



Háskólinn  
á Akureyri

Heilbrigðisvísindasvið

Hjúkrunarfræði 2011



**Konur og kransæðasjúkdómar**  
**-Upplifun og andleg líðan-**

Lokaverkefni til B.S gráðu í hjúkrunarfræði

Eva Ösp Þórðardóttir

Leiðbeinandi: Margrét Hrönn Svavarsdóttir

**Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S prófs í hjúkrunarfræði**

**Verkefnið vann:**

---

Eva Ösp Þórðardóttir

**Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi  
kröfum til B.S. prófs í hjúkrunarfræði**

---

Margrét Hrönn Svavarsdóttir, leiðbeinandi

## Útdráttur

Á hverju ári deyja um 1.95 milljónir manna úr kransæðasjúkdómum í Evrópu, ein af hverjum fimm konum og einn af hverjum fimm körlum 75 ára og yngri. Árið 2009 létust á Íslandi 204 karlar og 146 konur úr kransæðasjúkdómum. Tilgangur heimildarsamantektarinnar er að komast að því hver upplifun og andleg líðan kvenna er að greinast og lifa með kransæðasjúkdóm.

Niðurstöður sýna að konur upplifa mikla óvissu og ótta eftir greiningu. Þær óttast m.a. framtíðina og að geta ekki sinnt sínum daglegu venjum. Veita þarf konum sérstaka athygli eftir greiningu kransæðasjúkdóms því þær eru í mikilli áhættu á að greinast með þunglyndi og kvíða. En þunglyndi gæti aukið hættu á endurteknu hjartaáfalli.

Konur þurfa á félagslegum stuðning að halda, sumar geta átt í erfiðleikum með að ræða sín heilsufarsvandamál við nána aðstandendur. Kynjaskiptir meðferðarhópar er góð leið fyrir konur til að ræða sín vandamál og vangaveltur. Rannsóknir benda til þess að meðferðarhópar sem byggjast á fræðslu og endurskipulagningu bæti lífsgæði kvenna. Konur eru að verða upplýstari um þá áhættu að greinast með kransæðasjúkdóm en þó er það enn ábótavant.

Konur meta það að hafa reyndan hjúkrunarfræðing sér til stuðnings. Hjúkrunarfræðingar geta gengt mikilvægu hlutverki í að styðja og fræða konur í bataferli þeirra, þar sem þeir eru í nánú sambandi við konur þegar þær liggja inn á sjúkrahúsi eru þeir í góðri aðstöðu til að styðja þær og miðla til þeirra fræðslu.

**Lykilhugtök:** Kransæðastífla, upplifun og andleg líðan

### Abstract

Each year around 1.95 million people die of coronary artery disease in Europe alone or about one of every five males and females under the age of 75. In the year 2009, 204 men and 146 women died from coronary artery disease in Iceland. The purpose of this Essay is to find out about the reaction of women who are diagnosed with coronary artery disease and find out about the mental health of the women living with the disease.

The findings of the essay portraits a high level of uncertainty, anxiety and fear in women diagnosed with coronary artery disease. The women fear not being able to go around with their daily lives and fear the future in general. Women diagnoses with coronary artery disease need to be monitored carefully because of high risk of depressions and fears which put the women in greater risk of repeated coronary artery related symptoms or even cardiac arrest. Women need a social support because many women are unable to discuss their feelings with close relatives. Sex divided support groups are a good way for women to discuss health issues and worries. Research shows that support groups that rely on education and restructuring of women's lives are a good way going forward after diagnoses. The essay also shows that women are more aware of the risks associated with coronary artery diseases today than before although more education is still in need. Women greatly appreciate having an experienced nurse by their side after being diagnosed with coronary artery diseases. Nurses can have a vital role in supporting and educating women in their recovery from the disease because of their close relationship with the women throughout the stay in the hospital environment.

**Key words:** Coronary artery diseases, experience and mental health

**Efnisyfirlit**

Útdráttur .....	iv
Abstract .....	v
Efnisyfirlit.....	vi
Þakkarorð.....	vii
1. Kafli - Inngangur.....	1
2. Kafli - Fræðileg samantekt .....	4
Kransæðasjúkdómar .....	4
Upplifun .....	6
Andleg líðan.....	12
Þunglyndi.....	12
Kvíði.....	14
Streita.....	15
Að takast á við daglegt líf og lífsgæði kvenna.....	16
Hlutverk hjúkrunarfræðinga.....	22
Samantekt.....	23
Samantektartafla:.....	24
3. Kafli - Umræðukafli .....	26
Lokaorð .....	29
Heimildaskrá.....	30

### **Þakkarorð**

Fyrst og fremst vil ég þakka fjölskyldu minni þá sérstaklega foreldrum mínum fyrir endalausan stuðning, hvatningu og þolinmæði í gegnum fjögurra ára nám mitt án þeirra hefði þetta ekki tekist.

Margréti Hrönn Svavarsdóttur þakka ég fyrir góða leiðsögn og skilning við vinnu þessa verkefnis.

Regin Mogensen vil ég þakka fyrir yfirlestur og þýðingar einnig þakka ég föður mínum Þórði Harðarsyni fyrir yfirlestur og góðar ráðleggingar.

Sérstakar þakkir fær sonur minn sem hefur verið einstaklega þolinmóður og skilningsríkur vegna fjarveru minnar meðan á þessu verkefni stóð.

*Það er auðvelt að segja nokkur hlýleg orð, en bergmál þeirra er svo sannarlega endalaust.*

*-Móðir Teresa-*

## 1. Kafli - Inngangur

Heimildasamantekt þessi er unnin til B.S. gráðu í Hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri (HA) árið 2011. Leiðbeinandi er Margrét Hrönn Svavarsdóttir hjúkrunarfræðingur og lektor við Háskólann á Akureyri.

Í þessum kafla er bakgrunnur verkefnis kynntur, tilgangur þess og gildi sem það hefur fyrir höfund og einnig verða meginhugtök skilgreind. Í lok kaflans verður skýrt frá hvaðan heimilda er aflað og hver leitarorð voru við gerð þessara heimildasamantektar.

### Bakgrunnur

Árið 2009 létust á Íslandi 204 karlar og 146 konur vegna kransæðasjúkdóma (Hagstofa Íslands, 2010). Kransæðasjúkdómar eru tæplega helmingur allra dauðsfalla í Evrópu eða um 1.95 milljónir manna sem deyja árlega úr kransæðasjúkdómum, ein af hverjum fimm konum og einn af hverjum fimm körlum undir 75 ára aldri (Allender o.fl., 2008).

Heilsa og sjúkdómar eru eitthvað sem konur og karlar upplifa á ólíkan hátt (Hávar Sigurjónsson, vitnað í Karin Schenk-Gustafson, munnleg heimild, 2011). Konur virðast ekki gera sér grein fyrir því hver hættan er á að greinast með kransæðasjúkdóm. Við greiningu ganga þær oft í gegnum reiðistig, þunglyndi, samviskubit og sorg (Lacharity, 1999).

Upplifun og aðlögun er mismundandi á milli kvenna þegar þær greinast með kransæðasjúkdóm. Konur greina frá mikilli óvissu og þjáast oft af þunglyndi og kvíða. Í bataferli eru mun meiri líkur á því að einstaklingur fái endurtekið hjartaáfall og dánartíðni hans eykst ef hann þjáist af þunglyndi (White, Hunter og Holttum, 2007, Smith, Lespérance og Talajic, 1993).

Þær eiga það til með að gera lítið úr einkennum og hvaða áhrif kransæðasjúkdómur gæti haft á þær (White o.fl., 2007). Bataferli kvenna og karla er ólíkt. Konur virðast eiga í



meiri erfiðleikum en karlar í flestum andlegum og líkamlegum þáttum (Brink, Grankvist, Karlson og Hallberg 2005).

Þegar einstaklingar greinast með lífsógnandi sjúkdóm hefur það varanleg áhrif á lífsgæði þeirra. Hjúkrunarfræðingar gegna þar mikilvægu hlutverki og geta lagt mikið af mörkum til að auðvelda konum að lifa með kransæðasjúkdóm og hjálpa þeim að takast á við það líf sem framundan er (Kristofferzon, Löfmark og Carlsson, 2003).

### **Tilgangur fræðilegrar samantektar og gildi fyrir hjúkrun**

Tilgangur þessarar heimildasamantektar er að komast að því hver upplifun og andleg líðan kvenna er við greiningu kransæðasjúkdóms, og hvernig þær takast á við að lifa með kransæðasjúkdóm. Það gildi sem höfundur leitast eftir að öðlast í gegnum þetta verkefni er betri innsýn á upplifun og andlega líðan kvenna og betri skilning á þörfum kvenna til að ná bata og sem bestu mögulegu lífsgæðum í baráttu sinni við kransæðasjúkdóm.

### **Heimildarleit**

Fer aðallega fram í gegnum Chinal, Ebscho og Fræðisetur Google og leitast er eftir efni á árabílinu 1993-2011 sem tengist upplifun og andlegri líðan kvenna á að greinast með kransæðasjúkdóm. Leitast var við notkun rannsóknargreina sem einblína á konur óháð aldri. Leitarorð sem notuð voru: Kransæðasjúkdómur, coronary artery disease, myocardial infarction, konur, women, upplifun, experience, andleg líðan, awareness, emotional health, mental health, þunglyndi, kvíði, depression, anxiety, nurses role, hlutverk hjúkrunarfræðinga, social support, félagslegur stuðningur, lífsgæði, quality of life og coping.

### Skilgreining hugtaka

**Kransæðasjúkdómur:** Er lokun eða þrenging í kransæð vegna áhrifa af uppsafnaðri fitu sem leggst á vegg kransæða sem leiðir til minnkaðs blóðflæðis til hjartavöðvans. Sumir einstaklingar fá engin einkenni, aðrir geta fundið fyrir brjóstverk og sumir fá hjartaáfall án nokkurns fyrirvara (Tortora, 2005).

**Upplifun:** Er eðli atburða sem einstaklingur hefur gengið í gegnum. Tilvera mannsins er hlaðinn ótal tjáningarformum, tilfinningum, hegðun og fleiru sem greinir upplifun okkar (James Neill, 2004).

