

Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 3. tbl. 2021 | 97. árgangur

Hinsegin heilbrigði

„Fordómar birtast í
mörgum mismunandi
formum innan
heilbrigðiskerfisins.“

- Sigurður Ýmir Sigurjónsson,
hjúkrunarfræðingur

„Mikilvægt að vinna
úr sálrænum áföllum.“

Dr. Sigrún Sigurðardóttir,
dósent við HA

„Við í heilsugæslunni þurfum
að styðja betur við einstaklinga
með offitu.“

- Arna Borg Einarsdóttir,
hjúkrunarfræðingur

RITRÝNDAR GREINAR

Að ná tökum á kvíðanum:
reynsla kvenna með
andlega vanlíðan af áhrifum
hugrænnar atferlismeðferðar
sem veitt er á heilsugæslu.

Streita og kulnun
hjúkrunarfræðinema
á lokaári við Háskóla Íslands
og Háskólann á Akureyri.

Smokkanotkun ungra
karlmannna: Viðhalda reisin.
Eigindleg rannsókn.

BLEIKU HANSKARNIR

- bjarga viðkvæmum höndum

Þessir vinsælu nítril hlífðarhanskar eru húðaðir með AlloGel, latexfrír og hafa reynst mjög vel þeim sem hafa ofnæmi eða viðkvæmar hendur og þeim sem þurfa að nota hanska lengi. Bleiku hanskanir henta vel til meðhöndlunar á lyfjum og fjölda kemískra efna.



Í Rekstrarlandi fæst úrval af hjúkrunar- og rekstrarvörum fyrir heilbrigðisstofnanir, heilsugæslu og hjúkrunar- og dvalarheimili. Þar á meðal eru gæðavörurnar frá danska framleiðandanum Abena sem margar eru svansvottaðar og hafa reynst mjög vel, t.d. grisjur, undirlegg, þvaglekavörur, hanskar og húðvörur. Í Rekstrarlandi erum við enn fremur með ýmis sérhæfð tæki og mæla.

Sérfræðingar okkar veita faglega aðstoð við innkaup og pöntun.

OPIÐ ALLA
VIRKA DAGA
KL. 8-17

Efnisyfirlit

6



14



- 2 Ritstjóraspjall.
- 4 Pistill Guðbjargar Pálsdóttur, formanns Fíh.
- 6 **Viðtal – Arna Borg Einarsdóttir** er hjúkrunarfræðingur á Heilsugæslunni Seltjarnarnesi og Vesturbæ. Hún hefur um árabíl haldið utan um sykursýkismóttökur á stöðinni og er einn af stofnendum nýlegrar fagdeildar innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga sem sinnir einstaklingum með sykursýki og er jafnframt í stjórn Félags fagfólks um offitu.
- 10 Heilsulæsi er mikilvægt í nútímaheimi.
- 12 **Viðtal – Sigurður Ýmir** hjúkrunarfræðingur heldur fyrirlestra um hinsegin heilbrigði og segir mikilvægt að kveða niður fordóma því fordómar komi niður á þjónustu gagnvart hinsegin einstaklingum og geri það að verkum að þessi hópur veigrar sér við að leita sér aðstoðar.
- 14 **Viðtal – Sara Guðmundsdóttir**, svæfingahjúkrunarfræðingur á Sjúkrahúsinu á Ísafirði, er eini starfandi svæfingahjúkrunarfræðingurinn á Vestfjörðum.
- 18 **Viðtal – Gunnar Pétursson** hjúkrunarfræðingur starfar á bráðadeild á St Vincent's Hospital í Sydney í Ástralíu þar sem hlutfall karlmanna í hjúkrun er talsvert mikið hærra en hér á landi.
- 22 **Viðtal – Ásta María Ásgrímsdóttir** hjúkrunarfræðingur ákvað að skella sér til Svíþjóðar þar sem hún starfar á nýburagjörgæsludeild á Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi.
- 26 Fréttir frá kjara- og réttindasviði Fíh.
- 28 Hjúkrunarfræðingur tók vakt í sjúkratjaldi í Þórsmörk í sumar.
- 30 Dætur Jordans hafa spilað körfubolta saman í yfir 30 ár, við litum inn á æfingu hjá þeim.
- 34 Hjúkrunarfræðinemarnir **Arney Þyrí Guðjónsdóttir** og **Helga Jóhannsdóttir** sitja fyrir svörum.
- 36 **Viðtal – Sigrún Sigurðardóttir** hjúkrunarfræðingur um sálræn áföll, afleiðingar þeirra og áfallamiðaða nálgun sem hún segir mikilvæga.
- 40 Fræðsla Fíh.
- 41 Hjúkrunarfræðingar í heimsfaraldri var vel heppnað málþing á vegum Fíh.
- 42 Þankastrik, pistill eftir **Sigrúnu Sigurjónsdóttur** um samspil vinnu og fjölskyldulífs hjúkrunarfræðings á tímum COVID.
- 44 Þrýstingssár: greining og meðferð með aðstoð Bradenkvarða og RAI-mats.
- 50 **Fræðigreinin:** Dansmeðferð til að efla hreyfingu, vitræna færni og sálfélagslega líðan hjá einstaklingum með parkinsonssjúkdóm: fræðileg samantekt.
- 58 **Fræðigreinin:** Þjónandi forysta – árangursrík stjórnun í heilbrigðisþjónustu.
- 66 **Ritrúnd grein:** Að ná tókum á kvíðanum: reynsla kvenna með andlega vanlíðan af áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar sem veitt er á heilsugæslu.
- 76 **Ritrúnd grein:** Streita og kulnun hjúkrunarfræðinema á lokaári við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri.
- 86 **Ritrúnd grein:** Smokkanotkun íslenskra karlmanna: Viðhalda reisin. Eigindleg rannsókn.

Líkamsvirðing er meðalið

Tíminn flýgur sannarlega áfram, Vetur konungur er mættur og nú stýttist öðfluga í jólin. Þetta þriðja og síðasta tölublað ársins er fullt af fræðilegu efni í bland við áhugaverð viðtöl. Sigrún Sigurðardóttir er í viðtali um sálræn áföll og afleiðingar þeirra. Hjúkrunarfræðingurinn Sigurður Ýmir er einnig í mjög áhugaverðu viðtali um hinsegin heilbrigði og mikilvægi þess að kveða niður fordóma í heilbrigðiskerfinu því þeir komi niður á þjónustu gagnvart hinsegin einstaklingum. Ég verð líka að nefna viðtalið við Örn Borg Einarasdóttur hjúkrunarfræðing, hún heldur utan um sykursýkismóttöku á heilsugæslustöð og er í þróunarhóp um heilsuefandi móttöku innan heilsugæslunnar. Ég ætla að vitna beint í orð Örn þar sem hún segir, „... ég hef líka í vaxandi mæli sinnt fólki sem er með offitu og sit í stjórn fagfólks um offitu vegna þess að ég vil að við hlúum betur að þessum hópi. Vandinn er viðkvæmur og úrræðin því miður ekki mörg.“ Já viðkvæmur er offituvandinn og aðgát skal höfð í nærveru sálar þegar holdarfar er rætt. Arna kemur líka inn á fitufordóma í viðtalinu þar sem hún segir: „Það er óásættanlegt að fordómar í samfélaginu komi í veg fyrir að foreldrar þiggi stuðning áður en vandinn fer að hafa neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu barnsins. Það þarf vitundarvakningu í samfélaginu til að hægt sé að nálgast sjúkdóminn offitu eins og aðra sjúkdóma.“ Þetta eru orð að sönnu, þegar ég las þetta kom upp í hugann lítið atvik þegar ég var 14 ára og fordómar tengdir holdafari mínu urðu til þess að ég fór að svelta mig. Hvernig gerðist það? Aðeins ein lítil athugasemd: „Oj, þú ert eins og svín!“

Mér hveibrá, var frændi minn að líkja mér við svín? Hvert orð límdi sig fast við heilann, sérstaklega orðin oj og svín. Ég fann hvernig ég varð máttlaus og orðlaus í senn, svaraði engu. Bara sí svona í óspurðum fréttum eins og hann hefði verið að biðja mig um að rétta sér sósuna. Var þetta eðlileg athugasemd um holdafar við matarborðið?

Allir héldu áfram að borða fiskibollurnar eins og þessi svínasamlíking hefði aldrei átt sér stað.

En fá orð geta haft mikil áhrif. Þessi sex höfðu þau áhrif á mig að ég missti matarlystina samstundis, hætti nánast að borða og léttist hratt. Þessi sex orð tóku 10 kíló af mér á einum mánuði og þrátt fyrir geggjaðan árangur í baráttunni við svinið sjálfa mig sem var óðum að breytast í anorexíusjúkling var sjálfstraustið laskað. Mér fannst ekkert að mér áður en svinið kom til sögunnar og hafði ekki einu sinni tekið ekki eftir þessum kílóum sem höfðu tekið sér bólfestu utan á mér þarna um sumarið. Þetta var jú eitt skemmtilegasta sumar sem ég hafði upplifað. Ég var 14 ára, nýfermd og fór til Ísafjarðar að vinna í fiski og sjoppu á kvöldin og kom alsæl heim með fulla vasa af gulli. Mér fannst ég dugleg en allt í einu var ég dugleg og feit. Dugleg, feit og leið. Dugleg, feit, leið og svöng. Það breytti öllu. Þessi stutta setning sáði vanlíðunarfræjum í sálartetrið og þar fór að vaxa arfi. Það sem áður var ekki vandamál varð á einu augnabliki stórmál. Ég vildi ekki vera eins og svín, en áður en þetta matarboð átti sér stað fannst mér ég fin og eflaust hefði ég verið sátta svín í eigin skinni ef frændi minn hefði bara þagað.

Ég náði mér á strik en þessi setning rifjaðist upp fyrir mér núna og líka fyrir stuttu þegar eldri maður sagði við átta ára dóttur mína að hún væri nú orðin þínu bústin. Ég fann reiðina blossa upp og ætlaði að svara honum fullum hálsi vitandi af eigin raun hvað svona athugasemdir geta gert óhörnudum sálum en ... hún varð fyrri til: „Mér finnst fallett að vera þínu bústin, mér finnst ég flott.“ Amen!

Ég vildi að ég hefði svarað frænda mínum svona full sjálfstrausts hér um árið. Líkamsvirðing er meðalið sem ætti að koma í veg fyrir svínslegar athugasemdir um holdafar og útlit. Stundum er betra að þegja, sum orð eru óþörf og meiðandi.

Hallveig dóttir mín lætur engan bilbug á sér finna og ekki heldur þegar hún tábrotnaði á ærslabelg á Ísafirði í sumar, hún kveinkaði sér lítið en hoppaði samt um á öðrum fæti og heimtaði hækjur. Ég sagði henni að þær væru óþarfar, þetta myndi jafna sig fljótt. Nei, mín hélt nú ekki og ég var vinsamlegast beðin um að fara með hana á sjúkrahúsið því hún vildi fá að tala við hjúkrunarfræðing. Nú jæja, það varð úr og á leiðinni á sjúkrahúsið sagði hún mér að hún væri mjög spennt en ég mátti alls ekki segja hjúkrunarfræðingnum að hún væri spennt að hitta hann. Ég hlýddi og mikið fannst mér auðvelt að fara með svona glatt og spennt barn á sjúkrahús, sjálf var ég alltaf hálfhrædd við spítalaumhverfið sem barn og vissi fátt hræðilegra en sprautur. Það var einstaklega vel tekið á móti okkur á sjúkrahúsinu, tærnar voru myndaðar og þá kom í ljós að sú litla var brotin, spælka og umbúðir voru lausnir og mín fór alsæl út í apótek að kaupa hækjur. „Mamma, hjúkrunarfræðingar eru svo góðir, þeir laga mann, ég held ég ætli að verða hjúkrunarfræðingur þegar ég verð stór ... og leikkona ... og körfuboltastjarna. Er það ekki alveg hægt? „Jú þú getur orðið allt sem þú ætlar þér, láttu bara engan segja þér neitt annað.“

Sigrún Elín Ásmundsdóttir



Tímarit hjúkrunarfræðinga
Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík
s. 540 6400
hjukrun.is

Útgefandi: Félag Íslenskra
hjúkrunarfræðinga

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Sigríður Elín Ásmundsdóttir
Ritnefnd: Kristín Rósa Ármannsdóttir, Sölvi Sveinsson,
Þorgerður Ragnarsdóttir
Ritstjóri ritrýndra greina: Þóra Jenný Gunnarsdóttir
Ritnefnd ritrýndra greina: Hrund Scheving Thorsteinsson,
Sigrún Sunna Skúladdóttir, Þorbjörg Jónsdóttir
Yfirlestur: Ragnheiður Linnét

Auglýsingar: Erna Sigmundsdóttir - sími 821 2755
Hönnun og umbrot: Þorbjörg Helga Ólafsdóttir, Farvi / farvi.is
Prentun: Litróf



MEÐ ÞÉR ALLA ÆVI

LSR er til staðar fyrir þig á mörgum helstu tímamótum ævinnar.
Sem sjóðfélagi öðlastu víðtæk réttindi – kynntu þér þau á lsr.is.

Hjá okkur geturðu líka fengið **séreignarsparnað**, sem er ekki aðeins
bein launahækkun fyrir þig, heldur líka ein besta sparnaðarleið sem völ
er á. Við bjóðum einnig **fasteignalán**, bæði verðtryggð og óverðtryggð.

Nú geturðu sótt um bæði séreignarsparnað og fasteignalán
á vefnum okkar. Kynntu þér málið á lsr.is.

Skiptir kyn virkilega svona miklu máli?

Nýverið gaf forsætisráðuneytið út skýrsluna Verðmætamat kvennastarfa, tillögur starfshóps forsætisráðherra um endurmat á virði kvennastarfa en skv. yfirlýsingu ríkisstjórnarinnar frá því í mars 2020 átti leggja fram tillögur fyrir lok árs 2021 að aðgerðum til að útrýma launamun sem stafar af kynskiptum vinnumarkaði. Leiðarljós aðgerðanna í skýrslunni voru að leiðrétta kerfisbundið vanmat á störfum þar sem konur eru í meirihluta en rannsóknir hafa sýnt að kynskiptur vinnumarkaður er meginorsök kynbyndins launamunar. Þetta eru stórar fréttir og fagnar ég útkomu skýrslunnar en eins og flestir vita eru konur 97% félagsmanna og jafnframt fjölmennasta heilbrigðisstétin.

Ekki þarf að tíunda fyrir hjúkrunarfræðingum skortinn á þeim til starfa en hann er mikill og mun að óbreyttu aukast á næstu árum, m.a. vegna hækkandi starfsaldurs. Nú er svo komið að 4.-5. hver hjúkrunarfræðingur er hættur störfum innan fimm ára frá útskrift og því brýnt að snúa þessari þróun við. Ein af ástæðunum fyrir brottfalli þeirra úr starfi er sú að hjúkrunarfræðingar eru vanmetin kvennastétt hvað varðar laun, með tilliti til ábyrgðar og eru störf þeirra ekki metin til jafns við aðrar stéttir eins og t.d. karlastéttir. Þetta kom m.a. fram í gerðardómi í kjaradeilu Fíh og fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs frá 1. september 2020. Jafnframt kemur fram í dómnum að samkvæmt launagreiningu innan Landspítala sem 60% hjúkrunarfræðinga starfa hjá, eru vísbendingar um að starfshópar í stéttarfélagum þar sem karlar eru fjölmennari, séu með að jafnaði hærri laun en hjúkrunarfræðingar, án þess að störf þeirra væru endilega metin meira virði í starfsmati. Þetta er ótækt og verður eitt helsta baráttumál okkar í kjaraviðræðunum 2023.

Það hefur aðeins dregið úr launamun kynja á undanförunum árum m.a. vegna innleiðingar á starfsmati hjá sveitarfélögum og kröfum um jafnlaunavottun. Þetta hafa þó ekki verið fullnægjandi leiðir til þess að leiðrétta launamun sem stafar af kynbundinni skiptingu vinnumarkaðar og skýrir að miklu leyti þann launamun sem enn er til staðar. Samkvæmt nýlegri launarannsókn Hagstofunnar hefur leiðréttur launamunur minnkað úr 6,4% í 4,3% með tilkomu jafnlaunastaðalsins. Það er þó ekki nóg þar sem jafnlaunastaðallinn tekur ekki á því grundvallarmisrétti sem er ennþá til staðar í íslensku samfélagi vegna menningarlegra, sögulegra og kerfisbundinna þátta og hefur því áfram áhrif á mat störf kvennastétta eins og hjúkrunarfræðinga. Baráttan heldur því áfram þó ýmislegt hafi áunnist í gegnum áratugina.

Í þessu samhengi finnst mér gífurlega mikilvægt að við horfum á stéttina okkar og veltum fyrir okkur hvort í dag hafi okkar skjólstæðingar aðgang að sem fjölbreyttustum hópi hjúkrunarfræðinga til að mæta sínum þörfum. Skjólstæðingar okkar hjúkrunarfræðinga eru ólíkir og eru jafnframt með ólíkar þarfir, rétt eins og annarra fagstétta. Eigum við ekki að að endurspegla okkar skjólstæðingahóp? Þurfum við ekki að huga að öllum kynjum og vera meðvitaðri um hinsegin heilbrigði svo eitthvað sé nefnt?



„Eigum við ekki að að endurspegla okkar skjólstæðingahóp? Þurfum við ekki að huga að öllum kynjum og vera meðvitaðri um hinsegin heilbrigði svo eitthvað sé nefnt?“

Viða erlendis er hlutfall karlmanna mun herra innan stéttarinnar en á Íslandi og þykir ekkert tiltökumál að hjúkrunarfræðingar séu karlmenn. Ég tel að hér á landi þurfum við hjúkrunarfræðingar að leggjast á eitt með að uppræta kynbundið náms- og starfsval hjá fólki framtíðarinnar og í raun þarf eyða gömlum staðalímyndum og fordómum og kynna betur hjúkrunarfræði fyrir öllum kynjum og þá sérstaklega karlmönnum. Það getum við gert með því að vera frekari fyrirmyndir fyrir öll kyn og hvetja fólk til að fara í hjúkrun, því rannsóknir hafa sýnt fram á að þegar kemur t.d. að vali íslenskra karlmanna á hjúkrun sem starfsvettvangi, þá er það oft út af því að þeir hafa haft góða fyrirmynd hjúkrunarfræðings í sínu nærumhverfi. Við hjúkrunarfræðingar getum því sjálfir tekið þátt í að hafa áhrif á kynjahlutfallið hjá hjúkrunarfræðingum framtíðarinnar hér á landi en eins og fram kom hér í byrjun hefur kynjahlutfallið einnig haft áhrif á okkar kjör fram að þessu og því enn ein leiðin fyrir okkur til að berjast fyrir bættum kjörum.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

BÆTIR LÍF **VIÐKVÆMRAR** HÚÐAR

ERTU MEÐ ÞURRA HÚÐ?
HÚÐKLÁÐA?
OFNÆMISHÚÐ?



LIPIKAR AP+
Ertir ekki húðina.
Allt frá fyrsta
degi lífsins.



Heilsueflandi hjúkrunarmóttaka tekur á sig mynd

Arna Borg Einarsdóttir, hjúkrunarfræðingur á Heilsugæslunni Seltjarnarnesi og Vesturbæ

Texti: Kristín Rósa | **Myndir:** Sigríður Elín

Heilsugæslan á að vera fyrsti viðkomustaður fólks sem þarf á heilbrigðisþjónustu að halda. Í þróun eru heilsueflandi móttökur innan heilsugæslunnar sem meðal annars er ætlað að styrkja heilsugæsluna til að sinna heilsueflingu og forvörnum fyrir ákveðna hópa. Leitast verður við að veita einstaklingsmiðaða þjónustu með fjölpættum aðgerðum þar sem markmiðið verður að bæta heilsu og auka lífsgæði.

„Það er óásættanlegt að fordómar í samfélaginu komi í veg fyrir að foreldrar þiggi stuðning áður en vandinn fer að hafa neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu barnsins. Það þarf vitundarvakningu í samfélaginu til að hægt sé að nálgast sjúkdóminn offitu eins og aðra sjúkdóma.“

Arna Borg Einarsdóttir er hjúkrunarfræðingur á Heilsugæslunni Seltjarnarnesi og Vesturbæ. Hún hefur um árabil haldið utan um sykursýkismóttökur á stöðinni en þar er einnig boðið upp á lífsstílsráðgjöf. Arna er einn af stofnendum nýlegrar fagdeildar innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga sem sinnir einstaklingum með sykursýki og er jafnframt í stjórn Félags fagfólks um offitu. Auk þess er Arna í þróunarhóp um heilsuefandi móttöku innan heilsugæslunnar. Við heyrðum í Örnunni og fengum hana í viðtal.

Hvernig kom það til að þú fórst að vinna hjá heilsugæslunni?

„Ég vissi frekar lítið um heilsugæsluna þegar ég útskrifaðist úr hjúkrun fyrir 36 árum síðan og hafði árin eftir útskrift engin áform um að vinna við heilsugæslu, fannst það eiginlega vera fyrir þá sem nenntu ekki að vinna á spítalanum. Það má segja að það hafi verið fyrir hálfgerða tilviljun að ég byrjaði að vinna innan heilsugæslunnar en hér er ég búin að vera í 21 ár. Það var mjög áhugavert og í raun mikill lærdómur fyrir mig að fara úr gjörgæsluumhverfi spítalans inn í umhverfi þar sem unnið er að fyrsta og annars stigs forvörnum, að reyna að hafa áhrif á að fólk þrói ekki með sér sjúkdóma og kvilla. Sem hjúkrunarfræðingur innan skólaheilsugæslunnar, en ég starfaði lengi á þeim vettvangi, fannst mér mjög áhugavert að vinna að forvörnum og fræðslu. Það er skólaskylda og auðvelt að ná til allra barna í skólanum með fræðslu sem hæfir aldri og þroska. Fræðsla innan skólaheilsugæslunnar hefur verið í stöðugri þróun og er aðgengileg skólahjúkrunarfræðingum um allt land. Segja má að reynsla mín af skólaheilsugæslunni hafi leitt mig út í meistaranám í lýðheilsufræðum sem ég lauk frá Háskólann í Reykjavík árið 2009. Með því að starfa náðið með börnum á öllum aldri, foreldrum og skólasamfélaginu áttar maður sig vel á hvaða áhrifaþættir heilbrigðis skipta mestu máli, ekki síst þegar horft er til framtíðar.“

Arna segir að sem heilbrigðisstarfsmaður innan skólakerfisins hafi bakland hennar alltaf verið heilsugæslan og samstarfsfólkið hennar þar. „Eftir að ég færði mig úr skólaheilsugæslunni og kom alveg inn á heilsugæslustöðina varð þróunin sú að ég tók að mér að halda utan um hóp þeirra einstaklinga sem voru greindir með sykursýki. Segja má að sykursýkismóttakan hafi verið með því fyrsta sem heilsugæslan gerði í þessum móttökum en þá var nú frekar langt í hugtakið heilsuefandi móttaka. Vísindalegar rannsóknir höfðu staðfest að ef við höldum vel utan um þennan tiltekna hóp með reglulegum innköllunum og eftirliti þá myndi fólk vegna betur. Þetta er samt frekar flókið þar sem fólk með sykursýki finnur oft ekki mikið fyrir einkennum sem eiga svo jafnvel eftir að ágerast og verða mjög alvarleg. Það hefur verið áskorun að halda fólk við efni en það má segja að galdurinn við heilsuefingu sé að finna áhugahvötina hjá hverjum og einum. Finna út hvort fólk sé tilbúið til að gera breytingar á sínum lífsstíl með það að markmiði að bæta heilsuna og í framhaldi hvaða breytingar. Þetta er ekki einfalt. Við þekkjum öll hvað það getur verið erfið að breyta til, jafnvel þó að við vitum að það sé bráðnaðsynlegt,“ segir Arna.

Hvernig er heilsugæslan ólík annarri þjónustu innan heilbrigðiskerfisins?

„Heilsugæslan ætti að vera fyrsti viðkomustaður fólks ef eitthvað bjátar á tengt heilsunni. Minni háttar slys, veikindi og andleg vanlíðan eru dæmi um það. Eins og ég nefndi áður er það einnig hlutverk heilsugæslunnar að sjá um eftirlit og heilsuefingu í grunnskólum, mæðravernd og í ung- og smábarnavernd. Hjúkrunarfræðingar sjá að miklu leyti um þessa þjónustu í góðri samvinnu við annað heilbrigðisstarfsfólk stöðvarinnar. Við erum með öflugra hjúkrunamóttöku, þar sem við tökum á móti fólk sem kemur inn á stöðina með ýmiss konar vandamál, auk þess sem fólk hringir mikið til okkar og leitar ráða. Okkur finnst við vera í góðu sambandi við fólk og á svæðinu, erum aðgengileg og reynum að klára flest erindi innan heilsugæslunnar eða koma þeim í farveg.“

Hverjir eru kostirnir við að vera heilsugæsluhjúkrunarfræðingur?

„Kostirnir eru ótvíræðir. Vinnutíminn er fjölskylduvænn því við vinnum ekki á vöktum, starfið er líka mjög fjölbreytt en það eru þó ekki allir hjúkrunarfræðingar sem vinna á öllum póstum. Ég er til dæmis ekki í ungbarnavernd en ég er aftur á móti í heilsuefningunni, bæði í sykursýkis- og lífsstíls móttöku, auk þess að sinna hjúkrunarvaktinni. Við erum síðan að byrja að skipuleggja aukna þjónustu við aldraða sem verður hluti af heilsuefandi móttöku. Verkefni eru fjölbreytt og það er auðvelt að vera sjálfstæður í starfi. Ég er mjög heppin með samstarfsfólk og ég upplifi jafnræði á vinnustaðnum,“ útskýrir hún.

Hvernig hefur síðasta ár verið frábrugðið og hvaða lærdóm má draga af því?

„Þegar ég lít til baka, þetta eina og hálf á síðan COVID-19 byrjaði finnst mér langt um liðið síðan við stöðum hér í norðanáttinni fyrir utan heilsugæsluna og tókum sýni hjá fólki í gegnum bílrúður. Þetta var í byrjun faraldursins, áður en við fórum að sinna þessu miðlægt á Suðurlandsbrautinni og síðar í Laugardalshöllinni með bólusetningarnar. Hér innanhúss voru gerðar ráðstafanir sem miðuðu að því að vernda starfsemina. Vinnustaðnum var skipt upp í sóttvarnarhólf og unnið var að heiman. Við höldum uppi ungbarna- og mæðravernd en í rauninni kom nánast enginn inn á stöðina öðruvísi en að tala fyrst við hjúkrunarfræðing. Erindin voru leyst, eins og hægt var, í gegnum símann og þjónusta eins og sykursýkismóttakan með reglubundnu eftirliti varð að biða.“ Arna segir að þetta hafi verið mjög skrytinn tími en líka lærdómsríkur. „Við lærðum margt af þessari reynslu og munum halda áfram með ýmislegt sem við þurfum að taka upp. Við byrjuðum til dæmis alla daga á að taka stöðuna á stuttum fundi; hver voru nýjustu tilmæli frá sóttvarnaryfrvöldum og hvaða reglur gultu þann daginn. Við höfum haldið í þessa örfundi í byrjun vinnudags og fórum yfir stöðuna þó að COVID sé ekki lengur aðalmálið. Það er almenn ánægja með fundina og þeir eru örugglega komnir til að vera. Við lærðum líka hvað teymisvinnan er okkur mikilvæg. Við unnum mikið hvert í sínu horninu á þessum tíma og ég held við séum flest sammála um að við viljum öll meiri teymisvinnu,“ segir hún.

Hvernig er forvörnum sinnt innan heilsugæslunnar?

Strax á meðgöngutíma fá foreldrar fræðslu og upplýsingar og reynt er að styðja við verðandi foreldra eins og hægt er. Ung- og smábarnaverndin tekur síðan við með áframhaldandi eftirliti og fræðslu. Skólaheilsugæslan tekur við keflinu þegar börnin byrja í grunnskóla. Þar fylgjumst við með vexti og þroska barna; í fyrsta, fjórða, sjöunda og níunda bekk. Hæð, þyngd og sjón er mæld og staðan metin. Haft er samband við foreldra ef barnið beygir upp eða niður af kúrfu og þeim boðinn stuðningur og aðstoð. Þetta getur verið viðkvæmt en það er mikilvægt að ræða við foreldra og bjóða aðstoð. Einnig er fjölbreytt fræðslu- og forvarnarvinna í gangi í skólunum sem tengist meðal annars geðrækt, öryggi og kynþroskanum svo eitthvað sé nefnt. Því miður er þessi fræðsla einungis í boði fyrir nemendur upp í 10. bekk.



„... ég hef líka í vaxandi mæli sinnt fólki sem er með offitu og sit í stjórn fagfólks um offitu vegna þess að ég vil að við hlúum betur að þessum hópi. Vandinn er viðkvæmur og úrræðin því miður ekki mörg.“

Að mínu mati er mikil þörf fyrir hjúkrunarfræðinga í framhaldsskólunum, en ég held að það sé eingöngu hjúkrunarfræðingur í tveimur framhaldsskólum í dag. Það er mikið að gerast hjá unglingum á þessum aldri og viðfangsefni margvísleg; svefn, næring, hreyfing, geðvernd og mál sem tengjast neyslu. Listinn er langur. Allt í einu eru unglingar sem byrja í framhaldsskóla komnir úr skólamötuneytinu og þurfa að passa upp á sig sjálfir, það þykir kannski ekki lengur töff að mæta á æfingar eins og áður og rannsóknir sýna að svefninn er ekki nógu góður hjá þessum aldurshópi. Börn eru börn til 18 ára aldurs og ættu að fá þjónustu frá skólaheilsugæslunni þangað til að mínu mati. Þarna er sóknarfæri.“

Arna segist hafa mikla trú á skólaheilsugæslunni og þeim tækifærum sem þar eru til að hafa heilsuefandi áhrif á skólasamfélagið. „Þegar ég var skólahjúkrunarfræðingur í Hagaskóla fyrir nokkrum árum fékk ég einmitt tækifæri til að leiða verkefnið Heilsuefandi grunnskóli sem var á vegum Embættis landlæknis. Hagaskóli er stór unglingaskóli og voru skólastjórnendur spennir fyrir verkefninu. Við fengum styrk úr Lýðheilsusjóði og ég fékk til liðs við mig íþróttakennara skólans, lífsleiknikennarann, kokkinn og fulltrúa frá nemendum. Í sameiningu lögðum við línurnar og settum markmið um heilsuefingu næstu ára. Þetta var uppbyggileg vinna og það tóku allir þátt. Ég held að þetta verkefni sé enn þá í gangi hjá Embætti landlæknis og hægt er að sækja um að gerast heilsuefandi grunnskóli, framhaldsskóli og jafnvel heilsuefandi samfélag. Markmið verkefnisins er að samfélagið sem um ræðir, hvort sem það er skóli, vinnustaður eða eitthvað annað samfélag, verði að betri og heilsusamlegri vinnustað fyrir alla. Unnið er með eitt þema eða verkefni á ári og yfirleitt er byrjað á næringunni, síðan er hreyfingin í brennidepli og að lokum geðræktin í sinni fjölbreyttu mynd,“ segir Arna.

„Forvarnarstarf innan heilsugæslustöðvarinnar beinist, eins og fram hefur komið, með skipulögðum hætti að mæðravernd og ungbarnavernd. Forvarnir og fræðsla til skjólstaðinga okkar sem leita á heilsugæsluna með sín vandamál er rauður þráður, hvort sem vandinn er lítill eða stór. Við ræðum um heilsuefandi þætti eins og svefn, næringu og streitu og reynum að vekja löngun og áhuga hjá hverjum og einum til að bera ábyrgð á sjálfum sér og heilsu sinni. Það eru ekki bara við heilbrigðisstarfsmenn sem getum læknað, hjúkrað og lagað eins og margir hafa væntingar um. Við getum gert svo margt sjálf.“

Hvað er heilsuefandi hjúkrunarmóttaka?

„Lífsstílstengdir sjúkdómar, eins og fullorðinssykursýki og offita eru að aukast. Þjóðin er að eldast og við lifum lengur og oft með fleiri en einn sjúkdóm á efri árum. Heilsugæslan þarf að bregðast við þessari þróun og hefur þróunarhópur tekið til starfa fyrir heilsuefandi móttöku innan heilsugæslunnar undir forystu Jórlaugar Heimisdóttur hjúkrunarfræðings. Markmiðið með heilsuefandi móttöku er að samræma heildræna, þverfaglega og framvirka heilbrigðisþjónustu fyrir aldræða einstaklinga með fjölbættan og/eða langvinnan heilsuvanda.“

Arna segir að hægt sé að líta á heilsuefandi móttöku sem regnhlíf afhugtak yfir svo margt. „Sykursýkismóttakan hefur á mörgum heilsugæslustöðvum fest sig í sessi sem hluti þjónustunnar. Sýnt hefur verið fram á að með innköllun einstaklinga með sykursýki af tegund 2, fræðslu, ávísun á hreyfingu, stuðningi og hvatningu næst betri árangur. Með þessa vitneskju hafa áhugasamir hjúkrunarfræðingar tekið að sér að þróa verklag með sínu samstarfsfólki, bætt við þekkingu sína og haldið utan um þennan sjúklingahóp. Þessi vinna er í stöðugri þróun og mikilvægt er að unnið verði að því að samræma skipulag og verklag, ekki síst í skráningu þannig að hægt sé að fylgjast með árangri í meðferð við sykursýki. Uppbygging á heilsuefandi móttökum í heilsugæslunni ætti að byggja á reynslu okkar af sykursýkismóttökunni.“

Hún segir að í þeirri vinnu sem nýlega sé farin af stað í þróun á heilsuefandi móttöku verði annars vegar tekið mið af öldruðum og hins vegar einstaklingum með fjölbættan og/eða langvinnan heilsuvanda óháð aldri. „Leitast verður við að tryggja heildræna og einstaklingsmiðaða þjónustu með fjölbættum aðgerðum. Það verður spennandi að taka þátt í þeirri vinnu sem er fram undan, ekki síst hvernig við nálgumst þessa einstaklinga og skipuleggjum þjónustuna þegar vandinn er fjölbættur. Eins og fram hefur komið hef ég haldið utan um hópinn okkar á heilsugæslunni sem er með sykursýki af tegund 2. En ég hef líka í vaxandi mæli sinnt fólki sem er með offitu og sit í stjórn fagfólks um offitu vegna þess að ég vil að við hlúum betur að þessum hópi. Vandinn er viðkvæmur og úrræðin því miður ekki mörg. Við heilbrigðisstarfsfólk verðum að geta opnað umræðuna við skjólstaðinga okkar og sýnt stuðning ef viðkomandi þiggur aðstoð. Við í heilsugæslunni þurfum að styðja betur við einstaklinga með offitu. Í móttökuna okkar koma einstaklingar, jafnvel viku- eða hálfsmánaðarlega, til að fá stuðning. Mörgum tekst með slíkum stuðningi að ná góðum tókum á sínum sjúkdómi, sérstaklega ef vandinn er ekki orðinn stór. Heilsugæslan er fyrsta stigið í þessari þjónustu en okkur vantar sárlega úrræði að vísa í þegar á þarf að halda. Biðlistinn á Reykjalund er langur og þangað fara eingöngu þeir sem verst eru staddir. Offita hjá börnum er líka heilsufarslegt vandamál sem þarf að sinna betur innan heilsugæslunnar með markvissum stuðningi við barnið og foreldra þess. Það er óásættanlegt að fordómar í samfélaginu komi í veg fyrir að foreldrar þiggi stuðning áður en vandinn fer að hafa neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu barnsins. Það þarf vitundarvakningu í samfélaginu til að hægt sé að nálgast sjúkdóminn offitu eins og aðra sjúkdóma.

Þarf að koma með tilvísanir í þessar móttökur?

„Ég fæ flestar tilvísanir í sykursýkismóttökuna og lífsstílmóttökuna frá læknum stöðvarinnar. Það er oftast búið að vinna upp skjólstaðinginn, taka blóðprufu og taka góða heilsufars sögu. Þar með er viðkomandi kominn á lista í móttökunni hjá okkur. Ég reyni að bjóða fyrsta viðtal innan tveggja til þriggja vikna frá greiningu og eru flestir mjög jákvæðir fyrir því að koma. Við tókum nákvæma fæðissögu og fórum yfir hvar væri hægt að gera betur. Sumir fara beint á lyf, á meðan aðrir, vilja láta reyna á að taka lífsstílinn föstum tókum. Eftirlitið í framhaldinu ræðst svolítið af því hvernig gengur í byrjun. Sjúkraþjálfarinn okkar sem sér um hreyfiseðlana hittir einstaklinginn oftast á svipuðum tíma. Þetta er teymisvinna, læknis, hjúkrunarfræðings og sjúkraþjálfara. Við reynum að taka vel utan um skjólstaðinginn og koma hans málum í farveg. Svo er það einstaklingsbundið hvað fólk þarf mikla þjónustu.“

Hvað með heilsuefandi hjúkrunarmóttöku fyrir fólk með andleg veikindi?

„Í þessu módeli um heilsuefandi móttöku sem við ræddum áðan er ekki talað sérstaklega um einstaklinga með geðraskanir, sem er miður, en vonandi verður það í framtíðinni,“ segir Arna að endingu og við þökkum henni fyrir upplýsandi viðtal.

Október var mánuður heilsulæsis

Höfundar:

Björk Bragadóttir, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins
Hildur Einarsdóttir, Landspítali
Jóhanna Ó. Eiríksdóttir, Landspítali
Jónína Sigurgeirsdóttir, Reykjalundur
Katrín Blöndal, Landspítali
Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Háskólinn Akureyri
Nanna Friðriksdóttir, Landspítali, Háskóli Íslands
Brynja Ingadóttir, Landspítali, Háskóli Íslands

Heilsulæsi er hugtak sem hefur verið mikið í deiglu síðustu tvo áratugi. Það var ekki fyrr en með útgáfu Heilbrigðisstefnu – stefnu fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 sem heilsulæsi var sett á oddinn á Íslandi. Þar segir að unnt sé að efla heilsulæsi með markvissu starfi þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Heilsulæsi varðar ekki bara einstaklingana sjálfa heldur hefur athygli manna undanfarið beinst í auknum mæli að heilbrigðiskerfi og stofnunum. Farið er að tala um heilsulæsar stofnanir en markmið slíkra stofnana er að auðvelda fólki að finna, skilja og nota upplýsingar og þjónustu til að sinna heilsu sinni (Brach og Harris, 2021).

Margar skilgreiningar eru til á hugtakinu heilsulæsi en flestar eiga þær það sameiginlegt að ná yfir hæfni einstaklinga til að afla sér upplýsinga, skilja þær og nýta til eflingar á eigin heilsu. Með þekktari skilgreiningum sem notaðar eru í dag er skilgreining Sørensen og félaga (2012) sem sjá undir myndinni sem fylgir greininni.

Heilsulæsi er mikilvægt fyrir heilsu manna, því sé það takmarkað er hætt á misskilningi og að leiðbeiningum heilbrigðisstarfsfólks sé annaðhvort ekki fylgt eða að þeim sé fylgt á rangan hátt. Lítið er vitað um heilsulæsi einstaklinga og stofnana á Íslandi. COVID-19 faraldurinn hefur þó sýnt okkur hve mikilvægt er að einstaklingar hafi gott heilsulæsi. Þeir hafa þurft að taka margar ákvarðanir varðandi heilsu sína í heimsfaraldrinum og greina á milli áreiðanlegra og villandi upplýsinga sem birtar hafa verið bæði í fjölmiðlum og á samfélagsmiðlum.



Heilsulæsi tengist almennu læsi og felur í sér þekkingu, áhuga og hæfni til að finna, skilja, meta og nýta sér heilbrigðistengdar upplýsingar. Það er nauðsynlegt svo fólk geti tekið ákvarðanir um notkun heilbrigðisþjónustunnar, fyrirbyggingu sjúkdóma og heilsueflingu til að viðhalda eða bæta lífsgæði (Sørensen o.fl., 2012).

Snemma í sumar veitti Heilbrigðisráðuneytið styrki til gæða- og nýsköpunarverkefna í heilbrigðisþjónustu. Við sem þetta skrifum fengum rausnarlegan styrk til að hanna námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk um heilsulæsi. Markmið námskeiðsins, sem hægt verður að nota hvar sem er í heilbrigðiskerfinu, er að efla færni þátttakenda í að meta og bæta heilsulæsi sjúklinga og stofnana. Með þessu verkefni viljum við leggja okkar af mörkum til að vinna að innleiðingu Heilbrigðisstefnu til ársins 2030.

Hjúkrunarfræðingar munu heyra meira frá okkur í vetur en við stefnum að því að hafa námskeiðið tilbúið og í boði fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn á haustmánuðum 2022.

Áhugasömum er velkomið að senda okkur hugmyndir og ábendingar varðandi innihald námskeiðsins á netföngin bjork.bragadottir@heilsugaeslan.is eða brynjain@landspitali.is

HEIMILDIR

Brach, C., & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 health literacy definition tells organizations: make information and services easy to find, understand, and use. *Journal of General Internal Medicine*, 36(4), 1084-1085.

Heilbrigðisráðuneytið (2019). Heilbrigðisstefna - Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Margar skilgreiningar eru til á hugtakinu **heilsulæsi** en flestar eiga þær það sameiginlegt að ná yfir hæfni einstaklinga til að afla sér upplýsinga, skilja þær og nýta til eflingar á eigin heilsu.

3.- 4. FEBRÚAR 2022

HJÚKRUN 2022

Vísindaráðstefna á
Hilton Reykjavík Nordica

Boðið verður upp á fyrirlestra um niðurstöður rannsókna, þróunar- og gæðaverkefna, veggspjaldakynningar og málstofur.

Allar heilbrigðisstéttir eru velkomnar á ráðstefnuna. Nánari upplýsingar eru á www.radstefna.hjukrun.is

Vísindaráðstefnan er haldin í samstarfi eftirfarandi aðila:
Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Hjúkrunarfræðideildar HÍ, Hjúkrunarfræðideildar HA, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Landspítala



Átt þú orlofseign sem þú vilt leigja?

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga óskar eftir að leigja vönduð sumarhús eða orlofsíbúðir fyrir félagsmenn sína.

Leitað er eftir húsnæði víðs vegar um landið. 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.



Hinsegin heilbrigði

Sigurður Ýmir hjúkrunarfræðingur segir að fræðsla sé sterkasta vopnið gegn fordómum

Sigurður Ýmir Sigurjónsson útskrifaðist vorið 2020 sem hjúkrunarfræðingur, hann starfar sem ráðgefandi hjúkrunarfræðingur hjá Samtökunum 78 og er einnig aðstoðardeildarstjóri á Hrafnistu í Hafnarfirði. Hann hefur auk þess sinnt stundakennslu við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri. Sigurður Ýmir heldur fyrirlestra um hinsegin heilbrigði og segir mikilvægt að kveðja niður fordóma því fordómar komi niður á þjónustu gagnvart hinsegin einstaklingum og gerir það að verkum að þessi hópur veigrar sér við að leita aðstoðar.

Texti: Sigríður Elín Ásmundsdóttir | **Mynd:** úr einkasafni



Hvað er hinsegin heilbrigði?

„Það er mjög erfitt að útskýra svona vítt hugtak í stuttu máli þar sem hinsegin hópurinn er svo ótrúlega fjölbreyttur. Hinsegin heilbrigði snýr að samfélagslegri samþykkt gagnvart hinsegin flórunni, og áhuga hjá heilbrigðisþjónustu að sinna þessum hópi. Hinsegin heilbrigði snýr að miklu leyti að aðgengi að heilbrigðisþjónustu og að samfélagslegri stöðu hinsegin einstaklinga,“ segir Sigurður og tekur fram að þetta sé einföld útskýring á mjög víðu hugtaki.

Hvernig kviknaði áhugi þinn á „stöðu“ hinsegin fólks innan heilbrigðiskerfisins?

„Ég er frekar nýr af nálinni sem hjúkrunarfræðingur en ég hef starfað innan heilbrigðiskerfisins í að verða áratug. Á þeim tíma hef ég starfað innan fjölmargra deilda, ég hef séð ótrúlega fjölbreyttan hóp einstaklinga og rætt við margt starfsfólk innan heilbrigðiskerfisins. Ég, sem hinsegin einstaklingur sjálfur, hef verið að fylgjast með orðræðunni meðal starfsmanna og séð framkomu gagnvart sjúklingum sem hefur því miður verið fordómafull og ekki kerfinu til sóma. Þegar ég var í mínu námi þá heyrði ég bara talað um hinsegin einstaklinga sem sjúkdómsvædda – þá samkynhneigða menn í tengslum við HIV, trans fólk og intersex einstaklinga í tengslum við skurðaðgerðir o.s.frv. Það er aldrei rætt um fjölbreytileika hópans og hvernig skal nálgast hópinn á viðeigandi og fagmannlegan máta. Þar fann ég mér smáverkefni eftir að ég útskrifaðist og hafði fljótt samband við Samtökin 78 og spurði hvort þau hefðu áhuga á því að hafa hjúkrunarfræðing á sínum snærum sem var raunin.“

„Ég hvet alla þá sem hafa lesið þetta viðtal til að skoða sinn vinnustað og íhuga hvort hinsegin einstaklingur sé að fá góða þjónustu þar. Aðstaða, orðræða og fræðsla skiptir höfuðmáli í góðri heilbrigðisþjónustu gagnvart minnihlutahópum.“

Hvað getum við gert til að bæta stöðuna?

„Með fræðslu. Það er númer eitt, tvö og þrjú. Þeir sjúklingar sem við sinnum eiga ekki að vera fastir í fræðsluhlutverki gagnvart sínum þjónustuveitanda. Heilbrigðisstofnanir þurfa að sýna frumkvæði og fá fræðslu. Háskólinn á Akureyri var nú í fyrsta skipti með hinsegin fyrirlestur inni í sinni námsskrá, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands er með það í valfagi. Skólar á öllum stigum þurfa að hafa einhverja fræðslu og þá viðeigandi fyrir þann hóp sem á að fræða.“

Hvar innan heilbrigðiskerfisins upplifir hinsegin fólk helst fordóma og hvernig birtast þeir?

„Fordómar birtast í mörgum mismunandi formum innan heilbrigðiskerfisins. Ég ræði í mínum fyrirlesturum um stofnanabundna og einstaklingsbundna fordóma. Birtingarmynd stofnanabundna fordóma getur komið fram í öræritum, t.d. eyðublöð gera ekki ráð fyrir hinsegin einstaklingum eða aðstaða er ekki til staðar fyrir þá. Einstaklingsbundnir fordómar eru oftast meira beinskeyttir og fela í sér áreiti eða áhugaleysi frá heilbrigðisstarfsmanni gagnvart hinsegin einstaklingi. Allt slíkt kemur niður á þjónustu gagnvart hinsegin einstaklingum og gerir það að verkum að þessi hópur veigrar sér við að leita aðstoðar.“

Hvað varð til þess að þú ákvaðst að halda fyrirlestra um hinsegin heilbrigði?

„Ég sá tækifæri í því að vera með fyrirlestra um hinsegin heilbrigði þar sem það var ákveðin eyða í námsskrám um þennan tiltekna málaflokk. Fyrirlestraform er fræðsla fyrir þann hóp sem fyrirlesturinn situr og fræðsla er eitt það áhrifamesta tól sem hinsegin einstaklingar hafa í sinni baráttu. Fræðsla, þolinmæði og þrautseigja.“

Hvernig hafa viðtökurnar verið?

„Viðtökurnar komu verulega á óvart. Flestir hafa verið þakklátir fyrir fyrirlesturinn en það hefur

komið mörgum á óvart hvað þeir höfðu takmarkaða þekkingu á þessum hópi. Það eru akkúrat viðbrögðin sem ég hafði vonast eftir, þar sem það vekur umræðu innan hópa eftir að fyrirlestrinum er lokið.“

Er eitthvað sem hefur komið þér á óvart á þessari vegferð?

„Það kom mér á óvart, en samt ekki, hvað heilbrigðisstéttnin í heild er ómeðvituð um málefni hinsegin einstaklinga. Það kemur mér hins vegar mest á óvart hvað deildir Landspítalans hafa lítið fjármagn í höndunum til að sinna fræðslu gagnvart sínu starfsfólki og hafa því ekki burði til að sækja sér fræðslu.“

Hvar er hægt að nálgast fyrirlestur þinn og annað efni sem tengist hinsegin heilbrigði?

„Ég hélt málstofu nýlega í Háskólanum á Akureyri sem var tekin upp og má finna á vefsíðu þeirra. Annars hef ég verið að halda fyrirlestur bæði í kennslustundum í skólum og fyrir vinnustaði. Þá má senda á mig skilaboð á netfangið sigurdur@samtokin78.is. Sömuleiðis er hægt að panta hjá mér einstaklingsráðgjöf hjá Samtökunum 78 og eru upplýsingar inn á vefsíðu samtakanna.“

Eitthvað sem þú vilt segja að lokum?

Hinsegin hópar hafa setið aftarlega á merinni þegar kemur að heilbrigðisþjónustu. Aðeins er ein deild sem hefur staðið sig með prýði þegar kemur að hinsegin hópum og sendi ég stórt hrós á göngudeild A3 á Landspítala fyrir það starf sem þau sinna í dag, sömuleiðis fær göngudeild húð- og kynsjúkdóma á Landspítala gott hrós fyrir að hafa verið í átaki til þess að bæta þjónustu sína til að sinna hinsegin hópum. Munum að hinsegin einstaklingar eru í öllum hópum sem leita í heilbrigðisþjónustu og þarf heilbrigðisstarfsfólk að vera með rétt tæki og tól í höndunum til að sinna þessum hópi. Ég hvet alla þá sem hafa lesið þetta viðtal til að skoða sinn vinnustað og íhuga hvort hinsegin einstaklingur sé að fá góða þjónustu þar. Aðstaða, orðræða og fræðsla skiptir höfuðmáli í góðri heilbrigðisþjónustu gagnvart minnihlutahópum.

„Ef ég væri að vinna á stóru
sjúkrahúsi væri ég ekki að
vinna á skurðstofu, legudeild,
slysadeild og fæðingardeild.“



Eini svæfinga- hjúkrunarfræðingurinn á Vestfjörðum

Í faðmi fjalla blárra, eins og segir í ljóðinu, sem Ísfirðingar syngja svo oft, mælti ritstýran sér mót við Söru Guðmundsdóttur. Lagði bílnum fyrir utan stóra, steingróa byggingu á Torfnesi sem hýsir Sjúkrahúsið á Ísafirði þar sem Sara starfar sem svæfingahjúkrunarfræðingur. Hún er eini svæfingahjúkrunarfræðingurinn á staðnum sem þjónar íbúum Vestfjarða og veitir íbúum fjórðungsins, ferðamönnum og sjófarendum á Vestfjarðamiðum alla bráðapjónustu og aðra sjúkrahúspjónustu sem er á valdi spítalans að veita.

Viðtal: Sigríður Elín Ásmundsdóttir / **Myndir:** Sigríður Elín og úr einkasafni.

Það var sólríkur sumardagur og Sara átti að ljúka vakt klukkan tvö en eins og stundum vill verða losnaði hún ekki þegar vaktinni lauk. Klukkutíma seinna kom hún brosandí niður stigann og afsakaði biðina sem þurfti ekkert að afsaka því það var einstaklega afslappandi að sitja á biðstofunni. Við röltum upp í matsalinn og gripum okkur kaffibolla áður en við hófum spjallið.

„Ég er frá Ísafirði, fæddist reyndar fyrir norðan en flutti hingað þegar ég var níu ára og ólst hér upp ásamt fjórum systkinum. Ég fór til Bandaríkjanna sem au-pair í eitt ár þegar ég var 18 ára og þegar ég kom heim ákvað ég að læra sjúkraliðann. Eftir að hafa unnið sem sjúkraliði í nokkur ár ákvað ég að fara í hjúkrunarfræði og á þeim tíma var ég ákveðin í að fara í framhaldinu í ljósmóðurfræði. Eftir fyrsta árið í hjúkrun breyttust þau áform, ég sá hvað það voru miklir möguleikar í hjúkrun sem heilluðu mig og ég hætti við áform mín um að verða ljósmóðir,“ segir hún og brosir.

Námsvalið réðst af vöntun á spítalanum

Sara útskrifaðist árið 2008, ákvað þá að breyta til og flutti, ásamt manni sínum, til Selfoss í nokkur ár: „Það var æðislegt að vera þar, ég var bæði á hand- og lyflækningadeild og öldrunardeild. Ég er bráðahjúkka í mér en ég held ég geti sagt að nánast öll svið innan hjúkrunar heilli mig að einhverju leyti. Eftir að dóttir okkar fæddist árið 2010 ákvað ég að sækja um vinnu í Noregi, eins og svo margir á þeim tíma.

