

Ársskýrsla Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði 2004



EFNISYFIRLIT

SKÝRSLA STJÓRNAR RANNSÓKNASTOFNUNAR Í HJÚKRUNARFRÆÐI 2004	3
STJÓRN OG STARFSLIÐ	3
STARFSEMIN	3
Útgáfumál	5
Fræðsla	6
Þjónusturannsóknir	6
Ársfundur	6
Annað	6
FJÁRMÁL	6
HÚSNÆÐI	7
VIÐAUKI I: REGLUR UM RANNSÓKNASTOFNUN Í HJÚKRUNARFRÆÐI.....	8
VIÐAUKI I: REGLUR UM RANNSÓKNASTOFNUN Í HJÚKRUNARFRÆÐI.....	8
VIÐAUKI II: STARFSLÝSING VERKEFNASTJÓRA	11
VIÐAUKI III: BRÉF TIL RANNÍS.....	12
VIÐAUKI IV: OPINBER ERINDI, MÁLSTOFUR, MÁLÞING, VINNUFUNDIR OG SEMINÖR.....	13

Skýrsla stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði 2004

Stjórn og starfslið

Stjórn Rannsóknastofnunar árið 2004 skipuðu Herdís Sveinsdóttir, dósent, formaður, Helga Gottfreðsdóttir, lektor, Páll Biering, lektor, og Sóley S. Bender, dósent. Í bréfi dagsettu 22. nóvember 2004 var Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur, skipaður fulltrúi hjúkrunarforstjóra Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) í stjórn stofnunarinnar samkvæmt nýrri reglugerð. Hjúkrunarfræðideild hafði þ. 10. nóv. 2004 tilnefnt Herdís Sveinsdóttur, dósent, formann stjórnar og Sóley S. Bender dósent í stjórn.

Starfsmenn: Margrét Lúðvíksdóttir var í 20% starfi. Ragnar Ólafsson, sálfræðingur, var ráðinn í 50% starf sérfræðings að stofnuninni 15. ágúst. Alls voru haldnir 7 stjórnarfundir á starfsárinu.

Starfsemin

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði vinnur samkvæmt reglum um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands frá 24. september 2001. Aðalviðfangsefni stofnunarinnar er að stuðla að eflingu rannsókna kennara hjúkrunarfræðideildar, jafnframt því að efla aðstöðu meistaranema til rannsóknavinnu. Núverandi stjórn vann að endurskoðun reglna um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði á starfsárinu og voru nýjar reglur staðfestar af háskólarektor þ. 22. september 2004 (Viðauki I). Meginbreytingar skv. nýjum reglum eru að Rannsóknastofnun eru nú rekin undir nafni Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahúss. Kveðið er á um fjárveitingar til stofnunarinnar frá báðum stofnunum auk þess að hjúkrunarforstjóri LSH tilnefnir fulltrúa í stjórn, sem skv. nýjum reglum er skipað þremur aðilum, tveim frá hjúkrunarfræðideild og einum frá LSH. Hlutverk Rannsóknastofnunar hefur og verið útvíkkað þannig að nú er meginviðfangsefni hennar að stuðla að eflingu rannsókna kennara hjúkrunarfræðideildar, hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á LSH jafnframt því að efla aðstöðu meistaranema til rannsóknavinnu.

Undanfarin ár hefur verið sívaxandi áhugi á að efla starfsemi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði verulega. Stjórn Rannsóknastofnunar ákvað því á fundi

sínum þ. 19. okt. 2004 að ráða forstöðumann að stofnuninni. Staða forstöðumanns var auglýst til fimm ára frá og með 1. janúar 2005. Í auglýsingu um stöðuna stóð um hlutverk forstöðumanns: „Meginhlutverk forstöðumanns er að styðja við og efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús. Forstöðumaður skal hafa reynslu af sjálfstæðum rannsóknum í hjúkrunar- og/eða ljósmóðurfræði og og æskilegt er að hann hafi þekkingu á innlendu sem alþjóðlegu samstarfi um rannsóknir. Hann á að vera í forystu um mótun rannsóknarstefnu og gerð fjárhagsáætlunar stofnunarinnar í samráði við formann stjórnar og skrifstofustjóra hjúkrunarfræðideildar. Hann skal standa að samstarfi við innlenda og erlenda rannsóknaraðila á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði, öflun styrkja og stuðla að öflugri samvinnu við heilbrigðisstofnanir.

Forstöðumaður annast daglegan rekstur stofnunarinnar og sér um framkvæmd á þeim málum, sem stjórnin felur honum. Hann ber ábyrgð gagnvart stjórn stofnunarinnar á að fylgt sé þeirri stefnu sem mörkuð hefur verið um starfsemi hennar. Kjör forstöðumanns eru samkvæmt kjarasamningi fjármálaráðuneytis og Félags háskólakennara.” Tvær umsóknir bárust um starf forstöðumanns. Önnur umsóknin var dregin til baka áður en ráðið var í stöðuna.

Á starfsárinu 2004 lagði stjórn stofnunarinnar að venju megináherslu á að þjónusta rannsóknir kennara og kynna rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði.

Stjórn Rannsóknastofnunar hefur beitt sér fyrir ýmsum aðgerðum til að styðja við rannsóknastörf kennara. Ráðið var til tveggja ára í stöðu 50% stöðu sérfræðings við stofnunina. Hlutverk hans er að vera hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum til ráðgjafar og aðstoðar varðandi rannsóknarvinnu þeirra (Viðauki II). Tengt ráðningunni var það markmið sett að árið 2005 yrðu rannsóknastig hjúkrunarfræðideildar 500 og árið 2007 verði heildarstig orðin 700. Rannsóknavirkni er einn af aðalmælikvörðum við mat á starfsemi í Háskóla Íslands. Hún er að stórum hluta metin út frá fjölda ritrýndra tímaritsgreina, bóka og erinda eftir kennara. Tafla 1 sýnir heildarfjölda rannsóknastiga hjúkrunarfræðideildar 1999 til 2003. Ofangreint markmið er því nokkuð metnaðarfullt, en aðgerðaráætlun til að ná því verður unnin í janúar.

TAFLA 1**Rannsóknastig í hjúkrunarfræðideild árin 1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Heildarstig	342	303	460	281	356

Stjórn Rannsóknastofnunar leggur ríka áherslu á að bjóða kennurum þjónustu til að auðvelda þeim vinnu að útgáfu verka sinna. Í þeim tilgangi að greiða fyrir mikilvæga þjónustu sem ekki hefur fengist greidd með rannsóknastyrkjum, og í ljósi þess að ekki var starfandi sérfræðingur við stofnunina fyrstu átta mánuði ársins og hafði ekki verið frá því í nóvember 2003, veitti stjórnin sérstaka aðferðafræðistyrki til kennara. Átta kennarar nýttu sér þessa styrki á árinu.

Stjórn Rannsóknastofnunar fjallaði um styrktúthlutanir Rannís og komu fram áhyggjur vegna þess hve fá rannsóknarverkefni sem lúta að félagslegum og sálrænum hliðum sjúkdóma og heilbrigðis eru styrkt af Rannís. Framkvæmdastjóra Rannís var sent bréf (Viðauki III) og óskað eftir fundi snemma á árinu 2005 til að fjalla um stefnu Rannís.

Í júní 2004 var haldin ráðstefnan *In sickness and in health: Ethics, power and practice*. Þetta var þverfagleg ráðstefna og var hún nú haldin í annað sinn. Fjallað var um vald, starf og siðfræði heilbrigðisþjónustu undir yfirskriftinni, *Shaping Health Care: Power and Agency*. Í vísindanefnd ráðstefnunnar sátu Kristín Björnsdóttir, frá Háskóla Íslands, Herdís Sveinsdóttir, frá Háskóla Íslands, Sioban Nelson, frá University of Melbourne, Ástralíu og Denise Gastaldo frá University of Toronto, Kanada. Í alþjóðlegri ráðgjafanefnd sat Kristín Björnsdóttir af hálfu Íslands og fulltrúar frá Ástarlíu, Kanada, Bretlandi og Danmörku. Ráðstefnan var vel sótt og voru innlegg athyglisverð og marghátta, en lutu þó öll að meginþema ráðstefnunnar.

Útgáfumál

Unnið hefur verið að því að efla útgáfur á vegum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði. Á árinu 2004 voru eftirtalin rit gefin út hjá stofnuninni:

Helga Jónsdóttir, Guðrún Halldórsdóttir og Alda Gunnarsdóttir (2004/desember). *Hjúkrunarstýrð göngudeild fyrir fólk með langvinna lungnateppu á Landspítala-háskólasjúkrahúsi*. Reykjavík: Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði.

Ein fræðibók var ritrýnd á vegum Rannsóknastofnunnar og tilnefndi stjórn tvö sérfræðinga til að annast ritrýnina. Bókin verður gefin út á vegum Rannsóknastofnunar og Háskólaútgáfunnar.

Fræðsla

Á vegum Rannsóknastofnunar eru skipulagðar almennar opinberar málstofur í hjúkrunarfræði, opinberir fyrirlestrar, vinnusmiðjur, málþing og aðferðafræðiseminör í samstarfi við Kennslu- og fræðasvið Landspítala - háskólasjúkrahúss.

Á árinu 2004 voru haldin 4 opinber erindi, 8 málstofur, 2 vinnufundir með kennurum og 6 seminör í samstarfi við LSH (sjá Viðauka IV).

Þjónusturannsóknir

Ekki var unnið að þjónusturannsóknum á vegum stofnunarinnar á árinu. Hins vegar þjónustuðu sérfræðingar stofnunarinnar fjölda hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við rannsóknavinnu þeirra.

Ársfundur

Ársfundur stofnunarinnar verður haldinn 21. janúar 2005, kl. 15.00 til 17.00.

Yfirskrift fundarins verður *Rannsóknir í íslensku og alþjóðlegu samhengi*. Fyrirlesari á fundinum verður Ingileif Jónsdóttir, dósent, en hún er jafnframt fulltrúi í Vísinda- og tækniráði.

Annað

Formaður stjórnar Rannsóknastofnunar hafði samband við deildarforseta

Læknadeildar og óskaði eftir að hjúkrunarfræðideild væri þátttakandi í ráðstefnu um rannsóknir í líf- og heilbrigðisvísindum sem er haldin annað hvert ár.

Hjúkrunarfræðideild var ekki með í janúar 2003, þegar ráðstefnan var haldin í fyrsta sinn eftir deildarstofnun. Erindinu var vel tekið og tilnefndi stjórn

Rannsóknastofnunar Dr. Guðrúnu Kristjánsdóttur í undibúningshóp vegna ráðstefnunnar. Jafnframt voru kennarar deildar hvattir til að taka þátt í ráðstefnunni, sem er ætlað að gefa sem víðtækasta mynd af fræðistörfum innan líf- og heilbrigðisvísinda.

Fjármál

Rekstur Rannsóknastofnunar var fjármagnaður með 1% framlagi af heildarfjárveitingu til hjúkrunarfræðideildar, ein milljón og sex hundruð þúsund. Áætluð heildarstaða í lok ársins 2004 var 198.394.

Húsnæði

Heildarhúsnæði stofnunarinnar er 1 skrifstofa, 1 viðtalsherbergi, 2 fundaherbergi, tölvuver og lesaðstaða fyrir meistaranemendur.

VIÐAUKI I: Reglur um rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði

Nr. 825 22. september 2004

REGLUR**um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala - háskólasjúkrahús.**

1. gr.

Almennt.

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala – háskólasjúkrahús er vettvangur rannsókna- og þróunarstarfs á fræðasviðum hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Stofnunin heyrir undir hjúkrunarfræðideild og er starfrækt við Háskóla Íslands.

2. gr.

Hlutverk.