**Heilsu tengd lífsgæði:** Er samblanda af lífeðlislegum, sálfræðilegum, tilfinningalegum og félagslegum þáttum, ásamt bráðum og langvarandi afleiðingum sjúkdóms (Norris og King, 2009).

**Lífsgæði:** Er breitt og margþætt hugtak sem samanstendur af líkamlegu, andlegu og félagslegu ástandi einstaklings, sem allt hefur áhrif á reynslu einstaklinga, væntingar þeirra og viðhorf til lífsins (Parsons og Snyder, 2011).

**Punglyndi:** Felur í sér hegðunar, hugsunar og líkamsheilsubreytingar sem hefur áhrif á daglegt líf einstaklinga. Tilfinningaviðbrögð einstaklinga og atferli breytist, sjálfsmynd laskast og félagsleg hæfni skerðist (Rúnar Helgi Andrason og Engilbert Sigurðsson, 2006).

**Kvíði:** Kvíði er afleiðing af ógn við einstaklinginn sjálfan, sjálfsálit eða sjálfsmynd hans. Þetta er ákveðið varnarviðbragð sem einstaklingar nota, kann að vera tengt við ótta af m.a. höfnun, einangrun eða tapi á starfsemi líkamans. Kemur fram við lífeðlisfræðilegar og/eða hegðunarlegar breytingar, eða óbeint í gegnum vitsmunaleg eða tilfinningaleg viðbrögð (Stuart, 2009).

**Alger örmögnun:** Er ástand óvenjulegrar þreytu og minnkaðs þreks, einstaklingur er pirraður og einkenni þunglyndi eykst (Apples, o.fl., 2000).

## 2. Kafli - Fræðileg samantekt

Í þessum kafla koma fram tölulegar upplýsingar um dánartíðni og algengi kransæðasjúkdóma meðal karla og kvenna. Komið verður að því hver þekking kvenna er á áhættu á að greinast með kransæðasjúkdóm. Greint verður frá hver upplifun og andleg líðan kvenna er við það að greinast með kransæðasjúkdóm og hvernig þær takast á við daglegt líf eftir greiningu og í lokin verður umfjöllun um hlutverk hjúkrunarfræðinga.

### Kransæðasjúkdómar

Hjarta og æðasjúkdómar er aðaldánarorsök á heimsvísu samkvæmt alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO, 2011). Á hverju ári deyja um 4.35 milljónir manna úr hjarta og æðasjúkdómum í Evrópu. Kransæðasjúkdómar eru tæplega helmingur allra dauðsfalla eða um 1.95 milljónir manna sem deyja árlega úr kransæðasjúkdómum, ein af hverjum fimm konum og einn af hverjum fimm körlum undir 75 ára aldri (Allender o.fl., 2008).

Niðurstöður fjölbjóðlegrar rannsóknar á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar sýna að dánartíðni vegna kransæðastíflu hefur vaxið stöðugt fram til ársins 1980. Eftir það hafi hún farið lækkandi um rúmlega 50% hjá bæði konum og körlum fram til ársins 1998. Miðað við flestar Evrópu þjóðir þá er dánartíðni á Íslandi lægst, og er líklegasta skýringin á því auknar forvarnaraðgerðir (Nikulás Sigfússon o.fl., 2001, Tilvísun í WHO MONICA project, prepared by Tunstall-Pedoe, 1988).

Á árunum 1981-1985 létust að meðaltali 309 karlar á ári og 189 konur en á árabílinu 2001-2005 létust að meðaltali á ári 226 karlar og 145 konur úr kransæðasjúkdómum á Íslandi (Handbók Hjartaverndar, 2008). Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands árið 2009 létust 204 karlar og 146 konur vegna kransæðasjúkdóma (Hagstofa Íslands, 2010).

Þessar tölur sýna greinilega lækkun á dánartíðni á meðal karla og kvenna en þó er lækkun minni meðal kvenna síðan 1981, en samkvæmt nýjustu tölum frá Hagstofu Íslands er hlutfall látinna enn frekar hátt.

Meðalaldur kvenna við greiningu kransæðasjúkdóms er um tíu árum hærri en hjá körlum. Samkvæmt (Stramba-Badiale, 2006) leiða breytingar á hormónastarfsemi kvenna við tíðahvörf til þess að konur verða berskjaldaðri fyrir ýmsum áhættuþáttum kransæðasjúkdóma og tíðni sjúkdómsins eykst.

Þekking kvenna á áhættuþáttum kransæðasjúkdóma var rannsökuð árið 2003 í formi símaviðtala við 1024 konur 25 ára og eldri. Niðurstöður voru bornar saman við rannsókn sem framkvæmd var árið 1997 þar sem þátttakendur voru 1000. Konur hafa orðið fyrir mikilli vitundarvakningu varðandi kransæðasjúkdóma þegar bornar eru saman niðurstöður þessara tveggja rannsókna. Þegar konurnar voru spurðar að því hver aðaldánarorsök kvenna væri þá töldu 30% kvenna að krabbamein væri aðaldánarorsök árið 1997. Árið 2003 töldu nær helmingur kvenna að hjarta og æðasjúkdómar væru aðaldánarorsök en 35% töldu að það væri krabbamein. Það sýnir hvernig vitneskja hefur aukist hjá konum á öllum aldri, en konur yngri en 45 ára nefndu hjartasjúkdóma sjaldnar en eldri konur (Mosca, o.fl., 2004).

Þegar kannað var hve vel konur þekktu til kransæðasjúkdóma árið 2003 þá svöruðu um 40% kvenna að þær væru vel eða mjög vel upplýstar. Einnig kom fram að þrjár af hverjum fjórum konum minntust þess að hafa séð, heyrt eða lesið upplýsingar síðustu tólf mánuði um kransæðasjúkdóma. Þrátt fyrir aukna þekkingu meðal kvenna um áhættu kransæðasjúkdóma þá eru það einungis um helmingur kvenna sem virðast gera sér grein fyrir því hver áhætta kransæðasjúkdóma er (Mosca, o.fl., 2004).

Rannsóknir benda til þess að sú ákvörðun kvenna að leita sér hjálpar veltur á því hversu alvarleg einkenni þeirra eru og hversu vanmáttugar þær verða af völdum einkenna. Þær konur sem finna fyrir dæmigerðum bráðaeinkennum eru líklegri að leita sér

læknisaðstoðar en þær konur sem finna fyrir óljósum einkennum sem aukast smátt og smátt leita sér síður aðstoðar. Þær konur sem finna fyrir óljósum einkennum eru í afneitun og vegna þess hve óljós einkennin eru hindrar það þær í að leita sér aðstoðar. Það er ekki fyrr en einkenni eru orðin alvarleg að þær ákveða að leita sér aðstoðar, jafnvel þó að einkennin séu orðin mjög alvarleg eru sumar enn tregar til að leita sér aðstoðar vegna hræðslu um að raska félagslegum og heimilistengdum athöfnum (Banner, 2010).

## Upplifun

Konur og karlar upplifa heilsu og orsakir sjúkdóma á ólíkan hátt. Konur skýra sjúkdómsástand sitt oftast með eigin hegðun t.d. að þær hafi ekki hugsað nægilega vel um heilsuna meðan karlar varpa ábyrgðinni frekar á utanaðkomandi þætti s.s. vinnuálag (Hávar Sigurjónsson, vitnað í Karin Schenk-Gustafson, munnleg heimild, 2011).

Upplifun og aðlögun getur verið mismundandi á milli kvenna þegar þær greinast með kransæðasjúkdóm. Tekið var viðtal við fimm konur á aldrinum 40 ára til 70 ára, áhersla var lögð á að skilja þau áhrif sem kransæðasjúkdómur hafði á konurnar. Allar voru þær nýgreindar með kransæðasjúkdóm í fyrsta skipti og tveimur mánuðum síðar var eftirfylgni í formi símaviðtals.

Konurnar greindu frá því að greinast með kransæðasjúkdóm hafi verið mjög óvænt, vakið upp mikla óvissu og síðar hafi þær þjáðst af þunglyndi og kvíða. Þær áttu það til að gera lítið úr einkennum og hvaða áhrif þessi sjúkdómur gæti haft á þær, sem að öllum líkindum var vegna áhyggja sem þær voru með yfir fjölskyldum sínum. Hræðsla og kvíði kom upp í tengslum við tilfinningar sem þær upplifðu á mismundandi stigum aðlögunar eins og t.d. meðferðir á sjúkrahúsi, yfirgefa það öryggi sem þær fundu fyrir á sjúkrahúsinu og áhyggjur af framtíðinni. Þær voru sorgmæddar yfir missi á sjálfstæði og líkamlegri getu. Fundu fyrir reiði og gremju að upplifa það að vera ofverndaðar, að láta segja sér hvað þær ættu að gera og að hafa takmarkaða getu til að framkvæma ýmsa hluti. Þrátt fyrir þá

erfiðleika sem konurnar gengu í gegnum fundu þær fyrir bjartsýni um að lífið myndi verða aftur eðlilegt þó erfitt hafi verið að halda í þá tilfinningu, því þetta ferli tók mikið á þær og reyndi á þeirra sambönd og hlutverk. Þegar haft var samband við þær tveimur mánuðum síðar fundu sumar þeirra ennþá fyrir þunglyndi og kvíða og upplifðu minni stuðning frá fagfólki og það að sá stuðningur væri minni og útskrift af sjúkrahúsi væri eins og að missa vissa líflínu sem þær stóluðu mikið á. En þær fundu allar fyrir jákvæðum breytingum í tengslum við samskipti við fjölskyldumeðlimi, að þau væru að komast aftur í eðlileg horf og að líkamleg geta þeirra og virkni hafði stóraukist (White o.fl., 2007).

