andelen som har mottatt råd som tar for seg røykeslutt varierer fra 8.8 – 64 prosent, og resultatet fra denne studien viser at utvalget i alle fall er i øvre sjiktet i andelen råd som blir gitt av leg, noe som er positivt. På den andre siden er det derimot

slik at røykeslutt er regnet som noe av det viktigste for å forebygge mot videre morbiditet og mortalitet det er derfor noe lavere tall enn det som er ønskelig for denne pasientgruppen.

Ved mottatt råd om livsstil om å leve mindre hektisk er det flere menn som mener at de har mottatt dette rådet sammenlignet med kvinner. Derimot er andelen både kvinner og menn relativt lav. En teori som kan forklare dette er at det i lengre tid har vært stor uenighet blant de som jobber med hjertepasienter i den grad en livsstil med mye stress er en risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdommer og at dette er ugunstig for de med hjertesykdom (Schenk-Gustavsson, 2008). Nyere forskning har derimot vist at personer som reduserer stress har positive helseeffekter av dette. Å motta dette rådet ser ut til å ha en noe større betydning for kvinner enn menn, i evnen til å følge livsstilsråd. Men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Oppgavens andre forskningsspørsmål tar for seg i hvilken grad det er en sammenheng mellom å motta råd om livsstil for etterlevelsen av livsstilsråd og om denne sammenhengen er ulik for kvinner og menn. I oppgavens deskriptive kapittel finner man i hovedtrekk at det er flere menn enn kvinner som mottar råd om livsstil. Dette er i tråd med det flere internasjonale og studier også har funnet, som viser at menn i større grad enn kvinner mottar tilstrekkelig behandling for hjerte- og karsykdommer (Johansson, Bendtsen & Åkerlind, 2005, McKinlay et., al. 2004).

I oppgavens regresjonsanalyse finner man ingen tydelig sammenheng mellom det å motta råd om livsstil og evne til å følge disse livsstilsrådene. Det er kun det å motta råd om å spise mindre salt som viser seg å ha betydning for etterlevelse av livsstilsråd. Et annet funn er at de som har mottatt råd om å gå ned i vekt, samt det å mosjonere mer, greier i mindre grad å etterleve livsstilsråd. For å belyse disse resultatene er det flere teorier man kan benytte for å få forståelse disse funnene bedre. Årsaken til at man ikke finner en sammenheng mellom å motta råd om livsstil og evne til å følge livsstilsråd kan forklares av, at selv om pasienter kan ha mottatt råd om livsstil, kan pasientens hukommelse og forståelse for det som er sagt under rådgivningen gjøre at livsstilsråd ikke blir fulgt (DiMatteo et., al, 1993). Andre faktorer som kan bidra til at livsstilsråd ikke blir fulgt er kompleksiteten av et regime, samt hvor godt inn det passer i pasientens hverdag (Miller et., al, 1997). I den integrerte modell for atferdsendring er det flere faktorer som må være tilstede for at handling skal være tilstede (Kristoffersen, 2011). Analysene som er vist i kapittel 5 viser at utvalget i stor grad innehar

risikofaktorer som røyking, overvekt, fedme og fysisk inaktivitet. Å ha flere faktorer som skal forandres gjør at en endring passer dårlig inn i den allerede etablerte hverdagen, og dette gjør at livsstilsendringen kan oppleves som for kompleks og vanskelig. Det å beholde pasientens motivasjon for livsstilsendring regnes som betydningsfullt for personer som skal endre atferd og livsstil. I en kvalitativ studie gjort av Condon & McCarthy (2006) viste det seg at pasientene følte at deres dårlige livsstil var årsaken til hjertesykdom, men at dette ikke var motivasjon nok til å endre livsstil til det bedre før en diagnose med hjerte- og karsykdom. Pasientene beskrev en oppfatning av at hjerte og karsykdommer var noe som hendte andre. Selv om pasientene erkjente egne risikofaktorer ble flere sjokkerte når sykdom inntraff. Pasientens evner til å etterleve de råd som blir gitt er av stor betydning. Flere studier av hjertesyke viser at etterlevelse av råd er lettest den første måneden, men etterhvert synker dette betraktelig med tiden (Miller et.al, 1997).

Noe som også kan være med på å forstå hvorfor vi ikke finner en sammenheng mellom det å motta råd om livsstil og etterlevelse av livsstilsråd kan være hvordan dataene er samlet inn. Deltakerne i undersøkelsen er spurt om de har mottatt livsstilsråd fra deres lege. Dette er ikke videre spesifisert om det er fastlege eller lege som de møtte på sykehus når pasienten var innlagt for sin hjerte- og karsykdom. Et annet poeng er at livsstilsrådgivning er også noen andre yrkesgrupper har ansvar for, som sykepleiere som har hyppigere pasientkontakt enn leger. Personer med hjerte- og karsykdommer er høyt assosiert med risikofaktorer. Dette kan bety at denne gruppen som studeres i denne oppgaven har egenskaper som i utgangspunktet har vanskelig for å følge livsstilsråd, og kan derfor forklare hvorfor vi ikke finner en sammenheng mellom det å motta livsstilsråd, og etterlevelsen av livsstilsråd.

Noe som kan forklare at en ikke finner kjønnsforskjeller i hvordan det å motta disse livsstilsråd påvirker til endring av livsstil kan forklares ved at mye tyder på at trenden går mot at kvinner og menns kjønnsroller og verdier er i forandring. De stereotypiske kjønnsrollene hvor kvinnen er hjemme og forsørget av mannen er nå derimot i forandring. Kjønnsrollene til kvinner og menn begynner å bli mer lik hverandre, dette skyldes i stor grad at kvinner i større grad tar høyere utdanning og får seg bedre betalte jobber (Diekman & Eagly, 2000). Menn tar også i større grad ansvar hjemme i form av husarbeid, matlaging og barnepass. Dette kan bety at de stereotypiske kjønnsrollene i større grad vil forsvinne i fremtiden (Lilleaas og Ellingsen, 2003). I 1969 hevdet David Lynn at gutter i større grad enn jenter får problemer under sosialiseringen på bakgrunn av at fedre i større grad er på jobb mens kvinner er hjemme med

omsorg for barn. I sosial læringsteori hevder Bandura at barn lærer kjønnsrelatert atferd gjennom observasjon, kopiering og modellering av voksne, og at dette er en viktig del for at barn skal vokse inn i sine kjønnsroller som jenter og gutter. I lys av dette kan man tolke det slik at mangelen på kjønnsforskjeller i denne oppgaven kan forklares av det de siste årene har vært en forandring i kjønnsrollemønsteret. Nå når menn i større grad er tilgjengelig under barns oppvekst og sosialisering kan det hende at man i fremtiden kan forvente enda færre kjønnsforskjeller i atferd og levemåte.

I dette underkapittelet er det oppgavens andre forskningsspørsmål som er drøftet mot det teoretiske fundamentet og tidligere forskning. Ved hjelp av regresjonsanalyse finner man ingen klar sammenheng mellom det å motta livsstilsråd, og etterlevelsen av slike råd. Man finner heller ingen kjønnsforskjeller i analysene. Analysene indikerer at livsstilsrådgivning har usikker påvirkning for personer med hjerte- og karsykdommer ved endring av livsstil.

7.3 Livsstilsfaktorer og hvordan disse påvirker etterlevelse av livsstilsråd.

Oppgavens tredje og siste forskningsspørsmål søker å undersøke i hvilken grad det er kjønnsforskjeller i livsstilsfaktorer som overvekt, røyking, høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol og lite fysisk aktivitet, og hvordan dette påvirker kvinner og menn ulikt i evne til å følge livsstilsråd. Jeg vil drøfte funn fra analysen som omhandler de overnevnte livsstilsfaktorene hver for seg, og vil avslutningsvis oppsummere hvordan livsstilsfaktorer som helhet påvirker etterlevelsen av livsstilsråd.

