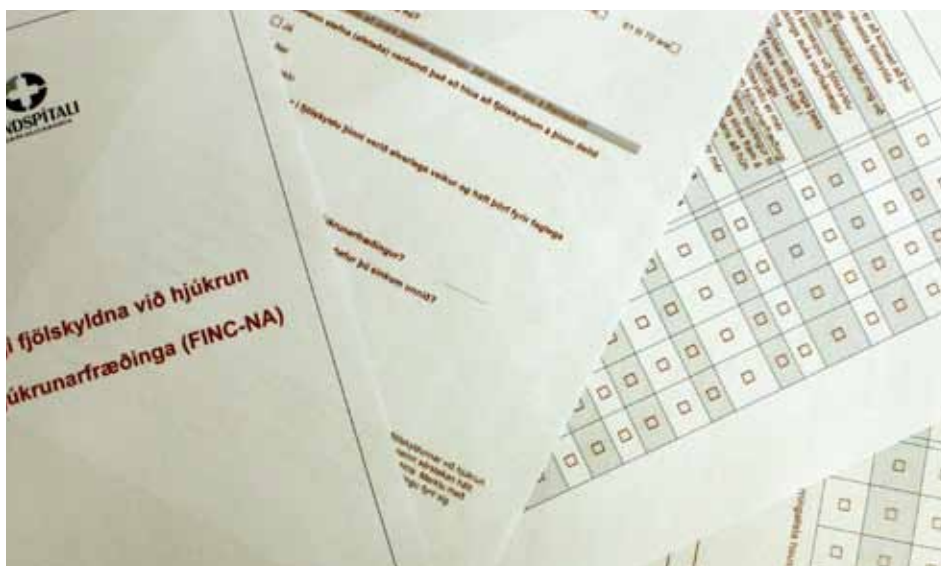


Arna Skúladóttir, Elísabet Konráðsdóttir og Auðna Ágústsdóttir, [arnasku@landspitali.is](mailto:arnasku@landspitali.is)

# SPURNINGALISTI TIL AÐ META VIÐHORF FAGFÓLKS TIL FJÖLSKYLDUHJÚKRUNAR

Í þessari grein verður fjallað um spurningalista sem er notaður til að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga til fjölskylduhjúkrunar. Rakin verður þróun spurningalistans í Svíþjóð, kynni íslenskra hjúkrunarfræðinga af listanum og reynsla þeirra við að þýða, staðfæra og nota listann á Landspítala.



Fjöldi hjúkrunarfræðinga á Landspítala hefur verið spurður um viðhorf til fjölskylduhjúkrunar.

Sagan hófst 2005 þegar þrjú hjúkrunarfræðingar af barnasviði Landspítalans fóru á alþjóðlega ráðstefnu um fjölskylduhjúkrun. Á ráðstefnunni kynnti hópur hjúkrunarfræðinga frá Svíþjóð vinnu sína við fjölskylduhjúkrun og heilluðust Íslendingarnir af því sem þeir höfðu fram að færa. Sérlega aðlaðandi var túlkun þeirra á að heilbrigðiskerfið, ekki síður en barnið, þurfi á fjölskyldu barnsins að halda.

Sænsku hjúkrunarfræðingarnir kynntu á ráðstefnunni niðurstöður úr rannsókn á spurningalista til að meta viðhorf starfsmanna en viðhorf eru talin hafa mikil áhrif á það hvernig starfsmenn sinna fjölskyldum skjólstaðinga sinna. Spurningalistinn var gerður af hjúkrunarfræðingunum og nefndur „Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes“ (hér eftir FINC-NA).

Gerð spurningalistans í Svíþjóð var vönduð og spratt upp af þörf höfunda fyrir tæki til að meta viðhorf til fjölskylduhjúkrunar óháð starfsvettvangi. Fyrri matstæki höfðu verið notuð til að kanna viðhorf til fjölskylduhjúkrunar við tiltekna aðstæður, svo sem gjörgæslu, líknandi meðferð eða á slysideild. Höfundarnir byggðu spurningarnar fyrst á ytarlegri lesefnisleit. Við það varð til spurningalisti með yfir hundrað spurningum. Eftir yfirferð rannsakenda í tveimur umræðuhópum og þremur mismunandi hópum hjúkrunarfræðinga í klíník, í doktorsnámi og í hjúkrunarfræðideild háskóla fækkaði spurningum og svarmöguleikum var breytt. Einnig bættust við spurningar um bakgrunn svarenda (Benzein o.fl., 2008a).

