

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Fjölskylduhjúkrun bætir samskipti innan fjölskyldu, hefur áhrif á gæði hjúkrunar og verkferla á sjúkradeildum, eykur samvinnu við fjölskyldur, leiðir til styttri innlagna og getur jafnvel komið í veg fyrir endurinnlagnir. Viðhorf hjúkrunarfræðinga geta haft áhrif á það hvort og hvernig þeir veita fjölskylduhjúkrun. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta og dýpka skilning á viðhorfum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Sjúkrahúsinu á Akureyri til fjölskylduhjúkrunar fyrir og á meðan á innleiðingu á Calgary fjölskylduhjúkrunar stóð.

Aðferð

Rannsóknin var íhlutunarrannsókn án samanburðarhóps. Í megindelega hlutanum svöruðu þátttakendur spurningalista um viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun (FINC-NA – Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes) ásamt bakgrunnsspurningum. Rannsóknargögnum og bakgrunnsupplýsingum var safnað hjá öllum hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum á SAK á tveimur tímabilum. Í megindelega hlutanum var unnið með gögnum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á deildum þar sem fjölskylduhjúkrun var innleidd ($n=145$). Á tíma 1 svöruðu 133 þátttakendur (92%) og á tíma 2 svöruðu 132 (89%). Úrvinnsla megindelegra gagna fór fram í SPSS. Í eigindlega hlutanum svöruðu þátttakendur þremur opnum spurningum skriflega. Af öllu þýðinu ($N=205$) svöruðu 87 þátttakendur skriflega spurningum við báðar fyrirleignir sem voru greindar og flokkaðar með aðferðum innihaldsgreiningar.

Niðurstöður

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar var almennt jákvætt. Það breyttist ekki í innleiðingarferlinu. Þátttakendur með hærra menntunarstig og lengri starfsreynslu litu síður á fjölskyldu sem byrði ($p<0,05$). Þátttakendur sem töldu að það væri almenn stefna að hlúa að fjölskyldum á sinni deild höfðu jákvæðara viðhorf ($p<0,05$). Þátttakendur töldu helsta ávinning og hvata fjölskylduhjúkrunar stuðla að auknum gæðum hjúkrunar. En hins vegar töldu þeir helstu hindranir í því að veita fjölskylduhjúkrun vera álagsþættir í starfi, starfsumhverfi og vinnuskipulagi.

Ályktun

Það er mikilvægt að styðja áfram við jákvæðviðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar. Það hefur sýnt sig að jákvætt viðhorf stuðlar að árangursríkari fjölskylduhjúkrun til sjúklinga og aðstandenda.

Lykilorð:

Fjölskylduhjúkrun – Viðhorf hjúkrunarfræðinga – Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Fyrstu megindelegu og eigindlegu niðurstöður um viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til fjölskylduhjúkrunar á íslensku sjúkrahúsi fyrir utan höfuðborgarsvæðið.

Hagnýting: Niðurstöðurnar bæta við þekkingu sem mun nýtast í áframhaldandi þróun og innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar sem meðferðarúrræðis til að bæta gæði hjúkrunar á landsbyggðinni.

Þekking: Þekking á viðhorfum hjúkrunarfræðinga til fjölskylduhjúkrunar er mikilvæg því viðhorf geta haft áhrif á gæði heilbrigðisþjónustu sem sjúklingum og fjölskyldum þeirra er veitt.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Niðurstöður nýtast í að skapa starfsumhverfi sem styður hjúkrunarfræðinga í klínískum störfum þeirra.

Höfundar

ÁSLAUG FELIXDÓTTIR

Sjúkrahús Akureyrar

EYDÍS KRISTÍN

SVEINBJARNARDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskólans á

Akureyri

SNÆBJÖRN ÓMAR GUDJÓNSSON

Sjúkrahús Akureyrar

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Sjúkrahúsinu á Akureyri til fjölskylduhjúkrunar

INNGANGUR

Félagslegt heilbrigði er hluti af heilsu og vellíðan sem hefur áhrif á líkamleg og geðræn veikindi. Jákvæð tengsl innan fjölskyldu og við vini eru mikilvægir hlekkir í félagslegu heilbrigði fólks (Deatrick, 2017). Sýnt hefur verið fram á með fræðilegum kenningum, klínískum störfum fagfólks og vísindarannsóknum að fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan fólks (Mackie o.fl., 2018; Shajani og Snell, 2019). Veikindi fjölskyldumeðlims er viðfangsefni allrar fjölskyldunnar þar sem veikindi geta aukið álag og breytt samskiptum innan fjölskyldunnar. Fjölskylduhjúkrun byggist á því að horft er samtímis á einstaklinginn innan fjölskyldunnar og fjölskylduna sem eina heild (Shajani og Snell, 2019; Wright, 2019). Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið byggist á þeirri hugmyndafræði (Leahey og Wright, 2016; Shajani og Snell, 2019). Með aðferð Calgary líkansins geta hjúkrunarfræðingar veitt fjölskyldum stuðning sem getur haft jákvæð áhrif á bataferli sjúklings og þann stuðning sem þær telja sig fá frá heilbrigðisstarfsfólki. Ígrunduð stutt meðferðarsamtöl við sjúklinga og fjölskyldur um þróun sjúkdóms, batahorfur og meðferð geta aukið skilning á heilsufarsvanda og slíkt getur dregið úr þjáningu fjölskyldna og e.t.v. fækkað endurinnlögnum. Meðferðarheldni eykst þegar fjölskyldur og sjúklingar hjálpast að við að muna hvað fer fram í samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn (Chesla, 2010; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2013; Østergaard o.fl., 2020).

Innleiðing Calgary fjölskylduhjúkrunar fór fram á öllum klínískum sviðum Landspítala á árunum 2007-2011. Meginmarkmið innleiðingarinnar var að færa viðurkennda hugmyndafræðilega þekkingu um fjölskyldustuðning yfir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga til að bæta gæði hjúkrunarþjónustu (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Innleiðingin leiddi af sér meistara- og doktorsverkefni sem bættu við nýrri þekkingu og ný mælitæki urðu til að mæla árangur fjölskylduhjúkrunar (Svavarsdóttir o.fl., 2012; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2012a, Sveinbjarnardóttir o.fl., 2012b).

