

Heilbrigðisvísindasvið
Hjúkrunarfræði 2010

Sárameðferð byggir á þekkingu og samvinnu

Greining á fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga á Suðurlandi,
tengt sárameðferðum

Lilja Einarsdóttir
Svandís Bergsdóttir

Lokaverkefni til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði
Leiðbeinandi: Hafdís Skúladóttir

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.Sc. prófs í hjúkrunarfræði.

Verkefnið unnu:

Lilja Einarsdóttir

Svandís Bergsdóttir

**Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að okkar
dómi kröfum til B.Sc. prófs í hjúkrunarfræði**

Hafdís Skúladóttir
Leiðbeinandi

Elín M. Hallgrímsdóttir
Prófdómari

Útdráttur

Hjúkrunarfræðingar sem starfa við heilsugæslu þurfa að geta unnið sjálfstætt því þeir vinna víða einir og við mismunandi aðstæður í heimahúsum og þurfa oft að taka ákvarðanir án þess að geta ráðfært sig við aðra áður. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga sem starfa við sárameðferðir á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi og athuga hvort að samvinna gæti verið úrræði til að mæta fræðsluþörfum sem væru til staðar.

Hjúkrunarfræðingar bera ábyrgð á meðferð sára, en sáragræðsla er flókið ferli margra samverkandi lífeðlisfræðilegra þátta og krefst yfirgripsmikillar þekkingar til að veita viðeigandi meðferð hverju sinni og því mikilvægt að hjúkrunarfræðingar viðhaldi þekkingu sinni. Rannsóknaraðferðin var eigindleg og gagna aflað með rýnihóp sem samanstóð af 12 hjúkrunarfræðingum sem allir höfðu reynslu af sárameðferðum. Þátttakendurnir komu frá öllum heilsugæslustöðvum á Suðurlandi. Gögnin voru greind í þrjú meginþemu og sex undirþemu og sett fram í greiningarlíkani. Meginþemun voru: Takmörkuð þekking eftir grunnám, Ábyrgð byggð á þekkingu og Samvinna og ráðgjöf og undirþemun voru Mat á sárum, val á umbúðum og annari meðferð, Sáramiðstöð-Þekkingarmiðstöð, Fræðsluþarfir óuppfylltar, Þekkingaröflun-Þekkingarmiðlun og Hindranir í þekkingaröflun. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að þörf var á aukinni fræðslu tengdri öllum grunnþáttum sárameðferðar og að góð samvinna milli fagaðila og stofnana væri leið til að miðla þekkingu og mætti nýta sem fræðsluúrræði. Niðurstöður voru í samræmi við aðrar rannsóknir sem gerðar hafa verið á viðfangsefninu. Rannsakendur vonast til að niðurstöður rannsóknarinnar leiði til þess að hægt verði að koma til móts við fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga með aukinni samvinnu og bættu aðgengi að fræðsluefni sem og geti nýst kennurum til að koma auga á þörfina til að gera grunnám í hjúkrunarfræði gagnsærra.

Lykilhugtök: Sár, sárameðferð, fræðsluþarfir og samvinna.

Abstract

Nurses working in health care need to be capable of working independently since they often work alone and under different circumstances in people's homes. Furthermore, they often need to make decisions without being able to seek consultation. The purpose of this research was to study the educational needs of nurses working in wound management in the health care centres in the South of Iceland and to explore whether collaboration could be a method to meet the present educational needs. Nurses are responsible for wound management, but wound healing is a complex process involving many interlinked biophysical elements that demands comprehensive knowledge in order to give the proper treatment each time. Therefore it is important for nurses to maintain their education. The research method was qualitative and data gathered from a research group consisting of 12 nurses experienced in wound management. The participants came from all the health care centres in Southern Iceland. The data was divided into three main themes and six sub-themes and portrayed in an analytical model. The main themes were: Limited knowledge after basic training, Responsibility based on knowledge, and Collaboration and consultation. The sub themes were: Assessing wounds, Choosing bandages and other treatment, Wound centre –knowledge centre, Unfulfilled educational needs, Knowledge gathering –knowledge exchange, and Obstacles to gathering knowledge. The research findings show the need for increased education in all basic elements of wound management and that good collaboration between professionals and institutions was a way to exchange knowledge and could be utilized as a means of education. The findings are consistent with other similar research findings into the subject matter. It is the researchers hope that their findings will lead to the educational needs of nurses being met through increased collaboration and access to educational material, and at the same time open teacher's eyes to the need to make nurse's basic training more transparent.

Key concepts: Wounds, wound management, educational needs and collaboration.