Niðurstöður sýna að þátttakendur gerðu lítið úr sínum einkennum og þörfum til að viðhalda þeirri trú að allt væri eðlilegt og einnig til að hlífa fjölskyldum sínum. Sem var hjálplegt með þeirra aðlögun, sjálfsvirðingu og skap til að byrja með, en til lengra tíma litið varð þetta áskorun fyrir þær. Veita þyrfti konum sérstaka athygli að mati rannsakenda. Því ættu sálfræðingar að starfa með konum frá upphafi það gæti komið í veg fyrir kvíða og þunglyndi, einnig til að ræða væntingar þeirra og náinna aðstandenda. Þá tóku rannsakendur fram að líklegast væri gagnlegra að hitta þátttakendur aftur eftir tvö ár og þá augliti til auglits en ekki í formi símaviðtals. Þeir telja að margt sé hægt að gera til að bæta aðlögun kvenna og mæla þeir með frekari rannsóknum til þess (White o.fl., 2007).

Það að einungis fimm konur taka þátt og aðeins eitt viðtal sé tekið er ekki hægt að yfirfæra þessar niðurstöður á konur utan þessa hóps. Til að hægt sé að nýta niðurstöður þarf fleiri þátttakendur og meiri tíma til að ræða við konurnar. Einnig væri gagnlegra að hitta konur augliti til auglits. Síamaviðtal er ekki jafn gagnlegt því auðveldara er að fegra niðurstöður í gegnum síma.

Fleury, Kimbrell og Kruszewski (1995) skoðuðu upplifun kvenna af bataferli þeirra eftir kransæðasjúkdóm. Tekið var hópviðtal við 13 konur einu sinni í viku í nýu mánuði. Konurnar voru á aldrinum 42 ára til 78 ára og höfðu upplifað bráða einkenni frá hjarta átta

vikum til þremur árum áður. Konurnar lýstu bataferlinu sem mynstri sem þróaðist með tímanum og þá baráttu í gegnum þá óvissu sem skapaðist vegna hjartasjúkdómsins í átt að jákvæðu hugarfari. Í gegnum bataferlið gengu konurnar í gegnum visst samningarferli í átt að sjálfskipulagi og persónulegum þroska.

Rannsakendur greindu bataferlið niður í þrjú stig: að lifa af, að endurskipuleggja og jafnvægi. Þessi þrjú stig sýna framför kvennanna í átt að nýrri sýn á lífið og persónulegum vexti í gegnum þá óvissu sem felst í því að greinast með hjartasjúkdóm. Á lifa af stiginu: Upplifðu konurnar mikla innri óreiðu og einangrun þær þurftu að horfa vel með gagnrýnum augum á fyrri gildi og viðhorf. Þessi tími einkenndist af tilfinningalegri og líkamlegri áskorun í leit að persónulegum skilningi. Konurnar leituðu eftir þýðingarmiklum samböndum til að fá tilfinningalegan stuðning, til að ræða opinskátt við þá sem stóðu þeim næst um tilfinningar sínar, ótta og áhyggjur er varða sjúkdóminn. Á endurskipulagningarstiginu fóru konurnar að búa til nýtt mynstur til að lifa sínu lífi, hafa nýja væntingar og fóru að horfa á heiminn með öðrum augum. Konurnar svöruðu þeim fjölmörgu breytingum og óvissu sem ríkti með því að endurskilgreina forgangsroðun sína, auka skilning á lífinu og leita sér stuðnings í samræmi við þarfir sínar. Í gegnum þetta ferli fóru konurnar að samþætta reynslu sína af þeirri óvissu sem þær upplifðu við að skoða veröld sína og byggja þannig grunn til að móta persónulegar áætlanir og áætlanir til að breyta sinni heilsutengdu hegðun. Á jafnvægisstiginu reyndu konurnar að vaxa í gegnum áskoranir og þá óvissu sem myndaðist vegna kransæðasjúkdómsins til að upplifa nýja sýn á sjálfa sig. Jafnvægisstigið skiptist niður í fjögur stig. Í fyrsta lagi að búa til áskorun þar sem konurnar bættu sín persónulegu markmið og lögðu áherslu á þær athafnir sem veittu tilgang og merkingu í lífi þeirra. Í annan stað að fagna þeim möguleikum sem konur höfðu til að leysa vandamál og þeim nálgunum til að lifa sínu lífi. Konurnar viðurkenndu að búa við óvissu um kransæðasjúkdóminn sem kom í veg fyrir að geta tekið virkan þátt í að skapa það umhverfi sem þær þurftu á að halda. Í þriðja lagi

að konur sætti sig við sjálfan sig, að þær virði, trúi og beri umhyggju fyrir sér. Konur þurfa að vera sveigjanlegar í væntingum til sín og leyfa sér ekki að vera dæmdar í samræmi við staðla annarra. Að lokum að byggja upp aðrar konur sem eru í sömu sporum og þær, deila reynslu sinni og leiðbeina öðrum í bataferlinu. Konurnar lýstu því að þær finndu fyrir von og möguleikum á að þeirra barátta myndi breyta einhverju fyrir konur í sömu sporum og að þær gætu stuðlað að nýju og jákvæðu heilsu og hugarfari hjá konum.

Lacharity (1999) framkvæmdi rannsókn um upplifun kvenna á því að greinast með kransæðasjúkdóm. Tekin voru ítarleg viðtöl við 11 konur sem ekki voru komnar á tíðahvörf og voru allar búnar að greinast með kransæðasjúkdóm. Konurnar sögðust ekki gera sér grein fyrir því hvaða verk þær væru að finna fyrir og kom það þeim mikið á óvart að greinast með kransæðasjúkdóm. Fram kom að sumar héldu að þær væru ekki í hættu á að greinast með kransæðasjúkdóm vegna þess að þær væru konur og ekki komnar á tíðahvörf. Við greiningu gengu þær allar í gegnum reiðistig, þunglyndi, samviskubit og sorg. Þær upplifðu hræðslu við dauðann sem lýsti sér þannig að þær voru hræddar við að sofna, hræddar um fjölskyldur sínar og að vera einar. Allar þær konur sem tóku þátt í rannsókninni höfðu áhyggjur af því hvort að þær gætu sinnt sínu venjubundna heimilishaldi og hvort þær gætu haldið áfram að stunda hreyfingu. Einnig greindu þær frá of lítilli kynlífsfræðslu en um helmingur þátttakenda upplifði erfiðleika við að stunda kynlíf og var það oft vegna hræðslu.

Til að takast á við kransæðasjúkdóminn kom fram að konur nýttu aðlögunarleiðir að breyttum lífsháttum, að endurskipuleggja, forgangsraða og að leggja áherslu á að skynja sína styrkleika og sætta sig við greininguna sem hluta af þeirra lífi. Þær þurftu að breyta matarræði sínu og stunda reglulega hreyfingu til að stuðla að heilbrigðara hjarta. Þátttakendur komu fram með ýmsar mikilvægar ráðleggingar um umönnum ungra kvenna með kransæðasjúkdóm, m.a. að hafa meiri sveigjanleika á tíma í endurhæfingarhópum því það myndi auka líkur á þátttöku yngri kvenna sem væru að sinna ungum börnum og starfsferli.



Mælt er með að fleiri rannsóknir af þessu tagi verði framkvæmdar með fleiri konum og konum frá mismunandi menningarhópum. Rannsakandi telur að nauðsynlegt sé að rannsóknir um upplifun kvenna verða fleiri til að einkenni þeirra og upplifun verði viðurkennd.

Kannað var hver upplifun kvenna á bataferli væri þremur vikum eftir útskrift af sjúkrahúsi eftir greiningu kransæðasjúkdóms. 10 konur á aldrinum 43 ára til 77 ára tóku þátt. Þrjú einstaklings viðtöl voru tekin við konurnar sjö, fjórtán og tuttugu og einum degi eftir útskrift af sjúkrahúsi. Fóru viðtölin fram á heimili þeirra og stóð hvert viðtal yfir í 45-60 mínútur. Notaður var fyrirfram ákveðinn spurningalisti í viðtalinu sem lagður var fyrir allar konurnar. Fram kom að upplifun kvenna einkenndist af ótta og óvissu en þegar tíminn leið fór þeim að líða betur og urðu bjartsýnni á framhaldið (Jackson o.fl., 2000).

Einni viku eftir útskrift upplifðu konurnar það að vera komnar yfir það versta. Þrátt fyrir ánægju kvennanna af því að útskrifast af sjúkrahúsi upplifðu þær innri óreiðu, ótta og óvissu. Þær óttuðust framtíðina, dauða, frekari veikindi og þau áhrif sem sjúkdómurinn hefði á hlutverk þeirra innan fjölskyldunnar. Konurnar þjuggust við einhverjum lífstílsbreytingum en virtust ekki gera sér fyllilega grein fyrir því hvað félst í þeim breytingum. Þær upplifðu kvíða og óvissu vegna skilningsleysis á sjúkdómnum og þurftu á miklum upplýsingum að halda varðandi hann. Einnig þurftu þær á félagsskap að halda, tilfinningalegum stuðning, hjálp við heimilishald og við athafnir daglegs lífs, þennan stuðning fengu þær í flestum tilfellum frá maka eða öðrum úr fjölskyldu.

Í lok annarrar viku fór lífið að verða auðveldara fyrir konurnar. Depurð og þunglyndi var hverfandi og fundu þær fyrir auknu líkamlegu þreki og úthaldi. Óttinn sem ríkjandi var fyrstu vikuna var enn til staðar enn í minna mæli. Sumar konurnar voru farnar að huga að því að snúa aftur til vinnu en voru hræddar við þá streitu sem því fylgdi. Að vera óhræddar og athafnasamar hjálpaði þeim að ná sínum markmiðum. Konurnar höfðu áfram mikla þörf fyrir

fræðslu í sambandi við sjúkdóminn og leituðu ennþá til maka eftir stuðning (Jackson o.fl., 2000).

Í lok þriðju viku jókst vellíðunar og batatilfinning kvennanna. Þær voru sterkari og sjálfstraustið var orðið mun betra. Þær greindu frá því að þær væru tilbúnar að snúa aftur til fyrri athafna og voru bjartsýnar um framtíðina. Þó að konurnar greindu frá bata fundu sumar enn fyrir ótta og þreytu. Taka ber fram að aðeins ein kona var farin út á atvinnumarkað og greindi hún frá meiri vanlíðan en aðrar. Eftir þessar þrjár vikur greindu konur frá óánægju varðandi upplýsingar og fræðslu, þó var einungis ein sem var í meðferðarhóp þar sem færi var á að fræðast og spyrja spurninga (Jackson o.fl., 2000).