Ég fékk norskt hjúkrunarleyfi í desember sama ár og við fluttum til Lærdal í janúarmánuði 2011. Ég hafði rekist á atvinnuauklýsingu frá hjúkrunarheimili í Lærdal og tók eftir því að deildarstjórinn var með íslenskt nafn sem fékk mig til að sækja um starfið. Eftir þrjú ár í Noregi ákvaðum við að flytja aftur heim á Ísafjörð,“ segir hún, það var gott að koma heim. Sara fór að vinna á sjúkrahúsinu en árið 2016 ákvað hún að skella sér í framhaldsnám í svæfingahjúkrun sem er 90 eininga diplómanám. En hvers vegna varð svæfingahjúkrun fyrir valinu? „Ég hef verið spennt fyrir svæfingahjúkrun síðan ég var á fjórða ári í hjúkrun, þá fór ég í verknám á svæfingu og fannst það mjög spennandi af einhverjum ástæðum. Svo



„Í mörgum tilfellum er hlutverk mitt, ásamt samstarfsfólki, að sinna bráðveiku fólki á meðan beðið er eftir sjúkraflugi á Landspítalann, ...“

vantaði svæfingahjúkrunarfræðing því sá sem vann hérna í mörg ár var alveg að fara á eftirlaun á þessum tíma. Það má því segja að valið hafi að hluta til ráðist af vöntun á svæfingahjúkrunarfræðingi á Ísafjörð og spítalinn studdi mig í að fara til Reykjavíkur í námið.“

Alltaf á bakvakt

Sara kláraði diplóma árið 2018 og hefur síðan þá starfað sem svæfingahjúkrunarfræðingur, sá eini á Vestfjörðum, hvernig gengur það? „Ég er alltaf á bakvakt, alla daga og get ekki farið úr bænum nema fá afleysingu sem er mjög bindandi. En þetta er sem betur fer að breytast núna, ég er farin að fá reglulegar afleysingar eina viku í mánuði, um það bil, og þær sem voru með mér í svæfinganáminu hafa verið duglegastar að koma og leysa mig af. Það sem breytti stöðunni og auðveldaði mér mikið að fá fólk til að koma er að við fengum nýja svæfingavél í fyrra sem góðgerðarsamtökin Stöndum saman Vestfirðir, gáfu. Gamla vélin var allt öðruvísi en sú sem er á Landspítalanum en það flækir málin að vera með öðruvísi og eldri tæki. Ákveðið var að kaupa alveg eins vél og er á Landspítalanum því þegar tækin eru orðin kunnugleg þá er auðveldara að fá fólk til að koma hingað í afleysingar. Það er ekki svæfingalæknir á Vestfjörðum og eiginlega ekki grundvöllur fyrir því, nema þá í hlutastarfi, það er of lítið að gera eingöngu í svæfingum. Það kemur stundum svæfingalæknir hingað, sá er héðan og leysir af á heilsugæslunni og mig af í leiðinni. Venjulega vinna svæfingahjúkrunarfræðingar og svæfingalæknar mjög náið saman en þar sem hér er ekki svæfingalæknir alla jafna svæfi ég ekki fólk með flókin veikindi, við veljum hraust fólk sem fer í fyrir fram ákveðnar aðgerðir. Aðalástæðan fyrir því að hafa svæfingahjúkrunarfræðing á vakt eru bráðatilfellin, eins og til dæmis heilablæðingar, öndunarvegserfiðleikar, botnlangaaðgerðir, keisarar og endurlífganir. Í mörgum tilfellum er hlutverk mitt, ásamt samstarfsfólki, að sinna bráðveiku fólki á meðan beðið er eftir sjúkraflugi á Landspítalann,“ útskýrir Sara en hver er þá staðan þegar það verða slys eða óvænt bráðatilfelli í þessum landsfjórðungi sem nær yfir stórt svæði og langt í bráðþjónustu Landspítalans? „Ég, skurðhjúkrunarfræðingar, læknar



og fleira fagfólk erum alltaf á bakvakt og getum verið kölluð út hvenær sem er en útkallsbyrðin er venjulega ekki mjög þung,“ útskýrir hún og bætir við að grundvallaratriði til þess að hægt sé að sinna fæðingarþjónustu á svæðinu sé að það sé svæfing á staðnum svo hægt sé að framkvæma keisara. Allt helst þetta þannig í hendur og krefst þess að mannskapur sé til staðar ef á þjónustunni þarf að halda.

Eiginmaðurinn nýútskrifaður hjúkrunarfræðingur

Hvernig er hefðbundinn vinnudagur á sjúkrahúsinu á Ísafirði? „Ég er í 60% starfi á legudeildinni sem er hand- og lyflækningadeild og þar er ég aðallega á dagvöktum því við hjónin erum með börn en maðurinn minn er líka hjúkrunarfræðingur. Hann var að útskrifast núna í vor og við reynum eftir fremsta megni að vinna á móti hvort öðru þannig að annað okkar sé þá heima hjá börnunum. Við vorum að taka að okkur tvö yndisleg fósturbörn og reynum þess vegna að vera eins mikið og við getum heima til að sinna þeim og dóttur okkar. En hittist þið hjónin þá mikið? „Nei, að visu ekki nógu mikið en þetta er bara tímabundið og við látum þetta ganga með aðstoð góðra vina og ættingja,“ segir Sara ánægð að búa í heimabænum nærri sínu fólki.

En hvernig kom það til að eiginmaðurinn ákvað líka að skella sér í hjúkrunarfræði? „Þegar við bjuggum úti í Noregi fór hann að vinna aðhlynningarstarf

á sambýli og í kjölfarið langaði hann að fara í sjúkraliðanám en áttaði sig fljótlega á því að hann hefði ekki skrokk í að vera sjúkraliði. Hjúkrunarfræðin býður upp á ótal möguleika í starfi og það varð úr, eftir að hann byrjaði að vinna hérna á sjúkrahúsinu, að hann dreif sig í hjúkrun,“ útskýrir hún.

Fæðing, kistulagning og bráðaaðgerð allt á sömu vakt

Upplifir þú mikla pressu að vera eini svæfinga-hjúkrunarfræðingurinn í fjórðungnum eða er álagið sem því fylgir innan þolmarka? „Já, það er það. Líka vegna þess að mér finnst við starfsfólkið hérna á spítalanum vinna sem eitt teymi. Þess vegna upplifi ég ekki að ég standi ein þótt ég sé ein með þessa sérfræðipækkingu. Það er góður starfsandi hérna hjá okkur sem skiptir öllu máli á svona litlum stað. Ég er stundum á sömu vaktinni að aðstoða við fæðingu, þarf svo kannski að fara niður í líkhús og kistuleggja og get síðan líka verið kölluð í aðgerð, allt sama daginn. Starfið er því mjög fjölbreytt en ástæðan fyrir því að við kistuleggjum hér er að það er engin útfararþjónusta á Ísafirði. Ef ég væri að vinna á stóru sjúkrahúsi væri ég ekki að vinna á skurðstofu, legudeild, slysadeild og fæðingardeild. Mér finnst frábært að fá að flakka á milli deilda og vinna fjölbreytt hjúkrunarstörf, þótt ég sé bráðahjúkka í mér finnst mér líka gaman að fá að fara á öldrunardeildina og spjalla við gamla fólkið þar og sinna því.“

Sara segir að fyrir fram ákveðnar aðgerðir á sjúkrahúsinu á Ísafirði séu um það bil hundrað á ári en svo séu líka bráðaaðgerðir gerðar sem geta verið fleiri eða færri en þær aðgerðir sem eru ákveðnar fyrir fram. „Til dæmis voru fjórir keisarar gerðir hér í febrúarmánuði árið 2020 sem er vanalega sá fjöldi

sem við gerum á ári þannig að þetta getur verið mjög breytilegt,“ útskýrir hún.

Þá að veirunni sem setti allt á annan endann; hvernig tókust þið á við kórónuveiruna, þegar ástandið var sem verst? „Það var svolítið langt tímabil þar sem við unnum í hópum svo smit myndi ekki dreifast út fyrir hópana og engar fyrir fram ákveðnar aðgerðir voru gerðar á þessu tímabili. Það eru allar einingar hjá okkur svo litlar og það þarf svo fá smit til þess að einingarnar verði óstarfhæfar. Til dæmis eru bara þrír starfsmenn á rannsóknarstofunni og þrír hjúkrunarfræðingar á skurðeildinni og ef einn starfsmaður smitast er stór hluti af deildinni frá.“

Draumastaða að hafa annan hjúkrunarfræðing með sömu sérþekkingu

Sara segist vilja vera áfram á Ísafirði en að draumastaðan væri ef það væri annar svæfinga-hjúkrunarfræðingur við spítalann sem gæti unnið á móti henni. „Ég myndi vilja vera í hlutastarfi á Landspítalanum líka, þegar ég byrjaði var ég það og fór þá í tvær vikur í senn annan hvern mánuð á Landspítalann sem gerði mér gott sem fagmanneskju. Ég finn að mig vantar að vinna með öðrum svæfingahjúkrunarfræðingum til að þróast í starfi því það er mikil þróun í lyfjum og öðru sem ég næ illa að fylgjast með þegar ég er ein. Ég samt í góðu sambandi við aðra svæfingahjúkrunarfræðinga á LSH sem ég get alltaf leitað til. Gott bakland er mikils virði og ég er vel sett að því leytnu til. Skurðlæknirinn hérna á Ísafirði var lengi deildarlæknir á svæfingu og það er mikið öryggi fyrir mig að hafa hann og hans þekkingu að leita í. Ég fékk líka að ráða hjúkrunarfræðing í hlutastarf sem er mér til aðstoðar á skurðstofunni því það getur verið erfitt að vera ein við vissar aðstæður.

Skurðhjúkrunarfræðingarnir hérna eru mér líka innan handar því þær hafa ákveðna þekkingu þegar kemur að svæfingum. Ég held að á flestum minni sjúkrahúsum sé þetta oft þannig að fagfólkið hefur breiðari þekkingu og starfar á fleiri en einni deild eins og ég geri sem gerir starfið mjög fjölbreytt og skemmtilegt.“

Ef þú ætlaðir að mennta þig meira innan hjúkrunar, hvaða nám myndir þú velja og hvers vegna? „Ég myndi velja gjörgæsluhjúkrun. Mér finnst það vera mjög rökrétt framhald af því sem ég er búin að læra. Gjörgæsluhjúkrun er líka mjög gagnlegt nám og góð þekking að hafa þegar maður starfar úti á landi, þótt vissulega sé ekki gjörgæsla hér, því við höfum hvorki fagfólk né tæki til þess, þá þurfum við oft að geta sinnt okkar sjúklingum á meðan við bíðum eftir flutningi á Landspítala, eða í einstaka tilfellum á Sjúkrahúsið á Akureyri,“ segir hún að endingu og við kveðjumst enda liðið á daginn og Sara þarf að komast heim eftir langa vakt.



Gunnar Pétursson hjúkrunarfræðingur á bráðadeild í Ástralíu



Gunnar Pétursson er 36 ára hjúkrunarfræðingur sem starfar á bráðadeild á St Vincent's Hospital í Sydney. Sjúkrahúsið skiptist í almennings- og einkasjúkrahús og á bráðadeildinni þar sem hann starfar eru um það bil 50.000-60.000 komur á ári en um 350 rúm eru á sjúkrahúsinu í heildina. Gunnar er giftur Biöncu sem er lögfræðingur og eiga þau hjónin fimm ára gamla tvíbura sem heita Björn Tómas og Chiara Ingibjörg. Bláðamaður heyrði í Gunnari og lífið virðist vera nokkuð gott þarna hinum megin á hnettinum. Hitastigið um 20 gráður í nóvember og starfsfólkið á spítalanum þar sem Gunnar vinnur almennt ekki að keyra sig út með aukavöktum. Launin segir hann vera aðeins lægri en starfsánægjan meiri því farið sé eftir mönnunarviðmiðum. Hann mælir hiklaust með því að hjúkrunarfræðingar með útþrá láti verða af því að flytja og prófa eitthvað nýtt því reynslan skili sér svo inn í heilbrigðiskerfið heima á Íslandi þegar fólk kemur til baka.

Texti: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

„Ég útskrifaðist árið 2010 með BSc-gráðu frá Háskóla Íslands og árið 2014 með Master of Emergency Nursing frá University of Sydney,“ segir Gunnar en hver er maðurinn í einni setningu? „Ég spurði kollega minn og hennar svar var: „Oh you mean that mad icelander? Rough as a rock on the surface, but once you get to know him he's a big old softie on the inside,“ svarar hann og hlær og bætir við að hann sé fyrst og fremst pabbi, eiginmaður, bróðir og sonur. Og ef við yfirferum þessa setningu kollega hans gróflega yfir á íslensku myndi hún hljóma einhvern veginn svona: Ertu að tala um þennan „reiða“ Íslending? Grjótharður á yfirborðinu en þegar þú kynnist honum er hann algjört ljúfmenni. „Hjúkrun er fyrir mér skemmtilegt áhugamál sem ég fæ borgað fyrir,“ segir hann glaður í bragði en hvers vegna ákvað hann að fara í hjúkrunarfræðinám frekar en eitthvað annað? „Ég man eftir því að hafa horft á þætti eins og Bráðavaktina (ER) og aðra svipaða þætti og bráðumhverfið heillaði mig mjög. Öll þessi spennu og adrenalín, en samt var líka tími fyrir mannlega þáttinn. Ég hóf svo störf á bráðamóttöku árið 2010 og þá var ekki aftur snúið, bráðahjúkrun varð fyrir

valinu. Í starfi á bráðadeild sér maður fólk á oft verstu stundum lífs síns og fær að vera með því gegnum ferlið, frá komu til útskriftar eða innlagnar. Ég fæ smátíma með hverjum og einum sjúklingi sem ég sinni og fegurðin við bráðahjúkrun finnst mér felast í því að gera sem mest úr þeim stutta tíma sem maður fær með hverjum og einum. Þegar sjúklingur kemur inn um dyrnar þarf ég sem bráðahjúkrunarfræðingur að reiða mig á þá faglegu þekkingu sem ég hef aflað mér, reynsluna sem kennir mér að greina milli bráðra veikinda og veikinda sem eru ekki eins bráð og hvað ég geri við þessar upplýsingar til að gera ferli sjúklingsins í gegnum bráðumhverfið sem öruggast, skilvirkast og þægilegast,“ segir Gunnar.

Allt njörvað niður í reglur og tékklista

Er vinnuumhverfið á sjúkrahúsinu þar sem þú starfar ólíkt því sem þú þekkir frá á Íslandi? „Já, á vissan hátt þurfti ég að læra margt upp á nýtt þegar ég kom hingað fyrir rúmum þremur árum. Það sem sló mig mest er hvað allt hérna er njörvað niður í reglur og tékklista. Sama hversu reyndur starfsmaðurinn er og hversu mikla faglega færni hann hefur öðlast



„Launin hérna eru svipuð og á Íslandi og jafnvel mun lægri en á móti kemur að starfsánægjan virðist vera meiri hérna. Það er vegna þess að starfsfólkið er ekki eins útkeyrt eftir vaktirnar ...“

Þá fær hann ekkert að gera fyrr en hann hefur verið tékkaður af með hjúkrunarkennara sem sér um gæðaeftirlit. Þetta á líka við um einföldustu verk eins og að setja upp nál eða þvaglegg. Þegar tekið er á móti nýjum sjúklingi þarf svo að fara í gegnum fimm til tíu tékklista og það er strangt að því sé fylgt eftir. En hérna eru engir sjúkraliðar á bráðamóttökum og varla innan spítalans þannig að við göngum í öll þau störf líka. Á móti kemur að það eru færri sjúklingar á hvern hjúkrunarfræðing, þeir halda fast í þau mönnunarviðmið sem hér eru og til að mynda er einn hjúkrunarfræðingur á hverja fjóra sjúklinga á almenna svæðinu á bráðamóttökunni. Það er einn hjúkrunarfræðingur með einn til tvo sjúklinga í endurlífgunarherbergjum og hver hjúkrunarfræðingur er með fjóra til sex sjúklinga á skammverueiningu. Teymisvinna er mikilvæg og við hjálpumst mikið að hérna á bráðamóttökunni.

Mönnunarviðmiðin númer eitt, tvö og þrjú

Gunnar segir að helsti kosturinn við heilbrigðiskerfið í Ástralíu sé sá að almenna kerfið sé algjörlega ókeypis. „Ég hef persónulega þurft að nota heilbrigðiskerfið hérna og hef ekki borgað krónu fyrir. Hérna er líka blandað kerfi þannig að einkageirinn tekur vissan þunga af almenna kerfinu, þannig náum við oft að leggja sjúklinga beint inn á einkaspítalann af

bráðamóttökunni sem hjálpar heilmikið til þegar spítalinn er sprunginn. Þetta var okkur mikil hjálp þegar heimsfaraldurinn stóð sem hæst.“ Hann segir að starfsfólkið sé vel menntað og þjálfað, tækjabúnaðurinn sé til fyrirmyndar, (að minnsta kosti á stóru sjúkrahúsum), og flæðið tiltölulega gott. „Verkferlar eru skilvirkir og rík áhersla er lögð á öryggi sjúklinga, eins og til að mynda byltuvarnir, smitvarnir, meðhöndlun ofbeldisfullra sjúklinga og þar fram eftir götunum.

Ókostirnir eru að hérna er almennum hjúkrunarfræðingum ekki veitt jafnmikið frelsi til að beita klíniskri þekkingu eins og heima á Íslandi. Öll almennt hjúkrunarstörf eru fast bundin í nákvæma verkferla, án svigrúms til að beita klíniskri þekkingu. Til dæmis ef sjúklingur er með brjóstverk þá er strax kallað til viðbragsteymi, eins ef puls fer upp í 122 í nokkrar sekúndur þá er strax kallað til endurlífgunarteymi. Annað sem ég hef tekið eftir er að það virðist sem nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar hérna hafi ekki hafa mikla verklega þekkingu þótt sú bóklega sé mikil. Þetta skapar verulegt óöryggi,“ segir hann. En telur Gunnar að við Íslendingar ættum að taka okkur eitthvað til fyrirmyndar þegar kemur að heilbrigðisþjónustu og störfum hjúkrunarfræðinga í Ástralíu? „Já, ef ég á að nefna eitthvað þá eru það mönnunarviðmiðin númer eitt, tvö og þrjú,“ svarar Gunnar án umhugsunar. „Launin hérna eru svipuð og á Íslandi og jafnvel mun lægri en á móti kemur að starfsánægjan virðist vera meiri hérna. Það er vegna þess að starfsfólkið er ekki eins útkeyrt eftir vaktirnar því það heldur yfirleitt sama sjúklingafjölda gegnum vaktirnar sem gefur því meiri tíma til að klára þau verk sem þarf að klára. Það er gríðarlegur munur þegar við erum tveir hjúkrunarfræðingar, ásamt hópstjóra með aðeins átta sjúklinga, fá að halda þeim fjölda og passa vel upp á að allir komist í matartíma á réttum tíma og fái viðeigandi aðstoð á vaktinni. Og það má bæta því við að hérna er starfsfólkið ekki að keyra sig út á aukavöktum.“



Myndir þú mæla með við aðra hjúkrunarfræðinga að flytja og starfa við fagið í fjarlægum landi? „Já, ég mæli hiklaust með því fyrir alla að prófa að vinna við fagið í öðru landi. Ísland er pínulítið og ég held að það sé öllum hollt að taka styttri eða lengri tarnir í útlöndum ef fólk hefur kost á. Reynslan skilar sér líka inn í kerfið heima,“ segir hann. En er eitthvað annað sem Gunnar gæti hugsað sér að læra í framtíðinni; innan hjúkrunar eða jafnvel á allt öðrum starfsvettvangi? „Ég ætlaði að skrá mig í sjúkraflutninganám hérna en vegna hjartavandamála er það, því miður, ekki í boði fyrir mig. Annars gæti ég líka hugsað mér að fara í nám í svæfingahjúkrun, eða eitthvað allt annað, eins og til dæmis jarðeðlisfræði,“ svarar hann hress í bragði.

Sidney og Svalbarði

Hvernig kom það til að þið ákváðu þið að flytja til Sidney? „Ég kynntist konunni minni hér árið 2014 þegar ég var að klára meistaranám í bráðahjúkrun. Við fluttum saman heim til Íslands en eftir fjögur ár í heimalandinu mínu fór hana að langa aftur heim til Ástralíu. Við ákváðum þá að flytja og hérna verðum við væntanlega næstu árin.“ Og aðspurður hvernig hefðbundinn dagur sé hjá fjölskyldunni í Sidney segir hann virka daga vera svipaða og heima en um helgar vakni þau yfirleitt snemma og fari í einn af þeim fjölmörgum görðum sem eru í nágrenninu og svo heim í hádegismat. „Áður en heimsfaraldur og útgöngubönn skulu á nýttum við yfirleitt helgarnar í að skoða nýjar strendur en í Sidney eru yfir hundrað strendur. Svo fórum við heim og skelltum oftast vænni steik á grillið um eftirmiðdaginn,“ segir hann en ætli eitthvert annað land heilli hann þannig að hann langi að flytja þangað? „Svalbarði hefur alltaf heillað mig. Þó svo ég búi í Sydney núna þá kann ég betur við mig í kaldara loftslagi. Ég held að það gæti verið ævintýri að prófa að búa á Norðurlóðum einn daginn.

Varð frægur á einni nóttu í auglýsingaherferð HeForShe

Gunnar er einn þeirra karlmannna sem hefur tekið virkan þátt í því að brjóta niður staðalímyndir um hlutverk kynjanna á vinnumarkaði, hann tók þátt í átaki Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga þar sem markmiðið var að hvetja karlmenn til að læra hjúkrun og varð nánast heimsfrægur á einni nóttu þegar hann tók þátt í auglýsingaherferð HeForShe-hreyfingarinnar sem miðar að því að hvetja karlmenn og stráka sérstaklega til að beita sér fyrir kynjajafnrétti. En hvað svo, hvernig hefur baráttan gengið síðan þetta var árið 2016? Finnst þér hafa orðið hugarfarsbreyting almennt hjá fólki? „Já, það hefur orðið veruleg hugarfarsbreyting síðustu árin. Áður fyrr töldum við vissa hegðun og talsmáta vera eðlilegan, en það hefur, sem betur fer, orðið breyting þar á. Karlmenntu eru farnir að passa sig mun betur á því hvernig þeir hegða sér og tala við hitt kynið.“ Gunnar segist aldrei verða fyrir fordómum í starfi vegna kyns? „Aldrei, ég hef aldrei nokkurn tímann heyrt fólk furða sig á því að það sé karlmaður í hjúkrun hérna í Ástralíu. Þegar ég kom svo heim til Íslands um jólin fyrir tveimur árum og tók eina vakt



„... ég hef aldrei nokkurn tímann heyrt fólk furða sig á því að það sé karlmaður í hjúkrun hérna í Ástralíu.“

fékk ég að heyra það alla vega tvisvar frá sjúklingum hvað það væri nú gott að sjá stráka í þessu starfi. Þetta pirraði mig svolítið því það á ekki að koma neinum á óvart og það á ekki að vera neitt sérstakt við það að sjá karlmann í faginu. Þetta á bara að vera eðlilegasti hlutur og það á ekki að skipta máli hvaða kyn þú ert.“ Gunnar segir að vel eigi að vera hægt að auka hlutfall karlmannna í hjúkrun.

„Það gerum við með jákvæðum fyrirmyndum og orðræðu og með því að útrýma þeim hugsunarhætti að kyn skipti máli í starfi. Ég hugsa að þegar við förum að sjá karlmenn í ljósmóðurfræði á Íslandi brotni síðasti múrin. Hér í Ástralíu er stórt hlutfall hjúkrunarfræðinga karlkyns og einnig er nokkuð af þeim í ljósmóðurstörfum. Oft á vaktinni hérna erum við strákarnir um helmingur hjúkrunarfræðinga og stundum raðast það þannig að við erum í meirihluta. Ég tala þó bara fyrir bráðahjúkrun.

Saknar íslenska veðursins

En er eitthvað sem þú saknar sérstaklega frá Íslandi? „Já, eins og margir Íslendingar fjarri heimahögunum sakna ég fjallanna, norðurljósanna og veðursins, því eins og fyrr segir hentar kaldara loftslag mér betur en hitinn. Ég sakna þess að geta keyrt í nokkrar mínútur og verið kominn út í ósnortna náttúru, sem mér finnst jafnast á við mánuð af sálfræðipjónustu eftir erfiða vakt. Ég sakna líka að geta gengið úti í náttúrunni án þess að hafa áhyggjur af því að rekast á snáka, eittraðar köngulær eða önnur kvikindi og svo sakna ég kjötsúpunnar frá mömmu,“ svarar hann brosandí.

Ætlið þið að flytja aftur til Íslands einn daginn? „Algjörlega. Ég á stóra fjölskyldu og krakkarnir mínir voru ungir þegar við fluttum hingað, ég vil að þau fái að kynna Íslandi og fái betri tengingu við landið. Við stefnum á að koma heim eftir um þrjú til fimm ár og vera heima í nokkur ár.“

Að endingu segir Gunnar að ef einhver heima á Íslandi vilji prófa að koma til Ástralíu og vinna við hjúkrun sé hann alltaf til í að hjálpa. „Eins ef einhver vill koma á skiptiprógrammi á milli landanna þá er ég meira en til í að leggja hönd á plóg við það verkefni.“



HÁGÆÐA VINNUSTÓLAR – **BETRI VINNUAÐSTAÐA**

Fastus býður upp á mikið úrval af vinnustólum fyrir heilbrigðisstofnanir. Hægt er að fá stólanna með sérstöku bakteríufráhrindandi áklæði sem auðvelt er að sótthreinsa og þrifa. Stólarnir eru einnig fáanlegir í mismunandi útgáfum, með hand- eða fótstýrðri hæðarstillingu og með eða án baks.



Pantaðu tíma hjá ráðgjöfum okkar í síma 580 3900 og þeir aðstoða þig við að velja rétta stólinn fyrir þig.

Ásta María starfar á nýburagjörgæsludeild Karólínska sjúkrahússins í Stokkhólmi

Ásta María Ásgrímsdóttir er íslenskur hjúkrunarfræðingur sem býr og starfar í Stokkhólmi í Svíþjóð. Hún útskrifaðist árið 2019, starfaði í eitt ár á gjörgæsludeild og ákvað svo að freista gæfunnar og flytja erlendis. Í dag starfar Ásta á nýburagjörgæsludeild á Karólínska sjúkrahúsinu. Hún býr með kærasta sínum í höfuðborginni og nýlega stækkaði litla fjölskyldan þegar sænsk-danski garðhundurinn Bilbó bættist við hana. Ásta María var til í að svara nokkrum spurningum um lífið í Svíþjóð þegar blaðamaður hafði samband við hana á dögnum.

Texti: Sölvi Sveinsson | **Myndir:** Úr einkasafni

Hvers vegna ákvaðst þú að flytja frá Íslandi? Og hvers vegna Svíþjóð?

Mig hefur alltaf langað til að prófa að búa erlendis, stækka sjóndeildarhringinn og læra nýtt tungumál. Svíþjóð er í hæfilegri fjarlægð frá Íslandi, tungumálið og menningin mjög lík en samt aðeins ólík. Svo er Stokkhólmur mjög falleg og skemmtileg borg. Það er gaman að prófa að búa í stórborg og vinna á hátækni sjúkrahúsi.

Hvernig gekk að sækja um vinnu erlendis, var það flókið ferli?

Nei, það var alls ekki flókið ferli. Ég byrjaði að leita á Netinu og fann þá atvinnuumsókn hjá deildinni sem ég vinn á í dag. Áður en ég var ráðin fór ég í nokkur atvinnuviðtöl, þar á meðal eitt á sænsku en á þeim tíma var sænskukunnátta mín takmörkuð en ég fékk samt að lokum vinnuna.

Hvers vegna valdir þú nýburagjörgæslu?

Ég vann á gjörgæslu heima á Íslandi, bæði með námi og eftir útskrift. Mér finnst gjörgæsluumhverfið mjög spennandi en mig hefur líka alltaf langað til að verða ljósmóðir. Eins og hjá svo mörgum var það ástæðan fyrir því að ég valdi hjúkrun. Ég hef alltaf verið heilluð af nýburahjúkrun. Mig langaði að prófa og sjá hvort að þetta væri sú hjúkrun sem ég vildi vinna við, ég var með þessu eiginlega



að sameina áhuga minn á gjörgæsluhjúkrun og ljósmóðurfræðum.

Hvaða sjúklingahóp sinnið þið á deildinni?

Nýburagjörgæsla er fyrir veika nýbura og litla fyrirbura niður í viku 22. Það eru nokkrar nýburagjörgæslur í Stokkhólmi og sú sem ég vinn á sérhæfir sig í minnstu fyrirburunum og fyrirburum sem þurfa að fara í kviðarholsaðgerð.

Var tungumálið hindrun?

Ég var fljót að ná sænskunni. Ég kunni aðeins norsku og dönsku þegar ég fór út og náði að bjarga mér á skandinavísku. Til að læra sænskuna sem best henti ég mér bara í djúpu laugina og byrjaði að reyna að tala hana. Það gekk mjög hratt fyrir sig og það leið ekki langur tími þar til ég skildi nánast allt sem sagt var og fólk skildi mig sömuleiðis. Tungumálið var því engin hindrun.

Áttu skemmtilega sögu af misskilningi vegna tungumáls?

Já, vegna reynslu minnar af hjúkrun COVID-19 sjúklinga heima á Íslandi var var ég send á COVID-hágæsludeild í tvo mánuði síðasta vetur. Þar varð skemmtilegur misskilningur milli mín og eins sjúklings. Ég hélt að „ingen aning“ þýddi „það var svo lítið“ en í raun þýðir það „ég hef ekki hugmynd“. Ég sagði það nokkrum sinnum við sjúklinginn minn

„Þetta hefur verið miklu erfiðara en ég bjóst við og það hefur tekið mig langan tíma að aðlagast starfinu.“

á einni næturvaktinni en var grunlaus um að ég væri sífellt að segjast ekki hafa hugmynd. Það var ekki fyrr en sjúkraliðinn sem var með mér talaði við mig um þetta að ég fattaði misskilninginn. Ég fór þá og útskýrði þetta fyrir sjúklingnum og við hlógum mikið.

Er öflug teymisvinna á deildinni sem þú starfar?

Já, mjög öflug teymisvinna, sérstaklega á milli hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Hér eru sjúkraliðar með mjög mikla ábyrgð. Hjúkrunarfræðingar vinna náið með sjúkraliðum saman í teymi með tvo sjúklinga. Svo er auðvitað líka góð teymisvinna við aðrar starfsstéttir á deildinni þar sem ég er.

Hvernig hefur gengið að aðlagast starfinu?

Þetta hefur verið miklu erfiðara en ég bjóst við og það hefur tekið mig langan tíma að aðlagast starfinu. Deildin er krefjandi og hjúkrunarfræðingar bera mikla ábyrgð. Núna er rúmlega ár síðan ég flutti hingað og ég upplifi mig enn þá frekar nýja í starfi. Ég



ráðfæri mig mikið við reyndari hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Það góða og jákvæða við þetta allt saman er hvað allir sem ég vinn með eru hjálpsamir, hafa verið í sömu sporum og skilja mig mjög vel.

Er starfsumhverfið í Svíþjóð, þar sem þú starfar núna, ólíkt því sem þú þekkir frá á Íslandi?

Það kom mér á óvart að það eru svipuð vandamál hér og heima á Íslandi. Það vantar sárlega hjúkrunarfræðinga, laun eru lág miðað við aðrar stéttir með sambærilegt háskólanám og álagið er mikið. Ég fæ skilaboð þar sem ég er spurð hvort ég komist á aukavakt nánast daglega.

Er mikið unnið eftir verkferlum og gæðaskjöllum?

Já svo sannarlega, Svíar elska verkferla og gæðaskjöl sem er mjög þægilegt fyrir mig þar sem ég er ný í starfi. Það er auðvelt aðgengi að góðum leiðbeiningum á öllum ferlum og verkum hérna sem er gott.

Hvernig hafa vinnufélagarnir tekið þér?

Vinnufélagarnir hafa tekið mér mjög vel og ég hef eignast góðar vinkonur í vinnunni sem ég hitti líka reglulega utan vinnu. Deildin hittist líka stundum öll saman utan vinnutíma. Svíar eru mjög skipulagðir og tímanlega í öllu en þann 21. október fengum við boð um drykk eftir vinnu þann 13. janúar 2022.

Hvernig er maturinn í mötuneytinu?

Svíar koma allir með nesti að heiman í glernestis-boxum og því fer enginn í matsalinn í hléum. Fyrir

„Það vantar sárlega hjúkrunarfræðinga, laun eru lág miðað við aðrar stéttir með sambærilegt háskólanám og álagið er mikið.“

slugsa eins og mig er sjálfssali sem selur ágætan frosinn mat. Ég fæ reglulega athugasemdir um að ég þurfi að vera duglegri að koma með nesti í boxi og hætta að borða frosinn sjálfssalamat.

Mælir þú með því að hjúkrunarfræðingar sem starfa á Íslandi prófi að flytja og starfa við fagið í öðrum landi?

Þetta hefur verið ótrúlega erfitt og krefjandi og ég hef oft efast um þessa ákvörðun mína. Á sama tíma hef ég lært svo ótrúlega margt þannig að ég mæli heilshugar með því að stökkva til og prófa, bæði til að kynnast annarri sjúkrahúsmenningu og læra nýja hluti.

Eitthvað sem þú saknar sérstaklega frá Íslandi?

Ég sakna fjölskyldunnar, vina minna og ég á líka kött sem ég sakna en ef ég á að nefna eitthvað annað þá er það bragðarefurinn á Vesturbæjarís.

BetterYou®

Ný bætiefnalína fyrir öll stig móðurhlutverksins

Conception munnúðinn

er blanda af sjö nauðsynlegum næringarefnum sem styðja við frjósemi og undirbúa líkamann fyrir meðgöngu. Inniheldur D3 vítamín, fólínsýru, járn, sink, selen, tíamín (B1) og joð.

Granatepla- og hindberjabragð

Pregnancy munnúðinn

styður næringarefna- og orkuþörf sem getur fylgt meðgöngu. Inniheldur fólínsýru, joð, járn, D3 vítamín, K2 og B12 sem stuðlar stuðlar að því að draga úr þreytu og lúa.

Piparmintubragð

Hair, Skin & Nails munnúðinn

hjálpur til að fá ljómann aftur eftir fæðingu. Sérniðinn stuðningur fyrir heilbrigt hár, húð og neglur. Inniheldur sex fegurðarbætandi næringarefni: C vítamín, sink, selen, bíótín, joð og pantóþensýru (B5).

Appelsínu-, ferskju og mangóbragð

Children's Health munnúðinn

er þægileg og áhrifarík leið til að tryggja að börn frá 1 árs aldri fái helstu vítamín sem á er þörf til að styðja við vöxt og þroska. Inniheldur A vítamín, B12, C, D og K2 vítamín, fólínsýru og joð.

Hindberjabragð



Fyrir meðgöngu

Á meðgöngu

Eftir fæðingu

Fyrir börn

Fæst í helstu apótekum.

Fréttir frá kjara- og réttindasviði Fíh

Vinnu við gerð stofnanasamninga er að ljúka

Texti: Jón Tryggvi Jóhannsson

Í dag starfa hjúkrunarfræðingar á fjórum kjarasamningum þar sem viðsemjendur eru fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs (ríkið), Samband íslenskra sveitarfélaga (SNS), Reykjavíkurborg og Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu (SFV). Launaröðun samkvæmt kjarasamningum Reykjavíkurborgar og SNS byggja á starfsmati og þess vegna eru ekki gerðir sérstakir stofnanasamningar við þá. Gerðir eru stofnanasamningar milli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) og einstakra stofnana hjá ríki og SFV og eru þeir hluti af kjarasamningi. Þeim er meðal annars ætlað að tryggja launaþróun og stuðla að skilvirkara launakerfi sem tekur mið af þörfum og verkefnum sérhverrar stofnunar og starfsfólks hennar.

Með úrskurði gerðardóms frá 1. september 2020 fékk Fíh það verkefni að útdeila fjármununum sem dómurinn úrskurðaði að ríkið skyldi leggja viðkomandi stofnunum til og skyldi það gert með endurnýjuðum stofnanasamningum. Í kjölfar úrskurðarins hófst sú vinna.

Fíh hefur nú þegar lokið við gerð allra stofnanasamninga við ríkisreknar stofnanir en þær eru Landspítali, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, Sjúkrahúsið á Akureyri, Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands og Lyfjastofnun Íslands ásamt þeim sex heilbrigðisstofnunum sem staðsettar eru úti á landsbyggðinni. Þessar sex heilbrigðisstofnanir eru Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða og Heilbrigðisstofnun Vesturlands. Mikil vinna var lögð í að samræma stofnanasamninga sem

gerðir voru við heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni. Það var yfirgripsmikið verk þar sem þeir voru um margt ólíkir í grunninn. Þegar nýr stofnanasamningur liggur fyrir fellur eldri samningur úr gildi og er hjúkrunarfræðingum endurraðað samkvæmt fyrirbyggjandi forsendum og gildir launaröðun frá gildistöku samningsins. Við gerð stofnanasamninganna var lögð áhersla á að bæta kjör almennra hjúkrunarfræðinga og var það gert samkvæmt ábendingu úr gerðardómnum en þar segir meðal annars að; „brýnast sé að bæta kjör almennra hjúkrunarfræðinga með tilliti til ábyrgðar fremur en þeirra sem gegna stjórnunarhlutverki eða eru í stöðu sérfræðinga.“

Auk þess að gera stofnanasamninga við ríkisreknar stofnanir, eru gerðir slíkir samningar við stofnanir/fyrirtæki sem eru aðilar að kjarasamningi SFV. Nú þegar hefur verið lokið við að gera stofnanasamninga við Dalbæ, Grundarheimilin, Hjúkrunar- og dvalarheimilið Lund á Hellu, Heilsustofnun Náttúrulækningafélags Íslands, Hrafnistuheimilin, Krabbameinsfélag Íslands, MS setrið, SÁÁ, Sjálfsbjargarheimilið, Sóltún og Sólvang. Einungis á eftir að ljúka við gerð stofnanasamninga við örfáar stofnanir en þær eru hjúkrunarheimilin Eir, Hamrar og Skjól, Fellsendi, Hornbrekka, Múlabær/Hlíðabær, Reykjalundur og Vigdísarholt.

Það fjármagn sem gerðardómur úrskurðaði nam um 2% að meðaltali af launakostnaði hvernar stofnunar að meðtöldum launatengdum gjöldum. Niðurstaða gerðardóms var mikil vonbrigði og augljóst að fjárhæðin dygði ekki til þess að leiðrétta laun hjúkrunarfræðinga til samræmis við aðrar viðmiðunarstéttir eða tryggja að þeir fengju laun í samræmi við ábyrgð í starfi eins og bent var á í gerðardómnum. Rétt er að benda á að yfirleitt fylgir ekki fjármagn með við gerð stofnanasamninga þar sem þeir eru hluti af miðlægum kjarasamningi. Nú er þessari vinnu við endurnýjun stofnanasamningana að ljúka.



Jón Tryggvi Jóhannsson,
sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs



Eva Hjörtína Ólafsdóttir,
kjararáðgjafi



Sóttkví í orlofi

Texti: Harpa Júlía Sævarsdóttir

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) telur það skýrt að hjúkrunarfræðingar eiga ekki að nota orlofsdaga þá daga sem þeir eru í sóttkví. Dæmi eru um að ríkisstofnanir hafi túlkað það þannig að umræddur tími í sóttkví teljist til orlofs, óháð því hvort viðkomandi hafi tilkynnt sóttkví eður ei. Fíh og önnur heildarsamtök og stéttarfélög opinberra starfsmanna hafa óskað eftir því að stjórnvöld tryggi að starfsfólk ríkisstofnana þurfi ekki að nota orlofsdaga þurfi það að fara í sóttkví í orlofi sínu. Fíh, ASÍ, BSRB, BHM, KÍ og LÍ hafa sent sameiginlegt erindi á kjara- og mannauðssýslu ríkisins vegna réttarstöðu starfsfólks sem gert er að sæta sóttkví í orlofi sínu.

Fíh og önnur heildarsamtök og stéttarfélög opinberra starfsmanna hafa óskað eftir því að stjórnvöld tryggi að starfsfólk ríkisstofnana þurfi ekki að nota orlofsdaga þurfi það að fara í sóttkví í orlofi sínu.

Harpa Júlía Sævarsdóttir,
sérfræðingur í kjaramálum

Í sameiginlegu bréfi Fíh, heildarsamtaka og stéttarfélaganna til Kjara- og mannauðssýslu ríkisins er bent á að borið hafi á því að ríkisstofnanir neiti að breyta orlofsskráningu starfsfólks hafi það þurft að sæta sóttkví að fyrirmælum heilbrigðisyfirvalda, meðan á sumarorlofi stendur. Rökstuðningur stofnana fyrir því er að farið sé eftir svörum Kjara- og mannauðssýslu ríkisins. Undir bréfið ritaði forsvarsfólk Fíh, Alþýðusambands Íslands, Bandalags háskólamanna, Kennarasambands Íslands, BSRB og Læknafélags Íslands.

„Finna má fjölmörg dæmi þar sem ríkisstofnanir hafa svarað starfsfólki sínu þannig að umræddur tími í sóttkví teljist til orlofs, óháð því hvort viðkomandi hafi tilkynnt um sóttkví eður ei, líkt og ber að gera vegna veikinda í orlofi. Þessari túlkun erum við ósammála og teljum að við þessar aðstæður eigi

starfsfólk rétt á því að fresta orlofstöku sinni og ljúka henni í samráði við vinnuveitanda eins fljótt og hægt er eftir að sóttkví lýkur,“ segir meðal annars í bréfinu.

Í bréfinu er óskað eftir því að Kjara- og mannauðssýsla ríkisins endurskoði afstöðu sína og upplýsi ríkisstofnanir um þá breytingu, enda samræmist núverandi túlkun hvorki lögum né ákvæðum kjarasamninga.

Það er mat Fíh og annarra samtaka launafólks að sóttkví í orlofi megi jafna við veikindi í orlofi. Þar er skýrt að veikist starfsfólk í orlofi telst sá tími sem það er veikt ekki til orlofs. Þá er bent á að niðurstaða Kjara- og mannauðssýslu ríkisins samræmist ekki markmiðum laga um tímabundnar greiðslur vegna launa einstaklinga í sóttkví. Með því að halda orlofsskráningu til streitu sé komið í veg fyrir að starfsfólkið geti sótt um greiðslu launa í sóttkví.

Óskað er eftir formlegri afstöðu og viðbrögðum Kjara- og mannauðssýslu ríkisins til málsins. Félögin vilja reyna að ná farsælli niðurstöðu sem fyrst.

„Þess skal getið að mál sem þessi eru í síauknum mæli að valda starfsfólki sem og stéttarfélögum erfiðleikum vegna óskýrra skilaboða sem og síbreytilegra reglna ríkisstofnana og því nauðsynlegt að bregðast við sem fyrst,“ segir í bréfi heildarsamtakanna og verkalýðsfélaganna. Þar segir jafnframt að náist ekki farsæl niðurstaða í þessu máli geti reynst nauðsynlegt að fá úr því skorið fyrir dómstólum.

Bréf Fíh og annarra samtaka launafólks til Kjara- og mannauðssýslu ríkisins má finna í frétt á [hjukrun.is](#)

Sjúkragæsla í Þórsmörk

Texti: Sölvi Sveinsson / **Myndir:** Sölvi Sveinsson og Hulda Gísladóttir

Laugavegshlaupið var haldið þann 17. júlí í sumar en hlaupið er um 55 kílómetrar þar sem þátttakendur hlaupa úr Landmannalaugum í Þórsmörk. Leiðin er krefjandi, hlaupið er í snjó, yfir ár, í gegnum hraun og sanda með tilheyrandi brekkum. Í ár var bæði mótvindur, sól og talsverður hiti sem gerði mörgum hlaupurum erfiðara fyrir. Fjórir hjúkrunarfræðingar og einn læknir sinntu sjúkragæslu í Þórsmörk og einn hjúkrunarfræðingur var við Emstrur en alls kláruðu um 450 hlauparar hlaupið í ár. Við endamarkið í Þórsmörk var reist sjúkratjald sem allir hlauparar fóru í gegnum. Tjaldið var tvískipt þar sem frískir hlauparar sátu í stólum en fyrir þá sem þurftu meiri aðhlynningu voru legubekkir. Helstu verkefni í sjúkratjaldinu fólust í því að sjá til þess að hlaupararnir fengju næringu og drykki en einnig þurfti að búa um sár og hrufl. Nokkrir þátttakendur þurftu að fá æðalegg og vökva í æð og vöðvakrampar og verkir hér og þar hrjáðu nokkuð marga hlaupara eftir þessa hrjóstrugu og löngu leið.



Skemmtileg áskorun að vinna í sjúkratjaldi fjarri mannabyggðum

Það var áberandi hversu miklar tilfinningar hlaupararnir upplifðu þegar þeir komu í mark, bæði gleði og sorg. Líkt og gengur og gerist náðu sumir markmiði sínu en aðrir ekki. Í sjúkratjaldinu skapaðist skemmtileg stemning þar sem hlauparar deildu upplifun sinni af hlaupinu hver með öðrum. Að fá að taka þátt í sjúkragæslu fjarri mannabyggðum var áhugavert og hollt fyrir mig sem hjúkrunarfræðing. Að stíga fyrir utan hið hefðbundna sjúkrahúsumhverfi og þurfa að bjarga sér var áskorun því starfsaðstæðurnar voru svo gjörólíkar því sem ég þekki úr mínu starfi á Landspítala. Dagurinn var annasamur og langur en að sama skapi skemmtilegt ævintýri. Ég gæti vel hugsað mér að sinna fleiri svona verkefnum í framtíðinni og læt nokkrar svipmyndir úr sjúkragæslunni í Þórsmörk í sumar fylgja með svo lesendur fái betri innsýn í stemninguna og aðstæður á staðnum.





Dagmar Hlín Valgeirsdóttir, Brynja Böðvarsdóttir, Sölvi Sveinsson, Birna Björnsdóttir (öll hjúkrunarfræðingar) og Fjóla Dögg Sigurðardóttir læknir (hópmyndina tók Brynja Böðvarsdóttir)



Dætur Jordans í 30 ár

Þær eru á öllum aldri og ömmubörnin þeirra fá líka stundum að fljóta með á æfingar enda Dætur Jordans ekkert venjulegt körfuboltalið. Ævintýrið hófst fyrir um 30 árum, haustið 1990 þegar nokkrir hjúkrunarfræðingar ákváðu að fara að æfa saman körfubolta til þess að reyna að komast á sjúkrahúsleika sem haldnir eru annað hvert ár milli starfsfólks sjúkrahúsa á Norðurlöndum.

Texti og myndir: Sigríður Elín

Ritstýran fékk að kíkja á körfuboltaæfingu hjá Dætrum Jordans og náði Önnu Soffíu, sem er ein af þeim sem hefur verið með hópnum frá upphafi, í smáspjall eftir æfinguna.

„Við fórum á leikana árið 1992 en þá var ekki keppt í körfubolta þannig að við kepptum í staðinn í keilu og hlaupi,“ segir Anna Soffía og hlær. Hún segir að þarna hafi verið keppt í fótbolta og blaki og fleiru en ekki körfubolta því körfubolti hafi á þessum tíma ekki verið vinsæll annars staðar á Norðurlöndunum. „Við héldum samt áfram að æfa körfubolta saman en á þessum tíma þegar við vorum að byrja að æfa voru karlarnir á Landspítalanum með tvo fría tíma á viku hjá starfmannafélaginu, við höfðum þá æft saman í tvö ár og borguðum sjálfar fyrir notkun á þeim sal sem við vorum með. Þegar við fréttum að þeir fengu tvo tíma á viku fría sögðumst við vilja fá einn tíma frían og þeir þá einn og ég ákvað á sama tíma að bjóða mig fram sem formann íþróttafélags Landspítala. Við fengum þessa tillögu samþykktu en þarna voru karlarnir í fótbolta og handbolta og við æfðum körfubolta en frá 1992 hefur líka verið hópur sem æfir keilu saman,“ segir hún hress í bragði og bætir við að hún mæti líka á keiluæfingar.

Hvar og hvenær fara körfuboltaæfingar Dætra Jordans fram?

Við höfum æft óslitið í íþróttasal Verslunarskóla Íslands frá árinu 1990 þar til núna, við misstum salinn í Verslunarskólanum og þetta er fyrsta æfingin okkar hérna í sal grunnskólans í Norðlingaholti. Við höfum síðustu tuttugu ár alltaf hist seinni partinn á föstudögum, klukkan fimm, og spilað körfubolta saman.

Hvað gefur þessi samvera ykkur?

„Félagsskapurinn er númer eitt en það er líka gott að hittast á föstudögum í lok vinnuviku og fá útrás með því að spila saman körfubolta. Við sem mætum erum ekki allar að vinna á Landspítalanum sjálfum, við komum frá nokkrum starfsstöðvum, ein er til dæmis að vinna á Grensás. Þær sem mæta eru ekki allar hjúkrunarfræðingar, ein er geislafræðingur en með þessum móti hittumst við reglulega sem við myndum ekki endilega gera annars.“

Nú hafið þið verið í rúm 30 ár saman í boltanum, hittist þið líka utan æfingatíma?

„Já, það hefur myndast góður vinskapur með okkur á þessum árum og ein úr hópnum, Hallveig, sem hefur verið með frá



Efri röð frá vinstri: Halldóra, Rósa, Hallveig, Anna Soffía, Hrafnhildur, Magano. Neðri röð frá vinstri: Steinunn, Ester, Sólveig, Þórdís

„Við bara elskum Michael Jordan, þetta er líka frekar skondið nafn því þegar við förum á mót að keppa þá gerir fólk örugglega ráð fyrir því að við séum rosalega góðar ...“

upphafi, er dugleg að bjóða okkur heim í mat, alla vega einu sinni til tvisvar á ári og þá er mikið fjör,“ segir Anna Soffía og hlær innilega.

Hvernig kom nafnið á liðinu til; Dætur Jordans?

„Við munum ekki hvernig það kom til en þetta er flott nafn,“ segir Anna Soffía en Hallveig sem er á leið inn í búningasklefa þegar hún heyrir spjall okkar bætir við: „Við bara elskum Michael Jordan, þetta er líka frekar skondið nafn því þegar við förum á mót að keppa þá gerir fólk örugglega ráð fyrir því að við séum rosalega góðar; Dætur Jordans hljóta að vera góðar úr því þær kenna sig við einn besta körfuboltamann fyrr og síðar,“ segir Hallveig og brosir. Þær létu teikna fyrir sig lógó og létu merkja búningana. Ritstýran stenst ekki mátið og fær að taka mynd af einni treyjunni enda húmor í þessari hönnun þar sem sjálfur meistarinn er í pils. Dætur Jordans stendur svo með áberandi stöfum fyrir neðan. Skórnir og sokkarnir eru svo í stíl; Jordan og aftur Jordan, það fer ekki á milli mála að hann er í uppáhaldi hjá liðinu, að minnsta kosti þessum elstu, þótt hann sé hætstur að keppa fyrir löngu síðan, það er aukaatriði. Einu sinni stjarna, ávallt stjarna.

Hvernig hafið þið náð að halda hópinn í rúm 30 ár?

„Við erum nokkrar, kjarninn í hópnum, sem höfum verið með frá upphafi og svo eru aðrar sem eru kannski með einn vetur eða nokkra eins og gengur. En á seinni árum tókum við upp á því að merkja við þær sem mæta í þar til gerðan kladda og til að byrja með var það þannig að þær sem létu vita ef þær komust ekki á æfingu fengu samt hálft stig en svo var ákveðið að hætta að gefa þessi hálfu stig. Þær sem mættu fengu stig og svo voru veitt verðlaun fyrir fyrsta, annað og þriðja sætið. Sú sem mætti oftast yfir veturinn var krýnd með kórónu og það eru nokkrar sem hafa fengið hana oftar en einu sinni,“ segir Anna Soffía og ljóst að kladdi og kóróna er ágætis leið til að fá Dætur Jordans til að mæta í salinn og taka æfingu. Sumar af þeim sem hafa tilheyrt hópnum frá upphafi, voru um fertugt þegar körfuboltaævintýrið byrjaði og eru því komnar á aldur núna. Eru hætтар að vinna en hætta samt ekki mæta á æfingar hjá Dætrum Jordans eða hvað? „Nei, tvær eru hætтар að vinna og ein hætတtir fljótlega en þær missa helst ekki af æfingu.“ Enda engin ástæða til og eflaust er það körfuboltinn sem heldur þessum tveimur sjötugu körfuboltapíum, Halldóru Krisjándóttur og Hallveigu Finnbogadóttur, svona unglefum





Nokkrar af þeim sem hafa tilheyrt hópnum frá upphafi, frá vinstri: Halldóra Kristjánsdóttir, Hallveig Finnbogadóttir, Hrafnhildur Baldursdóttir, Rósa Þorsteinsdóttir og Anna Soffía Guðmundsdóttir.

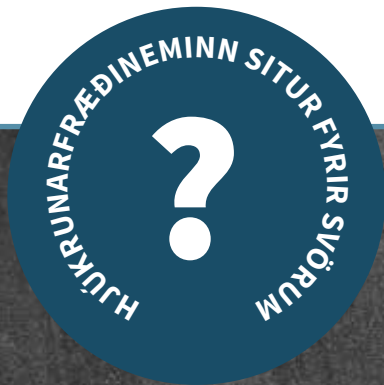
„Sú sem mætti oftast yfir veturinn var krýnd með kórónu ...“

og ferskum. Þær gáfu hinum yngri ekkert eftir þegar ritstýran mætti á æfingu og fylgdist með þeim spila. Halldóra er að vísu með spelku um annan fótinn og ekki alveg í toppstandi þannig en mætir samt og hefur gaman af.

Anna Soffía segir allar sem vilja vera með velkomnar að mæta á æfingu hjá Dætrum Jordans í íþróttahúsi Norðlingaskóla klukkan fimm á föstudögum og segir að það sé ekkert skilyrði að kunna körfubolta. „Í upphafi vildum við bara hittast og hreyfa okkur saman, við vorum engar körfuboltastjórnur.“



Ömmubörnin mæta stundum með á æfingu



Arney Þyrí Guðjónsdóttir

Ljósmaðurinn á fæðingardeildinni á
Akranesi miklar fyrirmyndir



Aldur: 27 ára.

Hvers vegna valdir þú hjúkrunarfræði?

Ég hef unnið við umönnunarstörf síðan ég fór á vinnumarkaðinn sem unglingur. Áhugi minn hefur alltaf verið að vinna með fólki en ég var ekki viss hvort mig langaði meira að fara í hjúkrunarfræði eða þroskajálfann fyrr en ég fór að eignast börn sjálf, þá gerðist eitthvað og það var ekki spurning lengur hvað ég vildi læra.

Skemmtilegasta fagið?

Þessa önnina er það hjúkrunarfræðiafanginn, það er auðvitað alltaf skemmtilegast að fá að vera í verklegu námi. Annars fannst mér vefja- og frumlíffærafræði mjög skemmtileg fyrstu önnina í skólanum.

Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?

Það var ekkert þannig sem kom mér á óvart, en ef ég á að nefna eitthvað þá var það helst að nemendur eru öllum aldri. Ég hugsaði með mér þegar ég skráði mig í hjúkrunarfræði í HA að ég hlýti að vera með þeim eldri sem væri að fara í klásus, en raunin var allt önnur sem var alveg ótrúlega skemmtilegt. Ekki bara vegna þess að ég telst vera nokkuð ung í þessum árgangi heldur er líka bara svo gaman að sjá að það er aldrei of seint að hefja nýjan starfsferil eða elta drauma sína. Hvort sem fólk er 40, 50 eða jafnvel 60 ára.

Hvað, ef eitthvað, finnst þér vanta í námið?

Stundum langar mig að segja skipulag, en það er ekki alltaf. Ég er svona týpa sem vil helst hafa allt á hreinu og sem lengstan fyrirvara til að geta skipulagt mig, sumir kennarar eru ekki alveg á sama máli.

Eftirminnilegasti kennarinn?

