

Ása Atladóttir, hjúkrunarfræðingur hjá landlækniseimbættinu, asa@landlaeknir.is

## HEIMSFARALDUR INFLÚENSU; EKKI SPURNING HVORT HELDUR HVENÆR



Einstaklingur sýktur af inflúensuveirum getur dreift miklu magni smitefnis með hósta og hnerra.

Líklega er flestum ljóst að undanfarinn áratug hefur fuglainflúensufaraldur gengið í fuglum í Asíu. Faraldurinn hófst í Hong Kong árið 1997 en hefur ágerst frá árinu 2003. Smitvaldurinn er skætt afbrigði fuglainflúensuveiru A, H5N1, sem að öllu jöfnu sýkir eingöngu fugla af og til, en veldur í undantekningartilfellum sýkingum hjá mönnum. Í byrjun maí 2006 hafa samtals 206 einstaklingar veikst af veirunni og hafa 114 þeirra látist (WHO, 2006, tölulegar upplýsingar). Eftir því sem tíminn líður hefur veiran verið að greinast í fuglum í sífellt fleiri löndum Asíu, Afríku og Evrópu og hafa fréttir af því verið settar fram með æsilegum formerkjum svo valdið hefur óróleika meðal manna. En hvaða þýðingu hefur þetta allt saman fyrir okkur? Er fuglaflensan heimsfaraldurinn sem beðið er eftir?

## Inflúensuveirur - fuglaflensuveirur, hver er munurinn?

Inflúensuveirur eru af hópi svokallaðra orthomyxoveira og eru þrjú meginstofnar veirunnar þekktir; inflúensuveira A, sem er sameiginlegur sjúkdómsvaldur í mönnum og dýrum, inflúensuveira B, sem sýkir eingöngu menn, og inflúensuveira C sem veldur mun vægari sýkingum í mönnum en A- og B-stofnarnir. Inflúensa A og B valda árlega flensufaröldrum en orsök þess er m.a. að stöðugt eiga sér stað lítilsháttar breytingar á erfðaefni veiranna og það leiðir til þess að mótefnavakar utan á veirunni breyta sér lítillega ár frá ári og kallast það mótefnavakaflokt (antigenic drift) (Upplýsingar um inflúensu, 2006). Mótefnavakar á yfirborði inflúensuveira kallast hemagglútínín (HA) og nevrámíníðasi (NA) en undirflokkun inflúensuveira byggist á þeim og nöfn hvers undirflokks dregin af upphafsstöfunum og númerum sem hverjum undirflokki eru gefin. Hver undirflokkur inflúensuveiru A sýkir að öllu jöfnu ákveðnar dýrategundir, t.d. menn, ákveðnar fuglategundir, svín, kattardýr, hesta eða seli og er sjaldgæft að sýkingar verði á milli tegunda. Af á annað hundrað undirtegunda fuglainflúensuveiru A eru aðeins fjórar tegundir, að undanskildum H 1-3 og N 1-2 sem vitað er að hafi sýkt menn, þ.e. H5N1, H7N3, H7N7 og H9N2 og hafa sýkingarnar valdið vægum einkennum að undanskilinni H5N1 veirunni (WHO, 2006). Villtir vatnafuglar, s.s. endur og gæsir, eru náttúrulegir hýslar veirunnar og geta borið hana í górnunum án þess að bera einkenni sýkingar en aðrar fuglategundir, s.s. alifuglar, geta verið viðkæmir fyrir henni (Haraldur Briem, 2005). Ekki er að fullu ljóst hverjar smitleiðir H5N1-afbrigðisins hafa verið hjá mönnum sem tekið hafa veikina en allt bendir til að það sé mikil nánd við dauða og sýkta hænsnfugla og hafa tilfelli flest verið í afskekktum héruðum þar sem fátækt er mikil og upplýsingastreymi af skornum skammti.