Røyking er en av de viktigste risikofaktorer som kan føre til hjerte- og karsykdommer og som kan forverre allerede etablert hjertesykdom. Som presentert i oppgavens deskriptive kapittel, tabell 5.2 viser analysen at det ikke foreligger noen kjønnsforskjeller i røykestatus blant kvinner og menn. Det er 28.7 prosent av begge kjønn som oppgir at de røyker. Dette er i tråd med resultater fra tidligere forskning (Njølstad & Løchen, 1999). Det er i dag færre som røyker enn for noen år tilbake. Tidligere var hovedvekten av røykere bestående av menn, mens i dag er det mer likt fordelt mellom kvinner og menn (Lilleaas & Ellingsen, 2003). Ut i fra teorien om det mannlige patriarkatet hadde det ikke vært urimelig å forvente at flere menn

enn kvinner i utvalget røyker. Lenge har det mannlige patriarkatet blitt benyttet som årsaksforklaring til menns relative økte sannsynlighet for atferd som er risikofylt, som blant annet sigarettøyking. Menn er gjennom tiden blitt sosialisert til å være tøffe, dominerende og fryktløse i forhold som omhandler egen kropp og helse (Annandale, 1998). Derimot ser man i dag at kvinner og menn nærmer seg hverandre i forhold til forventninger om utdanning, jobb, inntekt og omsorg for barn og familie. Men det er ikke usannsynlig at dette også påvirker verdier som gjelder livsstil og livsstilsfaktorer (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Selv om nøytralisering av kjønnsroller generelt har bidratt til å øke kvinners status i samfunnet, kan det også gå på kvinners bekostning i andre ting, som blant annet livsstil og helse.

Hoveddelen av kvinner og menn i dette utvalget rapporterer at de ikke røyker, mens 28.7 prosent rapporterer at de røyker. Når røyking regnes som en av de viktigste faktorene for å forebygge mot hjerte- og karsykdom, og for å forebygge for flere hendelser i hjertet og karsystemet, er dette tallet relativt høyt. Noe som kan forklare dette er resultatene gjort i en studie av Condon & McCarthy (2006) viste at selv om pasientene hadde risikofaktorer var de likevel sjokkerte når sykdom inntraff. Noe som kan bety at pasienter med hjerte- og karsykdom er av behov for mer kunnskap om helsegevinstene ved røykeslutt. Forskning har avdekket at røyking utgjør en større risiko for kvinner når det kommer til hvor skadelig det er for kransårene i hjertet (Prescott et., al, 1998). Kvinner som røyker har over seks ganger høyere dødelighet enn ikke-røykende kvinner, tilsvarende tall for menn er tre ganger. Årsaken til hvorfor røyking er farligere for kvinner er enda ikke tilstrekkelig studert (Njølstad & Løchen, 1999). Det blir hevdet at røyking er den ledende risikofaktoren som lettest kan forebygge død (Schenk-Gustavsson, 2008). Ved livsstilsrådgivning til personer med hjerte- og karsykdom skal alle oppfordres til røykeslutt, uansett om man er kvinne eller mann. Dette fordi man unngår ytterligere utvikling av plakk på innsiden av blodårene, som kan forverre eller gjøre at det blir utviklet ny hjerte- og karsykdom. Men det er viktig at helsepersonell er klar over at det er farligere for kvinner enn det er for menn. På denne måten kan helsepersonell bruke dette som et argument i livsstilsrådgivning for kvinner, som motivasjon og gode grunner til hvorfor det er viktig med røykeslutt.

Å røyke påvirker helsen i negativ retning. Tidligere studier har vist at røykere i større grad rapporterer sin helse som dårlig. Dette er ikke noe jeg har studert nærmere i mine analyser. Men regresjonsanalysen viser at de som mener at deres helse er dårlig har lavere oddsratio for å etterleve livsstilsråd. I regresjonsanalysen i tabell 6.3, ser vi hvordan røykestatus er korrelert

med kvinner og menns etterlevelse av livsstilsråd. Analysen avdekker en betydelig sammenheng mellom det å være ikke røyker i forhold til etterlevelse av livsstilsråd. Kvinner som ikke røyker har 0,8 ganger høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd sammenlignet med kvinner som røyker. Denne forskjellen er statistisk signifikant. Tilsvarende tall for menn er 1,8 ganger, og viser at menn som røyker har høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd, og er statistisk signifikant høyere enn menn som ikke røyker. Denne forskjellen mellom kvinner og menn er relativt stor, men t-testen viser at denne forskjellen mellom hvordan røykestatus påvirker etterlevelse av livsstilsråd ikke er statistisk signifikant forskjellig mellom kvinner og menn. Resultatet fra analysen avdekker at de som røyker i mindre grad greier å følge livsstilsråd sammenlignet med de som ikke røyker.

Overvekt og fedme er i dag anerkjent som selvstendige livsstilsfaktor som kan føre til hjerte- og karsykdommer. Overvekt og fedme er farlig for hjertet fordi hjertet må arbeide hardere for å fordele blod til kroppen. Overvekt fører derfor til høyere blodtrykk. Overvekt er også forbundet med en livsstil med usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Schenk-Gustavsson, 2008).

Analysene presentert i kapittel 5, tabell 5.2 viser at det er statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn ved fordeling på BMI (kroppsmasse indeks). Krysstabellanalysene avdekker at majoriteten av menn kommer i kategorien overvekt, tilsvarende havner de fleste kvinnene i utvalget i kategorien fedme. Totalt havner 81 prosent av utvalgets kvinner i kategorien overvekt og fedme, mens tilsvarende tall for menn er 85 prosent. Forekomsten av overvekt og fedme er høy blant personer med hjerte- og karsykdommer, men tidligere studier har vist at forekomsten av fedme er noe høyere blant kvinner enn blant menn (Njølstad & Løchen, 1999). Resultatene i denne analysen kan derfor sies å være i tråd med tidligere forskning. Noe en skal ta i betraktning når en tolker disse resultatene er at kvinner og menn har ulik fettfordeling på kroppen. Biologisk sett har kvinner fett rundt hofter og på baken, mens menn oftere har mer fett på magen. Det er den mannlige fettfordelingen som er regnet som mest ugunstig (NOU:1999). Så selv om flere kvinner havner i kategorien fedme, kan det være slik at flere menn har høyere risiko samlet sett enn det kvinnene i utvalget har.

I tabell 6.3 ser vi at kvinner og menn med normalvekt og overvekt i større grad greier å følge livsstilsråd sammenlignet med de som lider av fedme. Denne forskjellen er statistisk signifikant. Analysen avdekker ingen forskjeller i hvordan overvekt og fedme påvirker

etterlevelsen av livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer. På en side skulle man tro at personer som lider av fedme i større grad ønsker å gå ned i vekt for å forbedre deres livsstil. En teori som kan forklare hvorfor kvinner og menn med fedme ikke greier å følge livsstilsråd kan forklares av Bourdieu (2002) teori om «habitus». Personer som allerede har etablerte vaner som kan føre til overvekt og fedme som blant annet fysisk inaktivitet og et kosthold med mye kalorioverskudd har vanskeligheter med å foreta livsstilsendringer. Habitus forstås som et system av disposisjoner til å handle på konkrete måter, altså hvilke levevaner og livsstilsvalg som blir tatt (Bourdieu, 2002). En persons evne til å velge en sunn livsstil er et produkt av forutsetningene for å kunne ta livsstilsvalg (Kristoffersen, 2011). Disse forklaringene er med på å belyse sammenhengen mellom hvorfor det er slik at de som lider av fedme i mindre grad greier å følge livsstilsråd enn de som ikke lider av fedme.

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på den dannelsen av plakk som skjer i hjertets kransårer og blodårer rundt hjertet. Fysisk aktivitet kan forebygge mot utviklingen av hjerte- og kar sykdommer, men også redusere symptomer hos pasienter som allerede er syke (Thompson et.al, 2003). Retningslinjene for anbefalt nivå av fysisk aktivitet blant personer med hjerte og karsykdommer er lik som for resten av befolkningen, 30 min hver dag. Fysisk aktivitet er så gunstig for hjertet at regelmessig trening beskytter mot hjerteinfarkt uavhengig av overvekt, røyk, hypertensjon og arv (Julian, 1995).