Ég hef kannski ekki verið nógu lengi í skólanum til að kynnst öllum kennurunum en ég á alveg marga uppáhaldskennara. Börkur er ótrúlega skemmtilegur í kennslu og lætur mann fá áhuga á efninu, en hann er líka svo agalega klár að hann getur komið með nokkuð svakalegar spurningar á prófi. Kennararnir okkar í verklegu kennslunni eru líka allar mjög skemmtilegar.

Ég gæti talið upp marga í viðbót, en í rauninni eru allir kennarar sem hafa þennann rosalega áhuga á námsefninu og tala til manns og í kringum efnid þannig að maður fær líka áhuga, þeir eru allir einnilega eftirminnilegastir og skemmtilegastir.

Önnur menntun, lærdir þú eitthvað annað áður en þú ákvaðst að fara í hjúkrun?

Ég er ekki mjög menntuð kona, en ég kláraði stúdentspróf frá Menntaskólanum á Ísafirði og fór í Landbúnaðarháskóla Íslands og lærði þar búfræði án þess að klára það nám. Hef samt tekið alls konar námskeið sem tengjast umönnun og er með skotvopnaleyfi og litlu vinnuvélaréttindin.

Fyrirmyndir í lífinu og/eða hjúkrun?

Þær eru margar, en tengt mínu námi verð ég að segja að þær ljósmaður sem ég hef kynnst á fæðingardeildinni á Akranesi, og þá sérstaklega þær sem voru með mér í mínum fæðingum og í mæðravernd, eru algjörar fyrirmyndir fyrir mér. Umhyggjan, fagmennskan og öryggið sem þær sýna er ótrúlegt. Móðir mín er líka stór fyrirmynd í mínu lífi. Hún

byrjaði seint í menntaskóla og í háskóla, eða eftir að hún var byrjuð að eignast börn en hún rúllaði upp sínu námi með miklum metnað og áhuga. Það var alveg dásamlegt að heyra hana tuða yfir einkunum sem voru undir 8,5-9. Þannig ég hef reynt að smita mig af þeim metnað sem hún hafði gagnvart sínu námi og hefur gagnvart sinni atvinnu núna.

Draumastarfið?

Einn daginn ætla ég mér að verða ljósmóðir, það er draumurinn, toppurinn.

Hvað heillar þig mest við hjúkrunarfræði?

Að vinna með fólk og hjálpa því, ég elska að vera í kringum fólk og að geta fengið að hjálpa því.

Mælirðu með þessu námi?

Ég held ég geti alveg fullt þetta að þetta er alveg frábært nám, þvílíkt sem maður lærir fyrir utan hvað maður kynnist skemmtilegu fólki.

Besta nestið?

Eldfjallaskyríð frá MS og sviðasultusneið er gott kombó, en annars er ég líka mikil kjúklingasalats týpa.

Hvernig slakar þú á eftir erfiðan dag?

Set eitthvað skemmtilegt í sjónvarpið og tek upp þrjónana, það er held ég ekkert sem getur látið mig slaka eins vel á eins og að þrjóna, hvað þá ef maður er með eitt glas af rauðvíni með því.

Uppáhaldshreyfingin?

Ég væri að ljúga heldur harkalega ef ég segðist vera einhver íþróttaálfur og gæti ekki valið á milli æfinga. Góður göngutúr er besta hreyfingin að mínu mati.

Þrjú stærstu afrek þín í lífinu hingað til?

Drengirnir mínir tveir að sjálfsögðu, að komast í gegnum klausur er líka stórt afrek og fasteignakaup, þetta er svona það sem mér dettur fyrst í hug.

Hvað gerir þú fyrir umhverfið? Ég reyni eins vel og ég get að flokka rusl og ég kaupi mikið notað, bæði hluti og fót, í stað þess að kaupa nýtt.

Hvað gleður þig mest?

Það þarf frekar lítið til að gleðja mig. Falleg augnablik, samvera með vinum og fjölskyldum þeirra og þegar vinkonur og vinir senda mér myndir af börnunum sínum, það gleður mig sérstaklega að fá myndir af þeim í fótum sem ég hef þrjónað. Ég elska þegar fjölskyldan mín nær að koma öll saman, það gerist orðið svo sjaldan. Þegar strákarnir mínir leika fallega saman án þess að rifast og sína hvor öðrum umhyggju og sanngirni. Góðar einkunnir eftir mikla vinnu gleðja mig líka og svo margt, margt, annað.

Hvað hryggir þig helst?

Óréttlæti og vanvirðing í garð náungans, lélegt heilbrigðiskerfi og ósanngjörn laun leikskólakennara, kennara og svo margra aðra sem sinna mikilvægum störfum í samfélaginu.

Uppáhaldsveitingastaður?

Tjörúhúsið á Ísafirði, steiktu gellurnar, steinbiturinn og fiskisúpan hans Magga Hauks er eitt mesta sælgæti sem hægt er að fá.

Fallegasta borg sem þú hefur heimsótt?

Ég hef ekki ferðast mjög víða en Les Sable d'Orlonne í Frakkalandi er mjög falleg.

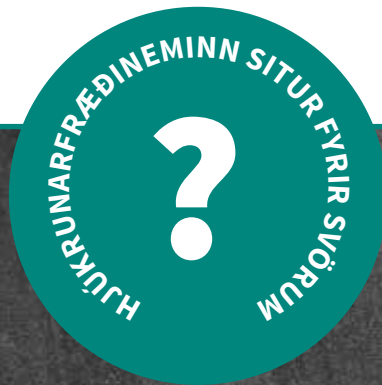
Besti bar fyrir hamingjustundir? Það er enginn bar þar sem ég bý og ég fer skammarlega sjaldan á bari. Ætli ég færi ekki á bar á Akureyri ef ég væri í lotu í skólanum ef ég ætlaði að fara á happy hour.

Dýrmætasti hlutur sem þú átt? Held ég að ég verði að segja flestir kjólar mínir, ég er með kjólablæti og get ekki lýst því með orðum hvað ég held mikið upp á kjólana mína.

Ef ekki hjúkrunarfræðingur hvað þá? Ég hugsa að ég hefði farið í þroskajálfann ef ég hefði ekki farið í hjúkrunarfræði.

Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu? Ég brosmild og jákvæð og ég er góður bakari og elska að hafa sem mest að fólki í kringum mig og helst að hafa alla í mat eða kaffi.





Helga Jóhannsdóttir

Eftirminnilegasti kennarinn ætti að fá Óskarinn fyrir leikþætti í færnisetrinu

Nafn: Helga Jóhannsdóttir, nemi á fjórða ári.

Aldur: 25 ára

Hvers vegna valdir þú hjúkrunarfræði?

Ég er mjög mikill hrakfallabákur og hef þess vegna þurft að heimsækja heilbrigðisstofnanir frá því að ég man eftir mér, auk þess fannst mér búningarnir sem hjúkrunarfræðingarnir voru í svo flottir, það var því ekki aftur snúið, ég ákvað að fara í hjúkrun.

Skemmtilegasta fagið?

Heilsugæsla og samfélagið.

Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?

Hvað það er virkilega krefjandi en skemmtilegt á sama tíma.

Hvað, ef eitthvað, finnst þér vanta í námið?

Það eru samskiptaáfangar í náminu sem eru gríðarlega mikilvægir. Þeir mættu vera fleiri, eða gera þá stærri. Mér finnst slíkir áfangar gera svo mikið fyrir skjólstaðinga heilbrigðiskerfisins og þeir hvetja líka til einstaklingsbundinnar hjúkrunar.

Eftirminnilegasti kennarinn?

Þorsteinn Jónsson fær þennan heiður, hann hefur óbilandi trú á öllum nemendum. Einnig ætti hann að fá Óskarinn fyrir leikþætti sína í færnisetrinu.

Önnur menntun, lærdir þú eitthvað annað áður en þú ákvaðst að fara í hjúkrun?

Nei, stefnan hefur alltaf verið á hjúkrun.

Fyrirmyndir í lífinu og/eða hjúkrun?

Ég lifi við þau forréttindi að hafa margar fyrirmyndir í mínu lífi. Foreldrar mínir eru klárlega þær manneskjur sem ég lít hvað mest upp til, bróðir minn hefur líka kennt mér margt. Ömmur mínar eru valkyrjur en önnur þeirra setti Íslandsmet í hástökki 70 ára og eldri um árið, hún er alveg mögnuð manneskja.

Draumastarfið?

Heilsugæsluhjúkrun, forstjóri jafnvel. Veit ekki alveg en ég hef háleit markmið.

Hvað heillar þig mest við hjúkrunarfræði?

Klárlega hvað hjúkrunarfræðin er fjölbreytt, þú getur algjörlega fundið eitthvað við þitt hæfi og getur nánast verið viss um að fá vinnu í hvaða heimshorni sem er.

Mælirðu með þessu námi?

Ég mæli 100% með þessu námi, þetta er fjölbreytt, krefjandi og skemmtilegt nám sem hefur átt sinn þátt í því að móta mig sem einstakling. Það er ekki bara þetta klíniska nám, heldur lærir maður líka mikið í mannlegum samskiptum.

Besta nestið?

Þegar ég gleymi nestinu heima og næli mér í kjúklingasalat í Hámu.

Hvernig slakar þú á eftir erfiðan dag?

Ég á mjög góðan sófa þar sem ég slaka vel á.

Uppáhaldshreyfingin?

Það er síbreytilegt, ég hef gaman af því að fara út að skokka og hlusta þá á gott hlaðvarp í leiðinni. Ég er svo farin að mæta á íshokkiæfingar fyrir byrjendur og það er með því skemmtilegra sem ég hef gert.

Þrjú stærstu afrek þín í lífinu hingað til

Næla mér í algjöran súkkulaðibita af manni og eignast tvær gullfallegar dætur með honum.

Hvað gerir þú fyrir umhverfið?

Flokka rusl, nota fjölbreyttan ferðamata, það er að segja ég nota ekki bílinn þegar áfangastaðurinn er í göngufæri og nota einnig almenningssamgöngur. Ég er mjög meðvituð um neysluvenjur, fer ekki svöng í búðina og forðast þannig að kaupa of mikið og henda ónýtum mat.

Hvað gleður þig mest?

Fjölskyldustund á föstudegi eftir langa viku, heimgerð pítsa, popp og bíómynd.

Hvað hryggir þig helst?

Þegar þeir sem eru mér nákomnir eiga í erfiðleikum.

Uppáhaldsveitingastaður?

Ég á mér engan upphaldsveitingastað en þegar ég fer heim þarf ég að fá mér brauðstangir með bernaíse-sósu á Greifanum á Akureyri.

Fallegasta borg sem þú hefur heimsótt?

Munich í Þýskalandi fær þann heiður en St. Petersburg hefur sína kosti líka.

Besti bar fyrir hamingjutíma?

Götubarinn á Akureyri er einstaklega kósi.

Dýrmætasti hlutur sem þú átt?

60 ára gamall skápur sem amma mín fékk í fermingargjöf

Ef ekki hjúkrunarfræðingur hvað þá?

Ég kem af mikilli kennaraætti, ætli ég hefði ekki orðið íþróttakennari eins og pabbi gamli ef ég hefði ekki farið í hjúkrun.

Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu?

Ég myndi nota veðurlýsingu: Mjög bjart á köflum, heiðskýrt og stíllt en skjáð inn á milli með stöku skúrum.



Sálræn áföll og afleiðingar þeirra

Texti og myndir: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Dr. Sigrún Sigurðardóttir, dósent við Háskólann á Akureyri, hefur haldið fjölda fyrirlestra og námskeiða um sálræn áföll og ofbeldi, afleiðingar og úrræði. Það sem kannski fæstir vita er að Sigrún er einnig menntuð lögreglukona og starfaði sem slík í sjö ár. Í því starfi kynntist hún áföllum og ofbeldi sem kveikti áhugann á áhrifum sálrænna áfalla en doktorsritgerð Sigrúnar fjallaði um kynferðislegt ofbeldi í æsku, afleiðingar og heildræn úrræði.

Sigrún heldur námskeið um sálræn áföll, einkenni sem geta komið fram og líkamlegar, sálrænar og félagslegar afleiðingar sálrænna áfalla. Á námskeiðinu skoðar hún þær leiðir sem einstaklingar geta valið til úrvinnslu og meðferðar. Auk þess er fjallað um áhrif sálrænna áfalla á samfélagið og leiðir sem stuðla að skilvirkari og árangursríkari þverfaglegri þjónustu. Aðspurð segir hún námskeiðið ekki einungis ætlað fagfólki, allir áhugasamir séu velkomnir.

Ritstýran kíkti í kaffi til Sigrúnar og fékk hana í smáspjall en við byrjuðum með myndatöku úti í haustsólinni og kuldanum.

Vantaði námskeið um sálfræn áföll og ofbeldi

„Fyrsta námskeiðið sem ég hélt var árið 2010 í Símenntun í HA, ég fékk hugmyndina þegar ég var sjálf í meistaranáminu og var að skoða reynslu kvenna af kynferðislegu ofbeldi í æsku. Ég fann ekkert námskeið á meistarastigi um sálræn áföll eða ofbeldi. Ég tók þá tvö námskeið í sálgæslu í Endurmenntun HÍ, sem var það næsta sem ég komst í þeirri nálgun. Ég hafði svo samband við Sigríði Halldórsdóttur, prófessor og leiðbeinanda minn, og fékk hana til liðs við mig við að þróa slíkt námskeið. Hún tók mjög vel í það og við settum saman þetta fyrsta námskeið, um sálræn áföll og ofbeldi. Árið 2011 hóf ég störf hjá Háskólanum á Akureyri og haustið 2012 var námskeiðið kennt þar í framhaldsnámsdeild í heilbrigðisvísindum. Það hefur verið kennt annað hvert haust síðan þá og er orðið eitt vinsælasta námskeiðið í framhaldsnáminu. Tvö undanfarin sumur hef ég líka kennt námskeiðið hjá



Símenntun HA,“ segir Sigrún og bætir við að hún hafi auk þess verið með styttri námskeið, meðal annars hjá Endurmenntun og Fræðslumiðstöð Vestfjarða. „Tvo síðustu vetur hef ég svo verið með fræðslu fyrir alla níundu bekinga á Akureyri um áföll og ofbeldi.“

Hvers vegna mikilvægt er að vinna úr áföllum sem fólk upplifir á lífsleiðinni?

„Það er gríðarlega mikilvægt að fólk vinni úr áföllum. Rannsóknir sína að áföll geta haft áhrif á ónæmiskerfið, þroska heilans, heilastarfsemina, hormóna- og taugakerfið og þar af leiðandi öll hin kerfin því þau eru ein órjúfanleg heild. Þá geta komið fram líkamleg og sálræn heilsufarsvandamál og sjúkdómar í kjölfar sálrænna áfalla sem getur verið mjög dýrt fyrir heilbrigðiskerfið ef ekki er tekið mið af þeim. Þetta er allt spurning um forgangsroðun en mikilvægt er að grípa eins snemma inn í og hægt er.“

Geta áföll í frumbersku haft áhrif á líf okkar á fullorðinsárum?

„Já algjörlega og meðgangan skiptir líka máli því rannsóknir sýna að áföll sem fóstur verður fyrir á meðgöngu; í gegnum áfall sem móðir upplifir, getur til að mynda haft áhrif á heilaproska fóstursins sem getur svo verið rót margs konar vandamála seinna á lífsleiðinni. Þetta getur haft áhrif á heilsufar og náms- hegðunar og félagslega stöðu einstaklingsins sem upplifði áfall á fósturstigi,“ segir Sigrún um þau miklu áhrif sem sálræn áföll geta haft á líf okkar.

„... rannsóknir sýna að áföll sem fóstur verður fyrir á meðgöngu; í gegnum áfall sem móðir upplifir, getur til að mynda haft áhrif á heilaproska fóstursins sem getur svo verið rót margs konar vandamála seinna á lífsleiðinni.“

Hverjar eru helstu birtingarmyndir eða afleiðingar sálrænna áfalla í heilbrigðiskerfinu?

„Helstu birtingar geta verið líkamlegar, s.s. stoðkerfisvandamál, langvinnir verkir, hjartasjúkdómar, öndunarfærasisjúkdómar og nýjustu rannsóknir benta til að sumar tegundir krabbameins geti verið ein birtingarmyndin. Einnig geðræn vandamál, s.s. þunglyndi, kvíði, áfallastreituröskun, persónuleikaröskun og fíknivandi. Í raun má segja að birtingarmyndir geti komið fram í þeim líkamshluta eða -kerfi þar sem einstaklingurinn er veikastur fyrir. Þetta bendir til þess að áföllin geti verið „triggerar“ eða kveikja og sett af stað ferli, sem tengist þá umhverfisþáttum, ættarsögu eða erfðapáttum einstaklingsins. Þannig spilar þetta allt saman, áföll, umhverfi, erfðir og lífsstíll.“

Upplifir þú vanþekkingu almennt á hversu alvarlegar afleiðingar sálrænna áfalla geta verið á heilsu þeirra sem fyrir þeim verða?

„Það hafa orðið mjög miklar breytingar á síðustu tíu til tuttugu árum. Þegar ég byrjaði að vinna mína meistararannsókn, sem ég lauk við 2007, var almennt mjög lítil þekking, sérstaklega hvað varðar líkamlegar heilsufarslegar afleiðingar, það var nánast ekkert til um það hér á landi. Það var meiri þekking tengd áfallastreituröskun og geðrænum afleiðingum. Ég finn bara á aðsókninni í mín námskeið að það hefur orðið gríðarleg vakning og aukinn áhuga á afleiðingum sálrænna áfalla. Almennt er þó ákveðin vanþekking, sérstaklega meðal einstaklinga sem átta sig ekki á því að þetta geti verið möguleiki, hafa ekki sótt námskeið eða lesið sig til um þetta. Það hafa nokkur hundruð manns sótt mín námskeið og aðsóknin er alltaf að aukast, sérstaklega í námsleiðina sem við erum með í Háskólanum á Akureyri, þá komast stundum færri að en vilja vegna fjöldatakmörkanna þar. Við þurfum að fara í allsherjar vitundarvakningu og fara að taka mið af þessu þegar við tölum um langa biðlista hér og þar og að ákveðnar deildir séu að springa. Spurning um að fara að taka upp áfallamiðaða nálgun og vinna út frá því, ég er nokkuð viss um að það hefði mjög mikil áhrif.“

Hver er besta forvörnin svo sálræn áföll nái ekki að stjórna lífi og líðan þeirra sem fyrir þeim verða?

„Besta forvörnin að mínu mati væri að innleiða áfallamiðaða nálgun inn í öll kerfi. Að byrja strax í móðurkviði með skimun fyrir áföllum og fræðslu til verðandi foreldra, ljósmæður eru kannski komnar hvað lengst af okkur í þeirri vinnu og eru mjög góðar fyrirmyndir. Það þarf fræðslu til allra skólastarfsmanna, frá leikskólakennurum og starfsfólki þar upp í framhaldsskóla. Áfallamiðuð nálgun gengur meðal annars út á að fræða fólk um áföll, tíðni, einkenni, afleiðingar o.fl. og lögd áhersla á að allt starfsfólk fái slíka fræðslu, s.s. í skólum. Einnig þeir sem vinna í mótuneyti, við ræstingar og húsvörslu því það geta verið einstaklingar sem börn í vanda leita til. Fræðsla og skimun, það er til dæmis mjög einfalt að leggja fyrir s.k. ACE-lista (Adverse Childhood Experience) til að skima fyrir erfiðri reynslu og áföllum í æsku. Við leggjum þann lista til dæmis fyrr öll ungmenni í Berginu headspace þar sem við höfum innleitt áfallamiðaða nálgun,“ útskýrir Sigrún.

Hvar má nálgast upplýsingar um næstu námskeið?

„Næsta námskeið til eininga á framhaldsstigi verður haustið 2022 í Háskólanum á Akureyri, svo verð ég með styttra námskeið í Endurmenntun HÍ 17. nóvember, ég hef verið með fjögur styttri námskeið á ári hjá Endurmenntun HÍ síðan 2019. Svo er ég búin að bjóða Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga að vera með námskeiðið hjá þeim, fyrir hjúkrunarfræðinga og einnig bauð ég nýjum formanni KSÍ að fá námskeið fyrir knattspyrnuhreyfinguna. Það er margt í gangi og margir sem hafa samband og vilja fræðslu um sálræn áföll.“

„Besta forvörnin að mínu mati væri að innleiða áfallamiðaða nálgun inn í öll kerfi.“

Áfall þarf ekki að hafa alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar

„Ég vil hvetja fólk til að kynna sér áfallamiðaða nálgun, það er einfalt að innleiða hana, miðað við margt annað og hún getur skilað svo ótrúlega miklum árangri. Áfallamiðuð nálgun getur einnig virkað vel til að koma í veg fyrir, eða til að vinna með, kulnun sem tengist „secondary traumatic stress“ sem eru áföll sem fólk verður fyrir í starfi án þess endilega að átta sig á því. Einnig hvet ég fólk til að leita sér hjálpar og úrvinnslu, því það að verða fyrir áfalli þarf ekki að hafa alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar, bara ef það er unnið úr áfallinu, hvort sem er í viðtalsmeðferð, áfallamiðuðu jóga eða með öðrum leiðum. Hver og einn þarf að finna sína leið, það er ekkert eitt sem hentar öllum og mikilvægt að finna úrvinnslu sem hentar hverjum og einum. En þess má geta að margar samþættar meðferðir eru að komar sterkar inn,“ segir Sigrún að endingu.





Verkur, eymsli, þroti?

Diclofenac Teva hlaup

Til staðbundinnar meðferðar útvortis á vöðvum og liðum.

Diclofenac Teva er hlaup sem inniheldur virka efnið díklófenak. Lyfið er notað útvortis við verkjum, eymslum og þroti í liðum og vöðvum vegna bólgu. Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað.

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**

Markaðsleyfishafi Teva B.V. Umboðsaðili er Teva Pharma Iceland ehf.

teva

Fræðsla Fíh

Texti: Edda Dröfn Danielsdóttir



Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga leggur ríka áherslu á sí- og endurmenntun félagsmanna og býður þeim upp á fjölbreytta fræðslu. Undanfarin ár hefur félagið tekið mið af straumum og stefnum er varðar fræðslumál með því að bjóða upp á námskeið sem snúa að andlegri heilsu á borð við kyrrðarjóna og hugleiðslu. Auk þess hefur félagið boðið félagsmönnum sínum fræðslu sem styrkir klíniska færni þeirra, þar má til dæmis nefna námskeiðin sár og sárameðferð og áhugahvetjandi samtál.

Í september síðastliðnum var send út fræðslukönnun til félagsmanna með það að markmiði að finna út þarfir og óskir þeirra varðandi fræðslu. Fræðsludagskrá var í kjölfarið mótuð og tekur hún mið af niðurstöðum könnunarinnar en alls svöruðu 1058 hjúkrunarfræðingar henni. Afgerandi meirihluti þeirra sem svöruðu eru kvenkyns hjúkrunarfræðingar, búsettir á höfuðborgarsvæðinu með langan starfsaldur.

Helstu niðurstöður leiða í ljós að almenn ánægja ríkir meðal félagsmanna með þau námskeið sem þeir hafa sótt hjá Fíh. Tæplega 60% svarenda töldu þau námskeið sem efla hjúkrunarfræðinga í klínísku starfi og námskeið sem einblína á líkamlega og andlega heilsu áhugaverðust en það hafa einmitt verið vínæslustu námskeiðin hjá félaginu.

Könnunin sýndi að það er aukinn áhugi á rafrænni fræðslu en með því að bjóða upp á rafræna fræðslu er félagið jafnframt að svara kalli landsbyggðarinnar um fræðslu til jafns við höfuðborgarsvæðið.



Eins leiddu niðurstöður könnunarinnar í ljós mikinn áhuga félagsmanna á stökum fyrirlestrum og stuttu fræðsluefni á borð við hádegisfyrirlestra og námskeið sem taka einungis um fjórar klst. eða hálfan dag.

Fræðsludagskrá haustsins hefur farið vel af stað og hægt er að kynna sér hana nánar á heimasíðu félagsins hjukrun.is þar sem allar upplýsingar koma fram.

Læra meira í dag en í gær?

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga býður félagsmönnum sínum aðgengi að yfir 30 tölvu-námskeiðum, þeim að kostnaðarlausu. Á meðal námskeiða sem hægt er að velja úr eru námskeið í Outlook, Word, Excel og Teams. Langar þig að læra meira en hefur takmarkaðan tíma? Tölvunámskeiðin eru öll aðgengilegt á vefnum taekninam.is og hver og einn getur því lært á sínum hraða og á þeim tíma sem hentar best. Nánari upplýsingar um skráningu er að finna á Mínum síðum undir flípanum rafræn fræðsla. Athugið að námskeiðin eru einungis í boði til áramóta.

A woman with short blonde hair, wearing a dark jacket over a patterned top, is speaking at a dark wooden podium. Behind her is a white banner with the logo of the Icelandic Association of Environmentalists (Félag Íslenskra Umhverfingisvæðingafélags). The logo features a stylized flower with blue petals and a green base. To the left of the woman is a large abstract painting with warm, fiery colors. A microphone is positioned in front of her on the podium.A man with light hair, wearing a blue blazer over a white shirt, is seated at a dark wooden podium. He is speaking into a microphone. Behind him is a white backdrop featuring the logo of the Icelandic Parliament (Alþingi), which consists of a stylized flower with blue, green, and orange petals. The text "FELAG ISLENSKRA HJUKUNARFÉDINGA" is written around the logo. To the left of the man is a large abstract painting with warm colors like red, orange, and yellow. On the podium, there is a small white bottle and a black device, possibly a tablet or a small screen. The date "MAY 15 1994" is visible on the right side of the podium.A woman with dark hair, wearing a dark jacket, is seated at a dark wooden podium. She is looking slightly to her right. Behind her are two large, abstract paintings with warm, fiery colors (red, orange, yellow). To her right, a white banner is partially visible, featuring a colorful circular logo and the text 'FELAG IS' and 'HJOKRUNA' in Icelandic.

Hjúkrunarfræðingar í heimsfaraldri

[illegible]

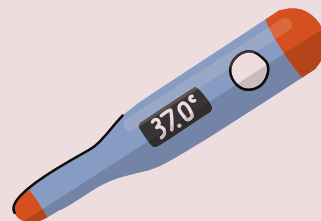
Pankastrik

Samspil vinnu og fjölskyldulífs hjúkrunarfræðings á tímum COVID

Nú þegar við höfum upplifað heimsfaraldur í bráðum tvö ár þá datt mér í hug að renna aðeins yfir þennan tíma sem ég hef upplifað sem hjúkrunarfræðingur og móðir í sambúð.



Texti: Sigrún Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur hjá Heilsuvernd



Á fyrri hluta ársins 2020, rétt áður en COVID-19 faraldurinn skall á, fóru starfsmenn leikskólanna í verkfall með tilheyrandi reddingum á pössun fyrir leikskólabörnin og því fylgdi mikið þúsl sem virðist vera fastur liður foreldrahlutverksins í nútímanum.

Það voru heilu og hálfu dagarnir í viku hverri sem margir foreldrar þurftu að nýta sumarleyfisdag vegna þess að börnin komust ekki í leikskólann.

Eftir þessar kröfuhörðu vikur féll lífið aftur í sinn vanagang. Ég vil að það komi þó skýrt fram að af minni hálfu var fullkominn stuðningur við leikskólafarmenn sem fóru í verkfall.

Skömmu eftir að verkfallinu lauk skall svo heimsfaraldur á.

Vá!

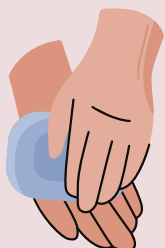
Það var nú eitthvað sem við hefðum aldrei getað ímyndað okkur. Hversu mikið líf okkar tók stakkaskiptum.

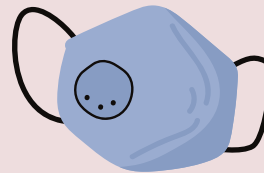
Fjölskyldulífið breyttist töluvert mikið, allir viðburðir frestuðust og við vorum sem mest heima við. Á tímabili vildi maður helst ekki hitta neinn utan heimilisins því maður hafði áhyggjur af því að smitast af COVID-19, hvað þá að hafa það á samviskunni að smita aðra.

Svo varð heimilislífið allt í einu frekar einfalt og þægilegt að mörgu leyti; vinna, skutla og sækja börn á leikskólann, þegar það var ekki skertur vistunartími, og samvera fjölskyldunnar. Ég held að ég hafi aldrei bakað jafnmikið á þessu tímabili, búið jafnoft til teppahús í stofunni heima eða búið til jafnmarga heimatilbúna skynjunarleiki fyrir börnin mín.

Hvað varðar skertan vistunartíma á leikskólanum þá fengu sumar starfsstéttir undanþágu, og þar sem ég er starfandi hjúkrunarfræðingur í framlínu, þá varð fjölskyldan mín fyrir minni skerðingum en aðrir þurftu að þola. Það leiddi til minna álags heima fyrir og er ég mjög þakklát fyrir það og geri mér fulla grein fyrir því að það voru ekki allir foreldrar jafnheppnir og við.

Hins vegar væri ég að segja ósatt ef ég myndi ekki segja að það hafi líka fylgt þessu mikil streita. Streita sem tengdist veikindum og stopulli viðveru á leikskólanum til að byrja með, hræðslan við að fara í sóttkví eða að greinast með COVID-19, hvað þá ef börnin myndu smitast af COVID-19. Í upphafi var maður óöruggur þegar barnið kvartaði yfir verk í hálsinum eða hóstaði. Hvað á ég að gera? Á að senda barnið í leikskólann? Á ég að hafa það heima? Á ég að senda það í skimun? Á ég að fara í skimun? Fer ég þá í sóttkví? Fara börnin í sóttkví? Úfff! Allar þessar vangaveltur og barnið var síðan kannski ekkert veikt. Já, ég er vissulega





hjúkrunarfræðingur, en þegar kemur að manns eigin barni fara stundum allar skynsemisráðir hjúkrunarfræðingsins út um gluggann. Maður verður svolítið óöruggur og fer að efast um eigin þekkingu í smátíma.

Síðan sendi leikskólinn út kærkomnar leiðbeiningar um hvenær átti að hafa barnið heima og hvenær ekki og þá varð maður aðeins öruggari.

En ég myndi þó alveg segja að þessir streituvaldar séu enn þá til staðar í dag.

Lífið hefur samt batnað töluvert miðað við hvernig það var í upphafi faraldursins.

Nú er maður loksins að finna fyrir meira öryggi þar sem við vitum meira og reynslan okkar er meiri en fyrir faraldurinn. Þó myndi ég segja að þessi svokallaða smitskömm sé enn til staðar í dag og þá er það mín upplifun að ég óttast meira að smita aðra af COVID-19 heldur en að smitast sjálf. Spurning hvort það sé endilega bara þessi smitskömm sem veldur því eða kannski frekar hræðslan við að fólkið manns muni veikjast alvarlega. En þetta er auðvitað eitthvað sem maður ræður ekki við. Maður fer eins varlega og maður getur og fer eftir öllum ráðleggingum sóttvarnarlæknis og vonar það besta. Í leiðinni vonar maður að þessi veira fari að láta undan eftir allar þessar bólusetningar og örvunarskot. Í það minnsta komum við vonandi til með að læra að lifa með henni.

Varðandi vinnuumhverfið í faraldrinum þá urðu þar einnig miklar nýjar áskoranir.

Vinnuveitendur mínir ákváðu til dæmis að taka þátt í landamæraskimunum í Keflavík sem hófust þann 16. júní 2020 og Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins skipulagði. Það var mikil óvissa sem fylgdi þessu verkefni í bland við spennu hjá undirritaðri yfir því að fá að taka þátt í svona stóru og sögulegu verkefni. Við vorum jú með fyrstu löndunum til að skipuleggja landamæraskimanir af þessu tagi og ég upplífið eins og ég væri að taka þátt í verkefni sem yrði jafnvel gaman að segja frá þegar ég yrði gömul. Ég hafði í upphafi áhyggjur af því að smitast þarna því maður vissi ekki hversu hátt hlutfall ferðamanna myndi greinast hverju sinni á landamærunum.

En það breyttist fljótt þar sem við fengum góðan hlífðarfatnað og smitin voru ekki alveg eins mörg og við höldum í upphafi að yrðu. Auk þess skipulögðu fagaðilar Heilsugæslunnar þetta verkefni mjög vel þrátt fyrir að hafa ekki fengið langan tíma til þess.

Við fengum einnig að taka þátt í COVID-19 bólusetninga-verkefni Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins. Það var sögulegt verkefni sem var mjög gefandi og gaman að fá að taka þátt í, ég mun aldrei gleyma þessum tíma.

Ásamt þessum verkefnum komu fleiri verkefni inn á borð til okkar sem tengdust COVID-19 á einhvern hátt og enn þá er nokkuð stór hluti verkefnanna COVID-19 skimanir, þá hraðpróf eða PCR. Eftir tilslakanir, hafa sem betur fer, verkefnin sem dattu upp fyrir árið 2020 komið aftur upp á borð vinnuveitanda míns með tilheyrandi álagi. Það er jákvætt að mörgu leyti þó svo að mikið álag sé ekki jákvætt til langs tíma lítið.

Mér finnst rétt að koma aðeins inn á streitu og kulnun sem virðist vera að aukast í starfstétt hjúkrunarfræðinga. Streita og kulnun hefur mikið verið í umræðunni síðustu ár og er enn þá. Kulnun hjá ungum hjúkrunarfræðingum er raunverulegt vandamál sem þarf að kafa djúpt í og það þarf að finna einhverja leið til lausna. Ein af þeim lausnum tel ég vera styttingu vinnuvikunnar, svo lengi sem hún er útfærð út frá þörfum starfsfólksins.

„Ég held að ég sé alls ekki ein um að hafa upplifað þessar blendnu tilfinningar á þessum tímum en þá er mjög mikilvægt að þekkja eigin takmarkanir og hvað maður getur gert til að ná jafnvægi.“

Persónulega er ég mjög lánsöm þar sem ég hef mjög gott stuðningsnet í kringum mig. Ég á góða og skilningsríka fjölskyldu og sömuleiðis vinnuveitanda. Ég get kúplað mig út þegar mér finnst streitan vera að ná yfirhöndinni. Þá tek ég langa helgi frá vinnu og fer í sveitina og slaka á með fjölskyldunni, ræði málin við mína helstu stuðningsaðila, hitti vinkonur, hreyfi mig reglulega og á tíma út af fyrir mig. Sjálfsmyndhyggja er nauðsynleg, að virða sín eigin tímamörk og að geta sagt nei þegar maður getur ekki eða treystir sér ekki í verkefnið.

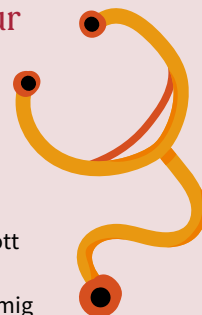
En aðstæður hvers og eins eru auðvitað misjafnar og einnig hvað fólk þarf að gera til að geta kúplað sig út og komast úr streituvaldandi aðstæðum. Síðan ber að nefna að oft eru aðstæður sem eru streituvaldandi ekki einungis á vinnustaðnum, þær geta einnig verið félagslegar eða jafnvel heima við. Þess vegna finnst mér mikilvægt að þessi sjálfsvinna eigi sér stað. Að læra á eigin takmarkanir, hvaða einkenni við sýnum þegar streitan er að ná yfirhöndinni og hvað við getum gert til að bæta úr.

Það stoðar lítt að horfa einungis á streitu og kulnun út frá hverjum einstaklingi fyrir sig án þess að skoða heildar-samhengið. Það þarf líka að horfa á og endurhugsa vinnuumhverfi, óraunhæfar væntingar og kröfur, undirmönnun, laun og margt fleira.

Til að taka þetta tímabil saman (þó svo að heimsfaraldurinn sé enn í gangi) þá myndi ég segja að þessi tími hafi reynt mjög mikið á fjölskyldulífið og eigin andlegu og líkamlegu heilsu. Streitan hefur verið mikil frá öllum hliðum lífsins en jákvæði punkturinn er sá að við fjölskyldan fengum mun meiri og rólegri tíma saman sem var mjög dýrmætt.

Ég held að ég sé alls ekki ein um að hafa upplifað þessar blendnu tilfinningar á þessum tímum en þá er mjög mikilvægt að þekkja eigin takmarkanir og hvað maður getur gert til að ná jafnvægi. Stundum er þetta ekki einu sinni bara streitutímabil heldur viðvarandi ástand sem þarf að bæta úr.

Það sem ég lærði helst á þessu tímabili, og er í raun enn að átta mig á, er hversu dýrmætur tíminn er sem ég á með fjölskyldunni, hversu frábært það er að vera hjúkrunarfræðingur og hversu þakklát ég er að hafa valið mér þennan starfsvettvang. Ég hef upplifað mjög margt í gegnum starfið mitt, sérstaklega á þessum tíma, sem mun fylgja mér út lífið.



Þrýstingssár: greining og meðferð með aðstoð Bradenkvarða og RAI-mats

INNGANGUR

Meðalaldur íbúa hjúkrunarheimila á Íslandi er 87 ár. Margir eru fjölveikir, veikburða, á mörgum lyfjum og eiga á hættu að fá þrýstingssár. Þeir sem eru vannærðir og með skerta hreyfifærni eru í sérstakri hættu.

Þrýstingssár eru of algeng meðal mikið veikra sjúklinga á heilbrigðisstofnunum. Þau skerða lífsgæði, hægja á bata, valda þjáningu og eru kostnaðarsöm.

Mælt er með notkun kerfisbundinna aðferða til að greina þá sem eiga á hættu að fá þrýstingssár. Auk þess sem klínískt innsæi er notað við áhættumat sjúklings (Landspítali, 2008). Gæðateymi til varnar sárum á Sóltúni var stofnað árið 2007. Þá voru ábendingar um að hægt væri að gera betur. Stuðst er við viðurkenndar, gagnreyndar aðferðir í gæðaumbótastarfi. Gæðateymið setti fram gæðastaðal um forvarnir gegn sárum. Gæðastaðallinn er rýndur og endurbættur reglulega af gæðateymi.

Ársfjórðungslega er farið yfir niðurstöður RAI-mælinga og skoðuð nánar þau óheppilegu atvik sem upp hafa komið. Gæðateymið fer yfir samspil heilsufars, lyfjagjafar, notkunar hjálpartækja, virkni og umhverfis, auk þess að veita ráðgjöf og stuðning eftir þörfum.

Almennu orsökkin fyrir myndun þrýstingssára er langvarandi þrýstingur á húð sem veldur staðbundinni blóðþurrð. Aðrir þættir geta aukið hættuna á slíkri blóðþurrð. Þar má nefna æðasjúkdóma, skert blóðflæði, sykursýki, vannæringu, þurrk og skerta skyntilfinningu o.fl. (Allen, 1997; Blom, 1985).

Sár á húð geta myndast fljótt og er góð hjúkrun, sem felst í forvörnum, mikilvæg til að koma í veg fyrir myndun þeirra. Florence Nightingale (1969) skrifaði árið 1860 að þrýstingssár stöfuðu ekki af sjúkdómum manna heldur hjúkruninni sem veitt væri eða skorti á veittri þjónustu. Það er mikið til í því.

Í samtíma okkar er því þannig háttað að veikustu sjúklingarnir á öllum aldri liggja inni á stofnunum. Það er því langvarandi verkefni hjúkrunar að koma í veg fyrir þrýstingssár. Talið er að um 4% útgjalda stofnana í Bretlandi megi rekja til kostnaðar við að græða þrýstingssár (Bennett o.fl., 2004). Í rannsókn, sem gerð var á Landspítala árið 2008, reyndust 21,5% sjúklinga vera með þrýstingssár (Guðrún Sigurjónsdóttir o.fl., 2011). Í annarri rannsókn, sem gerð var í Noregi árið 2012, voru 18,2% sjúklinga með þrýstingssár (Bredesen o.fl., 2015).

Samanburður rannsókna á algengi legusára er erfiður vegna þess að skilgreining og flokkun er mismunandi og samsetning úrtaks einnig.

RAI-mat og Bradenkvarði

Bradenkvarði (því færri stig því verr), sem mælir áhættuþætti þrýstingssára, er innbyggður í Sögu, rafræna sjúkraskrárkerfið sem notað er á mörgum heilbrigðisstofnunum. Bradenkvarði byggir á sex áhættuþáttum; hreyfigetu, virkni, næringu, skyntilfinningu, raka og núningi. Sjúklingum eru gefin stig á bilinu 6 til 23. Ef stigafjöldi er undir 18 telst það vísbending um aukna áhættu fyrir sáramyndun. Mælitækinu fylgja leiðbeiningar um fyrirbyggjandi aðgerðir eftir áhættu kvarðans (Bylgja Kristófersdóttir, 2016).

Á öllum hjúkrunarheimilum á landinu fer fram gagnasöfnun þrisvar á ári með notkun RAI-mælitækisins MDS 2.0 (Minimum Data Set). RAI-mat (raunverulegur aðbúnaður íbúa) metur heilsufar allra íbúa og hjúkrunarþörf þeirra. Jafnframt er metið ef veruleg breyting verður á heilsufari. Mælitækið tekur til tæplega 400 atriða og reiknar m.a. vísbendingar um gæði í gæðavísu, þar á meðal hversu algeng þrýstingssár eru. Með RAI-mati og Bradenkvarða má greina hvort ástand húðar er í hættu og grípa strax til viðeigandi ráðstafana.

Margvíslegir kvarðar segja til um heilsufar og færni íbúa og árangur hjúkrunar. RAI-mat styður við lausn vandamála í anda hjúkrunarferlisins og hefur forvarnargildi. Hugmyndafræðin, sem RAI-mælitækið byggist á, hvetur til þátttöku íbúa og fjölskyldu hans í ákvarðanatöku.

Notkunarmöguleikar RAI-gæðavísa til stöðugra umbóta innanhúss eru fjölmargir. Einnig ýta þeir undir umræður út á við um gæði þjónustunnar. Þiggjendur þjónustunnar meta hvort þetta ákveðna hjúkrunarheimili uppfyllir kröfur þeirra. Stjórnendur þjónustunnar geta metið hvort því gæðastigi sem þeir vilja veita er náð. Veitendur þjónustunnar meta hvort þeir eru sáttir við vinnuskilyrðin, hvort þau fullnægja óskum þeirra um gæðastig.

Sjúkdómstilfalli – dæmi

Kona, sem fædd er árið 1935, flutti á Sóltún eftir heilablæðingu. Hún er með helftarlömum, gaumstol til vinstri

RAI-mat:

Stuðlar að bættri hjúkrun sjúklinga með því að skipulagt mat á heilsufari og hjúkrunarþörfum fer reglulega fram:

Er stöðluð, nákvæm og viðamikil upplýsingasöfnun

Felur í sér leiðbeiningar til greiningar á vandamálum

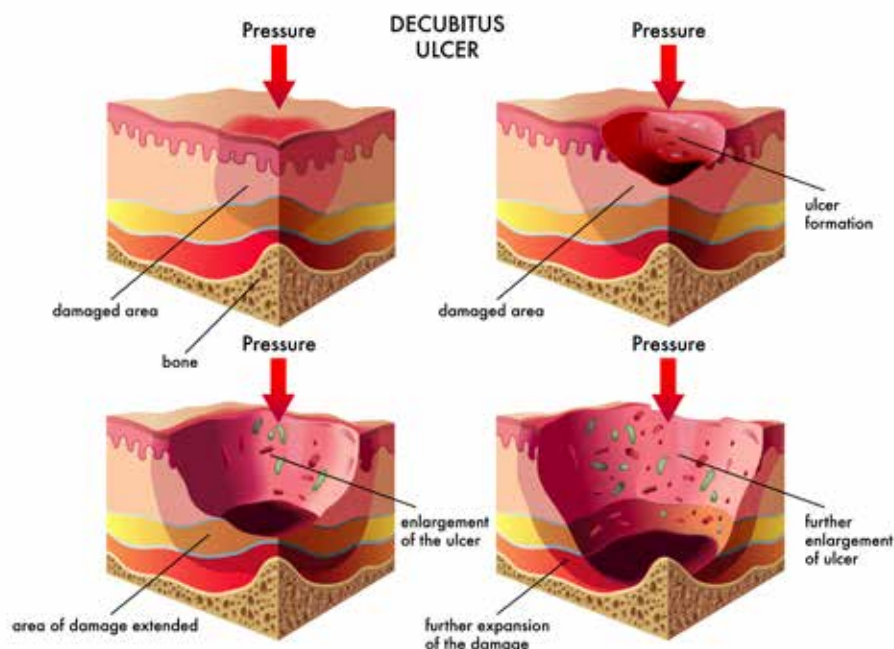
Er hluti af daglegri og stöðugri upplýsingasöfnun og eftirliti með sjúklingum

og skynskerðingu. Hún er með veikt hjarta, gigt, sykursýki og í yfirvigt. Hún er með bjúg á vinstri hendi og á fótum og oft með verki í vinstri líkamshluta. Hún þarf alla aðstoð við athafnir daglegs lífs, aðstoð tveggja starfsmanna og lyftu til að fara úr rúmi í stól. Hún nær að sitja í einn til tvo tíma í senn, getur borðað sjálf ef lagt er á borð fyrir hana og notar bleyju allan sólarhringinn. Hún er með elliglöp, fékk 20/30 á MMSE (Folstein, o.fl, 2001). Hún er með 11 stig á Bradenkvarða.

Forvarnir

Best er að koma í veg fyrir sár. Það skiptir máli að fylgjast með húð sjúklingsins í hvert skipti sem honum er hagrætt eða snúið og að vanda val á rúmdýnum og sessum í stólum. Þrýstingsdreifandi undirlag (loftdýnur) og dýnur úr sérstökum svampi og aðgerðir til að bæta næringu skila árangri (Landspítali, 2008; Allen, 1997). Betri rúmdýnur skila þó ekki tilætluðum árangri ef sjúklingum er snúið sjaldnar en áður. Forvarnir þurfa að vera einstaklingsmiðaðar og byggjast á þekkingu og fræðslu til alls fagsfólks í þverfaglegri teymisvinnu. Mikilvægt er að allir í meðferðarteyminu séu árvökulir og virkir þátttakendur, þar með taldir sjúklingar og aðstandendur. Góð samskipti og samvinna er þar nauðsynleg.

Skýringarmynd af þrýstingssári



Gæðastaðall um forvarnir gegn sárum á Sóltúni

Starfsfólk notar gæðastaðla sem leiðarljós í starfi. Gæðastaðall um sár gengur út á að íbúar á Sóltúni séu í sem minnstri hættu á að fá sár þrátt fyrir bága heilsu. Í anda hugmyndafræði Sóltúns er lögð áhersla á að íbúar séu með í ráðum.

Skilgreining

Þrýstingssár er staðbundin vefjaskemmd í húð sem orsakast af núningi, togi, þrýstingi eða samblandi af öllu þessu. Þau eru metin í stigum eftir alvarleika vefjaskemmdar.

Stig 1,
þá er stöðugur roði á húð sem hverfur ekki þó þrýstingi sé aflétt.

Stig 2,
þá er húðlag skaddað, svo sem afrifur, blaðra eða grunnt sár.

Stig 3,
þá er húðlag skaddað þannig að sést í fituvef, djúpt sár jafnvel með holrými undir aðliggjandi vefjum eða fistli.

Stig 4,
þá er húðlag og fituvefur horfinn, sést í vöðva og bein.

Viðmið

- Starfsfólk skal geta tekist á af öryggi við forvarnir gegn sárum og það á að búa yfir staðgóðri þekkingu.
- Öll sár skal skrá í Sögu/RAI-mat.
- Gæðavísar samkvæmt RAI-matstækinu eru mældir þrisvar á ári. Í Sögu er kannað í hversu mikilli sárahættu (Bradenkvarði) vistmenn eru og meðferð þeirra er endurskoðuð reglulega.
- Sárateymi skal nota RAI-matslykil (protocol) um sár og veita ráðgjöf eftir þörfum.
- Boðið skal upp á öfluga símenntun starfsmanna.

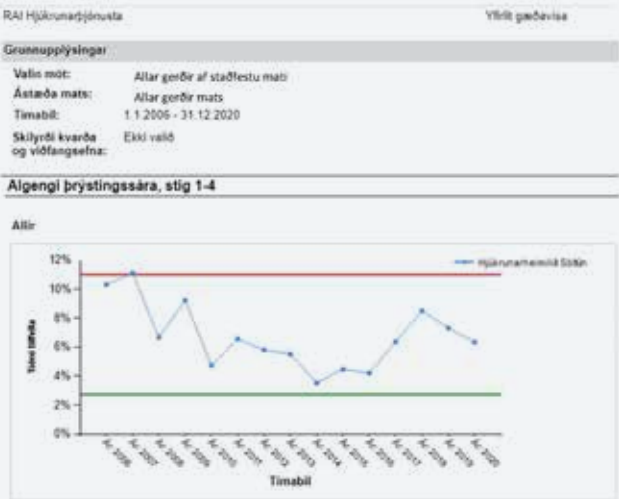
Framkvæmd

- Sáramat fer fram hjá öllum íbúum í hjúkrunarskrá Sögu og RAI-matstæki.
- Forvarnir gegn sárum eru ákvarðaðar af teymi fagfólks, í samráði við íbúa og aðstandendur þeirra.
- Hluti af forvörnum felst í að fræða íbúa og aðstandendur þeirra og leiðbeina þeim um sár og varnir gegn þeim.

Árangursviðmið

- Íbúar tjái sig um viðunandi andlega og félagslega líðan.
- Aðstandendur séu sáttir við þá þjónustu sem ástvinir þeirra fá og skynja að einstaklingsbundnum þörfum íbúa sé sinnt.
- Starfsmenn séu öruggir í starfi varðandi meðferð íbúa sem eiga á hættu að fá sár.
- Að innan við 2,7-11% íbúa séu með sár.

(sjá nánar um gæðastaðal á www.soltun.is)



Markmiðið er að vera sem næst grænu línunni. Óæskilegt er að fara yfir rauðu línuna. Gæðateymi Sóltúns setti fram gæðaviðmið fyrir sár, stig 1-4. Lágmarksviðmið var 5% og hámarksviðmið 15%. Árið 2013 ákvað gæðateymið að breyta viðmiðum þannig að efri mörk yrðu 11% og neðri mörk 2,7% til samræmis við viðmið frá Embætti landlæknis. Alltaf er stefnt að því að Sóltún mælist sem næst lágmarksviðmiði.

Allir íbúar eru metnir þrisvar á ári. Mat fór því fram í 4.779 skipti á Sóltúni á tímabilinu 2006 til 2020. Sóltún hefur náð betri árangri í gæðavísi um þrýstingssár, stig 1-4, með auknu eftirliti gæðateymis. Þær vísbendingar um ný þrýstingssár, sem koma fram á hjúkrunarheimilinu, eru fyrst og fremst sár á 1. stigi. Um 6% íbúa Sóltúns voru með slík sár árin 2011 og 2012 (sjá mynd 1). Árin 2017 og 2018 komu óvenjumargir íbúar inn með þrýstingssár.

Íbúar á Sóltúni í áhættuhópi fá fyrirbyggjandi meðferð og sérstaklega er hugað að næringu, hreyfingu og virkni þeirra. Mikil áhersla er lögð á að fylgst sé með ástandi húðar samhliða aðstoð við daglegar athafnir.

Matslykill um þrýstingssár

Vandamál

Á bilinu 3-5% (eða fleiri) íbúa á hjúkrunarheimilum hafa þrýstingssár. Alls 60% eða fleiri íbúa eiga á hættu að fá þrýstingssár. Þrýstingssár geta haft alvarlegar afleiðingar fyrir eldra fólk og meðferð þeirra er dýr og tímafrek. Í sérstakri hættu eru þeir sem eru vannærðir og með skerta hreyfigetu í rúmi og við flutning.

Markmið mats eru: (1) að tryggja að meðferðaráætlun sé fyrir hendi fyrir íbúa með þrýstingssár og (2) að finna þá íbúa sem eru í hættu á að fá þrýstingssár.

Vísbendingar

Þrýstingssár til staðar eða hætta á þeim ef eitt eða fleira af eftirfarandi er til staðar (áhætta):

Þrýstingssár (eitt eða fleiri) til staðar (Til staðar) ^(a)
[M2a=1,2,3,4]

Vandamál við að hreyfa sig í rúmi (hætta á þrýstingssári)
[G1aA=2,3,4,8] ^(b)

Rúmliggjandi (hætta á þrýstingssári)
[G6a=kannað]

Lausheldni þvags og hægða (hætta á þrýstingssári)
[H1a=1,2,3,4]

Útæðasjúkdómur (hætta á þrýstingssári)
[I1j=kannað]

Saga um þrýstingssár (hætta á þrýstingssári)
[M3=1]

Minnkað næmi húðar fyrir sársauka eða þrýstingi (hætta á þrýstingssári)
[M4e=kannað]

Líkamsfjötrar (hætta á þrýstingssári) ^(c)
[P4c=2]

Aths.: Kóðar 2, 3 og 4 vísar einnig á matslykilinn

„Næringarstöðu“ RAP

Aths.: Kóðar 2, 3 og 4 vísar einnig á matslykilinn „ADL“ RAP

Aths.: Þessi kóði vísar einnig á matslyklana „Byltur“ RAP og

„Líkamsfjötra“ RAP

Leiðbeiningar

Við ákvörðunartöku við gerð hjúkrunaráætlunar skal byrja á að skoða hvort einn eða fleiri áhættuþættir sem nefndir eru hér að ofan séu til staðar.

Farið yfir alla áhættuþætti fyrir þrýstingssár til að greina vanda sem þarf að skoða betur eða er leysanlegur.

Áhættuþættir:

Sykursýki [I1a], Alzheimer [I1q], Aðrir minnissjúkdómar [I1u], Helftarlömun / Helftarmáttleysi [I1v], MS-sjúkdómur [I1w], Bjúgur [J1g]

Íhlutun til staðar:

- Stólar og rúm sem jafna og dreifa þrýstingi [M5a, M5b]
- Áætlun um næringu eða rakameðferð til að taka á vandamálum við umönnun húðar [M5c]
- Umönnun þrýstingssárs [M5e]
- Umönnun/meðferð skurðsárs [M5f]
- Umbúðir settar á (með eða án smyrsla) á annað en fætur [M5g]
- Að nota smyrslilækningasmyrslu (á annað en fætur) [M5h]
- Forvarnar- eða verndarmeðferð á húð (á annað en fætur) [M5i]
- Forvarnar- eða verndarmeðferð, fætur [M6e]
- Umbúðir settar á fætur (með eða án lækningasmyrsla) [M6f]
- Notkun líkamsfjötra [P4c,d,e]

Aðrir áhættuþættir:

Lyf:

Geðlyf [O4a]

Kvíðastillandi lyf [O4b]

Geðdeyfðarlyf [O4c]

Svefnlyf [O4d]

Allen, (1997).

