

Hildigunnur Svavarsdóttir,  
hjúkrunarfræðingur /  
hs@unak.is  
Gísli Níls Einarsson,  
hjúkrunarfræðingur /  
gisli@heilsuvernd.is



## VIÐHORF ÍSLENSKRA HJÚKRUNARFRÆÐINGA TIL ÞEKKingAR OG ÞJÁLFUNAR Í ENDURLÍFGUN

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf íslenskra hjúkrunarfræðinga til þekkingar og þjálfunar í endurlífgun. Um var að ræða megindelega, lýsandi rannsókn þar sem spurningalistar voru notaðir við gagnasöfnun. Í þýðinu voru allir starfandi félagsmenn í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga sem búsettir voru á Íslandi þegar rannsóknin fór fram. Í tilviljanakenndu úrtaki lentu 554 hjúkrunarfræðingar og samsvarar það 25% af þýðinu. Svörun í rannsókninni var 57,8%.

Meirihluti þátttakenda (60%) taldi sig búa yfir nægri þekkingu í endurlífgun. 76% þátttakendanna höfðu lent í aðstæðum þar sem endurlífgun var beitt og tæplega helmingur þeirra (48%) taldi sig mjög öruggan í endurlífgun. Flestir þátttakendurnir töldu að tími milli námskeiða væri of langur og hjá tæplega helmingi þátttakenda (47%) höfðu liðið meira en þrjú ár frá síðasta námskeiði. Hinn langi tími milli námskeiða bendir til að hjúkrunarfræðingar nái ekki að viðhalda færni sinni í endurlífgun sökum þess hve henni hnignar hratt.

### Mikilvægt að hjúkrunarfræðingar viðhaldi þekkingu sinni og hæfni í endurlífgun

Á Íslandi er hjartastopp hvorki daglegur viðburður á almennum deildum sjúkrahúsa né úti í samfélaginu, en þegar hjartastopp á sér stað er færni í endurlífgun, hröð og þjálfuð viðbrögð það sem skilið getur milli lífs og dauða. Rannsóknir hafa sýnt



Hildigunnur Svavarsdóttir, lauk meistaraþrófi í hjúkrunarfræði frá Glasgow Caledonian háskólanum í Glasgow í Skotlandi árið 1997. Starfar nú sem lektor við heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri og skólastjóri Sjúkraflutningaskólans.

Gísli Níls Einarsson, lauk B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri árið 2000. Starfar nú hjá heilsu- og öryggisverndarfyrtækinu Heilsuvernd ehf. sem ráðgjafi og hjúkrunarfræðingur.



Í keðjunni eru fjórir hlekkir: 1) beiðni um hjálp, 2) grunnendurlífgun, 3) rafstuð og 4) sérhæfð meðferð.

að hjúkrunarfræðingar eru þeir heilbrigðisstarfsmenn sem hvað líklegastir eru til að koma að og bregðast við hjartastoppi inni á deildum sjúkrahúsa og því er nauðsynlegt að hjúkrunarfræðingar og aðrir sem koma að hjartastoppi hafi nægilega þekkingu og þjálfun í endurlífgun.

Margar rannsóknir hafa verið gerðar, bæði austan hafs og vestan, á þekkingu, færni og þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun. Niðurstöðum þessara rannsókna ber saman um að þekkingu og þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun sé ábótavant og hún sé í raun ófullnægjandi. Í niðurstöðum rannsóknanna er einnig bent á að með tímanum verði talsverð hnignun á færni hjúkrunarfræðinga í að framkvæma endurlífgun og er þar bent á þörf fyrir reglulega upprifjun auk þess sem endurskoða þurfi kennsluáferðir til þess að bæta hæfni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf íslenskra hjúkrunarfræðinga til eigin þekkingar og þjálfunar í endurlífgun, hvort sem það er inni á heilbrigðisstofnun eða úti í þjóðfélaginu. Markmiðið er að vekja athygli á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar viðhaldi þekkingu sinni og hæfni í endurlífgun.