Efnisyfirlit

Útdráttur	iii
Abstract	iv
Efnisyfirlit	v
Þakkarorð	viii
1. Kafli - Inngangur.....	1
Bakgrunnur og greining viðfangsefnis	1
Tilgangur rannsóknar	2
Skilgreining meginhugtaka	3
Sár.....	3
Sárameðferð.....	3
Fræðsluþarfir.	3
Samvinna.	3
Gildi fyrir hjúkrun.....	3
Hugmyndafræðilegur rammi.....	4
Gildismat rannsakenda.....	4
Uppbygging skýrslunnar	5
Leitarorð og gagnasöfn	6
2. kafli - Fræðileg umfjöllun.....	7
Þekking eftir grunnnám	7
Sár	9
Húðin.	9
Flokkarnir sára.	10
Lífeðlisfræði sára.....	11
Þættir sem hafa áhrif á sáragræðslu.....	12
Heilbrigður og óheilbrigður vefur.	17
Sárameðferð	17
Fræðsluþarfir.....	21
Samvinna	23
Samantekt.....	25
3. Kafli - Aðferðafræði.....	27
Rannsóknaraðferð	27
Þátttakendur	28

Upplýsingaöflun og greining gagna.....	30
Siðfræði rannsóknarinnar.....	31
Réttmæti og áreiðanleiki.....	32
Samantekt.....	32
4 Kafli - Niðurstöður.....	34
Takmörkuð þekking eftir grunnnám.....	34
Ábyrgð byggð á þekkingu.....	36
Mat á sárum.....	37
Val á umbúðum og annarri meðferð.....	38
Samvinna og ráðgjöf.....	40
Sáramiðstöð-Þekkingarmiðstöð.....	42
Fræðsluþarfir óuppfylltar.....	43
Þekkingaröflun-þekkingarmiðlun.....	44
Hindranir í þekkingaröflun.....	45
Samantekt.....	46
5. Kafli - Umræður.....	48
Takmörkuð þekking eftir grunnnám.....	48
Ábyrgð byggð á þekkingu.....	49
Mat á sárum.....	50
Val á umbúðum og annarri meðferð.....	51
Samvinna og ráðgjöf.....	52
Sáramiðstöð – þekkingarmiðstöð.....	53
Fræðsluþarfir óuppfylltar.....	53
Þekkingaröflun – þekkingarmiðlun.....	54
Hindranir í þekkingaröflun.....	55
Samantekt.....	55
6 Kafli - Notagildi rannsóknar og hugmyndir um framtíðarrannsóknir.....	57
Takmarkanir rannsóknarinnar.....	57
Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrun.....	57
Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrunarstjórnun.....	58
Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrunarmenntun.....	58
Hagnýtt gildi fyrir hjúkrunarrannsóknir.....	58
Hugmyndir að framtíðarrannsóknunum.....	59
Samantekt.....	59

Heimildaskrá	61
Fylgiskjal 1: Kynningarbréf til þátttakenda	67
Fylgiskjal 2: Spurningar fyrir fund rýnihóps.....	68

Þakkarorð

Bestu þakkir viljum við færa öllum þátttakendum í rannsókninni, fyrir áhuga á verkefninu, fyrir ánægjulega samvinnu og jákvætt viðmót. Leiðbeinanda okkar, Hafdísí Skúladóttur, færum við bestu þakkir fyrir frábæra og uppbyggilega leiðsögn og gott viðmót. Guðfinnu Gunnarsdóttur og Óla Kristjáni Ármannssyni þökkum við fyrir yfirlestur á ritgerðinni, leiðbeiningar og hjálp við enska þýðingu á útdrætti.

Að lokum fá fjölskyldur okkar innilegt þakklæti fyrir skilning, stuðning og þá óendanlegu þolinmæði sem þær hafa sýnt okkur þau fjögur ár sem nám okkar í hjúkrunarfræði er búið að taka.

1. Kafli

Inngangur

Bakgrunnur og greining viðfangsefnis

Heilsugæsluhjúkrun er mjög viðamikil og fjölbreytt starf og þau verkefni sem þarf að leysa eins misjöfn og þau eru mörg. Heimahjúkrun er hluti af heilsugæsluhjúkrun en hjúkrunarfræðingar sem starfa við heilsugæslu vinna oft einir, bæði á heilsugæslustöðvum og við mismunandi aðstæður í heimahúsum og þurfa því oft að taka án tafar ákvarðanir upp á eigin spýtur. Því er þörf á fjölbreyttri og yfirgripsmikilli þekkingu til að geta leyst öll þau verkefni sem upp koma (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, e.d.). Samvinnu er hægt að nýta til ávinnings í heilbrigðisþjónustu bæði milli stofnana og fagaðila (Carrolton, DiPasquale, Folden, Hall og Hopkins, 1994; van Eyk og Baum, 2002), en einstaklingar með mismunandi reynslu innan hjúkrunar geta þannig miðlað þekkingu sín á milli (Carrolton o.fl., 1994).