Hjúkrunarmeðferð

Mikilvægasta meðferðin er að aflétta þrýstingi. Meðferð er einstaklingsmiðuð og byggist á teymisvinnu hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða, iðjuþjálfara, sjúkraþjálfara og lækna.

Hver íbúi í áhættuhópi fær vandlega unnið hjúkrunarferli þar sem viðeigandi hjúkrunargreining og meðferð er sett fram. Þrýstingssár af stigi eitt og tvö munu í flestum tilfellum gróa vel ef hugsað er vandlega um þau. Stig þrjú og fjögur eru erfiðari viðfangs og getur tekið langan tíma að græða (MedlinePlus, 2016).

Mælt er með að sjúklingur liggi á þrýstingsdreifandi undirlagi, loftskiptadýnum (ef <12 á Bradenkvarða) og sé á snúningstöflu (ef <18 á Bradenkvarða), eftir þörfum. Einnig er mælt með að varast að hreyfa sjúkling þannig í rúmi að húðin dragist eftir yfirborðinu. Gott getur verið að púðra létt yfir lakið, það dregur úr núnungi (MedlinePlus, 2016).

Sjálfráðar og ósjálfráðar hreyfingar geta leitt til áverka vegna núnings, sérstaklega á hælum og olnbogum. Með því að nota hjálparbúnað, svo sem spelkur á fætur, má draga úr snertingu við undirlag og þannig flýta gróanda, til dæmis á hælum. Forðast skal að nudda viðkvæma staði yfir beinum vegna minnkaðs blóðflæðis til húðar (MedlinePlus, 2016). Mælt er með að notaður sé hjálparbúnaður til að auðvelda sjúklingi að hagræða sér, lyfta sér og færa á milli staða, svo sem gálga og rúmgrindur. Einnig er mælt með að skipta um stellingar á tveggja tíma fresti eða eftir þörfum og að fólk sitji ekki í stól lengur en 15 mínútur án þess að hreyfa sig örlítið (Mayo Clinic, 2014). Iðjuþjálfar útvega hjólastólasessur við hæfi hvers og eins.

Þegar hagrætt er í rúmi er mælt með að nota koddavíð bak og á milli fóta til að forðast að útstæð bein núist saman. Svampfleyga má nota undir dýnur til að breyta álagspunktum í rúmi. Einnig er gott að lágmarka álag á mjaðmir með því að rétta ekki of mikið úr fótum. Markmiðið með hagræðingu og snúningi rúmliggjandi sjúklinga og þeirra sem háðir eru hjólastól er að draga úr þrýstingi á þeim stöðum sem mest mæðir á og tryggja þannig nægilegt blóðflæði til vefja. Ráðlagt er að nota ekki leguhringi því þeir geta valdið þrýstingi á öðrum svæðum (Mayo Clinic, 2014).

Tryggja ætti næga vökvaneyslu til að viðhalda raka húðarinnar. Þurr húð hefur minni teygjanleika og þannig getur hætta á afrifum aukist. Góð næring er alltaf mikilvæg, ekki síst til að fyrirbyggja og græða þrýstingssár (Anna Birna Jensdóttir, 1990). Allt hrúmt eða veikt eldra fólk ætti að fá orku- og prótínþétt fæði. Rannsóknir hafa sýnt að viðbótarnæring bætir næringarástand hjá veikum öldruðum (Landspítali, 2008; RHLÖ, 2018). Næringardrykkir og prótínduft geta bætt næringarástand þeirra.

Húð þarf að halda hreinni með mildri sápu og baði eftir þörfum. Raka er viðhaldið með því að bera á húðina rakakrem. Mælt er með að nota rakadrægar umbúðir, bleiur og undirbreiðslur þegar þess er þörf. Hreinsa á húð varlega eftir þvag- og hægðalosun með hreinsiefnum og mjúkum klútum. Rakri húð er hætt við ertingu, afrifum og sýkingum. Skipta ætti um bleiur þegar þær eru orðnar blautar fremur en að bíða

þangað til þær eru mettaðar hjá viðkvæmum einstaklingum (MedlinePlus, 2016).



Sáramynd eru af hæl. Þetta sár á hæl tókst að græða á innan við 10 vikum með því að nota rennandi volgt kranavatn og milda sápu, oftast gert í sturtunni. Það var þerrað og látið lofta um það í 30 til 60 mínútur. Síðan var borið á sárið „Intrasite“-gel (rakagel), Biatain ag (silfur), Allevyn (svampur sílikon snertilagi), fest með vafningi og silkiplástri. Þetta var gert annan hvern dag eða oftar eftir þörfum. Spelka var notuð til að halda hæl á lofti.

Gæta þarf þess að loft leiki um húð, eftir hreinsun og þerrun sára og hjá þeim sem nota umbúðir og bleiur að staðaldri. Sjúkraþjálfarar geta veitt meðferð með leysigeislum sem örva blóðstreymi til sárasvæðis. Sérstaklega þarf að huga að samspili verkjameðferðar við legu- og setstöður hjá íbúum með verki.

Mikilvægur þáttur í sárameðferð er að vernda sárið fyrir hvers kyns hnaski. Gæta þarf að því að búa þannig um sárið að umbúðir þrengi ekki að eða festist ofan í sárinu.

Meðferð sára beinist að þremur þáttum: hemja bakteríuvöxt, hreinsa burt óæskilegan vef úr sári og tempru raka (Guðbjörg Pálsdóttir, 2010) þannig að sárið sé rakt án þess að vera baðað



Handhreinsun er þýðingarmesta einstaka atriði til að hindra dreifingu sjúkla. Rétt framkvæmdur handþvottur fjarlægir mestan hluta þeirra flökkusjúkla sem koma á hendur við ýmis störf. Handskart kemur í veg fyrir fullnægjandi handþvott og skal því fólk, sem sinnir sjúkum, ekki bera slíkt við störf sín. Íbúar, ættingjar og gestir eru jafnframt hvattir til að spritta hendur.

í sáravessa. Nútímaumbúðir eru þannig hannaðar að þær halda sári röku og draga í sig umframvessa. Bakteríudrepandi silfurumbúðir, svampar, sáragei, filmur, kökur (hýdrókollóíðar) og þörungar eru dæmi um nútímaumbúðir.

Ef blóðflæði er tregt eru skilyrði fyrir sáragræðslu skert. Vernda ætti heila húð með sinkáburði, því hann veitir vörn gegn raka, og meðhöndla má exem með sterakremi. Einnig er mikilvægt að fylgast með sárum með tilliti til lyktar, útfærðar, roða og eymsla í kringum sár, hita, bólgu og hækkaðs líkamshita (Mayo Clinic, 2014).

Þriðja og fjórða stigs sár með vefjaskemmd eða drepri er oftast erfitt að græða (MedlinePlus, 2016). Ef sár er sýkt þarf að setja sjúklinga á sýklalyf.

Þrýsingssár geta verið sársaukafull. Því er mikilvægt að meta styrk verkja reglulega. Verkir geta dregið úr hreyfingu og virkni sjúklinga (Guðbjörg Pálsdóttir, 2010; Mayo Clinic, 2014). Hreyfing og virkni er mikilvæg forvörn og flýttir fyrir gróanda þrýsingssára.

LOKAORÐ

Skipulagt gæðaumbótastarf eflir lífsgæði íbúa á hjúkrunarheimilum og góður árangur þess eykur starfsánægju. Forvarnarstarf gegn sáramyndun skilar sér þegar mönnun, árverkni og fagþekking vinnur saman. Öflug fræðsla er meginforsenda þess að efla fagmennsku og gæði í heilbrigðisþjónustunni.

HEIMILDIR

- Allen, J. E. (1997). Long Term Care Facility Resident Assessment Instrument. User's Manual. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Anna Birna Jensdóttir. (1990). „Pælingar“ í hjúkrun aldraðra: Vökva- og fæðugjöf aldraðra sjúklinga. *Hjúkrun, tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 66(3-4), 41-47.
- Bennett, G., Dealey, C. og Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 33(3), 230-235.
- Blom, M. F. (1985). Dramatic decrease in decubitus ulcers. *Geriatric Nursing*, mars/apríl, 84-87.
- Bredesen, I. M., Bjoro, K., Gunningberg, L. og Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 149-156.
- Bylgja Kristófersdóttir. (2016). Forvarnir gegn myndun þrýstingssára og notkun klínískra leiðbeininga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(5), 49-53.
- Florence Nightingale. (1969). Notes on nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publication, Inc. Fyrsta útgáfa 1859.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., Fanjiang, G. (2001). MMSE Mini-Mental State Examination.
- Clinical Guide. Sótt í september 2021 á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2524/MMSE%20Pr%C3%B3f%20til%20a%C3%B0%20meta%20vitr%C3%A6na%20getu.pdf>
- Guðbjörg Pálsdóttir. (2010). Lykillinn að árangursríkri meðferð fótasára. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(3), 14-19.
- Guðrún Sigurjónsdóttir, Ásta St. Thoroddsen og Árun K. Sigurðardóttir. (2011). Þrýstingssár á Landspítala: Algengi, áhættumat og forvarnir. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(2), 50-56.
- Landspítali. (2008). Þrýstingssár. Klínískar leiðbeiningar, áhættumat og varnir. Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.
- Mayo Clinic. (2014). Bedsores (pressure sores). Sótt í febr. 2017 á <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bedsores/basics/definition/con-20030848>
- MedlinePlus Medical Encyclopedia. (2016). How to care for pressure sores. Sótt í febr. 2017 á <https://medlineplus.gov/encyclopedia/000740.htm>
- RHLÖ. (2018). Ráðleggingar um matarræði fyrir hrunt eða veikt eldra fólk – ætlað fagfólki og öðrum umönnunaraðilum. Útgefandi er Embætti landlæknis í samstarfi við Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala í öldrunarfræðum (RHLÖ). Sótt í mars 2021 á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35913/Radleggingar%20um%20mataraedi%20fyrir%20hrunt%20og%20veikt%20eldra%20folk%20des%202018.pdf>
- Sóltún. (2020). Gæði, rannsóknir og ferlar. Sótt í mars 2021 á: <http://www.soltun.is/gaedi-rannsoknir-og-ferlar/innra-eftirlit/gaedarvisar/>

Öryggi | Samvinna | Framsækni

SAK SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Vilt þú ganga til liðs við öflugan hóp hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsinu á Akureyri?



Sjúkrahúsið á Akureyri

- Er framsækinn og eftirsóknarverður vinnustaður
- Veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu með áherslu á bráðapjónustu og helstu sérgreina meðferðir
- Er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og gegnir lykilhlutverki í almannavörnum
- Er kennslusjúkrahús og þekkingarstofnun sem leggur metnað sinn í kennslu og rannsóknir í heilbrigðisvísindum
- Leggur áherslu á að ráða til starfa og halda í hæfileikaríka einstaklinga
- Er miðstöð læknisfræðilegrar þjónustu sjúkraflugs í landinu
- Er með alþjóðlega gæðavottun á starfsemi sinni og er fyrsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi til að hljóta slíka vottun
- Er með jafnlaunavottun skv. IST-85 frá árinu 2019

Sjúkrahúsið býður upp á krefjandi og áhugaverð störf í fjölbreyttu og spennandi starfsumhverfi með góðri handleiðslu og býður upp á tækifæri til starfsþróunar með markvissri þjálfun og fræðslu.

Ef þú hefur áhuga á að koma og vinna á lifandi og fjölbreyttum vinnustað þá er Sjúkrahúsið á Akureyri góður kostur.

Við tökum vel á móti þér.

MARIANNE ELISABETH KLINKE

dósent í Háskóla Íslands og
forstöðumaður fræðasviðs
í hjúkrun tauga- og
taugaendurhæfingasjúklinga, LSH.

JÓNAS DAÐI DAGBJARTARSON

hjúkrunarfræðingur,
Taugalækningadeild B2, LSH.

SIGNÝ BERGSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur
móttökugeðdeild 33A/C, LSH.

SNÆDÍS JÓNSDÓTTIR

Parkinsonssjúkrunarfræðingur í
námi til sérfræðingsviðurkenningar,
Göngudeild taugasjúkdóma,
Taugalækningadeild B2, LSH.

JÓNÍNA H. HAFLÍÐADÓTTIR

Sérfræðingur í hjúkrun einstaklinga
með taugasjúkdóma með áherslu
á Parkinsonssjúkdóm, Göngudeild
taugasjúkdóma, Taugalækningadeild
B2, LSH.

Dansmeðferð til að efla hreyfingu, vitræna færni og sálfélagslega líðan hjá einstaklingum með Parkinsonssjúkdóm: fræðileg samantekt

INNGANGUR

Parkinsonssjúkdómur (PS) er langvinnur taugasjúkdómur sem skerðir hreyfigetu og vellíðan. Ófyrirsjáanleiki einkenna gerir það að verkum að einstaklingar með PS eiga það til að draga sig í hlé og taka síður þátt í félagslegum athöfnum. Dansmeðferð getur verið bæði gagnlegt og skemmtilegt meðferðarúrræði til að spyrna á móti sálfélagslegum afleiðingum sjúkdómsins og til að viðhalda hreyfigetu. Í þessari grein verður niðurstöðum fræðilegrar samantektar 18 rannsóknargreina með mismunandi rannsóknarsniði lýst; eigindlegu (n=3), meginndlegu (n=9) og fýsileikarannsóknir (n=6) þar sem skoðaður er ávinningur og útfærsla dansmeðferðar til að bæta hreyfigetu og líðan hjá einstaklingum með PS. Auk þess ætlum við að draga fram þætti sem þarf að hafa í huga þegar dansmeðferð er skipulögð til þess að hún sé fýsileg, örugg og skili sem mestum ávinningi.

Parkinsonssjúkdómur og dans sem einkenameðferð

Parkinsonssjúkdómnum (PS) fylgja ýmis einkenni svo sem hæggar hreyfingar, stíðleiki, hvíldarskjálfti og óstöðugleiki og önnur einkenni sem eru ekki eins sýnileg s.s. verkir, hægðatregða, vitsmuna- og hegðunarbreytingar og svefntruflanir (Tysnes og Storstein, 2017). Með framþróun sjúkdómsins upplifa einstaklingar með PS sívaxandi erfiðleika við að sinna athöfnum daglegs lífs og standa andspænis sálfélagslegum áskorunum (Lee o.fl., 2015). Enn þann dag í dag er ekki til lækning við PS en notast er við einkenameðferð þar sem áhersla er lögð á að auka vellíðan (Lee og Gilbert, 2016).

Dansmeðferð hefur jákvæð áhrif á hreyfigetu auk þess að leiða til bættrar vitrænnar getu og sálfélagslegrar líðanar (Aguilar o.fl., 2016; Bek o.fl., 2020; Hidalgo-Agudo o.fl., 2020, Raje o.fl., 2019). Enn fremur gerir dansmeðferð nánustu aðstandendum og einstaklingum með PS kleift að stunda sameiginleg áhugamál sem eykur nánd, samheldni og ánægju (Shanahan o.fl., 2015).

AÐFERÐAFRÆÐI

Framkvæmd var fræðileg samantekt á ritrýndum greinum, birtar 2017-2021.

Leit að gögnum: Upphaflega var gerð frjáls textaleit þar sem mismunandi samsetningar af leitarorðum voru notaðar til að finna næm leitarorð, sjá leitarorð í töflu 1 ásamt inntöku- og útilokunar skilyrðum. Við lokaleitina voru notuð tvö næmustu MeSH-leitarorðin „Dance therapy“ og „Parkinson’s disease“. Skoðaðar voru kerfisbundnar samantektir birtar um efnið og gerð afturvirk snjóboltaleit á heimildalístum þeirra.

Tafla 1. Leitarorð

Leit samkvæmt PICOTS	
P	Einstaklingar með Parkinson’s, aðstandendur þeirra, heilbrigðisstarfsfólk, dansþjálfarar og sjálfbóðaliðar (Parkinson’s disease, relatives, healthcare professionals, volunteers)
I	Dansmeðferð (Dance, therapy, treatment, protocol)
C	Hefðbundin meðferð eða önnur sálfélagsleg- eða líkamsræktarúrræði
O	Hreyfigeta, ekki-hreyfieinkenni, sálfélagsleg líðan, vitræn geta
T	Allir tímápunktar í sjúkdómsferlinu óháð framgangi sjúkdómsins
S	Eigindlegar og megindlegar rannsóknargreinar auk fýsileikarannsókna (Quantitative studies, qualitative studies, experience, feasibility studies)
Inntöku- og útilokunarskilyrði	
Gagnagrunnur:	Leitað var í rafræna gagnagrunninum PubMed við öflun gagna fyrir niðurstöðukaflann.
Dagsetning leitar:	Þar sem áætlað var að horfa á nýjusta þróun í dansmeðferð var ákveðið að miða við fjögurra ára tímaramma eða greinar sem voru birtar frá 2017 til 2021.
Þátttakendur:	Einstaklingar með PS óháð sjúkdómslengd, makar eða nánir aðstandendur, dansþjálfarar, sjúkráþjálfarar, heilbrigðisstarfsfólk og sjálfbóðaliðar tóku þátt í dansmeðferð.
Tími í sjúkdómsferli og staðsetning sjúklings:	Allar rannsóknir sem fjölluðu um dansmeðferð voru teknar með óháð alvarleika sjúkdómsins og staðsetningu sjúklings.
Tegundir rannsókna:	Allar tegundir rannsóknagreina birtar í ritrýndum tímaritum, sem uppfylltu inntökuskilyrði og voru byggð upp samkvæmt Introduction, Method, Results and Discussion - IMRAD viðmiðunum, voru teknar með.
Tungumál:	Greinar sem voru skrifaðar á ensku eða íslensku. Greinar á öðrum tungumálum voru útilokaðar.

BAKGRUNNUR – Saga og notkun dansmeðferðar við Parkinsonssjúkdómi

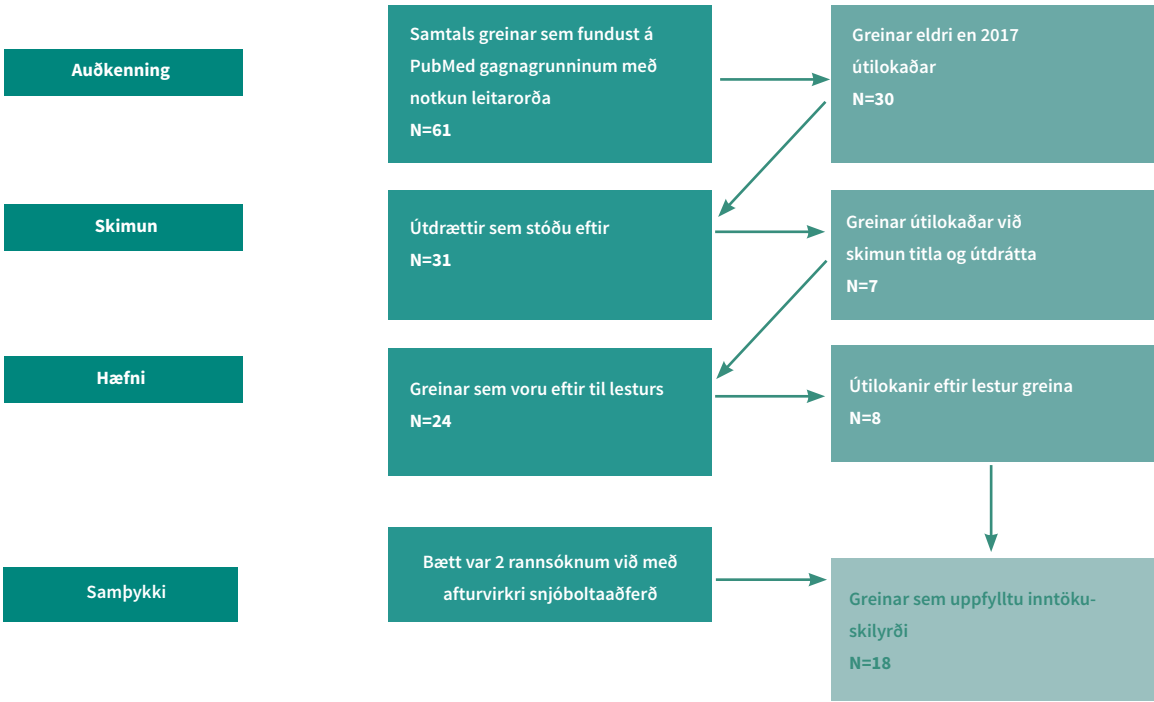
Saga dansmeðferðar fyrir einstaklinga með PS má rekja til ársins 2001, en þá voru hannaðir sérstakir danstímar í Bandaríkjunum sem kölluðust „Dance for Parkinson“ (e. Dance for Parkinson’s Disease), þar sem einstaklingum með PS og aðstandendum þeirra var boðið að taka þátt. Tímarnir voru þróaðir í samvinnu danskennara, Parkinsonssamtakanna í Brooklyn og hinum fræga Mark Morris-danshóp (sjá dæmi um slíka danskennslu á eftirfarandi krækju: <https://youtu.be/ENU51imonmU>). Kennsluáðferðunum var lýst þannig að danskennari gaf munnlegar leiðbeiningar og þátttakendur áttu að einbeita sér að því að endurtaka taktfastar hreyfingar við tónlist (Westheimer o.fl., 2015). Einstaklingarnir höfðu ekki dansfélaga og voru með þökkalega hreyfigetu. Síðan þá hafa þróast margar mismunandi dansmeðferðir sem jafnvel eru sniðnar að einstaklingum með mikla hreyfiskerðingu. Í þeim tilvikum er dansmeðferðin framkvæmd með hjálpartækjum eða jafnvel á meðan einstaklingur er sitjandi (sjá dæmi á eftirfarandi krækju: <https://youtu.be/5utV1ERgbs8>).

Áhrif dansmeðferðar á hreyfieinkenni

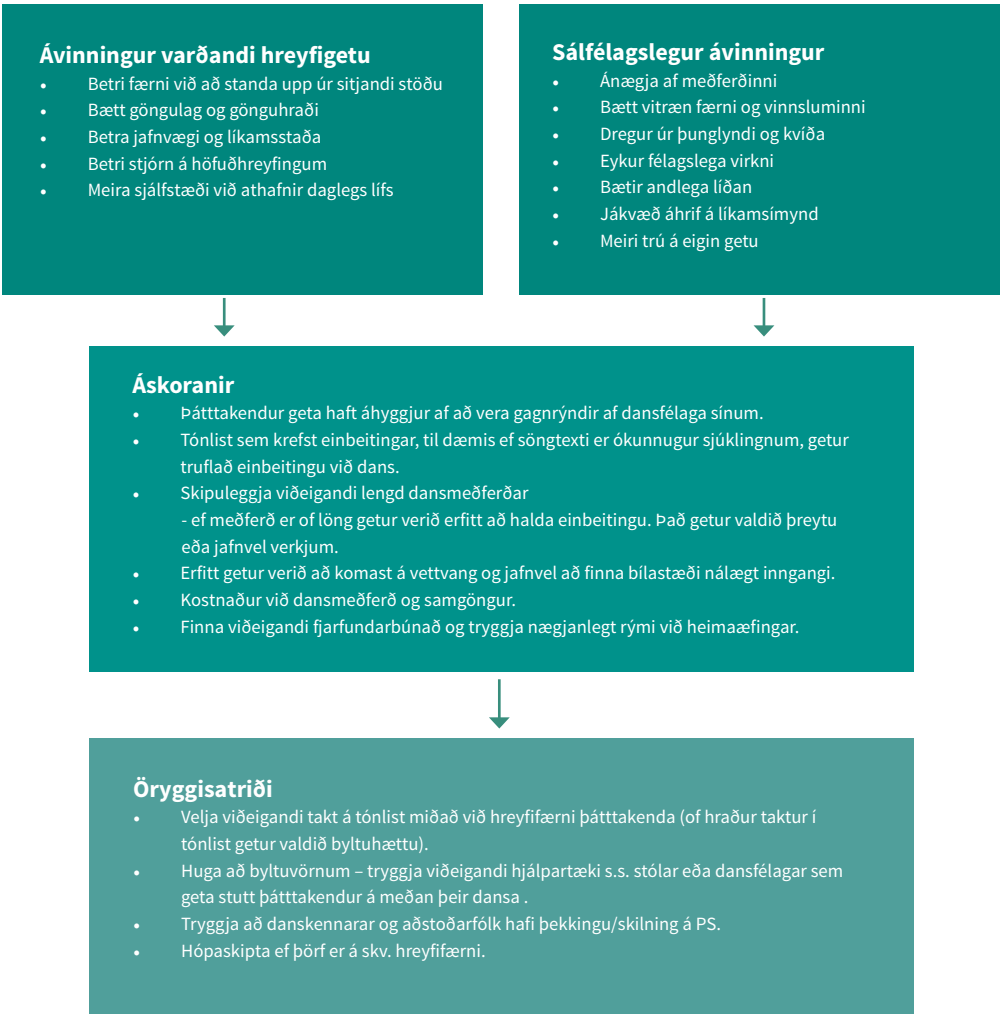
Ljóst er að dansmeðferð skilar góðum árangri við PS. Í dansmeðferðinni er unnið markvisst að því að efla hreyfifærni, meðal annars með því að fá þátttakendur til að teygja á vöðvum, taka skref og halda jafnvægi (Hashimoto o.fl., 2015; McNeely o.fl., 2015). Mörg dansform þykja vinsæl í þessum tilgangi. Þar má til dæmis nefna tangó, en sá dans er mjög taktfastur og felur í sér örvun á hreyfingum líkt og að snúa sér, taka skref aftur á bak og framkvæma hreyfingar á mismunandi hraða. En það eru einmitt þær hreyfingar sem reynast einstaklingum með PS sérstaklega erfiðar (McNeely o.fl., 2015). Auk ofanefnds ávinnings bætir tangó einnig jafnvægi, stöðugleika og þar af leiðandi göngulag (Pereira o.fl., 2019; Raje o.fl., 2019) (sjá má dæmi um tangó dansmeðferð á eftirfarandi krækju: <https://youtu.be/EajsKP-ARIE>).

Hjúkrunarfræðingar sem vinna með einstaklingum með PS þurfa að geta upplýst þá um ýmis meðferðarúrræði. Ljóst er að dansmeðferð hefur marga kosti en frekari vitneskju vantar hins vegar um mikilvæga þætti sem þarf að taka tillit til þegar dansmeðferð er skipulögð. Til dæmis hvaða upplýsingar þarf að veita sjúklingum og aðstandendum þeirra ásamt því að varpa ljósi á þætti sem hafa áhrif á þátttöku og öryggi.

Greining og framsetning niðurstaðna: Átján rannsóknargreinar stóðust inntökuvíðmiðin, sjá yfirlit yfir heimildaleit á mynd 1. Upplýsingar um hverja og eina rannsókn voru settar fram í töflum, sjá **fylgirit í vefútgáfu tímaritsins á hjukrun.is**. Síðan voru töflurnar notaðar til að taka saman helstu niður-stöður með orðum.



Mynd 1. PRISMA-flæðirit



Mynd 2. Myndræn framsetning yfir helstu niðurstöðurnar

NIÐURSTÖÐUR

Almennt um meginlegu rannsóknirnar

Þátttakendur voru búsettir í heimahúsi og boðin þátttaka ýmist í gegnum göngudeild, spítalaþjónustu, hjálparsamtök fyrir einstaklinga með PS, taugasérfræðing eða með því að auglýsa námskeiðin í blöðum og á víðavangi. Sjö rannsóknir voru með samanburðarhóp þar sem samtals 168 einstaklingar með PS tóku þátt í íhlutunarhópi (spönn 9-84, meðaltal 24) og 98 einstaklingar í samanburðarhópi (spönn 7-26, meðaltal 14). Tvær rannsóknir voru með fyrir og eftir snið og tóku til samtals 27 einstaklinga með PS (7+20).

Íhlutanir notuðust við mismunandi danstegundir, en vinsælast var að notast við tangó einan og sér (Natale o.fl., 2017; Poier o.fl., 2019; Rawson o.fl., 2019; Zafar o.fl., 2017) eða tangó í sambland við aðra dansa (Hulbert o.fl., 2017). Í sumum rannsóknum var notast við margar mismunandi danstegundir (Kalyani o.fl., 2019). Ein rannsókn notaðist við Qigong sem er kínverskt dansform (Lee o.fl., 2018), önnur vann með sardiníska þjóðardansinn, Ballu Sardu (Solla o.fl., 2019). Í einni rannsókn var dansformið ekki nánar skilgreint en lögð var áhersla á taktfastar danshreyfingar, bæði sitjandi og standandi með eða án stuðnings (Clifford o.fl., 2017).

Rannsóknir með samanburðarhóp

Heildartími dansmeðferðar sem veitt var í samanburðar-rannsóknunum voru 143 klukkustundir (spönn 10-36, meðaltal 21,4). Í rannsókn Solla og félaga (2019) var byrjað á upphitun og við tók síðan æfing með þjóðardansinum Ballu Sardu. Um var að ræða 90 mínútna danstíma tvisvar í viku. Í upphafi tímans var byrjað á einföldum takti sem varð flóknari eftir því sem leið á tímann. Samanburðarhópurinn hlaut hefðbundna meðferð. Eftir samtals 36 klukkustunda dansmeðferð sýndi íhlutunarhópurinn marktækt betri getu til að standa upp úr stól og jókst gönguhraði hjá 72,4% skjólstæðinga. Samræmi var á milli þessara niðurstaðna og rannsóknar Natale og félaga (2017) sem hafði leitt í ljós að marktæk stytting (20,45%) varð á þeim tíma sem það tók einstakling með PS að standa upp úr stól eftir dansmeðferð ásamt því að gönguhraði jókst marktækt (16,7%). Jákvæð áhrif voru enn þá til staðar átta vikum eftir að dansmeðferðinni lauk. Auk líkamlegs ávinninga varð vitræn færni marktækt betri hjá um helming þátttakenda (46,6%).

Tangónámskeið Rawson og félaga (2019) hafði líka marktækan jákvæðan árangur á gönguhraða. Í þeirri rannsókn fengu einstaklingar með PS danskennslu tvisvar í viku, í samtals 24 klukkustundir. Hópurinn var borinn saman við tvo viðmiðunarhópa þar sem einstaklingar með PS gerðu ýmist teygjuæfingar eða æfingar á göngubretti. Þótt tangóhópurinn hafi sýnt fram á mestu framfarirnar í gönguhraða, minnkaði sá ávinningur hvað mest við eftirfylgni. Rannsókn Hulbert og félaga (2017) þar sem dansaðir voru samkvæmisdansar sýndi fram á að þátttakendur höfðu marktækt betri stjórn á höfuðhreyfingum og líkama, einkum snúningi um lendar eftir að hafa sótt danstíma í samtals 20 klukkustundir tvisvar í viku, borið saman við hóp sem hlaut hefðbundna meðferð.

Ofan nefndar rannsóknir sýndu allar ávinning af dansmeðferð á hreyfigetu. Í þversögn við þessar niðurstöður varð ekki jákvæður árangur á hreyfigetu í kjölfar dansmeðferðar í rannsókn Poier og félaga (2017). Í þeirri rannsókn fengu þátttakendur samtals 10 klukkustunda dansmeðferð með argentínskum tangó, eina klukkustund í senn. Hópurinn var borinn saman við samanburðarhóp sem fékk Tai Chi-æfingar. Inngripið bar ekki árangur hvað hreyfigetu varðaði, en þess má geta að rannsóknin var stöðvuð áður en hámarksstyrk var náð vegna álags á þátttakendur, skorts á dansfélögum og ótta við byltur. Þrátt fyrir að þátttakendur hafi verið fáir kom í ljós marktækt betri andleg líðan hjá tangó hópnum samanborið við Tai Chi-hópinn.

Niðurstöður Kalyani og félaga (2019) sýndu marktæka bætingu á vitrænni getu, vinnsluminni, lífsgæðum og minni kvíða og þunglyndi. Auk þess kom fram aukin færni við athafnir daglegs lífs og betri almenn líðan. Dansform voru margs konar, til að mynda ballett, nútímadans, flamenco og steppdans. Samanburðarhópur hlaut einungis hefðbundna meðferð. Meðferðin fór þannig fram að einstaklingar með PS gátu mætt sjálfir með dansfélaga eða dansað við sjálfbóðaliða sem voru á staðnum. Þeir sem voru með lélegt jafnvægi fengu í öllum tilvikum dansfélaga sem var sérþjálfaður í jafnvægisvandamálum, auk þess voru danskennarar með sérþekkingu á PS. Hver danstími var ein klukkustund í senn, tvisvar í viku, samtals 24 klukkustundir.

Hjá Lee og félögum (2018) snerust danstímar um að efla flæði eða svokallaði „qi“ í líkamanum en það fylgir fornri kínverskri speki og felur í sér mjúkar danshreyfingar samhliða djúpri öndun og slökun. Tímarnir voru tvisvar í viku, klukkustund í senn, samtals 16 klukkustundir. Samanburðarhópur sem tók þátt fékk hefðbundna meðferð. Dansspor voru aðlöguð að PS og sýndi meðferðarhópurinn marktækt minni hreyfitruflanir, bættu getu við athafnir daglegs lífs, betri félagslega virkni og aukin lífsgæði eftir íhlutanirnar.

Fyrir og eftir rannsóknir

Tvær rannsóknir notuðust við fyrir og eftir rannsóknarsnið. Önnur rannsóknanna sem féll undir þennan flokk fól í sér taktfastar hreyfingar samhliða tónlist, annaðhvort sitjandi eða standandi miðað við getu þátttakenda (Clifford o.fl., 2017). Tímarnir voru 1,5 klukkustund í senn, samtals 9 klukkustundir. Eftir dansmeðferðina gekk þátttakendunum marktækt betur að ná eigin markmiðum, auk þess að þeir lýstu jákvæðri upplifun af meðferðinni.

Zafar og félagar (2017) voru með danstíma, 1,5 klukkustund í senn og átta þátttakendur að klára 30 klukkustunda dans samanlagt. Þeir byrjuðu á 20 mínútna upphitun og eftir það voru dansfélagar paraðir saman og gerðar voru taktfastar æfingar. Næst var þeim kennd ný skref og þau samtvinnuð við gömul skref. Hverjum þátttakanda var gert bæði að leiða dansinn og að fylgja honum. Marktækur ávinningur var á sjálfstæði í daglegu lífi og upplifðum félagslegum stuðningi eftir meðferðina. Áhrifin höfðu aukist enn fremur við þriggja mánaða eftirfylgd.

Eigindlegar rannsóknir – Áhrif á líkamlega og sálfélagslega líðan

Í öllum þremur eigindlegu rannsóknunum voru skoðuð viðhorf einstaklinga til veittrar dansmeðferðar og sálfélagslegrar líðanar eftir dansmeðferð. Notast var við hálfstöðluð viðtöl sem greind voru með efnisgreiningu (Beerenbrock o.fl., 2020), hálfstöðluð viðtöl og þemagreiningu með notkun Nvivo (Kunkel o.fl., 2018) og grundaða kenningu (Rocha o.fl., 2017).

Í rannsókn Beerenbrock og féлага (2020) tóku einstaklingar með PS þátt í vikulegum 1,5 klukkustunda danstíma með argentínskan tangó, alls 15 klukkustundir. Inngripð fól í sér upphitun og gerðar voru æfingar með því markmiði að efla samhæfingu hreyfinga og örva vitræna getu. Áhersla var lögð á að draga athygli frá eigin sjúkdómsástandi. Áhrif dansmeðferðar var skipt í: (1) Líkamsvitund, (2) Upplifun á hreyfigetu, (3) Tilfinningaleg líðan, (4) Tilfinningar í garð eigin líkama, (5) Tilfinningar varðandi sjúkdómsástand og (6) Öryggi við göngulag. Einstaklingar með PS upplifðu minni líkamlega þreytu, kvíða, skömm og vonbrigði gagnvart sjálfum sér eftir meðferðina. Jafnframt jókst gleði, stolt, forvitni og áhugi á þátttöku. Áhrif þess að dansa hafði jákvæð áhrif á líkamsvitund, stjórn á eigin líkama og sálfélagslega líðan. Jafnframt tóku dansfélagar eftir jákvæðum breytingum á líkamlegri líðan hjá dansfélögum sínum með PS.

Í rannsókn frá Kunkel og félögum (2018) var boðið upp á blandaðan dans í klukkustundar danstíma í senn, tvisvar í viku, í alls 20 klukkustundir. Síðan var rætt við þátttakendur um viðhorf þeirra. Niðurstöðum var skipt í fjóra flokka: (1) Viðhorf til þess að dansa við maka eða sjálfbóðaliða, (2) Áskoranir/erfiðleikar sem tengjast dansmeðferð, (3) Upplifun á því að vera dansfélagi og (4) Viðhorf til þess að halda dansmeðferð áfram. Einstaklingar með PS upplifðu aukna ánægju ef þeir þekktu dansfélaga sinn eða ef þeim líkaði við hann. Karl mönnum sem tóku þátt þótti sérstaklega erfitt að geta ekki leitt dansinn. Dansfélagar sem tóku þátt nutu félagslegu samskiptanna og þótti ánægjulegast að geta dansað við maka eða aðstandendur. Ef dansað var við sjálfbóðaliða var mikilvægt að sá aðili hefði reynslu í dansi, sýndi einlægan áhuga á dansinum og væri félagslega fær. Mikilvægt var einnig að fá aðstoð við að komast á vettvang og hafa gott bílastæðaaðgengi. Sú rannsókn er sú eina þar sem tekið var fram hver upplifun þátttakenda var af danskennurum. Mikilvægt var að danskennarinn þekkti einkenni PS.

Í síðustu eigindlegu rannsókninni söfnuðu Rocha og félagar (2017) upplýsingum í gegnum spjallþráð um dans á netinu hjá einstaklingum með PS sem höfðu tekið þátt í dansmeðferð í óskilgreindan tíma. Niðurstöðunum var skipt í fjóra flokka sem ná yfir atriði sem þarf að taka tillit til þegar verið er að skipuleggja skilvirka dansmeðferð: (1) Tillit til sjúkdómsstigs, (2) Fjölbreytt áhrif dansmeðferðar, (3) Vandað val á tónlist og (4) Valdar fýsilegar leiðir til danshreyfinga. Niðurstöður vörpuðu ljósi á mikilvægi þess að huga vel að sjúkdómsstigi og hreyfigetu þátttakenda þegar dansmeðferð er útfærð. Mikilvægt er einnig að vanda val á tónlist, til að mynda hvað varðar hraða, svo meðferðin verði fýsileg og hvetjandi. Einstaklingum með væg til miðlungs alvarleg sjúkdómseinkenni fannst óhentugt að vera í danstíma með einstaklingum sem voru með langt genginn PS. Meðferðin

hafði viðtæk jákvæð áhrif á sálfélagslega líðan. Sterkur taktur í tónlistinni hjálpaði þegar einstaklingar upplifðu tilhneigingu til þess að „frjósa“ og þótti þeim kunnugleg tónlist vera hvetjandi. Tónlist með texta gat truflað vegna þess að athygli fór frá framkvæmd hreyfinga. Einnig kom fram mikilvægi þess að danskennari væri með sérþekkingu á PS og að góður dansfélagi væri mikilvægur til að halda jafnvægi og auka öryggistilfinningu.

Fýsileikarannsóknir – Hjálplegir þættir og áskoranir

Í fýsileikarannsóknunum sex voru teknar út upplýsingar varðandi hvetjandi og hindrandi þætti sem tengdust dansmeðferð.

Hjálplegir þættir

Ein rannsókn tók fram að við útfærslu dansmeðferðar þurfti að tryggja að þátttakendur myndu dansa bæði sem leiðendur og sem fylgjendur og að slík skipting skilaði ávinningi (Seidler o.fl., 2017). Rannsóknir Michels og féлага (2018) og Rocha og féлага (2018) lýstu því að jafnvel stutt dansmeðferð var álitin ánægjuleg og örugg. Allir þátttakendur sögðust mæla með meðferðinni fyrir aðra einstaklinga með PS og aðstandendur þeirra og að ánægja sem þátttakendur upplifðu við að dansa var hjálplegur þáttur fyrir meðferðarhældni almennt.

Af þremur rannsóknum sem könnuðu fýsileika heimaæfinga samhliða hópæfingum voru myndbandsupptökur notaðar til stuðnings við heimaæfingar. Ein rannsóknin lýsti góðri meðferðarhældni við heimaæfingar, auk þess að þátttakendur greindu frá því að sambland af hóp- og heimaæfingum hafi komið sér vel (Rocha o.fl., 2018). Meðferðarhældni jókst ef skilaboð af einhverju tagi voru send til að minna á æfingarnar (Shanahan o.fl., 2017). Gagnlegt var að hafa dansæfingar heima en þær virðast ekki geta komið fyllilega í staðinn fyrir dansmeðferð á vettvangi. Sérstakur kostur við heimadansæfingar var minni kostnaður við útfærslu (Albani o.fl., 2019). Ein rannsóknanna fjallaði sérstaklega um útfærslu dansmeðferðar með fjarfundarbúnaði, en þar tóku skjólstæðingar þátt í hópmeðferð í gegnum Internetið sem leidd var af danskennara (Seidler o.fl., 2017). Rannsóknin gaf til kynna að notkun fjarfundarbúnaðar væri fýsileg og með slíkum búnaði væri jafnvel hægt að bæta félagslega virkni ef það væri skipulagt á réttan hátt.

Allar rannsóknirnar unnu með tónlist samfara dansmeðferð og ávallt var notast við taktfasta tónlist af einhverju tagi. Þátttakendum fannst hjálplegt að dansinn væri taktfastur, orkumikill og félagslegur. Aðeins þrjár þeirra tóku hins vegar fram að tónlist sem spiluð er í dansmeðferð geti ein og sér haft jákvæð áhrif á einkenni PS, auk þess að hjálplegt sé að velja viðeigandi tónlist fyrir þátttakendur (Albani o.fl., 2019; Rocha o.fl., 2018; Shanahan o.fl., 2017). Í rannsókn Shanahan og féлага (2017) og rannsókn Solla og féлага (2019) lýstu þátttakendur að það hefði verið hjálplegt að fylgjast með danssporun annarra til að læra og þora að stíga skrefin sjálfir. Eina rannsóknin sem tók saman kostnað við framkvæmd dansmeðferðarinnar var hjá Rocha og félögum (2018) en þar var bent á að meðferð sem fól í sér vikulegan tíma, auk 40 mínútna vikulegra heimaæfinga yfir átta vikur kostaði samtals það sem nemur um 30.000 ISK á hvern þátttakenda.

Áskoranir

Skert hreyfifærni, verkir og lyfjameðferð gátu hindrað framkvæmd dansmeðferðar (Kunkel o.fl., 2017). Tvær rannsóknanna greindu frá fjarlægð þátttakenda frá vettvangi eða vandamál við að koma sér á vettvang (Kunkel o.fl., 2017; Michels o.fl., 2018), en önnur þeirra nefndi einnig erfiðleika við að finna dansfélaga fyrir hvern og einn þátttakanda (Kunkel o.fl., 2017). Rocha og félagar (2017) bentu á að ein dansæfing í viku væri heldur lítið til að læra flókin dansspor. Við framkvæmd einnar rannsóknarinnar var ekki boðið upp á sjálfboðaliða og þurftu þátttakendur þess vegna sjálfir að útvega sér dansfélaga en það hindraði þátttöku (Shanahan o.fl., 2017).

Af þeim tveimur rannsóknum sem könnuðu dansæfingar sem voru framkvæmdar heima greindi önnur þeirra frá því að brottfall við heimaæfingar hafi verið hátt og að meðferðarhaldni við þær ekki nægjanlega góð (Shanahan o.fl., 2017). Hin rannsóknin sýndi að dansþjálfun í heimahúsi skorti þætti líkt og félagslega virkni, snertingu og hreyfisvörðun frá dansfélaga (Albani o.fl., 2019). Þar að auki minnst rannsóknin á áskoranir líkt og að finna dansfélaga til að dansa við og að hafa nægilegt rými heima. Rannsókn Seidler og félaga (2017) kom einnig inn á mikilvægi þess að leysa úr áskorunum dansmeðferðar með fjarfundarbúnaði inni á heimili einstaklinga með PS. Til að mynda að tryggja aðgengi að veraldarvefnum, viðeigandi tæknibúnaði og nægilegu rými á heimilinu til að geta dansað. Undirstrikuð var nauðsyn þess að huga vel að því að hafa öryggisaðila/aðstoðarmann/aðstandendur á staðnum þegar danstímar fóru fram í heimahúsi með notkun fjarfundarbúnaðar.

UMRÆÐA

Vitað er að einstaklingar með PS leita sér oft úrlausna með viðbótarmeðferðum og getur dansmeðferð verið fýsilegur, gagnlegur og skemmtilegur kostur sem hefur fjölþættan ávinning fyrir þennan hóp (Rabin o.fl., 2015). Dansmeðferð er árangursrík leið til að örva bæði hreyfingu og félagsleg samskipti með því að hreyfa sig með öðru fólki og upplifa snertingu og nánd (Westheimer o.fl., 2015; Hidalgo-Agudo o.fl., 2020). Þegar þátttakendur hitta aðra einstaklinga sem glíma við svipaða erfiðleika, upplifa þeir sig sem hluta af einni heild sem er mikilvægt og dregur úr einkennum eins og kvíða og þunglyndi (Hashimoto o.fl., 2015; Shanahan o.fl., 2015). Dansinn eflir einnig minni og eigin líkamsvitund þegar þátttakendur þurfa að muna, skipuleggja og framkvæma hreyfingar (Hashimoto o.fl., 2015). Ef meðferðin er skipulögð rétt er hún örugg en það eru margir þættir sem mikilvægt er að gefa gaum við útfærslu hennar.

Dansmeðferð er vannýtt miðað við þann ávinning sem hún skilar. Rannsókn Raje og félaga (2019) varpaði ljósi á að af þeim einstaklingum með PS sem stunduðu reglulega hreyfingu hefðu eingöngu 19% prófað dansmeðferð. Líkamsæfingar sem mest voru notaðar af þátttakendum voru göngur og um helmingur þeirra gerði teygjur. Íhuga má hvort einstaklingar með PS, aðstandendur og heilbrigðisstarfsmenn séu nægjanlega upplýstir um gagnsemi dansmeðferðar og hvort dansmeðferð sé í boði (Lee o.fl., 2019).

Dansmeðferð getur verið gagnleg bæði í litlu eða miklu magni. Séu strangar kröfur gerðar um mætingu geta líkur á brottfalli aukist. Með því að gefa einstaklingi færi á að stjórna meðferðinni að hluta til, fæst hvatning til þátttöku og aukinnar meðferðarhaldni. Sú tilhugsun að skuldbinda sig til að mæta reglulega, til dæmis tvisvar í viku er eitthvað sem einstaklingum með PS vex oft í augum, hugsanlega vegna sveiflukenndra einkenna sjúkdómsins. Ljóst er að mörg ólík dansform eru til líkt og tangó, þjóð- og samkvæmisdansar og hægt er að skipuleggja kennsluna þannig að fólk dansi í litlum hópum, í þörum eða jafnvel einir. Það er einstaklingsbundið hvað hentar hverjum og einum best. Almenn þykir tangó eitt árangursríkasta dansformið til að bæta göngulag og jafnvægi (Ghaffari og Kluger, 2014).

Dansmeðferð hefur fengið litla og ómarkvissa athygli á Íslandi. Nýlega hafa Parkinsonsamtökin haft frumkvæði að danstímum þar sem meðlimir samtakanna gátu dansað reglulega saman, en þörf var á að slíta þeim tímum vegna COVID-19 faraldursins (Parkinsonsamtökin, 2021). Áhugavert er að líta til útfærslu dansmeðferða í heimahúsum til dæmis með aðstoð myndbandsupptaka eða fjarfundarbúnaðar. Tæknin er sífellt að verða öflugri og því væri gaman að skoða möguleikana á því að nýta hana til að bjóða upp á reglulegar heimaæfingar fyrir einstaklinga með PS og aðstandendur þeirra. Þrátt fyrir ávinning af heimaæfingum geta þær ekki komið fyllilega í staðinn fyrir dansmeðferð sem er veitt á vettvangi. Sérstakar áskoranir við danskennslu í gegnum fjarfundarbúnað eru til dæmis að tryggja að þátttakendur hafi aðgang að nettengingu og að þeir séu með nægilegt rými heima fyrir til að dansa.

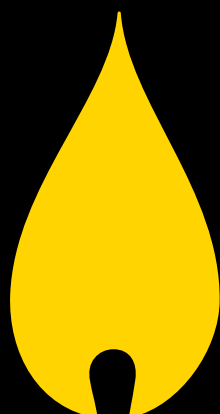
Rannsókn Shanahan og félaga (2015) tók fram að þrátt fyrir að dansmeðferð sé oft fýsileg eru fáar rannsóknir sem hafa fjallað um öryggi þátttakenda. Líkt og við áttum von á sýndu niðurstöður okkar mismunandi leiðir sem nota má til að efla öryggi og stuðla að aukinni meðferðarhaldni. Hjúkrunarfræðingar geta til að mynda veitt ráðleggingar þegar kemur að því að útfæra dansmeðferð, sérstaklega varðandi byltuvarnir, sjúkdómsímynd, þátttöku aðstandenda og jafnvel með því að finna úrræði til að komast í meðferð. Hægt er að þróa fræðslufni og ný úrræði með því að hafa mynd 2 til hliðsjónar.

LOKAORÐ

Þessi fræðilega samantekt varpar ljósi á fjölbreytilega þætti sem hafa áhrif á ávinning dansmeðferðar fyrir einstaklinga með PS. Þó að dansmeðferð sé ekki kerfisbundið til staðar á Íslandi í dag, geta hjúkrunarfræðingar hvatt samfélagið til að bjóða upp á dansmeðferð og ráðlagt sjúklingum og aðstandendum þeirra að nýta sér úrræði sem eru á netinu og fjallað samhliða um örugga meðferð. Það er um að gera að hvetja einstaklinga með PS til að finna öruggar leiðir til að skella sér á dansgólfið og „dansa til betra heilbrigðis“!

