

AÐ VINNA MARGSLUNGIN VERK AF FAGMENNSKU Í BREYTILEGU UMHVERFI:

Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum

Útdráttur

Umræða um hjúkrun er oft einsleit og snýst oft um annríki hjúkrunarfræðinga. Mikilvægt er að koma með fleiri sjónarhorn í þá umræðu, greina í hverju annríkið felst og gefa skýra mynd af fjölbreyttum störfum hjúkrunarfræðinga.

Störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum fela í stórum dráttum í sér að annast sjúklinga sem þarfnast skurðaðgerðar. Ekki er þó vitað með vissu hvað starfið felur nákvæmlega í sér enda hefur það lítt verið kannað hérlendis. Markmið rannsóknarinnar var að greina hvað felst í störfum hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. Gagnasöfnun var eigindleg en myndaður var einn rýnihópur með tíu hjúkrunarfræðingum frá átta deildum á skurðlækningasviði. Hópurinn hittist tíu sinnum þar sem þátttakendur greindu nákvæmlega frá einni vakt í starfi sínu og atvikum sem þar höfðu komið upp, staldrað var við ákveðin atriði og kafað dýpra í þau. Umræður hópsins voru teknar upp á segulband, afritaðar, þemagreindar og þemun borin undir þátttakendur. Greind voru fimm meginþemu og eitt yfirþema: „Í hringiðu faglegrar færni“ og stendur það fyrir fjölbreytt störf hjúkrunarfræðinga sem unnin eru af fagmennsku í síbreytilegu umhverfi. Meginþemun eru: 1) að vinna margslungin verk af færni, 2) að finna hið sérstæða meðal hins almenna, 3) að fást við flæði upplýsinga og samskipti, 4) að hrærast í síbreytilegu umhverfi og láta hlutina ganga og 5) að nýta starfsþroskann og njóta hans.

Þemun endurspeglar að þungamiðjan í starfi hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði er samskipti við sjúklinga, aðstandendur og samstarfsfólk. Starfið felur einnig í sér að beita tæknilegri færni, hafa eftirlit með hugsanlegum fylgikvillum aðgerða og óeðlilegu ástandi, svo og að bregðast sífellt við breyttu ástandi á deildinni.

Lykilord: hjúkrun, inntak hjúkrunar, rýnihópur.

INNGANGUR

Umræða um hjúkrun er oft einsleit og snýst oft um annríki hjúkrunarfræðinga. Mikilvægt er að koma með fleiri sjónarhorn í þá umræðu og greina í hverju annríkið felst, gefa skýra mynd af störfum hjúkrunarfræðinga og draga upp fjölbreyttari mynd af starfinu.

Upplýsingar um í hverju sérstaða hjúkrunar aðgerðarsjúklinga felst má nota til að greina álag í starfi hjúkrunarfræðinga og til endurskoðunar á störfum hjúkrunarfræðinga, til dæmis hvaða störfum megi útdæla til annarra stétta þannig að dýrmætum tíma hjúkrunarfræðinga sé að mestu varið í störf sem taka mið af þörfum sjúklinga. Upplýsingar um hvað gefur starfinu gildi gætu bætt undirbúning á skurðlækningadeildum og verið mikilvægt innlegg í starfsþróun hjúkrunarfræðinga.

ENGLISH SUMMARY

Blondal, K., Eyjólfssdóttir, B., Sveinsdóttir, H.
The Icelandic Journal of Nursing (2010), 86 (1), 50-56

Working proficiently in an ever-changing environment: Nurses in surgical wards

Discourse about nursing often concentrates on the workload of nurses. It is important to introduce a different perspective on that discourse by presenting a clear picture of the diversity of their work.

Being a nurse within a surgical division includes caring for surgical patients. As this aspect has not been studied in great detail in Iceland, it is unclear what precisely the work encompasses. The aim of this study was to identify what the practices of nurses within the surgical wards of Landspítali -University Hospital comprise. Data were collected by qualitative methods. One focus-group was formed with ten nurses who worked at eight wards within the surgical division of Landspítali -University Hospital. The group met ten times and each participant described in detail one shift and the eventful incidences that took place during their working day. The discussions were tape-recorded, analysed, themes detected and verified by the participants. Five main themes emerged with the overarching theme "in the flow of professional competence" entailing a multifaceted and complex work, performed in a ever-changing environment. The main themes are 1) Performing manifold nursing tasks proficiently; 2) To find the particular within the ordinary; 3) To master the flow of information and communication; 4) Existing within an unpredictable environment and getting the work done; 5) To make use of and enjoy one's professional development. These themes reveal that the essence of the nurses' practice is communication with patients, relatives and co-workers. However, applying technological competency, surveillance, management and constant adaptation to altered circumstances is also a part of their work.

Key words: nursing practice, nursing mandate, focus group.

Correspondance: katrinbl@landspitali.is

Ritrynd fræðigreina

Störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum fela í stórum dráttum í sér umönnun sjúklinga sem fara í skurðaðgerðir. Ekki er vitað með vissu hvað starfið felur raunverulega í sér enda hefur það lítt verið skoðað hérlendis. Í rannsóknum erlendis hefur þó komið fram að starfið sé fjölbreytt, mikill hraði ríki og hjúkrunarfræðingar njóti þess að sjá sjúklinga ná bata eftir aðgerð. Þessir þættir valda því meðal annars að hjúkrunarfræðingar sækja í störf á skurðlækningadeildum (Mackintosh, 2007).

Erlendar rannsóknir á starfssviði hjúkrunarfræðinga fjalla ekki allar um heildarmynd hjúkrunarstarfsins heldur um hluta þess eða sýna það frá ákveðnum sjónarhóli. Niðurstöður benda þó til fjölbreytileika og að störf hjúkrunarfræðinga, sem jafnan hafa verið skilgreind út frá umönnun sjúklinga og samskiptum við þá, snúi að miklu leyti að tæknilegum þáttum, stjórnun, skipulagningu og kennslu, auk þess að halda heilbrigðiskerfinu gangandi (Allen, 2007; Baumann, 2007; Morris o.fl., 2007).