Endurmenntun og símenntun eru grundvallaratriði til að þróast í starfi í samræmi við auknar kröfur (Ameen, Coll og Peters, 2005; Cook o.fl., 2004) og þörf hjúkrunarfræðinga á að viðhalda þekkingu sinni og fræðast um nýjungar í sárameðferð er ekki síður mikilvæg en það nám sem fram fer í grunnámi hjúkrunar (Ameen o.fl., 2005). Ýmislegt hefur þó hamlað hjúkrunarfræðingum í að sækja sér endur- og símenntun og má þar helst nefna kostnað vegna námsins og búsetu fjarri fræðslustöðum (Benson, 2004; Pascoe o.fl., 2007). Við þessu hefur þó verið brugðist með aðstoð tækninnar og bent á ýmsar fjarnámsleiðir til að jafna stöðu fólks varðandi búsetu (Ameen o.fl., 2005; Cook o.fl., 2004; Zahner, 2006).

Að veita sárameðferð er eitt af hlutverkum heilsugæsluhjúkrunarfræðinga, en mikillar þekkingar og færni er krafist af hjúkrunarfræðingum til að geta sinnt öllum þeim tegundum sára sem þarfnast meðhöndlunar á góðan og árangursríkan hátt. Samkvæmt Shepherd (2003) er ferli sáragræðslu flókið, margir þættir hafa á það áhrif og þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa

góða þekkingu á því hvernig framvinda sáragræðslu er sem og horfa heildrænt á ferli sáragræðslu og þá þætti sem hafa þar áhrif á.

Sár eru flokkuð á margan hátt svo sem eftir uppruna, útliti, undirliggjandi orsök eða eftir húðlögum. Flokkun á sárum gerir hjúkrunarfræðingi kleift að skilja þá áhættu sem fylgt getur hverju sári og meðferð þess og huga þarf að mörgum þáttum þegar verið er að meta sár (Colwell, 2009). Sár eru síbreytileg og færast frá einu stigi til annars í sáragræðsluferlinu og því er nauðsynlegt að endurmeta þau í sífellu (Ásta Thoroddsen, 1987).

Meðferð sára er breytileg og ræðst af undirliggjandi orsök og er því mikilvægt að skilja meifræðina sem liggur á bakvið sárið (Colwell, 2009). Fjölmargir þættir hafa áhrif á framgang sáragræðslu og ræður enginn einn einstakur þáttur þar úrslitum. Um er að ræða flókna samverkan margra þátta í margslungnu ferli. Innri og ytri þættir, einir sér eða í samverkan annarra geta haft áhrif á sáragræðslu og leitt til þess að hún misheppnast (Lakhani, Dilly, Finlayson og Dogan, 2003). Sár þarf ávallt að hreinsa, til að fjarlægja óhreinindi og dauðan vef og sporna þannig gegn sýkingum (Joanna Briggs Institute, 2008). Til er mikið úrval umbúða sem eru úr ólíkum efnum og hannaðar með meðferð mismunandi sára í huga og mikilvægt að velja réttu umbúðirnar til að veita viðeigandi meðferð hverju sinni (Colwell, 2009).

Tilgangur rannsóknar

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga sem starfa við sár meðferðir á heilsugæslustöðvum Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (HSu), hvaða fræðslu þeir myndu vilja hafa aðgengi að og eins hvað þeim finnst að þurfi að leggja áherslu á í hjúkrunarfræðináminu til að undirbúa hjúkrunarfræðinga betur undir að veita sár meðferð í daglegu starfi með góðum árangri.

Rannsókn þessi er lokaverkefni til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri vorið 2010 og eru eftirfarandi rannsóknarspurningar lagðar til grundvallar:

Hverjar eru þarfir hjúkrunarfræðinga sem starfa á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi fyrir fræðslu um sár og sárameðferðir?

Hvernig getur samvinna komið heilsugæsluhjúkrunarfræðingum að notum við þekkingaröflun?

Skilgreining meginhugtaka

Sár. Rof á eðlilegri líffærafræðilegri byggingu og hlutverki líffæris sem er afleiðing meinafræðilegs ferlis sem byrjar ýmist innvortis eða útvortis á líffærinu (Lazarus o.fl., 1994).

Sárameðferð. Felst í því að meta sár, hreinsa óhreinindi og dauðan vef úr sárinu, halda því ósýktu, meta og meðhöndla líkamsvessa sem koma frá sárinu og vernda sárið sem og húðina í kring, en allt miðar þetta að því að viðhalda réttu lífeðlisfræðilegu umhverfi í sárabeðinum og umhverfi hans (Colwell, 2009).

Fræðsluþarfir. Að þarfnast kennslu eða tilsagnar (Mörður Árnason, 2007). Í þessari rannsókn tengt sármeðferðum.