Fuglainflúensa er fyrst og fremst fuglasjúkdómur en ljóst er að því lengur sem faraldurinn varir í fuglum því meiri líkur eru á að breytingar verði á erfðaefni H5N1-veirunnar sem geta leitt til heimsfaraldurs inflúensusýkinga í mönnum (Haraldur Briem, 2006).

## Heimsfaraldur inflúensu

Heimsfaraldur inflúensu verður þegar meiri háttar breytingar verða á erfðaefni inflúensu A veirunnar, kallað uppstokkun mótefnavaka (antigenetic shift), en þá veita mótefni, sem menn hafa myndað við inflúensusýkingar undanfarinna ára eða fengið með bólusetningum, enga vörn. Slíkt gerðist þrisvar á síðustu öld: árið 1918 (H1N1), árið 1957 (H2N2) og árið 1968 (H3N2). Faraldurinn 1918, spánska veikin svokallaða, var langmannskæðust en þá er talið að 40-50 milljón manna hafi látist af völdum veikinnar í heiminum. Nú eru liðin um 40 ár frá síðasta faraldri og því óttast menn að stutt sé í þann næsta. Hættunni á að heimsfaraldur inflúensu breiðist út byggist á þremur þáttum: 1) nýr stofn inflúensu birtist í dýrarikinu, 2) þessi nýi stofn fer að sýkja menn og 3) nýi stofninn fer að smitast greiðlega milli manna. Fyrstu tvö skilyrðin fyrir heimsfaraldri inflúensu eru nú þegar fyrir hendi (H5N1) en hvort ástandið kemst á 3. stigið er ekki hægt að segja til um (Haraldur Briem, 2006). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur hvatt þjóðir heims til að auka viðbúnað og hefur stofnunin sett fram viðbúnaðarstig sem tengjast nýjum inflúensustofni sem ógnað getur heilsu manna á heimsvísu og hvetur til að þjóðir heims endurskoði áætlanir sínar (Viðbúnaðaráætlun heilbrigðisþjónustunnar, 2006).

## Íslenskur viðbúnaður og áætlanagerð um viðbrögð gegn heimsfaraldri

Ríkisstjórn Íslands skipaði nefnd ráðuneytisstjóra heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og dóms- og kirkjumálaráðuneytis í mars 2005 til að gera úttekt á stöðu mála hér á landi. Í október 2005 samþykkti ríkisstjórnin tillögur nefndarinnar um viðbrögð og aðgerðir vegna hugsanlegs faraldurs inflúensu. Þar er miðað við að fylgst sé náið með þróun áhættumats og viðbúnaði hjá þjóðum Evrópusambandsins og Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni og viðbúnaður hér á landi sniðinn að þeim. Það hlutverk er í höndum heilbrigðismálaráðuneytis, sóttvarnalæknis og almannavarnadeildar ríkislögreglustjóra. Myndaður hefur verið stýrihópur til að kalla til vinnuhópa með fulltrúum allra þeirra stofnana, samtaka

og félaga sem koma á einn eða annan hátt að einstökum málaflokkum. Vinnan í vinnuhópunum mun felast í að skilgreina verkferla við afbrigðilegar aðstæður eins og þær eru áætlaðar að verði ef þjóðfélagið lamast vegna útbreidds inflúensufaraldurs. Sóttvarnalæknir hefur lagt fram *Yfirlit um viðbúnaðaráætlun heilbrigðisþjónustunnar við heimsfaraldri inflúensu* og er hægt að nálgast hana á veraldarvefnum (sjá heimildaskrá, Viðbúnaðaráætlun (2006)). Í henni er skilgreint hvaða helstu þætti viðbragðsáætlun þarf að innihalda og er þar á meðal betri vöktun inflúensutífella, skipulag heilsugæslu og heimahjúkrunar ef til faraldurs kemur, skipulag sjúkrá-hússþjónustu í heimsfaraldri, viðtækt birgðahald veirulyfja og annarra nauðsynlegra lyfja og útdeilingu á hvoru tveggja, birgðahald á hlífðarbúnaði og hjúkrunarvörum o.m.fl. Lögð er áhersla á að vinna viðbragðsáætlunina í góðri samvinnu við faghópa sem í hlut eiga. Þar á meðal eru hjúkrunarfræðingar.