Í Draumalandi hjúkrunarfræðinga fjallar Herdís Sveinsdóttir (2007) um þá togstreitu sem myndast getur hjá hjúkrunarfræðingnum þegar ósamræmi er á milli fræðilegra skrifa um starfið og þess sem það felur í raun í sér. Þar segir hún frá áhyggjum hjúkrunarfræðinga sem til hennar leituðu þegar hún var formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga: „Ég er ekki að vinna við það sem ég lærði. Sjúklingarnir eru að fjarlægjast og minn tími fer of mikið í rekstur og samhæfingu frekar en að hlynnu að sjúklingum“ (bls. 19). Slíkar áhyggjur eiga sér samsvörum í erlendum rannsóknum. Niðurstöður Dingwall og Allen (2001) voru þær að hjúkrunarfræðingar væru þjálfaðir til að vinna starf sem hefur aldrei verið til, er ekki til núna og verði líklega aldrei til. Þarna er vísað til hugmynda um hjúkrun sem tilfinningavinnu með sjúklingum og er jafnvel horft fram hjá líkamlegum og verklegum hlutum starfsins (Allen, 2007). Aukin fræðileg umræða undanfarinna áratuga um hjúkrun sem umhyggjustarf, þar sem starfið er skilgreint út frá samskiptum og umhyggju en horft fram hjá þeim hluta starfsins sem snýr að sjúkdómum og læknisfræðilegri meðferð (Nelson og Gordon, 2006), er einnig talin hafa aukið á þessa skynjun hjúkrunarfræðinga. Rannsókn Maben o.fl. (2007) er í þessum anda en þau notuðu spurningalista og viðtöl til að lýsa reynslu nýútskrifaðra breskra hjúkrunarfræðinga af því að beita einstaklingsmiðaðri, heildrænni og gagnreyndri hjúkrun í starfi að námi loknu. Þessir þættir eru mikilvægir í umræðu í bresku hjúkrunarsamfélagi og drjúgur hluti af námi hjúkrunarfræðinganna. Niðurstöðurnar voru þær að illa gekk að starfa samkvæmt slíkum hugsjónum og gildum þegar á hólminn var komið og leiddi það til óánægju í starfi, tíðra skipta á starfsvettvangi og kulnunar. Á svipaðan hátt greindu niðurstöður kanadískrar fyrirbærafræðilegrar rannsóknar á umhyggju, út frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum, frá því að þeir hörmuðu skort á umhyggju í störfum sínum. Sögðu hjúkrunarfræðingarnir að tímaskortur, veikari sjúklingar og lítil samfella hindruðu þá í að sýna sjúklingum og hver öðrum þá umhyggju sem þeir kysu. Jafnframt fundu þeir til togstreitu milli þess hvaða umhyggju þeir ættu að veita og þess sem raunverulega var veitt (Enns og Gregory, 2007). Breski hjúkrunarfræðingurinn

Davina Allen hefur í vettvangsrannsóknum sínum skoðað misræmið milli rannsókna á störfum hjúkrunarfræðinga og þess sem fræðin telja að í starfinu felist. Hún spyr hvort sú vinna, sem hjúkrunarfræðingar inna af hendi í nútímaheilbrigðiskerfi og mótuð er af staðsetningu þeirra í kerfinu, sé í mótsögn við eðli og markmið fræðigreinarinnar sem birtast í áherslu á góð tengsl við sjúklinga (Allen, 2004). Niðurstöður hennar eru þær að hjúkrunarstarf á sjúkradeild skiptist í átta flokka sem taka til þeirra verka sem hjúkrunarfræðingar sinna. Þeir: 1) fást við margþætta verkefnaskrá, 2) stýra flæði sjúklinga um deild eða stofnun, 3) fella sjúklinginn að vinnukerfinu á stofnuninni, 4) stýra störfum annarra, 5) hliðra til mörkum hinna ýmsu starfsstétta, 6) ná í, vinna úr, túlka og flytja öðrum upplýsingar, 7) skrá og 8) forgangsráða umönnun og skynsamlegum úrræðum (Allen, 2007).

Nokkrar íslenskar rannsóknir, sem gerðar hafa verið á störfum og starfsumhverfi íslenskra hjúkrunarfræðinga, gefa dálitla innsýn í starf þeirra og aðstæður. Vettvangsrannsókn Kristínar Björnsdóttur (1994), sem gerð var á störfum hjúkrunarfræðinga hérlendis, náði meðal annars til hjúkrunarstarfsins og umfjöllunar um það í opinberri umræðu og í einkasamtölum. Þar kom fram að nokkurs misræmis gætti: Það sem hjúkrunarfræðingar líta á sem hjúkrun kemur ekki fram í opinberri umræðu því umræðan beinist fremur að læknisfræðilegri meðferð sjúkdóma. Kristín vísar einnig til hinnar ósýnilegu vinnu sem fram fari í hjúkrun og dæmigerð sé fyrir kvennastörf. Hjúkrunarfræðingarnir leggi þannig til að mynda áherslu á mikilvægi samskiptabáttarins í starfinu. Þessi þáttur virðist fyrst og fremst vera persónulegur skilningur hvers og eins hjúkrunarfræðings en er ekki ofarlega á blaði í umfjöllun þeirra um faglega hjúkrun. Mikilvægi samskipta við sjúklinga kom einnig fram í doktorsrannsókn Sigrúnar Gunnarsdóttur (2006) á vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga á Landspítalanum og tengsl þeirra við starfsánægju, kulnun og mat á gæðum hjúkrunar. Þar kom einnig fram að mikilvægustu vísbendingar um betri árangur og líðan fyrir hjúkrunarfræðinga og sjúklinga eru stuðningur deildarstjóra, nægileg mönnun og góð samskipti hjúkrunarfræðings og læknis. Í eigindlegri rannsókn Bryndísar Þorvaldsdóttur o.fl. (2009) á reynslu og líðan hjúkrunarfræðinga á Landspítalanum og viðhorfi þeirra til veikindafjarvista, kom fram að ánægja hjúkrunarfræðinga tengdist fyrst og fremst starfinu sjálfu og inntaki þess en vanlíðan hins vegar frekar ytri þáttum. Það olli til að mynda mikilli vanlíðan að ná ekki að ljúka þeim störfum sem þurfti á vinnudeginum. Þá hafði það mikil áhrif á líðan og veikindafjarvistir hvernig stjórnun var háttað á vinnustaðnum og hvort hjúkrunarfræðingarnir fengu hrós fyrir störf sín.