Samvinna. Sameiginleg áætlanagerð, ákvarðanatataka, lausn vandamála og markmiðssetning unnin af einstaklingum sem taka ábyrgð á hendur sér og starfa saman með opnum tjáskiptum (Stuart, 2005).

Gildi fyrir hjúkrun

Með því að opna umræðu milli hjúkrunarfræðinga sem að sinna sárum og sármeðferð og varpa ljósi á fræðsluþarfir þeirra má hugsanlega bæta þá meðferð sem veitt er einstaklingum með sár. Einnig má gera ráð fyrir að slík umræða milli hjúkrunarfræðinga sem starfa innan sama svæðis geti orðið til þess að auka samvinnu þeirra í milli og með því móti

geti þeir miðlað þekkingu og leitað þekkingar og mætt þannig að einhverju leyti fræðsluþörfum sem eru til staðar. Rannsakendur vonast til að geta nýtt niðurstöðurnar til að koma með tillögur að fræðsluáætlunum fyrir hjúkrunarfræðinga sem að sinna sármeðferð á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi.

Hugmyndafræðilegur rammi

Með verkefni þessu er tilgangurinn að kalla fram skoðanir og átta sig á reynslu þátttakenda og er það gert með eigindlegum aðferðum í formi rýnihóps, en eins og fram kemur í umfjöllun Sigurlínu Davíðsdóttur (2003) eru eigindlegar rannsóknir byggðar á þeirri aðferð að rannsakendur setja sig inn í hugarheim og aðstæður þeirra sem rannsaka á og reyna þannig að skilja fyrirbærið út frá þeirra sjónarhorni. Við greiningu eigindlegra gagna eru gögnin skoðuð mjög ítarlega, aftur og aftur og þau greind í ákveðin þemu sem leiða til niðurstöðu rannsóknarinnar. Samkvæmt Sóleyju S. Bender (2003) eru rýnihópar einmitt vel til þess fallnir að fá fram mismunandi skoðanir og reynslu ákveðinna hópa fólks og skoða þannig ákveðin málefni án þess þó að mæla hversu mikið er af einhverju.

Niðurstöður fundarins eru síðan greindar niður í ákveðin þemu og undirþemu sem sett eru fram í greiningarlíkani. Gögnin eru greind af báðum rannsakendum og síðan borin saman til að komast að sameiginlegri niðurstöðu.

Gildismat rannsakenda

Rannsakendum finnst að grunnnám hjúkrunar búi nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga ekki nægilega vel undir það starf að sinna sármeðferð. Í grunnnáminu er þó farið í alla þá mikilvægu þætti sem snúa að sármeðferð, en yfirsýn yfir þá kennslu er ekki nægilega góð að þeirra mati. Með því að draga saman alla þætti sem kenndir eru og snúa að einhverju leyti að

sárum og sárameðferð mætti bæta yfirsýn nemenda yfir það efni sem kennt er. Aukin yfirsýn myndi auðvelda nemendum að upplifa námsefni tengt sárum og sárameðferð sem eina heild.

Með hliðsjón af eigin reynslu hafa rannsakendur því þá fyrirfram gefnu hugmynd að hjúkrunarfræðingar sem sinna sárameðferð séu misjafnlega vel í stakk búnir að veita viðeigandi sárameðferð byggða á þekkingu og eigi það við um þátttakendur í þessari rannsókn sem og aðra. Aftur á móti telja rannsakendurnir að samvinna milli hjúkrunarfræðinga á heilsugæslustöðvum sem reknar eru af HSu sé til staðar og þannig sé stuðlað að miðlun þekkingar og betri þjónustu við einstaklinga með sár. Það er von rannsakenda að niðurstöður leiði í ljós að með aukinni samvinnu milli hjúkrunarfræðinga og stofnana megi bæta þjónustu við sjúklinga með sár enn betur og koma til móts við fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinganna sem sinna henni.

Uppbygging skýrslunnar

Í skýrslu þessari er leitast við að svara þeim rannsóknarspurningum sem settar eru fram auk þess að skilgreina viðfangsefnið. Skýrslan er í sex köflum þar sem fyrsti kafli er inngangur, en þar eru rannsóknarspurningarnar kynntar og ýmsar bakgrunnsupplýsingar koma fram. Í öðrum kafla er fræðilegri umfjöllun gerð góð skil og sýnt fram á mikilvægi þessa verkefnis fyrir hjúkrun. Þriðji kafli fjallar um aðferðafræði rannsóknarinnar, en fjórði kafli er svo tileinkaður niðurstöðum rannsóknarinnar þar sem þær eru settar fram á skipulegan hátt. Fimmti kafli er umræðukafli, þar sem fram kemur túlkun rannsakenda á niðurstöðunum og þær bornar saman við fræðilega umfjöllun. Að lokum í sjötta kaflanum er samantekt, en þar kemur einnig fram notagildi rannsóknarinnar, takmarkanir hennar og hugsanlegar framtíðarrannsóknir á þessu sviði.