HEIMILDIR

- Aguiar, L. P. C., Rocha, P. A. og Morris, M. (2016). Therapeutic Dancing for Parkinson's Disease. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 64-70. doi:10.1016/j.jige.2016.02.002
- Albani, G., Veneziano, G., Lunardon, C., Vinci, C., Daniele, A., Cossa, F. og Mauro, A. (2019). Feasibility of home exercises to enhance the benefits of tango dancing in people with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 233-239. doi:10.1016/j.ctim.2018.10.028
- Bek, J., Arakaki, A. I., Lawrence, A., Sullivan, M., Ganapathy, G. og Poliakoff, E. (2020). Dance and Parkinson's: A review and exploration of the role of cognitive representations of action. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 109,16-28. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.12.023
- Beerenbrock, Y., Meyer, L., Böhme, J., Herrlich, S., Mews, S., Berger, B., Martin, D. og Büssing, A. (2020). Perceived effects of Tango Argentino on body experience in persons with Parkinson's disease (PD) - A qualitative study with affected persons and their partners. *Complementary Therapies in Medicine*, 48, 102221. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.
- Clifford, M., Robey, S. og Dixon, J. (2017). Dancing with Parkinson's: a London hospice's experience of running a dance programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(10), 498-500. doi:10.12968/ijpn.2017.23.10.498
- Ghaffari, B. D. og Kluger, B. (2014). Mechanisms for alternative treatments in Parkinson's disease: Acupuncture, tai chi, and other treatments. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 14(6), 3-11. doi:10.1007/s11910-014-0451-y
- Hashimoto, H., Takabatake, S., Miyaguchi, H., Nakanishi, H. og Naitou, Y. (2015). Effects of dance on motor functions, cognitive functions, and mental symptoms of Parkinson's disease: a quasi-randomized pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(2), 210-219. doi:10.1016/j.ctim.2015.01.010
- Hidalgo-Agudo, R. D., Lucena-Anton, D., Luque-Moreno, C., Heredia-Rizo, A. M. og Moral-Munoz, J. A. (2020). Additional physical interventions to conventional physical therapy in Parkinson's Disease: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4). doi:10.3390/jcm9041038
- Hulbert, S., Ashburn, A., Roberts, L. og Verheyden, G. (2017). Dance for Parkinson's-The effects on whole body co-ordination during turning around. *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 91-97. doi:10.1016/j.ctim.2017.03.012
- Kalyani, H. H. N., Sullivan, K. A., Moyle, G., Brauer, S., Jeffrey, E. R., og Kerr, G. K. (2019). Impacts of dance on cognition, psychological symptoms and quality of life in Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*, 45(2), 273-283. doi:10.3233/nre-192788
- Kunkel, D., Fitton, C., Roberts, L., Pickering, R. M., Roberts, H. C., Wiles, R., . . . Ashburn, A. (2017). A randomized controlled feasibility trial exploring partnered ballroom dancing for people with Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 31(10), 1340-1350. doi:10.1177/0269215517694930
- Kunkel, D., Robison, J., Fitton, C., Hulbert, S., Roberts, L., Wiles, R., . . . Ashburn, A. (2018). It takes two: the influence of dance partners on the perceived enjoyment and benefits during participation in partnered ballroom dance classes for people with Parkinson's. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1933-1942. doi:10.1080/09638288.2017.1323029
- Lee, A. og Gilbert, R. M. (2016). Epidemiology of Parkinson Disease. *Neurologic Clinics*, 34(4), 955-965. doi:10.1016/j.ncl.2016.06.012
- Lee, H. J., Kim, S. Y., Chae, Y., Kim, M. Y., Yin, C., Jung, W. S., . . . Lee, H. (2018). Turo (Qi Dance) program for Parkinson's disease patients: Randomized, assessor Blind, waiting-list control, partial crossover study. *Explore (NY)*, 14(3), 216-223. doi:10.1016/j.explore.2017.11.002
- Lee, J., Choi, M., Jung, D., Sohn, Y. H. og Hong, J. (2015). A structural model of health-related quality of life in Parkinson's disease patients. *Western Journal of Nursing Research*, 37(8), 1062-1080. doi:10.1177/0193945914528588
- McNeely, M. E., Duncan, R. P. og Earhart, G. M. (2015). A comparison of dance interventions in people with Parkinson disease and older adults. *Maturitas*, 81(1), 10-16. doi:10.1016/j.maturitas.2015.02.007
- Michels, K., Dubaz, O., Hornthal, E. og Bega, D. (2018). "Dance Therapy" as a psychotherapeutic movement intervention in Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Medicine*, 40, 248-252. doi:10.1016/j.ctim.2018.07.005
- Natale, E. R., Paulus, K. S., Aiello, E., Sanna, B., Manca, A., Sotgiu, G., . . . Deriu, F. (2017). Dance therapy improves motor and cognitive functions in patients with Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*, 40(1), 141-144. doi:10.3233/nre-161399
- Parkinsonsamtökin. (2021). Munnleg heimild, tölvupóstur, Erna Guðmundsdóttur, verkefnastjóri Parkinsonsamtakanna á Íslandi, 7. apríl 2021
- Pereira, A. P. S., Marinho, V., Gupta, D., Magalhães, F., Ayres, C. og Teixeira, S. (2019). Music therapy and dance as gait rehabilitation in patients with Parkinson disease: A review of evidence. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 32(1), 49-56. doi:10.1177/0891988718819858
- Poier, D., Rodrigues Recchia, D., Ostermann, T. og Büssing, A. (2019). A randomized controlled trial to investigate the Impact of Tango Argentino versus Tai Chi on quality of life in patients with Parkinson disease: A short report. *Complementary Medicine Research*, 26(6), 398-403. doi:10.1159/000500070
- Rabin, M. L., Stevens-Haas, C., Havrilla, E., Rosenstein, A., Toffey, B., Devi, T., . . . Kurlan, R. (2015). Complementary therapies for Parkinson's disease: What's promoted, rationale, potential risks and benefits. *Movement Disorders Clinical Practice*, 2(3), 205-212. doi:10.1002/mdc3.12170
- Raje, P., Ning, S., Branson, C., Saint-Hilaire, M., de Leon, M. P. og DePold Hohler, A. (2019). Self-reported exercise trends in Parkinson's disease patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 37-41. doi:10.1016/j.ctim.2018.09.016
- Rawson, K. S., McNeely, M. E., Duncan, R. P., Pickett, K. A., Perlmutter, J. S. og Earhart, G. M. (2019). Exercise and Parkinson disease: Comparing Tango, treadmill, and stretching. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 43(1), 26-32. doi:10.1097/npt.0000000000000245
- Rocha, P., Aguiar, L., McClelland, J. A. og Morris, M. E. (2018). Dance therapy for Parkinson's disease: A randomised feasibility trial. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 25(2), 64-72. doi:10.12968/ijtr.2018.25.2.64
- Rocha, P. A., Slade, S. C., McClelland, J. og Morris, M. E. (2017). Dance is more than therapy: Qualitative analysis on therapeutic dancing classes for Parkinson's. *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 1-9. doi:10.1016/j.ctim.2017.07.006
- Seidler, K. J., Duncan, R. P., McNeely, M. E., Hackney, M. E. og Earhart, G. M. (2017). Feasibility and preliminary efficacy of a telerehabilitation approach to group adapted tango instruction for people with Parkinson disease. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(8), 740-746. doi:10.1177/1357633x16668092
- Shanahan, J., Morris, M. E., Bhriain, O. N., Saunders, J. og Clifford, A. M. (2015). Dance for people with Parkinson disease: what is the evidence telling us? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 141-153. doi:10.1016/j.apmr.2014.08.017
- Shanahan, J., Morris, M. E., Bhriain, O. N., Volpe, D., Lynch, T. og Clifford, A. M. (2017). Dancing for Parkinson disease: A randomized trial of Irish set dancing compared with usual care. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(9), 1744-1751. doi:10.1016/j.apmr.2017.02.017
- Solla, P., Cugusi, L., Bertoli, M., Cereatti, A., Della Croce, U., Pani, D., . . . Mercurio, G. (2019). Sardinian folk dance for individuals with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(3), 305-316. doi:10.1089/acm.2018.0413
- Tysnes, O. B. og Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, 124(8), 901-905. doi:10.1007/s00702-017-1686-y
- Westheimer, O., McRae, C., Henchcliffe, C., Fesharaki, A., Glazman, S., Ene, H. og Bodis-Wollner, I. (2015). Dance for PD: A preliminary investigation of effects on motor function and quality of life among persons with Parkinson's disease (PD). *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, 122(9), 1263-1270. doi:10.1007/s00702-015-1380
- Zafar, M., Bozzorg, A. og Hackney, M. E. (2017). Adapted Tango improves aspects of participation in older adults versus individuals with Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 39(22), 2294-2301. doi:10.1080/09638288.2016.1226405
- Zhang, Q., Hu, J., Wei, L., Jia, Y. og Jin, Y. (2019). Effects of dance therapy on cognitive and mood symptoms in people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 12-17. doi:10.1016/j.ctcp.2019.04.005



FUNGYN | VIÐ SVEPPASÝKINGU Í LEGGÖNGUM

- 1 HYLKI TIL INNTÖKU
- EIN MEÐFERÐ
- SKJÓT VIRKNI
- INNIHELDUR FLUCONAZOLUM

Fungyn 150 mg hart hylki. Ábendingar: Fungyn er notað við sveppasýkingu í leggöngum af völdum gersveppsins Candida hjá konum, sem áður hafa verið greindar með sveppasýkingu. Einkennin eru meðal annars kláði og sviði í leggöngum og á ytri kynfærum. Dagsetning endurskoðunar textans:

10. febrúar 2017. 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. FUN.L.A.2020.0008.01

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is



Höfundar

ALMA RÚN VIGNISDÓTTIR

DÍANA ÓSK HALLDÓRSDÓTTIR

HELGA MARGRÉT

JÓHANNESDÓTTIR

KRISTÍN PERLA

SIGURBJÖRNSDÓTTIR

REBEKKA HÉÐINSDÓTTIR

VALDÍS ÖSP JÓNSDÓTTIR

Nemendur við Háskólann á Akureyri

DR. SIGRÍÐUR HALLDÓRSDÓTTIR

Kennari

Þjónandi forysta Árangursrík stjórnun í heilbrigðisþjónustu

„It begins with the natural feeling that one wants to serve, to serve first. Then conscious choice brings one to aspire to lead“ (Greenleaf, 2008, bls. 15).

INNGANGUR

Í gegnum aldirnar hafa ýmsir stjórnunarhættir tíðkast. Áður fyrr voru einræðislegir stjórnunarhættir ríkjandi en með árunum hafa þjónandi stjórnunarhættir orðið meira áberandi. Einræðisleiðtogi beitir fyrst og fremst þvingunarvaldi og því valdi sem staða hans innan fyrirtækis veitir honum til þess að stjórna starfsfólki sínu. Þessi stjórnunarstíll er þó á hröðu undanhaldi þar sem þessi nálgun hentar ekki vinnumarkaði og starfsmenningu 21. aldarinnar. Vinnumarkaður nútímans er flókin og breytingar of hraðar til þess að vald og ákvörðunartaka geti verið í höndum eins aðila. Í dag er aukin krafa um að stjórnendur búi yfir færni til að stuðla að samvinnu einstaklinga með mismunandi bakgrunn og getu. Jafnframt kallar nútímavinnuafli eftir meiri virðingu og betri framkomu af hálfu yfirmanna en tíðkast hefur áður. Því er aukin þörf á að stjórnendur í dag búi yfir leiðtogahæfileikum en nokkur munur er á því að vera stjórnandi eða vera leiðtogi (Manktelow o.fl., 2016).

Stjórnandi er einstaklingur sem hefur formlegt vald til að skipuleggja störf innan ákveðinnar skipulagsheildar og ber ábyrgð á gæðum þeirrar vinnu sem fram fer. Stjórnandi getur fylgt eftir verklagi og haft eftirlit með öðrum samkvæmt starfslýsingu án þess að þurfa að höfða til áhugahvatar starfsfólks. Leiðtogi er sá sem fær fólk í lið með sér og hefur góð áhrif á það, hvort sem hann gegnir stjórnunarstöðu eður ei. Hann hefur áhrif á viðhorf fólks til verkefna og er leiðbeinandi (Booher o.fl., 2021). Leiðtogi býr yfir persónuháttum og hugsjón sem vekur áhuga annarra til að fylgja honum. Hann býr yfir góðri tilfinningastjórn, getur stýrt viðhorfum sínum og viðbrögðum án þess að missa sýn á hugsjón sinni þegar aðstæður reynast krefjandi. Jafnframt býr hann yfir góðri samskiptafærni, þolinmæði og hlýleika. Því getur hver sem er ráðið sig í stöðu stjórnanda en einungis hluti þeirra sem stjórna eru í raun leiðtogar. (Barr og Dowding, 2019).

Heilbrigðiskerfið er formleg skipulagsheild (Kristín Þórarinsdóttir, 2020). Skipulagsheild er skilgreind sem félagsleg heild sem er skipulögð og drifin áfram af sameiginlegum markmiðum (Daft, 2001). Stærð skipulagsheilda hefur mikil áhrif á starfsemi og fyrirkomulag þeirra. Stærri skipulagsheildir eru sérhæfðari, formlegri og hafa frekar starfslýsingar sem starfsfólki ber að fara eftir (Ingi Rúnar Eðvarðsson og Guðmundur Kristján Óskarsson, 2008). Stjórnendur stórra skipulagsheilda, hafa í mörg horn að líta þegar kemur að rekstri og skipulagi og geta haft umtalsverð áhrif á líðan starfsfólks (Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020; Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Sá stjórnunarstíll sem notaður er skiptir máli og hafa rannsóknir sýnt fram á ágæti þjónandi forystu (e. servant leadership). Slíkur stjórnunarstíll eykur líkur á góðum samskiptum og eflir traust og virðingu á milli yfirmanns og starfsfólks. Hann leiðir af sér aukin afköst í vinnu, aukna starfsánægju og hollustu til skipulagsheildarinnar. Jafnframt hafa rannsóknir sýnt fram á minni starfsmannaveltu þar sem þjónandi forysta er höfð að leiðarljósi og almennt meiri ánægju með stjórnendur á meðal undirmanna (Gunnarsdóttir, 2014; Hanse o.fl., 2016; James o.fl., 2021).

Hér á eftir verður fjallað um hugmyndafræði þjónandi forystu og leitað svara við spurningunni: Hvað er þjónandi forysta og hentar hún í heilbrigðiskerfinu?

Helstu hugtökum verða gerð skil auk þess sem fjallað verður um mælitæki sem notað er við gerð rannsókna á þessu sviði. Fjallað verður um þjónandi forystu sem stjórnunarstíl innan heilbrigðiskerfisins og áhrif þjónandi forystu á hjúkrunarfræðinga, bæði sem stjórnendur og undirmenn. Helsta gagnrýni á þjónandi forystu sem stjórnunarstíl verða einnig tekin til skoðunar.

Þjónandi forysta

Þjónandi forysta er leiðtogastíll sem nýtur vaxandi vinsælda og ber það með sér að stjórnandinn er bæði þjónn og leiðtogi á sama tíma. Fyrir suma vekur orðið þjónn tafarlaust upp neikvæð hugsanatengsl vegna gildishlaðinnar merkingar hefðbundinnar notkunar þess. Það getur því tekið tíma að átta sig á notkun orðsins í öðru og jákvæðara samhengi. Á tímum iðnbýltingarinnar var litið á starfsfólk sem dauða hluti og stofnanir sáu starfsfólk að mestu sem tannhjól í vélum. Á undanförunum áratugum hafa orðið breytingar á þessu gamla viðhorfi sem var lengi við lýði. Í dag er mun meiri viðurkenning á því að þörf sé fyrir samheldna nálgun sem byggist á liðsheild þegar kemur að stjórnun og forystu (Spears, 1998).

Hugmyndafræði þjónandi forystu

Hugmyndafræðin um þjónandi forystu kom fyrst fram í skrifum Robert K. Greenleaf í kringum 1970 þegar hann gaf út greinina „The servant as a leader“ (Greenleaf, 2008). Síðan hefur hann skrifað fjölmargar greinar og gefið út bækur um þjónandi forystu. Einnig stofnaði hann félagið „Greenleaf Center for Servant Leadership“ sem enn er starfrækt í dag (Greenleaf Center for Servant Leadership, 2021). Samkvæmt

Greenleaf (2008) hefur hinn þjónandi leiðtogi eðlislæga tilfinningu um að vilja þjóna sem síðar leiðir til meðvitaðrar ákvörðunar til forystu hjá viðkomandi. Þjónandi leiðtogi hvetur starfsfólk til hollustu og til þess að fara enn þá lengra í starfi sínu (e. to go above and beyond) til að fá ávinning fyrir skipulagsheildina (van Dierendonck, 2011). Þessu nær þjónandi stjórnandi ekki með þvingunarvaldi heldur með því að stuðla að góðu sambandi milli sín og starfsmanna sinna (Newman o.fl., 2017). Samskipti á milli starfsmanns og yfirmanns einkennast af þátttöku beggja aðila í félagslegum samskiptum, gagnkvæmu trausti, virðingu og skyldurækni (van Dierendonck, 2011).

Segja má að það sé þrennt sem sé einkennandi fyrir hinn þjónandi stjórnanda. Í fyrsta lagi hefur hinn þjónandi stjórnandi einlægán áhuga á velferð annarra. Stjórnandinn sýnir áhuga með virkri hlustun og skapar traust, sem er mikilvægt skref til þess að mæta þörfum annarra. Hann ber virðingu fyrir hugmyndum og skoðunum annarra, en það þarf ekki endilega að fela í sér samþykki. Virðing leiðtogans endurspeglar viðurkenningu á sjálfstæði, frelsi og

sköpunargáfu starfsmannsins. Í öðru lagi leitast hinn þjónandi stjórnandi við að efla færni og sjálfsþekkingu sína í gefandi og markvissum samskiptum. Vitund um eigin orð og athafnir ásamt mögulegum áhrifum þeirra á aðra eykur sjálfsvitund og sjálfsöryggi. Gott en hóflegt sjálfsöryggi er forsenda auðmýktar og högværðar sem veitir svigrúm og tækifæri fyrir hugmyndir og sköpunargáfu annarra. Í þriðja lagi hefur hann skýra framtíðarsýn, hugsjón og þekkir tilgang starfsins. Skýr framtíðarsýn gefur hinum þjónandi stjórnanda forskot sem er forsenda þess að hann geti tekið forystu og borið ábyrgð á verkefnum sínum. Heildræn nálgun í starfi stjórnanda er undirstaða ábyrgðar og aga sem eykur möguleika hans á því að sjá tækifærin sem gefast hverju sinni (Greenleaf, 2008). Mikilvægt er að stjórnandi sýni ábyrgð á sjálfum sér og hafi getu til persónulegra breytinga, hverjar sem þær geta verið. Leiðtogahlutverkið felur í sér að vera hluti af hópnum auk þess að halda hópnum skipulögðum og vel starfandi. Þessi staða krefst þess að stjórnandinn hafi ábyrgðartilfinningu og næmni gagnvart þörfum bæði hópsins og einstaklinga innan hans (Kovač o.fl., 2017).

Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir (2013) gerðu þversniðsrannsókn á viðhorfi starfsfólks á Íslandi gagnvart þjónandi forystu á vinnustað. Þátttakendur voru alls 1.683 talsins og unnu á nokkrum mismunandi vinnustöðum innan heilbrigðis- og skólakerfisins og í viðskiptalífinu. Út frá niðurstöðum rannsóknarinnar var sett fram tillaga að líkani sem getur auðveldað skilning á hugmyndafræði þjónandi forystu og sýnir samhengi lykilþátta hennar. Líkanið byggist á þremur lykilatriðum sem leggja bæði áherslu á þjónandi þætti og stjórnunarþætti í þjónandi forystu. Fyrsta og annað lykilatriðið er einlægur áhugi á höfum annarra og innri styrkur sem er lýsandi fyrir þjónandi þáttinn. Þriðja lykilatriðið er hæfileikinn til að sjá til framtíðar, sem undirstrikar áherslu á stjórnunarþáttinn. Allir tengjast þættirnir svo saman og eru teiknaðir í þremur hornum þríhyrnings sem snýr á hvolfi (sjá mynd 1). Það sem tengir lykilatriðin saman er vilji til að þjóna öðrum með jafningja brag og auðmýkt sem leggur grunn að sameiginlegri hugsjón og samfélagslegri ábyrgð. Þessi lykilatriði eru jafnframt helstu einkennismerki þjónandi forystu (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013).

Mælitæki fyrir þjónandi forystu

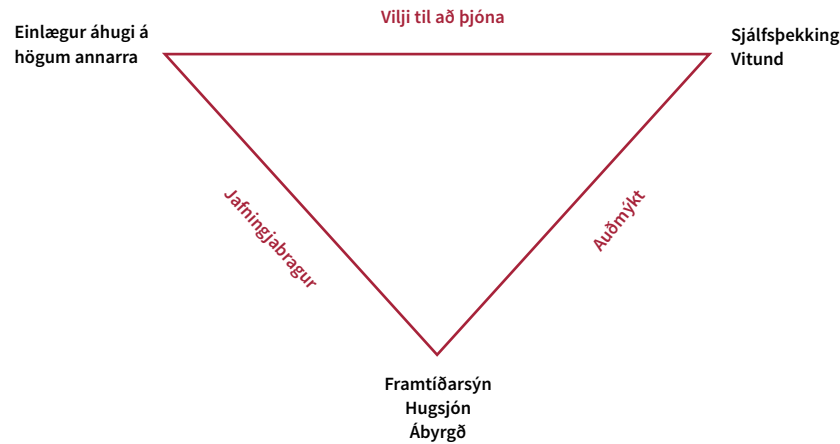
Dirk van Dierendonck (2011) setti fram líkan sem lýsir eiginleikum þjónandi stjórnanda en það leggur áherslu á bæði þjónandi þátt og stjórnandaþáttinn. Samkvæmt líkaninu er þjónandi stjórnandi eflandi og vill sjá starfsmenn eflast og þroskast í starfi (e. empowering and developing people). Hann sýnir auðmýkt (e. humility) og högværð, er sanngjarn og falslaus (e. authenticity). Þjónandi stjórnandi sýnir einnig fyrirgefningu (e. interpersonal acceptance), veitir leiðsögn (e. providing direction) og hefur samfélagslega ábyrgð (e. stewardship). Jafnframt veitir hann starfsfólki tækifæri til að taka þátt í ákvarðanatöku, kemur vel fram við starfsfólk sitt og bregst við persónulegum þörfum þeirra (van Dierendonck, 2011).

Ýmis mælitæki hafa verið þróuð út frá líkani Dirk van Dierendonck með það að markmiði að mæla ávinning sem hlýst af þjónandi forystu. Könnun á þjónandi forystu (e. Servant leadership survey) er þeirra þekktast (Smith o.fl., 2016). Um er að ræða spurningalista sem leiðir í ljós að hve miklu leyti þjónandi forysta er til staðar innan skipulagsheilda. Mældir eru átta undirþættir sem endurspeglar viðhorf og eiginleika hins þjónandi leiðtoga (Smith o.fl., 2016; van Dierendonck, 2011). Hver þáttur fyrir sig er metinn ásamt því að heildarstigafjöldi er tekinn saman. Þannig getur notkun spurningalistans gefið til kynna að hve miklu leyti þjónandi forysta er til staðar og hversu veigamikil hlutverk hver undirþáttur leikur (Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020). Niðurstöður geta nýst stjórnendum til að sjá hvað vel er gert og hvað betur megi fara þegar kemur að þeirra stjórnunarháttum. Þannig má stuðla að farsælli stjórnun innan vinnustaðar en ella (Smith o.fl., 2016). Könnun um þjónandi forystu má einnig nota samhliða öðrum spurningalistum til að meta áhrif þjónandi forystu á ákveðna þætti, svo sem starfsánægju (Kristín Þórarinsdóttir, 2020).

Þjónandi forysta í heilbrigðiskerfinu

Íslenskir stjórnendur hafa í auknum mæli tamið sér hugmyndafræði þjónandi forystu, bæði í heilbrigðiskerfinu og í viðskiptalífinu (Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015; Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020; Sigrún Gunnarsdóttir og Birna

Mynd 1. Líkan sem sýnir samhengi þriggja lykilatriða þjónandi forystu (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013)



Gerður Jónsdóttir, 2013). Nýleg rannsókn Kristínar Þórarinsdóttur o.fl., (2020) sem fór fram innan Heilbrigðis-stofnunar Norðurlands sýndi að vægi þjónandi forystu hjá yfirmönnum á hjúkrunarsviðum hefur aldrei verið meira. Aðstæður í heilbrigðiskerfinu geta verið mjög krefjandi og er mikilvægt að vinnumhverfið sé hvetjandi og styðjandi við starfsmenn (Gunnarsdóttir, 2014). Sýnt hefur verið fram á að þjónandi forysta sé árangursríkur stjórnunarstill (Hanse o.fl., 2016; Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013) sem hentar einkum vel innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu (Gunnarsdóttir, 2014; Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015).

Stjórnunarstillinn ýtir undir góð samskipti, traust og virðingu á milli yfirmanns og starfsfólks. Þjónandi forysta leiðir einnig af sér aukin afköst í vinnu, aukna starfsánægju og hollustu til stofnunar. Jafnframt leiðir hún af sér minni starfsmannaveltu og meiri ánægju með stjórnendur (Gunnarsdóttir, 2014; Hanse o.fl., 2016). Til að mynda sýndi rannsókn Huldu Rafnsdóttur o.fl. frá árinu 2015 að starfsfólk Sjúkrahússins á Akureyri telur þjónandi forystu eiga þátt í því að auka gæði þjónustunnar og öryggi skjólstæðinga. Almenn virðist svo vera að starfsfólk heilbrigðisstofnana á Íslandi sé ánægt með þjónandi stjórnunarhætti og tengi þá við aukna starfsánægju (Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015; Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020; Þóra Gunnarsdóttir, 2019). Sambærilegar niðurstöður fengust úr annarri íslenskri rannsókn þar sem skoðað var hvort tengsl væru á milli starfsánægju og þjónandi eiginleika stjórnenda. Fjögur sjúkrahús á Íslandi tóku þátt í rannsókninni þar sem flestir þátttakendur voru hjúkrunarfræðingar, 33% voru sjúkraliðar og 18% annað starfsfólk. Þátttakendur svöruðu bæði könnun um þjónandi forystu ásamt nokkrum spurningum um starfsánægju. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að þjónandi forysta er vissulega til staðar í íslensku heilbrigðiskerfi og sterk tengsl eru á milli þjónandi eiginleika hjúkrunarstjórnenda og ánægju starfsfólks í starfi. Rannsóknin styrkir því þá staðhæfingu að þjónandi forysta henti vel innan heilbrigðiskerfisins (Gunnarsdóttir, 2014). Könnun Sigrúnar Gunnarsdóttur og Birnu Gerðar Jónsdóttur (2013) bendir þó til að efla þurfi nokkra þætti líkt og siðferði, traust og fagmennsku hjá stjórnendum sem fylgja hugmyndafræði þjónandi forystu á Íslandi. Með því að tryggja velferð og hag þegna sinna getur þjónandi leiðtogi skapað samfélag sem ýtir undir lýðræði, réttlæti og farsæld í íslenskum skipulagsheildum (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013).

Hjúkrunarfræðingar í klíniskri vinnu

Hjúkrunarfræðingar eru fjölmennasta heilbrigðisstéttin á Íslandi og því mikilvæg forsenda þess að hægt sé að halda uppi öruggu og skilvirku heilbrigðiskerfi. Hjúkrunarfræðingar gegna gríðarlega mörgum hlutverkum innan heilbrigðiskerfisins og er eitt af þeim stjórnunarhlutverk (Heilbrigðisráðuneytið, 2020), bæði formlegt og óformlegt. Almenn séð hafa stjórnendur viðeigandi titla. Rannsóknir hafa þó sýnt að reynslumiklir hjúkrunarfræðingar sem færir eru í klíniskri umönnun sjúklinga séu óformlegir leiðtogar meðal jafningja sinna (Lawson og Fleshman, 2020).

Booher o.fl. (2021) gerðu eigindlega rannsókn sem fór fram á tveimur sjúkrahúsum í Bandaríkjunum þar sem rætt var við 20 klíniska hjúkrunarfræðinga. Allir 20 þátttakendurnir höfðu eiginleika þjónandi stjórnanda í klíniskri vinnu sinni, hvort

sem þeir voru meðvitaðir um það eða ekki. Þá niðurstöðu fengu rannsakendurnir út frá lýsingum hjúkrunarfræðinganna á starfi sínu, sem töldu upp öll mikilvægustu einkenni þjónandi stjórnunarhátta. Hjúkrunarfræðingarnir tjáðu að hlutverk þeirra væri að forgangsraða og úthluta verkefnum, samræma umönnun og eiga samskipti við og vinna með öðru starfsfólki og jafnframt að vera forsvarsmenn skjólstæðinga sinna, hvetja þá áfram og fræða þá. Hjúkrunarfræðingarnir lýstu því einnig að þeir teldu hlutverk sitt vera að annast skjólstæðinga sína með sanngirni, auðmýkt og samkennd (Booher o.fl., 2021). Auk þess eru hjúkrunarfræðingar kennarar og fyrirmyndir nýliða og veita leiðsögn í starfi (Heilbrigðisráðuneytið, 2020). Í rannsókninni kom einnig fram að hjúkrunarfræðingarnir settu almennt þarfir skjólstæðinga sinna í fyrsta sæti. Gátu borið kennsl á styrkleika annarra í starfi og fengið viðeigandi aðstoð til að fá sem besta útkomu fyrir skjólstæðinginn (Booher o.fl., 2021).

Stjórnendur á hjúkrunarsviðum

Hjúkrunarfræðingar fá oft lítinn undirbúning fyrir stjórnunarstörf innan heilbrigðiskerfisins sem geta verið mjög flókin og illa afmörkuð (Gunawan o.fl., 2018). Miklar kröfur eru gerðar til hjúkrunarstjórnenda. Algennt er að þeir hafi of mörg verkefni sem leiða til mikillar yfirvinnu og erfiðleika við að samræma einkalíf og vinnu (Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2020). Hjúkrunarfræðingar í stjórnunarstöðum hafa tjáð að starfinu fylgi gífurleg ábyrgð, persónuleg skuldbinding og einangrun sem fjarlægir þá frá klíniskri starfi (Cabral o.fl., 2018). Jafnframt hafa þeir tjáð að mikið álag fylgi starfinu vegna mönnunarvanda og skorti á stuðningi frá yfirmönnum (Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2020).

Margir persónulegir þættir geta haft áhrif á eða stuðlað að stjórnunarhæfni hjúkrunarfræðinga líkt og menntunarstig, reynsla, aldur og persónuleiki. Til að mynda verða stjórnendur hæfari eftir því sem menntunarstig er hærra og meiri reynsla er á stjórnunarhlutverki. Samkvæmt módeli Gunawan o.fl. (2018) felast þó lykilatriðin í skipulagsheildinni og þátta innan hennar sem hafa áhrif á hæfni hjúkrunarfræðinga til að stjórna. Þjálfun og handleiðsla geta haft góð áhrif á þróun stjórnunarhæfni hvort sem hún kemur frá yfirmanni eða öðrum og ýtir undir starfsánægju og góð samskipti. Ákjósanleg þjálfun er sveigjanleg, eflandi og hvetur til lærdóms af mistökum. Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga að hafa góða fyrirmynd og fá aðlögun inn í starfið. Einnig þykir mikilvægt að geta átt persónuleg samskipti við yfirmenn, fá stuðning frá mannauðsteymi og hafa skýra og afmarkandi starfslýsingu. Mælt er með því að hjúkrunarstjórnendur setji sér markmið út frá skipulagsheildinni sem þeir tilheyrir og fái reglulega mat á frammistöðu sinni. Getur það líka haft góð áhrif á stjórnendur að fara á eflingar námskeið (e. empowerment program) sem eykur sjálfstraust þeirra í starfi (Gunawan o.fl., 2018).

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga í opinberri stjórnunarstöðu getur verið mjög streituvaldandi (Cabral o.fl., 2018; Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2020; Sigríður Halldórsdóttir o.fl., 2016) og eiga þeir hættu á að þróa með sér streitueinkenni svo sem stoðkerfisverki og svefnvandamál (Sigríður Halldórsdóttir o.fl., 2016). Samkvæmt rannsókn Sigríðar Halldórsdóttur o.fl. (2016) hefur meiri hluti

hjúkrunardeildarstjóra á Íslandi stoðkerfisverki og stór hluti þeirra er oft eða alltaf andlega úrvinda eftir vinnudaginn. Þrátt fyrir mikla persónulega skuldbindingu og ábyrgð í starfi er starfsöryggi hjúkrunarstjórnenda ekki mikið og launin ekki talin fullnægjandi (Cabral o.fl., 2018). Með því að tileinka sér þjónandi stjórnunarhætti geta stjórnendur á hjúkrunarsviðum aukið starfsánægju og uppfyllt þörf sína fyrir að gefa af sér í starf. Því meiri stuðning sem hjúkrunarstjórnendur veita við persónulegan og faglegan þroska starfsmanna sinna (e. developing others), þeim mun ánægjulegra og gefandi upplifa þeir starf sitt (Farrington og Lillah, 2019).

Starfsánægja og upplifun hjúkrunarfræðinga af þjónandi forystu

Öll viljum við vinna á stað þar sem okkur líður vel og þar sem við erum ánægð í vinnunni. Starfsánægja er mikilvæg ekki aðeins því starfsfólk eyðir stórum hluta ævi sinnar í vinnunni. Einnig vegna þess að ánægðu starfsfólki fylgir aukin afkastageta, aukin gæði í starfi og betri árangur starfseininga (Heilbrigðisráðuneytið, 2020).

Í nýlegri starfendarannsókn Yektatalab o.fl. (2021) var leitast við að koma auga á og takast á við áskoranir varðandi starfsánægju hjúkrunarfræðinga. Í ljós kom að ákveðnir þættir líkt og námsframboð, streita í starfi og vöntun á tækjabúnaði hafði áhrif á starfsánægju. Takmarkað framboð afþreyingar og samveru utan vinnu fyrir hjúkrunarfræðinga var einnig tengt starfsánægju. Þættir eins og mannauðsstjórnun, stjórnun skipulagsheildar og skortur á faglegu starfi höfðu jafnframt mikil áhrif. Eftir að búið var að greina þær áskoranir sem stóðu í vegi fyrir starfsánægju hjúkrunarfræðinga, settu þátttakendur, í samvinnu við rannsakendur saman áætlun um breytingar. Marktækur munur var á starfsánægju hjúkrunarfræðinga eftir breytingarnar. Niðurstöður benda því til þess að hjúkrunarfræðingar og stjórnendur geti í sameiningu stuðlað að aukinni starfsánægju og það án aukins tilkostnaðar. Það er þó ekki þannig að allar breytingar sem snúa að starfsánægju séu á valdi starfsmannanna sjálfra. Líkt og fram kom í rannsókn Yektatalab o.fl. (2021) er stjórnunarstíll einn af þeim þáttum sem hafa áhrif á starfsánægju.

Margar rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæð áhrif þjónandi stjórnunarstíls á starfsánægju hjúkrunarfræðinga innan heilbrigðiskerfisins (Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015; Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020; Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Því fleiri eiginleika þjónandi forystu sem næsti yfirmaður hefur tamið sér, því meiri starfsánægju upplifir starfsfólk (Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020; Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Vísbendingar eru um að vægi hvers eiginleika fyrir sig sé misjafnt en rannsóknunum ber ekki saman um hvaða eiginleikar hafa mestu áhrifin. Áætla má því að nokkur breytileiki sé á þörfum hjúkrunarfræðinga á milli skipulagsheilda en ljóst er að stjórnandi getur spilað lykilhlutverk í starfsánægju þeirra (Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015; Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020). Erlendar rannsóknir leiða slíkt hið sama í ljós. Farrington og Lillah (2019) sýndu fram á að starfsmenn sem upplifa stjórnendur veita stuðning við persónulegan og faglegan þroska sinn (e. developing others) voru ánægðari í starfi. Einnig kom fram að ef starfsmenn upplifðu vinnuveitanda

bera hag annarra fyrir brjósti (e. caring for others) upplifðu þeir meiri ánægju í starfi (Farrington og Lillah, 2019).

Þjónandi forysta hefur áhrif á líðan starfsmanna og yfirmanna. Hanse o.fl. (2016) sýndu auk þess fram á að slíkur stjórnunarstíll hefði áhrif á samband milli yfirmanns og undirmanns. Í rannsókninni eru skilgreindir fimm þættir þjónandi forystu; efling (e. empowerment), ábyrgð (e. accountability), forgangsröðun í þágu annarra (e. standing back), auðmýkt og samfélagsleg ábyrgð. Rannsóknin leiddi í ljós að allir þessir fimm þættir höfðu í raun marktækt jákvæð áhrif á samband milli yfirmanns og starfsmanns. Efling hafði þó sterkustu áhrifin þar á (Hanse, o.fl. 2016). Sömu niðurstöður hafa fengist í íslenski rannsókn sem framkvæmd var á Sjúkrahúsinu á Akureyri (Hulda Rafnsdóttir o.fl., 2015) sem og í doktorsrannsókn Mitterer (2017). Auðmýkt, samskiptafærni og hvatning voru eiginleikar yfirmanna sem tengdir voru starfsánægju og minni starfsmannaveltu í rannsókn Mitterer (2017). Rannsókn Gunnarsdóttir (2014) sýndi fram á að mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga í stjórnunarstöðu að hvetja starfsfólk sitt og veita því greiðan aðgang að upplýsingum og auðlindum. Einnig að gæta þess að umhverfið og vinnustaðameningin hvetji til lærdóms, þróunar í starfi og þátttöku í ákvarðanatöku. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu líka að starfsfólk metur það mikils að leiðtogi sé áreiðanlegur og traustur (Gunnarsdóttir, 2014).

Það að hvetja starfsmenn sína í persónulegum og faglegum þroska er eitt af einkennum leiðtoga sem vinnur með hugmyndafræði þjónandi forystu að leiðarljósi (van Dierendonck og Nuijten, 2011). Í íslenski rannsókn Sveinsdóttir o.fl. frá árinu 2016 voru skoðuð tengsl á milli starfsánægju hjúkrunarfræðinga og hve oft þeim var hrósað af yfirmanni. Í tæplega þriðjung tilfella sögðust hjúkrunarfræðingar hafa fengið hrós oft eða mjög oft. Þegar sá hópur var borinn saman við þá hjúkrunarfræðinga sem fengu sjaldan eða mjög sjaldan hrós kom í ljós aukin starfsánægja hjá þeim sem fengu hrós. Hópnum sem var hrósað taldi sig almennt hafa fleiri tækifæri til að þroskast faglega í starfi. Sá hópur lýsti jákvæðara andrúmslofti á vinnustaðnum sem væri afslappandi, þægilegt og sveigjanlegt. Þeim hjúkrunarfræðingum sem var hrósað meira voru skuldbundnari vinnustaðnum og stoltir af honum. Einnig voru þeir tilbúnir til að leggja aukalega á sig með hag deildarinnar og sjúkrahússins fyrir brjósti (Sveinsdóttir o.fl., 2016).

Tekin voru viðtöl við tíu starfsmenn á vinnustað þar sem þjónandi forysta var notuð, í ljós komu tvö meginþemu. Annað þemað var að þátttakendum þótti ábyrgð í starfi vera mikilvægur þáttur í þjónandi forystu. Hitt meginþemað var að starfsfólk sýndi umhyggju og hjálpssemi gagnvart öðrum. Starfsfólki fannst það bera ábyrgð innan skipulagsheildarinnar og hafði metnað til að ná fram eigin markmiðum, sem og stofnunarinnar. Jafnframt upplifði það að þeim væri treyst til þess að vinna vinnuna sína vel. Einnig treysti starfsfólk næsta yfirmanni til að taka ákvarðanir til að fá fram bestu mögulegu útkomu fyrir starfsfólkið sjálft og fyrirtækið (Ragnarsson o.fl., 2018).

Gagnrýnin umfjöllun um áhrif og virkni þjónandi forystu í skipulagsheildum

Þjónandi forysta hefur jákvæð áhrif á starfsánægju. Óháð uppbyggingu og skipulagi skipulagsheildar þá munu stjórnendur sem beita þjónandi forystu stuðla að meiri starfsánægju starfsfólks en þeir sem gera það ekki (Eva o.fl., 2021). Engu að síður er mikilvægt að taka til greina formgerð vinnustaðarins. Niðurstöður rannsóknar Eva o.fl. (2021) sýna að þjónandi forysta hefur veigameiri áhrif á starfsánægju hjá stofnunum með óformfasta skipulagsheild. Í ákveðnum tilfellum getur aukin formfesta á skipulagi og stjórnun komið í staðinn fyrir þjónandi forystu (Eva o.fl., 2021).

Þrátt fyrir marga jákvæða eiginleika þjónandi forystu hefur nálgunin nokkrar takmarkanir. Fyrst má nefna þá merkingarfræðilegu togstreitu sem fram kemur í titlinum og hefur aðferðin stundum verið álitin óraunsæ eða duttlungafull. Að vera þjónandi leiðtogi felur í sér að fylgja og það að fylgja er talið andstæðan við að leiða. Þrátt fyrir að nálgun þjónandi forystu taki til greina áhrifavald er samspil þess og virkni við þjónandi forystu ekki útlistað á sértækan hátt (Northouse, 2018). Umfjöllun um þjónandi forystu hefur oft þann undirtón að góður leiðtogi þurfi að setja sjálfan sig í síðasta sæti og sýna fórnfýsi. Ósérplæginn nálgun á stjórnarháttum getur vissulega verið aðdáunarverð en felur jafnframt í sér útópískan brag. Þar sem framleiðni, stjórnun, markmiðasetning og mótun á framtíðarsýn getur stangast á við grundvallaratriði leiðtogafærni (Northouse, 2018).

Meðal fræðimanna innan aðferðarinnar hefur verið ágreiningur um hverjir kjarnaþættirnir raunverulega eru. Í þjónandi forystu er gengið út frá að hjá stjórnandanum séu til staðar ákveðnir eiginleikar, hæfni og hegðun. Þrátt fyrir ýmsar rannsóknir hefur ekki enn tekist að ná eiginlegum samhljómi um skilgreiningu á hugmyndafræðilegum ramma aðferðarinnar. Þjónandi leiðtogi þarf að búa yfir sjálfsþekkingu og meðvitund um eigin styrkleika og veikleika. Ákvarðanatöku byggist ekki eingöngu á staðreyndum heldur þarf stjórnandinn, í gegnum ígrundun og sjálfsþekkingu, að treysta á innsæi sitt. Einlægur áhugi á þankagangi annarra, næmni og lægni við að bera kennsl á þarfir annarra flokkast undir meginstöðir þjónandi forystu. Þeir þættir þurfa að vera til staðar hjá stjórnandanum (Greenleaf, 2008). Sé þessi útlistun skoðuð út frá mismunandi persónugerðum einstaklinga má sjá að ekki er öllum slík hegðun og færni jafneðlislæg. Skipulagsheildin gæti því stjórnast að mestu eftir upplagi, persónueinkennum og eiginleikum stjórnandans (Greasley og Bocârnea, 2014).

Ekki er ljóst af hverju hugtakið „að setja sig í spor annarra“ er talið upp sem einn af atferlispáttum þjónandi leiðtoga. Slíkur eiginleiki felur í sér að skilja fólk án þess að vera endilega sammála. Færa má rök fyrir því að flokka mætti hugtakið sem ákveðna hugræna færni frekar en hegðun. Enn fremur, hver eru rökin fyrir því að velja hugtakið sem úrslitapátt þjónandi forystu? Það að geta sett sig í spor annarra er án efa mikilvægur eiginleiki hvers kyns stjórnanda (Northouse, 2018).

LOKAORÐ

Þjónandi forysta hefur verið tengd við góð samskipti, traust og virðingu á milli yfirmanns og starfsfólks. Aukin afköst í vinnu, aukna starfsánægju og hollustu til stofnunar, minni starfsmannaveltu og meiri ánægju með stjórnendur. Að því gefnu mætti draga þá ályktun að ef leiðtogar innan heilbrigðiskerfisins tileinka sér þjónandi forystu í auknum mæli gæti það dregið úr mönnunarvanda sem þar ríkir að einhverju leyti. Athyglisvert væri að sjá nánari rannsóknir á því sviði.

Þjónandi forysta er stjórnunarstill sem á einkar vel við í heilbrigðisþjónustu og ekki síst í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Má í því samhengi nefna umönnun sjúklinga, forgangsroðun og úthlutun verkefna og að eiga uppbyggileg samskipti við samstarfsfólk. Einnig eru hjúkrunarfræðingar kennarar og veita öðrum hvatningu og leiðsögn í starfi. Því má segja að þjónandi forysta ætti að vera eðlislæg stjórnendum á hjúkrunarsviðum og falli vel að umhverfi heilbrigðiskerfisins. Rannsóknir sýna að starf hjúkrunarstjórnenda sé krefjandi og töluvert streituvaldandi. Engar rannsóknir fundust sem skoða tengsl á milli þjónandi forystu á hjúkrunarsviðum og streitu í starfi en væri það áhugavert rannsóknarefni í náinni framtíð.

Að lokum verður að hafa í huga þann svip sem persónugerð einstaklinga setur á stjórnunarstil. Þjónandi leiðtogi þarf að búa yfir ákveðnum eiginleikum sem ekki er öllum stjórnendum jafneðlislægt að tileinka sér. Einlægur áhugi stjórnandans á öðrum og vilji hans til að tileinka sér sjálfsskoðun og ígrundun eru grundvallarþættir. Rannsakendur velta einnig fyrir sér undirliggjandi áhrifum þeirrar fórnfýsi og meðvirkni sem hefur lengi þrífist í vinnustaðarmenningu hjúkrunarfræðinga. Þurfa hjúkrunarstjórnendur sem vilja tileinka sér aðferðir þjónandi forystu jafnvel að gæta sérstakrar varfærni þegar kemur að hinu tvieggja sverði sem ósérplægni getur verið?

HEIMILDIR

- Barr, J. og Dowding, L. (2019). *Leadership in health care*. Sage.
- Booher, L., Yates, E., Claus, S., Haight, K. og Burchill, C. N. (2021). Leadership self-perception of clinical nurses at the bedside: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15705>
- Cabral, A., Oram, C. og Allum, S. (2018). Developing nursing leadership talent-views from the NHS nursing leadership for south-east england. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 75-83. <https://doi.org/10.1111/jonm.12650>
- Daft, R. L. (2001). *Organization theory and design* (7. útg.). Cincinnati: SouthWestern College Publishing.
- Eva, N., Sendjaya, S., Prajogo, D. og Madison, K. (2021). Does organizational structure render leadership unnecessary? Configurations of formalization and centralization as a substitute and neutralizer of servant leadership. *Journal of Business Research*, 129, 43-56. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.02.023>
- Farrington, S. M. og Lillah, R. (2019). Servant leadership and job satisfaction within private healthcare practices. *Leadership in Health Services*, 32(1), 148-168. <https://doi.org/10.1108/LHS-09-2017-0056>
- Greasley, P. E. og Bocárnea, M. C. (2014). The relationship between personality type and the servant leadership characteristic of empowerment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 124, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.454>
- Greenleaf Center for Servant Leadership. (2021). *What is Servant Leadership?* <https://www.greenleaf.org>
- Greenleaf, R.K. (2008). *The Servant as Leader*. The Greenleaf Center for Servant Leadership.
- Gunawan, J., Aunguroch, Y. og Fisher, M. L. (2018). Factors contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12611>
- Gunnarsdóttir, S. (2014). Is servant leadership useful for sustainable Nordic health care? *Várd i Norden*, 34(2), 53-55. <https://doi.org/10.1177/010740831403400211>
- Hanse, J. J., Harlin, U., Jarebrant, C., Ulin, K. og Winkel, J. (2016). The impact of servant leadership dimensions on leader-member exchange among health care professionals. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 228-234. <https://doi.org/10.1111/jonm.12304>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2020). *Mönnun hjúkrunarfræðinga*. https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/Skyrsla_monnun_hjukrunarfr_21082020.pdf
- Hulda Rafnsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir og Sigrún Gunnarsdóttir. (2015). Árangur og forysta í hjúkrun: viðhorf til þjónandi forystu, starfsánægju, starfstengdra þátta og gæða þjónustu á sjúkrahúsinu á Akureyri. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 91(4), 8-16. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2015/4-tbl-2015/Arangur%20og%20forysta.pdf>
- Ingi Rúnar Eðvarðsson og Guðmundur Kristján Óskarsson. (2008). Skipulagsform íslenskra fyrirtækja. *Bifróst Journal of Social Science*, 2(1), 5-26. <http://hdl.handle.net/1946/7866>
- James, A. H., Bennett, C. L., Blanchard, D. og Stanley, D. (2021). Nursing and values-based leadership: A literature review. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13273>
- Kovač, H., Širol, M. og Šumanjsk, M. (2017). *Leadership handbook*. South East European Youth Network.
- Kristín Þórarinsdóttir, Hjördis Sigursteinsdóttir og Kristín Thorberg. (2020). Starfsánægja hjúkrunarfræðinga og viðhorf til þjónandi forystu í fari yfirmanna á umbreytingartímum í heilbrigðisþjónustu. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 96(3), 85-91. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/3-tbl-2020/StarfsanaegjaHjukrunarfraedinga.pdf>
- Lawson, D. og Fleshman, J. W. (2020). Informal leadership in health care. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 33(04), 225-227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- Manktelow, J., Brodbeck, F. og Anand, N. (2016). *How to lead: Discover the leader within you* (2. útgáfa). Mind Tools Ltd.
- Mitterer, D.M. (2017). *Servant leadership and its effect on employee job satisfaction and turnover intent* [Doktorsritgerð, Walden University]. Scholarworks. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4081>
- Newman, A., Schwarz, G., Cooper, B. og Sendjaya, S. (2017). How servant leadership influences organizational citizenship behavior: The roles of LMX, empowerment, and proactive personality. *Journal of Business Ethics*, 145(1), 49-62. <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2827-6>
- Northouse, P. G. (2018). *Leadership: theory and practice* (7. útgáfa). Sage edge.
- Ragnarsson, S., Kristjánsdóttir, E. S. og Gunnarsdóttir, S. (2018). To be accountable while showing care: The lived experience of people in a servant leadership organization. *SAGE Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1177/2158244018801097>
- Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2020). „Ég er einhvern vegin með metnaðinn í botni“ Reynsla ungra aðstoðardeildarstjóra í hjúkrun af stjórnunarstarfi sínu. *Timarit Hjúkrunarfræðinga*, 96(3), 102-111. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/3-tbl-2020/MetnadinBotni.pdf>
- Sigríður Halldórsdóttir, Hafdis Skúladóttir, Hjördis Sigursteinsdóttir og Þórey Agnarsdóttir. (2016). Tengsl streituvaldandi þátta í starfsumhverfi, svefn og stoðkerfisverkja hjá millistjórnendum í opinberri þjónustu. *Stjórnmál & stjórnsýsla*, 12(2), 467-486. <http://dx.doi.org/10.13177/irpa.a.2016.12.2.13>
- Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir. (2013). Þjónandi forysta og rannsóknir hér á landi. *Stjórnmál og stjórnsýsla*, 9(2), 415-438. <https://doi.org/10.13177/irpa.a.2013.9.2.8>
- Smith, C. L., Nichols, F., Green, M. T. og Sun, Y. (2016). Measuring servant leadership: Tests of discriminant and convergent validity of the servant leadership survey. *Journal of Management Science and Business Intelligence*, 1(1), 36-52. <http://doi.org/10.5281/zenodo.376754>
- Spears, L. C. (1998). Introduction. Í L. C. Spears (ritstjóri), *The power of servant leadership* (1.útgáfa) (bls. 1-15). Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Sveinsdóttir, H., Ragnarsdóttir, E. D. og Blöndal, K. (2016). Praise matters: the influence of nurse unit managers' praise on nurses' practice, work environment and job satisfaction: a questionnaire study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 558-568. <https://doi.org/10.1111/jan.12849>
- van Dierendonck, D. (2011). Servant leadership: A review and synthesis. *Journal of Management*, 37(4), 1228-1261. <https://doi.org/10.1177/0149206310380462>
- van Dierendonck, D. og Nuijten, I. (2011). The servant leadership survey: Development and validation of a multidimensional measure. *Journal of business and psychology*, 26(3), 249-267. <https://doi.org/10.1007/s10869-010-9194-1>
- Yektatalab, S., Momennasab, M. og Mousazadeh, N. (2021). Improving nurses' job satisfaction: an action research study. *Systemic Practice and Action Research*. <https://doi.org/10.1007/s11213-021-09554-z>
- Þóra Gunnarsdóttir. (2019). *Þjónn sem leiðtogi: Landspítali - viðhorf til stjórnumun og forystu*. [Meistararitgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <http://hdl.handle.net/1946/32072>

Léttu þér lífið

Baðhjálparkæki í samningi við Sjúkratryggingar Íslands

Etac My-Loo salernisupphækkun

Ný vörulína í salernisupphækkunum frá Etac. Opið á setunni er stærra, hönnun og áferð líkari postulíni. Auðveldari í þrifum. Hægt að fá með eða án stuðningsarma. Burðarþol 150 kg.



Etac Easy sturtustóll

Stöðugur og meðfærilegur með 150 kg. burðarþoli.



Etac Swift Mobile Tilt sturtu- og salernisstóll

Uppfærð útgáfa. Endurbætt hönnun eykur þægindi notenda og bætir vinnuhagræði. Burðarþol 150 kg.



Etac Swift bað- og sturtustóll

Vinsælasti sturtustóllinn. Þægilegur og stöðugur með 130 kg. burðarþoli. Úrval af aukahlutum í boði, s.s. sápuhilla, mjúkt bak og sessa.

Etac Optima L salernisstóð

Einföld og þægileg salernisstóð. Burðarþol 150 kg.

etac®

Þjóðum úrval af hjálpartækjum fyrir notendur í allt að 300 kg. þyngd.

Stuðlaberg heilbrigðistækni er framsækið innflutnings- og þjónustufyrirtæki sem byggir á traustum faglegum grunni og áratuga reynslu. Við veitum heilbrigðisstofnunum, fagfólki og einstaklingum faglega ráðgjöf í velferðartækni og góða þjónustu. Við bjóðum fagfólki, og skjólstæðingum þeirra, velkomið í sýningarsal okkar að Stórhöfða 25. Fyrirspurnir má senda á stb@stb.is

Markmið okkar eru að efla heilsu, auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf



Eirberg



STUÐLABERG
Heilbrigðistækni

Stuðlaberg heilbrigðistækni ehf. • Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • 569 3180 • stb.is

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er árangursrík meðferð sem er notuð við andlegri vanlíðan, streitu og kvíða. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu kvenna með andlega vanlíðan af áhrifum HAM-námskeiða sem haldin eru á heilsugæslunni og kanna hvaða áhrif námskeiðin hafði á líðan þeirra.

Aðferð

Notast var við aðferð Vancouver-skólans í fyrirbærafræði. Þátttakendur voru átta konur valdar með tilgangsurtaki á tveim heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og notast við hálfstaðlaðan viðtalsramma. Konurnar voru á aldrinum 26-47 ára og glímdu við andlega vanlíðan og höfðu lokið sex vikna hópnámskeiði í HAM á heilsugæslustöð. Samtals voru tekin átta einstaklingsviðtöl.

Niðurstöður

Yfirpema rannsóknarinnar var: að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna. Það lýsir reynslu kvenna með andlega vanlíðan af hugrænni atferlishópmeðferð. Alls voru greind fimm meginþemu; að reyna að gera það besta úr sínum aðstæðum; að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna; að hafa meiri stjórn á huganum og líkamanum; stuðningurinn og eftirfylgnin skiptir öllu máli; bjargráðin að nýta sér alls konar hluti. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingu um að upplifun kvenna af gagnsemi námskeiðsins í hugrænni atferlismeðferð sé góð og flestar lýsa jákvæðri upplifun við að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna sér. Konurnar reyndu að nýta sér það sem þær höfðu lært á HAM-námskeiðunum og áframhaldandi stuðning heilbrigðisstarfsfólks til að bæta líðan sína og aðstæður. Eftir námskeiðin náðu þær margar meiri stjórn á líðan sinni og í kjölfar meðferðar voru þær einnig meðvitaðri um að grípa til eigin bjargráða til að bæta líðan sína og félagsleg virkni þeirra jókst.

Ályktun

Mikilvægt er að heilsugæslan haldi áfram að bæta og styrkja geðheilsuverndina sem veitt er á heilsugæslustöðvum fyrir konur sem glíma við andlega vanlíðan eða kvíða en hugræn atferlismeðferð virðist vera árangursrík meðferð.

Lykilorð:

Hugræn atferlismeðferð (HAM), reynsla, konur, andleg vanlíðan, heilsugæsla.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA „Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Niðurstöðurnar sýna að HAM sem veitt er hjá heilsugæslunni virðist gefa góðan árangur og er árangursrík meðferð við andlegri vanlíðan og kvíða hjá konum.

Þekking: Mikilvægt er að rannsaka árangur og gildi hugrænnar atferlishópmeðferðar fyrir mæður og konur með andlega vanlíðan. Þannig skapast þekking og skilningur á reynsluheimi og líðan þeirra. Með aukinni þekkingu starfsfólks í heilsugæslunni aukast síðan líkurnar á að konurnar fái viðeigandi meðferð.

Hagnýting: Niðurstöður rannsóknarinnar er hægt að nýta til að skipuleggja og efla þjónustuna enn frekar og gera HAM að sýnilegra úrræði á heilsugæslunni. Hægt væri að búa til fleiri HAM- hópa til dæmis fyrir konur sem eru heima í fæðingarorlofi sem hittast, deila reynslu sinni og styrkja hver aðra samkvæmt aðferðafræði HAM.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Til að veita konum meiri stuðning er aðferðafræði HAM hjálplegt úrræði sem ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sem starfa í ungbarna-verndinni gætu horft til og notað með markvissari hætti í sínu faglega starfi. Það að þekkja HAM-aðferðafræði, nota í samræðum við skjólstæðinga, bjóða upp á námskeið og að geta vísað konum í sérhæfða þjónustu t.d. hjá sérhæfðum sálfræðingum er því mikill kostur.

Höfundar

ÞÓRUNN ERLA ÓMARSÐÓTTIR

hjúkrunarfræðingur á Heilsugæslu
höfuðborgarsvæðisins

SIGFRÍÐUR INGA KARLSDÓTTIR

prófessor við Heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri

SIGRÍÐUR SÍA JÓNSDÓTTIR

dósent við Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri

Að ná tökum á kvíðanum: reynsla kvenna með andlega vanlíðan af áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar sem veitt er á heilsugæslu

INNGANGUR

Vanlíðan kvenna vegna kvíða og þunglyndis er algeng og rannsóknir sýna að 9-20% kvenna finna fyrir einkennum þunglyndis og margar konur finna einnig fyrir kvíða (NICE, 2014). Margir þættir geta haft áhrif á algengi kvíða og fjölmargar rannsóknir sýna að aukið álag eins og að vera barnshafandi, verða foreldri eða vera heilbrigðisstarfsmaður á tímum COVID-19 hefur aukið tíðni kvíða (Gao o.fl., 2020; Liu o.fl., 2021; Sahebi, 2021).