Framkvæmdastjórn SAK tók ákvörðun árið 2016 um að innleiða Calgary fjölskylduhjúkrun á átta deildum sjúkrahússins. Í stefnumótun sjúkrahússins kemur fram að tilgangur innleiðingarinnar er að efla samvinnu við sjúklinga og fjölskyldur þeirra til þess að skjólstæðingar fái framúrskarandi þjónustu (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2017). Samhliða innleiðingu var tekin ákvörðun af verkefnahópi fjölskylduhjúkrunar á SAK um að framkvæma rannsókn á íhlutun nýrra starfshátta í samstarfi við Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri (HHA). Rannsókuð voru viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun líkt og gert var á Landspítala (Blöndal o.fl., 2014; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Viðhorf og reynsla hjúkrunarfræðinga hefur áhrif á hvort þeir veiti fjölskylduhjúkrun (Shajani og Snell, 2019; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Østergaard o.fl., 2020). Í danskri rannsókn Østergaard og félaga (2020), þar sem 1720 hjúkrunarfræðingar voru spurðir um viðhorf til fjölskylduhjúkrunar, kom í ljós að danskir hjúkrunarfræðingar hafa almennt jákvæð viðhorf til fjölskylduhjúkrunar og telja fjölskyldur sjúklings vera mikilvægar í hjúkrun. Niðurstöður rannsóknarinnar studdu niðurstöður íslenskra rannsókna um að bakgrunnur, fræðsla, þjálfun og reynsla hjúkrunarfræðinga í að veita fjölskylduhjúkrun hefur áhrif á viðhorf þeirra til fjölskyldunnar. Bakgrunnspættir, sem geta haft áhrif á viðhorf, eru m.a.: aldur, kyn, starfsreynsla, reynsla af veikindum í eigin fjölskyldu og menntunarstig. Hjúkrunarfræðingar með styttri starfsreynslu

og minni menntun eru líklegri til að líta á fjölskyldu sjúklings sem byrði og hefja síður samstarf við hana (Benzein o.fl., 2008; Blöndal o.fl., 2014; Luttik o.fl., 2017; Sveinbjarnadóttir o.fl., 2011; Østergaard o.fl., 2020). Hjúkrunarfræðingar sem hafa fengið þjálfun í fjölskylduhjúkrun finna til meiri starfsánægju, hafa sterkari faglega sjálfsmynd, verða fyrir minna álagi í starfi og eru jákvæðari að hafa fjölskyldur með í ráðum (Sigurdardóttir o.fl., 2015; Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til fjölskylduhjúkrunar í tengslum við innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar á SAK. Rannsóknarspurningar, sem leitast var við að svara, eru:

1. Hvert er viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar og er viðhorf þeirra mismunandi eftir bakgrunni?
2. Breyttist viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar meðan á innleiðingu Calgaryfjölskylduhjúkrunar stóð eða eftir að hafa sótt námskeið í Calgary fjölskylduhjúkrun?
3. Hverjar eru helstu hindranir og hver er helsti ávinningur í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til að geta gert fjölskyldumat og veitt fjölskylduhjúkrun á SAK?
4. Hvernig lýsa hjúkrunarfræðingar og ljósmæður því að unnið sé með fjölskyldu á SAK og hverjar eru vangaveltur þeirra í því sambandi?

AÐFERÐ

Rannsóknin var megindleg með þremur eigindlegum spurningum sem svarað var skriflega og var hún hluti meistararannsóknar tveggja nemenda við framhaldsnámsdeild heilbrigðisvísindasviðs HA (Áslaug Felixdóttir, 2019; Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir, 2018). Megindlegi hluti rannsóknarinnar var íhlutunarrannsókn án samanburðarhóps. Íhlutunin var innleiðing fjölskylduhjúkrunar á SAK. Þátttakendur svöruðu spurningalista um viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun (FINC-NA – Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes) ásamt bakgrunnsspurningum. Þátttakendur svöruðu einnig þremur opnum spurningum skriflega í eigindlega hlutanum þar sem þeir lýstu með eigin orðum viðhorfum og skoðunum varðandi hindranir og ávinning við að veita fjölskylduhjúkrun. Í eigindlega hlutanum var notuð aðferð innihaldsgreiningar Graneheim og Lundman (2004) til að flokka niðurstöður.

Umhverfi

SAK er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og er miðstöð sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu á Norður- og Austurlandi. Það veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu, þar sem áhersla er lögð á bráðþjónustu og helstu sérgreinameðferðar. SAK er kennslusjúkrahús og þekkingarstofnun sem leggur metnað í kennslu og rannsóknir í heilbrigðisvísindum og starfsemin hefur hlotið alþjóðlega gæðavottun (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2019). Samvinna SAK og HA í kennslu og vísindarannsóknunum er

innan Heilbrigðisvísindastofnunar Háskólans á Akureyri (HHA) samkvæmt samstarfssamningi (Háskólinn á Akureyri, e.d.). Tekin var ákvörðun um að innleiða fjölskylduhjúkrun á almenna göngudeild, barnadeild, fæðingardeild, legudeild geðdeildar, gjörgæsludeild, Kristnesspítala, lyflækningadeild og skurðlækningadeild (nefndar innleiðingardeildir í þessari grein).

Þátttakendur

Þýði og úrtak rannsóknar voru allir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður á launaskrá SAK 1. desember 2016 (tími 1) og 1. mars 2018 (tími 2) með það að markmiði að kanna almennt viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á sjúkrahúsinu til fjölskylduhjúkrunar. Fyrir innleiðingu voru spurningalistar (FINC-NA) lagðir fyrir alla þátttakendur (þýði) og fyrir lögn þeirra endurtekin í innleiðingarferlinu eða 14 mánuðum síðar á sama hópi. Í megindlega hluta rannsóknarinnar var ákveðið að greina rannsóknargögn sem tilheyrðu innleiðingardeildum (tilgreindar að framan) vegna ófullnægjandi svörunar á öðrum deildum. Svörun þátttakenda í megindlega hlutanum var góð, á tíma 1 svöruðu 133 þátttakendur (92%) og á tíma 2 svöruðu 132 þátttakendur (89%). Breyting á stærð úrtaksins á tíma 1 og tíma 2 skýrist af starfsmannaveltu. Í eigindlega hlutanum var ákveðið að greina skrifleg svör þeirra 87 þátttakenda sem svöruðu við báðar fyrirfagnir, þ.e. bæði á tíma 1 og tíma 2, vegna dræmrar svörunar í skriflegu spurningunum.

Mælitæki

Gagna var aflað með spurningalistanum FINC-NA ásamt þremur skriflegum spurningum. Á spurningalistanum eru 26 spurningar sem skiptast í fjóra þætti, þ.e. fjölskyldan sem samstarfsaðili og þátttakandi í hjúkrun, góð samskipti við fjölskylduna, fjölskyldan sem byrði og fjölskyldan sem uppspretta bjargráða eða eigin úrræða (Benzein o.fl., 2008). Svarmöguleikar voru fjórir: ósammála, frekar ósammála, frekar sammála og sammála. Bakgrunnur þátttakenda var metinn með átta spurningum. Þrjár eigindlegar opnar spurningar tilheyrðu rannsóknargögnum. Spurningar í eigindlega hlutanum voru þýddar, staðfærðar og forprófaðar á íslensku úr rannsókn Simpson og Tarrant (2006) þar sem megintilgangur var að búa til sjálfsmatslista fyrir hjúkrunarfræðinga til að mæla breytingar á framkvæmd eða innleiðingu fjölskylduhjúkrunar.

