

Ársskýrsla Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði 2015



Efnisyfirlit

Stjórn og starfsmenn.....	3
Fjármál	3
Starfsemin.....	4
Rannsóknir	5
Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur.....	13
Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda	14
Ráðstefnur.....	15
Málþing.....	15
Opinber erindi.....	15
Rannsóknasamræður.....	16
Ársfundur.....	16
Húsnæði.....	16
Viðauki I: Reglur Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.....	17
Viðauki II: Skipulagsskrá Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur	21
Viðauki III: Skipulagsskrá fyrir Minningarsjóð Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda.....	24
Viðauki IV: Viðburðir á vegum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði	27
Ráðstefnur.....	27
Málþing.....	33

Tölur og myndir

Tafla 1. Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2015.....	4
Tafla 2. Dæmi um birtingar kennara við Hjúkrunarfræðideild árið 2015.....	6
Mynd 1. Heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar 2010-2014.....	5
Mynd 2. Meðaltal rannsóknastiga heilbrigðisvísindadeilda á fjölda starfsmanna 2014.....	6

STJÓRN OG STARFSMENN

Í stjórn Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2015 sátu:

- Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands formaður til 1. ágúst 2015.
- Jóhanna Bernharðsdóttir, lektor við Hjúkrunarfræðideild tók við stöðu formanns 1. ágúst 2015.
- Ingibjörg Hjaltadóttir, tilnefnd af framkvæmdarstjóra hjúkrunar við Landspítala Háskólasjúkrahús til 1. janúar 2015.
- Oddný S Gunnarsdóttir, tilnefnd af framkvæmdarstjóra hjúkrunar við Landspítala Háskólasjúkrahús frá 1. janúar 2015
- Guðrún Kristjánsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, tilnefnd af Hjúkrunarfræðideild til 1. ágúst 2015
- Sóley S Bende, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, tilnefnd af Hjúkrunarfræðideild frá 1. ágúst 2015
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, tilnefnd af Hjúkrunarfræðideild frá 1. ágúst 2015

Á árinu voru haldnir sjö stjórnarfundir og fjórir vinnufundir.

Starfsmenn Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2015:

- Margrét Björnsdóttir, verkefnastjóri daglegs reksturs, 50% stöðugildi.
- Guðný Bergþóra Tryggvadóttir, rannsóknasérfræðingur í aðferða- og tölfræði, 20% stöðugildi.

FJÁRMÁL

Á árinu 2015 var starfsemi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði fjármögnuð með 1 % framlagi af heildarfjárveitingu Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands. Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði má sjá í Töflu 1. Stærstur hluti rekstrarkostnaðar er vegna launa og launatengdra gjalda. Reynt var að halda öðrum kostnaði í lágmarki.

Tekjur:	Árið 2015
Framlag frá Hjúkrunarfræðideild 1% af fjárveitingu	3.674.430
Framlag frá Hjúkrunarfræðideild v. samnings við Félagsvísindastofun	2.000.000
Stykur frá HVS	
Samtals tekjur	5.674.430
Rekstrarkostnaður:	
Laun og launatengd gjöld	5.609.395
Aðkeypt vinna - Félagsvísindastofun	2.064.840
Sérfræðiráðgjöf	18.540
Veitingar og fundagjöld	7.275
Síma- og tölvukostnaður	142.289
Hugbúnaður	
Hvatningafé til rannsókna	
Húsaleiga/salarleiga	
Samtals rekstrarkostnaður	7.842.339
Rekstrarhalli	- 2.167.909
Staða 01.01.2015	- 566.485
Rekstrarhalli 2015	- 2.167.909
Staða 31.12.2015	- 2.734.394

Tafla 1. Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2015

STARFSEMIN

Eitt af meginhlutverkum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði er að styðja við og efla rannsóknir kennara við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala. Í Viðauka I er að finna reglur um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala nr. 542 frá árinu 2010. Starfsmaður Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði starfar samkvæmt verklagsreglum stofnunarinnar. Á árinu var unnið að endurskoðun á reglum stofnunarinnar. Sú vinna stendur enn yfir.

Rannsóknasérfræðingur í aðferða- og tölfræði hefur það hlutverk að veita kennurum við hjúkrunarfræðideild ráðgjöf og aðstoð við gagnaúrvinnslu, greiningu gagna og túlkun á rannsókna niðurstöðum.

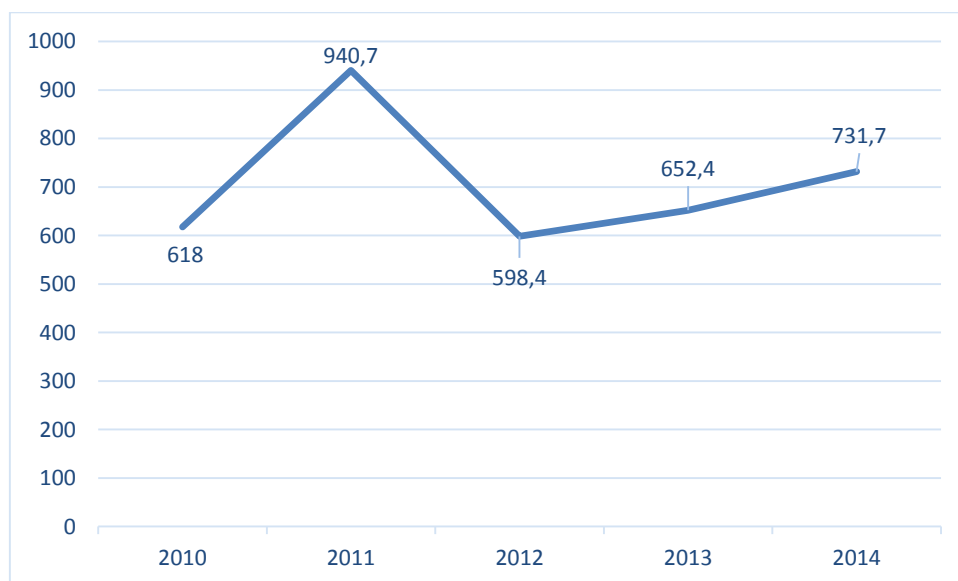
Hlutverk verkefnastjóra daglegs reksturs er að sjá um daglegan rekstur stofnunarinnar. Það felur meðal annars í sér að skipuleggja viðburði, undirbúa stjórnarfundi, rita fundargerðir og svara þeim erindum sem berast stofnuninni. Verkefnastjóri daglegs reksturs sér um að úthluta lesaðstöðu fyrir nemendur í meistara og doktorsnámi. Auk þess sinnir verkefnastjóri daglegs reksturs ýmsum verkefnum sem tengjast Rannsóknasjóði Ingibjargar R. Magnúsdóttur og

Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur og Magnúsar Jónassonar bónda í samvinnu við styrktarsjóði Háskóla Íslands.

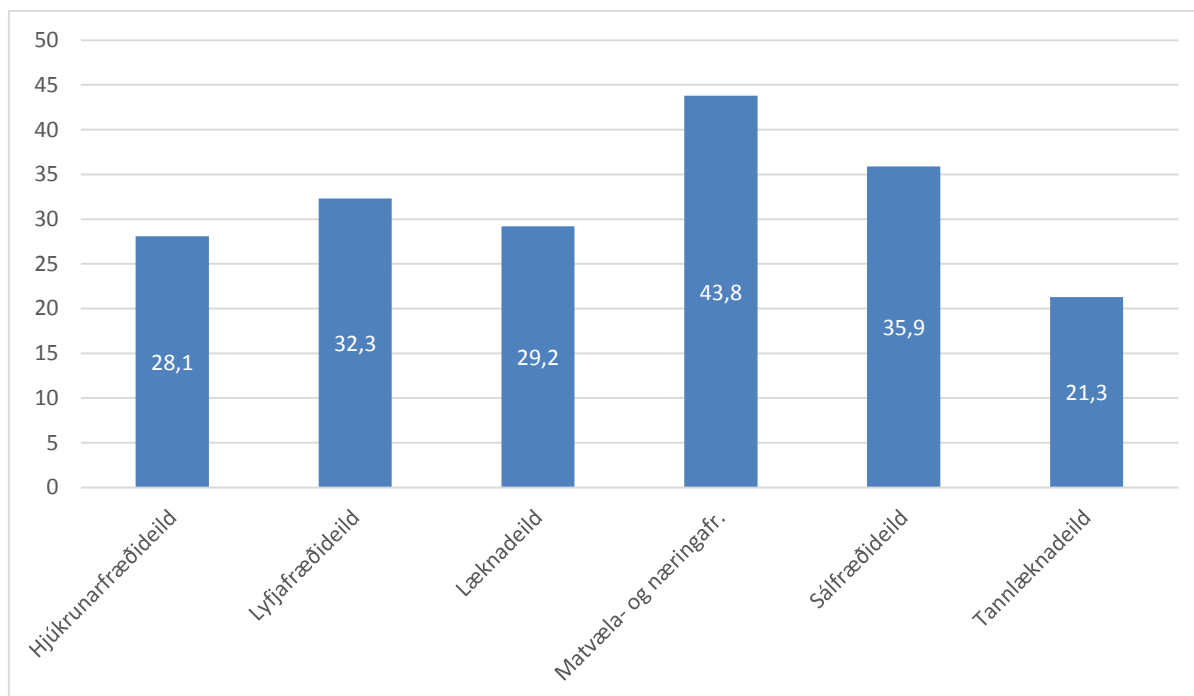
RANNSÓKNIR

Helsti mælikvarði á rannsóknavirkni kemur fram í rannsóknastigum. Þau eru metin út frá þáttum eins og fjölda ritrýndra tímaritsgreina, bóka, bókarkafla og erinda kennara fyrir hvert ár í senn. Ekki liggja fyrir tölur um rannsóknastig fyrir árið 2015 og er því tölur frá árinu 2014 til viðmiðunar í þessari skýrslu. Á Mynd 1 má sjá hvernig heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar hafa þróast á árunum 2010- 2014. Árið 2011 var mikil hækkun á rannsóknastigum við deildina en árið eftir var talsverð lækkun. Frá árinu 2012 hefur heildar rannsóknastigum farið jafnt og þétt farið vaxandi og voru 731,7 árið 2014.

Á árinu 2014 var meðaltals rannsóknastiga á fjölda starfsmanna við Háskóla Íslands 32,5 stig. Á Heilbrigðisvísindasviði var meðaltalið 30,9 stig. Á Mynd 2 má sjá meðaltal rannsóknastiga á fjölda starfsmanna eftir deildum innan Heilbrigðisvísindasviðs. Þar kemur meðal annars fram að Matvæla og næringafræðideild er með flest stig eða 43,8. Tannlæknadeild er með fæst stig eða 21,3. Hjúkrunarfræðideild er með 28,1 stig.



Mynd 1. Heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar 2010-2014



Mynd 2. Meðaltal rannsóknastiga heilbrigðisvísindadeilda á fjölda starfsmanna árið 2014

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala er vettvangur rannsókna- og þróunarstarfs á fræðasviðum hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Hlutverk stofnunarinnar er að styðja við og efla rannsóknir kennara við Hjúkrunarfræðideild og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala. Áhersla er lögð á að stuðla að samstarfi innlendra og erlendra rannsóknaraðila. Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði leggur áherslu á að fylgjast með þeim rannsóknum sem verið er að vinna að og koma þeim á framfæri. Það er gert með því að halda viðburði eins og fyrirlestra, málþing og ráðstefnur þar sem greint er frá rannsóknum og rannsóknaniðurstöðum. Í Töflu 2 má sjá **dæmi** um birtingar kennara við Hjúkrunarfræðideild árið 2015.

Rannsakandi	Útgáfa
Ásta Steinunn Thoroddsen	Ásta Thoroddsen (2015). Skráningarkverið, 2. útg., Reykjavík: Sprengjuhöllin, 367 bls.
	Helga Bragadóttir, Hulda S. Gunnarsdóttir og Ásta Thoroddsen. (2015). Stakar lyfjagjafir hjúkrunarfræðinga án skriflegra fyrirmæla lækna: Lýsandi rannsókn. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 91(2), 50-56.
Brynja Örlygsdóttir	Garwick, A.W., Svavarsdóttir, E.K., Seppelt, A.M., Looman, W.S., Anderson, L.S., Orlygsdóttir, B. (2015). Development of an international school nurse asthma care coordination model. Journal of Advanced Nursing, 71(3), 535-546. doi: 10.1111/jan.12522
	Svavarsdóttir, E.K., Orlygsdóttir, B., og Gudmundsdóttir, B. (2015). Reaching out to women who are victims of intimate partner violence. Perspective in Psychiatric Care, 51, 190-201

<p>Erla Kolbrún Svavarsdóttir</p>	<p>Sigurðardóttir, A. O., Svavarsdóttir, E. K., & Juliusdóttir, S. (2015). Family Nursing Hospital Training and the Outcome on Job Demands, Control and Support. <i>Nurse Education Today</i>, 35, 854-858.</p> <p>Svavarsdóttir, E. K., & Orlygsdóttir, B. (2015). Current Marital/Partner Relationships among Female University Students and among Women at an Emergency Department. <i>Journal of Forensic Nursing</i>, April-June 11, 2, 84-92</p> <p>Svavarsdóttir, E. K., og félagar. (2015). The Process of Translating Family Nursing Knowledge into Clinical Practice. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 47, 1,5-15 doi: 10.1111/jnu.12108. Greinin byrtist í tímariti the <i>Journal of Nursing Scholarship</i> árið 2015 sem er eitt af virtustu tímaritum innan Hjúkrunarfræðinnar.</p>
<p>Guðrún Kristjánsdóttir</p>	<p>Eliasdóttir, T. S., Bragason, D., Hardarson, S. H., Kristjánsdóttir, G. & Stefánsson, E (2015 open access, web-published). Venous oxygen saturation is reduced and variable in central retinal vein occlusion, Letter to the Editor by invitation. <i>Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology</i> in press. DOI: 10.1007/s00417-014-2919-5</p> <p>Guðrún Kristjánsdóttir (2015). Forord till andra upplagan. Í <i>Pediatrisk omvårdnad</i> (2.utg.) eftir Inger Hallström og Tor Lindberg (Ritstj.) Stockholm, Svíþjóð, Liber AB</p>
<p>Helga Bragadóttir</p>	<p>Helga Bragadóttir, Hulda S. Gunnarsdóttir og Ásta Thoroddsen (2015). Stakar lyfjagjafir hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna: lýsandi rannsókn. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i>, 91(2), 50-56.</p> <p>Hulda S. Gunnarsdóttir, Ásta S. Thoroddsen og Helga Bragadóttir (2015). Umfang og eðli lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna á Landspítala. <i>Læknablaðið Fylgirit</i> 82, 101(1-100), 82-83. Ágrip birt í fylgiriti <i>Læknablaðsins</i>.</p> <p>Kalisch, B., Xie, B., Bragadóttir, H., Dounit, M., Holzhauser, K., Lee, E., Terzioglum, F. & Ferraresi A. on behalf of the Italian Missed Care Study Group. International missed nursing care. Chapter 6, in B. Kalisch <i>Errors of Omission</i>. Silver Spring Md: American Nurses Association.</p>
<p>Helga Gottfreðsdóttir</p>	<p>Helga Gottfreðsdóttir, Herdís Magnúsdóttir & Berglind Hálfánisdóttir.(2015). Homebirth constructed as a safe choice in Iceland: A content analysis on Icelandic media. <i>Sexual and Reproductive Healthcare</i>, 6, 138-144.</p> <p>Margrét Unnur Sigtryggsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2015). Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu meðal íslenskra kvenna. <i>Ljósmeðrablaðið</i>, 1, 93, 14-20.</p> <p>Marianne Nieuwenhuijze, Soo Downe, Helga Gottfreðsdóttir, Marlies Rijnders, Antoinette du Preez, Piedade Vaz Rebelo. (2015). Taxonomy for complexity theory in the context of maternity care. <i>Midwifery</i>, 31, 834-843.</p> <p>Melissa Hill, et al. (2015). Preferences for prenatal tests for Down syndrome: an international comparison of the views of pregnant women and health professionals. <i>European Journal of Human Genetics</i>, November DOI: 10.1038/ejhg.2015.249</p> <p>Sóley S. Bender o.fl. (2015). Er þörf á sérstakri heilbrigðisþjónustu fyrir háskóla stúdenta? <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i>, 1, 91, 54-60.</p>