### Grunnatriði endurlífgunar

Endurlífgun er hugtak sem notað er til að lýsa þeim aðferðum sem beitt er til að endurvekja blóðrásar- og súrefnisflæði til lífsnauðsynlegra líffæra. Endurlífgun er skipt í grunnendurlífgun annars vegar og sérhæfða endurlífgun hins vegar. Aðalatriði grunnendurlífgunar er að halda öndunarvegi opnum og viðhalda öndun og blóðrás

án notkunar búnaðar nema þá einfalds hjálpartækis, s.s. blástursmunnstykks. Yfirleitt er ekki hægt að koma hjarta í gang að nýju með hjartahnoði eingöngu. Það er þó þekkt að ef hjartahnoði er hæfið tímanlega getur það lengt tímann sem sjúklingur er í sleglahraðtakti og þannig aukið líkurnar á því að björgunaraðili með hjartastuðtæki geti aftur komið á reglulegum takti. Grunnendurlífgun gegnir mikilvægu hlutverki í röð athafna sem kallast lífkeðjan en hún miðar að því að auka lífslíkur þeirra sem orðið hafa fyrir hjartastoppi.

Í lífkeðjunni er grunnendurlífgun og sérhæfð endurlífgun sett undir einn hatt. Þannig er lögð áhersla á innbyrðis samband þeirra og mikilvægi beggja aðferða til að árangur verði af endurlífgunaraðgerðum. Héðan í frá verður talað um grunnendurlífgun sem endurlífgun.

### Þekking og færni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun

Eins og fram hefur komið skipta skjót viðbrögð við hjartastoppi mestu máli um það hvort sjúklingurinn lifir eða ekki. Niðurstöður rannsókna benda til þess að í um 60% þeirra hjartastoppstilfella, sem eiga sér stað inni á sjúkrahúsi, séu hjúkrunarfræðingar í grenndinni og fyrstir að koma á vettvang. Hjúkrunarfræðingar gegna því mikilvægu hlutverki í lífkeðjunni, þ.e. að tilkynna atburðinn og hefja endurlífgun eins fljótt og kostur er. Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á mikilvægi þekkingar og færni í endurlífgun hafa ýmsir rannsakendur komist að þeirri niðurstöðu að þekkingu og færni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun sé ábótavant. Sem dæmi má nefna að í breskri rannsókn, sem unnin var af Crouch og Graham (1993) og

62 hjúkrunarfræðingar tóku þátt í, töldu 42% þeirra, eða 26 hjúkrunarfræðingar, sig geta framkvæmt endurlífgun á öruggan hátt en af öllum hópnum gátu einungis 4 hjúkrunarfræðingar eða 9,5% svarað spurningum um endurlífgun rétt. Í rannsókn, þar sem metin var færni 425 þýskra hjúkrunarfræðinga í endurlífgun, kom fram að aðeins 14,1% þeirra gátu hjartahnoðað á réttan hátt og aðeins 6,6% hjúkrunarfræðinganna gátu blásið í dúkkuna á fullnægjandi hátt (Kuhnigk o.fl., 1994). Í samsvarandi rannsókn Nyman og Sihvonen (2000) tóku þátt 298 hjúkrunarfræðingar og hjúkrunarfræðinemar á síðasta námsári. Rúmlega helmingur þeirra (53%) taldi sig geta framkvæmt endurlífgun á öruggan hátt. Einungis 3%, eða 9 þátttakendur, gátu staðfest púlsleysi áður en endurlífgun hófst.

Þekking hjúkrunarfræðinga í endurlífgun virðist varðveitast lengur en færni þeirra en bent hefur verið á að færni þeirra í endurlífgun byrji að hnigna fljótlega eftir námskeið eða frá tveimur vikum til eins árs eftir lok námskeiðs í endurlífgun (Broomfield, 1996).

### Þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun

Í ljósi þess hve færni hnignar hratt benda niðurstöður rannsókna til þess að hjúkrunarfræðingar þurfi á reglulegri og tíðari endurþjálfun að halda heldur en almennt er til að varðveita færni sína í endurlífgun. Regluleg þjálfun er mikilvæg en misjafnt er hversu langur tími líður á milli námskeiða hjá hjúkrunarfræðingum. Berden og félagar (1993) sýna fram á að best sé að endurþjálfunin fari fram á sex mánaða fresti. O'Donnell og Skinner (1993) greina frá því að eitt ár sé lengsti tími sem líða megi á milli viðhaldsnámskeiða í endurlífgun. Rauði kross Íslands, sem sinnt hefur hvað mestri þjálfun í endurlífgun á Íslandi, mælir með að einstaklingar, sem hafa farið á endurlífgunarnámskeið, fari á upprifjunarnámskeið í endurlífgun á tveggja ára fresti.

Hjúkrunarfræðingar virðast ekki gera sér nógu vel grein fyrir hve hratt færni þeirra í endurlífgun hnignar og

leitast því ekki við að fara reglulega á endurbjálfunarnámskeið (Badger og Rawstone, 1998). Ekkert segir til um það hvernig þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun skuli háttað. Hins vegar mælir evrópska endurlífgunarráðið með að allt starfsfólk, sem tekur þátt í umönnun sjúklinga, fái reglulega þjálfun í endurlífgun.

### Aðferðafræði

Rannsóknin var byggð á lýsandi, megindlegri aðferðafræði og var upplýsingum safnað með spurningalista. Fengið var samþykki tölvunefndar dómismálaráðuneytis áður en rannsóknin hófst. Undirbúningur rannsóknarinnar hófst haustið 2000 og lauk gagnasöfnun í desember 2001.

Spurningalistinn var upphaflega saminn af tveimur fjórða árs nemendum í hjúkrunarfræði vorið 2000 en rannsakendur þessarar rannsóknar lögðu síðan lokahönd á hann. Á spurningalistanum voru tuttugu spurningar um ýmsar lýðfræðilegar breytur, hvort hjúkrunarfræðingurinn hefði tekið þátt í endurlífgun og þá hvernig áhrif það hefði haft á hann og hans öryggi. Enn fremur var spurt um fyrirkomulag þjálfunar og reynt að fá fram mismunandi sjónarhorn sem geta gefið vísbandingar um skipulagningu og framkvæmd endurlífgunarkennslu fyrir hjúkrunarfræðinga á Íslandi. Spurningalistinn var sendur heim til þátttakenda í nóvember 2000.

### Þýði og úrtak

Þýði rannsóknarinnar voru allir starfandi félagsmenn í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga (FÍH) sem búsettir voru á Íslandi í október 2000 og voru 554 hjúkrunarfræðingar valdir með tilviljanakenndu úrtaki en það samsvarar 25% af þýðinu. Af þeim 554 hjúkrunarfræðingum, sem fengu sendan spurningalista, sendu 318 svör og samsvarar það 57,4% svörum.

### Gagnagreining og úrvinnsla

Í meistararannsókn Hildgunnar Svavarsdóttur (2001), sem fjallaði um hagnýtingu hjúkrunarfræðinga á niðurstöðum

TAFLA 1. Einkenni úrtaks.