Réttmæti og áreiðanleiki

Þegar FINC-NA-spurningalistinn var þýddur og forprófaður reyndist áreiðanleiki á íslensku í heild ágætur (Cronbachs-alfa 0,906) og fyrir 3 af undirþáttunum (0,73-0,87), en áreiðanleiki fyrir þáttinn fjölskyldan sem byrði var 0,58 (Arna Skúladóttir o.fl., 2010). Áreiðanleikastuðull undir 0,7 er álitinn frekar lágur en þó nothæfur í hóprannsóknunum (Guðrún Pálmadóttir, 2013). Í þessari rannsókn mældist áreiðanleiki fyrir listann í heild 0,846 og fyrir 3 af undirþáttunum 0,61-0,78 en þátturinn fjölskyldan sem byrði mældist einnig lægstur eða 0,511 og er það lægra en æskilegt er.

Spurningarnar í eigindlega hlutanum voru forprófaðar á 140 geðhjúkrunarfræðingum og sýndu niðurstöður að spurningarnar voru trúverðugar (Simpson og Tarrant, 2006). Einnig voru þær forprófaðar í íslensku doktorsverkefni (Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, 2012).

Framkvæmd

Tengiliðir fjölskylduhjúkrunar fengu rannsóknargögn merkt ákveðnum númerum (dulkóðuð) í hendur og var úthlutað deildum á SAK til þess að leggja rannsóknargögnin fyrir. Upplýsingablað var afhent þátttakendum við fyrirögn. Ef viðkomandi svaraði spurningum var það staðfesting á samþykki fyrir þátttöku í rannsókn. Að svörun lokinni var rannsóknargögnum komið fyrir í umslagi sem var innsiglað í viðurvist þátttakenda. Sama aðferð var notuð við söfnum rannsóknargagna á tíma 1 og tíma 2.

Íhlutun

Undirbúningur innleiðingar fjölskylduhjúkrunar á SAK hófst í september 2016 og stóð til áramóta 2016-2017. Innleiðingin á SAK byggðist á þekkingargrunni og áætlunum sem þegar voru til staðar innan Landspítalans en óskað var eftir samráði og leiðsögn frá fagráði fjölskylduhjúkrunar á Landspítalanum. Leiðsögn sérfræðinganna fól í sér kennslu um hugmyndafræði, viðtalstækni og klíniska þjálfun. Í upphafi var skipaður verkefnastjóri innleiðingar fjölskylduhjúkrunar á SAK en hann ásamt forstöðuhjúkrunarfræðingum innleiðingardeilda tilnefndu 15 tengiliði fjölskylduhjúkrunar. Tengiliðir fengu skýrt hlutverk samkvæmt starfslýsingu og unnu sameiginlega að aðgerðaráætlun. Þeir funduðu reglulega til að styrkja sig í hlutverki sínu sem fólst m.a. í fræðslu, stuðningi, handleiðslu, þjálfun og umræðum um Calgary fjölskylduhjúkrun við aðra hjúkrunarfræðinga á SAK. Á undirbúningstímabilinu var útbúin rannsóknaráætlun ásamt miðlægum gæðaskjölum og stefnumótun fjölskylduhjúkrunar á SAK leit dagsins ljós.

Til að festa innleiðingu í sessi á SAK voru útbúnar verklagsreglur, vasaspjöld með leiðbeiningum fyrir starfsfólk, stöðluð hjúkrunargreining innleidd ásamt kennslufni sem tengiliðir notuðu við almenna fræðslu á sínum deildum. Á deildunum var sett fram innleiðingaráætlun og skilgreind voru viðmið og markhópar þeirra sjúklinga sem fengu fjölskylduhjúkrun. Með framangreindu miðlægu verklagi var reynt að tryggja að tengiliðir notuðu sömu aðferðafræði til að koma kennslufni til skila til að auka innri áreiðanleika íhlutunar fjölskylduhjúkrunar á SAK. Formlegar og óformlegar kynningar á fjölskylduhjúkrun fyrir annað starfsfólk sjúkrahússins voru haldnar á innleiðingartímabilinu. Allt fræðslufni, allar upplýsingar um innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar eru aðgengilegar starfsfólki SAK.

Innleiðing og fræðsla fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður stóð frá 1. febrúar 2017 til 1. maí 2017, eftir það var unnið samkvæmt stefnumótun og verklagi fjölskylduhjúkrunar á SAK. Á komandi vikum og mánuðum verður stofnaður faghópur fjölskylduhjúkrunar á SAK í samvinnu við Heilbrigðisvísindastofnun HA. Helsta markmið faghópsins verður að tryggja áframhaldandi fjölskylduhjúkrun á SAK ásamt því að halda áfram að rannsaka áhrif fjölskylduhjúkrunar á sjúklinga og fjölskyldur. Ákveðið hefur verið að fagráð fjölskylduhjúkrunar á Landspítala og tilvonandi faghópur fjölskylduhjúkrunar á SAK verði í áframhaldandi samstarfi.

Siðfræði

Sótt var um leyfi til framkvæmdastjóra hjúkrunar um að leggja rannsóknina fyrir. Söfnun rannsóknargagna og úrvinnsla þeirra var tilkynnt til Siðanefndar heilbrigðisrannsókna á SAK

(SSAk nr. 1/2017) og til Persónuverndar (nr. S8337/2017) þar sem fyrir lá að rannsóknin er ekki leyfisskyld. Í allri vinnslu og úrvinnslu rannsóknargagna var eingöngu unnið með rannsóknarnúmer og því ekki hægt að rekja svör til einstakra þátttakenda.

Gagnagreining

Tölfræðiforritið SPSS, útgáfa 25.0, var notað við úrvinnslu gagna. Þegar bakgrunnsbreytur voru skoðaðar var notuð lýsandi tölfræði þar sem athuguð var tíðni og hlutföll. Þegar unnið var úr meginlegum gögnum til þess að skoða viðhorf hjúkrunarfræðinga var unnið með fjóra þætti spurningalistans. Listinn var einnig skoðaður í heild sinni. Spurningum var svarað á fjögurra punkta raðkvarða, fyrir hverja spurningu er hægt að fá frá einu og upp í fjögur stig. Fleiri stig þýða jákvæðara viðhorf. Í þættinum sem snýr að **fjölskyldan sem byrði** er stígunum snúið við í greiningu gagna svo að fleiri stig endurspeglir jákvæðara viðhorf eins og í hinum þáttunum. Þegar þátttakandi svaraði ekki spurningu (e. missing values) í þætti þá reiknaðist það ekki til stiga, hvorki í þeim þætti né til heildarstiga. Til þess að mæla viðhorf hjúkrunarfræðinga var byrjað með lýsandi tölfræði þar sem meðaltöl og staðalfrávik voru skoðuð. Til þess að skoða hvort viðhorf hefðu breyst á milli mælinga var gerður samanburður á meðaltölum og til þess notað parað t-próf. Notað var t-próf tveggja óháðra úrtaka (e. independent t-test) til þess að skoða hvort munur væri á tveimur hópum og loks var dreifigreining (e. ANOVA) notuð til að skoða mun á viðhorfi hjá fleiri en tveimur hópum. Til þess að meta marktækni var miðað við öryggismörkin $p < 0,05$.