Eftir þessa vinnu við uppbyggingu og gerð spurningalistans var hann sendur til tæplega þúsund hjúkrunarfræðinga í Svíþjóð sem könnun á viðhorfi til fjölskylduhjúkrunar. Nothæf svör



Arna Skúladóttir er klínískur sérfræðingur í hjúkrun á Barnaspítala Hringins á Landspítala.



Elísabet Konráðsdóttir er verkefnastjóri fyrir innleiðingu fjölskylduhjúkrunar og hjúkrunarfræðingur á Barnaspítala Hringins.



Dr. Auðna Ágústsdóttir er verkefnastjóri á mennta- og starfsþróunardeild á Landspítala.

voru 634 (65%) og úr þeim voru unnar upplýsingar um áreiðanleika, réttmæti og aðra þætti sem eru mikilvægir fyrir góð mælitæki. Áreiðanleiki reyndist vera góður (Chronbachs-alfa 0,88 fyrir listann í heild og 0,69-0,80 fyrir undirflokkastans). Réttmæti innihalds var fengið með skoðun sérfræðinga (Benzein o.fl., 2008a). Rannsókn höfunda listans leiddi í ljós áhugaverðar niðurstöður. Þar kom fram að kyn og lífaldur hefur áhrif á viðhorf til fjölskylduhjúkrunar. Kvenkynshjúkrunarfræðingar með langa starfsreynslu höfðu jákvæðara viðhorf en karlkynshjúkrunarfræðingar og hjúkrunarfræðingar með stutta starfsreynslu. Einnig hafði fyrri reynsla af veikindum í fjölskyldunni áhrif á viðhorf (Benzein o.fl., 2008b).

Fljótlega eftir heimkomu íslensku hjúkrunarfræðinganna af fjölskylduhjúkrunaráráðstefnunni, eða sumarið 2005, var

ákveðið að fara af stað með gæðaverkefni til að efla fjölskylduhjúkrun á barna sviði Landspítala. En hvernig átti að mæla hvort átaksverkefnið hefði eitthvað að segja? Það skipti miklu máli að geta metið árangur verkefnisins. Þá kom upp í hugann sænski spurningalistinn um viðhorf starfsmanna til fjölskylduhjúkrunar. Kannski gæti hann gagnast til að svara spurningunni: „Er hægt að hafa áhrif á viðhorf með fræðslu?“ Talið var að sænski spurningalistinn væri raunhæfur kostur sem mælitæki í þessu verkefni þar sem hann hafði verið saminn í menningarsamfélagi svipuðu og á Íslandi og einnig vel prófaður sem mælitæki.

### Spurningalistinn

FINC-NA er spurningalisti í 33 atriðum. Í sjö spurningum er spurt um bakgrunn þátttakanda eins og kyn, aldur, stefnu vinnustaðar varðandi fjölskylduhjúkrun

og reynslu þátttakanda af alvarlegum veikindum fjölskyldu sinnar. Þá er spurt hvað langt er síðan viðkomandi lauk námi (í sinni starfsgrein) og við hvers konar heilbrigðisþjónustu viðkomandi hafi unnið. Viðhorf þátttakanda eru síðan metin með 26 spurningum.

Viðhorfsspurningum er skipt í 4 flokka (sjá töflu) og mynda þannig undirflokkastans. Fyrsti flokkur, sem kallast *Fjölskyldan sem þátttakandi*, endurspeglar hversu jákvæðir þátttakendur eru gagnvart fjölskyldum og nærveru fjölskyldunnar í umönnun. Í öðrum flokki, *Góð samskipti við fjölskylduna*, er spurt um mikilvægi þess að vita hverjir tilheyra fjölskyldu skjólstæðinga og mikilvægi góðra tjáskipta við fjölskylduna. Þriðji flokkurinn nefnist *Fjölskyldan sem byrði* og endurspeglar neikvæð viðhorf gagnvart fjölskyldum. Í fjórða flokknum, sem kallast *Eigin úrræði fjölskyldu*, er spurt