Þegar þátttakendur litu til baka á sjúkrahúsdvöl sína að þremur vikum liðnum greindu þær frá óánægju vegna of lítils upplýsingaflæðis, en tóku fram að möguleiki hafi verið á skilningsleysi af þeirra hálfu um þær upplýsingar sem þær fengu. Það virtist sem skriflegar upplýsingar hafi gagnast þeim best. Allar konur sýndu vilja til að bæta lífsgæði og heilsu sína en áhugi til endurhæfingarhópa var lítill, sem að mati rannsakenda er áhyggjuefni vegna mikilvægra upplýsinga og félagslegs stuðnings sem þær myndu öðlast þar (Jackson o.fl., 2000).

Yngri konur eiga í meiri erfiðleikum en eldri konur með að takast á við kransæðasjúkdóma. Eldri konur upplifa meiri meðferðaránægju og eru jákvæðari gagnvart sjúkdómnum. Þær fá sjaldnar hjartaöng og þurfa sjaldnar að gangast undir enduraðgerðir eða rannsóknir. En það sem yngri konur hafa fram yfir þær eldri er að líkamleg geta þeirra er meiri (Broddadóttir, Jensen, Norris og Graham, 2009).

Yngri konur upplifa mun meiri reiði en eldri konur. Bæði eldri og yngri konur hafa tjáð sig um minnisleysi og svefnörðugleika en þó er það algengara hjá eldri konum. Eldri konur hugsa meira um að komast aftur til síns fyrra heimilishalds á meðan yngri konur hafa

meiri áhyggjur af börnum sínum og vinnu. En á heildina litið þá eru lífsgæði yngri kvenna verri en hjá eldri konum (Murray, O'Farrel og Huston, 2000).

Bjartsýni meðal kvenna með kransæðasjúkdóma var rannsökuð og kom þar fram að þær sem voru með opin huga og bjartsýnar voru konur á aldrinum 50 ára til 59 ára og konur á aldrinum 70 ára til 79 ára, en þær konur sem voru á aldrinum 60 ára til 69 ára komu verst út úr rannsókninni um bjartsýni. Einnig var bjartsýni meiri á meðal þeirra sem ekki voru með sykursýki, þunglyndiseinkenni, voru með örugga atvinnu og tekjur, reyktu ekki og voru með lágan líkamsþyngdarstuðul (Tindle o.fl., 2009)

### **Andleg líðan**

Samkvæmt rannsókn sem gerð var um heilbrigði karla og kvenna með kransæðasjúkdóma voru konur í meirihluta þeirra sem upplifðu þunglyndi, kvíða og lægra sjálfsmat (Westin, Carlsson, Erhardt, Graae, McNeil, 1999).

Bataferli kvenna og karla fyrsta árið eftir greiningu kransæðasjúkdóms er ólíkt. Konur virðast eiga í meiri erfiðleikum en karlar í flestum andlegum og líkamlegum þáttum samkvæmt rannsakendum. Það sem greinir kynin í sundur er að við greiningu hrakar konum hraðar andlega en ná sér tiltölulega fyrr (Brink o.fl., 2005).

**Þunglyndi.** Þunglyndi er algengur fylgikvilli einstaklinga með kransæðasjúkdóma. Í bataferli eru mun meiri líkur á því að einstaklingur fái endurtekið hjartaáfall ef hann þjáist af þunglyndi og dánartíðni eykst (Smith o.fl., 1993). Mikilvægt er að greina þunglyndi hjá sjúklingum til að koma í veg fyrir endurinnlögn en það er oft vangreint (Hance, Carney, Freedland og Scala, 1996).

2498 kransæðasjúklingar þar af 1284 undir 60 ára voru þátttakendur í rannsókn þar sem fram kom að þunglyndi er mun algengara meðal yngra fólks. 40% kvenna og 22% karla undir 60 ára greindust með þunglyndi samanborið við 21% kvenna og 15% karla eldri en 60

ára. Þessar niðurstöður benda til þess að konur séu í miklum meirihluta þeirra sem greinast með þunglyndi bæði hjá yngri og eldri hópum (Mallik o.fl., 2006).

Þeir sjúklingar sem þjást af þunglyndi þegar þeir liggja inni á sjúkrahúsi eftir að hafa greinst með kransæðasjúkdóm finna fyrir mun meiri erfiðleikum við að tileinka sér hegðunar og lífsstílsbreytingar sem ætluð eru til að draga úr frekari hættu á hjartaáfalli. Fjórum mánuðum eftir hjartaáfall kemur fram samkvæmt rannsóknum að þeir sjúklingar sem þjást af þunglyndi á meðan þeir eru á sjúkrahúsi stunda ekki reglulega hreyfingu, borða fituríkt fæði og taka síður þátt í félagsstarfi en þeir sjúklingar sem þjáðust ekki af þunglyndi. Þeir taka síður inn lyf sem þeim er ávísað en þeir sem þjást ekki af þunglyndi. Langtímahorfur þunglyndissjúklinga eru því mun verri (Ziegelstein o.fl., 2000).

Á hjartaendurhæfingadeild Reykjalundar var kannað algengi þunglyndis við komu sjúklinga til endurhæfingar. Lagður var fyrir sjúklingana Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Af 224 sjúklingum, þar af voru 151 karl og 49 konur, kom fram að algengi þunglyndis var um 9.5% við komu en 3.1% við brottför. Algengi kvíða var 11.6% við komu en einungis 2.5% við brottför. Þessi rannsókn bendir til þess að þunglyndi og kvíði er algengt vandamál sjúklinga við komu en við útskrift hafði dregið úr einkennum. Þeir sjúklingar sem tóku þátt þurftu á litlum sértækum úrræðum að halda eins og t.d. lyfjagjöf. Heldur fengu þau fræðslu og allhliða endurhæfingu (Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónasson, 2007).

Konur virðast eiga í meiri erfiðleikum eftir aðgerð en karlar. Þær upplifa einmanaleika, óöryggi, óvissu, ótta og þunglyndi. Nú til dags eru sjúklingar útskrifaðir mun fyrir en áður og þurfa því mikið að huga að sínum þörfum sjálfir eða með aðstoð fjölskyldu og vina. Því þarf heilbrigðisstarfsfólk að útbúa útskriftaráætlun og hvernig henni skal framfylgt til að auðvelda einstaklingum lífið eftir að heim er komið (Koivunen, Isola og Lukkarinen, 2007).

Þegar konur og karlar eru borin saman þá komu konur mun verr út eftir kransæðahjáveituaðgerð (CABG) fyrstu fjórar vikurnar eftir aðgerð. Tvöfalt meiri líkur er á endurinnlögn vegna hjartabilunar eða lungabólgu, einnig ber meira á þunglyndi og lélegri líkamsvirkni (Vaccarion o.fl., 2003).

Samkvæmt því sem fram kemur hér eru konur í mun meiri hættu á að greinast með þunglyndi en karlar og því ber að huga sérstaklega að þeim fyrir útskrift. Þunglyndi eitt og sér er bölg fyrir konur sem getur komið í veg fyrir langtímabata. Því er mikilvægt að sinna andlegum þáttum kvenna til að koma í veg fyrir afturför.

**Kvíði.** Samkvæmt Benninghoven, Kaduk, Specht, Kunzendorf og Jantschek (2006) sem rannsökuðu áhrif kvíða á hjartasjúklinga, 76 þátttakendur sem allir voru undir 70 ára tóku þátt og rannsóknin stóð yfir í 31 mánuð. Sýndu niðurstöður fram á að þeir sem þjást af kvíða eru mun líklegri að fá endurtekin einkenni frá hjarta en þeir sem þjást af litlum eða engum kvíða. Þessi einkenni komu mun fyrr fram hjá kvíðasjúklingum miðað við þá sem fengu einkenni frá hjarta og voru ekki haldnir kvíða. Konur og einhleyp fólk voru í aukinni áhættu að þjást af kvíða og voru reykingar algengari hjá einstaklingum með kvíða. Þeir einstaklingar sem haldnir voru litlum kvíða hættu frekar að reykja en þeir sem voru haldnir miklum kvíða.

Kvíði hefur verið bendlaður við bætta lifun hjá hjartasjúklingum (Herrmann, Brand-Driehorst, Buss og Ruger, 2000). Sýnt hefur verið fram á að kvíði getur haft jákvæð áhrif á sjúklinga í formi aukinnar vitneskju af einkennum, notkun lyfja og félagslegum stuðning. Þeir sjúklingar sem eru með kvíða geta fylgst betur með áhættuþáttum sínum (Benninghoven o.fl., 2006).

Í Ástralíu var kannað hjá 226 konum hver tilfinningaleg líðan kvenna væri eftir greiningu á kransæðasjúkdómi eða höfðu undirgengist kransæðahjáveituaðgerð. Margar fyrri rannsóknir benda til þess að allir sjúklingar fylgja svipuðu ferli en telja rannsakendur að

hugsanlega séu mismunandi hópar sem fylgja mismunandi ferli. Þunglyndis og kvíða skalinn HADS var notaður í fjögur skipti yfir 12 mánaða tímabil. Slæmur kvíði mældist hjá 16% kvenna í upphafi sem versnaði með tímanum og hjá 84% kvenna mældist minni kvíði sem minnkaði þegar leið á án inngríps. Þær konur sem voru einangraðar félagslega og einmana, voru ekki með ensku sem móðurmál og þær sem upplifðu ástand sitt mjög alvarlegt tilheyrðu hópnum sem mældist með slæman kvíða sem fór versnandi. Fram kom að kvíði og þunglyndi fylgdust að s.s. þegar kvíði jókst gerði þunglyndi það líka. Niðurstaða þessarar rannsóknar var að konum getur liðið mismunandi vel í bataferli sínu og voru ýmsir þættir sem höfðu áhrif á líðanina. Því ætti að vera hægt með fyrirbyggjandi aðferðum að koma í veg fyrir þennan slæma kvíða sem getur hrjáð þær konur sem eru í áhættuhóp (Murphy, o.fl. 2008).

