

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



3. TBL. 2019 • 95. ÁRGANGUR



Hundrað ára
og man tímana tvenna

Ný menning
í öldrunarþjónustu



Helga Ólafs ritstjóri.

Þriðja tölublað afmælisársins er í veglegri kantinum en þrátt fyrir að blaðið sé orðið 116 síður bíður enn efni birtingar í fyrsta tölublaði 2020. Í tilefni aldarafmælis félagsins var flett í félagatalinu í þeirri von að finna hjúkrunarfræðing sem ætti hundrað ára afmæli á árinu. Þar kom nafn Sigrúnar Hermannsdóttur upp, en hún er eini núlifandi hjúkrunarfræðingurinn sem er jafnaldri félagsins en hún fagnar einmitt aldarafmæli í lok ársins. Þrátt fyrir háan aldur fylgist hún vel með fréttum og man tímána tvenna en hún unir sér vel á hjúkrunarheimilinu Sóltúni.

Þeir eru nokkrir félagsmenn öldungadeildar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga á tíræðisaldri sem láta sig ekki vanta á þá fjölmörgu viðburði sem deildin stendur fyrir. Þá eru rifjaðir upp gamlir tímar enda margir sem lærðu til hjúkrunar á sama tíma, og aðrir sem unnu saman á starfsævinni. Öldungadeildin er langfjölmennust af þeim fagdeildum sem starfræktar eru innan félagsins og fer félagsmönnum ört fjölgandi. Því fer fjarri að þeir sitji með hendur í skauti en fyrir tilstuðlan þeirra er búið að koma á fót muna- og minjanefnd, auk þess sem félagar öldungadeildarinnar stóðu fyrir því að láta endurgera slórhatt Sigríðar Eiríksdóttur sem var frumsýndur á sögusýningunni Hjúkrun í 100 ár. Öldungadeildin á stórafmæli á næsta ári og verður fertug en deildin var stofnuð 1980 og hlaut þá nafnið Hlíf.

Ritnefnd ritrýndra greina hefur unnið að því að uppfæra leiðbeiningar til höfunda ritrýndra greina og birtum við þær af því tilefni í þessu tölublaði. Þær verða einnig aðgengilegar á vefsíðu félagsins. Alls eru fimm ritrýndar greinar í þessu tölublaði, það skýrir að hluta fjölda blaðsíðna að þessu sinni. Þá eru áhugaverðar fræðslugreinar í blaðinu, m.a. um sýkingavarnir á sjúkrahúsum, húðbruna vegna þvag- og hægðaleka og um reynslu sjúklinga og aðstandenda af lífi með parkinsonveiki.

Á afmælisárinu hafa vikulega verið birt viðtöl við hjúkrunarfræðinga á vef og facebook-síðu félagsins. Markmiðið er að endurspegla fjölbreytileika stéttarinnar og fá innsýn í líf og störf félagsmanna. Í þessu tölublaði eru birt brot úr þeim viðtölum sem þegar hafa birst frá maí til september.

Þátttakendum í ljósmyndasamkeppninni Með augum hjúkrunarfræðingsins er þakkað sérstaklega fyrir þátttökuna en aldrei hafa fleiri tekið þátt og fyrir vikið var fjöldi innsendra mynda á áttunda tug. Það var því úr vöndu að ráða en fyrir valinu varð ljósmynd Sigurveigar Björgólfssdóttur sem hún tók á kvöldgöngu við Reykjavíkurtjörn í september.

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík
Sími 540 6405
Netfang helga@hjukrun.is
Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga
Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður Helga Ólafs Fagritstjóri Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir Ritnefnd Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, Anna Ólafía Sigurðardóttir, Hafdís Skúladóttir, Hrund Scheving Thorsteinsson, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Sigurlaug Anna Þorsteinsdóttir **Blaðamaður** Magnús Hlynur Hreiðarsson **Forsíðumynd** Sigurveig Björgólfssdóttir **Ljósmyndir** ýmsir **Auglýsingar** sími 540 6412 **Hönnun og umbrot** Egill Baldursson ehf. **Prentun** Prenttækni ehf.

Tekið er á móti efni til birtingar á netfanginu ritstjori@hjukrun.is. Leiðbeiningar um ritun fræðslu- og fræðigreina er að finna á vefsíðu tímaritsins.

ISSN 2298-7053

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

3. TBL. 2019 • 95. ÁRGANGUR

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 2 Ritstjóraspjall
- 4 Formannspistill
- 6 Metþátttaka á Hjúkrun 2019

Viðtöl og greinar

- Bls. 10 „Við erum búin að fræðast nóg, nú viljum við frekar skemmta okkur.“ Öldungadeildin að nálgast fertugsaldurinn
- 14 100 ára hjúkrunarfræðingur sem man tímana tvenna. — Viðtal við Sigrúnu Hermannsdóttur
- 19 Af hverju hjúkrun? — Brot úr vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðinga
- 30 Setið fyrir svörum ... Sigríður Guðjónsdóttir, Garðar Örn Þórsson og Jóhanna Kristófersdóttir

Pistlar

- Bls. 24 Þankastrik: Öryggismál á skurðstofum Landspítala eftir Rut Sigurjónsdóttur
- 28 Með augum hjúkrunarfræðingsins — Ljósmyndasamkeppni
- 34 Áhrifavaldar eftir Héðinn Unnsteinsson
- 38 Ný menning í öldrunarþjónustu. Bókarýni eftir Þorgerði Ragnarsdóttur
- 40 Krossgáta Tímarits hjúkrunarfræðinga

Fagið

- Bls. 36 Þriðja alþjóðlega ráðstefnan um samþætta hjúkrun
- 42 NURSE — LEAD, gagnvirkt vefnámskeið
- 44 Scoping Review: hvenær, hvernig og af hverju?
- 46 Sýkingavarnir á sjúkrahúsum. Höfundur: Ásdís Elfarsdóttir Jelle
- 49 Húðbruni vegna þvag- eða hægðaleka: Tilfelli með áburðinum „Cavilon Advanced.“ Höfundur: Berglind Guðrún Chu
- 53 Þetta er meira en bara sjúkdómur — Reynsla sjúklinga og aðstandenda af lífi með parkinsonsveiki: Fræðileg samantekt. Höfundar: Marianne E. Klinke, Ólöf Sólrún Vilhjálmisdóttir, Sara Jane Friðriksdóttir og Jónína H. Hafliðadóttir
- 63 Leiðbeiningar til höfunda ritrýndra fræðigreina
- 71 Ritrynd grein: Þetta var erfiðasta hlutverk sem ég hef fengið: Áhrif alzheimer-sjúkdóms á aðstandendur og reynsla þeirra af þjónustu. Höfundar: Tara Björt Guðjónsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir
- 80 Ritrynd grein: Virkni og viðbótarmeðferð á íslenskum hjúkrunarheimilum. Höfundar: Ingibjörg Hjaltadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir
- 88 Ritrynd grein: Heilbrigði unglunga í framhaldsskólum: Forprófun á klíniska skimunartækinu HEILUNG. Höfundar: Arna Garðarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir, Guðný Bergþóra Tryggvadóttir og Sóley S. Bender
- 96 Ritrynd grein: Mat hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala á eigin hæfni — Lýsandi þversniðsrannsókn. Höfundar: Brynja Ingadóttir, Hrun Sch. Thorsteinsson, Herdís Sveinsdóttir og Katrín Blöndal
- 106 Ritrynd grein: Sýkingar í kjölfar skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaparmi. Höfundar: Birgir Örn Ólafsson og Ásta Thoroddsen

Samvera einkennandi fyrir afmælisárið



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Árið 2019 hefur verið mjög viðburðaríkt hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og vísa ég þá til hvers viðburðarins á fætur öðrum sem haldinn hefur verið í tengslum við 100 ára afmæli félagsins. Þegar á heildina er litið finnst mér árið hafa tekist með eindæmum vel til og vil ég þakka öllum þeim sem hafa lagt hönd á plóginn til að svo hafi getað orðið.

Hjúkrunarfræðingar hafa flykkst á viðburðina og mæting alltaf farið fram úr björtustu vonum, hvort sem um er að ræða opnunarhátíðina í janúar, þar sem rúmlega 800 hundruð hjúkrunarfræðingar glöddust saman á Hótel Nordica, eða hjúkrunarráðstefnuna í Hofi á Akureyri í september, en þar var slegið aðsóknarmet þegar 450 hjúkrunarfræðingar mættu — og er það nær helmingi fleiri en áður. Áhugi félagsmanna á að koma saman, efla persónulegan og faglegan anda, gleðjast og hitta aðra hjúkrunarfræðinga hefur svo sannarlega einkennt þetta ár. Að mínu mati endurspeglar þessi mikla þátttaka líka þörfina fyrir samveru stéttarinnar og les ég í þetta að félagsmenn vilji meira af slíkum viðburðum. Það er skemmst frá því að segja að slíkt er þegar komið á teikniborðið og margt fram undan enda eru svona viðburðir ómetanlegir fyrir hjúkrunarfræðinga til að koma saman og styrkja böndin.

2020 ár hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra

Þó þetta mikla afmælisár sé nú að verða liðið ætlar Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga að halda áfram að gleðjast á næsta ári en Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur ákveðið að helga árið 2020 hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum. Þá eru 200 ár liðin frá fæðingu Florence Nightingale og með þessu vill Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin vekja athygli á því hversu mikilvægu hlutverki hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gegna í heilbrigðiskerfinu. Stofnunin hefur þegar hvatt þjóðir heimsins til að fjárfesta betur í hjúkrun, hámarka framlag þessara tveggja stétta og tryggja þannig öllu fólki rétt til heilbrigðisþjónustu án tillits til efnahags þess.

Jafnframt verður unnið enn frekar að ímyndarmálum beggja stétta og athygli vakin á mikilvægi starfa þeirra í þjóðfélaginu. Þetta verður því ekki síður spennandi ár en stóra afmælisárið sem nú er brátt á enda.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og Ljósmæðrafélag Íslands hafa af þessu tilefni hafið samstarf og ætla að vekja athygli á árinu 2020 og gleðjast um leið. Verið er að skipuleggja viðburði þar sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður munu geta komið saman og fagnað árinu á ýmsa vegu. Einnig munu bæði félögin vera bæði með einstaka og aðskilda viðburði fyrir sína félagsmenn. Jafnframt verður unnið enn frekar að ímyndarmálum beggja stétta og athygli vakin á mikilvægi starfa þeirra í þjóðfélaginu. Þetta verður því ekki síður spennandi ár en stóra afmælisárið sem nú er brátt á enda. Nánari upplýsingar um dagskrá ársins 2020 verður auglýst á vef- og samfélagsmiðlum beggja stétta þegar nær dregur. Að minnsta kosti er óhætt að segja að árið 2020 verður ekki síður skemmtilegt en 2019 þó að það verði með öðru sniði.



Myndin er tekin við opnun sögusýningarinnar Hjúkrun í 100 ár sem opnuð var í Árbæjarsafni á kvenréttindadeginum 19. júní. Sýningin var samstarfsverkefni Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Borgarsögusafns Reykjavíkur.

Kjarasamningar — er eitthvað að fréttu?

Nú í nóvember eru 8 mánuðir liðnir frá því að miðlægir kjarasamningar hjúkrunarfræðinga losnuðu. Aðaláhersla samninganefndar Fíh hefur verið á viðræður við ríkið en sá samningur snertir langflesta hjúkrunarfræðinga. Jafnframt er það svo að sá samningur leggur línurnar að öðrum samningum, t.d. við sveitarfélögin o.fl. og því bíðum við með frekari viðræður við þessa aðila þar til búið er að semja við ríkið.

Þegar horft er í baksýnisspegilinn er alveg ljóst að þessi tími er orðinn alltof langur og ekki ljóst hvenær nýr samningur verður í höfn. Fæstir hefðu spáð fyrir um að samningaviðræðurnar ættu eftir að taka svona langan tíma. Samninganefnd Fíh hefur reglulega gefið út fréttir um gang viðræðna, en virða þarf trúnaðinn sem þarf að ríkja á milli samningsaðila á meðan á samræðunum stendur. Markmið félagsins í samningaviðræðunum er að semja um bætt launakjör, starfsumhverfi og betri vinnutíma. Mikilvægt er að kjarasamningurinn verði til þess fallinn að halda hjúkrunarfræðingum í starfi og laða þá aftur til starfa sem þegar hafa leitað í önnur störf. Í ljósi þessara markmiða hefur félagið ekki enn þá slitið viðræðum við samninganefnd ríkisins, enda haft lausnarmiðaðar aðferðir að leiðarljósi og opinskáar umræður. Þó er ljóst að draga þarf til tíðinda fljótlega því skilningur og þolinmæði hjúkrunarfræðinga á núverandi stöðu er alveg á þrotum.

En skjótt geta veður skipast í lofti og við spyrjum að leikslokum. Á einhverjum tímamarki verður samið og lífið heldur áfram. Nú er dimmasti tími ársins að skella á og fram undan er hátíð ljóss og friðar. Ég óska ykkur góðra stunda með ykkar nánustu um hátíðarnar og njótið samvistanna. Ykkur sem standið vaktirnar yfir hátíðirnar sendi ég sérstakar kveðjur og bestu þakkir fyrir.

Markmið félagsins í samningaviðræðunum er að semja um bætt launakjör, starfsumhverfi og betri vinnutíma. Mikilvægt er að kjarasamningurinn verði til þess fallinn að halda hjúkrunarfræðingum í starfi og laða þá aftur til starfa sem þegar hafa leitað í önnur störf.

Metþátttaka á Hjúkrun 2019

Metþátttaka var á ráðstefnunni Hjúkrun 2019: Framtíð, frumkvæði og forvarnir sem haldin var í tíunda sinn í Hofi á Akureyri dagana 26. og 27. september. Alls sóttu 450 hjúkrunarfræðingar ráðstefnuna sem var í alla staði mjög vel heppnuð. Dagskráin var fjölbreytt en yfir 70 erindi voru flutt á ráðstefnunni, auk vinnusmiðja og veggspjalda- og vörukynninga. Aðalfyrirlesararnir voru dr. Anne Marie Rafferty, Ian Setchfield og Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir.

Verðum að taka ábyrgð á eigin örlögum

„Hjúkrunarfræðingar verða að taka ábyrgð á eigin örlögum. Þeir þurfa að vera þátttakendur í samræðum og þeir eiga ekki að yfirgefa svæðið fyrr en þeir hafa fengið það sem þeir eiga rétt á. Við verðum að vera ýtin og taka frumkvæði,“ sagði dr. Anne Marie Rafferty, prófessor í „nursing policy“ og fyrrverandi háskóla- og forseti Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery í King's College í London og forseti Royal College of Nursing.



„Við verðum að vera ýtin og taka frumkvæði,“ sagði dr. Anne Marie Rafferty, prófessor í „nursing policy“ og fyrrverandi háskóla- og forseti Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery í King's College í London og forseti Royal College of Nursing.



Rannsóknarefni Anne Marie spannar jafnt sögu hjúkrunar, heilbrigðisstarfsmenn og stefnumótun í heilbrigðismálum. Hún útskrifaðist úr hjúkrunarfræði frá Háskólanum í Edinborg og er með meistaragráðu í skurðhjúkrun frá Háskólanum í Nottingham. Hún var fyrsti hjúkrunarfræðingurinn til að ljúka doktorsnámi við Háskólann í Oxford í nútímasögu. Anne Marie sagði skynsemi hafa ráðið því að hún lagði fyrir sig hjúkrun líkt og hjá Florence Nightingale, en móðir Anne var hjúkrunarfræðingur í seinni heimsstyrjöldinni.

Ekki bara áhugavert heldur ómótstæðilegt

Leiðtoginn sem býr í hverjum og einum er á okkar eigin ábyrgð, sagði Anne Marie. „Við erum öll leiðtogar. Ef við vinnum saman þá getum við allt. Við þurfum ekki leyfi frá einum né neinum,“ og ítrekar mikilvægi samtakamáttar meðal hjúkrunarfræðinga. Samvinna er öflugasta leiðin til að efla heilbrigðiskerfið. „Við þurfum að tala fyrir einingu en ekki sundrunu.“

Til að fá fleiri hjúkrunarfræðinga til starfa þarf að gera starfið ekki bara áhugavert heldur þarf að gera það ómótstæðilegt. Hún lagði mikla áherslu á samtakamátt meðal hjúkrunarfræðinga en forsendan fyrir því að hjúkrunarfræðingar

öðlist meiri völd er að þeir vinni saman. En það eru ekki eingöngu hjúkrunarfræðingar sem þurfa að vinna saman heldur er mikilvægt að þeir vinni með öðrum heilbrigðisstarfsmönnum, að ógleymdum fjölmiðlum. Anne Marie sagði mikilvægt að fá alla í lið með sér og ekki síst að fá unga hjúkrunarfræðinga í stefnumótun og ákvörðunartöku. Þannig eykst sjálfs-traust stéttarinnar. Hún rifjaði upp af því tilefni orð Florence Nightingale: Velgengni mín er byggð á því að ég afsakaði mig aldrei né tók við afsökunum frá öðrum.

Hún rifjaði upp af því tilefni orð Florence Nightingale: Velgengni mín er byggð á því að ég afsakaði mig aldrei né tók við afsökunum frá öðrum.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að taka sér meiri völd

Framtíðin er björt fyrir sérfræðinga í hjúkrun var heiti og inn-tak erindis Ian Setchfield, ráðgjafa í bráðahjúkrun í Kent á Englandi. Í erindi sínu lagði hann áherslu á að hjúkrunarfræð-



Ian Setchfield er ráðgjafi í bráðahjúkrun við háskólasjúkrahúsið í Austur Kent (EKHUFT). Hann hefur brennandi áhuga á því að efla klíniska forystu og vinna að menningarbreytingum innan hjúkrunar með heilðræna nálgun að markmiði í meðferð sjúklunga. Hann er þekktur fyrirlesari á vettvangi bráðahjúkrunar og er félagi bráðahjúkrunarfræðinga í Bretlandi.

ingar þurfi að taka sér meiri völd. Í Englandi sé mikill valdamunur milli lækna og hjúkrunarfræðinga sem felst í því að læknar taka ákvarðanir en hjúkrunarfræðingar hlýða. Í því sambandi sagði hann að þegar orðið hjúkrunarfræðingur er slegið upp í leitarforritinu Google komi mjög framarlega í leitinni að „hjúkrunarfræðingur er þjálfuð manneskja sem vinnur á spítala eða í heimahúsi við umönnun veikra, barna eða gamals fólks“.

„Þetta verður að breytast,“ segir hann, og jafnframt þarf að skýra betur mörkin á milli hlutverka hjúkrunarfræðinga annars vegar og lækna hins vegar, en mörkin eru óskýr að hans mati.

Aukin þörf fyrir sérfræðinga í hjúkrun

Sérfræðihlutverk hjúkrunarfræðinga er enn ungt og ill skilgreint. Upphaf þess má rekja til þess hve byggð er dreifð í Bandaríkjunum og skorts á aðgengi að sérfræðipækkingu. Útfærsla á sérfræðihlutverki hjúkrunarfræðinga er mismunandi eftir löndum og töluverð umræða hefur átt sér stað hvert hlutverk þeirra eigi að vera. Mikilvægt er þó að hjúkrunarfræðingar gleymi ekki kjarnanum í hjúkruninni, segir hann. Með auknum mannfjölda, hækkandi aldri og vaxandi menningarmun aukast kröfur um að færa hjúkrun nær heimilum fólks frekar en inn á heilbrigðisstofnanir. Slíkar breytingar fela í sér vissa áhættu og því enn mikilvægara að það sé vandlega skilgreint hvert hlutverk sérfræðinga er. Ian segir að oft og tíðum beri mikið á milli starfa sérfræðinga og hvaða titla þeir bera og því mikilvægt að það sé skýrt hvaða hlutverki hver gegnir. „Sérfræðipækking er meira en bara vinnutitill,“ segir hann.



Deild sérfræðinga í hjúkrun stofnuð 2017

Deild sérfræðinga í hjúkrun var stofnuð hér á landi 2017 og í september 2019 var skráður 81 félagi en rétt til aðildar hafa allir þeir félagsmenn innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga sem hafa gilt sérfræðileyfi í hjúkrun á Íslandi. Hlutverk deildarinnar er að vinna að framgangi sérfræðipækkingar í hjúkrun, vera stjórn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og nefndum til ráðgjafar um þau málefni sem krefjast þekkingar og reynslu sérfræðinga í hjúkrun. Til að verða sérfræðingur í hjúkrun þarf að hafa gilt hjúkrunarleyfi, meistaraþróf í hjúkrun eða ljósmóðurfræðum, tveggja ára starfsreynslu á sérsviði í fullu starfi undir leiðsögn sérfræðings í hjúkrun auk leyfis frá landlækni.

„Besta leiðin til að spá því hvað framtíðin ber í skauti sér er að skapa hana sjálf!“

Allt bendir til að þörfin fyrir sérfræðinga í hjúkrun eigi eftir að vaxa þegar fram líða stundir. Hjúkrunarfræðingar eiga ekki að tvístíga segir Ian, heldur sækja fram og minnst orða Abrahams Lincolns: Besta leiðin til að spá því hvað framtíðin ber í skauti sér er að skapa hana sjálf!



Erindi Auðbjargar Brynju Bjarnadóttur, hjúkrunarfræðings á Kirkjubæjarklaustri, um breytta tíma meðal hjúkrunarfræðinga í dreifbýli, vakti mikinn áhuga ráðstefnugesta og komust færri að en vildu. Hún varð því við þeirri ósk að flytja erindi sitt aftur seinni daginn við mikinn fögnuð gesta.



Metþátttaka var á ráðstefnunni. Dagskráin var fjölbreytt en yfir 70 erindi voru flutt á ráðstefnunni, auk vinnusmiðja og veggspjalda- og vörukynninga.

„Við erum búin að fræðast nóg, nú viljum við frekar skemmta okkur“

— Öldungadeildin að nálgast fertugsaldurinn

Öldungadeild Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga er langfjölmennust af þeim 24 fagdeildum sem starfræktar eru innan félagsins. Meðlimir fagdeildarinnar eru alls 521, eða hátt í einn af hverjum tíu félagsmönnum, og fer ört fjölgandi. Félagar í Fíh 60 ára og eldri geta sótt um aðild að deildinni en fjöldi félaga er enn í vinnu. Markmið deildarinnar er fyrst og fremst að hjúkrunarfræðingar hitti hver annan, haldi venskap og gleðjist saman. „Við erum búin að fræðast nóg, nú viljum við frekar skemmta okkur,“ segir Steinunn Sigurðardóttir, formaður fagdeildarinnar.



Stjórn öldungadeildar. Talið frá vinstri: Guðbjörg Guðbergsdóttir ritari, Fríða Bjarnadóttir varamaður, Guðrún Broddadóttir meðstjórnandi, Steinunn Sigurðardóttir formaður með afmælistertu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Unnur Sigtryggisdóttir varamaður, Bergdís Kristjánsdóttir gjaldkeri og Kristín Sophusdóttir varaformaður.

Þegar deildin var stofnuð, 20. október 1980 innan Hjúkrunarfélags Íslands, var hún upphaflega eingöngu ætluð eftirlaunabegum og hlaut þá nafnið Hlíf. Deildin fagnar 40 ára afmæli á næsta ári en nafninu var breytt 1995 í öldungadeild Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Hlutverk deildarinnar er að styrkja samstöðu hjúkrunarfræðinga sem náð hafa 60 ára aldri, auk þess að vera tengiliður við Fíh sem gætir hagsmuna félaga sinna.

Elstu félagarnir á tíræðisaldri

Starfið er í sjálfu sér mjög hefðbundið að sögn Steinunnar, en árlega eru haldnir þrír til fjórir viðburðir. Á vorin er aðalfundur og er þá fastur liður að fá formann Fíh í heimsókn. Í byrjun sumars er farin dagsferð og í október fer fram haustfundur að kvöldi til þar sem félagar mæta í betri fötunum, hlýða á fyrirlestur og borða saman. Að lokum er jólahádegis-



fundur og er áratugahefð fyrir að hafa hangikjöt á beini og uppstúf. Dagskrá afmælisársins hefur þó verið með nokkru öðru sniði vegna fjölda viðburða og hafa félagar verið hvattir til að sækja þá. Þannig var haustlitaferð í september í stað sumarferðar. Þátttaka á viðburðum hefur verið góð og mæta á bilinu 60 til 150 manns og elstu félagarnir sem mæta eru yfir 90 ára gamlir. Flestir mæta á jólafund félagsins en vegna hátíðardagskrárinnar í Hörpu í tilefni aldarafmælis félagsins verður jólafundi sleppt í ár.

Haustlitaferð á Þingvöllum sem farin var í september.

Mikil þörf að ræða saman og rifja upp gamla tíma

Oftar en ekki eru fundir deildarinnar með of stífa dagskrá og of lítinn tíma til að spjalla. „Við í stjórninni gerum oftast en ekki þau mistök að hafa of lítinn tíma í umræður,“ segir Steinunn. Félagarnir hafa mjög mikla þörf fyrir að setjast niður og ræða saman og rifja upp gamla tíma enda margir bekkjarfélagar og fyrrum samstarfsfélagar. „Fólk kann vel að meta að hittast fyrir fundi til að hafa nægan tíma til að spjalla og rifja upp gamla tíma.“

Fyrir utan að styrkja innbyrðis tengsl og njóta góðra stunda saman eru helstu markmið deildarinnar þau að veita félögum upplýsingar, fræðast, standa vörð um réttindi og skyldur félaga í deildinni, virkja tengsl við deildir eldri hjúkrunarfræðinga erlendis, taka þátt í stjórn og að vera nefndum Fíh til ráðgjafar.

Þá hefur félagið unnið að tveimur verkefnum undanfarin ár. Annars vegar að skora á stjórn að setja á fót muna- og minjanefnd í kjölfar þess að Hjúkrunarminjasafnið, sem var hluti af Læknaminjasafninu, var lagt niður. Að sögn Steinunnar höfðu margir félagar í deildinni áhyggjur af því að unga fólkið myndi ekki safna og halda





Frá haustlitaferðinni á Þingvöllum.

utan um muni og geyma. Þessi tillaga var samþykkt og stjórn félagsins brást mjög skjótt við og er búið að koma á fót muna- og minjanefnd. Þrír félagar fagdeildarinnar eru í stjórninni, ásamt einum frá Háskóla Íslands og Háskólanum á Akureyri. „Mjög vel mönnuð nefnd,“ segir Steinunn.

Hins vegar stóð fagdeildin fyrir því að láta endurgera slörhatt Sigríðar Eiríksdóttur. Það var samþykkt í stjórn fagdeildarinnar að fara þess á leit við félagsmenn að styrkja verkið, auk þess að fá styrk frá Fih. Slörhaturinn var síðan afhentur 19. júní þegar sögusýningin Hjúkrun í 100 ár í Árbæjarsafni var opnuð. „Ég er þess fullviss að fólk eigi eftir að meta þetta eftir hundrað ár,“ segir Steinunn. Félagar í öldungadeildinni sáu um veitingarnar við opnun sýningarinnar.



Hópurinn í Almannagjá.



„Ég er þess fullviss að fólk eigi eftir að meta þetta eftir hundrað ár,“ segir Steinunn Sigurðardóttir, formaður öldungadeildar, en það var fyrir tilstuðlan fagdeildarinnar að slörhatur Sigríðar Eiríksdóttur var endurgerður.

Sögusýningin „Hjúkrun í 100 ár“

Hjúkrun í 100 ár er yfirskrift sögusýningar í Árbæjarsafni sem sett var upp í tilefni 100 ára afmælis Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Hjúkrun í 100 ár er samstarfsverkefni Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Borgarsögusafns Reykjavíkur.

Á sýningunni var saga hjúkrunar rakin í samhengi við breytingar á stöðu kynjanna og þróun í tækni og vísindum

Sýningin hófst 19. júní og stóð fram til 17. nóvember 2019. Á sýningunni var saga hjúkrunar rakin í samhengi við breytingar á stöðu kynjanna og þróun í tækni og vísindum. Bergdís Kristjánsdóttir sá um að safna saman gripum fyrir hönd Fih og voru þeir fengnir að láni frá Þjóðminjasafni Íslands. Sýningin grundvallast á bók Margrétar Guðmundsdóttur, Sögu hjúkrunar á Íslandi á 20. öld. Sýningarnefndina skipuðu þau Bergdís Kristjánsdóttir og Ingbjörg Pálmadóttir frá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, og þau Helga Maureen Gylfadóttir, Jón Páll Björnsson og Íris Gyða Guðbjargardóttir frá Borgarsögusafni Reykjavíkur. Sýningarstjóri var Anna Þorbjörg Þorgrímsdóttir.

Þá hefur stjórn deildarinnar einnig skoðað réttindi félagsmanna, sem látið hafa af störfum, til sjóða félagsins og borið saman við réttindi sambærilegra stétta. „Þeirri vinnu er hvergi lokið en við sjáum til hvað kemur út úr þeim samanburði,“ segir Steinunn.



Við opnun sögusýningarinnar í Árþéttur, Hjúkrun í 100 ár. Frú Vigdís Finnbogadóttir, fyrrverandi forseti, Guðni Th. Jóhannesson forseti og Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Fíh.



Þeir hjúkrunarfræðingar sem náð hafa 60 ára aldri og vilja skrá sig í deildina geta gert það á vefsíðu félagsins eða á skrifstofu Fíh. Engin félagsgjöld eru fyrir þátttöku í deildinni. Stjórn félagsins sendir tilkynningar og fundarboð til félagsmanna í tölvupósti en í gegnum almenna póstþjónustu til þeirra sem hafa ekki aðgang að interneti.

100 ára hjúkrunarfræðingur sem man tímana tvenna

— viðtal við Sigrúnu Hermannsdóttur

Sigrún Hermannsdóttir býr í fallegri íbúð á hjúkrunarheimilinu Sóltúni í Reykjavík en þar hefur hún dvalið í góðu yfirlæti í tæp tvö ár. Sigrún er elsti núlifandi hjúkrunarfræðingur landsins sem vitað er um. Hún er fædd 27. desember 1919 og verður því 100 ára á þessu ári. Eiginmaður Sigrúnar var Bjarni Einarsson, dr. phil., handritafræðingur, sem fæddist á Seyðisfirði 11. apríl 1917 en lést á líknardeild Landspítalans 6. október 2000. Börn Sigrúnar og Bjarna eru Guðný, læknir á Landakoti, Einar kvikmyndagerðarmaður, Stefanía Sigríður viðskiptafræðingur, Hermann leiðsögumaður og Guðríður, hjúkrunarfræðingur á Grensásdeild. Barnabörnin eru 13 og afkomendur orðnir fjölmargir og fylgist Sigrún grannt með þeim öllum.

Þrátt fyrir háan aldur er Sigrún andlega hress og minnug, fylgist vel með fréttum og öllu því sem helst er á döfinni. Hún man allt mjög vel og hefur lifandi áhuga á mönnum og mál-efnum. Heyrnin og sjónin eru mikið farin að daprast. Hún hefur fótaferð alla daga, gengur um með göngugrind og líkar

vel að búa í Sóltúni. Þar nýtur hún góðrar þjónustu hjá starfsfólki eins og allir aðrir heimilismenn. Það var gaman að setjast niður með Sigrúnu og rifja upp ævi hennar og ekki síður starf hjúkrunarfræðingsins fyrir á tímum.



Sigrún er ótrúlega hress og man alla hluti mjög vel. Hún er ánægð og stolt með sitt hlutskipti um ævina, sem fjölskyldukona og hjúkrunarfræðingur. Ljósmynd/Magnús Hlynur Hreiðarsson.

Flutti til Reykjavíkur 22 ára til að hefja nám í hjúkrun

Sigrún er fædd og uppalin á Seyðisfirði. Foreldrar hennar voru Hermann Vilhjálmsson, útvegsbóndi á Hánefsstöðum, og Guðný Vigfúsdóttir sem fædd var í Fjarðarseli. Sigrún gekk til allra verka á uppvaxtarárum sínum enda alltaf nóg að gera á æskuheimilinu. „Í rauninni finnst mér ég alltaf hafa átt heima á Seyðisfirði þó það sé ekki þannig. Ég flutti suður til að læra hjúkrun á Landspítalanum 22 ára gömul. Ég ákvað að læra hjúkrunarfræði til að vinna fyrir mér og læra samtímis. Mér fannst starfið alltaf spennandi. Í hjúkrunarfræðinni var uppihald og húsnæði frítt og við fengum líka svolitla vasapeninga með náminu. Námið var mest verklegt en bóklegi þátturinn fór yfirleitt fram eftir vinnu. Hjúkrunarfræðingar og lækna á spítalanum sáu um kennsluna.“

Hjúkrunarnámið hófst á þriggja mánaða fornámi en námið tók þrjú ár á þessum tíma. Að sögn Sigrúnar var mikið um yfirvinnu á námsárum hennar. Það vantaði sárlega hjúkrunarfræðinga, rétt eins og núna árið 2019.

Á námsárunum var mikill agi og nemum skylt að búa á Landspítalanum. Hjúkrunarnemar gistu í aðalbyggingunni ásamt Kristínu Thoroddsen, skólastjóra og yfirhjúkrunarkonu. Móðir Kristínar, Theodóra Thoroddsen skáld, kom oft í heim-sókn og varð þeim Sigrúnu vel til vana. Sigrún fékk litlar jólagjafir í mörg ár eftir þetta frá Theodóru. Allir nemar voru sendir í átta til tíu mánuði út á land til að vinna. Sigrún vann á Akureyrarspítala í átta mánuði 1943.

Eina nóttina í stríðslok var Sigrún á næturvakt. Þá fékk hún fyrirmæli um að fara og opna líkhúsið á Barónsstíg fyrir lögreglunni. Það komu bílar með 10–12 lík af hermönnum sem var komið fyrir í líkhúsinu á meðan Sigrún beið.

Sigrún rifjar það upp að næturvaktirnar voru oft erfiðar þegar hún vann á Landspítalanum á stríðsárunum. Eina nóttina í stríðslok var Sigrún á næturvakt. Þá fékk hún fyrirmæli um að fara og opna líkhúsið á Barónsstíg fyrir lögreglunni. Það komu bílar með 10–12 lík af hermönnum sem var komið fyrir í líkhúsinu á meðan Sigrún beið. Það ríkti mikil leynd yfir þessu og hún vissi aldrei hvað hafði eiginlega gerst. Þetta er óhugnanleg minning, rifjar hún upp.

Útskrifaðist í lok seinni heimsstyrjaldarinnar

Af þeim 11 sem hófu nám í hjúkrun voru eingöngu fimm sem útskrifuðust og var Sigrún ein þeirra. „Við útskrifuðumst nánast upp á sama dag og seinni heimsstyrjöldinni lauk. Þá fórum



Ljósmynd tekin af Sigrúnu þegar hún útskrifaðist hjúkrunarfræðingur vorið 1945.

við niður í bæ þar sem okkur var boðið að drekka kaffi á Hótel Borg með forstöðufólki námsins,“ rifjar Sigrún upp. Eftir kaffisamsætið á Hótel Borg héldu þær skólasystur upp Bankastrætið og ætluðu til vinnu á Landspítalanum enda enginn frídagur. Þá var mikill gleðskapur í bænum þar sem fólk var að fagna stríðslokum. Lögreglan þurfti að beita táragsi til að dreifa fólki og er Sigrúnu það minnisstætt að þær hlupu tár-votar undan þessu.

Bjuggu í 12 ár í Kaupmannahöfn

Sigrún og Bjarni giftu sig 14. júní 1945 og héldu ári síðar til Danmerkur, út í óvissuna. Ástæðan var ævintýraþrá, en löng-unin til fróðleiks og skrifta átti ekki síður hlut að máli. Það bjargaði afkomunni að næga vinnu var að fá fyrir hjúkrunarfræðing í Kaupmannahöfn og Sigrún fékk strax fulla vinnu, aðallega á lyflækningadeildum. Hjónin dvöldust þar næstu tólf árin.

Það var gestkvæmt á heimili þeirra í Kaupmannahöfn sem var athvarf fyrir Íslendinga oft og tíðum. Það má segja að þau hafi reist skála um þjóðbraut þvera, svo margir dvöldu hjá þeim um lengri eða skemmri tíma. Þau eignuðust marga ævi-vini í Kaupmannahöfn. Bjarni var ráðinn í lektorsstöðu í ís-lenskri tungu og bókmenntum við Hafnarháskóla fyrstur manna. Hann var einnig formaður Íslendingafélagsins um hrið. Þá tíðkaðist mjög að Íslendingar leituðu sér lækninga í Kaupmannahöfn. Kristín Thoroddsen og fleiri höfðu samband



Sigrún og Bjarni á sokkabandsárunum sínum þegar þau áttu heima í Danmörku. Þau fóru á hjólum nánast allra sinna ferða.

við Sigrúnu og báðu um aðstoð við að taka á móti og leiða sjúklinga í gengum ferlið á sjúkrastofnunum í Kaupmannahöfn. Þetta var oft mikið viðbótarálag og tímafrekt, en hún gerði þetta með glöðu geði endurgjaldslaust. Ein unglingsstúlka bjó hjá þeim heilan vetur en hún mátti ekki fara heim til Íslands eftir aðgerð. Stúlkan náði fullri heilsu og varð síðan þekkt saumakona sem saumaði einkum danska þjóðbúninga. Þau fengu stundum aðstoð stúdenta við að bera sjúklinga inn og út úr íbúðinni enda var oft erfitt aðgengi. Sigrún gerði ekki endasleppt við þessa skjólstæðinga sína, til dæmis fór hún með þeim á Strikið til að fata sig upp ef þess var þörf. Sigrún vann á sjúkradeildinni sem tók á móti sjúklingum með Akureyrarveikina, sem sendir voru til Danmerkur, og kynntist mörgum þeirra vel.

Ein unglingsstúlka bjó hjá þeim heilan vetur en hún mátti ekki fara heim til Íslands eftir aðgerð. Sigrún gerði ekki endasleppt við þessa skjólstæðinga sína, til dæmis fór hún með þeim á Strikið til að fata þá upp ef þess var þörf.



Sigrún með börnunum þeirra Bjarna, talið frá vinstri: Einar, Guðríður, Hermann, Guðný, Stefania og Sigríður.

Eftir sjö ára lektorsstarf í Kaupmannahöfn fluttust Bjarni og Sigrún heim til Íslands, og næstu sjö árin kenndi Bjarni íslensku við Vélskólann. Á þeim árum tók Sigrún m.a. næturvaktir á Vífilstöðum. Árið 1965 fluttust þau aftur út, í þetta sinn til Óslóar. Þar tók Bjarni við lektorsstöðu við háskólann og bjuggu þau í Noregi í sjö ár, eða til 1972. Eftir það kom fjölskyldan alkomin heim til Íslands.

Hjúkrun á tímum berkla

Sigrún er næst spurð að því hvernig það hafi verið að starfa sem hjúkrunarfræðingur í „gamla daga“ þegar hún var upp á sitt besta?

„Þetta var mikil vinna og alltaf nóg að gera fyrir hjúkrunarfræðinga eins og það er enn þann dag í dag. Starfið var oftast mjög skemmtilegt en það gat líka verið erfitt og tekið á. Veikindi í þá daga gátu verið ósköp tvísýn og dapurleg, eins og berklar sem voru algengir. Ég var þó aldrei send til að vinna á berklahæli því ég reyndist neikvæð á berklaprófum. Ég var seinna „calmetteruð“ í Danmörku og veiktist illa við það og mátti ekki vinna í 3 mánuði. Eftir það voru berklaprófin hvellpósitif á mér.“

Sýklalyf breyttu miklu

Sigrún hafði reynslu af notkun sýklalyfja allt frá því að þau voru fyrst notuð á Landspítalanum. „Ég var reyndar í fríi fyrsta

daginn sem penisillín var gefið sjúklingi sem hafði dottið af hestbaki á Þingvöllum, sama dag og ég var að spóka mig á Þingvöllum og vissi ekki neitt,“ segir Sigrún og brosir. „Penisillínið reyndist ágætlega og náði maðurinn sér alveg og upp frá því voru sýklalyf alltaf notuð og reyndust vel,“ bætir Sigrún við.

Hún talaði lítið um starf sitt heima þannig að fjölskyldan vissi aldrei hvað gerðist í vinnunni eða hverja hún hitti, enda þagnarskylda. Hún segist þó hafa verið ansi hörð við sjálfan sig í starfi sínu sem hjúkrunarfræðingur enda vann hún alla tíð mjög mikið.

Líkaði alltaf vel að vinna sem hjúkrunarfræðingur

„Mér líkaði alltaf vel að vinna sem hjúkrunarfræðingur. Það var margoft skemmtilegt við starfið, ekki síst þegar við gátum útskrifað fólk sem hafði náð fullum bata.“ Sigrún átti gott með að vinna með öðru fólk og hefur alltaf talað vel um samstarfsfólk sitt. Hún talaði lítið um starf sitt heima þannig að fjölskyldan vissi aldrei hvað gerðist í vinnunni eða hverja hún hitti, enda þagnarskylda. Hún segist þó hafa verið ansi hörð



Bjarni, eiginmaður Sigrúnar, var meðal annars handritasérfræðingur við Stofnun Árna Magnússonar árin 1972 til 1987. Þau Sigrún eignuðust fimm börn sem öll hafa komið sér vel fyrir í lífinu með sínar fjölskyldur.

við sjálfa sig í starfi sínu sem hjúkrunarfræðingur enda vann hún alla tíð mjög mikið. Eitt sem hefur alltaf einkennt Sigrúnu er lifandi áhugi á öðru fólki og hún hefur náð góðu sambandi við flesta sem á vegi hennar hafa orðið. Hún kann líka að spyrja réttu spurninganna. Nýlega hitti Sigrún stúlku í læknanámi, þegar hún dvaldi um hríð á Vífilsstöðum, og spurði hana hvort læknar væru í fjölskyldu hennar. Læknaneminn sagði að langafi sinn hefði verið Helgi, yfirlæknir á Vífilsstöðum. Þá gat Sigrún sagt henni að með honum hefði hún unnið, bar honum vel söguna og hann hafi reynst sér sérlega vel.

Engir karlar voru í hjúkrun á starfstíma Sigrúnar, en hún fagnar því að þeir hafa síðan komið smátt og smátt inn í stéttina. Sigrún hvetur ungt fólk til að læra hjúkrunarfræði því starfið sé ákaflega fjölbreytt og skemmtilegt. „Já, ég hvet ungt fólk til dáða. Það er bráðnauðsynlegt fyrir þjóðfélagið að eiga góða hjúkrunarfræðinga og ekki síður sjúkraliða. Þetta eru mikilvæg störf.“

Skilur ekki þennan háa aldur

Sigrún segist ekkert skilja í því að hún sé að verða 100 ára, hún hafi aldrei átt von á því að verða svona gömul. „Já, ég er mjög hissa á þessu. Sjónin er léleg og heyrnin enn verri, það er ekkert gaman að verða svona gamall. Ég get hins vegar ekki kvartað. Ég hef það gott hér í Sóltúni. Það er vel hugsað um okkur gamla fólkið, og ég á góða fjölskyldu,“ segir Sigrún að endingu.

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson



Sigrún er alsæl á hjúkrunarheimilinu Sóltúni enda með gott og stórt herbergi á heimilinu þar sem hún getur haft sína persónulegu hluti. Ljósmynd/Magnús Hlynur Hreiðarsson.

Af hverju hjúkrun?

— Brot úr vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðinga

Samskipti, fjölbreytileiki, sveigjanleiki og hraði einkenna lýsingar hjúkrunarfræðinga á störfum sínum í föstudagsviðtölum sem birst hafa á vef og facebook-síðu félagsins á afmælisárinu. Árið er ekki liðið en hér eru brot úr þeim viðtölum sem birtust frá maí til september. Ástæðurnar fyrir að leggja fyrir sig hjúkrun eru margvíslegar meðal viðmælenda. Sumir ólust upp í faðmi hjúkrunarfræðinga, hvort sem fyrirmyndin var móðir eða starfsfólk á heilbrigðisstofnunum, en aðrir ætluðu sér alls ekki að verða hjúkrunarfræðingar!

Tilhugsunin um hjúkrun kallaði fram mynd af blóði, verkjum og eynd

„Þetta er ein besta ákvörðun sem ég hef tekið því hjúkrun er ekki bara gefandi heldur líka fjölbreytt starf sem felur í sér mörg spennandi tækifæri,“ segir Ilmur Dögg Nielsdóttir. Hún ætlaði sér ekki að leggja hjúkrun fyrir sig heldur ætlaði hún upphaflega að verða sæhestaprófessor og kafa um kóralrif Ástralíu. „Hver dagur er ólíkur þeim síðasta og mér hefur — í alvörunni — alltaf fundist alveg sjúklega gaman að mæta í vinnuna,“ en Ilmur Dögg hefur undanfarin fjögur ár unnið sem skólahjúkrunarfræðingur við Víðistaðaskóla í Hafnarfirði.

Það var aldrei ætlunin hjá Lilju Jónasdóttur að leggja fyrir sig hjúkrun. „Ég ætlaði alls ekki í hjúkrun. Ég sá fyrir mér blóð, verki og eynd og fór bara í flugfreyjuna á þeim tíma! Svo liðu nokkur ár, ég þroskaðist og mig langaði í innihaldsríkara starf,“ segir Lilja. Hún hefur rutt brautina í að innleiða slökun í krabbameinsmeðferð og lærði hún dáleiddslu hjá Jakobi Jónassyni geðlækni og síðar hjá Michael Yapco. Lilja hefur lengstan hluta starfsævinnar unnið á dagdeild blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildar Landspítalans. „Ég hefði ekki getað hugsað mér fjölbreyttara og meira gefandi starf.“

Sigríður Elísabet Árnadóttir er heldur ekki ein þeirra sem dreymdi um að fara í hjúkrun, og hvað þá í skólahjúkrun enda lafhrædd við sprautur. Áhugi hennar á samskiptum við fólk og heilbrigðisvísindum leiddi hana þó í hjúkrunarfræði og starfar hún í dag — þvert á ætlan hennar — við skólahjúkrun og hjúkrunarmóttöku

„Ég ætlaði alls ekki í hjúkrun. Ég sá fyrir mér blóð, verki og eynd og fór bara í flugfreyjuna á þeim tíma! Svo liðu nokkur ár, ég þroskaðist og mig langaði í innihaldsríkara starf,“ segir Lilja Jónasdóttir.



Ilmur Dögg Nielsdóttir.



Lilja Jónasdóttir.



Sigríður Elísabet Árnadóttir.

á heilsugæslunni í Hlíðum. „Þegar ég var yngri var það meira að segja á lista yfir það sem ég ætlaði alls ekki að verða og hvað þá skólahjúkrunarfræðingur! En ég held að það hafi aðallega tengst því að ég var rosalega hrædd við sprautur,“ segir Sigríður.

„Fannst ég alltaf svo örugg að eiga mömmu sem hjúkrunarfræðing“

Þórunn Erla Ómarsdóttir sagði margsinnis við móður sína, Áslaugu Pétursdóttur hjúkrunarfræðing, yfir kaffibollanum að hún ætlaði ekki að fara í hjúkrun eins og formæðurnar. „Þegar ég hins vegar stóð frammi fyrir þessari stóru ákvörðun, hvað ætlaði ég að verða þegar ég yrði stór, þá varð hjúkrunarfræðin fyrir valinu,“ segir hún. Móðir hennar, Áslaug Pétursdóttir, segir að hún hafi allt frá því að hún man eftir ætlað sér að verða hjúkrunarfræðingur en móðir hennar var einnig menntuð í hjúkrun.

Árni Már Haraldsson, deildarstjóri á gjörgæslu og vöknun við Hringbraut, kynntist störfum hjúkrunarfræðinga ungur að árum en móðir hans er einnig hjúkrunarfræðingur. „Það hefur án efa haft töluverð áhrif á val mitt,“ segir hann en fjölbreytileiki starfsins vó þó þyngra að hans sögn. „Það sem heillaði mig mest kannski var að hjúkrunarfræðingarnir voru með ótrúlega vítt starfssvið og komu eiginlega að öllu sem tengdist sjúklingnum og líka starfseminni í kringum það. Ætli það hafi ekki verið það sem heillaði mig mest.“ Bergljót Þorsteinsdóttir heilsugæsluhjúkrunarfræðingur kynntist einmitt hjúkrunarstarfinu í gegnum móður sína sem var ljósmóðir á Egilsstöðum. Hún hefur unnið við hjúkrun frá útskrift en áður en hún hóf nám í hjúkrun fór hún í Garðyrkjuháskóla ríkisins þaðan sem hún útskrifaðist sem garðyrkjufræðingur. Hún segist vera þakklát fyrir að hafa valið hjúkrun og árangurinn af starfinu hefur gefið henni mikið.

„Faðir minn, lögfræðingurinn, sagði alltaf að ég ætti heima í hjúkrun því þá hefði ég tækifæri til að starfa á alþjóðlegum vettvangi. Hann þekkti stelpuna sína, sjáðu til, vissi nefnilega að það væri ekki vottur af sveitarómantik í henni og að hún þrífist ekki nema í stórborgum með háhýsum og milljónir manna í kringum sig,“ segir Björk Bragadóttir.

Björk Bragadóttir vissi alveg hvað hún var að fara út í þegar hún skráði sig í hjúkrun enda „hjúkkubarn“ af Landakoti, eins og hún orðar það. „Mér fannst ég alltaf svo örugg að eiga mömmu sem hjúkrunarfræðing,“ en móðir hennar vann á Landakoti.



Þórunn Erla Ómarsdóttir og Áslaug Pétursdóttir.



Árni Már Haraldsson.



Bergljót Þorsteinsdóttir.



Björk Bragadóttir.

Unnur Þormóðsdóttir, hjúkrunarstjóri á Heilbrigðisstofnun Suðurlands, hefur alltaf haft áhuga á að vinna með fólki og segir að einhvern veginn hafi aldrei neitt annað staðið til en að starfa innan heilbrigðisgeirans. Að sögn Unnar var þetta bara ákvörðun sem hún tók þegar hún var lítil stúlka og sem betur fer breyttist sú ákvörðun aldrei. „Hjúkrun er bara eitt fallegasta og göfugasta starf sem hægt er að sinna,“ segir Unnur og telur það vera forréttindi að fá að aðstoða og hjálpa fólki þegar það þarf sem mest á því að halda. „Ég gæti aldrei hugsað mér að vinna annað starf.“

„Hjúkrun er bara eitt fallegasta og göfugasta starf sem hægt er að sinna,“ segir Unnur Þormóðsdóttir og telur það vera forréttindi að fá að aðstoða og hjálpa fólki þegar það þarf sem mest á því að halda. „Ég gæti aldrei hugsað mér að vinna annað starf.“

Og svo eru það þau sem ákvarða framtíðarstarfsvettvanginn eftir að hafa kynnst hjúkrunarstörfum í sumarvinnunni. Áhuga Hrafn Óla Sigurðssonar á hjúkrun má rekja allt aftur til unglingsáranna en þá réð hann sig sem „gangastrák“ á handlækn-ingadeildinni á FSA við að skúra gólf sumarið 1972. Ákvörðun um framtíðarstarfsvettvanginn byggist á óseðjandi forvitni Hrafn Óla, sérfræðings í geðhjúkrun um mannlegt eðli: „Ég hef alltaf verið í skóla af einu eða öðru tagi,“ segir hann, en Hrafn Óli hefur verið búsettur í New York meira og minna undanfarin 30 ár. Hann starfar nú sem „Nurse Practitioner“ í ráðgafahóp fyrir vímuefnamisnotkun meðal sjúklinga sem leggjast inn á hand- og lyflækningadeildir á einu af sjúkrahúsumum í New Yorkborg, auk þess sem hann rak eigin stofu í 10 ár.

A woman with long brown hair, wearing a green long-sleeved shirt and blue jeans, is smiling and standing next to a patient in a hospital bed. The patient is wearing a black shirt and has a white pillow behind their head. The background shows a hospital room with a red wall and a window.

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA • 3. TBL. 95. ÁRG. 2019 21

Fyrir algjöra tilviljun fékk Sigurveig Gísladóttir, aðstoðardeildarstjóri á hjúkrunarheimilinu Fossahlíð á Seyðisfirði, sumarvinnu á gamla spítalanum á Seyðisfirði þegar hún var rétt orðin 16 ára gömul. Hún fékk eina vakt í aðlögun og var svo hent í djúpu laugina og vann næstu sumur þar meðfram námi. Það sem heillaði hana voru þau óteljandi verkefni, sjálfstæði og þrautseigja sem þarf til að vera í þessu starfi, „í bland við þessa sérstöku nánd og tengsl við skjólstaðinga og fjölskyldur þeirra,“ segir hún. „Á Seyðisfirði má segja að ég sé alin upp af frábærum hjúkrunarfræðingum í gegnum tíðina sem hafa kennt mér hversu mikilvægu hlutverki við sinnum í samfélagi okkar og hversu mikinn þátt við getum átt í að þróa þá starfsemi sem við veitum og ekki síst að gefast ekki upp í þeirri viðleitni.“

Björk Guðmundsdóttir var staðráðin í því að fara í nám sem gæfi henni réttindi til að starfa við umönnun eftir að hafa unnið sumarlangt við umönnun íbúa á Kópavogshæli, þá 17 ára gömul. Björk hefur hjúkrað föngum í aldarfjórðung.

Björk Guðmundsdóttir var staðráðin í því að fara í nám sem gæfi henni réttindi til að starfa við umönnun eftir að hafa unnið sumarlangt við umönnun íbúa á Kópavogshæli, þá 17 ára gömul. Björk hefur hjúkrað föngum í aldarfjórðung en hún hóf störf í Kópavogsfangelsinu 1994, sem þá var kallað kvennafangelsið, og vann þar allt til 2016 þegar því var lokað. Hún vann einnig í Hegningarhúsinu við Skólavörðustíg í fjölda ára og á Litla-Hrauni. Fangelsisstörfin hafa öll verið hlutastörf og því hefur hún unnið í öðrum störfum samhliða en hún er nú í 50% starfi í fangelsinu á Hólmsheiði og 50% starfi á móttökudeild á Hringbraut.

Það er svo gaman að vinna með fólki

Áhugi á fólki og samskiptum getur einfaldlega ráðið því að hjúkrun verði fyrir valinu. Bylgja Kærnested, deildarstjóri á hjartadeild Landspítala, vissi ekkert hver Florence Nightingale var né átti hún nokkurn nákominn í hjúkrunarfræði þegar hún ákvað að skrá sig í hjúkrun eftir að hafa lokið stúdentsprófi við Kvennaskólann í Reykjavík. Það var tilviljun sem réð því frekar en köllun, segir hún, en áhugi hennar á samskiptum, heilsu og velferð sjúklinga réð þar mestu. „Landspítalinn er minn staður, þar slær hjartað og hann er án efa besti vinnustaður landsins.“ Hún segir samstarfsfólk sitt vera framúrskarandi enda einkenni það Landspítalann sem vinnustað að þar sé samankomið starfsfólk sem hefur einlægan áhuga á samskiptum og vill láta gott



Sigurveig Gísladóttir.



Björk Guðmundsdóttir.



Bylgja Kærnested.



Margrét Héðinsdóttir.

af sér leiða og hjálpa öðrum. „Það sem gerir hjúkrun svo dásamlegan starfsvettvang er allur fjölbreytileikinn. Hver dagur er ný glíma.“

„Vinnan mín hefur alltaf verið eitt af mínum áhugamálum og það að taka þátt í að þróa fagið áfram — sama hvort ég hef verið að kenna eða vinna við hjúkrun. Það er oft erfitt að draga línu þarna á milli,“ segir Margrét Héðinsdóttir.

Vinnan hefur alltaf verið eitt af áhugamálum Margrétar Héðinsdóttur hjúkrunarfræðings. Hún hefur komið víða við á starfsferli sínum sem hjúkrunarfræðingur, en hún gegnir nú stöðu vefstjóra Heilsuveru sem er vefur fyrir almenning um heilsu og áhrifaþætti hennar. Vefurinn er samstarfsverkefni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Embættis landlæknis. Aðspurð af hverju hjúkrun hafi orðið fyrir valinu segir hún einkum tvær ástæður liggja þar að baki. Annars vegar var það atvinnuöryggið og hins vegar hve gaman henni þykir að vinna með fólki. „Ég hafði aldrei unnið á spítala og vissi ekkert hvað ég var að fara út í. Vinnan mín hefur alltaf verið eitt af mínum áhugamálum og það að taka þátt í að þróa fagið áfram — sama hvort ég hef verið að kenna eða vinna við hjúkrun. Það er oft erfitt að draga línu þarna á milli.“

Mannleg hegðun og heilsufar

Það var áhugi á heilbrigðisvísindum sem varð til þess að Guðjón Hauksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Austurlands, ákvað að fara í hjúkrunarfræði. Guðjón sá alltaf fyrir sér að mennta sig meira og varð hagfræðin fyrir valinu. „Kenningar hagfræðinnar nýtast vel til útskýringar á mannlegri hegðun og því hvaða hvatar liggja að baki hegðun okkar. Öll viljum við hag okkar sem mestan,“ segir hann. Helga Bragadóttir, prófessor við HÍ, fékk hugmyndina að því að fara í hjúkrun eftir lestur á þýskri unglingabók í Þýskalandi jólnin 1977 þar sem

hún dvaldi sem skiptinemi 17 ára gömul. „Þetta var pólitískt gagnrýnin lýsing á aðstæðum fólks og hvernig hjúkrunarfræðingurinn vann og beitti sér fyrir að kenna íbúum og efla þá til bættrar heilsu. Einhverra hluta vegna heillaðist ég af þessu og hugmyndin um að hjúkrun væri eitthvað sem mig langaði að gera lét mig ekki í friði næstu árin.“

Fjölbreytni, hreyfanleiki og almenn skemmtilegheit

Birgir Örn Ólafsson, skurðhjúkrunarfræðingur á Landspítala í Fossvogi, var strax í grunnskóla ákveðinn í að læra hjúkrunarfræði. Þar réð mestu áhugi hans á raungreinum og þá sér í lagi líffæra- og lífeðlisfræði eða allt sem viðkemur mannslíkamnum, segir hann. „Þegar ég var í 10. bekk í grunnskóla fletti ég í gegnum námskrár og kennsluáætlanir frá nokkrum framhaldsskólum og Háskóla Íslands og skoðaði allt sem var heilbrigðistengt. Niðurstaðan af því var sú að ég ætlaði að læra hjúkrunarfræði,“ segir hann. Hann segir helsta kost starfsins vera hvað það sé skemmtilegt. „Vinna á skurðstofum er mjög skemmtileg og þar er mikið unnið í teymisvinnu þar sem hver og einn hefur sitt hlutverk og sína ábyrgð en allir að vinna með sama sjúklinginn á sama tíma.“

Kostir þess að vinna á heilsugæslu er hreyfanleiki starfsins, segir Bjarnheiður Böðvarsdóttir, hjúkrunarfræðingur á heilsugæslunni á Selfossi. „Mér hefur fundist mjög skemmtilegt að vinna í heilsugæslunni og finnst gaman að geta sinnt fólki á öllum aldurstigum. Í heilsugæslunni fylgjum við fólki frá vöggu til grafar og þar er fjölskylduhjúkrun mjög mikilvæg.“ Hreyfanleiki starfsins felst í að hjúkrunarfræðingar fara heim til fólks í vitjanir, bæði í ungubarnaverndinni og svo í heima-hjúkrun, „og svo höfum við hér á Selfossi verið með heilsueflandi heimsóknir fyrir alla sem eru 80 ára,“ segir Bjarnheiður. „Í mínu umdæmi þarf oft að fara um langan veg út í sveitir og í aðra þéttbýliskjarna. Það er öðruvísi þegar maður hittir fólk á sínum heimavelli heldur en á heilsugæslunni. Einnig finnst mér svo áhugavert hvað heilsugæslan getur annast fólk á heildrænan hátt.“



Guðjón Hauksson.



Helga Bragadóttir.



Birgir Örn Ólafsson.



Bjarnheiður Böðvarsdóttir.

Pankastrik

Öryggismál á skurðstofum Landspítala

Rut Sigurjónsdóttir skurðhjúkrunarfræðingur

Pankastrik er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í pankastriki gefst hjúkrunarfræðingum færi á að tjá sig um ýmislegt er varðar hjúkrun og er þeim hjartfólgið. Pistlarnir geta fjallað um ákveðin málefni, sögur af kynnum við sjúklinga eða starfsfólk, eitthvað sem hefur orðið höfundum til hugljómunar eða hvað eina annað sem tengist starfinu og hugmyndafræði þess.



Rut Sigurjónsdóttir og Þráinn Rósmundsson barnalæknir.

Ég vil byrja á að þakka Hildi Vattnes Kristjánsdóttur, hjúkrunarfræðingi HSU í Vestmannaeyjum, fyrir að skora á mig að rita Pankastrik. Ég útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur árið 2011 og minn aðalstarfsvettvangur hefur verið í gjörgæsluhjúkrun. Síðan fór ég í framhaldsnám í skurðhjúkrun og útskrifaðist sem skurðhjúkrunarfræðingur árið 2015. Í dag starfa ég á skurðstofum Landspítalans við Hringbraut í barnateymi ásamt því að vera ljúka diplómanámi í hjúkrunarstjórnun með áherslu á forystu og frumkvöðlastarf við Háskóla Íslands. Í þessu Pankastriki mun ég fjalla um skurðstofurnar á Landspítalanum.

Skurðstofurnar þykja gjarnan vera hulin heimur fyrir langflestum nema innanbúðarmönnum, en fæstir hafa hugmynd um hvað fer fram í þessu hátæknilega og steríla umhverfi — nema kannski þeir sem hafa fylgst eitthvað af viti með hinum geysivinsælu sjónvarpsþáttum Grey's Anatomy.

Þverfagleg teymisvinna á skurðstofum

Skurðstofurnar þykja gjarnan vera hulin heimur fyrir langflestum nema innanbúðarmönnum, en fæstir hafa hugmynd um hvað fer fram í þessu hátæknilega og steríla umhverfi — nema kannski þeir sem hafa fylgst eitthvað af viti með hinum geysivinsælu sjónvarpsþáttum Grey's Anatomy. Þar sjást hjúkrunarfræðingar að vísu ekki nema í mýflugumynd því athyglin beinist fyrst og fremst að störfum skurðlækna. Það fer því lítið fyrir þeirri þverfaglegu teymisvinnu sem er einmitt einkennandi fyrir starfsemi skurðstofanna á Landspítalanum, en þar eru framkvæmdar hátt í 15.000–16.000 skurðaðgerðir árlega og enginn dagur er eins, og tilfelli geta verið eins ólík og þau eru mörg. Til að hægt sé að framkvæma skurðaðgerð í svæfingu þarf sérstakt þverfaglegt aðgerðateymi. Í slíku teymi eru að jafnaði 8–10 meðlimir, til að mynda skurðhjúkrunarfræðingar, skurðlæknir, deildarlæknar, svæfingahjúkrunarfræðingar og svæfingalæknir auk ýmissa nema í verknámi. Það er því ljóst að margir fagaðilar taka þátt í hverri skurðaðgerð og það skiptir miklu máli að allir þekki sitt hlutverk vel og viti til hvers er ætlast. Hver og einn teymismeðlimur er því mikilvægur hluti af liðsheildinni svo að allt gangi sem best fyrir skjólstæðinga okkar.

Áhersla lögð á öryggismál

Alvarlegar upptökur á borð við hjartastopp og ofnæmislost eru heldur fátíðar á skurðstofum en allt getur þó gerst því ýmis hættu getur fylgt því að gangast undir

GÁTLISTI

Öryggi í skurðaðgerðum
Staðfærður gátlisti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO)

Öryggi sjúklinga WHO

Áður en svæfing/deyfing hefst

Fyrir upphaf aðgerðar

Áður en sjúklingur er fluttur af skurðstofu

Við móttöku
Skurðhjúkrunarteymi- og svæfingateymi:
 Er viðvörðunarpriyrningur til staðar í sjúkraskrá sjúklings?
☐ Nei ☐ Já
 BAS blóðsýni til staðar í Sögu/Orbit
☐ Nei ☐ Já ☐ Á ekki við
Sjúklingur/forráðamaður staðfestir eftirfarandi:
☐ Nafn/kennitölu?
 Er sjúklingur með þekkt ofnæmi?
☐ Nei ☐ Já, fyrir hverju
☐ Armband með nafni og kennitölu?
☐ Fyrirhugaða aðgerð?
☐ Er sjúklingur fastandi, frá kl.?
☐ Síðustu þvaglát sjúklings, kl.?
 Undirritað samþykki fyrir aðgerð? ☐ Já ☐ Nei
☐ Merkingu aðgerðarsvæðis?
☐ Hægri ☐ Vinstri ☐ Á ekki við ☐ Nei
☐ Ígræði ☐ Gerviliði ☐ Hreyfigetu
Á skurðstofu/móttöku
Skurðhjúkrunarteymi:
☐ Dauðhreinsun áhálda og búnaðar staðfest?
☐ Tækjabúnaður yfirfarinn og ☐ Ígræði til staðar?
Svæfingateymi:
☐ Svæfingavél yfirfarin?
☐ Svæfingalyf og önnur lyf yfirfarin?
 Þarf sérstakan viðbúnað svæfingateymis með tilliti til aðgerðar? ☐ Já ☐ Nei
 Hætta á erfiðum loftvegi eða ásvælingu?
☐ Nei
☐ Já, tækjabúnaður/hjálpartæki er til staðar?