<p>Helga Jónsdóttir</p>	<p>Jonsdottir H, Amundadottir OR, Gudmundsson G, Halldorsdottir BS, Hrafnkelsson B, Ingadottir ÞS, Jonsdottir R, Jonsson JS, Sigurjonsdottir ED & Stefansdottir IK. (2015). Effectiveness of a partnership based self-management program on patients with mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: A pragmatic randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 71(11), 2634–2649. doi:10.1111/jan.12728.</p> <p>Jonsdottir T., Gunnarsdóttir, S., Lindal, E., & Jonsdottir, H. (2015). Predictors for chronic pain related health care utilization: A cross-sectional study in a nationwide sample. <i>Health Expectations</i>, 18(6), 2704-2719. DOI: 10.1111/hex.12245.</p> <p>Jónína H. Hafliðadóttir, Helga Jónsdóttir og Marianne E. Klinke (2015). Góð ráð við hjúkrun sjúklinga með parkinsonveiki. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i>, 91(1), 14-21.</p> <p>Klinke, M.K., Hafsteinsdóttir, Th.B. Hjaltason, H., Jónsdóttir, H. (2015). Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 52(8), 1375-1403. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.004.</p> <p>Klinke, M.K., Zahavi, D., Hjaltason, H., Thorsteinsson, B. & Jónsdóttir, H. (2015). “Getting the left right” – the experience of hemi-spatial neglect after stroke. <i>Qualitative Health Research</i>, 25(12) 1623–1636. doi: 10.1177/1049732314566328.</p>
<p>Herdís Sveinsdóttir</p>	<p>Arna Ingimundardóttir, Sigríður Arna Júlíusdóttir, Herdís Sveinsdóttir og Valgerður Lísa Sigurðardóttir (2015). Áhrif átraskana á útkomu meðgöngu. <i>Kerfisbundin heimildasamantekt. Ljósmeðrablaðið</i>, 2, 7-14.</p> <p>Brynja Örlygsdóttir, Helga Jónsdóttir, Herdís Sveinsdóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2015). Nýjar áherslur í grunnnámi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i>, 91, 2, 24-26</p> <p>Eygló Einarsdóttir, Hildur Þóra Sigfúsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2015). Hin fullkomnu sköp: Heimildasamantekt um skapabarmaaögerðir. <i>Ljósmeðrablaðið</i>, 2, 15-21.</p> <p>Halfdansdóttir, B., Wilson, ME., Hildingsson, I., Olafsdóttir, OA., Smarason,AK., Sveinsdóttir, H. (2015). Autonomy in Place of Birth. A Concept Analysis. <i>Medicine, Healthcare and Philosophy</i>, 18(4), 591-600.</p> <p>Halfdansdóttir, B., Wilson, ME., Hildingsson, I., Olafsdóttir, OA., Smarason,AK., Sveinsdóttir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009:A retrospective cohort study. <i>Birth-Issues in Perinatal Care</i>, 42, 1, 16-26,</p> <p>Herdís Sveinsdóttir, Ragna Áspórsdóttir og Ragnheiður Halldórsdóttir (2015). Viðhorf til tíðablæðinga og hlutgerð líkamsvitund: Þýðing og forprófun tveggja mælitækja. <i>Ljósmeðrablaðið</i>, 93 (1): 15-21.</p> <p>Karlsdóttir, S.I. , Sveinsdóttir, H., Olafsdóttir, O.A., Kristjansdóttir, H. (2015). Pregnant women’s expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Findings from an Icelandic national study. <i>Sexual and reproductive healthcare</i>, 6, 211-218</p> <p>S. Zoëga, H. Sveinsdóttir, G. H. Sigurdsson, T. Aspelund, S. E. Ward & Gunnarsdóttir, S. (2015). Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient’s Perspective. <i>Pain Practice</i>, 15, 3, 236-246.</p>

	Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, Herdís Sveinsdóttir, Jón Snædal (2015). Óráð eftir opna hjartaaðgerð: algengi og áhættuþættir. Læknablaðið, 101 (5), 305-3011.
	Zoëga, S., Ward, S.E., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Sveinsdóttir, H. and Gunnarsdóttir, S. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. Pain Management Nursing, 16, 3, 198-210.
Hildur Kristjánsdóttir	Karlsdóttir, S.I., Sveinsdóttir, H., Olafsdóttir, O.A. and Kristjansdóttir, H. Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Finding from an Icelandic national study. Sexual and reproductive health care, 6(4), 211-218. Doi: 10.1016/j.srhc.2015.05.006
	Lukasse, M., Laanpere, M., Karro, H., Kristjánsdóttir, H., Schroll, AM., Van-Parys, AS., Wangel, AM., Schei, B. and the BIDENS study group. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study. BMC Pregnancy & Childbirth, 15:120. Doi: 10.1186/s12884-015-0558-4
	Ryding, EL., Lukasse, M., Parys, AS., Wangel, AM., Karro, H., Kristjansdóttir, H., Schroll, AM., Schei, B. and the Bidens study group. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. Birth, 42(1), 48-55. Doi: 10.1111/birt.12147
Ingibjörg Hjaltadóttir	Gestsdóttir, B., Hjaltadóttir, I., Gudmannsdóttir, G. D., Jonsson, P. V., Gunnarsdóttir, S., & Sigurdardóttir, V. (2015). Symptoms and functional status of palliative care patients in Iceland. British Journal of Nursing, 24(9), 478-483. (Ritrynd grein)
	Ingibjörg Hjaltadóttir og Árún Kristín Sigurðardóttir (2015). Algengi sykursýki og heilsufar íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum 2003-2012 Læknablaðið, 101; 79-84. (Ritrynd grein)
	Unnur Þormóðsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir (2015) Umbótastarf og mat á gæðum heimahjúkrunar með gæðavísunum í heimilum: matstækisins: íhlutunarrannsókn. (Er í ritryningu hjá Tímarit hjúkrunarfræðinga)
Kristín Björnsdóttir	Björnsdóttir, K, Ceci, C. og Purkis, M. E. (2015). When is the right time?: Pre-admission nursing home assessment in Iceland. Nursing Inquiry, doi: 10.1111/nin.12041.
	Kristín Björnsdóttir (2015). Um eðli og gildi háskólamenntunar í hjúkrun. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 3
Marianne Elisabeth Klinker	Jónasdóttir, R., Klinker, MK. & Jónsdóttir, H. (2015). Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. Journal of Clinical Nursing, 25, 20-33. Article first published online: 30 Sep 2015 DOI: 10.1111/jocn.12939
	Klinker, M.K., Hafsteinsdóttir, Th.B. Hjaltason, H., Jónsdóttir, H. Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature. International Journal of Nursing Studies, 52(8), 1375-1403 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.004

	Klinke, M.K., Zahavi, D., Hjaltason, H., Thorsteinsson, B. & Jónsdóttir, H. (2015). "Getting the left right" – the experience of hemi-spatial neglect after stroke. <i>Qualitative Health Research</i> , 25 (12), 1623-1636 doi: 10.1177/1049732314566328.
Ólöf Ásta Ólafsdóttir	Capitulo', Kathleen Leask PhD, RN, FAAN, FACCE; Olafsdóttir, Olof Asta PhD, RN, RM; Huang, Zhaoxia BSN, RNMCN (2015). Are Planned Home Births Safe? <i>American Journal of Maternal Child Nursing</i> : January/February 2015 - Volume 40 - Issue 1 - p 6–7.
	Halfdansdóttir B, Smarason AK, Olafsdóttir OA, Hildingsson I, Sveinsdóttir H, (2015). Outcome of Planned Home and Hospital Births among Low-Risk Women in Iceland in 2005-2009: A Retrospective Cohort Study. <i>Birth</i> . 2015 Mar;42(1):16-26. doi: 10.1111/birt.12150. Epub 2015 Jan 23.
	Halfdansdóttir, B., Wilson, M. E., Hildingsson, I., Olafsdóttir, O. A., Smarason, A. K., and Sveinsdóttir, H. (2015). Autonomy in place of birth: a concept analysis. <i>Medicine, Health Care and Philosophy</i> 18, 591-600. DOI: 10.1007/s11019-015-9624-y.
	Karlsdóttir, S.I., Sveinsdóttir, H., Olafsdóttir, O.A., Kristjánsdóttir, H., (2015). Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Findings from an Icelandic national study. <i>Sex Reprod Healthc.</i> 2015 Dec;6(4):211-8. doi: 10.1016/j.srhc.2015.05.006. Epub 2015 May 2
Rúnar Vilhjálmsson	Hublet, A., Bendtsen, P., de Looze, M. E., Fotiou, A., Donnelly, P., Vilhjálmsson, R., Baska, T., Aasvee, K., Franelic, I. P., Nic Gabhainn, S., Ter Bogt, T. F. M. (2015). Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. <i>European Journal of Public Health</i> , 25 (Suppl 2), 73-75.
	Runarsdóttir, E. M. & Vilhjálmsson, R. (2015). Ethnic differences in youth well-being: The role of sociodemographic background and social support. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 43, 580–587.
	Snorraddóttir, A., Tomasson, K., Vilhjálmsson, R., & Rafnsdóttir, G. L. (2015). The health and well-being of bankers following downsizing: A comparison of stayers and leavers. <i>Work, Employment, and Society</i> , 29, 738-756.
	Vilhjálmsson, R. (2015). Heilbrigðisþjónusta í þágu almennings [Health care in the public interest]. <i>Læknaþlaðið [Icelandic Medical Journal]</i> , 101, 77.
Sigríður Gunnarsdóttir	Gestsdóttir, B., Hjaltadóttir, I., Gudmannsdóttir, G.D., Jonsson, P.V., Gunnarsdóttir, S., Sigurdardóttir, V. (2015). Symptoms and functional status of palliative care patients in Iceland. <i>British Journal of Nursing</i> , 24(9), 478-483.
	Jonsdóttir T, Jonsdóttir H, Lindal E, Oskarsson GK, Gunnarsdóttir, S. (2015). Predictors for chronic pain-related health care utilization: a cross-sectional nationwide study in Iceland. <i>Health Expectations</i> , 18(6), 2704-19.
Sigríður Zoéga	Zoéga, S., Sveinsdóttir, H., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Ward, S.E. and Gunnarsdóttir, S. (2015). Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. <i>Pain Practice</i> 15(3), 236-246. doi: 10.1111/papr.12166.

	Zoëga, S., Ward, S.E., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Sveinsdóttir, H. and Gunnarsdóttir, S. (2015). Quality pain management practices in a university hospital. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(3), 198-210. doi: 10.1016/j.pmn.2014.06.005.
Sigrún Gunnarsdóttir	Guðjón Ingi Guðjónsson and Sigrún Gunnarsdóttir. Servant leadership and job satisfaction in University of Iceland. <i>Icelandic Review of Politics and Administration</i> , Vol 10, Issue 2(499-522). DOI: http://dx.doi.org/10.13177/irpa.a.2014.10.2.15
	Helga Bragadóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Helgi Thor Ingason. What the work of nurses really look like. Identifying factors influencing the work of nurses in hospital. <i>Journal of Environmental and Occupational Science</i> 3 (1), 13-20.
	Helga Bragadóttir, Helgi Thor Ingason and Sigrún Gunnarsdóttir. What happens during nurses's medication work in acute care: an observational study from one hospital in Iceland. <i>Vard i Norden</i> , 35(1), 61-63
	Hulda Rafnsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir og Sigrún Gunnarsdóttir. Árangur og forysta í hjúkrun: Viðhorf til þjónandi forystu, starfsánægju, starfstengdra þátta og gæða þjónustu á Sjúkrahúsinu á Akureyri. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i> 91(4), 8-16.
	Sigrún Gunnarsdóttir and Thorbjorn Jonsson. Iceland. In <i>Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences.</i> (Eds. Anna Maresso et al.). Copenhagen: World Health Organization, The European Observatory on Health Systems and Policies (WHO Regional Office for Europe), p. 401 – 404.
	Sigrún Gunnarsdóttir and Thorbjorn Jonsson. Iceland. In <i>Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences.</i> (Eds. Anna Maresso et al.). Copenhagen: World Health Organization, The European Observatory on Health Systems and Policies (WHO Regional Office for Europe), p. 401 – 404.
	Sólveig Reynisdóttir and Sigrún Gunnarsdóttir. Servant leadership and wellbeing of service workers. <i>Journal of Business Faculty University of Iceland</i> , 21st April 2015 (Vorráðstefna Viðskiptafræðistofnunar HÍ). http://ibr.hi.is/sites/ibr.hi.is/files/vorradstefna/2015/rit19april.pdf
	Winkel, J., Edwards, K., Birgisdóttir, B.D. and Gunnarsdóttir, S. Facilitating and inhibiting factors in change processes based on the lean tool 'value stream mapping': an exploratory case study at hospital wards. <i>Int. J. Human Factors and Ergonomics</i> , 3- 4 (3), 291 – 302.
Sóley Sesselja Bender	Sigurðardóttir, S., Halldorsdóttir, S. Bender, S.S. og Agnarsdóttir, G. (2015). Personal resurrection: female childhood sexual abuse survivors' experience of the Wellness-Program. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , doi: 10.1111/scs.12238.
	Sóley S. Bender og Álfheiður Freyja Friðbjarnardóttir (2015). Árangur af kynfræðslunámsefninu „Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis“. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i> , 91(1), 46-53.
	Sóley S. Bender og Jenný Guðmundsdóttir (2015). <i>Reynsla ungra kvenna af kynsjúkdómamóttöku: Þörfin fyrir öryggi og vingjarnlegt viðmót.</i> <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i> , 91(2), 44-49.

	<p>Sóley S. Bender, Anna Bryndís Blöndal, Þorvarður Jón Löve, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Andri S. Björnsson, Inga B. Árnadóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Sigrún Vala Björnsdóttir og Urður Njarðvík. (2015). Er þörf á sérstakri heilbrigðismóttöku fyrir háskólanemendur? Tímarit hjúkrunarfræðinga, 91 (1), 54-60.</p>
<p>Þóra Berglind Hafsteinsdóttir</p>	<p>Spatial neglect in stroke patients after discharge from rehabilitation to own home: a mixed method study. Klinke ME, Hjaltason H, Hafsteinsdóttir TB, Jónsdóttir H. Disabil Rehabil. 2016 Jan 10:1-16. [Epub ahead of print]</p> <p>Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations? de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Lindeman E, Geerlings MI, Grobbee DE, Schuurmans MJ. PLoS One. 2015 Dec 4;10(12):e0144450. doi: 10.1371/journal.pone.0144450. eCollection 2015.</p> <p>Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: A systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments. van Dijk MJ, de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Clin Rehabil. 2015 Aug 20. pii: 0269215515599665. [Epub ahead of print]</p> <p>Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. Nugteren W, van der Zalm Y, Hafsteinsdóttir TB, van der Venne C, Kool N, van Meijel B. Perspect Psychiatr Care. 2015 Jun 1. doi: 10.1111/ppc.12125. [Epub ahead of print]</p> <p>Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: a systematic literature review. Klinke ME, Hafsteinsdóttir TB, Hjaltason H, Jónsdóttir H. Int J Nurs Stud. 2015 Aug;52(8):1375-403. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.004. Epub 2015 Apr 14. Review.</p>
<p>Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir</p>	<p>Haglind E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Wilderäng U, Thorsteinsdóttir T, Lagerkvist M, Damber JE, Bjartell A, Hugosson J, Wiklund P, Steineck G; LAPPRO-steering committee (2015). Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial. European Urology. 68(2):216-25. doi: 10.1016/j.eururo.2015.02.029.</p> <p>Steineck G, Bjartell A, Hugosson J, Axén E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Persson J, Wilderäng U, Thorsteinsdóttir T, Gustafsson O, Lagerkvist M, Jiborn T, Haglind E, Wiklund P; LAPPRO steering committee (2015). Degree of preservation of the neurovascular bundles during radical prostatectomy and urinary continence 1 year after surgery. European Urology 67(3):559-68. doi:10.1016/j.eururo.2014.10.011.</p> <p>Tyritzis SI, Wallerstedt A, Steineck G, Nyberg T, Hugosson J, Bjartell A, Wilderäng U, Thorsteinsdóttir T, Carlsson S, Stranne J, Haglind E, Wiklund NP; LAPPRO Steering Committee (2015). Thromboembolic complications in 3,544 patients undergoing radical prostatectomy with or without lymph node dissection. Journal of Urology. 193(1):117-25. doi: 10.1016/j.juro.2014.08.091.</p>

	Wallerstedt A, Tyrizis SI, Thorsteinsdóttir T, Carlsson S, Stranne J, Gustafsson O, Hugosson J, Bjartell A, Wilderäng U, Wiklund NP, Steineck G, Haglind E; LAPPRO steering committee (2015). Short-term results after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy compared to open radical prostatectomy. <i>European Urology</i> . 67(4):660-70. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.036.
	Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir (2015). Efling samræmdra kennsluhátta í Hjúkrunarfræðideild. <i>Tímarit Kennslumiðstöðvar Háskóla Íslands</i> . 4. árg. 1. tölublað. Bls. 6-7.

Tafla 2. Dæmi um birtingar kennara við Hjúkrunarfræðideild árið 2015

Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur

Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur var stofnaður 29. júní 2007 af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði. Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum og eru styrkir veittir til rannsóknaverkefna hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiðum sjóðsins. Skipulagsskrá sjóðsins má sjá í Viðauka II.

Í stjórn sjóðsins árið 2015 sátu:

- Erla Kolbrún Svavarsdóttir, formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, fulltrúi Rektors og formaður sjóðsstjórnar til 1. ágúst 2015
- Jóhanna Bernharðsdóttir tók við stöðu formanns stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði 1. ágúst 2015.
- Stefán Bragi Bjarnason, lögfræðingur, fulltrúi Ingibjargar R. Magnúsdóttur
- Auðna Ágústsdóttir, fulltrúi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir, fulltrúi Ljósmæðrafélags Íslands
- Margrét Björnsdóttir, fulltrúi Velferðaráðuneytisins
- Varamaður: Helga Jónsdóttir, deildarforseti Hjúkrunarfræðideildar

Stjórn rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur hélt tvo fundi á árinu. Á fundi þann 26. maí var ákveðið á úthlutun á árinu yrði 700.000 krónur. Í kjölfarið var auglýst eftir umsóknnum um styrki úr sjóðnum. Á fundi 16. september var farið yfir þær umsóknir sem höfðu borist sjóðnum. Ákveðið var að styrkja tvo doktorsnemendur við deildina, Jónu Ingibjörgu Jónsdóttur (300.000 ísk) og Margréti Gísladóttur (400.000 ísk). Þetta var í áttunda skipti sem úthlutað var úr sjóðnum.