## Árlegir inflúensufaraldrar og smitleiðir

Árlegir faraldrar inflúensu ganga oftast á tímabilinu frá október fram til mars og valda auknu álagi á heilbrigðiskerfið en talið er að 10-15 % þjóðarinnar sýkist ár hvert og fylgir því nokkur umframdaði (Haraldur Briem, 2005). Inflúensuveirurnar sýkja slímhúð í öndunarvegi og geta valdið sýkingu bæði í efri og neðri loftvegum og er meðgöngutími sýkingarinnar 2 dagar en að meðaltali 1-4 dagar. Sýktir einstaklingar, jafnvel með lítil eða engin einkenni, geta gefið frá sér smitefni og þannig smitað aðra. Fullorðnir sýktir einstaklingar dreifa inflúensuveirum að jafnaði með dropasmiti og loftbornu smiti í kjölfar hósta og hnerra í 3-5 daga en ung börn mun lengur, í allt að 3 vikur, og alvarlega ónæmisbældir einstaklingar jafnvel enn lengur. Smit með dropum verður þegar smitandi dropar berast úr öndunarvegi sýkts einstaklings við hósta og hnerra og lenda á slímhúð í augum, nefi eða munn í öðrum einstaklingi. Smágerður svífúði úr öndunarvegi sýkts einstaklings, með ögnum sem eru <5 µm í þvermál, getur svifið með loftstraumum og borist í öndunarveg ósýkts einstaklings. Til að rjúfa slíka smitleið þarf sérstaka

## Stigskipt tímaskeið heimsfaraldurs inflúensu

Í samræmi við hina nýju áætlun WHO eru skilgreind þrjú skeið heimsfaraldurs af völdum inflúensu. Innan hvers skeiðs eru skilgreind mismunandi stig.

### STIG HEIMSFARALDURS

#### Skeið milli heimsfaraldrar

Stig 1. Enginn nýr stofn inflúensuveiru hefur greinst í mönnum.

Stig 2. Enginn nýr stofn inflúensuveiru hefur greinst í mönnum. Stofn inflúensuveiru geisar í fuglum og talinn geta ógnað mönnum.

#### Viðvörðunarskeið

Stig 3. Nýr stofn inflúensuveiru hefur greinst í mönnum en ekki er vitað til þess að hann berist manna á milli nema í undantekningartilvikum og þá við mjög náð samband manna.

Stig 4. Litlar hópsýkingar brjótast út meðal manna á takmörkuðu svæði af völdum nýs stofns inflúensuveiru en hún virðist ekki hafa lagað sig vel að mönnum.

Stig 5. Umtalsverðar hópsýkingar brjótast út meðal manna en þær eru enn staðbundnar. Vísbendingar eru um að veiran hafi í vaxandi mæli aðlagast mönnum, þó ekki í þeim mæli að umtalsverð hætta sé á heimsfaraldri.

#### Skeið heimsfaraldurs

Stig 6. Heimsfaraldur: Vaxandi og viðvarandi útbreiðsla smits meðal manna.

### MARKMIÐ AÐGERÐA

Styrkja viðbúnað við heimsfaraldri inflúensu.

Lágmarka hættu á smiti manna á milli, uppgötva og tilkynna slíkt smit án tafar ef það á sér stað.

Tryggja hraða greiningu á nýjum stofni veiru. Greina tilfelli fljótt og tilkynna þau án tafar. Hröð viðbrögð við fleiri tilfellum.

Halda nýjum stofni innan afmarkaðs svæðis/uppsprettu eða seinka útbreiðslu og vinna tíma til að bregðast við (bóluefni o.fl.).