Rétt áður en aðgerð hefst
Skurðlæknir/skurðhjúkrunarteymi/svæfingateymi
☐ Þekkjast allir sem koma að aðgerðinni og hlutverk þeirra?

Staðfesta:
☐ Nafn og kennitölu sjúklings?
☐ Hvaða aðgerð er fyrirhuguð og aðgerðarsvæði?

☐ Sérstakir áhættuþættir í aðgerð?
☐ Áætluð lengd skurðaðgerðar?
 Eru nauðsynleg gögn úr myndgreiningu til staðar?
☐ Já ☐ Nei ☐ Á ekki við
 Voru sýklalyf í fyrirbyggjandi tilgangi gefin á síðastliðnum 60 mínútum?
☐ Já ☐ Nei ☐ Á ekki við

Er áætlaður blóðmissir > 500 ml (>7ml/kg hjá börnum)?
☐ Nei
☐ Já, ☐ búið að panta BAS blóðsýni eða blóð

Í lok aðgerðar
Skurðlæknir/skurðhjúkrunarteymi/svæfingateymi:
 Rétt heiti aðgerðar skráð
☐ Já ☐ Nei
 Rétt talning á áhöldum, grísum og nálum staðfest
☐ Já ☐ Nei
 Er lífsýni merkt? (lesið merkimiða upphátt ásamt nafni sjúklings)
☐ Já ☐ Nei ☐ Á ekki við
 Á að gefa sýklalyf eftir aðgerð?
☐ Já ☐ Nei ☐ Fyrirmæli til staðar?
 Á að gefa blóðsegavörn eftir aðgerð?
☐ Já ☐ Nei ☐ Fyrirmæli til staðar?
 Eftirlit með þvaglátum
☐ Ómun ☐ Aftöppun ☐ Þvagleggur
 Gekkt allt samkvæmt áætlun? Já ☐ Nei ☐
 Er þörf á atvikaskráningu?
☐ Já ☐ Nei
 Eru sérstök atriði sem þarf að ræða varðandi meðferð eftir aðgerð?

Dags: / 20....

Gæðaskjal nr: LSH-1705

Staðfærður gátlisti um öryggi í skurðaðgerðum.

skurðaðgerð og svæfingu. Á skurðstofum Landspítalans er mikil hefð fyrir öryggismálum en þar notum við meðal annars viðurkenndan og staðfærðan öryggisgátlista frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (World Health Organization), sem við köllum „WHO-listann“, fyrir alla okkar skjólstæðinga. WHO-öryggisspurningalistinn er þríþættur. Í fyrsta hluta fer aðgerðarteymið yfir spurningar með sjúklingi sem hann svarar sjálfur en þar er m.a. spurt um nafn, kennitölu, ofnæmi, hvaða aðgerð viðkomandi er að fara í, samþykki fyrir aðgerð, föstu og fleira. Í öðrum hluta fer aðgerðarteymið saman yfir spurningar eftir að búið er að svæfa eða deyfa sjúklinginn og áður en skurðaðgerð hefst, þar er m.a. spurt hvort allir á skurðstofunni þekkist og þekki sitt hlutverk. Ef ekki, þá kynna sig allir með nafni og starfsheiti, hvaða aðgerð á að framkvæma, áhættuþætti, lengd aðgerðar, áætlaða blæðingu og fleira. Í þriðja og síðasta hluta fer aðgerðarteymið saman yfir spurningar eftir að skurðaðgerð lýkur en áður en sjúklingur fer út af skurðstofu. Þar er m.a. spurt hvort rétt aðgerðarheiti sé skráð, hvort talning á áhöldum, grísum og nálum sé rétt, hvort sjúklingur þurfi sýklalyf eða blóðþynningu eftir aðgerð, hvort þörf sé á sérstöku eftirliti með þvaglátum eftir aðgerð og fleira. Markmið WHO-listans er að tryggja öryggi sjúklinga í öllu skurðaðgerðarferlinu.

Herminám á skurðstofum

Herminám er fremur nýleg kennsluáðferð innan heilbrigðisvísinda sem hefur verið að ryðja sér til rúms á síðustu árum innan háskóla og heilbrigðisstofnana, bæði hérlandis sem erlendis, við miklar vinsældir. Herminám er einn liður í að auka öryggi á heilbrigðisstofnunum og gefur heilbrigðisstarfsfólki tækifæri til að efla hæfni og færni við öruggar aðstæður án þess að valda sjúklingum skaða.

Í könnun, sem gerð var eftir herminám meðal hjúkrunarfræðinga og lækna á skurðstofunum við Hringbraut, þar sem æfð voru viðbrögð við ofnæmislosti og hjartastoppi, taldi stór hluti þátttakenda hermiþjálfun bæta þverfaglega samvinnu, teymisvinnu, samskipti og verklag við bráðaaðstæður auk þess sem hermiþjálfun byði upp á tækifæri til að bæta aðstæður, verklag og umhverfi deildar.



Aðgerð — herminám.

Á skurðstofum Landspítalans höfum við verið að prófa okkur áfram með svokallað „herminám á heimavelli“ sem felur í sér að setja upp herminám á skurðstofunum við aðstæður sem starfsfólk skurðstofunnar starfar á og þekkir til. Þar höfum við meðal annars sett upp tilfelli sem þykja líkja eftir raunverulegum aðstæðum sem geta komið upp í okkar vinnuumhverfi. Þetta hefur gefið starfsfólki tækifæri til að þjálfra verkferla, vinnubrögð og samskipti við hinar margvíslegustu aðstæður. Í könnun, sem gerð var eftir herminám meðal hjúkrunarfræðinga og lækna á skurðstofunum við Hringbraut, þar sem æð voru viðbrögð við ofnæmislosti og hjartastoppi, taldi stór hluti þátttakenda hermiþjálfun bæta þverfaglega samvinnu, teymi-svinnu, samskipti og verklag við bráðaaðstæður auk þess sem hermiþjálfun byði upp á tækifæri til að bæta aðstæður, verklag og umhverfi deildar. Þá vildu allir þátttakendur að boðið yrði upp á hermiþjálfun á deildinni með reglubundnum hætti.

Ég vil skora á Soffíu Kristjánsdóttir, svæfingahjúkrunarfræðing í Fossvogi, að skrifa næsta Þankastrík.

Átt þú orlofseign sem þú vilt leigja?

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga óskar eftir að leigja vönduð sumahús eða orlofsíbúðir fyrir félagsmenn sína. Leitað er eftir húsnaði víðs vegar um landið og erlendis. Eignirnar þurfa að vera snyrtilegar, fullbúnar húsgögnum og öðrum viðeigandi búnaði.

Áhugasamir sendi upplýsingar á hjukrun@hjukrun.is eða hafi samband við skrifstofu í síma **540 6400**.



NÝTT LYF
— VIÐ —
OFNÆMI

AAAAAAAAATSSJÚÚÚ!



Of mikið sumar?

Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Flynise inniheldur virka efnið desloratadín 5 mg sem er andhistamín. Flynise er ofnæmislyf sem veldur ekki syfju. Það vinnur gegn ofnæmisviðbrögðunum og einkennum þeirra. Flynise dregur úr einkennum ofnæmisnefkvefs (bólga í nefgöngum vegna ofnæmis, t.d. frjónæmi eða ofnæmi fyrir rykmaurum) hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri. Flynise er einnig notað gegn einkennum er tengjast ofsakláða (ofnæmisviðbrögð í húð). Lyfið er til inntöku og á að gleypa töfluna heila. Ráðlagður skammtur er ein tafla á sólarhring með vatni, með eða án fæðu. Gætið varúðar þegar Flynise er tekið með áfengi. Þú verður að hafa samband við lækni ef einkenni versna eða batna ekki á 7 dögum. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leiðið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is


Actavis

Með augum hjúkrunarfræðingsins

— Ljósmyndasamkeppni



Í Önundarfirði. Myndina tók Kristín Rósa Ármannsdóttir.



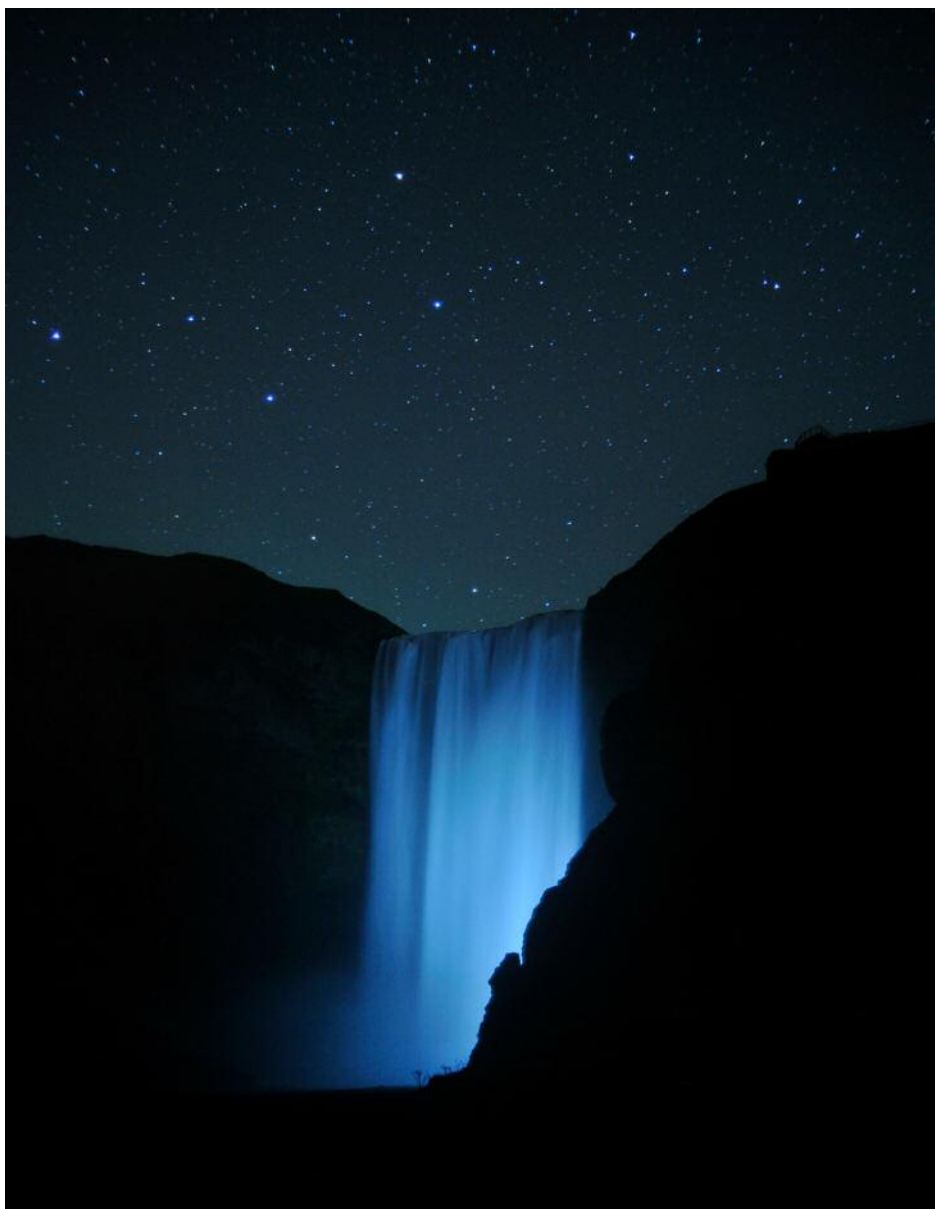
Hautlitir á Mýrum, Skarðsheiðin í baksýn. Myndina tók Jónína Helga Jónsdóttir.



Sumarið 2019. Myndina tók Baldvina Ýr Hafsteinsdóttir.

Metþátttaka var í ljósmyndasamkeppni Tímarits hjúkrunarfræðinga og fyrir vikið var fjöldi innsendra mynda á áttunda tug. Það var því úr vöndu að ráða en fyrir valinu varð ljósmynd Sigurveigar Björgólfsdóttur sem hún tók á kvöldgöngu við Reykjavíkurtjörn í september.

Tímarit hjúkrunarfræðinga þakkar þátttökuna og birtir nokkrar innsendar myndir.



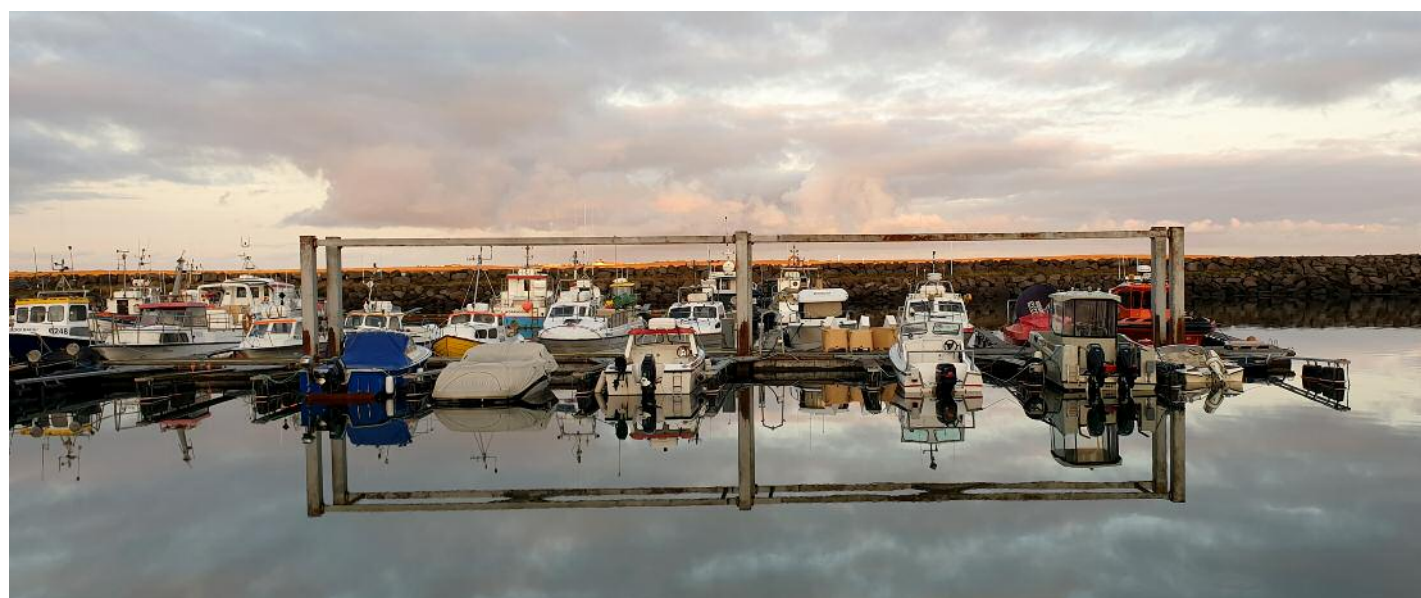
Skógarfoss í næturljóma. Myndina tók Sigríður Jóna Kjartansdóttir.



Myndina tók Sigurveig Björgólfsdóttir á kvöldgöngu við Reykjavíkurtjörn.



Sólarupprás við Jökulsárlón. Myndina tók Sigríður Jóna Kjartansdóttir.



Aðalsteinn Baldursson tók þessa mynd við Kópavogshöfn snemma morguns í september eftir að hafa tekið þátt í leitaraðgerð þá um nóttina.



Fallegir litir sólarlagsins. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.

Setið fyrir svörum ...

Sigríði Guðjónsdóttur dreymdi um að verða þverflautuleikari á yngri árum og töfra fólk til góðs með flautuleik, en Garðar Örn Þórsson langaði mjög mikið að verða jarðfræðingur. Jóhönnu Kristófersdóttur langaði aftur á móti að verða hárgreiðslukona. Þegar kom að því að velja framtíðarstarfsvettvang varð hjúkrunarfræðin fyrir valinu hjá þeim öllum. Sigríður og Garðar segjast bæði vera fljótfær á stundum og Jóhanna segist sinn helsta löst vera ópolinmæði og smámunasemi. Eftirlætisleikfangið hennar Sigríðar er eldavélin og getur hún hæglega gleymt sér við eldamennsku. „Klárlega götuhjólið mitt,“ segir Jóhanna enda nýkomin úr hjólaferð á Spáni. Hjá Garðari er það aftur brúnn api sem hann eignaðist ungur að árum. „Ég á hann enn þá, um það bil í henglum, en í ruslið mun hann aldrei fara.“

„Lífið er lærdómur, kúnstin er bara að finna út úr því“

— Sigríður Guðjónsdóttir



Sigríður Guðjónsdóttir.

Fullkomin hamingja er ... að vera sátt í eigin skinni. Hvað hræðist þú mest? Að eitthvað hendi börnin mín og barnabörn. Fyrirmyndin? Hvatning föður míns og sú viska að ég gæti allt sem ég ætlaði mér. Sterkar konur og réttisýnar. Eftirlætismál-tækið? Ég finn út úr þessu. Hver er þinn helsti kostur? Vinnusemi, elja, seigla og tryggð. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Trúlega var ég um átta ára þegar ég vildi verða þverflautuleikari. Þetta var það flottasta og mest heillandi sem ég hafði heyrt, ég fór hreinlega í annan heim við að hlusta á flautuhljóminn. Ég vildi töfra fólk til góðs með flautuleik. Eftirlætismaturinn? Allur matur, dýrka hreinlega til-raunastarfsemi í matargerð en gengur afar illa að fara eftir uppskrift. Horfi til dæmis á mynd af mat og ímynda mér hvernig bragðið væri, svo elda ég ... og ekki alltaf jafngott, en gaman er það. Að minnsta kosti fyrir mig. Get hreinlega gleymt mér við að búa til eitthvað matarkyns. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Leti og lygi. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Ég er mjög stolt af menntuninni minni og hefur hún mótað allt mitt líf og samræmist lífsgildum mínum — að láta gott af sér leiða. Hvað er þá flottara og betra en að skarta titlum eins og hjúkrunar-kona, hjúkrunarfræðingur og skurðhjúkrunarfræðingur! Ég er þetta allt og ber þessa titla með stolti. Eftirminnilegasta ferðalagið? Þegar ég uppgötvaði ímyndunarheim hugans í gegnum þær ótal bækur sem ég las sem barn, og því lík ævintýri! Og enn get ég gleymt mér í bókunum. Ofmetnasta dyggðin? Stoltið. Hver er þinn helsti löstur? Fljótfærni. Hverjum dáist þú mest að? Engum einum einstaklingi heldur ímynd hjálpar samtaka sem vilja láta gott af sér leiða. Eftirlætishöfundurinn? Edita Morris. Árið 1980 fékk ég bókina Blómin í ánni að gjöf frá fullorðinni vinkonu. Ekki grunaði mig að ég ætti eftir að lesa þessa bók oft og oft í gegnum komandi ár. Mikill áhrifavaldur fyrir mig og mæli ég með lestri hennar. Ofnotaðasta orðið eða orðatil-tækið? Vinnan göfgar manninn. Mesta eftirsjáin? Að hafa ekki farið til útlanda í

hjálpastarf. Eftirlætisleikfangið? Eldavélin mín. Stóra ástin í lífinu? Maðurinn minn. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Þolinmæði. Þitt helsta afrek? Börnin. Eftirlætisdýrið? Öll. Hvar vildir þú helst búa? Nokkuð sátt í borginni en væri til í afdrep í sveit. Hvað er skemmtilegast? Fátt skemmtilegra en borða saman með ættingjum og vinum, maður er jú manns gaman. Svo get ég alveg gleymt mér við alls kyns handverk. Dyrka allt gamalt og er svolítill safnari. Þegar ég kem með eitthvað gamalt heim segir maðurinn minn gjarnan: „Já, fer þetta inn á byggðasafnið?“ en þá vísar hann til handavinnuherbergis míns. Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vína? Trygð. Eftirlætiskvikmyndin? Stella í orlofi. Markmið í lífinu? Að umvefja heiminn í ást og umhyggju. Hvað starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi? Listamaður, fornmunavörður, húsgagnasmiður, gullsmiður eða ... það er svo margt sem mig langar. Eitthvað að lokum? Lífið er lærdómur, kústin er bara að finna út úr því.

„Traust og heiðarleiki eru stærstu eiginleikar sem til eru“

— Garðar Örn Þórsson

Fullkomin hamingja er ... að vera heilbrigður og sáttur í eigin skinni. Hvað hræðist þú mest? Margt sem ég hræðist, en ég hugsa að ég hræðist mest að fá einhvern af þeim hræðilegu sjúkdómum sem maður hefur séð sjúklingana sína þurfa að glíma við. Fyrirmyndin? Innan hjúkrunar langar mig að nefna tvær konur. Önnur var hjúkrunarfræðingur á krabbameinsdeildinni þegar ég byrjaði þar sem nemi og ég leit alltaf upp til og ætlaði að verða nákvæmlega eins og hún. Hún heitir Sigrún Anna Jónsdóttir og er núna starfandi á líknardeildinni. Í seinni tíð er hjúkrunarfræðingur sem ég hef mikið litið upp til og heitir Nanna Friðleifsdóttir og er sérfræðingur í krabbameinshjúkrun. Eftirlætismáltækið? Að gera ekki úlfalda úr mýflugum. Hver er þinn helsti kostur? Ég myndi halda að það sé að ég er góður að hlusta og fólki finnst gott að leita til mín með sín vandamál. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ungur? Það var nú svo margt en lengi vel langaði mig mjög mikið að verða jarðfræðingur. Eftirlætismaturinn? Það er fátt ef nokkuð sem slær við grillaðri nautalund „medium rare“ með geggjaðri bernais-sósu og meðlæti og gott hvítvín með. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Óstundvísi og falskt fólk gerir alveg út af við mig. Hverju ertu stoltastur af að hafa áorkað? Að hafa lokið háskólanámi á sínum tíma í jafnkrefjandi námi og hjúkrunarfræði er. Eftirminnilegasta ferðalagið? Ég ferðast alveg gríðarlega mikið og á til dæmis aðeins eftir að heimsækja eitt land í Evrópu. Það er erfitt að velja eitthvað eitt eftirminnilegt þótt það séu nokkur sem standa upp úr. Fyrir tveimur árum ferðaðist ég um Ísrael og Palestínu og það var mjög áhugavert. Eitt skemmtilegasta ökuferðalag sem ég hef farið í var í Wales þar sem við keyrðum í gegnum æðislega smábæi og skoðuðum kastala og aðrar magnaðar byggingar. Í vor fór ég til Úsbekistans og Túrkménistans og það var alveg mögnuð ferð, full af andstæðum og magnað að koma til lands líkt og Túrkménistan þar sem lokað er á alla samfélagsmiðla. Mörg frábær ferðalög og eflaust mörg frábær eftir. Ofmetnasta dyggðin? Stundvísi. Hver er þinn helsti löstur? Á það kannski til að verða stundum aðeins of fljótfer. Hverjum dáist þú mest að? Ég held að í dag dáist ég mest af forsetanum okkar, honum Guðna. Hann er landi og þjóð til sóma, mikill baráttumaður mannréttinda og fleira. Forsetafrúin er líka frábær þannig að þau saman eru það fólk sem ég dáist mest að í dag. Eftirlætishöfundurinn? Einn af betri erlendum höfundum er sá sem skrifaði meðal annars bókina Alkemistinn og heitir Paulo Coelho, margar magnaðar sögur eftir hann. Hvað varðar íslenska glæpahöfunda ætla ég ekki að gera upp á milli Arnaldar og Yrsu. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Þetta reddast! Mesta eftirsjáin? Sé ekki eftir mörgu í gegnum tíðina en ef ég ætti að velja eitthvað eitt þá er það að hafa ekki enn þá lagt í að flytjast



Garðar Örn Þórsson.



búferlum til útlanda, en vonandi er enn þá tími til stefnu. **Eftirlætisleikfangið?** Sem krakki þá var það brúni apinn minn sem ég eignaðist þegar ég var tveggja eða þriggja ára. Ég á hann enn þá, um það bil í henglum en í ruslið mun hann aldrei fara. **Stóra ástin í lífinu?** Ég á enn þá eftir að finna stóru ástina ... **Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?** Ég vildi hafa lækningamátt svo ég gæti læknað og lengt líf allra ungu og fallegu sjúklinganna sem hafa þurft að láta í minni pokann fyrir sínum veikindum. **Þitt helsta afrek?** Eitt sinn afrekaði ég það að prófa köfun þrátt fyrir gríðarlega köfnunartilfinningu og hræðslu við að ég myndi drukna. **Eftirlætisdýrið?** Margir myndu nú segja að ég geti ekki átt uppáhaldsdýr þar sem ég hef margoft látið það út úr mér að ég myndi aldrei vilja eiga dýr. Hins vegar geta litlir hundar verið yndislegar skepnur. **Hvar vildir þú helst búa?** Þessi spurning er hrikalega erfið. Ég ætla að segja að ég myndi vilja búa einhvers staðar þar sem veðrið er gott, góðir atvinnumöguleikar og framúrskarandi heilbrigðiskerfi. Því miður á þetta ekki við Ísland þrátt fyrir að Ísland sé gott að mörgu leyti. **Hvað er skemmtilegast?** Ferðalög, fara til hinna ýmsu landa og kynna fólkinu og menningunni þar, það nærir mig bæði líkamlega og andlega. **Hvað eiginleika metur þú mest í fari vna?** Traust og heiðarleiki eru stærstu eiginleikar sem til eru. **Eftirlætiskvikmyndin?** Ég er ekki mikill kvikmyndamaður en eina mynd get ég horft á aftur og aftur, Green Mile sem byggð er á sögu eftir Stephen King með Tom Hanks í aðalhlutverki, þvítíkt meistarastykki. **Markmið í lífinu?** Lifa lífinu lifandi. **Hvað starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Það væri klárlega eitthvað ferðatengt, sennilega leiðsögumaður eða ferðaskipuleggjandi. **Eitthvað að lokum?** Ég biðla til hjúkrunarfræðinga að standa saman í kjarabaráttunni sem við eigum í núna. Verum ákveðin, stöndum saman, látum engan komast upp með að berja okkur aftur niður líkt og áður hefur verið gert. Saman getum við komist lengra.

„Margur er knár þó hann sé smár“

— Jóhanna Kristófersdóttir

Fullkomin hamingja er ... að vera heilsuhraustur, jákvæður og njóta samveru með fjölskyldu og vinum. Hvað hræðist þú mest? Er mjög lofthrædd. Fyrirmyndin? Pabbi minn, Kristófer Þorleifsson. Eftirlætismáltækið? Margur er knár þó hann sé smár. Hver er þinn helsti kostur? Ætli það sé ekki jákvæðni, húmor og skipulag. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Hárgreiðslukona. Eftirlætismaturinn? Mexíkósk kjúklingasúpa. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Neikvæðni, að sjá glasið alltaf hálf tómt. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Að eignast dætur mínar. Eftirminnilegasta ferðalagið? Klárlega margar ferðir með fjölskyldunni, en efst í huga núna er nýafstaðin hjólaferð til Altea á Spáni sem var stórkostleg. Ofmetnasta dyggðin? Að veraldleg gæði séu mikilvægust í lífinu. Hver er þinn helsti löstur? Ópolinmóð og smámunasöm. Hverjum dáist þú mest að? Fólki sem fylgir hjartanu og tekst á við lífið af æðruleysi. Eftirlætishöfundurinn? Yrsa Sigurðardóttir. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Skilurðu ... Mesta eftirsjáin? Engin sérstök, ég reyni að vera sátt við þær ákvarðanir sem ég tek og dvel ekki í fortíðinni. Eftirlætisleikfangið? Klárlega „racerinn“ minn. Stóra ástin í lífinu? Eiginmaður minn Pálmi Vilhjálmsson. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Að vera ekki lofthrædd. Þitt helsta afrek? Ætli það sé ekki að hafa skellt sér í framhaldsnám í hjúkrun fyrir tveimur árum. Eftirlætisdýrið? Hundur. Hvar vildir þú helst búa? Í Englandi. Hvað er skemmtilegast? Að njóta lífsins með vinum og fjölskyldu. Hlátur er líka ómissandi. Hvað eiginleika metur þú mest í fari vina? Jákvæðni, húmor og virðingu. Eftirlætiskvikmyndin? Margar góðar grínmyndir, eitthvað sem fær mig til að brosa og hlæja eins og Bridesmaids. Markmið í lífinu? Að vera betri manneskja og njóta þess að vera til. Hvað starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi? Væri líklega að vinna sem snyrtifræðingur eins og áður en ég fór í hjúkrun eða bara í einhverju allt öðru. Eitthvað að lokum? Lifum lífinu lifandi, nýtum hvern dag til hins ýtrasta og munum að hláturinn lengir lífið.



Jóhanna Kristófersdóttir.

vertu með á
facebook
<https://www.facebook.com/hjukrun>



Áhrifavaldar

Héðinn Unnsteinsson



Héðinn Unnsteinsson.

Fyrstu kynni mín af manneskju sem ég tengdi við hjúkrun voru af ömmusystur minni Friðu sem var hjúkrunarkona (eins og það var þá kallað) á Kleppsspítala. Hún var svo yndisleg manneskja, hlý, úrræðagóð, umhyggjusöm og æðrulaus. Snör var hún þó til allra ákvarðana og bjó yfir þeim sjaldgæfa mannlega eiginleika að geta „stýrt“ án þess að nokkur fyndi fyrir því að hún væri að stjórna, að hún væri að skipta sér af flæði alheimsins. Hún starfaði án strits og krafðist engrar umbunar.

Eftir að hún hætti að vinna sem hjúkrunarkona man ég eftir því að hafa í ófá skiptin komið í heimsókn til hennar og þegið manneldisráð og ábendingar um heilsusamlegan lífstíl. Þetta var áður en undirritaður gerði tilraunir í gegnum alls kyns orð, eins og tíu geðorð og fjórtán lífsorð, að hafa áhrif á skilyrta og vandlega félagsmótaða vitund, hugsun og hegðun fólks á Íslandi. En flestir eru sammála um að það sé fátt erfiðara en að hafa áhrif á vitund, hugsun eða hegðun manna, í þessari röð, nema þá kannski að hafa áhrif á eigin vitund, hugsun og hegðun.

Skynsamleg regla á öllu sköpunarverkinu

Í bók François-Marie Arouet, sem hann skrifaði undir pennanafninu Voltaire, Birtingi, segir frá ferðalagi Birtings, Kúnigúndar, ungrar ástar hans, og læriföðurins, prófessors Altúngu, um heiminn. Boðskapur bókarinnar snýst að stærstum hluta um gagnrýni á löghyggju 18. aldar. Að sögn Altúngu hefur verið sýnt fram á að hlutirnir geti ekki verið öðruvísi en þeir eru því að allt sé miðað við einn endi sem hljóti þar með að vera hinn allra besti endir. Það er því að hans mati skynsamleg regla á öllu sköpunarverkinu og vel það því guð hlýtur að hafa skapað hinn besta mögulega heim allra hugsanlegra heima, jafnvel þótt íbúar þessa heims komi ekki endilega alltaf auga á það. Við þurfum því ekkert að vera skipta okkur af flæði alheimsins.

„Við sem áður hlýddum prestum, læknum, lögfræðingum og embættismönnum eigum nú aukinn rétt og hlustum á aðra áhrifavalda, fólk sem er jafningjar okkar, fólk sem hefur valdeflst og fundið boðskap sínum farveg í hinni rafmögnuðu tækni sem hefur gerbreytt og á margan hátt endurskilgreint samfélög okkar. Áhrifavaldar.“

Við ættum því e.t.v. ekkert að reyna að hafa of mikil áhrif á aðra og láta fulltrúalýðræðinu eftir að hámarka almannaheill á kostnað frjáls vilja í gegnum lög og reglugerðir, leggja línur okkar mannlegu tilvistar í samfélaginu, treysta okkar kjörnu fulltrúum til að vita best. En einhvern veginn hefur það nú æxlast þannig að við treystum kjörnum fulltrúum okkar minna en áður, heimurinn hefur tæknivæðst hratt og einstaklingsrétturinn hefur vaxið og við sem notendur þjónustu viljum hafa áhrif á hana. Við sem áður hlýddum prestum, læknum, lögfræðingum og embættismönnum eigum nú aukinn rétt og hlustum á aðra áhrifavalda, fólk sem er jafningjar okkar, fólk sem hefur valdeflst og fundið boðskap sínum farveg í hinni rafmögnuðu tækni sem hefur gerbreytt og á margan hátt endurskilgreint samfélög okkar. Áhrifavaldar.

Lýðheilsa Íslendinga

Mannleg tilvist getur á stundum verið snúin og mörgum árum eftir að ég kynntist Fríðu frænku, hjúkrunarkonunni sem kunni vel að meta lýsi og gróft brauð, komst ég á snoðir um aðra konu sem lagði sig fram um að hafa áhrif á vitund, hugsun og breytni samferðafólks síns, áhrifavald þess tíma. Þetta var Sigríður Jónsdóttir sem var langamma Fríðu og móðir Nonna og Manna. Hún setti fram sínar „Heilbrigðisreglur“ árið 1870, þá komin á miðjan aldur og að undirbúa ferð til Vesturheims eins og margir Íslendingar á þeim árum. Svo virðist sem aðrir hafi fylgt í kjölfarið með hugleiðingar um lýðheilsu Íslendinga því 1899 birti Bríet Bjarnhéðinsdóttir svipaðar „reglur“ í Kvinnablaðinu.

Um leið og ég óska ykkur, þjónandi áhrifavöldum heilbrigðis, til hamingju með árin 100 langar mig að deila Heilbrigðisreglum Sigríðar með ykkur.

Góðar stundir,

Héðinn Unnsteinsson

Hún setti fram sínar „Heilbrigðisreglur“ árið 1870, þá komin á miðjan aldur og að undirbúa ferð til Vesturheims eins og margir Íslendingar á þeim árum. Svo virðist sem aðrir hafi fylgt í kjölfarið með hugleiðingar um lýðheilsu Íslendinga því 1899 birti Bríet Bjarnhéðinsdóttir svipaðar „reglur“ í Kvinnablaðinu.

Heilbrigðisreglur Sigríðar Jónsdóttur frá 1870

- Þvoðu þjer daglega um allan kroppinn úr köldu vatni og nuddaðu skinnið wa hiti blaupi í og blóðið blaupi útundir skinnið.
- Hafðu ullarföt við kroppinn og klæddu þig wa vel, að þjer verði ekki kalt.
- Boriðu ekki mikinn mat- og aldrei á milli mál-tíða. Hafðu litla máltíð á kvöldin, og ekki feita.
- Hafðu breifing daglega og fæðu þjer frískt loft.
- Drekktu 1 balla af kaffi eða thee, og ekki sterkt, með máltíð og drekktu vatn með, og endranær, þegar þig fístir. Það er holt.
- Hátta memma á kvöldin og far memma á fætur.
- Hafa ljett og þunn rúmföt, og undirsveng, að mikt sem grösug jörð.
- Ligg á hægri hlið, það er þægilegra fyrir magann.
- Snú höfðinu í norður (í rúminu). Segulstraumurinn frá norðri, verkar þá best á taugarafmagnsstrauminn.
- Birjaðu ekki andlega á reinslu fyrr en eftir 1 klukkustund frá því þú hefur borið.
- Boriðu mikinn kálmat, kálið er holt.
- Boriðu tóstað brauð, það er hollara, og drekktu vatn af tóstudu brauði sem legið hefur nyðri í vatninu.

Priðja alþjóðlega ráðstefnan um samþætta hjúkrun

Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir

Dagana 22.–24. maí 2019 söfnuðust hjúkrunarfræðingar hvaðanæva að úr heiminum saman í Galway á Írlandi til að eiga samræður, kynna nýjar rannsóknarniðurstöður, hella sér út í krefjandi vinnusmiðjur og fræðast um árangur og aðferðir samþættrar hjúkrunarmeðferðar á ráðstefnunni Integrative Nursing Symposium.

Vorið var komið í Galway þegar fyrstu ráðstefnugestir bókuðu sig inn á sérlega fallett aðsetur ráðstefnunnar, Galway Bay Hotel. Dagskráin fólst í vinnusmiðjum, fyrirlestrum, kynningum á rannsóknarniðurstöðum og veggspjaldakynningu. Umfjöllunarefnið var víðfemt, í samræmi við viðfangsefnið: samþætta hjúkrun. Með samþættri hjúkrunarmeðferð er átt við meðferð sem hefur ekki verið talin til hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu en sýnt hefur verið fram á með gagnreyndum rannsóknum að geti nýst samhliða hefðbundinni meðferð. Sem dæmi um samþætta hjúkrunarmeðferð má nefna nálastungur, nudd, dáleiddslu, slökunarmeðferð af ýmsu tagi, jóga, svæðameðferð og hugleiðslu. En með samþættri hjúkrun er ekki einungis átt við alls konar skilgreinda hjúkrunarmeðferð heldur felur hún í sér eftirfarandi sex skilgreinda þætti (Kreitzer og Koithan, 2014):

1. Manneskjur eru heildrænar verur — líkami, hugur, andi — og verða ekki aðskildar frá umhverfi sínu.
2. Manneskjur hafa innbyggða getu til vellíðanar og heilbrigðis.
3. Náttúran býr yfir endurnærandi eiginleikum sem stuðla að heilbrigði og vellíðan.
4. Samþætt hjúkrun er einstaklingsmiðuð og byggist á samskiptum og tengslum.
5. Samþætt hjúkrun byggist á gagnreyndri þekkingu sem styður meðferðarlegar aðferðir sem hlúa að og efla heilbrigði og miðar að því að beita allt frá áhættuminnsta inngripi til áhættumeira inngrips, eftir þörfum og samhengi.



Sautján íslenskir hjúkrunarfræðingar úr ólíkum sérgreinum tóku þátt í ráðstefnunni.

6. Samþætt hjúkrun beinir athygli bæði að heilbrigði og vellíðan þeirra sem þiggja hjúkrun og þeirra sem veita hana.

Af ofantöldu má álykta að fátt, ef eitthvað, er hugmyndafræði samþættrar hjúkrunar óviðkomandi. Enda kom það berlega í ljós þegar dagskrá ráðstefnunnar var rýnd en þar voru fundir og fyrirlestrar í 29 málstofum og vinnusmiðjum og auk þess kynning á rannsóknarniðurstöðum á 55 veggspjöldum. Umfjöllunarefni ráðstefnunnar spönnuðu allt frá upplýsingatækni til stjórnunar og forystu, vellíðanar hjúkrunarfræðinga til skógarbaðs, og áttu 11 íslenskir rannsakendur hlutdeild að erindum auk þess sem fimm íslenskir rannsakendur kynntu niðurstöður sínar á veggspjöldum ráðstefnunnar. Jafnframt voru tveir íslenskir hjúkrunarrannsakendur í ráðstefnunefndinni, þau Gísli Kort Kristófersson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir.

Mörg áhugaverð erindi voru lögð fram í málstofum ráðstefnunnar, þar á meðal má nefna umfjöllun um meðferðarsamband hjúkrunarfræðinga við skjólstaðinga sína sem Janet Quinn PhD kynnti í fjölsóttari heilsdagsvinnusmiðju. „Therapeutic use of self is the main function of healing,“ sagði Quinn og sýndi fram á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar stæðu vörð um grunnildi hjúkrunar og gættu þess að þau myndu ekki týnast eða hverfa inn í nútímaviðskiptalíkön sem hafa ekki rými fyrir fagmennsku hjúkrunar eða skortir þekkingu á

Forsendur þess að skjólstaðingar og starfsfólk blómstri er að vera í uppbyggilegum og öruggum tengslum við samstarfsfólk, að hafa rými og aðstæður til að tengjast skjólstaðingum og gefa sér tíma til að tengjast sjálfum sér.

inntaki og árangri hjúkrunarmedferðar. Brendan McCormack, sem var einn af lykilfyrirlesurum ráðstefnunnar, kynnti starfsaðstæður sem þurfa að vera til staðar innan heilbrigðisþjónustu svo allir, skjólstaðingar sem starfsfólk, blómstri. Rauði þráðurinn við þær aðstæður eru tengsl: að vera í uppbyggilegum og öruggum tengslum við samstarfsfólk, að hafa rými og aðstæður til að tengjast skjólstaðingum og gefa sér tíma til að tengjast sjálfum sér.

Alls tóku sautján íslenskir hjúkrunarfræðingar þátt í ráðstefnunni og komu þeir úr ólíkum sérgreinum. Almenn ánægja ríkti í íslenska hópnum með ráðstefnuna, umgjörð hennar, efnistöð og dagskrána í heild.

Kreitzer, M. J., og Koithan, M. (ritstj.) (2014). *Integrative Nursing*. New York: Oxford Press.

Athugasemd vegna pistils í afmælisritinu

Í afmælisriti Tímarits Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 2019 er pistill eftir mig á öftustu síðu sem ber yfirskriftina: „Starfsheitið hjúkrunarfræðingur lögfest“.

Þessi fyrrisögn er ekki mín og ekki skrifuð í samráði við mig. Hún hlýtur að vera á ábyrgð ritstjórnar og mér þykir mjög miður að ekkert samráð skuli hafa verið haft við mig.

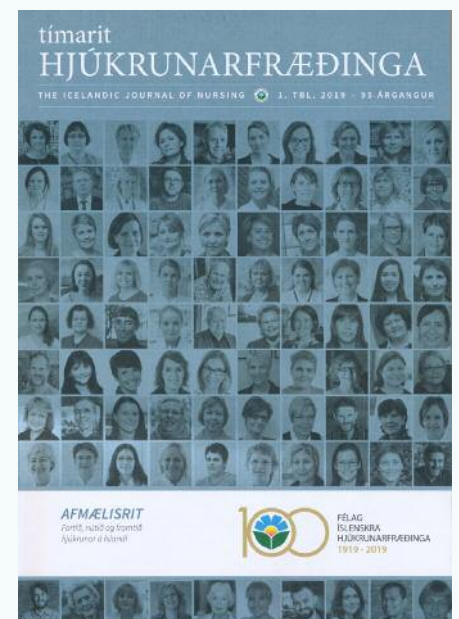
Og mig furðar að ekki hafi þótt tilefni til að nýta eitthvað annað úr pistlinum í fyrrisögn en endilega þetta atriði sem ég undirstrikaði einmitt að ég væri ekki að eigna þeirri stjórn sem ég sat í. En í pistlinum sagði ég:

Svo má geta þess, án þess ég eignist okkur heiðurinn, að starfsheitið hjúkrunarfræðingur var lögfest og fært inn í árgömul Hjúkrunarlög árið 1975, en áfram heimilt að nota starfsheitið hjúkrunarkona og hjúkrunarmaður og reglugerð um sérfæðileysi í hjúkrun tók gildi 1976.

Það var Ingibjörg R. Magnúsdóttir sem hvatti til þess á sínum tíma að starfsheiti okkar yrði breytt til nútímalegra horfs þannig að hentaði báðum kynjum. Hún kynnti fyrir stéttinni nokkrar hugmyndir, m.a. hjúkrari, hjúkrir, hjúkrunarfræðingur. Skoðanakönnun leiddi í ljós að heitið hjúkrunarfræðingur hlaut langbestar undirtektir. Og lyktir málsins urðu eins og að ofan greinir.

Að lokum skal tekið fram að ritnefnd afmælisritsins er kunnugt um aðfinnslur mínar, en þrátt fyrir að hún hafi brugðist vel og málefnalega við þeim tel ég óhjákvæmilegt að fá þær birtar í tímaritinu.

Ingibjörg Helgadóttir



Ný menning í öldrunarþjónustu

Bókarýni eftir Þorgerði Ragnarsdóttur

Sigrún Huld skrifar um öldrunarþjónustu, hvernig henni hefur verið sinnt í fortíð og nútíð og hugmyndir um hvernig hægt væri að gera öðruvísi og hugsanlega betur í framtíðinni. Yfirlýstur ásetningur höfundar er að kynna fyrir lesendum nýja menningu í öldrunarþjónustu.



Höfundur: Sigrún Huld Þorgrímsdóttir.
Kilja, 357 bls.

Nýja menningin felst í að aldraðir fái notið valfrelsis og sjálfræðis þrátt fyrir skerta færni og séu ekki upp á pakkalausnir stofnaþjónustu komnir. Með því er átt við að fólk fái notið stuðnings til að fá að ráða hvernig það býr og hagar lífi sínu. Í því felst líka ákveðið frelsi til að taka áhættu í lífinu og þar með hugsanlega að slasast eða veikjast á einhvern hátt. Það að finna til öryggis er ekki endilega það sama og að vera komið fyrir á stað þar sem eftirlit og öryggisráðstafanir eru miklar. Höfundur rekur rætur hugmynda um nýja menningu vestur um haf og lýsir heimilum eða keðjum heimila, sem hafa verið stofnuð eða þróuð í þeim anda, bæði í Bandaríkjunum og Evrópu, t.d. Eden Alternative, Leve Bo og Sóltúnsheimilið. Hér á landi hefur uppbygging nærþjónustu og stuðningur við búsetu í heimahúsum ekki náð að haldast í hendur við fjölgun aldraðra sem þurfa á margvíslegri þjónustu að halda. Notendastýrð heimaþjónusta hefur rutt sér til rúms í nágrennalöndum okkar en er nýmæli hér á landi. Spyrja má hvers vegna hún hafi einkum staðið fólki með fötlun til boða en ekki öldruðum.

Kosningaloforð og aðgerðir stjórnámálanna

Eins og bent er á í seinni köflum bókarinnar eru þessar hugmyndir í hróplegu ósamræmi við kosningaloforð og aðgerðir stjórnámálanna. Á síðustu metrunum fyrir kosningar keppast þeir við að lofa því að byggja fleiri hjúkrunarrými án þess að gera ráð fyrir fjármagni í rekstur. Þar með er stefnt að dýrasta þjónustustiginu þegar margir gætu nýtt sér léttari þjónustu í heimahúsi eða annars konar búsetuúrræði. Höfundur varpar ljósi á að það er ekki nóg að byggja, það þarf að huga að innihaldinu líka, þ.e. hvernig öldruðum er sinnt, burtséð frá staðsetningu, og af hverjum. Ef ráðamenn átta sig ekki á þessu er hætt á að þróunin bít í skottið á sjálfri sér. Það er ekki fyrr búið að leggja niður stofnanir sem þykja óæskilegt úrræði fyrir fólk með fötlun en byrjað er að hrúga upp stofnunum fyrir aldraða sem fáa langar að flytja á.

Framtak hennar með útgáfu þessarar bókar er aðdáunarvert og fengur fyrir alla sem hafa áhuga á málefnum aldraðra. Af lestrinum er ljóst að henni liggur mikið á hjarta og vill miðla hugmyndum um hvernig hægt er að sinna þessum málaflokki á annan veg en nú er gert með sjálfræði aldraðra að leiðarljósi.

Sigrún Huld er hjúkrunarfræðingur, sérmenntuð í öldrunarhjúkrun og hefur víðtæka þekkingu á viðfangsefninu og reynslu af starfi bæði innanlands og erlendis. Framtak hennar með útgáfu þessarar bókar er aðdáunarvert og fengur fyrir alla sem hafa áhuga á málefnum aldraðra. Af lestrinum er ljóst að henni liggur mikið á hjarta og

vill miðla hugmyndum um hvernig hægt er að sinna þessum málaflokki á annan veg en nú er gert með sjálfræði aldraðra að leiðarljósi. Eigin hugleiðingar hennar og gagnrýni um viðfangsefnið eru fyrirferðarmiklar í textanum. Viðmót sem heilabílaðir mæta, oft vegna skilningsleysis og vanþekkingar, virðist vera henni sérstaklega hugleikið. Hún speglar eigin reynslu í rannsóknum, einkum bandarískum, á árangri breyttra hugmynda og starfshátta við öldrunarþjónustu. Þó að niðurstöður rannsókna séu misvísandi og færi ekki augljóslega tölfræðilegar sönnur á að ein aðferð sé betri en önnur ályktar höfundur að þróunin sé í rétta átt og að það skipti máli að njóta stuðnings til að fá að eldast með reisn.

Hugsanlega hefði mátt setja sumt af efni rannsóknarkafans fram í töflu til skýringar því að hann er nokkuð umfangsmikill og á köflum ruglingslegur. Einnig má benda á að atriðisorðaskrá myndi gera efnið aðgengilegra sem uppflettirit, heimildarrit og til náms.

Fyrir alla sem velta fyrir sér málefnum og búsetu aldraðra í samfélaginu mæli ég heils hugar með bókinni *Ný menning í öldrunarþjónustu*. Hún felur í sér upplýsandi samantekt og hressilega gagnrýni á ríkjandi stefnur og strauma í öldrunarmálum en vekur lesandann jafnframt til umhugsunar um framtíðina.

Viðmót sem heilabílaðir mæta, oft vegna skilningsleysis og vanþekkingar, virðist vera henni sérstaklega hugleikið. Hún speglar eigin reynslu í rannsóknum, einkum bandarískum, á árangri breyttra hugmynda og starfshátta við öldrunarþjónustu.

Við saumum snúningsslök!

Ódýr, auðveld í ásetningu, virka eins og teygjölök, renna ekki til á rúminu, auðvelda rúmliggjendum snúning, vopnfirsk hönnun og framleiðsla!



Jónsver
ses

Krumpast lítið sem ekkert undir fólki. Nokkurra ára reynsla við góðan orðstír á hjúkrunarheimili.



Tosulök og draglök sem auðvelda hjúkrunarfólki að aðstoða við tilfærslu ofar í rúm og við snúning. Efra lag tosulaks er úr mjúku og hlýju flónelefni. Neðra lag er úr Beaver-næloni. Hankar fyrir hjúkrunarfólk að halda í.



Jónsver ses
Hamrahlíð 15
690 Vopnafjörður
Sími e. kl. 13: 473-1810
Netfang: jonsver@jonsver.is

Krossgáta

Tímarits hjúkrunarfræðinga

Ef bókstöfunum í lituðu reitunum er raðað rétt saman birtist stórbrotið landsvæði (11 stafir).

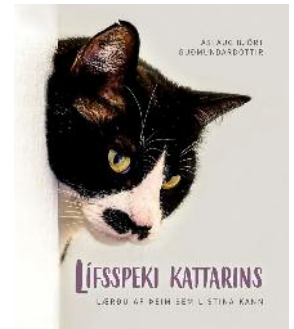
Í 1.–2. verðlaun er Árið mitt 2020 sem er sjálfsræktarbók í formi dagbókar. Þema bókarinnar í ár er einfaldari og innihaldsríkari lífsstíll og hún gefur lesanda tólf markviss skref að vinna með, eitt fyrir hvern mánuð ársins.

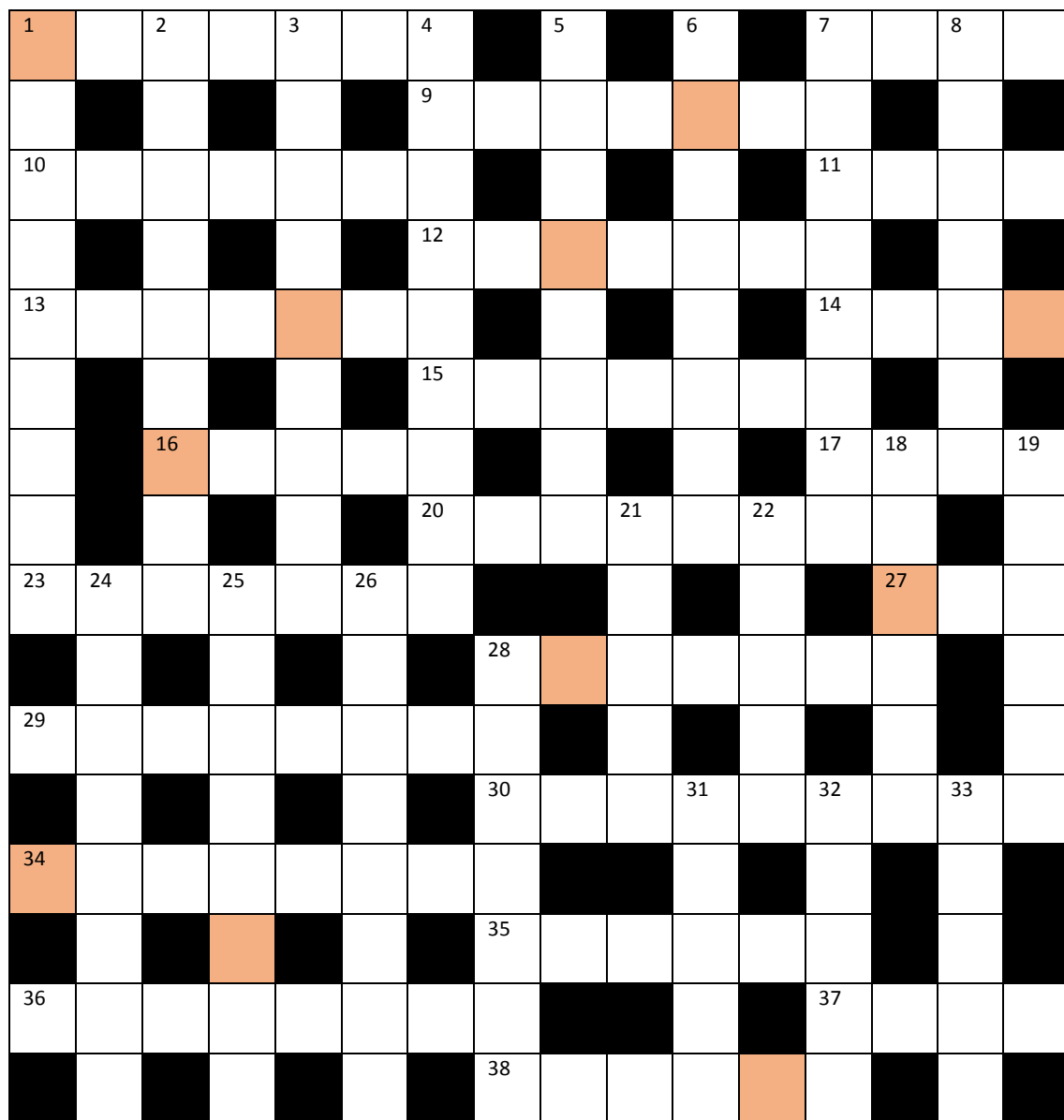
Í 3. verðlaun er Lífsspeki kattarins sem er lítil og falleg bók með fjölda fállegra mynda. Það er margt í eðli kattarins sem við mannfólkið getum lært af og hér fáum við innsýn í lífsspeki þess sem virkilega kann að njóta tilverunnar.

Sendið lausnarorðið fyrir 6. janúar 2020 á ritstjori@hjukrun.is.

Vísbending f. lausnarorð: Ef bókstöfunum í skyggðu reitunum er raðað rétt saman birtist stórbrotið landsvæði (11).

Lausnarorð





Lárétt

- 1 Blæs lífi deyjandi manns í annan með hjarta hans (7)
- 7 Ásaka þá sem þau elska (4)
- 9 Hvenær er tilvist orðin návist? (7)
- 10 Einföld, já, en alveg heil (7)
- 11 Fóður fyrir kapla sem kasta (4)
- 12 Los Angeles mun skemma þá sem skemmdir eru (7)
- 13 Fjórða plánetan er í A-flokki hjá þeim sem ganga í takt (7)
- 14 Þvílík hundaheppni að finna þetta ungiði (4)
- 15 Stína stöng og Jóna mjóna búa hlið við hlið (7)
- 16 Bitinn bíður okkar eftir norðaustan-flan (5)
- 17 Forfeður eru mjög auðfundnir hér (4)
- 20 Eru fíflar og njóli þá grá grös og grimm? (8)
- 23 Hreinsa fyrir þann sem laus er við rakans rauða bit (7)
- 27 Í New York Times er nokkuð gagn (3)
- 28 Ofan á köstin bætast ryskingarnar (7)
- 29 Verm frjáls og frí við köldu (8)
- 30 Auðnin sem yfirgefið fletið skapar er fljótfyllt á Lansanum (9)
- 34 Langavatn? Varla er mikill öldugangur þar? (8)
- 35 Kaldur kraftakarl og hans klakastykki (6)
- 36 Skakkar línur skilja nefnara og teljara (8)
- 37 Hallaði mér oní hraunbolla (4)
- 38 Hver trúir því að fall sé flóð? (6)

Lóðrétt

- 1 Fölleit ertu mamma, hver tekur á móti mér? (9)
- 2 Útlit ferðar sýnir að hún stendur fyrir dyrum (9)
- 3 Þessi fjölskylda arkar um allt eins og erfðasjúkdómur (9)
- 4 Lagtækir lauma sér í sjúkrahús þótt lokað sé fyrir innritun (9)
- 5 Þessi gaur er eitt bros þótt hann vanti líkama (8)
- 6 Halló, nú er brjáláð að gera við slátt! (8)
- 7 Stinga sér í haf hárra stráa (8)
- 8 Leiðbeiningar fyrir fjáða og freka (7)
- 18 Nemum hlýju frá Helsinkibúum (6)
- 19 Set allar bækur um Ísólkið í eina runu (6)
- 21 Veinum hátt en lógum samt (5)
- 22 Hjörtur segir: Þetta er krap (5)
- 24 Grípa allt sem er fyrir ofan og gera að sínu (8)
- 25 Vekja heilt íþróttalið til að þurrka upp Safamýrina (8)
- 26 Frysta flóa fyrir vestan (8)
- 28 Gleyptir bjargálma frú og blíða (7)
- 31 Segir Örn hafa klárað háskólapróf um mára (5)
- 32 Klukkur eru vondar, segir ein morgunfúl (5)
- 33 Órói einkennir þurs í þörmum (5)

NURSE — LEAD, gagnvirkt vefnámskeið

Helga Jónsdóttir¹, Þóra Berglind Hafsteinsdóttir²



Helga Jónsdóttir, prófessor í
Hjúkrunarfræðideild HÍ.



Þóra Berglind Hafsteinsdóttir,
prófessor í Hjúkrunarfræðideild HÍ.

Íslenskum hjúkrunarfræðingum býðst að taka þátt í evrópsku gagnvirku vefnámskeiði um leiðtogafærni í hjúkrun — NURSE — LEAD — sér að kostnaðarlausu fram til 30. ágúst 2020. Tilgangur námskeiðsins er að efla leiðtogahæfni hjúkrunarfræðinga. Námskeiðinu er skipt í sjö þætti sem bera eftirfarandi heiti: Forysta, fimm einkenni leiðtoga, fyrstu skref leiðtoga, að fylgja leiðtoga eftir, gagnreyndir starfshættir, alþjóðlegt samhengi hjúkrunar og mat

Engin tímamörk eru á aðgangi að námskeiðinu og getur hver og einn hjúkrunarfræðingur unnið í því þegar honum hentar. Áætlaðar vinnustundir í námskeiðinu eru ríflega 40 talsins.

Námskeiðið, sem er á ensku, felur í sér sjálfsnám, verkefni og samskipti við hjúkrunarfræðinga innan og utan Evrópu. Nemendur lesa texta, horfa á myndbandsupptökur, svara stuttum spurningalistum, skrifa stutt verkefni, beita sjálfsrýni, fylgja hjúkrunarfræðingi eftir og gefa ans. Hver og einn sækir um á vef námskeiðsins: https://elearning.elevatehealth.eu/local/orders/submit_order.php og fær leiðbeiningar um aðgang. Engin tímamörk eru á aðgangi að námskeiðinu og getur hver og einn hjúkrunarfræðingur unnið í því þegar honum hentar. Áætlaðar vinnustundir í námskeiðinu eru ríflega 40 talsins. Við lok námskeiðs fær nemandi skírteini til staðfestingar á náminu. Yfirumsjón hefur Þóra Berglind Hafsteinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og University Medical Center í Utrecht í Hollandi. Umsjón með íslenska hlutanum hefur Helga Jónsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Þann 1. október sl. voru 470 hjúkrunarfræðingar skráðir í námskeiðið, flestir frá Hollandi. Margir þessara nemenda hafa látið í ljósi ánægju með þátttöku í námskeiðinu.

Námskeiðið hófst í maí 2019 eftir að hafa fengið viðurkenningu hollenska hjúkrunarfélagins. Bakhjarlar eru m.a. Sigma Theta Tau International og European Academy of Nursing Science (EANS). Þann 1. október sl. voru 470 hjúkrunarfræðingar skráðir í námskeiðið, flestir frá Hollandi. Margir þessara nemenda hafa látið í ljósi ánægju með þátttöku í námskeiðinu.

- 1 prófessor í Hjúkrunarfræðideild HÍ, forstöðumaður hjúkrunar langveikra á Landspítalanum, stjórnandi NURSE — LEAD á Íslandi.
- 2 prófessor í Hjúkrunarfræðideild HÍ og vísindamaður við Julius Center for Health Sciences and Primary Care, stjórnandi NURSE — LEAD-verkefnisins

„Námskeiðið er góð undirstaða til að fást við krefjandi verkefni í mínu starfi“

Námskeiðið byggist á grunni námskeiða fyrir hjúkrunarfræðinga í doktorsnámi og hjúkrunarfræðinga sem hafa lokið doktorsnámi og á uppruna sinn í University Medical Center í Utrecht (UMC) í Hollandi. Þetta upphaflega námskeið hefur á undanförunum misserum verið útvíkkað í nokkrum löndum Evrópu með veglegum styrk frá Erasmus plús. Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands stýrir verkefninu í samvinnu við UMC í Utrecht með þátttöku hjúkrunarfræðideildar Háskólans í Turku, Finnlandi, Heilbrigðisvísindastofnunar Halle í Þýskalandi, Heilbrigðisvísindastofnunar Háskólans í Vilnius í Litháen, Hjúkrunarskóla Lissabon í Portúgal og Elevate Online Academy, auk UMC í Utrecht. Námskeiðin hafa staðið síðan í september 2018 og mun ljúka sumarið 2020. Þau hafa gengið mjög vel og eru nemendum veittar góðar umsagnir. Einn íslensku nemendanna, Þórunn Scheving Elíasdóttir, lektor við HÍ, sagði um námið: „Námskeiðið er góð undirstaða til að fást við krefjandi verkefni í mínu starfi.“ Ákveðið hefur verið að halda áfram samvinnu þeirra sem að námskeiðunum standa og var nýverið sótt um COST-verkefnisstyrk (European Cooperation in Science and Technology) til Framkvæmdastjórnar Evrópusambandsins. Styrknum er ætlað að halda áfram að útvíkka frekar ofangreind námskeið og halda áfram að bjóða hjúkrunarfræðingum upp á þau, færa þau til sem flestra landa í Evrópu og víðar, ásamt því að rannsaka bæði forystu í hjúkrun í Evrópu og árangur áframhaldandi námskeiða. Þeirri vinnu er stýrt frá UMC í Utrecht.

Forysta í hjúkrun og leiðtogaþæfni hefur fengið vaxandi athygli á undanförunum árum, einkum vegna þess að talið er að hvoru tveggja þurfi að stórefla. Rannsóknir sýna að styrk forysta og leiðtogaþæfni í hjúkrun er sterklega tengd ávinningi hjá sjúklingum og heilbrigðisstarfsfólki sem og heilbrigðisþjónustunni.

Forysta í hjúkrun og leiðtogaþæfni hefur fengið vaxandi athygli á undanförunum árum, einkum vegna þess að talið er að hvoru tveggja þurfi að stórefla. Rannsóknir sýna að styrk forysta og leiðtogaþæfni í hjúkrun er sterklega tengd ávinningi hjá sjúklingum og heilbrigðisstarfsfólki sem og heilbrigðisþjónustunni. Athyglinni er því beint að heilbrigðisþjónustunni, vettvangi stjórnvalds og stefnumótunar, háskólum og menntastofnunum.