Doktorsrannsókn Jónu Ingibjargar Jónsdóttur hefur það markmið að þróa meðferðarsamræður við konur með krabbamein og maka þeirra og skoða áhrif samræðna á aðlögun tengda kynlífi og nánd. Greining og meðferð krabbameins er fyrirséður álagsvaldur í sambandi við kynlíf og nánd. Skortur er á meðferðarrannsóknnum um þetta efni meðal kvenna með krabbamein og maka þeirra. Tilgangur doktorsverkefnisins er að þróa og meta árangur meðferðar fyrir íslensk

pör, þar sem konan hefur greinst með krabbamein, í því skyni að efla aðlögun tengt kynlífi og nánd. Þróað verður nýtt meðferðarúræði fyrir pör og varpað ljósi á áhrifum og/eða gagnsemi meðferðarinnar. Í heild munu niðurstöður rannsóknarinnar bæta þekkingu innan hjúkrunar á endurhæfingu og bata varðandi kynlíf hjá konum með krabbamein og mökum þeirra. Leiðbeinendur Jónu Ingibjargar Jónsdóttur eru:

Í doktorsrannsókn Margrétar Gísladóttur er skoðaður árangur meðferðarsamræðna við foreldra unglunga með athyglisbrest og ofvirkni í fræðslu- og stuðningshópum og foreldraviðtölum. Foreldrar unglunga með ADHD eru undir miklu álagi og þjást af streitu og vanlíðan en færnipjálfun getur eflt stuðningshlutverkið. Megintilgangur rannsóknarinnar er að meta hvernig hægt er að styrkja foreldrar og að bera saman meðferðarsamræður við hefðbundna meðferð. Þátttakendur voru foreldrar unglunga 13-17 ára með ADHD. Handahófstilraunasnið var notað með sex spurningalistum. Meðferðarsamræður samanstóðu af hóptímum og foreldraviðtölum. Calgary meðferðarlíkan og viðhorfalíkan voru fræðigrunnur rannsókna. Fyrstu niðurstöðu gefa vísbendingar um upplifaðan stuðning og viðhorfsbreytingu og að þær muni auka þekkingu, hvernig starfsfólks geti aðstoðað

Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda

Þann 22. desember 2008 var minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda stofnaður. Stofnandi sjóðsins var dóttir þeirra hjóna, Soffía Þuríður Magnúsdóttir og var stofnfé 25 milljónir króna. Tilgangur og markmið sjóðsins er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms. Úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þeir sem hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga um styrki. Skipulagsskrá sjóðsins má sjá í Viðauka III.

Í stjórn sjóðsins árið 2015 sátu:

- Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor, formaður námsbrautar í ljósmóðurfræði, formaður
- Dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild
- Guðlaug Einarisdóttir

Sjóðurinn er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands. Árið 2015 var úthlutað úr sjóðnum 680.000. kr. Ákveðið var að styrkja tvo doktorsnemendur, Emmu Maríe Swift og Valgerði Lísu Sigurðardóttur. Þetta var í fjórða sinn sem úthlutað var úr sjóðnum.

Meginmarkmið doktorsrannsóknar Emmu Marie Swift, sem ber heitið „Að efla eðlilegar fæðingar á Íslandi – rannsókn um fæðingarótt og viðhorf til notkunar tækni í fæðingum“, er að aðlaga og þróa íhlutun í mæðravernd sem byggist m.a. á hópumönnun með aukinni fræðslu og stuðningi við verðandi foreldra. Rannsóknin miðar að því að athuga hvort slík nálgun geti haft jákvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu kvenna og eflt trú konunnar á eigin getu til að fæða án inngripa. Íhlutunin verður prófuð á hópi barnshafandi kvenna og viðhorf þeirra til inngripa, fæðingarótt og meðgönguverndar borin saman við hóp barnshafandi kvenna í hefðbundinni meðgönguvernd. Verkefnið er nýsköpun í meðgönguvernd hér á landi og miðar að því að efla eðlilegar fæðingar á Íslandi, auka fræðslu og sjálfsöryggi kvenna sem og

stuðning við verðandi foreldra. Að auki hyggst Emma skoða samband fæðingaróttá og viðhorfa til notkunar tækni í fæðingum meðal ungra íslenskra kvenna og skrá notkun inngrípa í fæðingum á Íslandi undanfarin 25 ár.

Megintilgangur doktorsrannsóknar Valgerðar Lísu Sigurðardóttur, sem ber heitið „Neikvæð fæðingarreynsla á Íslandi: Algengi, áhættuþættir og þróun ljósmóðurmeðferðar“, er að skoða hversu algengt það er að íslenskar konur upplifi fæðingu á neikvæðan hátt og þróa íhlutun fyrir þann hóp sem hefur upplifað slíkt. Fyrri rannsóknaniðurstöður benda til þess að neikvæð upplifun á fæðingu geti haft margvíslegar neikvæðar afleiðingar fyrir konu og barn. Því er fyrsti hluti verkefnisins fólgin í að skoða tíðni neikvæðrar fæðingarupplifunar hér á landi ásamt því að kanna hvaða þættir hafa áhrif á slíka upplifun hjá konum. Í því sambandi verða m.a. skoðuð áhrif félagslegs stuðnings, mat kvenna á eigin heilsu og hvort tímalengd frá fæðingu hefur áhrif á upplifun konunnar. Þessi hluti rannsóknarinnar byggist á gögnum úr rannsókninni Barneign og heilsa og fór gagnasöfnun fram víða um land. Í öðrum hluta verkefnisins verður kannað hvernig þjónusta konur, sem eiga neikvæða fæðingarreynslu að baki, kjósa. Þar verður byggt á gögnum úr rannsókn á viðtalsþjónustunni Ljáðu mér eyra á Landspítala. Að lokum er stefnt að því að þróa íhlutun sem ljósmæður myndu veita og byggist hún á niðurstöðum úr fyrri hluta rannsóknarinnar. Rannsókninni er ætlað að bæta við þekkingu í ljósmóðurfræði, efla ljósmóðurmeðferð og stuðla að velferð móður og barns.

Ráðstefnur

Ráðstefnan „1st International Integrative Nursing Symposium“ var haldin dagana 18.-25 maí. Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði tók þátt í skipulagningu hennar. Dagskrá ráðstefnunnar og útdrætti er að finna á: http://integrativenursing2015.is/sites/default/files/INS_Program_0.pdf

Málþing

Rannsóknastofnun í Hjúkrunarfræði hélt tvö málþing á árinu 2015. Vísindadagur geðhjúkrunar var haldinn 30. janúar í samstarfi við Fagråd í geðhjúkrun og Fagdeild í geðhjúkrun. Alls voru þrettán erindi þrjú veggspjöld. Dagskrá og útdrætti má finna í Viðauka IV.

Þann 5. október var haldið málþingið „Stuðningur við fjölskyldur á Landspítala“. Alls voru flutt tíu erindi auk þess sem fjögur veggspjöld voru sýnd. Dagskrá og útdrætti má finna í Viðauka IV.

Opinber erindi

Markmið með opinberum erindum er að miðla þekkingu innlendra og erlendra fræðimanna í hjúkrunarfræði, ljósmóðurfræði og í heilbrigðisvísindum almennt. Á árinu voru haldin tvö opinbert erindi. Á ársfundi RSH þann 6. mars hélt Dr. Beatrice J. Kalisch erindið: „The impact of teamwork on quality of care“.

Þann 8. apríl hélt Dr. Kimberly Fraser RN, Phd erindið: PRIDE in Home Care: A Program of Research and Innovation for Decision Excellence. A discussion of an integrated knowledge translation approach used in a Canadian context.

Rannsóknasamræður

Tilgangur með rannsóknasamræðum er að styðja við og efla rannsóknir kennara og doktorsnema við Hjúkrunarfræðideild. Rannsóknasamræður haldnar fimm sinnum á árinu:

21. janúar. Guðrún Kristjánsdóttir: „Notkun á gagnasöfnum í rannsóknatengdu námi“.

18. febrúar. Marianne J. Nieuwenhuijze. „On speaking terms: Choice and shared decision-making in maternity care“.

25. mars. Sigrún Halla Arnardóttir verkefnastjóri. „Kynning á klínísku rannsóknasetri á LSH“. Þorvarður Löve: „Gagnagrunnar á Landspítala“.

23. september. Elva Þöll Grétarsdóttir. „Kynning á rannsóknnum“.

21. október Rannsóknasamræður. Ásta Möller. „Kynning á skýrslu um rannsóknastofnanir og rannsóknastofur við Háskóla Íslands“.

Ársfundur

Ársfundur rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði var haldinn 6. mars. Yfirskrift fundarins var: „Efling rannsókna í hjúkrunarfræði og ljósmóðurfræði“. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og formaður stjórnar setti fundinn og lagði fram skýrslu stjórnar. Að því loknu hélt Dr. Beatrice J. Kalisch erindið: „The impact of teamwork on quality of care“. Sigríður Gunnardóttir hélt erindið „Hjúkrunarrannsóknir á Landspítala“, Helga Jónsdóttir var með erindið „Hjúkrunarrannsóknir til hvers?“ og Helga Gottfreðsdóttir var með erindið: „Frá ímyndunarafli og skáldagáfu til gagnreyndrar þekkingar: Leiftursýn inn í rannsóknir í ljósmóðurfræði.“ Að erindum loknum voru pallborðsumræður. Þema umræðanna var: „Staða rannsókna í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði á hinum ýmsu sérviðum: Hvað skiptir máli til að efla þær?“.

HÚSNÆÐI

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði hefur aðstöðu í Eirbergi, Eiríksgötu 34. Verkefnastjóri daglegs rekstur er með skrifstofu á þriðju hæð í B álmu. Á annarri hæð í A álmu er tölvuver og lesaðstaða fyrir nemendur í meistaranámi. Á þriðju hæð A-álmu er vinnuaðstaða fyrir nemendur í doktorsnámi. Verkefnastjóri daglegsrekstur heldur utan um vinnuaðstöðuna og sér um úthlutun í upphafi hvers misseris. Á fyrstu hæð í C-álmu er Rannsóknasetur RSH (Mörgustofa). Markmið setursins er að auðvelda kennurum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands og samstarfsfólki þeirra á Landspítala að stunda meðferðarannsóknir.

VIÐAUKI I: REGLUR RANNSÓKNASTOFNUNAR Í HJÚKRUNARFRÆÐI

Nr. 542 15. júní 2010

REGLUR

um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala.

1. gr.

Almennt.

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala er vettvangur rannsókn- og þróunarstarfs á fræðasviðum hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Stofnunin heyrir undir Hjúkrunarfræðideild á heilbrigðisvísindasviði 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, 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,
- 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 eftir því sem kostur er. Starfslið stofnunarinnar, þ.m.t. kennarar Hjúkrunarfræðideildar, hafi netaðgang að öllum tímaritum og öðrum aðbúnaði sem bókasafn Landspítala 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.

Skrifstofuhald stofnunarinnar er sameiginlegt með Hjúkrunarfræðideild og er deildarstjóri skrifstofu Hjúkrunarfræðideildar jafnframt deildarstjóri skrifstofu stofnunarinnar.

Stjórn stofnunarinnar er heimilt, að fengnu samþykki deildarfundar Hjúkrunarfræðideildar að skipta stofnuninni upp í faglega sjálfstæðar rannsóknastofur, í samræmi við 27. gr. reglna nr. 569/2009, fyrir Háskóla Íslands.

5. gr.

Stjórn.

Forseti heilbrigðisvísindasviðs skipar stofnuninni þriggja manna stjórn til tveggja ára í senn. Deildarfundur í Hjúkrunarfræðideild tilnefnir tvo fulltrúa í stjórn úr hópi fastra kennara deildarinnar og einn fulltrúi er tilnefndur af framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala.

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 stjórnarfundi bréflega, eða í tölvupósti, með þriggja daga fyrirvara.

Fundarboð skal greina dagskrá fundar.

Skylt er að boða stjórnarfund óski tveir eða fleiri stjórnarmenn þess. Sama gildir ef forseti Hjúkrunarfræðideildar, forseti heilbrigðisvísindasviðs, framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala eða rektor ber fram slíka ósk og hafa þeir þá málfrelsi og tillögurétt á fundinum, en ekki atkvæðisrétt.

Haldnar skulu fundargerðir og þær staðfestar af stjórn. Afrit fundargerða skulu send forseta Hjúkrunarfræðideildar og framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala.

Sé forstöðumaður ráðinn til stofnunarinnar situr hann stjórnarfundum 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 og forseta heilbrigðisvísindasviðs, 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 stofnunarinnar 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.

Forseti heilbrigðisvísindasviðs ræður stofnuninni forstöðumann, ef það á við, að fenginni tillögu deildar og á grundvelli umsagnar stjórnar stofnunarinnar. Forseti heilbrigðisvísindasviðs 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 sem nemur kostnaði við hálfstarf 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 og samþykkt af forseta heilbrigðisvísindasviðs. Nr. 542 15. júní 2010

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 73. gr. reglna fyrir Háskóla Íslands.

10. gr.

Reglur þessar, sem háskólaráð hefur sett á grundvelli heimildar í 3. mgr. 11. gr. laga nr. 85/2008 um opinbera háskóla, að fenginni tillögu Hjúkrunarfræðideildar og stjórnar heilbrigðisvísindasviðs, öðlast þegar gildi.

Jafnframt falla úr gildi reglur nr. 825/2004 um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala - háskólasjúkrahús.

Háskóla Íslands, 15. júní 2010.

Kristín Ingólfssdóttir.

Þórður Kristinsson.

B-deild – Útgáfud.: 2. júlí 2010

VIÐAUKI II: SKIPULAGSSKRÁ RANNSÓKNASJÓÐS INGIBJARGAR R. MAGNÚSDÓTTUR

29. júní 2007

SKIPULAGSSKRÁ fyrir Rannsóknasjóð Ingibjargar R. Magnúsdóttur

1. grein.

Sjóðurinn heitir Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur. Sjóðurinn er stofnaður af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur (kt. 230623-2799) og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús (hér eftir nefnd Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði).

Ingibjörg R. Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur er fyrrverandi námsbrautarstjóri námsbrautar í hjúkrunarfræði Háskóla Íslands og skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Ingibjörg hefur verið einn ötulasti talsmaður þróunar hjúkrunarmenntunar á Íslandi. Hún var ein þeirra sem stóð að stofnun námsbrautar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands árið 1973.

Stofnfé sjóðsins eru samtals 5.000.000 krónur og samanstandur af:

- Gjafafé frá Ingibjörgu R. Magnúsdóttur kr. 1.134.000
- Framlagi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði kr. 2.000.000
- Framlagi frá Glitni kr. 1.000.000
- Framlagi frá Ljósmeðrafélagi Íslands kr. 200.000
- Framlagi frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu kr.200.000
- Gjafafé frá Magnúsi Friðriki Guðrúnarsyni kr. 100.000
- Gjafafé í tilefni doktorsprófs Sigrúnar Gunnarsdóttur hjúkrunarfræðings kr. 80.000
- Öðru gjafafé kr. 286.000

2. grein.

Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands, Sæmundargötu 6 og er varnarþing sjóðsins í Reykjavík. Styrktarsjóðir Háskólans annast ávöxtun sjóðsins og skal hún vera sem hagkvæmust á hverjum tíma miðað við fjárfestingastefnu styrktarsjóðanna. Reikningar sjóðsins skulu endurskoðaðir og birtir með sama hætti og aðrir reikningar í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

3. grein.

Tekjur sjóðsins eru vextir og stofnfé, svo og gjafir er sjóðnum kunna að berast.

4. grein.

Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunarfræði og ljósmóðurfræði. Styrkir eru veittir til rannsóknaverkefna hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiði sjóðsins.

5. grein.

Sjóðsstjórn er skipuð til tveggja ára í senn. Rektor Háskóla Íslands skipar stjórn sjóðsins. Stjórnin er skipuð 4-5 fulltrúum: formanni stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði sem jafnframt er fulltrúi rektors og formaður sjóðsstjórnar, fulltrúa Ljósmæðrafélags Íslands, fulltrúa Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, fulltrúa Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og fulltrúa skipaðan af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur. Falli atkvæði jöfn í afgreiðslu mála hefur atkvæði formanns tvöfalt vægi. Sjóðstjórn skal koma saman að minnsta kosti árlega.

6. grein.

Hlutverk stjórnar er að setja úthlutunarreglur og nánari starfsreglur um úthlutanir svo sem einstakar styrkfjárhæðir, umsóknarfresti og ferli umsókna, innan ákvæða skipulagsskrár. Reglur um úthlutanir styrkja úr sjóðnum skal endurskoða árlega.

7. grein.

Úthluta má úr sjóðnum árlega eða sjaldnar eftir því sem sjóðsstjórn finnst tilefni til, en ekki má úthluta meira en 3/4 af raunávöxtun sjóðsins skv. endurskoðuðum ársreikningi hans. Óúthlutaðir vextir leggjast við stofnfé.

8. grein.

Stjórnin hefur umsjón með styrkveitingum og gerir tillögur til rektors um úthlutanir styrkja. Sjóðsstjórn heldur formlega fundargerðarbók um starf sitt og afritum fundargerða skal skilað til Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

9. grein.

Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á skipulagsskrá þessari. Heimilt er að breyta skipulagsskránni en til þess þarf samþykki allra stjórnarmanna á tveimur fundum stjórnar, sem haldnir skulu með minnst einnar viku millibili svo og samþykki þeirra aðila sem hafa lagt fram minnst 2/3 hluta stofnfjár. Breytingar á skipulagsskrá skulu hljóta staðfestingu sýslumannsins á Sauðárkróki.

10. grein.

Komi fram tillögur um slit og/eða skipti á sjóðnum, skal fara með þær eins og um breytingar á skipulagsskrá. Komi til þess að sjóðurinn verði lagður niður skal hrein eign hans renna til hliðstæðra verkefna og tilgreind eru í 4. gr. eftir nánari ákvörðun stjórnar.

11. grein.

Skipulagsskrá Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur staðfestist hér með af sýslumanninum á Sauðarkróki samkvæmt lögum um sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

Reykjavík 29. júní 2007.