Analysene gjort for å vise fordelingen på nivå av fysisk aktivitet mellom kvinner og menn i utvalget viser at bare 18.2 prosent av utvalgets kvinner følger anbefalingene om minst 30 minutter daglig med fysisk aktivitet. Tilsvarende tall for menn er 18 prosent. Denne forskjellen er liten og ikke statistisk signifikant. Det er tidligere hevdet at kvinner i større grad enn menn er regnet som det sunne kjønn da flere kvinner oppfyller kravet om å spise minst 5 om dagen med frukt og grønnsaker og trener mer regelmessig. Kvinner trener på mer regelmessig basis, mens menn i større grad trener hardere Lilleaas & Ellingsen (2003). Resultatet fra mine analyser avdekker ingen kjønnsforskjeller i nivå av fysisk aktivitet.

I tabell 6.3 kan man se at kvinner og menn som følger anbefalingene om minst 30 minutter daglig med fysisk aktivitet greier i større grad å følge livsstilsråd sammenlignet med de som ikke er regelmessig i fysisk aktivitet. Kvinner som trener regelmessig har 0,8 ganger høyere oddsratio for å følge livsstilsråd, mens tilsvarende tall for menn er 0,5 ganger. Kvinner som allerede er i regelmessig fysisk aktivitet har i noen høyere grad enn menn lettere for å

etterleve livsstilsråd, men denne forskjellen er gjennom t-test vist seg og ikke å være statistisk signifikant. Ifølge Anderssen & Hjermann (2000) bør fysisk aktivitet ha en sentral plass i både primær og sekundærforebygging av hjerte og karsykdommer. Personer med lav fysisk aktivitet har oftere høyere verdier at kolesterol, høyere vekt og har høyt blodtrykk (Schenk-Gustavsson, 2008).

Tidligere forskning har flere gunstige effekter for personer med hjerte- og karsykdommer. Og rådgivning om å øke nivået av fysisk aktivitet er positivt for personer med hjerte- og karsykdommer. Regresjonsanalysen viser at de personer som allerede er fysisk aktive har lettest for å etterleve livsstilsråd. Dette viser at det er en sammenheng mellom allerede gode etablerte vaner og det å etterleve livsstilsråd.

Høyt blodtrykk er en kjent risikofaktor som kan føre til hjerte- og karsykdommer. Høyt blodtrykk over tid kan føre til forkalkninger og skader i blodårene. Derfor er det viktig for personer med allerede etablert hjerte- og karsykdommer å holde blodtrykket normalt. (Schenk-Gustavsson, 2008). Mortaliteten for personer med høyt blodtrykk er høyere blant menn enn blant kvinner, og studier har vist at flere kvinner enn menn bruker medikamenter for høyt blodtrykk (Njølstad & Løchen, 1999).

Krysstabellsanalysene som vist i kapittel 5.3 viser at kvinner og menn fordeler seg ulikt når det gjelder blodtrykksverdier, og at disse fordelingene er statistisk signifikante. Det er flere menn enn kvinner som har forhøyet systolisk blodtrykk og diastolisk blodtrykk (overtrykk og undertrykk). For personer med etablert hjerte- og karsykdommer er det viktig å holde et stabilt normalt blodtrykk for å avlaste hjertet (Forfang & Istad, 2011). Faktorer som kan bidra til normalt blodtrykk uten hjelp av medisiner er fysisk aktivitet, et kosthold uten mye salt og det å leve mindre hektisk.

Analysene gjort ved hjelp av logistisk regresjon i kapittel 6, tabell 6.3 viser at det er ingen sammenheng mellom det å ha normalt diastolisk blodtrykk og etterlevelse av livsstilsråd sammenlignet med kvinner med forhøyet diastolisk blodtrykk. Menn med normalt undertrykk har 0,2 ganger høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd, enn menn med forhøyet trykk men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Kvinner med normalt systolisk blodtrykk har 19,5 prosent høyere oddsratio for å etterleve livsstilsråd, tilsvarende tall for menn er 13,4. Analysen viser at det ikke er en sammenheng mellom det å ha normalt blodtrykk og

etterlevelse av livsstilsråd, og avdekker ingen kjønnsforskjell i hvordan høyt blodtrykk påvirker etterlevelsen av livsstilsråd.

Noe som kan forklare hvorfor det er slik at en ikke ser en sammenheng mellom forhøyet blodtrykk og etterlevelsen av livsstilsråd kan være på bakgrunn av metoden. Men det mener jeg at jeg i denne oppgaven ikke har kontrollert dette for de som står på medikamenter for blodtrykket. Dette kan påvirke analyseresultatene. Dessuten er det også slik at blodtrykksmåling under en slik undersøkelse kan medføre stress hos deltakerne. Før pasienter får diagnostisert hypertensjon er det viktig at pasienten går med 24-timers blodtrykksmåling. På denne måten kan man se hvorvidt blodtrykket er forhøyet gjennom hele dagen, eller om det høye blodtrykket komme av stress under legevisitten (Forfang & Istad, 2011) Derfor kan det være slik at pasienter som i min operasjonalisering av kategoriene havner i kategorien forhøyet blodtrykk, selv om disse personene ikke normalt sett har forhøyet blodtrykk, dette er en svakhet i studien. Hadde det vært slik at en hadde ekskludert de som bruker medisiner for høyt blodtrykk er det ikke urimelig å anta at resultatene kunne slå ut på en annen måte, da det å endre livsstil som å spise sunnere, gå ned i vekt og øke nivå av fysisk aktivitet ofte er god behandling for forhøyet blodtrykk (Forfang & Istad, 2011).

Forhøyet kolesterol er en kjent risikofaktor for hjerte- og karsykdommer, dette fordi forhøyede kolesterolverdier øker nivået av avleiringer på innsiden av blodårene. Totalkolesterolnivået i blodet bør være under 5.0 mmol for å gi lavere risiko for hjerte og karsykdommer (Njølstad & Løchen, 1999). Det er kjent at kolesterolnivået i blodet øker ved høyt inntak av fettrike mat og henger ofte sammen med en usunn livsstil.

Resultatet fra analysene gjort i kapittel 5, som vist i tabell 5.2 viser at det er store kjønnsforskjeller når det gjelder hvordan kvinner og menn fordeler seg i de to kategoriene for kolesterol, normalt og forhøyet. Andelen kvinner med forhøyet kolesterol er på 64 prosent, mens tilsvarende tall for menn er 48 prosent. Denne forskjellen er statistisk signifikant. Noe som kan forklare dette resultatet er at i studien til Melberg, Thoresen & Westheim (2005) fant de at signifikant flere menn enn kvinner får medikamentell behandling som skal senke kolesterolet. Samtidig må det også nevnes at man ikke vet med sikkerhet om målingen av kolesterolet er gjort riktig. Det er av stor betydning at man skal faste før måling av totalkolesterol. Dette må man ta i betraktning når man tolker disse resultatene.

Regresjonen i kapittel 6, tabell 6.3 viser ingen forskjell mellom kvinner og menn med normalt kolesterol og forhøyet kolesterol i den grad det blir fulgt livsstilsråd. Oddsratioen er for begge kjønn nær 1 og indikerer at denne variabelen ikke er korrelert med den avhengige variabelen i analysen, som er at de klarer å følge livsstilsråd i stor/svært stor grad.

Det er ingen åpenbare teorier som kan forklare hvorfor det er slik at det er statistisk signifikant flere kvinner enn menn som har forhøyet kolesterolverdier. Noe av dette kan være på bakgrunn av målemetode, og det faktum at flere menn enn kvinner bruker medikamenter mot høyt kolesterol. Ved hjelp av logistisk regresjon finner jeg ikke i denne studien noen sammenheng mellom det å ha normalt kolesterol og det å greie å følge livsstilsråd i stor grad, og det er ingen forskjeller mellom kvinner og menn.