Í eigindlega hluta rannsóknarinnar var aðferð innihalds-greiningar (e. content analysis) notuð samkvæmt lýsingu Graneheim og Lundman (2004). Svörin voru skrifuð orðrétt upp og sett í yfirflokka eftir eigindlegum spurningum, þ.e. hindrandi þætti, hvata og ávinning og hvernig unnið var með fjölskyldur. Eftir þá vinnu fóru þrír rannsakendur yfir gögnin hver fyrir sig og veltu fyrir sér viðhorfum til að finna samhljóm í flokkunum. Eftir greiningu texta í yfirflokkum fór fram röðun í undirflokk út frá viðhorfsflokkum. Til að halda utan um gögnin var notað forritið NVivo 11.

NIDURSTÖÐUR

Lýsing á þátttakendum

Alls voru sendir út 205 spurningalistar ($N=205$) en ákveðið var að nota eingöngu bakgrunnsbreytur þátttakenda á innleiðingardeildum ($n=145$). Af þessum 145 á innleiðingar-deildum svöruðu 133 þátttakendur (92%) á tíma 1. Bakgrunnsbreytur þátttakenda á innleiðingardeildum voru skoðaðar fyrir tíma 1 og tíma 2. Það reyndist ekki marktækur munur og því var einungis unnið með bakgrunnsbreytur frá tíma 1, sjá í töflu 1. Skoðaðar voru sérstaklega tvær spurningar sem sneru að innleiðingu fjölskylduhjúkrunar og þeim lýst á báðum tímamörktum, sjá töflu 2. Ekki var marktækur munur á bakgrunnsbreytum m.t.t. aldurs og starfsaldurs milli eigindlega og meginlegra hluta rannsókna. En marktækur munur var á þeim sem lokið höfðu framhaldsnámi, 40% þátttakenda í meginlegra hlutanum en 32% í eigindlega hlutanum.

Tafla 1. Lýsing á þátttakendum innleiðingardeilda á tíma 1

Bakgrunnspáttur	n(133)	%
Aldur		
30 ára og yngri	12	9,02%
31-50 ára	86	64,66%
51 árs og eldri	35	26,32%
Kyn		
Karl	4	3,01%
Kona	128	96,24%
Svarar ekki	1	0,75%
Innleiðingardeildir		
Almenn göngudeild	15	11,28%
Barnadeild	14	10,53%
Fæðingardeild	12	9,02%
Legudeild geðdeilda	14	10,53%
Gjörgæsla	21	15,79%
Kristnesspítali	12	9,02%
Lyflækningadeild	22	16,54%
Skurðlækningadeild	23	17,29%
Starfsaldur í hjúkrun		
<5 ár	27	20,30%
5-15 ár	47	35,34%
>15 ár	59	44,36%
Hefur lokið framhaldsnámi		
Já	42	32,06%
Nei	89	67,94%
Hefur reynt af alvarlegum veikindum í eigin fjölskyldu		
Já	108	81,20%
Nei	25	18,80%

Tafla 2. Stefna í fjölskylduhjúkrun og þátttaka í námskeiði

	Tími 1 n=133 (%)	Tími 2 n=132 (%)
Er almenn stefna (afstaða) að hlúa að fjölskyldum á þinni deild?		
Já	118 (88,72%)	127 (96,21%)
Nei	9 (6,77%)	1 (0,76%)
Veit ekki	5 (3,76%)	3 (2,27%)
Svarar ekki	1 (0,75%)	1 (0,76%)
Hefur þú sótt námskeið í fjölskylduhjúkrun?		
Já	25 (18,80%)	85 (64,39%)
Nei	108 (81,20%)	45 (34,09%)
Svarar ekki	0 (0%)	2 (1,52%)
Ef nei, hefur þú áhuga á að sækja námskeið í fjölskylduhjúkrun?		
Já	94	38
Nei	15	20

Megindlegar niðurstöður

Viðhorfsspurningar í spurningalistanum eru 26, hægt er að fá minnst 26 stig fyrir listann en mest 104 stig. Niðurstöðum á svörun FINC-NA úr hverjum þætti er lýst í töflu 3.

Til þess að bera saman viðhorf hjá sama hópnum á tíma 1 og tíma 2 var notað parað t-próf. Þátttakendur sem svöruðu öllum listanum á báðum tímum voru 76 af 133 þátttakendum, en mismunandi var eftir þáttum hversu mikil full svörun var, bæði á tíma 1 og 2. Þar kom ekki fram neinn marktækur munur eftir tímum, hvorki í heildarstigum né þegar greint var eftir þáttum, notað var öryggisbilið $p<0,05$, sjá töflu 4.

Tafla 3. Lýsing á svörun FINC-NA, meðaltölum með staðalfrávikum og áreiðanleikastuðlum á tíma 1 og tíma 2

FINC-NA-þáttur	Tími 1 n=133 (%)	Meðaltal (SD)	Chronbach's alpha	Tími 2 n=132 (%)	Meðaltal (SD)	Chronbach's alpha
Fjölskyldan sem þátttakandi í umönnun [10-40]	124 (93%)	32,90 (3,63)	0,77	119 (90%)	32,88 (4,21)	0,86
Góð tjáskipti/samskipti við fjölskyldu [8-32]	123 (92%)	24,78 (2,90)	0,64	112 (85%)	24,91 (2,71)	0,60
Fjölskylda sem byrði [4-16]	128 (96%)	12,62 (1,85)	0,51	127 (96%)	12,79 (2,01)	0,61
Eigin úrræði fjölskyldu [4-16]	127 (95%)	12,54 (1,82)	0,62	122 (92%)	12,85 (1,81)	0,66
Heildarlisti [26-104]	128 (96%)	83,12 (7,94)	0,76	110 (83%)	83,09 (8,68)	0,81

Tafla 4. Parað t-próf (pöruð svör í hverjum þætti og heildarlista), samanburður á viðhorfi á milli tíma 1 og tíma 2