Ingibjörg R. Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur Kristín Ingólfssdóttir, rektor Háskóla Íslands

Skipulagsskrá þessi staðfestist hér með skv. lögum um sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

Dags. 16. júlí 2007

Sýslumaðurinn á Sauðárkróki

VIÐAUKI III: SKIPULAGSSKRÁ FYRIR MINNINGARSJÓÐ BJARGAR MAGNÚSDÓTTUR LJÓSMÓÐUR OG MAGNÚSAR JÓNASSONAR BÓNDA.

Skipulagsskrá fyrir Minningarsjóð Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda.

1. gr.

Stofnaðild, varsla o.fl.

Sjóðurinn heitir Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda, hér eftir nefndur minningarsjóðurinn. Minningarsjóðurinn er stofnaður samkvæmt fyrirætlum í erfðaskrá Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur, f. 3. júlí 1922, d. 28. febrúar 2005 frá 25. apríl 2001.

Minningarsjóðurinn starfar á grundvelli laga nr. 19/1988 um sjóði og stofnanir sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá.

Minningarsjóðurinn er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands, Sæmundargötu 6, Reykjavík. Heimili hans og varnarþing er í Reykjavík.

2. gr.

Hlutverk minningarsjóðsins

Markmið minningarsjóðsins og hlutverk er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms. Úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þær sem hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga um styrki úr minningarsjóðnum.

3. gr.

Stofnframlag minningarsjóðsins og tekjur

Stofnframlag minningarsjóðsins eru allir þeir fjármunir sem Soffía Þuríður Magnúsdóttir kt. 030722-4939, ánafnaði sjóðnum í erfðaskrá sinni, samtals 25.000.000 kr. Stofnframlag minningarsjóðsins, verðbætt, er óskerðanlegt.

Tekjur minningarsjóðsins eru vextir af stofnfé, svo og gjafir er sjóðnum kunna að berast.

4. gr.

Stjórn minningarsjóðsins

Stjórn minningarsjóðsins skal skipuð af rektor Háskóla Íslands til tveggja ára í senn. Rektor Háskóla Íslands tilnefnir einn en háskólaráð tvo.

Stjórn minningarsjóðsins heldur fundargerðarbók um starf sitt og skal afritum fundargerða skilað til Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

Stjórnin skal setja úthlutunarreglur og nánari starfsreglur um úthlutanir, s.s. einstakar styrkfjárhæðir, umsóknarfresti og ferli umsókna, allt í samræmi við skipulagsskrá þessa. Fjöldi styrkja sem veittur er árlega skal taka mið af því að styrkþega muni um fjárhæðina.

Reglur um úthlutun styrkja úr minningarsjóðnum skal endurskoða reglulega.

5. gr.

Styrkveitingar úr minningarsjóðnum

Stjórn minningarsjóðsins úthlutar styrkjum í samræmi við úthlutunarreglur hinn 3. júlí ár hvert, á fæðingardegi stofnanda hans, Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur.

Fyrsta úthlutun úr minningarsjóðnum fer fram hið minnsta einu reikningsári eftir stofnun, enda liggja fyrir endurskoðuð reikningsskil og upplýsingar um laust fé til úthlutunar styrkja. Að jafnaði tilkynnir rektor Háskóla Íslands styrki við hátíðlega athöfn. Stjórn minningarsjóðsins getur ákveðið í ljósi ávöxtunar eða annarra aðstæðna að safna saman leyfilegri úthlutun milli reikningsára og úthluta í einu lagi lausum hlut samkvæmt reikningsskilum

Aldrei má úthluta meira en $\frac{3}{4}$ af raunávöxtun minningarsjóðsins skv. endurskoðuðum ársreikningi hans. Óúthlutaðir vextir leggjast við stofnfé.

6. gr.

Ávöxtun fjár og ársreikningar

Styrktarsjóðir Háskóla Íslands annast ávöxtun minningarsjóðsins og skal hún vera sem hagkvæmust á hverjum tíma miðað við fjárfestingastefnu styrktarsjóðanna.

Heimilt er að úthluta styrkjum sem nema allt að þremur fjórðu af ávöxtun hvers reikningstímabils, að teknu tilliti til verðlagsbreytinga. Fjórðungur ávöxtunarinnar leggst við verðbætt stofnframlag og verður hluti af óskerðanlegu stofnfé.

Reikningsár minningarsjóðsins er almanaksárið og hefst fyrsta reikningsár hans 1. janúar 2009. Reikningar minningarsjóðsins skulu endurskoðaðir og birtir með sama hætti og aðrir reikningar í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

7. gr.

Skráning minningarsjóðsins, breytingar á skipulagsskrá o.fl.

Heimilt er að breyta skipulagsskrá þessari, en til þess þarf samþykki allra stjórnarmanna á tveimur fundum stjórnar, sem haldnir skulu með minnst einnar viku millibili. Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á breytingum á stofnskrá þessari.

Minningarsjóðinn skal ekki leggja niður nema ríka nauðsyn beri til að mati stjórnarinnar og sýslumaðurinn á Sauðárkróki samþykki. Hrein eign hans skal þá renna til stuðnings náms í ljósmóðurfræðum.

8. gr.

Staðfesting

Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á skipulagsskrá þessari.

Reykjavík, 15. desember 2008

f.h. dánarbús Soffíu Þ. Magnúsdóttur,

f.h. Háskóla Íslands

Dögg Pálsdóttir,

Kristín Ingólfssdóttir

skiptastjóri

rektor

Skipulagsskrá þessi staðfestist hér með skv. lögum um
sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

VIÐAUKI IV: VIÐBURÐIR Á VEGUM RANNSÓKNASTOFNUNAR Í HJÚKRUNARFRÆÐI

Ráðstefnur

18.-25. maí. 1st International Integrative Nursing Symposium“. Dagskrá

Monday May 18				
Time/Room	Silfurberg B	Ríma A	Ríma B	Stemma
17:30 – 18:00	Welcome Remarks: Mary Jo Kreitzer <i>University of Minnesota</i> <i>Symposium Co-Chair</i> Þóra Jenný Gunnarsdóttir, <i>University of Iceland</i> <i>Symposium Co-Chair</i> Dean Helga Jónsdóttir <i>School of Nursing</i> <i>University of Iceland</i> Dean Connie Delaney <i>School of Nursing</i> <i>University of Minnesota</i>			
18:00 – 18:50	Opening Remarks: "Transforming through Integrative Nursing" Mary Jo Kreitzer "Integrative Nursing in Iceland" Þóra Jenný Gunnarsdóttir			
18:50 – 19:30	Celebrating Integrative Nursing around the Globe			

19:30 – 21:00 Opening Reception at Harpa

Join us in celebration to kick off the 1st International Integrative Nursing Symposium. Light fare and beverages will be served to welcome everyone to the Symposium. Enjoy your fellow colleagues who have traveled the world to share their knowledge, research and passion for integrative nursing.

Tuesday May 19				
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
07:30 – 09:10	07:30 - 07:55 Meditation/Centering exercises 08:00 - 08:10 Announcements and Centering <u>Dóra Jenný Gunnarsdóttir</u> Welcome Remarks: <u>Inga Þórsdóttir</u> <i>Dean of the School of Health Sciences</i> 08:10 - 09:10 Keynote presentation: The Way of the Healer <u>Janet Quinn</u> Speaker introduction: Mary Jo Kreitzer			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
09:15 – 10:30	A.Integrative Nursing Chair: Herdís Sveinsdóttir 09:15– 10:30 Nurses and the Media: Tips on Telling Your Story <u>Barbara Glickstein</u>	B.Integrative Nursing in Acute Care Settings Chair: Val Lincoln 09:15 –09:35 Pioneers: Introducing Integrative Care into the Hospital Setting <u>Charlotte Louise Cuneo</u> 09:35 – 09:55 Implementing an Integrative Therapy Program in a Pediatric Blood and Marrow Transplant Population <u>Megan Elisabeth Voss</u> 09:55 – 10:15 Meeting the Goals of Care in Oncology Patients at Boston Medical Center <u>Nicole Lincoln</u> 10:15 – 10:30 Discussion	C. Integrative Nursing and Self-Care Chair: Lori Knutson 09:15 – 09:35 The Charles Evans Integrative Stress Management Program: Quantitative and Qualitative Data from Three Years of Working with Hospital Staff <u>Christine Gilchrist</u> 09:35 – 09:55 Self Care - Connecting our inner selves to the larger whole of nature <u>Jane Cornman</u> 09:55 – 10:15 Transforming Health Care through Integrative Nurse Training (TNT) <u>Jayson Mark King</u> 10:15 – 10:30 Discussion	D. Integrative Nursing Practice for People with Chronic Diseases and their Families Chair: Mary Koithan 09:15 -09:25 Partnership as Practice <u>Helga Jónsdóttir</u> 09:25 – 09:35 Emerging meaning of self-worth - Partership with people with advanced lung diseases and their families <u>Þorbjörg Sóley Ingadóttir</u> 09:35 – 09:45 Searching for the essence of the experience – Partership with people with neurological diseases and their families <u>Jónína H. Hafliðadóttir</u> , <u>Marianne Klinke</u> 09:45 – 09:55 Sensitivity to unexpressed needs - Partnership with people who are dependent on ventilation devices and their families <u>Bryndís S. Halldórsdóttir</u> 09:55 – 10:30 Discussion
10:30 – 11:00	BEVERAGE BREAK			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
11:00 – 12:35	A. Integrative Nursing and Education Chair: Helga Bragadóttir 11:00 – 11:20 Caring Science Insight as a Facilitator for Nursing Clinical Competence – A Holistic Approach <u>Rika Levy-Malmberg</u> 11:20 – 11:40 The Integrative Health and Healing DNP: A New Degree and a New Specialty <u>Debbie Rene Ringdahl</u> 11:40 – 12:00	B.Integrative Nursing and Mental Health Chair: Merrie J. Kaas 11:00 – 11:20 Lessons Learned from Implementing Behavioral Activation Schedules on Psychiatric Wards <u>Jóhanna Berharðsdóttir</u> 11:20 – 11:40 Integrative Community Mental Health Nursing in Partnership with	C. Family and Person-Centered Care: Implications for Integrative Nursing Chair: Lori Knutson 11:00 – 11:20 Survey of Fulfilled Knowledge Expectations of Family Members of Arthroplasty Patients. A European Study <u>Árún Sigurðardóttir</u> 11:20 – 11:40	D. Integrative Nursing and Informatics Chair: Connie Delaney 11:00 – 11:20 Feasibility of Using a Standardized Terminology to Describe Wellbeing <u>Sara Elizabeth Schlesner</u> 11:20 – 11:40 Evidence-Based Integrative Nursing Guidelines Using the Omaha system <u>Penny Dyess Kessler</u> 11:40 – 12:00

	<p>Reflexology and Health Education in Nursing Students: Quality of Life, Perceived Manifestations and Emerging Meanings of an Educational Experience <u>Neus Esmel</u> 12:00 – 12:20 The Effects of a Mind/Body Medicine Program on Perceived Stress, empathy, and Self-Reflection Among Nursing Students in Sweden. <u>Mats Jong</u> 12:20 – 12:35 Discussion</p>	<p>Patients, their Families and Service Systems <u>Margrét Eiríksdóttir</u> 11:40 – 12:00 Synthesis Model of Integrative Healing for Trauma <u>Denise Saint Arnault</u> 12:00 – 12:20 Assessment of the wellness-program for female childhood sexual abuse survivors <u>Sigrún Sigurðardóttir</u> 12:20 – 12:35 Discussion</p>	<p>Family Nursing as a Integrative Nursing at a National University Hospital <u>Erla Kolbrún Svavarsdóttir</u> 11:40 – 12:00 He is the same Husband but... : The Experience of Spouses of Men Treated with Hormonal Therapy for Advanced Prostate Cancer <u>Katrín Blöndal</u> 12:00 – 12:15 Discussion</p>	<p>Encoding Nurse Coaching Using the Omaha System: Results of Findings of Nurse Coach Graduates <u>Maryelaine Miller-Southard</u> 12:00 – 12:20 Conflict: Icelandic Nurses Working with CAM <u>Sveinn Guðmundsson</u> 12:20 – 12:35 Discussion</p>
12:15 – 13:15	LUNCH			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
13:15 – 14:15	<p>Keynote speaker: “Integrative Nursing, Leadership and System Change” <u>Lori Knutson</u> Speaker introduction: Erla Kolbrún Svavarsdóttir</p>			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
14:30 – 16:10	<p>A. Integrative Nursing, Family and Senior Care Chair: Karen Monsen 14:30 – 14:50 The Wellbeing Model Operationalized through a Senior Living Practice Model and the Omaha System <u>Judy Peters</u> 14:50 – 15:10 Home Care Nursing as Relational Practice <u>Kristín Björnsdóttir</u> 15:10 – 15:30 Experiences with Family Members Conversations at Residential Care Facilities for Older People <u>Ása Dorell</u> 15:30 – 15:50 Changing Care Delivery in Senior Living through Relationships and Caring <u>Judy Peters</u> 15:50 – 16:10 Discussion</p>	<p>B. Integrative Nursing Chair: Erla Kolbrún Svavarsdóttir 14:30 – 14:50 Relationship of Clinical Staff Salivary Cortisol with Self Care using Integrative Therapies <u>John W. Nelson</u> 14:50 – 15:10 Holistic and Integrative Nursing in the Urology Department: Addition of Complementary Medicine to Standard of Care for Patients with Urinary Bladder Cancer <u>Kochi Biton</u> 15:10 – 15:30 A Holistic Nursing Approach to the Implementation of a Survivorship Care Plan for Women with Ovarian Cancer <u>Carolyn Sue Phillips</u> 15:30 – 15:50 Facilitating Guided Meditation at the Chair Side – Chemotherapy <u>Cari Ann Ryding</u> 15:50 – 16:10 Discussion</p>	<p>C. Family Centered Care and Midwifery: Implications for Integrative Nursing Chair: Debbie Ringdahl 14:30 – 14:50 Women’s View on Integrative Midwifery Care During Childbirth <u>Sigfríður Inga Karlsdóttir</u> 14:50 – 15:10 Development and Implementation of Integrative Midwifery in Childbirth <u>Ólöf Ásta Ólafsdóttir</u> 15:10 – 15:30 Effects of Reiki on New Mom’s With a History of Drug Abuse: A Ground Breaking Pilot Study <u>Christine Naoum-Heffernan</u> 15:30 – 15:50 Women’s Perspectives on Service Delivery related to fetal diagnosis: An interview study <u>Helga Gottfreðsdóttir</u> 15:50 – 16:10 Discussion</p>	<p>D. Nursing leadership in Iceland: Contemporary Issues Chair: Merrie J. Kaas 14:30 – 14:50 National Study on Missed Nursing Care and Nursing Teamwork in Icelandic Hospitals <u>Helga Bragadóttir</u> 14:50 – 15:10 Patient-Provider Communication: The Perspective of Patients Seeking Care for Chronic Pain <u>Þorbjörg Jónsdóttir</u> 15:10 – 15:30 Primacy of Nurse Unit Managers for Health Care Organizations <u>Herdís Sveinsdóttir</u> 15:30 – 15:50 Stress and Health in Times of Change <u>Birna Guðrún Flygenring</u> 15:50 – 16:10 Discussion</p>
16:10 – 16:40	POSTER SESSION, REFRESHMENTS AND NETWORKING			

19:00	CONFERENCE DINNER at Videy
-------	----------------------------

Wednesday May 20				
Time/Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
08:00 – 10:00	8:00 – 8:30 Meditation/Centering exercises 8:30 – 9:00 Announcements and Centering <u>Mary Jo Kreitzer</u> 9:00 – 10:00 Keynote speaker: Innovation and Systems Change: Lessons from Buurtzorg Nederland <u>Jos de Blok</u> Speaker Introduction: Karen Monsen			
10:00 – 10:30	BEVERAGE BREAK			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
10:30 – 11:45	Workshop A Tending the Spirit <u>Janet Quinn</u>	A. Integrative Nursing Chair: Debbie Ringdahl 10:30 – 10:50 Nursing – No Qualifiers <u>Carolyn Marie Hayes</u> 10:50 – 11:10 Who Am I when I Am <u>Deborah Ann Shields</u> 11:10 – 11:30 Anthroposophic Nursing: From Philosophy to Touch <u>Renate Tewes</u> 11:30 – 11:45 Discussion	B. Integrative Nursing : Aromatherapy Chair: Mary Koithan 10:30 – 10:50 Effect of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene on Sleep and Well-being in College Students with Self- Reported Sleep Issues: A Randomized Controlled Trial <u>Angela Smith Lillehei</u> 10:50 – 11:10 Aromatherapy in Integrative Nursing Practice: Present and Future <u>Linda Luciente Halcon</u> 11:10 – 11:30 Aromatherapy for End- of-Life Care: Successes and Challenges of a DNP Project <u>Janet M. Tomaino</u> 11:30 – 11:45 Discussion	Workshop B Mindfulness and Mental Health: Evidence Base and Clinical Application <u>Gisli Kristoferson</u>
11:45 – 12:45	LUNCH			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
12:45 – 14:00	A. Integrative Nursing in Acute Care Settings Chair: Guðrún Kristjánsdóttir 12:45 – 13:05 Effects of Complementary Therapies Delivered via Mobile Technologies on Surgical Patients' Reports of Anxiety, Pain, and Self- Efficacy in Healing: A Pilot Randomized Controlled Trial in Iceland <u>Margaret Mary Hansen</u> 13:05 – 13:25	B. Integrative Nursing and Informatics Chair: Connie Delaney 12:45 – 13:05 Informatics Applications to Support Safer, Patient-Centered Nursing Care <u>Guðrún Auður</u> <u>Harðardóttir</u> 13:05 – 13:25 Learning by Playing Games- The Use of	Workshop C Innovative hypnotherapy and integrative nursing <u>Dorothy Marie Larkin</u>	Workshop D Creating the Evidence-Base for Integrative Nursing <u>Mary Koithan, Mats Jong</u> and <u>Bóra Jenny</u> <u>Gunnarsdóttir</u>