Hlutverk stofnunarinnar er:

- a) að styðja við og efla rannsóknir kennara við hjúkrunarfræðideild og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala – háskólasjúkrahús, m.a. með því að byggja upp tækjabúnað, hugbúnað, gagnabanka og önnur mikilvæg tæki til rannsókna,
- b) að efla tengsl rannsókna og kennslu og samhæfa rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði sem unnið er að við Háskóla Íslands og Landspítala – háskólasjúkrahús,
- c) að styðja kennslu og þjálfun í vísindalegum vinnubrögðum og veita hjúkrunar- og ljósmóðurfræðinemum í framhaldsnámi, lausráðnum kennurum og ungum vísindamönnum aðstöðu og búnað til rannsóknarstarfa eftir því sem kostur er,
- d) að stuðla að samstarfi við innlenda og erlenda rannsóknaraðila á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði og sterkum tengslum við heilbrigðisstofnanir, atvinnu- og þjóðlíf,
- e) að sinna þjónustuverkefnum á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði,
- f) að gangast fyrir ráðstefnum, námskeiðum og fyrirlestrum í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði og miðla niðurstöðum rannsókna á þeim fræðasviðum,
- g) að veita upplýsingar og ráðgjöf varðandi rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði.

3. gr.

Aðstaða.

Háskóli Íslands lætur stofnuninni í té starfsaðstöðu, svo sem húsnæði og búnað svo sem kostur er. Starfslið stofnunarinnar, þ.m.t. kennarar hjúkrunarfræðideildar, hafi netaðgang að öllum tímaritum og öðrum aðbúnaði sem bókasafn LSH hefur upp á að bjóða. Stofnunin veitir starfsliði sínu skv. 8. gr. aðstöðu og nauðsynleg gögn og búnað til rannsókna eftir því sem unnt er.

4. gr.

Skipulag.

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði starfar í einni rannsóknastofu. Skrifstofuhald er sameiginlegt með hjúkrunarfræðideild og er skrifstofustjóri hjúkrunarfræðideildar jafnframt skrifstofustjóri stofnunarinnar. Deildarfundir er heimilt að skipta stofnuninni upp í faglega sjálfstæðar rannsóknastofur, í samræmi við 27. gr. reglna nr. 458/2000, fyrir Háskóla Íslands með áorðnum breytingum.

5. gr.

Stjórn.

Deildarfundur í hjúkrunarfræðideild skipar stofnuninni þriggja manna stjórn til tveggja ára í senn. Skulu a.m.k. tveir vera úr hópi fastra kennara deildarinnar og einn tilnefndur af hjúkrunarforstjóra Landspítala – háskólasjúkrahúss. Fulltrúa framhaldsnema við deildina er heimilt að sitja fundi með fullt málfrelsi og tillögurétt. Stjórnin skiptir með sér verkum, en formaður skal ávallt vera annar tveggja úr hópi fastráðinna kennara hjúkrunarfræðideildar. Sé ekki ráðinn forstöðumaður við stofnunina kemur formaður stjórnar fram fyrir hönd hennar.

6. gr.

Stjórnarfundir.

Formaður stjórnar boðar stjórnarfundir bréflaga, eða í tölvupósti, með þriggja daga fyrirvara.

Fundarboð skal greina dagskrá fundar.

Skylt er að boða stjórnarfundir óski tveir eða fleiri stjórnarmenn þess. Sama gildir ef forseti hjúkrunarfræðideildar, hjúkrunarforstjóri Landspítala – háskólasjúkrahúss eða rektor ber fram slíka ósk og hafa þeir þá málfrelsi og tillögurétt á fundinum, en ekki atkvæðisrétt.

Halda skal gerðabók stjórnar og skulu staðfestar fundargerðir færðar í hana. Afrit fundargerða skulu send forseta hjúkrunarfræðideildar og hjúkrunarforstjóra Landspítala – háskólasjúkrahúss.

Sé forstöðumaður ráðinn til stofnunarinnar situr hann stjórnarfundir með málfrelsi og tillögurétt, en án atkvæðisréttar.

7. gr.

Verkefni stjórnar.

Stjórnin mótar stefnu og tekur allar stefnumarkandi ákvarðanir fyrir stofnunina og setur henni starfsreglur.

Stjórnin sker úr í vafaatriðum sem upp kunna að koma og varða innri starfsemi stofnunarinnar.

Stjórnin ber ábyrgð á fjármálum hennar gagnvart deild, samþykkir rekstrar- og fjárhagsáætlun og gerir tillögu til deildar um fjárveitingar og skiptingu þeirra ásamt skiptingu annarra tekna.

Stjórnin gerir tillögu að samþykktum um þjónusturannsóknir sem háskólaráð staðfestir.

Stjórnin efnir til ársfundar með starfsmönnum rannsóknastofnunar þar sem ársskýrsla er lögð fram. Ársfundur er jafnframt vettvangur umræðu um rekstur og starfsemi stofnunarinnar, nýjungar í vísindum og tækni ásamt umræðu um rannsóknastefnu. Seturétt á ársfundi hafa auk starfsmanna stofnunarinnar gestir samkvæmt nánari ákvörðun stjórnar.

8. gr.

Forstöðumaður og starfsmenn.

Rektor ræður stofnuninni forstöðumann að fenginni tillögu deildar og á grundvelli umsagnar stjórnar stofnunarinnar, sbr. 6. tölul. 27. gr. reglna fyrir Háskóla Íslands. Rektor setur forstöðumanni erindisbréf.

Forstöðumaður annast daglegan rekstur stofnunarinnar og sér um framkvæmd á þeim málum, sem stjórnin felur honum.

Um ráðningu annars starfsfólks fer eftir ákvæðum laga og reglna fyrir Háskóla Íslands.

Sé um að ræða ráðningu í starf og ekki er gert ráð fyrir því starfsheiti í reglunum fer stjórn stofnunarinnar eða forstöðumaður í umboði hennar með ráðningarmálið.

9. gr.

Fjármál.

Tekjur Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands eru eftirfarandi:

- a) framlag frá hjúkrunarfræðideild,
- b) framlag frá Landspítala – háskólasjúkrahúsi sem nemur kostnaði við starf eins sérfræðings í hjúkrunarfræði við sjúkrahúsið.
- c) styrkir til einstakra verkefna,
- d) greiðslur fyrir þjónustustarfsemi,
- e) tekjur af útgáfustarfsemi,
- f) aðrar tekjur, t.d. gjafir og framlög úr ríkissjóði eftir því sem kveðið kann að vera á um í fjárlögum.

Reikningshald stofnunarinnar skal vera hluti af reikningshaldi háskólans. Fjárhagsáætlun skal kynnt og lögð fram til samþykktar á deildarfundum. Sé um að ræða útselda þjónustu, sem veitt er í samkeppni við einkaaðila, skal sú starfsemi fjárhagslega afmörkuð frá öðrum rekstri stofnunarinnar og þess gætt að sá rekstur sé ekki niðurgreiddur með öðrum tekjum, í samræmi við ákvæði samkeppnislaga. Um stjórnunar- og aðstöðugjald af sértekjum fer eftir ákvæðum 72. gr. reglna fyrir Háskóla Íslands.

10. gr.

Reglur þessar sem háskólaráð hefur sett á grundvelli heimildar í 2. mgr. 9. gr. laga nr. 41/1999 um Háskóla Íslands, sbr. 27. gr. reglna nr. 458/2000 fyrir Háskóla Íslands, öðlast þegar gildi.

Jafnframt falla úr gildi reglur nr. 720/2001 um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands.

Háskóla Íslands, 22. september 2004.

Páll Skúlason.

Þórður Kristinsson.

VIÐAUKI II: Starfslýsing verkefnastjóra

Starfslýsing fyrir stöðu verkefnisstjóra í Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði Starfstímabilið 15. ágúst 2004 – 31. júlí 2006

Næsti yfirmaður er formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.

Verkefni:

- Vera hjúkrunarfræðingum og ljósmæðurm til ráðgjafar og aðstoðar varðandi rannsóknarvinnu þeirra. Ráðgjöfin er margháttá, allt frá mótun rannsóknaspurninga til úrvinnslu ganga. Aðstoðin felst í að veita kennurum aðstoð við einfalda og flókna gagnaúrvinnslu. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem aðallega sækja til stofnunarinnar eru kennarar hjúkrunarfræðideildar, meistara og doktorsnemendur við deildina og hjúkrunarfræðingar og ljósmæður með rannsóknþjálfun á LSH
- Þáttaka í rekstri Rannsóknastofnunarinnar. Í þessu felst skipulagning og framkvæmd mánaðarlegra málstofa og annarrar fræðslustarfsemi á vegum stofnunarinnar í samvinnu við formann stjórnar.. Þessi þáttur verði aldrei meiri en 10% af starfi verkefnastjóra (5% af 50% starfi).

Verkefnastjórinn hefur aðsetur í Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði sem sér honum fyrir vinnuástöðu. Vinnutími er að öllu jöfnu fjórar klst. á tímabilinu frá 09.00 – 17.00 skv. frekara samkomulagi við formann stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.

Starfslýsing verði endurskoðuð þegar forstöðumaður verður ráðinn að stofnuninni og þá sérstaklega sá þáttur er lýtur að rekstrinum.

Öllum umsækjendum verður tilkynnt um ráðstöfun starfsins þegar ákvörðun liggur fyrir.

Nánari upplýsingar veitir formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, Herdís Sveinsdóttir (herdis@hi.is).

Við ráðningar í störf við Háskóla Íslands er tekið mið af jafnréttisáætlun háskólans.

VIÐAUKI III: Bréf til Rannís

Hans Kristján Guðmundsson, forstöðumaður
Rannsóknamiðstöðvar Íslands
Laugavegi 13
101 Reykjavík

22. desember 2004

Efni: Úthlutanir á sviði heilbrigðis- og lífvísinda fyrir árið 2004

Stjórn Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði vill koma á framfæri við Rannsóknamiðstöð Íslands (Rannís) áhyggjum vegna þess hve fá rannsóknarverkefni sem lúta að félagslegum og sálrænum hliðum sjúkdóma og heilbrigðis eru styrkt af Rannís. Samkvæmt upplýsingum á heimasíðu Rannís eru nær allir styrkir á sviði heilbrigðis- og lífvísinda veittir til verkefna sem byggja á lífeðlisfræðilegum grunni. Aðeins eitt af 14 framhaldsverkefnum eru ekki af þessum meiði og tvö af 19 nýjum verkefnum snúast um vefja- og erfðafræði sjúkdóma, örverufræði og þess háttar. Þar sem hjúkrunarfræðin beinir sjónum að heilbrigði og sjúkdómum frá heilðrænu sjónarhorni í víðu samhengi og vegna þess hve fá rannsóknarverkefni innan hjúkrunar hafa verið styrkt af sjóðum Rannís teljum við brýnt að fá svör við eftirfarandi spurningum.

1. Endurspeglu þessi hlutföll á milli styrkja, sem getið er hér að ofan, þau hlutföll sem koma fram í umsóknum?
2. Er það stefna Rannís að styrkja fremur rannsóknir á svið heilbrigðis- og lífvísinda sem lúta að lífeðlisfræðilegum þáttum sjúkdóma og heilbrigðis, en rannsóknir sem skoða félagslega og sálræna þætti?
3. Eru umsóknir um styrki til lífeðlisfræðilegra rannsókna á einhvern hátt betur unnar en umsóknir um styrki til rannsókna sem snúa að öðrum hliðum sjúkdóma og heilbrigðis? Ef svo er, í hverju er sá munur fólgin?
4. Telur Rannís að það mundi styrkja hjúkrunarfræði og aðrar fræðigreinar sem skoða heilbrigði og sjúkdóma í sálfélagslegu ljósi, að styrkjum á sviði heilbrigðis- og lífvísinda yrði skipt upp í tvö svið, þ.e. heilbrigðisvísindasvið annars vegar og lífvísindasvið hins vegar?

Við óskum eftir fundi með forstöðumanni Rannís þar sem skýrð er afstaða stofnunarinnar til ofangreindra spurninga.