Hámarksáhersla lögð á að koma í veg fyrir eða seinka útbreiðslu og, ef mögulegt, afstýra heimsfaraldri og vinna tíma til að hrinda í framkvæmd sóttvarnaráðstöfunum.

Draga úr afleiðingum heimsfaraldurs eins og unnt er.

lofttræstingu í rýminu þar sem hinn sýkti dvelur (Bridges, C.B., o.fl., 2003).

Rannsóknir Bean o.fl. (1982) sýndu að inflúensuveirurnar, sem sýktir gefa frá sér, hvort heldur eru af A- eða B-stofni, geta lifað um nokkurn tíma í umhverfinu á sjúkrahúsum og geta borist með snertingu yfir í aðra. Veirurnar lifðu við 35%-45% rakastig og 28°C hita á stáli og plasti í allt að 24-48 klst. og á tau, pappír og pappírspurrkum í 8-12 klst. eftir sáningu en aðeins í 5 mínútur á húðinni. Lifandi veirur gátu borist af ógegndræpu yfirborði á hendur í allt að einn sólarhring og af bréfpurrkum á hendur í allt að 8-12 klst. Í rannsóknum Boone og Gerba (2005) á algengi inflúensuveira á innanstokksmunum á einkaheimilum og á barnaheimilum kom fram að árstíðabundnar sveiflur eru í fjölda veira á yfirborði og eins og viðbúið var náði fjöldinn hámarki þegar inflúensan var að ganga. Rannsóknirnar sýndu að inflúensuveirur voru víða á algengum snertiflötum og gátu lifað á

þurru yfirborði í tvo sólarhringa og í allt að þrjú sólarhringa á blautu yfirborði. Ekki hefur verið metið með rannsóknum hversu smitandi veiran er þegar hún berst af innanstokksmunum en gera verður ráð fyrir að smit geti orðið af beinni snertingu við húð og með óbeinni snertingu þegar mengaðir hlutir í umhverfinu eru snertir, s.s. borðplötur, rúmgrindur, rofar o.s.frv. Vitað er að inflúensuveirur geta lifað úti í náttúrunni í langan tíma, einkum við lágt hitastig, eða í allt að 35 daga við 4°C en í mun styttri tíma ef hitastigið er hærra, t.d. í 7 daga í hægðasýni við 37°C (WHO, 2006).

### Einkenni inflúensu og meðferð

Einkenni inflúensu byrja yfirleitt snögglega og lýsa sér með háum hita, höfuðverk og beinverkjum, þurrum hósta, hálssærindum og nefrennsli og hjá börnum oft með ógleði, uppköstum og kviðverkjum. Flestir eru orðnir hitalausir eftir 3-5 daga en slappleiki og hósti

geta staðið lengur. Einstaklingar með langvinna sjúkdóma og þeir sem komnir eru yfir 60 ára aldur eiga frekar á hættu að fá fylgikvilla inflúensu sem er oftast lungnabólga af völdum baktería. Meðferð við inflúensu er fyrst og fremst hvíld og ríkuleg vökvaneysla og hugsanlega hitalækkandi lyf, s.s. parasetamól. Nú eru einnig fáanleg tvö lyf, oseltamivir (Tamiflu(R)) og zanamivir (Relenza(R)), sem lækna geta ávísað til að draga úr einkennum sjúkdómsins og stytta tímann sem veikindin standa. Til að slík meðferð komi að gagni þarf hún að hefjast innan tveggja sólarhringa frá upphafi veikinda (Upplýsingar af heimasíðu, 2006). Það eru þessar lyfjategundir sem fyrirhugað er að nota í fyrirbyggjandi skyni ef til heimsfaraldurs inflúensu kemur, fyrir fólk í áhættuhópum og fyrir þá sem sinna og meðhöndla veikt fólk (Viðbúnaðaráætlun heilbrigðisþjónustunnar, 2006).