Hér á eftir verður sagt frá niðurstöðum rýnihóps hjúkrunarfræðinga sem var á störfum á skurðlækningadeildum Landspítalans veturinn 2006-2007. Hvatinn að myndun rýnihópsins var rannsókn Allen (2004) og þær hugmyndir að hjúkrunarfræðingum fyndist vera ósamræmi á milli eigin hugmynda um hvað hjúkrun stæði fyrir og í hverju hið raunverulega starf fælist. Markmið rannsóknarinnar var því að greina hvað felst í störfum hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala.

AÐFERÐ

Notað var eigindlegt rannsóknarsnið til að greina mat hjúkrunarfræðinganna á störfum sínum. Þar sem ekki hefur verið gerð könnun á afstöðu hjúkrunarfræðinga til starfa sinna var ákveðið að hefja rannsóknina með viðtölum við rýnihóp. Notkun rýnihópa er tilvalin þegar ætlunin er að skoða reynslu fólks, skoðanir þess og óskir. Í rýnihópum gefst þátttakendum tækifæri að ræða þá þætti sem þeim finnst mikilvægast að fjalla um með sínum eigin orðum (Bloor o.fl., 2001). Það að hlusta á hugmyndir og viðhorf hinna hjálpar þeim að móta skoðanir sínar (Krueger, 1994) og þegar einn þátttakandi segir sögu sína geta hinir gefið frásögninni aukna vídd með því að inna hann eftir frekari upplýsingum og bæta við úr eigin reynslubrúnni (Sorrell og Redmond, 1995).

Myndaður var einn rýnihópur með tíu kvenkynshjúkrunarfræðingum frá átta deildum á skurðlækningasviði. Hópurinn hittist tíu sinnum og greindi hver þátttakandi nákvæmlega frá vakt í starfi sínu og atvikum sem þar höfðu gerst. Þrátt fyrir að algengast sé í rýnihóparannsóknnum að hópar þátttakenda séu þrír eða fleiri sem hittast jafnvel aðeins einu sinni eru þess einnig dæmi að um sé að ræða einn hóp sem hittist margsinis með ákveðnu millibili (Krueger, 1994). Þátttakendur voru valdir eins og gjarnan er gert í rýnihóparannsóknnum (Krueger, 1994) og því um tilgangsrátt að ræða.

Haft var samband við deildarstjóra á skurðeildum Landspítala og þeir beðnir að senda hjúkrunarfræðing af sinni deild í hópinn. Meginskilyrðið var að þeir hefðu áhuga á að deila reynslu sinni í hópi. Hjúkrunarfræðingarnir höfðu eins til 30 ára reynslu af hjúkrun aðgerðasjúklinga, tveir þeirra höfðu minna en fimm ára starfsreynslu, fjórir um eða yfir 20 ára starfsreynslu og hinir þar á milli. Engir deildarstjórar eða aðrir yfirmenn voru í hópnum. Í hópnum var svo einnig aðstoðarmaður sem sá um fundaboðun, upptöku og skráningu frásagna hjúkrunarfræðinganna. Tveir hjúkrunarfræðingar gegndu hlutverki stjórnenda og stýrðu umræðum líkt og Sóley S. Bender (2003) bendir á að heppilegt sé að gera. Rýnihópurinn kom saman á um það bil mánaðarfresti frá 2006-2007, alls tíu sinnum. Ekki voru þó alltaf allir þátttakendur mættir. Umræðurámmi með fyrirframákveðnum spurningum var ekki álitinn heppilegur hér enda takmörkuð vitneskja fyrir hendi um það efni sem skoða átti (Goodman og Evans, 2006). Því var ákveðið að í hvert skipti, sem hópurinn hittist, skyldi einn þátttakandi greina nákvæmlega frá síðustu vakt í starfi sínu og atvikum sem þar höfðu komið upp. Staldráð var við ákveðin atriði og kafað dýpra í þau með því að stjórnendur og aðrir þátttakendur inntu frekari skýringa. Á tveimur fundum sögðu hjúkrunarfræðingarnir svo frá minnisstæðum atvikum úr starfinu. Hver fundur stóð í tæpa klukkustund. Viðtölin voru tekin upp á segulband, afrituð og þemagreind. Þess var gætt að ekki væri unnt að rekja ummæli til ákveðinna þátttakenda. Að lokinni greiningu voru niðurstöður bornar undir þátttakendur.

Fengin voru leyfi frá sviðsstjóra hjúkrunar á skurðlækningasviði, framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítalanum og tilkynning send Persónuvernd (S3598).

NIÐURSTÖÐUR

Greind voru 5 meginþemu (sjá mynd 1) og stendur yfirþemað „Í hringiðu faglegrar færni“ fyrir fjölbreytt starf hjúkrunarfræðingsins sem unnið er af fagmennsku í sibreytilegu starfsumhverfi. Beinir tilvitnanir í orð og frásagnir hjúkrunarfræðinga hér á eftir eru hafðar í gæsalöppum eða inndregnar í texta.

Mynd 1. Í hringiðu faglegrar færni.



Fyrsta þemað, að vinna margslungin verk af færni, lýsir margs konar líkamlegri og andlegri aðhlyningu sem hjúkrunarfræðingar sinna. Það væri að æra óstöðugan að telja upp öll verkefni þeirra, og það sem gerir flokkun þeirra erfiða er hversu margslungin þau eru. Þar rennur til dæmis verkleg athöfn annars vegar og fræðsla um sjúkdóm og lífsstíl hins vegar saman í eitt því eitt leiðir af öðru. Sjúklingi er kennt um lyf um leið og lyfjatiltekt fer fram og andlegri aðhlyningu og mati á ástandi er sinnt um leið og „skolað er í dren“. Annað dæmi er þegar lyfjagjöf um miðnætti leiðir til hálf tíma samveru þar sem hjúkrunarfræðingur er til staðar, „spjallar og hlustar“. Þá birtist umhyggja einnig í lýsingu á því þegar sjúklingur, sem verið hefur langdvölum á deildinni, er baðaður dag hvern, sama hvernig á stendur. Í lýsingu þátttakenda á verkum, sem unnið eru af færni, virðast flókin viðfangsefni leikur einn og stundum tók vart að minnast á þau að fyrra bragði. En hjúkrunarfræðingum á öðrum deildum, sem höfðu ekki unnið slíkt verk lengi, gat fundist það flókið og ekki á hvers manns færi.