Með vinsemd og virðingu,

Herdís Sveinsdóttir, formaður stjórnar
Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði

VIÐAUKI IV: Opinber erindi, málstofur, málþing, vinnufundir og seminör

Opinber erindi

27. apríl flutti David L. Kahn, PhD, RN, Associate Professor School of Nursing The University of Texas at Austin erindið *Afstaða til dauðans: Rannsókn á krabbameinssjúklingum á líknardeild*

Þessi rannsókn beindist að því á hvaða hátt krabbameinssjúklingar sem njóta líknandi meðferðar búa sig undir að mæta dauða sínum. Meginniðurstöðurnar eru þær að hver og einn tekur sérstaka og persónulega afstöðu til dauðans. Þó þessi afstaða sé persónuleg má flokka hana í fjóra meginflokka: (1) að nota þann tíma sem eftir er á meðvitaðan hátt til að búa sig undir dauðann og hnýta þá hnúta sem enn eru lausir; (2) að efla baráttuna gegn krabbameininu og berjast til þrautar; (3) að taka trúarlega afstöðu til dauðans og leggja allt í hendur Guðs; og (4) að lifa lífinu frá degi til dags eins og vanalega og framast er unnt. Fjallað verður um hvernig hvert þessara viðhorfa fellur að hefðbundinni þjónustu líknardeilda og hvernig nota megi þessar niðurstöður til að bæta þjónustuna.

David Kahn er prófessor í hjúkrun við Texasháskóla í Austin. Hann er leiðandi fræðimaður um þjáninguna og merkingu hennar, og um hjúkrun á líknardeildum. David er mikilvirkur rannsakandi og hefur birt fjölda fræðigreina í bókum og tímaritum..

Nánari upplýsingar um fræðastörf Dr. David Kahn er að finna á vefsíðunni: <http://www.nur.utexas.edu/fachome/dkahn/dkahn.html>

13. maí flutti Carla J. Groh, PhD, RN, Associate Professor, College of Health Professions, Women's Studies, University of Detroit erindið *Patient Centered Interventions*

Women account for more than half of the world's population. They play a significant role in the workforce and assume the major responsibility for home making and for the caring of our children and other dependent family members. At the same time, many women experience low social status, poverty, violence and social isolation. All of these factors render women at greater risk of experiencing mental disorders than others in the community.

“Women's Mental Health: A Global Perspective” will explore three risk factors that affect women's lives and constrain their opportunities to control the determinants of their health. The intersections between economic status, violence, and migration will be discussed from both a global and local perspective. As systems of care and access to effective treatments for mental illnesses continue to evolve, it is essential to recognize and make visible the complexities and particularities of women's lives. Only then can the development and implementation of policies to improve women's mental health be effective. Failure to address these issues will continue to have damaging social and economic consequences for communities.

11. október flutti Helga Bragadóttir, PhD, sviðstjóri á LSH, erindið *Rannsókn á tölvutengdum stuðningshópi fyrir foreldra barna sem hafa greinst með krabbamein*

Tilgangur rannsóknar var að þróa og meta árangur af tölvutengdum stuðningshópi fyrir foreldra barna sem höfðu greinst með krabbamein. Um íhlutunarrannsókn (e. intervention research) var að ræða með endurteknum mælingum á sama hópnum. Þátttakendur notuðu tölvupóst til samskipta um reynslu sína af því að eiga barn með krabbamein. Um lokaðan hóp var að ræða þar sem meðferðin fólst í gagnkvæmum stuðningi þátttakenda. Árangursmælingar voru gerðar: a) áður en meðferð hófst (T1), b) tveimur mánuðum eftir upphaf meðferðar (T2), og c) við lok meðferðar sem var fjórum mánuðum eftir að meðferð hófst (T3). Þátttakendur svöruðu stöðluðum spurningalistum um: a) kvíða, b) depurð, c) líkamleg einkenni, d) streitu, e) upplifun á gagnkvæmum stuðningi, f) lýðfræðilegar breytur og g) notkun á hópnum. Þátttakendur voru 11 mæður og 10 feður. Meðalstig heilsutengdu þáttanna lækkaði hjá báðum kynjum frá því fyrir meðferð og þar til meðferð lauk. Tölfræðilega marktækur bati mældist á: a) depurð mæðra frá T2 til T3 ($p < .03$), b) kvíða feðra frá T1 til T3 ($p < .01$), og c) streitu feðra frá T2 til T3 ($p < .02$). Foreldrar upplifðu gagnkvæman stuðning af þátttöku og fannst hjálplegt að lesa skilaboð annarra og skrifa eigin skilaboð. Bæði kynin notuðu hópinn til að lesa skilaboð frá öðrum en það voru fyrst og fremst mæður sem skrifuðu skilaboð í hópinn. Niðurstöður benda til kynjamunar á heilsutengdum þáttum, upplifunar á gagnkvæmum stuðningi, og notkunar á tölvutengdum stuðningshópi. Tölvutengdur stuðningshópur getur nýst báðum kynjum og verið kostur fyrir þá sem búa utan höfuðborgarsvæðisins. Niðurstöður benda til þess að kynjaskiptir stuðningshópar með stýrðri umræðu (e. structured) gætu nýst enn betur.

2. desember flutti Sigríður Gunnarsdóttir, hjúkrunarfræðingur PhD, hjúkrunarfræðingur á Lyflækningasviði II á LSH, erindið: *Hugmyndir sem hafa áhrif á meðferð krabbameinsverkja*

Viðhorf eða hugmyndir sjúklinga, fjölskyldna þeirra og almennings geta haft áhrif á hvernig til tekst við að meðhöndla verki af völdum krabbameins. Megin-markmið þessarar rannsóknar var að leggja mat á slíkar viðhorfahindranir meðal íslensks almennings, auk þess að skoða samband á milli slíkra hugmynda og lýðfræðilegra breytna.

Rannsóknin er byggð á hugmyndaramma Ward og féлага, en í rannsóknnum þeirra hafa viðhorfahindranir (s.s. ótti við lyfjafíkn) hamlað meðferð verkja (röng eða of lítil notkun verkjalyfja) og haft í för með sér meiri verki og verri lífsgæði. Í rannsókninni sem hér er kynnt voru undanfara breyturarnar í hugmyndarammanum (viðhorf) skoðaðar.

Slembiúrtak 1286 fullorðinna Íslendinga var valið úr þjóðskrá. Gagnasöfnun fór fram með því að senda spurningalista í pósti og var byggð á aðferð sem kallast á ensku “The Tailored Design”. Íslensk útgáfa spurningalista sem metur viðhorfa-hindranir (IBQ-II) var notuð til að leggja mat á viðhorfahindranir. Mælitækið er bæði áreiðanlegt og réttmætt.

Af þeim 1286 sem boðið var að taka þátt í rannsókninni svöruðu 599 (46.6%).

Meðalaldur (staðalfrávik) þátttakenda var 45.28 ár (17.14) en 44.25 ár (19.44) hjá þeim sem ekki svöruðu, en það er ekki marktækur munur. Flestir þátttakendur voru konur (55.8%), en 47.6% af þeim sem ekki svöruðu voru konur.

Meðaltal (staðalfrávik) á IBQ-II listanum var 2.16 (0.77), á skala sem nær frá 0 og upp í 5 en hærra skor bendir til sterkari viðhorfahindrana. Þátttakendur höfðu minni viðhorfahindranir eftir því sem þeir höfðu lokið lengri skólagöngu. Þeir þátttakendur sem voru með menntun á heilbrigðissviði höfðu einnig minni viðhorfa-hindranir en þeir sem ekki höfðu lokið slíkri menntun. Þeir sem höfðu einhverja persónulega reynslu af krabbameini voru einnig með minni viðhorfahindranir en þeir sem ekki höfðu slíka reynslu.

Viðhorf sem geta hamlað meðferð krabbameinsverkja reyndust algeng meðal íslensks almennings og voru sterkari en í sambærilegum rannsóknnum sem unnar hafa verið í öðrum löndum. Leiða má líkum að því að þörf sé á aðgerðum sem miða að því að minnka slíkar viðhorfahindranir meðal íslensks almennings, með það að markmiði að bæta meðferð krabbameinsverkja.

Málstofur

12. janúar 2004 flutti Hildur Magnúsdóttir, hjúkrunarfræðingur MS, á skrifstofu kennslu, vísinda og þróunar LSH fyrirlesturinn *Reynsla erlendra hjúkrunarfræðinga af því að starfa á sjúkrahúsi á Íslandi*.

Spurning sú er þessi rannsókn leitaði svara við var „Hver er reynsla erlendra hjúkrunarfræðinga af því að starfa á sjúkrahúsi á Íslandi?“ Markmiðið var að efla skilning á þessari reynslu með þeim tilgangi að sú þekking stuðli að uppbyggilegu alþjóðlegu andrúmslofti innan spítalans og að starfsaðlögun þeirra taki mið af niðurstöðum. Fáar erlendar/innlendar rannsóknir hafa birst um reynslu innflytjenda en áhugi virðist vaxandi. Tulkandi fyrirbærafræði leiddi þessa rannsókn, gagnasöfnunaraðferð var samræður og úrtakið tilgangsúrtak 11 erlendra hjúkrunarfræðinga frá 7 löndum er höfðu starfað á 4 sjúkrahúsum. Niðurstöður byggjast á staðfestum þematískum tilfelliggreiningum. „Growing through the experience of encountering and overcoming strangeness and communication barriers. Fyrsta þemað var „*Að takast á við margar, erfiðar og óvæntar áskoranir samtímis við upphaf starfs*.“ Fyrir nær alla voru fyrstu 6-12 mánuðirnir mjög erfiðir; eins og að vera í hindrunarhlaupi. Þeir fengu stuðning víða en margir minna en þeir þurftu. Það hvarflaði að sumum þeirra að gefast upp en þeir létu það ekki eftir sér. Annað þemað var „*Að lenda utangarðs og þörfin fyrir að vera hleypt inn í hópinn*.“ Það var ný og erfið og reynsla að verða hinn ókunnugi. Þeir þráðu að vera treyst, metnir að verðleikum, samþykktir og að öðlast vinskáp Íslendinga. Þriðja þemað var „*Baráttan við tungumála tálmann*.“ Eitt af því erfiðasta var að kunna ekki tungumál umhverfisins; líkt og að verða aftur barn eða reyna að tala í vatni. Þetta hamlaði þeirra starfsfærni og sjálfstraust þeirra sem fagmanna beið hnekki. Öllum fannst mjög erfitt að læra íslensku og þegar þeir höfðu náð nokkurri færni liðu þeir fyrir ofmat Íslendinga á færni þeirra og síminn varð þeim ógn. Fjórdá þemað var „*Aðlögun að öðruvísi starfsmenningu*.“ Þeir upplifðu afslappaðra andrúmsloft sem lýsti sér í betri mönnun, minna vinnuálagi og stressi, meira jafnræði og óformlegheitum. Á hinn bóginn fannst þeim einstaklingsfrelsi í meðferð of mikið á kostnað samfellu og notkunar vinnuferla og að aga, nákvæmni og stundvísi sé ábótavant. Fimmta þemað var „*Að sigrast á og vaxa við erfiðleikana*.“ Eftir um það bil hálf til eitt ár fóru þeir að sigrast á þeim erfiðleikum og finnst nú að þeir hafi öðlast aukinn styrk og þroska við reynsluna. Niðurstöður eru í meginatriðum samhljóða erlendum rannsóknum er skoðað hafa aðlögun að ókunnri menningu. Bæði sú vísbending svo og það sem ekki er samhljóða gefur tilefni til umræðna.

26. janúar flutti Erlín Óskarsdóttir, skurðjúkrunarfræðingur MS fyrirlesturinn *Að ná aftur bata eftir skurðaðgerð eftir skamma dvöl á sjúkrastofnun*

Í dag er markmiðið að skurðsjúklingar snúi til síns heima eins fljótt og auðið er, frekar en að dvelja á sjúkrastofnunum. Þar með eru þeir heima í sínu eigin umhverfi þegar þeir eru að jafna sig eftir skurðaðgerðir.

Tilgangur þessarar rannsóknar var því að afla þekkingar á hvernig skurðsjúklingar, sem dvelja skemur er 48 klst. á sjúkrastofnun, takast á við sinn afturbata heima án aðstoðar heilbrigðisstarfsfólks, með það að markmiði að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga og bæta þjónustu til þessara sjúklinga.