Inflúensa er skráningarskyldur smitsjúkdómur skv. reglugerð og ber að tilkynna til sóttvarnalæknis fjölda tilfella mánaðarlega á 1. og 2. skeiði milli heimssóttta. Þegar komið er á viðvörðunarskeið, 3. stig, verður sjúkdómur, sem orsakast af nýjum stofni veirunnar, tilkynningarskyldur og ber læknum að tilkynna ný tilfelli með persónugreinanlegum upplýsingum til sóttvarnalæknis án tafar.

### Bólusetning gegn inflúensu

Í hefðbundnum inflúensufaraldri er árleg bólusetning besta vörn gegn sjúkdómnum og gefur 60-90% vörn gegn sýkingu hjá einstaklingum yngri en 65 ára (þ.m.t. hjá börnum sem eru eldri en 6 mánaða) en eitthvað minni hjá þeim sem eru eldri en 65 ára. Þeir sem eru bólusettir en sýkjast þó fá síður alvarlega fylgikvilla og dánartala meðal þeirra er mun lægri en meðal óbólusettra (Upplýsingar af heimasíðu, 2006) Við bólusetningu gegn inflúensu eru meginmarkhóparnir: þeir sem eru eldri en 60 ára; allir sem haldnir eru langvinnum sjúkdómum og allir þeir sem geta sýkt þá sem eru í áhættuhópum, þ.e.a.s. aðstandendur sjúkra og starfsfólk heilbrigðisþjónustu. Smitverndandi áhrif bólusetningar varir frá tveim vikum eftir að bólusettt var og endist í um sex mánuði eða lengur (Kanadískar leiðbeiningar, 1998). Mjög mikilvægt er að starfsfólk í heilbrigðisþjónustu láti bólusetja sig árlega til að draga úr smíthættu sinna skjólstæðinga með því að koma þannig í veg fyrir að þeir beri ekki í sér smítefni inn á stofnanir. En því miður virðist algengt að starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar láti ekki bólusetja sig gegn inflúensu þrátt fyrir tilmæli og virðist sem oft sé vantrú á árangri og nauðsyn um að kenna (Tapiainen o.fl., 2005). Ekki liggja fyrir íslenskar upplýsingar um hversu stórt hlutfall starfsfólks í heilbrigðisþjónustunni lætur bólusetja sig.

### Sýkingavarnir

Eins og að framan er rakið getur verið erfitt að hefta útbreiðslu inflúensu milli manna vegna þess hve sjúkdómurinn getur verið bráðsmitandi og vegna þess að sýktir einstaklingar eru orðnir smítefni áður en vitað er að þeir eru sýktir. Þetta ætti að minna heilbrigðisstarfsmenn á mikilvægi



þess að öll vinnubrögð séu vönduð og að grundvallarvarúð gegn sýkingum sé alltaf viðhöfð. Til grundvallarvarúðar gegn sýkingum teljast t.d. handhreinsun, notkun hlífðarbúnaðar (s.s. hanska, grímu, augnhlífa, hlífðarslopps), örugg hreinsun á áhöldum og umhverfi, rétt staðsetning sjúklings, rétt meðferð á sorpi og óhreinu líni og varúð gegn stunguóhöppum (CDC, 1996).

Þó ekki liggja fyrir rannsóknir sem geta sýnt gagnsemi eða mikilvægi eins þáttar umfram annan er eftirtalið ráðlagt til að rjúfa smítleiðir frá sjúklingum á sjúkrahúsum þar sem grunur er um inflúensusmit eða það hefur verið staðfest (Tablan o.fl., 1994):

- Hafa sjúkling í einangrun á einbýlisstofu eða með öðrum inflúensusjúklingi, meðan sjúkdómur stendur.
- Æskilegast er að hafa sjúklinginn í einangrunarstofu með neikvæðum loftþrýstingi en annars í herbergi þar sem loftræsting er fullnægjandi.
- Starfsfólk beri fínagnagrímu (veirugrímu með síunarhæfni FF2) við umönnun.
- Starfsfólk viðhafi vandað hreinlæti (noti handspritt með alkóhóli (Boyce og Pittet (2002)), noti hlífðarbúnað ef fyrirséð er að það verði í snertingu við hvers kyns líkamsvessa og gangi frá menguðum hlutum á viðeigandi hátt.