Annað þemað, að finna hið sérstæða meðal hins almenna, lýsir því hvernig hjúkrunarfræðingar forgangsraða tíma sínum og kröftum. Þeir gera sér fljótt grein fyrir þörfum hvers einstaklings og sjá í hvaða „farveg“ sjúklingurinn er að fara og þekkja þannig úr þá sem bregða út af eðlilegu bataferli og velja þá sem þeir „ætla í raun og veru að verja tíma sínum í“ þá vaktina. Einnig ræddu þeir muninn á verklagi sínu eftir því hvort sjúklingurinn var að greinast með alvarlegan sjúkdóm eins og krabbamein eða að koma í eina smáaðgerð til að fá bót meina

Ritrynd fræðigreina

sinna því „maður leggur ekki svo mikla áherslu á að setja sig inn í öll hans mál“.

Þá skipar eftirlit með hugsanlegum fylgikvillum aðgerða stóran sess í störfum hjúkrunarfræðinganna. Þeir eru sífellt á verði og segja má að þeir hafi auga á hverjum fingri: „Þá náttúrulega horfir maður á sjúklinginn: litarháttur og herna horfir á allar línur, dren, þvag. Maður horfir í rauninni á hvernig manneskjan litur út, hvort allt sé rétt tengt og allt þetta ...“

Jafnvel það sem á yfirborðinu virðist almennt spjall felur í sér markvissari tilgang þar sem andlegt eða líkamlegt ástand, svo sem mæði, er metið um leið. Eftirlitið er hluti af klínískri ákvarðanatöku sem fylgja þarf eftir með ákveðnum viðbrögðum; þannig segjast hjúkrunarfræðingarnir þurfa að treysta túlkun sinni og kalla til lækni þegar þarf að láta fyrirskipa lyfjatöku eða rannsóknir:

Hann þurfti óeðlilega mikið súrefni, fannst mér, miðað við svona aldur og sögu og allt þetta. Enda kom það í ljós klukkan þrjú, áður en ég fór af vaktinni, þá talaði ég við deildarlækinn, að hann þyrfti nú að fá lungnamynd.

Þriðja þemað, að fást við flæði upplýsinga og samskipti, er ekki síður veigamikill hluti starfsins. „Rapportið“ er fastur punktur í tilverunni enda talið nauðsynlegt að setja sig vel inn í málin. Hins vegar mikla hjúkrunarfræðingarnir skráninguna ekki fyrir sér og virðist hún ekki umfangsmikill hluti starfsins eins og hér kemur fram: „Að skrifa rapport ... maður vill fá að vera í friði og vera snöggur að því.“

Samstarf við aðra hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða virðist yfirleitt ganga „eins og smurt“. Þeir voru sammála um að kennsla nema tæki drjúgan tíma og yki vinnuálagið og viðurkenndu að nemarnir yrðu stundum út undan á álagstímum. Ekki var alltaf gert ráð fyrir kennsluhlutverki hjúkrunarfræðinga í mönnum og fyrir kom að vegna kennslunnar gátu þeir ekki lokið vaktinni á tilsettum tíma.

Annað dæmi um venjubundið upplýsingaflæði eru morgunfundir og stofugangur með læknum. Sumir töluðu um að „ákveða meðferð með lækni“ en aðrir töldu samráð skorta. Allir töldu þeir hlutverk sitt þarna mikilvægt og oft þurfti að „tala máli sjúklings, mótmæla og rökstyðja“ svo sem varðandi fyrirhugaðar útskriftir sem þeir telja óraunhæfar. Þrátt fyrir þessa hnökra var mat flestra að samstarf við lækna gengi vel.

Greinilegt er að samskipti við ættingja og sjúklinga er þungamiðja starfsins, en í samskiptum við sjúklinga og fjölskyldu bjó oft meira undir en virtist í fyrstu. Samtal við ættingja sjúklings, sem hefur nýlega greinst með krabbamein og brugðist við því með perringi og æsingi í garð hjúkrunarfræðinga, þróast þannig frá hversdagslegu spjalli yfir í umræður um blóðprufusvör og loks yfir í að hjúkrunarfræðingur útskýri hver séu eðlileg viðbrögð við því að fá slíka greiningu.

Ég fann á henni að hún var svona svolítið tens í kringum hann ... segir eitthvað svona: „Þú hefur ekki verið á vaktinni þegar

hann var sem verstur,“ eitthvað svona, var svona að ýja að þessu. Þannig að það fór smá-umræða í gang um það. Ég tók fram að það hefði verið eðlileg hegðun hjá sjúklingnum eftir að fá þessa greiningu.

Fjórða þemað kallast „að hrærast í síbreytilegu umhverfi og láta hlutina ganga“ en í umhverfi sjúkráðsins hrærast hjúkrunarfræðingarnir í hringiðu breytileikans. Þrátt fyrir breytilegt ástand sjúklings, mannekle og oft og tíðum bráðainnlagnir var athyglisvert að að minnsta kosti þrjú töldu vaktina hafa verið „rólega eða þægilega“ og annríki er tekið með æðruleysi. Sums staðar valda ytri aðstæður, svo sem húsnæðismál eða plássleysi á öðrum deildum, erfiðleikum. Þannig olli lyfjaóhapp, sem rakið var til álags, því að sjúklingur veiktist mjög alvarlega og á meðan var ekki hægt að sinna verkjum annars sjúklings á deildinni: „Sá var alltaf að hringja og maður gat ekki sinnt honum almennilega. Sá tók þetta mjög nærri sér ... ég var bara föst inni á hinni stofunni.“

Hluti starfa hjúkrunarfræðinga snýr að verkstjórn og því að láta hlutina ganga. Vaktstjórar sjá um að raða og endurraða sjúklingum og starfsfólki á stofur og jafnvel kalla út starfsfólk vegna veikinda. Hjúkrunarfræðingar á nætur- og helgarvöktum sjá einnig um að fara yfir og panta lyf og birgðir, umrita lyfjafyrirmæli, bæta nýjum eyðublöðum inn í sjúkraskrár, prenta út límmiða og sinna ritarastörfum. Þá eru flutningar sjúklingsa til og frá öðrum deildum algengir. Áberandi var að þeir sem voru á öðrum vöktum en morgunvöktum á virkum degi eyddu meiri tíma í ýmis flutninga- og móttökustörf. Hjúkrunarfræðingunum berst einnig fjöldi skilaboða og símtala og slíkt áreiti frá umhverfinu truflar þá við störf sín. Þá ganga hjúkrunarfræðingarnir á eftir öðrum starfsstéttum um að þær vinni sín verk. Þeir láta vita ef ekki er búið að fyrirskipa blóðþynningarmeðferð og fylgjast með rannsóknarniðurstöðum. Einn hjúkrunarfræðingurinn taldi þetta ekki vera í sínum verkahring en hinir tóku fram að „þetta er allt í þágu sjúklingsins, að honum batni sem fyrst“ og tóku fram að þetta væri nauðsynlegt til að tryggja öryggi og bata sjúklinganna.