Aðferð: Gerð var túlkandi fyrirbærafræðileg rannsókn. Úrtakið var tilgangsrúrtak og viðtöl voru höfð við 14 skurðsjúklinga frá þremur stofnunum sem dvalið höfðu skemur en 48 klst á viðkomandi stofnun (allir utan einn dvöldu skemur en 30 klst).
Niðurstöður: Yfirskrift rannsóknarinnar var „*að ná aftur bata*” (*getting back to normal*). Niðurstöðunum var skipt í fjóra megin flokka. Í fyrsta lagi hversu „*einir*” margir þátttakendur túlkuðu sjálfan sig í þessari stöðu og kom það mér á óvart. Þeir vildu bjarga sér sjálfir og vera óháðir öðrum eftir bestu getu. Í öðru lagi var það „*óöryggistilfinning*” sem varð vart við þegar þátttakendur vissu ekki á hverju þeir áttu von og voru stöðugt hræddir um að skemma árangur skurðaðgerðarinnar, sem leiddi rannsakanda að því að skoða upplýsingar og/eða fræðslu til þessarra einstaklinga. Í þriðja lagi voru það „*samskiptin eða skortur á samskiptum*” við heilbrigðisstarfsfólk. Þátttakendurnir gátu ekki myndað nauðsynleg tengsl við starfsfólkið vegna þess hversu stutt þeir dvöldu á stofnuninni sem leiddi aftur til þess að þeir leituðu síður til stofnunarinnar eftir leiðbeiningum, heldur leituðu þeir frekar til eigin heimilislækna. Í fjórða og síðasta lagi var það „*afturbatinn – að verða sjálfum sér líkur*” sem stundum tók lengri tíma heldur en búist hafði verið við. Niðurstöðurnar voru að mörgu leyti samhljóða erlendum rannsóknum nema hvað varðar það hvers konar upplýsinga sjúklingar óska sér við útskrift sem er vert rannsóknarefni í nánustu framtíð.

29. mars flutti Dóróthea Bergs, hjúkrunarfræðingur MS á taugaendurhæfingardeild LSH og lektor við hjúkrunarfræðideild HÍ fyrirlesturinn *Innleiðing kjörhjúkrunar Hver eru áhrifin á hjúkrunina frá sjónarhorni hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða?*

Rannsóknin fjallar um breytingar á hjúkrunarformi, þ.e. innleiðingu kjörhjúkrunar (Nursing case management) á legudeild á sjúkrahúsi. Lýst er hvernig breytingunum var stjórnað frá því framtíðarsýnin var mótuð og þar til settar voru fram hugmyndir að áframhaldandi vinnu. Vinnan við breytingarnar var sett upp sem þátttökurannsóknarferli (action research) sem hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar á deildinni voru þátttakendur í.

Söfnun rannsóknargagna á deildinni fólst í viðtölum við starfsfólk og dagbókar-skrifum rannsakanda, sem voru Dorothea Bergs og Hólmfríður Kristjánsdóttir. Rýnihópur fimm hjúkrunarfræðinga og þriggja sjúkraliða var stofnaður þegar innleiðing breytinga var vel á veg komin og voru tekin fjögur viðtöl við hópinn, sem voru vélrituð beint upp. Innihaldsgreining gæðabundinna rannsóknaraðferða var notuð til að túlka viðtöl og dagbókar-skrif.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar telja sig styrkjast í starfi við innleiðingu kjörhjúkrunar, aukin samfella verði í hjúkruninni og hjúkrunarskráningin verði nákvæmari. Þátttakendur töldu að þeir yrðu öruggari í að leiðbeina nemum og hjúkrunarfræðingarnir minntust sérstaklega á að breytingin auðveldaði samskipti við aðrar starfstéttir. Á hinn bóginn fannst þeim að hlutverk sitt í kjörhjúkrun væri enn nokkuð óskýrt og komu með þær athugasemdir að erfitt væri að kynna sig sem ábyrgan hjúkrunarfræðing eða sjúkraliða fyrir skjólstæðingum.

23. ágúst flutti Helga Sif Friðjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur MN, fyrirlesturinn *Mæling á áhuga unglinga til breytinga í upphafi vímuefnaaðferðar*

Misnotkun áfengis og annarra vímuefna er algengt vandamál meðal unglunga um allan heim. Þar sem að vímuefnaneysla unglunga er oft á tíðum ekki regluleg upplifa þeir sjaldan alvarleg fráhvörf eða líkamlegar afleiðingar neyslunnar. Unglingar líta því oft á vímuefnaneysluna sem eðlilega tilraunastarfssemi í uppvexti frekar en að um vandamál sé að ræða. Þetta sjónarmið verður til þess að unglingar hafa lítinn áhuga á að breyta neysluvenjum sínum og því fara unglingar sjaldan í vímuefnaeðferð vegna einlægrar löngunar til að hætta vímuefnaneyslu.

Til að þróa árangursríka vímuefnaeðferð fyrir unglunga er mikilvægt að skoða hvaða þættir hvetja unglunga til að breyta eða hætta vímuefnaneyslu. Fyrsta stig í því rannsóknarferli er að þróa áreiðanlegt og gilt (valid) mælitæki til að mæla áhuga til breytinga (motivation to change) hjá unglungum.

Tilgangur rannsókna:

Athuga hvort *Motivation to Change Inventory for Adolescent (Revised)* - íslensk útgáfa - er áreiðanlegt og gilt mælitæki til að mæla áhuga unglunga til breytinga m.t.t. vímuefnanotkunar þegar þeir hefja áfengis-og/eða vímuefnaeðferð.

Þrjú megin markmið rannsóknarinnar voru að ákvarða fyrir mælitækið:

- (1) innra samræmi áreiðanleika (internal consistency reliability)
- (2) gildi kenningar (construct validity)
- (3) næmi til að mæla breytingu

Rannsóknarsnið: Rannsóknin var framkvæmd á Sjúkrahúsinu Vogu, SÁÁ, sem er afeitrunar- og meðferðarstöð fyrir alkóhólista og fíkla á Íslandi. Mælitækið var lagt fyrir alla hæfa þátttakendur (N=41) í tvígang. Í fyrra skiptið áður en þátttakendur fóru í hvatningarviðtal (motivational interview) og sólarhring eftir viðtalið var mælitækið lagt fyrir í seinna skiptið.

Niðurstöður: Til að reikna Cronbach's alpha (fylgnistuðul) fyrir spurningar mælitækisins var skorun spurninga fyrir og eftir hvatningarviðtal skoðuð sitt í hvoru lagi sem og sameinuð. Cronbach's alpha fyrir 14 af spurningunum var á bilinu .78 til .83 sem bendir til þess að 14 spurningar af 26 hafi viðunandi tölfræðileg tengsl (inter-item correlation). Engin skýr fylgniform (correlational patterns) voru greinanleg meðal spurninga í undirskölum. Af 26 spurningum voru 9 sem höfðu mælanlega hækkun eða lækkun á meðaltali sem bendir til þess að þessar spurningar gætu verið næmar til að mæla breytingu sem hefur átt sér stað í tíma fyrir og eftir fyrsta hvatningarviðtal.

Umræða: Bráðabirgðaniðurstöður þessarar mælingarannsóknar benda til þess að 14 spurningar mælitækisins *Motivation to Change Inventory of Adolescents*-(Revised) - íslensk útgáfa - hafi viðunandi innra samræmi áreiðanleika (internal consistency reliability). Þessar 14 spurningar mæla á fullnægjandi hátt sjálfsáhrif (self-efficacy), félagslegan stuðning, önnur áhugamál og meðvitaða lífsleiknihæfileika. Allt eru þetta breytur sem tengjast margvíða hugtakinu, áhuga til breytinga. Viðurkenning vandamáls var fimmta breytan sem talin er tengjast hugtakinu og var 8-spurninga undirskali innifalinn í mælitækinu til að mæla hana. Þessi undirskali hafði óviðunandi innra samræmi áreiðanleika (internal consistency reliability) sem bendir til þess að hann sé ekki nothæfur til að mæla viðurkenningu vandamáls meðal íslenskra unglunga. Æskilegt er að gerðar verði endurbætur á mælitækinu. Slíkar endurbætur skyldu byggðar á niðurstöðum gæðabundinna rannsókna í formi viðtala og markhópa þar sem skoðuð skal reynsla íslenskra unglunga í bata af því hvað varð til þess að þeir viðurkenndu vandamál tengt vímuefnaneyslu. Einnig skal reynsla þeirra af öðrum breytum sem tengjast áhuga til breytinga skoðuð í þessum rannsóknum. Þegar endurskoðunarferli mælitækisins er lokið er æskilegt að mælitækið verði lagt fyrir

stórt úrtak og tímabilið milli þess sem mælitækið er lagt fyrir skal aukið í þeim tilgangi að ákvarða hvort spurningarnar eru næmar til að mæla mun á áhuga til breytinga.

25. október hélt Ragnar Ólafsson, MSc í félagssálfræði og MSc í rannsóknaraðferðum í sálfræði, verkefnastjóri við Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði, fyrirlesturinn *Viðbrögð þolenda við einelti í skólum og á vinnustað*

Rannsóknir á einelti meðal skólabarna (n=1190) og fullorðinna starfsmanna launþegasamtaka (n=398) voru gerðar og í báðum tilfellum könnuð tengslin milli reynslu af einelti og úrræða eða viðbragða þolenda (coping) við því. Gerðir voru nýir spurningalistar sem byggðu á viðtölum í rýnihópum og eldri spurningalistum. Niðurstöður voru þáttagreindar og beitt var „multidimensional scaling“ til þess að kanna strúktúrinn í viðbragðastílum. Í báðum rannsóknum kom fram *virð-passíf* vídd í viðbrögðum. Rannsóknirnar sýndu einnig að lítilli reynslu af einelti fylgja virk viðbrögð (þolandi svarar fyrir sig og leitar aðstoðar jafnaldra) en með auknu einelti verða viðbrögðin fyrst óbein (þolendur reyna t.d. að leiða athygli gerenda að öðrum) og síðar passíf (gera ekkert, bíða og vona að þetta líði hjá). Takmarkanir þversniðsrannsókna af þessu tagi eru ræddar. Einnig er kannað hvernig megi nýta þessar niðurstöður til þess að veita þolendum aðstoð við hæfi og hvort vænta megi svipaðra niðurstæðna á öðrum fræðasviðum sem fjalla um viðbrögð við álagi af einhverju tagi.

27. október hélt Þórður Kristinsson mannfræðingur og stundakennari við HÍ fyrirlesturinn *Karlmannleg ímynd hjúkrunar*

Karlar eru rétt rúmlega 1% starfandi hjúkrunarfræðinga á Íslandi. Í fyrirlestrinum verður fjallað um hluta af meistaritgerð Þórðar Kristinssonar um upplifun karl- hjúkrunarfræðinga í starfi og í íslensku samfélagi. Í ritgerð sinni skoðar Þórður sýnileika og upplifun karla í hjúkrun í sögulegu samhengi, út frá viðtölum og vettvangsrannsóknum þar sem lögð er áhersla á kyn sem áhrifaþátt í stöðu þeirra sem hjúkrunarfræðinga. Hugtökunum eðlishyggja, ráðandi karlmennska og kynlegt félagslegt auðmag er beitt til þess að skoða hugmyndirnar sem liggja að baki kynbundinni mismunun gagnvart körlum í hjúkrun.

Erindið tekur aðallega á mismunandi ímyndum hjúkrunar og hvernig karlar í starfinu staðsetja sig út frá þeim og líta á hjúkrun út frá eigin forsendum. Þar takast á staðalmyndir hjúkrunarfræðinga í dægurmenningu okkar, í orðræðum samfélagsins og í ímyndunarsköpun hjúkrunarfræðinganna sjálfra.

Farið verður yfir hvernig ímyndin af stétt hjúkrunarkvenna var mótuð meðal annars af Florence Nightingale og fylgjendum hennar á Viktoríutímanum og hvernig sú ímynd var miðlæg í uppgangi hjúkrunar á Íslandi. Þá verður skoðað hvernig áherslur hjúkrunar færðust frá því að hjúkrunarfræðingar ættu umfram allt að vera „góðar konur“ yfir á áherslu á nám og sérfræðipækkingu. Út frá því efni verður fjallað um hvernig ímynd hjúkrunar togast á milli þessara tveggja póla og hvernig karlar í hjúkrun virðast varla vita í hvorn fótinn þeir eiga að stíga þegar talið berst að virðingu hjúkrunar.