	N	%
Aldur		
20 – 30 ára	37	12
31 – 40 ára	99	31
41 – 50 ára	129	40
51 – 60 ára	39	12
> 61 árs	16	5
Búseta		
Höfuðborgarsvæðið	243	76
Landsbyggðin	75	24
Menntun		
Hjúkrunarskóli Íslands	144	45
B.Sc. gráða	142	45
Sérskipulagt B.Sc. nám	10	10
Starfsreynsla í hjúkrun		
< eitt ár	1	0
1 – 5 ár	53	17
6 – 10 ár	51	16
11 – 15 ár	39	12
16 – 20 ár	71	22
> 20 ár	105	33
Starfsvettvangur þátttakenda		
Bráða- og gjörgæsludeild	63	20
Öldrunardeild	44	14
Heilsugæsla	43	15
Aðrar sjúkrahúsdeildir	125	38
Annað	43	13
Öryggi í endurlífgun		
Örugg(ur) í endurlífgun	118	48
Frekar óörugg(ur)	96	40
Mjög óörugg(ur)	17	7
Veit ekki	11	5
Þátttaka í endurlífgun		
Já	242	76
< 1 ár frá síðustu endurlífgun	83	34
1 – 5 ár frá síðustu endurlífgun	81	33
> 5 ár frá síðustu endurlífgun	79	33
Nei	78	24

rannsóknna, bentu þátttakendur á að það sé mikilvægt að skrifa rannsóknaniðurstöður á auðskiljanlegu tungumáli fyrir hinn almenna hjúkrunarfræðing og að skýr og góð framsetning stuðli að bættum skilningi og þar með jákvæðum viðhorfum gagnvart notkun á niðurstöðum rannsókna. Í ljósi þessa ákváðu rannsakendur að setja niðurstöðurnar fram á einfaldan hátt, þ.e. án flókinnar tölfræðilegrar úrvinnslu, til þess að innihaldið skilaði sér til hins almenna hjúkrunarfræðings.

### Niðurstöður

#### Einkenni úrtaks

Meirihluti þátttakenda, eða 71%, var á aldrinum 31-50 ára. Um þrjú fjórðu þátttakenda voru af höfuðborgarsvæðinu og 24% af landsbyggðinni. Tæplega helmingur þátttakenda (45%) höfðu hlotið grunnmenntun í hjúkrun í Hjúkrunarskóla Íslands og 45% höfðu lokið B.Sc. gráðu. Flestir þátttakendanna, eða 67%, voru með meira en 10 ára starfsreynslu í hjúkrun. Starfssvið hjúkrunarfræðinganna

var breitt og störfuðu 20% þátttakenda á bráða- og gjörgæsludeildum þegar rannsóknin fór fram. Stór hluti þátttakenda eða 76% hafði einhvern tímann tekið þátt í endurlífgun. Tæplega helmingur (48%) þeirra sem höfðu tekið þátt í endurlífgun töldu sig örugga í endurlífgun. Einkennum úrtaksins er lýst nánar í töflu 1.

### Viðhorf hjúkrunarfræðinga til þekkingar í endurlífgun

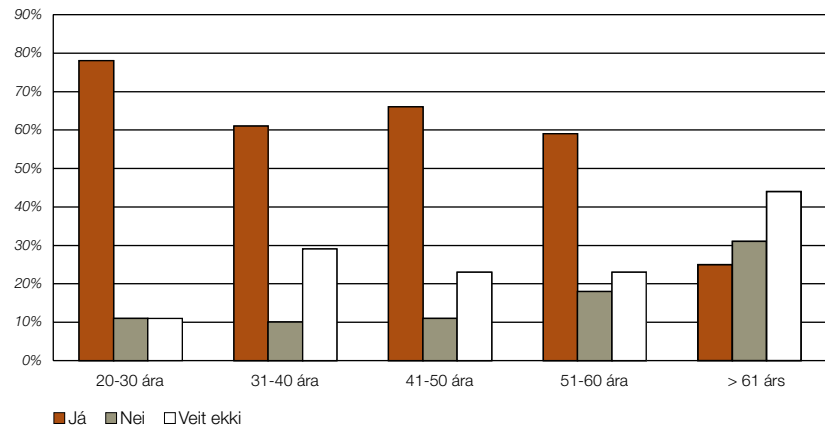
Þegar þátttakendur voru spurðir að því hvort þeir teldu sig búa yfir nægri þekkingu í endurlífgun þannig að þeir gætu brugðist rétt við þegar slíkar aðstæður koma upp inni á sjúkrahúsi þá taldi meirihluti þátttakenda, eða 60%, sig búa yfir nægri þekkingu í endurlífgun en 40% töldu þekkinguna ónóga eða vissu ekki hvernig þekkingu þeirra var háttáð. Svipuð mynd kom upp þegar spurt var um hvort þeir teldu sig hafa næga þekkingu í endurlífgun þannig að þeir gætu brugðist rétt við þegar þörf væri á endurlífgun utan sjúkrahúsa og svöruðu 62% því til að þeir teldu sig hafa næga þekkingu og 38% ónóga þekkingu eða vissu ekki um stöðu sína.

