

Mönstret av levnadsförändringar hos infarktpatienter

En jämförelse av totala "levnadsförändringspoäng" hos en grupp infarktpatienter och ett jämförelsematerial

Töres Theorell

Ulf Lundberg

Evy Lind

I en retrospektiv enkätundersökning jämfördes uppgifter om betydelsefulla förändringar i levnadssituationen hos en grupp infarktpatienter med motsvarande uppgifter för en grupp kontroller. Då enbart frekvensen av levnadsförändringar studerades fanns ingen genomsnittlig signifikant skillnad mellan grupperna. Där emot tyder svarsmönstret på att patienterna tenderade att notera större andel förändringar av tungt vägande karaktär än kontrollerna. Resultatet kan också tolkas så att personligheten troligen är av stor betydelse för förändringsupplevelsen.

Töres Theorell är docent i invärtesmedicin vid Karolinska institutet och verksam vid medicinska kliniken Serafimerlasarettet där även fil. kand. Evy Lind är verksam. Fil. dr Ulf Lundberg är verksam vid psykologiska institutionen vid Stockholms universitet.

Introduktion

Retrospektiva intervjustudier av patienter som insjuknat i hjärtinfarkt har visat att dessa patienter för året före insjuknande rapporterar en signifikant ökning av antalet levnadsförändringspoäng jämfört med närmast föregående perioder. En särskilt tydlig anhopning av förändringspoäng har rapporterats för det sista halvåret före insjuknande hos dem som ej haft några symptom coronarsjukdom under samma period. För dem som haft sådana eller därmed besläktade symptom under månaderna före insjuknandet har anhopningen av registrerade förändringar varit mindre tydlig under det sista halvåret; hos dessa har en mera långvarig levnadskris rapporterats (1, 2, 3, 4). I de citerade studierna har vid beräkningen av förändringspoäng *life change-mätning* enligt Holmes och Rahe använts (5). Denna metodik baseras på att varje registrerad förändring inom en viss period har ett förutbestämt skalvärde som beräknats från en grupp friska

personer som instruerats att skatta den grad av anpassning som de ansett varje sådan förändring kräva. Som referenspunkt har en viss förändring använts, exempelvis giftermål. Medeltalet av de friska personernas skattningar för varje item har sedan använts som skalvärde i den retrospektiva patientstudien.

En retrospektiv studie av life change-frekvenser under året före insjuknande hos infarktpatienter som varit anställda i Svenska Kooperativa förbundet och som insjuknat 1970 el 1971 har utförts. Dessa frekvenser som endast registrerats av den undersökte i ett formulär har jämförts med de frekvenser som registrerats av friska ålders-, köns- och anställningsformsmatchade slumpvis utvalda individer ur samma population. Tidsangivelserna har kontrollerats med hjälp av ett retest och i vissa fall med telefonintervju. En nyligen publicerad studie har visat att det företrädesvis är inom arbetet som infarktpatienterna rapporterat mera förändringar än jämförelsegruppen.

(Theorell & Lind, 1973). Små skillnader förelåg dock, och detta kan hänga samman med att uppgifterna baserats på formulär som den undersökte själv fyllt i vilket tenderar att minska antalet rapporterade items. Följande fråga måste då ställas: *Upplever infarktpatienterna att de haft mera förändringar under året före insjuknandet än jämförelsepersonerna?* I en studie över life change-skattning i olika patientgrupper har Lundberg et al nyligen visat, att infarktpatienter retrospektivt tenderar att skatta betydelsen av vissa levnadsförändringar högre än jämförelsepersonernas, särskilt om *graden av obehag i förändringen* (= "uppskakning") bedöms. Neurospatienter skilde sig också från sin jämförelsegrupp på ett liknande sätt, medan ryggpatienter inte skilde sig från sina kontroller (Lundberg & Theorell, 1973). Det totala sambandet mellan skalorna är dock mycket högt ($r > 0.90$).

Föreliggande studie har utförts retrospektivt på samma individer som i ovannämnda studier på anställda i Kooperativa förbundet (6, 7). De skattningssvården för förändringsvariablerna som erhållits i skattningsstudien (7) har använts för beräkning av totala förändringspoängen hos patienter och jämförelsepersoner. Följande frågor ställdes:

1. Kan användandet av *totala skattningspoäng* göra att patienterna bättre kan skiljas från jämförelsepersonerna?

2. Vilken grund för skattning av resp förändringars betydelse — anpassning eller "obehag" (= "hur uppskakande") — ger störst skillnad mellan grupperna?