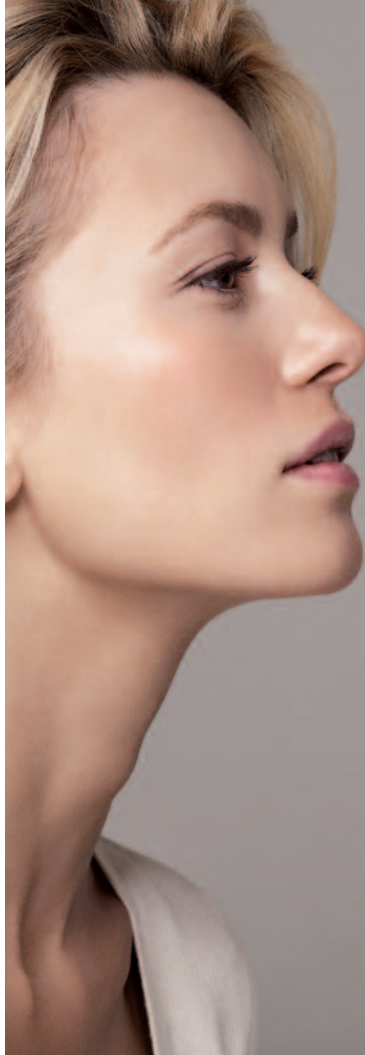
Íslenskum hjúkrunarfræðingum gefst tækifæri til að taka umrætt námskeið fram til ágústloka 2020. Hvað verður eftir það er óráðið en vonir standa til að námskeiðið sé komið til að vera á einhverju formi.



Frá námskeiði doktorsnema og útskrifaðra doktorsnema.

Vefur námskeiðs: <https://elearning.elevatehealth.eu/orderdirect/nlc/1054>.

Frekari upplýsingar um námskeiðið, tæknilegar sem aðrar, veitir Lisa van Dongen, verkefnisstjóri, á netfanginu: L.J.C.vanDongen-5@umcutrecht.nl.



Restylane

Restylane er Hýalúrónsýra sem er náttúrulegt efni sem að finnst í öllum lífandi lífverum og gefur húðinni rúmmál og fyllingu.

Restylane er fyrsta húðfyllingarenið sem kom á markað og hefur það verið notað við meira en 40 milljón húðmeðferðir í heiminum.

Restylane er einungis selt til hjúkrunarfræðinga og lækna sem fá þjálfun hjá Restylane. Þetta er gert til að tryggja gæði, fagmennsku og ánægju viðskiptavinar okkar.

Vilt þú gerast meðferðaraðili fyrir Restylane?

 icepharma

Scoping Review: hvenær, hvernig og af hverju?

Marianne Elisabeth Klinke og Helga Ólafs tóku saman

Fræðimenn leitast sífellt við að samþætta fyrirbyggjandi þekkingu en til eru nokkrar mismunandi aðferðir til að veita slíkt yfirlit. Scoping review er tiltölulega ný aðferð í flokki yfirlitsgreina. Til að fræðast betur um þá aðferð bauð fagdeild vísindarannsakenda í hjúkrun, Hanne Konradsen, prófessor við Kaupmannahafnarháskóla og dósent við Karólínska háskólann í Svíþjóð, í heimsókn til Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 13. september síðastliðinn.



Hanne Konradsen, prófessor við Kaupmannahafnarháskóla og dósent við Karólínska háskólann í Svíþjóð.

Hanne hefur stuðst við þessa aðferð með góðum árangri undanfarin ár og því fengur að fá innsýn í þessa aðferðafræði hjá henni. Hún gerði greinarmun á þrenns konar flokkum yfirlitsgreina sem falla ekki undir kerfisbundið yfirlit, en þær eru auk scoping review, staða þekkingar (state of the art or science) og fræðileg samantekt (literature/narrative review). Scoping review er tiltölulega ný leið til að samþætta fyrirbyggjandi þekkingu. Þessi leið er frábrugðin hefðbundnum yfirlitsgreinum eða fræðilegum samantektum að því leyti að ekki er nauðsynlegt að meta gæði greina auk þess að nóg er að einn höfundur sé að slíkri yfirlitsgrein.

Tegundir yfirlitsgreina

Tegundir yfirlitsgreina	Samantekt	Skilgreining
Scoping review	Hvað er til um efnið?	Bráðabrigðamat gert á umfangi og inntaki á þekkingu innan sviðsins. Kannað hvað auðkennir fyrirbyggjandi þekkingu og jafnvel skoðuð notkun á mismunandi hugtökum.
Staða þekkingar (State of the art or science)	Hvað er nýtt?	Einblínt á fyrirbyggjandi rannsóknir og þekkingu. Sett fram ný sjónarmið og kennsl borin á göt í þekkingu sem framtíðarrannsóknir þurfa að brúa.
Fræðileg samantekt (Literature/narrative review)	Hvað er til um efnið og hvað einkennir það?	Fundin samheiti eða sameiginlegir þættir sem einkenna tengd hugtök. Skoðuð fyrirbyggjandi gögn. Getur verið mismunandi að inntaki og dýpt.

Heimild: Peters o.fl., 2017; Tricco o.fl., 2018.

Fyrsta greinin sem byggð var á scoping review er frá 2005 (Arksey and O'Malley, 2005). Síðan hefur þessi aðferð verið notuð í vaxandi mæli meðal hjúkrunarfræðinga, að sögn Hanne. Mikilvægt er að geta tekið afstöðu til þess hvenær scoping review eða fræðilegri samantekt er beitt, en til þessa hefur skort leiðbeiningar um hvenær scoping review er beitt frekar en öðrum tegundum fræðilegra samantekta.

Algengar ástæður þess að greinum sé hafnað í birtingarferli fræðitímarita er að þær bæta ekki við núverandi þekkingu, þær eru of sérhæfðar, ekki er skýrt samhengi á milli markmiðs, aðferðar, niðurstöðu og ályktunar, aðferðafræði er ábótavant eða hún illa skilgreind, eða úrtakið er of lítið. Yfirlitsgreinar styðja við kerfisbundna hugsun að því leyti að viðfangsefnið er kortlagt og samþætt fyrirbyggjandi þekkingu, t.d. með litlum úrtaksrannsóknum.

Fræðilegt yfirlit er góð leið til að fá yfirlit yfir fyrirbyggjandi þekkingu:

- Rannsóknir eru samþættar og bornar saman
- Göt í þekkingu koma í ljós
- Grundvöllur fyrir ákvörðun út frá fyrirbyggjandi þekkingu
- Siðferðileg réttlætning fæst fyrir því að fara út í nýja rannsókn
- Dregnir eru saman úr miklu magni upplýsinga þættir sem skipta máli
- Afstaða tekin til mismunandi skoðana meðal fræðimanna og andstæðra niðurstaðna

Mynd af landslagi fremur en leiðarvísir

Scoping review getur hentað vel sem forkönnun á viðamiklum kerfisbundnum fræðilegum yfirlitum. Hanne greip til þeirrar myndlíkingar að scoping review sem aðferð væri líkt og að mála mynd af landslagi og setja hana í ramma, en hún mælti þó ekki með því að nota landslagsmyndina sem leiðarvísi um landið — eða að minnsta kosti af mikilli varkárni. En þótt ekki sé hægt að nota myndina sem leiðarvísi er hægt að nota hana til að fá yfirsýn yfir viðfangsefnið.

„Er scoping review tískuorð um eitthvað sem hefur alltaf verið gert eða hefur þessi aðferð einhverja sérstöðu í flokki yfirlitsgreina? Hvenær á að taka scoping review fram yfir kerfisbundið eða hefðbundið hugtakayfirlit? Er hægt að treysta öllu útgefnu efni sem kemur fram í scoping review?“

Líflegar faglegar umræður hófust í lok erindis Hanne. Er scoping review tískuorð um eitthvað sem hefur alltaf verið gert eða hefur þessi aðferð einhverja sérstöðu í flokki yfirlitsgreina? Hvenær á að taka scoping review fram yfir kerfisbundið eða hefðbundið hugtakayfirlit? Er hægt að treysta öllu útgefnu efni sem kemur fram í scoping review? Hvað hefur scoping review fram yfir aðrar tegundir fræðilegra yfirlita? Af hverju ætti frekar að nota scoping review en hugtakagreiningu?

Par sem scoping review er tiltölulega ný aðferð er ekki búið að fastsetja eitt nafn á þess aðferð. Þó hafa komið fram heitin



Mynd 1. Sjö skref í fræðilegri samantekt.

kortlagningaryfirlit og kögunaryfirlit, sem dregið er af kögun, en kaga merkir að skyggnað um eða horfa yfir. Þeim sem hafa til lögur og hugmyndir að íslenskum heitum á scoping review er bent á að hafa samband við fagdeild vísindarannsakenda á netfanginu vísindarannsakendur@hjukrun.is. Áhugasamir lesendur geta kynnt sér nánar scoping review í eftirfarandi heimildum:

Heimildir

- Arksey og O'Malley. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19–32.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., og Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143, 1–7. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x
- Peters, M. D. J., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., og Parker, D. (2017). Scoping Reviews. Í Joanna Briggs Reviewer's Manual, Adelaide: Joanna Briggs Institute.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., og samstarfsmenn. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169, 467–473.

Sýkingavarnir á sjúkrahúsum

Ásdís Elfarsdóttir Jelle, deildarstjóri sýkingavarnadeildar Landspítala

Inngangur

Fyrr á öldum voru sýkingar og þar með taldar spítalasýkingar ein algengasta dánarorsökin og sjúkrahús voru uppsprettur sýkinga. Þekkingu manna vatt fram og á 19. og 20. öld urðu miklar framfarir í læknisfræði í tengslum við smitsjúkdóma og þekking á smitandi örverum jókst, sýklalyf og sótthreinsiefni komu fram á sjónarsviðið ásamt bóluefnum gegn alvarlegum smitsjúkdómum. Samhliða þróuðust svo smitgátarvinnubrögð og sýkingavarnir (Smith o.fl., 2012).

Fræðigreinin sýkingavarnir sem slík er ung en sýkingavarnir eru þó ekki ný vísindi. Allt frá tímum Florence Nightingale hafa áhrif sýkingavarna á sýkingatíðni og dánartíðni sjúklinga verið ljós sem og áhrifin á líðan sjúklinga og starfsmanna. Þó svo að ekki hafi verið talað um sýkingavarnir á þeim tíma er lýsing á ýmsum grunnþáttum sýkingavarna í gögnum Nightingale, til dæmis úr Krímstríðinu. Florence Nightingale nefnir í gögnum sínum mikilvægi hreinlætis á líðan sjúklinga og tilgreinir sérstaklega hreint loft, hreint vatn, hreint sjúkrahús, persónulegt hreinlæti sjúklinga, hreinar sáraumbúðir og hreinan rúmfatnað (Nixon, 2011). Þetta eru allt mikilvægir þættir sýkingavarna sem rjúfa meðal annars óbeina snertismitsleið sem tengist óhreinu umhverfi.

Upp úr miðri 20. öldinni varð ör þróun sýkingavarna á sjúkrahúsum og uppgötvun á HIV og dreifing þeirrar veiru hafði mikil áhrif á leiðbeiningar um sýkingavarnir. Þannig varð breyting á leiðbeiningum um einangrun sjúklinga, og vinnubrögð samkvæmt hugtakinu „universal precaution“ breyttust í vinnubrögð samkvæmt „standard precaution“ eða grundvallarsmitgát.

Upp úr miðri 20. öldinni varð ör þróun sýkingavarna á sjúkrahúsum og uppgötvun á HIV og dreifing þeirrar veiru hafði mikil áhrif á leiðbeiningar um sýkingavarnir. Þannig varð breyting á leiðbeiningum um einangrun sjúklinga, og vinnubrögð samkvæmt hugtakinu „universal precaution“ breyttust í vinnubrögð samkvæmt „standard precaution“ eða grundvallarsmitgát. Við þessar breytingar var blóðborið smit innlimað í grundvallarsmitgátina og nú ber að líta á alla líkamsvessa sem hugsanlegt smitefni óháð því hvort vitað er að sjúklingur sé með smitandi sjúkdóm eður ei og áhersla er lögð á að rjúfa alltaf smitleiðir milli sjúklinga.

Sérgreinin sýkingavarnir tengist mikið sérgreinunum smitsjúkdómum og sýkla- og veirufraði. Saman mynda þessar þrjár fræðigreinar sterka og öfluga heild sem vinnur alls staðar á sjúkrahúsinu og sinnir greiningu örvera, meðhöndlun sýkinga og fyrirbyggir dreifingu örvera en allt hefur þetta áhrif á hve algengar spítalasýkingar eru og á öryggi sjúklinga og starfsmanna.

Spítalasýkingar

Samkvæmt gögnum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni má búast við að 7% sjúklinga á vestrænum sjúkrahúsum séu með spítalasýkingu á hverjum tíma. Spítala-

sýking er sýking sem sjúklingur fær á sjúkrahúsinu og sýkingin var ekki á meðgöngutíma þegar sjúklingurinn lagðist inn (Ducell o.fl., 2002). Afleiðingar spítalasýkinga geta verið til dæmis lengri legutími, notkun sýklalyfja, þörf á aðgerð eða endur-aðgerð og í versta falli dauði. Þannig eru spítalasýkingar alvarlegar fyrir sjúklinginn og dýrar fyrir samfélagið. Það ætti að vera markmið hvers sjúkrahúss að sem fæstir sjúklingar fái spítalasýkingu í legu sinni.

Grundvallarsmitgát eru þær aðgerðir sýkingavarna sem miða að því að hindra smit frá einstaklingi óháð því hvort vitað er að hann sé smitandi. Horfa ber á einkenni sjúklings og nota rétt verklag í umgengni við hann samkvæmt leiðbeiningum grundvallarsmitgátar.

Verkefni sýkingavarna

Öflugar sýkingavarnir á sjúkrahúsum eru þáttur í að auka öryggi sjúklunga og starfsmanna og mikilvægur mælikvarði á gæði þjónustunnar sem er veitt á stofnuninni. Verkefni sýkingavarna eru mörg og margvísleg, þar má nefna leiðbeiningar um daglega framkvæmd sóttvarna á sjúkrahúsi, að hindra faraldra og ná stjórn á faröldrum sem eru í gangi, eftirlit með og skráning á ákveðnum sýkingavöldum og einnig á spítalasýkingum sem tengjast meðferð á sjúkrahúsinu, gerð leiðbeininga, rannsóknir og greinaskrif, kennsla og fræðsla fyrir starfsmenn og nema, ráðleggingar við nýbyggingar þar sem sýkingavarnir eru hannaðar inn í umhverfið og fyrirbyggjandi aðgerðir til varnar viðkvæmum sjúklingahópum þegar endurnýjun húsnæðis og jarðrask er í gangi, samstarf við sóttvarnalækni og erlenda aðila á sama sviði.

Innleiðing og eftirfylgni með vinnubrögðum samkvæmt grundvallarsmitgát eru mikilvægt verkefni sýkingavarna. Grundvallarsmitgát eru þær aðgerðir sýkingavarna sem miða að því að hindra smit frá einstaklingi óháð því hvort vitað er að hann sé smitandi. Horfa ber á einkenni sjúklings og nota rétt verklag í umgengni við hann samkvæmt leiðbeiningum grundvallarsmitgátar. Dæmi um verklag grundvallarsmitgátar, sem hefur það að markmiði að hindra dreifingu örvera, er: handhreinsun en skartleysi á höndum og stuttar neglur ásamt stuttermavinnufatnaði auðveldar handhreinsun og minnkar auk þess mengun handa, hreinn vinnufatnaður daglega, rétt notkun hlífðarbúnaðar, þrif á margnota búnaði milli sjúklunga, hreinn rúmfatnaður og hreinar sængur milli sjúklunga, þrif í umhverfi, réttur frágangur á sorpi og óhreinu líni, rétt geymsla á hreinu líni og hreinni vöru, hreinsun, sóttgreinsun og dauðhreinun lækningatækja, val á herbergi fyrir sjúkling (einbýli eða fjölbýli), notkun öryggisnála og öryggishluta til að fyrirbyggja stunguóhöpp og líkamsvessamengun og margt fleira (Ducell o.fl., 2002). Ef sjúklingur er með einkenni sem benda

til snerti-, dropa- eða úðasmits þá er einangrun bætt við. Þetta geta verið einkenni eins og niðurgangur, hiti og hósti eða sjúklingur greinist með örverur þar sem einangrunar er þörf, til dæmis nóróveiru, influensu, sýklalyfjaónæmar bakteríur eða aðrar örverur. Rétt viðbrögð starfsmanna strax í upphafi geta komið í veg fyrir faraldra á deildum sjúkrahúsa, eins og nóróveirufaraldra eða flensufaraldra.

Þar sem æ oftast greinast sýklalyfjaónæmar bakteríur á Íslandi og í öðrum löndum eykst mikilvægi sýkingavarna við að hindra dreifingu þeirra innan sjúkrahúsa. Í skýrslu Jims O'Neill, sem kom út 2016, er því spáð að með sama áframhaldi muni allt að 10 milljónir manna í heiminum látast af sýkingum af völdum sýklalyfjaónæmra baktería árið 2050. Það eru fleiri dauðsföll en af völdum krabbameina eða bílslys og eykur enn mikilvægi öflugra sýkingavarna innan sjúkrahúsa. Varnir gegn sýklalyfjaónæmum bakteríum felast meðal annars í skipulagðri leit að þessum bakteríum eða skimun sem fer þannig fram að sjúklingar eru spurðir ákveðinna spurninga og tekin sýni til að leita að þessum bakteríum ef við á en á þann hátt er hægt að finna suma þá sem eru með sýklalyfjaónæmar bakteríur. Sýklalyfjagát er leið sem hægt er að fara til að minnka líkur á því að bakteríur verði ónæmar fyrir sýklalyfjum. Sýklalyfjagát felst í skynsamlegri notkun sýklalyfja þannig að þau séu ekki notuð við veirusýkingum, notuð séu þröngvirk sýklalyf en ekki breiðvirk, meðferðarlengd sé hæfileg og skipt úr lyfjagjöf í æð í töflu-meðferð á réttum tíma. Leiðbeiningar um sýklalyfjagát er meðal annars að finna í appi sem heiti MicroGuide og er opið öllum.



Nám og kennsla í sýkingavörnum

Í skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar frá 2016 er farið yfir mikilvægi sýkingavarna. Samkvæmt henni er mikilvægt að á bráðasjúkrahúsum sé sýkingavarnadeild eða ígildi hennar og þar starfi heilbrigðisstarfsmenn sem hafa þekkingu og kunnáttu í sýkingavörnum og hafa lagt það nám fyrir sig. Kennsla í grunnatriðum sýkingavarna þarf að vera skylda hjá öllum nemendum í heilbrigðisvísindum og kennarar með sérþekkingu í sýkingavörnum skulu sinna þeirri kennslu. Nemar þurfa að búa yfir þekkingu í grunnatriðum sýkingavarna þegar þeir hefja verknám á heilbrigðisstofnun og því er

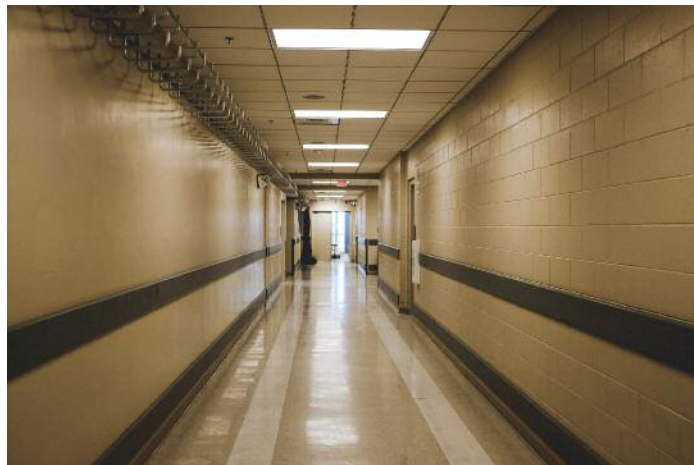
mikilvægt að ná til þeirra meðan þeir eru í skóla. Kennslan þarf að vera í formi fyrirlestra, verklegra æfinga og umræðna til að árangur verði sem bestur. Þess utan þarf netfræðsla að vera aðgengileg þar sem farið er yfir mikilvæga þætti sýkingavarna, eins og handhreinsun og handskartsleysi, vinnufatnað og hlífðarbúnað og fleira. Leiðbeinendur og kennarar nema á sjúkrahúsum þurfa að vera vel að sér í sýkingavörnum og geta svarað spurningum nemanna og rætt við þá um sýkingavarnir og mikilvægi réttra vinnubragðra á heilbrigðisstofnunum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin tekur fram að mikilvægt sé að það sé að minnsta kosti einn starfsmaður sem er sérfræðingur í sýkingavörnum á hver 100–250 rúm á hverju bráðasjúkrahúsi.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin leggur áherslu á að heilbrigðisstarfsfólk geti sótt framhaldsnám í sýkingavörnum sem gefur diplóma- eða meistaraþráðu. Slíkt nám er nú í boði í Háskóla Gautaborgar og geta Íslendingar sótt það. Í löndum Skandinavíu er nú krafa um framhaldsnám í sýkingavörnum samkvæmt fyrrnefndum leiðbeiningum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar en sú krafa hefur ekki enn komið fram á Íslandi.

Framtíðarsýnin hlýtur að vera sú að allir heilbrigðisstarfsmenn kunni og fylgi alltaf leiðbeiningum sýkingavarna og vinni samkvæmt grundvallarsmitgát í störfum sínum á heilbrigðisstofnunum. Á þann hátt rjúfa þeir smitleiðir milli sjúklinga og einnig milli starfsmanna.

Sýkingavarnir og framtíðin

Sýkingavarnir eru einn af hornsteinum hvernar stofnunar hvað varðar öryggi sjúklinga og starfsmanna. Framtíðarsýnin hlýtur að vera sú að allir heilbrigðisstarfsmenn kunni og fylgi alltaf leiðbeiningum sýkingavarna og vinni samkvæmt grundvallarsmitgát í störfum sínum á heilbrigðisstofnunum. Á þann hátt rjúfa þeir smitleiðir milli sjúklinga og einnig milli starfsmanna. Til að svo geti orðið þarf kennsla heilbrigðisnema í sýkingavörnum að vera góð sem og endurmenntun heilbrigðisstarfsfólks. Umhverfið þarf að styðja við sýkingavarnir, til dæmis með rétt staðsettri handhreinsiaðstöðu, umhverfi og búnaði sem hægt er að þrifa og sótthreinsa á einfaldan hátt, nægum einbýlum sem uppfylla kröfur til einangrunar smitandi sjúklinga, rétt hannaðri loftræstingu og fleiru.



Til að sýkingavarnadeild á bráðasjúkrahúsi geti sinnt hlutverki sínu af kostgæfni þarf mannskap sem hefur þekkingu, kunnáttu og reynslu á sviði sýkingavarna, eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin nefnir. Reynslan sýnir að hlutfall hjúkrunarfræðinga á sýkingavarnadeild á bráðasjúkrahúsi þarf að vera um 1 hjúkrunarfræðingur á hver 75 rúm ef mikið er um dagdeildaraðgerðir, en afar tímafrekt er að fylgja eftir sjúklingum og skrá spítalasýkingar í kjölfar meðferðar á sjúkrahúsi. Rafræn skráningarkerfi geta vissulega flýtt fyrir og auðveldað eftirfylgd en það þarf alltaf að fara yfir og staðfesta og meta vafaatriði og slíkt er tímafrekt og tölvukerfi geta ekki gert það. Í viðleitni til að auka öryggi sjúklinga og starfsmanna er hverju sjúkrahúsi því mikilvægt að fjárfesta í öflugum sýkingavörnum en það skilar sér margfalt til baka með fækkun spítalasýkinga og styttri legu sjúklinga.

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Genf: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Sótt á <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf;jsessionid=13F738A63D60F23F5ECAFD10D6F50A73?sequence=1>
- Ducell, G., Fabry, J., og Nicolle, L. (2002). Prevention of hospital-acquired infection. A practical guide, 2. útgáfa. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. Sótt á https://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/who_cdscreph200212.pdf?ua=1
- Nixon, K. (2011). The World of Florence Nightingale. Pitkin Unichrome, Bretlandi.
- O'Neill, J. (2016). Tackling drug-resistant infection globally: Final report and recommendations. The review on antimicrobial resistance. Sótt á https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
- Smith, P. W., Watkins, K., Hewlett, A. (2012). Infection control through the ages. *American Journal of Infection Control*, 40(1), 35–42.

Húðbruni vegna þvag- eða hægðaleka: Tilfelli með áburðinum „Cavilon Advanced“

Berglind Guðrún Chu, sérfræðingur í hjúkrun

Inngangur

IAD (e. incontinence associated dermatitis) er ensk skammstöfun fyrir húðbruna vegna þvag- eða hægðaleka sem kemur fyrir hjá fullorðnum þó algengara sé að sjá slíkt vandamál hjá börnum. IAD myndast þegar þvag eða hægðir hafa legið lengi við húð og við það myndast bólga, roði, útbrot og blöðrur og húð getur rofnað (Voegeli, 2016). Á hjúkrunarheimilum er þessi vandi talinn hrjá 6–50% dvalargesta (Holroyd, 2015) og 20–27% á bráðastofnunum (Beeckman o.fl., 2011). IAD getur verið sársaukafullt, hamlað hreyfigetu og tekur oft langan tíma að gróa. Sjúklingar með IAD eiga auk þess á hættu að fá húð- og sveppasýkingar (Payne, 2015). Í hjúkrun þessara sjúklinga hefur verið lögð áhersla á forvarnir með því að benda á mikilvægi neðanþvotts og notkun húðverndandi krems, en búið er að búa til ýmis efni og umbúðir sem hægt er að nota bæði til forvarnar og sem meðferð þegar skaðinn er orðinn. Í þessari grein verður vandamálið útskýrt frekar, helstu einkenni og meðferðarúrræði og lýst verður einu tilfelli einstaklings með IAD sem fékk meðferð á Landspítala með „Cavilon Advanced“. Einstaklingurinn fær gervinafnið Jónas í þessari umfjöllun.

Hvað er IAD?

IAD er undirflokkur MASD (e. moisture associated skin damage) (Voegeli, 2016; Wounds International, 2015). Önnur dæmi um MASD eru húðbreytingar vegna raka í fellingum húðar, eins og í nára og undir brjóstum og maga. IAD er aftur á móti eingöngu tengt þvag- og hægðaleka og má gjarnan sjá hjá þeim sem nota bindi og bleyjur. Helstu einkenni eru roði, sviði, verkur og bólga á svæðinu en svæðið þar sem húðbreytingarnar má finna nær yfir rass, kynfæri, efri hluta læra og neðri hluta baks og kviðar (Tavares o.fl., 2017). Húð einstaklinga með dökka hörund verður ljósari eða dekkri, fjólublá, dökkrauð eða gul á lit. Húðbreytingarnar ná gjarnan yfir stórt svæði sem getur valdið erfiðleikum við meðferð (Wounds International, 2015).

Orsök og áhættuþættir

Orsök IAD er gjarnan þríþætt. Þvag- og hægðaleki veldur auknum raka sem hefur áhrif á vatnsjafnvægi húðarinnar. Ertandi efni frá þvagi og hægðum, s.s. þvagefni (urea) og meltingarensím úr hægðum breyta sýrustigi húðar og húðin verður basískari. Þá aukast líkur á fjölgun baktería og annarra örvera og jafnframt eykst sýkingarhætta (Payne, 2015; Voegeli, 2016).

Einkenni IAD

Roði
Bólga
Fleiður
Blöðrur
Sár
Vessi/soðin húð
Útbrot
Kláði
Verkur, sviði, bruni
Þvag- og/eða hægðaleki

Fylgikvillar

Verkir og óþægindi
Truflun á svefni
Skert sjálfsbjörg
Þrýstingssár
Húðsýking
Sveppasýking
Dauði

Áhættuþættir

Þvagleki
Hægðaleki
Tíðni leka
Lokuð bindi
Undirliggjandi húðvandamál
Skert hreyfigeta
Skert geta til að viðhalda hreinlæti
Minnkuð vitræn geta
Verkur
Aukinn líkamshiti
Ónæmisbælandi lyf
Lélegt næringarástand
Bráð veikindi



Húðbruni í byrjun meðferðar.

Bólga verður í húðinni vegna alls þessa. Til viðbótar versnar ástandið vegna núnings af þvotti, fötum, líni eða bleyjum (Beele o.fl., 2018). Með auknum raka eykst svo núningurinn svo ferlið verður að vítahring (Beeckman o.fl., 2011; Holroyd, 2015). Þvag- og hægðaleki er undirrót vandans, bæði orsök og áhættuþáttur, en aðrir þættir auka einnig hættuna á húðbruna. Hreyfiskerðing er stór áhættuþáttur sem veldur því að sjúklingurinn getur ekki lengur annast eigið hreinlæti. Vitræn skerðing hefur áhrif á líkamlega hæfni, bindi og lokaðar umbúðir auka raka á svæðinu og svo má lengi telja (Wounds International, 2015).

Greining

Greining er eingöngu klínísk með húðskoðun. Mikilvægt er að gleyma ekki að skoða húð í fellingum en þar er mest hætta á rakamyndun. Húðmat þarf að fara fram reglulega yfir daginn hjá þeim sem eru í áhættuhópi og gæti verið gagnlegt að tengja þetta mat við neðanþvott og þrýstingssáramat (Voegeli, 2016). Húðbreytingarnar sem verða í IAD líkjast öðrum hjúkrunarvandamálum. Einkum hefur verið erfitt að greina á milli IAD og þrýstingssára þar sem auðveldlega má rugla saman IAD við fyrsta og annars stigs þrýstingssár. Í fyrsta stigs þrýstingssári er roði sem hverfur ekki. Aðalummerki IAD er roðasvæði og geta bæði vandamálin verið á sama svæði eins og á rassi. Annars stigs þrýstingssár lýsir sér með fleiðri eða blöðrum. Þessi einkenni geta einnig verið hjá IAD. Það eykur enn fremur hættu á rangri greiningu að í sumum tilfellum getur verið um blandaða mynd að ræða þar sem bæði má sjá IAD og þrýstingssár á svipuðu eða sama svæði á einstaklingnum. Það sem helst aðgreinir þessi tvö vandamál er að roðinn hjá IAD er oft á mjög stóru svæði og óreglulegur en roðinn vegna þrýstingssárs er oft vel afmarkaður og á minna svæði. Þrýstingssár eru

yfir beinaberum stöðum, eins og á setbeinssvæði, en IAD hylur gjarnan allt rasssvæðið. IAD tekur til efstu húðlaga en þrýstingssár geta náð inn að beini (tafla 4) (Beeckman o.fl., 2011; Wounds International, 2015).

Það þarf þó að gæta þess að sápa sé með réttu sýrustigi (pH 4–6) því sýrustig húðar hækkar gjarnan við notkun hreinsivara.

Til þess að reyna að flokka og greina betur IAD frá öðrum vandamálum hefur verið útbúið ákveðið flokkunarkerfi sem heitir GLOBIAD. Um er að ræða einfalt flokkunarkerfi þar sem IAD er annars vegar flokkað í heila húð eða rofna og hins vegar hvort sýking er til staðar eða ekki (SKINT, 2017).

Meðferð

Aðalmeðferð við IAD er forvörn sem snýst um að halda húðinni hreinni og þurri án húðþurrks (Beele o.fl., 2018). Skipta má forvörn í þrjú stig þar sem fyrsta stigið felst í góðum neðanþvotti, en fólk með þvag- eða hægðaleka þarf iðulega að nota rakadræg bindi eða bleyjur og því skiptir góður neðanþvottur við hvern leka miklu máli (Holroyd, 2015). Það þarf þó að gæta þess að sápa sé með réttu sýrustigi (pH 4–6) því sýrustig húðar hækkar gjarnan við notkun hreinsivara. Tíður neðanþvottur með vatni og sápu skaðar hornlag húðarinnar, fjarlægir nauðsynlega fitu, eykur þurrk og veldur núningi. Fordast ber að nudda húðina og mikilvægt er að nota mjúka klúta þegar húðin er hreinsuð (Beele o.fl., 2018; Wounds International, 2015).

Neðanþvottur eykur líkur á þurri húð og því felst annað stig meðferðarinnar í rakameðferð. Rakakrem græðir húðina, eflir raka í húð, minnkar vatnstap í gegnum húð og eflir fitulag húðar. Húðvörn er svo þriðja stig meðferðar og eru til ýmis efni og krem sem hrinda frá raka, t.d. krem sem innihalda sink. Einnig eru til efni sem mynda filmu á húðinni, hvort sem það er í úðaformi eða borið á húðina með þar til gerðum pinnum. Við það myndast filma sem verndar húðina fyrir frekari rakaskemmdum (Tavares o.fl., 2017; Voegeli, 2016).

Fyrir utan beina meðferð á húð skiptir máli að sinna þrýstingssáravörnum því að aukinn raki og núningur eykur hættuna á að sjúklingarnir fái þannig sár. Einnig þarf að viðhalda góðu næringarástandi með próteindrykkjum ef sjúklingurinn er lystarlítill og borðar lítið (Beele o.fl., 2018). Hjá þeim sem eru komnir með miklar húðbreytingar getur þurft að grípa til inniliggjandi þvagleggja tímabundið svo húðin fái hvíld frá stöðugum raka (Payne, 2015). Einnig eru til hægðalosunarkerfi (e. faecal management system) sem hægt er að nota ef hægðir eru þunnfljótandi og miklar. Þá er sett mjúk slanga upp í endaparm til að taka við hægðum og útskilnaðurinn safnast fyrir í utanliggjandi poka. Sjúklingur sem er kominn með vessandi sár getur þurft góðar rakadrægar svampumbúðir yfir

Þrýstingssár

Regluleg lögun sárasvæðis
Yfir beinaberum stöðum
Geta verið djúp sár
Sárabarmar eru vel afmarkaðir
Getur verið nekrósa
Roði sem hvítnar ekki við þrýsting
Þrýstingur og tog orsök

IAD

Óregluleg lögun svæðis
Eingöngu yfir kynfærasvæði, rassi, lærum og kvið
Grunn sár með óreglulegum sárabörmum
Aldrei nekrósa
Oft bleikur litur og hvítur sem merkir soðna húð
Raki orsök
Glansandi húð vegna raka

sárin til að hlífa þeim og stuðla að góðu umhverfi fyrir sáragræðslu (Tavares o.fl., 2017). Til eru margs konar svampar og gæti þurft að nota sílikonumbúðir vegna viðkvæmrar húðar. Aldrei skal vanmeta aðstoð við reglulegar klósettferðir því ef hægt er að komast hjá því að útskilnaður liggi við húðina er ekki hætta á ferðum (Beeckman o.fl., 2011; Wounds International, 2015).

Tilfelli

Jónas er áttæður og hefur á sjúkraferlinum greinst með geðrænan kvilla, sykursýki, ofþyngd og söfnunaráráttu. Hann lagðist inn á Landspítala vegna rákvöðvaleysingar (rhabdomyolysis) og brunasára. Hann hafði dottið heima og lá í þvagi og hægðum í meira en sólarhring. Í upphafi innlagnar var hann mjög ruglaður, máttlaus og þurfti alla aðstoð við ADL og að snúa sér í rúminu. Hann fékk þvaglegg strax við komu vegna þvagtrengðu og til að hlífa húðinni við frekari bleytu. Jónas er einstæðingur og á fáa að. Hann býr í mjög þröngri og lítilli íbúð sem er full af dóti sem hann hefur safnað að sér. Þetta olli því, þegar hann datt, að hann gat enga björg sér veitt því hann var fastur á milli hluta.

Húðin var í byrjun eldrauð og vessandi. Roðinn náði upp á neðri hluta baks og niður lærin að framan og aftan. Þessu fylgdu miklir verkir svo að vart mátti koma við hann. Í byrjun fólst meðferðin í jelonet-grisjum, umbúðapúðum til að taka vessann og svo lá hann á állökum til að halda þessu hreinu. Hann þurfti morfín fyrir sáraskiptin og fylgdi því sársauki að taka vaselíngrisjurnar af húðinni auk þess sem neðanþvottur var sársaukafullur. Hann gat ekki setið á rassinum vegna sársauka og hafðist því við í rúminu fyrst um sinn. Fimm dögum eftir innlögn á legudeild var byrjað að nota áburðinn „Cavilon Advanced skin protectant“. Þessi áburður er borinn á húðina og hefur þann verkunarmáta að það myndast himna sem verndar húðina fyrir frekara áreiti raka. Einnig er í vökvanum græðandi efni sem hjálpa húðinni að gróa eftir brunann. Meðferðina átti að framkvæma tvisvar í viku. Hann fór í sturtu fyrir hvert skipti og þá þurfti að gæta þess að setja engar umbúðir yfir heldur hafa sársvæðið opið og lofta um eins og hægt var. Hann lá þó alltaf á állökunum. Í fyrsta skipti sem Cavilon Advanced var borið á húðina, fann Jónas fyrir sviða og verkjum. Næstu tvo daga bar á niðurgangi og því voru settar bleyjur á hann. Hann fann fyrir óþægindum ef lök eða bleyjur festust í sárnum. Stundum komu blæðingar úr húðinni. Næsta meðferð með Caviloninu var þremur dögum síðar. Þá þegar leit húðsvæðið betur út, minni vessi var til staðar auk þess sem Jónas sagðist finna minna til þegar áburðurinn var borinn á meðferðarsvæðið. Fjórum dögum síðar var enn meiri framför, Jónas fann ekki til sársauka við sáraskiptin en var byrjaður að fá kláða. Næstu skipti gengu vel og Jónas varð alveg sársaukalaus á svæðinu. Vegna niðurgangs þurfti stundum að grípa til þess að nota bleyjur og þá varð smávægileg afturför á sáragræðslunni en í heildina gekk sármeðferðin vel. Vessi minnkaði stöðugt og hætti alveg tæpum 4 vikum eftir að meðferð hófst. Jónas var í sármeðferðinni á legudeildinni í alls mánuð.



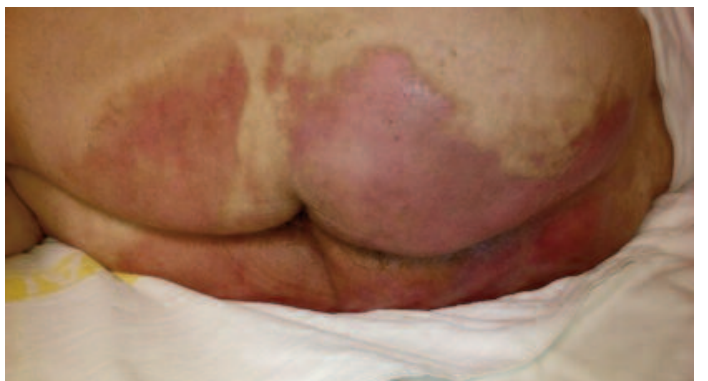
Húðbruni eftir innlögn og fyrir Cavilon-meðferð.



Húðbruni 4 dögum eftir upphaf meðferðar.



Húðbruni 17 dögum eftir upphaf meðferðar.



Húðbruni 24 dögum eftir upphaf meðferðar.

Lokaorð

Húðbruni eftir þvag- eða hægðaleka er raunverulegt vandamál sem veldur mikilli þjáningu, skertri sjálfsbjörg og langri sjúkrahúslegu. Bruninn lýsir sér sem roði og bólga. Blóðrur geta myndast og sár komið fram í slæmum tilfellum. Nauðsynlegt er að gera greinarmun á IAD og þrýstingssárum því meðferðin er ekki sú sama. Mikilvægt er að stuðla að forvörnum þegar kemur að slíkum leka með góðum neðanþvotti, notkun á bindum eða bleyjum og húðmeðferð með kremi eða öðrum efnum. Cavilon Advanced er efni sem er tiltölulega nýtt á íslenskum markaði og reyndist vel í meðferð einstaklings á Landspítala.

Heimildaskrá

- Beeckman, D., Woodward, S., og Gray, M. (2011). Incontinence-associated dermatitis: Step-by-step prevention and treatment. *British Journal of Community Nursing*, 16(8), 282–389.
- Beele, H., Smet, S., Van Damme, N., og Beeckman, D. (2018). Incontinence associated dermatitis: Pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging*, 35(1), 1–10.
- Holroyd, S. (2015). Incontinence-associated dermatitis: Identification, prevention and care. *British Journal of Nursing*, 24(9), 37–43.
- Payne, D. (2015). Managing and preventing incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), 231–232.
- SKINT (2017). GLOBIAD, Ghent global IAD categorisation tool. Sótt á https://images.skintghent.be/20184916028778_globiadenglish.pdf
- Tavares, A. P., o.fl. (2017). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis (IAD): Contributions of nursing intervention. *Journal of Perioperative and Critical Intensive Care Nursing*, 3(1).
- Voegeli, D. (2016). Incontinence-associated dermatitis: New insights into an old problem. *British Journal of Nursing*, 25(5), 256–262.
- Wounds International (2015). Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. Sótt á https://images.skintghent.be/2018491033795_iad-best-practice-document.pdf



B&B Guesthouse

Hringbraut 92, Keflavík

**Gisting, morgunverður, geymsla á
bíl, keyrsla í flug og skil á bíl í
Leifsstöð við heimkomu**



Munið
orlofsmiðana

www.bbguesthouse.is

VISSIR ÞÚ AÐ ...

Við veitum **ókeypis ráðgjöf og stuðning** fyrir þá sem greinast með krabbamein og aðstandendur þeirra.

Við stöndum fyrir fjölda **námskeiða og fyrirlestra** sem við streymum á krabb.is.

Við erum **sérfræðingar** þegar kemur að upplýsingum um **réttindi og fræðslu** um krabbamein.



Hafðu samband á radgjof@krabb.is, kíktu til okkar í Skógarhlíð 8, eða hringdu í síma 800 4040.

 Krabbameinsfélagið

Þetta er meira en bara sjúkdómur — Reynsla sjúklinga og aðstandenda af lífi með parkinsonsveiki: Fræðileg samantekt

Marianne E. Klinke^{1,2}, Ólöf Sólrún Vilhjálmsdóttir², Sara Jane Friðriksdóttir², Jónína H. Hafliðadóttir¹

Það að greinast með langvinnan sjúkdóm á borð við parkinsonsveiki (PV) gjörbreytir til frambúðar lífi þeirra sem sjúkdóminn fá sem og þeirra nánustu. Í þessari grein eru niðurstöður eigindlegra rannsókna samþættar með það að markmiði að gefa hjúkrunarfræðingum innsýn í það sem veldur skjólstæðingum áhyggjum, samhliða því að benda á úrræði sem hafa reynst þeim hjálpleg.

Inngangur

Parkinsonsveiki (PV) er næstalgengasti taugahrörnunarsjúkdómurinn á eftir alzheimers-sjúkdómi (Tysnes og Storstein, 2017). Áætlað er að um það bil 700 manns séu með PV á Íslandi (Parkinsonsamtökin, 2019). Um er að ræða langvarandi og stigvaxandi sjúkdóm sem einkennist af hreyfieinkennum (e. *motor symptoms*) og ekki hreyfieinkennum (e. *non-motor symptoms*) (DeMaagd og Philip, 2015; Jellinger, 2019; Poewe o.fl., 2017). Einkenni sem einstaklingar með PV finna fyrir eru fjölmörg og þau eru einnig persónubundin (Smith og Shaw, 2017). Sjá má yfirlit yfir algeng einkenni PV á mynd 1.

Að takast á við líf með PV, þar sem einkennin breytast stöðugt og versna, er afar krefjandi (McLaughlin o.fl., 2010; Megari, 2013). Með tímanum raskast jafnvægi í fjölskyldunni og hlutverk fjölskyldumeðlima breytast (DeMaagd og Philip, 2015). Fáir í hópi aðstandenda hafa nauðsynlega færni til að geta borið ábyrgð á umönnunarhlutverkinu á eigin spýtur (Tan o.fl., 2012). Á sama tíma getur það að annast aðstandanda sinn verið mjög gefandi. Það að sjá um umönnun langveiks einstaklings veldur oft álagi og ýtir undir vandamál eins og kvíða,

þreytu og félagslega einangrun. Ótti vegna yfirvofandi versunar sjúkdómseinkenna getur einnig haft neikvæð áhrif á líðan aðstandenda (McLaughlin o.fl., 2010). Hjúkrun einstaklinga með PV má best lýsa sem einkennameðferð þar sem stuðningur og fræðsla vegna margvíslegra einkenna og krefjandi áskorana sjúkdómsins vegur þungt.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að samþætta eigindlegar rannsóknir sem fjalla um reynslu sjúklinga með PV og aðstandenda þeirra með það að markmiði að varpa ljósi á atriði sem skipta máli í hjúkrun þessa skjólstæðingahóps.

Aðferð

Niðurstöðum margra eigindlegra rannsókna var safnað saman á kerfisbundinn hátt. Slík aðferð víkkar sjóndeildarhringinn og dýpkar þekkingu umfram það sem fæst með því að einblína á stakar rannsóknir (Atkins o.fl., 2008; Polit og Beck, 2017). Leit að fræðiefni var framkvæmd á gagnsæjan hátt í einum gagnagrunni svo að hægt væri að endurtaka leitina. Yfirlit yfir leit að fræðigreinum má sjá í töflu 1.

Hreyfieinkenni	Ekki hreyfieinkenni
• Hægar hreyfingar • Stirðleiki • Skjálfti • Óstöðugleiki/svimi	• Frá sjálfráða taugakerfinu: Tíð þvaglát, næturþvaglát, mikill sviti, réttstöðublóðþrýstingsfall, kynlífserfiðleikar • Taugasálfræðileg einkenni: Þunglyndi, kvíði, árátтуhegðun, ofskynjanir, vitsmunabreytingar • Frá skynfærum: Minnkað lyktarskyn, sjónbreytingar, tvísýni, dofatilfinning, vöðvakrampi • Svefntruflanir: Svefnleysi, martröð, fótaóeirð, ljóslifandi draumar • Frá meltingarfærum: Kyngingarerfiðleikar, bakflæði, uppköst/ógleði, hægðatregða, munnvatnsleki • Fleira: Þreyta, þyngdartap

Mynd 1. Yfirlit yfir einkenni parkinsonsveiki

¹ Taugalækningadeild B2 Landspítala.

² Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Eftir lestur rannsókna og umræður milli höfunda voru gerðar töflur til þess að öðlast betri sýn yfir innihald rannsóknargreina. Teknar voru út eftirfarandi upplýsingar: (1) Höfundar og ár, (2) Aðferð, (3) Þátttakendur (4) Niðurstöður; hindranir og gagnlegir þættir. Taflan var notuð til að koma auga á sameiginlega þætti í rannsóknunum. Í kjölfarið voru niðurstöður samþættar með orðum og myndum.

Niðurstöður

Niðurstöðurnar eru byggðar á 11 eigindlegum rannsóknum þar sem 117 einstaklingar með PV og 137 aðstandendur tóku þátt. Sjá yfirlit yfir rannsóknir í töflu 2. Í eftirfarandi undirköflum voru niðurstöðurnar flokkaðir eftir líkamlegum, andlegum og félagslegum áhrifaþáttum eða áskorunum. Veruleg skörun er á milli þessara þátta.

Líkamlegar áskoranir

Yfirlit yfir líkamlegar áskoranir af völdum PV er byggt á niðurstöðum níu rannsókna. Þetta yfirlit má sjá á mynd 2 (Haahr o.fl., 2010; Habermann og Shin, 2017; Kang og Ellis-Hill, 2015; McLaughlin o.fl., 2010; Mshana o.fl., 2011; Plouvier o.fl., 2018; Smith og Shaw, 2017; Tan o.fl., 2012; Valcarengi o.fl., 2018).

Einstaklingar með PV urðu varir við að daglegar athafnir voru tímafrekar og þeir fundu oft fyrir þreytu og skertu úthaldi (Haahr o.fl., 2010; Mshana o.fl., 2011; Valcarengi o.fl., 2018). Þeir tóku eftir því hvernig ástandið versnaði án þess að fá við nokkuð ráðið. Líkaminn varð sífellt meira veikburða og lét verr að stjórn. Um leið og búið var að aðlagast einu einkenni fór að bera á öðru. Hreyfingar og hugsun urðu hægari og erfiðara var að einbeita sér og takast á við þau verkefni sem að höndum bar. Líkamleg einkenni hindruðu daglegar athafnir og félagslega þátttöku. Til dæmis olli hræðsla við fall mikilli vanlíðan og hindraði einstaklinga í að fara út úr húsi (Habermann og Shin, 2017). Þannig fór sjúkdómurinn hægt og bítandi að stjórna öllu í lífi einstaklinganna (Haahr o.fl., 2010).

Erfiðleikar við að matast og nærast auk hræðslu við að svelgjast á vögu þungt hjá mörgum vegna takmarkaðrar getu til að kyngja mat og vökva. Lyfjainnstilling og lyfjainntaka á réttum tíma var mikilvægur hlekkur í því að bæta kyngingu. Einstaklingar þurftu sífellt að vera á varðbergi vegna ákveðins ófyrirsjáanleika í samspili lyfjaverkunar og kyngingargetu. Það að tala lágt gerði það að verkum að erfitt gat verið að eiga samræður við annað fólk. Þetta olli mikilli félagslegri hindrun (Habermann og Shin, 2017; Mshana o.fl., 2011).

Að annast náinn aðstandanda með PV gat verið afar tímafrekt og valdið bæði líkamlegri og andlegri örmögnun. Áhyggjur af eigin heilsu gerðu vart við sig við langvarandi álag (Tan o.fl., 2012). Vegna stöðugar versunar sjúkdómsins gerðu umönnunaraðilar sér grein fyrir því að þeir þyrftu sjálfir á einhverjum tímamarki að þiggja utanaðkomandi aðstoð. Í einni rannsókn kom fram að eftir því sem leið á sjúkdóminn hefðu aðstandendur stöðugt þurft að veita meiri líkamlegan, félagslegan og andlegan stuðning til einstaklingsins með PV. Þar að auki voru viðfangsefni sem einstaklingar með PV sáu um fyrir sjúkdómsgreiningu orðin að verkefnum aðstandenda, til dæmis akstur, garðyrkjustörf og heimilisbókhald (McLaughlin o.fl., 2010).

Félagslegar áskoranir

Yfirlit yfir félagslegar áskoranir af völdum PV er byggt á niðurstöðum átta rannsókna og þær má sjá á mynd 2 (Giles og Miyasaki, 2009; Haahr o.fl., 2010; McLaughlin o.fl., 2010; Mshana o.fl., 2011; Plouvier o.fl., 2018; Tan o.fl., 2012; Tod o.fl., 2016; Valcarengi o.fl., 2018).

Helstu áskoranir sem einstaklingar með PV stóðu andspænis var takmarkaður aðgangur að hjálpartækjum og að þurfa að finna sín eigin úrræði án þess að hafa aðgang að sérhæfðum og viðeigandi stuðningi (Giles og Miyasaki, 2009; Mshana o.fl., 2011; Plouvier o.fl., 2018; Tod o.fl., 2016). Einstaklingar urðu varir við að sá sem sinnti þeim hverju sinni hafði mismunandi skilning á áhrifum PV á líf hvers einstaklings. Góð tengsl við sérfræðing, sem þekkti vel til meðferðar þeirra, og gagnkvæmt traust var mikilvægt (Plouvier o.fl., 2018).

Tafla 1: Efnisleit og leitarorð*

Leitað var í einum gagnagrunni, Pubmed. Leitarorð voru: „Parkinson’s disease“, „Qualitative“ og „Nurs*“. Leitin takmarkaðist við greinar birtar frá janúar 2009 til maí 2019, fullorðna einstaklinga (19+), ensku eða íslensku. Eingöngu voru teknar með eigindlegar greinar sem fjölluðu um reynslu einstaklinga með PV og/eða aðstandenda þeirra. Greinar sem einblíndu á reynslu einstaklinga með PV og aðstandenda þeirra eftir rafskautsaðgerð voru útilokaðar*				
Leit	Leitarorð	Heimtur	Titlar	Útdrættir
1	Parkinson’s disease (MeSH) AND qualitative	163	20	10
2	Parkinson’s disease (MeSH) AND nurs*	277	15	6
Samtals		440	35	16
16 greinar voru lesnar í heild sinni og samtals 11 greinar uppfylltu inntökuskilyrðin				
* Nánari lýsingu á aðferðafræðinni má sjá í BS-ritgerð Ólafar Sólrúnar Vilhjálmisdóttur og Söru Jane Friðriksdóttur (2019).				

Tafla 2. Yfirlit yfir rannsóknir

Höfundar/ Ár	Aðferð	Þátttakendur	Hindranir	Gagnlegir þættir
Plouvier o.fl., 2018	Hálfstöðluð viðtöl, myndband	Einstakl. með PV: N=16 (11 kk)	Erfiðleikar við að komast í það Óraunhæfar væntingar í tengslum við framgang sjúkdóms Missir sjálfstæðis Erfitt að biðja um og þiggja aðstoð við umönnun Erfitt að nálgast viðeigandi hjálpartæki og aðstoð	Gott samband á milli einstaklingsins og heilbrigðisstarfsmanns Sameiginleg ákvarðanatata Tekist á við sjúkdóminn á jákvæðan hátt Raunsæi gagnvart sjúkdómnum Skilningur á virkni lyfja og mikilvægi næringar
Valcarengi o.fl., 2018	Djúpviðtöl, grunduð kenning	Einstakl. með PV: N=30 (11 kk)	Aukaverkanir lyfja og fjölþætt lyfjameðferð Missir sjálfstæðis Daglegar athafnir erfiðar og tímafrekar Erfitt að þurfa að hætta í vinnu Skömm vegna breytts útlits og framkomu Hamlanir vegna minnkaðrar hreyfigetu Depurð yfir missi sjálfstæðis Félagsleg einangrun	Góð þekking á virkni lyfja Gott að setja og ná daglegum markmiðum sínum Góð samskipti við fagfólk, fjölskyldu og vini Aðstoð við að halda í sjálfstæði við daglegar athafnir Gott að geta verið í vinnu þrátt fyrir sjúkdóminn eða gera eitthvað sem skiptir máli
Kang og Ellis-Hill, 2015	Hálfstöðluð viðtöl, þema- greining	Einstakl. með PV: N=8 (5 kvk)	Erfitt að viðhalda eðlilegum takti í lífinu Erfitt að viðhalda líkamlegri getu Kviði og þunglyndi í kjölfar sveiflukennds líkamsástands	Góð þekking á virkni lyfja Jákvætt hugarfar Ákveðni og vilji Stuðningur fjölskyldu Gott að lifa lífinu eins og fyrir sjúkdómsgreiningu Gott að finna að maður hafi stjórn Gagnlegt að þykjast ekki vera með sjúkdóm Sjúkraþjálfun
Haahr o.fl., 2010	Djúpviðtöl, fyrirbærafræði	Einstakl. með PV: N=11 (8 kk)	Erfiðleikar við daglegar athafnir Erfiðleikar við einbeitingu Preyta Erfitt að taka lyfin á réttum tíma Erfitt að fara út úr húsi vegna sýnileika sjúkdóms Félagsleg einangrun Minni styrkleiki Allt tekur lengri tíma en áður Erfitt að halda í sjálfstæði Félagsleg einangrun maka Erfitt að vera heima eins lengi og hægt er	Viðeigandi meðferð Jákvætt hugarfar Gott að lifa lífinu á sem eðlilegastan hátt Gott að geta haft stjórn á aðstæðum Reglubundin dagskrá Gott að njóta aðstoðar stuðningshóps
McLaughlin o.fl., 2010	Viðtöl, myndbönd, þemagreining	Aðstand.: N=26 (17 kvk)	Lítill stuðningur við umönnunaraðila Skortur á samskiptum aðstandenda og heilbrigðisstarfsfólks Fá tækifæri til þess að tjá tilfinningar sínar Skortur á upplýsingum í tengslum við tæki og tól Skortur á fjárhagslegri ráðgjöf Óuppfylltar þarfir í tengslum við áframhaldandi umönnunarhlutverk Tap á tekjum	Það hugarfar að sjúkdómsgreiningin hefði getað verið verri Gott að takast á við nýja hlutverkið
Habermann og Shin, 2017	Hálfstöðluð viðtöl, bæði ein- staklings- og paraviðtöl	N=28 (14 með PV, 14 aðstand.)	Einstaklingar með PV: Aukin hætta á dettni algengasta einkennið sem olli mestum vandræðum Talörðugleikar Kyngingarerfiðleikar Erfitt að setta sig við að makinn þurfi að fara út úr húsi af og til Makar: Erfitt að þurfa að vera stöðugt til staðar Erfitt að eiga sér líf utan umönnunarhlutverksins Óvissa með framtíðina Skortur á upplýsingum í kjölfar greiningar	Einstaklingar með PV: PEG-sonda ef kyngingarerfiðleikar Gott að geta verið heima eins lengi og hægt er Makar: Gott að geta farið út úr húsi Utanaðkomandi aðstoð Stuðningur Fræðsla um umönnunarhlutverk Vel skipulögð umönnunaráætlun Gott að skoða sjónarmið beggja aðila Gott að geta verið heima eins lengi og hægt er
Tan o.fl., 2012	Hálfstöðluð viðtöl Þema-greining,	Aðstand.: N=21 (17 kvk)	Erfitt að halda áfram með eigið líf þrátt fyrir nýtt hlutverk Erfitt að finna tíma fyrir sjálfan sig	Jákvæð tilfinningaleg áhrif yfir nýja hlutverkinu Góð aðlögun að breyttum aðstæðum Bætt fjölskyldutengsl

NVIVO 8			Samviskubít yfir ónógri umönnun Erfitt að sinna einstaklingnum með PV og öðrum í fjölskyldunni á sama tíma Erfitt að fara út úr húsi án þess að fá samviskubít Tekjutap	Stuðningshópar Aðstoð við þrif Betri tímastjórnun og aukið skipulag
Tod o.fl., 2016	17 djúpvíðtöl og 4 tilfella- rannsóknir og 2 rýnihópar	Aðstand.: N=43 Einstakl. með PV: N= 4	Þörf fyrir aukna aðstoð þegar PV versnar Erfitt að fá utanaðkomandi umönnun	Heilbrigðisstarfsfólk aðstoðar við að útvega einstaklingum með PV viðeigandi umönnun Litið er á þarfir, væntingar og óskir einstaklinga með PV á heildrænan hátt Umönnunaraðilar virða tíma sinn með skjólstæðingi Umönnunaraðilar gera sér grein fyrir mikilvægi lyfjatíma og að sjúklingur þekki aukaverkanir
Smith og Shaw, 2017	Djúpvíðtöl, fyrirbærafræði	N=9 (5 kvk). Einstakl. með PV: N=4 Aðstand.: N=5	Einstaklingar með PV: Erfitt að aðlagast líkamlegum breytingum Tilfinningalegir örðugleikar gagnvart líkamlegum breytingum Óvissa með framtíðina Umönnunaraðilar/makar: Erfitt að læra að takast á við nýtt hlutverk Erfitt að viðhalda sjálfstæði Erfitt að lifa eðlilegu lífi Óvissa með framtíðina	Einstaklingar með PV: Stuðningshópar Félagsskapur Aðlögun að breytingum Gott að lifa í núinu Umönnunaraðilar/makar: Stuðningshópar Félagsskapur Aðlögun að breytingum Gott að lifa í núinu
Giles og Miyasaki, 2009	Djúpvíðtöl, fyrirbæra- fræði	N= 6 Einstakl. með PV: N=2 Aðstand.: N=4	Þörfum einstaklinga með PV og aðstandenda ekki fullnægt Skortur á þverfaglegri samvinnu Skortur á upplýsingum um batahorfur, greiningu og heimaþjónustu Valdaójafnvægi milli lækna og skjólstæðinga Erfiðara að eiga við versnandi heilsu án stuðnings	Litið á skjólstæðinginn sem eina heild en ekki manneskju með sjúkdóm
Mshana o.fl., 2011	Hálfstöðluð djúpvíðtöl, rýnihópar	Einstakl. með PV: N=28 Aðstand.: N= 4	Ófullnægjandi þjónusta og meðferð vegna van- þekkingar heilbrigðisstarfsmanna á PV Erfiðleikar við líkamlegar hreyfingar og athafnir Erfiðleikar við að klæðast, matast og ganga Kynlífserfiðleikar Félagsleg einangrun umönnunaraðila	Lyfin tekin á réttum tíma Gott að geta sinnt sínum daglegu athöfnum

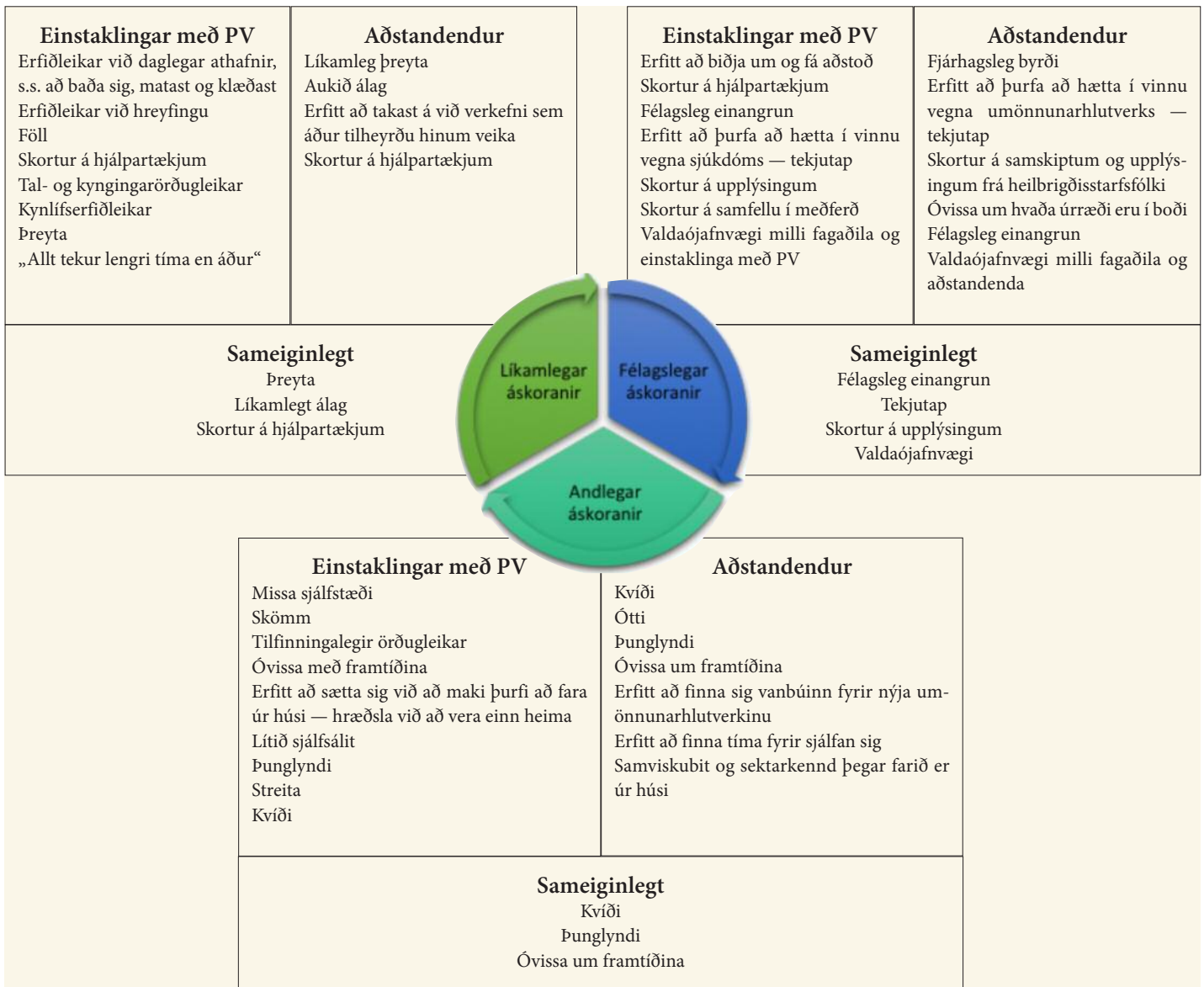
* Viðtækari upplýsingar má sjá í BS-ritgerð Ólafar Sólrúnar Vilhjálmisdóttur og Söru Jane Friðriksdóttur (2019).