Leitarorð og gagnasöfn

Helstu gagnasöfn sem notuð voru við heimildaleit fræðilegrar umfjöllunar voru Chinal og Proquest. Mest notuðu leitarorðin voru: wound care, wound healing, wound management, collaboration, educational needs, wound education, nursing education.

2. kafli

Fræðileg umfjöllun

Í kaflanum verður fjallað um þekkingu hjúkrunarfræðinga eftir grunnnám í hjúkrunarfræði, því næst verður farið í helstu þætti sára og sárameðferðar. Fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga tengdum sárameðferð verða gerð skil og velt verður upp mögulegum fræðsluleiðum og að lokum verður fjallað um samvinnu með tilliti til sárameðferðar.

Þekking eftir grunnnám

Störf hjúkrunarfræðinga eru fjölbreytt og því nauðsynlegt að hjúkrunarfræðinámið sé yfirgripsmikið til að búa nemendur undir þau störf sem bíða þeirra eftir útskrift (Ameen o.fl., 2005; Edwards, Mitchell, Bayat, og Dunn, 2005; Madsen og Reid-Searl, 2007; Pascoe o.fl., 2007). Rannsóknir hafa sýnt að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar eru ekki nægilega vel að sér í sárameðferð. Þrátt fyrir það eru mörg störf sem krefjast þess að þeir sinni sárameðferð strax eftir útskrift (Ameen o.fl., 2005; Edwards o.fl., 2005; Madsen og Reid-Searl, 2007).

Samkvæmt yfirlitsgrein Madsen og Reid-Searl (2007) þar sem fjallað er um þær breytingar sem orðið hafa á störfum og námi hjúkrunarfræðinga á liðnum áratugum til dagsins í dag kom fram að sú ábyrgð hvíldi á kennurum og skólum að skipuleggja og útbúa hjúkrunarfræðinámið þannig að nemendur fengju viðunandi kennslu í sárameðferð.

Í heimildasamantekt Hall og Schumann (2001) þar sem dregin voru saman grundvallaratriði í meðferð langvinnra sára var bent á nauðsyn þess að öll kennsla tengd sárameðferð væri fullnægjandi. Mikilvægt væri að allar ákvarðanir varðandi sárameðferð væru byggðar á grundvelli þekkingar, því rangar ákvarðanir teknar af fagmönnum með ónóga þekkingu gætu leitt til seinkaðrar sáragræðslu, meiri þjáninga skjólstæðinga sem og aukins kostnaðar. Mikla áherslu skyldi því leggja á menntun heilbrigðisstarfsmanna á þessu sviði, því menntunin væri lykillinn að þekkingu.

Þátttaka og ábyrgð hjúkrunarfræðinga tengd sárameðferð hefur breyst undanfarna áratugi en á fyrri hluta síðustu aldar var hlutverk hjúkrunarfræðinga í sárameðferð ekki annað en að skipta um umbúðir á sárum undir leiðsögn skurðlæknis. Síðar fóru hjúkrunarfræðingar að sjá um að hreinsa sár við umbúðaskipti. Í kjölfar þess miðaðist öll kennsla og þjálfun fyrst og fremst við að kenna þá tækni sem þurfti til að framkvæma umbúðaskipti á sárum með dauðhreinsaðri (e. sterile) tækni, það er, að byggja upp kunnáttu til að hreinsa sár á réttan hátt með því að vinna alltaf út frá sárinu og halda umbúðum ómenguðum. Kennslan gekk einnig út á það að sárin væru hreinsuð með réttum lausnum sem við áttu til sóttgreinsunar, nota dauðhreinsaðar umbúðir, kennslu í að sóttgreinsa áhöld sem og útbúa dauðhreinsað vinnusvæði og umgangast það rétt (Madsen og Reid-Searl, 2007).

Með betri umbúðum og aukinni þekkingu hefur hlutverk hjúkrunarfræðinga enn aukist og er nú svo komið að hjúkrunarfræðingar sjá að mestu um alla sármeðferð og bera ábyrgð á henni (Madsen og Reid-Searl, 2007). Í grein sinni um sár og sáragræðslu árið 1987 benti Ásta Thoroddsen á viðamikil hlutverk hjúkrunarfræðinga og ábyrgð þeirra bæði hvað varðaði mat og meðferð sára. Hún benti á að þekking á lífeðlisfræðilegum þáttum sáragræðslu væri grundvallarþekking ásamt nákvæmni og valdi á réttum vinnubrögðum.