8.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I dette kapittelet som er oppgavens siste kapittel gis det en oppsummering av funn som er gjort i arbeidet med denne masteroppgaven, samt de viktigste forklaringene til disse resultatene. Hensikten med denne oppgaven har vært å studere sammenhenger, se variasjoner og se mønstre i kjønnsforskjeller i evnen til å følge livsstilsendringer blant personer med hjerte- og karsykdommer.

Oppgavens første forskningsspørsmål ønsket å undersøke i hvilken grad det er en sammenheng mellom det og syntes at livsstilsråd er viktig og etterlevelse av slike råd og om denne sammenhengen er forskjellig for kvinner og menn. Det å endre livsstil blant personer med hjerte- og karsykdommer har mange fordeler, det forebygger mot for tidlig død, forebygger mot mer alvorlig hjerte- og karsykdom, og kan bedre helse og livskvalitet. Analysene avdekket at det er statistisk signifikant flere kvinner enn menn som mener at livsstilsråd er viktig og svært viktige. Ved hjelp av regresjonsanalysen avdekker man derimot ingen kjønnsforskjeller i hvordan det og syntes at livsstilsråd er viktig, og hvordan dette påvirker etterlevelse av livsstilsråd. Derimot viser analysen en klar sammenheng mellom det og syntes at slike råd er svært viktig, og de som mener det greier i stor grad å følge slike livsstilsråd. Tidligere forskning har vist at gode holdninger omkring livsstilsfaktorer og livsstilsendring er av betydning for å følge livsstilsråd (Arborelius & Bremberg, 1994).

Videre fant man i analysene at det er flere kvinner enn menn som har gode holdninger om hvor viktig livsstilsråd er. Både kvinner og menn som mener at livsstilsråd er svært viktige har meget større odds for å følge livsstilsråd sammenlignet med de som mener at råd er ikke viktig, litt viktig og viktig. Disse resultatene er betydningsfull fordi det får frem hvor viktig gode holdninger er for atferdsendring. Når en er klar over hvor gode holdninger har å si for etterlevelsen av livsstilsråd, er dette viktige resultater for helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen. Helsepersonell kan med fordel i større grad motivere til holdningsendring for at personer med hjerte- og karsykdommer skal klare å etterleve livsstil.

I oppgavens andre forskningsspørsmål hadde som hensikt å studere i hvilken grad det er en sammenheng mellom det å motta råd om livsstil, og om det å motta råd om livsstil korrelerer med livsstilsendring. I oppgavens analyser ble det avdekket at menn mottar mer livsstilsrådgivning enn det kvinner gjør på alle områder, unntatt råd om å røyke mindre.

Resultatene henger sammen med teori som har avdekket at kvinner og menn blir behandlet ulikt i helsevesenet (Armitage et.,al, 1979, Steingart et.,al, 1991). I norsk sammenheng viste en studie at kvinner i mindre grad enn menn får ny nyeste metodene for grundig undersøkelse av hjertet, samt dårligere medikamenter (Melberg, Thoresen & Westheim, 2005).

Regresjonsanalysen avdekker at ingen entydig sammenheng mellom det å motta livsstilsråd og hvordan dette korrelerer med etterlevelsen av livsstilsråd, men viser at råd om å spise mindre salt, sukker og fett og det å leve mindre hektisk gjør at personer med hjerte- og karsykdom i noe større grad greier å følge livsstilsråd. Scott & Pill (1991) fant i sin studie at ikke alle ønsker livsstilsråd, til tross for livsstilsfaktor forbundet med høyere risiko for hjerte- og karsykdommer. Dette er noe som kan forklare dette funnet. Hvordan helsepersonell rådgiver pasientene er også av betydning, og i samme studie fant forskerne at pasientene opplevde det negativt når de følte at de ble påtvunget livsstilsråd. Resultatene viser at det er ingen forskjeller mellom kvinner og menn i hvordan de greier å endre levestil.

Det tredje og siste forskningsspørsmålet hadde som hensikt å finne ut i hvilken grad det er kjønnsforskjeller i livsstilsfaktorer som overvekt, fysisk inaktivitet, røykstatus, og forhøyet blodtrykk og kolesterol, samt om disse faktorene gjør at kvinner og menn i ulik grad greier å følge livsstilsråd. Denne studien avdekket at majoriteten av utvalget har livsstilsfaktorer. Det er flere menn enn kvinner som har overvekt/fedme, og har forhøyet blodtrykk. Kvinner har i større grad livsstilsfaktorer som forhøyet kolesterol sammenlignet med menn. Kvinner og menn er i lik grad fysisk inaktive og angående røykstatus. Regresjonsanalysen avdekker ingen kjønnsforskjeller i hvordan disse livsstilsfaktorene påvirker etterlevelsen av livsstilsråd. Derimot viser funnene at røyking, overvekt og fedme gjør at personer som har disse livsstilsfaktorene greier i mindre grad å etterfølge livsstilsråd. Noe som kan forklare dette er at personer som allerede har en etablert livsstil med vaner som lite fysisk aktivitet, ugunstig sammensatt kosthold, og røyking har vanskelig for å endre dette. I en studie av Miller et., al (1997) fant man at livsstilsendring som gjør at forandringen er for ulik allerede etablerte vaner, har vanskeligst for å endre livsstil, kompleksiteten av det som må forandres er av betydning.

Utgangspunktet for denne oppgave har vært en interesse for å undersøke nærmere hvilke faktorer som påvirker livsstilsendring blant personer med hjerte- og karsykdommer og i hvilken grad livsstilsråd blir fulgt. Oppgavens hensikt har også vært å belyse et tema som er til dels mye studert, men som har hatt hull i forskningen, spesielt når det gjelder å avdekke hvorvidt det foreligger kjønnsforskjeller. Funnene i denne masteroppgaven viser at kvinner og menn fordeler seg ulikt ved flere aspekter som beskrevet ovenfor, men når det gjelder sammenhengen mellom viktighet av råd, mottatt råd om livsstil og livsstilsfaktorer finner man ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Dette funnet kan belyses ved teori om nøytralisering av kjønn. De siste årene har det vært en endring i hva som er forventete roller for kvinner og menn. Den tradisjonelle rollefordelingen med at kvinner jobber i omsorgsykker, mens mannen er ute å tjene de store pengene er i forandring.

På den ene siden tar flere kvinner i større grad høyere utdanning og skaffer seg høyt ettertraktede lederjobber. På den andre siden er det slik at menn i større grad deltar mer i hjemmet, husarbeid og med omsorgsoppgaver for egne barn, spesielt i samfunn som Norge med en godt utviklet velferdsstat (Lorentzen & Mühleisen, 2009). Bourdieus (2002) teori om habitus benyttes også for å forstå dette. Livsstil og endring av livsstil forstås som et produkt av sosialiseringen, og familiens posisjon i samfunnet har stor betydning for et individs atferd og livsstilsvaner (Bourdieu, 2002). Denne forandringen av kjønnsroller er ikke noe som har skjedd de siste par årene, men har vært i forandring over lengre tid. Dette kan forklare hvorfor det ikke foreligger store kjønnsforskjeller i faktorene som påvirker etterlevelsen av livsstilsråd. Primærsosialiseringen og utdanningssystemet har stor påvirkning i hvilken form habitus utvikler seg. Dette kan bety at de kjønnsforskjellene som er i dag i større grad kan komme av at generasjoner i dag er i større grad vant med kjønnsnøytrale roller, og har atferd deretter. Dette kan også bety at tradisjonelle kjønnsroller i større grad vil forsvinne i fremtiden.