3. Är det individens *egen skattning* av den förändring hon/han upplevt som skall användas för att en skillnad skall erhållas mellan grupperna — är det den subjektiva upplevelsen eller det objektiva innehållet i förändringen som betyder mest?

4. Har ett *personlighetsindex* baserat på förekomsten av irritation, upplevelse av missnöje etc. samband med individens psykosociala situation mätt med levnadsförändringspoäng?

Metod

I den aktuella undersökningen ingick 56 KF-anställda personer som insjuknat i hjärtinfarkt 1970 eller 1971 och 65 ålders-, köns- och anställningsmatchade jämförelsepersoner. För infarktpatienterna hade levnadsförändringar registrerats retrospektivt ett år före infarkten och för jämförelsepersonerna motsvarande förändringar under en jämförbar tidsperiod. Ett formulär hade utsänts med instruktionen: "Om Ni upplevt följande förändringar under den aktuella 12-månadersperioden, sätt då ett kryss i resp. ruta (*Tabell 1*). För att kontrollera att tidsinstruktionen var korrekt uppfattad gjorde vi ett re-test. Ett formulär med tidsinstruktion för varje fråga utskickades till alla deltagare. I de fall då svaren i de två formulären ej överensstämde (20 fall) gjordes telefonintervjuer (Theorell & Lind 1973).

Betydelsen av olika levnadsförändringar studerades i en separat undersökning (Lundberg & Theorell). I denna undersökning ingick 46 item (*Tabell 1*), som studerades med avseende på två olika aspekter. Hälften av infarktpatienterna bedömde *graden av svårighet att anpassa sig* till förändringarna, medan den andra hälften bedömde *hur uppskakande* förändringarna skulle vara. Den förstnämnda aspekten är den som tidigare studerats av bl. a. Holmes & Rahe (1968), medan den senare har undersökts (=upsetting) av Paykel (1972). Samtliga försökspersoner var instruerade att bedöma enligt sin egen uppfattning. Skattningarna gjordes på en grafisk skala från "0" till "100". Motsvarande bedömningar gjordes även av kontrollpersonerna. Hälften av dessa gjorde dock sina bedömningar med hjälp av magnitudskattningsmetoden, vilken tidigare använts av bl. a. Rahe (1969). Den skala som erhöles från magnitudskattningarna skiljer sig på ett systematiskt sätt något från den grafiska skalan och kommer därför att behandlas separat i en senare analys. De aktuella jämförelserna mellan infarkterna och deras kontroller kommer därför att göras utifrån de grafiska skattningarna. Samtliga skattningar gjordes på formulär som tillsänts försökspersonerna per post.

I den första undersökningen (Theorell & Lind,

Tabell 1. Variabel

1. Bytt yrke (t. ex. från plåtslagare till vaktmästare)
2. Slutat med förvärvsarbete (=pensioneras)
3. Viktig ändring i arbetstider (t. ex. extrem övertid, övergång till ackords- eller skiftarbete etc.)
4. Ändrade arbetsuppgifter som medför *ökat* ansvar
5. Ändrade arbetsuppgifter som medför *minskat* ansvar
6. Upplevt problem med överordnade
7. Upplevt problem med arbetskamrater, medarbetare eller underställda
8. Varit arbetslös mer än 1 månad i följd
9. Annan viktig ändring i arbetsförhållanden (t. ex. bytt arbetsplats, arbetskamrater, chefer eller förflyttats till annan ort)
10. Börjat eller slutat med extraarbete
11. Gått på kurser eller studerat hemma för arbetets skull
12. Ändrade inkomster
13. Annan ändring i den ekonomiska situationen
14. Gift sig eller påbörjat annan form av samlevnad
15. Inlett skilsmässa/separation p.g.a. äktenskapliga konflikter
16. Avslutat hemskillnadsår (=definitiv skilsmässa)
17. Konflikter med make/maka (fästman/fästmö)
18. Konflikter eller andra tråkigheter inom familjen (t. ex. problem med barn etc.)
19. Konflikter eller andra tråkigheter med den övriga släkten
20. Varit skild från make/maka (fästman/fästmö) mer än 1 mån. i följd p.g.a. arbete, resor eller liknande
21. Make/maka (fästman/fästmö) börjat eller slutat förvärvsarb.
22. Fått eget eller adopterat barn
23. Ändrat sexualvanor väsentligt (t. ex. p.g.a. klimatekterium, sjukdom etc.)
24. Make/maka (fästman/fästmö) varit svårt sjuk
25. Make/maka (fästman/fästmö) avlidit
26. Son eller dotter varit svårt sjuk
27. Son eller dotter avlidit
28. Någon nära släkting varit svårt sjuk
29. Någon nära släkting avlidit
30. Någon nära vän varit svårt sjuk
31. Någon nära vän avlidit
32. Flyttat till annan bostad (definitiv flyttning)
33. Någon flyttat hem till en (t. ex. släkting, bekant)
34. Någon flyttat hemifrån (t. ex. barn, släktingar)
35. Andra förändringar i bostadsförhållanden (t. ex. reparationer, nya grannar etc.)
36. Ändrat umgängesformer väsentligt (t. ex. umgås mer eller mindre)