	Academic Medical Center Becomes a Healthy Food Role Model – Food as Healing Medicine <u>Julie Kennedy Oehlert</u> 13:25 – 13:45 Enhancement of Patient and Nurse Satisfaction in Acute Care Hospital Environments: Engaging Within a Holistic Nursing Model <u>Valerie Lincoln</u> 13:45 – 14:00 Discussion	Serious Games in Patient Education <u>Brynja Ingadóttir</u> 13:25 – 13:45 Feasibility of Using the Omaha System for Analysis of Whole Person Wellbeing <u>Karen A. Monsen</u> 13:45 – 14:00 Discussion		
14:00 – 14:30	BEVERAGE BREAK			
Time / Room	Silfurberg B	Rima A	Rima B	Stemma
14:30 – 16:05	A. Integrative Nursing and Mental Health Chair: Gísli Kristófersson 14:30 – 14:50 Changing Nursing Culture through the Introduction of Therapeutic Touch into Nursing <u>Rainer Ammende</u> 14:50 – 15:10 Personalized Wellness Care: Awakening Possibilities <u>Laura Sandquist</u> 15:10 – 15:30 Staying Well with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Preliminary Results from an Eight-Week MCBT for Depression Follow-up Program at a Rehabilitation Centre <u>Jóhanna Kr. Steingrimsdóttir</u> 15:30 – 15:50 Integrative Nursing Leadership: A Lived Experience in Community <u>Lori Lee Knutson</u> 15:50 – 16:05 Discussion	D. Integrative Nursing Chair: Mats Jong 14:30 – 14:50 The Basics of Nursing in Mind Body Basics <u>Patricia Martin Arcari</u> 14:50 – 15:10 Interrelations of the Nursing Staff and Complementary Medicine Team Following Introduction of Complementary Medicine in a Surgery Department <u>Ofra Grimberg</u> 15:10 – 15:30 Educating in the Gap; Integrating Evidenced Based Cannabinoid Science into Nursing Practice <u>Courtney Patrice Allen- Gentry</u> 15:30 – 15:50 Environmental Health in Integrative Nursing <u>Susan Luck</u> 15:50 - 16:05 Discussion	C. Integrative Nursing and Education Chairs: Val Lincoln 14:30 – 14:50 Developing Therapeutic Capacity: The Foundation of Teaching Integrative Practices to Health Professionals <u>Sharon Stout-Shaffer</u> 14:50 – 15:10 Teaching Integrative Health Approaches through Case Study <u>Pamela Joy Potter</u> 15:10 – 15:30 Teaching Reflective Practice for Student Self-Care <u>Merrie Jean Kaas</u> 15:30 – 15:50 Integrative Health Curriculum in NP Education: Responding to Current Reality <u>Marie Napolitano</u> 15:50 – 16:05 Discussion	B. Integrative Nursing with Acute and Chronic Conditions Chair: Helga Jónsdóttir 14:30 – 14:50 Healing from Coronary Artery Bypass Surgery: Navigating Mind, Body and Spirit Caregiver Challenges <u>Margo Anne Halm</u> 14:50 – 15:10 Self-Reported Use of Non- Pharmacologic Methods in Hospitalized Patients <u>Sigríður Zoega</u> 15:10 – 15:30 Facilitating Client Change in the Community Settings: Techniques and Case Studies from Nurse Coaches in the United States <u>Christine Gilchrist</u> 15:30 – 15:50 Absence of Integrative Therapies for Pain Management in Patient with End-Stage Liver Disease: A Need for Focus <u>Lissi Hansen</u> 15:50 – 16:05 Discussion
16:05 – 16:20	Closing Comments and Evaluation			

Útdrættir

Útdrætti er að finna í ráðstefnuriti sem útbúið var í tengslum við ráðstefnuna. Það má finna á:

<http://www.eventure-online.com/eventure/public/showPublic.form?congressId=8657>

Málþing

30. janúar Vísindadagur geðhjúkrunar 2015

- 12:00-12:05 Jóhanna Bernharðsdóttir, forstöðumaður fræðasviðs í geðhjúkrun
Setning
Helga Jónsdóttir, forseti Hjúkrunarfræðideildar
Ávarp
- 12:05-12:30 Inngangs fyrirlestur: Gísli Kort Kristófersson: Núvitundariðkun fyrir einstaklinga með heilaskaða og áfengis- og vímuefnavanda
- 12:30-12:45 Anna Guðríður Gunnarsdóttir og Marga Thome: Líðan foreldra með óvær ungbörn á Íslandi
- 12:45-13:00 Þorgerður Gunnarsdóttir: Kynning á meðferðarstarfi í FMB- teymi, sérhæfðu meðferðarteymi á vegum göngudeildar geðsviðs.
- 13:00-13:15 Herdís Sveinsdóttir: Hlutgerð líkamsvitund kvenna í íslensku og alþjóðlegu samhengi
- 13:15-13:30 Páll Biering: Einkenni átraskana og líkamsímynd háskólanema
- 13:30-13:45 Jóhanna Bernharðsdóttir og Rúnar Vilhjálmsson: Forprófun á hugrænni atferlismeðferð til að styrkja jákvætt sjálfsmat og draga úr skynjaðri streitu meðal kvenstúdenta
- 13:45-14:15 Kaffi og veggspjöld. Boðið veður upp á kaffi og súkkulaði
- 14:15-14:30 Sigrún Sigurðardóttir, Sigríður Halldórsdóttir og Sóley Bender: Gæfusporin, mat á langtíma árangri
- 14:30-14:45 Sigríður Bjarnadóttir: Gæfuspor námskeið fyrir þolendur ofbeldis
- 14:45-15:00 Þórdís Bjarnleifsdóttir: Upplifun þolanda ofbeldis á þátttöku í rannsókninni „Ég veit ekki hvað það er að líða vel“. Reynsla kvenna með geðsjúkdóm af endurteknum áföllum vegna ofbeldis og þátttöku í námskeiðinu Gæfuspor.
- 15:00-15:15 Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir: Þróun og prófun á spurningalistanum IS-VIÐHORF
- 15:15-15:30 Helena Bragadóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir: Bakslagsvarnir með núvitund - fyrir einstaklinga sem eru með áfengis eða vímuefnafíkn

- 15:30-15:45 Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, Sólveig Hauksdóttir og Sylvia Ingibergsdóttir: Námskeið í hugrænni atferlismeðferð sjúklinga með geðklofa fyrir hjúkrunarfræðinga áendurhæfingargeðdeildum
- 15:45-16:00 Margrét Eiríksdóttir: Heildræn geðhjúkrun veitt á vettvangi þjónustuþega í samvinnu við hann sjálfan, fjölskyldu hans og starfsmenn ýmissa þjónustukerfa. Sögur af vettvangi
- 16: 00-16:05 Hrönn Harðardóttir: Vísindadegi slitið

Fundarstjórar: Margrét Manda Jónsdóttir og Sigurveig Sigurjónsdóttir Mýrdal

Útdrættir

Núvitundariðkun fyrir einstaklinga með heilaskaða og áfengis- og vímuefnavanda. Gísli Kort Kristófersson, PhD, lektor HA., klíniskur sérfræðingur í geðhjúkrun

Inngangur: Rannsóknir hafa sýnt fram á að af þeim 1.4 milljónum Bandaríkjamanna sem verða fyrir heilaskaða ár hvert, verða margir fyrir vitrænni skerðingu vegna áverkanna og allt að helmingur þjáist af áfengis- og vímuefnavanda. Þetta getur aftur valdið ýmsum vanda, eins og aukinni tíðni geðraskana og erfíðleikum við að komast aftur út á vinnumarkaðinn.

Aðferð: Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða gagnsemi og áhrif aðlagaðs MBSR prógrams á ólíkar sálfélagslegar víddir einstaklinga sem eru að glíma við bæði heilaskaða og áfengis- og vímuefnavanda.

Aðferðarfræði: Kvíði, þunglyndi, lífsgæði, hvatvísi reynsla starfsmanns og þátttakenda voru könnuð með blandaðri rannsóknaraðferð til að fá yfirgripsmikla mynd af áhrifunum af átta vikna núvitundar inngripi á þátttakendur rannsóknarinnar. Eigindlegi hluti rannsóknarinnar einblíndi á áhrif núvitundariðkunar á reynslu þátttakenda og starfsmanns í gegnum Grundaða kenningu (Grounded theory). Lýsandi og greinandi tölfræði var notuð til að skoða meginlegar niðurstöður rannsóknarinnar.

Niðurstöður: Undirskali SF-36 sem mælir almenna heilsu lækkaði tölfræðilega marktækt á meðan rannsókninni stóð. Aðrar breytingar voru að mestu í þá átt sem spáð var, en voru ekki tölfræðilega marktækar. Eigindlegu viðtölin sýndu fram á ýmsa kosti inngripsins samkvæmt þátttakendum. Þar með talið jákvæð áhrif inngripsins á geðslag, hvatvísi, kvíða og persónuleg sambönd.

Ályktanir/samantekt: Þetta núvitundar inngrip sem var þróað sérstaklega til að mæta þörfum þátttakenda rannsóknarinnar er ódýrt og öruggt inngrip sem virtist falla vel að þörfum þátttakenda samkvæmt eigindlegu viðtölunum. En vegna skorts á tölfræðilega marktækum niðurstöðum, er ljóst að frekari rannsókna er þörf á þessu sviði, með enn fleiri þátttakendum

Líðan foreldra með óvær ungbörn á Íslandi

Anna Guðríður Gunnarsdóttir, MS hjúkrunarfræðingur1, Marga Thome, prófessor.

Inngangur: Óútskýrður grátur ungbarns getur valdið streitu hjá foreldrum þess og haft neikvæð áhrif á heilsu fjölskyldunnar, innri fjölskyldutengsl og framtíðarviðhorf gagnvart ungbarninu. Hefðbundin meðferð við óvæð er veitt á heilsugæslustöðum samkvæmt leiðbeiningum í handbók Landlæknisembættisins.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvernig þessi meðferð virki á barnið annars vegar og á líðan foreldra hins vegar með það markmið að greina þætti sem bætt gætu þjónustu við þennan hóp.

Aðferð: Rannsóknin var langtímakönnun. Í hentugleikaúrtaki voru valdar 58 fjölskyldna sem lýst höfðu áhyggjum sínum yfir miklum gráti/óvæð hjá 2 -12 vikna gömlu ungbarni. Líðan beggja foreldra var könnuð með Edinborgar þunglyndiskvarði (EPDS), Kvíðakvarði Spielbergers (STAI) og Foreldrastreitukvarði/ stutt útgáfa (PSI/SF) í byrjun óvæðartímabils, við 3 mánaða aldur ungbarns og við 10 mánaða aldur þess. Auk þess sem móður svarar kvarða um trú á hæfni sinni í foreldrahlutverkinu (PMP S-E), í byrjun og við 3 mánaða aldur. Við úrvinnslu gagna var notuð lýsandi tölfræði og t-próf.

Niðurstöður: 48 foreldrar samþykktu þátttöku í rannsókninni, en gögn bárust frá 27, þrátt fyrir símaeftirfylgd. Þegar á fyrstu tveimur vikum eftir fæðingu ungbarns höfðu 53% foreldranna áhyggjur af hegðun ungbarnsins þess. Mæður með óvætt ungbarn upplifa meiri þunglyndiseinkenni (7,48 stig) og foreldrastreita (79,36 stig) samanborið við þýði íslenskra mæðra með ungbörn á sama aldri (6,5 stig og 64 stig) og voru kvíðnari en mæður nýbura (36 stig). Mæðurnar í úrtakinu voru marktækt kvíðnari en feðurnir (45,15 /31,5 stig, $p \leq 0.001$) og voru haldnar meiri foreldrastreitu (79,36/ 72,08 stig, $p < 0,05$). Á rannsóknartímabilinu varð marktækt minnkun á kvíða og foreldrastreita hjá mæðrunum ($p < 0,05$) og vanlíðan beggja foreldra minnkaði.

Ályktanir/samantekt: Foreldrar óværra ungbarna hér á landi virðast haldnir foreldrastreitu og sér í lagi streitu vegna „erfiðs ungbarns“. Móðirin upplifir meiri vanlíðan. Niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir og undirstrika alvarleika áhrifa óútskýrðs gráts á líðan foreldra.

Kynning á meðferðarstarfi í FMB- teymi, sérhæfðu meðferðarteymi á vegum göngudeildar geðsviðs.

Þorgerður Gunnarsdóttir sérfræðingur í geðhjúkrun.

Teymið sinnir foreldrum þó oftast mæðrum sem glíma við alvarlegan geðheilsuvanda á meðgöngu og/eða tengslavanda við barn sitt. Algengast er að mæðurnar glímdivið þunglyndi eða kvíða en konum með fíknivanda, geðhvarfasjúkdóma eða geðrofssjúkdóma er einnig vísað til teymisins. Hluti mæðranna er með langvinnan geðrænan vanda, erfiðar félagslegar aðstæður eða eiga sögu um að hafa orðið fyrir áföllum í æsku, verið í neyslu eða áttu maka í neyslu. Þessi hópur þarf oft fjölþætt inngríp frá teyminu og því kemur fyrir að fjölskyldur eru með fleiri en einn meðferðaraðila innan teymisins. Feður með þunglyndi, kvíða og fíknivanda hafa einnig verið skjólstæðingar teymisins, til að mynda eftir að maka þeirra hefur verið vísað í teymið. Samkvæmt erlendum rannsóknum geta geðsjúkdómar móður/foreldris í tengslum við meðgöngu og fæðingu verið alvarlegur heilsufarsvandi. Mikill fjöldi rannsókna hefur sýnt að gæði umönnunar í frumbersku hefur áhrif á líkamlegan, hugrænan, félagslegan og tilfinningalegan þroska barna. Þegar foreldrar glíma við geðsjúkdóma eða tengslavandi er til staðar á milli foreldra og barna verða áhrifin mikil á líðan og þroskaferil barnanna. Áhrifin eru í sumum tilfellum óafturkræf og geta valdið ýmsum vanda síðar hjá barnanna, svo sem hegðunartruflunum og geðröskunum. Rannsóknir hafa sýnt að inngríp með faglegrri hjálp þegar taugakerfi barnsins er enn í hröðum vexti skipti sköpum. FMB teymið hefur lagt sig fram um að byggja þróun þjónustunnar á ört vaxandi þekkingargrunni og boðið upp á úrræði þar sem ekki aðeins er unnið með geðrænan vanda foreldris, heldur einnig með foreldrahæfni og

tengslamyndun við barnið.

Hlutgerð líkamsvitund kvenna í íslensku og alþjóðlegu samhengi Herdís Sveinsdóttir, prófessor, HÍ.

Forsendur kenningarinnar um hlutgeringu (e. objectification theory) eru að menningarheimur, sem hlutgerir konur sem kynlífsleikföng, móti félagsþroska stúlkna og kvenna þannig að á einhverju stigi fari þær að meðhöndla sjálfar sig sem hlut sem sé metinn eftir útlitinu. Í kenningunni eru færð rök fyrir því að stúlkur og konur samsami sig sjónarmiði þess sem hlutgerir þær og að þær verði ofuruppteknar af líkamlegu útliti sínu sem þær telja að stjórnir því hvernig þeim farnast í lífinu. Þær verða meðvitaðar um líkama sinn sem hlut sem þær líta stöðugt gagnrýnum augum. Þetta ferli kallast sjálfs-hlutgering (e. self objectification) og það hefur fjölmargar neikvæðar sálrænar afleiðingar sem geta birst sem skömm á líkamanum, trufluð líkamsímynd, átröskun, áhættuhegðun í kynlífi, kvíði, þunglyndi og sókn í fegrunaraðgerðir. Þá virðist sjálfs-hlutgering leiða til þess að konur hafa neikvæðari viðhorf til tíðahringsins, séu stöðugt vakandi yfir eigin útliti, eigi það til að fyllast skömm á eigin líkama og forðist að samsama sig honum.

Í erindinu verður greint frá tveimur íslenskum rannsóknum. Þátttakendur í rannsókn I voru 224 kvennemendur í hjúkrunarfræðideild HÍ vorið 2013 og í rannsókn II 320 konur á aldrinum 18 til 40 ára sem fengnar voru með slembiúrtaki úr þjóðskrá. Gagna í báðum rannsóknum var aflað með spurningalista sem innihélt meða annars mælitækin Líkamsmeðvitundarkvarðann (OBSC 3-undirþættir), Viðhorf til blæðinga (BATM 4-undirþættir) og Viðhorf til bælingar blæðinga (ATMS).

Í erindinu verður greint frá því hvað hefur áhrif á líkamsmeðvitund íslenskra kvenna og hvernig hún birtist í samanburði við erlendar rannsóknir.

Tíðni átröskunareinkenna og viðhorf til líkamsmyndar meðal íslenskra háskólastúdenta Páll Biering, dósent við hjúkrunarfræðideild HÍ. og Þórdís Rúnarsdóttir, sjálfstætt starfandi hjúkrunarfræðingur

Inngangur: Tíðni offitu og átraskanna fer vaxandi í hinum vestræna heimi. Samkvæmt erlendum rannsóknum er ungt fólk, aðallega kour, sérstaklega útsett fyrir þessum vanda. Þetta á sérstaklega við um ungt fólk í háskólanámi. Sterk tengsl eru einnig á milli átraskana og neikvæðar sjálfsmyndar, sér í lagi líkamsímyndar. Tilgangur þessarar rannsóknar var því að kanna tíðni átröskunareinkenna og tengsl þeirra við líkamsímyndar meðal stúdenta við Háskóla Íslands

Efniviður og aðferðir: Gagna var aflað með netkönnun á vormisseri 2010 og aftur á vormisseri 2014. Alls tóku 1280 þátt í fyrri könnuninni og 1115 í þeirri síðari (svarhlutfall 11-13%) Mun fleiri kven- en karlstúdentar tóku þátt og ætla má að svarhlutfall kvenstúdenta hafi verið 20%. Gagna var aflað með spurningalistanum „Eating Disorder Inventory 3 Referral Form (EDI-3RF)“ sem hefur verið þýddur og sannprófaður við íslenskar aðstæður.