FINC-NA-þáttur	n=133	Tími 1 meðaltal (SD)	Tími 2 meðaltal (SD)	t	p-gildi
Fjölskyldan sem þátttakandi í umönnun [10-40]	92 (69%)	32,90 (3,85)	32,53 (4,30)	1,082	0,282
Góð tjáskipti/samskipti við fjölskyldu [8-32]	84 (63%)	24,71 (3,04)	24,68 (2,62)	0,117	0,907
Fjölskylda sem byrði [4-16]	100 (75%)	12,70 (1,88)	12,82 (1,99)	-0,757	0,451
Eigin úrræði fjölskyldu [4-16]	95 (71%)	12,58 (1,86)	12,76 (1,83)	-1,000	0,320
Heildarlisti [26-104]	76 (57%)	82,75 (8,61)	82,41 (8,75)	0,414	0,680

Óháð t-próf var notað til þess að bera saman hópa eftir bakgrunnsbreytum þegar hóparnir voru tveir en þegar hópar voru fleiri var notuð dreifigreining. Ekki var munur á viðhorfum þegar þátttakendum var skipt eftir aldri eða reynslu af veikindum í eigin fjölskyldu. Þátttakendur sem höfðu lokið viðbótarnámi höfðu jákvæðara viðhorf í þættinum *Fjölskyldan sem byrði*, jafnframt höfðu þeir jákvæðara viðhorf í heildarlistanum á tíma 2 ($p<0,05$). Þátttakendur sem höfðu lengri starfsreynslu, þ.e. meira en 15 ár höfðu jákvæðara viðhorf en þátttakendur með minna en 5 ára starfsreynslu á tíma 1 í þættinum *Fjölskylda sem byrði* ($p<0,05$).

Marktækur munur var á viðhorfi eftir því á hvaða deild þátttakendur störfuðu í öllum þáttum nema *Fjölskyldan sem byrði* á tíma 1 og tíma 2. Á tíma 1 var heldur ekki marktækur munur á heildarlistanum. Hjá þátttakendum sem svöruðu að það væri almenn stefna að hlúa að fjölskyldum á sinni deild var viðhorf marktækt jákvæðara en hjá þeim sem svöruðu nei eða veit ekki í heildarlistanum og svo í öllum þáttum nema *Fjölskyldan sem þátttakandi* ($p<0,05$). Ekki var hægt að bera saman hópana á tíma 2 þar sem fáir þátttakendur svöruðu nei ($n=1$) eða veit ekki ($n=3$).

Viðhorf þátttakenda breyttust ekki eftir að hafa farið á námskeið, hvorki fyrir innleiðingu né eftir að þátttakendur höfðu fengið námskeið í tengslum við innleiðingu á fjölskylduhjúkrun.

Eigindlegar niðurstöður

Niðurstöður eigindlega hlutans byggjast á svörum 87 þátttakenda sem svöruðu í báðum fyrirlögnum. Þátttakendur í eigindlega hlutanum störfuðu á öllum deildum SAK, óháð því hvort innleiða ætti fjölskylduhjúkrun á viðkomandi deild eða ekki. Þátttaka var meiri á þeim deildum þar sem innleiðing fjölskylduhjúkrunar fór fram.

Eigindleg innihaldsgreining skiptist í eftirfarandi þrjá þætti: hindrandi þætti, hvetjandi þætti og ávinning og fjölskylduhjúkrun í síðustu viku.

Hindrandi þættir

Í fyrstu spurningunni var spurt um eftirfarandi:

Hvað telur þú vera helstu hindranir í starfsumhverfi þínu til að geta gert fjölskyldumat (assessment) og veitt fjölskylduhjúkrun á þinni deild?

Helstu hindranir í starfi þátttakenda við að veita fjölskylduhjúkrun voru álagsþættir. Voru það helst tímaskortur, álag á deild, of margir sjúklingar og skortur á mannafla. Auk þess komu fram viðhorf um vinnuáðstöðu, þar sem m.a. kom fram aðstöðuleysi og að fjölskylduhjúkrun ætti ekki við á þeirra deild. Á tíma 1 þótti stuttur dvalartími sjúklinga vera hindrun og að það vantaði stefnumótun/skipulag á deild, á tíma 2 komu þessi viðhorf ekki fram, sjá töflu 5.

Hvetjandi þættir og ávinningur

Í annarri spurningu var spurt um eftirfarandi:

Hvað telur þú hins vegar vera helsta ávinning og hvata í starfsumhverfi þínu til að geta gert fjölskyldumat (assessment) og veitt fjölskylduhjúkrun á þinni deild?

Tafla 5. Hindrandi og hvetjandi þættir úr eigindlegum niðurstöðum ($n=87$)*

Hindrandi þættir		
	Tími 1	Tími 2
Álagsþættir	93	71
Tímaskortur	50	39
Álag	19	15
Of margir sjúklingar	19	7
Mannekla	5	11
Vinnuumhverfi	41	20
Aðstöðuleysi	22	12
Fjölskylduhjúkrun á ekki við	6	7
Skortur á einbýli	7	1
Verklag og skipulag	30	13
Stuttar innlagnir	16	2
Vantar stefnumótun/skipulag á deild	6	0
Vani og venjur	6	4
Vantar tæknibúnað	3	1
Án fjölskyldu	5	4
Fjölskylduviðtöl ættu að vera í höndum félagsráðgjafa	0	2
Hindranir ekki til staðar	11	3
Þekkingaskortur	10	2

Hvetjandi þættir		
	83	75
Eykur gæði þjónustu	83	75
Betri samskipti og samvinna við aðstandendur	23	35
Markviss hjúkrun	22	17
Kynnast sjúklingi betur	15	0
Aukið öryggi sjúklings	5	5
Ánægðari sjúklingar og aðstandendur	7	6
Stuðningur	6	5
Betri útskrift	5	6
Skipulag og verklag	15	6
Tímasparnaður	5	0
Starfsánægja	9	3
Aukin starfsánægja	6	0
Jákvætt viðhorf	7	6
Fjölskylduhjúkrun er til staðar á deild	4	3

*Þátttakendur gátu nefnt fleiri en eitt atriði undir hverjum yfirflokki

Þátttakendur töldu helsta ávinning af fjölskylduhjúkrun vera aukin gæði í sjúkrahúspjónustu. Í fyrri fyrirlögn var mesti hvatinn að kynnast sjúklingi betur, auk þess sem hjúkrun yrði markvissari og heildrænni. Í seinni fyrirlögn töldu hjúkrunarfræðingar að betri samskipti og samvinna væri helsti ávinningur, sjá töflu 5.