Félagslegar áskoranir höfðu mismikil áhrif. Sumir voru smeykir við að fara út á meðal fólks af ótta við stimplun frá umhverfinu vegna einkenna sjúkdómsins. Sem dæmi má nefna að ofhreyfingar gátu valdið því að fólk, sem ekki þekkti einstaklinginn, hélt að hann væri drukinn (Haahr o.fl., 2010; Valcarengi o.fl., 2018). Þar að auki þurftu sumir að hætta að vinna eða sinna áhugamálum og reyndist það þeim mikill missir. Sú reynsla að geta ekki gert gagn og að vera til trafala var niðurbrjótandi (Valcarengi o.fl., 2018). Rannsókn Giles og Miyasaki (2009) sýndi hvernig skortur á upplýsingagjöf og fræðslu hafði neikvæð áhrif á sálfélagslega líðan. Einstaklingum fannst mikilvægt að fá svigrúm til þátttöku í skipulagningu eigin meðferðar og heimaþjónustu, en það var oft ekki í boði. Það var hins vegar mjög mikilvægt fyrir einstaklinginn að koma skoðunum sínum á framfæri og finna að hann hefði eitthvað að segja um sín mál.

Aðstandendur greindu meðal annars frá fjárhagslegum og félagslegum áhyggjum af að þurfa að minnka vinnu eða jafnvel að hætta að vinna utan heimilis (McLaughlin o.fl., 2010; Tan

o.fl., 2012). Til að mynda greindu umönnunaraðilar í rannsókn Mshana og félaga (2011) frá því að tekjur þeirra hefðu minnkað til muna. Þeir höfðu ekki mikið á milli handanna og þeir litlu fjármunir sem þeir höfðu fóru aðallega í beinan og óbeinan kostnað vegna sjúkdómsins.

Sumir voru smeykir við að fara út á meðal fólks af ótta við stimplun frá umhverfinu vegna einkenna sjúkdómsins. Sem dæmi má nefna að ofhreyfingar gátu valdið því að fólk, sem ekki þekkti einstaklinginn, hélt að hann væri drukinn. Þar að auki þurftu sumir að hætta að vinna eða sinna áhugamálum og reyndist það þeim mikill missir.



Mynd 2. Samþætting og yfirlit yfir áskoranir einstaklinga með PV og umönnunaraðila þeirra.

Skortur var á skilvirkum samskiptum heilbrigðisstarfsfólks við aðstandendur (Giles og Miyasaki, 2009; Habermann og Shin, 2017; McLaughlin o.fl., 2010). Aðstandendur töluðu um að erfitt hefði verið að fá upplýsingar og óljóst hvert leita mátti eftir ráðum og stuðningi. Þar að auki voru margir ekki meðvitaðir um úrræði sem stóðu til boða. Aðstandendur óskuðu eftir meiri upplýsingum um framtíðina og gang sjúkdómsins. Margir leituðu upplýsinga á veraldarvefnum en oft kom fyrir að úrræðin sem þar var stungið upp á voru ekki í boði í grennd við þá (Giles og Miyasaki, 2009; McLaughlin o.fl., 2010).

Félagsleg einangrun jókst hjá mörgum eftir því sem sjúkdómurinn versnaði og þar af leiðandi jókst þörf fyrir aukið eftirlit og aðstoð. Þetta takmarkaði frelsi aðstandenda til að sinna eigin áhugamálum og heimsækja vini og ættingja (McLaughlin o.fl., 2010; Mshana o.fl., 2011; Tan o.fl., 2012).

Andlegar áskoranir

Yfirlit yfir andlegar áskoranir af völdum PV er byggt á niðurstöðum níu rannsókna sem má sjá á mynd 2 (Giles og Miyasaki, 2009; Haahr o.fl., 2010; Habermann og Shin, 2017; Kang og Ellis-Hill, 2015; McLaughlin o.fl., 2010; Plouvier o.fl., 2018; Smith og Shaw, 2017; Tan o.fl., 2012; Valcarengi o.fl., 2018).

Áhrif sjúkdómsins á útlit og sjálfsmýnd var sá andlegi vandi sem oftast var lýst hjá einstaklingum með PV (Haahr o.fl., 2010; Plouvier o.fl., 2018; Smith og Shaw, 2017; Valcarengi o.fl., 2018). Sumir viðmælenda greindu einnig frá skömm vegna sýnilegra einkenna. Vanþekking og óviðeigandi viðbrögð annarra leiddu til þess að sumir voru feimnir við að fara út á meðal almennings. Einhverjum fannst vorkunn fólks valda sér óþægindum og einnig fólst álag í því að finna fyrir augnaráði ókunnugra (Plouvier o.fl., 2018; Valcarengi o.fl., 2018).

Vandasamt reyndist að viðhalda eðlilegum takti í daglegu lífi. Væntingar flestra voru að geta búið heima eins lengi og

hægt var, en það að búa heima leiddi til þess að einstaklingar þurftu stundum að vera einir. Slíkt reyndist sumum mjög erfitt (Haahr o.fl., 2010; Habermann og Shin, 2017; Kang og Ellis-Hill, 2015).

Umönnunarlutverkið olli miklu álagi; framtíðaráætlanir breyttust og margir voru óundirbúnir undir það. Þetta reyndist sérstaklega erfitt þeim sem glímdu sjálfir við kvíða, þunglyndi og vonleysi. Aðstandendur fundu sérstaklega fyrir áhyggjum þegar öryggi einstaklings með PV var ógnað, til dæmis ef hann var í byltuhættu og var mikið í mun að efla öryggi viðkomandi (McLaughlin o.fl., 2010; Tan o.fl., 2012).

Oft var erfitt fyrir aðstandendur að finna tíma fyrir sjálfa sig og að halda áfram að gera það sem þeir voru vanir og vildu gera. Margir aðstandendur fundu fyrir sektarkennd þegar þeir þurftu að bregða sér frá hinum veika í lengri eða skemmri tíma. Einnig reyndist krefjandi fyrir aðstandendur ef þeir þurftu jafnframt að sinna öðrum í fjölskyldunni á sama tíma, svo sem börnum eða fullorðnum foreldrum (Tan o.fl., 2012).

Hvetjandi þættir fyrir einstaklinga með PV og aðstandendur þeirra

Einstaklingar með PV og aðstandendur þeirra greindu frá ýmsum hjálplegum þáttum sem stuðluðu að bættri líðan. Þessa hvetjandi þætti má sjá á mynd 3.

Öllum fannst mikilvægt að hafa stjórn á sínum aðstæðum og fá að taka þátt í að búa til áætlun yfir daglegar athafnir (Haahr o.fl., 2010). Lyfjainntaka og tímasetning hennar skipti einstaklinga með PV miklu máli. Sérstaklega var mikilvægt að finna leiðir til að viðhalda föstum lyfjatímum til að koma í veg fyrir neikvæðar afleiðingar (Tod o.fl., 2016).

Gott samband milli fagaðila og einstaklinga með PV skipti gríðarlega miklu máli og var sameiginleg ákvarðanatáka álitin nauðsynleg. Mikilvægt var fyrir bæði einstaklinga með PV og aðstandendur þeirra að fá aðstoð við tímastjórnun og vita hvernig leita mætti aðstoðar þegar sjúkdómurinn sækir á. Faglegur stuðningur stuðlaði að jákvæðum tilfinningalegum áhrifum gagnvart sjúkdómnum og umönnunarlutverkinu (Kang og Ellis-Hill, 2015; Plouvier o.fl., 2018; Valcarengi o.fl., 2018).

Stuðningshópar þóttu hjálplegir þeim sem höfðu áhuga á að deila eigin reynslu með öðrum í svipuðum sporum (Haahr o.fl., 2010; Smith og Shaw, 2017). Tan og félagar (2012) greindu frá atriðum sem aðstandendum höfðu reynst hjálpleg, svo sem slökun og að leita í trúna. Einnig kom fram í tveimur rannsóknnum að tímabundin utanaðkomandi aðstoð gerði aðstandendum kleift að komast frá og létti m.a. álag vegna húsverka (Habermann og Shin, 2017; Tan o.fl., 2012). Jákvætt hugarfar þótti skipta miklu máli og reyndist það jafnframt vera áhrifaríkasta leiðin til þess að viðhalda góðum samböndum við annað fólk (Haahr o.fl., 2010; Kang og Ellis-Hill, 2015).

Afleiðingar PV voru þó ekki eingöngu neikvæðar. Í sumum tilfellum urðu fjölskyldutengsl betri og sterkari í kjölfar þess að takast á við hinar margvíslegu áskoranir sem tengdust því að aðlagast lífi með PV (McLaughlin o.fl., 2010; Tan o.fl., 2012).

Sameiginlegir hvetjandi þættir:

- Raunsæi gagnvart sjúkdómnum og framgangi hans
- Jákvætt hugarfar, til dæmis „sjúkdómsgreiningin hefði getað verið verri“ og „ég get gert ýmislegt“, „að njóta þess sem er gott hér og nú“
- Að vita hvert á að leita aðstoðar
- Sameiginleg ákvarðanatáka milli heilbrigðisstarfsfólks, einstaklinga með PV og aðstandenda
- Gott samband við fagaðila, að vita hvert á að leita eftir ráðum og aðstoð
- Stuðningur frá vinum og fjölskyldu
- Stuðningshópar, t.d. í gegnum sjúklingasamtök
- Vera félagslega virkur og geta sinnt áhugamálum (vera í vinnu), „að komast út úr húsi“
- Hafa fasta reglu á daglegu lífi
- Regluleg hreyfing
- Finnast maður hafa stjórn á aðstæðum
- Rétt hjálpartæki
- Fjárhagslegt öryggi
- Rétt sérhæfð meðferð vegna PV
- Skilningur á virkni lyfja og mikilvægi næringar

Hvetjandi þættir fyrir einstaklinga með PV

- Setja markmið og ná markmiðum sínum
- Halda í gott útlit
- Nánd við umönnunaraðila
- Geta til að framkvæma daglegar athafnir án þess að vera háður maka
- Taka lyfin sín samkvæmt fyrirmælum og á réttum tíma

Hvetjandi þættir fyrir aðstandendur

- Aðstoð við að takast á við nýja hlutverkið
- Tímastjórnun

Mynd 3. Hvetjandi þættir fyrir einstaklinga með PV og aðstandendur þeirra

Umræða

Niðurstöður þessarar samantektar varpa ljósi á hið flókna samspil líkamlegra, félagslegra og andlegra áskorana sem einstaklingar með PV og aðstandendur þeirra glíma við. Niðurstöðurnar sýna að margir einstaklingar með PV finna fyrir nei-



kvæðum tilfinningum sem geta valdið m.a. kvíða, hræðslu við að detta, skömm vegna breytinga í útliti og að líða eins og þeir séu „öðruvísi“. Enn fremur finna þeir fyrir vanmáttarkennd vegna breytinga á færni og versnunar á sjúkdómnum (Haahr o.fl., 2010; Valcarenghi o.fl., 2018). Svipaðar niðurstöður hafa birst í fjölmörgum rannsóknnum (Murdock o.fl., 2014; Pretzer-Abhoff o.fl., 2009; Thordardottir o.fl., 2014).

Gott meðferðarsamband milli hjúkrunarfræðinga og skjólstæðinga er álitit einn allra mikilvægasti hornsteinninn í meðferð fólks með PV (NICE, 2017). Til að geta aðstoðað sjúklinga og fjölskyldur þeirra þurfa hjúkrunarfræðingar að þekkja daglegt líf og aðstæður skjólstæðinga sinna vel (Valcarenghi o.fl., 2018). Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í að veita stuðning svo að skjólstæðingar geti lifað góðu lífi þrátt fyrir umfangsmiklar breytingar í kjölfar sjúkdómsins. Þeirri hjúkrunar-meðferð sem stendur einstaklingum með PV á Íslandi til boða í dag er einmitt ætlað að auka lífsgæði skjólstæðinganna með reglubundnu eftirliti, stuðningi og fræðslu í þverfaglegri samvinnu heilbrigðisstarfsmanna (Jónína H. Hafliðadóttir o.fl., 2015).

Enn fremur kom fram hvernig sjúkdómurinn læðist aftan að fólki og tekur smám saman völdin í daglegu lífi einstaklinganna. Líkamlegar afleiðingar PV eru vel þekktar. Hins vegar kom á óvart að eingöngu í tveimur rannsóknum var því lýst hversu þung umönnunin var fyrir aðstandendur.

Lýst var hvernig líkamleg einkenni ágerðust við framgang sjúkdómsins sem hindraði sjálfstæði einstaklinganna. Enn fremur kom fram hvernig sjúkdómurinn læðist aftan að fólki og tekur smám saman völdin í daglegu lífi einstaklinganna. Líkamlegar afleiðingar PV eru vel þekktar (DeMaagd og Philip, 2015; Moustafa o.fl., 2016; Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir, 2016). Hins vegar kom á óvart að eingöngu í tveimur rannsóknum var því lýst hversu þung umönnunin var fyrir aðstandendur. Ekki kom nánar fram í hverju það fólst (McLaughlin o.fl., 2010; Tan o.fl., 2012). Aðallega

var fjallað um álag vegna aðstoðar við daglegar athafnir hins veika, eins og að klæðast og að komast um. Ekki var fjallað um atriði eins og það að þurfa að vakna margoft að nóttu, til dæmis til þess að snúa hinum veika, vera vakinn vegna draum-svefntruflana hans eða jafnvel vegna lyfjagjafar. Vitað er að flestir einstaklingar með PV búa heima í mörg ár eftir sjúkdómsgreiningu. Tíu árum eftir sjúkdómsgreiningu búa einungis 10% þeirra á hjúkrunarheimili (Lageman o.fl., 2015). Einnig er vitað að um 90% þeirra sem annast sjúklinga heima eru makar þeirra. Vinnuálag vegna umönnunar er gífurlegt og jafngildir 50 klukkustundum á viku. Hafa ber í huga að margir makar þurfa að sinna eigin atvinnu samhliða þessari miklu umönnun (Theed o.fl., 2017).

Fyrir suma er gagnlegt að vera þátttakandi í stuðningshópum eins og þeim sem sjúklingafélög standa fyrir (Vernon, 2009). Hjúkrunarfræðingar ættu því að tryggja að skjólstæðingar séu meðvitaðir um þann kost og geta til að mynda bent á Parkinsonsamtökin á Íslandi (Parkinsonsamtökin, 2019).

Vandamál tengd kyngingu og tali voru áberandi og ollu umönnunaraðilum áhyggjum. Til dæmis fór mikill tími og vinna í að tryggja að einstaklingar með PV nærðust og að lyfjatímar héldust. Einnig fór mikil orka í að skilja einstaklinginn ef hann talaði mjög lágt og óskýrt. Þetta olli báðum aðilum miklu álagi, en oft er hægt að finna úrræði með markvissum stuðningi. Í þeim tilvikum þar sem um svæsna kyngingar-erfiðleika er að ræða var talið að það myndi vera mikill léttir fyrir alla aðila ef viðkomandi fengi PEG-sondu. Þá væri tryggt að hægt væri að gefa honum lífsnauðsynlega næringu og lyf. Þetta er m.a. mikilvægt þegar sjúklingar eru lengur en klukku-tíma að borða án þess þó að fá næringarþörf sína uppfyllta því þá fer lífið og öll orka þeirra að snúast um að borða (Habermann og Shin, 2017).

Mikilvægi lyfja og lyfjameðferðar kom margsinnis fram (Haahr o.fl., 2010; Tod o.fl., 2016). Það að taka lyfin sín á röngum tíma getur haft miklar neikvæðar afleiðingar í för með sér. Hjúkrunarfræðingar sinna mikilvægu hlutverki hvað þetta varðar og innan veggja heilbrigðisstofnana bera þeir ábyrgð á að skjólstæðingar fái lyfin sín á réttum tíma (Jónína H. Hafliðadóttir o.fl., 2015). Þetta hlutverk færir í mörgum tilfellum yfir á umönnunaraðila á eigin heimili.

Einstaklingar með PV glíma við ýmiss konar áskoranir sem tengist félagslífi, atvinnuþátttöku og áhugamálum. Atvinna fólks er stór partur af lífi hvers og eins og oft og tíðum skynjar fólk sig sem hluta af samfélaginu í gegnum vinnu sína. Því miður verða þó sumir fyrir því að þurfa að hætta í vinnu langt fyrir aldur fram vegna PV. Það að þurfa að hætta í vinnu sinni getur verið mikill missir fyrir einstaklinginn ásamt því að valda fjárhagsáhyggjum. Hefur það því einnig áhrif á fjölskyldu einstaklingsins þar sem tekjur heimilisins minnka oft (McLaughlin o.fl., 2010; Tan o.fl., 2012; Valcarengi o.fl., 2018). Ljóst er að sumir eru því í viðkvæmri stöðu vegna takmarkaðra fjárráða, en þeir sem hafa meira á milli handanna eiga í mörgum tilvikum auðveldara með að verða sér úti um þá aðstoð sem þeir þurfa á að halda.

Mikilvægt er að hjálpa sjúklingum og aðstandendum þeirra að halda sjálfstæði og frelsi. Í því samhengi ber einnig að

greina hindranir í daglegu lífi og þætti sem draga úr samskiptum við annað fólk sem geta valdið vanlíðan og kvíða (Valcarengi o.fl., 2018). Líta má á þetta sem vítahring sem auðveldlega getur myndast ef ekki er gripið inn í. Til dæmis getur hræðsla við að detta hindrað félagslega þátttöku einstaklingsins. Skortur á því að taka þátt í mikilvægum félagslegum atburðum getur svo leitt til andlegrar vanlíðanar sem leiðir til minni líkamlegrar virkni o.s.frv. Því er mikilvægt að rjúfa þennan vítahring.

Aðstandendum fannst oft erfitt að finna tíma fyrir sjálfa sig og töldu sig knúna til að vera stöðugt til staðar til að tryggja öryggi hins veika. Átakanlegt var að sjá hversu margir aðstandendur fundu fyrir samviskubiti ef þeir þurftu að yfirgefa þann veika í stutta stund. Á sama tíma fannst einstaklingum með PV mjög oft erfitt að vera einir heima. Þeir voru hræddir við að detta og fannst þeir gjarnan vera „fastir“ heima (Habermann og Shin, 2017; McLaughlin o.fl., 2010; Tan o.fl., 2012). Skortur á frelsi vegna umönnunarinnar kom einnig fram í niðurstöðum nýlegrar safngreiningar eigindlegra rannsókna um áhrif PV á maka sjúklinganna (Theed o.fl., 2017). Þegar sjúkdómurinn ágerist þurfa bæði einstaklingar með PV og aðstandendur þeirra að aðlagast breyttum aðstæðum vegna vaxandi hamlana og álags. Það getur verið erfiður lærdómur.

Skortur á félagslegum stuðningi, vanlíðan og vandamál í samskiptum komu skýrt fram. Einstaklingar með PV þurfa heildrænt mat með reglulegu millibili þar sem horft er til allra þátta sem hafa áhrif á líf þeirra. Hefðbundnir matslistar á lífsgæðum í PV innihalda ekki ýmis mikilvæg atriði daglegs lífs. Sem dæmi þá vantar mörg þessara atriða á PDQ-39 listann (Parkinson Disease Questionnaire-39). Engu að síður inniheldur sá listi viðtækar og mikilvægar spurningar varðandi hreyfingu, föll, daglegar athafnir, tilfinningar, stimplun, félagslegan stuðning, vitræna skerðingu, samskipti og líkamlega vanlíðan (Morley o.fl., 2015). Hægt er að nota niðurstöður þessarar samantektar til þess að semja ítarlegri spurningalista sem nær betur að fanga reynslu einstaklinga með PV og aðstandenda þeirra.

Engar íslenskar rannsóknir fundust um þetta efni og því þarf að fara gætilega í að yfirfæra niðurstöðurnar á íslenskt samfélag. Vel má vera að reynsla einstaklinga með PV hérlandis sé að einhverju leyti frábrugðin því sem komið hefur fram í erlendum rannsóknum. Má m.a. nefna að margir sjúklingar hérlandis búa á landsbyggðinni og hafa ekki greiðan aðgang að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu.

Lokaorð

Parkinsonsveiki er mun meira en meinafræðilegt vandamál; einkenni sjúkdómsins hafa víðtæk áhrif á öll svið lífsins. Til að veita góða hjúkrun skiptir máli að hjúkrunarfræðingar geti sett sig í spor einstaklinga með PV og aðstandenda þeirra. Slíkt krefst yfirgripsmikillar þekkingar hjúkrunarfræðinga svo að þeir geti veitt stuðning sem hentar hverjum og einum einstaklingi og fjölskyldu.

Heimildir

- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., og Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8(21), 1–10. doi: 10.1186/1471-2288-8-21
- DeMaagd, G., og Philip, A. (2015). Parkinson's disease and its management. Part 1: Disease entity, risk factors, pathophysiology, clinical presentation, and diagnosis. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(8), 504–510, 532. Sótt á <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517533/>
- Giles, S., og Miyasaki, J. (2009). Palliative stage Parkinson's disease: Patient and family experiences of health-care services. *Palliative Medicine*, 23(2), 120–125. doi: 10.1177/0269216308100773
- Haahr, A., Kirkevold, M., Hall, E. O. C., og Østergaard, K. (2010). Living with advanced Parkinson's disease: A constant struggle with unpredictability. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 408–417. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05459.x
- Habermann, B., og Shin, J. Y. (2017). Preferences and concerns for care needs in advanced Parkinson's disease: A qualitative study of couples. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1650–1656. doi: 10.1111/jocn.13565
- Jellinger, K. A. (2019). Is Braak staging valid for all types of Parkinson's disease? *Journal of Neural Transmission*, 126, 423–431. doi: 10.1007/s00702-018-1898-9
- Jónína H. Hafliðadóttir, Helga Jónsdóttir og Marianne E. Klinke. (2015). Góð ráð við hjúkrun sjúklinga með Parkinsonveiki. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1(91), 14–21.
- Kang, M. Y., og Ellis-Hill, C. (2015). How do people live life successfully with Parkinson's disease? *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2314–2322. doi: 10.1111/jocn.12819
- Lageman, S. K., Mickens, M. N., og Cash, T. V. (2015). Caregiver-identified needs and barriers to care in Parkinson's disease. *Geriatric Nursing*, 36(3), 197–201. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.01.002
- McLaughlin, D., Hasson, F., Kernohan, W. G., Waldron, M., McLaughlin, M., Cochrane, B., og Chambers, H. (2010). Living and coping with Parkinson's disease: Perceptions of informal carers. *Palliative Medicine*, 25(2), 177–182. doi: 10.1177/0269216310385604
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(e27), 141–148. doi: 10.4081/hpr.2013.e27
- Morley, D., Dummett, S., Kelly, L., Dawson, J., og Jenkinson, C. (2015). Evaluating the psychometric properties of an e-based version of the 39-item Parkinson's disease questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1–5. doi: 10.1186/s12955-014-0193-1
- Moustafa, A. A., Chakravarthy, S., Phillips, J. R., Gupta, A., Keri, S., Polner, B., ... Jahanshahi, M. (2016). Motor symptoms in Parkinson's disease: A unified framework. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 727–740. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.010
- Mshana, G., Dotchin, C. L., og Walker, R. W. (2011). 'We call it the shaking illness': Perceptions and experiences of Parkinson's disease in rural northern Tanzania. *BMC Public Health*, 11(219), 1–8. doi: 10.1186/1471-2458-11-219
- Murdock C., Cousins W., og Kernohan W. G. (2014). „Running water won't freeze“: How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliative Supportive Care*, 13(5), 1363–1372. <http://doi.org/10.1017/S1478951514001357>
- NICE (National institute for health and care excellence). (2017). Parkinson's disease in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71/resources/parkinsons-disease-in-adults-pdf-1837629189061>
- Ólöf Sólrún Vilhjálmisdóttir og Sara Jane Friðriksdóttir. (2019). „Þetta er meira en bara sjúkdómur.“ Lífið með Parkinsonsveiki: Reynsla sjúklinga og aðstandenda. Samþætting eigindlegra rannsókna. Skemman. <http://hdl.handle.net/1946/33185>
- Parkinsonsamtökin. (2019). Sótt á <http://parkinson.is/>
- Plouvier, A. O. A., Hartman, T. C. O., Listenburg, A., Bloem, B. R., Weel, C., og Janssen, A. L. M. (2018). Being in control of Parkinson's disease: A qualitative study of community-dwelling patients' coping with changes in care. *European Journal of General Practice*, 24(1), 138–145. doi:10.1080/13814788.2018.1447561
- Poewe, W., Seppi, K., Tanner, C. M., Halliday, G. M., Brundin, P., Volkmann, J., ... Lang, A. E. (2017). Parkinson disease. *Nature Reviews Disease Primers*. Sótt á http://discovery.ucl.ac.uk/1550201/2/Schrag-A_Parkinsons%20disease%20primer%202.pdf
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. útgáfa). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Pretzer-Aboff, I., Galik, E., og Resnick, B. (2009). Parkinson's disease: Barriers and facilitators to optimizing function. *Rehabilitation Nursing*, 34(2), 55–83. doi: 10.1002/j.2048-7940.2009.tb00249.x
- Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir. (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of Neurochemistry*, 139(1), 318–324. <http://doi.org/10.1111/jnc.13691>
- Smith, L. J., og Shaw, R. L. (2017). Learning to live with Parkinson's disease in the family unit: An interpretative phenomenological analysis of well-being. *Medicine Health Care, and Philosophy*, 20(1), 13–21. doi: 10.1007/s11019-016-9716-3
- Tan, S. B., Williams, A. F., og Morris, M. E. (2012). Experiences of caregivers of people with Parkinson's disease in Singapore: A qualitative analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 21(16), 2235–2246. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04146.x

- Theed, R., Eccles, F., og Simpson, J. (2017). Experiences of caring for a family member with Parkinson's disease: A meta-synthesis. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1007–1016. doi: 10.1080/13607863.2016.1247414
- Thordardottir, B., Nilsson, M. H., Iwarsson, S., og Haak, M. (2014). „You plan, but you never know“. Participation among people with different levels of severity of Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 36(26), 2216–2224. doi: 10.3109/09638288.2014.898807
- Tod, A. M., Kennedy, F., Stocks, A. J., McDonnell, A., Ramaswamy, B., Wood, B., og Whitfield, M. (2016). Good-quality social care for people with Parkinson's disease: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(2), 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006813
- Tysnes, O. B., og Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission*, 124(8), 901–905. doi: 10.1007/s00702-017-1686-y
- Valcarengi, R. V., Alvarez, A. M., Santos, S. S. C., Siewert, J. S., Nunes, S. F. L., og Tomasi, A. V. R. (2018). The daily lives of people with Parkinson's disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 7(2), 272–279. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0577
- Vernon, G. M. (2009). Parkinson disease and the nurse practitioner: Diagnostic and management challenges. *The Journal for Nurse Practitioners*, 5(3), 195–206. doi: 10.1016/j.nurpra.2008.12.007

Leiðbeiningar til höfunda ritrýndra fræðigreina

Það er Tímariti hjúkrunarfræðinga kappsmál að birta vel unnar og áreiðanlegar greinar sem innihalda nýjungar og eru mikilvægar fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk við ákvarðanir um starfshætti, rannsóknir og stefnumótun. Fræðigreinar geta verið rannsóknargreinar, yfirlitsgreinar eða kenningagreinar, þ.e. greinar sem á ítarlegan hátt fjalla um þróun þekkingar í hjúkrun, hvort heldur sem er um hjúkrunarstarfið, -stjórnun, -kennslu, -rannsóknir eða stefnumótun í hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu. Lögð er áhersla á beitingu margvíslegra rannsóknaraðferða, fjölbreytileika í fræðilegum efnistökum og vönduð vinnubrögð. Fræðigreinar eru ritrýndar og áhersla er lögð á að þær standist vísindalegar kröfur.

Inngangur

Í þessum leiðbeiningum er lýst hvernig ganga skal frá handriti að fræðigrein sem óskað er eftir að fari í ritrýni hjá Tímariti hjúkrunarfræðinga. Handrit að fræðigrein skal að jafnaði ekki hafa birst annars staðar. Lagður er metnaður í að handrit sé vandað að efni, málfari og framsetningu.

Almennur frágangur fræðihandrits

Tímarit hjúkrunarfræðinga byggir að mestu leyti á leiðbeiningum í Handbók bandaríska sálfræðingafélagsins, APA (6. útgáfa), í tilvísun og meðferð heimilda. Þar er að finna gagnlegar leiðbeiningar um greinaskrif, framsetningu tölfræðigagna og rafræna heimildaskráningu. Eftirfarandi atriðum ber að fylgja við frágang fræðihandrits:

- Handritið í heild sinni ásamt texta í myndum, töflum og öðru efni sem því tilheyrir skal vera með 12 punkta Times New Roman letri og tvöföldu línubili.
- Spássíur eiga að vera hefðbundnar (2,5 cm á hvern kant) og textinn vinstrijafnaður.
- Styttur titill handrits skal vera efst í hægra horni á öllum síðum (header) (hámark 50 slög).
- Blaðsíðutal skal vera neðst í hægra horni á öllum síðum (footer).
- Ekki skal vera inndráttur í upphafi efnisgreinar, það getur valdið erfiðleikum í umbroti.

Hámarksorðafjöldi greina er lýst í meðfylgjandi töflu og er þá átt við megintexta án forsíðu, útdráttar, taflna, mynda og heimilda. Að öllu jöfnu skulu handrit ekki innihalda fleiri en sex töflur og myndir samtals. Hámarkslengd á einnig við um handrit samþykkt til birtingar. Viðbrögð við athugasemdum ritrýna eiga því ekki að leiða til lengingar handrits umfram hámarksorðafjölda.

	Hámarksorðafjöldi megintexta	Útdráttur	Myndir og töflur	Fjöldi heimilda
Ritrýnd fræðigrein, meginleg rannsókn	3 500	300 orð	6	35
Ritrýnd fræðigrein, eigindleg rannsókn	5 000	300 orð	6	35
Kerfisbundin fræðileg samantekt, yfirlitsgrein, kenningagrein	5 000	300 orð	6	50

Uppsetning

Stig fyrirsagna
(athugið að setja ekki punkta í fyrirsögnunum)

MIÐJUSTILLT FYRIRSÖGN MEÐ UPPHAFSSTÖFUM

(1. stig, heiti greinar, 14p)

FEITLETRUÐ FYRIRSÖGN, upphafsstafir
(2. stig, kaflaheiti, 12p)

Skáletruð feitletruð fyrirsögn með upphafsstaf
en annars litlum bókstöfum
(3. stig, millifyrirsögn, 12p)

1. stigs fyrirsögn er sú sama og er á titilblaði. Ekki er gert ráð fyrir meira en þremur stigum fyrirsagna.

rannsóknar, einkennum þátttakenda, aðferð og rannsóknarsniði, markverðustu niðurstöðum og ályktunum. Útdráttur skal skrifaður með skýrum og einföldum stíl og skal geta staðið sjálfstætt.

- Útdráttur er settur fram með undirfyrirsögnum: Tilgangur, Aðferð, Niðurstöður og Ályktanir.
- Þrjú til fimm lykilorð skulu fylgja á íslensku og ensku skv. „Medical Subject Headings (MeSH)“, sjá <http://www.nlm.nih.gov/mesh/authors.html>. Íslensku lykilorðin koma strax undir útdrætti og ensku lykilorðin strax undir English Summary.
- Enskur útdráttur (300 orð) er bein efnisleg þýðing þess íslenska með fyrirsögninni **English Summary** og undirfyrirsögnunum: Aim, Method, Results og Conclusions. Þar þarf að koma fram **enskur titill** greinarinnar. Mikilvægt er að vanda til enska titilsins og lykilorða, þau eru notuð við vistun og til leitar í erlendum gagnasöfnum. Útdráttur á ensku er á annarri síðu handrits.

Tegundir fræðigreina

Fræðigreinar í Tímariti hjúkrunarfræðinga geta verið þrenns konar:

- Rannsóknargreinar.
- Kerfisbundnar fræðilegar samantektir eða yfirlitsgreinar.
- Kenningargreinar.

Rannsóknargreinar

1. **Titilsíða.** Titilsíðu á að merkja sérstaklega og hún á ekki að vera hluti af handriti.

Á titilsíðu eiga eftirfarandi upplýsingar að koma fram:

- Styttur titill handrits efst í hægra horni (header).
- Titill og undirtitill greinar (hámark 20 orð) miðjustilltir á efri hluta síðunnar. Titill er án skammstafana.
- Nöfn höfunda og vinnustaðir fyrir neðan titil. Nöfn höfunda eru án titla og prófgráða.
- Nöfn höfunda eins og þau eiga að koma fram í enskum útdrætti.
- Nafn þess höfundar sem er tengiliður vegna greinarinnar (e. corresponding author).
- Orðafjöldi greinar án útdráttar, taflna, heimildaskrár o.þ.h. (sjá töflu).
- Orðafjöldi íslensks og ensks útdráttar.
- Pakkarorð. Þau eru sett aftast í greinina að ritrýni lokinni.

2. **Útdráttur (300 orð).** Útdráttur á íslensku er á fyrstu síðu handrits.

- Ekki skal draga inn fyrstu línu. Greina skal frá tilgangi

3. **Inngangur.** Titill greinar er miðjustettur efst á síðu í handriti. Í inngangi er hnitmiðuð samantekt á bakgrunni rannsóknar og viðfangsefni hennar. Í inngangi skal leggja áherslu á fræðilegar forsendur rannsóknarinnar og hann skal tengjast með beinum hætti þeim rannsóknarspurningum sem fjallað verður um. Inngangurinn er að jafnaði skrifaður í *nútið* vegna þess að verið er að vísa til rannsóknarviðfangsefnisins og stöðu mála í upphafi rannsóknarvinnunnar. Oft fer vel á því að enda inngang á markmiði eða rannsóknarspurningu.

4. **Aðferð.** Þessi kafli er ritaður í *þátíð* og lýsir hann því hvernig að rannsókninni var staðið aðferðafræðilega séð. Gera þarf góða grein fyrir vali og annmörkum á úrtaki. Gera þarf grein fyrir mælitækjum eða spurningalistum og þeim breytum sem fjallað er um í rannsókninni ef um megindlega rannsókn er að ræða. Lýsa skal framkvæmd rannsóknar á þann hátt að aðrir gætu endurtekið hana. Skýra skal frá þeim leyfum, sem aflað var til rannsóknarinnar, og eftir atvikum siðfræðilegum álitamálum. Geta skal hvaða tölfræðiaðferðum var beitt við úrvinnslu ef um megindlega rannsókn er að ræða. Ef um eigindlega aðferð er að ræða skal lýsa aðferðinni og lítillaga hugmyndafræðilegum bakgrunni hennar.

Eftirfarandi millifyrirsagnir eru oftast notaðar:

- Aðferð.
- Þátttakendur eða úrtak.
- Mælitæki eða spurningalistar (megindleg) eða gagnasöfnunaraðferð (eigindleg).
- Framkvæmd.
- Siðfræði.
- Réttmæti og áreiðanleiki.
- Gagnagreining.

5. **Niðurstöður.** Niðurstöðukaflinn skal ritaður í *þátíð* og þar er skýrt frá niðurstöðum út frá tilgangi, rannsóknarspurningum eða -tilgátu (ef við á). Fram eiga að koma heiti tölfræðiprófa og marktæknimörk skulu koma fram innan sviga (ef við á). Tölur og myndir eiga að geta staðið sjálfstætt og ber að varast að endurtaka í megintexta það sem kemur fram í töflu eða mynd. Heiti taflna og mynda skulu vera lýsandi fyrir niðurstöðurnar sem þar eru kynntar, einnig skal leitast við að hafa myndir skýrar.
6. **Umræða.** Í umræðukaflanum eru mikilvægustu niðurstöður ræddar og túlkaðar. Forðast ber að endurtaka niðurstöður. Getið skal í hverju styrkur og takmarkanir rannsóknarinnar felast. Dregin skal ályktun í samræmi við rannsóknarniðurstöður og fræðilegan bakgrunn.
7. **Hagnýting rannsóknarniðurstaðna** er birt á forsiðu greinarinnar undir yfirskriftinni: „Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“ með stuttum, hnitmiðuðum punktum um eftirfarandi fjögur atriði sem koma fram í rannsóknarniðurstöðunum. Hvert atriði skal vera að hámarki ein setning:
 - Hvaða nýjungar koma fram í niðurstöðum þessarar rannsóknar?
 - Hvernig má hagnýta niðurstöður rannsóknarinnar í hjúkrun eða íslenskri heilbrigðisþjónustu?
 - Hvaða þekkingu bæta niðurstöður þessarar rannsóknar við hjúkrunarfræði?
 - Hver geta áhrif rannsóknarinnar orðið á störf hjúkrunarfræðinga?
8. **Þakkir** eru færðar vegna sérstakrar aðstoðar við til dæmis gagnasöfnun, fjármögnun, úrvinnslu og aðstöðu. Í handritinu skulu þakkir vera á titilsíðu því þar koma oft fram persónugreinanlegar upplýsingar. Ritstjóri færir þakkarorð á réttan stað við lokafrágang fyrir birtingu.
9. **Neðanmálsgreinar** eru annars vegar skýringar eða athugasemdir við töflur og myndir og hins vegar útskýringar eða áherslur við meginmál greinarinnar.
10. **Viðauki**, ef við á, byrjar á nýrri síðu.
11. **Heimildaskrá** byrjar á nýrri síðu með yfirsögninni Heimildir. Heimildir í heimildaskrá eru í stafrófsröð höfunda. Allar heimildir, sem vísað er til í handritinu, verður að skrá í heimildaskrá og eingöngu þær heimildir. Því er mikilvægt að samlesa texta við heimildaskrá. Fylgja skal reglum Tímarits hjúkrunarfræðinga um tilvísanir og heimildaskrá.
12. **Tölur.** Tölur skulu koma á eftir heimildaskrá og aðeins ein tafla á hverri síðu. Í texta handritsins ber að tilgreina hvar höfundur ætlar til að tafla sé staðsett. Númer og lýsandi titill töflu skal standa **fyrir ofan** töfluna. Tölur úr

Excel eða sambærilegu forriti þarf að setja inn þannig að hægt sé að vinna með töflurnar í umbroti (ekki sem mynd). Númer töflu skal vera feitletrað en ekki töflutexti, sbr. **Tafla 1. Heiti**

13. **Myndir.** Myndir skulu koma á eftir töflum og aðeins ein mynd á hverri síðu. Höfundur tilgreinir æskilega staðsetningu myndar í texta handritsins. Númer og lýsandi titill myndar skal standa **undir** mynd. Einnig þarf að skila myndum í frumgerð, prenttækar í fullri upplausn JPG 300 punkta og með birtingarleyfum rétthafa. Númer myndar skal vera feitletrað en ekki myndatexti, sbr. **Mynd 1. Heiti**

Kerfisbundnar fræðilegar samantektir og yfirlitsgreinar

Í Handbók Sálfræðisins og Handbók í aðferðafræði rannsókna (Sigríður Halldórsdóttir, 2013) er umfjöllun um hvernig setja skal fram kerfisbundnar fræðilegar samantektir og yfirlitsgreinar. Fylgja skal eftir atvikum ábendingum sem þar koma fram.

Almennt skal fylgja leiðbeiningum um ritun fræðigreinar hér að ofan en eftirfarandi þætti ber sérstaklega að hafa í huga:

Kerfisbundin fræðileg samantekt

Aðferðafræði

- Beita skýrum og vel afmörkuðum þátttöku- (val-) og útlökunarskilyrðum.
- Lýsa leitaraðferð nákvæmlega.
- Gefa upplýsingar um leitarorð (MeSH) og tímasetningu leitar.
- Kynna takmarkanir á vali greina, t.d. eftir tungumáli, rannsóknarsniði eða útgáfutíma.
- Tiltaka alla gagnagrunna sem leitað var í, greina frá ef notaðar voru óbirtar greinar eða bækur.
- Hafa í huga umfang greina og lýsa annmörkun á vali greina.
- Greina frá hverjir sáu um úrvinnslu og greiningu gagna.
- Lýsa vafaatriðum og úrlausnum ef upp kom ágreiningur um efnið.
- Lýsa og færa rök fyrir tölfræðiaðferðum ef við á.
- Tilgreina fjölda greina sem uppfylltu leitarskilyrði og hve margar þeirra voru teknar í samantektina.

Niðurstöður — umræður

Markmið niðurstaðna er að svara tilgangi eða rannsóknarspurningum samantektar.

- Setja fram niðurstöður á skýran hátt.
- Gefa lýsandi yfirlit yfir greinarnar í samantektinni.
- Nota gjarnan flæðirit til að skýra niðurstöður leitar.
- Leggja mat á vísindalegt gildi og gæði rannsókna með kerfisbundnum hætti.

- Gera skýran samanburð á breytum sem rannsakaðar voru, t.d. í töflu.
- Draga ályktanir í rökréttu samræmi við vísindalegt gildi greina í samantekt.
- Fjalla um tölulegar niðurstöður með vísan í tölfræðigreiningu ef viðeigandi er.
- Athuga hvort niðurstöður eru best kynntar í töflu, línu-riti eða mynd eða í texta.
- Fjalla um hagsmunaárekstra í greinum, sem notaðar voru, og í samantektinni.

Ályktanir

- Draga rökréttar ályktanir í eðlilegu samræmi við niðurstöður.
- Gera styrkleika og veikleika samantektarinnar góð skil (t.d. birtingahlutdrægni).

Yfirlitsgreinar

- Yfirlitsgreinar geta fjallað um margvísleg viðfangsefni innan hjúkrunar en lögð er sérstök áhersla á að þær höfði til klínískra hjúkrunarfræðinga og nemenda í grunn- eða framhaldsnámi í hjúkrunarfræði.
- Markmiðið með yfirlitsgrein skal vera að miðla gagnreyndri þekkingu og vekja áhuga og skilning lesandans á efninu.
- Yfirlitsgrein skal skipt í **inngang**, sem endar með skýrt afmörkuðu markmiði greinarinnar og **meginmál** sem hefur titil og millifyrirsagnir við hæfi. Greininni skal síðan ljúka með **lokaorðum**, sem draga fram niðurstöður eða það helsta sem höfundar vilja koma á framfæri, og **ályktunum** þar sem dregnar eru rökréttar ályktanir í eðlilegu samræmi við niðurstöður.
- Greinin er byggð á ritrýndum og gagnreyndum (e. evidence-based) heimildum.
- Við ritun yfirlitsgreina skal nota kjarngott og skiljanlegt málfar og forðast torskilin fagorð.
- Framsetning efnis skal vera áhugaverð og auðskilin.

Kenningagreinar

Kenningagrein fjallar um kenningu, líkan eða skilgreiningu á fræðilegu hugtaki (e. concept analysis). Uppbygging og framsetning slíkra greina er með líkum hætti og í öðrum rannsóknargreinum þó að nauðsynlegt geti verið að víkja frá framsetningu. Á eftir hefðbundnum inngangi ætti að koma gagnrýnin, greinandi umfjöllun um efnid. Í stað niðurstöðna er sett fram samantekt á helstu ályktunum. Að jafnaði eru undirfyrirsagnir fleiri í þessum greinum til að gera umfjöllunina skilmerkilegri. Bent er á umfjöllun um kenningagreinar í Handbók Sálfræðiritsins og Handbók í aðferðafræði rannsókna (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Frágangur heimilda

Við handritsgerð þurfa höfundar að fylgja reglum Tímarits hjúkrunarfræðinga en þær byggjast á Gagnfræðakveri handa háskólanemum (Friðrik H. Jónsson og Sigurður J. Grétarsson, nýjasta útgáfa), Ritveri Menntavísindasviðs Háskóla Íslands og Handbók bandaríska sálfræðingafélagsins (í þessum leiðbeiningum kölluð APA, nýjasta útgáfa). Í þessum ritum má finna ítarlegar leiðbeiningar um uppsetningu handrita, gagnlegar aðbendingar um vinnubrögð við skrif og heimildaskráningu.

• Tilvísanir í heimildir í texta

Frá reglum Bandaríska sálfræðingafélagsins (APA) um tilvísanir og heimildaskrá er gerð undantekning er varðar heimild með fleiri en **tveimur** höfundum, sjá neðar. Hér eru tilgreindar algengustu gerðir tilvísana og heimilda.

• Bein tilvitnun í texta

Í grein um meðferð verkja hjá fyrirburum og fullburða nýburum segja höfundar: „Meðhöndlun verkja hjá börnum er mikilvæg bæði siðferðilega og vegna þeirra lífeðlislegu áhrifa sem verkir hafa á líkamsástand, bata og líðan barnsins ...“ (Rakel Björg Jónsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir, 2003, bls. 21). Þannig leggja höfundar áherslu á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar veiti verkjum barna og verkjameðferð meiri athygli.

Eða

Rakel Björg Jónsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir (2003) leggja áherslu á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar veiti verkjum barna og verkjameðferð meiri athygli þegar þær segja að „meðhöndlun verkja hjá börnum [sé] mikilvæg bæði siðferðilega og vegna þeirra lífeðlislegu áhrifa sem verkir [hafi] á líkamsástand, bata og líðan barnsins ...“ (bls. 21).

• Óbein tilvísun í texta

Rannsóknir á fyrirburum og fullburða nýburum, sem byggjast inn á sjúkrahús, benda til þess að þeir verði títt fyrir sársaukafullum inngripum (Barker og Rutter, 1995).

Eða

Niðurstöður rannsóknar Barker og Rutter (1995) benda til þess að börn á nýburagjörgæslu verði títt fyrir sársaukafullum inngripum.

• Vísað í fleiri en eina heimild í sama sviga

Þegar vísað er í fleiri en eina heimild í sama sviga eru þær aðgreindar með semikommu. Höfundur á að jafnaði ekki að þurfa að vísa í fleiri en þrjár heimildir til að styðja mál sitt hverju sinni.

• Íslenskar heimildir

Þegar vísað er í íslenskar heimildir í texta er skírnar- og föðurnafns/eftirnafns höfundar getið.

• Erlendir höfundar

Eingöngu er getið eftirnafns höfundar erlendra verka.

- **Fleiri en eitt verk sama höfundar**

Þegar vísað er í fleiri en eitt verk sama höfundar er höfundarnafnið skrifað einu sinni og ártöl verka í tímaröð, frá elsta til nýjasta verks, og komma sett milli ártala. Dæmi: (Helga Bragadóttir, 2001, 2002). Eða: Helga Bragadóttir (2001, 2002).

- **Fleiri en eitt verk sama höfundar útgefin á sama ári**

Þegar vísað er í fleiri en eitt verk sama höfundar og verkin gefin út sama árið eru verkin aðgreind með litlum bókstaf strax á eftir ártalinu. Dæmi: (Clarke-Steffen, 1993a, 1993b). Eða: Clarke-Steffen (1993a, 1993b).

- **Tveir höfundar með sama eftirnafn**

Þegar vísað er í tvo erlenda höfunda með sama eftirnafn eru upphafsstafir skírnarnafna notaðir í tilvísun í texta til að aðgreina höfunda. Dæmi: A. L. Mathur (1999) og S. E. Mathur (1998). Eða: (A. L. Mathur, 1999; S. E. Mathur, 1998).

- **Verk sem hefur verið birt rafrænt**

Þegar verk hefur verið birt á vefnum en bíður prentunar er vísað í nafn og ártal með hefðbundum hætti en athugasemd um fyrirframirbirtingu kemur svo fram í heimildaskrá, sjá neðar.

- **Verk sem bíður birtingar**

Þegar vísað er í verk sem bíður birtingar er ekkert ártal skráð en „í prentun“ sett í stað ártals. Dæmi: (Helga Bragadóttir, í prentun).

- **Fleiri en tveir höfundar**

Þegar vísað er í verk fleiri en tveggja höfunda skal eingöngu skrifa nafn fyrsta höfundar og síðan „o.fl.“. Dæmi: (Williams o.fl., 2003). Eða: Williams og félagar (2003). Athugið að hér er vikið frá reglum APA-kerfisins.

- **Margar heimildir í sama sviga**

Þegar vísað er í nokkrar heimildir í sama sviga skal heimildum raðað eftir stafrófsröð. Dæmi: (Albert, 2009; Lord, 1998; Wilson, 2007).

- **Handbók án tilgreinds höfundar**

Þegar vísað er í handbók sem hefur engan höfund er nafn þess fyrirtækis eða stofnunar, sem gefur verkið út, skráð sem höfundarnafn. Ef nafn er langt má nota skammstöfun í seinni tilvísunum og er þá skammstöfunar getið í hornklofa í fyrstu tilvísun. Dæmi: (American Psychological Association [APA], 2010).

- **Bók án höfundar eða ritstjóra**

Þegar vísað er í bók sem hefur engan höfund og engan ritstjóra er titill verksins skráður sem nafn. Dæmi: (Biblían, 2007).

- **Blaðagrein**

Þegar vísað er í blaðagrein þar sem höfundar er ekki getið

er titill greinarinnar eða fyrstu orð titilsins sett í stað höfundarnafns og gæsalappir hafðar beggja vegna. Dæmi: („Reykjavíkurbref“, 2012).

- **Óbein heimild, ekki frumheimild**

Þegar vísað er í óbeina heimild, ekki frumheimild, er beggja heimilda getið í tilvísun og síðari heimild sett í heimildaskrá. Dæmi: (Gamel o.fl., tilvísun í van Meijel, 2003). Eða: Í rannsókn Gamel og félaga kom fram ... (van Meijel, 2003).

- **Bókarkafli í ritstýrðri bók**

Þegar vísað er í bókarkafli í ritstýrðum bókum er tilgreindur höfundur þess kafla sem vísað er í. Dæmi: (Astrid Margrét Magnúsdóttir o.fl., 2003). Eða: Astrid Margrét Magnúsdóttir og félagar (2003).

- **Lög og reglugerðir**

Þegar vísað er í reglugerðir og lög er lagaheitis og númers getið í fyrsta skipti en síðan eingöngu lagaheitis. Dæmi: (Lög um Háskóla Íslands nr. 77/1979) og síðan (Lög um Háskóla Íslands).

- **Munnleg heimild, fyrirlestur**

Þegar vísað er í munnlega heimild eða fyrirlestur er heimildarmanns/-manna eingöngu getið í tilvísun og ekki í heimildaskrá. Dæmi: (Guðmundur Jónmundsson, munnleg heimild, 14. febrúar 2008). Eða: J. Felkner (munnleg heimild, 22. mars 2007).

Heimildaskrá

Í erlendum greina- eða bókanöfnum á stór stafur eingöngu að koma í fyrsta orði, síðan á allt að vera með litlum staf, nema á eftir tvípunkti (nema almennar stafsetningarreglur þess máls segi annað). Rita skal nafn útgáfustaðar og ef til vill útgefanda á íslensku ef hægt er. Dæmi: Kaupmannahöfn, Háskólinn í Iowa. Nöfnum einstakra ríkja í Bandaríkjunum er öllu jöfnu sleppt. Ef nauðsynlegt þykir að ríkisnafnið komi fram skal það ritað fullum stöfum.

Tímaritsgreinar, skýrslur o.fl. eru nú iðulega sóttar á internetið. Ef skjalið hefur birst á prenti og rafræna útgáfan er nákvæmt afrit er ekki nauðsynlegt að gefa upp vefslóð. Aldrei er gefið upp í hvaða gagnagrunn skjalið var sótt. Hins vegar á að gefa upp doi (e. digital object identifier) ef skjalið hefur fengið slíkt númer. Samkvæmt APA (2010) þarf ekki lengur að gefa upp dagsetningu hvenær skjalið var sótt. Dæmi um mismunandi heimildir í heimildaskrá má sjá í ramma. — Athugið að hér er vikið frá framsetningu í Gagnfræðakverinu og samkvæmt Ritveri Menntavísindasviðs Háskóla Íslands með því að setja kommu á undan „og“. Skammstöfuðu nöfnin eru innfelldir liðir (innskot) og slíka liði á samkvæmt íslenskum greinarmerkjareglum að afmarka með kommu báðum megin (þ.e. fyrir framan og aftan).

Tímaritsgreinar

Rakel Björg Jónsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir. (2003). Sykurlausn í munn við verkjum hjá fyrirburum og fullburða nýburum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 79(5), 20–27.

Rankin, N., Williams, P., Davis, C., og Girgis, A. (2004). The use and acceptability of a one-on-one peer support program for Australian women with early breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 141–146; doi:10.1016/S0738-3991(03)00142-3

Tímaritsgreinar í prentun

Bragadóttir, H. (í prentun). Providing care to parents of children diagnosed with cancer. *Pediatric Nursing*.

Fyrirframbirtar tímaritsgreinar

Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Smáradóttir, S. B., og Jónsdóttir, H. H. (2014). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; doi: 10.1111/scs.12150

Óbirtar tímaritsgreinar

Adams, B. F. (2004). *Identifying the health care needs of vulnerable adolescents*. Óútgefið handrit.

Bækur

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. útg.). Washington: American Psychological Association.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., og McCloskey Dochtermann, J. (ritstj.). (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5. útg.). St. Louis: Mosby.

Sæmundur Hafsteinsson og Jóhann Ingi Gunnarsson. (1990). *Sjálfstjórn og heilsa*. Reykjavík: Iðnskólaútgáfan — Iðnú.

Bókakaflar í ritstýrðum bókum

Sóley S. Bender. (2013). Samræður í rýnihópum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsóknna* (1. útg.) (bls. 299–312). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Bók sem hefur engan höfund

Biblían. (2007). Reykjavík: JPV útgáfa.

Ensk-íslensk orðabók. (1984). Reykjavík: Örn og Örlygur.

Skýrslur

Rafmagnsveitur ríkisins. (1999). *Nýjar leiðir í orkubúskap: Eru vindmyllur raunhæfur kostur fyrir Íslendinga?* Reykjavík: Rafmagnsveitur ríkisins.

Óbirt rit

Bragadóttir, H. (1997). *Self perceived needs of parents whose children are hospitalized*. Óbirt meistararitgerð: Háskólinn í Iowa.

Lög og reglugerðir

Lög um opinbera háskóla nr. 85/2008.

Blaðagreinar þar sem höfundar er getið

Berkowitz, A. D. (2000, 24. nóvember). How to tackle the problem of student drinking [bréf til ritstjóra]. *The Chronicle of Higher Education*, bls. B20.

Jón. L. Jónsson. (2003, 3. júlí). Um heima og geima. *Kvöldtíðindi*, bls. 30.

Blaðagreinar þar sem höfundar er ekki getið

The new health-care lexicon. (1993, ágúst/september). *Copy Editor*, 4, 1–2.

Vandamálum aldraðra fjölgar. (2003, 14. ágúst). *Kvöldtíðindi*, bls. 12.

Efni á internetinu

Reykjavíkurborg. (e.d.). *Umhverfisstefna Reykjavíkur*. Sótt á [http://www.rvk.is/reykjavik.nsf/Files/UmhverfisstefnaReykjavikur/\\$file/stefna3.doc](http://www.rvk.is/reykjavik.nsf/Files/UmhverfisstefnaReykjavikur/$file/stefna3.doc)

Þorsteinn Þorgeirsson. (2002, júlí). Um ávinning af ESB aðild. *Íslenskur iðnaður*. Sótt á <http://www.si.is/>

Zukerman, D. (2001). Linking research to policy to people's lives. *Analysis of Social Issues and Public Policy*, 1, grein 006. Sótt á <http://www.asapspssi.org/pdf/asap006.pdf>

Innsending greina

Handrit að fræðigreinum skulu send rafrænt á ritstjóri@hjukrun.is. Þegar grein er send inn skal fylgja bréf til ritstjórnar og upplýsingar um höfund/a.

Fylgibréf til ritstjórnar

Í bréfi til ritstjórnar skal höfundur:

- Gera grein fyrir ástæðum þess að greinin eigi erindi í tímaritið.
- Tilgreina öll leyfi, númer þeirra, s.s. Persónuverndar, Vísindasíðanefndar eða síðanefndar stofnunar eða stofnana.
- Tilgreina leyfi viðkomandi framkvæmdastjóra lækningar, yfirlækna eða annarra yfirmanna eftir því sem við á.
- Tilgreina hver er aðalábyrgðarmaður handrits eða ber ábyrgð á samskiptum við ritstjóra.
- Tillögur að þremur ritrýnum ásamt netföngum. Ef höfundar óska eftir að ákveðinn aðili ritrýni ekki handritið þá skal það tekið fram í fylgibréfi.

Upplýsingar um höfunda, yfirlýsing um framlag

(eyðublað aðgengilegt á vefsíðu tímaritsins)

- Fullt heiti, starfsheiti og vinnustaður, lærdómstitlar.
- Framlag hvers og eins höfundar.
- Staðfesting á að grein hafi ekki birst annars staðar.
- Leyfi fyrir töflum eða myndum sem birst hafa annars staðar, ef við á.
- Afsölun á birtingarrétti á efni greinar til blaðsins.
- Yfirlýsing um hagsmunatengsl eða að þau séu engin.

Ferli ritrýningar

Þegar handrit berst ritstjóra fær tengiliður, það er aðalábyrgðarmaður handrits, rafræna staðfestingu á móttöku þess. Ritstjóri gerir athugasemd við handrit ef leiðbeiningum hefur ekki verið fylgt eða það er ekki í samræmi við reglur tímaritsins. Höfundar fá tækifæri til að senda inn endurbætt handrit sem fellur að reglunum.

Handrit, sem fellur að reglum um ritrýndar greinar, er sent ritnefnd ritrýndra greina til ákvörðunar. Sé ritrýni ákveðin er handritið ritrýnt af tveimur óháðum ritrýnum hið minnsta. Ritrýnar njóta nafnleyndar gagnvart höfundum og höfundar gagnvart ritrýnum. Að ritrýni lokinni tekur ritnefnd ritrýndra greina ákvörðun um hvort handrit er tilbúið til birtingar, verður sent aftur til höfunda til lagfæringar eða því hafnað, byggt á áliti ritrýna. Þegar höfundar fá tækifæri til að lagfæra handrit og senda það inn aftur tekur ritnefnd ritrýndra greina afstöðu til þess hvort handritið fer aftur til ritrýna eða fer til birtingar eftir lagfæringarnar. Höfundar geta fengið annað tækifæri til lagfæringa eftir ritrýni og ákvörðun um birtingu er þá tekin byggð á áliti ritrýna eftir lagfæringar.

Þegar ákvörðun um birtingu hefur verið tekin er handrit sent í prófarkalestur og í framhaldi til höfunda til leiðréttingar. Höfundar fá handrit í próförför til lokayfirlestrar fyrir prentun. Leitast er við að ferli ritrýningar handrits frá móttöku og til birtingar sé unnið af fagmennsku og sé skýrt, markvisst og vandað. Búast má við að ferlið taki að meðaltali sex til níu mánuði.

Uppfært í október 2019.

Upplýsingar um höfunda ritrýndrar fræðigreinar í Tímariti hjúkrunarfræðinga

(Sýnishorn, eyðublaðið er á vef tímaritsins)

Fyllist út af aðalábyrgðarmanni handrits

Titill handrits: _____

Nafn fyrsta höfundar: _____

Aðalábyrgðarmaður handrits: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Heimilisfang: _____

Menntun: _____

Starfstíll: _____

Stofnun: _____

Lykilorð, 3–5 talsins/Keywords (MeSH, medical subject headings, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>)

Framlag fyrsta höfundar til handrits/verks

- ☐ þátttaka í gerð rannsóknaráætlunar og undirbúningi rannsóknar
☐ gagnasöfnun
☐ úrvinnsla gagna, túlkun og tölfræðiúrvinnsla (ef við á)
☐ ritun handrits
☐ yfirllestur og athugasemdir við handrit greinar
☐ handleiðsla/leiðbeining
☐ annað, tilgreinið: _____

Meðhöfundar og framlag þeirra (fylla þarf í þennan lista fyrir hvern meðhöfund)

Nafn meðhöfundar:

Nafn meðhöfundar:

Framlag:

- ☐ rannsóknaráætlun og undirbúningur rannsóknar
☐ gagnasöfnun
☐ úrvinnsla gagna, túlkun og tölfræðiúrvinnsla (ef við á)
☐ ritun handrits
☐ yfirllestur og athugasemdir við handrit greinar
☐ handleiðsla/leiðbeining
☐ annað, tilgreinið: _____

Framlag:

- ☐ rannsóknaráætlun og undirbúningur rannsóknar
☐ gagnasöfnun
☐ úrvinnsla gagna, túlkun og tölfræðiúrvinnsla (ef við á)
☐ ritun handrits
☐ yfirllestur og athugasemdir við handrit greinar
☐ handleiðsla/leiðbeining
☐ annað, tilgreinið: _____

Hagsmunaárekstrar

Gera skal grein fyrir hagsmunatengslum sem gætu haft áhrif á rannsóknina (t.d. framkvæmd eða túlkun rannsóknarniðurstaðna eða fjárhagsleg tengsl, s.s. styrkveitingar eða laun frá fyrirtækjum og fleiri aðilum) eða önnur hagsmunatengsl. Tilgreina skal ef um engin hagsmunatengsl er að ræða.

Með því að senda þetta eyðublað rafrænt með handriti staðfesti ég að handritið er unnið af ofangreindum höfundum og hefur ekki birst á prenti annars staðar.

Þetta var erfiðasta hlutverk sem ég hef fengið: Áhrif alzheimer-sjúkdóms á aðstandendur og reynsla þeirra af þjónustu

Útdráttur

Bakgrunnur: Alzheimer-sjúkdómur er form heilabilunar. Fylgikvillar sjúkdómsins eru persónuleikabreytingar sem versna jafnt og þétt og kalla á stöðugt aukna þörf fyrir umönnun. Aðstandendur eru helstu umönnunaraðilar um leið og þeir takast á við þungbæra sorg sem hefur áhrif á andlega og líkamlega heilsu þeirra.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu nánustu aðstandenda af umönnun ástvina með alzheimer-sjúkdóm og reynslu þeirra af fenginni þjónustu.

Aðferð: Rannsóknin var eigindleg. Viðtöl voru tekin við fjórtán einstaklinga þar sem stuðst var við hálfstaðlaðan viðtalsramma. Greining á texta var gerð með innihaldsgreiningu og hann flokkaður samkvæmt innihaldi og sameinaður í meginþema og yfir- og undirþemu sem lýstu reynslu þátttakenda í gegnum sjúkdómsferlið ásamt reynslu þeirra af þjónustunni í ferlinu.

Niðurstöður: Niðurstöður gáfu vísbendingar um að djúp sorg einkenndi allt sjúkdómsferlið. Hún fylgdi öllum gjörðum og ákvörðunum aðstandenda og eftir andlát tók við nýtt sorgarferli. Erfiðast og sárast var þegar óhjákvæmilegt var að flytja ástvin á öldrunarheimili. Þemagreining sýndi yfirþemað: *erfiðleikar aðstandenda alzheimer-sjúklinga eru margvíslegir vegna breytinga á hlutverki*. Fimm meginþemu mynduðu samfellu í reynsluferli aðstandenda frá greiningu til lífsloka ástvinnar þeirra. Hvert meginþema var byggt á nokkrum undirþemum.

Ályktanir: Niðurstöður gefa til kynna að til þess að árangur náist í umönnun og þjónustu sem veitt er alzheimer-sjúklingum og þeirra nánustu er nauðsynlegt að hafa innsýn í þá djúpu sorg sem fylgir sjúkdómnum. Stuðningur og ráðgjöf til alzheimer-sjúklinga og að-

standenda þeirra þarf að vera í mun fastari skorðum en hún er í dag. Þjóða þarf upp á úrræði sem styrkja einstaklinginn bæði andlega og líkamlega og taka upp ákveðna stefnu í málefnum þeirra er greinast með þennan sjúkdóm og ástvina þeirra.

Lykilorð: Aðstandendur, alzheimer-sjúkdómur, álag, líðan, erfiðleikar, hjúkrunarheimili, samskipti.

Inngangur

Fjölgun aldraðra er tilkomin vegna hærri meðallífaldurs og því er líklegt að einstaklingum með heilabilun fjölgi hratt. Í dag eru í heiminum rúmlega 46 milljónir einstaklinga með heilabilun, af þeim eru 60–80% með alzheimer-sjúkdóm. Talið er að árið 2030 verði tala þeirra einstaklinga sem hafa heilabilun orðin um 74 milljónir og 2050 verði hún komin í um það bil 131 milljón (Alzheimer's Association, 2019).

Rannsóknir hafa sýnt að andleg vanlíðan nánustu aðstandenda sem eru í umönnunarhlutverki ástvinnar með alzheimer-sjúkdóm kemur helst fram í þunglyndi, kvíða og svefntruflunum og getur verið undanfari sorgareinkenna (Liu o.fl., 2017; Hallikainen o.fl., 2018). Jafnframt hefur verið sýnt fram á samband á milli þunglyndis og kvíða annars vegar og byrði umönnunar hins vegar (Liu o.fl., 2017). Hallikainen o.fl. (2018) fundu jákvætt samband á milli ranghugmynda, geðshræringar og svefntruflana hjá alzheimer-sjúklingum annars vegar og streitu hjá aðstandendum í umönnunarhlutverki hins vegar í rannsókn þeirra sem stóð í 36 mánuði. Vísbendingar komu fram um að þetta eigi sérstaklega við um þá aðstandendur sem eru í fastri búsetu með ástvini sínum. Llangue o.fl. (2016) hafa þó lagt áherslu á að ekki sé hægt að álykta um að ákveðin

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin er fyrsta íslenska rannsóknin á þessu efni og niðurstöður varpa ljósi á líðan aðstandenda alzheimer-sjúklinga og reynslu þeirra af þjónustu sem veitt var í sjúkdómsferlinu frá upphafi til enda.