Seint á tuttugustu öldinni fór kennsla hins vegar að breytast og farið var að líta á mikilvæga lífeðlisfræðilega þætti tengda sáragræðslu og tengja þá kennslu í sármeðferð. Hún hefur þó ekki þróast nægilega hratt í þessa átt og fullnægir í raun ekki allsstaðar þeirri fræðslu sem þarf til að byggja upp þá þekkingu sem þarf til að veita sármeðferð byggða á þekkingu (Madsen og Reid-Searl, 2007). Auk þessa benda Hall og Schumann (2001) á að umfjöllun kennslubóka nú til dags sé oft ófullnægjandi, þó tæpt sé á flestum þáttum sármeðferðar.

Samkvæmt samanburðarrannsókn Ameen o.fl. (2005) ætti sú staðreynd að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar hafi ekki næga þekkingu á lífeðlisfræðilegum þáttum sáragræðslu að vera skólayfirvöldum hvatning til að endurskoða námsskrár sínar með tilliti til

þessa. Markmið rannsóknarinnar var að komast að því hvort aðgengi að sérfræðiaðstoð í gegnum tölvu myndi auka þekkingu og hæfni hjúkrunarfræðinga á heilsugæslustöðvum til að veita meðferð við bláæðafótasárum. Alls tóku 38 hjúkrunarfræðingar á tveimur heilsugæslustöðvum þátt í rannsókninni og stóð hún yfir í 12 vikur. Madsen og Reid-Searl (2007) töldu einnig mikilvægt að bregðast við því að nýúrskrifaðir hjúkrunarfræðingar hefðu ekki næga þekkingu til að veita sármeðferð af öryggi og bentu á að skólar ættu að endurskoða námsskrár sínar og yfirfara þá fræðslu sem þeir væru með í sármeðferð. Kennsla í sármeðferð væri oft hluti af öðrum námsskeiðum og því ættu skólar að útbúa námsskrá sem skilgreindi hvaða námskeið innihéldu kennslu í sármeðferð og kortleggja þannig þá kennslu sem fram færi og bæta þannig yfirsýn yfir kennsluna, gera námsskrá gagnsærri og tryggja þannig að öllum þáttum kennslu í meðferð sára væri fullnægt á námstímanum.

Sár

Húðin. Húðin er stærsta líffæri líkamans. Ekkert líffæri er eins berskjaldað fyrir sýkingum, sjúkdómum og áverkum. Húðin hefur sex meginhlutverkum að gegna. Þau eru að taka þátt í hitastjórnun líkamans, vera forðabúr blóðs, vernda gegn óæskilegum örverum og hnjaski, gegna hlutverki sem mikilvægt skynfæri líkamans, seyta efnum út úr líkamanum og soga upp fituleysanleg efni, og síðast en ekki síst framleiðir húðin D-vítamín þegar sólar nýtur (Tortora og Nielsen, 2009).

Húðin skiptist í húðþekju, þunnt efra borð húðarinnar og undir henni er leðurhúð, heldur þykkari. Húðþekjan samanstendur af þekjuvef, sem gerður er úr marglaga flöguþekju. Fjórar frumugerðir finnast í húðþekjunni, flestar þeirra, um 90%, eru hornfrumur. Einnig eru þar litafrumur, ónæmisfrumur og skynfrumur. Í húðþekjunni eru greinanleg fjögur mismunandi frumulög, nema í lófum og iljum. Þar eru frumulögin fimm (Tortora og Nielsen, 2009).

Grunnlagið, dýpsta lag húðþekjunnar er eitt frumulag. Stofnfrumur grunnlagsins eru í stöðugri frumuskiptingu til framleiðslu nýrra hornfruma. Í frumugrind hornfrumanna eru próteinþræðir sem verða hornefni. Þyrnalag samanstendur af 8-10 lögum af hornfrumum sem tengjast hver annarri og tryggja þannig styrk og teygjanleika húðarinnar. Næstefsta lagið, kornalagið, samanstendur af þremur til fimm lögum af deyjandi hornfrumum þar sem hornefnið verður sífellt meira áberandi. Í lófum og iljum innihalda dauðu hornfrumurnar mikið af hornefni og eru með þykkari frumuhimnu. Efsta lagið, hornlagið, samanstendur af 25-30 lögum af dauðum hornfrumum sem hafa flast út á leið sinni upp frumulögin. Hornfrumurnar flagna stöðugt af og nýjar koma í staðinn. Hornlagið er vatnspétt og veitir góða vörn gegn ytra álagi (Tortora og Nielsen, 2009).