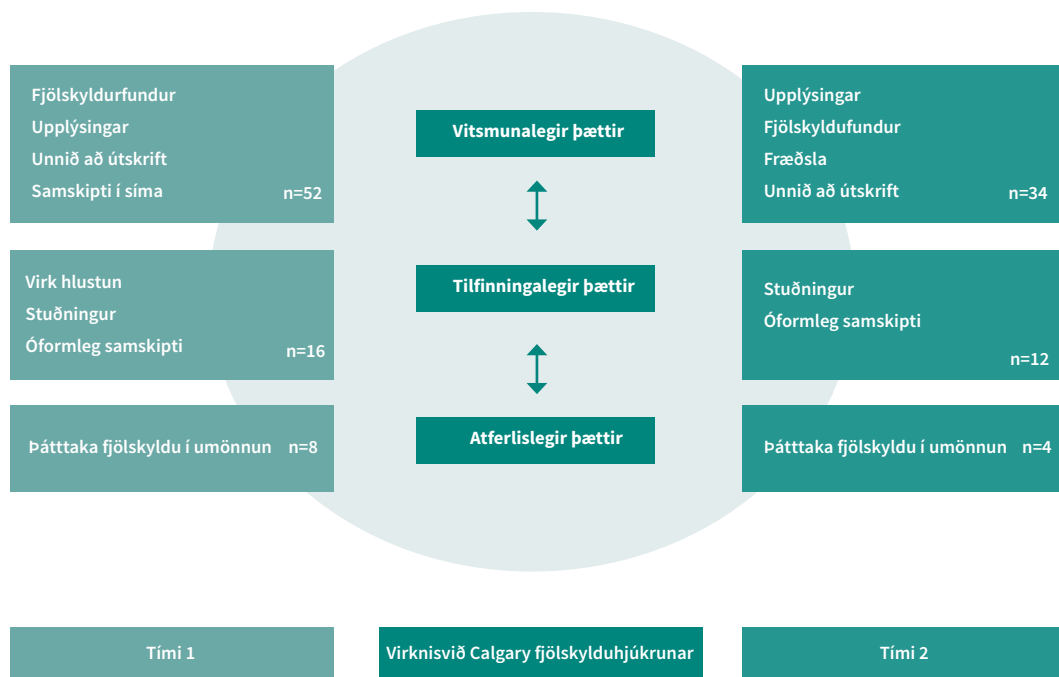
Fjölskylduhjúkrun í síðustu viku

Í þriðju spurningu var spurt um eftirfarandi:

Getur þú lýst því hvernig þú hefur unnið með fjölskyldum á þinni deild í síðustu viku? Komdu með vangaveltur þínar í því sambandi.

Stuðst var við Calgary meðferðarlíkanið í greiningu og gögnin voru flokkuð eftir þremur virknisviðum fjölskylduhjúkrunar skv. líkaninu, sjá mynd 1. Virknisviðin eru vitsmuna-, tilfinninga- og atferlislegir þættir. Á bæði tíma 1 og tíma 2 voru hjúkrunarfræðingar aðallega að vinna með vitsmunalega þætti fjölskyldunnar, sem skarast síðan við aðra þætti fjölskylduvirkinnar. Í vitsmunalegum þáttum voru aðallega samskipti sem fólu í sér að veita aðstandendum og sjúklingum upplýsingar og fræðslu. Einnig að fá upplýsingar frá aðstandendum í samráði við sjúkling. Samvinna við aðstandendur fólst aðallega í því að þeir fengu leiðbeiningar

Mynd 1. Veitt fjölskylduhjúkrun í síðustu viku skv. lýsingum þátttakenda flokkuð í virknisvið Calgary líkansins.



og aðstoð við umönnun sjúklings ásamt því að undirbúa fjölskyldur undir útskriftir. Í þessum þætti komu fram vísbendingar um að tímaskortur væri hindrun í að veita fjölskylduhjúkrun.

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar sé almennt jákvætt. Niðurstöður eru í samræmi við aðrar sambærilegar rannsóknir sem gerðar hafa verið á Íslandi hvað varðar viðhorf hjúkrunarfræðinga til fjölskylduhjúkrunar (Blöndal o.fl., 2014; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Þegar hjúkrunarfræðingum finnst fjölskyldur vera krefjandi eða ef fjölskyldan sýnir miklar tilfinningar upplifa hjúkrunarfræðingar fjölskylduna frekar sem byrði. Wright og Bell (2009) fjalla um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar skilji og vinni með viðhorf sín gagnvart fjölskyldum til þess að auðvelda samstarf við þær í meðferð. Komið hefur fram í rannsóknum að opið samtal, þar sem hjúkrunarfræðingur leggur áherslu á áhyggjur og spurningar fjölskyldu, getur dregið úr þjáningu hjá fjölskyldum (Benzein o.fl., 2008; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019).

Þátttakendur með 15 ára eða lengri starfsreynslu höfðu jákvæðara viðhorf en þátttakendur með undir 5 ára starfsreynslu í þættinum *fjölskyldan sem byrði*. Það er sambærilegt og hefur áður komið fram í niðurstöðum (Benzein o.fl., 2008; Gusdal o.fl., 2017; Luttik o.fl., 2017; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Reynsluleysi hjúkrunarfræðinga getur haft áhrif á það hvort þeir telji sig hafa tíma til þess að sinna fjölskyldum. Það má velta fyrir sér hvort reynslumeiri hjúkrunarfræðingar hafi meira vald til að stýra tíma sínum og geti því forgangsraðað með öðrum hætti

(Benzein o.fl., 2008; Gusdal o.fl., 2017; Luttik o.fl., 2017; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Santos og samstarfsmenn (2017) fjölluðu um mikilvægi þess að reynslumeiri hjúkrunarfræðingar fengju stuðning og þjálfun frá reynslumeiri hjúkrunarfræðingum. Ný rannsókn, þar sem áhersla var á fjölskylduhjúkrun í grunnnámi hjúkrunarfræðinga, sýndi strax í kjölfar útskriftar að þeir treystu sér til að veita fjölskylduhjúkrun. Nýútskrifuðu hjúkrunarfræðingarnir töldu sig jafnvel ráða betur við að veita fjölskylduhjúkrun en kollegar þeirra með meiri starfsreynslu (Swan og Eggenberger, 2021).

Í niðurstöðum kom jafnframt fram að þátttakendur með viðbótarnám höfðu jákvæðara viðhorf til fjölskylduhjúkrunar á tíma 2 og er það sambærilegt við niðurstöður annarra rannsókna (Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Vert er að benda á að 97% þátttakenda á tíma 2 telja það vera almenna stefnu að hlúa að fjölskyldum á sinni deild og má túlka það sem góðan jarðveg til að koma stefnu SAK varðandi fjölskylduhjúkrun í framkvæmd.