Í umræðum íslenskra sýkingavarnasérfræðinga og dýralækna (fyrripart árs 2006) um hlífðarbúnað til nota ef til heimsfaraldrs kemur er gert ráð fyrir að sýkingavarnarviðbúnaður verði efldur í takt við meðferðarleiðbeiningar WHO (2006) og miðað við að í meðferð og umönnun mikið veikra inflúensusjúklinga með nýtt afbrigði inflúensuveiru sé auk einbýlisstofu miðað við að nota eftirtalinn hlífðarbúnað:

- fínagnagrímu (með síunarhæfni FFP 2 (95% síun) eða FFP 3 (99% síun))
- hlífðargleraugu
- einnota latexhanska
- einnota langerma hlífðarslopp.

Afar mikilvægt er að þeir sem sinna meðferð og umönnun kunni meðferð slíks búnaðar, einkum að fara úr honum. Vísbandingar eru um að starfsmenn hafa orðið fyrir smíti af notuðum hlífðarbúnaði (Puro og Nicastri, 2004). Nú (í maí 2006) stendur yfir útboð vegna kaupa á birgðum hlífðarfatnaðar til nota á íslenskum heilbrigðisstofnunum í heimsfaraldri.

### Lokaorð

Vonandi hefur umfjöllunin í þessari grein opnað augu hjúkrunarfræðinga fyrir mikilvægi þess að vera vakandi gagnvart inflúensunni og því að hættan á að nýtt afbrigði inflúensuveirunnar fari að berast milli manna og valda heimsfaraldri er vaxandi. Sérfræðingar eru sammála um að það sé ekki spurning hvort heldur hvenær heimsfaraldur verður, hvort sem það verður veiran H5N1 sem veldur eða einhver önnur veira sem við þekkjum ekki í dag. Í slíkum faraldri er áætlað að mjög mikið muni mæða á heilbrigðisþjónustunni, ekki hvað síst hjúkrunarfræðingum. Nú er að hefjast viðamikil vinna allra heilbrigðisstétta



við gerð viðbragðsáætlunar sem notuð verður þegar þörfin krefur og þurfa hjúkrunarfræðingar að leggja þar drjúga hönd á plóg.

#### Heimildalisti:

- Bean, B., Moore, B.M., Sterner, B., Peterson, L.R., Gerding, D.N., Balfour, H.H. (1982). Survival of influenza viruses and environmental surfaces. *J. Infect. Dis.*, 146, 47-51.
- Boone, S.A., Gerba, C.P. (2005). The occurrence of influenza A virus on household and day care center fomites. *Journal of Infection*, 51, 103-109.
- Boyce, J.M., Pittet, D. (2002). Guideline for hand hygiene in health care settings. *American Journal of Infection Control*, 30, 1-46.
- Bridges, C.B., Kuehnert, M.J., Hall, C.B. (2003). Transmission of influenza: Implications for control in health care settings. *Healthcare epidemiology*, 37, 1094-1101.
- Haraldur Briem (2006). Hættan á heimsfaraldri af völdum influensu A og viðbúnaður við honum. *Læknablaðið*, 2, 93.
- Haraldur Briem (2005). Næsti heimsfaraldur influensu. *Læknablaðið*, 7, 576-577.
- CDC (1996). Standard precautions. Centers for Disease Control and Prevention. [http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl\\_isolation\\_standard.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation_standard.html)
- Kanadískar leiðbeiningar (1998). Preparing for the flu season. Úr Canada Communicable Disease Report 1998; 24 (ACS-2). *Canadian Medical Association Journal*, 159(8), 981-982.
- Puro, V., Nicastri, E. (2004). SARS and the removal of personal protective equipment. *Canadian Medical Association Journal*, 170(6), 930.
- Tapiainen, T., Bär, G., Schaad, U.B., Heininger, U. (2005). Influenza vaccination among health-care workers in a university children's hospital. *Infection control and hospital epidemiology*, 26(11), 855-858.
- Tablan, O.C., Anderson, L.J., Arden, N.H., Breiman, R.F., Butler, J.C., McNeil, M.M. (1994). Guideline for prevention of nosocomial pneumonia. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, CDC. *Infectious control Hospital Epidemiology*, 15, 587-627.
- Upplýsingar um influensu af heimsíðu (2006). <http://www.landlaeknir.is/template1.asp?PageID=344>
- Viðbúnaðaráætlun heilbrigðisþjónustunnar gegn heimsfaraldri (2006). [http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Vidbunadaraaetlun\\_heimsfar\\_mars.06.pdf](http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Vidbunadaraaetlun_heimsfar_mars.06.pdf)
- WHO (1996). Avian influenza - Fact sheet. [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian\\_influenza/en/print.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en/print.html)
- WHO meðferðaleiðbeiningar (2006). Avian influenza, including influenza A (H5N1), in humans: WHO interim infection control guideline for health care facilities. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/infection-control1/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infection-control1/en/index.html)
- WHO (2006). Tölulegar upplýsingar um fjölda sýktra og fjölda látinna. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2006\\_04\\_19/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_04_19/en/index.html)