Vinnutilhögun, sem veldur fjarveru lækna af deildum, eykur vinnuálagið og tefur meðferð. Ef enginn læknir er til staðar til að fylgja því eftir sem ákveðið er á samráðsfundi að morgni, fer of mikill tími í að „elta þá með verkin“. Þær boðleiðir, sem í gildi eru, geta einnig reynst „tafsamar“: „Að sitja við hliðina á aðstoðarlækni og hann þarf að spyrja þig hvað hann á að segja við sérfræðinginn í símanum. Af því að hann þekkir ekki ... þá gæti ég bara alveg eins talað við hann sjálf.“

Í fimmta og síðasta þemanu, að nýta og njóta starfsþroskans, kemur þekking, reynsla og sýn á hjúkrunarstarfið í ljós. Hjúkrunarfræðingarnir leggja mikla áherslu á að öðlast „þroska í starfi“. Honum er til dæmis náð þegar þeir hafa lært að sía úr upplýsingar, sem skipta máli, en ekki síður að þora að taka völdin eins og þegar hjúkrunarfræðingur fjarlægði magaslöngu sem sett hafði verið í sjúkling þvert á vilja hans. Starfsþroski kemur einnig fram sem virðing fyrir sjálfstæði og sérkennum sjúklingsa og aðstandenda. Hér er því lýst er einn hjúkrunarfræðinganna bjó í fyrsta skipti um lík með aðstandanda:

Jæja, nú ætlum við að búa um hann og hvort hún vilji fara fram á meðan. Hún segir: „Nei, ég vil bara vera hér. Ég vil bara taka þátt í þessu.“ Þannig að við bjuggum tvær um líkið. Þetta var mjög sérstök reynsla.

Hjúkrunarfræðingnum leið vel eftir þetta, var ánægður með hversu vel hafði gengið að sinna þessari athöfn og að hugsa um aðstandandann þannig að hann væri sáttur. Annar hjúkrunarfræðingur lýsti því hvernig hann virðir skoðanir sjúklingsins og getur tekið því að hann hafi skoðanir á meðferðinni sem ganga gegn hefðbundnum venjum:

Hann var einn af þeim sem þótti að mörgu leyti ... erfiður sjúklingur. Vegna þess að ... hann hafði ofsalega skýrar skoðanir á sinni meðferð, hann hafði mikla þekkingu og ... hikaði ekkert við að segja sínar skoðanir ... hann náttúrulega fór mikið út fyrir það sem aðrir sjúklingar gera, en mér fannst ég, mér fannst allt í lagi að sætta mig við það.

Því skiptir máli að „geta látið af stjórninni án þess að finnast maður vera að missa tókin“. Þessi hjúkrunarfræðingur vissi að ef hann hefði verið nýútskrifaður hefði hann átt erfitt með að hjúkra sjúklingnum en með reynsluna að vopni gat hann átt góð samskipti við hann og hjúkrað honum þrátt fyrir framkomu hans.

Hjúkrunarfræðingarnir vilja einnig að „reynsla“ þeirra og „sérþekking“ sé virt. Því til stuðnings nefndu tveir atvik sem þeir nefndu „faglega móðgun“. Fyrra tilfellið var þegar persóna, háttsett í þjóðfélaginu, var sjúklingur á deildinni og sérfræðingur úthlutaði deildarlækni verki sem hjúkrunarfræðingar vinna að öllu jöfnu og hafa mun meiri reynslu af að sinna heldur en þeir. Í hinu dæminu spyr læknir, sem ekki hefur reynslu af viðkomandi sjúklingshóp, hjúkrunarfræðinginn ráða: „Ég vissi alveg hvað átti að gera en þeir vissu það ekki. Svo labba þeir út og ég gerði vinnuna þeirra. Svo koma þeir á stofugang næsta dag og þá mátti maður ekki taka neina ákvörðun sjálfur.“

Þá er grundvallaratriði að finna að starfið ber árangur, sjá að sjúklingnum batnar og kemst heim og fá þakklæti fyrir að leggja sig fram. Það gerir „starfið skemmtilegt“ og jafnvel „heldur þeim hreinlega í starfi“. Það skiptir því öllu máli að fá að njóta uppskerunnar því „annars væru þeir ekki þarna“: „Það er alveg gífurlegt þakklæti sem maður fær. Dag eftir dag ...“

UMRÆÐA

Hvatinn að þessu verkefni, eins og fram kom í inngangi, var vinna Allen (2004) og ákváðum við að byggja umrædukaflann að hluta til á flokkunum átta sem hún telur lýsa störfum breskra hjúkrunarfræðinga. Við samanburðinn verður að hafa hugfast að gagnasöfnun var með ólíkum hætti; í rannsókn Allen var gagna aflað á vettvangi og með athugun (e. observation). Okkar niðurstöður byggjast hins vegar einvörðungu á frásögnum hjúkrunarfræðinganna sjálfra. Samanburður sýnir að störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði falla að einhverju leyti undir flokkana átta. Það sem einkum virðist ólíkt er hve íslensku hjúkrunarfræðingarnir virðast í litlu styðjast við reglur

eða staðla til að stýra flæði sjúklinga eða fella þá að vinnukerfi stofnunar en slík atriði komu lítið sem ekkert fram í frásögnum eða umræðum þátttakenda. Það gæti einfaldlega skýrst af skorti á slíkri umgjörð á stofnuninni. Þá virtist skráning ekki skipa háan sess í hugum þátttakenda eða vera umfangsmikil, þvert á það orðspor sem af hjúkrunarfræðingum kann að fara um að þeir eyði miklum tíma í þá iðju. Þetta gæti þó samræmst rannsóknarniðurstöðum um að sú hjúkrun, sem veitt er, sé aðeins að litlum hluta skráð og einn þeirra þátta sem valda ósýnileika hjúkrunarstarfsins (Butler o.fl., 2006; Kristín Björnsdóttir, 1994). Sé það raunin felur slíkt jafnframt í sér að þátttakendur finni ekki þörf hjá sér, né fyrir þeirri kröfu gagnvart sér, að þeir skrái meira en þeir gera.