Ímynd hjúkrunar og ímynd karlmennsku virðist ekki í fljótu bragði eiga mikla samleið. Karlar sem fara í hjúkrun eru taldir óeðli(s)legir af þeim sem þekkja ekki

hjúkrun. Ríkjandi skoðun samfélagsins virðist vera sú að í hjúkrun sé ekkert sem höfðar til karla. Vegna þessa gætir stundum misskilnings á kyngervi karl-hjúkrunarfræðinga. Talið er að karlar í hjúkrun hljóti að vera sérlega kvenlegir fyrst þeir beita sér á sviði þar sem konur eru svo til allsráðandi. Karlar eiga eðli(s)lega að hafa áhuga á karlkenndum hlutum. Innan stéttarinnar finna þeir fyrir sömu hugmyndum þar sem þeir eru hvattir til þess að nýta sér karlkennt félagslegt auðmagn sitt sem þeir og gera.

24. nóvember hélt Hildur Kristjánsdóttir, ljósmóðir MS, fyrirlesturinn *Upplifun og reynsla þungaðra kvenna af fyrstu skoðun í mæðravernd.*

Á Íslandi er talið að nær allar þungaðar konur þiggi mæðravernd. Íslenskar og erlendar rannsóknir sýna að konur leggja áherslu á að hitta umhyggjusama og hæfa ljósmóður sem styrkir þær og veitir þeim nægar upplýsingar. Setning laga um réttindi sjúklinga og umræða í þjóðfélaginu um upplýst samþykki á liðnum árum vekur upp spurninguna hvernig og hvort þungaðar konur taka ákvarðanir um þætti eins og það að fara í mæðravernd, ýmsar rannsóknir sem teljast venjubundnar og það að notfæra sér tilboð um fósturskimun. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna upplifun þungaðra kvenna í fyrstu skoðun í mæðravernd og samskipti við ljósmæður. Lögð var sérstök áhersla á upplýsingagjöf um meðferð og rannsóknir, ákvarðanatöku og hvort samskiptin væru gagnvirk. Rannsóknin byggði á eigindlegri aðferð, þar sem tekin voru viðtöl við átta þungaðar konur stuttu eftir að þær komu í fyrstu skoðun. Einnig var rætt við rýnihóp sex reyndra ljósmæðra um upplifun þeirra af því að hitta þungaðar konur í fyrstu skoðun í mæðravernd. Meginniðurstöður eru að konur í þessari rannsókn komu til fyrstu skoðunar í mæðravernd í leit að öryggi fyrir sig og ófætt barn sitt. Í þeirra huga er mæðravernd svo sjálfsgöð að hún er ekki val. Að treysta á sjálfa sig, að eiga sína ljósmóður sem þær treysta og eiga góð samskipti við upplifðu þær sem öryggi. Að taka ákvörðun eða velja að gera það ekki, veitti einnig öryggiskennnd. Mörgum kvennanna fannst þær fá of mikið af upplýsingum og fannst vanta skýringar á rannsóknnum og því sem gert er í mæðravernd. Almennt tóku konurnar ekki upplýsta ákvörðun til dæmis um fósturskimanir og í sumum tilvikum virtist sem vali þeirra væri stýrt af heilbrigðisstarfsfólki. Samhljómur virtist vera milli væntinga og upplifunar kvennanna og ljósmæðranna af fyrstu skoðun með nokkrum undantekningum til dæmis virtist vera mismunandi skilning á fyrirbæri eins og styrkingu. Einnig voru notuð voru ólík orð um svipaða líðan eins og þegar ljósmæður ræða um kvíða þeirra á meðgöngu leggja konurnar áherslu á öryggi fyrir sig og barnið og tala um áhyggjur.

13. desember héldu Marga Thome, PhD, Brynja Örlygsdóttir, MSc., og Anna Jóna Magnúsdóttir, cand. B.A. (psychol), fyrirlesturinn *Efling geðheilsu eftir fæðingu. Kynning á fyrstu tveim áföngum rannsóknarinnar*

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna líðan mæðra eftir að hjúkrunarfræðingar á heilsugæslustöðvum sóttu net-námskeið. Markmið þess var að dýpka þekkingu á líðan eftir barnsburð og að veita hjúkrunarmeðferð sem dregur úr vanlíðan. Rannsóknin er unnin í 5 áföngum frá 2001-2006 og eru niðurstöður fyrstu tveggja áfanga kynntar. Aðlagð tilraunasnið með þremur tilrauna- og þremur samanburðarstöðvum af höfuðborgasvæðinu var valið í fyrsta áfanga. Í öðrum áfanga urðu tilraunastöðvar og samanburðastöðvar fjórar. Jafnframt urðu fyrri

samanburðarstöðvar að tilraunastöðvum og fyrri tilraunastöðvar urðu að eldri tilraunastöðvum. Þannig urðu til þrjár samanburðahópar. Í úrtakið völdust allar konur sem sóttu þjónustu rannsóknarstöðva og fengu gildið 12 eða hærra á Edinborgarþunglyndiskvarðanum (EPDS) við skimun 9 vikum eftir barnsburð og samþykktu þátttöku í rannsókninni (n=64). Átján konur neituðu þátttöku. Þátttakendur fylltu út eftirfarandi spurningalista 9 vikum eftir barnsburð: Foreldrastreitukvarða, þreytukvarða, SCL-90-R og lista um lýðbreytur. Fimmtán vikum eftir barnsburð var EPDS og foreldrastreitukvarði lagður aftur fyrir og 24 vikum eftir barnsburð voru mælingar með EPDS, þreytu og SCL-90-R endurtekna.

Tilraunahópurinn fékk stuðningsmeðferð hjúkrunarfræðings sem hafði sótt netnámskeiðið. Hjúkrunargreiningar (NIC) voru skráðar fyrir allar konur á rannsóknartímabilinu auk heimsókna hjúkrunarfræðinga, samskipta, töku þunglyndislyfja og tilvísana til sérfræðinga.

Á málstofunni verða kynntar niðurstöður er varða breytingar á þunglyndiseinkennum, foreldrastreitu, þreytu og geðrænum einkennum 15 og 24 vikum eftir barnsburð. Einnig er skýrt frá niðurstöðum skráðra hjúkrunarmedferða, fjölda samskipta við hjúkrunarfræðinga tilvísana til sérfræðinga og töku þunglyndislyfja. Leitað er skýringa á þáttum sem stuðla að bata annarsvegar og hinsvegar þáttum sem draga úr bata.

Málþing um rannsóknir kennara í hjúkrunarfræðideild 10. desember 2004

Gæðaúttekt á verkjalyfjameðferð á legudeildum Landspítala-háskólasjúkrahúss

Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun LSH og lektor við HÍ

Tilgangur gæðaúttektar: Athuga stöðu verkjalyfjameðferðar á LSH og bera saman við úttekt frá 1999 og alþjóðlega gæðavísa.

Úrtak og aðferð: Hjúkrunarskýrslur, lífsmarkablöð og lyfjablöð frá öllum innliggjandi sjúklingum á völdum deildum LSH voru endurskoðaðar ákveðinn sólarhring í febrúar 2004 m.t.t. (a) fyrirmæla um verkjalyf, (b) verkjalyfjagjafa, og (c) hjúkrunarskráningar í tengslum við verki.

Niðurstöður: Af 178 sjúkraskýrslum á 12 deildum voru 122 (68%) með skráningu um verkjalyf og voru þær skýrslur skoðaðar frekar. Aldur sjúklinganna var á bilinu 19-94 ár, 62% voru konur, 58% höfðu farið í (skurð)aðgerð og hjúkrunargreining um verki var hjá 71% einstaklinga. Fjöldi verkjalyfjafyrirmæla á tímabilinu var 322 og verkjalyfjagjafa var 203.

Við skoðun á skráningu kom í ljós að skráð notkun tölukvarða var hjá 10% einstaklinga og styrkur verkja var aldrei skráður á lífsmarkablað. Hjúkrunarfræðingar kvittuðu fyrir lyfjagjafir í 80% tilvika, fyrirmæli voru undirrituð af lækni í 76% tilfella og dagsetning undirritunar fyrirmælanna var oftast innan við eða sólahringsgömum. Þyngd sjúklinga var skráð í aðgengilegum gögnum í 46% tilfella.

Þegar fyrirmælin voru skoðuð kom í ljós að aðgengasta gjafaleiðin var um munn (49%) og í æð (11%). Morfín (27%) og parasetamól (21%) var oftast ávísað.

Fyrirmæli um ópíóíða og BEYGLur samtímis var í 23% tilvika. Fyrirmælin voru eftir þörfum (PN) í 66% tilfella og af sjúklingunum voru 45% þeirra eingöngu skráðir á PN lyf við verkjum.

Samantekt og samaburður á helstu niðurstöðum:

- Skráning á notkun tölukvarða er mjög lítil
- Fyrirmæli um reglulega verkjalyfjagjöf hefur aukist
- Notkun á morfíni og parasetamóli hefur aukist talsvert
- Svigrúm í gjafaleiðum fyrir hjúkrunarfræðinga hefur aukist
- IM lyfjagjöfum hefur fækkað
- IV lyfjagjafir hafa aukist
- Notkun samverkandi áhrifa lyfja hefur aukist
- PN-lyfjafyrirmæli eru óviðunandi
- Undirritun lækna hefur aukist og þar með ábyrgð á verkjalyfjameðferð sem gæti gefið fyrirheit um markvissari verkjalyfjameðferð.

Flokkunarkerfi sem grunnur klínískrar ákvarðanatöku

Ásta Thoroddsen, dósent við hjúkrunarfræðideild H.Í. og hjúkrunarfræðingur á LSH

Auknar kröfur eru gerðar til hjúkrunarskráningar á Landspítala - háskólasjúkrahúsi (LSH) eftir að tilmæli Landlæknisembættisins um lágmarksskráningu vistunar-

upplýsinga á sjúkrahúsum, almenn kröfulýsing fyrir sjúkraskrárkerfi voru sett fram og hjúkrunarstjórn LSH mótaði stefnu þar um.

OPT módelið kemur inn á hve flókin klínísk ákvarðanatöku er. Framsetning á sögu sjúklings og aðferðir við að komast að réttari niðurstöðu spila saman þannig að rétt greining hjúkrunarvandamála, sem er forsenda fyrir vali á hjúkrunarmedferð, komi fram. Alþjóðleg vakning hefur einnig verið fyrir samræmdum flokkunarkerfum hjúkrunar-greininga, -medferðar og útkomu. Skráning hjúkrunargreininga og -medferðar undirstrikar faglega ábyrgð hjúkrunarfræðinga í starfi. Fjallað verður um samspil hugsanaaðferða og flokkunarkerfa við klíníska ákvarðanatöku.

Árið 2003 var gert átak á LSH til að bæta hjúkrunarskráningu. Framkvæmd var könnun á öllum legudeildum LSH til að kanna stöðu hjúkrunarskráningar fyrir og eftir átakið til að meta árangur átaksins. Úrtakið náði til hjúkrunarskráa inniliggjandi sjúklinga, sem legið höfðu á LSH tvo sólarhringa eða lengur, (n=355 árið 2002, n=355 árið 2004). Önnur hver hjúkrunarskrá var valin af handahófi í úrtak. Könnunin náði til allra legudeilda LSH (N=54). Engum persónugreinanlegum upplýsingum var safnað. Tilgangur könnunarinnar var m.a. að kanna hversu vel hjúkrunarskráning á LSH uppfyllir tilmæli landlæknisembættisins um lágmarksskráningu vistunarupplýsinga og að greina faglegt innihald hjúkrunarskráningar. Eftirfarandi þættir hjúkrunarskráningar voru athugaðir: Upplýsingasöfnun, hjúkrunargreiningar, markmið, hjúkrunaráætlun og framvinduskráning.