Niðurstöður: Lítil munur var á milli niðurstaðna úr fyrri og seinni könnuninni sem styður áreiðanleika þeirra. Þannig mættu 14,4% -15,0% þátttakenda tilvísunarviðmiðum lotugræðgi og 5,7%-6,0% mættu tilvísunarviðmiðum megrunarþráhyggju. Þó var nokkur munur á viðnámshegðun á milli kannanna, en 4,5%/2,5% höfðu notað hægðalosandi lyf síðustu þrjá mánuði og 9,1%/7,6 höfðu framkallað uppköst. Fjórðungur þátttakanda greindist með lága líkamsímynd og voru sterk tengsl á milli hennar og kjörþyngdar, en 60% -65% þátttakenda voru í kjörþyngd.

Ályktanir/samantekt: Þessi rannsókn sýnir ótvírætt að stór hluti kvenstúdentanna við H.Í. glímir við, eða er í áhættuhóp, hvað varðar lotugræðgi og megrunarþráhyggju (anorexíu) og að mikilvægt er að hefja forvarnarstarf á þessu sviði innan skólans. Lágt svarhlutfall gæti þó verið vísbending um að þessi vandamál hafi verið ofgreind.

Forprófun á hugrænni atferlismeðferð til að styrkja jákvætt sjálfsmat og draga úr skynjaðri streitu meðal kvenstúdentanna
Jóhanna Bernharðsdóttir, lektor HÍ., forstöðumaður fræðasviðs og Rúnar Vilhjálmsson, prófessor, HÍ.

Inngangur: Erlendar rannsóknir sýna að streita meðal háskólanema er algeng ekki síst meðal kvenna. Háskólaárin eru breytingatími í lífi margra nemenda sem felur í sér bæði áskorandir og tækifæri. Streita meðal háskólanema tengist m.a. háskólanáminu sjálfu, fjárhag og samskiptum. Nemendur eru líklegri til að finna fyrir sálrænni vanlíðan ef streitan snertir persónulega þætti eins og sjálfsálit og getumat.

Á grundvelli þessa var þróað námskeið sem byggir á hugrænni atferlismeðferð meðal annars í þeim tilgangi að styrkja sjálfsálit og getumat kvenstúdentanna og auka viðnám þeirra gegn streitu. Námskeiðið samanstóð af fjórum skiptum þar sem nemendur hittust vikulega, tvo klukkutíma í senn. Tveir sérfræðingar í geðhjúkrun leiddu tímana, en 5-8 kvenstúdentar tóku þátt í hverjum hópi, en hóparnir voru samtals þrír.

Aðferð: Námskeiðin voru forprófuð, með fyrir og eftir rannsóknarsniði, meðal 19 kvenstúdentanna sem voru nemendur við flestar deildir viðkomandi háskóla. Árangur var metinn með Rosenberg sjálfsálitskvarðanum og kvarða Pearlin varðandi eigið getumat. Spurningalistarnir voru lagðir fyrir við upphaf námskeiðanna, við lok þeirra, og 7 mánuðum síðar. Jafnframt voru tekin eigindleg viðtöl við alla einstaklingana til að öðlast innsýn í reynslu þeirra af þátttökunni. Viðtölin voru vélrituð og innihaldsgreind.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu marktæka hækkun sjálfsálits og eigin getumats frá fyrstu mælingu til þriðju mælingar, 7 mánuðum síðar. Eigindlegar niðurstöður sýndu eftirfarandi fjögur þemu: 1. Aukin þekking og skilningur, 2. Jákvæðari hugsun og meira jafnvægi, 3. Aukin stjórn á eigin lífi, 4. Þörf fyrir ígrundun og æfingu.

Ályktanir/samantekt: Jákvætt sjálfsmat einstaklinga, sem felst í sjálfsáliti og eigin getumati, er talið styrkja einstaklinginn í að takast á við streitu og áskoranir daglegs lífs. Þar sem þessi forrannsókn sýndi að stutt hugræn atferlismeðferð var árangursrík til eflingar þessara þátta meðal íslenskra kvenstúdentanna mun námskeiðið verða endurmetið með slembaðri samanburðarrannsókn.

Gæfusporin - mat á langtíma árangri þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðislegs ofbeldis í æsku.

Sigrún Sigurðardóttir, lektor við Háskólann á Akureyri og doktorsnemi við HÍ, Sigríður Halldórsdóttir, prófessor við HA og Sóley S. Bender, prófessor við HÍ

Tilgangur og aðferð: Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur og langtíma áhrif Gæfusporanna, þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðislegs ofbeldis í æsku. Þau stóðu yfir í 10 vikur, alla virka daga með hoptímum: jóga, líkamsvitund, sálfræðihóp, sköpun- og tjáningu, fræðslu og hreyfingu og einstaklingstímum: djúpslökun, höfuðbeina- og spjaldbeinsmeðferð, svæða- og viðbragðsmeðferð, sálfræðiviðtölum, nuddi og heilsuráðgjöf

með áherslu á mataræði. Rannsóknaraðferðin er eigindleg, Vancouver-skólinn í fyrirbærafraði sem ætlað er að auka þekkingu og dýpka skilning á tilteknum mannlegum fyrirbærum í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu. Þátttakendur voru tólf konur með sögu um kynferðislegt ofbeldi og voru þátttakendur í Gæfusporunum, viðtöl voru tekin við þær 12-15 mánuðum eftir að verkefninu lauk.

Niðurstöður: Allar konurnar voru í upphafi verkefnisins félagslega einangraðar, áttu við mjög flókin heilsufarsleg vandamál að stríða, þær voru með mjög brotna sjálfsmynd, treystu sér ekki í vinnu eða nám og hafði líðan þeirra veruleg áhrif á fjölskyldu þeirra og lífsgæði. Jákvæðan árangur mátti sjá varðandi alla þessa þætti hjá flest öllum konunum 12-15 mánuðum eftir að verkefninu lauk. Allar konurnar nema ein voru komnar með aukna starfsgetu eftir verkefnið og eru komnar í vinnu, nám eða áframhaldandi starfsendurhæfingu.

Ályktanir/samantekt: Með því að byggja einstakling markvisst upp eftir áföll sem kynferðislegt ofbeldi er, með heilðrænum þverfaglegum meðferðarúrræðum, má ávinna mikið fyrir einstaklinginn sjálfan, hans nánasta umhverfi og samfélagið í heild. Það gefur góðan árangur fyrir heilsufar, líðan, félagslegt umhverfi og virkni. Sterk einkenni áfallastreitueinkenna í upphafi gefur til kynna mikilvægi þess að meta slík einkenni hjá þeim sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi.

Gæfuspor námskeið fyrir þolendur ofbeldis

Sigríður Hrönn Bjarnadóttir geðhjúkrunarfræðingur MS og verkefnastjóri Geðheilsustöðvar Breiðholts.

Tilgangur námskeiðsins er að bæta andlega og líkamlega líðan kvenna sem lent hafa í áföllum af völdum ofbeldis (kynferðis- líkamlegs og andlegs ofbeldis).

Markmiðið er að auka getu og færni þátttakenda og stuðla að því að þær verði virkari í daglegu lífi. En jafnframt að þróa meðferðarúrræði innan velferðarþjónustunnar sem tekur á fjölbætum vanda einstaklinga sem hafa orðið fyrir áföllum af völdum ofbeldis.

Það sem einkennir einstaklinga sem líða af langvarandi afleiðingum áfalla er m.a skömm, sektarkennd, mikil streita, að geta ekki tengst sjálfum sér líkamlega og andlega, að geta ekki sett öðrum einstaklingum mörk og oft á tíðum eigin vanræksla hvað varðar andlega og líkamlega þætti. Jafnframt þessum einkennum glíma þolendur ofbeldis oft við þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun og ýmiss líkamleg einkenni og sjúkdóma. Á námskeiðinu er því unnið með líkamlega og andlega þætti með fræðslu, með meðferðarvinnu í sálfræðihóp, einstaklingsviðtölum hjá sálfræðing, jóga, leikfimi, kennslu í líkamsvitund og sjálfsstyrkingu. Einnig er boðið upp á slökun og svæðameðferð (sálvefræn meðferð) og lögð áhersla á heilsueflingu þar sem fjallað er m.a um mataræði, næringu, mikilvægi hreyfingar og daglegar iðju.

Eftir námskeiðið er boðið upp á 1 árs eftirfylgni þar sem konurnar hitta leiðbeinanda, einu sinnum í viku en sjaldnar eftir því sem á líður.

Námskeiðið hefur verið rannsakað og kemur afar vel út hvað varðar bættu líðan þátttakenda. Mæld er líðan þátttakenda bærið fyrir og eftir námskeið með Becks, kvíða- og þunglyndiskvarða, áfallastreituröskunarkvarða og lífsgæðakvarða.

Upplifun þolanda ofbeldis á þátttöku í rannsókninni „Ég veit ekki hvað það er að líða vel“Reynsla kvenna með geðsjúkdóm af endurteknum áföllum vegna ofbeldis og þátttöku í námskeiðinu Gæfuspor.

Þórdís Bjarnleifsdóttir

Þórdís var ein af 10 þátttakendum í rannsókninni en hún hefur glímt við afleiðingar ofbeldis sem hún varð fyrst fyrir sem barn og síðar endurtekið ofbeldi á unglings og fullorðinsárum. Þórdís átti það sameiginlegt með öðrum þátttakendum rannsóknarinnar að glíma við afleiðingar ofbeldis sem birtist meðal annars í sektarkennd, skömm, vansæld, ótta, brotinni sjálfsmynd, litlu sjálfstrausti, kvíða, þunglyndi og langvinnri áfallastreituröskun. Hún glímir einnig við ýmiss líkamleg einkenni m.a annars stoðkerfisvanda. Þórdís átti það einnig sameiginlegt með þátttakendum rannsóknarinnar að smá saman gafst hún upp og gat ekki lengur séð fyrir sér og var því sett á örorku.

Á námskeiðinu Gæfuspor fékk hún aukið sjálfstraust og skilning á því hver væri hennar vandi og af hverju hann stafaði. Í dag rúmu ári eftir námskeiðið er hún mun betur stödd andlega og er að hefja nám við Fjölbrautarskólann í Breiðholti. Ætlunin er að klára stúdentspróf sem grunn fyrir frekari menntun.

Development and psychometrically test of the ICE-Beliefs questionnaire

Margret Gísladóttir RN, MS, PhD (candate) Landspítali National University Hospital in Iceland, Erla Kolbrun Svavarsdóttir RN, PhD University of Iceland, School of Health Sciences, Faculty of Nursing

Introduction: Core beliefs are the heart of a belief system, and are usually difficult to change but they influence the family and its functioning and coping with illness (Wright & Bell, 2009). The ICE-Beliefs questionnaire was developed and psychometrically tested to measure a benefit of working on beliefs among family members who are dealing with chronic illness within therapeutic settings.

Aims: To development and psychometrically test the ICE-Beliefs questionnaire for Advanced Nurse Practitioner to measure “illness-related beliefs” in research and clinical practice.

Material: The Illness Belief Model (Wright & Bell, 2009) is the conceptual background for The ICE-Beliefs questionnaire (8 items) to measure changes in facilitating or constraining illness-related beliefs pertaining to cause, control, effect, suffering and support.

Methods: The psychometric properties of the ICE-Belief instrument were tested with caregivers (N:139) of adolescents/youth experiencing their daughter/son dealing with disorders or illnesses using Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analyses (CFA). Internal consistency reliability of the questionnaire was assessed.

Results: Exploratory Factor Analysis (EFA) reduced the original questionnaire from eight to seven items with a one factor solution (Cronbach’s Alpha = 0.780) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) supported the one-factor solution (Cronbach’s Alpha = 0.789).

Discussion: The instrument can be used to measure how illness beliefs change after a Therapeutic Conversation Intervention (TCI) with families, and will be useful in intervention researches on health care centers and psychiatric hospitals.

Bakslagsvarnir með núvitund - fyrir einstaklinga sem eru með áfengis eða vímuefnafíkn Helena Bragadóttir hjúkrunarfræðingur á göngudeild fíknimeðferðar LSH og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, dósent, HÍ.

Inngangur: Núvitund sem íhlutun í meðferð hefur verið notuð um árabíl erlendis fyrir

einstaklinga með ýmis konar heilsufarsvanda, svo sem þunglyndi, kvíða og langvinnan verkjavanda. Niðurstöður erlendra rannsókna á núvitund í meðferð hafa sýnt fram á gagnsemi um árabil. Rannsóknir á núvitund í vímuefna meðferð eru skemmra á veg komnar og er frekari rannsókna þörf.

Aðferð: Á fíknigeðdeild LSH var því ákveðið að forprófa námskeið í bakslagsvörnum með núvitund sem þróað var erlendis fyrir sambærilegan markhóp og byggir á handbók. Haustið 2014 var fyrsta námskeiðinu hleypt af stokkunum á fíknigeðdeild LSH. Námskeiðið var ætlað fyrir einstaklinga sem höfðu lokið fimm vikna vímuefna meðferð á dagdeild Teigs, en sú meðferð byggir á hugrænni atferlismeðferð og er núvitund ofin inn í meðferðina. Námskeiðið tók átta vikur, tvo tíma í senn einu sinni í viku. Farið var í grunnatriði núvitundariðkunar, gerðar æfingar og áhersla lögð á hagnýtingu til bakslagsvarna. Samkvæmt handbók byggðist námskeiðið á reynslunámi í tímum og að þátttakendur æfðu sig á milli tíma. Upplifun var deilt í tímanum og var hópurinn lokaður.

Niðurstöður og ályktanir: Þar sem um forprófun námskeiðs var að ræða voru kvarðar lagðir fyrir þátttakendur á meðan á námskeiðinu stóð sem mældu kvíða, þunglyndi og einnig var spurningalisti um árvekni (KIMS) lagður fyrir í upphafi og í lokin. Þátttakendur deildu því munnlega í lokin hvernig þeir upplifðu námskeiðið og lýstu flestir jákvæðum breytingum sem þeir fundu á námskeiðinu. Úrvinnsla gagna verður gerð og líklegt að niðurstöður gefi vísbendingar um hvernig hægt að þróa námskeiðið frekar miðað við íslenskar aðstæður.

Námskeið í hugrænni atferlismeðferð sjúklinga með geðklofa fyrir hjúkrunarfræðinga á endurhæfingargeðdeildum

Sylvía Ingibergsdóttir, sérfræðingur í geðhjúkrun LSH, Sólveig Hauksdóttir, hjúkrunarfræðingur LSH, Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, klínískur lektor og deildarstjóri LSH

Inngangur: Hugræn atferlismeðferð er gagnreynd meðferð við ýmsum geðröskunum sem var þróuð af Aaron Beck upp úr 1960. Fyrstu rannsóknirnar þar sem hugrænni atferlismeðferð við geðrofi var beitt komu hinsvegar ekki fram fyrr en upp úr 1990 í Bandaríkjunum. Til að byrja með var hópmeðferð stunduð en síðan var í auknum mæli farið að leggja áherslu á einstaklingsmiðaða hugræna atferlismeðferð við geðklofa. Í dag er talið mikilvægt að þeir sem greindir hafa verið með geðklofa geti átt kost á viðtalsmeðferð, ekki síður en lyfjameðferð ásamt góðri eftirfylgd. Hafa samantektir á rannsóknum gefið vísbendingar um góðan árangur meðferðarinnar.

Aðferð: Á göngudeild Klepps og Sérhæfðri endurhæfingargeðdeild hófst námskeið í hugrænni atferlismeðferð fyrir hjúkrunarfræðinga í byrjun árs 2014. Vikuleg fræðsla var fyrstu þrjú mánuðina sem stóð í 1,5 klst. í senn. Farið var í grunnatriði hugrænnar atferlismeðferðar til að byrja með, en síðan var sjónum beint af sérhæfðri meðferð við geðklofa. Sex aðilar sem höfðu allir tveggja ára nám í hugrænni atferlismeðferð komu að kennslunni auk sérfræðings í hjúkrun sem fjallaði um handleiðslu. Eftir sumarfrí var vikuleg handleiðsla þar sem hluti upphaflega hópsins fékk handleiðslu á vinnu sína. Gerð var stutt ópersónugreinanleg könnun meðal þátttakenda á hversu gagnleg upplifun af námskeiðinu var ásamt notkun aðferðanna í daglegu starfi.

Niðurstöður og ályktanir: Þátttakendur reyndust almennt jákvæðir gagnvart námskeiðinu og handleiðslunni. Samkvæmt niðurstöðu virðist aðferðafræðin nýtast í starfi ásamt því að þátttakendur töldu námskeiðið efla sig.