1973) tillfrågades infarktpatienterna och kontrollpersonerna även om sitt beteende i vissa situationer som rörde deras sociala bakgrund och vissa attityder såsom irritation, upplevelse av missnöje, svårighet att koppla av, etc. Från dessa frågor konstruerades ett *personlighetsindex* (Typ A-skala enl. Jenkins et al. 1971) genom att svaren poängsattes med skalvärden från 0 till 2.

Resultat

Från infarktpatienterna återsändes 73 % ("anpassning") och 79 % ("uppskakande") av de utsända formulären ordentligt ifyllda. Motsvarande siffror för kontrollerna var 76 % och 68 %. De aktuella resultaten är baserade på dessa svar.

Levnadsförändringspoäng för "anpassning"

Av de insamlade skattningarna erhöles individuella life change skalor för svårigheten att anpassa sig till förändringarna. En genomsnittlig skala för infarkter resp. kontroller beräknades sedan som ett aritmetiskt medelvärde av de individuella skalorna. En total genomsnittlig levnadsförändringspoäng (*LF-poäng*) beräknades för resp grupp på två sätt (Theorell & Rahe, 1971). *Det genomsnittliga skalvärdet* för resp grupp användes för att beräkna en totalpoäng för varje individ genom att man adderade skalvärdena för de förändringar som inträffat i dennes situation under den aktuella tidsperioden. Genomsnittliga *LF-poängen* beräknades sedan för infarkt- och kontrollgruppen (Rahe & Lind, 1971). *De individuella skalvärdena* användes för att på motsvarande sätt beräkna en totalpoäng för varje individ. Därefter beräknades den genomsnittliga *LF-poängen* för infarkt- resp kontrollgruppen. I det senare fallet ingick givetvis endast de personer som utfört skattningar.

Resultatet från dessa beräkningar framgår av Tabell 2. Infarktpatienterna har i båda fallen en genomsnittligt högre poängsumma än sina kontroller. Skillnaden är störst då *LF-poängen* är beräknad med de individuella skalorna.

Tabell 2. Levnadsförändringspoäng för infarktpatienter (I) och kontroller (K) avseende graden av svårighet till anpassning.

	Poäng baserad på medelvärdes- skalan för resp. grupp			Poäng baserad på individuella skalor		
	M	SD	n	M	SD	n
Infarkter	161.17 ¹⁾	118.05	56	167.67 ²⁾	186.38	24
Kontroller	134.96 ¹⁾	122.80	65	104.72 ²⁾	80.51	18

¹⁾ $t_{I-K} = 1.19$, ej sign.

²⁾ $t_{I-K} = 1.45$, ej sign.

Tabell 3. Levnadsförändringspoäng för infarktpatienter (I) och kontroller (K) avseende hur "uppskakande" life changes är.