## Flokkun spurninga um viðhorf til fjölskylduhjúkrunar

### Flokkur 1. Fjölskyldan sem þátttakandi í umönnun

Nærvera fjölskyldu léttir mér störfin

Nærvera fjölskyldu veitir mér öryggistilfinningu

Nærvera fjölskyldu er mér mikilvæg sem hjúkrunarfræðingi

Fjölskyldan ætti að eiga þess kost að taka virkan þátt í umönnun sjúklings

Gefa ætti fjölskyldu kost á að taka virkan þátt í áætlun um ömönnun sjúklings

Góð samskipti við fjölskyldu sjúklings auka starfsánægju mína

Samskipti mín við fjölskyldur veita mér þá tilfinningu að ég sé að gera gagn

Fjölskyldur veita mér mikilvæga þekkingu sem nýtist mér vel í starfi

Nærvera fjölskyldu er einnig mikilvæg fyrir fjölskylduna sjálfa

Mikilvægt er að sinna fjölskyldum

### Flokkur 2. Góð tjáskipti/samskipti við fjölskyldu

Ég gef fjölskyldu kost á samræðum við útskrift

Þegar mér er falinn sjúklingur til umönnunar, fer ég strax fram á það við fjölskyldu hans að hún taki þátt í samræðum

Ég leita mér alltaf upplýsinga um fjölskyldu sjúklings

Ég gef fjölskyldu kost á að ræða um breytingar á líðan sjúklings

Ég gef fjölskyldu kost á að leggja sitt til málanna þegar ég er að gera hjúkrunaráætlun

Mikilvægt er að komast að því hver er nánasta fjölskylda sjúklings

Ég gef fjölskyldu kost á að taka virkan þátt í umönnun sjúklings

Samræður við fjölskyldu strax á fyrsta stigi umönnunar spara mér tíma í því starfi sem fram undan er

### Flokkur 3. Fjölskyldan sem byrði

Nærvera fjölskyldu gefur mér þá tilfinningu að störf mín séu undir eftirliti

Nærvera fjölskyldu veldur mér streitu

Nærvera fjölskyldu tefur mig við störf mín

Ég hef ekki tíma til að sinna fjölskyldum

### Flokkur 4. Eigin úrræði fjölskyldu

Ég hvet fjölskyldur til að nýta eigin úrræði svo að þær geti sjálfar tekist á við aðstæðurnar eins og kostur er

Ég tel mig vera stuðningsaðila fjölskyldna í viðleitni þeirra til að takast á við þær aðstæður sem þær standa frammi fyrir

Ég lít á fjölskyldur sem samstarfsaðila

Ég spyr fjölskyldur að því hvernig ég geti veitt þeim stuðning

Eftir fjölskylduráðstefnuna í Kanada 2005 skrifuðu íslensku ferðalangarnir grein um fjölskylduhjúkrun hér í Tímarit hjúkrunarfræðinga. Greinin hét „Erum við föst í viðjum vanans – getum við veitt betri fjölskylduhjúkrun?“ og birtist í 4. tölublaði 2005. Höfundar voru þær Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir og Elísabet Konráðsdóttir. Í framhaldinu fóru þær af stað með gæðaverkefnið sem rætt er um hér í þessari grein.

Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir, Elísabet Konráðsdóttir

## Erum við föst í viðjum vanans – getum við veitt betri fjölskylduhjúkrun?



Íslandsþróun um fjölskylduhjúkrun er vanandi og skipti máttu að fjölskylduhjúkrunin í okkar heim er að þróast og þróast. Þetta er ástæða þess að fjölskylduhjúkrunin er að þróast og þróast. Þetta er ástæða þess að fjölskylduhjúkrunin er að þróast og þróast.

um viðhorf heilbrigðisstarfsfólks til eigin úrræða og úrræða fjölskyldna. Í töflunni er spurningunum raðað í fyrrgreinda undirflokkum en í spurningalistanum, sem þátttakendur svara, eru þær ekki í þessari röð. Viðhorfsspurningum er svarað á fjögurra punkta Likert-kvarða (ósammála, frekar ósammála, frekar sammála og sammála). Fyrir hverja spurningu er hægt að fá frá 1 og upp í 4 stig. Fleiri stig þýða jákvæðara viðhorf. Stigunum fyrir þriðja flokk er snúið við í greiningu gagna svo að fleiri stig endurspegli jákvæðara viðhorf eins og í hinum flokkunum (Benzein o.fl., 2008a).