Leðurhúðin er, ásamt bandvef, einnig úr stuðningspróteinum og teygjanlegum þráðum. Helstu frumugerðir í leðurhúðinni eru trefjakímfrumur, risaátfrumur og fitufrumur. Æðar, taugar, kirtlar og háarsekkir eru einnig í leðurhúðinni. Leðurhúðin skiptist í totulag og netlag. Totulagið er um einn fimmti af leðurhúðinni. Það samanstendur af frauðkenndum bandvef og teygjanlegum þráðum sem mynda totur. Í þessum totum eru háráðflækjur og taugar sem nema snertingu, þrýsting og hita. Netlagið er 80% af leðurhúðinni. Það samanstendur af þéttum, óreglulegum bandvef með mörgum þráðum úr stuðningspróteini og teygjanlegum þráðum. Þessir þræðir gefa húðinni styrk og teygjanleika svo hún geti þanist út og dregist saman (Tortora og Nielsen, 2009).

Flokkunir sára. Samkvæmt Colwell (2009) er hægt að flokka sár eftir ástandi húðar, orsök sársins, alvarleika og hversu hreint sárið er.

Flokkun sára eftir ástandi húðar fer eftir því hvort húðin er rofin eða lokuð, hvort um brátt sár er að ræða eða langvinnt sár sem grær hægt eða ekki. Bráð sár fylgja venjulegu græðsluferli sára, á skipulegan hátt, í ákveðnu lífeðlisfræðilegu ferli og í skipulagðri tímaröð. Í langvinnnum sárum seinkar ferlinu (Colwell, 2009) og stundum fylgja þau ekki hinu

skipulagða ferli sáragræðslunnar eða festast í einu eða fleiri stigum sáragræðslunnar (Schultz, o.fl., 2003).

Sár eru einnig flokkuð eftir frumorsök þeirra, hvort þau urðu til vísvitandi vegna aðgerðar eða nálaruppsetningar eða vegna óhapps af völdum beittra hluta, bruna eða byssuskots. Frumorsök langvinnra sára getur meðal annars verið vegna núnings, raka, þrýstings, dreps, mikils vessa eða undirliggjandi sjúkdóms sem hefur áhrif á myndun sárs eða gróanda þess (Schultz o.fl., 2003).

Sár getur myndast án þess að húð rofni. Það getur gerst ef líkamshluti verður fyrir þungu höggi, upp á hann snýst eða teygist og ef líkaminn verður fyrir mikilli, snöggri hraðaminnkun. Allir þessir þættir geta valdið innvortis blæðingum (Colwell, 2009).

Flokkun sára eftir alvarleika þeirra fer eftir því hversu djúpt sárið er, hvort það hefur einungis rofið húðþekju eða einnig rofið leðurhúðina og vefi eða líffæri sem liggja ennþá dýpra (Colwell, 2009).

Flokkun sára eftir hreinleika þeirra er til dæmis: Hrein sár eins og skurðsár sem saumuð eru saman strax í aðgerð og sýkingarhætta er lítil. Hrein skurðsár sem meiri sýkingarhætta stafar af eru skurðsár í meltingarvegi, öndunarvegi, þvægfærum og þau sár sem ekki eru saumuð saman strax í aðgerð. Opin sár sem líklegt er að hafi komist í snertingu við örverur eins og sár eftir áverka, slysasár og skurðsár þar sem vefir eru ekki heilbrigðir og eru bólgnir. Sýkt sár sem sýna merki sýkingar eins og bólgu, graftarkenndan vessa og gliðnun sárabarma. Sýkt eða menguð sár, oftast langvinn sár eins og fótasár og legusár, þar sem sáragræðsla er hæg og mikil sýkingarhætta er til staðar (Colwell, 2009).

Lífeðlisfræði sára. Sáragræðsluferlinu er hægt að skipta niður í þrjú stig: bólgusvörun (inflammatory phase), stig frumuskiptingar (proliferative phase) og stig örvefsmýndunar (remodeling –maturation) (Thomason og Hardman, 2009). Þegar húðin rofnar þá bregst líkaminn við með bólgusvörun fljótlega eftir að áverki verður (Colwell, 2009) og varir í eina

fimm daga (Kingsley, 2002). Bólguvörunin byrjar með því að skaddaðar æðar sem liggja að svæðinu dragast saman og blóðflögur ásamt fíbríni hópast saman og mynda storku sem dregur úr blæðingu (Ásta Thoroddsen, 1987; Schultz o.fl., 2003). Storkan myndar fíbrín grunnmassa sem verður burðargrind fyrir frumuviðgerðir í græðsluferlinu (Colwell, 2009). Skaddaður vefurinn losar út histamín sem veldur æðaútvíkkun og æðarnar fara að seyta sermi og hvítum blóðkornum í sárið (Schultz o.fl., 2003). Þetta ferli veldur staðbundnum roða, bjúg, hita og verk í laskaða vefnum. Hvít blóðkorn komast að sárinu fljótlega eftir að vefurinn skaddast og byrja á því að hreinsa burt bakteríur og rusl. Fljótlega birtast einnig daufkyrningar sem gleypa og drepa bakteríur (Kingsley, 2002) og stórkirningar sem umbreytast í stórar átfrumur eða „ruslafurur“ sem hreinsa sárið af bakteríum, dauðum frumum og rusli með agnaráti. Átfruman losar einnig vaxtarþátt sem laðar að sér bandvefsfrumur en þær mynda kollagen (Ásta Thoroddsen, 1987; Schultz o.fl., 2003).