Hagnýting: Niðurstöður geta hjálpað heilbrigðisstarfsfólki og öllum þeim sem á einn eða annan hátt eiga hlut að stuðningi, ráðgjöf og umönnun einstaklinga með alzheimer-sjúkdóm og varðað veginn til betri stuðnings við aðstandendur.

Þekking: Niðurstöður eru innlegg í þá vísindalegu vinnu sem nauðsynleg er að sé til staðar til að stuðla að umbótum í hjúkrun sem veitt er alzheimer-sjúklingum og aðstandendum þeirra.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Niðurstöður ættu að vera hjúkrunarfræðingum hvatning til að standa vörð um mikilvægi góðra samskipta sem einkennast af virðingu og skilningi á aðstæðum sjúklinga og aðstandenda þeirra.

tengsl séu á milli streitu og þreytu hjá aðstandendum vegna álagsins sem umönnunin felur í sér, ef þeir upplifa aðstæður ekki þannig þá valda þær ekki streitu. Jafnframt hafa Liu o.fl. (2017) bent á að veita skuli meiri athygli hvernig ábyrgð og byrði sem henni fylgir geti birst sem líkamleg einkenni hjá umönnunaraðilum alzheimer-sjúklinga. Enn fremur hefur komið fram að með minnkandi getu alzheimer-sjúklings eykst umönnunarbyrði aðstandenda og líkamleg liðan þeirra versnar.

Niðurstöður erlendra rannsókna um hvað búi að baki óvissu og kvíða hjá aðstandendum alzheimer-sjúklinga gefa ástæðu til að ætla að persónuleikabreytingar eigi þar stóran þátt (Bauer o.fl., 2019; da Fonseca Marins o.fl., 2016; Swallow, 2017). Kallar þetta á frekari rannsóknir innan hjúkrunar á fyrirbyggjandi aðgerðum sem miða að öryggi alzheimer-sjúklinga. Áhersla ætti að vera á samvinnu við aðstandendur og einstaklinginn sjálfan, þegar því verður við komið, til að draga úr streitu, þjáningu og ótta við óvissuna (da Fonseca Marins o.fl., 2016).

Rannsakendur hafa einnig beint sjónum að tímasetningum sjúkdómsgreininga á alzheimer-sjúkdómnum og tengslum þeirra við óvissu og kvíða. Niðurstöður hafa sýnt að vonbrigði og reiði voru algeng viðbrögð þeirra sem greindust með alzheimer-sjúkdóm og nánustu aðstandenda þegar greiningin kom seint í sjúkdómsferlinu (Bauer o.fl., 2019; Moore o.fl., 2017). Ef alzheimer-sjúkdómur greinist snemma í sjúkdómsferlinu eru taldar meiri líkur á meðferðarmöguleikum og það gefi sjúklingunum frekar möguleika á að setja sér markmið og undirbúa áframhaldandi líf með sjúkdómnum (Lishman o.fl., 2016; Swallow, 2017). Þetta virðist þó ekki svo einfalt, að greinast afdráttarlaust með sjúkdóminn getur tekið vonina frá viðkomandi um batahorfur og skapað óvissu um meðferðarmöguleika og umönnun. Í því samhengi hafa komið fram þau sjónarmið hvort ekki sé réttlætánlegt að gefa sjúklingunum nokkur ár án vitneskjunnar um sjúkdóminn, enn fylgi ákveðinn smánarblettur greiningu á alzheimer-sjúkdómi og fólk eigi það til að afneita henni (Swallow, 2017). Jafnframt hafa aðstandendur lýst því að í undirmeðvitundinni væri stöðugt til staðar óöryggistilfinning sem fylgdi óvissunni og kvíðanum um að eitthvað gæti komið fyrir ástvin þeirra (Lopez o.fl., 2013).

Nánustu aðstandendur alzheimer-sjúklinga þurfa óhjákvæmilega að gera umtalsverðar breytingar á sínu daglega lífsmunstri sem felur í sér aðlögun að breyttum hlutverkum og ný vandamál í samskiptum við aðra ættingja og vini (Schaber o.fl., 2016; Vlachogianni o.fl., 2016). Sambærilegar niðurstöður komu fram í rannsóknum Czekanski (2017) og Schaber o.fl. (2016), ákveðin endurskipulagning átti sér stað á samskiptamunstri hjá fjölskyldum alzheimer-sjúklinga sem að hluta til var byggð á nálægð við einstaklinginn og fyrri hlutverkum og ábyrgð hvers og eins. Breytingar urðu á samskiptum samhliða framgangi sjúkdómsins þar sem geta og vilji stýrði því hverjir voru helstu umönnunaraðilar. Innileiki sambandsins styrktist með tímanum og varð meiri á meðan persónueinkenni ástvinar héldust innan ákveðins stöðugleika (Schaber o.fl., 2016), en breytingar á samskiptamunstri við ástvin fólu í sér djúpa sorg og erfitt var að fara úr hlutverki maka yfir í umönnunarhlutverk (Czekanski, 2017).

Í niðurstöðum rannsóknar Monin o.fl. (2015) komu einnig

fram vísbendingar sem styrkja ofangreindar niðurstöður, því meiri kærleik sem alzheimer-sjúklingur gat tjáð því sterkari voru gagnkvæm viðbrögð aðstandenda. Bentu höfundar á að þessi gagnkvæmi kærleikur gæti dregið úr umönnunarbyrði og verið vísbending um hverjir væru líklegastir til að þola álagið af umönnun ástvinar. Yu o.fl. (2015) taka í sama streng og benda á að algengt sé að kærleikur og ást ásamt ábyrgð og skyldu til hins veika liggi að baki hlutverki aðstandenda sem umönnunaraðilar. Menning, vitsmunaleg geta ástvinar og tímalengd umönnunar geti hins vegar átt þátt í því hve mikil áhrif umönnunarbyrðin reynist aðstandendum. Að auki eru aðstandendur áfram í umönnunarhlutverki út af öðrum í fjölskyldunni á sama tíma og þeir eru að vinna úr sorg sinni (Vlachogianni o.fl., 2016).

Í kerfisbundinni heimildasamantekt Chan o.fl. (2013) á 31 rannsókn á sorg, sem framkvæmd var á árabílinu 1992–2009, kom fram að umönnunaraðilar finna til sorgar í kjölfar hverrar breytingar hjá ástvini sínum sem er veikur. Samræmast þessar niðurstöður umfjöllun Kesstan og Pepin (2017) um birtingarmynd sorgarinnar hjá aðstandendum einstaklinga með minnisbilun. Þar er henni lýst sem sérstöku ferli sem endurtekur sig í þrem stigum: aðskilnaður (margendurtekinn missir), millibilsástand (að vera enn í ákveðinni stöðu en á þröskuldi nýrrar) og endurkoma (sátt/aðlögun). Hvert og eitt stig hefur mikil áhrif á einstaklinginn, getur verið hjálplegt eða hindrað sorgarferlið.

Erfiðasta viðfangsefni aðstandenda við umönnun alzheimer-sjúklinga, að sögn Wang og félaga (2015), felst í hegðunartruflunum, svo sem reiði, þráhyggju og hugarórum, sem aukast samhliða framgangi sjúkdómsins. Niðurstöður rannsóknar þeirra sýndu að brýnustu þarfir aðstandenda við þessar aðstæður voru þörfin á hughreystingu, sálfélagslegu og fjárhagslegu öryggi, sambandi við umheiminn utan veggja heimilisins og að hafa stjórn á aðstæðum. Rannsókn Tatangelo o.fl. (2018) snerist um heilsuþarfir maka annars vegar og þarfir afkomenda hins vegar í umönnunarhlutverki aldraðra með minnisbilun, makar áttu erfitt með að skilgreina og viðurkenna sínar eigin þarfir en afkomendur áttu auðvelt með að tjá sig um þau mál. Til viðbótar hefur verið sýnt fram á að fólk sem býr í strjálbýli þarfnast betri vitneskju um sjúkdómsgreininguna og betri þjónustu, auk þess sem stuðningi er ábótavant. Einnig að þörf er á fræðslu fyrir heilbrigðisstarfsfólk og auknum skilningi í samfélaginu á sjúkdómum sem flokkast undir minnisbilanir (Bauer o.fl., 2019).

Ætla má að ef vistun á stofnun eða hjúkrunarheimili verði sú lausn sem valin er þá minnki álagið á umönnunaraðila, en niðurstöður benda til þess að þeir haldi áfram að veita hinum veika aðstoð og umönnun (Habermann o.fl., 2013). Ákvörðun um flutning á hjúkrunarheimili er erfið og getur haft í för með sér aukin hegðunarvandamál, vitsmunalega skerðingu og byltur fyrir þann veika og samviskubit hjá aðstandendum yfir því að hafa brugðist (Sury o.fl., 2013). Niðurstöður rannsóknar á fjölskyldumiðaðri hjúkrun á hjúkrunarheimili gáfu vísbendingar um að ef grunnþörfum, þar með töldum næringu, hreinlæti og vellíðan ástvinar með minnisbilun á háu stigi, var fullnægt, þá var honum hjúkrað vel að mati aðstandenda. Það sama átti við um tilfinninguna fyrir því að ástvinur væri í öruggum höndum (Lopez o.fl., 2013).

Í kerfisbundinni heimildasamantekt McCabe o.fl. (2016) var það niðurstaða höfunda að helsta óánægja aðstandenda alzheimer-sjúklinga, sem önnuðust ástvin sinn heima, var skortur á upplýsingum í upphafi veikinda og áfram í gegnum sjúkdómsferlið. Upplýsingar gátu líka verið yfirþyrmandi, skortur á sveigjanleika og nægjanlegum tíma í þjónustunni, erfiðleikar varðandi aðgengi ásamt ófullnægjandi samskiptum og meðferðarsambandi við heilbrigðisstarfsfólk. Önnur rannsókn beindi sjónum að sambandi andlegrar heilsu og reynslu aðstandenda af lífslokameðferð sem veitt var minnisbiluðum ástvinum þeirra heima eða á hjúkrunarheimili. Niðurstöður gáfu vísbendingar um að auka þyrfti bæði nærgætni í upplýsingamiðlun og tímasetningar í meðferð upplýsinga um framgang sjúkdómsins (Moore o.fl., 2017).

Áberandi skortur er á íslenskum rannsóknnum þar sem sjónum er beint að aðstandendum alzheimer-sjúklinga. Mikilvægt er að hefja rannsóknir á þessu í ljósi þess sem erlendar rannsóknir hafa sýnt og ber saman um. Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna viðhorf og reynslu nánustu aðstandenda sjúklinga sem greinst hafa með alzheimer-sjúkdóm og reynslu þeirra af fenginni þjónustu. Með öflun þeirra upplýsinga má fá dýrmæta þekkingu sem heilbrigðisstarfsfólk getur nýtt sér. Niðurstöður geta gefið vísbendingar um hvernig bæta megi þjónustu almennt ásamt hjúkrun og stuðningi við alzheimer-sjúklinga og þeirra nánustu. Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla nánustu aðstandenda sem umönnunaraðila ástvinar með alzheimer-sjúkdóm og hver er reynsla þeirra af fenginni þjónustu?

Aðferð

Tekin voru viðtöl við 14 einstaklinga sem allir höfðu verið nánasti aðstandandi og umönnunaraðili ástvinar sem hafði greinst með og látist úr alzheimer-sjúkdóm. Í viðtölunum leitaðist rannsakandi jafnóðum eftir því að dýpka skilning sinn og skilja þá merkingu sem þátttakendur lögðu í félagslega og mannlega þætti tengda þessari ákveðnu reynslu (Creswell, 2014; Leung, 2015). Jafnframt var haft í huga að ekki er til neinn einn raunveruleiki heldur eigi hver og einn einstaklingur sinn eigin raunveruleika (Creswell, 2014). Markmiðið var að ná fram heildstæðri lýsingu á þeirri merkingu sem þátttakendur lögðu í reynslu sína af því að hafa verið nánasti aðstandandi og umönnunaraðili ástvinar með alzheimer-sjúkdóm.

Þátttakendur

Úrtakið var tilgangsúrtak auk þess að vera hentugleikaúrtak. Þátttakendur voru valdir í samvinnu við stjórnendur á þeim hjúkrunarheimilum sem áttu hlut að rannsókninni og í samvinnu við formenn Alzheimersamtakanna sem sendu út kynningarbréfin til væntanlegra þátttakenda. Afhending kynningarbréfa var í febrúar og desember 2017. Beiðni var ítrekuð einu sinni. Í heildina voru send út 80 kynningarbréf og beiðnir um þátttöku frá þeim stofnunum sem tóku þátt. Skilyrði fyrir þátttöku voru að hafa náð 25 ára aldri og að hafa verið nánasti

aðstandandi einstaklings sem hafði látist úr alzheimer-sjúkdómi. Að minnsta kosti þrír mánuðir þurftu að hafa liðið frá andláti en þó ekki meira en eitt ár eins og tilmæli eru um samkvæmt rannsókn Pivodic og samstarfsmanna (2016). Eftirfarandi þættir útilokuðu þátttöku í rannsókninni: takmarkaður skilningur á íslensku máli, geðvandamál samkvæmt mati fyrrnefndra stjórnenda og formanna, og ef aðstandendur voru búsettir erlendis. Alls samþykkti 41 einstaklingur að taka þátt þegar rannsóknin var kynnt fyrir þeim símleiðis eða með tölvupósti, af þeim gerðu 16 grein fyrir ástæðum þess að taka ekki þátt eftir að þeim barst kynningarbréf um rannsóknina: treystu sér ekki til þess að ræða sína reynslu (3), um annan heilabilunarsjúkdóm en alzheimer-sjúkdóminn var að ræða (11), ástvinur var enn á lífi (2). Þeir sem uppfylltu skilyrði voru þá 25. Tekin voru viðtöl við fyrstu sjö sem samþykktu þátttöku en eftir það voru valdir sjö þátttakendur til viðbótar úr hópi þeirra sem eftir stóðu.

Gagnasöfnun

Stuðst var við hálfstaðlaðan viðtalsramma í viðtölum (tafla 1) sem innihélt nokkrar meginspurningar, hverri meginspurningu fylgdu nokkrar ítarspurningar til að fanga betur liðan og reynslu þátttakenda (mynd 1). Í upphafi viðtals skrifaði þátttakandi undir upplýst samþykki. Viðtölin fóru fram í mars 2017 og á tímabilinu frá janúar-febrúar 2018. Við upphaf viðtalanna voru þátttakendum gefin númer til að tryggja nafnleynd. Viðtölin tóku 40–90 mínútur og voru tekin upp á staf-rænu formi og síðan skráð orðrétt hvert fyrir sig.

Tafla 1. Viðtalsrammi

Viðtalsrammi fyrir rannsóknina:
Áhrif alzheimer-sjúkdóms á aðstandendur. Andleg og líkamleg liðan og reynsla af þjónustu sem veitt var í sjúkdómsferlinu.
Hvernig er reynsla þín af sjúkdómsferlinu almennt?
Þrjár ítarspurningar sem beinast að reynslu og liðan aðstandenda við greiningu sjúkdómsins.
Hefur sjúkdómurinn haft áhrif á liðan þína og þitt líf?
Fjórar ítarspurningar sem beinast að áhrifum sjúkdómsins og einkennum hans á andlega og líkamlega liðan aðstandenda og hvað tók við eftir greininguna.
Urðu einhverjar breytingar á þínu lífi í kjölfar sjúkdómsins?
Tvær ítarspurningar sem beinast að breytingum á daglegu lífmunstri hjá aðstandendum í kjölfar sjúkdómsins.
Hver eru þín viðhorf og þín reynsla varðandi þjónustu og hjúkrun öldrunarheimilisins/öldrunardeildarinnar þar sem ástvinur þinn dvaldi?
Fimm ítarspurningar sem beinast að þáttum tengdum þjónustu, umhverfi og hjúkrun.
Hvernig lýsti sorgin sér hjá þér?
Fimm ítarspurningar sem beinast að sorgarferlinu og áhrifum þess á aðstandendur og þeim stuðningi sem veittur var.

Siðferðileg álitamál

Við hljóðritun og eyðingu gagna var lögum um persónuvernd (Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000) og þagnarskyldu (Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012) framfylgt. Flest viðtölin voru tekin á heimili þátttakenda samkvæmt ósk þeirra. Vísindasiðanefnd (Tilv. VSNb 2017010038/03.01) veitti leyfi fyrir rannsókninni svo og fyrrnefndir stjórnendur hjúkrunarheimilanna og fulltrúi Alzheimer-samtakanna. Ekki var talið að rannsóknin hefði í för með sér alvarlegar afleiðingar fyrir þátttakendur, en spurningar í viðtölunum gætu vakið upp erfiðar minningar og valdið tilfinningalegu ójafnvægi. Af þeim ástæðum var óháður fagaðili kynntur í kynningarbréfi til þátttakenda með upplýsingum um nafn og símanúmer ef til þess kæmi, og bent á að velkomið væri að leita til hans ef þörf væri á. Að auki var tekið fram að hægt væri að hafa samband við ábyrgðarmann rannsóknarinnar ef einhverjar spurningar eða vafamál kæmu upp varðandi rannsóknina.

Gagnagreining

Framkvæmd var innihaldsgreining á því sem kom fram í lýsingu þátttakenda þar sem leitast var við að ná fram dýpt, þekkingu og skilningi á fyrirbærinu. Rannsakendur lásu gögnin hvor í sínu lagi og ræddu svo saman um hvað þeim fannst vera augljóst í textanum og skráðu hjá sér. Næst var undirliggjandi merking textans dregin fram, gögn voru stöðugt borin saman og túlkuð og sett undir viðeigandi undirþemu og þeim gefinn kóði eftir merkingu þeirra, þeim var síðan gefinn staður í ákveðnu þema sem lýsti sameiginlegri merkingu (Bengtsson, 2016; Midtsund o.fl., 2019). Að lokum var undirliggjandi merking allra þema dregin saman í eitt yfirþema sem lýsti reynslu aðstandenda af því að vera nánasti aðstandandi og umönnunaraðili ástvinar með alzheimer-sjúkdóm í gegnum sjúkdómsferlið ásamt reynslu af þjónustu sem veitt var í sjúkdómsferlinu. Í gegnum allt greiningarferlið fóru rannsakendur vel yfir þá merkingu sem lá að baki þéttingu textans og gerðu breytingar þar sem þess var þörf, og gættu þess að upplýsingar færu ekki fram hjá þeim eða að samhengi gagna glataðist áður en fullkomin sátt var á milli beggja aðila um kóðun, undirþemu, þemu og yfirþema (Graneheim og Lundman, 2004; Midtsund o.fl., 2019).

Niðurstöður

Í heildarúrtakinu voru tólf konur og tveir karlar. Átta voru ekkjur/ekklar á aldursbilinu 67–83 ára og sex voru börn á aldrinum 34–52 ára. Dánarstaður allra ástvina var hjúkrunarheimili.

Þemagreining sýndi yfirþemað: *erfiðleikar aðstandenda alzheimer-sjúklinga eru margvíslegir vegna breytinga á hlutverki*. Fimm meginþemu mynduðu samfellu í reynsluferli aðstandenda frá greiningu til lífsloka ástvinar þeirra (mynd 1).

Erfiðleikar og óöryggi

Niðurstöður sýndu að reynsla þátttakenda af sjúkdómsferlinu hafði almennt verið þeim þungbær. „Ég finn fyrir streitu, líkaminn er ótrúlega þreyttur eftir þetta ... mig vantar þennan kraft, orkan er bara búin, þetta er sjúklega orkufrekur sjúkdómur“ (viðmælandi nr. 9). Margar erfiðar ákvarðanir þurfti að taka og reyndist mörgum erfitt að finna sátt og jafnvægi milli langana og þess sem var nauðsynlegt að framkvæma. Nær allir þátttakendur minntust á óöryggi í einhverri mynd. Óöryggi yfir því óþekkta og hræðsla við sjúkdóminn kom skýrt fram í lýsingum þátttakenda, erfiðleikar tengdust því meðal annars að vita ekki hvernig átti að takast á við þær breytingar sem yfirvofandi voru og þeir þekktu ekki:

Öll þessi óvissa, þú vissir ekki neitt, þú gast hvergi leitað og fengið upplýsingar og hjálp og þú veist, það voru einhvern veginn allir í afneitun en samt allir í sorg og einhvern veginn fannst mér rosalega erfitt að maður gat aldrei sett sig í þessi spor (viðmælandi nr. 3).

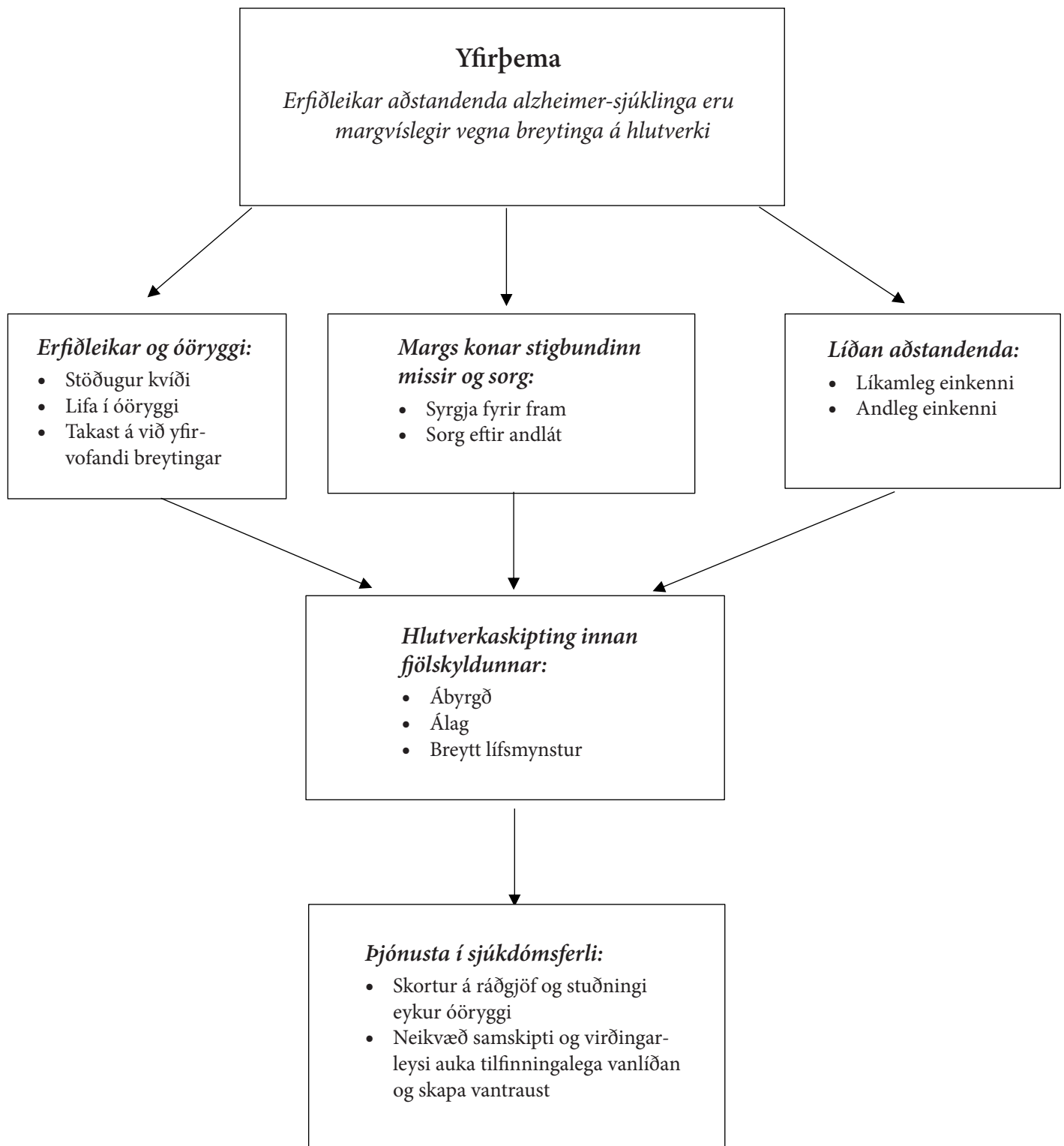
Æðruleysi og að taka því sem að höndum ber kom fram hjá örfáum þátttakendum, en tæplega helmingur eftirlifandi maka hræddist að börn þeirra eða þau sjálf fengju síðar meir sjúkdóminn og fylgdi því mikið óöryggi. Þau urðu skelkuð þegar þau gleymdu eða týndu hlutum og hugsuðu í tíma og ótíma um hvað það yrði skelfilegt að fá þennan sjúkdóm, hvað myndi gerast og lásu sér mikið til um erfðir og áhættu.

Margs konar stigbundinn missir og sorg

Niðurstöður leiddu í ljós djúpa sorg yfir örlögum ástvinarins en sömuleiðis létti yfir því að þessari martröð væri lokið. Einnig kom fram að upprifjun maka af þessari erfiðu og sáru reynslu var einnig blönduð gleði. Allir töluðu þeir mikið um þann látna og rifjuðu upp atvik og sögur fullar af bæði gleði og sorg, en fram kom í lýsingum þeirra mikill söknuður. Flestir þátttakendur byrjuðu að finna fyrir sorg snemma og hún ágerðist síðan með sjúkdómnum. Sumir tengdu upphaf sorgarferlisins við ákveðna breytingu eða atburði tengda sjúkdómnum:

Þetta sorgarferli er náttúrlega búíð að vera alveg brjálæðislega langt, og það er skritið í rauninni að vera í sorgarferli en samt, skilurðu, er þinn ástvinur lifandi, og í rauninni, þetta er rosaskritið vegna þess að þú upplifðir alltaf nýja sorg ... það er rosalyjandi ... að panta hjólastól ... og bara þegar hann er orðinn háður hjólastól ... það var alltaf svona erfiðara og erfiðara ... ef ég ætti að lýsa þessu sorgarferli þannig þá er það eiginlega bara svolítið svona (viðmælandi nr. 3).

Það kom vel fram hve sárt það var fyrir nánustu aðstandendur að finna vanmátt sinn þegar skyndilegar breytingar urðu á getu og virkni ástvinar sem hann fann líka fyrir sjálfur. Einn orðaði það svo: „Þú getur lesið allt um sjúkdóminn en þú trúir því samt ekki að allt þetta geti gerst, svo bara allt í einu ertu farin að mata mömmu þína, þetta er svo ótrúlegt“ (viðmælandi nr. 9). Sorgin „reif í hjartað“ meðan sjúkdómurinn hrifsaði smám saman einstaklinginn frá aðstandendum, þátttakandi lýsti sorg sinni



Mynd 1. Greiningarlíkan

þegar faðir hennar gat ekki með nokkru móti myndað tengsl við né munað eftir nýfæddu barnabarni: „Það var rosalega sorglegt að sjá hann, maður var oft hræddur og keyrði á einhverri orku sem maður vissi ekki að maður hefði“ (viðmælandi nr. 14).

Flestir þátttakendur minntust á létti eftir að ástvinur kvaddi í þeim skilningi að viðkomandi var laus úr viðjum sjúkdómsins og því var einnig líkt við „að hafa losnað úr fangelsi“ og

skýrðu sérstaklega frá því að það hefði verið léttir að vita að sjúkdómurinn væri dæinn líka, að hann fylgdi ekki ástvini þeirra lengur, það veitti þeim frið og ró en sorgin sat eftir:

Ég fann fyrir gríðarlegum létti bara strax þegar hann deyr, þetta var búið að vera alveg agalega, agalega erfitt, en svo bara fljótlega kom aftur sorgin og ég hélt ég væri bara að verða geðveik, gríðarleg sorg. Ég held það hafi líka bara verið langvinn þreyta og allt svona. Þetta var erfiðasta hlutverk sem ég hef fengið (viðmælandi nr. 14).

Umönnunarhlutverkið og afleiðingar á heilsufar aðstandenda

Aukin ábyrgð og byrði sem fylgdi umönnun hafði afleiðingar á heilsufar aðstandenda. Var því lýst sem líkamlegum og andlegum einkennum. Fram kom að helmingur eftirlifandi maka lýstu svimaköstum, doða, magaverk, höfuðverk eða ógleði. Allir voru sammála um það að sjúkdómurinn og þessi „brjál-aða óvissa“ gengi á orkutankinn og það hafði í för með sér misalvarlegar afleiðingar, þar með talið algjört heilsufarslegt hrún. Eina ástæðu þverrandi líkamlegrar heilsu mátti tengja við svefnleysi: „Það fór ofsalega illa í mig þetta rand allar nætur, ég var svo svefnlaus, alltaf að vakna þannig það var algjört rugl á svefninum, ég hélt ég gæti þetta en svo bara gaf heilsan sig“ (viðmælandi nr. 8). Þessi vanlíðan var einnig blönduð sorg og samviskubiti: „Seinustu mánuðina grét ég mig í svefn, ef ég var ekki hjá henni var ég troðfull af samviskubiti, ég átti mér ekkert líf“ (viðmælandi nr. 12).

Hlutverkaskipting innan fjölskyldunnar

Hlutverkaskipting innan fjölskyldunnar fylgdi í kjölfar versnandi einkenna sjúkdómsins. Sjá mátti víða í lýsingum þátttakenda að mörgum fannst sú ábyrgð sem lögð var á þá vera mun meiri en þeir hefðu nokkurn tímann áður borið og nær allir þátttakendur lýstu henni sem yfirþyrmandi álagi. Makar og börn þurftu allt í einu að stjórna og taka ákvarðanir fyrir full-orðinn einstakling sem skildi lítið í yfirgangi ástvina. Þessu var lýst sem ákveðinni áhættu sem gat brotist út í reiði gagnvart aðstandendum. Eftirfarandi lýsing endurspeglar þá ábyrgð sem þátttakendum var tíðrætt um og um leið þann missi sem fylgdi breyttu lífsmynstri og aukinni ábyrgð:

Maður þarf að læra marga hluti alveg upp á nýtt og gefa margt upp á bátinn. Við ætluðum að hætta að vinna og fara að ferðast og fleira, en það er bara einhvern veginn kippt undan manni fótunum, lífið kollvarpast og það er ofsalega erfitt að kyngja því (viðmælandi nr. 10).

Meirihluta þátttakenda var tíðrætt um álagið sem fylgdi því að vera bundinn yfir veikum ástvini og taldi ekki öruggt að skilja viðkomandi eftir einan og eftirlitslausan. Þeir höfðu að auki margir hverjir lent í áföllum sem fékk þá til að víkja aldrei frá hinum veika. Einn tók þetta sem dæmi: „Ég fer inn á bað og þá rennur þar af fullum krafti af báðum krönum, vaskurinn orðinn fullur og farið að leka á gólfid og inn í þvottahús ... eftir þetta þorði ég aldrei að skilja við hana eina“ (viðmælandi nr. 1).

Viðhorf til þjónustunnar í sjúkdómsferlinu

Margsinnis kom fram í lýsingum allra þátttakenda að þeim fannst ríkjandi skortur á leiðsögn og ráðgjöf strax frá því að sjúkdómsgreiningin lá fyrir. Fram kom í frásögn nokkurra þátttakenda að þeir tryðu því að starfsfólk reyndi þó að gera sitt besta, en oft og tíðum vantaði margt upp á svo hægt væri að segja að þjónustan væri góð. Það væri afar óþægileg tilfinning að vera alltaf á byrjunarreit, þekkingarleysið virtist ríkjandi í huga aðstandenda hvað varðaði bæði úrræði og stuðning:

Tímabundið úrræði er ekki boðlegt því þetta er ekkert að batna, maður grípur tímabundið úrræði því ekkert annað er í boði, en svo kannski þegar upp er staðið hefði maður betur átt að sleppa því, því þá kannski missti maður af einhverju öðru plássi, eða eitthvað, það vinnur ekkert og enginn með þér (viðmælandi nr. 13).

Niðurstöður sýndu að allir þátttakendur töldu þjónustuna, sem veitt var á hjúkrunarheimilunum, samofna framkomu starfsfólks við þá og umhyggju fyrir ástvinum þeirra. Langflestir sögðu þetta hafa verið afar erfitt tímabil og flestum varð tíðrætt um þær sáru og erfiðu tilfinningar sem fylgdu því að fylgja ástvini inn á öldrunarheimili og um leið að þurfa að gefa eftir stjórnina [umönnunina] í hendur ókunnugra:

Mér fannst erfitt að hafa ekki stjórnina, ég var ekkert ánægð með það sem var gert. Þetta að treysta einhverjum öðrum fyrir því sem er þér dýrmætast og sjá að manneskjan er ekki traustsins verð, er ekki að standa sig, og þurfa að skilja pabba eftir [á öldrunarheimili] og hafa engin úrræði, það er ógeðslega erfitt. Þetta að manneskjan sem á að hugsa um hann, horfir á hann og bara, don't care [er alveg sama], sko, fer bara í símann að gera eitthvað annað. Þetta varnarleysi er alveg óþolandi og gerði þessa dvöl að hreinu helvíti (viðmælandi nr. 11).

Eftirfarandi lýsing varpar enn frekar ljósi á óánægju aðstandenda með þjónustu og umönnun og það óöryggi sem þeir fundu fyrir. Þar koma fram þeir þættir sem allir þátttakendur nefndu í lýsingum sínum þegar þeir skýrðu frá hvers vegna þeir voru ekki ánægðir með þá þjónustu sem ástvinur þeirra fékk á viðkomandi hjúkrunarheimili. Allir lögðu áherslu á mikilvægi þess að geta treyst starfsfólkinu fyrir lífi sinna ástvina:

Ég þarf að treysta þessu fólki 100% fyrir hennar lífi alla daga, starfsfólkið spáir ekkert of mikið í einstaklingana og vanþekkingin er mikil. Starfsfólk orðar oft hlutina af vanvirðingu eða talar af hvatvísi. Það er ekkert verið að spá of mikið í einstaklinginn eða taka of mikið eftir, virðingin nær bara takmarkað (viðmælandi nr. 12).

Þátttakendum varð tíðrætt um þær væntingar sem þeir höfðu til þjónustunnar og umönnunarinnar sem yrði veitt á hjúkrunarheimilinu. Fram kom í lýsingu flestra þátttakenda að þeim fannst deildin, sem ástvinur þeirra fór á, bregðast sér. Færni sem enn var til staðar var ekki örвуð vegna manneklu, göngutúrar og sjúkraþjálfun var ekki í boði ef viðkomandi þurfti mann með sér, skortur var á félagsstarfi og ekki var hugað að því að ástvinir þeirra nærðust nógu vel. Jafnframt kom fram að væntingar aðstandenda um að flutningur ástvinar á hjúkrunarheimili þýddi öryggi stóðust ekki:

Ég fékk bara dálítið sjökk þegar hann fékk fast pláss því ég hélt að upplifun okkar yrði betri, ég hélt að við værum að koma honum í gott skjól, hvíla mömmu því hún gat þetta bara orðið ekki lengur. Maður hélt að maður gæti verið áhyggjulaus en maður var aldrei rólegur, hræðilegt þegar maður getur ekki verið öruggur með fólkið sitt (viðmælandi nr. 14).

Niðurstöður sýndu að reynsla þátttakenda af þjónustunni var samofin samskiptum aðstandenda við umönnunaraðila og

upplýsingaflæði. Upplýsingaflæði var misgott en einn þátttakandi greindi frá samskiptum við „tengilið“ sem hafði aldrei haft samband við aðstandendur. Margir þátttakendur töluðu um að erfiðleikar við að skilja erlendar starfsstúlkur og geta ekki verið viss um að ástvinur þeirra skildi til hvers ætlast væri af honum yllu óöryggi og kvíða:

Ég bara hafði alltaf á tilfinningunni að þær skildu ekkert, það var svona að trufla mig og kannski verra, held ég, fyrir mömmu að vita aldrei almennilega hvað ætlast var til af henni, finna ekkert öryggi, held það sé hræðilegt. Mér fannst mjög slæmur mórall á deildinni, mikið af útlendingum, þær eru þó notalegri, mér finnst samt vanta alla blíðu í þessar íslensku (viðmælandi nr. 5).

Umræða

Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru settar fram í fimm meginþemum sem ná yfir það sem býr að baki því sem birtist í textanum. Þau lýsa vel reynslu aðstandenda og eftirtektarvert var að sjá hvernig þátttakendur lýstu því hvernig reynslan einkenndist af djúpum og oft átakanlega sterkum sorgarviðbrögðum. Sorgarferlið var langt og lýjandi, það birtist við upphaf sjúkdómsins og fylgdi öllu ferlinu. Eftir andlátið hélt sorgin áfram en birtingarmynd hennar breyttist og tengdist hún oft ákveðnum breytingum hjá ástvini þeirra. Samræmast þessar niðurstöður lýsingu Miller (2011) og skilgreiningu Kesstan og Pepin (2017) á þremur stigum birtingarmyndar sorgarinnar þar sem tvö fyrstu stigin voru átakamikil en meiri sátt er náð á lokastiginu.

Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru í samræmi við fyrri niðurstöður um efnið (Bauer o.fl., 2019; da Fonseca Marins o.fl., 2016; Swallow, 2017). Hvert stig sjúkdómsins hrifsaði af viðkomandi færni og getu sem erfitt var fyrir aðstandendur að horfa upp á, þeir lýstu óöryggi og varnarleysi gagnvart sjúkdómnum. Djúpar og einlægar lýsingar náðu að fanga þær erfiðu og sáru tilfinningar sem fylgdu þeirri ákvörðun að flytja foreldri eða maka á hjúkrunarheimili. Samræmist það niðurstöðum rannsóknar Habermann og félaga (2013) og Sury og félaga (2013). Einnig má sjá svipaðar vísbendingar í þessari rannsókn og fyrri rannsóknum (Beck o.fl., 2017; McCabe o.fl., 2016) um vanþekkingu almennt í heilbrigðisþjónustu um hvaða aðstoð er nauðsynleg og hvernig henni skuli háttað. Allir þátttakendur þessarar rannsóknar greindu frá reynslu sinni af vanþekkingu í kerfinu. Engum hafði verið boðin aðstoð, hvorki til þess að yfirstíga nýjar aðstæður eða taka ákvarðanir um framhaldið, hvaða breytingar væru væntanlegar og hvernig æskilegast væri að bregðast við.

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingar um að kvíði, svefntruflanir, depurð og vanmáttur séu alvarlegustu einkennin hjá aðstandendum alzheimer-sjúklinga og eiga þær samhljóð í niðurstöðum erlendra rannsókna um efnið (Bauer o.fl., 2019; Hallikainen o.fl., 2018; Liu o.fl., 2017). Samfara þessum einkennum er sterk tilfinning um að geta ekkert gert hvorki til þess að laga ástandið né hlúa að sjálfum sér og það eykur á vanlíðanina. Wennberg og samstarfsmenn (2015) sýndu einnig fram á að makar í umönnunarhlutverkinu eru í mikilli

hættu á að fá alvarlegar minnstruflanir vegna álagsins og Tatangelo og félagar (2018) komust að því að makar áttu erfiðara með að tjá sig um líðan sína en afkomendur ástvinar.

Eftirtektarvert var að sjá þær vísbendingar sem komu fram um skort á umhyggju og virðingu af hendi starfsfólks á hjúkrunarheimilunum sem í hlut áttu, langflestir þátttakendur voru ósáttir við starfsmenn og verklag þeirra. Endurspeglar þessar lýsingar niðurstöður erlendra rannsókna (Kucuk og Kapucu, 2017; Lopez o.fl., 2013). Nærgætni og virðing starfsfólks gegna lykilhlutverki fyrir aðstandendur þegar ástvinur þarf að flytja af heimili sínu og inn á hjúkrunarheimili og skipta sköpum fyrir framhaldið (Moore o.fl., 2017). Í þessu samhengi hafa erlendar rannsóknir sýnt að það skiptir aðstandendur máli að starfsfólk hafi metnað, gefi af sér, sinni vistmönnum vel og sýni virðingu í verki og tali (Lundberg o.fl., 2013). Niðurstöðum þessarar rannsóknar svipar til þess sem áður hefur komið fram um óánægju með þjónustu og umönnun sem snýr beint að því að viðhalda líkamlegri og félagslegri færni ástvinar sem enn var til staðar, en var ekki sinnt (Kucuk og Kapucu, 2017; Lopez o.fl. 2013). Þörf er á nýjum rannsóknum um þetta tiltekna efni og hvernig koma má í veg fyrir að aðstandendur finni fyrir reiði og vanmætti og að tryggja að skoðanir þeirra séu virtar.

Athyglisvert var að sjá í lýsingum þátttakenda hve tilfinningalega erfitt það reyndist þeim að verða vitni að, og fylgjast með því, hversu lítið var hirt um næringu ástvina þeirra. Kemur þetta heim og saman við fjölda erlendra rannsókna sem sýnt hafa fram á næringarskort og áhugaleysi gagnvart næringu hjá öldruðum almennt inni á hjúkrunarheimilum (Lopez o.fl., 2013; Kucuk og Kapucu, 2017). Skortur er á íslenskum rannsóknum um næringu aldraðra og, eftir bestu vitund höfunda, hafa engar rannsóknir hérlandis beint sjónum að næringu einstaklinga með alzheimer-sjúkdóm. Í þessari rannsókn höfunda, sem hér er kynnt, sýndu niðurstöður einnig að mikið var um næringarlausan mat. Þetta eru athyglisverðar niðurstöður og brýnt að skoða betur að hve miklu leyti ófullnægjandi, eða jafnvel alvarlegur skortur á næringu, á sér stað á íslenskum hjúkrunarheimilum.

Líta má á það sem takmarkanir rannsóknarinnar að hún endurspeglar einungis reynslu og viðhorf 14 aðstandenda alzheimer-sjúklinga og það útilokar tilraunir til að alhæfa nokkuð um niðurstöður. Styrkur rannsóknarinnar felst á hinn bóginn í því að með henni fæst góð sýn á reynslu og þarfir aðstandenda frá þeirra sjónarhorni, slíkar upplýsingar geta verið grunnur að ákvörðunum í skipulagningu þjónustu fyrir þennan sjúklingahóp og aðstandendur þeirra. Því má líta á þessa rannsókn sem upphaf að frekari vinnu við að afla upplýsinga um stöðu þessara mála í dag og hvernig skynsamlegt væri að bregðast við þeim skorti á þjónustu sem niðurstöðurnar gefa til kynna. Það er jafnframt rétt að vekja athygli á því að taka ber niðurstöðum með ákveðinni varúð. Er þar helst að nefna að þeir sem gáfu samþykki sitt til þátttöku kunna að hafa verið þeir sem á einn eða annan hátt sátu uppi með erfiðari og sárari minningar sem tengdust þjónustu og umönnun en þeir sem ekki gáfu kost á sér. Þeir þátttakendur hafa því ef til vill haft sterkari þörf fyrir að lýsa sinni reynslu. Benda þessar niðurstöður eindregið til þess að þörf sé á frekari rannsóknum á

Þessu málefni til að fá breiðari sýn á þennan mikilvæga þátt í umönnun alzheimer-sjúklinga og reynslu aðstandenda af þeirri þjónustu sem veitt er. Skortur á íslenskum rannsóknum almennt um þetta efni, sem hér er til skoðunar, kemur í veg fyrir samanburð á ánægju aðstandenda alzheimer-sjúklinga hérlandis og erlendis.

Þakkarorð

Þeim fjórtán einstaklingum sem tóku þátt í þessari rannsókn eru færðar bestu þakkir fyrir dýrmætar upplýsingar, traustið og einlægnina. Þakkir fá fulltrúar Alzheimer samtakanna og stjórnendur á þeim hjúkrunarheimilum sem áttu hlut að rannsókninni fyrir aðstoð við upplýsingaöflun.

Heimildir

Alzheimer's Association. (2019). *What is dementia?* Alzheimer's Association: Chicago.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Blackberry, I., Farmer, J., og Wilding, C. (2019). Identifying support needs to improve rural dementia services for people with dementia and their carers: A consultation study in Victoria, Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 27(1), 22–27. doi: 10.1111/ajr.12444

Beck, E. R., McIlfratrick, S., Hasson, F., og Leavey, G. (2017). Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17–18), 2633–2645

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open*, 2, 8–14.

Chan, D., Livingston, G., Jones, L., og Sampson, E. L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 1–17.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4. útg.). Thousand Oaks: SAGE publications.

Czekanski, K. (2017). CE: Original research: The experience of transitioning to a caregiving role for a family member with Alzheimer's disease or related dementia. *American Journal of Nursing*, 117(9), 24–32. doi: 10.1097/01.NAJ.0000524517.60352.84

da Fonseca Marins, A. M., Hansel, C. G., og da Silva J. (2016). Behavioral changes of elderly with Alzheimer's disease and the burden of care for the caregiver. *Escola Anna Nery*, 20(2), 352–356. doi: 10.5935/1414-8145.20160048

Graneheim, U. H., og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Habermann, B., Hines, D., og Davis, L. (2013). Caring for parents with neurodegenerative disease: A qualitative description. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 27(4), 182–187. doi: 10.1097/NUR.0b013e318295576b

Hallikainen, I., Koivisto, A. M., og Välimäki, T. (2018). The influence of the individual neuropsychiatric symptoms of people with Alzheimer disease on family caregiver distress-A longitudinal ALSOVA study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1207–1212. doi: 10.1002/gps.4911

Kesstan, B., og Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia*, 16(1), 67–78. doi: 10.1177/1471301215581081

Kucuk, E. O., og Kapucu, S. (2017). Malnutrition in elderly staying in nursing homes. *Konuralp Medical Journal / Konuralp Tıp Dergisi*, 9(3), 46–51. doi: 10.18521/ktd.318404

Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3), 324.

Lishman, E., Cheston, R., og Smithson, J. (2016). The paradox of dementia:

Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia. *Dementia*, 15(2), 181–203. doi: 10.1177/1471301214520781. Epub 2014 Feb 27

Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., ... Ji, Y. (2017). Care-giver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1291–1300. doi: 10.1111/jocn.13601. Epub 2016 Nov 23

Llangue, S., Savage, L., Rosenburg, N. og Caserta, M. (2016). Concept analysis: Alzheimer's caregiver stress. *Nursing Forum*, 51(1), 21–31. doi: 10.1111/nuf.12090. Epub 2014 May1

Lopez, R. P., Mazor, K. M., Mitchell, S. L., og Givens, J. L. (2013). What is family-centered care for nursing home residents with advanced dementia? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(8), 763–768. doi: 10.1177/1533317513504613

Lundberg, T., Olsson, M., og Furst, C. J. (2013). The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(6), 282–288.

Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.

Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000.

McCabe, M., You, E., og Tatangelo G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), 70–e88. doi: 10.1093/geront/gnw078

Midsund, A., Litland, A., og Hjalhmhult, E. (2019). Mothers experiences learning and performing infant massage. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 489–498.

Miller, M. C. (2011). Understanding grief and loss. Bereavement shares much in common with depression. *The Harvard Mental Health Letter*, 28(6), 1.

Monin, J. K., Schulz, R., og Feeney, B. C. (2015). Compassionate love in individuals with Alzheimer's disease and their spousal caregivers: Associations with caregivers' psychological health. *Gerontologist*, 55(6), 981–989. doi: 10.1093/geront/gnu001. Epub 2014 Feb 17.

Moore, K. J., Davis, S., Gola, A., Harrington, J., Kupeli, N., Vickerstaff, V. ... Sampson, E. L. (2017). Experiences of end of life amongst family carers of people with advanced dementia: Longitudinal cohort study with mixed methods. *BMC Geriatrics*, 17(1), 135. doi: 10.1186/s12877-017-0523-3.

Pivodic, L., Harding, R., Clanzani, N., McCrone, P., Hall, S., Deliens, L., ... Gomes, B. (2016). Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. *Palliative Medicine*, 30(1), 64–74.

Schaber, P., Blair, K., Jost, E., Schaffer, M., og Thurner E. (2016). Understanding family interaction patterns in families with Alzheimer's disease. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 36(1), 25–33.

Sury, L., Burns, K., og Brodaty, H. (2013). Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 867–876. doi: 10.1017/S1041610213000057

Swallow, J. (2017). Expectant futures and an early diagnosis of Alzheimer's disease: Knowing and its consequences. *Social Science and Medicine*, 184:57–64. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.017. Epub 2017 May 6.

Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., og You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8–14.

Vlachogianni, A., Efthymiou, A., Potamianou, D., Sakka, P., og Orgeta, V. (2016). Life after care: Psychological adjustment to bereavement in family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 815–823. doi: 10.1017/S104161021500201X. Epub 2015 Dec 9.

Wang, C. J., Pai, M. C., Hsiao, H. S., og Wang, J. J. (2015). The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 769–775.

Wennberg, A., Dye, C., Streetman-Loy, B., og Pham, H. (2015). Alzheimer's patient familial caregivers: A review of burden and interventions. *Health and Social Work*, 40(4), e162–e169. doi:10.1093/hsw/hlv062

Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., og Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease *PLOS ONE*, 10(7), 1–13:e0132168. doi: 10.1371/journal.pone.0132168

English Summary

Gudbjartsdottir, T. S. B., Hjorleifsdottir, E.

“This was the most difficult role I have taken on”: Lived experiences of close family members as caregivers of a loved one with Alzheimer and their experiences of the service provided

Background: Alzheimer’s disease is a form of dementia. Complications of the disease are deterioration appearing as behavioural changes and increased need for care. Family caregivers deal with complicated grief affecting their psychological and physical health.

Aim: The aim of the study was to examine the experiences of close family members as caregivers of a loved one with Alzheimer and their perspectives on the service provided.

Method: A qualitative method was utilized. Fourteen interviews were conducted using a semi-structured interview-frame. The text was analysed with the methods of content analysis and categorised into a main theme, themes and subthemes describing participants experiences throughout the disease process as well as their experiences of the service provided through the course of the disease.

Results: Results indicated that deep grief characterised the whole disease trajectory. Relatives’ decisions and actions were shaped by grief and after the death of their loved one a new process of grief

began. The most difficult and hurtful experience was having to transfer the loved one to a nursing home. Thematic analysis revealed an overarching theme: *family caregivers of Alzheimer patients experience various difficulties because of role changes*. Five main themes formed continuity in the family experiences from the time of diagnosis to the end of life of their loved one. Each theme contained few sub-themes.

Conclusion: Results indicate that to achieve success in the care and service provided for individuals with Alzheimer and their close family members, insight into the overwhelming grief associated with the disease is essential. Support needs to be far more structured than it is today. Solutions need to exist which strengthen both psychological and physical well-being of those diagnosed with the disease and their loved ones.

Keywords: Relatives, Alzheimer, distress, health, difficulties, nursing home, communications.

Correspondent: elisabet@unak.is

Virgni og viðbótarmeðferð á íslenskum hjúkunarheimilum

Útdráttur

Tilgangur: Íbúar á íslenskum hjúkunarheimilum eiga við margvísleg andleg og líkamleg vandamál að stríða, m.a. þunglyndi og hegðunarvanda. Rannsóknir hafa sýnt að um helmingur íbúa eyðir litlum eða engum tíma í virkni og að stjórnendur hjúkunarheimila eru meðvitaðir um mikilvægi þess að örva virkni íbúa en úrræði og þekking eru ekki alltaf fyrir hendi. Yfirlit yfir hvaða virkni er í boði á hjúkunarheimilum er ekki til. Viðbótarmeðferð virðist hafa jákvæð áhrif til að draga úr vanlíðan og til að bæta líðan og ánægju íbúa á hjúkunarheimilum. Engar upplýsingar eru til um hvaða tegundir viðbótarmeðferðar eru í boði á íslenskum hjúkunarheimilum. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvaða virkni og viðbótarmeðferð er í boði á íslenskum hjúkunarheimilum og hverjir skipuleggja og veita meðferð. Einnig var spurt hvort hjúkunarheimili þurfi stuðning til að efla þessa meðferð.

Aðferð: Tveir spurningalistar, annar um meðferð til að auka virkni og hinn um notkun viðbótarmeðferðar, voru samdir og sendir til allra hjúkunarheimila á Íslandi, 59 talsins. Fimmtíu og tvö hjúkunarheimili (88%) svöruðu listanum um virkni og afþreyingu og 45 heimili (76%) svöruðu listanum um viðbótarmeðferð.

Niðurstöður: Niðurstöðurnar sýndu að öll hjúkunarheimili ($n=52$; 100%) buðu upp á meðferð til að auka virkni og 43 hjúkunarheimili (96%) upp á viðbótarmeðferð. Margar ólíkar starfsstéttir áttu þátt í því að skipuleggja og veita þessa meðferð, en helst eru það hjúkunarfræðingar og sjúkraliðar. Algengasta meðferð til að auka virkni var upplestur og að horfa saman á myndir og hlusta á tónlist. Algengustu gerðir viðbótarmeðferðar voru heitir bakstrar, leikfimi og nudd. Hjúkunarstjórnendur vildu flestir fá aðstoð við að efla þessa þætti í þjónustu við íbúa, t.d. með fræðslu eða aukinni samvinnu við aðrar stofnanir.

Ályktanir: Virkni og viðbótarmeðferð er mikilvægur þáttur í þjónustu á íslenskum hjúkunarheimilum en hjúkunarheimilin þurfa stuðning til að auka þekkingu starfsmanna á þessari meðferð og að efla hana enn frekar.

Lykilorð: virkni, viðbótarmeðferð, aldraðir, hjúkunarheimili

Inngangur

Ástæður þess að fólk flytur inn á hjúkunarheimili eru oftast minnkandi færni, hrumleiki, heilabilun (Andel o.fl., 2007), minnkandi hreyfigeta, hjartasjúkdómar, fjöllyfjanotkun og það að búa einn (Luppa o.fl., 2010). Breytingar á aldurssamsetningu og fjölgun fjölveikra íbúa á hjúkunarheimilum (Hjaltadóttir, Hallberg, Ekwall og Nyberg, 2012) hefur aukið hjúkunarþyngd þeirra sem þar dvelja. Það er því mikilvægt að starfsfólk sé faglært og geti veitt einstaklingsmiðaða meðferð og umönnun.

Rannsóknir hafa sýnt að það skipti máli að íbúar séu hvattir til og hafi tækifæri til að vera virkir (Agahi og Parker, 2008) og að það viðhaldi vellíðan og stuðli að lífsánægju þeirra (Björk o.fl., 2017). Með virkni er átt við það sem einstaklingurinn hefur fyrir stafni sér til ánægju og stuðlar að vellíðan hans. Þetta geta verið hvort sem er félagsleg samskipti, verk sem hann tekur sér fyrir hendur og einhvers konar afþreying eða atburður sem hann tekur þátt í (Adams o.fl., 2011). Fram kemur í rannsóknum að þátttaka í félagslegum athöfnum tengist lengri lífaldri (Agahi og Parker, 2008) og er spáþáttur fyrir dánartíðni (Hjaltadóttir o.fl., 2011). Ýmsar aðferðir hafa verið

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Niðurstöðurnar sýna að íslensk hjúkunarheimili bjóða bæði upp á ýmiss konar meðferð til að efla virkni og margháttada viðbótarmeðferð fyrir íbúa.

Hagnýting: Yfirlit þessarar rannsóknar gefur starfsfólki á hjúkunarheimilum hugmyndir að möguleikum í meðferð. Jafnframt er það grunnur að frekari vinnu við að setja upp fræðslufni og námskeið fyrir þær mörgu stéttir sem skipuleggja og veita þessa meðferð í þeim tilgangi að bæta almenna líðan íbúanna.

Þekking: Aðstandendur og sjálfbóðaliðar taka ekki mikinn þátt í því að veita meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð. Hér er því tækifæri fyrir hjúkunarheimilin til að hvetja og styðja aðstandendur og sjálfbóðaliða sem eru tilbúnir til þátttöku í starfi heimilanna.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Jákvæð afstaða framkvæmdastjóra hjúkunarheimilanna til þess að auka meðferð sem eflir virkni og viðbótarmeðferð er hvatning til rannsakenda og stjórnvalda að styðja heimilin svo hægt sé að bjóða öflugra þjónustu í þessu skyni.

notaðar til að auka virkni íbúa á hjúkrunarheimilum og er þeim þá beitt sem markvissri meðferð. Tónlistarmeðferð getur til dæmis dregið úr einkennum þunglyndis (Werner o.fl., 2015) og óróa ef hún er notuð sem hópmeðferð (Ridder o.fl., 2013). Einnig hefur verið sýnt fram á að hjá fólki með heilabilun stuðlar aukin virkni að því að draga úr hegðunarvanda en lítil virkni og skortur á örvun tengist hins vegar aukinni árásargirni, óróleika, þunglyndi og sinnuleysi (Scherder o.fl., 2010).

Margir þættir í umhverfi hjúkrunarheimila og hvernig þjónusta er veitt hefur einnig áhrif á hversu virkir íbúar eru. Meðal þessara þátta er þekking starfsfólks á hvaða aðferðum er hægt að beita til að efla virkni, sem og heilsa og færni hvers einstaklings og geta hans til að taka þátt (Demers o.fl., 2009). Þeir íbúar sem eru lítið virkir eru líklegri til að vera með alvarlega heilabilun, sýna hegðunartruflanir og vera með þunglyndi eða færniskerðingu í athöfnum daglegs lífs (Dobbs o.fl., 2005). Íslenskar rannsóknir benda til að auka þurfi virkni íbúa á hjúkrunarheimilum en rannsókn frá 2004 sýndi að aðeins 26,1% af íbúum á íslenskum hjúkrunarheimilum tók þátt í einhverju sem örvaði virkni (Dagmar Huld Matthíasdóttir o.fl., 2009). Tölur frá íslenskum hjúkrunarheimilum frá árinu 2009 sýndu einnig að 55% af íbúum íslenskra hjúkrunarheimila taka lítinn eða engan þátt í virkum athöfnum og að hjúkrunarheimilin þurfa að efla og auka þátttöku íbúa (Hjaltadóttir, Hallberg, Ekwall og Nyberg, 2012). Skýrsla Velferðarráðuneytisins sýnir að stjórnendur hjúkrunarheimila eru meðvitadír um mikilvægi þess að örva virkni íbúa en á sama tíma eru úrræði og þekking ekki alltaf fyrir hendi um hvernig hægt sé að bæta úr því (Halldóra Pálsdóttir og Sigríður Jónsdóttir, 2011).

Viðbótar meðferð er meðferð sem veitt er til viðbótar hefðbundinni meðferð til að draga úr einkennum og bæta líðan (NCCIH, 2019). Meðal þess sem boðið er í viðbótar meðferð má nefna meðferð með dýrum, nudd og ilmoliur. Erlendis hafa verið gerðar rannsóknir á notkun viðbótar meðferðar á hjúkrunarheimilum og hafa þær meðal annars sýnt að viðbótar meðferð getur dregið úr óviðeigandi hegðunareinkennum (Cooke o.fl., 2010). Notkun dýra í meðferðartilgangi hjá íbúum hjúkrunarheimila sem eru með hrörnunarsjúkdóma eins og heilabilun sýnir að dýrin tengjast þeim oft vináttuböndum og draga úr einmanaleika (Wood o.fl., 2015). Nudd er talsvert notað af hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum til að efla heilbrigði og vellíðan og hægt er að nota það til að auka blóðflæði, draga úr verkjum, bæta svefn, draga úr kvíða eða depurð og bæta almenna líðan (Rose, 2010). Ilmoliur hafa verið taldar gagnlegar við að draga úr svefnvandamálum og kvíða hjá íbúum á hjúkrunarheimilum (Johannessen, 2013). Áhrif alls konar viðbótar meðferðar hafa ekki verið rannsökuð á íslenskum hjúkrunarheimilum. Viðbótar meðferð er talsvert notuð á Landspítala, en könnun frá 2016 leiddi í ljós að notkun hennar hafði aukist um 20% miðað við könnun frá árinu 2000 (Þóra Jenný Gunnarsdóttir o.fl., 2016). Helstu tegundir meðferðar, sem eru veittar, eru slökun og nudd og eru hjúkrunarfræðingar fjölmennasti hópurinn sem veitir þess konar meðferð.

Hjúkrunarheimili á Íslandi beita margs konar viðbótar meðferð og aðferðum til að örva virkni íbúanna. Lítið er vitað um umfang þessara úrræða og hvaða árangri þau skila og finnst rannsakendum mikilvægt að afla þekkingar um það. Aukin þekking á viðfangsefninu er forsenda þess að hægt sé að leita leiða til að efla og styrkja þessa þjónustu við íbúa hjúkrunarheimila. Rannsóknin sem hér er sagt frá er hluti af stærra verkefni í fjórum áföngum. Við undirbúning þessarar rannsóknar hittu rannsakendur framkvæmdastjóra hjúkrunar þriggja hjúkrunarheimila til að ræða fyrirhugaða rannsókn og kom þar fram að mikilvægt væri að byrja á að fá yfirsýn yfir þessa þjónustu og kanna hvað væri í boði. Með því væri hægt að skoða hvað má betur fara og hvaða aðstoð hjúkrunarheimilin þarfnast til að efla þessa þjónustu með það að markmiði að auka virkni og vellíðan íbúa. Fyrsti áfangi rannsóknarinnar var því að gera spurningalistakönnun og senda á öll hjúkrunarheimili til að fá upplýsingar um hvaða virkni- og viðbótar meðferð væri veitt, hvernig sú þjónusta væri skipulögð og einnig hvort hjúkrunarheimilin óskuðu eftir frekari aðstoð eða fræðslu til að efla þessa þjónustu. Annar áfangi rannsóknarinnar verður að fá rýnihópa frá fjórum hjúkrunarheimilum til að ræða þessi mál nánar og fá betri mynd af því hverju þessi þjónusta skilar íbúunum. Í þriðja áfanga verður settur fram fræðslupakki fyrir hjúkrunarheimilin sem byggður er á niðurstöðum úr spurningalistakönnuninni og rýnihópunum. Í fjórða áfanga rannsóknarinnar verður hjúkrunarheimilum boðin þátttaka í að nýta sér fræðslupakkann og innleiða nýja meðferð. Árangur þeirrar innleiðingar verður metinn með megindlegri aðferð, með mælingum fyrir og eftir íhlutun bæði hjá innleiðingarahópi og viðmiðunarhópi. Í þessum samanburði verður skoðuð niðurstaða interRAI-gæðavísa, sem gefa vísbendingar um gæði, sem og valdar breytur úr interRAI-mati, sem lýsa heilsufari íbúa. Heildarniðurstöður þessarar rannsóknar geta síðan nýst til áframhaldandi stuðnings við íslensk hjúkrunarheimili til að auka virkni íbúanna og bjóða upp á fjölbreytta meðferð.

Markmiðið með spurningalistunum var að svara eftirfarandi spurningum: Hvaða meðferð til að auka virkni er í boði á íslenskum hjúkrunarheimilum? Hvaða viðbótar meðferð er í boði á íslenskum hjúkrunarheimilum? Hverjir sjá um að skipuleggja þessa meðferð? Hver er þátttaka aðstandenda og sjálfbodaliða í að aðstoða íbúa við að auka virkni sína? Hver er þátttaka aðstandenda og sjálfbodaliða í að veita viðbótar meðferð? Hversu stórt hlutfall íbúa má ætla að geti nýtt sér slíka meðferð? Er þörf á að fá frekari aðstoð eða upplýsingar til að bæta þessa þjónustu á íslenskum hjúkrunarheimilum?

Aðferð

Rannsóknarsnið og úrtak

Könnunin var megindleg og lýsandi og náði til allra hjúkrunarheimila á Íslandi sem eru 59 talsins. Ákveðið var að senda framkvæmdastjórum hjúkrunar spurningalistana sem fulltrúum heimilanna vegna auðvelds aðgengis að þeim og þar sem talið var að þeir vegna stöðu sinnar hefðu þessar upplýsingar

og heildarsýn yfir þá starfsemi sem fer fram á hjúkrunarheimilinu.