Niðurstöður rannsóknarinnar greina frá því að viðhorf þátttakenda breyttust ekki í innleiðingarferlinu en það eru sambærilegar niðurstöður og í rannsókn Blöndal og samstarfsmanna (2014) sem gerð var á skurðlækningasviði Landspítala. Það er hins vegar á skjön við rannsókn sem gerð var á öllum deildum Landspítala, nema á bráðamóttöku (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Hugsanleg skýring á óbreyttu viðhorfi getur verið að viðhorf í upphafi hafi verið jákvætt og því lítið svigrúm til breytinga. Í rannsókninni svöruðu þátttakendur spurningalistanum í annað sinn eftir 14 mánuði frá fyrstu fyrirlögn en það gæti verið of stuttur tími til þess að fá fram jákvæðara viðhorf. Í rannsókn Erlu Kolbrúnar og félaga voru til að mynda allt að 24 mánuðir á milli þess að þátttakendur svöruðu (Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Rannsóknarniðurstöður benda til þess að hjúkrunarfræðingar sem hafa fengið kennslu og þjálfun í fjölskylduhjúkrun hafa jákvæðara viðhorf til fjölskylduhjúkrunar og eru frekar tilbúnir að beita henni í klínískri vinnu (Sigurdardóttir o.fl., 2015). Það eru sambærilegar niðurstöður og í rannsókn á geðsviði Landspítala þar sem hjúkrunarfræðingar töldu fjölskyldu síður byrði eftir að hafa tekið þátt í námskeiði í fjölskylduhjúkrun (Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011).

Tímaskortur, aðstöðuleysi, álag, stuttur legutími og að of margir sjúklingar væru í umsjón hvers hjúkrunarfræðings var nefnt sem hindrandi þættir í eigindlega hlutanum og samræmist það niðurstöðum Gusdal og félaga (2017), Luttik og félaga (2017) og Sveinbjarnardóttir og félaga (2011). Allt eru þetta mjög þekktir þættir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga í tengslum við innleiðingu nýrra starfshátta. Meginniðurstaðan varðandi hvaða hvetjandi ávinning hjúkrunarfræðingar á SAK töldu fölginn í því að veita fjölskylduhjúkrun, töldu þeir vera árangursríkari samskipti og samvinnu við aðstandendur. Fjölskyldan nær að aðlagast veikindum og fær fræðslu um sjúkdóminn og getur þannig borið fyrr kennsl á versnandi einkenni, gripið fyrr inn í sjúkdómsástand sem getur dregið úr endurinnlögnum (Gusdal o.fl., 2017).

Í þriðju eigindlegu spurningunni voru þátttakendur beðnir um að lýsa hvernig þeir hefðu unnið með fjölskyldum á sinni deild í síðustu viku. Niðurstöður sýndu að langoftast unnuhjúkrunarfræðingar og ljósmæður á SAK með vitsmunalega þætti fjölskylduvirkni, en í gegnum tíðina hefur verið lögð mikil áhersla á fræðsluhlutverk hjúkrunarfræðinga. Sóknarfærin geta legið í að þjálfra hjúkrunarfræðinga í tilfinninga- og atferlisþáttunum en þeir voru notaðir í mun minna mæli. Mikilvægt er að greina þarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra á hverjum tíma, t.a.m. hvort einstaklingar séu móttækilegir fyrir fræðslu eða hvort stuðningur eigi að vera í forgangi. Á fjölskyldufundi getur verið unnið með eitt virknisvið fjölskyldu, tvö eða öll samtímis (Shajani og Snell, 2019).

Fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan einstaklinganna innan hennar. Með því að hafa stefnu um að veita fjölskylduhjúkrun á SAK eru stjórnendur að leggja áherslu á og staðfesta mikilvægi fjölskylduhjúkrunar.

Takmarkanir rannsókna

Veikleikar rannsóknarinnar voru að sumir þátttakendur luku ekki við að svara spurningarlistanum og aðrir merktu í tvo svarmöguleika en það ógilti svör þeirra við tilteknum spurningum. Þar með fækkaði þátttakendum í ákveðnum spurningum og því var ekki unnt að nota alla spurningalista til fulls. Innri áreiðanleiki spurningalistans reyndist í heild sinni góður (0,846) en einn þáttur skar sig sérstaklega úr en það var *fjölskyldan sem byrði* (0,511). Þann þátt má líta á sem einn af veikleikum rannsóknarinnar því æskilegt er að innri áreiðanleiki sé $\geq 0,7$. Höfundar FINC-NA hafa gert umbætur á spurningalistanum, m.a. hefur svarmöguleikum fjölgað þannig að hlutlaus möguleiki er í boði (Saveman o.fl., 2011). Með nýja spurningalistanum hefði ef til vill verið hægt að ná hærri innri áreiðanleika. Það hefði aftur á móti komið í veg fyrir að hægt væri að bera saman niðurstöður þessarar rannsóknar við fyrri rannsóknir sem stuðst hafa við eldri útgáfu spurningalistans.

Enginn samanburðarhópur var í rannsókninni og veikir það rök gagnvart áhrifum íhlutunar.

Allir tengiliðir innleiðingardeildanna fengu sömu kennslu og leiðbeiningar í upphafi verkefnisins, það var gert til þess að samræma kennslu tengiliða á öllum deildum. Ef til vill hafði það áhrif á innri áreiðanleika íhlutunar að ekki kenndu sömu leiðbeinendur námskeiðin á innleiðingardeildunum því það hefði að öllum líkindum styrkt íhlutun rannsóknarinnar. Styrkur rannsóknarinnar felst í góðu svarhlutfalli þátttakenda, reglulegum fundum og samráði tengiliða til að tryggja áreiðanleika íhlutunar og notuð voru áreiðanleg og réttmæt mælitæki sem hafa verið notuð og forprófuð víða í íslensku heilbrigðiskerfi.

ÁLYKTUN

Með því að skilja betur viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra er hægt að hafa áhrif á áframhaldandi þróun fjölskylduhjúkrunar á SAK. Út frá niðurstöðunum má ætla að fjölskylduhjúkrun hafi fest sig í sessi á SAK. Niðurstöður gefa til kynna að kennsluefni og útfærslu kennslunnar megi bæta þar sem viðhorf breyttist ekki eftir námskeið í fjölskylduhjúkrun eða á meðan á innleiðingarferlinu stóð. Jafnframt er nauðsynlegt að gera rannsóknir hjá sjúklingum og aðstandendum á upplifun á veittri fjölskylduhjúkrun. Símenntun HA í samstarfi við Heilbrigðisvísindasvið HA og SAK héldu vinnustofu, fræðsla og hagnýtar æfingar, í fjölskylduhjúkrun í október 2018 með dr. Janice M. Bell og dr. Lorraine M. Wright. Með stuðningi stjórnenda SAK tóku tengiliðir fjölskylduhjúkrunar þátt í vinnustofunni sem reyndist þeim mikil hvatning til að efla sig og samstarfsmenn sína í fjölskylduhjúkrun. Stefnt er að annarri vinnustofu með dr. Lorraine M. Wright haustið 2021, þegar færi gefst fyrir heimsfaraldri COVID-19, til að viðhalda þekkingu í fjölskylduhjúkrun á SAK.