Resultatene fra denne oppgaven gir innsikt på den måten at analysene viser at gode holdninger er det viktigste redskapet for personer med hjerte- og karsykdommer for evne til å følge livsstilsråd. Analysene viser ingen sikre funn i hvorvidt det er betydningsfullt å gi livsstilsråd, men dette kan også komme av måten livsstilsrådgivning blir gitt av den som gir rådene og betyr at helsepersonell muligens bør finne nye metode for å nå frem til denne pasientgruppen. Samtidig har analysene også kartlagt at personer med livsstilsfaktorer i større

grad har økt sannsynlighet for å ha vanskeligheter for å endre livsstil. En av sykepleierens oppgaver er å fremme helse, bedre livskvalitet og dette kan sykepleierne gi ved hjelp av god informasjon og kunnskapsøkning hos denne pasientgruppen. Dette viser de store utfordringene helsepersonell står ovenfor for å kunne forebygge mot ny eller mer alvorlig hjertesykdom. Erfaringene er komplekse og flertydige, men hovedkonklusjonen er at pasientens eget syn på livsstilsrådgivning er av betydning for etterlevelse av livsstilsråd, og at det er en sammenheng mellom det å ha livsstilsfaktorer og vanskeligheter med å etterleve livsstilsråd. Studien avdekker derimot ingen signifikante kjønnsforskjeller i hvordan livsstilsrådgivning og livsstilsfaktorer korrelerer med etterlevelse av livsstilsråd. I den store sammenheng er kunnskapen som er avdekket i denne oppgaven kun et lite bidrag. Likevel er det et bidrag som viser at man belyser at det er av behov for mer fokus på disse faktorer som kan øke etterlevelsen av råd blant personer med hjerte- og karsykdommer.

8.1 Videre forskning

I denne oppgaven har jeg analysert kjønnsforskjeller i hvilket syn på livsstilsrådgivning og livsstilsfaktorer påvirker etterlevelsen av livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer. Dette området er stort og selv om denne oppgaven har funnet flere interessante funn er det enda flere områder som bør studeres videre.

Det kan være interessant å gå videre med å sammenligne på tvers av de ulike diagnosene med hjerte- og karsykdommer. Dette for å kartlegge hvilken pasientgruppe som har vanskeligst for å etterleve livsstilsråd. På den måten kan man fange de som er av behov for mer tettere oppfølging ved livsstilsendring. Videre hadde det også vært interessant å undersøke om helsepersonell faktisk gir livsstilsråd, og om dette stemmer overens med rapporteringen av råd fra pasientene. Det er også nødvendig å gjennomføre nye studier som tar for seg kjønnsforskjeller i barrierer for livsstilsendringer for denne pasientgruppen da forrige studie som gjorde dette er av eldre dato. Dette hadde vært interessant for å se om barrierene har forandret seg med tiden. En annen mulighet er også å gå kvalitativt til verks for å få en grundigere forståelse av hvorfor personer med hjerte – og karsykdommer i liten grad klarer å etterleve livsstilsråd, og på denne måten kunne finne hvilke faktorer en må jobbe nærmere med for å kunne øke etterlevelsen av livsstilsråd blant personer med hjerte- og karsykdommer.

LITTERATURLISTE

Anderssen, S., Hjermmann, I. (2000) *Fysisk aktivitet – en sentral faktor I forebyggingen av hjerte og karsykdom*. Tidsskrift for den norske legeforening, 120;3168-72

Annandale, E., (1998) *The sociology of health and medicine*. Polity press, England.

Arborelius, E., Bremberg, S (1994) *Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients?* Patient Education and counseling, Vol 23, s 23-31.

Armitage, K.J., Schneidermann, L.J, Bass, R.A. (1979) *Response of physicians to medical complaints in men and women*. JAMA, 241: 2186-2187.

Bandura, A (1986) *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, USA.

Bandura, A., Walters, R., (1963) *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Barne og likestillingsdepartementet – rapport (2007) *helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn*».

Beal, C.R (1994) *Boys and girls: The development of gender roles*. Macgraw-Hill, New York, USA. 359 s.

Bland, M, Altman, D, G (2000) *The odds ratio* BMJ 2000; 320 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1468> : BMJ 2000;320:1468.1

Bourdieu, P (2002) *Distinksjonen – en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. De norske bokklubbene, Oslo.

Cashdan, E. (1995) *Hormones, sex and status in Women. Hormones and Behaviour*. Vol 29: 3. S 354-366. Doi: <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.1995.1025>

Condon, C, McCarthy, G (2006) *Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patient's perspectives*. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2006) 37-4

Coulter, A., Schofield, T. (1991) *Prevention in general practice, the views of doctors in the oxford region*. *British journal general practitioners*, 1991;41:140-143.

Courtenay, W.H. (2000) *Constructions of masculinity and their influence on mens` s well-being: a theory of gender and health*. *Social Science & Medicine* No 50 s 1385-1401.

Diekmann, A.B., Eagly, A.H. (2000) *Stereotypes as dynamic constructs: Women and men of the past, present and future*. *Personality and social Psychology bulletin*. Publisert av SAGE.

DiMatteo, R., Sherbourne, C., Hays R., Ordway, L., Kravitz, L., McGlynn, E., Kaplan, S., Rogers, W (1993) *Physicians characteristics influence patients adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study*. *Health Psychol* 1993, vol 12, s 93-102.

Duaso MJ, Cheung P. *Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think?* *J Adv Nursing*, 2002;39:472–9.

Elstad, J.I (2005) *Sosioøkonomiske ulikheter til helse – teorier og forklaringer*. Sosial og helsedirektoratet, Oslo. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer>

Fisbein, M., Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA, Addison Wesley.

Forfang, K, Istad H (2011) *Kardiologi – en klinisk veileder*. Gyldendal Norsk forlag

Giddens, A (1991) *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age.* Camebridge: polity press.

Gilje, N., Grimen, H (2007) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger.* Universitetsforlaget, Oslo.

Granum Vigdis (2003). *Praktisk pasientundervisning.* Bergen: Fagbokforlaget

Gurian, M., Stevens, K. (2004) *With boys and girls in mind.* Educational leadership, November 2004, Vol 62:3, s21-26.

Hare-Mustin, R.T., Marecek, J., (1990) *Making a difference: Psychology and the construction of gender.* New Haven, Yale University press. S 184-201.

Haynes, R.B (2001) *Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders I:* Burke, L.E & Ockene, I.S (RED) compliance in healthcare and research. New York, USA. Futura publishing company inc.

Hellevik, O (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap,* Universitetsforlaget, Oslo.

Hines, M., (2006) *Prenatal testosterone and gender-related behaviour.* European Journal of Endocrinology, 155, s115-121. Doi: 10.1530/eje.1.02236

Høem, A (2010) *Sosialisering; Kunnskap – identitet.* Oplandske forlag DA, Vallset

Johannessen, A. (2009) *Introduksjon til SPSS.* Oslo: Abstrakt forlag AS.

Johannessen, A, P. A Tufte, & Kristoffersen, L (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag AS

Johansson, K., Bendtsen, P., Åkerlind,. (2005) *Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: How patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation*. European journal of public health Vol 15, No 6, s 615-620.

Johnson, L.K., Hjermann, I., Tonstad,S., (2001) *Kosthold og sekundærforebygging av koronar hjertesykdom – er våre anbefalinger gode nok?* Tidsskrift for den norske legeforening nr 9, 2001; 121 s 1092-1098.

Julian, D.G (1995) *Medical background to cardiac rehabilitation I*: D.Jones & R.west (RED) BMJ publishing group, BMA house, travistock square, London.

Kristoffersen, N.J (2011) *Livsstil og endring av livsstil I*: Grunnleggende sykepleie. Gyldenal Akademisk, Oslo.

Krokstad. S, Knudtsen.MS (2011) redaktører NTNU. *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i rapport: Folkehelse i endring*. Hentet fra:
<http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Kuhlmann. E, & Annandale, E (Red). (2010) *The palgrave handbook of gender and healthcare*. UK: Palgrave Macmillian.