Þessi rannsókn sýnir mikilvægi þess að skima eftir konum sem eru í aukinni hættu á að greinast með kvíða. Með notkun HADS ætti að vera hægt að finna út hvaða konur eru í áhættuhóp og veita þeim þá viðeigandi meðferð sem þær þurfa á að halda.

**Streita.** Sálfélagsleg streita getur dregið úr batahorfum kvenna með kransæðasjúkdóm. 237 konur 75 ára og yngri voru fengnar til að taka þátt. Þær lágu allar inn á sjúkrahúsi þegar þær voru fengnar til að taka þátt. Þeim var með handahófi skipt upp í tvo hópa sem ætlaðir voru fyrir venjubundna meðferð og hinsvegar sálfélagslegan íhlutunarhóp. Í sálfélagslega hópnum var einblínt á það að konur voru upplýstar um þætti hjartans, heilbrigðari lífstíl, þjálfun, að læra að takast á við hjónabandsstreitu, alvarleg veikindi, vinna gegn kvíða og þunglyndi, bæta félagsleg samskipti og félagslegan stuðning og þjálfa sig í slökun. Rannsóknin stóð yfir í 7.1 ár, í upphafi var notaður spurningalisti til að framkvæma grunnmat á streitu einkennum kvennanna og var enginn munur á milli hópa. Helmingur kvennanna bjuggu einar, sex af hverjum tíu höfðu einungis lokið skyldunámi, um 10% reyktu og 21% voru útivinnandi (Orth-Gomér o.fl., 2009).

Niðurstöður sýndu betri lífslíkur í hópnum með sálfélagslega íhlutun, dánartíðnin mældist þar 7% samanborið við 20% í venjubundinni meðferð sem er um það bil þrisvar sinnum meiri munur. Einnig tóku rannsakendur það fram að ef kólesteról lækkandi lyf voru notuð samhliða sálfélagslegri íhlutun þá minnkaði dánartíðnin enn frekar. Þær takmarkanir sem voru til staðar í þessari rannsókn eru að rannsakendur gátu ekki sýnt fram á það hvaða sálfélagslega íhlutun það væri sem hafði sérstakleg áhrif á þessa framför. En þó svo að óljóst sé hvaða sálfélagslega íhlutun er um að ræða benda rannsakendur á að líf kvenna lengist (Orth-Gomér o.fl., 2009).

Eins og fram hefur komið virðist sálfélagsleg íhlutun gagnast konum vel. Þar sem stór hópur kvenna tekur þátt og vegna þess hve langur tími er notaður í rannsóknina ætti að vera hægt að yfirfæra þessar niðurstöður á fleiri konur, marktæki þessarar rannsóknar er gott. Gagnlegt væri að benda konum á hvernig áframhaldandi meðferðir í formi ýmis konar fræðslu gætu aukið langatíma batahorfur þeirra.

### **Að takast á við daglegt líf og lífsgæði kvenna**

Konur sem fá kransæðasjúkdóm eru ekki alltaf með þann stuðning sem þær þurfa. Margar hverjar búa einar og hafa vanist því að þurfa að sjá um sig sjálfar. Gerð var rannsókn með það markmið að komast að því hvernig konur takast á við bataferlið einar. Notast var við lífssögu nálgunina en þar er farið í persónulegan og félagslegan bakgrunn, atvinnulíf og ítarlega veikinda sögu. Tekin voru viðtöl við 11 konur sem voru í endurhæfingu þremur til níu mánuðum eftir áfall. Þrjár hjúkrunarfræðingar með mikla reynslu af hjartasviði sáu um að taka viðtölin. Fram kom að konur fengu stuðning frá börnum og nánum ættingjum. En mörgum fannst þær finna fyrir meira stressi við því að fá einhvern til að hugsa um sig og raska þeirra daglegu venjum. Þrátt fyrir hræðslu að vera einar kusu þær það frekar heldur en að fá aðstandenda inn á heimilið sitt. Einnig kom fram að konurnar vildu ákveða sjálfar hvernig þeirra aðstoð yrði t.d. hvenær þær vildu fá aðstoð og frá hverjum. Konur nota fleiri

bjargráð en karlar eins og t.d. í heimilishaldi. Þær gera lítið úr sjúkdómnum, eiga það til með að bíða með að leita sér aðstoðar og forðast það að ónáða fólk með sínu heilsufari. Karlar eru mun líklegri að leita eftir stuðningi maka og eiga það til með að verða of háðir þeirri aðstoð á meðan konur leita mun minna til síns maka. Einnig er mikilvægt fyrir karla að halda áfram sinni atvinnu og halda sér í líkamlegu formi (Kristoffzon, Löfmark og Carlsson, 2003).

Gerð var rannsókn á 29 konum og 94 körlum á aldrinum 31 ára til 80 ára sem mátu sín lífsgæði sjálf eftir kransæðasjúkdóm. Notast var við spurningalista sem innihélt m.a. spurningar um svefnvenjur, ánægju og lífskraft. Fram kom að konur voru mun neikvæðari og mátu sín lífsgæði mun verr en karlar gerðu. Nánast enginn munur var m.a. á aldri, reykingarvenjum, meðferð, blóðþrýstingsmælingum eða rannsóknum. Þessar niðurstöður benda til þess að huga þurfi að nýjum meðferðaráætlunum sem hentar gæti betur þörfum kvenna (Agewall, Berglund og Henareh, 2004).

Fram kemur samkvæmt rannsakendum að þörf sé á frekari rannsóknum því ekki er hægt að greina frá ástæðu þess að konur eiga í meiri erfiðleikum eftir að þær greinast með kransæðasjúkdóm. Þörf er á frekari rannsóknum til að geta greint þarfir kvenna svo að lífsgæði þeirra verði enn betri. Einnig er úrtak ekki fullnægjandi, það þarf fleiri konur til að geta metið hvernig þeim vegnar eftir greiningu á kransæðasjúkdóm.

Það er eitthvað einstakt með það hvernig konur upplifa og skynja heilsutengd lífsgæði samkvæmt Norris og King (2009). Þær framkvæmdu rannsókn til að komast að því og skilja hver upplifun kvenna er á lífsgæðum þeirra þegar þær lifa með kransæðasjúkdóm. Heilsutengd lífsgæði samanstanda af lífeðlislegum, sálfræðilegum, tilfinningalegum og félagslegum þáttum, ásamt bráðum og langvarandi afleiðingum sjúkdómsins og vildu rannsakendur fá betri innsýn á skynjun kvenna. Níu konur tóku þátt á aldrinum 51 ára til 82 ára, liðin voru eitt til tvö ár frá greiningu. Lýsing kvennanna á heilsutengdum lífsgæðum var að vera færar um að framkvæma og gera það sem þær vilja hverju sinni, að vera færar um að



hugsa um sig sjálfar og að geta séð um heimilishald var þeim öllum mikilvægt. Þær fundu fyrir vonleysi og uppgjöf ef þær upplifðu skerðingu á sínum heilsutengdu lífsgæðum.

Þeim fannst mikilvægt að hafa stuðningskerfi til að viðhalda heilsutengdum lífsgæðum, sá stuðningur tengdist því að hafa einhvern hjá sér og tala við, einnig að fá hjálp við daglegt amstur. Þær konur sem sóttu stuðningshópa bentu á það félagslega gildi sem það gaf þeim, því flestar af þeim konum sem tóku þátt vildu lítið blanda sínum mökum í heilsufar sitt til að forðast að valda þeim áhyggjum. Ef að stuðningskerfi þeirra var laskað eða lélegt upplifðu þær einmanaleika. Þeim fannst slæmt að missa sjálfstæði sitt og getu til að njóta lífsins. Þau bjargráð sem þær nýttu sér til að reyna að viðhalda góðum heilsutengdum lífsgæðum var að setta sig við og aðlagast ástandi sínu, og einblína á núíð. Þær upplifðu sinn sjúkdóm sem enn einn hlut sem þær þyrftu að takast á við ofaná allt annað sem gekk á í þeirra lífi, hvort sem það tengist öðrum veikindum, veikindum maka eða tíðahvörfum. Þrátt fyrir þá erfiðleika sem konurnar gengu í gegnum sýndu þær mikinn styrk og reyndu að horfa jákvæðum augum á þetta ferli (Norris og King, 2009).

Heimilishald er konum mikilvægt eftir greiningu á kransæðasjúkdómi samkvæmt (Banner, 2010). Konur taka það fram að þrátt fyrir minnkandi getu þá reyna þær að aðlagast líkamlegri getu sinni til að geta haldið áfram að sinna heimilishaldi. Með því að geta ekki haldið því áfram væru þær hræddar um að það væri eins og viðurkenning á að þær væru búnar að missa tókin og getu til að sjá um sig áfram. Konur nýttu því þá daga sem þeim leið betur og einkenni í lágmarki til að sinna þeim störfum. Það að þróa með sér þessar aðferðir var konum mikilvægt til að viðhalda hæfni og getu.