EKKI VARÐ ÞESS HELDUR VART AÐ ÞÁTTTAKENDUR LITU FRAM HJÁ TILFINNINGALEGUM HLUTA STARFSINS VIÐ FORGANGSRÖÐUN ÚRRÆÐA EINS OG ALLEN HELDUR FRAM. ÞVERT Á MÓTI ERU ANDLEGRIR ÞÆTTIR OG SAMSKIPTI INNIFALDIR Í SÝN ÞEIRRA Á STARFIÐ OG HLUTI AF STARFSÞROSKANUM. AÐ NÁ FÆRNI Á ÞESSUM SVIÐUM VIRÐIST Hafa mikið að segja varðandi ánægju þeirra í starfi. Þessi áhersla, sem þátttakendur leggja á að öðlast, nýta og njóta þroskans, og þau viðmið, sem að baki liggja, eru lítt áberandi í umræðu um hjúkrunarstarfið og verðskulda frekari athygli.

Þá er nauðsynlegt að draga betur fram hve fagleg umhyggja er oft hluti starfinu og jafnframt að hafa í huga að verkefni er margslungin og flóknari en í fyrstu virðist. Daglegu spjalli er þannig markvisst beitt til að meta andlegt og líkamlegt ástand en með spjallinu gefst einnig tækifæri til að nálgast sjúklinga og ættingja og fjalla eðlilega um viðkvæm málefni. Það skyldi því varast að skilgreina hjúkrunarfræðistarfið út frá verkþáttum starfsins eða jafnvel hvað fer fram þegar sjúklingur er tekinn tali, því án frekari ígrundunar er erfitt að meta ýmiss konar eftirlit eða meðferð sem samhliða fer fram. Rannsakendur, sem eingöngu beita athugun við gagnasöfnun, gætu þannig gefið ranga mynd af því hvað felst í störfum hjúkrunarfræðinga. Oft er auðvelt að koma auga á verklega þætti hjúkrunarstarfsins en eftirlit og árvekni eru frekar falinn þáttur í starfinu, og það þrátt fyrir að árvekni hjúkrunarfræðinga yfir hverri skyndilegri eða fyrirsjáanlegri breytingu á ástandi sjúklingsins sé talið aðalsmerki stéttarinnar sem fagstéttar (Latimer, 1998). Orsakir þess að eftirlit og árvekni er frekar dulið má ef til vill rekja til þess að þessa þætti starfsins vinna hjúkrunarfræðingar á meðan þeir sinna sýnilegri verklegri eða tæknilegri störfum. Þá ætti að fara varlega í að sundurgreina störf hjúkrunarfræðinga um of, hvað þá að stilla verklegum eða tæknilegum athöfnum upp sem andstæðu við umhyggju eða heildræna hjúkrun sjúklings. Slíkt getur leitt til þess að hjúkrunarfræðingar ræða lítt um tæknilegan eða læknisfræðilegan hluta starfs síns (Gordon, 2006). Fari svo að hjúkrunarsamfélagið skilgreini inntak hjúkrunar (e. nursing mandate) sem tilfinningavinnu fyrst og fremst geta verk, sem falla undir verklegar athafnir og aðhlyningu, orðið í andstöðu við sjálfsmýnd hjúkrunarfræðinga og aukið á óánægju þeirra þar sem þeim finnst þeir þá vera að gera eitthvað annað en þeir ættu að vera að gera. Með hliðsjón af niðurstöðum okkar rannsóknar teljum við líkt og Allen að slík skilgreining sé til þess fallin að draga úr þróun hjúkrunar og gefi

Ritrynd fræðigreina

auk þess ranga mynd af viðfangsefnum hjúkrunarfræðinga. Nelson og Gordon (2006) benda enda á að óheillavænlegt sé að í opinberri orðræðu um umhyggju falli færni, flókin líkamleg aðhlyning, notkun tækni og læknisfræðileg þekking í skuggann af sálfélagslegu hlutverki og fræðslu hjúkrunarfræðingsins. Fræðimenn í hjúkrun hafa vissulega bent á að fagleg umhyggja feli alltaf í sér faglega færni, hún sé alltaf virk og feli yfirleitt í sér að gera eitthvað fyrir sjúklinginn eða að vera með honum (Halldórsdóttir og Hamrin, 1997). Þessi skilningur kom fram í frásögnum hjúkrunarfræðinganna þar sem fagleg umhyggja birtist gjarnan í dæmum um tæknileg verk og aðhlyningu og sýnir að líkamleg og andleg aðhlyning getur vel farið fram á sama tíma. Eftirtektarverðar eru þó einnig niðurstöður rannsóknar Allan (2001) um að hjúkrunarfræðingar geti sýnt umhyggju þannig að þeir sjái til þess að sjúklingar fái það sem þeir þurfa en tengjast sjúklingunum ekki og að sjúklingarnir ætlist heldur ekki til meira af þeim. Slíkt kemur einnig fram í tveimur rannsóknum á þörfum sjúklinga og aðstandenda þeirra á bráðamóttöku en þar kemur skýrt fram sú afstaða sjúklinga og ættingja að mikilvægast sé að hjúkrunarfræðingar vinni störf sín af færni og kunnáttu (Guðrún Björg Erlingsdóttir, 2008; Gyða Baldursdóttir, 2000).