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er samtalsmeðferð þar sem kenndar eru aðferðir sem hjálpa viðkomandi að átta sig á eigin hugsunum, tilfinningum, líkamlegum viðbrögðum, hegðun og hvernig hægt er að breyta mynstri neikvæðra hugsana. Ýmsar aðferðir eru kynntar til að hafa áhrif á hugsanir og líðan til dæmis hugsanaskrá, að spegla sig í reynslu annarra og gera ánægjulistu. Niðurstöður rannsókna sýna að HAM getur verið árangursrík meðferð og gagnast vel við kvíða og fæðingarpunglyndi (Pétur Tyrfingsson og Agnes Agnarsdóttir, 2011; Magnús Sighvatsson o.fl., 2011; Westbrook o.fl., 2011) og NICE-leiðbeiningarnar mæla líka með HAM (NICE, 2014). Niðurstöður yfirlitsgreinar sýndu að jákvæður árangur af HAM eftir lok meðferðar og hópmeðferð getur verið jafnárangursrík og einstaklingsmeðferð. Vísbendingar eru um að þegar horft er til langtímaáhrifa sé HAM árangursríkari en aðrar sálfræðimeðferðir fyrir suma sjúklingahópa (Magnús B. Sighvatsson o.fl., 2011). Komið hefur í ljós í rannsóknum að HAM veitir jafngóða meðferð og lyfjameðferð og reyndar áhrifaríkari sex mánuðum seinna (Borza, 2017; Magnús B. Sighvatsson o.fl., 2011). Einnig hefur verið gerður samanburður á því að veita HAM á hefðbundnum námskeiðum eða í gegnum Internetið, en niðurstöður rannsóknar Lindegaard o.fl., (2020) sýndu að ekki var munur á árangri HAM eftir því hvernig meðferðin var veitt. Það átti hvortveggja við varðandi líðan strax að loknu námskeiði og sex mánuðum seinna. Persónuleiki fólks getur hins vegar haft áhrif á árangur og einstaklingar með persónuleikaröskun eru ólíklegri til þess að hafa gagn af HAM en þeir sem ekki glíma við persónuleikaröskun (Mars o.fl. 2021). Rannsóknir benda einnig til þess að fjölbreytt meðferðarform ásamt HAM, svo sem ráðgjöf varðandi hreyfingu og næringu, auki líkur á bata þeirra sem glíma við kvíða og þunglyndi (Clemente-Suárez, 2021). Í rannsókn Hadjistavropoulos o.fl., (2020) þar sem rannsókuð voru áhrif stuðnings fyrir fagaðila sem veita HAM, kom fram að stuðningur í formi fjögurra viðtala á eins árs tímabili jók gæði meðferðanna.

Landlæknisembættið birti árið 2020 niðurstöður úr könnun meðal tíu þúsund fullorðinna Íslendinga og í ljós kom að 30% kvenna mátu andlega heilsu sína ekki góða. Hlutfallið var hæst (46%) meðal 18-24 ára kvenna (Sigrún Danielsdóttir o.fl., 2021). Í íslenski rannsókn voru 2.523 barnshafandi konur skimaðar fyrir andlegri vanlíðan (þunglyndi, kvíða og streitu) með EPDS (Edinborgarþunglyndislistanum) og DASS (þunglyndis-, kvíða- og streitulistar). Alls skimuðust 632 (25,95%) með andlega vanlíðan á meðgöngu (Jonsdóttir, 2019). Í sérstöku geðgreiningarviðtali meðal þeirra sem skimuðust yfir mörkum á 16. viku kom í ljós að 153

þeirra voru einnig með aðra geðröskun (Lydsdottir o.fl., 2014). Samanburðarrannsókn á 562 konum úr áður nefndri rannsókn, sýndi að 360 (64,5%) þeirra fundu fyrir andlegri vanlíðan. Þessi háa tala lýsir því að þær voru líklegri að þiggja þátttöku heldur en konur sem ekki fundu fyrir andlegri vanlíðan. Konurnar með andlegu vanlíðanina voru marktækt óánægðari í parasambandi sínu sem og með verkaskiptinguna á heimilinu og umönnun barnanna (Jonsdottir o.fl., 2017). Í rannsókn Mörgu Thome (2009) kom í ljós að fimmta hver móðir finnur fyrir mikilli streitu í foreldrahlutverkinu og í annarri rannsókn hennar og fleiri (Thome o.fl., 2012) lýstu 14% kvenna endurteknum þunglyndiseinkennum þremur mánuðum eftir fæðingu. Nýleg rannsókn um vanlíðan eftir fæðingu sýndi að auk þunglyndiseinkenna upplifðu konurnar streitu, þreytu, pirring og svefnleysi (Wilson o.fl., 2019). Fæðingarþunglyndi er skilgreint eins og þunglyndi almennt en byrjar oft um það bil fjórum vikum eftir fæðingu en getur einnig birst hvenær sem er á fyrsta ári barnsins. Einkenni móður eru margvísleg svo sem sektarkennd, einangrun, skert sjálfmynd, örvænting, ótti, orkuleysi, einbeitingarskortur, minnkuð kynhvöt, þráhyggja og sjálfvígshugsanir (Kerstis o.fl., 2016).

Fræðileg samantekt frá 2016 benti á að inngríp eins og HAM í heilsugæslunni hjálpaði konum með andlega vanlíðan eftir fæðingu því meðferðin stuðlaði að betri aðlögun að foreldrahlutverkinu, betri hjúskapartengslum og félagslegum stuðningi, minni streitu og kvíða allt að sex mánuðum eftir inngrípið (Stephens o.fl., 2016). Snemmtæk íhlutunarmeðferð hjá konum með viðvarandi kvíða sýndi fram á jákvæða tengslamyndun hjá móður og barni (Dennis o.fl., 2017). Við heimildaleit fannst takmarkaður fjöldi eigindlegra rannsókna sem fjalla um reynslu kvenna almennt af HAM en í rannsókn O'Mahen o.fl., (2012) sem 23 mæður með andlega vanlíðan tóku þátt í komu fram nokkur þemu sem falla vel að meðferðarúrræði HAM. Þær lýstu áhyggjum af lágu sjálfáliti, móðurhlutverkinu og mannlegum samskiptum sem leiddu til neikvæðara hugsana og hegðunar, auk minni hreyfingar og virkni. Í rannsókn Bernhardsdottir o.fl., (2014) á reynslu kvenkyns háskólanema, sem voru með kvíða og fengu hópmeðferð í HAM kom í ljós að þeim fannst hópsamræðurnar og meðferðin hjálpa við að skilja hugsanir betur og endurskipuleggja þær. Þeim fannst þær einnig öðlast meira innra jafnvægi og sjálfstraust. Svipaðar niðurstöður er að finna í rannsókn þar sem 17 konur sem voru að glíma við andlega vanlíðan eftir fæðingu höfðu fengið HAM-hópmeðferð. Íhlutunin var gagnleg og þær upplifðu jákvæða breytingu á viðhorfum sínum, tilfinningum, hegðun og sjálfstraust þeirra jókst. Þeim fannst gagnlegt að miðla upplýsingum sín á milli og tengdu vandamál hinna við sín eigin sem hjálpaði þeim (Masood o.fl., 2015).

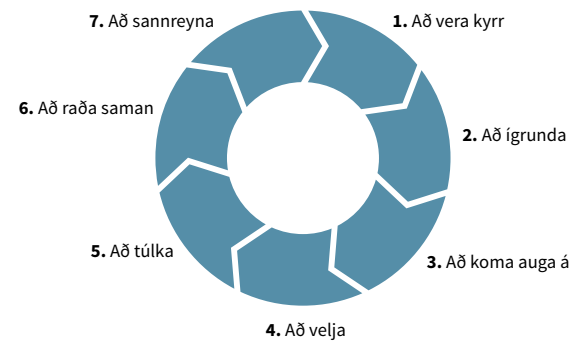
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins tók upp nýjar vinnuleiðbeiningar haustið 2020 við skimun og meðferð þunglyndis og kvíða í ung- og smábarnavernd. Meiri áhersla er lögð á samræmt verklag, samráðsfundi, samvinnu heilbrigðisstétta og að bjóða upp á viðtal og mat hjá hjúkrunarfræðingum og ljósmóðrum (Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, e.d.). HAM- námskeið er eitt af þeim úrræðum sem eru í boði og því mikilvægt að kanna reynslu kvenna með andlega vanlíðan af áhrifum HAM.

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna reynslu kvenna af áhrifum HAM-atferlishópameðferð sem í heilsugæslu er veitt konum með andlega vanlíðan og kanna hvaða áhrif meðferðin hefur á líðan þeirra. Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla kvenna með andlega vanlíðan af áhrifum HAM-hópmeðferðar sem veitt er á heilsugæslustöð?

AÐFERÐ

Í rannsókninni var notuð eigindleg aðferð og valin fyrirbærafræðileg nálgun sem ætlað er að bæta skilning á fyrirbærum (Brinkmann og Kvale, 2015). Rannsóknaraðferð Vancouverskólans í fyrirbærafræði var valin til að fá svar við rannsóknarspurningunni. Með því að nota þessa aðferð fær rannsakandinn góðar upplýsingar sem annars væri erfitt fyrir hann að afla en tilgangur fyrirbærafræðinnar er að reyna að lýsa, skilja og túlka merkingu þátttakenda eftir ákveðna upplifun eða reynslu í lífinu (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Tilgangurinn er að auka skilning á mannlegum þáttum með það fyrir augum að bæta þjónustu eins og heilbrigðisþjónustu. Farið er í gegnum vitræna þætti allt rannsóknarferlið (mynd 1).

Mynd 1. Vitrænn ferill Vancouvers-skólans í fyrirbærafræði



Þátttakendur og úrtak

Í rannsókninni var notað tilgangsrúttak. Skilyrði fyrir þátttöku var að vera kona, búa á Íslandi, tala íslensku, vera að glíma við andlega vanlíðan (kvíða, þunglyndi eða streitu) í daglegu lífi og hafa nýlengi sex skipta HAM-námskeiði. Leitað var eftir þátttöku kvenna sem höfðu sótt HAM-námskeið annaðhvort fyrir barnshafandi konur eða HAM-námskeið sem var bæði ætlað konum og körlum. Þær átta konur sem samþykktu þátttöku voru á misjöfnum aldri, sumar barnshafandi, frumbyrjur, aðrar fjölbyrjur með ung eða eldri börn og ein barnlaus. Fjórar þeirra sóttu námskeið fyrir barnshafandi konur og fjórar höfðu sótt námskeið þar sem var blandaður hópur. Í lok námskeiðanna var þátttakendum afhent upplýsingablað þar sem rannsóknin var kynnt og þeir beðnir um að hafa samband við rannsakendur í gegnum tölvupóstfang ef þeir gæfu kost á sér í rannsóknum.

Námskeiðin voru haldin á tveimur heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og rannsakendur komu ekki að sjálfum námskeiðunum. Á öðru þeirra leiðbeindu tveir sálfræðingar en um hitt sáu sálfræðingur og ljósmóðir. Leiðbeinendur höfðu öll mikla reynslu í notkun HAM-aðferðarinnar.

Gagnasöfnun

Tekin voru viðtöl við viðmælendur en aðferðin byggir á því að nota viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð sem gefur upplýsingar um meðferðina á meðan á henni stendur og er á sama tíma árangursrík leið til að fá svör við rannsóknarspurningunni (Helga Jónsdóttir, 2013). Hringt var í konurnar sem höfðu skrifað undir samþykki. Tekin voru hálfopin einstaklingsviðtöl sem fóru fram á heilsugæslustöð eða á heimili kvennanna. Viðtalsramminn innihélt sjö opnar spurningar. Tekið var eitt viðtal við hverja þessara átta kvenna og var lengd viðtala 35-45 mínútur. Í upphafi viðtals var farið yfir kynningarbréfið.

Gagnagreining

Hvert og eitt viðtal var hljóðritað og skrifað orðrétt upp og greint samkvæmt aðferð Vancouver-skólans. Í öllum þáttum er um ígrundun að ræða. Þrepin í rannsóknarferlinu eru í heild 12 (tafla 1) og farið eftir þeim í gagnasöfnun og gagnagreiningu. Öllum þátttakendum voru gefin gervinöfn þannig að ekki væri hægt að tengja einstaklinga við viðtölin. Greiningarlíkan allra þátttakenda myndaði heildarmynd þar sem fram kom reynsla þeirra af fyrirbærinu. Að lokum var haft samband aftur við helming viðmælanda, fjórar konur og var heildargreiningarlíkanið borið undir þær.

Siðfræði

Vísindasiðanefnd veitti framkvæmd rannsóknarinnar leyfi (VSN-19-066). Þátttakendur fengu bæði munnlega og skriflega kynningu á rannsókninni og skrifuðu undir samþykkisblað. Í kynningarbréfinu kom fram að þátttakendur gætu hætt þátttöku hvenær sem var og einnig neitað að

svara spurningum án þess að gefa skýringu. Þátttakendum var heitið fullum trúnaði, fengu gervinöfn og staðháttum breytt. Þátttakendum stóð jafnframt til boða ókeypis tími hjá sálfræðingi heilsugæslunnar í kjölfar viðtals en enginn nýtti sér þá þjónustu.

NIÐURSTÖÐUR

Viðmælendurnir átta voru á aldrinum 26-47 ára. Yfirþema rannsóknarinnar var: að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna. Alls voru greind fimm meginþemu; að reyna að gera það besta úr sínum aðstæðum; að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna; að hafa meiri stjórn á huganum og líkamanum; stuðningurinn og eftirfylgnin skiptir öllu máli; bjargráðin að nýta sér alls konar hluti. Síðan voru greind mismörg undirþemu undir hverju þema (Sjá mynd 2).

Að reyna að gera það besta úr sínum aðstæðum

Fyrsta meginþemað var nefnt að reyna að gera það besta úr sínum aðstæðum og tvö undirþemu voru greind þar; *allar með eitthvað í bakpokanum og vanlíðan síðan í barnæsku*. Konurnar voru allar að glíma við andlega vanlíðan eins og kvíða, þunglyndi og/eða félagskvíða. Þær höfðu fundið fyrir kvíða og vanlíðan síðan í barnæsku og hafði kvíðinn hamlað þeim í daglegu lífi. Þær áttu það einnig sameiginlegt að hafa allar, auk depurðar og kvíða, borið með sér einhverja erfiðleika í gegnum lífið eins og áföll eða veikindi.

Þrep í rannsóknarferlinu	Það sem gert var í rannsókninni
Þrep 1. Val á þátttakendum - úrtakið.	Þátttakendur voru átta konur sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku. Þær voru valdar með tilgangsrúrtaki. Fjórar höfðu sótt HAM-námskeið fyrir barnshafandi konur og fjórar höfðu sótt blandað námskeið ætlað bæði konum og körlum.
Þrep 2. Undirbúningur hugans, vera kyrr.	Fyrirframgefna hugmyndir um fyrirbærið ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.
Þrep 3. Gagnasöfnun – Þátttaka í samræðum.	Eitt viðtal var tekið við hvern þátttakanda sem var 35-45 mínútna langt.
Þrep 4. Byrjandi gagnagreining – Skerpa vitund um hugmyndir og hugtök.	Viðtölin hljóðrituð og skrifuð orðrétt upp. Hugmyndum komið í orð og vinnsla við gagnasöfnun og gagnagreiningu.
Þrep 5. Þemagreining, að setja orð á hugmyndir.	Rannsakendur lásu viðtölin oft yfir til að greina aðalatriðin í frásögnum þátttakenda. Notaður var yfirsíkurunarpenni og athugasemdir skrifaðar á spássiur. Greind voru megin- og undirþemu.
Þrep 6. Greiningarlíkan búið til fyrir þátttakendur – að átta sig á reynslu hvers einstaklings.	Rannsakendur bjuggu til greiningarlíkön með hugtökum og orðum hvers þátttakanda. Megin- og undirþemu voru dregin fram í frásögn þátttakenda.
Þrep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með þátttakendum.	Staðfesting var fengin frá þátttakendum með því að senda hverjum sitt greiningarlíkan, sem var fylgt eftir með símtali og farið yfir það .
Þrep 8. Heildargreiningarlíkan búið til úr átta einstaklingsgreiningarlíkönunum.	Rannsakendur báru saman greiningarlíkön allra þátttakenda og bjuggu til eitt heildargreiningarlíkan með sameiginlegum þemum.
Þrep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin.	Viðtölin voru aftur lesin yfir og borin saman við heildargreiningarlíkanið til að tryggja samsvörun í niðurstöðunum.
Þrep 10. Aðalþema sett fram til að lýsa fyrirbærinu.	Yfirþema í rannsókninni var: að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna. Það lýsir reynslu kvenna með andlega vanlíðan af hugrænni atferlishópmeðferð.
Þrep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og aðalþema með nokkrum viðmælendum.	Fjórum þátttakendum var sent heildargreiningarlíkanið og fékkst staðfesting frá þeim á greiningarlíkaninu.
Þrep 12. Niðurstöðurnar skrifaðar þannig að viðhorf allra komi fram.	Trúverðugleiki niðurstaðna var aukin með því að vitna beint í orð þátttakenda.

Mynd 2. Greiningarlíkan



Eins og Telma sagði, maðurinn minn var atvinnulaus og hlutirnir bara gerast ... lífið er alls konar og allar með eitthvað í bakpokanum en ég hef alveg lent í depurð og ég fékk fæðingarþunglyndi með fyrsta barnið mitt og vann bara ekkert úr því og sat út í horni og skammaðist mín fyrir að vera ekki nógu góð mamma og bara kunni þetta ekki og var með rosalega erfitt barn (Telma).

Að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna

Annað meginþemað lýsir áhrifum sem þær mátu að námskeiðið hefði haft á líðan þeirra en það var nefnt; að ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna. Þar voru greind sex undirþemu; verkfæri sem þú getur nýtt þér; opnaði augun fyrir svo mörgu; að tala við sjálfa þig eins og vinkonu þína; að koma sér upp úr hjólförum; að heyra reynslusögur; og það var bara ekki að virka hjá mér. Konurnar sögðu frá mismunandi reynslu þegar spurt var um upplifun þeirra af HAM-námskeiðinu. Sjö af átta konum fannst námskeiðið hjálplegt og gagnlegt og flestum fannst námskeiðið hafa hjálpað þeim til að verða lausnarmiðaðri og töldu að námskeiðið nýttist þeim bæði í einkalífinu og í vinnu.

Nokkrar kvennanna lýstu því hvað þeim fannst gott að fá þessi verkfæri í hendurnar eins og hugsanaskrá en um það fjallaði fyrsta undirþemað sem var nefnt, verkfæri sem þú getur nýtt þér. Annað undirþema um upplifunina af námskeiðinu var að því var lýst sem hjálplegu, gagnlegu og lausnamiððu.

Það opnaði augun þeirra fyrir svo mörgu, meðal annars að átta sig á því að þetta var kvíði sem þær voru að glíma við. Í heildina fannst konunum námskeiðið hafa haft jákvæð áhrif á líðan þeirra og margt sem þær lærðu vera góður grunnur til að halda sér í jafnvægi en margar þurfa að halda áfram og vinna í sér. „Ég hafði heyrt um HAM og heyrt talað um það sem meðferð en ég hélt að ég væri búin að tileinka mér þetta, þetta er frábært tól til að halda manni í jafnvægi“ (Telma).

Þriðja undirþemað var nefnt, að tala við sjálfa þig eins og vinkona þín. Í þessu þema kom fram að konurnar áttu það sameiginlegt að geta betur, eftir námskeiðið áttað sig á neikvæðum niðurrifshugsunum og betur stoppað þær áður en þeim fór að líða illa. Námskeiðið hjálpaði þeim þannig að átta sig á bæði jákvæðum og neikvæðum hugsunum, koma reglu á þær og að reyna að breyta þeim ásamt því að ná að hugsa hlutina upp á nýtt á jákvæðari og uppbyggilegri hátt.

Ég á að tala við sjálfa mig eins og vinkona þín en ekki alltaf að brjóta sig niður eins og það sé alltaf þessi blessaði púki á öxlinni á þér ... það þarf oft bara að hugsa þessar hugsanir upp á nýtt, þær eru oft ekki raunsæjar og sérstaklega ekki þegar maður er búin að skrifa þær niður á blað (Bára).

Að koma sér upp úr hjólförum var fjórða undirþemað. Þær sáu loksins tækifæri og voru margar búnar að breyta hegðun sinni og námskeiðið virkaði hvetjandi. Bara þessu litlu hlutir í daglegu lífi, þær urðu félagslega virkari og létu kvíðann eða félagskvíðann ekki stoppa sig.

Þessir litlu hlutir að búa um mig á morgnana, dagurinn byrjar og bara þessi litla breyting að vakna fyrr og ég er ein með sjálfri mér með kaffibollan og les blaðið áður en krakkarnir vakna og bara að koma sér upp úr hjólförum sem maður er búin að búa sér til og núna er ég farin að hugsa okey, hverju get ég bætt við (Bára).

Í fimmta undirþemanu er því lýst hvernig konunum fannst hjálplegt að heyra ólíkar reynslusögur annarra kvenna, skynja og skilja að þær væru ekki einar með þessa vanlíðan. Þær uppgötvuðu hversu mikilvægt það var að geta talað um tilfinningar sínar og líðan. Að geta speglað sig í reynslunni í hópnum og talað um hluti eins og fæðingarþunglyndi og hvað sé eðlilegt eftir fæðinguna eins og grátur og að vera viðkvæmur eftir fæðinguna.

Að heyra reynslusögur frá konunum á námskeiðinu ... maður er ekki einn með þessa tilfinningu og þetta er ekkert kjánalegt ... en ég er svolítið smeyk fyrir fæðingunni, það var rætt á námskeiðinu... hjálplegt að geta talað um tilfinningarnar mínar og vera sterk og gera hlutina (Anna).

Sjötta undirþemað það var bara ekki að virka hjá mér lýsir reynslu einnar konu sem upplifði að námskeiðið nýttist henni ekki sem skildi. Hún var að glíma við þunglyndi og sagðist vera framtakslaus og leitaði ekki eftir aðstoð til sálfræðinganna á stöðinni eða spurði þá um ráðleggingar. Konan lýsti því líka að hún væri gleymin og hefði lítinn áhuga á öllu. Hún sagði að hún gæti ekki nýtt sér þau verkfæri sem unnið var með á námskeiðinu svo sem eins og hugsanaskrá eða ánægjulist.

Hún hefði einhvern veginn ekki náð því hvernig hún gæti nýtt sér þessi verkfæri.

Ég hef ekkert nýtt það ég las náttúrlega fyrir tímana og síðan áttum við að gera heimavinnuna en það var bara ekki að virka hjá mér, við áttum að hugsa um eitthvað svona aðstæður og það var bara einhvern veginn ekkert sem ég gat tekið upp, jú jú ég er búin að þjást af þunglyndi ... ég var einhvern veginn ekki að ná því hvernig ég á að nýta þetta (Rún).

Upplifun þessarar konu var í talsverðu ósamræmi við upplifun hinna kvennanna sem mögulega felst í þeirri slæmu andlegu líðan sem hún sjálf lýsti og gat hún því ef til vill ekki nýtt sér námskeiðið.

Að hafa meiri stjórn á huganum og líkamanum

Þriðja meginþemað nefndist að hafa meiri stjórn á huganum og líkamanum sem skipt var í fimm undirþemu sem lýstu nánar andlegri, líkamlegri og félagslegri líðan kvennanna eftir námskeiðið. Þau voru; *meira sjálfstraust; betri líkamleg líðan; bara alveg glötuð; líkamsímynd óléttunnar; og maður hefur þörf fyrir félagsleg tengsl.*

Í fyrsta undirþemanu lýstu konurnar eigin niðurrifshugsunum eins og Telma og Ester, hvaða áhrif það hafði að hafa meiri stjórn á hugsunum sem hafði þau áhrif að þær fundu fyrir meira sjálfstrausti.

Já, mér finnst þetta bara hafa gert mig sterkari þannig að maður getur tekist á við meira og gefið sjálfum mér meira svigrúm ... þetta styrkir mann alveg mjög mikið mér finnst bara eins og ég upplifi að ég geti gert allt núna þetta er þínu þannig ... geggjáður sigur að hafa meiri stjórn á huganum og líkamanum (Telma).

Annað undirþemað lýsti því hvaða áhrif bætt andleg líðan hafði á líkamlega líðan eins og Jóhanna sem var að glíma við kvíða, þunglyndi og lágt sjálfsmat og þegar henni leið illa andlega þá fann hún oft fyrir líkamlegum einkennum en hún fann fyrir betri líðan eftir námskeiðið.

Þriðja undirþemað lýsti því að ekki hafði öllum tekist að bæta líðan sína eftir námskeiðið. Rún leið ekki nógu vel, hún var framtakslaus og hennar leiðir höfðu ekki virkað nógu vel og námskeiðið nýttist henni lítið. Henni fannst sjálfsmyndin sín vera mismunandi og stundum fannst henni hún bara *alveg glötuð* og Jóhanna tók í svipaðan streng:

Það er alltaf þínu ótti í mér, á ég eftir að, þú veist, muna allt sem ég þarf að gera, eða á ég eftir að elska þetta barn jafnmikið og ég elska hin börnin ... það er þessi kvíði, þunglyndi og lélegt sjálfsmat þetta fer allt svona í hring og þetta er eins og spirall og tengist allt (Jóhanna).

Næsta undirþema, *líkamsímynd óléttunnar* lýsti líðan kvenna sem höfðu verði barnshafandi eða nýbúnar að eiga barn. Þær töluðu um líkamlegu breytingarnar sem áttu sér stað á meðgöngunni og það hvernig fólk talar við konur, til dæmis eins og að tjá sig um stærð á bumbunni og hvernig konur líta út á meðgöngunni. Þær höfðu upplifað að ummæli sem aðrir létu falla um þær sem barnshafandi konur, höfðu ekki góð

áhrif á andlega líðan þeirra. Þessi umræða olli áhyggjum og kvíða hjá nokkrum konum en sumar létu þau ekki á sig fá eins og Helga var með sterka sjálfsmynd og tók þetta ekki inn á sig en hún sagði:

Maður á bara að vera glaður með það sem maður er og að maður sé heilbrigður og að allt muni ganga vel og bumban skiptir engu máli, hvort hún er stór eða lítil eða skökk (hlátur) nei fattarðu þetta var tekið fyrir og það voru margar að glíma við kvíða sem tengist þessu (Helga).

Síðasta undirþemað fjallar um þá jákvæðu breytingu sem hafði orðið á félagslegri virkni þeirra. Þær töluðu um að *maður hefur þörf fyrir félagsleg tengsl* eftir námskeiðið, sumar ræddu það sérstaklega en það kom einnig fram í breyttri hegðun. Nokkrar voru að glíma við félagskvíða og það gat verið hindrun að fara út og hitta fólk eða fara og vera í margmenni en þær voru að reyna að láta félagskvíðann ekki stoppa sig, eins og Ester sagði:

Maður hefur þörf fyrir félagsleg tengsl og mér finnst gaman að vera í kringum fólk en þegar kvíðinn er mikill þá einhvern veginn tekur hann yfir þannig að það er gott að fara á staðinn en ekki loka sig af eins og maður vill stundum gera, það er bara alls ekki gott að loka sig af, ég hef alveg gert það stundum (Ester).

Stuðningurinn og eftirfylgnin skiptir öllu máli

Fjórða meginþemað fjallaði um það að *stuðningur og eftirfylgd skipti öllu máli*. Þær sögðu frá mismunandi reynslu þegar spurt var um stuðning. Hann var þrenns konar: Stuðningur eða eftirfylgni frá heilsugæslunni, stuðningur frá hópnum á námskeiðinu og stuðningur frá fjölskyldu og vinum. Stuðningurinn skiptist svo í fjögur undirþemu sem lýsti nánar hvernig konurnar upplifðu stuðninginn og eftirfylgnina; *mikilvægt að spyrja um líðan; halda líka sjálfar áfram þessari vinnu; maður er ekki einn; og að tala opinskátt.*

Fyrsta undirþemað var *mikilvægt að spyrja um líðan* og gefa sér tíma. Konurnar sögðu frá mismunandi reynslu en flestar óskuðu eftir og töldu mikilvægt að fá meiri stuðning og eftirfylgni frá heilsugæslunni eins og frá ungubarnaverndinni. Þær sem voru barnshafandi eða nýbúnar að eiga ræddu um hvað það var mikilvægt að hafa námskeið fyrir barnshafandi konur. Telma og Jóhanna, höfðu svipaða reynslu og sögu að segja, þær fengu betri þjónustu núna en þegar þær voru að eiga sín fyrstu börn.

Ég hef aldrei verið greind með neitt sérstakt fæðingarþunglyndi eða neitt á meðgöngunum en þetta er búið að vera til staðar lengi hjá mér ... en þetta er í fyrsta skipti sem að gripið er inn í og ég fæ aðstoð á fjórðu meðgöngu, það hefði verið rosa gott að fá aðstoð fyrr (hlær) en eftirfylgnin skiptir öllu máli og að gefa mömmunum líka tíma og mikilvægt að spyrja um líðan, sinna þeim betur (Jóhanna).

Annað undirþemað var nefnt; *halda líka sjálfar áfram þessari vinnu*. Þær töluðu um að þeim fannst mikilvægt að fá líka einstaklingstíma hjá sálfræðingnum á heilsugæslunni og vildu svo halda áfram þessari vinnu sjálfar og þiggja stuðning eins

og Telma orðaði það.

Mikilvægt að halda líka sjálf áfram þessari vinnu og halda áfram í viðtölum hjá sálfræðingnum ef maður hefur eitthvað farið til sálfræðings þá veit maður að vinnan liggur hjá þeim sem er í meðferðinni en ekki hjá sálfræðingnum, hann er ekki með einhvern sprota (Telma).

Þriðja þemað er; *maður er ekki einn*. Flestum fannst mikil heilun í því að deila reynslunni og að vita að maður er ekki einn með þessar hugsanir og líðan en það var mismunandi eftir samsetningu hópsins hvort þeim fannst stuðningur í hópnum. Þær sem voru á hópnaðmskeiði eingöngu með barnshafandi konum fannst öllum hópurinn vera stuðningur og þær fundu fyrir samstöðu hver með annarri og meiri umræður sköpuðust. Rögnu fannst gott að finna fyrir samstöðu með hinum konunum og Jóhanna tók í svipaðan streng: „*Þetta var fjölbreyttur hópur af konum og gott að sjá og upplifa að maður er ekki einn. Það var gott að geta verið í hóp þar sem allt mögulegt er rætt*“ (Jóhanna). Konurnar í blandaða hópnum fundu ekki fyrir eins miklum stuðningi frá hópnum. Telmu fannst ekki stuðningur í hópnum því það voru svo fáir að tjá sig og deila líðan, hugsun og upplifun sinni, henni fannst vanta meiri umræður í lokin.

Síðasta undirþemað fjallaði um hversu mikilvægt konunum þótti að geta talað um líðan sína; *að tala opinskátt*. Þær lýstu því allar hversu mikilvægt það var að hafa góðan félagslegan stuðning í kringum sig og gott bakland frá maka, fjölskyldunni eða vinum. Sérstaklega þegar þeim leið illa og hvað það var þá mikilvægt að geta talað opinskátt um líðan sína svo að fólkið í kring skilji og geti þannig veitt þeim stuðning: „*Að geta talað um mína líðan og sagt, heyðu mér líður bara þínu illa núna getur þú leyft mér að vera ein og í friði í smástund, en hann (maki) er mjög skilningsríkur með mig og minn kvíða*“ (Ragna).

Bjargráðin – Að nýta sér alls konar hluti

Síðasta meginþemað nefnist; Bjargráðin – *að nýta sér alls konar hluti*. Eftir námskeiðið gripu konurnar til ýmissa bjargráða til að takast á við kvíða eða vanlíðan. Bjargráðin nýttust þeim í mörgum þáttum daglegs lífs, þær lærðu nýjar aðferðir til að koma á breytingum í lífi sínu og til að fá meira út úr lífinu. Þær fóru að hugsa meira um að gera hluti sem stuðluðu að þeirra eigin vellíðan og upplifðu að þær væru meðvitaðri um að nýta sér ýmis bjargráð.

Þessi hugsanaskrá mér finnst hún langbesta verkfærið en ég geri þetta ósjálfrátt núna í huganum, ég nýtti mér líka hin verkfærin ... ég hef aldrei verið eins vel á mig komin andlega og líkamlega eins og þegar ég fór út í langan göngutúr og hlustaði á tónlist, ég var sú sem labbaði meðfram götunni og dansaði, en það er eitthvað sem ég þarf að koma inn á listann hjá mér, ég þarf að gera meira fyrir mig (Jóhanna).

Konurnar voru flestar orðnar félagslega virkari og létu félagskvíðann ekki stoppa sig og reyndu að gera eitthvað ánægjulegt fyrir sig. Það sem þær nýttu sér til að líða betur var m.a. hugsanaskráin, ýmiss konar skipulag og endurmat,

gera eitthvað ánægjulegt fyrir sig eins og hreyfingu, fara í göngutúra, sund og jóga. Einnig prófuðu sumar hugleiðslu, slökun eða flot í vatni.

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingu um að upplifun kvenna af HAM-námskeiði sé góð og flestar lýsa jákvæðri upplifun við að *ná tökum á kvíðanum og láta hann ekki stjórna lífi sínu*. Það sem einkenndi konurnar sem þátt tóku í rannsókninni var að þær vildu allar reyna að gera það besta úr aðstæðum sínum og áttu það sameiginlegt að vilja ná tökum á lífinu með því að leita sér aðstoðar. Áhugaverðar niðurstöður er að finna í eigindlegri rannsókn Bernhardsdóttir o.fl., (2014) þar sem nokkur þemu þeirrar rannsóknar eru sambærileg við upplifun kvenna í okkar rannsókn. Þetta samræmist þeim þætti í rannsókninni að þátttakendum fannst gott að fá verkfæri HAM í hendurnar eins og hugsanaskrána. HAM- námskeiðið hjálpaði þeim að endurmeta neikvæðar hugsanir og þær fóru að hugsa hlutina upp á nýtt með jákvæðari og uppbyggilegri hætti sem var lykillinn að því að þeim fór mörgum að líða betur.

Þátttakendum leið ekki öllum vel í byrjun en þegar andlega líðanin batnaði fylgdi betri líkamleg líðan í kjölfarið. Margar fundu fyrir meira sjálfstrausti. Þannig náðu þær bæði betri stjórn á huganum og líkamanum og margar fundu fyrir minni kvíða og gátu áttað sig á ástæðum þess að þeim leið illa. Svipaðar niðurstöður má finna í eigindlegri rannsókn eftir HAM-hópmeðferð hjá konum sem voru að glíma við andlega vanlíðan eftir fæðingu (Masood o.fl., 2015). Konurnar í okkar rannsókn fundu fyrir auknu sjálfstrausti og sjálfstjórn sem samræmist niðurstöðum í rannsókn Bernhardsdóttir o.fl., (2014).

Konurnar í okkar rannsókn, ræddu um líkamsímynd óléttunnar og móðurhlutverkið sem olli þeim áhyggjum og kvíða og þær höfðu áhyggjur af því hvað fólk og samfélagsmiðlar segðu til dæmis um útlit þeirra og stærðina á bumbunni. Í niðurstöðum okkar kom í ljós að konurnar höfðu missterka sjálfsmynd og því gat svona umræða haft talsverð neikvæð áhrif á þær. Í ástralskri eigindlegri rannsókn Staneva o.fl., (2017) sögðu barnshafandi konur með andlega vanlíðan frá sams konar áhyggjum og þær sögðust finna fyrir þrýstingi með að líta alltaf vel út, virðast glaðar og ánægðar með meðgönguna. Niðurstöður okkar rannsóknar líkt og í rannsókn Staneva o.fl., (2017) gefa vísbendingu um að miklar kröfur og sterk skilaboð í orðræðu samfélagsins valdi öðryggi og auki á kvíða og vanlíðan hjá konum. Það er sífellt algengara að konur glími við kvíða fyrir og eftir fæðingu. Í rannsókn Kristensen o.fl., (2018) kom einnig fram að foreldrahlutverkið geti verið flókið, sérstaklega fyrir frumbyrjur. Mikilvægt er að fylgjast afar vel með frumbyrjum því samfélagsmiðlar hafa mikil áhrif á andlega líðan kvenna, heimur frumbyrja sé að breytast og væntingar þeirra til móðurhlutverksins séu oft aðrar en raunveruleikinn og það getur verið erfitt og krefjandi til dæmis þegar barnið er óvært, sömuleiðis þegar baklandið er lítið eða þegar erfiðleikar verða í sambandinu (Borglin



o.fl., 2015). Konur sem höfðu verið greindar með þunglyndi á meðgöngu og tóku þátt í rannsókn Bennett o.fl., (2007) sögðu að þær hefðu jafnvel haldið líðan sinni leyndri fyrir vinum og fjölskyldu af því þær skömmuðust sín og voru hræddar við fordóma. Við teljum því mikilvægt að fylgja konum, mæðrum og frumbyrjum strax eftir og bjóða upp á HAM-námskeið sem veitir þeim stuðning frá upphafi meðgöngu og áfram eftir fæðingu.

Stuðningurinn og eftirfylgnin skiptir öllu máli en í rannsókninni fannst konunum sem þátt tóku mikil heilun í því að deila reynslu sinni sín á milli og vita að þær væru ekki þær einu sem glímdu við kviða. Í hópnum sem í voru eingöngu barnshafandi konur, sköpuðust meiri umræður því þær fundu fyrir stuðningi hver frá annarri en í blandaða hópnum fundu konurnar fyrir minni stuðningi og fannst vanta meiri umræður. Áður hafa birst rannsóknarniðurstöður sem sýna að þátttaka í HAM-hópi reynist dýrmæt fyrir konur. Þær eru þakklátar fyrir stuðninginn frá hópnum sem hvetur þær til aukinnar félagslegrar virkni (Cramer, o.fl., 2011). Rannsóknarniðurstöður okkar ásamt niðurstöðum (Masood o.fl., 2015) gefa vísbendingar um að mikilvægt sé að hafa námskeiðin kynjaskipt og einnig að bjóða upp á námskeið fyrir konur í fæðingarorlofi.

Konunum í okkar rannsókn fannst mikilvægt að vera spurðar um andlega líðan sína og vera fylgt eftir og það voru einnig dæmi þess að þær óskuðu eftir því að fá meiri stuðning og eftirfylgni frá heilsugæslunni, sérstaklega frá ungubarnaverndinni. Höfundum fannst áberandi að konurnar töluðu lítið um þann stuðning og eftirfylgd sem ungubarnaverndin getur veitt. Það er reynsla höfunda að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður á heilsugæslunni geta haft jákvæð og góð áhrif á konur með andlega vanlíðan í barneignarferlinu því þau hitta fjölskylduna reglulega og geta veitt henni stuðningsmeðferð, virka hlustun og ráðleggingar.

Niðurstöðurnar gefa hins vegar sterka vísbendingu um að sá stuðningur þurfi að vera sýnilegri og meira afgerandi en með HAM gætu hjúkrunarfræðingar og ljósmæður veitt konum sem þurfa, aukinn stuðning. Í nýlegri kanadískri tilraunarannsókn þar sem hjúkrunarfræðingar fengu þjálfun og kennslu til að bjóða mæðrum upp á HAM-námskeið á heilsugæslunni kom fram að dregið hafði úr andlegri vanlíðan þeirra. Þær voru líka með minni áhyggjur, tengslamyndun á milli móður og barns var betri og heimsóknum vegna andlegrar vanlíðanar á heilsugæsluna fækkaði (Van Lieshout o.fl., 2019).

Rannsóknin okkar veitir innsýn í reynslu kvenna sem hafa sótt HAM-námskeið á heilsugæslustöðvum, en það efni hefur ekki verið rannsakað áður hér á landi. Styrkleiki rannsóknarinnar felst í rannsóknaraðferðinni sem notuð var en einnig að þátttakendur voru á misjöfnum aldri og bjuggu við ólíkar aðstæður. Veikleiki rannsóknarinnar er fyrst og fremst fólgin í því hve fáir þátttakendur eru í rannsókninni og eins og í öðrum eigindlegum rannsóknum er ekki raunhæft að alhæfa út frá niðurstöðum. Einnig má nefna sem veikleika að úrtakshópurinn kom frá tveimur mismunandi hópum. Sú leið var farin vegna þess hversu erfitt var að nálgast þátttakendur á rannsóknartímanum en það kann að hafa áhrif á niðurstöðurnar.

Þakkir

Konurnar sem tóku þátt í rannsókninni fá hrós og þakklæti fyrir að koma og deila persónulegri reynslu sinni, því án þeirra hefði rannsóknin ekki verið möguleg. Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er þakkað fyrir að gefa leyfi fyrir rannsókninni. Karli Rúnari Þórssyni er þakkað fyrir yfirlestur og góð ráð. Einnig viljum við þakka fyrir styrki frá Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Fagdeild heilsugæsluhjúkrunarfræðinga.

ENGLISH SUMMARY

Managing the anxiety:

The experience of Icelandic women with mental distress of the effects of using cognitive behavioural therapy offered by a primary health care clinic

Ómarsdóttir, Þ. E., Karlsdóttir, S. I., Jonsdóttir, S. S.

Aim

Cognitive behavioural therapy (CBT) is an effective conversational therapy used for mental distress. The aim of this study was to explore women's experiences of the effect of CBT and the impact on women's mental well-being.

Method

This was a qualitative study, using the Vancouver school. Participants were eight women recruited by a purposeful sample from two primary health care clinics in the capital area of Iceland. The women were between 26 and 47 years old and had been dealing with mental distress. They had all completed a six-week course of CBT offered at the primary health care clinics. Each woman was interviewed once for the study.

Results

The main theme was: Managing the anxiety but not let it control. Describing the experience of CBT therapy among women with mental distress. Five themes emerged: To make the best out of the situation; to cope with the anxiety and not give it permission to control; the support and follow-up makes all the difference; Coping and different ways to cope with the situation. The results indicate that the women had a positive experience from the CBT and most described a positive experience in coping with anxiety and not letting the anxiety

control them. The women tried to improve their well-being and situation after they went through the CBT as well as support and follow-up offered from healthcare professionals at the primary health care clinic. Many were more conscious on how to improve their well-being and became more socially active.

Conclusion

It is important that primary health care clinics continue to improve and strengthen the mental health services offered to women who are struggling with mental distress. The CBT therapy seems to give good results and be an effective treatment.

Key words:

Cognitive behavioural therapy (CBT), experience, women, mental distress, primary health clinic.

Correspondent:

Þórunn Erla Ómarsdóttir

thorunn.erla.omarsdottir@heilsugaeslan.is

HEIMILDIR

- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E. og Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy - A qualitative study. *BMC Women's Health*, 7. doi:10.1186/1472-6874-7-13
- Bernhardsdóttir, J., Champion, J. D. og Skärsäter, I. (2014). The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 679-686. doi.org/10.1111/jpm.12106
- Borglin, G., Hentzel, J. og Bohman, D. M. (2015). Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 16(5), 470-480. doi.org/10.1017/S1463423615000055
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 203. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/borza
- Brinkmann, S. og Kvale, S. (2015). Interviews: *Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage Thousand Oaks.
- Clemente-Suárez, V. J. (2021). Multidisciplinary intervention in the treatment of mixed anxiety and depression disorder. *Physiology & Behavior*. 219, 112858. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112858
- Cramer, H., Salisbury, C., Conrad, J., Eldred, J. og Araya, R. (2011). Group cognitive behavioural therapy for women with depression: Pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods. *BMC Psychiatry*, 11(1), 82.
- Dennis, C., Brown, H. K., Falah-Hassani, K., Marini, F. C. og Vigod, S. N. (2017). Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 213, 131-137. doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013
- Gao, L., Qu, J. og Wang, A. Y. (2020). Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 497-508. doi.org/10.1080/02646838.2019.1652730
- Hadjistavropoulos, H. D., Williams, J., Adlam, K., Spice, K., Nugent, M., Owens, K. M. B., Sundström, C., Dear, B. F. og Titov, N. (2020). Audit and feedback of therapist-assisted internet-delivered cognitive behaviour therapy within routine care: A quality improvement case study. *Internet Interventions*, 20, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100309
- Helga Jónsdóttir. (2013). Viðtöl í eiginlegum og meginlegum rannsóknunum. Í Sigriður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 137-153). Háskólinn á Akureyri.
- Jonsdóttir, Sigridur Sia (2019). Effects of perinatal distress, satisfaction in partner relationship and social support on pregnancy and outcome of childbirth, Linnaeus University Dissertations No 352/2019, ISBN: 978- 91-88898-61-6 (pdf).
- Jonsdóttir, S. S., Thome, M., Steingrimsdóttir, T., Lydsdóttir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdóttir, H. og Swahnberg, K. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant icelandic women. *Women and Birth*, 30(1), e46-e55. doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.005
- Kerstis, B., Aarts, C., Tillman, C., Persson, H., Engström, G., Edlund, B., Öhrvik, J., Sylvén, S. og Skalkidou, A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 87-94. DOI 10.1007/s00737-015-0522-3
- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M. og Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 43-49. doi:10.1016/j.srh.2018.06.003
- Lindegaard, T., Hessel, T., Nilsson, M., Johnsson, R., Carlbring, P., Lillengren, P. og Andersson, G. (2020). Internet-based psychodynamic therapy vs cognitive behavioural therapy for social anxiety disorders: A preference study. *Internet Interventions*, 20, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100316
- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W. og Jiang H. (2020). Prevalence and associate factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*, 24(1), 848-856. /doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028
- Lydsdóttir, L. B., Howard, L. M., Olafsdóttir, H., Thome, M., Tyrifsson, P. og Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the edinburgh postnatal depression scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(4), 393-398.
- Magnús B. Sigvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*. 97(11), 613-619.
- Marga Thome. (2009). Andleg líðan eftir fæðingu. leiðbeiningar um ung og smábarnavernd. Sótt af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item24435/Andleg%20%C3%AD%C3%B0an%20eftir%20%C3%A6%C3%B0ingu.pdf
- Mars, B., Gibson, J., Dunn, B. D., Gordon, C., Heron, J., Kessler, D., Wiles, N. og Moran, P. (2021). Personality difficulties and response to community-based psychological treatment for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 279, 266-273. doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.115
- Masood, Y., Lovell, K., Lunat, F., Atif, N., Waheed, W., Rahman, A., Mossabir, R., Chaudhry, N. og Husain, N. (2015). Group psychological intervention for postnatal depression: A nested qualitative study with british south asian women. *BMC Women's Health*, 15(1), 109. doi.org/10.1186/s12905-015-0263-5
- NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health. clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. national institute of clinical excellence. Sótt af https://www.nice.org.uk/guidance/cg192
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J. og Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want?: A qualitative study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 359-371. doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.05.005
- Pétur Tyrifsson og Agnes Agnarsdóttir. (2011). *Mér líður eins og ég hugsa! hugræn atferlismeðferð við þunglyndi og kvíða*. Landspítali Háskólasjúkrahús.
- Sahebi, Behatu-Zarbaqum B, Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M. og Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 107,110247. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247
- Sigriður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigriður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Daníelsdóttir, Jón Óskar Guðlaugsson og Dóra Guðrún Guðmundsdóttir. (2021). Í Hildur Björk Sigbjörnsdóttir (ritstj.) *Talnabrunn, Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar*, 15(3) mars 2021.
- Staneva, A., Bogossian, F., Morawska, A. og Wittkowski, A. (2017). "I just feel like I am broken. I am the worst pregnant woman ever": A qualitative exploration of the "at odds" experience of women's antenatal distress. *Health Care for Women International*, 38(6), 658-686. doi:10.1080/07399332.2017.1297448
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P. og Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 14(5), 463-472.
- Thome, M., Orlygsdóttir, B. og Elvarsson, B. T. (2012). Evaluation of the clinical effect of an on-line course for community nurses on post-partum emotional distress: A community-based longitudinal time-series quasi-experiment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 494-504.
- Van Lieshout, R. J., Layton, H., Feller, A., Ferro, M. A., Biscaro, A. og Bieling, P. J. (2019). Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. *Public Health Nursing*, 35, 50-55. doi:10.1111/phn.12664
- Westbrook, D., Kennerley, H. og Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* Sage.
- Wilson, N., Wynter, K., Anderson, C., Rajaratnam, S. M., Fisher, J. og Bei, B. (2019). More than depression: A multi-dimensional assessment of postpartum distress symptoms before and after a residential early parenting program. *BMC Psychiatry*, 19(1), 48. doi.org/10.1186/s12888-019-2024-8
- Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu. (e.d.). Vinnulag við skimun og meðferð þunglyndis og kvíða í ung- og smábarnavernd. Sótt af http://www.xn--h-iga4c.is/library/Files/Vinnulag%20vi%C3%B0%20skimun%20og%20me%C3%B0fer%C3%B0%20%C3%BEunglyndis%20og%20kv%C3%AD%C3%B0a%20%C3%AD%20ung-%20og%20sm%C3%A1barnavernd%20-%20Copy%20(2).pdf

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur

Sýnt hefur verið fram á að hjúkrunarfræðinemar sem finna fyrir einkennum streitu og kulnunar á námstímanum, eru líklegri til að glíma við streitu og kulnunareinkenni eftir útskrift og eru jafnframt líklegri til að hætta í starfi en þeir sem ekki finna fyrir þessum einkennum.

Tilgangur

Að lýsa námi og framtíðaráformum, almennri og námstengdri streitu, bjargráðum og kulnun hjá lokaárs hjúkrunarfræðinemum á Íslandi; skoða samband almennrar streitu og kulnunar innbyrðis og við nám, framtíðaráform, og bakgrunnsbreytur; greina áhrifaþætti streitu, persónutengdrar og námstengdrar kulnunar og kulnunar tegndri samnemendum.

Aðferð

Megindleg með lýsandi könnunarsniði. Mæltiækin Perceived Stress Scale (PSS) og Copenhagen Burnout Inventory (CBI) mældu einkenni streitu og kulnunar. Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til að greina áhrifaþætti streitu og kulnunar.

Niðurstöður

Þátttakendur voru 82 (72,6% svörun). Meðaltalsstig á PSS var 17,8 á kvarða frá 9-40, á persónutengdri kulnun 42,9, á námstengdri kulnun 56,9 og á kulnun tengdri samnemendum 31,2 á kvörðum frá 0-100. Meirihluti nemenda fann fyrir mikilli streitu sem tengdist háskólanáminu sjálfu (85%) og skorti á námsleiðbeiningum (57%).

Fjórar aðhvarfsgreiningar voru unnar. Spálíkan 1 sýndi að nemendur sem telja sig fá lítinn/engan stuðning við námið og litlar/engar námsleiðbeiningar eru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á PSS ($r^2=17,2$). Spálíkan 2 sýndi að nemendur sem eru 30 ára og eldri eru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á kvarðanum kulnun tengdri samnemendum ($r^2=8,1$). Spálíkan 3 sýndi að nemendur með mikla/mjög mikla streitu tengda ástundun háskólanáms og samskiptum við kennara eru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á kvarðanum um námstengda kulnun ($r^2=34,8$). Líkan 4 sýnir að nemendur sem hafa fleiri stig á PSS eru líklegri til að hafa hærri meðaltalsstig á kvarðanum um persónutengda kulnun ($r^2=30,6$).

Ályktun

Hjúkrunarfræðinemar á lokaári upplifa streitu og kulnun í námi. Mikilvægt er finna leiðir til að fyrirbyggja og meðhöndla streitu og draga úr kulnun meðan á náminu stendur.

Lykilorð:

Streita, kulnun, hjúkrunarfræðinemendur.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Skima eftir streitu og kulnun hjá nemendum

Bjóða upp á leiðir til að takast á við streitu, t.d. streitustjórnunarnámskeið

Tryggja að námsleiðbeiningar séu skýrar og aðgengilegar

Veita nemendum sem á þurfa að halda viðeigandi stuðning

Nýjungar: Með þessari rannsókn er verið að skoða í fyrsta sinn samspil streitu, kulnunar og bjargráða hjá íslenskum hjúkrunarfræðinemum.

Þekking: Hjúkrunarfræðinemar á lokaári finna fyrir streitu og kulnun og þá að mestu námstengdri kulnun. Þættir sem spá fyrir um námstengda kulnun eru streita tengd ástundun háskólanáms og streita tengd samskiptum við kennara.

Hagnýting: Kennarar og skipuleggjendur náms í hjúkrunarfræði verða að bregðast við þessum niðurstöðum með því að skima eftir streitu og kulnun á námstímanum, ásamt því að auka stuðning við nemendur og efla með þeim jákvæð bjargráð við streitu. Nemendur þurfa að læra að þekkja einkenni streitu og hvernig hún getur haft áhrif á þróun kulnunar. Þetta er sérstaklega mikilvægt í ljósi þess að streita og kulnun hefur áhrif á námsárangur, heilsu og líðan nemenda sem getur fylgt þeim í starfi eftir útskrift.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Tengsl eru á milli streitu og kulnunar hjá hjúkrunarfræðinemum og nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum og slíkt hefur áhrif á gæði hjúkrunar og brottfall nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga úr starfi.

Höfundar

BIRNA G. FLYGENRING

lektor við Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands

HERDÍS SVEINSDÓTTIR

prófessor við Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands

RAKEL DÍÐ BJÖRNSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur hjá
Heilsugæslunni Salahverfi

SALOME JÓNSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur á Landspítala

Streita og kulnun hjúkrunarfræðinema á lokaári við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri

INNGANGUR

Skortur á hjúkrunarfræðingum til starfa er áhyggjuefni og allra leiða þarf að leita til að bæta megi mönnun í hjúkrun. Rannsóknir á því af hverju nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar ákveða að hætta í starfi sýna að þeir sem upplifa streitu og finna til kulnunar eru líklegir til að hætta. Jafnframt hafa þær sýnt að einkenni streitu og kulnunar byrja oft í hjúkrunarfræðinámi og að nemendur sem finna fyrir streitu og kulnun í námi eru mun líklegri til að finna slíkt þegar þeir hefja störf eftir útskrift (Boamah og Laschinger, 2016; Rudman og Gustavsson, 2012). Í þessari grein er fjallað um streitu og kulnun hjá hjúkrunarfræðinemendum við Háskólann á Akureyri (HA) og Háskóla Íslands (HÍ) vorið 2018.