Burell og Granlund (2002), könnuðu gagnsemi endurhæfingar eftir greiningu á kransæðasjúkdóm þar sem takmark þeirra var að hjálpa konum að þróa með sér ýmis bjargráð í hversdags lífi, koma í veg fyrir frekari einkenni frá hjarta, bæta lífsgæði og minnka líkur á frekari veikindum. Hópurinn samanstóð af 23 konum á aldrinum 46 ára til 73 ára, fimm til

níu konur voru saman í meðferðarhóp sem voru í 20 skipti í tvær klukkustundir í senn og stóð rannsóknin yfir í eitt ár. Lögð var áhersla á fimm þætti í meðferðinni:

1. Lærdómur: Markmið þar var að fræðast um almenna þætti og lífeðlisfræði hjarta og æðakerfis. Einkenni, meðferðir og orsök kransæðasjúkdóma.
2. Sjálfsskoðun: Að vera meira vakandi fyrir líkamlegum þáttum eins og t.d. vöðvaspennu, hjartsláttartíðni og sársauka.
3. Færni þjálfun: Markmið færni þjálfunar eru að draga úr neikvæðum áhrifum með því að læra að tjá hugsanir og tilfinningar beinskeitt, heiðarlega og á umhyggjusaman hátt. Að læra að bregðast við hversdagslegum vandamálum.
4. Hugræn endurskipulagning: Markmið að þróa einstaklinginn í að tala við sjálfan sig á uppbyggilegan hátt til að auka sjálfsvirðingu og sjálfstraust, getu til að takast á við það óvænta, umburðarlyndi, viðurkenningu og virðingu fyrir fólki, treysta á aðra og auka jákvæðar tilfinningar eins og gleði, áhuga, forvitni, bjartsýni og kærleika.
5. Andlegur þroski: Markmið hér voru að reyna skapa jafnvægi á milli vinnu, fjölskyldu, heilsu, ánægju, starfsemi og andlegra hagsmuna. Að uppgötva ný áhugamál, þróa með sér gleði, áhuga og von (Burell og Granlund, 2002).

Niðurstöður sýndu verulega minnkun á stressi og á algjerri örmögnun, einnig urðu lífsgæði betri. Konur greindu frá því eftir hópmeðferð að þær voru mun rólegri, fundu fyrir minni áhyggjum, náðu að slaka meira á og einnig fundu þær fyrir von um betri framtíð. Því álykta rannsakendur að hópmeðferð af þessu tagi bæti sálfélagslega líðan kvenna, en taka ennfremur fram að frekari athugun sé þörf á því hvort að sálfélagslega líðanin þýði betri batahorfur (Burell og Granlund, 2002).

Burell og Granlund vitna í (The new life trial) rannsókn um gagnsemi kynjablandaðra endurhæfingarhópa. Þátttakendur voru 228 karlar og 37 konur, þar var sýnt fram á verulega minnkun á heildardánartíðni og einkennum frá hjarta hjá þeim sem voru í hópmeðferð. En þar sem fjöldi kvenna var mun minni en karla þá samanstóð meðferðarhópur af einni til tveimur konum og fimm til sjö körlum sem var mjög óhagstætt fyrir konurnar. Ákveðni vantaði í konur sem hafði þau áhrif að þær komu ekki sínum skoðunum og áliti á framfæri. Þær sýndu frekar öðrum stuðning eins og körlunum í hópnum heldur en sjálfum sér. Konurnar upplifðu sín veikindi öðruvísi en karlarnir þrátt fyrir sömu meðferðir og góðan árangur af þeim. Þær forðuðust það að ræða sinn sjúkdóm við annað fólk og tóku sjaldnar þátt í endurhæfingaráætlunum. Einnig forðuðust þær að blanda fjölskyldum sínum í þeirra vangaveltur og áhyggjur því þær vildu ekki íþyngja þeim og þar af leiðandi misstu þær þann mikilvæga stuðning sem fjölskyldur geta veitt (Burell og Granlund, 2002, vitnaði í Burell, 1996).

Út frá rannsókn (The new life trial) er hægt að álykta að hafa kynjablandaða hópa gerir það erfitt að fylgjast með einstökum vandamálum kvenna t.d. tengt sjálfsáliti þeirra og vandamálum innan þeirra fjölskyldna. Því væri mun árangursríkara að hafa kynjaskipta endurhæfingar hópa til að þörfum allra væri sinnt og gagnkvæmur skilningur myndi ríkja á milli þátttakenda (Burell og Granlund, 2002, vitnað í Burell, 1996).

Marktæki þessara rannsókna er ekki gott vegna mismunandi úrtaks. Það eru allt of fáar konur sem taka þátt. Til að svo hægt sé að yfirfæra niðurstöður á allar konur þarf úrtak þar sem fjöldi kvenna er meiri.

48 konur voru þátttakendur í rannsókn þar sem stuðningshópar með fimm til tíu konum voru myndaðir í þeim tilgangi að bæta sálfélagslega líðan kvenna. Konur greindu frá því að innan hópsins gátu þær rætt um hluti tengt sjúkdómi þeirra sem þeim fannst þær ekki geta rætt við fjölskyldu og vini. Þær áttu það til að upplifa einangrun því þeim fannst

fjölskyldumeðlimir og vinir ekki skilja það sem þær voru að ganga í gegnum, einnig tengdist þessi einangrun skorti á upplýsingum og skilningi kvenna á hjartasjúkdómum. Þær ræddu þær um heilsu kvenna og samskipti sín við maka sem þeim fannst þær ekki geta rætt um í kynjablönduðum hópi. Þær fundu fyrir miklum stuðningi og samúð þó svo hjartasjúkdómar kvennanna væru mismunandi. Þessar opnu og einlægu samræður sem áttu sér stað hjálpuðu konum að létta á tilfinningum sínum, kvíða og einmanaleika. Þeim fannst þær ekki vera ofhlaðnar af upplýsingum því þær fengu tíma til að vinna úr þeim, spyrja spurninga og heyra sjónarmið annarra kvenna í hópnunum. Einnig greindu konur frá hræðslu og áhyggjum um nána framtíð í sambandi við frekari veikindi og/eða að geta ekki sinnt fjölskyldum sínum. Konunum var mjög umhugað að geta sinnt sínum börnum, barnabörnum eða mökum og settu þær þeirra þarfir í forgang (Davidson, o.fl., 2008).

Þessi rannsókn styður fyrri niðurstöður sem fram hafa komið, að kynjaskiptir meðferðarhópar gagnast konum mun betur. Karlar og konur ræða ekki eins opinskátt um sín heilsutengdu mál því er mikilvægt að gefa ekki bara konum heldur einnig körlum tækifæri á að sækja í meðferðarhóp þar sem þau fá tækifæri til að opna sig og ræða þau mál sem á þeim brenna.

Atvinnustaða kvenna hefur áhrif á bataferli þeirra eftir kransæðasjúkdóm. Fram kemur í rannsókn Blom o.fl. (2007) að konur sem vinna úti eru í minni hættu á að greinast með þunglyndi en þær konur sem ekki vinna úti. Einnig fá þær sem eru útivinnandi meiri félagslegan stuðning. Þær konur sem vinna úti í krefjandi störfum upplifa mikil stress einkenni og konur í lítið krefjandi störfum upplifa minni stress einkenni. Athyglisvert er að þær konur sem vinna ekki úti upplifa mun meiri stress einkenni en þær konur sem vinna við lítið krefjandi störf. Hjúskaparstaða virtist ekki hafa áhrif á þunglyndis og stress einkenni.

Útívinnandi konur eiga í minni hættu á að fá kransæðsjúkdóm en konur sem eru heimavinnandi og eru þær með meiri menntun í fleiri tilvikum en þær sem vinna ekki úti

(Carson o.fl., 2009). Sýnt hefur verið fram á að þær konur sem ekki hafa lokið grunnskólaprófi eru í meiri hættu en þær sem hafa lokið því prófi að greinast með kransæðasjúkdóm (Lee, Paultre, og Mosca, 2005).

### **Hlutverk hjúkrunarfræðinga**

Hlutverk hjúkrunarfræðinga er að veita stuðning og leiðbeina konum í gegnum bataferlið og sjá til þess að konur haldi sínu sjálfstæði og sínum rétti til ákvörðunartöku. Ræða við konur um einkenni hjartasjúkdóma og aðstoða þær í að verða meðvitaðri um sinn líkama. Leggja áherslu á að konur bera umhyggju fyrir sjálfum sér og hvetja þær í að tjá sig um þarfir sínar og áhyggjur. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um breytileika í bjargráðum karla og kvenna. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera í góðu samráði við sjúklinga þegar þeir greina og meta þau bjargráð sem hentar hverjum og einum, t.d hefur það reynst mörgum eldri konum vel endurhæfing í formi heimilishalds og skyldur þeirra til fjölskyldna sinna. Að vera virkir hlustendur og hvetja konur að ræða sitt núverandi ástand. Hvetja þær til að viðurkenna þarfir sínar og að þær leiti sér aðstoðar þegar þær þurfa á stuðningi að halda. Einnig er mikilvægt að ræða um framtíðaráætlanir til að hjálpa konum í að horfa fram á bjarta framtíð (Kristofferzon o.fl., 2003; Dingley, Bush og Roux, 2001).

Þar sem samskipti sjúklinga og hjúkrunarfræðinga eru mikil hafa hjúkrunarfræðingar það mikilvæga hlutverk að fræða sjúklinga um hvernig þeir geta breytt sínum lífsháttum og hvetja þá áfram í átt að sínum markmiðum (Bergman og Berterö, 2001).

Konur meta það mikils að hafa reynda hjúkrunarfræðinga á hjartasviði sem geta svarað þeirra spurningum og komið með ráðleggingar varðandi sjúkdóm þeirra, samkvæmt rannsókn sem Davidson o.fl. (2008) framkvæmdu um hvernig áhrif endurhæfingarhópar hafa á konur sem greinst hafa með kransæðasjúkdóm. Meðferðin veitti konum ekki eingöngu félagslegan stuðning heldur einnig ýmsar leiðir til að auka þekkingu þeirra um forvarnir og

auðveldaði þeim að öðlast sjálfsstjórn. Nauðsynlegt er að stjórnandi meðferðarhópsins sé hvetjandi frekar en í hlutverki predikara.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að skynja þarfir kvenna um hvernig endurhæfingarhópur skal vera uppbyggður til að þær upplifi öryggi. Það gagnast konum að finna fyrir skilningi og kunnáttu hjúkrunarfræðings í gegnum meðferðarferli. Einnig geta hjúkrunarfræðingar stutt konur í að finna sér áhugamál við hæfi, það aðstoðar þær við að ná sambandi við aðra og þannig koma í veg fyrir einangrun (Dingley, o.fl., 2001)

### Samantekt

Í þessum fræðileg kafla var greint frá þeim atriðum er varða upplifun og andlega líðan hjá konum þegar þær greinast og lifa með kransæðasjúkdóm.