Heildræn geðjúkrun veitt á vettvangi þjónustupega í samvinnu við hann sjálfan, fjölskyldu hans og starfsmenn ýmissa þjónustukerfa. Sögur af vettvangi. Margrét Eiríksdóttir sérfræðingur í hjúkrun á geðsviði Landspítala

Inngangur: Einstaklingar sem takast á við alvarlega eða langvinna geðrofssjúkdóma hafa gjarnan margþættar andlegar, líkamlegar og félagslegar þjónustuparfir. Rannsóknarniðurstöður benda ákveðið til að bati og lífsgæði alvarlega geðsjúkra séu undir því komin hvernig þjónustuparfir þeirra eru uppfylltar. Geðjúkrunarfræðingar ættu að taka mið af þessari þekkingu við þróun nýjunga í hjúkrun fólks með alvarlega/ langvinna geðsjúkdóma. Grundvallar þáttur í geðjúkrun er samband sjúklings og hjúkrunarfræðings. Taki hjúkrunarfræðingurinn að sér hlutverk málástóra gagnvart sjúklingnum gefur það honum tilefni til að veita samfellda hjúkrun samkvæmt þörfum hans og fjölskyldunnar í samvinnu við starfsmenn annarra kerfa sem veita sjúklingi og fjölskyldu þjónustu.

Aðferð: Árið 2011 var lokað dagdeild sem hafði veitt 47 langveikum geðsjúkum einstaklingum samfellda þjónustu. Eftir lokunina var gert ráð fyrir að þjónustupegarnir sæktu sér þjónustu til heilbrigðiskerfis eða félagslega kerfisins eftir því sem við átti. Geðjúkrunarfræðingur starfandi á geðsviði Landspítala tók að sér hlutverk málástjóra gagnvart þeim sem höfðu flestar þjónustuparfir samkvæmt mælitækinu Camberwell assessment of needs (CAN). Hjúkrunarfræðingurinn leitaði leiða til að veita samfelldan stuðning við að uppfylla þjónustuparfir hvers og eins.

Niðurstöður: 13 sjúklingar þörfuðust þjónustu málástjóra samkvæmt niðurstöðum CAN. Þeir höfðu óuppfylltar þjónustuparfir á 18 af 22 sviðum mælitækisins. Hjúkrunarfræðingurinn varði tíma með þjónustupegum og fjölskyldum þeirra á þeirra forsendum, gjarnan heima hjá þeim. Jafnframt stofnaði hann til samstarfs við starfsmenn annarra kerfa sem veittu þessum einstaklingum þjónustu. Þjónustupegar og fjölskyldur þeirra tóku þátt í samstarfinu.

Ályktanir og samantekt: Nú þrem árum síðar er hjúkrunarfræðingurinn í hlutverki málástóra gagnvart 11 þjónustupegum. Hjúkrunarfræðingurinn er tengiliður milli þjónustupega og heilbrigðiskerfis. Samvinna milli starfsmanna þjónustukerfa, sjúklinga og geðjúkrunarfræðings hefur aukist. Tillögur hafa verið settar fram um skipulag þjónustu til framtíðar.

Veggspjöld útdrættir

Spurningalistar sem mæla virkni, fræðslu og stuðning við fjölskyldur (“Family Research Methods: Instruments that Capture Change”)

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, RN, PhD, deildarstjóri1 og klínískur lektor
Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor RN, PhD

Bakgrunnur og tilgangur: Tilgangur rannsóknar var að þróa tvö mælitæki út frá Calgary fjölskyldumats og -meðferðar líkaninu. Vöntun var á réttmætum og áreiðanlegum mælitækjum sem byggðu á hugmyndafræði Calgary líkansins. Út frá líkaninu var mikilvægt að geta mælt annars vegar árangur af stuðningi og fræðslu við fjölskyldur og hins vegar virkni þeirra.

Aðferð: Próffræðilegir eiginleikar spurningalistanna voru metnir í þremur mismunandi gagnasöfnum þar sem skilyrði fyrir þátttöku var að vera fullorðinn aðstandandi sjúklings. Framkvæmdar voru þáttgreiningar („Principal Component Analysis“ og „Confirmatory Factor Analysis“) ásamt réttmætis og áreiðanleikaprófum til að meta eiginleika spurningalistanna.

Niðurstöður: Það svöruðu 557 aðstandendur spurningalistanum sem mældi fjölskylduvirkni og

415 aðstandendur svöruðu listanum sem mældi stuðning og fræðslu við fjölskyldur. Aðstandendur voru 70% karlar og 30% konur sem svöruðu og meðalaldur þeirra var u.þ.b. 47 ára en dreifing aldurs var 18-86 ára. Foreldrar, makar, synir og dætur voru þeir aðstandendur sem svöruðu helst spurningalistunum. Lokaútgáfa mælitækisins sem mælir fjölskylduvirkni er 17 atriða listi með fjóra undirkrarða þ.e. tjáning tilfinninga ($\alpha=0,617$), samvinna og lausn vandamála ($\alpha=0,735$), samskipti ($\alpha=0,796$), og hegðun ($\alpha=0,808$). Lokaútgáfa mælitækisins Stuðningur og fræðsla við fjölskyldur er 14 atriða listi með tveimur undirkrörðum þ.e. hugrænn ($\alpha=0,881$) og tilfinningalegur stuðningur ($\alpha=0,952$).

Ályktanir og samantekt: Rannsóknir í fjölskylduhjúkrun hafa gefið til kynna að próffræðilegir eiginleikar listanna eru góðir. Undirkrarðar hafa allir verið með góðan innri áreiðanleika ($\alpha = 0,617 - 0,952$). Næmni mælitækjanna hefur verið góð þ.e. þau nema breytingar sem er sérstaklega mikilvægt þegar mæla á árangur af íhlutun t.d. af markvissri fræðslu og stuðningi við sjúklinga og fjölskyldur þeirra.

Therapeutic Conversation Intervention: Are they effective for families of adolescents/youth with eating disorders

Margret Gisladottir RN, MS, PhD(student), Erla Kolbrun Svavarsdottir RN, PhD

Background/objectives: Families of individuals with eating disorders are known to suffer major difficulties and experience a great need for help. Parents are unsure how to act to an individual with eating disorder but they are in need of support in how to be helpful. The prognosis is worse if the patient is living with criticism or if parents are over-involved and therefore it is important to know how best to assist them.

The main purpose of the study was to evaluate if strengthening of parent's management and beliefs have impact on parent's supporting role. A little is known however what is most helpful for parents but their support is seen as one of the most important link in the treatment.

Methods: The Calgary Family Models, the Beliefs Model and the Maudsley model were used as a theoretical framework. Participants (N: 58) were parents of adolescents/youth 12-24 years old with eating disorders. Parents attended seven group sessions and two parent sessions in four months. The sessions consisted of education, tasks and discussion, working on emotions, care giving demands, communication and the supporting role of parents. Data was collected from November 2011 to March 2013.

Results: The outcome is showing a positive results in every domain of items that was worked on and tested in the study. The results give information in domain of symptoms of the adolescent/youth and wellbeing of parents and in parents confidence in communication, in parent's perception of symptoms of eating disorder and in domination of eating disorder on family life.

Conclusion/implication for nursing practice: The outcome increase knowledge for psychiatric nurses and health care professionals how parents can be supportive and will provide information on treatment which can improve service on health care centres, outpatient units and psychiatric hospitals.

Geðheilsa móður eftir fæðingu, árangur HAM meðferðar.

Tilfellarannsókn með íhlutun og árangursmat með einliðasniði

Hildur Sigurdardottir , lektor og ljósmóðir

Inngangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að prófa árangur íhlutana í meðferð einstaklings á fæðingarþunglyndi þar sem unnið var útrá hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar (HAM). Um 10-15% kvenna greinast með fæðingarþunglyndi á fyrsta ári eftir barnsfæðingu. Niðurstöður fyrri rannsókna hafa gefið vísbendingar um að hugræn atferlismeðferð og aukin hreyfing kvenna geti skilað góðum árangri við meðferð fæðingarþunglyndis.

Markmið rannsóknar: Með atferlismeðferð var unnið að því breyta ákveðnu hegðunarmynstri sem talið var viðhalda vítahring fæðingarþunglyndis og ákveðin markhegðun og markmið meðferðar skilgreind í samráði við skjólstæðing. Unnið að því að draga úr einkennum þunglyndis, auka hreyfingu/líkamsrækt og minnka ákveðna öryggishegðun s.s. óhjálflegar forðanir tengdum félagskvíða.

2. Með hugrænum aðferðum, svo sem notkun virkni- og hugsanaskráa var unnið að því að sporna við óhjálflegum þáttum er viðhaldið gætu vanlíðan s.s. neikvæðum ósjálfráðum hugsunum, óæskilegri hegðun og erfiðum tilfinningum. Með stöðluðum matskvörðum var fyrirhugað að meta hvaða áhrif aukin hreyfing og hugsanlega minnkaður félagskvíði hefði á þróun þunglyndiseinkenna.

Kynning á tilfelli/skjólstæðings: Kona á þrítugsaldri, tveggja barna móðir, með sögu um kvíðaröskun og þunglyndi og eftir síðustu barnsfæðingu greind með fæðingarþunglyndi. Hún greindi frá því sjálf að fyrri meðferðarform s.s. lyfjameðferð og viðtöl við sálfræðing hefðu ekki reynst henni hjálpleg. Við upphaf meðferðar gáfu mælingar í ljós einkenni um alvarleg þunglyndiseinkenni, miðlungs félagskvíða og áfallastreitueinkenni.

Aðferð: Rannsóknarsniðið var AB snið. Grunnlínumælingar voru gerðar til að meta líðan konunnar áður en íhlutun hófst (A) og síðan voru mælingar gerðar reglulega á íhlutunarskeiði rannsóknar (B). Sömu breytur voru mældar á grunn- og íhlutunarskeiði og skráðar þannig að unnt væri að meta breytingar og hugsanlegan árangur. Notast var við eftirfarandi mælitæki og breytur: Virkniskrár til þess að fylgjast með og mæla daglega hreyfingu og aðra virkni; Social Phobia Scale (SPS) og Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) notaðir til að meta félagskvíða; Depression Anxiety Stress Scale (DASS) og Beck Depression Inventory Scale (BDI-II) til að mæla þunglyndis- kvíða- og streitueinkenni og Impact of Event Scale (IES) og Posttraumatic Cognition Inventory (PTCI) til að mæla áfallastreitueinkenni (PTSD).

Niðurstöður/umræða: Eftir 10 viðtalsfundi komu fram sýnilegar breytingar á líðan og virkni konunnar allt frá grunnskeiði og til loka íhlutunarskeiðs þar sem fram kom greinileg aukning á hreyfingu, minni einkenni félagskvíða, þunglyndis og áfallastreitu.

6. mars Stuðningur við fjölskyldur á Landspítala

12:00-12:05 Erla Kolbrún Svavarsdóttir, formaður fagraðs í fjölskylduhjúkrun:
Ávarp

12:05-12:30 Vigfús Bjarni Albertsson
Inngangsfyrirlestur: „Ég vildi að ég gæti lesið hugsanir“

12:30-12:45 Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir og Margrét Manda Jónsdóttir: Stuðningur við fjölskyldur á sérhæfðri endurhæfingargeðdeild á Kleppi- Kemur fjölskyldustuðningur fram í starfsemistölum og skráningu hjúkrunar?

- 12:45-13:00 Anna Ólafía Sigurðardóttir: Hvaða þættir spá fyrir um ánægju foreldra barna og unglunga með heilbrigðisþjónustuna á Barnaspítala Hringins?
- 13:00-13:15 Guðríður Kristín Þórðardóttir: Eftirfylgd og stuðningur við syrgjendur á hjartadeild á Landspítala
- 13:15-13:30 Guðlaug Guðmundsdóttir: Kynning á umræðuhópum og stuðningi hjúkrunarfræðinga á göngudeild Landakoti við aðstandendur
- 13:30-13:45 Margrét Gísladóttir: Árangur fræðslu og stuðningsmeðferðar við foreldra unglunga/ungs fólks með átröskun í hóp- og einstaklingsviðtölum
- 13:45-14:00 Kaffi og veggspjöld. Boðið veður upp á kaffi og súkkulaði
- 14:00-14.15 Erla Kolbrún Svavarsdóttir: Hefur menntun og starfsánægja áhrif á starfshætti í fjölskylduhjúkrun?
- 14:15-14:30 Ásta B Pétursdóttir: Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlyningu Landspítala. Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein
- 14:30-14:45 Jóna Ingibjörg Jónsdóttir: Þróun meðferðarsamræðna við konur með krabbamein og maka og áhrif samræðna á aðlögun tengda kynlífi og nánd
- 14:45-15:30 Elísabet Konráðsdóttir, Guðrún Eygló Guðmundsdóttir, Sólrún Kamban, Ólöf Elsa Björnsdóttir, Rakel B. Jónsdóttir, og Erla Kolbrún Svavarsdóttir: Örfyrirlestrar: Stuðnings-og fræðsluviðtöl á göngudeild Barnaspítala Hringins
- 15:30-15:45 Málþingi slitið
- Fundarstjóri: Bryndís Halldórsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun á Landspítala

Útdrættir

Stuðningur við fjölskyldur á sérhæfðri endurhæfingargeðdeild á Kleppi- Kemur fjölskyldustuðningur fram í starfsemistölum og skráningu hjúkrunar? Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir og Margrét Manda Jónsdóttir.

Background and Purpose: Clinical guidelines for treatment and management of psychiatric illnesses are increasingly recommending active family involvement to strengthen the patient and the family. The purpose of this study is to describe the implementation of therapeutic conversations with families in a 10 bed dual-diagnosis rehabilitation psychiatry. The conceptual framework of the therapeutic conversation intervention (TC-Intervention) was the Calgary Family Assessment and Intervention Models, the Illness Belief Model and literature on effective support focusing on families dealing with psychosis and addiction of family members.

Methods: The nursing documentation in the years 2011-2012 and 2013-2014 will be compared and described.

Results: The content and frequency of the family nursing documentation will be presented before and after implementation of integration of family support into every day rehabilitation psychiatry.

Conclusion and Implications: The patient and family members received support from a nurse who promoted, improved, and sustained effective family functioning in a family dealing with dual-diagnosis. The nurse provided family support through therapeutic conversation intervention to improve well-being, family functioning, and health. In families dealing with dual-diagnosis of a family member emotional and cognitive support is essential. A Family Friendly Model in psychiatry has emerged from the theoretical background used in this study and the real experience of implementation of family support services into clinical practice in rehabilitation psychiatry.

Hvaða þættir spá fyrir um ánægju foreldra barna og unglunga með heilbrigðisþjónustuna á Barnaspítala Hringins?

Anna Olafía Sigurdardóttir, Erla Kolbrun Svavarsdóttir og Ann Garwick.

Background and Purpose: The purpose of this study was to evaluate perceived family support in Pediatric Nursing, quality of life, coping strategies, family functioning and health care satisfaction, one year following an implementation of the Family Systems Nursing Educational and Training Intervention Program at the Landspítali University Hospital (LUH). The conceptual underpinning of the study was the Calgary Family Assessment and Intervention models.

Methods: Data from this cross-sectional study was collected from 159 mothers and 60 fathers (N=177 families) of children and adolescents who were receiving health care service because of acute or chronic illnesses/disorders or health problems at the Landspítali University Children's Hospital over a one year time period (from 2011 to 2012).

Results: The main findings indicated that mothers of children who had chronic illnesses perceived significantly higher family support but lower quality of life than the mother of children with acute illnesses or with other health problems. For the mothers, 38.8% of the variance in perceived satisfaction with the health care services was predicted by the mother's perceived family support and their coping strategies. However for the fathers, 59.9% of the variability of their satisfaction with the health care services was predicted by their perceived family support, health related quality of life and if the child had been hospitalized before.

Conclusion: Knowing which factors predict satisfaction with health care services among parents of children with variety of different chronic illnesses or health issues are important to consider in order to offering effective intervention and evidence based practice to families

Eftirfylgd og stuðningur við syrgjendur á hjartadeild Landspítala Guðríður Kristín Þórðardóttir, sérfræðingur í hjúkrun hjartasjúklinga .

Inngangur: Eftirfylgd og stuðningur við syrgjendur er hluti af líknarmedferð. Að jafnaði eru um 50 andlát á hjartadeildinni á ári með mismunandi aðdraganda. Syrgjendur eru í þörf fyrir stuðning eftir andlát ástvinar og hefur eftirfylgd í formi samverustunda fyrir syrgjendur verið skipulögð á hjartadeildinni.

Aðferð: Boð er sent til allra sem missa ástvin á hjartadeildinni sem og til aðstandenda

skjólstæðinga göngudeildar hjartablaðra sem hafa látist. Markmið samverustundanna er að veita fræðslu um sorg og sorgarviðbrögð, skapa vettvang til að deila reynslu, skoða og ígrunda tilvistarlegar spurningar og vinna úr tilfinningum. Dregnir eru fram styrkleikar og gefin hagnýt ráð. Hringt er í þá sem ekki koma til að meta þarfir og veita stuðning. Syrgjendur eru beðnir um að svara spurningum með það að markmiði að afla upplýsinga um hvað þykir hjálplegt í þeirra aðstæðum, meta gagnsemi samverustundanna og hvort þörf sé fyrir annars konar stuðning.

Niðurstöður: Syrgjendum hefur reynst hjálplegt í úrvinnslu sorgar og missis að deila hugleiðingum sínum með öðrum sem eru að ganga í gegnum sambærilega reynslu. Einnig hafa þessar samverur verið ísbrjótur í fjölskyldum að ræða þætti sorgarinnar sem ekki hafði verið gert áður. Samverustundir syrgjenda þykja því gagnlegur vettvangur til að veita stuðning að mati syrgjenda.

Ályktanir: Mikilvægt er að meta þarfir syrgjenda og mæta þeim. Sorg og tilfinning um missi hefst gjarnan fyrir andlát ástvinar. Hjúkrunarfræðingar og aðrir sem þekkja aðstandendur og aðdraganda andláts ástvinar þeirra eru því í lykilstöðu til að sinna eftirfylgd eins og þeirri sem hér er lýst.

Kynning á umræðuhópum og stuðningi hjúkrunarfræðinga á göngudeild Landakoti við aðstandendur.