Enn fremur var litið á hvernig mismunandi aldurshópar álíta þekkingu sína í endurlífgun utan sjúkrahúsa og þar kemur í ljós að hlutfallslega færri í elsta aldurshópnum, þ.e. eldri en 61 árs, telja sig ekki búa yfir nægjanlegri þekkingu heldur en í hinum aldurshópnum (mynd 1).

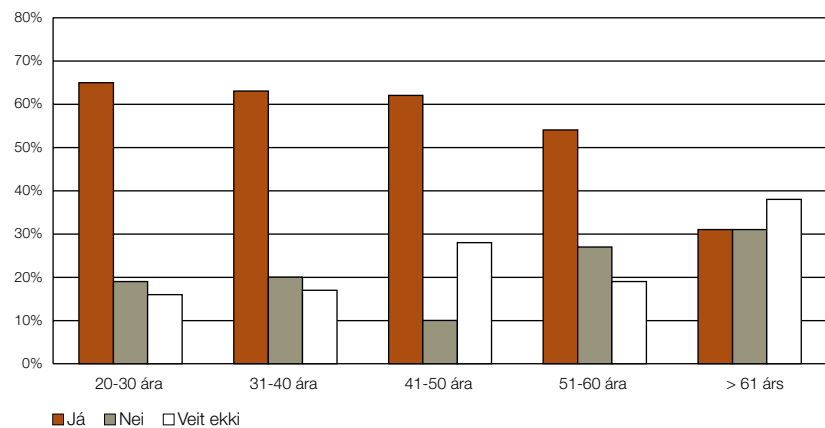
Sambærilegar niðurstöður koma fram hjá þátttakendum 61 árs og eldri ef litið er á endurlífgunarþekkingu innan sjúkrahúsa, þ.e. þeir telja sig ekki búa yfir nægjanlegri þekkingu samanborið við hina aldurshópna (mynd 2). Nánast allir þátttakendur í rannsókninni, eða 95%, töldu það vera siðferðislega skyldu sína að beita endurlífgun utan sjúkrahúsa þegar þörf krefði.

### Viðhorf hjúkrunarfræðinga til þjálfunar í endurlífgun

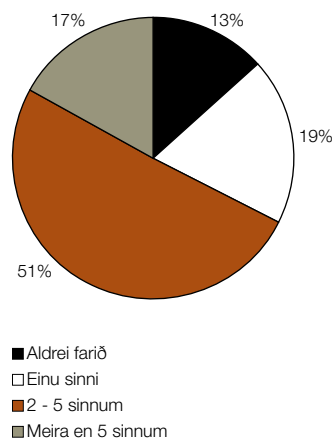
Ríflega þrjú fjórðu þátttakenda (76%) höfðu fengið kennslu í endurlífgun í grunnnáminu. Þegar þátttakendur voru spurðir að því hversu oft þeir hefðu farið



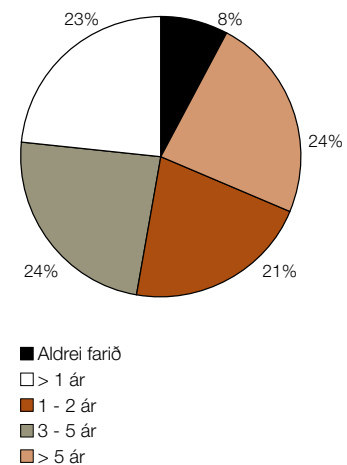
Mynd 1.