Konur eru að verða upplýstari um áhættu kransæðasjúkdóma en þó er þekking kvenna um kransæðasjúkdóma ennþá ábótavant. Þó virðast eldri konur vera betur upplýstar um þá áhættu en yngri konur. Konur eiga það til með að hunsa einkenni sem þær upplifa og verða oft mjög undrandi á því að greinast með kransæðasjúkdóm. Við greiningu leita konur að innbyrðis orsökum á meðan karlar leita að orsökum útbyrðis. Konur huga meira að þörfum aðstandenda en sinna eigin, þær hafa þörf fyrir það að ræða sínar tilfinningar og hugsanir og virðist besti vettvangur vera í hópi þar sem eingöngu konur eru að upplifa svipuð vandamál. Konur eiga erfitt með að ræða heilsufarsmál sín við aðstandenda í ótta við að valda þeim áhyggjum og í kynjablönduðum hópi þar sem þær eiga í hættu á að geta ekki opnað sig þar sem karlar líta öðrum augum á sjúkdóminn en konur gera.

Þunglyndi, kvíði og streita er algengari hjá konum og hefur áhrif á langvarandi bataferli þeirra.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga er að styðja við konurnar og fræða þær um þá ýmsu möguleika sem í boði eru fyrir þær. Þeir þurfa að vera hvetjandi og leiðbeina konum áfram í rétta átt að bættri heilsu og lífsgæðum.

## Samantektartafla:

Höfundur og ár	Viðfangsefni rannsókna	Pátttakendur	Niðurstöður
White, Hunter og Holltum. 2007	Að skilja þau áhrif sem kransæðasjúkdómar hafa á konur	Fimm konur á aldrinum 40-70 ára.	Konur greina frá óvissu, þunglyndi og kvíða tengt því að yfirgefa öryggi á sjúkrahúsi. Sorgmæddar yfir missi á sjálfstæði. Reiði og gremja yfir því að vera ofverndaðar
Lacharity 1999	Upplifun kvenna að greinast með kransæðasjúkdóm	11 konur	Við greiningu ganga þær í gegnum reiðistig, þunglyndi, samviskubit og sorg. Þær upplifðu hræðslu við dauðann. Áhyggjur af heimilishaldi og líkamlegri getu.
Jackson o.fl. 2000	Að rannsaka hver upplifun kvenna væri á bataferli 3 vikum eftir útskrift af sjúkrahúsi.	10 konur, 43 – 77 ára	Upplifun kvenna einkenndist af ótta og óvissu en þegar tíminn leið fór þeim að líða betur og urðu bjartsýnar á framtíðina.
Mallik o.fl. 2006	Rannsakað algengi þunglyndis meðal kransæðasjúklinga	2498 konur og karlar	Niðurstöður sýna fram á að konur eru í miklum meirihluta á að greinast með þunglyndi bæði á meðal yngri og eldri hópa.
Benninghoven, Kaduk, Specht, Kunzendorf og Jantschek. 2006	Rannsakað áhrif kvíða á hjartasjúklingar	76 konur og karla, undir 70 ára	Niðurstöður sýna fram á að þeir sem þjást af kvíða eru mun líklegri að fá endurtekin einkenni frá hjarta.

Murphy o.fl. 2006	Rannsakað hvort að mismunandi tilfinningaleg líðan er hjá konum eftir greiningu á kransæðasjúkdómi	226 konur	Slæmur kvíði hjá 16% kvenna í upphafi sem versnaði með tímanum. 84% greindist með minni kvíða sem minnkaði þegar leið á. Konum líður mismunandi tilfinningalega í bataferli sínu.
Burell og Granlund 2002	Rannsaka gagnsemi endurhæfingar í formi - meðferðarhóps eftir greiningu á kransæðasjúkdóm	23 konur, 46 – 73 ára	Niðurstöður sýna minnkun á streitu, örmögnun og lífsgæði urðu betri. -Konur upplifa sig rólegri, fundu fyrir minni áhyggjum, og vonir voru um betri framtíð.
Davidson o.fl. 2008	Rannsókn þar sem stuðningshópar voru myndaðir til að bæta sálfélagslega líðan kvenna.	48 konur	Konum fannst þær geta rætt hluti tengt sjúkdómi sínum sem þær gátu ekki rætt við aðstandendur. Þær upplifðu stuðning og samúð frá konum í stuðningshópnum. Fengu tíma til að spyrja spurninga og vinna úr upplýsingum.



### 3. Kafli - Umræðukafli

Í þessum kafla mun vera stutt umfjöllun um kafla tvö og aðalatriðin dregin saman. Í lokin verður stutt samantekt um innihald kaflans.

Athyglisvert er hve kransæðasjúkdómar eru algengir enn í dag. Miðað við þróun síðan 1981 ættu dánartölur að vera lægri í dag, en þær virðast hafa staðnað sérstaklega hjá konum. Ég tel það vera vegna skorts á forvörnum og fræðslu en dánartölur karla hafa lækkað lítillega þegar horft er á tölur úr Handbók Hjartaverndar (2008) og frá Hagstofu Íslands (2009). Samkvæmt Mosca o.fl. (2004) eru konur að verða upplýstari um þá áhættu að greinast með kransæðasjúkdóm en þó vantar enn mikið uppá. Konur leita sér síður lækniástoðar þegar þær verða varar við einkenni sem tengist því líklega að aukinnar vitundar er þörf því konur gera sér ekki grein fyrir því að um einkenni kransæðasjúkdóms er að ræða.

Ég tel ég mig hafa komist að þeirri niðurstöðu að konur eiga erfitt uppdráttar eftir greiningu. Samkvæmt White, Hunter og Holttum (2007) bregðast konur við með mikilli óvissu sem síðar leiðir til þunglyndis og kvíða, einnig eru konur reiðar og sorgmæddar yfir missi á sjálfsstæði og líkamlegri getu. Konur eru með áhyggjur af fjölskyldum sínum, eru hræddar um að geta ekki sinnt sínum skyldum er það varðar. Kom það á óvart við gerð þessa verkefnis hve oft heimilishald og fjölskyldur kvenna eru álagsþættir. Konum finnst mjög mikilvægt að geta sinnt þessum skyldum sínum áfram. Eins og konur taka fram í rannsókn Banner (2010) að þrátt fyrir minnkandi getu þá reyna þær að aðlagast svo að þær geti haldið áfram að sinna heimilishaldi og fjölskyldum sínum.

Þunglyndi er algengt vandamál meðal kvenna eftir greiningu á kransæðasjúkdóm. Erfitt er fyrir konur að tileinka sér hegðunar og lífsstílsbreytingar ef þær þjást af þunglyndi. Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónasson (2007) benda á að alhliða fræðsla og endurhæfing geti nýst til að draga úr einkennum þunglyndis. Þunglyndi eykur líkur á endurteknu hjartaáfalli því er mikilvægt að greina það hjá konum til að geta gert

viðeigandi ráðstafanir. Sýnt hefur verið fram á í ýmsum rannsóknum að fræðsla gagnast konum vel og það er það sem konur vilja. Konur greinast frekar með þunglyndi en karlar, en hver ástæðan er að konum vegnar verr en körlum andlega er óljós, tel ég að þörf sé á frekari rannsóknum til þess að geta greint þennan mun og í kjölfarið verði hægt að koma í veg fyrir og meðhöndla þunglyndi hjá konum sem lifa með kransæðasjúkdóm.

Skimun eftir þunglyndi og kvíða hjá konum ætti að vera fastur liður í innlögnum hjá þeim, þunglyndi og kvíði er það algengt og vangreint inn á sjúkrahúsi. Að mínu mati er mjög mikilvægt að það sé greint til að batahorfur kvenna verði enn betri. Mikilvægt er að huga að andlegum þáttum kvenna því ef þær þjást á einhvern hátt þá eru líkur á að bataferli þeirra verði erfiðara og taki lengri tíma.

Konur eiga erfitt þegar þeirra daglega líf raskast og þurfa á stuðning að halda. Þær eiga erfitt með að snúa sér að fjölskyldum sínum eftir aðstoð því er tilvalið fyrir hjúkrunarfræðinga að miðla upplýsingum og fræðslu í formi meðferðahópa fyrir hjartasjúklinga. Konum finnst mikilvægt að hafa stuðningskerfi samkvæmt Norris og King (2009) þannig ná þær að viðhalda heilsutengdum lífsgæðum sínum, einnig til að fá aðstoð við ýmis dagleg störf. Konur sem sækja stuðningshópa bentu á það félagslega gildi sem það gefur þeim. Ég tel mikilvægt að hafa stuðningshópa kynjaskipta því samkvæmt Burell og Granlund (2002) er erfitt að fylgjast með einstökum vandamálum kvenna og þær vilja tynast í umræðum þegar karlar eru einnig viðstaddir. Ég tel hiklaust að meðferðarhópar eigi að vera kynjaskiptir, rannsóknir hafa sýnt fram á það að konur og karlar upplifa kransæðasjúkdóma mismunandi og þarf meðferð að henta hverjum og einum fyrir sig.

Hjúkrunarfræðingar spila stórt hlutverk í lífi kvenna eftir greiningu og útskrift kransæðasjúkdóms. Samskipti sjúklinga og hjúkrunarfræðinga eru mikil og hafa því hjúkrunarfræðingar það mikilvæga hlutverk að fræða sjúklinga um hvernig þeir geta breytt sínum lífsháttum og hvetja þá áfram í átt að sínum markmiðum Bergman og Berterö (2001).

Sem verðandi hjúkrunarfræðingur tel ég innihald þessar heimildasamantektar sýna það hve viðkvæmar konur geta orðið og hve mikinn stuðning þær þurfa eftir greiningu kransæðasjúkdóms.