Áhrif umhverfis á störf hjúkrunarfræðinga

Hjúkrunarfræðingar eru í starfi sínu háðir húsnæði og öðru ytra umhverfi og þurfa sífellt að endurmeta aðstæður. Þátttakendur í þessari rannsókn minntust aldrei á að sjúklingarnir sjálfir væru þeim ofviða en hins vegar kom fram að utanaðkomandi aðstæður töfðu störf þeirra. Hjúkrunarfræðingarnir stjórna því ekki alltaf tíma sínum í vinnunni líkt og rannsókn á störfum hjúkrunarfræðinga á gjörgæsludeild sýndi því að ytri aðstæður ráða iðulega hvernig tíma þeirra er varið (Adomat og Hicks, 2003). Einnig kom fram að störf þeirra eru ekki alltaf í samræmi við þjálfun þeirra eða færni. Er þetta samhljóða okkar niðurstöðum þar sem hjúkrunarfræðingarnir sinna störfum, sem ekki tengjast sjúklingnum beint eða falla undir verksvið annarra, til að tryggja öryggi sjúklinganna og allt gangi snurðulaust fyrir sig. Þetta hlutverk telur Allen (2007) til komið af miðjustöðu þeirra í kerfinu. Hjúkrunarfræðingar eru staðsettir í miðju þar sem ýmsir meginferlar stofnunarinnar mætast og á þeim vettvangi þurfa þeir að hafa samskipti við sjúklinga og fjölskyldur þeirra, aðra heilbrigðisstarfsmenn og fleiri og sinna mismunandi störfum eftir því hvar þeir eru staðsettir innan heilbrigðisþjónustunnar (Herdís Sveinsdóttir, 2007). Kanna þarf hvort aðrar starfsstéttir geta létt álagi af hjúkrunarfræðingum; þó þyrfti að velja vandlega hverju ætti að breyta og hvaða afleiðingar það hefði á líðan hjúkrunarfræðinga í starfi og á aðdrif sjúklinganna.

Samskipti og ímynd hjúkrunarfræðinga

Hnökrar í samskiptum við lækna, langar boðleiðir og fjarvera lækna af deildum valda nokkrum áhyggjum enda tefur það meðferð líkt og kemur til að mynda fram í rannsókn Torjuul og Sorlie (2006) á siðfræðilega erfiðum aðstæðum sem hjúkrunarfræðingar á skurðlækningadeildum standa frammi fyrir. Umhugsunarvert er að reyndir hjúkrunarfræðingar þurfi að fara langa boðleið að sérfræðingum, jafnvel þegar mikið

liggur við. Þannig eru þeir settir á sama bás og nýgræðingar í lækna-stéttinni og framlag þeirra til greiningar og meðferðar gert lítt sýnilegt. Sýnu verra getur verið ef langar boðleiðir frá reyndum hjúkrunarfræðingum að sérfræðingum teifa fyrir að viðeigandi læknisfræðileg meðferð sé veitt um leið og þess er þörf. Einnig er ámælisvert að hjúkrunarfræðingar eyði dýrmætum tíma í að ganga á eftir annarri stétt til að nauðsynleg verk séu unnin. En því er þetta hluti hjúkrunarstarfsins? Allen (2007) segir hjúkrunarfræðinga stýra samskiptum mismunandi heilbrigðisstétta og samhæfa störf þeirra til að leitast við að tryggja samfellu í umönnun og séu með þessu að vinna í þágu sjúklinganna.

Þá vakti athygli að svo virtist sem þátttakendur hefðu að miklu leyti náð að samræma eigin veruleika hugmyndum í hjúkrun, svo sem umhyggju, virðingu fyrir skjólstæðingum, rétti þeirra og sérstöðu hvers og eins. Þeir virðast því ekki ósáttir við sína eigin ímynd ólíkt því sem fram kemur í lýsingu Dingwall og Allen (2001). Þetta gæti skýrst af starfsreynslu þeirra og hæfni til að forgangsraða úrræðum. Þó kom fram dæmi um hversu lítið má út af bera til að hjúkrunarfræðingar nái ekki að sinna sjúklingum á fullnægjandi hátt. Slíkt vekur upp spurningar um hvort og hvernig sé hægt að tryggja viðeigandi aðstoð við slíkar aðstæður.

Takmarkanir og styrkur rannsóknarinnar og notagildi

Rýnihópar eru ekki endilega rétti vettvangurinn til að kafa nægilega djúpt í starfið enda hefur verið bent á að gallar þeirrar gagnasöfnunaraðferðar séu meðal annars þeir að sumir þátttakendur eigi erfitt með að greina frá viðhorfum sínum og lýsa reynslu sinni fyrir framan hóp (Polit og Beck, 2006) og aðrir frásagnarbetri geti ráðið umræðunni (Goodman og Evans, 2006). Í þessari rannsókn, þar sem einungis er um að ræða einn hóp, var hins vegar hver fundur hópsins skipulagður þannig að á hverjum fundi sagði einn þátttakandi frá vakt í starfi sínu og stýrði því umræðunni í það skipti. Þá þarf að hafa í huga að þátttakendur höfðu viðtæka reynslu og ekki óvanir umræðu um hjúkrunarstarfið. Einnig má geta þess, að þrátt fyrir að þátttakendur séu valdir af deildarstjórum er hér um að ræða reynslumikla hjúkrunarfræðinga sem geta dregið upp raunsanna mynd af degi í starfi sínu og spurt raunhæfra spurninga á jafningjagrunni enda ekki um nein valdatengsl innan hópsins að ræða. Þá hefur það verið talið rýnihópum til lasts að niðurstöður þeirra geti orðið yfirborðskenndar (Webb og Kevern, 2001). Á móti má benda á að rýnihópar gera rannsakendum fært að ná fram málnotkun, forgangsröðun og viðhorfum þátttakenda og þetta er ein af fáum gagnasöfnunaraðferðum sem gerir þeim kleift að móta skoðanir sínar og hugmyndir meðan á gagnasöfnun stendur (Goodman og Evans, 2006). Þar eð hópaviðtöl byggjast á virkri þátttöku og gagnkvæmum samskiptum (Krueger, 1994) geta komið fram upplýsingar sem ekki fást með viðtölum við einstaklinga (Sóley S. Bender, 2003).

Til að skýra störf hjúkrunarfræðinganna betur og fá víðari sýn á störfin þarf þó að beita fjölþættari aðferðum við gagnasöfnun. Því hefur verið saminn spurningalisti sem byggist

á þessum niðurstöðum ásamt heimildum og lagður verður fyrir hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítala á haustmisseri 2009. Niðurstöðurnar verða notaðar til frekari starfspróunar á skurðlækningasviði spítalans í samráði við hjúkrunarfræðinga á sviðinu. Auk þess að geta veitt hjúkrunarfræðingum á skurðlækningasviði Landspítala nýja sýn á störf sín geta niðurstöðurnar aukið skilning annarra á eðli starfsins og viðfangsefnum hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. Jafnframt geta þær bent á verkefni sem fela má öðrum og á þætti sem eru hjúkrunarfræðingum mikilvægir, sem þeir vilja stefna að og halda í og eru vel til þess fallnir að auka festu þeirra í starfi. Þá gætu niðurstöðurnar einnig hjálpað nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum að finna sér framtíðarstarfsvettvang.