## Nýr prófessor við hjúkrunarfræðideild Marga Thome, prófessor í hjúkrunarfræði

Marga Thome, kennari við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, fékk nýverið framgang í stöðu prófessors við deildina. Marga er forstöðumaður fræðasviðs um geðvernd og gegndi stöðu deildarforseta við hjúkrunarfræðideild á árunum 2000-2003. Marga er 5. prófessorinn í hjúkrunarfræði á Íslandi.



Marga lauk námi í hjúkrunarfræði í Þýskalandi árið 1963, í ljósmóðurfræði í Sviss árið 1965, í kennslufræði fyrir hjúkrunarkennara í Þýskalandi árið 1973, diplóma- og meistarpófi frá Manchester-háskóla í Englandi árið 1977 og doktorsprófi frá Queen Margaret College og Open University í Edinborg í Skotlandi árið 1997. Marga hefur kennt hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands, fyrst sem stundakennari frá 1974-75, sem lektor frá 1977 og sem dósent frá 1980 og var hún meðal þeirra sem tóku þátt í uppbyggingu hjúkrunarfræðináms við Háskóla Íslands á fyrsta áratug þess. Hún hefur sérhæft sig í hjúkrunarfræði sængurkvenna og nýbura með áherslu á geðheilsu þeirra. Hún hefur stundað kennslu í grunn- og framhaldsnámi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra. Marga var fyrsti stjórnarformaður Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árin 1997-2000. Á síðustu árum hefur hún í auknum mæli tekið þátt í alþjóðsamstarfi háskóla og rannsóknastofnana í Þýskalandi og Austurríki. Marga starfaði sem hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir á heilbrigðisstofnunum í Þýskalandi, Sviss og á Íslandi áður en hún hóf störf við Háskóla Íslands. Rannsóknir Mörgu eru fjölbættar og hefur hún birt niðurstöður þeirra á ensku, íslensku og þýsku og haldið um þær fjölda erinda. Hún hefur rannsakað brjóstgjöf íslenskra kvenna, geðheilbrigði eftir fæðingu og svefnvandamál ungra barna. Hún er í rannsóknasamstarfi við heilsugæsluna og við hjúkrunarfræðinga á Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Um þessar mundir vinnur hún með þverfaglegu rannsóknateymi á geðdeild LSH að langtímakönnun á geðheilsu kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu. Yfirlit yfir birtar rannsóknagreinar og annað birt efni er að finna á heimasíðu Mörgu, <http://www.hi.is/-marga/>.