Niðurstöður sýna breytingu til batnaðar í öllum þáttum sem lúta að lágmarksskráningu vistunarupplýsinga. Sem dæmi má nefna að upplýsingasöfnun hjúkrunar var til staðar í 92 % tilvika 2004, en 53 % 2002, einstaklingshæfð hjúkrunaráætlun 82 % 2004, en 64 % 2002. Aukning varð á notkun NANDA hjúkrunargreininga við daglega skráningu úr 65,5 % í 84 % á milli kannana, einkenni úr 40 % í 77 %, orsakabættir úr 26 % í 62 % og notkun NIC hjúkrunarmedferða jókst úr 5 % í 60 % á sama tíma. Faglegt innihald verður skoðað í ljósi OPT módelisins.

Hínir ýmsu þættir hjúkrunarskráningar skapa þekkingargrunn fyrir klíníska ákvarðanatöku og rannsóknir. Niðurstöður geta varpað ljósi á gæði hjúkrunarskráningar á LSH og nýst við frekara rannsókn- og þróunarstarf innan hjúkrunar, svo sem við þróun upplýsingakerfa í hjúkrun.

Starfsánægja

Birna G. Flygenring, lektor við hjúkrunarfræðideild H.Í.

Starfsánægja er flókið fyrirbæri sem erfitt er að skýra út frá einni kenningu. Hún er persónubundin og felur í sér tilfinningar (upplifun) sem og viðhorf starfsmannsins til vinnu sinnar. Eins og önnur atriði sem eru tilfinningalegs eðlis er starfsánægja margþætt hugtak sem hægt er að skilgreina á mismunandi hátt.

Starfsánægja hefur verið mæld jafnt með einni breytu sem og mismunandi breytum.

Aðferðir sem notaðar hafa verið eru: að fylgjast með hegðun, viðtöl og spurningalistar. Rannsóknir á síðustu árum hafa beinst að því að kanna starfsánægju sem margþátta hugtak. Helstu þættir sem skoðaðir hafa verið eru:

Persónulegir eiginleikar starfsmannsins, vinnuaðstæður, möguleikar á stöðuhækkunum, samskipti undir- og yfirmanna, starfið sjálft, launaþættir og umbun.

Aðrir þættir sem hafa áhrif á starfsánægju eru einstaklings-, félagslegir, menningarlegir, fyrirtækja-, og umhverfisþættir.

Starfsánægja hjúkrunarfræðinga hefur einkum hlotið athygli vegna tengsla hennar við mannaskipti og hollustu við heilbrigðisstofnanir.

Við mælingar á starfsánægju íslenskra hjúkrunarfræðinga hefur komið í ljós að þeir eru almennt ánægðir með starfið sjálft, með samstarfsmenn og stjórnendur. Þeir þættir sem eru uppspretta óánægju eru launaþátturinn og skortur á möguleikum á stöðuhækkun.

Hver er reynslan af því að takast á við lífið eftir heilablóðfall?

Dorothea Bergs, lektor við hjúkrunarfræðideild H.Í.

Markmið: Að öðlast skilning á reynslu af því að aðlagast lífinu aftur eftir heilablóðfall.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar er að lýsa reynslu heilablóðfallsjúklings og maka hans af því að aðlagast breytingum er verða á lífinu eftir heilablóðfall og öðlast þannig dýpri þekkingu á viðhorfum þeirra til lífsins í gegnum sjúkdómsferilinn og skilja væntingar til framtíðarinnar. Markmiðið er að bæta hjúkrun og meðferð heilablóðfallsjúklinga. Framtíðarsýnin er hjúkrun byggð á reynslu og markvissari meðferð þessa sjúklingahóps.

Þetta er raundæmisrannsókn (Case study) sem er hluti af stærra rannsóknarverkefni.

Bakgrunnur: Nærrí 800 einstaklingar fá heilablóðfall á hverju ári á Íslandi. Nærrí helmingur þeirra þarf að lifa við einhverjar afleiðingar heilablóðfallsins (áfallsins) og þurfa að treysta á ættingja sína varðandi stuðning í framtíðinni.

Heilablóðfallsjúklingarnir eiga við mismikla fötlun að stríða og aðstandendurinn ganga oft í gegnum róttækar breytingar á daglegu lífi.

Aðferðafræði rannsókna: Þessi raundæmisrannsókn er unnin eftir langtíma eigindlegri rannsóknaraðferð þar sem leitast er við að túlka reynslu þátttakenda með því að öðlast góða þekkingu á lífi þeirra og aðstæðum.

Þátttakendur, sjúklingurinn og eiginkona hans eru á sextugsaldri. Rúmt ár var liðið frá heilablóðfallinu þegar fyrsta viðtalið átti sér stað. Upplýsingarsöfun fer fram með opnum viðtölum við sjúkling og maka hans. Það er talið að þörf sé á sex til átta viðtölum eða þar til metnun á sér stað.

Rannsóknarspurningarnar eru: Hverjar er helstu þarfir og áhyggjuefni sjúklings og maka hans sem þurfa að takast á við afleiðingar heilablóðfalls? Hvaða aðferðir nota þau til aðlögunar?

Hvert viðtal er vélritað og skrifað beint upp orðrétt. Við greiningu gagna er tekið mið af aðferð Colaizzi sem er í sjö þrepum. Samkvæmt þessari aðferð eru niðurstöður sem koma fram í viðtölum borin upp við þátttakendur jafnóðum og samþykki þeirra fengið fyrir túlkuninni.

Niðurstöður: Söfnun gagna og greining fer fram jafnhliða. Þátttakendur fjalla um reynslu sína og íhuga atvik sem tengist bráðaástandi sjúkdómsins, endurhæfingarhluta hans og lífinu eftir að útskrift lauk.

Umfjöllun: Þessari rannsókn er ætlað að gefa innsýn í reynsluna af því að lifa við afleiðingar heilablóðfalls, bæði frá sjónarhorni sjúklingsins og maka hans.

Upplýsingar byggðar á fyrsta viðtali og fyrri rannsókn meðal aðstandenda gefa til kynna að skyndileg breyting á heilsufarsástandi eins fjölskyldumeðlims hafi áhrif á líf margra í fjölskyldunni.

Fjölskyldur barna með Downs heilkenni

Guðrún Kristjánsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild H.Í. og Margrét Eyþórsdóttir, hjúkrunarfræðingur á Vökudeild LSH.

Börn fæðast með margvíslega eiginleika sem ýmist veita þeim styrk eða verða þeim farartálmi í gegnum lífið. Fjölskylda þeirra þarf að takast á við fjölbreytileg verkefni í uppeldi þeirra og umönnun. Í erindinu verða niðurstöður rannsókna á aðlögunarleiðum 26 íslenskra foreldra barna sem fæðst hafa með Downs-heilkenni kynntar. Spurningalistar voru sendir til allra 62. ja foreldra 1-6 ára barna og kynntar verða niðurstöður úr svörum frá 26 eða um 42% allra foreldranna. Spurt var um ýmsilegt er varðar heilsu barns og bakgrunn foreldra og notast var við FCOPE sem er staðlaður spurningalisti til að meta aðlögunaraðferðir foreldra við vandamálum eða erfiðleikum í fjölskyldunni. Auk þess voru lagðar fyrir foreldra opnar spurningar um hvernig þeim hefur vegnað með barni sínu og óskir þeirra fyrir þjónustu. Í niðurstöðum verður lýst hvers konar upplýsingar þeir vilja til að takast á við viðfangsefni og erfiðleika sem við þeim blasa í uppeldi barns með Downs-heilkenni og hvernig þeir sjá að þeim hafi tekist að höndla þessi verkefni og aðlagast hlutverki sínu sem foreldri barna sinna.

Talið er að niðurstöður gagnist hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum og öðru fagfólki sem að þjónustu við fjölskyldur barna með Downs-heilkenni kemur til að veita þeim viðeigandi leiðsögn og upplýsingar og til að átta sig á stöðu þessa fjölskylduhóps. Niðurstöður gefa einnig til kynna hvar bera verði niður til frekari rannsókna.

Verðandi foreldrar og ákvarðanatöku um samþætt líkindamat á fyrsta þriðjungi meðgöngu: Upplýst val, sjálfræði og siðfræði í tengslum við fósturrannsóknir

Helga Gottfredsdóttir, lektor í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild H.Í.

Á síðustu tveimur áratugum hafa rannsóknaraðferðir við greiningu á fósturgöllum haslað sér völl í meðgönguvernd. Innan læknávisinda hafa rannsóknir á þessu sviði beinst að því að auka næmi og áreiðanleika slíkra aðferða en í öðrum fræðigreinum hefur athyglin beinst að þeim þáttum sem t.d. lúta að sálfélagslegri upplifun verðandi foreldra.

Tilgangur þeirrar rannsóknar sem hér er kynnt er að skoða upplifun verðandi foreldra af ákvarðanatöku um hnakkþykktarmælingu, en hún hefur skapað sér sess í hefðbundinni meðgönguvernd hér á landi. Þessi skimun er áhættumat og beinist fyrst og fremst að því að finna fóstur sem líkleg eru til að vera með Down's heilkenni. Í rannsókninni beinist athyglin að flóknu samspili ytri og innri þátta sem sýnt hefur verið fram á að hafi áhrif á ákvarðanatöku. Ytri þættirnir eru ríkjandi orðræða í samfélaginu, uppbygging þjónustu við verðandi foreldra og samband fagfólks og verðandi foreldra. Innri þættirnir eru reynsla verðandi foreldra af mögulegum frávikum hjá fósturi og tilboðum um skimun sem beinist að greiningu þeirra.

Aðferðir og efniviður. Um er að ræða eigindlega rannsókn og samanstendur verkefnið af þremur þáttum. Fyrsti hluti þess byggir á orðræðugreiningu. Í þeim hluta verður umræða í fjölmiðlum á Íslandi árin 2000-2004 um notkun fósturrannsóknna skoðuð og að auki verða prentuð gögn eins og lög og reglugerðir höfð til hliðsjónar.

Annar hluti verkefnisins er fræðileg úttekt á hugtökum eins og upplýstu vali og sjálfræði og hvernig þau birtast í hinum ýmsu fræðigreinum í tengslum við fósturrannsóknir. Í þriðja hluta verður byggt á viðtölum við verðandi foreldra. Viðtöl verða tekin tvisvar á meðgöngu við verðandi foreldra hvort í sínu lagi. Lögð verður áhersla á að skoða hvernig upplifun á upplýstu vali og sjálfræði breytist er líður á meðgönguna. Mismunandi upplifun kvenna og karla verður skoðuð og í því sambandi hugað að áhrifum samfélagsumræðu og samskipta við fagfólk.

Niðurstöður rannsóknarinnar munu væntanlega auka skilning og skapa þekkingu í ljósmóðurfræði um ákvarðanatöku verðandi foreldra varðandi skimun fyrir fósturgöllum snemma á meðgöngu.

Hjúkrun fólks með langt gengna langvinna lungnateppu utan legudeilda sjúkrahúsa

Helga Jónsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild og forstöðumaður hjúkrunar langveikra fullorðinna

Langvinn lungnateppa er ört vaxandi heilsufarsvandamál á Íslandi sem og annars staðar. Innlagnir fólks með sjúkdóminn hafa aukist ört á sama tíma og legutími hefur styst verulega. Á þetta við á Íslandi sem og annars staðar. Á Landspítala-háskólasjúkrahúsi er brýnt að koma á fót stuðningsmeðferð fyrir fólk með langvinna lungnateppu, einkum það sem hefur langt genginn sjúkdóm. Með því er brugðist við áorðnum breytingum á heilbrigðisþjónustunni og betur komið til móts við þarfir þessa fólks fyrir sérhæfða hjúkrun. Hjúkrunina þarf að sníða að þörfum skjólstæðinganna fyrst og fremst en þarf einnig að taka mið af aðstæðum á *spítalanum* og stöðu hans í heilbrigðiskerfinu.