Mynd 2.



Mynd 3.



Mynd 4.

á skipulagt námskeið í endurlífgun eftir að þeir hófu störf sem hjúkrunarfræðingar kom í ljós að helmingurinn (51%) hafði farið tvisvar til fimm sinnum, 13% höfðu aldrei farið, 19% einu sinni og 17% meira en fimm sinnum (mynd 3).

Þegar þátttakendur voru spurðir að því hvenær þeir hefðu farið síðast á skipulagt námskeið kom í ljós að hjá tæplega helmingi þátttakenda, eða 47%, höfðu liðið meira en þrjú ár frá síðasta námskeiði, 8% höfðu aldrei farið á námskeið og hjá 45% hjúkrunarfræðinganna höfðu liðið minna en tvö ár (mynd 4). Stór hluti þátttakenda, eða 76%, fór á námskeið í endurlífgun á vegum vinnustaðar síns.

Nánast allir hjúkrunarfræðingarnir voru sammála um að regluleg þjálfun í endurlífgun skyldi vera skyldunámskeið á heilbrigðisstofnunum. Þegar þátttakendurnir voru spurðir hversu langur tími mætti líða á milli skipulagðra námskeiða svöruðu 5% að 6 mánuðir ættu að líða á milli, 43% eitt ár, 45% sögðu tvö ár, 4% fimm ár og 3% þátttakenda vissu það ekki. Í framhaldi af því voru þátttakendur spurðir um æskilegan tíma milli upprifjunar í endurlífgun en upprifjun er yfirleitt skipulögð á þeirri deild sem viðkomandi hjúkrunarfræðingur vinnur á. Þátttakendur töldu að æskilegra væri að hafa styttri tíma milli upprifjunar en skipulagðra námskeiða sem yfirleitt eru lengri og viðameiri. Rúmur þriðjungur þátttakenda (34%) taldi að 6 mánuðir væri æskilegur tíma á milli upprifjunar í endurlífgun. Helmingur þátttakenda (52%) vildi upprifjun einu sinni á ári, 11% þátttakenda upprifjun á tveggja ára fresti og 3% vissu það ekki. Langflestir þátttakenda, eða 86%, töldu að 6-12 mánuðir væri æskilegur tími á milli upprifjunar í endurlífgun.

Að lokum voru þátttakendur spurðir að því hvernig þeir vildu að námskeið í endurlífgun væru uppbyggð. Rúmlega þriðjungur (36%) þátttakenda taldi að best væri að hafa áfram hefðbundna formið, þ.e. fyrirlestra og verklegar æfingar. Einungis 1% þátttakenda vildu eingöngu sjálfsnám en langflestir (61%) vildu sambland af sjálfsnámi, fyrirlestrum og verklegum æfingum. 2% nefndu annað fyrirkomulag, s.s. að fá að vera á neyðarbilnum einu sinni á ári.

## Færni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun er ábótavant

Rúmlega helmingur þátttakenda taldi sig búa yfir nægri þekkingu í endurlífgun hvort sem er innan eða utan heilbrigðisstofnana og nánast allir hjúkrunarfræðingarnir í rannsókninni töldu það siðferðislega skyldu að beita endurlífgun utan sjúkrahúsa ef þörf krefði. Þeim niðurstöðum ber saman við niðurstöður Dwyer og Williams (2002) sem jafnframt benda á að almenningur geri miklar kröfur til hjúkrunarfræðinga varðandi þekkingu þeirra og kunnáttu í fyrstu viðbrögðum við hjartastoppi.

Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingarnir í rannsókninni töldu sig búa yfir nægri þekkingu í endurlífgun benda niðurstöður erlendra rannsókna til þess að færni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun sé ábótavant (Handley og Handley, 2003). Í ljósi ofangreindra heimilda má ímynda sér að þannig sé einnig ástatt hjá íslenskum hjúkrunarfræðingum. Hjúkrunarfræðingar þurfa að gera sér betur grein fyrir gildi reglulegrar þjálfunar í endurlífgun vegna þess hve færni þeirra í endurlífgun hnignar hratt.