Framkvæmd og úrvinnsla

Spurningalistarnir voru sendir í pósti í febrúar 2016 og tveimur vikum síðar var sent bréf til áminningar. Með spurningalistunum var sent bréf til framkvæmdastjóranna sem innihélt upplýsingar um höfunda og tilgang könnunarinnar ásamt skilgreiningu á virkni og viðbótarmeðferð. Ákveðið var að hafa tvo spurningalista, annars vegar um meðferð til að auka virkni íbúa og hins vegar um tegundir viðbótarmeðferðar. Þetta var gert fyrst og fremst til að koma í veg fyrir að þessu væri blandað saman í huga svarenda. Spurt var um skipulagningu og framkvæmd meðferðarúræða sem auka virkni íbúa (19 spurningar) og hvaða viðbótarmeðferð væri í boði (14 spurningar). Í báðum spurningalistum var hægt að krossa við tegundir meðferðar sem voru í boði á hjúkrunarheimilinu og bæta við texta ef eitthvað vantaði. Einnig var spurt um hvort aðstandendur og sjálfbóðaliðar tækju þátt í að veita meðferð og hvort talin væri þörf á að efla eða bæta við þessa þjónustu og þá hvernig. Í lok beggja lista var svaranda gefinn kostur á því að koma á framfæri því sem hann vildi um þetta efni. Listarnir voru forprófaðir með fimm framkvæmdastjórum hjúkrunar á hjúkrunarheimilum og þremur iðjuþjálfum á Landspítala. Athugasemdir þeirra voru notaðar til að lagfæra spurningalistana. Unnið var úr niðurstöðum spurninga með tölfræðiforritinu SPSS 26.0 og þær síðan settar upp í töflur.

Siðfræði

Leyfi var fengið hjá Vísindasiðanefnd fyrir rannsókninni (VSNb2015110004/0301). Send var tilkynning til Persónu-

verndar um könnunina. Þátttaka var frjáls fyrir framkvæmdastjóra hjúkrunar og ekki var talin fylgja því áhætta að taka þátt. Farið var með allar upplýsingar sem trúnaðarmál.

Niðurstöður

Algengustu tegundir meðferðar

Listanum um virkni svöruðu 52 hjúkrunarheimili og var svarhlutfall 88%. Algengustu gerðir meðferðar, sem notaðar voru til að auka virkni íbúa, var upplestur úr bókum á 51 heimili (98%), að horfa saman á mynd eða þátt (n=51; 98%) og að hlusta á tónlist (n=50; 96%). Í töflu 1 má sjá tegundir af meðferð eða afþreyingu sem 10 eða fleiri hjúkrunarheimili nota til að auka virkni íbúa. Spurningalistanum um viðbótarmeðferð var svarað fyrir 45 hjúkrunarheimili (76%). Algengustu gerðir meðferðar, sem voru í boði, voru heitir bakstrar á 44 hjúkrunarheimilum (98%), leikfimi (n=44; 98%) og nudd (n=40; 89%). Tilgreindar voru 11 tegundir af viðbótarmeðferð sem veitt var á hjúkrunarheimilunum (sjá töflu 2).

Skipulag og framkvæmd á meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð

Þeir starfsmenn sem tóku þátt í að skipuleggja meðferð til að auka virkni íbúa voru oftast aðstoðarfólk eða á 42 hjúkrunarheimilum (81%), hjúkrunarfræðingar á 39 hjúkrunarheimilum (75%) og sjúkraliðar á 31 (62%). Starfsmenn sem oftast skipulögðu viðbótarmeðferð voru hjúkrunarfræðingar á 36 hjúkrunarheimilum (80%), sjúkrapjálfarar á 29 (64%) og aðstoðarfólk á 29 (64%). Þeir starfsmenn sem tóku þátt í að framkvæma meðferð til að auka virkni íbúa voru oftast aðstoðarfólk eða á 46 hjúkrunar-

Tafla 1. Yfirlit yfir tegundir af meðferð eða afþreyingu sem 10 eða fleiri hjúkrunarheimili nota til að auka virkni íbúa

	n (%)		n (%)		n (%)
Upplestur úr bókum	51 (98)	Málað	37 (71)	Klúbbar fyrir karla/konur	25 (48)
Horft saman á kvikmynd	51 (98)	Dagskrá með aðstandendum	36 (69)	Samtalshópar	25 (48)
Hlustað á tónlist	50 (96)	Heimsóknir dýra	35 (67)	Ferðalög	25 (48)
Gönguferðir	50 (96)	Kaffiboð	35 (67)	Minningahópar	22 (42)
Hlustað á útvarp	49 (94)	Boccia	35 (67)	Spurningaleikir	21 (40)
Prjónað	49 (94)	Málshættir eða gátur	34 (65)	Unnið á tölvu	21 (40)
Naglalökkun og snyrting	49 (94)	Bíltúrar	34 (65)	Golf	18 (35)
Sungið saman	48 (92)	Dansað	33 (64)	Kveðist á	17 (33)
Spilað á spil	48 (92)	Boltaleikir	33 (64)	Hugsað um dýr	15 (29)
Hópleikfimi	46 (89)	Hreyfileikir	32 (62)	Samskipti við heimilisdýr	14 (27)
Settar rúllur í hár	46 (89)	Málað á léreft	31 (60)	Keramíkmálun eða -vinnsla	13 (25)
Bingó	44 (85)	Teiknað	31 (60)	Smíðar	13 (25)
Jólafagnaður	44 (85)	Blóma- eða grænmetisræktun	31 (60)	Sudoku	13 (25)
Púsluspil	43 (83)	Lagt á borð	30 (58)	Mosaík	11 (21)
Skipulögð dagskrá úti	42 (81)	Teflt	29 (56)	Skorið út	11 (21)
Saumað út	40 (77)	Eldað eða bakað	28 (54)	Byggt með kubbum	11 (21)
Brotinn saman þvottur	40 (77)	Krossgátur	28 (54)	„Sólskins“-klúbbur	11 (21)
Heklað	38 (73)	Spilið Geymt en ekki gleymt	26 (50)	Glervinnsla	10 (19)
Upplestur úr dagblöðum	37 (71)	Borðspil	25 (48)	Tölvuleikir	10 (19)

Tafla 2. Algengustu tegundir af viðbótarmeðferð sem er í boði á íslenskum hjúkrunarheimilum

Viðbótarmeðferð	n (%)
Heitir bakstrar	44 (98)
Leikfimi	44 (98)
Nudd	40 (89)
Snerting	33 (73)
Vaxmeðferð fyrir hendur	28 (62)
Slökun	17 (38)
Meðferð með aðstoð dýra	14 (31)
Íhugun / hugleiðsla	4 (9)
Ilmolíumeðferð	4 (9)
Jóga	3 (7)
Tai Chi	1 (2)

unarheimilum (89%), sjúkraliðar á 39 (75%) og hjúkrunarfræðingar á 35 (67%). Starfsmenn sem oftast framkvæma viðbótarmeðferð eru sjúkraliðar á 35 hjúkrunarheimilum (78%), hjúkrunarfræðingar á 34 (76%) og sjúkrapjálfarar á 28 (62%). Mynd 1 sýnir yfirlit yfir starfsmenn sem taka þátt í að skipuleggja og veita meðferð til að auka virkni íbúa og viðbótarmeðferð.

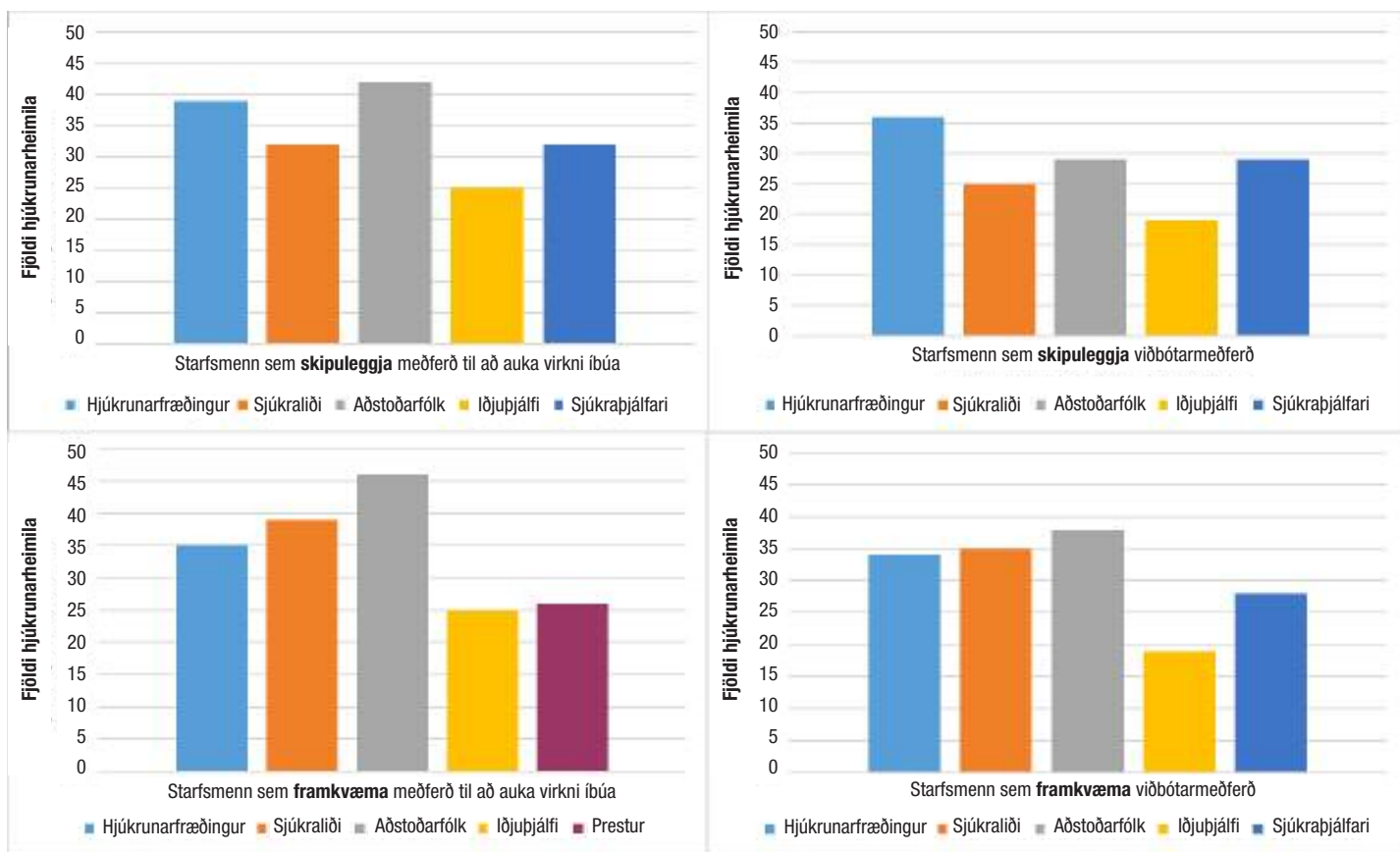
Öll hjúkrunarheimilin (n=52) skipulögðu meðferð fyrir hópa til að auka virkni íbúa og nær öll (n=49; 94%) öfluðu upplýsinga um áhugamál íbúa við komu á hjúkrunarheimilið

eða voru með einstaklingsmiðaða meðferð til að auka virkni. Aðrar aðferðir við skipulagningu á meðferð voru að setja upp dagskrá eða stundaskrá (n=48; 92%), setja upp dagskrá fyrir hverja deild (n=48; 92%) og setja upp dagskrá fyrir hvern einstakling (n=31; 60%).

Þátttaka aðstandenda og sjálfboðaliða í að veita og aðstoða íbúa við meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð

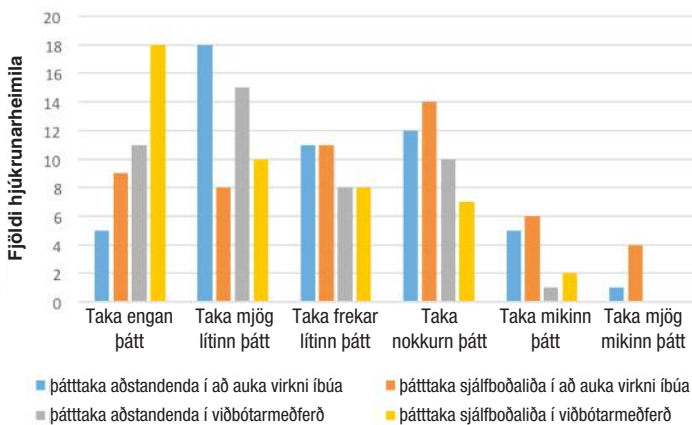
Þegar litið er til þátttöku aðstandenda í að aðstoða íbúa við meðferð til að auka virkni þá var það mat stjórnenda á einu hjúkrunarheimili að þátttaka þeirra væri mjög mikil, á fimm heimilum mikil og á 12 heimilum að þeir tækju nokkurn þátt. Þátttaka sjálfboðaliða í að aðstoða íbúa við þannig meðferð var metin mjög mikil á fjórum hjúkrunarheimilum, mikil á sex heimilum og á 14 heimilum að þeir tækju nokkurn þátt. Þátttaka aðstandenda fólst aðallega í því að lesa, spjalla, mæta á samkomur, taka þátt í söng og fara í göngutúra eða bíltúr. Sjálfboðaliðar frá Rauða krossinum komu í heimsókn með hunda, en aðrir spiluðu á hljóðfæri, tóku þátt í lestri, söng, leikjum, spilum eða bingó, bökuðu vöflur fyrir íbúa og fleira í þessum dúr (sjá mynd 2).

Enginn af stjórnendum hjúkrunarheimila taldi að aðstandendur eða sjálfboðaliðar tækju mjög mikinn þátt í að veita íbúum viðbótarmeðferð. Á einu hjúkrunarheimili töldu stjórn-



Mynd 1. Mat stjórnenda á hjúkrunarheimilum á þátttöku starfsmanna í að skipuleggja og framkvæma viðbótarmeðferð annars vegar og hins vegar meðferð til að auka virkni íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum

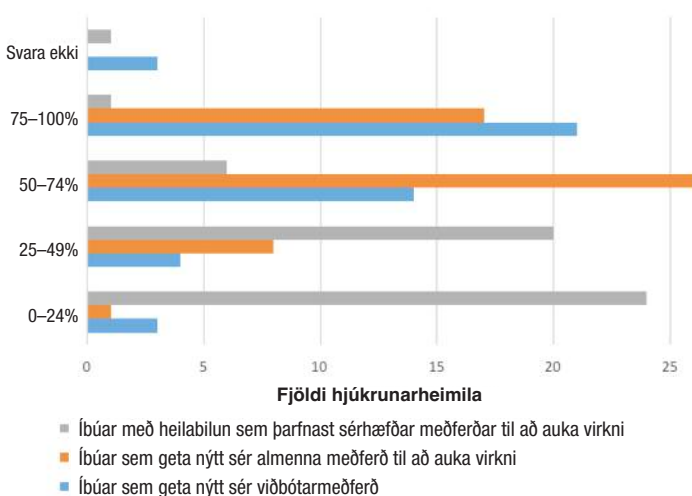
endur að aðstandendur tækju mikinn þátt í að veita íbúum viðbótarmeðferð og á 10 heimilum að þeir tækju nokkurn þátt. Hvað varðaði þátttöku sjálfboðaliða þá tóku þeir mikinn þátt á tveimur hjúkrunarheimilum og nokkurn þátt á sjö heimilum (sjá mynd 2). Það sem aðstandendur gerðu aðallega var að koma með dýr og veita nudd. Sjálfboðaliðar komu aðallega með dýr.



Mynd 2. Mat stjórnenda á hjúkrunarheimilum á þátttöku aðstandenda og sjálfboðaliða í að auka virkni íbúa og veita viðbótarmeðferð

Hlutfall íbúa sem ætla má að geti nýtt sér meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð

Það var mat stjórnenda á 17 hjúkrunarheimilum að 75–100% íbúa á heimilinu gæti nýtt sér venjulega meðferð til að auka virkni og á 26 heimilum töldu stjórnendur að 50–74% íbúa gætu nýtt sér þannig meðferð. Þegar spurt var um hvort þeir sem væru með heilabilun þyrftu sérhæfða meðferð til að auka virkni taldi stjórnandi á einu hjúkrunarheimili að 75–100% íbúa þyrftu þannig meðferð og á sex heimilum að 50–74% íbúa þyrftu sérhæfða meðferð. Það var mat stjórnenda á 21 hjúkrunarheimili að 75–100% íbúa á heimilinu gætu nýtt sér viðbótarmeðferð og á 14 heimilum töldu stjórnendur að 50–74% íbúa gætu nýtt sér þannig meðferð (sjá mynd 3).



Mynd 3. Fjöldi hjúkrunarheimila þar sem stjórnendur hafa áætlað hlutfall íbúa á þeirra heimili sem þarfnast sérhæfðrar meðferðar til að auka virkni, geta nýtt sér almenna meðferð til að auka virkni og geta nýtt sér viðbótarmeðferð

Þörf hjúkrunarheimilis fyrir stuðning til að efla meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð

Á meirihluta hjúkrunarheimila var talin þörf á stuðningi við að efla meðferð til að auka virkni (94%; n=49) og viðbótarmeðferð (98%; n=42). Í töflu 3 má sjá hvaða óskir komu fram um stuðning. Í textasvörum var nefnt að efla þyrfti sérhæfða meðferð til að auka virkni íbúa með heilabilun; einnig að þörf væri á námskeiði um minningavinnu og nýjungar í meðferð til að efla virkni. Helstu gerðir viðbótarmeðferðar, sem talið var að hjúkrunarheimilin þyrftu fræðslu um, var slökun, nudd, hugleiðsla, íhugun og jóga.

Opnar spurningar

Í svörum við opnum spurningum kom fram að hjúkrunarstjórnendum fannst meðferð til að auka virkni afar mikilvæg til að bæta vellíðan og lífsgæði íbúanna og að virkja þyrfti hvern og einn út frá hans forsendum og óskum. Hlusta þyrfti eftir því hver áhugasvið íbúanna væru og skapa tækifæri tengd þeim.

Um viðbótarmeðferð sögðu nokkrir að sumar gerðir virtust auka vellíðan og draga úr verkjum. Mikilvægt væri að vita líka hvað væri verið að gera á öðrum hjúkrunarheimilum og deila þekkingunni. Þeir sögðust líka veita því eftirtekt að margar gerðir meðferðar hefðu jákvæð og góð áhrif á þann sem veitti meðferðina.

Umræða

Niðurstöðurnar sýndu að öll hjúkrunarheimili buðu upp á einhverja meðferð til að efla virkni og mörg upp á einhverja viðbótarmeðferð. Margar starfsstéttir eiga hlut að því að skipuleggja og veita þessa meðferð, en helst voru það hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar. Algengasta meðferð til að auka virkni var upplestur, að horfa saman á myndir og hlusta á tónlist. Algengustu tegundir viðbótarmeðferðar voru heitir bakstrar, leikfimi og nudd. Þátttaka aðstandenda og sjálfboðaliða í að aðstoða íbúa við meðferð til að auka virkni eða veita viðbótarmeðferð var fremur lítil en á flestum hjúkrunarheimilum var talið að meirihluti íbúa gæti nýtt sér slíka meðferð. Hjúkrunarstjórnendur vildu enn fremur flestir fá aðstoð við að efla þessa þætti í þjónustunni, t.d. með fræðslu eða aukinni samvinnu við aðrar stofnanir.

Algengustu tegundir meðferðar

Fjölbreytt framboð á meðferð til að auka virkni er mikilvægt því bent hefur verið á að íbúar óska helst eftir viðfangsefnum sem uppfylla andlegar og félagslegar þarfir hvers og eins (Harmer og Orrel, 2008). Algengasta tegund meðferðar reyndist vera upplestur úr bókum (98%) og að horfa saman á mynd eða þátt (98%) og var boðið upp á þetta á öllum hjúkrunarheimilum nema einu. Um er að ræða mjög einfalda aðferð til dægra-dvalar sem auðvelt og ódýrt er að framkvæma. Upplestur og sjónvarpsáhorf krefst þó lítillar þátttöku íbúa og gæti reynst

Tafla 3. Þörf hjúkrunarheimila fyrir stuðning til að efla virkni íbúa og viðbótarmeðferð

	Óskir um stuðning við að efla virkni íbúa n (%)	Óskir um stuðning við að efla viðbótarmeðferð n (%)
Aðferð		
Já, hjúkrunarheimilið hefur þörf fyrir stuðning til að efla virkni og viðbótarmeðferð	49 (94)	42 (98)
Form stuðnings		
Námskeið	49 (77)	31 (69)
Heimsóknir á aðrar stofnanir	39 (75)	32 (71)
Ráðgjöf	37 (71)	35 (78)
Samvinna við aðrar stofnanir	32 (62)	24 (53)
Fyrirlestur	31 (60)	31 (69)
Tæki og búnaður	30 (58)	23 (51)
Aðgangur að sérmenntuðu starfsfólki	24 (46)	27 (60)
Húsnæði og aðstaða	21 (40)	15 (33)
Aukið fjármagn	4 (8)	3 (7)
Aukin mönnun	3 (6)	3 (7)

erfitt fyrir þá sem eru með verulega skerta vitræna getu að fylgjast með framvindu sögu eða sjónvarpsefnis. Hins vegar hefur verið bent á gagnsemi þess að ættingjar lesi fyrir þá sem eru með heilabilun og hafa sérstakar bækur verið skrifaðar til að lesa fyrir fólk með heilabilun (Lucero, 2004). Rannsóknir hafa einnig sýnt að upplestur og umræður um efnið geta bætt minni og dregið úr neikvæðum áhrifum heilabilunar um leið og það að njóta nærveru hvors annars í uppbyggilegu umhverfi getur veitt þátttakendum vellíðan (Billington o.fl., 2013). Eins og í þessari íslensku rannsókn kom fram í sænskri rannsókn að algengt var að sjónvarpsáhorf væri leið til að auka virkni íbúa. Þar kom fram að algengasta meðferð til að auka virkni á 172 hjúkrunarheimilum (2013–2014; N=4831) var að tala við vini eða ættingja (85%), taka á móti gestum (84%), spjalla við starfsmenn (82%), horfa á sjónvarp (82%) og hlusta á tónlist (80%) (Björk o.fl., 2017).

Niðurstöðurnar sýna að algengasta viðbótarmeðferðin er að veita hitabakstra. Sú meðferð er yfirleitt veitt til að draga úr vöðvaverkjum og bæta líðan. Þótt algengara sé að veita þessa meðferð í sjúkrahjálfun er einnig algengt að hún sé veitt af hjúkrunarfólki, en rannsóknir hafa sýnt að 22% af hjúkrunarfræðingum nota bakstra til að meðhöndla verki (Stewart og Cox-Davenport, 2015). Verkir eru algengt vandamál á hjúkrunarheimilum en þeir þjaka um 40–60% íbúanna (Takai o.fl., 2010) og því ekki óeðlilegt að meðferð með hitabökstrum sé algeng. Þótt notkun bakstra sé venjulega ekki talin til viðbótarmeðferðar nota hjúkrunarheimilin þetta til viðbótar til að bæta líðan íbúa.

Íbúar á hjúkrunarheimilum glíma við margs konar heilsu- og færnivandamál, svo sem skerta vitræna getu (39–71%), þunglyndi (16–31%) og þörf fyrir aðstoð við athafnir daglegs lífs (32–58%) (Hjaltadóttir, Hallberg, Ekwall og Nyberg, 2012). Hreyfing er því mikilvægur þáttur í meðferð íbúanna en leikfimi var í boði á 98% hjúkrunarheimila í þessari rannsókn. Í

nýlegri fræðilegri samantekt og safngreiningu, þar sem skoðuð voru áhrif hreyfingar á íbúa hjúkrunarheimila, kom í ljós að hreyfing getur verið góð fyrir íbúa með heilabilun, dragi úr hegðunarförum og hefði jákvæð áhrif á skaplyndi, hreyfigetu og virkni (Brett o.fl., 2016).

Skipulag og framkvæmd meðferðar til að auka virkni og viðbótarmeðferð

Ýmsar stéttir taka þátt í því að skipuleggja og framkvæma meðferð til að auka virkni og viðbótarmeðferð. Algengustu stéttirnar í þessari rannsókn eru hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar en þær eru jafnframt ábyrgar fyrir umönnun íbúanna allan sólarhringinn. Önnur íslensk rannsókn varpar einmitt ljósi á yfirgripsmikið starf hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum og að þeir hafi alla þræði starfseminnar í hendi sér (Jónbjörg Sigurjónsdóttir o.fl., 2013). Ætla má að hlutverk hjúkrunarfræðinga sé einnig mikilvægt í skipulagningu og framkvæmd meðferðar til að auka virkni í öðrum löndum þó að erlendis starfi á hjúkrunarheimilum stéttir sem sérstaklega hafa menntað sig til að sjá um ýmis meðferðarform til að efla virkni á hjúkrunarheimilum (e. Recreational Activity Officers, recreation therapists) (Munyisia og Hailey, 2011). Fram kom að hjúkrunarstjórnendum fannst afar mikilvægt að efla virkni, en bent hefur verið á að jákvæð viðhorf hjúkrunardeildarstjóra til slíkrar meðferðar séu afar mikilvæg og á því hvíli hvernig framboðið er og hvort hún sé framkvæmd (Green og Cooper, 2000). Nefnt hefur verið að of lítil mönnun geti verið hindrun við framkvæmd meðferðar til að auka virkni því að líkamleg umönnun sé alltaf í forgangi og ef starfsmenn komast ekki yfir verk sín sé slík meðferð og afþreying afgangsstærð sem sé sleppt (Harmer og Orrel, 2008). Í því tilliti mætti ætla að það að hafa sérstaka starfsmenn sem sjá um meðferð til að auka virkni geti stuðlað að því að framboðið sé stöðugt.

Þörf hjúkrunarheimilis fyrir stuðning til að efla meðferð til að auka virkni og viðbótar meðferð

Fram kom að hjúkrunarstjórnendum fannst að sérstaklega þyrfti að efla meðferð til að auka virkni fyrir einstaklinga með heilabilun. Það að meirihluti íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum er með heilabilun og að sýnt hefur verið fram á að allt að 40% íbúa sýni hegðunartruflanir (Hjaltadóttir, Ekwall, Nyberg og Hallberg, 2012) styður einnig þessa ályktun þeirra. Enn fremur hefur verið bent á að meðferð til að efla virkni sé hægt að nota til að fyrirbyggja hegðunartruflanir eða sem meðferð við slíkri hegðun (Scherder o.fl., 2010).

Niðurstöðurnar sýna að stjórnendur hjúkrunarheimila vilja gjarnan fá aðstoð við að bæta við fleiri formum viðbótar meðferðar því viðbótar meðferð sé ekki bara góð fyrir íbúana heldur einnig fyrir þá sem veita hana. Nýlega var rannsökuð reynsla hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á hjúkrunarheimilum í Norge af því að beita ýmiss konar viðbótar meðferð, eins og með ilmolíum, nuddi, tónlist og dýrum (Johannessen og Garvik, 2016). Niðurstöðurnar gáfu til kynna að starfsfólki fannst slík meðferð hafa jákvæð áhrif á hegðun íbúa, sérstaklega að heim-sóknir dýra og notkun ilmolía hefði áhrif á kvíða og þunglyndi. Einnig kom í ljós að þeim fannst gefandi og spennandi að fá að nýta þessa meðferð í starfi. Nýleg könnun sýnir að mann-ekla í heilbrigðisþjónustu er eitt aðalvandamála íslensks heilbrigðiskerfis (McKinsey og samstarfsmenn, 2016) og að hæfileg mönnun á hjúkrunarheimilum hafi áhrif á gæði umönnunar (Spilsbury o.fl., 2011). Það að efla ofangreinda meðferð gæti því verið liður í því að auka starfsánægju en til þess að starfsfólk haldist í vinnu er mikilvægt að það sé ánægt og því líði vel. Í athugasemdum kom einmitt fram að það að veita viðbótar meðferð virtist hafa jákvæð áhrif á starfsfólkið og má ætla að það geti því aukið starfsánægju og bætt vinnuanda. Rannsóknir hafa einmitt sýnt að gott umhverfi og andrúmsloft eru mikilvægir þættir til að bæta vellíðan hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða (Tuveson o.fl., 2011).

Takmarkanir rannsóknarinnar

Notkun spurningalista getur haft veikleika þegar verið er að afla upplýsinga um starfsemi hjúkrunarheimila og er hér einungis fjallað um þann hluta rannsóknarinnar. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa því einungis takmarkaða mynd af viðfangsefninu en frekari upplýsingaöflun með eiginlegri aðferð er ráðgerð. Þar sem nothæfur spurningalisti fannst ekki við fræðilega leit settu höfundar sjálfir saman spurningarnar, en þeir hafa mikla reynslu bæði af því að starfa með öldruðum og við að beita margs konar viðbótar meðferð. Listarnir náðu e.t.v. ekki utan um allar gerðir meðferða, sem veittar voru á hjúkrunarheimilum, en þess vegna var svarendum boðið upp á að bæta við texta.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá Rannsóknarsjóður Háskóla Íslands og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir að styrkja þessa rannsókn.

Heimildir

- Adams, K. B., Libbrand, S., og Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activities and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683–712. doi: 10.1017/S0144686X10001091
- Agahi, N., og Parker, M.G. (2008). Leisure activities and mortality: Does gender matter? *Journal of Aging and Health*, 20(7), 855–871. doi: 10.1177/0898264308324631
- Andel, R., Hyer, K., og Slack, A. (2007). Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health*, 19(2), 213–228. doi: 10.1177/0898264307299359
- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., og Kinderman, P. (2013). A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspect Public Health* 133(3), 165–173. doi: 10.1177/1757913912470052
- Björk, S., Lindkvist, M., Wimo, A., Juthberg, C., Bergland, Å., og Edvardsson, D. (2017). Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1884–1895. doi: 10.1111/jan.13275
- Brett, L., Traynor, V., og Stapley, P. (2016). Effects of physical exercise on health and well-being of individuals living with a dementia in nursing homes: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 104–116. doi: 10.1016/j.jamda.2015.08.016
- Cooke, M. L., Moyle, W., Shum, D. H., Harrison, S. D., og Murfield, J. E. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia. *Ageing and Mental Health*, 14(8), 905–916. doi: 10.1080/13607861003713190
- Dagmar Huld Matthíasdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir og Rúnar Vilhjálmsson (2009). Dægrastytting á íslenskum hjúkrunarheimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 30–36.
- Demers, L., Robichaud, L., Gelinas, I., Noreau, L., og Desrosiers, J. (2009). Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*, 55(2), 233–239. doi: 10.1159/000181170
- Dobbs, D., Munn, J., Zimmerman, S., Boustani, M., Williams, C. S., Sloane, P. D., og Reed, P. S. (2005). Characteristics associated with lower activity involvement in long-term care residents with dementia. *Gerontologist*, 45 Spec No 1(1), 81–86. doi: 10.1080/01612840802182839
- Green, S., og Cooper, B. A. (2000). Occupation as a quality of life constituent: A nursing home perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 17–24. doi: 10.1177/030802260006300104
- Halldóra Pálsdóttir og Sigríður Jónsdóttir (2011). *Virkni íbúa hjúkrunarheimila*. [Skýrsla.] Velferðarráðuneytið, Reykjavík.
- Harmer, B. J., og Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Ageing and Mental Health*, 12(5), 548–558. doi: 10.1080/13607860802343019
- Hjaltadóttir, I., Ekwall, A. K., Nyberg, P., og Hallberg, I. R. (2012). Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1342–1353. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.004
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., og Nyberg, P. (2012). Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 177–187. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00287.x
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., og Nyberg, P. (2011). Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, 11, 86. doi: 10.1186/1472-6963-11-86

- Johannessen, B. (2013). Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 209–213. doi: 10.1016/j.ctcp.2013.01.003
- Johannessen, B., og Garvik, G. (2016). Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: A focus group study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23, 136–140. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.04.003
- Jónbjörg Sigurjónsdóttir, Helga Jónsdóttir, Birna G. Flygenring og Helga Bragadóttir (2013). Viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum: Að hafa alla þæði í hendi sér. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(1), 50–56.
- Lucero, M. (2004). Enhancing the visits of loved ones of people in late stage dementia. *Alzheimer's Care Today*, 5(2), 173–177.
- Luppa, M., Luck, T., Matschinger, H., König, H. H., og Riedel-Heller, S. G. (2010). Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission: Results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Services Research*, 10, 186. doi: 10.1186/1472-6963-10-186
- McKinsey og samstarfsmenn. (2016). *Unlocking the full potential of Landspítali University Hospital: Iceland health care at a crossroads*. <https://www.velferdarraduneyti.is/media/skyrslur2016/Unlocking-the-full-potential-of-Landspitalib.pdf>
- Munyisia, E. N., Yu, P., og Hailey, D. (2011). How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: An observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1908–1917. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05633.x
- NCCIH, National Center for Complementary and Integrative Health. (2019). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name?* Sótt á <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., og Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 17(6), 667–678. doi: 10.1080/13607863.2013.790926
- Rose, M. K. (2010). *Comfort Touch: Massage for the Elderly and the Ill*. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott, Williams and Wilkins.
- Scherder, E. J., Boger, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., og Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1203–1208. doi: 10.1017/S1041610210001493
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., og Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732–750. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014
- Stewart, M., og Cox-Davenport, R. A. (2015). Comparative analysis of registered nurses' and nursing students' attitudes and use of nonpharmacologic methods of pain management. *Pain Management Nursing*, 16(4), 499–502. doi: 10.1016/j.pmn.2014.09.010
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Okamoto, Y., Koyama, K., og Honda, A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11(4), 209–223. doi: 10.1016/j.pmn.2010.08.006
- Turesson, H., Wann-Hansson, C., og Eklund, M. (2011). The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nursing*, 10(12). doi: 10.1186/1472-6955-10-12
- Werner, J., Wosch, T., og Gold, C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: Pragmatic trial. *Aging & Mental Health*, 21(2), 147–155. doi: 10.1080/13607863.2015.1093599
- Wood, L., Martin, K., Christian, H., Nathan, A., Lauritsen, C., Houghton, S., o.fl. (2015). The pet factor: Companion animals as a conduit for getting to know people, friendship formation and social support. *PLoS One*, 10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0122085
- Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Guðrún Elka Róbertsdóttir og Salóme H. Gunnarsdóttir. (2016). Notkun viðbótarmeðferðar í hjúkrun á Landspítala. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(2), 1–9.

English Summary

Hjaltadóttir, I., Vilhjálmsson, R., Gunnarsdóttir, T. J.

Recreational activities and complementary therapies in Icelandic nursing homes

Aim: Physical and mental disabilities are widespread among residents in Icelandic nursing homes, and also depression and behavioral symptoms. Research has indicated that over half of nursing home residents spend little or no time in recreational activities and that nursing home managers acknowledge the importance of stimulating the activity level of residents although there is lack of sufficient knowledge. Research has indicated that recreational activities and complementary therapies can decrease distress and increase quality of life among residents. However, information about what recreational activities and complementary therapies are offered in Icelandic nursing homes are not available. The aim of this study was to investigate what kind of recreational activities and complementary therapies are provided in Icelandic nursing homes and who organizes and provides them, also whether support in promoting the use of such therapies is needed.

Method: Two questionnaires, one about recreational activities and the other about complementary therapies, were developed and mailed to all nursing homes in Iceland (N=59). Fifty-two nursing homes replied about recreational activities (88%) and 45 about complementary therapies (76%).

Results: The findings show that all nursing homes offer recreational activities (n=52; 100%) and 43 nursing homes (96%) offer complementary therapy. Although different professions organize and provide the activities and therapy, registered nurses and licensed practical nurses are the main providers. The most common recreational activities are reading, watching films and listening to music. The most common complementary therapies are heat packs, physical exercise and massage. Managers in most nursing homes would like to have more support in providing these activities and therapies such as by improving staff knowledge or more cooperation with other nursing homes.

Conclusion: The use of recreational activities and complementary therapies is an important part of services provided in Icelandic nursing homes. However, more support is needed for further promotion of activities and therapies.

Keywords: recreation, complementary therapies, aged, nursing homes

Correspondent: ingihj@hi.is

Heilbrigði unglunga í framhaldsskólum: Forprófun á klínísku skimunartækinu HEILUNG

Útdráttur

Tilgangur: Unglingsárin eru tími mikilla breytinga og áhættuhegðun algeng. Tilgangur þessarar rannsóknar var að forprófa nýtt klínískt skimunartæki sem nefnist HEILUNG og ætlað er að meta heilbrigði unglunga í framhaldsskólum, bæði verndandi þætti og áhættuþætti/áhættuhegðun og að skoða hagnýtt gildi þess.

Aðferð: Gerð var forprófun á HEILUNG og tekin þrjú viðtöl við skólahjúkrunarfræðing um notkun tækisins. Skólahjúkrunarfræðingur í einum framhaldsskóla í Reykjavík safnaði gögnum. Stuðst var við tilgangsrúttak og voru þátttakendur þeir nemendur sem leituðu til skólahjúkrunarfræðings til heilsuefingar vorið 2016. Gerð var þáttagreining, fylgniútreikningar og tilgátuprófanir. Viðtöl við skólahjúkrunarfræðinginn voru skráð og greind eftir fyrirframákveðnum efnisþáttum.

Niðurstöður: Þátttakendur voru 68 nemendur á aldrinum 15–20 ára; meðalaldur 17,9 ár, 76% voru stúlkur og 24% piltar. Þáttagreining leiddi í ljós tvo þætti: sjálfsmýnd og sjálfstrú, en ekki reyndist unnt að þáttgreina áhættuþætti/áhættuhegðun. Innra samræmi þáttagreiningarinnar reyndist vera yfir $\alpha=0,8$ fyrir báða þættina. Fylgni var á milli þáttanna sjálfsmýndar og sjálfstrúar en ekki á milli verndandi þátta og áhættuþátta/áhættuhegðunar. Niðurstöður renna stöðum undir hugsmíðaréttmæti verndandi þátta. Viðtöl við skólahjúkrunarfræðing gáfu til kynna að skimunartækið væri auðvelt í notkun og að það gæfi heildrænni mynd af heilbrigði unglingsins en hefðbundin viðtöl.

Ályktanir: Forprófunin gefur góðar vísbendingar um áreiðanleika og hugsmíðaréttmæti skimunartækisins hvað varðar verndandi þætti en þörf er á því að prófa það áfram og leggja fyrir stærra úrtak til að skoða betur áhættuþætti og áhættuhegðun. Skimunartækið er auðvelt í notkun og gefur heildræna mynd af heilbrigði unglingsins.

Lýkilorð: Unglingar, heilsa unglunga, verndandi þættir, áhættuþættir, áhættuhegðun, skimunartæki.

Inngangur

Unglingsárin eru tími mikilla breytinga á líkamlegum, félagslegum og sálrænum þroska (Salerno o.fl., 2012). Þar tekst unglingurinn á við ný viðfangsefni, prófar nýja hluti og eykur þekkingu sína á heiminum (Leather, 2009). Við það getur lífsstíll og heilsutengd hegðun hans breyst, þar með talin áhættuhegðun (Brassai o.fl., 2011). Þegar unglingar útskrifast úr grunnskóla og hefja nám í framhaldsskóla verða ákveðin þáttaskil. Námið verður meira krefjandi og áhættuhegðun eykst en sýnt hefur verið fram á að áfengisneysla eykst mjög meðal fyrsta árs nema í framhaldsskólum á Íslandi (Rannsóknir og greining, 2014). Þessar fjölbreyttu og hröðu breytingar geta aukið varnarleysi unglunga (Deković, 1999) og því er mikilvægt að skólahjúkrunarfræðingar skimi eftir þáttum sem skipta heilbrigði þeirra máli.

Til að efla heilbrigði unglunga þarf að efla verndandi þætti í lífi þeirra og sporna gegn áhættuþáttum sem geta ýtt undir áhættuhegðun og stuðla þannig að seiglu. Seigla (e. resilience) á við um það ferli þar sem einstaklingur vinnur sig á jákvæðan hátt í gegnum neikvæð áhrif áhættuþátta (Ahern, 2006; Fergus og Zimmerman, 2005) og sameinar hugtakið því verndandi þætti (e. protective factors) og áhættuþætti (e. risk factors) í lífi unglunga. Líkan Rew og Horner (2003) um seiglu ungmenna, Youth Resilience Framework, leggur áherslu á hvernig verndandi þættir og áhættuþættir, hjá ungmennunum sjálfum og í samfélaginu, hafa áhrif á þroska þeirra. Dæmi um verndandi þætti eru sterk sjálfsmýnd (e. self-concept), mikil sjálfstrú (e. self-efficacy), gott gengi í skóla og andlegt og líkamlegt heilbrigði (Sigrún Aðalbjarnardóttir, 2016). Áhættuþættir eru meðal annars lélegt gengi í skóla, andleg vanlíðan og veik sjálfsmýnd (Sigrún Aðalbjarnardóttir, 2016).

Sjálfsmýnd og sjálfstrú eru hugtök sem iðulega er horft á saman en há fylgni á milli þeirra bendir til þess að hugtökin séu angar af sömu hugsmíðinni (e. construct) (Judge o.fl., 2003).

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: HEILUNG mælir bæði verndandi þætti og áhættuþætti/áhættuhegðun.

Hagnýting: HEILUNG er áreiðanlegt og réttmætt varðandi verndandi þætti.

Þekking: HEILUNG gefur heildrænar upplýsingar.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: HEILUNG er auðvelt í notkun.

Því er mikilvægt að horft sé til þeirra beggja þegar verið er að skoða verndandi þætti ásamt gengi í skóla og andlegri og líkamlegri líðan. Sjálfsvirðing (e. self-esteem) einstaklings, sem er sá þáttur sjálfsmýndar sem oftast er mældur, er með jákvæða fylgni við jákvæðar hugmyndir hans um líkama sinn (Martín-Albo o.fl., 2007). Auk þess eru unglingar með sterka sjálfsmýnd líklegri en aðrir til að telja líkamlega og andlega heilsu sína góða (Vigdís Hrönn Viggósdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir, 2016). Þá er einnig jákvæð fylgni á milli sjálfsmýndar og almennrar heilsu (Moksnes o.fl., 2016) og góðs gengis í skóla (Dudovitz o.fl., 2017). Sjálfstrú er mikilvægur þáttur í því hvernig einstaklingur tekst á við lífið en þeir sem eru með mikla sjálfstrú eiga auðveldara með að takast á við erfið verkefni á farsælan hátt (Bandura, 1993). Rannsóknir benda til þess að einstaklingum með mikla sjálfstrú gangi betur í skóla og séu ólíklegri til að stunda áhættu hegðun en þeir sem hafa litla sjálfstrú (Chapman o.fl., 2011; McGeown o.fl., 2014; Prince-Embury, 2015) og að gott gengi í skóla sé verndandi þáttur gegn andlegri vanlíðan líkt og þunglyndi (Langille o.fl., 2012; Oberle o.fl., 2011). Þá getur gott gengi í skóla einnig aukið sjálfstrú einstaklingsins (Butz og Usher, 2015; Deković, 1999).

Undir hugsmíðina áhættuþættir falla oft þættir sem eru andstæða þeirra sem falla undir verndandi þætti. Þannig getur veik sjálfsmýnd og lítil sjálfstrú haft gagnstæð áhrif við sterka sjálfsmýnd og mikla sjálfstrú. Fram hefur komið í rannsóknum að veik sjálfsmýnd tengist verri andlegri líðan (Carbonell o.fl., 2002; Deković, 1999; Moksnes o.fl., 2016) og að þeir sem eru með litla sjálfstrú eru líklegri til að vera þunglyndir og finna frekar fyrir kvíða en þeir sem eru með mikla sjálfstrú (Bandura, 1993). Þá má einnig sjá að unglingum sem gengur verr í skóla eru líklegri til að stunda áhættu hegðun eins og áfengisdrykkju heldur en þeim sem gengur vel (Donath o.fl., 2012) en andleg vanlíðan tengist einnig aukinni áfengisdrykkju (Cairns o.fl., 2014).

Klínísk skimunartækið HEILUNG var þróað til þess að greina og meta verndandi þætti en jafnframt áhættuþætti/áhættu hegðun í lífi unglinga með það að markmiði að stuðla að heilbrigði þeirra (Sóley S. Bender, 2019). Klínísk skimunartæki eru að jafnaði hugsuð til að safna miklum upplýsingum á stuttum tíma og þau geta nýst vel í starfi skólahjúkrunarfræðinga (Brynja Örlygsdóttir o.fl., 2016). Rannsóknir benda til þess að heilbrigðisstarfsmenn veigri sér við að ræða um erfið mál, líkt og áhættu hegðun og líðan unglinga (Salerno, 2008), og því er mikilvægt að þeir hafi tæki sem auðveldar það ferli. Jafnframt er mikilvægt að skólahjúkrunarfræðingar öðlist heildræna sýn á heilbrigði unglinga.

Megintilgangur þessarar rannsóknar var að forprófa klínísk skimunartækið HEILUNG með tilliti til áreiðanleika og réttmætis en einnig til að skoða hagnýtingu þess. Lagðar voru til grundvallar tvær rannsóknarspurningar: Er klínísk skimunartækið HEILUNG áreiðanlegt og réttmætt? Hvernig nýtist klínísk skimunartækið HEILUNG við mat á heilbrigði unglinga?

Aðferð

Rannsóknin fól í sér forprófun (e. pilot test) til að meta áreiðanleika og réttmæti klíníska skimunartækisins HEILUNG. Auk þess voru hálfstöðluð viðtöl við skólahjúkrunarfræðing tekin til þess að meta hagnýtt gildi skimunartækisins.

Þátttakendur

Stuðst var við tilgangsrúttak (e. purposive sample). Í þessari rannsókn voru þátttakendur valdir út frá því að þeir voru nemendur í framhaldsskóla og leituðu til skólahjúkrunarfræðings til heilsuefningar. Fyrirhugað var að fá um 80 þátttakendur.

Skimunartækið HEILUNG

Fjallað er um þróun skimunartækisins HEILUNG í grein Sóleyjar S. Bender (2019) og er vísað í þá grein til frekari upplýsingar. HEILUNG er ætlað að skima eftir verndandi þáttum og áhættuþáttum/áhættu hegðun. Alls voru 34 spurningar í skimunartækinu sem komu inn á margvíslega þætti er varða heilbrigði unglinga: líkamlega, andlega, félagslega, kynheilbrigðislega og lífsstílslega þætti. Til að kanna bakgrunn nemenda voru þeir spurðir um aldur (hlutfallsskvarði) og kyn (tví-kosta flokkunarskvarði). Spurt var um gengi í skóla (fimm punkta Likert-kvarði). Einnig voru nemendur spurðir hvernig þeir teldu andlega og líkamlega heilsu sína vera (fjögurra punkta Likert-kvarði). Sjö atriði mældu verndandi þætti (fimm punkta Likert-kvarði) og 22 atriði mældu áhættuþætti/áhættu hegðun (tví-kosta flokkunarskvarði). Fyrir verndandi þætti var lægst hægt að fá 7 stig og hæst 35; fleiri stig bentu til fleiri verndandi þátta. Fyrir áhættuþætti/áhættu hegðun var hægt að fá 0 til 22 stig þar sem fleiri stig gáfu til kynna meiri áhættu. Skimunartækið HEILUNG var alls tvær blaðsíður og sett upp á þann hátt að auðvelt væri fyrir skólahjúkrunarfræðing að lesa úr því.

Framkvæmd

Vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands gaf leyfi fyrir rannsókninni og var hún tilkynnt til Persónuverndar nr. S7560/2015. Leyfi voru einnig fengin hjá rektor viðkomandi framhaldsskóla, yfirhjúkrunarfræðingi á heilsugæslu Miðbæjar, skólahjúkrunarfræðingi, nemendum 18 ára og eldri og forráðamönnum nemenda yngri en 18 ára. Sett var það skilyrði að skólahjúkrunarfræðingur væri í að minnsta kosti 50% stöðu til þess að rannsókn gæti farið fram í viðkomandi skóla. Aðeins einn skóli uppfyllti það skilyrði. Vorið 2016 voru um 850 nemendur á fjórum skólaárum í þeim framhaldsskóla.

Áður en skimunartækið HEILUNG var lagt fyrir nemanda fékk hann upplýsingablað um rannsóknina og hún útskýrð fyrir honum. Ef nemandi var 18 ára eða eldri var óskað eftir undirrituðu samþykki hans fyrir þátttöku í rannsókninni. Ef hann var yngri en 18 ára gat hann ákveðið hvort hann svaraði skimunartækinu en gagnagreining var háð samþykki forráðamanns. Haft var samband við 29 forráðamenn; 15 samþykktu þátttöku í gegnum tölvupóst en hringt var í hina 14 til þess að

afla samþykkis. Allir forráðamenn nemenda undir 18 ára aldri gáfu samþykki sitt fyrir þátttöku nemandans í rannsókninni. Gagnasöfnun fór fram á tímabilinu janúar til apríl árið 2016. Skólahjúkrunarfræðingur lagði skimunartækið fyrir nemanda, ýmist áður en hans hefðbundna viðtal fór fram eða eftir það. Áætlað var að fyrirlögn skimunartækis tæki í mesta lagi fimm mínútur og að skólahjúkrunarfræðingur færi yfir svör með nemenda ef svör hans gáfu tilefni til. Á meðan á gagnasöfnun stóð voru tekin þrjú hálfstöðluð viðtöl við skólahjúkrunarfræðinginn um fyrra vinnulag, fyrirlögn skimunartækisins HEILUNG, skýrleika þess og úrvinnslu þess og hagnýtingu.

Gagnagreining

Gagnagreining byggðist á fyrirlögn skimunartækisins HEILUNG og þremur hálfstöðluðum viðtölum við skólahjúkrunarfræðing. Gögn úr forprófun á HEILUNG voru skráð í SPSS (23. útgáfu).

Til þess að svara fyrri rannsóknarspurningunni um áreiðanleika og réttmæti skimunartækisins HEILUNG var stuðst við þáttagreiningu, fylgniútreikninga og t-próf. Gerð var meginþáttagreining (e. PCA, principal component analysis) á spurningum um verndandi þætti til þess að sjá hvaða spurningar skimunartækisins HEILUNG ættu saman. Ekki var unnt að gera meginþáttagreiningu á áhættuþáttum/áhættuhegðun. Miðað var við eigingildið einn til að ákveða fjölda þátta, ásamt því að nota skriðupróf. Innra samræmi (e. internal consistency) þáttanna var metið með alfastuðli (Cronbach’s alpha) til þess að meta hversu vel spurningarnar fara saman sem mynda hvern þátt. Eftir þáttagreiningu voru búnar til breytur sjálfsmynd og sjálfstrú úr þeim spurningum sem hæst hlóðu saman á þætti. Fyrst var fylgni á milli atriða innan sjálfsmyndar- og sjálfstrúarþátta skoðuð með Spearman-fylgni-stuðli (Spearman’s rho). Síðan var skoðuð fylgni á milli atriða sem mældu sjálfsmyndarþátt, sjálfstrúarþátt, gengi í skóla og andlega og líkamlega heilsu. Næst var skoðuð fylgni út frá

áhættuþáttum/ áhættuhegðun. Spurningar um áhættuþætti og áhættuhegðun, sem voru allar tvígildar (kóðaðar 0/1), voru lagðar saman til að búa til áhættukvarða, hærra gildi gaf til kynna meiri áhættu. Skoðuð var Pearson-fylgni á milli þessa áhættukvarða, sjálfsmyndarþátta, sjálfstrúarþátta, gengis í skóla, andlegrar og líkamlegrar heilsu. Einnig var óháð t-próf notað til að greina mun á meðaltölum annars vegar á áhættukvarðanum og hins vegar þáttunum sjálfsmynd og sjálfstrú, með breytunum gengi í skóla, andlegri og líkamlegri heilsu. Til þess að svara seinni rannsóknarspurningunni um hagnýtingu skimunartækisins HEILUNG var byggt á viðtölum við skólahjúkrunarfræðing. Viðtölin voru tekin upp og skráð frá orði til orðs og greind út frá fjórum fyrirframákveðnum efnisþáttum.

Niðurstöður

Þátttakendur voru alls 68 nemendur sem var 8% af heildarfjölda nemenda við skólann á þeim tíma sem gagnasöfnun fór fram. Meirihluti voru stúlkur eða 76% þátttakenda (n=52) en piltar voru 24% (n=16). Yngsti þátttakandinn var 15 ára og sá elsti tvítugur en meðalaldur var 17,9 ár. Tæplega helmingi þátttakenda gekk mjög vel eða vel í skóla að eigin mati eða um 42% (n=29) en um 13% (n=9) þátttakenda töldu sér ganga fremur illa í skóla. Fleiri töldu sig vera við góða líkamlega heilsu (n=39; 57%) heldur en andlega (n=33; 48%). Einnig töldu fleiri sig vera við sæmilega eða lélega andlega heilsu (n=22; 32%) heldur en líkamlega heilsu (n=12; 17%).

Verndandi þættir

Gerð var þáttagreining (PCA) á þeim sjö atriðum sem mældu verndandi þætti. Hún sýndi að KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) var 0,82 sem gefur til kynna að úrtakið hafi verið nægjanlega stórt til að gefa sannverðugar niðurstöður. Þáttagreiningin

Tafla 1. Niðurstöður þáttagreiningar á verndandi þáttum

Fullyrðingar	Þáttahleðsla	
	Sjálfsmynd Þáttur 1	Sjálfstrú Þáttur 2
Ég er ánægð/ur með sjálfa/n mig	0,83	0,36
Ég er ánægð/ur með líkama minn	0,81	0,07
Mér finnst ég hafa marga góða kosti	0,79	0,38
Ég stend með sjálfum mér	0,71	0,31
Ég á gott með að ráða við hlutina	0,22	0,89
Ég á auðvelt með að sjá margar lausnir þegar ég stend frammi fyrir vandamáli/um	0,21	0,85
Ég get leyst erfið vandamál á farsælan hátt	0,38	0,72
Eigingildi (eigenvalues)	4,099	1,032
% af heildardreifingu	58,55	14,75

Þáttahleðsla yfir 0,40 er feitletuð

sýndi tvo þætti sem voru með eigingildi yfir einum og saman skýrðu þeir um 73% af heildardreifingu breytanna. Fyrri þátturinn (sjálfsmýndarþáttur) skýrði tæplega 59% af dreifingu og sá seinni (sjálfstrúarþáttur) tæp 15% (tafla 1). Í töflu 1 má sjá þáttahleðslur allra atriða, en breytur hlóðu á þann hátt sem vænst var að undanskildu einu atriði. Breytan að standa með sjálfum sér hlóð á sjálfsmýndarþáttinn en ekki sjálfstrúarþáttinn eins og upphaflega var gert ráð fyrir. Innra samræmi þáttanna sem mælt var með alfastuðli var gott, $\alpha=0,849$ fyrir sjálfsmýndarþáttinn og $\alpha=0,827$ fyrir sjálfstrúarþáttinn.

Til að skoða hugsmíðaréttmæti (e. construct validity) skimunartækisins var gerð atriðagreining á sjálfstrúarþættinum og sjálfsmýndarþættinum. Atriðagreining leiddi í ljós að öll atriði sjálfsmýndarþáttarinn höfðu jákvæða marktæka fylgni á bilinu 0,37–0,69 á milli sín (tafla 2). Mest var fylgnin á milli ánægju með sjálfa/n sig (sp. 1) og að hafa marga góða kosti (sp. 3). Meðal atriða innan sjálfstrúarþáttarinn var jákvæð marktæk fylgni á bilinu 0,48–0,59 milli allra spurninga. Mest fylgni var á milli þess að eiga gott með að leysa erfið vandamál (sp. 7) og að eiga gott með að ráða við hlutina (sp. 5).

Fylgni milli sjálfsmýndarþáttar og sjálfstrúarþáttar, mats á gengi í skóla, andlegrar heilsu og líkamlegrar heilsu var einnig skoðuð (tafla 3). Nokkuð mikil jákvæð marktæk fylgni var á milli sjálfsmýndarþáttar og sjálfstrúarþáttar ($r=0,590$, $p<0,01$). Jákvæð fylgni reyndist á milli sjálfsmýndarþáttar og gengis í skóla, andlegrar og líkamlegrar heilsu. Sjálfstrúarþátturinn var með jákvæða marktæka fylgni við gengi í skóla og andlega heilsu en ekki við líkamlega heilsu.

Hugsmíðaréttmæti var einnig metið með t-prófum (tafla 4). Marktækur ($p<0,01$) munur var á meðaltölum úr sjálfstrúarþættinum þar sem þeir sem töldu sér ganga mjög vel eða vel í skóla voru með hærri meðaltal ($M=3,99$, $SD=0,59$) en þeir sem töldu gengi sitt verra ($M=3,40$, $SD=0,82$). Þeir sem álitu andlega heilsu sína mjög góða eða góða voru með marktækt ($p<0,01$) hærri meðaltal á sjálfsmýndarþættinum ($M=4,11$, $SD=0,66$) en þeir sem töldu hana verri ($M=3,60$, $SD=0,77$). Það sama mátti sjá þegar sjálfstrúarþátturinn var skoðaður en þeir sem töldu andlega heilsu sína mjög góða eða góða voru með marktækt ($p<0,05$) hærri meðaltal á sjálfstrúarþættinum ($M=3,90$, $SD=0,59$) en þeir sem töldu hana verri

Tafla 2. Fylgni á milli atriða sem mynda sjálfsmýndar- og sjálfstrúarþátt

	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.4	Sp.5	Sp.6	Sp.7
Atriði sem mynda sjálfsmýndarþátt							
Ég er ánægð/ur með sjálfa/n mig (sp.1)	1,00						
Ég er ánægð/ur með líkama minn (sp.2)	0,62**	1,00					
Mér finnst ég hafa marga góða kosti (sp.3)	0,69**	0,49**	1,00				
Ég stend með sjálfum mér (sp.4)	0,57**	0,37**	0,59**	1,00			
Atriði sem mynda sjálfstrúarþátt							
Ég á gott með að ráða við hlutina (sp.5)	0,43**	0,21	0,35**	0,35**	1,00		
Ég á auðvelt með að sjá margar lausnir þegar ég stend frammi fyrir vandamáli/um (sp.6)	0,44**	0,27*	0,39**	0,36**	0,54**	1,00	
Ég get leyst erfið vandamál á farsælan hátt (sp.7)	0,44**	0,34**	0,46**	0,30*	0,59**	0,48**	1,00

* Marktækni við $p<0,05$

** Marktækni við $p<0,01$

Tafla 3. Fylgni á milli sjálfsmýndar, sjálfstrúar, mats á gengi í skóla, andlegrar og líkamlegrar heilsu

	Sjálfsmýnd	Sjálfstrú	Gengi í skóla	Mat á andlegri heilsu	Mat á líkamlegri heilsu
Sjálfsmýnd	1,00				
Sjálfstrú	0,59**	1,00			
Gengi í skóla	0,28*	0,37**	1,00		
Mat á andlegri heilsu	0,40**	0,42**	0,29*	1,00	
Mat á líkamlegri heilsu	0,28*	0,14	0,10	0,22	1,00

* Marktækni við $p<0,05$

** Marktækni við $p<0,01$

($M=3,39$, $SD=0,94$). Ekki var munur á meðaltölum þeirra sem sögðu líkamlega heilsu sína mjög góða eða góða og þeirra sem töldu hana verri fyrir sjálfsmyndarþáttinn og sjálfstrúarþáttinn en niðurstöður gáfu vísbendingar um að þeir sem álitu líkamlega heilsu sína mjög góða eða góða fengu fleiri stig fyrir þá þætti.

Áhættuþættir eða áhættuhegðun

Þegar breytur sem mældu áhættuþætti og áhættuhegðun voru skoðaðar kom í ljós að dreifing svara var ekki nægjanleg og því ekki unnt að þáttgreina þær. Áhættuþættir og áhættuhegðun var því skoðuð nánar með fylgniþrófum og óháðum t-prófum. Fylgniþróf á milli áhættukvarða, sjálfsmyndarþáttar, sjálfstrúarþáttar, gengis í skóla, andlegrar heilsu og líkamlegrar heilsu sýndu neikvæða ($p<0,05$) fylgni á milli áhættukvarðans og andlegrar ($r=-0,306$) og líkamlegrar heilsu ($r=-0,305$). Fylgni á milli áhættukvarðans og sjálfsmyndarþáttar, sjálfstrúarþáttar og gengis í skóla var ekki marktæk. Niðurstöður t-prófa (tafla 5) sýndu að þeir sem álitu gengi sitt í skóla verra en hinir ($M=5,25$, $SD=2,11$) fengu fleiri stig ($p<0,01$) á áhættukvarða en þeir sem töldu gengi sitt betra ($M=3,58$, $SD=2,23$). Þeir sem töldu andlega heilsu sína verri ($M=5,16$, $SD=2,14$) fengu fleiri stig ($p<0,05$) á áhættukvarða en þeir sem töldu hana betri ($M=3,88$, $SD=2,33$). Það sama mátti sjá þegar líkamleg heilsa var skoðuð en þeir sem álitu líkamlega heilsu sína verri en hinir ($M=6,09$, $SD=1,76$) fengu fleiri stig ($p<0,01$) á áhættukvarða en þeir sem töldu líkamlega heilsu sína betri ($M=3,88$, $SD=2,24$).

Hagnýting skimunartækisins HEILUNG

Áður en rannsóknin hófst fólst vinna skólahjúkrunarfræðings í því að taka á móti nemendum, meta erindi þeirra og aðstoða þá við að leysa úr þeim. Rannsóknin var því þess eðlis að skólahjúkrunarfræðingur þurfti að einhverju leyti að breyta vinnu-lagi sínu. Breytilegt var hvenær skimunartækið HEILUNG var lagt fyrir nemanda, fyrir eða eftir hefðbundið viðtal. Skólahjúkrunarfræðingi fannst auðvelt að leggja það fyrir, það tók yfirleitt stuttan tíma og nemendur voru jákvæðir gagnvart því og rannsókninni. Almenn fannst nemendum spurningar á HEILUNG vera skýrar en þó vögnuðu nokkrar spurningar um einstaka orðalag, eins og að orðin áhyggjufullur og spenntur ætti ekki að flokka saman því merking þeirra væri ólík. Skólahjúkrunarfræðingur átti auðvelt með að skima svör nemenda með það að markmiði að koma auga á hugsanlega áhættuþætti/áhættuhegðun. Hann taldi notkun á HEILUNG gefa meiri upplýsingar en hefðbundið viðtal, til dæmis varðandi tóbaksnotkun, samskipti við jafningja og andlega líðan. Þannig gæfi það heildrænni mynd af heilbrigði unglinga. Hann taldi því skimunartækið gagnlegt og auðvelt í notkun.

Umræða

Skimunartækið HEILUNG er nýtt og hefur ekki verið for-prófað áður. Niðurstöður forprófunar lofa góðu varðandi áreiðanleika og réttmæti skimunartækisins, einkum varðandi verndandi þætti. Við þróun þess var jafnframt stuðlað að innra réttmæti þess (Sóley S. Bender, 2019). Hins vegar voru niður-

Tafla 4. Munur á meðaltölum á þáttunum sjálfsmynd og sjálfstrú eftir gengi í skóla, mati á andlegri og líkamlegri heilsu

		Fjöldi	Meðaltal	Staðalfrávik	t	df	p
Gengi í skóla							
Sjálfsmynd	Mjög vel / vel	37	4,09	0,60	1,83	64	0,071
	Nokkuð vel / fremur illa	29	3,77	0,84			
Sjálfstrú	Mjög vel / vel	37	3,99	0,59	3,32	51	0,002**
	Nokkuð vel / fremur illa	30	3,40	0,82			
Mat á andlegri heilsu							
Sjálfsmynd	Mjög góð / góð	45	4,11	0,66	2,77	65	0,007**
	Sæmileg / léleg	22	3,60	0,77			
Sjálfstrú	Mjög góð / góð	45	3,90	0,59	2,30	30	0,029*
	Sæmileg / léleg	22	3,39	0,94			
Mat á líkamlegri heilsu							
Sjálfsmynd	Mjög góð / góð	55	4,02	0,75	1,90	65	0,062
	Sæmileg / léleg	12	3,58	0,54			
Sjálfstrú	Mjög góð / góð	56	3,77	0,71	1,15	66	0,255
	Sæmileg / léleg	12	3,50	0,90			

a) Í spurningu um gengi í skóla voru sameinaðir svarmöguleikarnir mjög vel og vel og síðan nokkuð vel og fremur illa.

b) Í spurningum um andlega og líkamlega heilsu voru sameinaðir svarmöguleikarnir mjög góð og góð og síðan sæmileg og léleg.