Notuð eru ýmis tölfræðipróf við úrvinnslu gagna, svo sem lýsandi tölfræði fyrir þátttakendur í heild og kíкваðratpróf og stikalaust próf (e. non-parametric tests) til að bera saman hópa þátttakenda. Ef svar vantar við einstaka spurningu er notað þess í stað meðaltal svara annarra þátttakenda við þeirri spurningu. Aðhvarfsgreining (marktectarpróf) er notuð til að rýna í breytur sem tengjast viðhorfi til fjölskylduhjúkrunar (Benzein o.fl., 2008a).

### Þýðing og forprófun

Hér á Íslandi var unnið að þýðingu og staðfærslu spurningalistans árið 2006. Að fengnu leyfi höfunda spurningalistans var leitað til skjalapýðanda til að þýða listann yfir á íslensku úr sænsku og ensku. Höfundar greinarinnar aðlöguðu

þessar tvær þýðingar með aðstoð höfunda listans og forprófuðu síðan.

Til forprófunar var notuð aðferðin „cognitive interviewing“ (Drennan, 2003). Sú aðferð felst í því að einn þátttakandi í senn er beðinn um að lesa spurningalistann upphátt eins og hann væri að svara honum og nefna hvað kemur upp í huga hans á meðan. Tveir rannsakendur eru viðstaddir og skrifa hjá sér athugasemdir þess sem les. Síðan fara rannsakendur yfir athugasemdir, sem þátttakandi gerir, og breyta spurningalistanum í samræmi við þær áður en næsta prófun er gerð. Þessi leið segir til um skilning þátttakanda frekar en rannsakenda. Við forprófun var leitað til þriggja hjúkrunarfræðinga af barnasviði. Athugasemdir í forprófun voru helst tengdar skilningi á orðum og hugtökum og leiddu sumar þeirra til breytinga á orðalagi spurninganna.

Þrátt fyrir að spurningalistinn sé gerður til að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga gátu höfundar hans mælt með því að nota hann fyrir fleiri starfsstéttir. Því var ákveðið að leggja sama lista fyrir lækna og sjúkraliða til að kanna viðhorf þeirra til fjölskyldumiðaðrar þjónustu enda fundust engir listar fyrir þær starfsstéttir. Leitað var til tveggja lækna að lesa yfir spurningalistann eftir að orðinu „hjúkrunarfræðingur“ hafði verið skipt út fyrir viðeigandi orð. Breytingar voru síðan gerðar í samræmi við athugasemdir. Það

leiddi til þess að spurningunni um aldur þátttakenda var breytt í aldurshópa til að draga úr líkunum á að hægt væri að persónugreina gögnin. Forprófun á listanum fyrir lækna leiddi einnig til að tveimur spurningum var sleppt í þeirri útgáfu. Önnur var úr flokki 1 en það er spurningin „Ég gef fjölskyldu kost á að taka virkan þátt í umönnun sjúklings“ og hin úr flokki 2: „Ég gef fjölskyldu kost á að leggja sitt til málanna þegar ég er að gera hjúkrunaráætlun“.

Spurningalistinn var ekki forprófaður fyrir sjúkraliða. Teknar voru 4 spurningar úr listanum áður en hann var lagður fyrir sjúkraliða. Það var ein spurning úr flokki 1, spurningin: „Gefa ætti fjölskyldu kost á að taka virkan þátt í áætlun um umönnun sjúklings“ og þrjár spurningar úr flokki 2 eða spurningarnar: „Þegar mér er fallinn sjúklingur til umönnunar fer ég strax fram á það við fjölskyldu hans að hún taki þátt í samræðum“ og „Ég gef fjölskyldu kost á samræðum við útskrift“ og „Ég gef fjölskyldu kost á að leggja sitt til málanna þegar ég er að gera hjúkrunaráætlun“.

### Notkun listans á Íslandi

Á barnasviði var spurningalistinn lagður fyrir hjúkrunarfræðinga og fengust svör frá 64 fyrir fræðslu og 84 eftir fræðslu í tengslum við átaksverkefnið um bættu þjónustu við fjölskyldur. Spurningalistinn var svo tekinn til notkunar á fleiri sviðum

Þegar fjölskylduhjúkrun var innleidd á Landspítala 2007. Hluti af innleiðingunni var að fræða starfsfólk um leiðir til að auka samstarf við fjölskyldur sjúklinga. Til að meta árangur af fræðslunni var ákveðið að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga og í sumum tilvikum annarra starfstétta til samstarfs við fjölskylduna, fyrir og eftir fræðslu. Spurningalistinn hefur nú verið notaður við rannsóknir á lyflækningasviði, geðsviði og skurðlækningasviði. Samanlagt hefur listinn nú verið lagður fyrir 668 hjúkrunarfræðingar á ýmsum sviðum Landspítala. Áreiðanleiki spurningalistans á íslensku í heild reyndist ágætur (0,906) og fyrir 3 af undirflokkunum (0,73-0,87) en áreiðanleiki fyrir flokkinn *Fjölskyldan sem byrði* var lægri en æskilegt er (0,58). Niðurstöður úr áreiðanleikaprófum listans á íslensku eru svipaðar og hjá sænsku höfundunum nema hvað *Fjölskyldan sem byrði* er óáreiðanlegri á íslensku.