Í niðurstöðunum kom einnig fram að nánast allir hjúkrunarfræðingarnir í rannsókninni töldu að regluleg þjálfun í endurlífgun ætti að vera skyldunámskeið á heilbrigðisstofnunum. Skipulögð endurlífgunarnámskeið fyrir hjúkrunarfræðinga ættu að fara fram reglulega, helst með eins til tveggja ára millibili og stutt upprifjun í endurlífgun á sex til tólf mánaða fresti. Þátttakendur rannsóknarinnar voru þeirrar skoðunar að námskeið ættu að fara oftar fram en raunin er. Þegar viðhorf þátttakenda eru borin saman við raunverulegan tíma frá síðasta námskeiði þátttakenda í rannsókninni kom í ljós að 45% þeirra höfðu farið á námskeið á síðustu tveimur árum en 93% þátttakenda töldu æskilegt að fara á skipulagt endurlífgunarnámskeið með minna en tveggja ára millibili. Samkvæmt heimildum er æskilegasti tíminn milli námskeiða sex til tólf mánuðir (Berden o.fl., 1993; O'Donnell og Skinner, 1993). Athyglisvert er að sjá hversu margir þátttakendanna fóru á námskeið fyrir þremur árum eða meira (47% þátttakenda) en samkvæmt niðurstöðum erlendra rannsókna viðheldur

það ekki færni hjúkrunarfræðinga í endurlífgun (Badger og Rawstone, 1998).

Hjúkrunarstjórnendur ættu að tryggja reglulega þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun inni á stofnunum og hafa þjálfunina við sem raunverulegastar aðstæður. Með þessu stuðla hjúkrunarstjórnendur að því að hjúkrunarfræðingar og aðrir geti æft ákveðin hlutverk í endurlífgun en þátttakendur rannsóknarinnar voru allir á þeirri skoðun að þeim ætti að vera skylt að sækja slík námskeið. Þannig gætu hjúkrunarstjórnendur aukið öryggi sjúklinganna og viðhaldið gæðum þeirrar bráðaðþjónustu sem stofnunin veitir.

Mikilvægt er að tryggja að hjúkrunarfræðingar búi yfir fullnægjandi þekkingu og færni í endurlífgun þegar þeir hefja störf. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar taldi tæplega helmingur þátttakenda sig frekar eða mjög öruggan eða 47%. Til þess að minnka óöryggi í endurlífgun benda niðurstöður til þess að æskilegt sé að hefja kennslu í endurlífgun meðal hjúkrunarfræðinema snemma í hjúkrunarnáminu og viðhalda þekkingu og færni þeirra í endurlífgun með reglulegri þjálfun fram að útskrift. Með þessu móti má tryggja að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar verði færari um að taka þátt í endurlífgun og geri sér grein fyrir mikilvægi þess að viðhalda þekkingu og færni í endurlífgun eftir því sem starfsaldur eykst.

Þess ber að geta að niðurstöður rannsóknarinnar lýsa einungis viðhorfum þátttakenda til þekkingar og þjálfunar í endurlífgun. Rúmlega helmingur hjúkrunarfræðinganna (60%) í rannsókninni telur þekkingu sína í endurlífgun vera nægjanlega. Samkvæmt erlendum heimildum, þar sem hjúkrunarfræðingarnir telja þekkinguna næga, er færninni í raun ábótavant. Því væri forvitnilegt að gera rannsókn á því hvort viðhorf íslenskra hjúkrunarfræðinga til þekkingar í endurlífgun endurspeglar raunverulega færni þeirra.

## Mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinga að viðhalda þekkingu sinni og færni

Með tilliti til framangreindrar umfjöllunar er þörf á að endurskoða þekkingu, færni

og þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun. Í ljósi heimilda um það, hversu hratt færni hjúkrunarfræðinga hnignar með tímanum, þurfa hjúkrunarfræðingar að gera sér betur grein fyrir gildi þess að sækja reglulega þjálfun í endurlífgun til að viðhalda færni sinni og þekkingu. Mikilvægt er að þjálfun hjúkrunarfræðinga í endurlífgun verði markviss og fari fram reglulega og við sem raunverulegastar aðstæður þannig að hjúkrunarfræðingar og aðrar fagstéttir geti æft saman ákveðin hlutverk í endurlífgun. Samfélagið gerir þær kröfur til hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna að þeir bregðist við bráðaástandi hvort sem er innan eða utan sjúkrahúss.

Það er von höfunda að niðurstöðurnar varpi ljósi á viðhorf íslenskra hjúkrunarfræðinga til þekkingar í endurlífgun og geti nýst við skipulagningu námskeiða á heilbrigðisstofnunum.

Rannsóknin var styrkt af Rannsóknarsjóði Háskólans á Akureyri, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og Landspítala-háskólasjúkrahúsi.

#### Heimildaskrá

- Badger, T., og Rawstone, D. (1998). An evaluative study of pre-registration nursing students skills in basic life support. *Nursing Education Today*, 18(3), 231-236.
- Berden, H.J.J., Hendrick, J.M.A., van Doomen, J.P.E., Willems, F.F., Pijls, N.H.J., og Knape, J.T.A. (1993). A comparison of resuscitation skills of qualified general nurses and ambulance nurses in The Netherlands. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 22(6), 509-515.
- Broomfield, R. (1996). A quasi-experimental research to investigate the retention of basic cardiopulmonary resuscitation skills and knowledge by qualified nurses following a course in professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 1016-1023.
- Crouch, R., og Graham, L. (1993). Nurses skills in basic life support: a survey. *Nursing standard*, 7(20), 28-31.
- Dwyer, T., og Williams, L.M. (2002). Nurses behaviour regarding CPR and the theories of reasoned action and planned behaviour. *Resuscitation*, 52, 85-90.
- Handley, J.A., og Handley, S.A.J. (2003). Improving CPR performance using an audible feedback system suitable for incorporation into an automated external defibrillator. *Resuscitation*, 57, 57-62.
- Hildigunnur Svavarsdóttir (2001). Hvað er það sem hefur áhrif á nýtingu rannsókna í hjúkrun? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 77(1), 9-15.
- Kuhnigk, H., Sefrin, P., og Paulus, T. (1994). Skills and self-assessment in cardio-pulmonary resuscitation of the hospital nursing staff. *European Journal of Emergency Medicine*, 1(4), 193-198.
- Nyman, J., og Sihvonen, M. (2000) Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*, 47, 179-184.
- O'Donnell, C., og Skinner, A.C. (1993). An evaluation of a short course in resuscitation training in a district general hospital. *Resuscitation*, 26, 193-201.

## Aðalbjörgu Finnbogadóttur þakkað góð störf



Á stjórnarfundum SSN í ágúst þakkaði formaður SSN, Bente G.H. Slaten Aðalbjörgu Finnbogadóttur hjúkrunarfræðing hjá FÍH fyrir vel unnin störf í þágu SSN. Aðalbjörg hefur komið að starfi SSN í 10 ár., m.a. setið í vinnuhópum og skipulagt ráðstefnur og fundi. Vigdís Hallgrímsdóttir alþjóðafulltrúi FÍH tekur við starfi Aðalbjargar innan SSN.

## Námskeið um sár og sárameðferð

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga í samstarfi við Guðbjörgu Pálsdóttur hjúkrunarfræðinga hyggst bjóða upp á námskeið um sár og sárameðferð í febrúar n.k. Nánari upplýsingar um námskeiðið birtast á heimasíðu félagsins, [www.hjukrun.is](http://www.hjukrun.is), þegar nær dregur.