	Poäng baserad på individuella skalor			Poäng baserad på medelvärdes- skalan för resp. grupp		
	M	SD	n	M	SD	n
Infarkter	161.10 ¹⁾	121.71	56	143.20 ²⁾	134.59	25
Kontroller	114.67 ¹⁾	113.78	65	63.46 ²⁾	67.02	13

¹⁾ $t_{I-K} = 2.14$, $p < .05$

²⁾ $t_{I-K} = 2.37$, $p < .05$

Levnadsförändringspoäng för "uppskakande"

På samma sätt som i det förra fallet beräknades två genomsnittliga LF-poäng för infarktpatienterna och deras kontroller. Resultatet framgår av Tabell 3. Skillnaderna mellan infarkter och kontroller är här större än för "anpassning". Med de individuella skalorna blir den genomsnittliga totalpoängen mer än dubbelt så stor i infarktgruppen som i kontrollgruppen.

Levnadsförändringspoängssumma i relation till antalet registrerade items hos en viss individ

Infarktpatienterna har genomgående högre medelpoäng för varje registrerad förändring (Tabell 4) än kontrollpersonerna. För graden av uppskakning fås en klart signifikant skillnad mellan grupperna, när gruppernas resp. medelvärdesskalor appliceras på varje registrerat item ($p < 0.01$). Detta innebär att patienterna tenderar att ha noterat en större andel förändringar av tungt välgående karaktär än kontrollerna.

Tabell 4. Life change score för infarkter (I) och deras kontroller (K) (beräknade utifrån medelpoängen per item för varje individ)

	ANPASSNING			
	Medelvärdeskala		Individiskala	
	K	I	K	I
M	33.41	37.67	24.56	31.82
SD	16.60	14.92	16.13	21.23
n	65	56	18	24
$t_{K-I} = 1.47$ ej sign		$t_{K-I} = 1.22$ ej sign		

	UPPSKAKANDE			
	Medelvärdeskala		Individiskala	
	K	I	K	I
M	27.06	37.58	26.72	36.71
SD	17.89	16.98	24.31	21.61
n	65	56	13	25
$t_{K-I} = 3.30$ $p < .01$		$t_{K-I} = 1.21$ ej sign		

Personlighetsindex

Medelvärdet för poängsumman på Typ A-skalan för infarkt- och kontrollgruppen framgår av Tabell 5. Infarktens poängsumma är signifikant ($p < .01$) högre än kontrollernas.

Tabell 5. Personlighetsindex (Typ A-skala) för infarktpatienter (I) och kontroller (K).

	M	SD	n
Infarkter	4.43 ¹⁾	2.30	56
Kontroller	3.29 ¹⁾	2.07	65

¹⁾ $t_{I-K} = 2.82, p < .01$

Levnadsförändringspoäng och personlighetsindex

För att Typ A-skalan skall kunna förstärka sambandet mellan LF-poäng och hjärtinfarkt bör den vara relativt oberoende av life change skalan. Tabell 6 visar korrelationen mellan dessa två typer av mått. Sambanden är signifikant skilda från noll ($p < .02$) endast för kontrollgruppen. För infarktgruppen innebär de erhållna korrelationerna en gemensam varians på endast 2—3 %. Typ A-skalan är alltså praktiskt taget oberoende av life change skalan.

Tabell 6. Produktmomentkorrelationer mellan personlighetsindex (Typ A-skala) och levnadsförändringspoäng

	Infarkter	Kontroller
Typ A-skala/"Anpassning"	0.18	0.32 ¹⁾
Typ A-skala/"Uppskakande"	0.16	0.32 ¹⁾

¹⁾ $p < .02, r \neq 0$

Diskussion

Bortfallsprocenten för rapportering av förändringar är tillräckligt låg för att siffrorna skall anses representativa för populationen. Bortfallsprocenten för skattning av förändringarnas betydelse är något högre men drabbar de båda grupperna ungefär lika, varför vi har ansett oss kunna dra vissa slutsatser av materialet.

Genomgående i resultaten är att ju mer hänsyn

som tas till den subjektiva upplevelsen av förändringar, desto större blir skillnaderna mellan grupperna. Då enbart frekvensen av life changes studerades fanns ingen genomsnittlig signifikant skillnad mellan infarktpatienter och kontroller. Personligheten är troligen av stor betydelse för förändringsupplevelsen. Detta framgår också av den ovan citerade undersökningen av Lundberg et al (Lundberg & Theorell, 1973) som visade att neurotiker och infarktpatienter men ej ryggpatienter avvek i sina förändringsskattningar från sina resp jämförelsegrupper.