## Frekari þróun

Höfundar spurningalistans komu á ráðstefnu um fjölskylduhjúkrun sem var

haldin hér á Íslandi sumarið 2009. Þar var ákveðið að hefja samstarf um frekari mótun spurningalistans og rannsóknir á viðhorfum fagfólks til fjölskylduþjónustu. Það samstarf er í gangi núna. Í þessu samstarfi felst að gögn úr íslenskum könnunum, þar sem þessi spurningalisti hefur verið notaður, verða borin saman við gögn annarra landa þar sem listinn hefur einnig verið prófaður og notaður. Einnig verða gögnin nýtt til að endurbæta listann frekar. Spurningalistinn hefur tekið ákveðnum breytingum í notkun á barnasviði. Þar var hann í fyrsta skipti notaður fyrir aðrar stéttir en hjúkrunarfræðinga með góðum árangri og mun það hugsanlega hafa áhrif á notkun listans í framtíðinni.

Það getur litið út fyrir að vera einfalt verk að velja spurningalista á erlendu tungumáli, þýða hann og staðfæra en það er fleira sem þarf að hafa í huga. Til að hægt sé að taka mark á gögnum, sem aflað er með spurningalista, þarf að semja hann af vandvirkni og fylgja kerfisbundnu ferli sem vel er skipulagt. Einnig þarf að nota

viðurkennda aðferðafræði við þýðingu og staðfæringu. Þegar vandað hefur verið til verka geta fleiri rannsakendur séð sér hag í að nota þennan sama lista við aðrar aðstæður og það leitt til samstarfs rannsakennda þvert á fræðigreinar. Einnig geta vonduð vinnubrögð rannsakennda hér laða að sér rannsakendur erlendis í skemmtilegt samstarf um sameiginlegt áhugamál.

## Heimildir

- Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir og Elísabet Konráðsdóttir (2005). Erum við föst í viðjum vanans - getum við veitt betri þjónu fjölskylduhjúkrun? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 81 (4), 34-39.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K.F., Berg, A., og Saveman, B.I. (2008a). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes - an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14 (1), 97-117, doi:10.1177/1074840707312716.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K.F., og Saveman, B.I. (2008b). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14 (2), 162-180, doi:10.1177/1074840708317058.
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: Verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 57-63.