Háskólanemar eru taldir sérstaklega viðkvæmir fyrir streitu og þá sérlega nemendur á heilbrigðisvísindasviði (Seedhom o.fl., 2019). Streita er skilgreind sem ferli sem felur í sér streituvalda í umhverfi einstaklings og viðbrögð hans við þeim. Einstaklingurinn finnur til streitu þegar hann telur sig ekki geta ráðið við atburði eða aðstæður, sem hann telur bæði hættulegar og skaðlegar, á jákvæðan hátt (Lazarus og Folkman, 1987). Kulnun einkennist af tilfinningalegri örmögnun (e. emotional exhaustion), bölsýni/hlutgervingu (e. cynicism/depersonilisation) og minni persónulegri frammistöðu (e. personal accomplishment) og getur verið afleiðing af langvarandi vinnutengdri streitu (Maslach og Jackson, 1981). Samkvæmt Kristensen o.fl. (2005) er tilfinningaleg örmögnun lykilþáttur kulnunar og telja þau að orsakir kulnunar sé hægt að rekja til annarra þátta en starfstengdra þátta. Erlendar rannsóknir sýna að hátt hlutfall hjúkrunarfræðinema upplifi streitu og kulnun í námi, sem virðist aukast þegar líður á námið (Al-Zamil, 2017; Al-Zayyat o.fl., 2014; Rudman og Gustavsson, 2012).

Námstengd streita (e. academic stress) er talin orsakast bæði af námstengdum- og persónubundnum þáttum (Al-Gamal o.fl., 2017; Galvin o.fl., 2015). Klíníski hluti hjúkrunarfræðinámsins er talinn vera sérstaklega streituvaldandi vegna hjúkrunar sjúklinga með flókin heilbrigðisvandamál, hlutverkaóvissu, tilfærslu milli klínískra vettvanga, klínískra verkefna, samskiptaörðuleika við kennara og starfsfólk og hræðslu við mistök (Al-Gamal o.fl., 2017; Rudman og Gustavsson, 2012). Fræðilegi hluti námsins er einnig streituvaldandi vegna mikils verkefnaálags, lærdóms eftir skóla, prófa og hræðslu við að standast ekki námskröfur (Galvin o.fl., 2015). Persónubundnir þættir geta verið aðskilnaður við fjölskyldu, vandamál innan fjölskyldu, fjárhagsáhyggjur og skortur á frítíma (Galvin o.fl., 2015).

Niðurstöður rannsókna sýna að streita meðal hjúkrunarfræðinema er frá því að vera í meðallagi mikil yfir í það að vera alvarleg og er meiri en annarra nema í heilbrigðisvísindum (Al-Zayyat og Al-Gamal, 2014; Labrague o.fl., 2018) og eykst eftir því sem lengra líður á námið (Al Zamil, 2017). Niðurstöður rannsóknar Labrague (2018) sem gerð var á 547 hjúkrunarfræðinemum í þremur mismunandi löndum voru að meðaltali streitu á PSS-streitukvarðanum (Perceived

Stress Scale) var 2,06 (af=0,62) sem telst vera meðalstreita. Aðalstreituvaldurinn var verkefnavinna og vinnuálag. Í rannsókn Onieva-Zafra o.fl. (2020) var streita einnig könnuð með PSS-streitukvarðanum hjá spænskum hjúkrunarfræðinemum (N=192) á öllum fjórum námsárunum og kom í ljós að 48% hjúkrunarfræðinemma fundu fyrir meðalstreitu (PSS=22,78) og 25% mikilli streitu. Streitan mældist mest hjá þeim nemendum sem lengst voru komnir í náminu.

Niðurstöður rannsóknar á streitu meðal háskólanema við HÍ árið 2016 sýndu að meðaltalsstig þátttakenda var 20,6 (heildarspönn=0-40) á PSS-streitukvarðanum og að 86% þátttakenda fundu til frekar/mjög mikillrar streitu. Þættir námstengdrar streitu sem höfðu mest áhrif voru námskröfur og skortur á námsleiðbeiningum (Sigriður Lilja Magnúsdóttir og Valdís Ingunn Óskarsdóttir, 2016). Eldri rannsókn, sem mældi streitu hjúkrunarfræðinema á fyrsta og öðru ári í hjúkrunarfræðinámi við HA árið 2016 sýndi að meðaltalsstreitustig þátttakenda var 17,2 á PSS-streitukvarðanum og mældust 56% yfir meðaltalsstigum sem var 13,0 (Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglína Hreinsdóttir, 2010).

Námstengd streita getur leitt til kulnunar ef háskólanemar búa ekki yfir bjargráðum til að takast á við streituvalda (da Silva o.fl., 2014; Shariffard o.fl., 2020). Námstengdri kulnun hefur verið lýst þannig að nemendanum finnst hann ekki fær um að leggja sig fram og gefa af sér og leiðir þetta síðan til neikvæðrar hegðunar, efasemda og áhugaleysis gagnvart náminu (Valero-Chillerón o.fl., 2019). Kulnun er þekkt meðal hjúkrunarfræðinema, meðal annars vegna mikils álags í námi, skorti á frítíma, samskiptavanda við sjúklinga og vantrausts á eigin starfshæfni (Ayaz-Alkaya o.fl., 2018). Niðurstöður rannsóknar á brasilískum hjúkrunarfræðinemum voru að 24,7% þeirra fundu fyrir kulnun. Þar af fundu 64% fyrir mikilli tilfinningalegri örmögnun, 36% fundu fyrir mikilli bólsýni/hlutgervingu og 88% fundu fyrir minnkaðri faglegri afkastagetu í náminu (da Silva o.fl., 2014). Klínískur hluti hjúkrunarfræðináms hefur verið tengdur við kulnun, líkt og streita og hafa hjúkrunarfræðinemar fundið fyrir aukinni kulnun í kjölfar klíniska námsins. Rannsókn á kulnun hjúkrunarfræðinema fyrir og eftir klínískt nám í Tyrklandi leiddi í ljós að 34,7% nemanna (N=101) upplifðu kulnun fyrir klíniska námið sem jókst í 43,6% eftir að því lauk. Þættir sem höfðu mikil áhrif voru að skipta stöðugt um vettvang, hjúkrun krefjandi sjúklinga, erfið reynsla, hræðsla við mistök og sú tilfinning að einhver sé stöðugt að meta færni viðkomandi (Ayaz-Alkaya o.fl., 2018). Í langtímarannsókn sem gerð var á 1.702 spænskum hjúkrunarfræðinemum þar sem tilfinningaleg örmögnun og kulnun var skoðuð yfir þriggja ára tímabil, kom í ljós að báðir þessir þættir jukust jafnt og þétt eftir því sem leið á námið. Á fyrsta ári sögðust 29,7% nemanda finna fyrir kulnun en á þriðja ári og lokaárinu fundu 41,0% nemanda fyrir kulnun (Rudman og Gustavsson, 2012). Ofanefndar rannsóknir í mismunandi löndum benda til þess að það sé alþjóðlegt áhyggjuefni að kulnun aukist meðal hjúkrunarfræðinema meðan á námi stendur.

Rannsóknir á streitu og kulnun meðal hjúkrunarfræðinema eru mikilvægar en hvoru tveggja hefur verið tengt við lakari námsgetu og námsárangur en þessi streita og kulnun á þátt

í að umræddir nemendur ákveða að starfa ekki við hjúkrun í framtíðinni. Jafnframt hefur kulnun í námi verið tengd við lakari faglega færni í starfi eftir útskrift (Njim o.fl., 2018; Rudman og Gustavsson, 2012; Rudman o.fl., 2014).

Bjargráð segja til um hvaða aðferðir einstaklingurinn notar til að takast á við steituvalda. Samkvæmt Lazarus og Folkman (1984) má lýsa bjargráðum sem síbreytulegu ferli þar sem einstaklingurinn reynir að takast á við steitu og álag í umhverfinu með því að meta aðstæður og fara yfir þau úrræði sem hann hefur til að draga úr, lágmarka eða þola aðstæðurnar. Bjargráð eru ýmist talin jákvæð (t.d. slökun, leysa vandamál með því að greina og taka á rót vandans) eða neikvæð, t.d. að afneita vandanum og nota áfenga drykki og fíkniefni (Labrague o. fl. 2018; Rice og Van Arsdale, 2010).

Skortur á hjúkrunarfræðingum til starfa er alvarlegt vandamál hér á landi og úttektir Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga benda til að allt að fimmtán prósent nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga velji að yfirgefa starfið (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017). Mikilvægt er að skoða alla þætti sem hugsanlega hafa áhrif þar á og er líðan nemenda í námi einn þeirra þátta. Í þeirri rannsókn sem hér er lýst eru til skoðunar hjúkrunarfræðinemendur á Íslandi og er markmiðið að a) lýsa framtíðaráformum, almennri streitu, námstengdri streitu, bjargráðum og kulnun hjá hjúkrunarfræðinemum í Háskóla Íslands og Háskólanum á Akureyri á lokamisseri í námi, b) skoða samband almennrar streitu og kulnunar innbyrðis, við námstengda streitu, nám og framtíðaráform og bakgrunnsbreytur og c) greina áhrifaþætti almennrar streitu og kulnunar.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Aðferðin er meginndleg með lýsandi könnunarsniði. Gögnum var safnað í maí 2018.

Úrtak og framkvæmd

Þýði og jafnframt úrtak rannsóknarinnar voru nemendur á lokamisseri í hjúkrunarfræði við HÍ (N=66) og HA (N=47) vorið 2018, alls 113.

Gagna var aflað rafrænt í maí 2018 með notkun forritsins RedCap (nd) og voru netföng fengin hjá deildarskrifstofum háskóladeildanna. Opið var fyrir þátttöku nemenda í 21 dag og var ítrekun send sjö dögum og 10 dögum eftir að opnað var fyrir þátttöku. Svörun var 72,6% (n=82).

Mælitæki

Streita

Almenn streita var mæld með PSS (Cohen o.fl., 1983) þar sem spurt er um 10 atriði sem kanna tilfinningar og hugsanir sem einstaklingur hefur upplifað síðastliðinn mánuð (svarmöguleikar aldrei=0, næstum aldrei=1, stundum=2, nokkuð oft=3 og mjög oft=4). Viðmiðurnargildi sem notuð eru fyrir streitu er 13,7 (Cohen og Williamsson, 1988). Spurningalistinn hefur verið notaður í íslenskum rannsóknum á hjúkrunarfræðingum (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020) og mælst með gott innra

samræmi í íslenskum og erlendum rannsóknum (Cronbach's $\alpha > 0,8$) (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifs-dóttir, 2020; Cohen og Williamsson, 1988; Cohen o.fl., 1983; Laufey Sæunn Birgisdóttir, 2018). Jafnframt voru átta spurningar um námstengda streitu sem áður voru notaðar í rannsókn á streitu háskólaakvenna (Jóhanna Bernharðsdóttir, 2014). Fjórar spurninganna sneru að upplifun streitu tengdri ástundun háskólanáms, samkeppni við nemendur og samskipti við kennara og skorti á námsleiðbeiningum (svarmöguleikar mjög litla=1, frekar litla=2, frekar mikla=3, mjög mikla=4), ein spurning sneri að nægum stuðningi við námið (já/nei), ein spurði hvort tími til námsins væri nægur (svarmöguleikar nær aldrei=1, sjaldan=2, stundum=3, oftast=4, nær alltaf=5), ein að því hver veiti stuðning í náminu (svarmöguleikar kennari, samnemendur, maki, vinir, fjölskylda, námsráðgjafi, aðrir) og að lokum var ein spurning um hvernig viðkomandi brygðist við ef hann fyndi fyrir streitu og voru gefnir upp 13 svarmöguleikar (bjargráð) (mynd 1). Bjargráðin byggja m.a. á listanum Brief COPE (Carver, 1997) og the Coping Behavior Inventory (Sheu o.fl., 2002) og voru endurbætt fyrir notkun hjá háskólastúdentum af Jóhönnu Bernharðsdóttur (2014).

Kulnun

Kulnun var metin með Copenhagen Burnout Inventory (CBI; Kristensen o.fl., 2005) þar sem lögð er áhersla á ofþreytu og örmögnun einstaklingsins á ákveðnum sviðum lífsins. CBI skiptist í þrjá undirvarða sem mæla persónutengda kulnun (6 spurningar) starfstengda kulnun (7 spurningar) og kulnun tengda samstarfsfólki (6 spurningar). Í samræmi við leiðbeiningar höfunda var orðalag á kvarðanum starfstengd kulnun aðlagð að nemendum og kvarðinn nefndur námstengd kulnun og orðalag á kvarðanum kulnun tengd samstarfsfólki var aðlagð á sama hátt að samnemendum.

Svarmöguleikar 7 spurninga voru að mjög litlu leyti=5, að litlu leyti=4, að einhverju leyti=3, að miklu leyti=2, að mjög miklu leyti=1 og 12 spurninga aldrei/næstum aldrei=4, sjaldan=3, oft/stundum=2, alltaf=1. Við úrvinnslu eru gefin heildarstig frá 0-100 þar sem fleiri stig á mælikvarðanum samsvara aukinni skynjaðri kulnun þátttakanda túlkað þannig að mjög mikil kulnun=100 stig, mikil kulnun=64-99 stig; meðalkulnun 26-63 stig og lítil kulnun=0-25 stig. Rétt er að taka fram að við útsendingu á spurningalistanum var villa í svarmöguleikum. Flokkaðir voru saman svarmöguleikarnir „oft“ og „stundum“ sem í upprunalega mælitækinu eru tveir möguleikar. Að ráðum sérfræðings í tölfraði hjá Félagsvísindastofun HÍ var tekið meðaltal þessara svarmöguleika og stigafjöldi reiknaður út frá því. Innra samræmi undirvarðanna hefur mælst gott í íslenskum og erlendum rannsóknum (Cronbach's $\alpha > 0,8$) (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifs-dóttir, 2020; Creedy o.fl., 2017; Kristensen o.fl., 2005).

Spurningar um nám og framtíðaráform

Í sjö spurningum var spurt hvenær viðkomandi ákvað að læra hjúkrun, hvort hann/hún komst ekki í nám sem óskað var eftir, hversu tilbúin/n hann/hún var til að takast á við hjúkrunarstarfið, hvort viðkomandi hafi hugleitt að skipta um námsgrein meðan á náminu stóð, áætlanir um framhaldsnám, líkindi á að hefja annað nám ótengt hjúkrun og hjúkrun sem framtíðarstarf (sjá svarmöguleika í töflu 1).

Bakgrunnsspurningar

Spurt var um aldur, kyn, hjúskaparstöðu, börn, annað háskóla-nám, sjúkraliðanám og um starf með náminu.

Gagnagreining

Tölfraðiúrvinnsla fór fram með tölfraðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences 26.00 (IBM Corp. 2019). Lýsandi tölfraði var notuð við framsetningu niðurstaðna sem lúta að námi og framtíðaráformum, almennt og námstengdri streitu, bjargráðum, kulnun og bakgrunni. Til að skoða mun á meðaltalsstigum PSS og undirkvörðum CBI var notað Mann-Whitney U-próf og Kruskal Wallis-próf. Spearmans-rho var notað til að reikna fylgni á milli breyta og kí-kvaðratpróf til að skoða hlutfallsmun á milli óháðra hópa. Marktækni-mörk voru sett við $p < 0,05$. Innri áreiðanleiki PSS og undirþátta CBI var reiknaður með Cronbach's α -stuðli. Viðunandi áreiðanleiki miðast við gildi yfir 0,70 (Field, 2013). Þrjár línulegar fjölbreytuaðhvarfsgreiningar voru notaðar til að spá fyrir um meðaltalsstiga á undirkvörðum CBI og ein til að spá fyrir um meðaltalsstiga á PSS. Beitt var „enter“-aðferð og breytur með marktæk tengsl við einhvern af undirkvörðunum þrem settar inn í kulnugreiningarnar og breytur með marktæk tengsl við PSS í streitugreininguna. Lokalíkan hverrar greiningar er birt.

Siðfræði

Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S8680/2018) og veittu deildarforseti Hjúkrunarfræðideildar HÍ og formaður hjúkrunarfræðideildar HA heimild til að senda spurningalistann út á netföng nemenda. Ekki var krafist leyfis Vísindasiðanefndar. Þátttaka var nemendum frjálss og ekki var áhætta af þátttöku. Fyllsta trúnaðar var gætt og var nemendum bent á hvert þeir gætu leitað aðstoðar ef óþægilegar hugsanir vöknúðu.

NIÐURSTÖÐUR

Bakgrunnur, nám og framtíðaráform

Langflestir þátttakenda voru konur eða 79 (98%) og voru 78 (95%) í fullu námi. Meirihluti þeirra (71%) var undir þritugu, í sambúð/giftar/föstu sambandi (73%) og vann í 10% til 30% starfshlutfalli samhliða námi (54%). Sjúkraliðaprófi höfðu 15% lokið og 10% öðru háskólanámi. Flestir ákváðu að læra hjúkrun eftir menntaskóla (55%), 58 höfðu sjaldan/aldrei (71%) hugsað um að skipta um námsgrein, 52 áætluðu að fara í framhaldsnám (63%), 71 leit á hjúkrun sem framtíðarstarf (87%), 17 töldu líklegt að þeir myndu hefja annað nám ótengt hjúkrun (14%) og 51 taldi sig vel/mjög vel tilbúinn til að takast á við hjúkrunarstarfið (62%) (tafla 1).

Streita

Almenn streita

Tafla 3 sýnir að meðaltalsstig á PSS var 17,8 (sf=5,4) og að 66 (80%) nemendur voru með streitustig yfir viðmiðunarmörkum (>13,7 stig). Skoðaður var munur á meðaltalsstigum PSS út frá breytum sem lúta að bakgrunni, námi og framtíðaráformum og streitu sem tengist námi. Marktækur munur var að nemendur 24 ára og yngri ($n=13$; $M=14,6$; $sf=5,2$), þeir sem upplifðu frekar/mjög litla streitu tengda skorti

Tafla 1. Breytur sem lúta að bakgrunni, námi og framtíðaráformum (N=82)

Bakgrunnsbreytur	n (%)*
Aldur (N=80)	
20 - 24 ára	13 (16)
25 - 29 ára	44 (55)
30 ára og eldri	23 (28)
Hjúskaparstaða (N=81)	
Sambúð/gift/i föstu sambandi	60 (73)
Einhleyp/fráskilin	21 (26)
Foreldri (N=81)	
Já	37 (45)
Nei	44 (54)
Skóli (N=81)	
Háskóli Íslands	51 (62)
Háskólinn á Akureyri	29 (35)
Lokið sjúkraliðanámi (N=81)	
Já	12 (15)
Nei	69 (84)
Lokið öðru háskólanámi (N=81)	
Já	8 (10)
Nei	73 (89)
Vinna við hjúkrun samhliða námi (N=81)	
Já	75 (92)
Nei	6 (7)
Starfshlutfall (N=74)	
10 til 30%	44 (54)
31 til 40%	15 (18)
41 til 100%	15 (18)
Námslán (N=81)	
Já	27 (33)
Nei	54 (66)
Nám og framtíðaráform	
Ég ákvað að læra hjúkrun (N=81)	
Á grunnskólaaldri	12 (15)
Á menntaskólaaldri	24 (29)
Eftir menntaskóla	45 (55)
Ég komst ekki í það nám sem ég óskaði eftir (N=81)	
Sammála	3 (4)
Ósammála	78 (95)
Undirbúningur til að takast á við hjúkrunarstarfið gekk (N=78)	
Mjög vel/vel	51 (62)
Hvorki vel né illa	23 (28)
Illu/mjög illa	4 (5)
Hugleitt að skipta um námsgrein meðan á námi hefur staðið (N=79)	
Mjög oft/oft	10 (12)
Nokkuð oft	11 (13)
Sjaldan/aldrei	58 (71)
Áætlanir um framhaldsnám (N=80)	
Já, strax í haust, eftir 1 til 3 ár, veit ekki hvenær	52 (63)
Nei, ekki í haust, veit ekki	28 (34)
Líkindi á að hefja annað nám ótengt hjúkrun	
Mjög/frekar líklegt	14 (17)
Frekar/mjög ólíklegt	54 (66)
Veit ekki	12 (15)
Hjúkrun sem framtíðarstarf: Ég mun (N=81)	
vinna við hjúkrun í framtíðinni	35 (43)
sennilega vinna við hjúkrun í framtíðinni	36 (44)
sennilega ekki vinna við hjúkrun í framtíðinni/veit ekki	10 (12)

*Prósentutala fer ekki alltaf í 100 því það svara ekki allir öllum spurningum.

á námsleiðbeiningum (n=33;15,9;sf=5,0) og þeir sem fengu nægan stuðning við nám (n=68;M=16,9;sf=5,1), fengu marktækt færri stig að meðaltali á PSS en 30 ára og eldri (n=23;M=17,7;sf=4,6), en þeir sem upplifðu mikla/ mjög mikla streitu tengda skorti á námsleiðbeiningum (n=47;19,2;sf=5,4) og þeir sem fengu ekki nægan stuðning við nám (n=13;M=22,6;sf=5,1).

Tafla 2. Streita og stuðningur sem tengist námi (N=82)

Streita	n (%)
Streita tengd ástundun háskólanáms (N=81)	
Mjög/frekar mikil	70 (85)
Frekar/mjög lítil	11(13)
Nægur tími til að stunda námið (N=81)	
Stundum/oftast/nær alltaf	51 (62)
Nær aldrei/sjaldan	30 (37)
Streita tengd samkeppni við nemendur (N=80)	
Mjög/frekar mikil	23 (28)
Frekar/mjög lítil	57 (70)
Streita tengd samskiptum við kennara (N=80)	
Mjög/frekar mikil	21 (26)
Frekar/mjög lítil	59 (72)
Streita tengd skorti á námsleiðbeiningum (N=80)	
Mjög/frekar mikil	47 (57)
Frekar/mjög lítil	33 (40)
Nei	69 (84)
Stuðningur	
Nægur stuðningur við nám (N=81)	
Já	68 (83)
Nei	13 (16)
Hver veitir stuðning	
Hef ekki þurft stuðning	3 (4)
Kennari	7 (9)
Samnemendur	53 (65)
Maki	54 (66)
Vinir	53 (65)
Fjölskylda	73 (89)
Námsráðgjafi	2 (2)
Aðrir	3 (4)

Námstengd streita

Háskólanám er streituvaldandi en 85% þátttakenda fundu fyrir mjög/frekar mikilli streitu tengdri háskólanáminu, 26% tengt samskiptum við kennara og 57% skorti á námsleiðbeiningum. Þá olli samkeppni við samnemendur mjög/frekar mikilli streitu hjá 28% (sjá töflu 2).

Nægan tíma til að ástunda námið taldi 51 (63%) nemandi sig stundum/oftast/nær alltaf hafa en 30 (37%) töldu sig sjaldan/ nær aldrei hafa nægan tíma til þess. Nægan stuðning við námið töldu 68 (83%) nemendur sig fá og sögðu 73 (89%) fjölskyldu veita þann stuðning, 54 (66%) maka, 53 (65%) samnemendur og sami fjöldi nefndi vini, 7 (9%) kennara og 2 (3%) námsráðgjafa (sjá töflu 2).

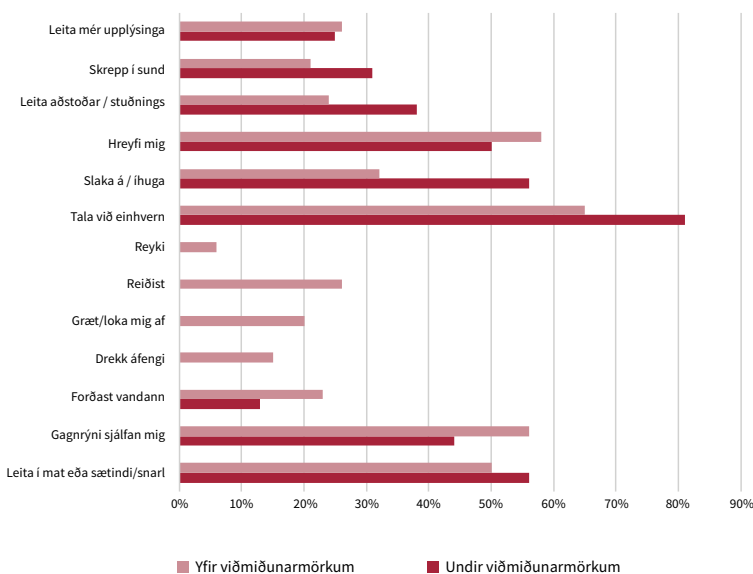
Tafla 3. Meðalstigafjöldi og áreiðanleiki Perceived Stress Scale og Copenhagen Burnout Inventory og á undirkvörðum hans, og fjöldi einstaklinga sem flokkast með streitu og litla, í meðallagi og mikla kulnun.

Breytur sem lýsa streitu og kulnun	Heildarstreita >13,7 n (%)	Lítill kulnun 0-25 stig n (%)	Meðal kulnun 26-63 stig n (%)	Mikil kulnun 64-99 stig n (%)	M (sd; spönn)	Cronbachs- alfa
Perceived Stress Scale (N=81)					17,8 (5,4; 5-34)	0,85
Fjöldi sem mælist með streitu	66 (80)					
Persónutengd kulnun (N=81)		12 (15)	63 (78)	6 (7)	42,9 (16,9; 4,2-93,9)	0,82
Námstengd kulnun (N=80)		2 (2)	53 (65)	27 (33)	56,9 (16,9; 5,4-96,4)	0,84
Kulnun tengd samnemendum (N=81)		36 (44)	37 (45)	9 (11)	31,2 (20,4;0-89,7)	0,92

Bjargráð við streitu

Helstu bjargráð, sem yfir 50% nemenda notuðu vegna streitu voru að tala við einhvern, hreyfa sig, sjálfsgagnrýni og leita í mat eða sætindi (mynd 1). Á myndinni má sjá að jákvæð bjargráð (efstu sex á myndinni) eru að jafnaði frekar notuð af þeim sem flokkast undir viðmiðunarmörkum streitu og neikvæð (neðstu sjö á myndinni) oft af þeim sem eru yfir viðmiðunarmörkunum.

Mynd 1. Viðbrögð nemenda við streitu út frá þeim sem eru undir (M<13,7) og yfir (M>13,7) viðmiðunarmörkum streitu



Kulnun

Tafla 3 sýnir að meðaltalsstig á Námstengdri kulnun var 56,9, á Persónutengd kulnun 42,9 og á Kulnun tengdri samnemendum 31,2. Í töflunni sést að 69 nemendur (85%) fundu fyrir meðal- til mikillrar persónutengdrar kulunar, 80 nemendur (98%) fyrir meðal- til mikillrar námstengdrar kulunar og 46 nemendur (56%) til meðal-mikillrar kulunar tengdri samnemendum. Skoðaður var munur á meðaltalsstigum kulunar út frá breytum sem lúta að bakgrunni, námstengdri streitu og námi og framtíðaráformum og streitu sem tengist námi (ekki sýnt í töflum). Niðurstöður á Persónutengdri kulnun voru að nemendur 24 ára og yngri fengu marktækt færri meðaltalsstig (M=32,4;sf=16,6) en 25-

29 ára (M=45,2;sf=14,9) og 30 ára og eldri (M=43,6;sf=18,7). Jafnframt að þeir sem sögðust fá nægan stuðning við nám (M=40,5;sf=15,5) fengu marktækt færri meðaltalsstig en þeir sem fengu ekki stuðning (M=55,6;sf=19,2). Varðandi Námstengda kulnun voru, nemendur sem upplifðu mjög/frekar mikla streitu tengda ástundun háskólanáms (M=60,5;sf=13,9), samkeppni við nemendur (M=64,8;sf=16,0) og samskiptum við kennara (M=66,4;sf=13,8) með marktækt fleiri meðaltalsstig en hinir sem upplifðu frekar/mjög litla streitu tengda ástundun háskólanáms (33,9;sf=16,5), samkeppni við nemendur (M=53,7;sf=16,4) og samskiptum við kennara (M=53,5;sf=16,7). Þá voru niðurstöður á Kulnun tengdri samnemendum þannig að nemendur 25-29 ára (M=26,4;sf=16,8) og þeir sem höfðu ekki lokið öðru háskólanámi (M=29,9;sf=20,6) voru með marktækt færri meðaltalsstig en nemendur 30 ára og eldri (M=41,2;sf=23,5) og þeir sem höfðu lokið öðru háskólanámi (M=43,0;sf=15,7).

Breytur sem spá fyrir um streitu og kulnun

Fjórar fjölbreytuaeðhvarfsgreiningar voru gerðar til að kanna hvaða breytur spáðu fyrir um streitu með notkun PSS og kulnun á undirkvörðum CBS. Breytur sem settar voru inn í greininguna voru þær sem höfðu marktæk tengsl við PSS (líkan 1) og einhvern af undirkvörðum CBS (líkön 2-4) og greint er frá að framan og má sjá í töflu 4. Lokalikön greininganna má sjá í töflu 4. Líkan 1 sýnir að nemendur sem telja sig fá lítinn/engan stuðning við námið og þeir sem fá litlar/engar námsleiðbeiningar voru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á PSS. Líkanið skýrir 17,2% af breytileikanum. Líkan 2 sýnir að nemendur sem eru 30 ára og eldri voru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á kvarðanum kulnun tengdri samnemendum. Líkanið skýrir 8,1% af breytileikanum. Líkan 3 sýnir að nemendur sem greindu frá mikilli eða mjög mikilli streitu tengdri ástundun háskólanáms og tengdri samskiptum við kennara eru líklegri til að hafa hærra meðaltalsstig á kvarðanum um námstengda kulnun. Líkanið skýrir 34,8% af breytileikanum. Líkan 4 sýnir að nemendur sem fengu fleiri stig á PSS voru líklegri til að hafa hærri meðaltalsstig á kvarðanum um persónutengda kulnun. Líkanið skýrir 30,6% af breytileikanum.

Tafla 4. Breytur sem spá fyrir um streitu mælda með PSS† og um kulnun tengda samnemendum, námstengda kulnun og persónutengda kulnun

	Óstöðluð hallatala		Stöðluð hallatala		Sig.	R	R
	B	Std. error	ß	t			
Líkan 1. ‡ Streita mæld með PSS							
(fasti)	10,330	1,920		5,381	0,000		
Stuðningur við nám	5,123	1,539	0,348	3,328	,001		
Skortur á námsleiðbeiningum	2,615	1,151	0,238	2,272	0,026	0,204	0,172
Líkan 2: Kulnun tengd samnemendum							
(fasti)	27,257	2,611		10,440	0,000		
Aldur	13,648	4,869	0,304	2,803	0,006	0,093	0,081
Líkan 3: Námstengd kulnun							
(fasti)	57,616	1,947		29,591	0,000		
Streita tengd ástundun háskólanáms	-24,809	4,547	-0,505	-5,456	0,000		
Streita tengd samskiptum við kennara	9,984	3,540	0,261	2,820	0,006	0,364	0,348
Líkan 4: Persónutengd kulnun							
(fast)	11,824	5,466		2,163	0,034		
Perceived Stress Scale	1,744	,293	0,561	5,947	0,000	0,315	0,306

†PSS= Perceived Stress Scale
‡Breytur sem voru settar í greiningu fyrir líkan 1: „aldur“, „stuðningur við nám“ og „skortur á námsleiðbeiningum“; fyrir líkan 2-4: „aldur“, „skortur á námsleiðbeiningum“, „stuðningur við nám“; „PSS“, „upplifun streitu tengd háskólanámi“, „upplifun streitu tengd samkeppni við samnemendur“ og „upplifun streitu tengd samskiptum við kennara“.

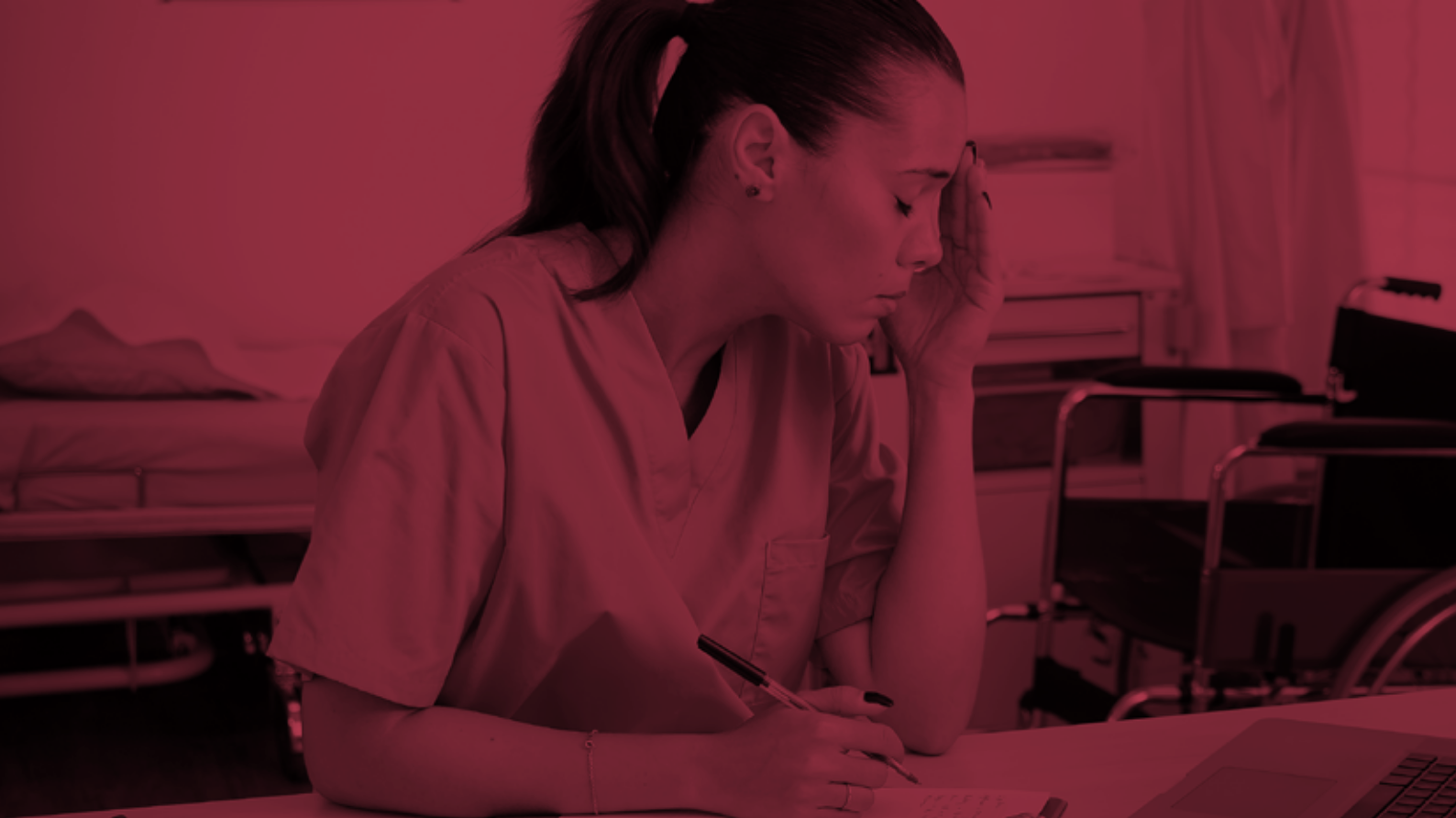
UMRÆÐA

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að hjúkrunarfræðinemar á lokaári finni fyrir einkennum streitu og kulnunar. Meðaltalsstreitustig (17,8) kom höfundum ekki á óvart þar sem rannsóknir hafa sýnt að hjúkrunarfræðinemar upplifi streitu í námi (Al Zamil, 2017). Streitustig þátttakenda voru fleiri en mældist í almennu þýði í rannsókn Cohen og Janicki-Deverts (2012), en þar var meðaltalsstreitustig 15,8. Hins vegar voru þau í samræmi við niðurstöður rannsókna á hjúkrunarfræðinimum á fyrsta og öðru ári í HA en þar mældist meðaltalsstreitustig 17,2 á PSS-streitukvarðanum (Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglind Hreinsdóttir, 2010) jafnframt voru þau talsvert færri en meðalstreitustig háskólanema við HÍ sem var 20,6 (Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdis Ingunn Óskarsdóttir, 2016). Skortur á námsleiðbeiningum og minni stuðningur við nám spáðu fyrir um streitu hjá nemendum og skýrðu 17,2% af breytileika í streitulíkaninu. Auðvelt ætti að vera fyrir klíniska leiðbeinendur, kennara og skipuleggjendur námskeiða að bæta þar úr og stuðla að meiri stuðningi í námi. Jafnframt að hvetja til notkunar jákvæðra viðbragða við streitu. Í skýrslu heilbrigðisráðherra um fjölgun hjúkrunarfræðinga voru lagðar til eftirfarandi aðgerðir til að draga úr streitu og kulnun: Auka námsstuðning við nemendur sem þess þurfa; greina nemendur sem sýna mikil streitueinkenni og veita þeim viðeigandi stuðning og handleiðslu og bjóða upp á almenn námskeið í streitustjórnun (Heilbrigðisráðuneytið, 2020). Nemendur 24 ára og yngri voru með marktækt meiri streitu en 30 ára og eldri. Aldurinn kom þó ekki inn sem marktæk spábreyta í aðhvarfslíkaninu. Þessi niðurstaða er ekki í samræmi við niðurstöður rannsókna- innar meðal hjúkrunarfræðinema á fyrsta og öðru ári við HA árið 2010 en þar fundust ekki tengsl milli aldurs og meðaltalsstreitustiga (Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglind Hreinsdóttir, 2010). Hins vegar benda rannsóknir almennt til þess að yngra fólk upplifi meiri streitu en þeir sem eldri eru (Rudman o.fl., 2014) og það er mikilvægt að hafa það í huga

þegar unnið er með háskólanema og það streituvaldandi umhverfi sem þeir búa við.

Stærsta hlutfall þátttakenda (98%) mældist með námstengda kulnun og þar af 33% með mikla námstengda kulnun samanborið við 11% með mikla kulnun tengda samnemendum og 7% með persónutengda kulnun. Kostur þess að nota CBI-kvarðann er einmitt að hann metur mismunandi þætti kulnunar og var hann þess vegna valinn til notkunar í þessari rannsókn. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að hjúkrunarfræðinemar upplifa kulnun í námi. Í sænskri rannsókn á hjúkrunarfræðinimum mældist kulnun allt að 41% með notkun mælitækisins *Oldenburg Burnout Inventory* (Rudman og Gustavsson, 2012) og í brasilískri rannsókn sem notaði *Maslach Burnout Inventory*-mælitækið, mældist kulnun hjá 24,7% hjúkrunarfræðinema (da Silva o.fl., 2014). Dönsk rannsókn (Kristensen o.fl., 2005), sem m.a. tók til hjúkrunarfræðinga sýndi, að þeir upplifðu mun minni starfstengda kulnun (sambærilegt við námstengda kulnun) á CBI en þátttakendur okkar rannsóknar.

Streita tengd ástundun háskólanáms og tengd samskiptum við kennara spáði fyrir um námstengda kulnun og skýrði 34,8% breytileika þess líkans. Þá skýrði streita mæld með PSS fyrir um persónutengda kulnun og skýrði 30,6% breytileika þess líkans. Það kom ekki á óvart að streita spái fyrir um kulnun en rannsóknir hafa sýnt að kulnun getur komið í kjölfar mikillrar streitu (da Silva o.fl., 2014; Sharifard o.fl., 2020). Nám og streita eru samofin hugtök. Háskólanám veldur streitu og þeir sem finna fyrir meiri streitu eru viðkvæmari fyrir kulnun þ.e. því að finna líkamlega og andlega þreytu og örmögnun (da Silva o.fl., 2014; Sharifard o.fl., 2020). Streita tengd samskiptum við kennara hefur mælst ein meginorsök streitu meðal grunnnemenda í hjúkrunarfræði (Al-Zayyat og Al-Gamal, 2014).



Að vera 30 ára eða eldri spáði fyrir um kulnun tengda samnemendum og skýrði 8,2% af breytileika þess líkans. Orsakir geta verið ýmsar en hugsanlega meiri fjölskylduábyrgð, meiri vinna og lítil samleið með og þar með minni stuðningur frá öðrum nemendum sökum hærri aldurs. Ekki fundust rannsóknir sem skýra þetta. Mikilvægt gæti verið að hafa í huga við skipulag náms að leiða saman hópa í námsverkefni eftir aldri.

Styrkleiki þessarar rannsóknar er að þýði hjúkrunarfræðinema á lokaári í hjúkrunarfræði á Íslandi var til skoðunar og heimtur voru ásættanlegar eða 72,6%. Þá voru notuð viðurkennd mælitæki (PSS og CBI) sem hafa verið notuð áður hér á landi og sýnt fram á góðan áreiðanleika héraðs og gott réttmæti í erlendum rannsóknum. Hins vegar hafa próffræðilegir eiginleikar spurninga um námstengda streitu og bjargráð við streitu ekki verið skoðaðir og er það ljóður á rannsókninni. Þó var ákveðið að nota þær vegna þess hversu góða lýsingu þær gefa á námstengdri streitu. Illviðráðanlegur veikleiki er að fáir nemendur voru á lokaári náms þegar gagnasöfnun fór fram. Takmörkun er notkun sjálfsmatslista en þekktur galli þeirra er að þátttakendum hættir til að svara í samræmi við hvað þeir telja æskilegt í stað þess að svara út frá eigin reynslu (Polit og Beck, 2020).

Meginályktun rannsóknarinnar er að háskóladeildirnar þurfi að greina streitu og kulnun meðal nemenda í hjúkrunarfræði og sjá til þess að námsumhverfi sé styðjandi og bjóði upp á viðeigandi úrræði svo sem námskeið í streitustjórnun strax í byrjun náms og eflingu jákvæðra viðbragða við streitu. Jafnframt er mikilvægt að kennarar og klínískir leiðbeinendur hugi vel að námsleiðbeiningum og samskiptum við nemendur til að styðja sem best við þá meðan á námi stendur. Þetta er einkum mikilvægt þar sem streita og kulnun í námi hefur viðtæk áhrif á frammistöðu nemenda í námi og þar með

faglega þekkingu og færni þeirra eftir útskrift ásamt ákvörðun þeirra að starfa við hjúkrun í framtíðinni. Þá má geta þess að í tillögum starfshóps heilbrigðisráðherra um fjölgun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga sem fyrr er getið var lögð rík áhersla á mikilvægi þess að styðja við hjúkrunarfræðinema og nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga og áréttað að fjármagn þyrfti til þess (Heilbrigðisráðuneytið, 2020).

ÞAKKIR

Þátttakendum eru færðar kærar þakkir fyrir þátttökuna og Rannsóknasjóði Háskóla Íslands fyrir styrk sem gerði rannsóknina mögulega.

ENGLISH SUMMARY

Stress and burnout among nursing students during their final year at University of Iceland and University of Akureyri

Flygenring B., Bjornsdottir R., Jonsdottir S., Sveinsdottir H.

Background

Nursing students have been shown to experience symptoms of stress and burnout during their studies, are more likely to struggle with symptoms of stress and burnout post-graduation, and are also more likely to leave their jobs than those who do not experience these symptoms.

Purpose

To describe nursing students' education and future plans, general and academic stress and burnout during their final year of study in Iceland; examine the relationship between stress and burnout with studies, future plans, and background and analyze what influences stress, personal and academic burnout, and burnout related to fellow students.

Method

Descriptive, quantitative survey. Instruments the Perceived Stress Scale (PSS) and Copenhagen Burnout Inventory (CBI) measured symptoms of stress and burnout. Linear regression analysis was used to detect what influences stress and burnout.

Main results

Participants were 82 (72.6% response). The mean score on PSS was 17.8 (range 9-40), on personal burnout 42.9, on educational burnout 56.9 and on burnout related to fellow students 31.2 (the scales range from 0 to 100). Majority of students

experienced high levels of stress related to their academic study (85%) and lack of study guidelines (57%). Four regression analyses were employed. Model 1 showed that students who report that they receive little/no support in their studies and little/no study instructions are more likely to have a higher mean score on PSS ($r^2=17.2$). Model 2 showed that students who are 30 years and older are more likely to have a higher mean score on the burnout scale related to fellow students ($r^2=8.1$). Model 3 showed that students with high/very high stress related to academic study and communication with teachers are more likely to have a higher mean score on the educational burnout scale ($r^2=34.8$). Model 4 shows that students who have higher scores on PSS are likelier to have higher mean scores on the personal burnout scale ($r^2=30.6$).

Conclusion

Nursing students experience stress and burnout during their final year of education. It is important to find ways to prevent and treat stress and reduce burnout among nursing students during their studies.

Keywords

Stress, burnout, nursing students

Correspondent:

bgf@hi.is

HEIMILDIR

- Al-Gamal, E., Alhosain, A. og Alsunaye, K. (2017). Stress and coping strategies among Saudi nursing students during clinical education. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 198-205. doi:10.1111/ppc.12223
- Al Zamil, L.G. (2017). Perceived level of stress, & coping strategies among Saudi nursing students. *IOSR J. Nursing Health Sci.* 6 (3), 6–13. doi: 10.9790/1959-0603060613
- Al-Zayyat, A.S. og Al- Gamal, E. (2014). Perceived stress and coping among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 326-335. doi: 10.1111/inm.12054
- Ayaz-Alkaya, S., Yaman-Sozbir, S. og Bayrak-Kahraman, B. (2018). The effect of nursing internship program on burnout and professional commitment. *Nurse Education Today*, 68, 19-22. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.020
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(1), 68-75.
- Boamah, S.A. og Laschinger, H. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 64-72. doi: 10.1111/jonm.12318
- Cohen, S., Kamarck, T. og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24,385-396. doi:10.1186/s40359-021-00528-3
- Cohen, S. og Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample in the United States. Í S. Spacapan og S. Oskamp (ritstj.), *The Social Psychology of Health* (bls. 31-67). Newbury Park: Kaliforníu: Sage Publications.
- Cohen, S. og Janicki – Deverts, D. (2012). Who ´s stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006 og 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42 (6), 1320-1334. doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x
- Creedy, D.K., Sidebothan, M., Gamble, J., Pallant, J.og Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi: 10.1186/s12884-016-1212-5
- da Silva, R. M., Tonini, C., Felipe Dias Lopes, L., Serrano, P., Costa, A. og Guido, L. (2014). Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities: An analytic study. *BMC Nursing*, 13(9), 9. doi:10.1186/1472-6955-13-9
- Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglind Hreinsdóttir. (2010). *Streita hjúkrunarfræðinema við HA (óútgefin BSc ritgerð)*. Háskólinn á Akureyri, Akureyri.
- Field A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. útgáfa). Los Angeles: Sage.
- Galvin, J., Suominen, E., Morgan, C., O’Connell, E. J. og Smith, A. P. (2015). Mental health nursing students’ experiences of stress during training: A thematic analysis of qualitative interviews. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 773-783. doi: 10.1111/jpm.12273
- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólafsdóttir. (2017). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Heilbrigðisráðuneytið (2020). Tillögur til fjölgunar útskrifaðra hjúkrunarfræðinga. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymasar-skrar/Till%c3%b6gur%20til%20fj%c3%b6lgunar%20%c3%batskrifa%c3%b0ra%20hj%c3%bakraunarfr%c3%a6%c3%b0inga.pdf>
- IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, New York: IBM Corp.
- Jóhanna Bernhardsdóttir. (2014). *Development and evaluation of a brief cognitive-behavioral group therapy program for reducing psychological distress in Icelandic female university students*. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. og Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192-207. doi:10.1080/02678370500297720
- Labrague, L.J., McEnroe, Petite, D.M., Papatathanasiou, I.V., Edet, O.B., Tsaras, K., Leocadio, M.C. og Velacaria, P.I.T. (2018). Stress and coping strategies among nursing students: An international study. *Journal of Mental Health*, 27(5), 402-408. doi:10.1080/09638237.2017.1417552
- Laufey Sæunn Birgisdóttir (2018). Við eigum að kunna allt: Streita, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu. Óbirt meistaritgerð við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. doi:10.1002/per.2410010304
- Maslach, C. og Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Njim, T., Mbanga, C., Mouemba, D., Makebe, H., Toukam, L., Kika, B. og Mulango, I. (2018). Determinants of burnout syndrome among nursing students in Cameroon: Cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 11(1), 450. doi: 10.1186/s13104-018-3567-3
- Onieva-Zafra, M.D., Fernández-Munoz, J.J., Fernández-Martínez, E., García-Sánchez, E. J., Abreu-Sánchez, A. og Parra-Fernández, M. L. (2020). Anxiety, perceived stress and coping strategies, correlational, descriptive study. *BMC Medical Education*, 20(370). doi:org/10.1186/s12909-020-02294-z
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2020). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. útgáfa). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rice, K. G., og Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 439-450. doi: 10.1037/a0020221
- Rudman, A. og Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010
- Rudman, A., Gustavsson, P. og Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses’ intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612-624. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012
- Seedhom, A. E., Kamel, E. G., Mohammed, E. S. og Raouf, N. R. (2019). Predictors of perceived stress among medical and nonmedical college students, Minia, Egypt. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 107. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_6_18
- Shariffard, F., Asayesh, H., Hosseini, M.H. og Sepahvandi, M. (2020). Motivation, self-efficacy, stress, and academic performance correlation with academic burnout among nursing students. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 7(2), 88-93. doi: 10.4103/jnms.jnms_30_19
- Sheu S., Lin H.S. og Hwang, S.L. (2002). Perceived stress and physio-psychosocial status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. *Int J Nurs Stud.* 39(2):165-75. doi: 10.1016/s0020-7489(01)00016-5
- Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdis Ingunn Óskarsdóttir. (2016). *Rannsókn á streitu meðal nemenda í grunnnámi við Háskóla Íslands (óútgefin BSc ritgerð)*. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Valero-Chillerón, M. J., González-Chordá, V. M., López-Peña, N., Cervera-Gasch, Á., Suárez-Alcázar, M. P. og Mena-Tudela, D. (2019). Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Education Today*, 76, 38-43. doi:10.1016/j.nedt.2019.01.014

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Rannsóknir hafa sýnt fram á ýmsa erfiðleika með smokkanotkun hjá ungum íslenskum karlmönnum. Tilgangur þessarar eigindlegu rannsóknar er að skyggnastrinn í reynsluheim ungra karlmanna varðandi smokkanotkun og skoða sjónarmið þeirra gagnvart notkuninni.

Aðferð

Rannsóknin byggist á eigindlegri aðferð, fyrirbærafræðilegri nálgun. Einstaklingsviðtöl voru tekin við 13 íslenska unga karlmenn á aldrinum 18-25 ára. Viðtölin voru þemagreind eftir rammaaðferð.

Niðurstöður

Greind voru þrjú þemu, *Óöryggi og öryggi, Athöfnin sterkari en orðin og Óttast að allt fari til fjandans*. Fram komu margir áhrifaþættir á þá ákvörðun að nota smokka. Sumir þátttakenda voru öruggir að nota smokka, aðrir voru öruggir en þeir gátu jafnframt verið á báðum áttum. Samskipti við kynlífsfélaga um smokkanotkun reyndust sumum auðveld en öðrum ekki, sem lýsti þeirra óvissu. Það var auðveldara að sleppa þeim og ganga beint til verks. Sjálf smokkanotkunin gat verið flókin og valdið þeim áhyggjum og ótta við neikvæðar afleiðingar. Sú athöfn að rjúfa augnablikið til að sækja smokkinn, setja hann á og viðhalda kynferðislegri reisn með smokk gat verið áhyggjuvaldandi og spennuþrungin. Sumir höfðu þó öðlast öryggi við smokkanotkun og lýstu jákvæðri reynslu.

Ályktun

Rannsóknin sýndi fram á að upplifunin af smokkanotkuninni gat reynst erfið og skapað ótta gagnvart því að allt mundi klúðrast. Með aukinni vitneskju um upplifun ungra karlmanna af smokkanotkun má betur sníða kynfræðslu að þeirra þörfum, efla sjálfsöryggi þeirra varðandi þá notkun, auka þannig smokkanotkun sem mögulega gæti lækkað tíðni kynsjúkdóma.

Lykilorð:

Ungir karlmenn, smokkanotkun, eigindleg rannsókn, kynheilbrigði, áhættuhegðun.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Frásagnir ungu karlmannanna gefa dýpri skilning en magnbundnar rannsóknir hafa gefið um reynsluheim þeirra hvað varðar smokkanotkun, hvað reyndist þeim erfitt og hvaða hjargráð þeir höfðu.

Hagnýting: Unnt er að nýta niðurstöður í fræðslu- og ráðgjöf um kynheilbrigði.

Þekking: Það er ákveðinn hópur ungra karlmanna sem á í meiri erfiðleikum með notkun smokka. Þá vantar meiri þekkingu á smokkum, þjálfun í að tjá sig um smokka og hvernig skuli vinna með erfiðar aðstæður þegar nota þarf smokkinn.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Niðurstöður geta nýst við kynfræðslu ungra karlmanna um þessi mál en einnig þegar hjúkrunarfræðingar í skólum eða á heilsugæslunni eru að veita ráðgjöf um getnaðarvarnir og við upplýsingagjöf um kynsjúkdóma.