Om man åskådliggör fördelningarna av förändringspoäng grafiskt framkommer det att man i patientgruppen har en tendens till bimodal fördelning av totala förändringspoäng. Innebörden av detta är oklar, men möjligen har det att göra med att patientgruppen innehåller en större andel personer med missnöjesfaktorer, irritabilitet och sannolikt högre ångestberedskap än jämförelsegruppen (Theorell & Lind, under utarbetande). Kanske är det dessa som bedömer sin förändringssituation väsentligt annorlunda än övriga i gruppen.

Den mycket svaga korrelation som tycks föreligga mellan totala LF-poängsummor och personlighetsindex (Typ A) gör att den senare skalan kan bidra till att öka precisionen vid prediktion av coronarsjukdom utifrån psykosociala riskfaktorer. I kommande *prospektiva* coronarsjuklighetsstudier bör därför riskgrupper utväljas i två steg: Först utväljes personer med en viss riskpersonlighet, i nästa steg selekteras ur denna grupp individer med högt sammanlagt förändringsindex.

Den bias som betingas av den retrospektiva undersökningssituationen i den aktuella undersökningen kan man endast frigöra sig från genom att göra prospektiva studier, och en sådan studie har startats i Stockholm av författarna.

Denna studie har utförts vid Medicinska kliniken, Serafimerlasarettet och vid psykologiska institutionen vid Stockholms universitet samt i samarbete med Kooperationens pensionsanstalt. Ekonomiskt stöd har givits av Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar och av anslag K 72-19 X- 3397-02 från Statens Medicinska Forskningsråd.

REFERENSER

1. *Theorell T & Rahe R H*: Psychosocial factors ans myocardial infarction — I. An inpatient study in Sweden. *J. Psychosom. Res.* 15:25, 1971
2. *Rahe R H & Lind E*: Psychosocial factors and sudden cardiac death: A pilot study. *J. Psychosom. Res.* 15:19, 1971
3. *Rahe R H, Romo M, Bennet L & Siltanen P*: Subjects' recent life changes and myocardial infarction in Helsinki. *Arch. Int. Med.* i tryck 1973
4. *Rahe R H, Romo M, Bennet L & Siltanen P*: Subjects' recent life changes and sudden death in Helsinki. *Arch. Int. Med.* i tryck 1973
5. *Holmes T H & Rahe R H*: The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11:213, 1968
6. *Theorell T & Lind E*: Frekvens av life changes året före infarkt hos patienter och hos friska i Kooperativa förbundet. Föredrag vid RHL:s läkarkonferens i Järva Krog, 1973
7. *Lundberg U & Theorell T*: Skattning av levnadsförändringars betydelse i olika diagnosgrupper. Föredrag vid RHL:s läkarkonferens i Järva Krog, 1973
8. *Theorell T & Lind E*: Hjärtinfarkt inom den svenska kooperationen — en socialegidemiologisk retrospektiv enkätundersökning. (Under utarbetande.)
9. *Paykel E S*: Recent life events and clinical depression. Presenterat vid NATO Symposium on Life Stress and Illness, Beito, Norge, 12—16 juni, 1972
10. *Rahe R H*: Multicultural correlations of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden. *J. Psychosom. Res.*, 13:191, 1969
11. *Jenkins C D, Zyzanski S J, Rosenman R H & Cleveland G L*: Association of coronary-prone behavior scores with recurrence of coronary heart disease. *J. Chron. Dis.* 24:601, 1971

SJUKSKÖTERSKAN medmänniska inför döden

av leg. sjuksköterskan,
fil. kand. **Ann-Marie Elwing**

från **Svensk sjuksköterskeförenings förlag**

Boken är i första hand en handledning avsedd för lärare i sjuksköterskeutbildningen. Författaren har emellertid tagit upp problemen kring en döende och dennes närstående på ett sätt som berör var och en av oss.

Ca-pris 11 kronor (inkl. moms)

Klipp här!

ANN-MARIE ELWING

Sjuksköterskan - medmänniska inför döden



SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING FÖRLAG, Box 5277, 102 46 Stockholm 5. Tel. 08/23 58 60

Härmed rekvideras: ex **Sjuksköterskan — medmänniska inför döden** à 11 kr inkl. moms
att sändas mot postförskott

Namn

Adress

Postnr o. postadress
(Var god texta)

SMT 10/72