ÁLYKTANIR

Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningasviði starfa í hringiðu síbreytilegs og krefjandi umhverfis. Pungamiðja starfsins er samskipti við sjúklinga, aðstandendur og samstarfsfólk en starfið felur einnig í sér að beita tæknilegri færni, eftirliti með hugsanlegum fylgikvillum aðgerða og óeðlilegu ástandi. Slíkt liggur þó ekki alltaf í augum uppi og krefst þess að störfín séu skoðuð gaumgæfilega og út frá sjónarhóli þeirra sem þau inna af hendi. Síbreytilegt umhverfi reynir á skipulagshæfileika og verkstjórn, og til að tryggja öryggi sjúklinga og láta hlutina ganga axla þeir ábyrgð út fyrir verksvið sitt. Þessar niðurstöður benda til þess að hjúkrunarfræðingar verji hluta tíma síns í verk sem tengjast sjúklingum aðeins óbeint og betur mætti verja við sjúkrahæðinn þannig að það nýtist sjúklingum og aðstandendum sem best.

Starfið veitir möguleika til faglegs þroska, það gefur hjúkrunarfræðingunum tækifæri til að nýta og njóta sérþekkingar sinnar og reynslu og þetta, ásamt því að njóta þakklætis, stuðlar að vellíðan og festu í starfi.

Þakkarorð

Alma Harðardóttir, Ásta Júlía Björnsdóttir, Björk Inga Arnórsdóttir, Jörunn Edda Hafsteinsdóttir, Sigríður Zoëga, Þorbjörg Inga Þorsteinsdóttir, Þórunn Sighvatsdóttir og Þuríður Geirsdóttir fá sérstakar þakkir fyrir framlag sitt. Einnig eru vísindasjóði Landspítalans færðar þakkir fyrir veittan styrk.

Heimildir

- Adomat, R., og Hicks, C. (2003). Measuring nursing workload in intensive care: An observational study using closed circuit video cameras. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (4), 402-412.
- Allan, H. (2001). A 'good enough' nurse: Supporting patients in a fertility unit. *Nursing Inquiry*, 8 (1), 51-60.
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and rewriting practice: Towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11 (4), 271-283.
- Allen, D. (2007). What do you do at work? Profession-building and doing nursing. *International Nursing Review*, 54 (1), 41-48.
- Baumann, A. (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit*. Genf: International Council of Nurses (ICN).
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., og Robson, K. (2001). *Focus groups in social research: Introducing qualitative methods*. London: Sage Publications.

- Bryndís Þorvaldsdóttir, Gylfi Dalmann Aðalsteinsson og Sigrún Gunnarsdóttir (2009). „Við berum Landspítalann á bakinu.“ Upplifun og líðan hjúkrunarfræðinga í starfi og viðhorf þeirra til veikindafjarvista. *Læknablaðið*, 95 (Vísindi á vordögum, fylgirit 60), 10.
- Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Mac Neela, P., Irving, K., o.fl. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: Making Irish nursing visible. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 364-375.
- Dingwall, R., og Allen, D. (2001). The implications of health care reforms for the profession of nursing. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 64-74.
- Enns, C., og Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: Expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (4), 339-347.
- Goodman, C., og Evans, C. (2006). Using focus groups. Í K. Gerrish og A. Lacey (ritstj.), *The research process in nursing* (5. útg.) (bls. 353-366). Oxford: Blackwell Publishing.
- Gordon, S. (2006). The new cartesianism: Dividing mind and body and thus disembodied care. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *Complexities of care: Nursing reconsidered* (bls. 104-121). Ithaca: The Cornell University Press.
- Guðrún Björg Erlingsdóttir (2008). *Fjölskyldan og þarfir hennar á slysa- og bráðamóttöku*. Lokaverkefni til meistaraþrófs við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Reykjavík: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Gyða Baldursdóttir (2000). *Hjúkrun á bráðamóttöku. Hvaða þættir umhyggju finnast sjúklingum skipta mestu?* Lokaverkefni til meistaraþrófs við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Reykjavík: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Halldórsdóttir, S., og Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20 (2), 120-128.
- Herdís Sveinsdóttir (2007). Draumaland hjúkrunarfræðinga: Hugmyndir um starf og raunveruleikinn í starfinu. Í Herdís Sveinsdóttir (ritstj.), *Aðgerðarsjúklingar liggja ekki aðgerðarlausir. Um hjúkrun sjúklinga á skurðeild* (bls. 12-21). Reykjavík: Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús.
- Kristín Björnsdóttir (1994). Sjálfskilningur íslenskra hjúkrunarkvenna á tuttugustu öldinni: Orðræða og völd. Í Ragnhildur Richter og Þórunn Sigurðardóttir (ritstj.), *Fléttur: Rit Rannsóknarstofu í kvennafraeðum* (bls. 203-240). Reykjavík: Háskóli Íslands – Háskólaútgáfan.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2. útg.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Latimer, J. (1998). Organizing context: Nurses' assessment of older patients in an acute medical unit. *Nursing Inquiry*, 5 (1), 43-57.
- Maben, J., Latter, S., og Clark, J.M. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: Evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14 (2), 99-113.
- Mackintosh, C. (2007). Making patients better: A qualitative descriptive study of registered nurses' reasons for working in surgical areas. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (6), 1134-1140.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., og Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), 463-471.
- Nelson, S., og Gordon, S. (2006). Introduction. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *The complexities of care. Nursing reconsidered* (bls. 1-12). Ithaca: The Cornell University Press.
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research* (6. útg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sigrún Gunnarsdóttir (2006). *Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing*. Reykjavík: Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús.
- Sorrell, J.M., og Redmond, G.M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (6), 1117-1122.
- Sóley S. Bender (2003). Rýnihópar. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 85-99). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Torjuul, K., og Sorlie V. (2006). Nursing is different than medicine: Ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (4), 404-413.
- Webb, C., og Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6), 798-805.