Guðlaug Guðmundsdóttir og Guðrún Karlsdóttir hjúkrunarfræðingar á göngudeild Landakoti

Starf hjúkrunarfræðinga á göngudeild á Landakoti felst m.a. í því að vera aðal tengiliðir deildarinnar við sjúklinga og ekki síður aðstandendur þeirra. Hjúkrunarfræðingurinn afhendir nafnspjald sitt við fyrstu komu og býður þeim að hafa samband eftir þörfum. Starfið felst í ráðgjöf og stuðningi við aðstandendur í formi símaráðgjafar, fjölskyldufunda og stuðningsviðtala. Þessi stuðningur miðar m.a. að því að auðvelda aðstandendum að takast á við veikindi sjúklingsins, leiðbeina þeim um þau úrræði sem eru í boði og að forðast eða í besta falli að seinka innlögnum á sjúkrahús eða í varanlega vistun. Hjúkrunarfræðingar á göngudeildinni á Landakoti hafa frá 2010 verið með skipulagða umræðuhópa fyrir aðstandendur einstaklinga sem greinast með heilabilun. Árið 2008 var ákveðið að innleiða fjölskylduhjúkrun á Landspítalanum og eru hóparnir liður í þeirri stefnu. Erfitt er að finna rannsóknir sem meta gildi slíkra hópa eingöngu (ekki aðrar aðgerðir jafnframt), en niðurstöður þvert á rannsóknir sýna að stuðningur við aðstandendur eykur getu til að takast á við sjúkdómsástand ástvinar, að meðferð fyrir aðstandendur dregur úr depurð og að fræðsla fyrir aðstandendur skilar sér til sjúklinga í bættri líðan.

Effectiveness of Therapeutic Conversation Intervention among Caregivers of Adolescents and Youth with Eating Disorders: groups and interviews

Margret Gísladóttir¹ RN, MS, PhD (c), Erla Kolbrun Svavarsdóttir² RN, PhD

¹Landspítali National University Hospital in Iceland

²University of Iceland, School of Health Sciences, Faculty of Nursing

Introduction: Parents of adolescents/youths with eating disorders are known to suffer major difficulties and are in great need of support. Unhelpful parental support strategies can delay the recovery of an individual with an eating disorder. Skills training interventions can equip parents with skills, guidance and techniques that will help them better support their loved one.

Aims: The main purpose of this study was to evaluate the effectiveness of five therapeutic

conversation interventions (TCI) in groups' and carers' sessions, on the supporting role of caregivers in terms of effectiveness for both carers and their loved ones.

Methods: The study is a Quasi-experimental design with pre- and post test, where 7 questionnaires were used on 5 occasions. The Calgary Family Models, the Beliefs Model and the Maudsley model were used as a theoretical framework. Participants (n=58) were parents of adolescents/youth with eating disorders. The sessions consisted of education, tasks and discussion, working on emotions, care giving demands, communication and the supporting role of parents.

Results: The study revealed a significant difference in caregivers' emotional and cognitive provided support, illness beliefs, disruptive behavior, and quality of life, negative aspects of care giving demands and patients' behavior difficulties and of themselves after TCI and/or at follow up.

Discussion: The TCI with parents', group and individual sessions proved to be of benefit both for parents and the patient. The outcomes provide information on treatment for health care professionals in how they can help primary caregivers in their supporting role which can, in turn, improve services.

Hefur menntun og starfsánægja áhrif á starfshætti í fjölskylduhjúkrun?

Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðurmaður fræðasviðs fjölskylduhjúkrunar á LSH og við HÍ, Anna Ólafía Sigurðardóttir sérfræðingur í hjúkrun á LSH og doktorsnemandi í hjúkrunarfræði við hjúkrunarfræðideild HÍ og Elísabet Konráðsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun á LSH

Purpose and Background: The purpose of this study was to explore the relationships between nurses' perception of their family nursing practice skills and their job characterizes (demands, control and support) three years following an implementation of a Family Nursing (FN) hospital training educational program (ETI-program) at a National/University Hospital.

Methods: There were 440 nurses who participated in 2014. Scores for the characteristics of job demands and job control were created to categorize participants into four job types (Karasek, 1990); "high strain" (high demand, low control), "passive" (low demand, low control), "low strain" (low demand, high control), and "active" (high demand, high control).

Results: The nurses who had taken the ETI-program reported significantly higher practice appraisal on the Family Nursing Practice scale, compared to the nurses who had not taken the ETI-program. The nurses who perceived them self's to be "active" also perceived them self's to be significantly better in practicing FN than the nurses who perceived them self's to be "passive" or to be the "low strain" job type. Further, the nurses who had taken the ETI-program and characterized their job to be of "low strain" evaluated their overall job satisfaction to be significantly higher than the nurses who had taken the ETI-program but characterized their job to be "high strain" or passive. The nurses who were practicing FN and took the ETI-program are in addition to evaluating them being in "high control", perceiving them self's to be significantly more satisfied in their job than the nurses who did not take the ETI-program or the nurses who took the ETI-program but perceived them self's to be in "low control" over their job.

Conclusion: Facilitating nurses' autonomy and control over their work, through hospital training such as the ETI-program, might in the long run, have an impact on nurse's satisfaction with their job.

Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlynningu Landspítala. Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein

Asta B. Petursdóttir¹ RN, MSc, PhD (student), Erla Kolbrun Svavarsdóttir² RN, PhD

1Landspítali háskólasjúkrahús

2Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, hjúkrunarfræðideild

Ættingjar sem sinna alvarlega veikum ástvini sínum heima eru undir miklu álagi bæði andlegu og líkamlegu. Mikilvægt er að fagaðilar dragi sem mest úr álaginu sem veikindaferlinu fylgir, með því að vera stöðugt vakandi yfir líðan skjólstaðinga sinna. Veita meðferð til að minnka álagið með því að hlúa að samvinnu og samskiptum hins veika og fjölskyldunnar. Efla stuðningsnet, styðja umönnunaraðila í að huga að eigin heilsu og benda á viðeigandi bjargráð. Megintilgangur rannsóknarinnar er að kanna ávinning af meðferð, þar sem áhersla er lögð á meðferðarsamræður við fjölskyldumeðlimi sem annast um náinn ættingja með ólæknandi krabbamein. Einnig er leitast við að kanna samspil þunglyndis, kvíða, streitu, heilsutengdra lífsgæða, stuðnings og fræðslu hjúkrunarfræðinga við fjölskyldur, umönnunarálag og bakgrunnspætti fjölskyldunnar, sem og gagnsemi meðferðarinnar við að styðja fjölskylduna sem þátttakanda í líknandi meðferð. Auk þess verður kannað hvort þær fjölskyldur sem fá meðferðarsamræðurnar vinni betur úr sorgarreynslu eftir andlát en þær fjölskyldur sem fá hefðbundna þjónustu. Rannsóknin felur einnig í sér að meta ávinning af innleiðingu klínískra leiðbeininga í sérhæfðri hjúkrun þessum fjölskyldum til handa.

Í fyrsta fasa rannsóknarinnar er notað „Quasiexperimental design“ og 7 spurningalistar lagðir fyrir þátttakendur á þremur tímamörum. Meðferðin felst í meðferðarsamræðum sem fara fram á heimili viðkomandi fjölskyldu í 2-3 skipti. Þátttakendur eru nánustu aðstandendur sjúklinga sem eru í þjónustu Heimahlynningar Landspítala. Í öðrum fasa rannsóknarinnar sem er lýsandi þversniðskönnun, er spurningalisti lagður fyrir hjúkrunarfræðinga Heimahlynningar og mat lagt á notkun klínískra leiðbeininga. Í þriðja fasa rannsóknarinnar þar sem sorgarúrvinnsla er metin (30 aðstandendur í samanburðarhópi og 30 í meðferðarhópi) verða 2 spurningalistar lagðir fyrir á þremur tímamörum.

Þróun meðferðarsamræðna við konur með krabbamein og maka og áhrif samræðna á aðlögun tengda kynlífi og nánd

Jóna Ingibjörg Jónsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir

Óuppfylltar fræðsluþarfir vegna kynlífstengdra vandamála eru algengar meðal krabbameinssjúklinga og maka og sumum þörum gengur illa að ná saman að nýju hvað varðar kynlíf og nánd. Skortur er á meðferðarrannsóknum um þetta efni meðal kvenna með krabbamein og maka þeirra.

Í erindinu verður greint frá fyrirhugaðri rannsókn en tilgangur hennar er að þróa og meta áhrif meðferðarsamræðna á þör þar sem konan hefur greinst með krabbamein - í því skyni að efla aðlögun sem varðar kynlíf og nánd.

Rannsóknarsnið er slembuð íhlutunarrannsókn og úrtak er 80 þör (40 þör í tilraunahópi og önnur 40 þör í samanburðarhópi sem fá seinkaða íhlutun. Inngripið samanstendur af meðferðarsamræðum þar sem samtölin munu endurspeglar hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar samkvæmt Illness Beliefs Líkaninu.

Niðurstöður rannsóknarverkefnisins geta aukið þekkingu á kynlífsbata og kynlífsendurhæfingu hjá konum með krabbamein.

Stuðnings-og fræðsluviðtöl á göngudeild Barnaspítala Hringsins

Elisabet Konráðsdóttir^{1,2}, Guðrún Eygló Guðmundsdóttir¹, Ólöf Elsa Björnsdóttir¹,

Rakel B. Jónsdóttir^{1, 2}, Sólrún Kamban¹ og Erla Kolbrún Svavarsdóttir^{1,2}
1Landspítali Háskólasjúkrahús
2Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Inngangur: Greining og meðferð við langvinnum heilsuvanda barns er erfið lífsreynsla fyrir fjölskyldu þess og veldur miklu andlegu álagi, sér í lagi hjá foreldrum. Íslenskar rannsóknir hafa sýnt að markviss stuðnings-og fræðslumeðferð fyrir foreldra barna með krabbamein, sykursýki og berkjungabólgu hafði jákvæð áhrif á líðan og aðlögun foreldra, og einnig upplifun þeirra af auknum stuðningi.

Aðferð: Hjúkrunarfræðingar á göngudeild barna með flogaveiki, gigt, lítilla fyrirbura, offitu og sykursýki hafa þróað styrkleikamiðaða stuðnings-og fræðslumeðferð sem byggir á hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar. Í rannsókninni verður kannaður ávinningur af stuðnings-og fræðsluviðtölunum. Auk þess verður ánægja foreldra með heilbrigðisþjónustuna könnuð, ásamt lífsgæðum þeirra, viðhorfum og upplifðum stuðningi. Rannsóknin er hálfstöðluð tilraun með eins hópa fyrir og eftir sniði (quasi experimental design). Stefnt er að því bjóða 60-75 fjölskyldum þátttöku. Foreldrar svara spurningarlistum fyrir fyrsta stuðnings-og fræðsluviðtal og aftur 4-8 vikum eftir síðara viðtal.

Niðurstöður: Kynntar verða aðferðir gagnasöfnunar þar sem list er stuðnings-og fræðsluviðtölum við foreldra.

Ályktanir: Mikilkvægt er að þróa og prófa hjúkrunarmedferðir. Niðurstöður rannsóknarinnar er innlegg í þróun gagnreyndrar þekkingar á göngudeildum í aðstoð við fjölskyldur og í vísindasamfélaginu.

Veggspjöld útdrættir

Family Nursing Hospital Training and the Outcome on Job Demands, Control and Support

Anna Olafia Sigurdardottir, Erla Kolbrun Svavarsdottir og Sigrun Juliusdottir.

Purpose and background: The purpose of this study was to evaluate the impact of a family systems nursing (FSN) hospital training educational program (ETI-program), on nurses' and midwives' perception of job demands, control, and/or support. Scores for the characteristics of job demands and job control were created to categorize participants into four job types. These four job types are high strain (high demand/low control), passive (low demand/low control), low strain (low demand/high control), and active (high demand/high control).

Methods: A longitudinal quasi-experimental research design was used. Nurses and midwives working at Women's and Children's service (n=479) participated in the study on three time periods from 2009–2011. The nurses participated in the ETI-program, which consist of lectures and clinical training in applying FSN in practice by participating in skills lab training and workshops. The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire was used.

Results: Majority of the nurses and midwives were satisfied with their present job. A significant difference was found amongst the high strain job group regarding perceived support from administrators and colleagues among the nurses and midwives who had taken the ETI-program compared to those who had not taken the program.

Conclusion: This result indicates that the health care professionals who characterized their job

to be of high demand but with low control evaluated the support from their administrators and colleagues to be significantly higher if they had taken the ETI-program than did the nurses and midwives who did not take the ETI-program

**Umræðuhópar fyrir aðstandendur fólks með heilabilun.
Guðrún Karlsdóttir, Guðlaug Guðmundsdóttir og Marie Muller hjúkrunarfræðingar á
göngudeildinni á Landakoti**

Margt breytist í lífi einstaklings og fjölskyldu hans við að fá heilabilunarsjúkdóm. Við það að verða öðrum háður um ýmsar athafnir daglegs lífs breytast hlutverk einstaklinga í fjölskyldu og það vekur oft á tíðum erfiðar tilfinningar. Breytingar á persónunni og breytingar á atferli valda fjölskyldunni erfiðleikum. Í umræðuhópnum er fjallað um þessar breytingar, tilfinningaviðbrögð og aðlögun. Þátttakendur fá tækifæri til að deila reynslu sinni með öðrum sem standa í sömu sporum og ræða mál sem oft er erfitt að tala um við þá sem ekki hafa þess lífsreynslu. Markmið með hópnum er að aðstandendur fái upplýsingar, stuðning og ráðgjöf til að ráða betur við það sem upp kemur í daglegu lífi, að þeir finni að þeir eru ekki einir um þá erfiðleika sem þeir ganga í gegnum og geti leyft sér að tala um það sem á þeim hvílir. Hópnum er skipt í tvennt, annarsvegar 6 makar og hins vegar 6 afkomendur einstaklinga með heilabilun. Hver hópur hittist x2 í 1 ½ klst í senn. Hóparnir eru á vegum hjúkrunarfræðinga á minnismóttöku göngudeildar á Landakoti. Hópstjóri er hjúkrunarfræðingur með þekkingu á málefnum heilabilaðra og reynslu í hjúkrun þeirra. Iðjuþjálfari og sálfræðingur koma einnig með fræðslu í hópnum. Spurningar eru lagðar fyrir þátttakendur í lok seinni hópsins. Í svörum þeirra kemur fram almenn ánægja með umræðuhópnum og allir telja sig hafa haft gang af því að taka þátt í þeim.

**Fjölskyldubrúin
Brynja Óskardóttir og Sigurlaug Eyjólfsdóttir**

Foreldrar með krabbamein hafa oft áhyggjur af líðan barna sinna og eru tvístígandi um hvernig best sé að ræða um veikindin og áhrif þeirra á daglegt líf fjölskyldunnar.

Fjölskyldubrú er stuðningstilboð krabbameinslækningadeilda LSH fyrir krabbameinsveik foreldri barna frá 8 ára aldri og fram á fullorðinsár. Brynja Óskarsdóttir og Sigurlaug Eyjólfsdóttir félagsráðgjafar við deildirnar eru sérþjálfaðir aðilar Fjölskyldubrúarteymis LSH og sinna þessu verklagi.

Fjölskyldubrúin byggist á gagnreyndum kenningum dr.W.Beardsley ofl og auðveldar umræðu í fjölskyldum um veikindin og áhrif á daglegt líf, auk þess að styrkja foreldrahlutverkið og auka færni barna til að takast á við erfiðar aðstæður.

Fjölskyldubrúin fer þannig fram að foreldrarnir og stuðningsaðilar eiga samræður um umhugsunarefni foreldranna, stuðningsaðilar og hvert barn eiga samræðu um vangaveltur barnsins, haldinn er fjölskyldufundur og málinu fylgt eftir um tíma.

Ef börnin eru mjög ung (yngri en svo að þau geti valdið samræðu um líf sitt) er valin sú leið að foreldrarnir eiga samræður við stuðningsaðila um börnin, áhættuþætti í lífi þeirra og verndandi (styrkjandi) þætti.

**Reaching Out to Women who are Victims of Intimate Partner Violence
Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og
forstöðurmaður fræðasviðs fjölskylduhjúkrunar á LSH og við HÍ og Brynja Örlygsdóttir,
dósent við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands**

Purpose: Health care professionals such as nurses working at Emergency Departments and at Community Health Care Centers are increasingly finding the need to be up to date in scientific knowledge about the effect of intimate partner abuse on women's health and health related quality of life. Nurses also want to offer best practice first response when assessing abuse among women, but little is known about effective screening procedure(s).

Aims: To evaluate the effect of abuse on women's (a) health related quality of life; and (b) to evaluate the effectiveness of screening methods in detecting women abuse within an emergency department at a University Hospital in Iceland (ED, n=156) and in the community at a University Square among female University students (US, n=168)). The Women's Response to Battering model (Campbell & Soeken, 1999) was the conceptual framework for the study.

Methods: Cross sectional research design was used. Data were collected at one time in 2009 over a period of 9 months from 324 women ranging in age from 18-67 years.

Results: For the women who experienced abuse (n=55) a significant difference was found on their physical and mental health when comparing them to the group of women (n=251) who did not experience abuse in their intimate relationships. Further, the women's mental health, the experience of abuse in current intimate relationship and experiencing post-traumatic-stress-disorder, predicted 54% of the variance in the women's psychological health. Physical abuse was experienced by 21 of the women (6.9%), 45 (14.8%) reported being victims of emotional abuse and 8 women (2.6%) had been sexually abused in their current intimate relationship. Results regarding the women's health related quality of life, and disclosure of abuse based on the method used for data collection, will be reported.

Discussion and Conclusions: Implication for clinical practice and future research will be discussed.