## CHAMPIX® (vareniclin)

Filmuhúðaðar töflur 0,5 mg og 1 mg. **Ábendingar:** Hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Skammtar:** Hefja á meðferð samkvæmt eftirfarandi áætlun: Dagur 1-3: 0,5 mg einu sinni á sólarhring. Dagur 4-7: 0,5 mg tvisvar á sólarhring. Dagur 8-meðferðarloka: 1 mg tvisvar á sólarhring. Heildartími meðferðar er 12 vikur. **Skert nýrnastarfsemi:** Litið til í meðallagi mikið skert nýrnastarfsemi: Ekki þarf að breyta skömmtum. **Alvarlega skert nýrnastarfsemi:** 1 mg einu sinni á dag eftir þriggja daga skammtaáðlögun (0,5 mg einu sinni á dag). **Skert lifrarstarfsemi:** Ekki þarf að breyta skömmtum. **Aldraðir:** Ekki þarf að breyta skömmtum. **Börn:** Ekki er mælt með notkun handa börnum og unglingum yngri en 18 ára. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efnum eða einhverju hjálparefnum. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Aðlaga getur þurft skammta hjá sjúklingum sem samtímis nota teofýllin, warfarín og og insúlín. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá þunglyndi, sjálfsvígshugsunum, -hegðun og -tilraunum hjá sjúklingum sem reynt hafa að hætta reykingum með CHAMPIX. Ekki höfðu allir sjúklingar hætt að reykja þegar einkennin komu fram, ekki höfðu allir geðsjúkdóma fyrir sem vitað var um. Læknar ættu að vera meðvitaðir um hugsanlega hættu á verulegum þunglyndiseinkennum hjá sjúklingum sem reyna að hætta að reykja og ættu að leiðbeina þeim m.t.t. þess. Hætta skal strax meðferð með ef lækni, sjúklingur, fjölskylda eða aðstandendur verða varir við óróleika, geðdeyfð eða breytingar á hegðun eða ef sjúklingur fær sjálfsvígshugsanir eða sýnir sjálfsvígshögðun. Geðdeyfð, sem í mjög sjaldgæfum tilvikum hefur í för með sér sjálfsvígshugsanir og -tilraunir, getur verið einkenni nikótínfrávarfs. Að hætta að reykja, með eða án lyfjameðferðar, hefur einnig verið tengt við vörn undirliggjandi geðsjúkdóma (t.d. þunglyndis). Öryggi og verkun Champix hjá sjúklingum með alvarlega geðsjúkdóma eins og geðlofa, geðvarfasýki og alvarlegt þunglyndi hefur ekki verið rannsakað. Gæta skal varúðar við meðferð á sjúklingum með sögu um geðsjúkdóma og leiðbeina þeim m.t.t. þess. Enginn klínísk reynsla liggur fyrir um notkun CHAMPIX hjá sjúklingum með flogaveiki. Við lok meðferða gætti aukinnar skapstrygðar, löngunar til að reykja, þunglyndis og/eða svefnleysis hjá allt að 3% sjúklingar þegar meðferð var hætt. Upplýsa skal sjúkling um þetta og ræða hugsanlega þörf á að minnka skammta smám saman í lok meðferðar. **Milliverkanir:** Ekki hefur verið greint frá klínískt marktækum milliverkunum lyfja við CHAMPIX. **Meðganga og brjóstgjöf:** CHAMPIX á ekki að nota á meðgöngu. Ekki er vitað hvort vareniclin útskilst í brjóstamjólki. Meta skal hvort vegi þyngra, ávinningurinn sem barnið hefur af brjóstgjöfinni eða ávinningurinn sem móðirin hefur af CHAMPIX meðferð, áður en ákveðið er hvort halda skuli brjóstgjöf áfram. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Champix getur haft lítil eða í meðallagi mikil áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Á meðan á meðferðinni stendur geta sjúklingar fundið fyrir sundli og syfju. **Aukaverkanir:** Þegar reykingum er hætt, hvort sem það er gert með eða án lyfjameðferðar, geta komið fram ýmis einkenni, t.d. andleg vanlíðan og þunglyndi, svefnleysi, skapstrygð, kvíði, einbeitingarskortur, eirðarleysi, hægur hjartsláttur, aukin matarlyst og þyngdaraukning. Í klínísku rannsóknunum var ekki aðgreint, hvort aukaverkanir voru vegna fráhrarfseinkenna nikótíns eða tengdust notkun viðkomandi meðferðarlýfs. Í klínísku rannsóknunum með Champix voru u.þ.b. 4000 sjúklingar meðhöndlaðir í allt að 1 ár. Aukaverkanir voru vægar eða í meðallagi slæmar og komu almennt fram á fyrstu viku meðferðar. **Mjög algengar aukaverkanir (≥10%):** Ógleði, höfuðverkur, óeðlilegar draumfarir, svefnleysi. **Algengar aukaverkanir (≥1% og ≤10%):** Aukin matarlyst, syfja, sundl, röskun á bragðsýni, uppköst, hægðatregða, niðurgangur, uppþema, magaþægindi, meltingartruflanir, vindgangur, munnpurrkur og þreyta. Auk þess hefur *sjaldan* verið greint frá (≥0,1% og <1%) gáttatífi og brjóstverkjum. **Ofskömmtun:** Veita skal stuðningsmeðferð eftir þörfum. **Pakkningar og veru 1. desember 2009:** Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk + 1 mg 42 stk): 18.715.- 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 32.029.- Lyfið er lyfseðilsskilyt og greiðist skv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá. **Handhafi markaðsleyfis:** Pfizer, Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. Samantekt um eiginleika lyfs er stýtt í samræmi við reglugerð um lyfjauplýsingar. Upplýsingar um lyfið er að finna í sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is.

## Heimildir:

1. Gonzales D et al. Varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1):47-55. 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion and for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1):56-63.