Í erlendum skrifum um hjúkrun fólks með langt gengna langvinna lungnateppu er áberandi að árangursmælingar miða mestmegnis að hagkvæmnismælingum, einkum beinum kostnaðarútreikningum en einnig fjölda legudaga á sjúkrahúsi. Einnig er lögð tölverð áhersla á að þróa klínískar leiðbeiningar um eftirlit og meðferð á lífeðlisfræðilegum einkennum frá lungum. Einnig má finna rannsóknir á fræðslumeðferðum sem einkum miða að fyrrgreindum árangursmælingum. Áhugavert er að skoða þessi skrif í ljósi heilsufarsvanda lungnasjúklinga og markmiða hjúkrunar. Hjúkrunarfræðilegar áherslur á að mæta einstaklingbundnum, heilsutengdum þörfum fólks, stuðningsmeðferðir, umhyggja og nærvera eru lítt áberandi í þessum skrifum. Á Landspítala-háskólasjúkrahúsi hefur verið gerð tillaga um hjúkrunarstýrða göngudeild þar sem áhersla er lögð á samfellda og heildræna hjúkrun til að koma í veg fyrir eða hægja á versnun sjúkdóms, koma í veg fyrir innlagnir/endurinnlagnir og auka eða viðhalda lífsgæðum skjólstæðinga og fjölskyldna þeirra. Stuðningsmeðferð, sem samanstendur af samræðum, einkenameðferð og sjúklingafræðslu, er miðpunktur meðferðarinnar. Í erindinu verður gerð grein fyrir fræðilegum forsendum og útfærslu hjúkrunarþjónustu fyrir fólk með langt gengna langvinna lungnateppu utan legudeilda sjúkrahúsa.

Tíðahvörf íslenskra kvenna: Viðhorf og þekking

Herdís Sveinsdóttir, dósent við hjúkrunarfræðideild H. Í.

Inngangur: Á sviði heilsuverndar er miðlun upplýsinga um áhættu til almennings eitt besta forvarnarinngrip sem völ er á. Forsenda þess að veita upplýsingar um áhættu felst í þeirri trú að þekking fólks á áhættu/ávinningi fyrirbyggjandi aðgerða sé drifkraftur fólks við heilsutengda ákvarðanatöku. Óvissa á ávinningi tíðahvarfahormóna-notkunar jókst árið 2002 í kjölfar WHI rannsóknarinnar. Markmið rannsóknarinnar er að skoða þekkingu íslenskra kvenna við tíðahvörf á WHI rannsókninni og hugleiðingar þeirra um tíðahvörf og notkun hormóna.

Efniviður og aðferðir: Úrtak var 1000 konur á aldrinum 47-53 ára. Gagna var aflað með spurningalista þar sem leitað var ýmissa upplýsinga um tíðahvörf. Hér verður greint frá lýsandi niðurstöðum er lúta að markmiði rannsóknar. Svörun var 56%.

Helstu niðurstöður: 65% þátttakenda hafði heyrt af WHI rannsókninni. Flestar heyrðu af rannsókninni í fjölmiðlum. Af 252 konum sem hafði notað hormón, notaði 133 hormón þegar rannsóknin var gerð. 72 þeirra höfðu hugleitt að hætta notkun og sögðu rúm 50% ástæðuna vera niðurstöður WHI rannsóknarinnar, óvissu um áhættu og aukaverkanir. 31% notenda (N=252) notaði hormón til að fyrirbyggja beinþynningu. Konur ráðfæra sig helst við lækni og maka um að hefja eða hætta notkun hormóna. 51% þátttakenda hafði fengið næga fræðslu um tíðahvörf þó 84% segðu að fræðslan mætti vera meiri á vegum heilbrigðisyfirvalda. Viðhorf til tíðahvarfa og notkunar tíðahvarfamóna voru frekar hlutlaus, þó voru viðhorf til notkunar hormóna aðeins jákvæðari en viðhorf til tíðahvarfa. Konur sem aldrei hafa notað hormón höfðu jákvæðari viðhorf til tíðahvarfa í samanburði við hinar sem hafa notað hormón.

Ályktanir: Auka þarf flæði greinargóðra upplýsingar um tíðahvörf og hormónamedferð til kvenna.

Með barn á brjósti: Áhrifaþættir á gang brjóstgjafa og þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti

Hildur Sigurðardóttir, lektor, ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur MS, hjúkrunarfræðideild H.Í.

Inngangur: Samkvæmt nýjustu stefnu Alþjóðaheilbrigðisstofnunar (WHO) er lögð áhersla á að börn séu höfð eingöngu á brjósti í 6 mánuði og lengur með annarri fæðu. Nýlegar íslenskar rannsóknir gefa til kynna að við getum bætt okkur hvað þetta varðar og því mikilvægt að meta hvernig best er að styðja við bakið á þeim mæðrum sem vilja hafa börn sín á brjósti. Með því að öðlast aukna þekkingu á því hvaða þættir hafa helst áhrif á gang brjóstgjafa og þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti ætti að verða auðveldara að átta sig á mikilvægum stuðnings- og fræðsluþáttum í þjónustu við konurnar.

Tilgangur rannsóknarinnar er forprófun á spurningalistum sem ætlað er að mæla áhrifaþætti á þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti.

Efniviður og aðferð: Valið var kerfisbundið tilviljunarúrtak 140 kvenna er fæddu á tímabilinu janúar – febrúar 2003 á LSH. Gagnasöfnun fór fram í tveimur hlutum þar sem konum var póstsendur fyrri spurningalistinn 1-2 mánuðum eftir fæðingu og sá seinni um ári síðar. Fyrri spurningalistinn innihélt spurningar um bakgrunn

kvennanna, mat á árangri og reynslu þeirra af brjóstgjöf frá fæðingu barns, mat á þjónustu er þær fengu, sjálfsálitaskala Rosenberg og einnig var prófuð íslensk útgáfa af sjálfsöryggis-kvarða tengdum brjóstgjöf (BSES @ Cindy Lee Dennis). Seinni spurningalistinn innihélt spurningar um reynslu af brjóstgjöf, mat á þjónustu og þeirri tímalengd sem börn voru höfð á brjósti. Flestar spurningar listans voru þýddar og staðfærðar úr erlendum spurningalista um brjóstgjöf (The breastfeeding questionnaire @ Aron and Byrne).

Niðurstöður og ályktanir: Svarhlutfall í fyrri hluta rannsóknarinnar var 60% (n=84) og 63% (n= 53%) í seinni hlutanum. BSES kvarðinn reyndist áreiðanlegur með Cronbach's alpha 0.91. Þáttgreining sýndi einnig sterka innbyrðis fylgni á milli breytna sem hlóðu hátt á einn þátt og var því notast við meðalskor í úrvinnslu gagna úr BSES kvarðanum. Niðurstöður rannsóknarinnar samræmdust fyrri rannsóknum. Eftirfarandi þættir sýndu jákvæða fylgni við þá tímalengd sem börn voru höfð á brjósti: Sjálfsöryggi við brjóstgjöf (BSES) ($P < 0,01$); áætluð tímalengd brjóstgjafar sem konan setur sér á meðgöngu ($P < 0,01$); konan segir brjóstgjöfina vera ánægjulega ($P < 0,01$), og árangursríka reynslu ($P < 0,01$) og að konan segist trúa á mikilvægi brjóstgjafar ($P < 0,01$). Þættir sem höfðu neikvæða fylgni við tímalengd brjóstgjafar voru: vandamál/erfiðleikar við brjóstgjöf ($P < 0,05$); ónóg mjókurmyndun ($P < 0,05$) og aldur barns þegar það byrjar að fá ábót við brjóstgjöf.

Með smávægilegum formbreytingum eru spurningalistarnir taldir áreiðanleg mælitæki til frekari rannsókna á þáttum sem áhrif hafa á gang og tímalengd brjóstgjafar.

Breytt mönnun á öldrunarlækningadeild fyrir heilabilaða: Áhrif á gæði hjúkrunarþjónustu og starfsánægju

Ingibjörg Hjaltadóttir, MSc, lektor í öldrunarhjúkrun við hjúkrunarfræðideild H.Í. og sviðsstjóri hjúkrunar, Öldrunarsviði LSH – Hlíf Guðmundsdóttir, MSc, stundakennari í öldrunarhjúkrun, hjúkrunarfræðideild H.Í. og verkefnastjóri, Öldrunarsviði LSH – Sigrún Bjartmarz, BSc, stundakennari í öldrunarhjúkrun við hjúkrunarfræðideild H.Í. og hjúkrunarfræðingur, Öldrunarsviði LSH

Sett var á stofn nýtt framhaldsnám í öldrunarhjúkrun fyrir sjúkraliða í byrjun árs 2002. Í framhaldi af því var ákveðið að setja upp nýtt mönnunar-módel, á öldrunarlækningadeild L-4 fyrir heilabilaða á LSH, með þátttöku sjúkraliða með framhaldsnám. Jafnframt var ákveðið að þróa nýjar leiðir í störfum hjúkrunarfræðinga er tengdust deildinni. Þegar veigamiklar breytingar eru gerðar á hefðbundinni mönnun er mikilvægt að rannsaka hvaða áhrif það hefur á gæði þjónustunnar og starfsánægju. Niðurstaða þessarar rannsóknar getur haft áhrif á hvernig öldrunarstofnanir munu nýta starfskrafta sjúkraliða með þetta nýja viðbótarnám.

Markmið rannsóknarinnar er að skoða hvaða áhrif breyting á mönnunarmódeli (starfsmannasamsetningu) á öldrunarlækningadeild fyrir heilabilaða L-4, hefur á gæði hjúkrunarþjónustu og starfsánægju starfsfólks.

Hugmyndafræði og aðferð: Rannsóknin er unnin samkvæmt hugmyndafræði starfendarannsóknna (Action research) og túlkandi fyrirbæra-fræði. Rannsóknaraðferð er bæði megindleg og eigindleg.

Þátttakendur í rannsókninni eru u.þ.b. 35 sjúklingar sem dvelja á deild L-4 og 25-30 starfsmenn sem starfa á deildinni frá janúar 2004 til febrúar 2005. Ennfremur verður starfsánægjukönnun lögð tvisvar sinnum fyrir u.þ.b. 60 starfsmenn sem starfa á tveimur öðrum deildum Öldrunarsviðs.

Gagnaöflun greinist í fjóra eftirfarandi þætti. 1) RAI mat til að meta heilsufar og gæðapætti hjá hverjum sjúklingi. Matið er framkvæmt þrisvar sinnum á rannsóknartímabilinu. 2) Könnun á starfsánægju starfsmanna. Könnunin var lögð fyrir starfsmenn á deild L-4 og tveimur öðrum deildum til samanburðar í upphafi rannsóknartímabils og í lok þess. 3) Rýnihópar starfsmanna er taka til starfsánægju og gæða þjónustunnar. Myndaðir voru 3 rýnihópar á síðari hluta rannsóknartímabilsins þ.e. einn hópur hjúkrunarfræðinga, annar með sjúkraliðum með framhaldsnám og sá þriðji með öðru starfsfólki. 4) Dagbækur rannsækenda og nokkurra starfsmanna. Rannsækendur (3) og sjö starfsmenn hafa haldið dagbók, ritaða eða hljóðritaða frá upphafi rannsóknarinnar.

Framvinda: Rannsóknarverkefnið hefur gengið eftir áætlun það sem af er þessu ári. Ekki hafa komið upp nein alvarleg vandamál er tengjast umönnun sjúklinga á deildinni og hefur verið tekin ákvörðun um að reka deildina á næsta ári með svipuðu sniði. Unnið verður úr gögnum rannsóknarinnar á árinu 2005.