* Marktækni við $p<0,05$

** Marktækni við $p<0,01$

Tafla 5. Munur á meðaltölum á áhættukvarða eftir gengi í skóla, mati á andlegri heilsu og líkamlegri heilsu

		Fjöldi	Meðaltal	Staðalfrávik	t	df	p
Gengi í skóla							
Áhættuhegðun	Mjög vel / vel	36	3,58	2,23	-2,89	58	0,005**
	Nokkuð vel / fremur illa	24	5,25	2,11			
Mat á andlegri heilsu							
Áhættuhegðun	Mjög góð / góð	41	3,88	2,33	-2,03	58	0,047*
	Sæmileg / léleg	19	5,16	2,14			
Mat á líkamlegri heilsu							
Áhættuhegðun	Mjög góð / góð	50	3,88	2,24	-3,07	59	0,003**
	Sæmileg / léleg	11	6,09	1,76			

a) Í spurningu um gengi í skóla voru sameinaðir svarmöguleikarnir mjög vel og vel og síðan nokkuð vel og fremur illa.

b) Í spurningum um andlega og líkamlega heilsu voru sameinaðir svarmöguleikarnir mjög góð og góð og síðan sæmileg og léleg.

* Marktækni við $p < 0,05$

** Marktækni við $p < 0,01$

stöður óljósari varðandi áhættuþætti/áhættuhegðun. Reynsla skólahjúkrunarfræðings sýndi að HEILUNG hentar vel til skimunar á heilbrigði unglunga í framhaldsskólum.

Áreiðanleiki og réttmæti

Innra samræmi HEILUNG á verndandi þáttum var gott og mældist með Cronbach's alpha yfir $\alpha = 0,8$ sem er mjög gott fyrir nýtt skimunartæki (Polit og Beck, 2012). Hins vegar var ekki hægt að þáttgreina atriðin sem mynduðu áhættukvarðann. Það getur verið vegna þess að stuðst var við tvíkosta flokkunarkvarða (já/nei) og því fékkst ekki næg dreifing svara. Tvíkosta svarmöguleikar hafa áður valdið erfiðleikum við úrvinnslu gagna og benda rannsóknir til þess að ef mælitæki er sett yfir á Likert-kvarða geti það haft jákvæð áhrif á áreiðanleika og réttmæti þess (Kristján Ketill Stefánsson o.fl., 2014). Það gefur tilefni til þess að skoða fyrir næstu prófun á HEILUNG hvort færa eigi svarmöguleikana á áhættuþáttum/áhættuhegðun yfir á Likert-kvarða.

Hugsmíðaréttmæti skimunartækis segir til um hvort það mæli það sem því er ætlað að mæla og hvort niðurstöður þess séu í takt við fyrri rannsóknir og kenningar (Polit og Beck, 2012). Sú kenning sem var lögð til grundvallar þróun HEILUNG var kenning um seiglu (Rew og Horner, 2003). Hún byggist á tveimur hugsmíðum, þ.e. verndandi þáttum og áhættuþáttum. Fylgniútreikningar og t-próf sýndu að hugtökin sjálfsmýnd og sjálfstrú ásamt breytunum gengi í skóla og andleg og líkamleg heilsa flokkuðust á svipaðan hátt og hugmyndafræðin um verndandi þætti og rannsóknir, sem gerðar hafa verið á þessum breytum, gefa til kynna. Það þýðir að sterkar vísbendingar eru um það að skimunartækið HEILUNG sýni fram á hugsmíðaréttmæti þeirra breyta sem ætlað er að meta verndandi þætti. Þegar niðurstöður þessarar rannsóknar eru bornar saman við fyrri rannsóknir styðja þær að miklu leyti hugsmíðaréttmæti rannsóknarinnar. Líkt og í fyrri rann-

sóknum var fylgni á milli sjálfsmýndar og sjálfstrúar (Judge o.fl., 2003) en auk þess kom fram í niðurstöðum að þeir sem voru með sterkari sjálfsmýnd töldu andlega líðan sína betri, eins og kom fram hjá Vigdís Hrönn Viggósdóttir og Guðrúnu Kristjánsdóttir (2016). Einnig kom í ljós að þeir sem voru með mikla sjálfstrú töldu sig vera við betri andlega líðan en þeir sem minni sjálfstrú höfðu og aðrar rannsóknir hafa sýnt svipuð tengsl (Bandura, 1993). Að sama skapi voru tengsl á milli gengis í skóla við sjálfstrú þau sömu og í fyrri rannsóknum en þeir sem voru með mikla sjálfstrú töldu sér ganga betur í skóla en hinir sem lakar gekk í skóla (McGeown o.fl., 2014). Niðurstöður bentu til þess að nemendur sem höfðu meiri sjálfstrú fengu færri stig á áhættukvarða en hinir sem minni sjálfstrú höfðu. Þó að þær niðurstöður hafi ekki verið marktækar er samhljómur á milli þeirra og fyrri rannsókna (Prince-Embury, 2015). Einnig kom fram í niðurstöðum að þeir sem töldu sig við verri andlega heilsu fengu fleiri stig á áhættukvarða en það svipar til niðurstaðna annarra rannsókna (Cairns o.fl., 2014).

Til frekari stuðnings hugsmíðaréttmætinu hlóðu næstum öll þau atriði saman í þáttagreiningu sem höfðu sameiginlega merkingu. Tvær af spurningunum undir sjálfsmýndarþættinum voru fengnar úr kvarða Rosenberg um sjálfsvirðingu sem er eins þáttar kvarði (Schmitt og Allik, 2005) og styrkir það því niðurstöður þessarar rannsóknar. Spurning varðandi líkamsmýnd féll einnig undir sjálfsmýndarþátt en það er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna (Martín-Albo o.fl., 2007). Spurningum sem féllu innan sjálfstrúarþáttar svipaði til spurninga úr mælitæki sem mælir almenna sjálfstrú en rannsóknir hafa bent til þess að það sé eins þáttar mælitæki (Scholz o.fl., 2002). Niðurstöður rannsóknarinnar gefa því góða hugmynd um hugsmíðaréttmæti HEILUNG hvað varðar verndandi þætti en frekari rannsóknir þarf til þess að meta hugsmíðaréttmæti áhættuþátta/áhættuhegðunar.

Styrkur og takmarkanir rannsóknar

Styrkur þessarar rannsóknar fólst í að forprófun HEILUNG fór fram sem hluti af klínísku starfi skólahjúkrunarfræðings í framhaldsskóla en það fyrirkomulag gaf góða mynd af hagnýtingu skimunartækisins. Allir sem leituðu til skólahjúkrunarfræðings á rannsóknartímabilinu og fengu boð um þátttöku samþykktu að taka þátt og voru jákvæðir gagnvart rannsókninni. Allir forráðamenn gáfu leyfi fyrir þátttöku nemenda undir 18 ára aldri. Rannsóknin fékk einnig jákvæðar viðtökur frá skólastjórnendum. Að auki komu niðurstöður varðandi verndandi þætti vel út og bentu til þess að gott innra samræmi og gott hugsmíðaréttmæti væri til staðar.

Takmarkanir rannsóknarinnar voru þær að hún fór aðeins fram í einum framhaldsskóla og því óvíst hvort úrtakið er lýsandi fyrir aðra framhaldsskólanema. Einnig þarf að hafa í huga að viðkomandi skólahjúkrunarfræðingur er geðhjúkrunarfræðingur að mennt og því líklegt að einstaklingar með andleg vandamál hafi leitað frekar til hans. Eins leituðu töluvert fleiri stúlkur til hans en piltar en allir þessir þættir hefðu getað valdið skekkju hvað úrtakið varðar. Svarbjögun (e. response bias) hefði einnig getað skekkt niðurstöður en þá svara þátttakendur á þann hátt sem þeir telja að þeir eigi að svara (Polit og Beck, 2012). Ljóst er að leggja þarf HEILUNG fyrir stærri hóp nemenda með jafnara kynjahlutfalli og skoða þá sérstaklega áhættuþætti og áhættuhegðun.

Notkunargildi skimunartækisins HEILUNG

Hjúkrunarfræðingar eru í sérstöðu hvað varðar heildrænt mat á einstaklingi, bæði varðandi líkamlega og andlega heilsu (Brynja Örlýgsdóttir o.fl., 2016), og því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar í skólum séu fyrsti viðkomustaður unglinga í leit þeirra að aðstoð. Nauðsynlegt getur verið að nota skimunartæki sem gefur upplýsingar um verndandi þætti og áhættuþætti/áhættuhegðun unglinga á kerfisbundinn hátt en þannig geta hjúkrunarfræðingar betur stuðlað að heilbrigði þeirra (Duncan o.fl., 2007). Í þessari rannsókn taldi skólahjúkrunarfræðingur skimunartækið HEILUNG gagnlegt og auðvelt í notkun í vinnu með unglingum. Auk þess taldi hann sig hafa fengið viðtækari upplýsingar um heilbrigði þeirra en með hefðbundnum viðtölum. Því má áætla að HEILUNG sé hagnýtt skimunartæki í heilbrigðisþjónustu við unglinga.

Unglingsárin eru mikill umbrotatími í lífi unglinga og geta verndandi þættir og áhættuþættir haft mikil áhrif þar á. Mikilvægt er að skólahjúkrunarfræðingar í framhaldsskólum skimi nógu snemma eftir þáttum er varða heilbrigði unglinga og grípi inn í ef þörf krefur. Stutt einfalt skimunartæki líkt og HEILUNG getur nýst þeim til þess að bera kennsl á þá þætti, bæði verndandi þætti og áhættuþætti, sem geta haft áhrif á heilbrigði þeirra unglinga sem til þeirra leita (Duncan o.fl., 2007).

Þakkarorð

Höfundar vilja þakka þeim sem tóku þátt í rannsókninni, þeim skólahjúkrunarfræðingi sem lagði skimunartækið fyrir, rektor

viðkomandi framhaldsskóla og Forvarnarsjóði Reykjavíkur fyrir að styrkja rannsóknina.

Heimildir

- Ahern, N. R. (2006). Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175–185. doi: doi.org/10.1016/j.pedn.2005.07.009
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–148.
- Brassai, L., Piko, B. F., og Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(1), 44–51.
- Brynja Örlýgsdóttir, Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, Sigríður Birta Kjartansdóttir og Ólöf Gunnhildur Ólafsdóttir. (2016). Mat á mælitækinu SCARED til að skima fyrir kvíða: Notkun í heilsuvernd skólabarna. Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstj.), *Ungt fólk: Tekist á við tilveruna* (bls. 111–128). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Butz, A. R., og Usher, E. L. (2015). Salient sources of early adolescents' self-efficacy in two domains. *Contemporary Educational Psychology*, 42, 49–61.
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., og Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* 169, 61–75.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D., og Beardslee, W. R. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 393–412.
- Chapman, R. L., Buckley, L., Sheehan, M. C., Shochet, I. M., og Romaniuk, M. (2011). The impact of school connectedness on violent behavior, transport risk-taking behavior, and associated injuries in adolescence. *Journal of School Psychology*, 49(4), 399–410.
- Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667–685. doi: 10.1023/a:1021635516758
- Donath, C., Gräsel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S., og Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: Ultimate and distal factors—a representative study. *BMC Public Health*, 12(1), 1–15.
- Dudovitz, R. N., Perez-Aguilar, G., Kim, G., Wong, M. D., og Chung, P. J. (2017). How urban youth perceive relationships among school environments, social networks, self-concept, and substance use. *Academic Pediatrics*, 17(2), 161–167.
- Duncan, P. M., Garcia, A. C., Frankowski, B. L., Carey, P. A., Kalkoff, E. A., Dixon, R. D., og Shaw, J. S. (2007). Inspiring healthy adolescent choices: A rationale for and guide to strength promotion in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), 525–535.
- Fergus, S., og Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., og Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303–331.
- Kristján Ketill Stefánsson, Steinunn Gestsdóttir og Sigurgrímur Skúlason. (2014). Þróun og mat á réttmæti mælitækis á meðvitaðri sjálfstjórnun ungmenna. *Sálfræðiritið — Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 19, 41–55.
- Langille, D., Rasic, D., Kisely, S., Flowerdew, G., og Cobbett, S. (2012). Protective associations of school connectedness with risk of depression in Nova Scotia adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(12), 759–764.
- Leather, N. C. (2009). Risk-taking behaviour in adolescence: A literature review. *Journal of Child Health Care*, 13(3), 295–304.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., og Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–467.

- McGeown, S. P., Putwain, D., Simpson, E. G., Boffey, E., Markham, J., og Vince, A. (2014). Predictors of adolescents' academic motivation: Personality, self-efficacy and adolescents' characteristics. *Learning and Individual Differences*, 32, 278–286.
- Moksnes, U. K., Eilertsen, M.-E. B., og Lazarewicz, M. (2016). The association between stress, self-esteem and depressive symptoms in adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(1), 22–29. doi: 10.1111/sjop.12269
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., og Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 889–901.
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. útgáfa): Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Prince-Embury, S. (2015). Risk behavior and personal resiliency in adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(3), 209–217.
- Rannsóknir og greining. (2014). *Ungt fólk 2013: Framhaldsskólar*. Reykjavík: Mennta- og menningarmálaráðuneytið.
- Rew, L., og Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379–388.
- Salerno, J. (2008). Reducing risk behaviors in adolescents. New tool offers rapid assessment. *Advanced Nurse Practice*, 16(4), 59–60, 62, 64.
- Salerno, J., Marshall, V. D., og Picken, E. B. (2012). Validity and reliability of the rapid assessment for adolescent preventive services adolescent health risk assessment. *Journal of Adolescent Health*, 50(6), 595–599. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.10.015
- Schmitt, D. P., og Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., og Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242–251.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir. (2016). Seigla ungmenna: Þróun og staða þekkingar. Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstj.), *Ungt fólk: Tekist á við tilveruna* (bls. 161–184). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Sóley S. Bender. (2019). Þróun skimunartækisins HEILUNG. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 95(2), 110–116.
- Vigdís Hrönn Viggósdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir. (2016). Sjálfsmynd og heilsa unglinga: Þýðing og prófun á endurbættum sjálfsmyndarspurningalista Offer (OSIQ-R). Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstj.), *Ungt fólk: Tekist á við tilveruna* (bls. 205–230). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

English Summary

Gardarsdóttir, A, Orlygssdóttir, B., Tryggvadóttir, G. B, Bender, S. S.

Health of high-school adolescents: pilot testing of the clinical screening tool HEILUNG

Aim: Adolescence is a time of great change and frequent risk-taking. The purpose of the current study was to pilot test the new clinical screening tool HEILUNG, designed to assess the health of adolescents in high schools, with regard to protective factors and risk factors/risk behavior, also to determine its practical value.

Method: A pilot study of HEILUNG was conducted along with three interviews with a school nurse. Data collection was carried out by a school nurse in one high school in Reykjavík. A purposive sample was used and those students who came to the school nurse for health related reasons in spring 2016 were invited to participate. Factor analysis, correlation and hypothesis testing were performed. Interviews with the school nurse were transcribed and classified based on preset categories.

Results: Participants were 68 students 15–20 years old; mean age was 17,9 years, 76% were female and 24% male. Factor analysis revealed two factors: self-concept and self-efficacy. Risk factors/risk behavior

could not be factor analysed. The internal consistency was found to be above $\alpha=0.8$ for both factors. Correlation was found between the self-image and self-efficacy but not between protective factors and risk factors/risk behavior. The results supported the construct validity of the protective factors. Interviews with the school nurse indicated the instrument was easy to use and it gave more comprehensive view of adolescents health than the standard interview.

Conclusion: The pilot study yielded positive indications about the reliability and construct validity of the screening tool HEILUNG regarding protective factors. However, further studies need to be carried out with a larger sample for a better understanding of the risk factors/risk behavior. The screening tool HEILUNG is easy to use and gives a comprehensive picture of adolescents' health.

Key words: Adolescents, adolescent health, protective factors, risk factors, risk behavior, screening tool.

Correspondent: arnagard85@gmail.com

Brynja Ingadóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala
Hrund Sch. Thorsteinsson, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og menntadeild Landspítala
Herdís Sveinsdóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala
Katrín Blöndal, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og skurðlækningasviði Landspítala

Mat hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala á eigin hæfni — Lýsandi þversniðsrannsókn

Útdráttur

Tilgangur. Heilbrigðisstarfsmenn, sem búa yfir tilskilinni hæfni, eru ein af undirstöðum farsællar starfsemi háskólasjúkrahúss enda tengist hæfni öryggi og afdrifum sjúklinga. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meta hæfni sína.

Aðferð. Rannsóknin er þversniðsrannsókn og gögnum var safnað árið 2016 með spurningalista. Hjúkrunarfræðingar á sviðinu voru beðnir að meta hæfni sína með Nurse Competence Scale (NCS) sem inniheldur 73 atriði og skiptist í 7 hæfnipætti (umönnun, kennslu- og leiðbeinendahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun á aðstæðum, hjúkrunarihlutanir, trygging gæða og starfshlutverk). Spurt var um hæfni á kvarðanum 0 (mjög lítil hæfni) til 10 (mjög mikil hæfni) fyrir hvert atriði og hversu oft það væri framkvæmt (1=mjög sjaldan, 2=öðru hverju, 3=mjög oft, 0=á ekki við). Gögn voru greind með lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður. Þátttakendur (N=66) mátu hæfni sína að meðaltali 7,2 (sf 1,1), mesta í umönnunarhlutverki en minnsta í að tryggja gæði. Hjúkrunarfræðingar með framhaldsnám/viðbótarmenntun mátu heildarhæfni sína marktækt meiri en aðrir í umönnunarhlutverki, starfshlutverki, kennslu- og leiðbeinendahlutverki og við hjúkrunarihlutanir. Starfsaldur við hjúkrun hafði ekki áhrif á heildarhæfni en aðhvarfsgreining sýndi að starfsaldur á deild og viðbótarnám skýrðu 14% af breytileika í hæfni. Í 22 atriðum af 73 mat yfir helmingur hjúkrunarfræðinga hæfni sína undir miðgildi allra þátttakenda og fólu þau atriði í sér meðal annars fræðslu til skýlstaðinga og samstarfsfólks, nýtingu hjúkrunarrannsókna og virka þátttöku í þróun hjúkrunar.

Ályktanir. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að framhaldsnám/viðbótarnám ásamt starfsaldri á deild hafi áhrif á hæfni

hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingum sé gert kleift að mennta sig frekar. Auka þarf framboð á sérhæfðri þjálfun og fræðslu þar sem niðurstöður varðandi starfsaldur benda til að sérhæfing í hjúkrun hafi aukist. Kanna þarf betur hvort hjúkrunarfræðingar fá nægilega krefjandi tækifæri í starfi og hvort stofnunin nýtir starfskrafta hjúkrunarfræðinga með viðbótarmenntun eins og best verður á kosið.

Lykilorð: Aðgerðasjúklingar, hæfni, hjúkrunarfræðingar, starfsþróun, símenntun, skurðaðgerð.

Inngangur

Á undanförunum árum hefur hæfni hjúkrunarfræðinga og fagleg þróun þeirra í starfi hlotið mikla athygli (Takase, 2013). Hæfni í starfi er nauðsynleg til að tryggja gæði þjónustunnar og örugga og siðlega umönnun (Flinkman o.fl., 2017) og hefur auk þess áhrif á hvort sjúklingar verða fyrir óæskilegum atvikum (West o.fl., 2009). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur bent á mikilvægi þessa málaflokks og lýst hvernig hjúkrunarmenntun geti best uppfyllt kröfur um hæfni og gæði hjúkrunar (World Health Organisation, 2009), en rannsóknir hafa gefið til kynna að aukin menntun hjúkrunarfræðinga hafi áhrif á afdrif sjúklinga (Cho o.fl., 2015). Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga hefur einnig bent á nauðsyn þess að hæfni hjúkrunarfræðinga sé ávallt tryggð almenningi til verndar og höfðað sé til ábyrgðar vinnuveitenda um reglulegt mat á hæfni hjúkrunarfræðinga sem hjá þeim starfa (International Council of Nurses, 2006). Sem aðalsjúkrahús landsins veitir Landspítali

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni tengdist frekar starfsreynslu þeirra á deild en starfsreynslu í hjúkrun, því er mikilvægt að hlúa að starfsþróun og halda í starfsfólk innan sérgreina.

Hagnýting: Rannsóknina má nýta við gerð hæfniviðmiða innan hjúkrunar aðgerðasjúklinga enda gefur hún vísbendingar um á hvaða sviðum er brýnast að forgangsraða fræðsluframboði og símenntun í þeim tilgangi að efla hæfni hjúkrunarfræðinga.

Þekking: Rannsóknin bætir við alþjóðlegan þekkingargrunn um hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna hjúkrun aðgerðasjúklinga.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Kanna þarf frekar hvernig stjórnendur nýta starfskrafta hjúkrunarfræðinga sem aflað hafa sér viðbótarmenntunar að loknu grunnnámi í hjúkrunarfræði.

bæði sérhæfða og almenna sjúkráðgjöfnustu. Spítalinn er vettvangur sérmenntunar heilbrigðisgreina og rannsókna í heilbrigðisvísindum og árlega stunda liðlega 1600 nemendur þar starfsnám. Stefna spítalans er að markvisst sé unnið að nýsköpun og þróun nýrrar þekkingar (Landspítali, e.d.). Ljóst er að störf á Landspítala krefjast þess að hjúkrunarfræðingar til- einki sér sífellt nýja þekkingu og vinnubrögð og auki þannig hæfni sína.

Hæfni er flókið fyrirbæri og fræðimenn hafa ekki komið sér saman um ákveðna skilgreiningu á því (Cowan o.fl., 2007). Í þessari rannsókn er stuðst við skilgreiningu Meretoja og félaga (2004a) sem skilgreina hæfni sem getu hjúkrunarfræð- inga til að samþætta þekkingu og færni eigin viðhorfum og gildum og beita henni á fullnægjandi hátt við þær aðstæður sem þeir starfa við hverju sinni. Störf í heilbrigðisþjónustu krefjast þess að hjúkrunarfræðingar þrói stöðugt hæfni sína til að svara þeim kröfum sem gerðar eru. Það er hvorki hægt að ganga að því gefnu að hjúkrunarfræðingar viðhaldi hæfni sem þeir hafa að loknu námi né að hæfni þeirra þróist með þeim hætti sem aðstæður krefjast (Takase, 2013). Því skyldi hæfni- mat vera þungamiðja í gæðauúttektum og í mannauðsstjórnun (Meretoja o.fl., 2004a).

Kröfur um hæfni hjúkrunarfræðinga má finna í lögum um réttindi sjúklinga (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997) og siðareglum íslenskra hjúkrunarfræðinga (Félag íslenskra hjúkr- unarfræðinga, 2015). Þá segir í lögum um heilbrigðisstarfs- menn (13. grein í kafla III) að þeim beri að þekkja skyldur sínar og siðareglur, viðhalda þekkingu sinni og faglegri færni, tileinka sér nýjungar er varða starfið og kynna sér gildandi lög og reglugerðir sem gilda um heilbrigðisstarfsmenn og heil-

brigðisþjónustu (Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012). Í stefnu Landspítala er lögð megináhersla á öryggi, þjónustu, mannauð og stöðugar umbætur, og ábyrgð allra starfsmanna stofnunarinnar að framfylgja þeim (Landspítali, e.d.). Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni er ein leið til þess að kanna hvernig ofangreindar kröfur eru uppfylltar.

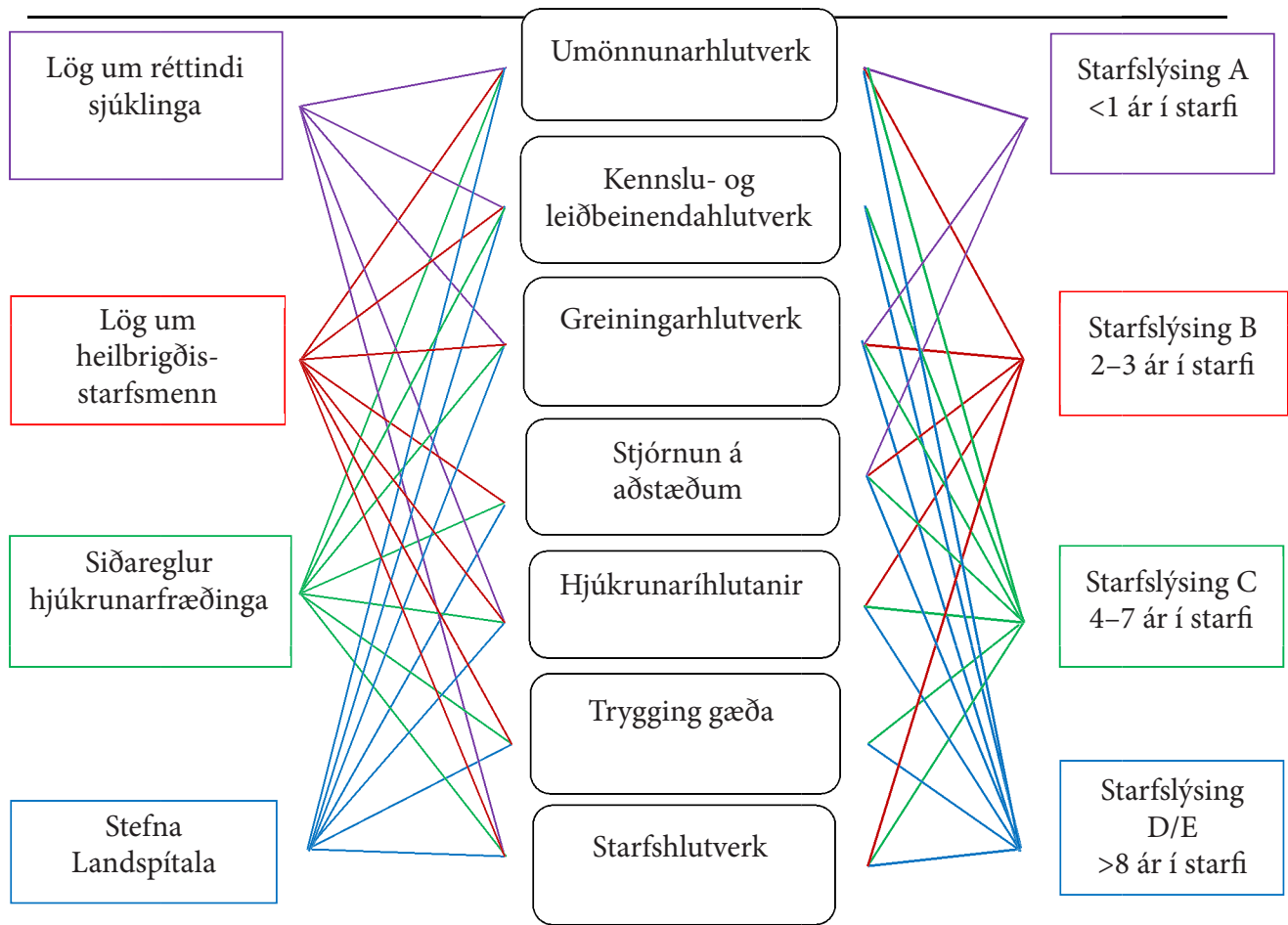
Hæfni hjúkrunarfræðinga hefur verið metin með ýmsum hætti. Nurse Competence Scale (NCS) (Meretoja o.fl., 2004b) er það mælitæki sem einna oftast hefur verið notað í rann- sóknum á hæfni þeirra (Flinkman o.fl., 2017) og er það notað í þessari rannsókn. Við notkun mælitækisins meta hjúkrun- arfræðingarnir sjálfir eigin hæfni. Sjálfsmat er almennt talin heppileg leið til að meta hæfni (Edwards o.fl., 2011) en vís- bendingar eru um að hjúkrunardeildarstjórar meti hæfni hjúkr- unarfræðinga meiri en þeir gera sjálfir (Meretoja og Leino- Kilpi, 2003). Niðurstöður nýlegrar kerfisbundinnar saman- tektar sýna að hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína yfirleitt frekar eða mjög góða og oftast eykst hæfnin með hækkandi lífaldri, starfsreynslu, þátttöku í starfsþróun og herra mennt- unarstigi (Flinkman o.fl., 2017). NCS-mælitækið byggist á hugmyndaramma Benner (1981) um þróun hjúkrunarfræð- ings frá því að vera nýgræðingur yfir í sérfræðing og skiptist í sjö hæfnipætti: umönnunarhlutverk, kennslu- og leiðbein- endahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun á aðstæðum, hjúkr- unaríhlutanir, tryggingu gæða og starfshlutverk (Meretoja o.fl., 2004b). Mismörg atriði eru í hverjum þætti mælitækisins (sjá töflu 1).

Af ofangreindu má sjá að margháttaðar kröfur eru gerðar til hæfni, ábyrgðar og hlutverka hjúkrunarfræðinga á ýmsum sviðum og úr mörgum áttum en þær eru þó að mestu sam-

Tafla 1. Mat hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni og hversu algengir þeir hæfnipættir eru í starfi þeirra

Hæfnipættir	Lýsing	A-hluti ^a M (sf)*	B-hluti ^b M (sf)*
Umönnunarhlutverk (7 atriði)	Aðstoða sjúklinga við að takast á við aðstæður með einstaklingsmiðaðri hjúkrun byggðri á siðfræðilegum gildum.	7,9 (0,9)	2,7 (0,3)
Greiningarhlutverk (7 atriði)	Koma auga á og greina ástand sjúklinga í tíma.	7,4 (1,4)	2,4 (0,4)
Hjúkrunaríhlutanir (10 atriði)	Taka ákvarðanir og skipuleggja umönnun sjúklinga samkvæmt klínísku ástandi þeirra. Ráðfæra sig við samstarfsfólk.	7,3 (1,4)	2,4 (0,3)
Starfshlutverk (19 atriði)	Koma fram við samstarfsfólk sitt af virðingu. Vera ábyrgur og sjálfstæður í störfum. Bera ábyrgð á eigin faglegri starfsþróun.	7,2 (1,3)	2,4 (0,3)
Stjórnun á aðstæðum (8 atriði)	Koma auga á breytilegt ástand og forgangsraða starfinu á viðeigandi og sveigjanlegan hátt. Stuðla að samfelli í hjúkrun sjúklinga.	7,2 (1,4)	2,3 (0,4)
Kennslu- og leiðbeinendahlutverk (16 atriði)	Koma auga á fræðsluþarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra með það að markmiði að stuðla að sjálfsúönnun. Leiðbeina samstarfsfólki.	7,1 (1,3)	2,3 (0,3)
Trygging gæða (6 atriði)	Meta árangur. Stuðla að frekari úrbótum við umönnun.	6,7 (1,6)	2,2 (0,5)
Heildarhæfni		7,2 (1,1)	2,4 (0,3)

* M=Meðaltal; sf= staðalfrávik. ^aMat á hæfni (valmöguleikar frá 0= mjög lítil hæfni til 10=mjög mikil hæfni). ^bAlgengi hæfnipátta í starfi (valmöguleikar frá 1=mjög sjaldan til 3=mjög oft).



Mynd 1. Helstu hlutverk hjúkrunarfræðinga samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga, lögum um heilbrigðisstarfsmenn, siðareglum hjúkrunarfræðinga og stefnu Landspítala borin saman við hæfnipætti Meretoja og félaga (2004b) (sjá nánar í töflu 1) og starfslýsingar hjúkrunarfræðinga (A-E) á Landspítala

hljóma. Mynd 1 sýnir tengsl hlutverka hjúkrunarfræðinga samkvæmt siðareglum íslenskra hjúkrunarfræðinga, lögum um réttindi sjúklinga, lögum um heilbrigðisstarfsmenn og stefnu Landspítala og mismunandi starfslýsingum (A-E) í starfsþróunarkerfi spítalans við hvern hæfnipátt NCS-mælitækisins (Meretoja o.fl., 2004b). Þar má sjá að með lengri starfsaldri tengjast hjúkrunarfræðingar fleiri hæfnipáttum. Starfslýsingar C og D/E hafa einhver tengsl við alla hæfnipættina.

Að loknu námi eiga hjúkrunarfræðingar að hafa menntun sem tryggir grunnhæfni þeirra. Á Landspítala er ekki gert kerfisbundið mat á hæfni þeirra heldur eru það einkum starfslýsingar sem byggjast á hugmyndafræði Benner (1981) sem eiga að gefa vísbendingar um stigvaxandi hæfni hjúkrunarfræðinga í starfi. Fram til þessa hefur þekking á hæfni íslenskra hjúkrunarfræðinga verið takmörkuð hvort heldur sem um er að ræða sjálfsmat eða mat annarra á hæfni þeirra. Einungis nýlega hafa komið fram slíkar rannsóknir og er þar um að ræða mat hjúkrunarfræðinga sem starfa við bráðamótöku sjúklinga á eigin hæfni (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Takmörkuð þekking er á hæfni hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala og hvað nákvæmlega felst í starfi þeirra. Niður-

stöður rannsóknar á inntaki starfa hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala benda þó til að starfið sé krefjandi og að þungamiðja þess séu samskipti við sjúklinga, aðstandendur og samstarfsfólk, beiting tæknilegrar færni og greining og fyrirbygging hugsanlegra fylgikvilla (Katrín Blöndal o.fl., 2010).

Aðeins þrjár rannsóknir fundust sem lúta að sjálfsmetinni hæfni hjúkrunarfræðinga sem starfa við hjúkrun aðgerðasjúklinga. Rannsókn sem fram fór á sjö sjúkrahúsum í Litháen og laut að hæfni hjúkrunarfræðinga sem önnuðust sjúklinga eftir kviðarholsaðgerð gaf til kynna að hjúkrunarfræðingarnir mátu hæfni sína almennt mikla (Istomina o.fl., 2011). Mesta mátu þeir eigin hæfni í þáttunum stjórnun aðstæðna og starfshlutverk en minnsta í kennslu- og leiðbeinendahlutverki og tryggingu gæða. Tengsl voru á milli sjálfsmetinnar hæfni og ýmissa bakgrunnsbreyta, svo sem menntunar, reynslu, starfsþróunar, sjálfstæðis í starfi og þróunar gæða í hjúkrun. Niðurstöður rannsóknar á sjálfsmetinni hæfni finnskra hjúkrunarfræðinga, sem störfuðu á skurðstofu, dagdeild og göngudeild aðgerðasjúklinga, leiddi í ljós marktæk tengsl á milli hæfni og aldurs, starfsreynslu og þess að vera með fastráðningu (Hamström o.fl., 2012). Rannsókn á sjálfsmetinni hæfni 513 finnskra hjúkrunarfræðinga á ýmsum deildum, svo sem legudeildum

skurð- og lyflækningadeilda, skurðstofu og bráðamóttöku, sýndi að hjúkrunarfræðingar mátu hæfni sína ólíkt eftir því hvar þeir unnu. Til að mynda mátu þeir sem unnu á legudeildum hæfni sína meiri á sviði umönnunar og tryggingar gæða en þeir sem unnu á skurðstofu (Meretoja o.fl., 2004a). Í öllum ofangreindum rannsóknum var NCS-mælitækið notað.

Í siðareglum hjúkrunarfræðinga kemur skýrt fram að hjúkrunarfræðingum beri að viðhalda hæfni sinni meðan á starfsferli þeirra stendur og taka ekki að sér verkefni sem þeir hafi ekki þekkingu eða þjálfun til að sinna (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2015). Vinnuveitandi er að jafnaði álitinn ábyrgur fyrir því að skapa umgjörð og tækifæri til faglegrar þróunar í starfi enda kemur fram á heimasíðu Landspítala að starfsþróun starfsfólks taki mið af þörfum sjúklingahópa og fléttist inn í allt starf á sjúkrahúsinu og framtíðarverkefni þess (Landspítali, e.d.). Í stefnu og starfsáætlun Landspítala (Landspítali, e.d.) kemur fram að áhersla er lögð á öryggisviðhorf og stöðugar umbætur. Í ljósi þess og m.t.t. öryggis sjúklinga og starfsmanna er nauðsynlegt að vinnuveitanda sé ljóst hvort hæfni hjúkrunarfræðinga sem hjá þeim starfa sé næg til að sinna þeim verkefnum sem þeim er ætlað. Því er mikilvægt að skoða hvernig hjúkrunarfræðingar skurðlækningasviðs meta hæfni sína og hvar umbóta er þörf. Að auki má ætla að séu hjúkrunarfræðingar aftur og aftur settir í stöðu sem þeir hafa ekki næga hæfni til að takast á við, geti það ekki aðeins valdið streitu og óánægju í starfi heldur einnig ógnað öryggi þeirra sjálfra og skjólstæðinga þeirra.

Ekki liggja fyrir rannsóknir á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna aðgerðasjúklingum á Íslandi og hvernig þeir sjálfir meta hæfni sína. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meta hæfni sína. Tilgangur rannsóknarinnar var að greina hvort og þá hvaða þætti í hæfni hjúkrunarfræðinga þyrfti að styrkja til að fullnægja þeim kröfum sem til þeirra eru gerðar. Eigið mat hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni getur veitt mikilvægar upplýsingar til að nota við endurskipulagningu starfsþróunar. Þannig má bæta gæði þjónustunnar og auka öryggi og ánægju sjúklinga og starfsfólks. Eftirfarandi rannsóknarspurningar voru settar fram:

1. Hvernig meta hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala hæfni sína?
2. Hver eru tengsl mats hjúkrunarfræðinga á hverjum hæfnipætti fyrir sig við tíðni þess að þeir framkvæmi atriðin í hæfnipættinum?
3. Hvaða tengsl eru á milli mats hjúkrunarfræðinga á hæfni sinni og bakgrunnsbreyta, svo sem starfsaldurs, starfslýsingar, starfa á dagdeild eða legudeild og hvort þeir hafi farið í framhaldsnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði?

Aðferð

Rannsóknarsnið

Um var að ræða lýsandi þversniðsrannsókn. Gögnum var safnað í febrúar árið 2016.

Úrtak og gagnasöfnun

Í úrtaki voru allir hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala sem voru í starfi á legu-, dag- eða göngudeildum þegar gagnasöfnun fór fram ($n = 155$). Útilokaðir voru deildarstjórar, sérfræðingar í hjúkrun og hjúkrunarfræðingar í fæðingarorlofi eða veikindaleyfi. Starfsmaður rannsóknarinnar dreifði spurningalistum, merktum hjúkrunarfræðingunum, á deildir, ásamt svarumslagi sem setja mátti í innanhússpóst Landspítala. Áminningarpóstur var sendur með tölvupósti og starfsmaður rannsóknarinnar gekk reglulega á allar deildir og minnti á rannsóknina í 2 vikur eftir útsendingu spurningalistanna.

Matstæki

Notað var matstækið Hæfni hjúkrunarfræðinga (IS-NCS) sem er íslensk útgáfa Nurse Competence Scale (Meretoja o.fl., 2004b). Um 73 atriða spurningalista er að ræða sem skiptist í 7 hæfnipætti: umönnunarhlutverk (7 atriði), kennslu- og leiðbeinendahlutverk (16 atriði), greiningarhlutverk (7 atriði), stjórnun á aðstæðum (8 atriði), hjúkrunarlutanir (10 atriði), trygging gæða (6 atriði) og starfshlutverk (19 atriði). Hver spurning er tvíþætt. Í fyrri hluta spurningarinnar (A-hluta) meta hjúkrunarfræðingar eigin hæfni á 10 cm löngum sjónmatskvarða sem merktur er á sitt hvorum enda með 0 (= mjög lítil hæfni) og 10 (= mjög mikil hæfni). Í seinni hluta spurningarinnar (B-hluta) svara hjúkrunarfræðingar hins vegar hversu algengt er að þeir framkvæmi hvert atriði með því að merkja við á fjögurra þrepa Likert-kvarða: 1= mjög sjaldan, 2= öðru hverju, 3= mjög oft, 0= á ekki við (Meretoja o.fl., 2004b). Matstækið hefur verið notað í meira en 30 rannsóknum og próffræðilegir eiginleikar þess hafa reynst fullnægjandi (Flinkman o.fl., 2017; Meretoja o.fl., 2004b). Innri áreiðanleiki undirlista IS-NCS hefur áður mælt 0,76-0,92 (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Áreiðanleiki (Cronbachs-alfa) heildarlista og undirlista (hæfnipáttar) í þessari rannsókn var sem hér segir: heildarlisti 0,97, umönnun 0,72, kennslu- og leiðbeinendahlutverk 0,87, greiningarhlutverk 0,83, stjórnun á aðstæðum 0,79, hjúkrunarlutanir 0,78, að tryggja gæði 0,83, starfshlutverk 0,89. Þýðingu matstækisins og notkun þess á Íslandi hefur áður verið lýst (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Í töflu 1 er innihaldi hvers hæfnipáttar lýst.

Þátttakendur voru einnig spurðir um tegund vinnustaðar (legudeild eða dagdeild/göngudeild), starfsaldur í hjúkrun, starfsaldur á núverandi deild, starfslýsingu (A-D/E), starfshlutfall og hvort þeir hefðu lokið framhaldsnámi/viðbótarnámi að loknu hjúkrunarprófi (svarmöguleiki já eða nei og ekki var spurt nánar um hvaða nám væri að ræða vegna þátttakenda).

Siðfræði

Með spurningalistanum fylgdi kynningarbréf um rannsóknina og var litið á skil á listanum sem samþykki fyrir þátttöku. Rannsóknin hlaut samþykki siðanefndar stjórnsýslurannsóknna á Landspítala (04/2015) og var tilkynnt til Persónuverndar (S67469).

Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa einkennum úrtaksins. Reiknað var meðaltal, staðalfrávik og spönn fyrir samfelldar breytur og tíðni og hlutföll fyrir flokkabreytur. Til að greina svör þátttakenda um mat á eigin hæfni var mælt með sömu reglustiku hvar þeir merktu á sjónmatskvarðann (á bilinu 0-10 cm) og gildið skráð með einum aukastaf. Útbúnar voru breytur fyrir heildarlista og alla sjö hæfnipætti hans. Reiknað var meðaltal svara fyrir heildarlista og hvern hæfnipátt, bæði í A- og B-hluta. Lágt meðaltal gefur til kynna litla hæfni (A-hluti) eða að atriðið sé sjaldan framkvæmt (B-hluti). Til að kanna nánar hvar úrbóta er þörf var miðað við miðgildi (7,2) heildarlistans og lýst í hvaða einstaka hæfniverkefnum $\geq 50\%$ hjúkrunarfræðinga meta hæfni sína vera undir því gildi. Til að kanna mun á mati hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni eftir starfsaldri var þátttakendum skipt í 2 hópa, þá sem höfðu allt að 10 ára starfsreynslu ($n=28$) og svo 10 ára starfsreynslu eða meira ($n=36$). Sú skipting byggist á Takase (2013) um að mestar framfarir í hæfni eigi sér stað fyrstu 10 árin í starfi. Meðaltöl hæfni fyrir hvern hæfnipátt voru borin saman við bakgrunnsbreytur með stikuðum prófum: t-prófi og einhliða dreifigreiningu þar sem gögnin voru normaldreifð. Línuleg fjölbreytuaðhvarfsgreining (enter) var gerð til að finna hvaða breytur höfðu sjálfstæð áhrif á hvernig hjúkrunarfræðingar mátu heildarhæfni sína. Miðað var við marktektarmörk $p < 0,05$ og gögnin voru greind með SPSS, útgáfu 24 (IBM SPSS Statistics, útgáfa 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Niðurstöður

155 hjúkrunarfræðingar uppfylltu skilmerki rannsóknarinnar og var svörun 42% ($N=66$). Rúmlega helmingur þátttakenda hafði meira en 10 ára starfsaldur í hjúkrun (sjá töflu 2). Starfsreynsla á núverandi deild var að meðaltali 7,2 ár (sf 3,4, spönn < 1 til 28). Meirihluti (70%) þátttakenda starfaði á legudeild, og um tveir þriðju voru í 70% starfshlutfalli eða meira. Rúmlega helmingur þátttakenda var í starfslýsingu D eða E og 28% hafði framhaldsnám/viðbótarnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði. Þátttakendur endurspegla þýðið hvað ofangreinda þætti varðar en meðalstarfsaldur þeirra sem fengu spurningalistann afhentan var 20 ár, 68% þeirra höfðu yfir 10 ára starfsreynslu, 72% störfuðu á legudeild og 28% höfðu skráð framhaldsnám/viðbótarnám að loknu grunnnámi í hjúkrunarfræði. Skipting þeirra í starfslýsingar var sem hér segir: A: 7%, B: 18%, C: 19% og D/E: 57%.

Mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni

Þátttakendur mátu heildarhæfni sína að meðaltali 7,2 (sf 1,1), mesta í hæfnipættinum umönnun og minnsta í tryggingu gæða (sjá töflu 1). Miðgildið var líka 7,2. Mynd 2 sýnir 22 atriði IS-NCS þar sem helmingur hjúkrunarfræðinga eða fleiri mat hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni. Myndin sýnir að yfir 80% hjúkrunarfræðinga meta hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni við atriðið að skipuleggja viðrunarfundi eftir neyðar-

Tafla 2. Bakgrunnur þátttakenda ($N=66$)

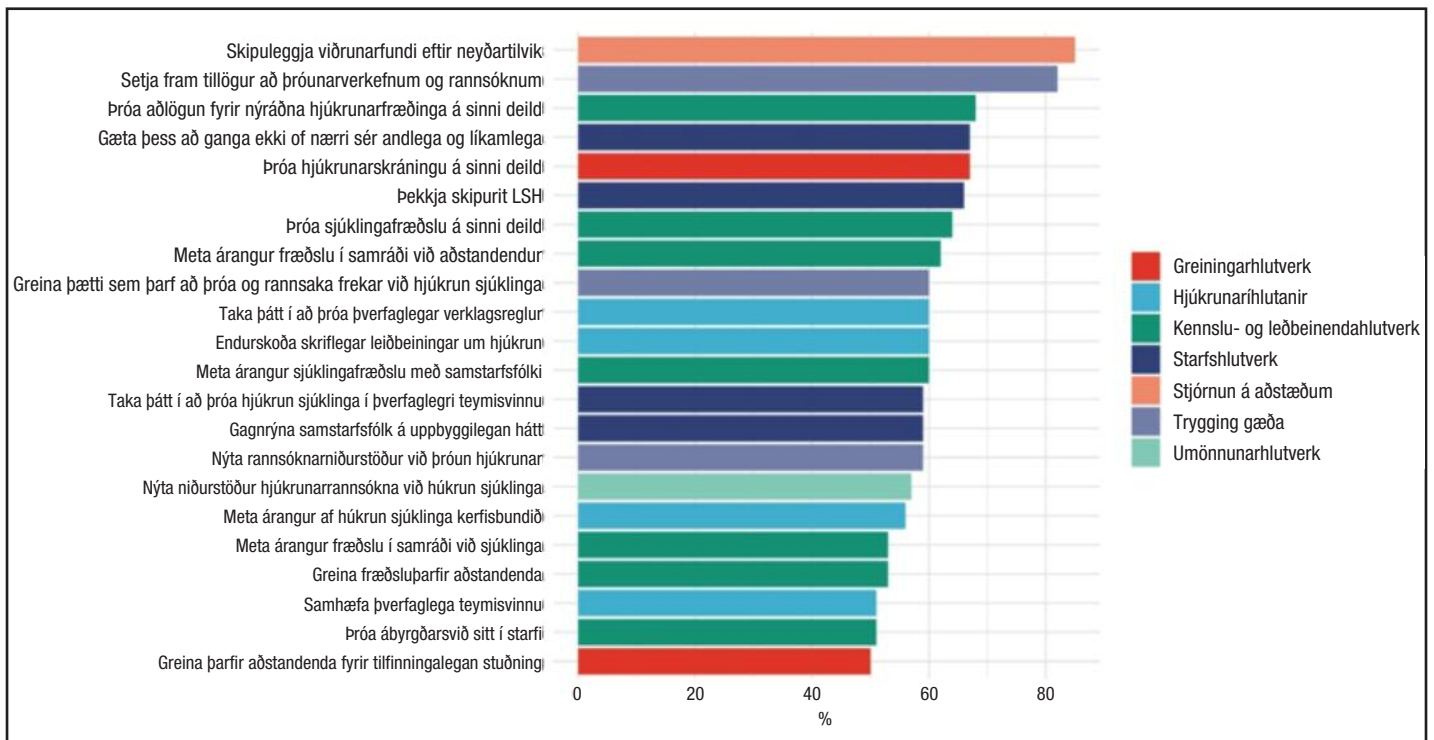
Bakgrunnsbreytur*	M	(sf)	Mg	n	(%)
Starfsaldur á núverandi deild (ár)	7,2	(3,4)	5,5		
≤ 5 ár	31	(49,2)			
5,01–10,0 ár				17	(27,0)
10,01–15,0 ár				9	(14,3)
15,01–20,0 ár				4	(6,3)
> 20 ár				2	(3,2)
Starfsaldur við hjúkrun (ár)	16,5	(12,2)	17,0		
≤ 5 ár				17	(26,6)
5,01–10,0 ár				11	(17,2)
10,01–15,0 ár				2	(3,0)
15,01–20,0 ár				14	(21,9)
> 20 ár				20	(31,3)
Starfshlutfall					
≤ 70%				22	(33,8)
> 70%				43	(66,2)
Starfslýsing					
A				4	(6,5)
B				11	(17,7)
C				12	(19,4)
D/E				35	(56,4)
Tegund deildar					
Legudeild				44	(69,8)
Dag- eða göngudeild				19	(30,2)
Framhaldsnám/viðbótarnám					
að loknu prófi í hjúkrunarfræði?					
Já				19	(30,2)
Nei				44	(69,8)

* Þar sem n nær ekki heildarfjölda vantar svör

tilvik og 50% þeirra meta hæfni sína undir miðgildi hvað varðar atriðið að greina þarfir aðstandenda fyrir tilfinningalegan stuðning. Almennt má segja að atriðin lúti helst að þróun hjúkrunar og mati á árangri hennar, þar með talið fræðslu sjúklinga og aðstandenda.

Tengsl hæfnipátta og hversu algengt er að hjúkrunarfræðingar sinni atriðum hæfnipáttar

Meðaltöl og staðalfrávik fyrir hversu algengir ýmsir hæfnipættir eru í störfum hjúkrunarfræðinga eru sýnd í töflu 1. Fylgni var á milli hæfni hjúkrunarfræðinga innan hvers hæfnipáttar og hversu algengt er að þeir sinni atriðum hæfnipáttarins. Þetta samband var marktækt ($p < 0,001$) í öllum hæfnipáttum, sterkast í tryggingu gæða ($r=0,621$), hjúkrunaríhlutunum ($r=0,546$) og umönnun ($r=0,526$), en veikara í starfshlutverki ($r=0,467$), kennslu- og leiðbeinendahlutverki ($r=0,456$) og stjórnun á aðstæðum ($r=0,443$).



Mynd 2. Atriði IS-NCS þar sem helmingur þátttakenda eða fleiri meta hæfni sína undir miðgildi heildarhæfni ($=7,2$), þeir hæfnipættir sem atriðin tilheyra og hlutfall hjúkrunarfræðinga sem meta hæfni sína undir miðgildi í hverju atriði fyrir sig

Mat á eigin hæfni og tengsl við bakgrunn þátttakenda

Hjúkrunarfræðingar með framhaldsnám/viðbótarnám eftir grunnnám í hjúkrunarfræði mátu heildarhæfni sína marktækt meiri en hjúkrunarfræðingar án framhaldsnáms/viðbótarmenntunar ($p < 0,05$) svo og hæfni sína í umönnunarhlutverki ($p < 0,05$), starfshlutverki ($p < 0,05$), kennslu- og leiðbeinendahlutverki ($p < 0,01$) og hjúkrunaríhlutunum ($p < 0,01$) en ekki í greiningarhlutverki, tryggingu gæða eða stjórnun á aðstæðum ($p > 0,05$). Fylgni var á milli heildarhæfni og starfsaldurs á núverandi deild ($r=0,289$, $p < 0,05$) en ekki starfsaldurs í hjúkrun ($r=0,074$, $p > 0,05$) (sjá töflu 3). Ekki var marktækur munur á mati hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á legudeild og þeirra er störfuðu á dag- og göngudeild. Ekki var marktækur munur á mati hjúkrunarfræðinga í starfslýsingum A, B og C (þar sem miðgildi starfsreynslu þeirra var 1, 3 og 9,5 ár) og hjúkrunarfræðinga í starfslýsingum D/E á hæfni sinni. Sambærileg niðurstaða kom í ljós þegar borið var saman mat hjúkrunarfræðinga með minna en 10 ára starfsreynslu annars vegar og með meiri en 10 ára starfsreynslu hins vegar.

Í línulega aðhvarfsgreiningu voru valdar þær frumbreytur sem höfðu marktækt samband við heildarhæfni, þ.e. starfsaldur á deild og framhaldsnám/viðbótarnám. Gögnin uppfylltu skilyrði um línulega aðhvarfsgreiningu, þ.e. normaldreifingu (Shapiro Wilk-próf, $p > 0,05$), á bak við hverja óháða breytu í líkaninu voru meira en 20 einstaklingar og hvorki var fylgni á milli frumbreyta ($VIF=1$) né voru leifaliðir vandamál (Durbin Watson 1,798). Eins og sést í töflu 4 skýrðu starfsaldur

á deild og framhaldsnám/viðbótarmenntun 14% af breytileika í heildarhæfni ($p < 0,01$).

Umræða

Þessi rannsókn á mati hjúkrunarfræðinga, sem starfa við hjúkrun aðgerðasjúklinga, á eigin hæfni í starfi er sú fyrsta hérlandis. Niðurstöður sýna að hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína sambærilega eða ívið meiri en erlendir hjúkrunarfræðingar gera (Flinkman o.fl., 2017) en heldur minni en íslenskir hjúkrunarfræðingar sem starfa á landsbyggðinni og sinna bráðatilvikum (Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018) eða hjúkrunarfræðingar á bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015). Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningsviði meta hæfni sína mesta í umönnun en minnsta í tryggingu gæða og er það sambærilegt við mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku (Dóra Björnsdóttir, 2015). Það kemur ekki á óvart enda snýst hæfni á umönnunarþætti (sjá töflu 1) um atriði sem kalla má kjarna hjúkrunar eins og fram kemur í skilgreiningu Henderson (1976) á hlutverki hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarfræðingar meta hæfni sína minnsta í verkefnum sem lúta að þróun hjúkrunar, mati á árangri eða umbótastarfi annars vegar og leiðbeiningu og fræðslu hins vegar. Túlka má þessar niðurstöður með ýmsum hætti. Í fyrsta lagi að ekki hafi farið fram næg umræða og kennsla hvað varðar mat á árangri og umbótastarfi, eða að hún hafi ekki náð til klínískra hjúkrunarfræðinga spítalans. Mikilvægt er að fylgja betur eftir

Tafla 3. Tengsl hæfni við bakgrunn þátttakenda

Hæfniþættir	Umönnun	Starfs- hlutverk	Kennsla og leiðbeining	Hjúkrunar- íhlutanir	Greining	Trygging gæða	Stjórnun á aðstæðum	Heildarlisti
	M (sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)	M(sf)
Framhaldsnám/ viðbótarnám ¹								
Já (n= 42)	8,3 (0,9)*	7,7 (1,3)*	7,7 (1,2)**	8,0 (1,2)**	7,8 (1,2)	7,3 (1,7)	7,6 (1,4)	7,8 (1,1)*
Nei (n= 18)	7,7 (0,8)	6,9 (1,2)	6,8 (1,2)	6,9 (1,3)	7,1 (1,5)	6,5 (1,6)	6,9 (1,4)	7,0 (1,0)
	r	r	r	r	r	r	r	r
Starfsaldur í hjúkrun ²	0,047	0,067	0,147	-0,019	-0,107	0,074	0,128	0,074
Starfsaldur á deild ²	0,250	0,250	0,301*	0,254*	0,200	0,177	0,191	0,289*

*p< 0,05; **p< 0,01

¹ t-próf

² Pearson-fylgnistuðull

Tafla 4. Áhrif starfsaldurs á deild og framhaldsnáms/viðbótarnáms á mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni

Breyta	Líkan 1	Líkan 2				
	B	SE B	β	B	SE B	β
Fasti	6,90	0,21		6,48	0,27	
Starfsaldur á deild	0,05	0,02	0,29*	0,05	0,02	0,30*
Framhaldsnám/viðbótarnám			0,29	0,12	0,29*	
R ²		0,068			0,140	
F	5,282*	5,783**				

*p< 0,05; **p< 0,01

umræðunni um umbótastarf og gefa fleiri klínískum hjúkrunarfræðingum tækifæri til að taka þátt í slíkum verkefnum. Í öðru lagi má vera að hjúkrunarfræðingar vanmeti hæfni sína á þessum sviðum þar sem erfiðara er að meta árangur af framlagi hjúkrunar en til dæmis þegar um umönnun eða meðferð sjúklinga er að ræða. Auk þess hefur umræða um hjúkrun að líkindum minnkað á undanförunum árum, meðal annars vegna skorts á hjúkrunarfræðingum. Í þriðja lagi getur verið að hjúkrunarfræðingar telji að þau atriði IS-NCS, sem þeir meta hæfni sína minnsta í, falli ekki að starfsviði þeirra í sama mæli og umönnun sjúklinga og meðferð þeirra heldur séu fyrst og fremst á hendi stjórnandans, sérfræðinga í hjúkrun eða gæðastjóra.

Ýmsir aðstæðubundnir þættir geta haft áhrif á hvernig hjúkrunarfræðingar líta á starfsvið sitt (Rasmussen o.fl., 2018) og ef til vill telja hjúkrunarfræðingar, sem fá ekki tækifæri til að vinna að úrbótum í hjúkrun á sinni deild eða nýta gagnreynda þekkingu í hjúkrun á deildinni, að þessir þættir tilheyri ekki starfssviðinu. Rannsókn meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga gaf til kynna skort á innviðum til að styðja við hjúkrunarfræðinga og auðvelda þeim að nýta gagnreynda þekkingu (Thorsteinsson og Sveinsdóttir, 2014). Niðurstöður gætu

þannig bent til að þá innviði, sem um ræðir, skorti enn þá enda benda rannsóknir á notkun gagnreyndrar þekkingar í starfi til að slíkt krefjist tíma og stuðnings stofnunar (Fry og Attawet, 2018).

Í stefnu Landspítala er lögð aukin áhersla á að fræða skjólstæðinga til að styðja við þátttöku þeirra í eigin meðferð og áréttað mikilvægi leiðsagnar nemenda og nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga (Landspítali, e.d.) enda sýna rannsóknir að sjúklingar binda miklar vonir við fræðslu heilbrigðisstarfsmanna (Ingadottir o.fl., 2015; Valkeapää o.fl., 2014). Í samanburði við önnur atriði mátu hjúkrunarfræðingar í þessari rannsókn hins vegar hæfni sína í fræðslu- og leiðbeinendahlutverki ekki góða. Í erlendum rannsóknum hefur komið í ljós að hjúkrunarfræðingar hafa jákvæða afstöðu til sjúklingafræðslu og telja hana mikilvæga, líklegt er að afstaða íslenskra hjúkrunarfræðinga sé einnig jákvæð. Hins vegar taldi aðeins um helmingur norskra og sænskra hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum sig færa um að veita sjúklingum fræðslu og mjög fáir fylgdust með þróun fræðasviðsins (Bergh o.fl., 2014). Hjúkrunarfræðingar telja sig hafa góða þekkingu á innihaldi fræðslu en minna vald á fjölbreyttum kennsluaðferðum og telja aðstæður á sjúkrahúsum ekki styðja nægilega vel við

pennan hluta starfsins (Friberg o.fl., 2012; Klemetti o.fl., 2018; Lipponen o.fl., 2006). Það bendir því margt til þess að þörf sé á fjölbættum úrræðum innan sjúkráhusa ef veita á notendum heilbrigðisþjónustunnar fullnægjandi fræðslu. Í allnokkur ár hafa hjúkrunarfræðingum Landspítala staðið til boða námskeið annars vegar um að fræða sjúklinga og hins vegar leiðbeinendahlutverkið. Námskeiði um að fræða sjúklinga hefur fyrst og fremst verið beint að hjúkrunarfræðingum á fyrstu árum þeirra í starfi. Í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar er tilefni til að beita fjölbreyttari kennsluaðferðum, bjóða upp á farnipjálfun til viðbótar við hefðbundna kennsluhætti (Taylor og Marineau, 2016) og miða fræðsluna við hjúkrunarfræðinga með lengri starfsaldur. Breyting í þá veru hefur þegar verið gerð á Landspítala. Hvað varðar hæfni í leiðbeinendahlutverki, þá er hugsanlegt að hjúkrunarfræðingum með stuttan starfsaldur hafi að undanförunni verið falið það hlutverk í auknum mæli án þess að hafa hlotið nægilega reynslu eða undirbúning. Ástæður þess geta meðal annars verið skortur á hjúkrunarfræðingum. Að auki getur verið að skortur á fyrirmyndum vegi þungt hvað þetta atriði varðar. Sú niðurstaða að samband var á milli þess hvernig hjúkrunarfræðingar mátu eigin hæfni til að sinna ákveðnum verkefnum starfsins og hversu oft þau eru framkvæmd bendir til þess að efla mætti hæfni með því að auka þjálfun.

Athygli vekur að ekki reyndist fylgni milli mats á eigin hæfni og starfsaldurs í hjúkrun en hins vegar reyndist marktæk fylgni milli matsins og starfsaldurs á deild, ólíkt niðurstöðum tveggja íslenskra rannsókna á mati hjúkrunarfræðinga sem starfa við bráðabjónustu á eigin hæfni (Dóra Björnsdóttir, 2015; Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir, 2018). Hugsanlegt er að sérhæfing deilda sé orðin það mikil að reynsla og þjálfun innan hverrar deildar vegi þyngra en starfsaldur í heild. Þar sem aðstæður og umhverfi geta verið ólíkar milli deilda getur þurft að hafa meiri þjálfun á heimavelli líkt og Meretoja og félagar (2004a) benda á, auk miðlægrar endur- og símenntunar. Önnur skýring gæti verið að með vaxandi manneklu í hjúkrun séu gerðar æ meiri kröfur til yngri og óreyndari hjúkrunarfræðinga og þeim í raun gert að sinna sömu störfum og þeim sem reyndari eru og meti hæfni sína í samræmi við það. Enn fremur gæti verið að óreyndari hjúkrunarfræðingar ofmeti eigin getu, þeir reyndari hins vegar vanmeti hana eða séu meðvitaðri um takmarkanir sínar.

Ekki kemur á óvart að framhaldsnám/viðbótarnám skili sér í að hjúkrunarfræðingar meti hæfni sína meiri en það er í samræmi við rannsókn Írisar Kristjánsdóttur og Herdísar Sveinsdóttur (2018). Í því samhengi ætti að auka tækifæri hjúkrunarfræðinga Landspítala til að sækja sér viðbótarmenntun, sér í lagi þar sem áhersla er á öryggi sjúklinga og starfsmanna í starfsáætlun Landspítala. Þó er umhugsunarvert að viðbótarmenntun virðist ekki skila sér marktækt í meiri hæfni, að eigin mati, í greiningarhlutverki og tryggingu gæða eins og vænta mætti. Sé það svo að viðbótarmenntun hjúkrunarfræðinga eða reynsla í hjúkrun nýtist ekki að fullu á vettvangi þarf að skoða orsakir þess og hvernig úr má bæta. Þegar um slíkt er að ræða berst mikilvæg þekking ekki til samstarfsfólks og sjúklinga (Gardulf o.fl., 2005) og hafa þarf í huga að

viðurkenning á þekkingu, reynslu og vinnuframlagi og tækifæri til að nota hæfni í starfi eru nokkrir af mikilvægustu þáttunum sem halda hjúkrunarfræðingum í starfi (Gardulf o.fl., 2005). Í rannsókn á inntaki starfa hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala kom fram að þeir lögðu áherslu á að geta notað reynslu sína í þágu sjúklingsins (Katrín Blöndal o.fl., 2010). Skortur á tækifærum til að beita hæfni sinni getur valdið því að hún minnkar og því fylgir metnaðarleysi og þverrandi hvöt til að gera vel (Takase, 2013). Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala hafa áður bent á að verkefni þeirra séu ekki alltaf innan þeirra verksviðs eða í samræmi við hæfni þeirra og þjálfun (Katrín Blöndal o.fl., 2010) og eru þeir sem fá ekki að nýta hæfni sína og þekkingu líklegri til að hverfa frá störfum (Sveinsdóttir og Blöndal, 2014). Í ljósi núverandi erfiðleika í heilbrigðisþjónustu, þ.e. alvarlegs skorts á hjúkrunarfræðingum til starfa og vilja þeirra til að velja sér störf utan heilbrigðisþjónustunnar (Ríkisendurskoðun, 2017), er ef til vill mikilvægara nú en nokkru sinni fyrr að stjórnendur þekki hæfni hvers hjúkrunarfræðings og feli honum störf í samræmi við hana. Auk þess þurfa þeir að styðja við einstaklingshæfða, faglega þróun viðkomandi í starfi. Til þess að svo megi verða þarf Landspítali að auka úrval og aðgengi að fræðslufni og auka önnur tækifæri til starfsþróunar. Jafnframt þarf að huga að vinnuskipulagi hjúkrunarfræðinga og tryggja þeim tíma til að sinna faglegri þróun innan vinnutíma.