Kransæðasjúkdómur er algengur sjúkdómur og er dánartíðni kvenna há. Konur leita sér síður lækniástoðar vegna einkenna sem líklega tengist vanþekkingu á meðal kvenna, þó er þekking að aukast. Konur eiga erfitt uppdráttar eftir greiningu. Þær upplifa óvissu og ótta tengt framtíðinni sem í kjölfarið getur leitt til þunglyndis og kvíða. Þunglyndi er algengt meðal kvenna eftir greiningu á kransæðasjúkdómi. Rannsóknir benda til þess að meðferðarhópar gagnist konum vel því konur þurfa á fræðslu og félagslegum stuðning að halda. Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í bataferli kvenna.

### Lokaorð

Þegar konur greinast með kransæðasjúkdóm ganga þær í gegnum erfitt ferli. Þær upplifa mikinn ótta við greiningu og einkennist það tímabil af mikilli óvissu um hvað koma skal. Fjölskyldur og heimilishald er konum mjög mikilvægt, við gerð þessa verkefnis kom það verulega á óvart hve oft rannsóknir bentu á þær áhyggjur sem konur hafa af því að vanrækja sínar skyldur við heimilið og reyna þær að aðlagast breyttri líkamlegri getu til að geta sinnt þeim skyldum. Konur eru í mikilli hættu á að greinast með þunglyndi og kvíða því þurfa þær mikinn stuðning. Auknar líkur eru á endurteknum einkennum frá hjarta ef þær greinast með þunglyndi eða kvíða. Kynjaskiptir stuðningshópar eru mjög góð leið fyrir konur til að ræða sinn sjúkdóm og tilfinningar því konur þurfa á félagslegum stuðning að halda. Fram kemur í samantekt að konum líði betur í meðferðarhópum sem eingöngu er ætlaður konum. Er það mitt álit að meðferðarhópar ættu eindregið að vera kynjaskiptir, því rannsóknir sýna fram á betri bata hjá konum ef meðferðarhópar eru kynjaskiptir.

Að mínu mati þarf að rannsaka frekar upplifun og andlega líðan kvenna. Úrtak rannsókna fannst mér oft mjög lítið þar sem einungis fimm til tólf konur tóku þátt, tel ég það ekki segja mikið um heildarlíðan kvenna sem greinast og lifa með kransæðasjúkdóm. Einnig tel ég ábótavant hve lítið er til um íslenskar rannsóknir tengt upplifun og andlegri líðan kvenna sem greinast með kransæðasjúkdóm. Ég tel að eftir gerð þessa verkefnis sé ég búinn að öðlast mikla innsýn í upplifun og andlega líðan kvenna. Jafnframt tel ég þörf á að auka vitneskju kvenna og almennings á þeirri áhættu sem konur eru í að greinast með kransæðasjúkdóm.

### Heimildaskrá

- Agewall, S., Berglund, M. og Henareh, L. (2004). Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared with men. *Clinical cardiology*, 27, 271-274.
- Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Fernandez, R. og Gray, A. (2008). *European cardiovascular disease statistics*, 1-112. Department of public health, University of Oxford.
- Apples, A., Golombeck, B., Gorgels, A., Vreede, J. D. og Breukelen, G. V. (2000). Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. *Journal of psychosomatic reasearch*, 48, 463-469.
- Banner, D. (2010). Becoming a coronary artery bypass surgery patient: a grounded theory Study of women's experience. *Journal of clinical nursing*, 19, 3123-3133. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03424.x
- Benninghoven, D., Kaduk, A., Wiegand, U., Specht, T., Kunzendorf, S. og Jantschek, G. (2006). Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction – Risk factor or protective function. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75, 56-61. doi: 10.1159/000089227
- Bergman, E. og Berterö, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of Patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing*, 36(6), 733-741.
- Blom, M., Georgiades, A., László, K. D., Alinaghizadeh, H., Janszky, I. og Ahnve, S. (2007). Work and marital status in relation to depressive symptoms and social support among women with coronary artery disease. *Journal of women's health*, 16(9), 1305-1316. doi: 10.1089/jwh.2006.0191

- Brink, E., Grankvist, G., Karlson, B. W. og Hallberg, R-M, L. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of life research*, 14, 749-757.
- Broddadóttir, H., Jensen, L., Norris, C. og Graham, M. (2009). Health-related quality of life in women with coronary artery disease. *European journal of cardiovascular nursing*, 8, 18-25. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.05.002
- Burell, G. og Granlund, Brittmarie. (2002). Women's hearts need special treatment. *International journal of behavioral medicine*, 9(3), 228-242.
- Carson, A. P., Rose, K. M., Catellier, D. J., Diez-Roux, A. V., Muntaner, C. og Wyatt, S. B. (2009). Employment status, coronary heart disease and stroke among women. *Ann Epidemiol*, 19, 630-636. doi: 10.1016/j.annepidem.2009.04.008
- Davidson, P., Digiacomo, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., Hancock, K., Change, E. og Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of women's health*, 17(1), 123-134. doi: 10.1089/jwh.2007.0386
- Dingley, C. E., Bush, H. A. og Roux, G. (2001). Inner strength in women recovering from coronary artery disease: A grounded theory. *Journal of theory construction & testing*, 5(2), 45-52.
- Fleury, J., Kimbrell, C. og Kruszewski, M. A. (1995). Gender-related differences after coronary artery bypass grafting: Life after a cardiac event women's experience in healing. *Heart and lung*, 24, 474-482.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F og Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical association*, 270(15), 1819-1825.

- Gallagher, R., Marshall, A. P., Fisher, M. J. og Elliot, D. (2008). On my own: Experience of recovering from acute coronary syndrome for women living alone. *Heart and lung*, 37(6), 417-424. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.12.007
- Hagstofa Íslands. (2010). *Dánir eftir orsökum (Evrópski stuttlistinn), kyni og aldri 1981-2009*.
- Hance, M., Carney, R. M., Freedland, K. E. og Scala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease a 12 month follow-up. *General hospital psychiatry*, 18, 61-65.
- Hávar Sigurjónsson. (2011). Kynjalækningar snúast ekki bara um konur. *Læknablaðið*, 97, 176-177.
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U. og Ruger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of psychosomatic research*, 48, 455-462.
- Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliot, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., og Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 32(6), 1403-1411.
- Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónasson (2007). Algengi, greining og meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu. *Læknablaðið*, 93, 841-845.
- Koivunen, K., Isola, A. og Lukkarinen, H. (2007). Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of clinical nursing*, 16, 688-697. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01516.x
- Kristofferzon, M., Löfmark, R. og Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender difference in coping and social support. *Journal of advanced nursing*, 44(4), 360-374.
- LaCharity, L. (1999). The experience of younger women with coronary artery disease. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 8(6), 773-785.

- Lee, J. R., Paultre, F. og Mosca, L. (2005). The association between educational level and risk of cardiovascular disease fatality among women with cardiovascular disease. *Women's health issues, 15*, 80-88. doi: 10.1016/j.annepidem.2009.04.008
- Mallik, S., Spertus, J. A., Reid, K. J., Krumholz, H. M., Rumsfeld, J. S., Weintraub, W. S., ... og Vaccarino, V. (2006). Depressive symptoms after acute myocardial infarction. *Archives of internal medicine, 166*, 876-883.
- Mosca, L., Ferris, A., Fabunmi, R. og Robertson, R. M. (2004). Tracking women's awareness of heart disease: An American heart association national study. *Journal of the American heart association, 109*, 573-579. doi: 10.1161/01.CIR.0000115222.69428.C9
- Murray, J. C., O'Farrell, P. og Huston, P. (2000). The experience of women with heart disease: What are their needs. *Canadian journal of public health, 91*(2), 98-102.
- Neill, J. (2004). *What is experience?* Sótt frá <http://wilderdom.com/experiential/ExperienceWhatIs.html>
- Nikulás Sigfússon o.fl., (2001). Breytingar á tíðni kransæðasjúkdóma á Íslandi. *Læknablaðið, 87*, 889-896.
- Norris, C. M. og King, K. (2009). A qualitative examination of the factors that influence women's quality of life as they live with coronary artery disease. *Western journal of nursing research, 31*, 513-524. doi: 10.1177/0193945908331179
- Orth-Gomér, K., Schneiderman, N., Wang, H., Walldin, C., Blom, M. og Jernberg, T. (2009). Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: The Stockholm women's intervention trial for coronary heart disease. *Journal of the American heart association, 2*, 25-32. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.812859
- Parsons, J. T. og Snyder, A. R. (2011). Health related quality of life as a primary clinical outcomes in sport rehabilitation. *Journal of sport rehabilitation, 20*(1), 17-36.



- Rúnar Helgi Andrason og Engilbert Sigurðsson. (2006). *Hver er hin almenna skilgreining á þunglyndi*. Sótt af <http://visindavefur.hi.is/svar.php?id=5595>
- Stramba-Badiale o.fl. (2006). Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 27, 994-1005. doi: 10.1093/eurheartj/ehi819
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9. Útg.). St. Louis: Mosby.
- Tindle, H, A., Chang, Y., Kuller, L, H., Manson, J, E., Robinson, J, G., Rosal, M., ... og Matthews, K, A. (2009). Optimism, cynical hostility and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Journal of the American heart association*, 120, 656-662. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642
- Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V. J., Rumsfeld, J., Manolio, T., ... og Wolf, P. (2006). Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Journal of the American heart association* , 113, 85-151. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.171600
- Tortora, G. J. (2005). *Principles of human anatomy*. (10. útgáfa). Bonnie Roesch (Ritstjóri). (Bls 444-445). New York: Wiley & sons. Inc.
- Vaccarino, V., Lin, Z, Q., Kasl, S, V., Mattera, J, A., Roumanis, S, A., Abramson, J, L. og Krumholz, H, M. (2003). Gender difference in recovery after coronary artery bypass surgery. *Journal of the American College of cardiology*, 41(2), 307-314.
- Westin, L., Carlsson, R., Erhardt, L., Cantor-Graae, E. og McNeil, T. (1999). Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 33, 160-165.

- White, J., Hunter, M. og Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 278-288. doi: 10.1080/13548500600971288
- World health organization (WHO). (2011). *Cardiovascular disease (CVDs)*. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Ziegelstein, R. C., Fauerbach, J. A., Stevens, S. S., Romanelli, J., Richter, D. P. og Bush, D. E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of internal medicine*, 160, 1818-1823.