SÓLEY S. BENDER

PhD, prófessor

KATRÍN HILMARSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur MS

ÞÓRA JENNÝ GUNNARSDÓTTIR

PhD, dósent

Smokkanotkun ungra karlmanna: Viðhalda reisin. Eigindleg rannsókn

INNGANGUR

Það er fjölmargt sem getur haft áhrif á notkun smokka (Chernick o.fl., 2019). Það er í raun allt sem viðkemur aðdraganda notkunar og svo aðstæðunum þegar kemur að notkuninni sjálfri og er háð vitsmunalegum og sálfélagslegum þroska einstaklingsins. Áhrifaþættir á undirbúning og notkun geta falist í þekkingu einstaklingsins á smokkum, hversu vel er talað um hann og notkun hans og hvaða fyrirmyndir einstaklingurinn hefur um þá notkun. Fram kom í íslenskri rýnihóparannsókn meðal ungra karlmanna að langflestir þeirra könnuðust ekki við að hafa séð hvernig ætti að nota smokkinn frá upphafi til enda og voru þá að vísa til kynfræðslu sem þeir hefðu fengið. Þá skorti jafnframt sýnikennslu um hvernig skuli setja smokkinn á getnaðarliminn, til staðar var óvissa með hvernig hann ætti að snúa og hvaða tegundir væru á markaðinum (Sóley S. Bender o.fl., í prentun). Í stærra samhengi við kynlífið almennt þá kom fram í annarri íslenskri eigindlegri rannsókn að ungir menn lýstu óöryggi gagnvart kynlífi því þeir hefðu ekki fengið næga fræðslu um það (Lóa Guðrún Gísladóttir o.fl., 2020). Það virðist nokkuð lífseigt sjónarmið að það sé óþægilegt að nota smokkinn en jafnframt að hann dragi úr rómantík augnabliksins og ánægju kynlífsins (Millhausen o.fl., 2018; Sóley S. Bender og Álfheiður F. Friðbjarnardóttir, 2015). Þátttakendur í rannsókn Millhausen og félaga (2018) lýstu frekar kynmökum sem ánægjulegum ef smokkur var ekki notaður og öfugt ef hann var notaður. Slík neikvæð afstaða er ólíkleg til að virka hvetjandi á smokkanotkun. Jafnframt hefur komið fram í frásögnum unglingsstúlkna að kynlífsfélagi þeirra hafi reynt með vissum þvingunum að sannfæra þær um að það væri óþægilegt að nota smokka (Teitelman, o.fl., 2011). Þarna virðist vera til staðar einhver tilhneiging í þá átt að forðast notkun því hún gæti reynst óþægileg fyrir viðkomandi. Auk þess skiptir máli hversu góðar fyrirmyndir ungir karlmenn hafa um smokkanotkun. Ef vinir þeirra segjast allir nota smokkinn þá má telja líklegra að það hvetji þá til dáða. Gagnstæð skilaboð má ætla að virki í öfuga átt. Í langtímarannsókn Henry o.fl. (2007) kom fram að ef viðkomandi átti vini, í fyrri hluta rannsóknarinnar, sem höfðu oft kynmök án þess að nota smokka voru þeir síður líklegir til að nota smokka í seinni hluta rannsóknarinnar. Varðandi aðrar fyrirmyndir þá er líklegt að ungir karlmenn sem hafa horft mikið á klám hafi fengið fáar fyrirmyndir um smokkanotkun. Safngreining Tokunaga o.fl. (2020) frá 18 löndum leiddi í ljós að meira klámáhorf var tengt við smokkalaust kynlíf en langtímarannsókn Koletić, o.fl. (2019) studdi ekki þá niðurstöðu. Rannsóknir eru því ekki á einu máli um þetta en íslenskir ungir karlmenn hafa lýst því að klámáhorf hafi mikil áhrif á kynlíf og kynjamyndir þeirra (Kolbrún Sigurgeirsdóttir o.fl., 2019; Lóa Guðrún Gísladóttir o.fl., 2020).

Til þess að geta stundað öruggt kynlíf er mikilvægt að geta rætt við kynlífsfélaga um notkun getnaðarvarna eins og smokkinn. Í rannsókn French og Holland (2013) kom fram að tjáskipti um smokkanotkun spáði mest fyrir um þá notkun. Það er því til mikils að vinna að kunna góð samskipti. Það virðist þó ekki vera sama hvaða leiðir eru farnar í þessum tjáskiptum því ef viðkomandi taldi kynlífsfélagi ekki vilja nota smokk þá var áhrifaríkast að ræða um ýmiss konar áhættu sem felst í óvörðu kynlífi, nota bein tjáskipti með eða án orða og að fylgja því fast eftir að vilja nota smokk (Tschann o.fl., 2010).

Á seinni árum hefur í auknum mæli verið vakin athygli á því að kynlífsvandi getur tengst smokkanotkun. Hafa ungir karlmenn greint frá því að upplifa smokkatengdan risvanda (Graham o.fl., 2016; Hill, o.fl., 2015). Þessar rannsóknir á kynlífsvanda byggjast á meginlegum rannsóknaraðferðum og því mikilvægt að skoða slíkar upplifanir með eigindlegum aðferðum. Ýmsar eigindlegar rannsóknir hafa verið gerðar á smokkanotkun karla (Breny og Lombardi, 2017; Chernick, o.fl., 2019). Fáar eigindlegar rannsóknir virðast hafa verið gerðar sem

byggjast á einstaklingsviðtölum við unga karlmenn meðal annars um reynslu þeirra af smokkanotkun en þær hafa ekki gefið ítarlegar lýsingar eins og á því augnabliki þegar smokkanotkunin á sér stað (Chernick o.fl., 2019; Dalessandro o.fl., 2019; Smith o.fl., 2012). Miðað við fyrri þekkingu þá þótti mikilvægt að taka einstaklingsviðtöl við unga karlmenn um smokkanotkun. Þegar hefur verið gerð rýnihóparannsókn meðal íslenskra ungra karlmannna á þessu efni og er þessi rannsókn því ætluð til að skoða viðfangsefnið af enn meiri dýpt. Það er mikilvægt að skyggjast inn í reynslu- og hugarheim ungra karlmannna til að geta betur áttað sig á því hvað liggur að baki neikvæðri afstöðu til smokkanotkunar og erfiðleikum við notkun. Tilgangur þessarar eigindlegu rannsóknar er að skoða reynsluheim ungra karlmannna varðandi smokkanotkun en jafnframt að skoða þeirra sjónarmið gagnvart notkuninni.

ADFERÐ

Rannsóknin er hluti af stærri eigindlegri rannsókn sem var tvíþætt. Fyrst var gerð rýnihóparannsókn og í seinni hluta rannsóknarinnar voru tekin einstaklingsviðtöl. Þessi grein byggir á einstaklingsviðtölum.

Rannsóknarsnið

Til að öðlast dýpri skilning á reynsluheimi ungra íslenskra karlmannna varðandi smokkanotkun og hvað skipti máli sem varðar þá reynslu var ákveðið að byggja rannsóknina á eigindlegu rannsóknarsniði, fyrirbærafræðilegri nálgun. Túlkandi fyrirbærafræði var valin fram yfir lýsandi fyrirbærafræði þar sem hún tekur mið af samhengi (e. context) eins og aðstæðum og að einstaklingurinn verður fyrir áhrifum af þeim heimi sem hann lifir í. Þetta samhengi er mikilvægt til að geta skilið reynsluheim einstaklingsins. Einnig taldi aðalrannsakandi, sem safnaði gögnunum, sig ekki geta einangrað sinn eigin reynsluheim heldur er fyrri reynsla og fræðileg þekking mikilsverð við vinnslu rannsóknarinnar (Neubauer o.fl., 2019). Rannsóknin er mikilvæg til þess að geta aukið skilning á smokkanotkun. Var rannsakandinn opin gagnvart frásögnunum ungu karlmannanna um upplifun þeirra og merkingu hennar (Neubauer, o.fl., 2019). Slíkar eigindlegar rannsóknir henta vel til að skoða fyrirbæri sem lítið er vitað um, til að öðlast betri skilning á þeim eða til að rannsaka fyrirbæri sem megindlegar rannsóknir ná ekki að fanga (Stewart o.fl., 2008).

Þátttakendur

Stuðst var við tilgangsrúttak við val á þátttakendum sem miðaðist við ákveðin einkenni eins og kyn og aldur. Valdir voru einstaklingar sem voru taldir hafa persónulega þekkingu og reynslu af fyrirbærinu sem átti að rannsaka (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Til að auka líkur á fjölbreytni í sjónarmiðum þátttakenda var kynhneigð höfð í huga. Valdir voru ungir karlmenn sem stunda kynlíf með konum og karlmenn sem stunda kynlíf með körlum. Farin var sú leið að nálgast þátttakendur í gegnum Göngudeild húð- og kynsjúkdóma á Landspítala og Samtökin '78. Á Landspítalanum fengu mögulegir þátttakendur kynningarbréf en Samtökin '78 auglýstu rannsóknina. Þátttakendur fengu upplýsingar fyrir rannsóknina að greitt yrði fyrir þátttöku.

Fjöldi einstaklingsviðtala miðaðist við mettnun gagna (Fusch og Ness, 2015).

Siðfræðilegir þættir rannsóknarinnar

Rannsóknarverkefnið hlaut leyfi Vísindasiðanefndar, VSNb2017110012/03.01, leyfi framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala og yfirlæknis Göngudeildar húð- og kynsjúkdóma. Jafnframt gáfu þátttakendur upplýst skriflegt samþykki fyrir þátttöku.

Gagnasöfnun

Einstaklingsviðtölin voru tekin fyrir hluta árs 2019 af fyrsta höfundi þessarar greinar. Áður en hvert viðtal fór fram var haft samband símleiðis við þátttakendur og rannsóknin útskýrð. Til grundvallar rannsókninni var byggt á hálfstöðluðum viðtölum en þau gefa færi á að fara út fyrir spurningarammann ef ný atriði koma fram eða leitast er eftir frekari skýringum (Gill o.fl., 2008). Í byrjun hvers viðtals var rannsóknin kynnt fyrir viðmælanda, fjallað um tilgang hennar, áætlaða tímalengd viðtals, rafræna upptöku viðtals, að nafnleyndar væri gætt og að viðkomandi væri heimilt að hætta hvenær sem væri. Áður en viðtalið hófst var lagður fyrir stuttur spurningalisti um bakgrunn viðkomandi og lögð áhersla á að viðtalið sjálft byggðist sem mest á frásögn viðmælandans en síður á spurningum og svörum. Þar sem viðtalið var um viðkvæmt málefni var byrjað á því að fjalla almennt um efnið. Þá var spurt hvort viðkomandi hafði fengið einhverjar upplýsingar eða fræðslu um smokkanotkun og það skoðað nánar út frá vinum, foreldrum og samfélaginu. Í framhaldi af því var farið nánar út í smokkanotkun og viðkomandi beðinn um að lýsa því hvernig það væri að nota smokkinn. Var spurningunni fylgt eftir með atriðum eins og feimni, mati á áhættu, áfengi, hve auðvelt/erfitt er að setja hann á, aðgengi að smokkum, þekkja bólfélaga og fleira. Til að auðvelda umræður um smokkanotkun var stuðst við dæmisögur og mynd af helstu skrefum smokkanotkunar. Viðtölin fóru fram í húsnæði Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands.

Gagnagreining

Við greiningu gagna var stuðst við rammaaðferð (e. framework method) Gale og félaga (2013). Með þeirri aðferð er gerð þemagreining þar sem kerfisbundið var leitast eftir mynstri sem varpað gat ljósi á fyrirbærið sem var til skoðunar. Til að ná utan um og skipuleggja rannsóknargögnin var settur fram greiningarammi sem samanstóð af kóðum og flokkum, ákveðnir af rannsakendum. Fyrstu tveir höfundar greinarinnar gerðu greiningaramma sem byggðist á nokkrum viðtölum, báru saman og samræmdu. Hann var síðan notaður við greiningu hinna viðtalanna en var stöðugt í endurskoðun. Samkvæmt Gale og félögum (2013) eru kóðar lýsandi eða huglæg hugtök rannsóknargagnanna og eru flokkar samsafn af kóðum sem fjalla um svipuð eða tengd hugtök. Þemu eru svo túlkuð hugtök eða setningar sem gefa mynd af merkingabærum frásögnum í rannsóknargögnunum, sem eru svo loka greiningarniðurstöðurnar fyrir rannsóknargögnin í heild sinni. Þemu eru sett fram og þróuð með því að rýna í flokka rannsóknargagnanna með samanburði innan hvers viðtals og á milli viðtalanna. Þess var gætt að rödd þátttakenda fengi að heyrast. Rammaaðferðin byggist á sjö stigum og hefur þeim áður verið lýst nákvæmlega (Katrín Hilmarsdóttir, 2021).

NIÐURSTÖÐUR

Prettán ungir íslenskir karlmenn á aldrinum 18-25 ára tóku þátt í rannsókninni. Níu skilgreindu sig sem gagnkynhneigða og fjórir sem samkynhneigða. Þeir voru búsettir í Reykjavík og nágrenni. Allir nema einn bjó í foreldrahúsum. Þegar viðtölin fóru fram voru tíu í skóla eða að ljúka skóla en þrír voru ekki í skóla. Flestir töluðu um að þeir hefðu viljað fá meiri fræðslu um smokkanotkun. Í einhverjum tilfellum höfðu foreldrar rætt við ungu karlmennina um kynheilbrigðismál og þá oftast móðir. Allir nema einn höfðu reynslu af því að nota smokk við kynmök og flestir gerðu sér grein fyrir mikilvægi smokkanotkunar. Þrátt fyrir það reyndust aðstæður þó vera mishvetjandi og greindu margir frá því að þeir kusu frekar að sleppa við smokkanotkun ef hjá því var komist.

Fram komu þrjú þemu við greiningu viðtalanna. Þemað *Óöryggi og öryggi* á við um áhrifaþætti á þá ákvörðun að nota smokk. Þemað *Athöfnin sterkar en orðin* á við um að framkvæmdin sjálf (kynmök) varð oft yfirsterkari því að ræða saman um smokkanotkun. Þemað *Óttast að allt fari til fjandans* á við um reynslu af því sem getur farið úrskeiðis við smokkanotkun.

Óöryggi og öryggi

Í þessu þema er lýst reynslu af því að vera óöruggur, öruggur eða á báðum áttum um smokkanotkun. Þeir ungu karlmenn sem lýstu reynslu af því að nota ekki smokk höfðu efasemdir um að þeir gætu tekist á við áskoranir smokkanotkunar. Gefur það til kynna óöryggi og vanmáttarkennd af þeirra hálfu. Þeir höfðu neikvæða sýn á smokkanotkun, lýstu þekkingarleysi og áttu jafnframt erfiðar með að nálgast smokkinn. Þessir þættir virtust skipta máli varðandi óöryggi við smokkanotkun. Erfið reynsla af smokkanotkun gat haft þau áhrif að forðast notkunina. Þeir lýstu smokkum sem óþægilegum, pirrandi, kæfandi og að hann minnkaði kynferðislega tilfinningu og höfðu sumir ekki fundið smokk sem hentaði þeim. Fram kom afstaða eins og þessi: „... nenna ekki að nota smokk af því að væri óþægilegt eða pirrandi“. Jafnframt sýndu þeir minni skilning á margsvíslegri áhættu tengdri óvörðum kynmökum: „... strákar eru aldrei í raunverulegri áhættu ... þeir muni aldrei ... bera barn ... miklu fúsari til að sleppa honum“. Kynsjúkdóma töluðu þeir oft um af léttúð og óráðgerð þungun var það sem fyrst og fremst þurfti að varast. Ef upp kom kynsjúkdómasmit þá mátti yfirleitt laga það með einni töflu: „Maður hefur heyrt að það er ekkert mál að fá klamydíu. Þú tekur bara einhverjar töflur og búinn að leysa málið.“ Segir það nokkuð til um kæruleysi þeirra gagnvart kynlífi. Samkynhneigðir ungir karlmenn greindu sumir frá kæruleysi við smokkanotkun þar sem engin hætta var á þungun. Þeir óttuðust þó afleiðingar langvarandi kynsjúkdóma en vonuðust til að þeir myndu sleppa. Smokkanotkun þótti brýnni við skyndikynni en oft er ekki voru frásagnir af því að smokknum hefði verið sleppt.

Ungu karlmennirnir sem lýstu jákvæðri reynslu af smokkanotkun og öryggi við notkun hans voru líklegri til að meta hann sem mikilvæga og trausta kynsjúkdóma- og getnaðarvörn. Þeir vildu síður taka áhættuna: „... þínu svona better safe than sorry... en mögulega gera stelpu óléttu eða ganga um með Herpes það sem eftir er“. Þeir sýndu ábyrgð

gagnvart sjálfum sér og hinum aðilanum með því að veða áhættuna meiri en að fá kannski ekki alveg það sama út úr kynmökunum. Þá litu þeir á ábyrgðina sem beggja aðila. Að kaupa smokk gat hafa verið vandræðalegt í byrjun en var það sjaldnast lengur, enda um nauðsynjavöru að ræða. Fram kom sú afstaða að ef einstaklingurinn væri ekki tilbúinn til að kaupa smokk þá var hann ekki tilbúinn til að hafa kynmök. Þeir gengu jafnvel um með smokk á sér til vonar og vara en annars var lítið mál að verða sér út um smokk ef tilefni væri til. Þeir litu svo á að smokkar væru víða í boði án endurgjalds sem grípa mátti með sér, þeir gerðir aðgengilegir af foreldrum og svo þótti tilvalið að sá sem bauð þeim heim ætti smokk. Þeir upplifðu sig örugga með smokkanotkunina og fannst hún einföld:

... partur af rútínunni, þú ert að klæða þig úr buxunum og þú ert líka að setja á þig smokkinn. Þú sefur ekki hjá meðan þú ert í buxunum og þú sefur ekki hjá ef þú ert ekki kominn með smokkinn á þig.

Það sló þá ekki út af laginu ef að hinn aðilinn horfði á eða hjálpaði til við að setja smokk á. Kynferðisleg tilfinning samhliða smokkanotkun þurfti alls ekki að vera skert, sér í lagi ef að hann hafði fundið smokk sem honum leið vel með. Við skyndikynni þótti smokkanotkun sjálfsögð enda þekktust aðilarnir lítið og betra að vera öruggur en sjá eftir því. Átti það einnig við undir áhrifum áfengis að það truflaði ekki þeirra dómgreind. Að fara reglulega í kynsjúkdómaeftirlit þótti ungu karlmönnum hluti af ábyrgum og heilbrigðum lífsstíl: „Mér finnst mjög eðlilegt að fara í tékk, það er eins og að skoða bílinn sinn, maður þarf að láta tékka hjá sér.“ Sumir þeirra höfðu fengið kynsjúkdóm á yngri árum og lært af reynslunni. Þeim hafði þótt ógnvekjandi að gangast undir greiningu, biða eftir niðurstöðunum og að greinast svo með kynsjúkdóm. Það hafði skömm í för með sér. Reyndist það þeim hvatning til að fyrirbyggja að það endurtæki sig. Ábyrg afstaða ungu karlmanna birtist í skilningi þeirra á vandamálum sem upp gátu komið samhliða smokkanotkun og færni í að takast á við þau. Þeir gerðu sér grein fyrir að kynlíf í kvikmyndum og klámi sýndi sjaldnast raunsanna mynd af kynlífi, hvað þá smokkanotkun. Þeir litu á kynlíf sem alls konar og að margt gæti klúðrast:

Kannski klúðrast þetta og þá er það bara fyndið. Ef þú ert með rétta einstaklingnum þá er allt bara fyndið. Það er hellingur af vandræðalegum hlutum í kynlífi ... þetta er ekki eins og maður sér kannski í bíómyndunum, að maður svitnar ekki og engin skríttin hljóð hér og þar og smokkurinn kominn á, á einni og hálfri sekúndu og allt er æðislegt og paradís.

Það sem einkenndi reynsluheim þeirra sem notuðu smokk var að þetta væri lítið mál, þeir litu á þessa athöfn jákvæðum augum og voru ekki að óttast að þeim mistækist notkunin. Hjá þeim rétti öryggistilfinning.

Nokkuð bar á andstæðum í frásögnum ungu karlmanna um afstöðu þeirra til smokkanotkunar. Þannig gat einn og sami karlmaðurinn sagt smokkinn vera mikilvæga kynsjúkdómavörn en þegar í aðstæðurnar væri komið þá notaði hann ekki alltaf smokkinn:

... ég reyni að temja mér það að nota hann sem oftast. Þótt maður geri það ekki alltaf og maður veit ekki af hverju maður gerir það ekki alltaf. Það er einhvern veginn eitthvert stundabrylæði og eitthvað falskt traust kannski, gagnvart manneskjunni, sem eru náttúrulega brostnar þegar maður er greindur með kynsjúkdóm.

Athöfnin sterkari en orðin

Í þessu þema verður horft til lýsinga ungu karlmanna af þeirri reynslu að tjá sig við kynlífsfélaga með eða án orða um smokkanotkun. Þessi samskipti reyndust miserfið, margir lýstu óvissu og fjölmörg dæmi voru um óbein eða jafnvel engin samskipti. Smokkanotkun var því oftast en ekki ákvörðuð út frá ályktunum annars eða beggja aðilanna út frá þeim fáorðu samskiptum.

Engin tjáskipti einkenndust mjög af ályktunum eða fyrir fram ákveðnum forsendum sem að ungu karlmennirnir gáfu sér um aðstæður og hinn aðilann og drógu ályktanir um hvort nota þurfti smokk eða ekki. Þannig var konan oftast en ekki álitin ábyrg fyrir getnaðarvörnum og gengið út frá því að hún væri á pillunni: „Maður gerir bara 100% ráð fyrir að hún sé á pillunni ...“. Í frásögnum samkynhneigðra karlmanna komu fram ályktanir um að smokkanotkun þótti sjálfsgöð og því ekki talin þörf á að ræða hana en það gat þó samt farið eftir hlutverki hvors aðila í aðstæðunum. Sumir óttuðust neikvæð viðbrögð kynlífsfélagans: „... svona hræðsla við að fá einhvern svona skríttinn svip til baka ...“. Með því að sleppa tjáskiptunum þá er í hraðri atburðarás hægt að snúa sér beint að sjálfri athöfninni, þ.e. kynmökunum eins og fram kom í þessari frásögn: „... hlutirnir gerast það hratt, skilurðu, að maður ... fattar ekki að stoppa og henda honum á“.

Við óbein tjáskipti reyndu ungu karlmennirnir að fara í kringum hlutina og ræddu ekki beint um smokkanotkun. Tjáskiptin voru þá oftast en ekki samofin umræðu um samþykki fyrir kynmökum og því hvort konan var á pillunni. Þá var hinn aðilinn spurður óbeinna spurninga sem áttu að svara til um vilja hans varðandi smokkanotkun eins og hvort konan væri samþykk því að stunda kynlíf, hvort hún væri á pillunni, hvort aðilinn vildi setja smokkinn á eða honum boðið að teygja sig í smokk. Óbein tjáskipti gefa einnig til kynna mikilvægi þess að koma sér hjá því að ræða málin.

Bein tjáskipti þóttu auðveldari með árunum eftir því sem sjálfstraustið jókst: „... sé alveg jafnsjálfsagt og hann spyrji hvort hún vilji stunda kynlíf með honum“. Sumir veigruðu sér þá ekki við að ræða um smokkanotkun. Einn samkynhneigður leit á tjáskiptin sem sjálfsagt mál: „... alltaf fyrsta skrefið er að tala saman“. En það voru færri en fleiri sem höfðu náð þessum þroska. Einnig var gripið til beinna tjáskipta ef lítill vilji var til smokkanotkunar eða þegar reynt var að komast hjá notkuninni.

Þessi lýsing á tjáskiptum gefur til kynna að sá sem ekki tjáir sig eða á óbeinan hátt er í meiri vafa en sá sem getur tjáð sig beint. Hann er óruggari með sjálfan sig, óttast jafnvel neikvæð viðbrögð frá kynlífsfélaga og finnst auðveldar að ganga beint til verks.

Óttast að allt fari til fjandans

Í þessu þema koma fram lýsingar ungu karlmanna af reynslu þeirra af smokkanotkun. Margt kom fram í frásögnum þeirra sem benti til þess að sjálf smokkanotkunin gat verið flókin, valdið þeim hugarangri, áhyggjum og ótta við að allt færi úrskeiðis. Við það að gera hlé á ástarleiknum til að sækja smokk gat skapast biðtímabil eða leikhlé sem mismunandi var hvort ungu karlmönnum reyndist vandræðalegt eða ekki. Sumir höfðu þó öðlast öryggi við smokkanotkun og lýstu jákvæðri reynslu og afstöðu til hennar, sér í lagi ef þeir höfðu fundið „sinn“ smokk sem hentaði þeim best.

Það að rjúfa augnablikið til að sækja smokkinn, opna umbúðirnar, taka smokkinn úr umbúðunum setja hann á og upplifa og viðhalda kynferðislegri tilfinningu og reisu með smokk gat verið áhyggjuvaldandi, svo mjög að jafnvel komu fram vísbendingar um kynlífsvanda meðal ungu karlmanna. Bæði gagnkynhneigðir sem samkynhneigðir lýstu því. Við þetta gat orðið hlé á ástarleiknum. Misjafnt var hvort ungu karlmönnum fannst leikhléið vandræðalegt eða ekki. Sumum reyndist nokkuð auðvelt að gera gott úr því. Hjá þeim sem voru frekar að vandræðast með þetta tímabil kom fram að: „... þetta biðtímabil ... getur gjörsamlega eyðilagt líka stemninguna ...“. Önnur frásögn af leikhléinu gefur einnig til kynna erfiðleika: „... var að leita að smokknum ... það gekk illa að opna hann ... fór að stressast upp og ... þá fer hann að slakkna og þá fer allt til fjandans“. Frásögnin lýsir því að það er mikið í húfi ef kynmökun takast ekki. Auðveldi mátti og stytta leikhléið með því til dæmis að hafa smokkinn innan seilingar. Betri upplifunum lýstu þeir sem höfðu notað æfingasmokka (prófað að nota smokka) áður en að kynmökum kom eins og fram kemur í eftirfarandi frásögn: „... það virkar mjög vel og út af því finnst mér ég vera vel undirbúinn“. Góður undirbúningur skapar greinilega öryggiskennd. Þeir sem lýstu verri upplifunum höfðu litla reynslu að baki eða voru jafnvel að stíga sín fyrstu skref í smokkanotkun. Mikilvægt var að hafa náð fullri reisu áður en smokkur var settur á en ef leikhlé varð langt gat reynt erfitt að viðhalda reisu: „Það er frekar vonlaust að setja smokk á þig ef þú ert að flagga í hálfu ...“. Í þessum orðum felast ákveðin vonbrigði með eigin kynsvörun. Ungu karlmönnum gat fundist það spennandi hluti af ástarleiknum ef hinn aðilinn tók þátt í að setja smokk á, en öðrum gat fundist það óþægilegt. Hins vegar að taka smokkinn af var auðvelt og áhyggjulaust.

Margvíslegar frásagnir voru af kynferðislegum tilfinningum ungu karlmanna á meðan á kynmökum með smokk stóð. Voru þær frásagnir af skertri eða minni kynferðislegri tilfinningu með smokk miðað við kynmök án hans, en einnig af lítið eða ekkert skertri tilfinningu. Þeir sem lýstu jákvæðri reynslu höfðu frekar fundið „sinn“ smokk sem að þeir voru ánægðir með og notuðu að staðaldrí. Einn lýsti þessu vel: „Ef maður er með góðan smokk ... skiptir engu máli, smokkur eða ekki“. Þá bætti hann við: „... það er svo lítill munur á að vera með smokkinn að það ... margborgar sig bara að venja sig á það ...“.

Sumir ungu karlmanna greindu frá erfiðleikum við að nota smokk sem tengdist kynlífsvandamálum. Var það einkum tengt riserfiðleikum. Kynlífsvandi tengt risi gat orðið í leikhléinu, þegar smokkur var settur á: „... þetta að finna smokkinn ... getur tekið tíma ... maður getur orðið fljótt

pirraður ... blóðið hætt að renna þegar maður er kominn með hann í hendurnar ... “. Annar greindi svo frá: „... maður missi hann niður ... af því að maður er eitthvað að dunda við þetta ... “. Jafnframt var erfiðleikum lýst ef smokkur var of þröngur: „... erfiðara að halda honum uppi ... það var ... mjög þrengt að, mér leið eins og það væri kannski erfiðara að ná honum aftur upp ...“. Þá komu einnig fram dæmi þess að óttast brátt sáðlát við það að setja smokk á, sér í lagi ef hinn aðilinn aðstoðaði við það: „Sérstaklega ef stelpurnar hjálpa ... það er rosalega örvandi sko ... “. Í þessum aðstæðum verður spennan mjög mikil og einstaklingurinn hefur greinilega miklar áhyggjur af því hvort sú athöfn að setja smokkinn á takist eða ekki. Það er mikið í húfi, sjálf karlmennskan.

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að það gangi misvel hjá ungum karlmönnum að nota smokkinn. Hjá sumum er þetta einfalt og auðvelt en hjá öðrum getur þetta reynst þeim nokkuð erfitt eins og fram kom í rannsókn Chernick og félaga (2019). Sumir eru jafnvel tvístígandi og fá misvísandi skilaboð. Það sem einkum virðist hvetja ungu karlmennina til smokkanotkunar er jákvæð afstaða til hennar, góð þekking, finnast auðvelt að kaupa smokkinn og þeir meta hann sem mikilvæga og trausta kynsjúkdóma- og getnaðarvörn. Þeim finnst mikilvægt að taka ekki áhættu í kynlífi. Þetta lýsir öryggi þeirra. Það er svo hið gagnstæða sem virtist letja smokkanotkun og fólst í neikvæðri afstöðu til smokkanotkunar, þekkingarleysi og meiri erfiðleikum með að nálgast og nota smokkinn. Þessir þættir virtust skipta máli varðandi öryggi við smokkanotkun. Hjá þeim sem voru öruggir kom meðal annars fram að þeim þætti óþægilegt, pirrandi og kæfandi að nota smokka. Óþægindi og kæfandi tilfinning vísar til þess að viðkomandi hefur ekki fundið sér smokk við hæfi. Að finnast smokkar vera pirrandi vísar hins vegar til notkunarinnar sjálfrar og að neyðast til að trufla þetta viðkvæma augnablik þegar reynir á sjálfa smokkanotkunina. Þessu augnabliki er iðulega ekki lýst í eigindlegum rannsóknum um getnaðarvarnir og smokkanotkun (Dalessandro o.fl., 2019; Noar o.fl., 2012) en fram hefur þó komið að með því að rjúfa augnablikið þá gæti stelpa hætt við allt saman (Davis o.fl., 2014). Það er greinilegt að þeir sem ráða verr við smokkanotkun eru að glíma við margvíslega þætti er lúta að vitsmuna- og sálfélagslegum þroska þeirra. Þeir virðast eiga erfiðar með að átta sig á afleiðingum áhættuhegðunar, verða fyrir áhrifum frá umhverfi sínu, eiga erfiðar með tjá sig á eðlilegan hátt um smokkanotkun, eru öruggir varðandi sjálfa smokkanotkunina og leita gjarnan leiða til að koma sér hjá notkuninni (Davis o.fl., 2014; Measor, 2006; Tulloch o.fl., 2004).

Það lykilatriði sem virðist gera aðstæðurnar þægilegar við smokkanotkun er að geta á auðveldan hátt rætt við kynlífsfélaga um þá notkun enda hefur verið sýnt fram á að tjáskipti spá fyrir um smokkanotkun (French og Holland, 2013). Það er þó greinilegt að sumir eiga í meiri erfiðleikum með þetta en aðrir (Breny og Lombardi, 2017). Það er því mikils virði fyrir ungt fólk, kynferðislega vellíðan þess og ábyrga kynhegðun að það kunni að tjá sig um kynlíf og smokkanotkun á árangursríkan hátt.

Þessi rannsókn gefur enn ítarlegri mynd af kynlífsvanda ungra karlmanna en erlendar megindlegar rannsóknir hafa hingað til geta sýnt fram á (Graham o.fl., 2016; Hill, o.fl., 2015). Þær rannsóknir gefa upplýsingar um hversu margir glíma við slíkan vanda og öðrum tengdum þáttum en gefa ekki nákvæmar lýsingar á því sem felst í þessari erfiðu reynslu og hvað það er sem veldur þeim angist. Í rannsókn Graham og félaga (2016) kom fram að 19% nefndu að risvandamál tengt smokkanotkun hafði komið fyrir að minnsta kosti einu sinni (meðaltal 0,72, á bilinu 0-30 sinnum). Tengdust risvandamál fleiri rekkjunautum, smokkar pössuðu ekki nógu vel eða minnkuðu tilfinningu, þeir höfðu minni löngun til að nota smokka og reyndu að setja smokkinn á áður en fullri reynsla var náð. Í rannsókn Hill og félaga (2015) kom fram að af þessum 220 sem höfðu upplifað smokkatengdan risvanda, þegar smokkur var settur á, voru um 88% sem upplifðu þann vanda í minna en helming tilvika síðastliðna 90 daga en 12,3% greindu frá þessum vanda í flestum tilvikum eða alltaf. Í þeirra rannsókn kom fram að það sem gat skipt máli varðandi risvanda við smokkanotkun var rof á augnablikinu, að smokkar pössuðu ekki eða minnkuðu tilfinningu, það tæki of langan tíma að setja smokkinn á og of mikil áfengisneysla. Í sömu rannsókn kom fram að hjá þeim sem upplifðu smokkatengdan risvanda (n=220) þá fannst 72,6% þeirra það trufla augnablikið að þurfa að setja smokkinn á fyrir kynmök. Í þessari íslensku rannsókn sem hér er greint frá er augnablikinu lýst á töluvert ítarlegan hátt og því betra að átta sig á þeim þáttum sem farið geta úrskreiðis við notkunina. Það sem skiptir þar miklu máli er að þetta hlé taki stuttan tíma, að smokkurinn sé innan seilingar og að hann sé þægilegur.

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að hlúa þurfi verulega að þeim hópi ungra karlmanna sem á í erfiðleikum með smokkanotkun og ná til þeirra sem einstaklinga. Fyrir þá einstaklinga er mikilvægt að byggja upp þekkingu um smokka (stærð, tegund, þykkt ...), vinna með neikvæða afstöðu, fara í færniþætti er varða tjáskipti og hvaða þættir eins og augnablikið skipta máli við notkun smokksins. Margar leiðir eru færar til að efla sjálfsöryggi unga karlmenn á þessu sviði. Það hefur t.d. sýnt sig að unglingspiltum/ungum karlmönnum finnst tölvuleikur vera mjög spennandi. Það gæti því reynst góð leið til að koma upplýsingum og æfingum til þeirra í gegnum slíka leiki. Jafnframt gæti reynst gagnlegt að útbúa forrit fyrir snjallsíma með upplýsingum um smokka. Nýlega hefur í samvinnu við ungmenni verið þróað forrit af þessum toga í Svíþjóð (Nielsen o.fl., 2020). Aðrir hafa þróað gagnvirk efni í tölvum (IDI=Interactive Digital Interventions) þar sem einstaklingurinn hefur sinn eigin aðgang, þarf ekki að gefa upp nafn og þátttaka er eftir þeim hraða sem hentar einstaklingnum. Þetta tiltekna inngrip nefnist Men´s safer sex (MenSS). Sýnt hefur verið fram á að slík nálgun geti meðal annars aukið þekkingu, sjálfstrú og stuðlað að ábyrgari kynhegðun (Bailey o.fl., 2015).

Styrkleikar og takmarkanir rannsóknarinnar

Helstu styrkleikar rannsóknarinnar voru þeir að með því að taka einstaklingsviðtöl við unga karlmenn gafst tækifæri til að öðlast dýpri skilning á reynsluheimi þeirra og upplifunum m.t.t. smokkanotkunar og áhrifaþáttum hennar. Þátttakendur gáfu einlægar og jafnframt innihaldsríkar lýsingar á eigin reynsluheimi og afstöðu sinni til smokkanotkunar. Sami rannsakandi tók öll viðtölin og studdist við sömu

viðtalsaðferð. Í úrtakinu voru bæði gagnkynhneigðir og samkynhneigðir einstaklingar svo mismunandi sjónarhorn þeirra gátu komið fram. Að lokum má nefna að rannsóknin er fyrsta sinnar tegundar hér á landi og hefur hagnýtt gildi fyrir íslenskt samfélag og vonast er til að niðurstöður nýtist við stefnumótun, í kynfræðslu og við kynheilbrigðisþjónustu m.t.t. þess að stuðla að kynheilbrigði ungra íslenskra karlmanna. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar, sem og eigindlegra rannsókna almennt, er að dregin er fram mynd af reynsluheimi fárra einstaklinga og því er ekki unnt að yfirfæra niðurstöður yfir á stærri hóp (Anderson, 2010). Kvenkyns rannsakandi tók öll viðtölin sem mögulega getur hafa haft áhrif á frásaganir ungu manna. Þeir sem höfðu kost á að taka þátt í rannsókninni komu í gegnum kynheilbrigðismóttöku annars vegar og félagasamtök hins vegar. Jafnframt voru flestir af höfuðborgarsvæðinu. Það er möguleiki að fjölbreyttari hópur hefði enn ríklulegri mynd af reynsluheimi ungra karlmanna á þessu sviði.

ÁLYKTUN

Með aukinni þekkingu á reynslu ungra karlmanna af smokkanotkun, hvetjandi og letjandi þáttum smokkanotkunar er talið að betur megi sniða kynfræðslu að þeirra þörfum. Bæta megi upplifun þeirra af smokkanotkun og auka þannig smokkanotkun sem skilar sér í ábyrgara og jafnvel ánægjulegra kynlífi þar sem ekki þarf að hafa áhyggjur af neikvæðum afleiðingum. Sem dæmi má hvetja unga karlmenn til að æfa sig að nota smokka þar sem þeir geti öðlast aukna færni og sjálfstraust og kunna þá betur til verka þegar til raunverulegrar notkunar kemur. Vinna þarf með neikvæða afstöðu til smokkanotkunar og draga úr neikvæðum áhrifum þess leikhlés sem verður við það að setja smokkinn á. Þá má þjálfa hæfni ungra karlmanna til að ræða við kynlífsfélaga um smokkanotkun. Niðurstöður rannsóknarinnar geta nýst hjúkrunarfræðingum og öðrum fagaðilum sem koma að kynfræðslu og kynheilbrigðisþjónustu ungs fólks til að stuðla að aukinni smokkanotkun og þróa og efla kynheilbrigði þess.

ENGLISH SUMMARY

Condom use of young men: Upholding dignity. Qualitative study

Bender, S.S., Hilmarsdottir, K., Gunnarsdottir, Th.J.

Aim

Studies have demonstrated some difficulties among young men in using condoms. The purpose of this qualitative study is to explore the experience of young Icelandic men of condom use and their views thereof.

Method

The study is based on a qualitative method, a phenomenological approach. Individual interviews were conducted with 13 young men, 18-25 years old. The interviews were thematically analyzed according to the framework analysis method.

Results

Three themes were identified, *Insecurity and security*, *Action stronger than words* and *Afraid that everything will go to hell*. Several influential factors were revealed regarding the decision to use condoms. Some participants were secure in using condoms while others were not and they could also be ambivalent. Communication with a partner about condom use proved to be easy for some but not for others, who expressed uncertainty. It was easier to skip the conversation

and go right ahead. The actual condom use could be complicated, worrisome and create fear regarding negative consequences. The act of interrupting the moment to reach for the condom, put it on, maintain sexual excitement with the condom could create worries and stress. Some, however, had gained confidence in condom use and expressed positive experience and views thereof.

Conclusion

The study showed that the experience of condom use could be difficult and create fear that everything would go wrong. With increased knowledge of young men's experience of condom use, sexuality education can be better tailored to their needs, promote their self confidence, and thus, increasing condom use and possibly reducing the frequency of sexually transmitted infections.

Key words:

Young men, condom use, qualitative study, sexual- and reproductive health, risk behavior.

Correspondent:

ssb@hi.is

HEIMILDIR

- Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), 141-141. doi:10.5688/aj7408141
- Bailey, J.V., Webster, R., Hunter, R., Freemantle, N., Rait, G., Michie, S....Murray, E. (2015). The men´s safer sex (MenSS) trial: Protocol for a pilot randomised controlled trial of an interactive digital intervention to increase condom use in men. *BMJ Open*, 5, e007552. doi:10.1136/bmjopen-2014-007552
- Breny, J. M. og Lombardi, D. C. (2017). „I don't want to be that guy walking in the feminine product aisle": a Photovoice exploration of college men's perceptions of safer sex responsibility. *Global Health Promotion*, 26(1), 6-14. doi:10.1177/1757975916679362
- Chernick, L.S., Siden, J.Y. og Dayan, P.S. (2019). A qualitative assessment to understand the barriers and enablers affecting contraceptive use among adolescent male emergency department patients. *American Journal of Men´s Health*, 13(2), 1-11. doi: 10.1177/1557988319825919
- Dallessandro, C., James-Hawkins, L. og Sennott, C. (2019). College men and hegemonic masculinity in contraceptive decision making. *Gender and Society*, 33(5), 772-794. doi:10.1177/0891243219850061
- Davis, K.C., Schraufnagel, T.J., Kajumulo, K.F., Gillmore, A.K., Norris, J. og George, W.H. (2014). A qualitative examination of men´s condom use attitudes and resistance: „It's just part of the game". *Archives of Sexual Behavior*, 43, 631-643. doi:10.1007/s10508-013-0150-9
- French, S. E. og Holland, K. J. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *The Journal of Sex Research*, 50(1), 48-59. doi:10.1080/00224499.2011.626907
- Fusch, P. I. og Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416. Shttp://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. og Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 13, 117. doi:10.1186/1471-2288-13-117
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. og Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204, 291-295. doi:10.1038/bdj.2008.192
- Graham, C. A., Crosby, R., Sanders, S., Milhausen, R. og Yarber, W. L. (2016). Condom-associated erection problems: A study of high-risk young black males residing in the Southern United States. *American Journal of Men's Health*, 10(2), 141-145. doi:10.1177/1557988314561311
- Henry, D.B., Schoeny, M.E., Deptula, D.P. og Slavick, J.T. (2007). Peer selection and socialization effects on adolescent intercourse without a condom and attitudes about the costs of sex. *Child Development*, 78(3), 825-838. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01035.x
- Hill, B., Sanders, S., Crosby, R., Ingelhart, K. og Janssen, E. (2015). Condom-associated erection problems: Behavioural responses and attributions in young, heterosexual men. *Sexual Health*, 12(5), 397-404. doi:10.1071/SH14051
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í eigindlegum rannsóknnum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 129-136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Katrín Hilmarsdóttir. (2021). *Smokkanotkun ungra karlmanna: Eigindleg rannsókn*. Öbirt MS-ritgerð. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Kolbrún Sigurgeirsdóttir, Þórður Kristinsson og Þorgerður Einarsdóttir. (2019). Kynlífsmenning framhaldsskólanema frá sjónarhorni ungra karla. *Netla*. doi.org/10.24270/netla.2019.9
- Koletić, G., Kohut, T. og Štulhofer, A. (2019). Associations between adolescents' use of sexually explicit material and risky sexual behavior: A longitudinal assessment. *PLoS One*, 14(6), e0218962. doi:10.1371/journal.pone.0218962
- Lóa Guðrún Gísladóttir, Ragný Þóra Guðjohnsen og Sóley S. Bender. (2020). „Stelpan er einhvern veginn hlutur, hún á að ... gegna okkur": Sýn ungra karlmanna á kynheilbrigði og #MeToo-byltinguna, *FlétturV* (bls. 153-177). Reykjavík: RIKK-Rannsóknarstofnun í jafnréttisfræðum og Háskólaútgáfan.
- Measor, L. (2006). Condom use: A culture of resistance. *Sex Education*, 6(4), 393-402. https://doi.org/10.1080/14681810600982093
- Millhausen, R.R., McKay, A. , Graham, C.A., Sanders, S.A., Crosby, R.A., Yarber, W.L. og Wood, J. (2018). Do associations between pleasure ratings and condom use during penile-vaginal intercourse vary by relationship type? A study of Canadian university students. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 21-30. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1298713k
- Neubauer, B.E. Witkop, C.T. og Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives of Medical Education*, 8(2), 90-97. doi: 10.1007/s40037-019-0509-2
- Nielsen, A., Bågenholm, A. og De Costa, D. (2020). Development of a mobile phone to promote safe sex practice among youth in Stockholm, Sweden: Qualitative study. *JMIR Formative Research*, 4(1), e12917. doi.10.2196/12917
- Noar, S.M., Webb, E., Van Stee, S., Feist-Price, S., Crosby, R., Willoughby, J.F. og Troutman, A. (2012). Sexual partnerships, risk behaviors and condom use among low-income heterosexual African Americans: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 959-970. doi: 10.1007/s10508-11-9890-6
- Smith, J., Jennifer, F., Skinner, S. R., Hallett, J., Merriman, G. og Marshall, (2012). Sex, condoms and sexually transmissible infections: A qualitative study of sexual health in young Australian men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 487-495. doi:10.1007/s10508-010-9664-6
- Sóley S. Bender og Álfheiður F. Friðbjarnardóttir. (2015). Árangur af kynfræðslunámsefninu „Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 91(1), 46-53. https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2015/1-tbl-2015/Arangur%20af%20kynfraedslunamsefni.pdf
- Sóley S. Bender, Snæfriður Jóhannesdóttir og Sigurbjörg L. Ellertsdóttir (í prentun). Smokkanotkun ungra karlmanna: „Þetta er ekkert flókið“. Rýnihóparannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*.
- Stewart, K., Gill, P., Chadwick, B. og Treasure, E. (2008). Qualitative research in dentistry. *British Dental Journal*, 204, 235-239. doi:10.1038/bdj.2008.149
- Teitelman, A.M., Tennille, J., Bohinski, J.M., Jemmott, L.S. og Jemmott, J.B. (2011). Unwanted unprotected sex condom coercion by male partners and self-silencing of condom negotiation among adolescent girls. *Advances in Nursing Science*, 34(3), 243-259. doi:10.1097/ANS.0b013e31822723a3
- Tokunga, R.S., Wright, P.J. og Vangeel, L. (2020). Is pornography consumption a risk factor for condomless sex? *Human Communication Research*, 46, 273-299. doi:10.1093/hcr/hqaa005
- Tschann, J.M., Flores, E. de Groat, C.L., Deardorff, J. og Wibbelsman, C.J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 47, 254-262. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.018
- Tulloch, H.E., McCaul, K.D., Miltenberger, R.G. og Smyth, J.M. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52 (6) 263- 267. doi:10.3200/JACH.52.6.263-267



Breytingarskeiðið þarf ekki að vera tabú

Halldóra Skúladóttir er sannarlega kjarnakona en breytingaskeið kvenna er henni hugleikið og þykir henni mikilvægt að breyta hugsunargangi og útrýma fordómum gagnvart þessu tímabili í lífi kvenna, enda um eðlilegt skeið að ræða sem allar konur ganga í gegnum.

Halldóra Skúladóttir hvetur konur til að líta á breytingarnar sem nýjan kafla í lífinu.

Halldóra Skúladóttir er sannarlega kjarnakona en breytingaskeið kvenna er henni hugleika og þykir henni mikilvægt að breyta hugsunargangi og útrýma fordómum gagnvart þessu tímabili í lífi kvenna, enda um eðlilegt skeið að ræða sem allar konur ganga í gegnum.

Halldóra Skúladóttir er 4 barna móðir, markþjálfari og með dimplómu í NLP ásamt lausnamiðaðri dæleiðslu- og sálmeðferð. Halldóra hefur hjálpað fólki að bæta lífsstíl sinn í meira en tvo áratugi og hefur mikla ástríðu fyrir breytingaskeiði kvenna og áhrifum þess á konur, andlega sem líkamlega.

„Fyrst var það mest tengt næringu og hreyfingu en fljótlega fór ég að sjá að ef að hugarfarið var ekki á réttum stað var lífsstíllinn fljótur að fara aftur í sama gamla farið. Ég fór

fyrir neikvæðum og hamlandi áhrifum á líf sitt þar með talið vinnu, áhugamál og sambönd. Helstu einkenni þessara hormónabreytinga eru skyndileg hitakóf en köstin koma óháð aðstæðum og geta komið hvenær sem er sólarhrings á byrjun breytingaskeiðs. Konur geta að auki glímt við skapsveiflur, minni orku, þreytu, pírting og minni kynlöngun en að auki eru þær mun útsettari fyrir ýmsum kvillum, svo sem beinþynningu.

Konur þjást í hljóði

Breytingaskeiðið er Halldóru mjög ofarlega í huga en ástæðan fyrir því er að hún sjálf hefur verið að glíma við einkenni og vissi lítið sem ekkert þegar hormónabreytingar gerður



Femarelle Rejuvenate

Hentar konum sem eru að upplifa fyrstu einkenni hormónabreytinga og áður en óregla kemst á blæðingar.



Femarelle Recharge

Fyrir konur sem eru komnar á breytingarskeiðið og blæðingar óreglulegar eða hættar.



Femarelle Unstoppable

Fyrir konur sem eru komnar yfir breytingaskeiðið og vilja viðhalda kraftmiklum lífsstíl og vernda beinin þegar árin færast yfir.

„Breytingaskeiðið þarf svo sannarlega ekki að vera alslæmt með rétttri meðhöndlun, skilningi í samfélaginu og skilningi hjá konum á því hvað er að gerast í líkamanum þegar tímabilið gengur í garð.“ Halldóra Skúladóttir

Því að einbeita mér meira að því að hjálpa fólki að breyta hugarfarinu sínu gagnvart lífsstílsbreytingum.“ segir Halldóra en í dag einblínir hún mest að því að hjálpa konum á breytingaskeiðinu og hvernig best sé að vinna sig í gegnum það tímabil, sem getur reynst mörgum afar erfið.

Estrógen framleiðsla minnkar

Breytingaskeið kvenna er náttúrulegt ferli og hluti af æviskeiði kvenna. Á þessu tímabili hætta eggjastokkarnir að framleiða kvenhormónin estrógen sem veldur því að blæðingar stöðvast og breytingaskeið hefst. Breytingaskeiðið leggst þó mismunandi á konur en stór hluti kvenna finnur

vart við sig. Konur eru helmingur mannkynsins og fara allar í gegnum þetta tímabil breytingaskeiðs. „Það er engin fræðsla og helst ekkert talað um þetta í samfélaginu en það liggur einhver skömm yfir þessu tímabili. Konur eru að þjást í hljóði af ötta við að það sé gert grín að þeim, en það versta er að mjög margir læknar eru illa upplýstir um þetta skeið í lífi kvenna. Algengt er að konur séu settar á allskyns lyf í stað þess að hormónaskorturinn í líkamanum sé meðhöndlaður.“ segir Halldóra sem vill að talað verði opinskátt um breytingaskeið kvenna en hún heldur úti vefsíðu og instagram aðgangi sem ber heitið kvennarad.is. Á tilteknum miðlum er má nálgast ýmsan fróðleik varðandi breytingaskeið kvenna.

Hvað er hægt að gera til að fræða konur frekar?

„Í fyrsta lagi þurfum við konur sem erum á þessum stað að tala um þetta, hætta að þagga niður í þessu, hætta að gera þetta að einhverju tabú, fatta að það er ekkert til að skammast sín fyrir. Við förum allar í gegnum þetta tímabil á lífsleiðinni og lífið er alls ekki búið þegar maður er kominn á breytingaskeiðið, heldur er hægt að líta á þetta sem nýjan kafla í lífinu.“ segir Halldóra. Að auki þykir Halldóru mikilvægt að fræða þurfi samfélagið, allar konur ættu að ræða þetta við einhvern þar sem tímabilið getur reynt gífurlega á sambönd og samskipti. „Allir þurfa þó fræðslu en með aukinni fræðslu, til bæði kvenna, heilbrigðisstéttarinnar og samfélagsins þá vonandi verður lítið á breytingaskeiðið sem eðlilegt ferli í lífi kvenna og þannig myndast vonandi betri skilningur allstaðar í samfélaginu.

300 kr.
af hverjum seldum
Femarelle pakka
í október rennur
til Bleiku
slaufunnar

Femarelle á tímum breytingaskeiðs

Femarelle nýtur mikilla vinsælda hjá konum allt frá 35 ára aldri og ekki að ástæðulausu. Þarna er um náttúrulega lausn að ræða en vörurnar eru hannaðar fyrir konur á mismunandi stigum tíðarhvarfa sem hefjast yfirleitt upp úr þrítugu þó svo að einkenna verði ekki vart strax. Breytingarnar sem konur upplifa eru ekki allar eins og því er Femarelle frábær fyrsta úrræði áður en konur prófa hormóna. Femarelle getur slegið á fjölmörg einkenni sem tengja má hormónabreytingum en vörurnar innihalda einkaleyfisvarið efnasamband, DT56a, sem unnið er úr óerfðabreyttu soya, ásamt hörfræi og B vítamínum sem stuðlar að því að halda reglu á hormónastarfsemi.

Femarelle fæst í öllum stórmörkuðum, apótekum og heilsuverslunum

Takk fyrir stuðninginn





FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
s: 897 2468



Hálfván
s: 898 5765



Ólöf
s: 898 3075

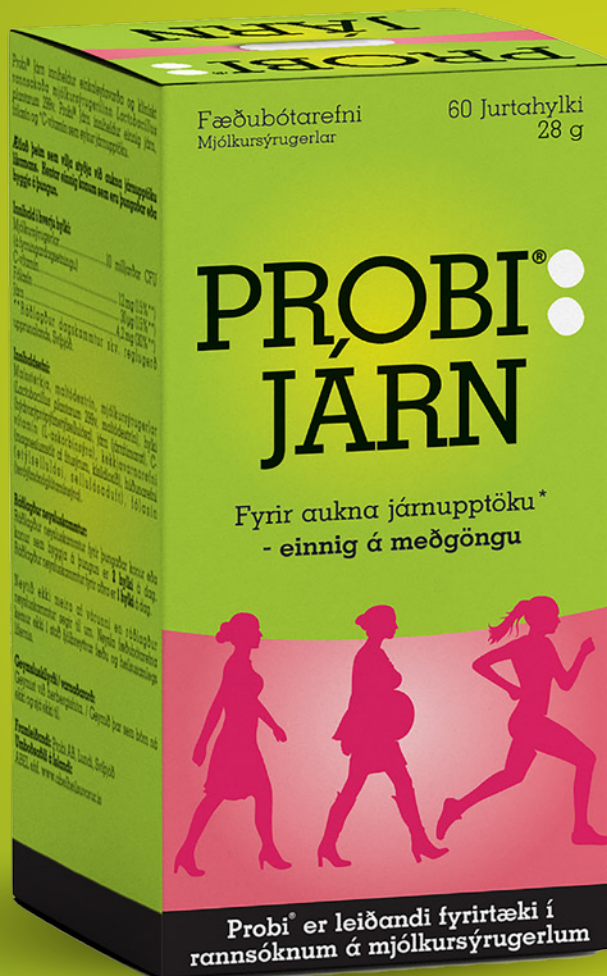
Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is



PROBI® JÁRN

vinnur gegn lágum járngildum á nýjan máta með því
að auka upptöku járns en ekki eingöngu inntöku.



PROBI® JÁRN hentar m.a:

- Konum á barneignaraldri
- Barnshafandi konum
- Unglingum
- Eldra fólki
- Fólki í mikilli þjálfun
- Grænmetisætum/grænkerum, ef lágt járn magn er í fæðu

PROBI® JÁRN inniheldur einn af mest rannsökuðu mjólkursýrugerlum
heims sem á hafa verið gerðar yfir 50 klínískar rannsóknir.
PROBI® JÁRN inniheldur einnig fólásín og C-vítamín.

PROBI® vörurnar fást í apótekum, heilsuverslunum og stórmörkuðum.