Styrkur og takmarkanir

Rannsóknin er sú fyrsta á Íslandi þar sem kannað er mat hjúkrunarfræðinga, er sinna aðgerðasjúklingum, á eigin hæfni og til þess er notað mælitæki sem hefur sannað gildi sitt. Helsti annmarki var dræm þátttaka hjúkrunarfræðinga en á móti kemur að einkenni þátttakenda voru svipuð og einkenni úrtaks. Rannsóknin veitir mikilvægar upplýsingar sem nota má til að gera faglega þróun hjúkrunarfræðinga spítalans markvissari og fjölbreyttari en nú er.

Sá galli sjálfsmatslista að þátttakendur svari spurningum í samræmi við hvað þeir telja æskilegast en ekki út frá raunveruleikanum á við hér eins og í sambærilegum rannsóknum (Polit og Beck, 2012).

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingar um með hvaða hætti megi koma til móts við þarfir hjúkrunarfræðinga fyrir aukna hæfni, eins og þeir meta þær sjálfir. Auka þarf framboð á sérhæfðu fræðslufni, þar sem fjölbreyttum kennsluaðferðum er beitt, og fjölga þarf tækifærum til faglegrar þróunar fyrir reynda hjúkrunarfræðinga, t.d. með því að auka tækifæri til þátttöku í hvers konar umbótaverkefnum. Byggja þarf upp innviði sem styðja við nýtingu gagnreyndrar þekkingar í starfi og veita hjúkrunarfræðingum stuðning og svigrúm til að nota gagnreynda þekkingu og til að þróa hjúkrun. Enn fremur þarf að styðja hjúkrunarfræðinga í hlutverki sínu við að fræða sjúklinga og aðstandendur. Tækifæri hjúkrunarfræðinga til framhaldsmenntunar á skurðlækningasviði Landspítala hafa aukist sem og stuðningur og svigrúm stjórnenda

en það sýnir áhuga og þörf fyrir að styrkja þekkingarlegan grunn þeirra í starfi. Í ljósi niðurstaðna er þarft að auka samvinnu háskóla og Landspítala og samþætta starfsþjálfun og fræðilegt nám þannig að það nýtist sem best við flóknar klínískar aðstæður.

Ályktanir

Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði Landspítala meti hæfni sína almennt góða benda niðurstöður rannsóknarinnar til þess að ýmsa þætti þurfi að styrkja og þá einkum hæfni í fræðsluhlutverkinu og notkun gagnreyndrar þekkingar. Þá þarf að tryggja að viðbótarnám og símenntun standi hjúkrunarfræðingum til boða og þeim sé gert kleift að sækja sér slíka menntun.

Meta þarf hvort hjúkrunarfræðingar fái nægilega krefjandi verkefni eða tækifæri í starfi og hvort stofnunin nýtir þekkingu hjúkrunarfræðinga með viðbótarmenntun nægilega vel til hagsbóta fyrir sjúklinga.

Þakkir

Þakkir fá hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt í rannsókninni, Anna Birna Guðlaugsdóttir fyrir aðstoð við gagnasöfnun og þær Auðna Ágústsdóttir, Dóra Björnsdóttir og Íris Kristjánsdóttir. Rannsóknin hlaut styrki frá Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (B-hluta) og Vísindasjóði Landspítala.

Heimildir

- Benner, P. (1981). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Bergh, A. L., Persson, E., Karlsson, J., og Friberg, F. (2014). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education: Focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 523–536. doi: 10.1111/scs.12077
- Cho, E., Sloane, D. M., Kim, E. Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I. Y. o.fl. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535–542.
- Cowan, D. T., Norman, I., og Coopamah, V. P. (2007). Competence in nursing practice: A controversial concept — A focused review of literature. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 20–26. doi: 10.1016/j.aeen.2006.11.002
- Dóra Björnsdóttir (2015). *Mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala á eigin hæfni*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands. Aðgengileg á <https://skemman.is/handle/1946/23290>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., og Rees, C. (2011). The effectiveness of strategies and interventions that aim to assist the transition from student to newly qualified nurse. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 9(53), 2215–2323.
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (2015). *Síðareglur hjúkrunarfræðinga*. Sótt á <https://www.hjukurun.is/fagid/sidfraedin/>
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., og Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale: A systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035–1050. doi: 10.1111/jan.13183
- Friberg, F., Granum, V., og Bergh, A. L. (2012). Nurses' patient-education work: Conditional factors — An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170–186. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01367.x
- Fry, M., og Attawet, J. (2018). Nursing and midwifery use, perceptions and barriers to evidence-based practice: A cross-sectional survey. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 16(1), 47–54. doi: 10.1097/XEB.0000000000000117
- Gardulf, A., Söderström, I. L., Orton, M. L., Eriksson, L. E., Arnetz, B., og Nordström, G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13(4), 329–337. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00537.x
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., og Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 501–508. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
- Henderson, V. (1976). *Hjúkrunarkver: Grundvallarþættir hjúkrunar*. (Ingi-björg R. Magnúsdóttir þýddi.) Akureyri: Prentverk Odds Björnssonar hf. (Upphaflega gefið út 1969.)
- Ingadottir, B., Thylén, I., og Jaarsma, T. (2015). Knowledge expectations, self-care, and health complaints of heart failure patients scheduled for cardiac resynchronization therapy implantation. *Patient Preference and Adherence*, 9, 913–921. doi: 10.2147/PPA.S83069
- International Council of Nurses. (2006). *Continuing competence as a professional responsibility and public right: Position statement*. Sótt á http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B02_Continuing_Competence.pdf
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R., og Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 47(4), 230–7.
- Íris Kristjánsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2018). Mat hjúkrunarfræðinga sem sjá um bráðatilvik á landsbyggðinni á eigin hæfni: Lýsandi þversniðsrannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 94(1), 77–85.
- Katrín Blöndal, Bergþóra Eyjólfssdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2010). Að vinna margslungin verk af fagmennsku í breytilegu umhverfi: Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 50–56.
- Klemetti, S., Ingadottir, B., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Valkeapää, K., Zabalegui, A., og Leino-Kilpi, H. (2018). Skills and practices of European orthopedic nurses in empowering patient education. *Research and Theory for Nursing Practice*, 32(4), 382–398.
- Landspítali (e.d.). *Stefna Landspítala*. Sótt á <http://stefna.landspitali.is/>
- Lipponen, K., Kyngäs, H., og Kääriäinen, M. (2006). Surgical nurses' readiness for patient counselling. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(4), 221–227. doi: 10.1016/j.joon.2006.10.013
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Meretoja, R., og Leino-Kilpi, H. (2003). Comparison of competence assessments made by nurse managers and practicing nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 404–409
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., og Kaira, A. M. (2004a). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329–336. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x
- Meretoja, R., Isoaho, H., og Leino-Kilpi, H. (2004b). Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., og Conroy, T. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225–232. doi: 10.3928/00220124-20180417-08
- Ríkisendurskoðun (2017). *Hjúkrunarfræðingar. Mönnun, menntun og starfsumhverfi. Skýrsla til Alþingis*. Sótt á https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2017/10/SU-Hjukrunarfraedingar_Monnun_menntun_og_starfsumhverfi.pdf
- Sveinsdóttir, H., og Blöndal, K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: A questionnaire study. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 543–552. doi: 10.1111/jonm.12013

- Takase, M. (2013). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1400–1410. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x
- Taylor, K., og Marineau, C. (2016). The learning, changing adult brain. *Facilitating learning with the adult brain in mind*. San Fransisco: John Wiley & Sons.
- Thorsteinsson, H.S., og Sveinsdóttir, H. (2014). Readiness for and predictors of evidence-based practice of acute-care nurses: A cross-sectional postal survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 572–581. doi: 10.1111/scs.12083
- Valkeapää, K., Klemetti, S., Cabrera, E., Cano, S., Charalambous, A., Copan-itsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Johansson Stark, Å., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sigurdardottir, A. K., Sourtzi, P., Unosson, M., Zabalegui, A., og Leino-Kilpi, H. (2014). Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 597–607. doi: 10.1111/ijn.12189
- West, E., Mays, N., Rafferty, A. M., Rowan, K., og Sanderson, C. (2009). Nursing resources and patient outcomes in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 993–1011. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.011
- World Health Organisation (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Sótt á http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf

English Summary

Ingadottir, B., Thorsteinsson, H. S., Sveinsdottir, H., Blondal, K.

Surgical nurses' self-assessment of competence: A descriptive cross-sectional study

Aim. Healthcare professionals who have required competencies are one of the pillars of successful operations of a university hospital, as competence relates to patient safety and outcome. The aim of the study was to explore how nurses in Surgical Services at Landspítali University Hospital assess their competence.

Method. This was a cross-sectional study and data were gathered in 2016 using a questionnaire. Nurses were asked to self-assess their competence using the Nurse Competence Scale (NCS) which comprises 73 items in seven categories (helping role, teaching/coaching role, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, ensuring quality and work role). Participants assessed their competence for each item on a scale of 0 (very low competence) to 10 (very high competence), and frequency of use (1= very rare, 2= occasional, 3= very frequent, 0= not applicable). The data were analysed using descriptive statistics and inferential statistics.

Results. The participants (N= 66) assessed their total competence on average at 7.2 (SD 1.1), highest for the helping role, and lowest for ensuring quality. Self-assessed competence was significantly higher for nurses with postgraduate qualifications than for those

without such qualifications, in helping role, work role, teaching/coaching role and therapeutic interventions. No difference was observed in self-assessed competence relating to experience in nursing, but regression analysis revealed that 14% of the variation was attributable to years of experience in a unit and postgraduate qualifications. In 22 items out of 73, $\geq 50\%$ of nurses assessed their competence below the median value of all participants. These items included educating patients and colleagues, applying nursing research into practice and active participation in the development of nursing in the workplace.

Conclusions. The results of this study indicate that postgraduate qualifications and years of work experience within the same unit influence the competence of surgical nurses. It is important to enable nurses in gaining postgraduate qualifications and ensure availability of specialised training and education as the study results indicate that specialisation within nursing has increased.

Keywords: Competence, continuing education, nurses, professional development, surgical patients, surgery.

Correspondent: brynjain@hi.is

Sýkingar í kjölfar skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaparmi

Útdráttur

Tilgangur: Krabbamein í ristli og endaparmi er þriðja algengasta krabbameinið á Íslandi hjá báðum kynjum. Skurðaðgerð er ein mikilvægasta meðferðin til lækningar á sjúkdómnum. Algengi sýkinga eftir aðgerð er hægt að nota sem mælikvarða á árangur hjúkrunar. Í þessari rannsókn var kannað hve tíðar sýkingar voru eftir skurðaðgerðir á krabbameini í ristli og endaparmi á Landspítala en það var ekki þekkt. Jafnframt var kannað hve alvarlegar slíkar sýkingar voru.

Aðferð: Gerð var framsýn, lýsandi rannsókn. Kannað var hvort sjúklingar sem fóru í skurðaðgerð vegna krabbameins á ristli eða endaparmi á skurðeild Landspítala frá 15. mars 2015 til 15. september 2015 fengu sýkingar innan 30 daga í kjölfar aðgerðarinnar. Þátttakendur í rannsókninni voru 70 sjúklingar. Upplýsingum var safnað með viðtölum við þátttakendur og úr sjúkraskrá. Öll einkenni sýkinga sem þörfuðust meðferðar voru metin sem fylgikvillar. Þær sýkingar sem upp komu voru flokkaðar samkvæmt flokkun Clavien-Dindo þar sem veitt meðferð við sýkingunum ræður flokkuninni.

Niðurstöður: Sýkingu fengu 44,3% sjúklinga (31/70). Þvagfærasýking var algengust (24,5%), kviðarholssýking varð hjá 18,6% og sárasýking hjá 14,3%. Sýkingu í blóð fengu 8,6%. Aðrar sýkingar sem upp komu voru: Munnsýkingar, lungnabólga, sýking í stóma og sýking af vankómýcín-ónæmum enterókokkum (VÓE). Dánartíðni vegna sýkinga var 1,4% (n=1).

Ályktanir: Sýkingar eftir aðgerð vegna krabbameins í ristli eða endaparmi eru tíðar miðað við sambærilegar aðgerðir í nágrennalöndum. Sérstök nauðsyn er á að yfirfara verklag við notkun og meðhöndlun þvagleggja. Þessi niðurstaða undirstrikar einnig nauðsyn þess að hafa framsýna skráningu á sýkingum eftir skurðaðgerðir svo hægt sé að meta gæði og árangur hjúkrunar.

Lykilorð: Skurðhjúkrun, skurðaðgerð, sýking, ristill, endaparmur.

Inngangur

Krabbamein í ristli og endaparmi eru þriðju algengustu krabbameinin á Íslandi hjá báðum kynjum og eru í heildina um 10% af öllum illkynja æxlum á Íslandi. Að meðaltali greinast 175 einstaklingar árlega með krabbamein í ristli og endaparmi (Krabbameinsskrá, munnleg heimild 21. mars 2019). Skurðaðgerð, með eða án annarrar krabbameinsmeðferðar, er ein mikilvægasta meðferðin vegna krabbameina í ristli eða endaparmi og eru gerðar um það bil 130 slíkar aðgerðir á Íslandi á ári. Eins og allar skurðaðgerðir hafa þessar aðgerðir ákveðna áhættu í för með sér og þeim fylgja fylgikvillar. Algengast er að fylgikvillar komi í ljós á þriðja degi eftir slíkar aðgerðir (Huebner o.fl., 2014). Algengustu fylgikvillar eftir skurðaðgerðir á ristli og endaparmi eru sýkingar (Banaszkiewicz o.fl., 2017; Kirchhoff o.fl., 2010) og þar af eru skurðsárasýkingar algengastar, eða á bilinu 2–25% eftir slíkar aðgerðir (Kirchhoff o.fl., 2010). Tíðni kviðarholssýkinga samkvæmt rannsóknnum er 1–12% (Lacy o.fl., 2002; van der Pas o.fl., 2013), lungnabólgu 2–7% (COLOR, 2005; Schootman o.fl., 2014) og þvagfærasýkinga 0,5–8% (Banaszkiewicz o.fl., 2017; Lacy o.fl., 2002). Þessar sýkingar hafa mismunandi afleiðingar en bæði tegund og alvarleiki þeirra hefur áhrif á lífshorfur sjúklinga og því er mikilvægt að greina þær rétt (McSorley o.fl., 2016).

Rof á samtengingu er einn alvarlegasti fylgikvilli skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaparmi. Slík rof valda yfirleitt sýkingum í kviðarholi og allt að þriðjungur allra dauðsfalla, sem verða í kjölfar slíkra aðgerða, eru vegna þess (Kirchhoff o.fl., 2010). Ástæður fyrir rofi á samtengingum geta verið tæknilegar, eins og vefjaskaði, tog á samtenginguna eða bilun í heftibyssum (Dietz, 2011). Einnig getur ástand

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Sýkingar eftir skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi á Landspítala reyndust algengari en í nágrennalöndum okkar.

Hagnýting: Niðurstöðurnar gefa tilefni til þess að endurskoðað verði verklag og ferli vegna sjúklinga sem fara í skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi á Landspítala, allt frá undirbúningi fyrir aðgerð, framkvæmd aðgerðarinnar og meðhöndlun eftir aðgerð.

Þekking: Þvagfærasýking var algengasta sýkingin hjá sjúkling-

um sem fóru í skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi á Landspítala.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Þörf er á að endurskoða verklag við meðhöndlun sjúklinga með þvaglegg þannig að farið sé eftir ráðleggingum sýkingavarna um innliggjandi þvagleggi. Einnig er þörf á að bæta skráningu fylgikvilla eftir skurðaðgerðir og auka eftirfylgni hjúkrunarfræðinga við sjúklinga eftir aðgerðir svo meta megi árangur hjúkrunar og bæta þjónustu.

sjúklingsins, eins og staðbundnar sýkingar, lélegt næringar-ástand, ónæmisbæling, sterar, geislar og offita, valdið rofi á samtengingu (Kirchhoff o.fl., 2010).

Þvagfærasýkingar eru um þriðjungur allra spítalasýkinga í vestrænum heimi og geta þrefaldað líkur á að sjúklingur láti lífið í kjölfar skurðaðgerðar (Regenbogen o.fl., 2011). Þrjár stórar rannsóknir á tíðni þvagfærasýkinga eftir skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi sýndu að sýkingu fengu á bilinu 4,1% – 5,9% sjúklinga (Attaluri o.fl., 2011; Kang o.fl., 2012; Sheka o.fl., 2016). Sjúklingar, sem fá þvagfærasýkingu eftir skurðaðgerð, þurfa að öllu jöfnu að dveljast lengur á sjúkrahúsi og þurfa líklega að hafa þvaglegg lengur en aðrir sjúklingar (Armstrong o.fl., 2017). Þá eru þeir sjúklingar margfalt líklegri til að fá sýklasótt og aðra fylgikvilla auk þess sem enduraðgerðir eru algengari hjá þeim sjúklingum og dánartíðni hærri (Sheka o.fl., 2016). Rannsóknir hafa sýnt tengsl milli þess hversu lengi sjúklingar eru með þvaglegg eftir aðgerð á ristli og endaparmi og tíðni þvagfærasýkinga (Kin o.fl., 2013; Kwaan o.fl., 2015; Okrainec o.fl., 2017). Ef þvagleggur er hins vegar fjarlægður of snemma getur það valdið þvagteppu og jafnvel nýrnabilun hjá sjúklingum (Kwaan o.fl., 2015).

Skurðhjúkrunarfræðingar bera ábyrgð á hjúkrun sjúklinga inni á skurðstofum ásamt svæfingahjúkrunarfræðingum. Stór hluti þeirrar hjúkrunar miðar að því að draga úr líkum á fylgikvillum í kjölfar aðgerða. Skurðhjúkrunarfræðingar annast undirbúning sjúklinga fyrir skurðaðgerðir og aðstoða við framkvæmd aðgerða auk þess að hafa umsjón með verkfærum, tækjum og öðrum aðföngum og stuðla að dauðhreinsuðum vinnubrögðum (AORN, e.d.). Þá gegna skurðhjúkrunarfræðingar mikilvægu hlutverki í verndun sjúklinga fyrir ofkólnun í aðgerð, en væg ofkólnun verður ef kjarnhiti líkamans fer niður fyrir 36°C (Hart o.fl., 2011). Kjarnhitastig sem helst yfir 36,5°C í skurðaðgerð leiðir af sér betri árangur fyrir sjúklinga, meðal annars með færri sýkingum, færri þrýstingssárum, minni blæðingu í og eftir aðgerð og minna álagi á hjartað (Serra-Aracil o.fl., 2011; Young og Watson, 2006). Sjúklingar sem kólna í ristilaðgerðum hafa reynst þrefalt líklegri til að fá sýkingar eftir aðgerð (Kurz o.fl., 1996). Með rétttri hjúkrunarmedferð má draga verulega úr hitatapi sjúklinga í skurðaðgerðum og fækka alvarlegum aukaverkunum vegna hitataps (Murray o.fl., 2010).

Alltaf er betra að koma í veg fyrir sýkingar en að þurfa að meðhöndla þær (Samuel og Mulwafu, 2010). Aðstæður inni á skurðstofu, svo sem loftræsting og hreinlæti ásamt þekkingu starfsfólks á dauðhreinsuðum vinnubrögðum, meðhöndlun verkfæra og sýkingavörnum, gegna lykilhlutverki við að draga úr líkum á sýkingum (AORN, e.d.), auk fyrirbyggjandi sýklalyfjagjafa og að viðhalda eðlilegum líkamshita sjúklinga í aðgerð (Murray o.fl., 2010; Samuel og Mulwafu, 2010). Til að standast gæðakröfur og meta árangur aðgerða og hjúkrunar er nauðsynlegt að meta sýkingar og aðra fylgikvilla skurðaðgerða.

Þrátt fyrir að skurðaðgerðir vegna krabbameins í ristli og endaparmi séu algengar aðgerðir liggja ekki fyrir tölur um hve oft sýkingar hljóta af þeim á Íslandi og hefur ekki verið nein framsýn skráning á sýkingum eftir þessar aðgerðir. Í þessari rannsókn var kannað hve algengt væri að sýkinga yrði vart

eftir aðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi og alvarleiki þeirra.

Aðferð

Rannsóknarsnið:

Rannsóknin var lýsandi og framsýn skráning á fylgikvillum sjúklinga eftir skurðaðgerðir samkvæmt stöðluðu skráningarblaði.

Þátttakendur:

Þýði rannsóknarinnar voru allir sjúklingar (N=71) sem gengust undir skurðaðgerð á kviðarholi vegna krabbameins eða kirtilæxlis í ristli eða endaparmi frá 15. mars til 15. september 2015 og voru með a.m.k. eina skráða sjúkdómsgreiningu krabbameins í ristli eða endaparmi. Þeir einstaklingar sem fóru í staðbundið brottmál á sepa eða æxli um endaparm með TEM-aðgerð (e. *transanal endoscopic microsurgery*) eða ristilspæglun (e. *colonoscopy*) voru útilokaðir frá þátttöku í rannsókninni þar sem slíkar aðgerðir eru ekki gerðar um kviðarhol og um mun minni inngrip er að ræða í þeim tilvikum. Þessi skilyrði áttu jafnt við um þá sem fóru í aðgerð í læknanði tilgangi sem og líknandi. Sjúklingum, sem uppfylltu skilyrði, voru afhentar skriflegar upplýsingar af hjúkrunarfræðingi af legudeild og fengu þeir boð um þátttöku. Þeir sem samþykktu þátttöku skrifuðu í kjölfarið undir upplýst samþykki. Einn sjúklingur hafnaði þátttöku en 70 tóku þátt.

Mælitæki:

Stuðst var við skráningarblað á skammtíma fylgikvillum frá sænsku gæðaskránni (Kvalitets registret). Leyfi fékkst fyrir því að nota skráningarblaðið á Íslandi og var það íslenskað af Tryggva B. Stefánssyni skurðlækni. Bakþýðing var ekki gerð. Auk sýkinga voru skráðir aðrir fylgikvillar og ýmsar bakgrunnsbreytur, svo sem tegund skurðaðgerðar, lengd aðgerðar, fjöldi legudaga, vefjagreining æxlis, framhaldsmeðferð, ASA-flokkun (*The American Society of Anaesthesiology classification*) sjúklings, kyn og líkamsþyngdarstuðull (LPS).

Við flokkun sýkinga var notað flokkunarkerfi Clavien-Dindo. Kerfið byggist á 5 flokkum og er flokkað eftir þeirri meðferð sem beitt er við meðhöndlun fylgikvilla (sjá mynd 1) (Dindo o.fl., 2004). Fylgikvillar eru skilgreindir sem frávik frá hefðbundnum bata sem þurfa meðferðar við (Dindo o.fl., 2004).

Fyrsti höfundur samdi viðtalsramma með átta spurningum sem miðaði að því að fá upplýsingar um þær sýkingar og ein-kenni sem þátttakendur kunnu að hafa fengið eftir aðgerðina og þá meðferð sem beitt var við að meðhöndla þær. Þessar upplýsingar voru síðan notaðar við flokkun fylgikvilla.

Gagnasöfnun:

Gagnasöfnun fór fram frá 15. mars til 15. desember 2015. Gagna var aflað með viðtölum við sjúklinga og úr sjúkraskrá (Sögu, Heilsugátt og Orbit á Landspítala og úr handskrifuðum

Clavien-Dindo-flokkun fylgikvilla

Flokkur 1: Öll frávik frá hefðbundnum bata sem ekki krefjast sér-tækrar lyfjameðferðar eða lækisinnngrips (s.s. skurðaðgerðar, speglunar eða geisla). Leyfð inngríp í þessum flokki eru t.d. skipti á sáraumbúðum, vökvagjöf, verkjalyf, þvagrásilyf, ógleðilyf, hita-lækkandi lyf, saltlausnir, magasondur, þvagleggir, æðaleggir og sjúkraþjálfun.

Flokkur 2: Fylgikvillar sem meðhöndla þarf með öðrum lyfjum en talin voru upp í flokki eitt, s.s. sýklalyfjum og hjartalalyfjum, auk blóðgjafar og næringargjafar í æð.

Flokkur 3: Fylgikvillar sem meðhöndla þarf með inngrípi, s.s. skurðaðgerð, speglun eða geislum, með eða án svæfingar.

Flokkur 4: Lífshættulegir fylgikvillar sem þarfnast gjörgæslulegu vegna líffærabilunar eins líffæris eða fjólkerfabilunar.

Flokkur 5: Andlát vegna fylgikvilla eftir aðgerð.

Alltaf er skráður hæsti mögulegi flokkur hvers fylgikvilla.

Mynd 1. Clavien-Dindo-flokkun fylgikvilla

svæfingaskýrslum úr skurðaðgerðunum). Fyrsti höfundur aflaði allra gagna, flokkaði sýkingar samkvæmt Clavien-Dindo og skráði á skráningarblaðið. Gögnum var safnað tvisvar fyrir hvern sjúkling: 1) Í fyrstu vikunni eftir aðgerð á legudeild skurðlækninga var haft stutt viðtal (3–7 mínútur) við sjúklinga, sem samþykkt höfðu þátttöku í rannsókninni, um líðan og einkenni sem bent gætu til sýkinga. Einnig voru upplýsingar úr sjúkraskrárfum varðandi skurðaðgerðina, einkenni, líðan og meðferð eftir hana færð á skráningarblað rannsóknarinnar. 2) Þátttakendum var fylgt eftir af fyrsta höfundi í 30 daga og að þeim loknum var sams konar gögnum safnað aftur með viðtali við sjúkling eða úr sjúkraskrár, eftir því sem við átti.

Úrvinnsla gagna:

Tölfræðileg úrvinnsla á gögnum var unnin í tölfræðiforritinu IBM SPSS statistics 21 og töflureikninum Microsoft Excel 2013. Reiknuð var lýsandi tölfræði mismunandi breyta, það er tíðni, meðaltöl, miðgildi, hlutföll og staðalfrávik. Pearson-kí-kvaðrat-marktæktarpróf var gert við samanburð milli flokka-breyta, svo sem Clavien-Dindo-flokka og tegunda sýkinga, aldursflokka, tegunda aðgerða, ASA-flokkunar og þvagfæra-sýkinga eða þvagteppu. Marktæknimörk voru sett við $p < 0,05$. Upplýsingar úr viðtölum voru notaðar til að auðvelda flokkun á fylgikvillum skv. Clavien-Dindo.

Siðfræði rannsóknarinnar:

Leyfi fyrir rannsókninni voru veitt af Persónuvernd (tilvísun 2014111581) og Siðanefnd Landspítala (nr. 109/14). Þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki fyrir þátttöku.

Niðurstöður

Þátttakendur í rannsókninni voru 70 sjúklingar sem fóru í skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli eða endaparmi á sex mánaða tímabili árið 2015 á Landspítala. Tafla 1 sýnir lýð- og lífeðlisfræðilegar niðurstöður þátttakenda. Kynjahlutfall þátttakenda var jafnt, 35 konur og 35 karlar, og kí-kvaðratpróf sýndi ekki marktækan mun á aldri eftir kynjum. Meirihluti þátttakenda eða 58,8% glímdi við ofþyngd eða offitu samvæmt líkamsþyngdarstuðli og voru karlar frekar of þungir.

Tafla 1. Lýð- og lífeðlisfræðilegar niðurstöður um þátttakendur

Þátttakendur, N=70				
	Meðaltal	Staðalfrávik	Spönn	Miðgildi
Aldur	71,5 ár	12,9	34–94 ára	71,0
Legutími				
– allir, N=70	12,1 dagur	14,8	1–78 dagar	7,0
– sem fengu sýkingu, n=31	19,4 dagar	19,5	2–78 dagar	11,0
– sem fengu ekki sýkingu, n=39	6,3 dagar	4,3	1–27 dagar	5,5
Kyn	n (%), sýktir	n (%), ósýktir	Samtals%	
– Karl	14 (20)	21 (30)	35 (50)	
– Kona	17 (24)	18 (26)	35 (50)	
Aldurshópur				
– <50 ára	1 (1,4)	3 (4,3)	4 (5,7)	
– 50–59 ára	4 (5,7)	5 (7,2)	9 (12,9)	
– 60–69 ára	7 (10,0)	12 (17,1)	19 (27,1)	
– 70–79 ára	9 (12,9)	7 (10,0)	16 (22,9)	
– 80–89 ára	10 (14,3)	8 (11,4)	18 (25,7)	
– 90–99 ára	0 (0)	4 (5,7)	4 (5,7)	
ASA-flokkun*				
– ASA 1	2 (2,9)	4 (5,7)	6 (8,6)	
– ASA 2	16 (22,9)	19 (27,1)	35 (50,0)	
– ASA 3	13 (18,5)	14 (20,0)	27 (38,5)	
– ASA 4	0 (0)	2 (2,9)	2 (2,9)	
Líkamsþyngdar- stuðull				
– Vannæring (<18,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	2 (3,0)	
– Kjörþyngd (18,5–24,9)	10 (14,7)	16 (23,5)	26 (38,2)	
– Ofþyngd (25–29,9)	14 (20,5)	17 (25,0)	31 (45,5)	
– Offita (>30)	5 (7,4)	4 (5,9)	9 (13,3)	
* ASA-flokkun er læknisfræðilegt mat á líkamlegu ástandi sjúklinga, notað fyrir svæfingar og deyfingar				

* ASA-flokkun er lækisfræðilegt mat á líkamlegu ástandi sjúklinga, notað fyrir svæfingar og deyfingar

Þátttakendur fóru í eina af þeim níu skurðaðgerðum fyrir krabbamein eða kirtilæxli í ristli eða endaparmi sem sjá má í töflu 2. Alls sáu sex skurðlæknar um að framkvæma þessar aðgerðir.

Sýkingu eftir aðgerðina fengu 44,3% sjúklinga (n=31). Um helmingur þeirra, eða 22,9% (n=16) allra þátttakenda, fengu fleiri en eina sýkingu. Þar af fékk einn þátttakandi fimm mismunandi sýkingar og annar fjórar. Tafla 3 sýnir tíðni mismunandi sýkinga meðal þátttakenda.

Tafla 2. Tegundir skurðaðgerða sem þátttakendur gengust undir

Skurðaðgerð	Tíðni	%
Dausgarnar-botnristsúrnám (<i>Ileocecal resection</i>)	4	5,7
Stómía lögð án úrnáms (<i>Ileostomy/colostomy without resection</i>)	2	2,8
Úrnám á risristli (<i>Ascending colon resection</i>)	25	35,7
Úrnám á þverristli (<i>Transverse colon resection</i>)	3	4,3
Úrnám á fallristli (<i>Descending colon resection</i>)	6	8,6
Úrnám á bugaristli (<i>Sigmoid colon resection</i>)	16	22,9
Fremra brotnám á endaþarmi (<i>Low anterior resection of rectum</i>)	10	14,3
Ristilhjáveita án úrnáms (<i>Colon bypass</i>)	1	1,4
Algjört brotnám á endaþarmi um kvið og spöng (<i>Abdominal-perineal resection of rectum</i>)	3	4,3
Samtals	70	100
Valaðgerð	64	91,5
Bráðaaðgerð	6	8,5
Samtals	70	100
Kviðsjáraðgerð	32	46
Opin kviðarholssáðgerð	28	40
Kviðsjáraðgerð en skipt í opna aðgerð	10	14
Samtals	70	100

Tafla 3. Tegundir sýkinga og fjöldi þátttakenda sem fékk sýkingu

Tegundir sýkinga	Tíðni *	%*
Þvagfærasýking	17	24,3
Kviðarholssýking	13	18,6
Skurðsárasýking	10	14,3
Blóðsýking	6	8,6
Munnholssýking	6	8,6
Lungnabólga	2	2,9
Sýking í stóma (stomatitis)	1	1,4
VÓE-sýking	1	1,4

* Sami þátttakandi getur verið með fleiri en eina sýkingu

Af þeim einstaklingum sem fengu sýkingu eftir aðgerðina flokkast einn þeirra í flokk 1 skv. Clavien-Dindo eftir að hafa einungis fengið meðferð með sáraumbúðum en flestir hinna sem fengu sýkingu, eða 19 þátttakendur, voru metnir í flokki 2 eftir að hafa verið meðhöndlaðir með sýklalyfjum. Tíu þátttakendur voru metnir í flokki 3 skv. Clavien-Dindo eftir að hafa þurft frekara læknisinngríp (enduraðgerð (n=7), ástungu á ígerð (e. *abscess*) (n=1), sár opnað og hreinsað (n=1) og sárasogsmeðferð (e. *vacuum assisted closure*) (n=1). Einn þátttakandi lést í kjölfar kviðarholssýkingar og fór því í flokk 5 skv. Clavien-Dindo-flokkuninni. Dánartíðni vegna sýkinga var því 1,4% í þessari rannsókn.

Þvagfærasýking var algengasta tegund sýkingar meðal þátttakenda eða 24,3% (n=17). Rúmur þriðjungur þeirra sem fengu þvagfærasýkingu fengu einnig þvagteppu (6/17), en alls fengu tíu þátttakendur þvagteppu eftir aðgerðina (14,3%). Þátttakendur sem fengu þvagteppu eftir aðgerðina voru marktækt líklegri til þess að fá þvagfærasýkingar en þeir sem ekki fengu þvagteppu ($\chi^2(1)=8,093, p=0,004$). Þannig var þvagfærasýking hjá þeim sem ekki fengu þvagteppu 18,3% (n=11) en 60% (n=6) hjá þeim sem fengu þvagteppu. Þeir þátttakendur sem fengu þvagteppu eftir aðgerðina þurftu í flestum tilfellum (8/10) að fá annan þvaglegg og þar af útskrifuðust sex þeirra með þvaglegg. Þvagi var tappað af þvagblöðu hinna tveggja þátttakendanna sem fengu þvagteppu eftir aðgerðina og þurftu þeir því ekki annan þvaglegg.

Algengast var að þvagleggurinn væri fjarlægður á öðrum degi eftir aðgerð (spönn 1–59) en að meðaltali var þvagleggurinn fjarlægður 4,8 dögum eftir aðgerð. Tólf þátttakendur losnuðu við þvaglegginn á fyrsta degi eftir aðgerð og fékk enginn þeirra þvagfærasýkingu. Hins vegar fengu tveir (16,7%) þeirra þvagteppu eftir aðgerðina. Hjá þeim þátttakendum sem losnuðu við þvaglegginn á 2.–3. degi eftir aðgerð fengu 28% þvagfærasýkingu en þvagteppu 4%. Sjö af þeim tíu þátttakendum (70%) sem voru með þvaglegg í 10 daga eða meira fengu þvagfærasýkingu. Þar af voru fjórir af þeim sex þátttakendum sem útskrifuðust með þvaglegg. Ekki reyndist vera marktækt samband á aldri, ASA-flokkun eða tegund aðgerða við að fá þvagfærasýkingu eða þvagteppu. Þeir sjúklingar sem fóru í aðgerð á endaþarmi (38,5% eða 5/13) voru þó líklegri til þess að fá bæði þvagfærasýkingu og þvagteppu en þeir sem fóru í aðgerð á ristli (21,1% eða 12/57) þó munurinn væri ekki marktækur.

Skurðsárasýking varð hjá 14,3% sjúklinga (n=10) og reyndist hún helmingi algengari hjá þátttakendum sem voru 70 ára eða eldri eða 18,4% (7/38) en hjá þátttakendum yngri en 70 ára, 9,4% (3/32), þó munurinn reyndist ekki marktækur. Ekki reyndist heldur marktækur munur á fjölda skurðsárasýkinga hjá þeim sem fóru í opnar aðgerðir (2/28) og þeim sem fóru í kviðsjáraðgerðir (5/32). Skurðsárasýking varð hjá 13,5% (7/52) þátttakenda sem ekki fengu stóma í aðgerðinni en 30% (3/10) hjá þeim sem fengu verndandi stóma. Enginn af þeim átta þátttakendum sem fengu varanlegt stóma fengu skurðsárasýkingu. Þá fékk þriðjungur (3/9) þátttakenda sem voru í flokki offitu (LPS yfir 30) skurðsárasýkingu en um fimmtungur (5/26) þeirra sem voru í kjörþyngd (LPS 18,5–24,9). Ekki reyndist vera marktækur munur á fjölda skurðsárasýkinga eftir ASA-flokkun þátttakenda. Þær skurðsárasýkingar sem komu upp voru meðhöndlaðar á eftirfarandi hátt: Sárasogsmeðferð og sýklalyf (n=2), opnun á skurðsári og sýklalyf (n=1), einungis sýklalyf (n=6), einungis sáraumbúðir (n=1). Eini þátttakandinn sem ekki fékk sýklalyf við sárasýkingu var í líknandi meðferð.

Sýkingu í kviðarhol fengu 18,6% (n=13) og er meginástæða þess rof á samtengingu. Af þeim 67 þátttakendum sem gerð var á ristilsamtenging í aðgerðinni fengu 10 eða 14,9% rof á tenginguna eftir aðgerð og kviðarholssýkingu í kjölfarið. Af þeim fóru fimm þátttakendur í enduraðgerð en hinir fimm

fengu eingöngu meðferð með sýklalyfjum. Aðrar kviðarholssýkingar, sem upp komu, voru í tveimur tilfellum ígerð í kvið án staðfestingar á samtengingarrofi og rof á smágirni í einu tilfelli.

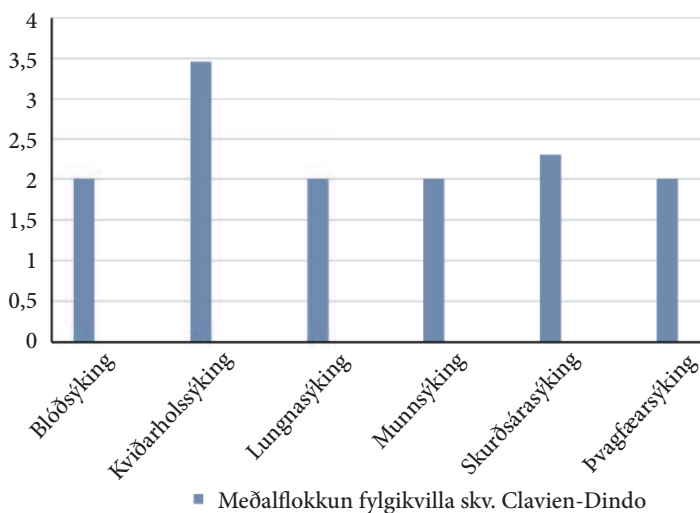
Alls fengu 18 þátttakendur stóma í frumaðgerðinni. Þar af fengu 11 verndandi stóma og sjö fengu varanlegt stóma. Að auki fengu þrír þátttakendur til viðbótar stóma í enduraðgerð vegna rofs á samtengingu. Mun hærra hlutfall sýkinga var hjá þeim sem fengu stóma í frumaðgerðinni eða 55,7% (10/18) en hjá þeim sem ekki fengu stóma eða 40,4% (21/52). Einn þátttakandi fékk fistil (*e. fistula*) í stómað og kviðarholssýkingu í kjölfarið og fór í enduraðgerð og annar þátttakandi fékk sýkingu í stómað (*e. stomatitis*) og var meðhöndlaður með sýklalyfjum vegna þess.

Sex þátttakendur (8,6%) voru með staðfesta sýkingu í blóði samkvæmt blóðræktun eftir aðgerð og fengu sýklalyfjagjöf í æð vegna þess. Einnig fengu sex þátttakendur (8,6%) sveppasýkingu í munnhol eftir aðgerðina. Hærra hlutfall þeirra sem voru með viðvarandi þarmalömun í meira en þrjá daga (*e. prolonged ileus*) og föstuðu, fengu sýkingu í munnhol eða 28,6% (4/14) á móti 3,6% (2/56) af þeim sem ekki voru með viðvarandi þarmalömun. Þá fengu tveir þátttakendur lungnabólgu eftir aðgerð eða 2,9% og meðhöndlun vegna þess með sýklalyfjum. Einn þátttakandi (1,4%) fékk VÓE-sýkingu í sjúkrahúslagunni eftir aðgerð og fékk meðhöndlun við því.

Af þeim þátttakendum sem fengu sýkingu þurftu fjórir (12,9%) á gjörgæslulegu að halda auk þess sem níu þátttakendur (29%) þurftu að fara í enduraðgerð innan 30 daga. Þá þurftu sex (19,4%) af þeim þátttakendum sem höfðu fengið sýkingu eftir aðgerð endurinnlögn innan 30 daga frá aðgerð.

Ekki reyndist vera marktækur munur á tíðni sýkinga eftir því hvort þátttakendur fóru í aðgerð á hægri hluta ristils, vinstri hluta ristils eða endaparmi. Hjá þeim sem fóru í opna skurðaðgerð fengu 57,1% (16/28) sýkingu en 28,1% (9/32) þeirra sem fóru í kviðsjáraðgerð. Af þeim sem fóru í kviðsjáraðgerð þar sem skipta þurfti yfir í opna aðgerð fengu 60% (6/10) sýkingu.

Flokkun fylgikvilla skv. flokkun Clavien-Dindo sýndi að kviðarholssýkingar voru alvarlegasta tegund sýkinga í rann-



Mynd 2. Clavien-Dindo-flokkun fylgikvilla

sókninni en meðaltal á Clavien-Dindo-flokkun slíkra sýkinga var 3,46. Þar á eftir komu skurðsárasýkingar með 2,30 skv. Clavien-Dindo. Þvagfærasýkingarnar, sem voru algengasta tegund sýkinga í rannsókninni, voru 2,00 að meðaltali líkt og blóðsýkingar, munnsýkingar og lungnasýkingar en þessar tegundir sýkinga voru meðhöndlaðar með sýklalyfjum í öllum tilfellum. Mynd 2 sýnir meðalalvarleika hvernar tegundar sýkinga skv. Clavien-Dindo á kvarðanum 1–5.

Alls var líkamshiti skráður hjá 90% (n=63) þátttakenda meðan á aðgerð stóð en ekki hjá 10% (n=7). Þeir þátttakendur sem voru með 36,0°C eða lægri líkamshita við upphaf aðgerðar voru mun líklegri til að fá kviðarholssýkingar og þvagfærasýkingar eftir aðgerðina. Þá voru þeir þátttakendur sem voru með líkamshita 36,0°C eða lægri við aðgerðarlok líklegri til þess að fá kviðarholssýkingar, skurðsárasýkingar og þvagfærasýkingar en þeir sem voru yfir 36,0°C við lok aðgerðar (tafla 4).

Tafla 4. Tíðni helstu sýkinga eftir skráðum líkamshita við upphaf og lok aðgerða

	Fyrsti mældi líkamshiti ≤36°C (n=22)*	Fyrsti mældi líkamshiti >36°C (n=41)*	Líkamshiti ≤36°C við aðgerðarlok (n=17)*	Líkamshiti >36°C við aðgerðarlok (n=46)*
Kviðarholssýking	7 (32%)	5 (12%)	4 (24%)	8 (17%)
Þvagfærasýking	8 (36%)	7 (17%)	5 (30%)	10 (22%)
Skurðsárasýking	1 (5%)	6 (15%)	3 (18%)	3 (7%)

* Sami þátttakandi getur verið með fleiri en eina sýkingu

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna háa tíðni sýkinga eftir skurðaðgerðir vegna krabbameins í ristli og endaparmi. Sýkingatíðnin var 44,3% og er það töluvert yfir því sem erlendar rannsóknir sýna þar sem færri en 25% sýkjast eftir slíkar aðgerðir (Banaszkiewicz o.fl., 2017; Serra-Aracil o.fl., 2011; Ukwenya og Ahmed, 2013). Þvagfærasýkingar voru algengustu sýkingarnar í þessari rannsókn en einnig voru kviðarholssýkingar og skurðsárasýkingar tíðar.

Þvagfærasýkingar voru mun algengari en erlendar rannsóknir gefa til kynna því þar fá yfirleitt innan við 5% sjúklinga þvagfærasýkingu (Kang o.fl., 2012; Okrainec o.fl., 2017; Sheka o.fl., 2016). Þessar tíðu þvagfærasýkingar koma á óvart. Rannsóknir hafa sýnt tengsl milli þess hversu lengi þvagleggur er hafður í sjúklingum eftir aðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi og fjölda þvagfærasýkinga (Kin o.fl., 2013; Kwaan o.fl., 2015; Okrainec o.fl., 2017). Á Landspítala eru í gildi leiðbeiningar um verklag varðandi þvagleggi eftir skurðaðgerð og ráðleggingar sýkingavarna varðandi inniliggjandi þvagleggi. Niðurstöður benda til þess að sjúklingar séu lengur með þvaglegg en ráðlagt er samkvæmt leiðbeiningum og það getur skýrt að einhverju leyti algengi þvagfærasýkinga. Í ljósi þessara

niðurstaðna má velta fyrir sér hvort leiðbeiningunum er ekki fylgt sem skyldi og gefa niðurstöðurnar tilefni til þess að það sé kannað nánar.

Tíðar kviðarholssýkingar má að mestu leyti tengja við rof á samtengingum eða þörmum svo að að öllum líkindum eru dauðhreinusuð vinnubrögð við aðgerðirnar viðunandi. Rof á samtengingum er hins vegar algengara en í samanburðarlöndunum þar sem það verður yfirleitt hjá innan við 10% sjúklinga (Aziz o.fl., 2006; Tjandra og Chan, 2006).

Skurðsárasýkingar voru einnig algengari í þessari rannsókn, en þær eru undir 10% í erlendum rannsóknum (Aziz o.fl., 2006; Tjandra og Chan, 2006). Ástæða þessa er ekki ljós en má hugsanlega rekja að einhverju leyti til undirbúnings húðar fyrir aðgerð, mengunar í aðgerðinni eða vali á umbúðum. Þó hefur meðhöndlun skurðsára eftir aðgerð og ástand sjúklings einnig áhrif. Sjúklingar eldri en 70 ára sýktust oftar en þeir sem yngri eru og einnig þeir sem fengu stóma í aðgerðinni. Munurinn á þeim sem fengu sýkingu í munnhól eftir aðgerð og föstuðu vegna viðvarandi þarmalömunar og þeirra sem ekki fengu viðvarandi þarmalömun beinir sjónum að mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar séu vakandi fyrir munnhirðu sjúklinga sem eru fastandi og meðhöndlun á magasondum.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að sjúklingar sem kólnuðu niður í 36°C eða lægra fyrir aðgerð hafi verið líklegri til þess að fá sýkingar en þeir sem ekki kólnuðu svo mikið. Er það í samræmi við erlendar rannsóknir (Kurz o.fl., 1996; Serra-Aracil o.fl., 2011; Young og Watson, 2006). Hitatap er mikið með uppgufun úr opnum kviðarholsskurði en sjúklingar sem gengust undir kviðsjáraðgerðir kólnuðu einnig töluvert. Af þeim sjúklingum sem voru með skráðan líkamshita voru 22% sem fóru í kviðsjáraðgerð með líkamshita $\leq 36^\circ\text{C}$ samanborið við 35% hjá þeim sem fóru í opna aðgerð eða kviðsjáraðgerð þar sem skipt var yfir í opna aðgerð. Það dró að einhverju leyti úr líkum á sýkingum að hita kalda þátttakendur upp á meðan á aðgerðinni stóð en áhrifin þyrfti að staðfesta betur með annarri rannsókn. Í leiðbeiningum AORN kemur fram að hugleiða ætti virka hitun sjúklinga, sem hætt er við ofkælingu, í a.m.k. 15 mínútur áður en svæfing eða deyfing hefst til að draga úr lækun á líkamshita fyrir aðgerð og við innleiðslu svæfingar (AORN, 2007). Hár aldur sjúklinga, lágur líkamspyngdarstuðull og lágur blóðþrýstingur sjúklinga í aðgerð eru helstu áhættuþættirnir fyrir lækun á líkamshita hjá fullorðnu fólki sem gengst undir stórar skurðaðgerðir (Kasai o.fl., 2002). Í þessari rannsókn eru vísbendingar um að sjúklingar 70 ára og eldri séu líklegri til að fá sýkingu. Þá geta núverandi sjúkdómsástand sem og tegund og lengd skurðaðgerðar einnig stuðlað að lækun líkamshita í aðgerð (Burger og Fitzpatric, 2009). AORN mælir með að fylgst sé með kjarnhita sjúklinga í aðgerðum með mælingum á hljóðhimnunni, neðri hluta vélinda, nefholi eða lungnaslagæð (AORN, 2007). Með rétttri hjúkrunarmæðferð má draga verulega úr hitatapi sjúklinga í skurðaðgerðum og draga úr alvarlegum aukaverkunum hitataps (Murray o.fl., 2010). Áhrifaríkasta leiðin til að draga úr líkum á hitatapi í aðgerð er að nota virka hitun með hitablásara eða hitateppum með vatnshríngrás. Aðrar aðferðir, sem draga úr hitatapi, eru meðal annars notkun á 37°C heitum

skolvökva og innrennslisvökva í aðgerðum, hafa hitann inni á skurðstofunni yfir 26°C, hylja húð með teppum eins og kostur er, nota ekki köld sótthreinsiefni og nota hlýtt loft til innöndunar á svæfingarvélum og við speglanir (AORN, 2007).

Til þess að draga úr líkum á sýkingum í kjölfar skurðaðgerða er mikilvægt að farið sé eftir leiðbeiningum um sýkingavarnir við handsóttthreinsun, hrein vinnubrögð og varnir gegn hvers konar smiti (Berríos-Terra o.fl., 2017; Lee, 2000). Skurðhjúkrunarfræðingar hafa meðal annars umsjón með dauðhreinusuðum vinnubrögðum á skurðstofum ásamt því að setja upp þvagleggi, sótthreinsa skurðsvæðið og verja sjúklinga fyrir óæskilegu tapi á líkamshita. Allt er það gert til þess að minnka líkur á sýkingum eftir aðgerð. Eftir að aðgerð lýkur er mikilvægt að aðrir umönnunaraðilar viðhafi einnig hrein vinnubrögð og smitgát til að forðast sýkingar. Rannsóknin sýnir einnig mikilvægi þess að skrá sýkingar eftir skurðaðgerðir markvisst. Þá sýnir hún mikilvægi þess að upplýsingum um sýkingar sé miðlað til þess starfsfólks sem sinnir sjúklingunum svo hægt sé að meta árangur starfsins og vinna að umbótum.

Rannsóknin hefur þann styrkleika að úrtakið er nánast allt þýðið, en 70 af 71 þeirra sem fóru í skurðaðgerð á ristli eða endaparmi á Landspítala á rannsóknartímabilinu voru þátttakendur í rannsókninni. Clavien-Dindo-flokkunarkerfið er einfalt og staðlað mælitæki sem er vel til þess fallið að flokka fylgikvilla hlutlaust út frá þeirri meðferð sem beitt er við fylgikvillum og dregur úr vægi persónulegra skoðana rannsakenda.

Gagnaöflun var öll í höndum eins rannsakanda en það tryggir ákveðna samfellu og áreiðanleika í rannsókninni. Gagna var þó að hluta af lað úr sjúkraskrár þar sem margir sáu um skráningu og slíkt getur dregið úr áreiðanleika gagnanna.

Rannsóknartímabilið var einungis 6 mánuðir. Það takmarkaði vissulega fjölda þátttakenda og er það veikleiki rannsóknarinnar. Fjöldi þátttakenda var takmarkandi þáttur í útreikningum á tölfræðilegri marktækni sambanda. Einnig eru meiri líkur á tímabundnum sveiflum í árangri aðgerða á svo stuttu rannsóknartímabili. Rannsóknin var að hluta unnin á tímum kjaradeilna heilbrigðisstarfsfólks og mönnunarvanda á legudeildum þessa sjúklingahóps og kann það að hafa haft áhrif á niðurstöðurnar. Þó svo að yfir 90% skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaparmi á Íslandi séu framkvæmdar á Landspítala þá eru aðgerðirnar einnig gerðar á öðrum sjúkrahúsum og segja niðurstöður þessarar rannsóknar ekkert til um sýkingatíðni í kjölfar þeirra aðgerða.

Ályktanir

Fylgikvillar eftir skurðaðgerðir vegna krabbameins í ristli og endaparmi eru algengir á Landspítala miðað við erlendar rannsóknir. Greina þarf ferli sjúklinga sem fara í skurðaðgerð vegna krabbameins í ristli og endaparmi á Landspítala, allt frá undirbúningi fyrir aðgerð, framkvæmd aðgerðarinnar og meðhöndlun eftir aðgerð til þess að reyna að skilja ástæður þess að sýkingar eru svo algengar og leita leiða til að bæta verklag og fækka sýkingum.

Heimildir

- AORN (Association of periOperative Registered Nurses). (e.d.). Guidelines for perioperative practice. Sótt á <https://aorn.org/guidelines>.
- AORN. (2007). Recommended practices for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. *AORN Journal*, 85(5), 972–4, 976–84, 986–8. doi: 10.1016/j.aorn.2007.04.015
- Armstrong, J. G., Li, C. H., Liao, J., og Byrn, J. C. (2017). Right colectomy and abdominal perineal resection for cancer: Do urinary tract infections impact outcomes? *Surgical Infections*, 18(5), 570–576. doi: 10.1089/sur.2016.282
- Attaluri, V., Kiran, R. P., Vogel, J., Remzi, F., og Church, J. (2011). Risk factors for urinary tract infection in colorectal compared with vascular surgery: A need to review current present-on-admission policy? *American College of Surgeons*, 212(3), 356–361. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.014
- Aziz, O., Constantinides, V., Tekkis, P. P., Athanasiou, T., Purkayastha, S., Paraskeva, P., o.fl. (2006). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: A meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 13(3), 413–424. doi: 10.1245/ASO.2006.05.045
- Banaszkiewicz, Z., Cierzniaowska, K., Tojek, K., Koztowska, E., og Jawien, A. (2017). Surgical site infection among patients after colorectal cancer surgery. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 89(1), 9–15. doi: 10.5604/01.3001.0009.5858
- Berrios-Terra, S. I., Umscheid, C.A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., o.fl. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection. *JAMA Surgery*, 152(8), 784–791. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904
- Burger, L., og Fitzpatrick, J. (2009). Prevention of inadvertent perioperative hypothermia. *British Journal of Nursing*, 18(18), 1114–1119.
- COLOR (2005). Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: Short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncology*, 6(7), 477–484. doi: 10.1016/S1470-2045(05)70221-7
- Dietz, D. W. (2011). Complications in colorectal surgery. Í D. E. Beck, P. L. Roberts, T. J. Saclarides, A. J. Senagore, M. J. Stamos og S. D. Wexner: *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, 2. útgáfa (bls. 157–173). New York: Springer.
- Dindo, D., Demartines, N., og Clavien, P.-A. (2004). Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and result of survey. *Annals of Surgery*, 240(2), 205–213. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae
- Hart, S. R., Bordes, B., Hart, J., Corsino, D., og Harmon, D. (2011). Unintended perioperative hypothermia. *The Ochsner Journal* 11(3), 259–270.
- Huebner, M., Hübner, M., Cima, R. R., og Larson, D. W. (2014). Timing of complications and length of stay after rectal cancer surgery. *The Journal of the American College of Surgeon*, 218(5), 914–919. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.12.042
- Kang, C. Y., Chaudhry, O. O., Halabi, W. J., Nguyen, V., Carmichael, J. C., Mills, S., o.fl. (2012). Risk factors for postoperative urinary tract infection and urinary retention in patients undergoing surgery for colorectal cancer. *American Journal of Surgery*, 78(10), 1100–1004.
- Kasai, T., Hirose, M., Yaegashi, K., Matsukawa, T., Takamata, A., og Tanaka, Y. (2002). Preoperative risk factors of intraoperative hypothermia in major surgery under general anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 95(5), 1381–1383. doi: 10.1097/00000539-200211000-00051
- Kin, C., Rhoads, K. F., Jalali, M., Shelton, A. A., og Welton, M.L. (2013). Predictors of postoperative urinary retention after colorectal surgery. *Diseases of the Colon & Rectum* 56(6), 738–46. doi: 10.1097/DCR.0b013e318280aad5
- Kirchhoff, P., Clavien, P.-A., og Hahnloser, D. (2010). Complications in colorectal surgery: Risk factors and preventive strategies. *Patient Safety in Surgery*, 4(1), 5–17. doi: 10.1186/1754-9493-4-5
- Kurz, A., Sessler, D. I., og Lenhardt, R. A. (1996). Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. *New England Journal of Medicine*, 334 (19), 1209–1215. doi: 10.1056/NEJM199605093341901
- Kwaan, M. R., Lee, J. T., Rothenberger, D. A., Melton, G. B., og Madoff, R. D. (2015). Early removal of urinary catheters after rectal surgery is associated with increased urinary retention. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58(4), 401–405. doi: 10.1097/DCR.0000000000000317
- Lacy, A. M., Garcia-Valdecasas, J. C., Delgado, S., Castells, A., Taurá, P., Pigué, J. M. o.fl. (2002). Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: A randomised trial. *The Lancet*, 359(9325), 2224–2229. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09290-5
- Lee, J. T. (2000). A new surgical site infection (SSI) prevention guideline. *Surgical Infection* 1(2), 127–131. doi: 10.1089/109629600321173
- McSorley, S. T., Horgan, P. G., og McMillan, D. C. (2016). The impact of the type and severity of postoperative complications on long-term outcomes following surgery for colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 97(1), 168–177. doi: 10.1016/j.critrevonc.2015.08.013
- Murray, B. W., Huerta, S., Dineen, S., og Anthony, T. (2010). Surgical site infection in colorectal surgery: A review of the nonpharmacologic tools of prevention. *The Journal of the American College of Surgeon*, 211(6), 812–822. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.07.025
- Okraine, A., Aarts, M.-A., Conn, L. G., McCluskey, S., McKenzie, M., Pearlsall, E. A., o.fl. (2017). Compliance with urinary catheter removal guidelines leads to improved outcome in enhanced recovery after surgery patients. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 21(8), 1309–1317. doi: 10.1007/s11605-017-3434-x
- Regenbogen, S. E., Read, T. E., Roberts, P. L., Marcello, P. W., Schoetz, D. J., og Ricciardi, R. (2011). Urinary tract infection after colon and rectal resections: More common than predicted by risk-adjustment models. *American College of Surgeons*, 213(6), 784–792. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.013
- Samuel, J., og Mulwafu, W. (2010). Surgical site infections (SSIs), antimicrobial agents, universal precautions and post-exposure prophylaxis. Í *UNC School of Medicine: Hospital and Healthcare Innovation book 2009/2010* (bls. 120–126). Sótt á https://www.scribd.com/document/251007532/09-10?language_settings_changed=English#
- Schootman, M., Lian, M., Pruitt, S. L., Hendren, S., Mutch, M., Deshpande, A. D., o.fl. (2014). Hospital and geographic variability in two colorectal cancer surgery outcomes: Complications and mortality after complications. *Annals of Surgical Oncology*, 21(8), 2659–2666. doi: 10.1245/s10434-013-3472-x
- Serra-Aracil, X., Garcia-Domingo, M. I., Parés, D., Espina-Basany, E., Biondo, S., Guiaro, X., o.fl. (2011). Surgical site infection in elective operations for colorectal cancer after application of preventive measures. *Archives of Surgery*, 146(5), 606–612. doi: 10.1001/archsurg.2011.90
- Sheka, A. C., Tevis, S., og Kennedy, G. D. (2016). Urinary tract infection after surgery for colorectal malignancy: Risk factors and complications. *The American Journal of Surgery*, 211(1), 31–39. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.06.006
- Tjandra, J. J., og Chan, M. K. Y. (2006). Systematic review on the short-term outcome after laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Disease*, 8(5), 375–388. doi: 10.1111/j.1463-1318.2006.00974.x
- Ukwenya, Y. A., og Ahmed, A. (2013). Surgical site infection following colorectal cancer surgery: Observation from Zaria, Northern Nigeria. *Archives of International Surgery*, 3(2), 92–96. doi: 10.4103/2278-9596.122925
- van der Pas, M. H. G. M., Haglind, E., Cuesta, M. A., Fürst, A., Lacy, A. M., Hop, W. C. J., o.fl. (2013). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): Short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncology*, 14(3), 210–218. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70016-0
- Young, L., og Watson, M. E. (2006). Prevention of perioperative hypothermia in plastic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 26(5), 551–571. doi: 10.1016/j.asj.2006.08.009

English Summary

Olafsson, B. O., Thoroddsen, A.

Postoperative infection after surgery for colorectal cancer

Aim: Colorectal cancer is the third most common cancer in Iceland for both men and women. Surgery is the main treatment for colorectal cancer with the aim to cure. Infection rate can be used to evaluate the quality of perioperative nursing care. The aim of this study was to explore the rate of postoperative infections after surgery for colorectal cancer in the Landspítali National University Hospital in Iceland which was unknown.

Method: This was a descriptive, prospective study. The occurrence of infections in all patients who underwent surgery for colorectal cancer from March 15 to September 15 2015 within 30 days postoperatively were explored. Participants were 70 patients. Information was obtained by interviews with the subjects and from patient records. All symptoms of infection that required treatment during the 30 day postoperative period were defined as complications. The Clavien-Dindo system, which classifies complications according to the treatment needed, was used.

Results: Postoperative infection occurred in 44.3% (31/70). Urinary tract infections were most frequent (24.5%), followed by intraabdominal infections (18.6%), surgical site infections (14.3%) and sepsis (8.6%). Other infections that occurred were oral infection, pneumonia, stomatitis and vancomycin-resistant enterococci (VRE) infection. Mortality caused by infection was 1.4%.

Conclusion: Postoperative infection rate after surgery for colorectal cancer was high compared to other countries. Use of procedures related to urinary catheters deserves special attention. The study results indicate the importance of having prospective registry for infections to evaluate quality of surgery and nursing care.

Keywords: Perioperative nursing, surgery, infection, colorectal.

Correspondent: birgirol@landspitali.is

LSR FYRIR HJÚKRUNARFRÆÐINGA



Frá og með 1.1.2018 eiga hjúkrunarfræðingar réttindi í tveimur sjóðum hjá LSR:

A-deild LSR

Sjóður fyrir hjúkrunarfræðinga sem hófu störf eftir 1997.

B-deild LSR

Þann 1.1.2018 sameinaðist Lífeyrissjóður hjúkrunarfræðinga B-deild LSR.

Nánari upplýsingar á vef LSR www.lsr.is.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
lsr@lsr.is

www.lsr.is



FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
s: 897 2468



Hálf dán
s: 898 5765

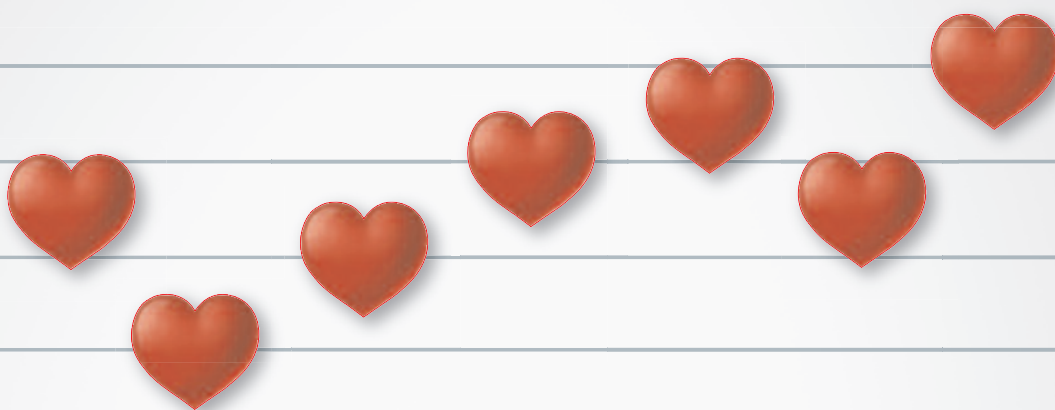


Ólöf
s: 898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is





Fyrir gott hjartalag

Hjartamagnýl® – 75 mg sýrupolnar töflur

Hjartamagnýl sýrupolnar töflur, innihalda 75 mg af asetýlsalícýlsýru. Hjartamagnýl er tekið til að minnka hættuna á að blóðtappar myndist. Notkun þess er takmörkuð við annars stigs forvarnir með langvinnri meðferð við hjarta- og æðasjúkdómum. Notkun Hjartamagnýl er ekki ráðlögð við bráðaaðstæður. Töflunum skal kyngja heilum með ½ glasi af vatni. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.** Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is