Laake P, Thoresen M, Veierød M (2007) *Målefeilsproblemer*. I bok: Laake P, Hjartåker A, Thelle DS, Veierød M, redaktør. Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. p. 128-68.

Larvik, N.J., Uhde, A. (1988) *Livsstil og samfunnsøkonomi*. Oslo: Norges råd for anvendt samfunnsforskning. Medlex, Norsk helseinformasjon.

Lilleaas U.B., & Ellingsen, D (2003) *Kvinnekroppens kår*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lindsey L.L (2011) *Gender roles – a sociological perspective*. Boston: Pearsons Education Inc.

Lorentzen, J., Mühleisen, W. (2009) *Kjønnforskning – en grunnbok*. Universitetsforlaget, Oslo

Lynn, D.B (1969) *Parental and sex-role identification: A theoretica formulation*. McCutchan Publishing Corporation, USA.

Løchen, M.L., Kvan, E (2010) *Kjønnforskjeller og kardiovaskulære legemidler*. Tidsskrift for den norske legeforening. Nr 4, 2010, 130:382-5. Doi: 10.4045/tidsskr.09.0677

Meagher, Michelle (2011). "patriarchy": Ritzer, George & Ryan, J. Michael. The Concise Encyclopedia of Sociology. John Wiley & Sons. s. 441–442

Melberg, T, Thoresen, M, Hansen J-B & Westheim, A (2005) *Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i Norske sykehus*. Tidsskrift for den norske legeforening nr 21, 125:2925-8.

Midtbø, T (2010) *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere – med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforlaget.

Miller N.H., Hill M., Kottke T., Ockene I.S. (1997) *The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals*. Circulation. 1997; 95(4):1085–1090.

Mosca, L., McGillen, C., Rubenfire, M. (1998) *Gender Differences in Barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention..* Journal of womens health. Vol 7, No 6 s 711-715.

Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø., & Westin, S (2009) *sosial epidemiologi – sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Njølstad, M.L., Løchen, I. (2007) *Myter og realiteter om kvinner og hjertesykdom I*: Schei, B & Bakketeig, L (RED) *Kvinner lider – men dør*. Oslo: Gyldendal. s 146-162.

Njølstad, I., & Løchen, M.L. (1999) *Koronarsykdom hos kvinner og menn: fellesstrekk og ulikheter i forekomst, risikofaktorer og behandling*. Norsk epidemiologi.

NOU 1999:13 (1997-1999) *Kvinnens helse i Norge*. Oslo, Sosial og helsedepartementet.

Pedersen, J., Tverdal, A., Kirkhus, B. (2004) *Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer I Norge*. Tidsskrift for norsk legeförening nr 11, 2004, 124 s 1532-1536.

Powell-Griner, E., Anderson, J.E., Murphy, W. (1997) *State-and-sex-specific prevalence of selected characteristics- behavioural risk factor surveillance system, 1994 and 1995*. Division of adult and community health, national centre for chronic disease prevention and health promotion, USA.

Prescott, E., Hippe, M., Schnohr, P., Hein, H.O., Vestbo, J. (1998) *Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study*. BMJ volume 316 s 1044-1047.

Roijer, A.C., Stagmo, M., Uden, G., Erhardt (2004) *Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease*. European Journal of Cardiovascular nursing, Vol 3, No 3 s 321-330. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.05.002

Roter, S., Lipkin, M., Korgsgaard (1991) *Sex differences in patients and physicians communication during primary care medical visits*. Medical Care, vol 29. No 11.

Schei, B (2000) *Kvinnehelse I faglig klemme?* Tidsskrift for den norske legeförening. 2000; 120;866-7.

Schei, B., Bakketeig, L.S. (2007) *Kvinner lider – menn dør; folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Schenk-Gustvasson, K (2008) *Det brystna kvinnohjertat – om kvinnors hjärt – og kärleksjukdomar*. Stockholm: Prisma.

Scott, N.C.H, Pill, R.M (1990) *Advice yes, dictate no. Patients views on health promotion in the consultation*. Family practice – an international journal Vol 7, no 2 s 125-131.

Silagy, C., Muir, J., Coulter, M., Thorogood, Roe, L (1993) *Cardiovascular risk and attitudes to lifestyle, what do patients think?* BMJ, vol 306; 1657-60.

Singelton, K., Krause, E.M.S (2009). *Understanding of cultural and linguistic barriers to health literacy*. The online Journal of issues in nursing, 14 (3).

St.meld.Nr. 16 (2002-2003). (2002) *Resept for et sunnere Norge : Om sykdommer og skader; Hjerte og karsykdommer*. Oslo: Helse og omsorgdepartementet

St.meld.Nr. 20 (2006-2007). (2006) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse og omsorgdepartementet

Stacey.J (1993) *Untangling Feminist theory I: Richardson D. and Robinson V. (RED) Introducing women's Studies: Feminist Theory and Practice*. Macmillan, London

Statistisk sentralbyrå (2012) *Innleggelsesårsaker etter diagnose*, hentet fra:
<http://www.ssb.no/a/kortnavn/pasient/tab-2012-04-20-01.html>

Statistisk sentralbyrå (2009) *Helseforhold, levekårsundersøkelsen 2008*, hentet fra:
<http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

Statistisk sentralbyrå (2012) *Dødsfall etter årsak, hele landet 1991-2011*. Hentet fra:
<http://www.ssb.no/a/kortnavn/dodsarsak/tab-2012-10-19-01.html>

Steingart, R.M., Packer, M., Hamm, P. (1991) *Sex differences in the management of coronary artery disease: survival and ventricular enlargement investigators*. N, English journal med, 325: 226-30.

Stephen J Bunker, David M Colquhoun, Murray D Esler, Ian B Hickie, David Hunt, V Michael Jelinek, Brian F Oldenburg, Hedley G Peach, Denise Ruth, Christopher C Tennant and Andrew M Tonkin 2003 , "*Stress*" and coronary heart disease: psychosocial risk factors National Heart Foundation of Australia position statement update, MJA Vol 178, 17 March 2003, S273-278

Stewart, D.E., Abbey, S., Zachary, M., Shnek, M., Irvine, J., Grace, S. (2004) *Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event*. Psychosomatic medicine, jan 1, 2004 vol 66. S 42-48. Doi: 10.1097/01.PSY.0000107006.83260.12

Stokland, O (2011) *Kardiovaskulær intensivmedisin*. Oslo, Cappelen Damm akademisk.

Thompson, P., Buchner, D., Pina, L., Balady, G., Williams, A., Marcus, B (...) Wenger, N. (2003) *Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease*. Circulation, 200 107: 3109-3116

Thornquist, E (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori; for helsefag*. Fagbokforlaget, Oslo.

Tickner, Ann J. (2001). "*Patriarchy*". Routledge Encyclopedia of International Political Economy: Entries P-Z. Taylor & Francis. s. 1197–1198.

Tufte, P. A (2000) *En intuitiv innføring i regresjonsanalyse*. Arbeidsnotat nr 8-2000. SIFO 2000. SIFO, statens institutt for forbruksforskning.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget AS

Wallace P.G, Brennan PJ, Haines AP. *Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle?* Findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health. 1987;294:940–2.

Wensaas, L (2012) *Effects of a decision aid with and without additional decisional counseling for patients being examined for coronary artery disease on cardiac risk reduction – behavior and health outcomes – a randomized controlled trial*. Doktorgradsavhandling, Universitetet I Oslo, Norge. AIT Oslo AS.

World health Organization, WHO (2003) “*Defining adherence*” Hentet fra:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf

World health Organization, WHO (2012) “*Obesity and overweight*” hentet fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. (2004) “*Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEARTstudy): case-control study*” *The Lancet*, volume 364, s 937-952.

Zafari, A.M, Wenger, N.K (1998) *Secondary prevention of coronary heart disease*. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79, s 1006-1017.

VEDLEGG

Invitasjon til HUNT 3

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Hebeundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.

Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.

Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på www.hunt.ntnu.no. Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningscenter, tlf 74075180.

Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen

Steinar Krokstad
Førsteamanuensis
Prosjektleder HUNT 3

Jostein Holmen
Professor, daglig leder
HUNT forskningscenter

Stig A. Slordahl
Professor, dekanus
Det medisinske fakultet, NTNU

Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

Åpningstida

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: Rett Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

HELSE OG DAGLIV

- 1 Hvordan er helsa di nå?
 Dårlig Ikke helt god God Svært god
- 2 Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er ned satt?

	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelseshemmet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt syn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn 6 måneder? Ja Nei

- 4 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 uker?
- | Ingen | Mått
svake | Svake | Moderate | Størke | Mått
størke |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 5 I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de siste 4 uker?

Ikke i det høle tatt	En del	Litt	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HELSETJENESTER

- 6 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:
- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fastlege/allmennlege..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen legespesialist utenfor sykehus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsultasjon uten innleggelse | | |
| - ved psykiatrisk poliklinikk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ved annen poliklinikk i sykehus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiropraktor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homeopat, akupunktur, sonoterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 7 Har du vært innlagt i sykehus i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei

SYKDOMMER OG PLAGER

- 8 Har du hatt noe anfall med pipende eller tung pust de siste 12 måneder? Ja Nei
- 9 Har du noen gang de siste 5 år brukt medisiner for astma, kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS? Ja Nei
- 10 Bruker du, eller har du brukt, medisin mot høyt blodtrykk? Ja Nei

- 11 Har du, eller har du noen gang hatt, noen av disse sykdommene/plagene: (Satt ett kryss pr. linje)
- | | Ja | Nei | Hvis ja, i hvor gammel var du første gang?
Eksempel:
3,4 år gammel |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Hjerteanfarkt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjertekrampe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjertesvikt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan hjertesykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag/hjernabledding..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nyresykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (sukkersyke)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eksempå hendene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftsykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leddgikt (reumatoid artritt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bachlowers sykdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sarkoidose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Balinskjerhat (astoi porosi)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromyalgi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siltasagikt (artrose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiske plager som du har søkt hjelp for..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 12 Har du noen gang fått påvist for høyt blodsukker? Ja Nei

Hvis ja: I hvilken situasjon første gang?

- Ved helseundersøkelse... Under sykdom.....
 Under svangerskap..... Annat.....

SKADER

10 Har du noen gang hatt: Hvis ja, i hvor gammel var du første gang?
 Eksempel: år gammel

	Ja	Nei	År gammel
Lårhalsbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brudd i håndledd/underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brudd/sammenfall av ryggvirvler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nakkkesting (whiplash)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

11 Har du foreldre, søsken eller barn som har, eller har hatt, følgende sykdommer?
 (Satt ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei	Vet ikke
Hjerneslag eller hjernebldning før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/høysnuet/noseallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/amyosom/KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balanseshet (osteo porose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom (ikke nyresten, urinveisinfeksjon, urinlekkasje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Har noen av dine besteforeldre, dine foreldres søsken eller dine søskenbarn fått diagnosen diabetes (type 1 eller type 2)?

	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVORDAN FØLER DU DEG?

13 Har du de to siste uker følt deg:
 (Satt ett kryss pr. linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs og urolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfort/dopnært?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Har du noen gang i livet opplevd at noen over lengre tid har forsøkt å kve, fomedre eller ydmyke deg?

	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOBAKK

15 Røykte noen av de voksne innendørs da du vokste opp?

	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Røykte mora di da du vokste opp?

	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Røyker du selv?

Nei, jeg har aldri røykt

Hvis du aldri har røykt, hopp til spørsmål 22.

Nei, jeg har sluttet å røyke

Ja, sigaretter av og til (flest/forie, ikke daglig)

Ja, sigaretter/sigarillos/pipe av og til

Ja, sigaretter daglig

Ja, sigaretter/sigarillos/pipe daglig

18 Svar på dette hvis du nå røyker **daglig** eller **tidligere** har røykt **daglig**:

18a

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? sigaretter pr. dag

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? år gammel

Hvis du tidligere har røykt daglig, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

19 Svar på dette hvis du røyker eller har røykt **av og til**, men ikke daglig:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis i måneden? sigaretter pr. måned

Hvor gammel var du da du begynte å røyke av og til? år gammel

Hvis du tidligere har røykt av og til, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

20 Bruker du, eller har du brukt, snus?

Nei, aldri Ja, av og til

Ja, men jeg har sluttet Ja, daglig

Hvis du aldri har brukt snus, hopp til spørsmål 23.

Hvis ja:

Hvor gammel var du da du begynte med snus? år gammel

Hvor mange esker snus bruker/brakte du pr. måned? esker snus pr. måned

4 Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida? Ja Nei

5 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? (Regn med både jobb og fritid) Antall timer

ARBEID

6 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? (Satt ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)

Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspediterarbeid, lett industriarb., undervisning)

Arbeid hvor du går og løfter mye (f.eks. postbudsjet, pløier, byggingarbeid)

Tungt kropparbeid (f.eks. skogarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt byggingarbeid)

HØYDE/VEKT

7 Omtrent hva var din høyde da du var 18 år? cm Husker ikke

8 Omtrent hva var din kroppsvekt da du var 18 år? kg Husker ikke

9 Er du fornøyd med vekta di nå? Ja Nei for lett Nei for tung

10 Har du forsøkt å slanke deg i løpet av de siste 10 år? Nei Ja, noen ganger Ja, mange ganger

11 Er din kroppsvekt minst 2 kg lavere nå enn for 1 år siden? Ja Nei

Hvis ja:

Hva er grunnen til dette?

Slanking Sykdom/stress Vet ikke

ADVORLIGE LIVSHENDELSENE SISTE 12 MÅNEDER

12 Har det vært dødsfall i nær familie? (barn, ektefelle/sambor, søsken eller foreldre) Ja Nei

13 Har du vært i overhengende livsfare pga. alvorlig ulykke, katastrofe, voldssituasjon eller krig? Ja Nei

14 Har du hatt samlivsbrudd i ekteskap eller i lengre samboerforhold? Ja Nei

15 Hvis du har svart ja på et eller flere av spm 43, 44 eller 45; i hvilken grad har du hatt reaksjoner på dette de siste 7 dager?

Ikke i det hele tatt I moderat grad
Litt I høy grad

OPPVEKST - DA DU VAR 0-18 ÅR

16 Hvem vokste du opp sammen med?

Mor Andre släktingar

Far Adoptivforeldre

Stemor/stefar Foster-/pleieforeldre

17 Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre, da du var barn? Nei
 Ja, før jeg var 7 år
 Ja, da jeg var 7-18 år

18 Døde noen av dine foreldre da du var barn? Nei
 Ja, før jeg var 7 år
 Ja, da jeg var 7-18 år

19 Vokste du opp med kjæledyr? Nei
Ja, katt Ja, hund
Ja, høst Ja, annet levende dyr

20 Hvor mye melk eller yoghurt drakk du vanligvis?

Sjelden/aldri	1-6 gl. pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 gl. pr. dag	Mer enn 3 glass pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Vokste du opp på gård med husdyr? Ja Nei

22 Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som:

Svært god Vanskelig

God Svært vanskelig

Middels

ALT I ALT

23 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Satt ett kryss)

Svært fornøyd Nok så misfornøyd

Megalt fornøyd Megalt misfornøyd

Ganske fornøyd Svært misfornøyd

Både/og

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du deltok i den første delen av Helseundersøkelsen.

Vi håper at du også vil svare på dette spørreskjemaet som du har fått fordi du har svart ja på spørsmål om du har, eller har hatt høyt blodtrykk, hjertesykdom, nyresykdom eller hjerneslag.

Dato for utfylling: / 20

Dag Måned År

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er viktig at du krysser av riktig: Rett Galt
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.



Skjemaet returneres i den vedlagte konvolutten, som er ferdig frankert.