ÞAKKARÖRD

Höfundar vilja þakka þátttakendum rannsókna, tengiliðum fjölskylduhjúkrunar og forstöðuhjúkrunarfræðingum á SAK fyrir ómetanlegan stuðning og aðstoð við gagnasöfnun. SAK og HSA fá þakkir fyrir stuðning við rannsakendur meðan á rannsókn stóð. Jafnframt er fagráði fjölskylduhjúkrunar á Landspítala og HHA þakkað fyrir samstarf sem m.a. fól í sér faglegan stuðning og aðgengi að þekkingargrunni í fjölskylduhjúkrun. Loks vilja rannsakendur þakka B-vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veitta rannsóknarstyrki í meistararannsókn Áslaugar Felixdóttur og Gunnhildar Óskar Sæbjörnsdóttur við Háskólann á Akureyri. Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir fær bestu þakkir fyrir leyfi til birtingar úr meistararitgerð hennar.

ENGLISH SUMMARY

Nurses' and midwives' attitudes towards family nursing at Akureyri Hospital (SAk)

Felixdottir, A., Sveinbjarnardottir, E.K. and Gudjonsson, S.O.

Aim

Family nursing improves communication within the family, the quality of nursing practice and work processes in hospitals, enhances collaboration with families and can influence length-of-stay and re-admissions. Nurses' attitudes can affect whether and how they include family care in their nursing. The main objective was to assess and increase the understanding of the attitudes of nurses and midwives at Akureyri Hospital (SAk) toward the importance of involving families in their care, before and while implementing Calgary family nursing.

Method

The quantitative part of this research was an intervention study without a control group. The participants answered the questionnaire "Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes" (FINC-NA) and background questions. Data analysis was conducted on data from nurses/midwives working on units where family nursing was implemented ($n=145$). In time 1, 133 (92%) participants answered the questionnaires and in time 2, 132 (89%). Quantitative data was analysed with SPSS. In the qualitative part the participants answered in writing three open questions that 87 participants ($N=205$) responded to at both times. The written answers were analysed with content analysis.

Results

The attitudes of nurses/midwives towards families was generally positive. The attitudes did not change during the implementation process. Participants with a higher education level and longer work experience, experienced family less as a burden ($p<0.05$). Participants who believed there was a general policy in their unit to care for families had more positive attitudes ($p<0.05$). Participants believed the benefits of implementing family nursing into clinical practice improves the quality of nursing care. It emerged that the most significant hindrances in providing family nursing were stress factors, nurses' work environment and work structure.

Conclusion

It is important to continue to support the nurses' and midwives' positive attitudes towards families at SAk. Research shows that positive attitudes can promote effective family nursing.

Key words:

Family nursing – Nurses' attitudes – Calgary Family Assessment and Intervention Models

Correspondent:

Áslaug Felixdóttir aslaug@sak.is

HEIMILDIR

- Arna Skúladóttir, Elísabet Konráðsdóttir og Auðna Ágústsdóttir. (2010). Spurningalisti til að meta viðhorf fagfólks til fjölskylduhjúkrunar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 6-10.
- Áslaug Felixdóttir. (2019). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsínu á Akureyri (SAK)*. Óbirt meistarafræðing: Háskólinn á Akureyri.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F. og Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi:10.1177/1074840708317058
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A. og Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355-375. doi:10.1177/1074840714542875
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377. doi:10.1177/1074840710383145
- Deatrick, J. A. (2017). Where is "Family" in the social determinants of health? Implications for family nursing practice, research, education, and policy. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 423-433. doi:10.1177/1074840717735287
- Eydis Kristín Sveinbjarnardóttir. (2012). *Fjölskylduhjúkrun á bráðageðdeildum: Innleiðing og mat*. Óbirt doktorsritgerð: Háskóli Íslands.
- 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. doi://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Guðrún Pálmadóttir. (2013). Matstæki í rannsóknunum: Öflun gagna um færni, þátttöku og umhverfi fólks. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2. útg.) (bls. 197-209). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir. (2018). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsínu á Akureyri*. Óbirt meistarafræðing: Háskólinn á Akureyri.
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T. og Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256-266.
- Háskólinn á Akureyri (e.d.). *Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri*. Sótt á <https://www.unak.is/is/rannsoknir/heilbrigdisvinsindastofnun>
- Leahy, M. og Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary family assessment and intervention models: Reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459.
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D., ... Strömberg, A. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 299-308. doi:10.1177/1474515116663143
- Mackie, B. R., Mitchell, M. og Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25(1), 131-140.
- Santos, L. G. D., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P. og Angelo, M. (2017). Family interview guide: Strategy to develop skills in novice nurses. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(6), 1129-1136. doi:10.1590/0034-7167-2016-0072
- Saveman, B. I., Benzein, E. G., Engström, Å. H. og Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312-329.
- Shajani, Z. og Snell, D. (2019). *Wright & Leahy's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: FA Davis.
- Sigurdardóttir, A. O., Svavarsdóttir, E. K. og Juliusdóttir, S. (2015). Family nursing hospital training and the outcome on job demands, control and support. *Nurse Education Today*, 35(7), 854. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.003
- Simpson, P. og Tarrant, M. (2006). Development of the family nursing practice scale. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 413-425. doi:10.1177/1074840706290806
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2017). *Árskýrsla SAK. Innleiðing á Calgary-fjölskylduhjúkrun*. Akureyri: Sjúkrahúsið á Akureyri. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arskyrsla-sak-2017-02-del.pdf>
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2019). *Um sjúkrahúsið*. Sótt á <https://www.sak.is/is/um-fsa>
- Svavarsdóttir, E. K., Sigurdardóttir, A. O., Konradsdóttir, E., Stefánsdóttir, A., Sveinbjarnardóttir, E. K., Ketilsdóttir, A., ... Guðmundsdóttir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 5-15. doi:10.1111/jnu.12108
- Svavarsdóttir, E. K., Tryggvadóttir, G. B. og Sigurdardóttir, A. O. (2012). Knowledge translation in family nursing: Does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303-327. doi:10.1177/1074840712449202
- Sveinbjarnardóttir, E. K. og Svavarsdóttir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 126-132.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Hrafnkelsson, B. (2012a). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 353-377.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Hrafnkelsson, B. (2012b). Psychometric development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 328-352.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Saveman, B. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 895-903. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01744.x
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 593-602. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009
- Swan, M. A. og Eggenberger, S. K. (2021). Early career nurses' experiences of providing family nursing care: Perceived benefits and challenges. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 23-33. doi:10.1177/1074840720968286
- Wright, L. M. (2019). Older adults and their families: An interactional intervention that brings forth love and softens suffering. *Journal of Family Nursing*, 25(4), 610-626. doi:10.1177/1074840719864093.
- Wright, L. M. og Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Canada: 4th Floor Press.
- Østergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., ... og Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1290-1301