Hlustað á raddir foreldra sem átt hafa börn á legudeildum Barna- og unglingsgeðdeildar

*Linda Kristmundsdóttir, deildarstjóri göngudeildar BUGL,
Helga Jörgensdóttir, hjúkrunarfræðingur móttökustjóri BUGL,
Páll Biering, lektor í geðhjúkrun við hjúkrunarfræðideild H.Í. og
Sigurbjörg Marteinsdóttir, deildarstjóri legudeildar barna, BUGL.*

Á árinu 2002 var gerð könnun á viðhorfum foreldra barna sem legið höfðu á legudeildum Barna- og unglingsgeðdeildar. Þessi könnun hafði tvíþættan tilgang. Í fyrsta lagi að meta ánægju/óánægja foreldra með þá hjúkrun og þjónustu sem veitt er á deildunum og í öðru lagi að auka fræðilega þekkingu á hugtakinu „sjúklingánægja“ í geðhjúkrun barna og unglings og stuðla þannig að þróun nothæfs mælitækis til að mæla hugtakið. Ein athyglisverðasta niðurstaða þessarar könnunar var sú að foreldrar sem átt höfðu börn á Barnadeild voru marktækt ánægðari með þjónustuna en foreldrar sem átt höfðu börn á Unglingsgeðdeild. A.m.k. tvær skýringar, sem ekki útiloka hvor aðra, gætu verið á þessum mun. Í fyrsta lagi að hjúkrun og þjónusta sé betri á barnadeild en unglingsgeðdeild og í öðru lagi að sé einhver sá munur á því að eiga barn eða unglingsgeðdeild sem hefur áhrif á reynslu foreldranna. Tilgangur þessarar eigindlegu rannsóknar er því að skoða reynslu foreldra af því að eiga börn á legudeildum Barna og unglingsgeðdeildar með það fyrir augum að svara eftirfarandi spurningum: Hvaða þætti telja foreldrarnir einkenna góða og/eða óviðunandi hjúkrun/þjónustu? Er reynsla foreldranna af hjúkrun á deildunum mismunandi? Í þessu erindi verður fjallað um svörin við fyrri spurningunni.

Aðferð rannsóknarinnar er fyrirbærafræðileg og stuðst var við svokallaða „theoretíska“ úrtaksgerð, þ.e.a.s. þátttakendur voru valdir þannig að þeir endurspegluðu sem best allan foreldrahópinn, bæði hvað varða kyn, aldur og hjúskaparstöðu foreldranna; kyn, aldur og sjúkdómsgreiningu barns; hve langt er liðið frá innlögn og á hvaða deild börnin lágu. Alls tóku 12 foreldrar þátt í rannsókninni, sex þeirra áttu barn á Barnadeild og sex á Unglingsgeðdeild.

Þegar rannsóknargögnin voru greind með tilliti til fyrri rannsóknarspurningar-innar komu fram fjölmörg stef sem lýsa reynslu foreldranna. Þessi fjöldi stefja, og það að mörg þeirra lýsa reynslu sem aðeins fáir foreldrar urðu fyrir, ber vott um hvað reynsla sem um ræðir er persónuleg og viðhorf foreldranna þar af leiðandi fjölbreytileg. Hér verður aðeins fjallað um stef sem ná yfir reynslu a.m.k. helmingss foreldranna og stef

sem benda til alvarlegs vanda í þjónustunni. Í stórum dráttum má skipta stefjunum í þrjá flokka. Í fyrsta lagi stef sem lúta að framkomu og viðmóti starfsfólks. Í þessum flokki eru eftirtalin stef. (1) Mannleg tengsl, en það lýsir mikilvægi alúðlegs viðmóts starfsfólks í garð foreldra þegar þau fara í gegnum þessa erfiðu reynslu. (2) Stefið leiðsögumenn endurspeglar þörf foreldranna fyrir að geta reitt sig á kveðin starfsmann eða meðferðaraðila um leiðsögn í gegnum það erfiða ferðalag sem hefst þegar ákveðið er að barn eða unglingur leggist inn á geðdeild. (3) Sérfræðingsvaldið er stef sem lýsir þeirri reynslu þegar foreldrum finnst fagfólkið taka af þeim ráðin varðandi velferð barna sinna í krafti sérfræðiþekkingar sinnar.

Í öðrum flokknum eru stef sem lúta að stofnuninni í heild sinni. Í þessum flokki eru eftirtalin stef. (1) Ókostir smæðarinnar, en það lýsir því hversu erfitt það er fyrir litla stofnun sem ætlað er að þjóna öllu íslensku samfélagi að koma til móts við fjölbreyttar þarfir þeirra sem þangað leita. (2) Stefið sjálfhverfa kerfisins lýsir því hvernig starfsemi Barna- og unglingageðdeildar miðast fyrst og fremst við þrönga skilgreiningu á verksviði stofnunarinnar en ekki við raunverulegar þarfir sjúklinganna og fjölskyldna þeirra. Í þriðja flokknum eru stef sem lúta að reynslunni í heild sinni. Í þessum flokki eru eftirtalin stef. (1) Greiningarfæribaldið, en það lýsir því hvernig stofnunin hefur eingöngu úrræði til að gefa vandamálunum nafn en ekki til að meðhöndla þau. (2) Stefið betra heima setið en af stað farið lýsir því alvarlega ástandi þegar foreldrar sitja uppi með þá tilfinningu, eða vissu, að sjúkrahúsdvöl barna þeirra hafi verið algerlega tilgangslaus eða jafnvel gert meiri skaða en gagn.

Reynsla unglunga af því að liggja á geðdeild:
Hugtakið sjúklingaánægja í geðhjúkrun unglunga
Páll Biering, lektor við hjúkrunarfræðideild H.Í.

Hugtakið sjúklingaánægja hefur öðlast viðurkenndan sess sem mikilvægur gæðavísir fyrir hjúkrun. Það fræðilega starf sem unnið hefur verið til að skýra hugtakið, og þróa mælitæki til að mæla það, hefur að langmestu leyti byggt á rannsóknum á sjúklingum á hand- og lyflæknisdeildum, en mjög lítill gaumur hefur verið gefinn að sjúklingaánægju geðsjúkra. Það er þó jafnvel enn brýnna að taka tillit til neytendasjónarmiða í geðheilbrigðisþjónustu vegna þess hve félagsleg staða geðsjúklinga er oft bág og þeir eiga þess vegna erfiðara en aðrir sjúklingahópar með að gæta hagsmuna sinna. Þetta á ekki síst við um unglunga því þeir eru ósjálfráða og oft lagðir inn á geðdeildir gegn vilja sínum. Eftir bestu vitund rannsækenda hefur sjúklingaánægja unglunga á geðdeildum aldrei áður verið rannsökuð. Tilgangur þessarar rannsóknar er því að kanna, með opnum viðtölum, reynslu unglunga af því að liggja á unglिंगageðdeild með það að markmiði að finna hvaða þætti unglिंगarnir telja mikilvæga fyrir góða umönnun og meðferðarárangur. Þessi rannsókn yrði fyrsta skrefið í því að skýra og þróa hugtakið sjúklingaánægja í geðheilbrigðisþjónustu fyrir unglunga og jafnframt er hún nauðsynleg forsenda þess að hægt sé að þróa mælitæki til að meta sjúklingaánægju í þessum aldurshóp. Fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar verða kynntar.

Tengsl hjálpsemi og geðheilsu

Rúnar Vilhjálmsson, PhD

prófessor í félagsfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Samhjálparannsóknir hafa yfirleitt fengist við áhrif fenginnar eða fánlegrar hjálpar á veitandann. Tiltölulega fáar rannsóknir hafa sérstaklega athugað hvaða áhrif það kann að hafa á veitandann að vera hjálpsamur við aðra. Rannsóknin athugar tengsl hjálpsemi og geðheilsu og byggir á heilbrigðiskönnunum meðal íbúa í Reykjavík og nágrenni á aldrinum 20-70 ára. Fjórir þættir geðheilsu eru athugaðir: Kvíði, þunglyndi, líkamleg vanlíðan og vellíðan. Hjálpsemi er athuguð bæði sem hjálparverk og hjálpfýsi. Greint er milli fjögrurra efnispátta hjálpar, þ.e. andlegs stuðnings, verklegrar hjálpar, efnisaðstoðar og ráðgjafar. Niðurstöðurnar benda til að hjálparverk séu almennt ekki í beinum tengslum við geðheilsu veitandans, heldur óbeinum tengslum gegnum hjálp frá öðrum (hjálparverk örva hjálp til baka). Hjálpfýsi er aftur á móti í beinum tengslum við geðheilsu veitandans og virðist skipta geðheilsuna meira máli en hjálparverkin. Þýðing niðurstaðnanna og þörf frekari rannsókna eru að lokum rædd.

Ákvarðanatoka og tvíþentur tilfinningar

Sóley S. Bender, dósent við hjúkrunarfræðideild og doktorsnemi við læknadeild H.Í.

Janis og Mann (1977) settu fram líkan um ákvarðanatöku sem byggist á kenningu þeirra um átök (conflict-theory). Líkanið nefnist *Conflict Model of Decision Making*. Þeir halda því fram að maðurinn standi iðulega frammi fyrir mikilvægum og krefjandi ákvörðunum, sem varða hann tilfinningalega, þar sem ekki er einfalt að átta sig á valkostum. Margvíslegar efasemdir, óvissa og hik geti einkennt ákvarðanaferlið. Í þessum ákvörðunum eigi sér stað átök þar sem erfitt getur reynst að velja á milli valkosta þar eð margvísleg áhætta geti verið tengd þeim. Átökin skapi álag og undir þeim kringumstæðum geti verið mismunandi hversu vel einstaklingurinn nær að beita ýmsum bjargráðum.

Gerð er grein fyrir líkani Janis og Mann, helstu hugtökum og hugmyndafræðilegum forsendum. Litið er á ákvörðun unglingsstúlkna um barneign versus fóstureyðingu sem tilfinningahlaðna ákvörðun og því stuðst við hugmyndir Janis og Mann til að skoða einkennandi þætti í þeirri ákvarðanatöku. Fjallað er um ákvarðanir þeirra út frá átökum, álagi og bjargráðum.

Aðferðafræðiseminör með kennurum

31. mars. Umfjöllun um aðhvarfsgreiningu.

Dr. Jón Gunnar Bernburg fjallaði um aðhvarfsgreiningu stuttlega og að því loknu voru umræður um notkun aðhvarfsgreiningar.

20. október. Umfjöllun um þáttgreiningu.

Ragnar Ólafsson, sérfræðingur á rannsóknastofnun, fjallaði um aðhvarfsgreiningu stuttlega og að því loknu voru umræður um notkun aðhvarfsgreiningar.

Seminör í samstarfi við Kennslu- og fræðasvið hjúkrunar LSH

27. janúar. Lífsgæðarannsóknir.

Christer Magnusson, kennslu- og fræðasviði LSH var með framsögu um lífsgæðarannsóknir. Elín J. G. Hafsteinsdóttir sviðsstjóri á handlækningasviði og Nanna Friðrikisdóttir hjúkrunarfræðingur á lyflækningasviði II og lektor hófu umræðum þar sem þær greindu frá hvernig þær hafa staðið að slíkri vinnu.

24. febrúar. Samspil hugmyndafræði, aðferðafræði, efnis, spurninga og tilgangs verkefnis

Hildur Magnúsdóttir, hjúkrunarfræðingur kennslu- og fræðasviði LSH, var með 15 mínútna hugleiðingu um efnið og umræðu hófu Marga Thome, dósent og Margrét Gústafsdóttir, dósent.

23. mars. Hvernig nýtast íslenskra rannsóknir hjúkrunarfræðingum í starfi?

Herdís Sveinsdóttir, dósent, var með stutta framsögu og umræður hófu Gyða Baldursdóttir, lektor og sviðsstjóri á LSH og Eydís Sveinbjarnardóttir, sviðsstjóri á LSH.

28. eptember. Rannsóknir og fræðastörf í hjúkrun

Marga Thome, dósent, hafði stutta framsögu og að henni lokinni voru umræður.

26. október. Rannsóknir í hjúkrun á LSH - hver ættu að vera forgangsverkefni næstu 5 árin?

Auðna Ágústsdóttir, kennslu og fræðasviði LSH, var með stutta framsögu og umræður hóf Nanna Friðrikisdóttir, lektor og hjúkrunarfræingur á Lyf-2 sviði LSH.

30. nóvember. Þverfaglegt rannsóknasamstarf, kostir þess og gallar.

Ingibjörg Hjaltadóttir, lektor og sviðsstjóri öldrunarsviðs LSH og Hlíf Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur öldrunarsviði LSH, fluttu stutta framsögu og umræðu hóf Sóley S. Bender, dósent.