RÅD OM LIVSSTIL

- 1 Har lege gitt deg noen av følgende råd for din sykdom? (Sett ett kryss for hvert av spørsmålene)

	Ja	Nei	Huskar ikkje
Gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyke mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slutte helt å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosjonere mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise mindre sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise mindre fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke mindre salt i maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leve mindre hektisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(mindre stressende)			

Hvite ja:

Hvor viktig synes du disse rådene egentlig er for deg?

Ikke viktig	<input type="checkbox"/>	Viktig	<input type="checkbox"/>
Litt viktig	<input type="checkbox"/>	Svært viktig	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad greier du følge slike råd?

I liten grad	<input type="checkbox"/>	I stor grad	<input type="checkbox"/>
I noen grad	<input type="checkbox"/>	I svært stor grad	<input type="checkbox"/>

HØYT BLODTRYKK

- 2 Hvor mange ganger har du vært til blodtrykkskontroll hos lege/sykepleier de siste 12 månedene? ganger

Hvem måler blodtrykket ditt ved kontrollene? (Sett ett eller flere kryss)

Lege

Sykepleier/legesekretær

- 3 Har du hatt døgnt registrering av ditt blodtrykk med automatisk måler? Ja Nei
- 4 Har du målt blodtrykket ditt selv hjemme (egenmåling)? Ja Nei
- 5 Har du noen gang blitt undersøkt på sykehus pga. høyt blodtrykk? Ja Nei



9080000010

- 6 Har du brukt, eller bruker du blodtrykksmedisin? Ja Nei

Hvite ja:

Omtrent hvor gammel var du første gang du begynte med slik medisin? år gammel

- 7 Hvis du bruker medisin mot høyt blodtrykk nå: Har du merket ubehag/bivirkninger av blodtrykksmedisinene? Ja Nei

Hvite ja:

Hvor plagsomt har ubehaget/bivirkningene vært den siste uka?

Svært plagsomt

Litt plagsomt

Ganske plagsomt

Ubetydelig plagsomt

- 8 Hvor viktig mener du blodtrykksmedisinene egentlig er for deg?

Ikke viktig	<input type="checkbox"/>	Viktig	<input type="checkbox"/>
Litt viktig	<input type="checkbox"/>	Svært viktig	<input type="checkbox"/>

- 9 Hvis du ikke lenger bruker medisin mot høyt blodtrykk, hvorfor sluttet du? (Sett ett eller flere kryss)

Legen bestemte det

Jeg fikk plager av medisinene

Jeg mente det ikke var nødvendig med medisiner

Jeg var redd for at medisinene var skadelige

NYRESYKDOMMER

- 10 Har du noen gang fått påvist protein (eggehvite) i urinen over lengre tid (minst ett år)? Ja Nei

Hvite ja:

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang? år gammel

- 11 Har du noen gang fått påvist blod i urinen over lengre tid (minst ett år)? Ja Nei

Hvite ja:

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang? år gammel

17 Omtrent hvor mange ganger har du hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr/nyrebekkenbetennelse) i løpet av de siste to årene? ganger

18 Har lege sagt at du har nyresvikt (svake nyre, dårlig nyrefunksjon)? Ja Nei

HJERTESYKDOMMER

14 Har du hatt hjerteinfarkt? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger har du hatt dette? ganger

15 Har du, eller har du hatt angina pectoris (hjertekrampe)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger pr. uke har du merket slike smerter i løpet av den siste måneden?

Ved anstrengelse ganger/uke

Når du er i ro om dagen ganger/uke

Om natta ganger/uke

16 Har du noen gang fått annen behandling for angina pectoris enn tabletter? Ja Nei

Hvis ja:

Har du blitt hjerteoperert (bypass)? Ja Nei

Har du blitt blokket/fått innsatt stent? Ja Nei

17 Har lege sagt at du har hjerteflimmer (atrieflimmer)? Ja Nei

18 Har lege sagt at du har hjertesvikt (svakt hjerte, vann på lungene, hovne ben)? Ja Nei

19 Hvis du har hjertesykdom, hvordan virker dette på ditt funksjonsnivå? (Sett ett kryss)

Ingen begrensninger. Vanlig fysisk aktivitet gir ingen uvanlig tretthet, tungpust eller brystmerter

Lett begrensning av fysisk aktivitet, men ubesværet i hvile. Vanlig fysisk aktivitet gir tretthet, tungpust eller brystmerter.....

Betydelige begrensninger i fysisk aktivitet, men ubesværet i hvile. Selv små fysiske anstrengelser gir tretthet, tungpust eller brystmerter..

Umulig å utføre noen som helst fysisk anstrengelse. Periodevis også tungpust eller brystmerter i hvile

T HJERNESLAG

20 Har du noen gang hatt hjerneslag (blodpropp eller blødning i hjernen)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger har du hatt hjerneslag?

1 gang..... 3-4 ganger.....

2 ganger..... 5 ganger eller mer.....

Har du innlagt på sykehus i forbindelse med ditt siste hjerneslag? Ja Nei

Har du kommet deg helt etter ditt siste hjerneslag? Ja Nei

21 Hvis du har hatt hjerneslag, hvordan påvirker det i dag ditt funksjonsnivå og din evne til å utføre vanlige daglige gjøremål? Med vanlige daglige gjøremål menes f. eks. spising, påkledding, toalettbesøk. (Sett et kryss ved det funksjonsnivå som passer best)

Ingen symptomer og ingen funksjonssvikt. Samme tilstand som før hjerneslaget.

Ingen nevneverdig funksjonssvikt. Har noen symptomer, men klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før hjerneslaget.

Lett funksjonssvikt. Klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før hjerneslaget, men klarer de vanlige daglige gjøremål uten hjelp

Moderat funksjonssvikt. Trenger litt hjelp i daglige gjøremål, men klarer å gå uten hjelp av en annen person.....

Alvorlig funksjonssvikt. Klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person. Klarer ikke vanlige daglige gjøremål uten hjelp fra andre

Svært alvorlig funksjonssvikt. Trenger konstant tilsyn og hjelp fra andre

NB!

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarconvolutten. Porto er betalt.



Takk for hjelpa!



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjørl Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 09.11.2011	Vår referanse: 2011/1926
			Deres dato: 27.09.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Randi Andenæs
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4
0130 Oslo

2011/1926 C Helse og livskvalitet hos kvinner i ulike livsfaser

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i motet 20.10.2011.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Randi Andenæs

Prosjektomtale (revidert av REK):

Det har lenge vært kjent at det er behov for mer kunnskap om kvinners helse og sykdommer (NOU 13, 1999). Selv om det i senere år har blitt stadig større fokus på kvinners helse, er kunnskapshullet på dette området fortsatt stort. Man vet at sykdom utvikler seg forskjellig hos kvinner og menn, og at kvinner viser andre sykdomssymptomer enn menn, men man mangler fortsatt kunnskap på mange områder om hvorfor det er slik, og hva forskjellene består i. Man vet også at en del av den kunnskap som allerede eksisterer ikke blir tatt i bruk av sykepleiere. Mye av den forskning som finnes er basert på studier av menn, og kunnskapen om kvinners helse er et lavt prioritert område. Dette vil igjen kunne føre til at behandling som iverksettes vil være bedre tilpasset menn, og at behandlingen av kvinner derfor ikke vil være optimal. Formålet med prosjektet er å belyse kvinners helse i ulike faser av kvinners liv ved å benytte data fra HUNT 3.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til studien, men forutsetter at datautlevering kan skje i henhold til utleveringsrutiner i HUNT. Komiteen gjør oppmerksom på at de seks mastergradene som er skissert i søknaden inngår som en del av denne godkjenningen.

Vedtak

Prosjektet godkjennes.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2013. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, jf. helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse-

Besøksadresse: Gullhaug torg 4 A, Nydalens, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikkom.no	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
--	--	--	--

og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Arvid Heiberg
professor dr. med.
leder REK Sør-Øst C

Gjøril Bergva
rådgiver

Kopi til: randi.andenas@hioa.no, postmottak@hio.no