Í enduruppbyggingarferlinu byrjar stig frumuskiptingar og stendur yfir í 3 til 24 daga. Aðalstarfsemin á þessu stigi auk nýmyndunar æða er að fylla upp í sárið með myndun vefs, samdráttur á sárinu og lokun sársins með þekjuvefjarmyndun (Colwell, 2009).

Lokastig græðslunnar eða stig örvefsmyndunar getur tekið rúmlega ár en það fer eftir dýpt og umfangi sársins. Bandvefurinn heldur áfram að endurskipuleggjast og örvefurinn að vaxa og styrkjast í nokkra mánuði (Colwell, 2009). Gróið sárið nær samt sem áður ekki sama teygjanleika og vefurinn sem var fyrir (Ásta Thoroddsen, 1987).

Þættir sem hafa áhrif á sáragræðslu. Enginn einn einstakur þáttur ákvarðar lokaútkomuna í sáragræðslu, heldur flókið og virkt samspil á milli margra þátta í margslungnu kerfi. Misheppnuð eða óviðunandi sáragræðsla getur verið afleiðing kerfis- eða svæðisbundinna þátta (Lakhani o.fl., 2003).

Þættir sem hafa áhrif á sáragræðslu eru dauður vefur, aðskotahlutur í sári, bakteríur, verkir, langvarandi bólga, þurrkur í sárabeði, mikill vessi, óheilbrigðir sárabarmar, þrýstingur

á eða í sárabeði, lágt hitastig í sárinu og þurrkur. Vöntun á hitaeningum, próteinum, vítamínum og steinefnum hefur einnig áhrif á sáragræðslu ásamt reykingum, blóðflæði, aldri, sálfélagslegum þáttum, hreyfigetu, sjúkdómum og lyfjameðferð (Eagle, 2009; Schultz o.fl., 2003; Vowden, Apelqvist og Moffatt, 2008).

Dauður vefur (eða drep) er þurr, leðurkenndur og dökkur á lit. Litur og áferð breytist þegar drepið blotnar og verður vefurinn blautari og gulbrúnn eða grár að lit (O'Brien, 2002). Drep dregur úr virkni fruma, sérstaklega hvíttra blóðfruma, og kemur í veg fyrir að þekjufrumur geti skriðið eðlilega eftir sárinu og myndað nýja húð (Anderson, 2006). Nauðsynlegt er að fjarlægja allan dauðan vef (Anderson, 2006; Fletcher, 2005). Með því skapast ákjósanlegt umhverfi sem hvetur til endurnýjunar á vef (Falanga, 2004).

Aðskotahlutur í sári eykur og lengir bólgustig sáragræðslunnar. Dauður vefur eins og bein og aðrir hlutar úr vef sjúklings, svo sem hár eða hyrni telst vera aðskotahlutur. Óþarfa hreyfing á öllum sködduðum vef tefur fyrir sáragræðslu og lengir tímann sem það tekur sárið að gróa (Lakhani o.fl., 2003).

Sýking er einn af þeim þáttum sem tefur sáragræðslu. Samkvæmt stofnuninni Centers for Disease Control and Prevention, er sár sýkt ef gröftur lekur úr því þó að ekki sé búið að staðfesta sýkingu með ræktun örvera, eða ræktunin hafi reynst neikvæð, (vitnað til í Colwell, 2009). Ástæða neikvæðrar ræktunar getur orsakast af ófullnægjandi vinnubrögðum við sýnatöku eða ræktun, eða vegna sýklalyfjagjafar. Jákvæð svörun úr ræktun þýðir þó ekki alltaf að sýking sé til staðar, því mörg sár eru sýkluð. Sárin innihalda þá þyrpingu staðbundinna baktería sem ekki eru smitandi. Langvinn sár eru oft mjög sýkluð vegna þess að þau eru oft opin í lengri tíma, blóð- og súrefnisflæði til þeirra er lélegt og vegna undirliggjandi sjúkdóma (Falanga, 2004). Líkurnar á sýkingu í sári aukast til muna ef í sárinu er drep eða dauður vefur, ef aðskotahlutur er í eða nálægt sárinu og ef blóðflæði eða varnir vefjanna eru skertir

(Colwell, 2009). Sýking í sárinu lengir einnig bólgustig sáragræðslunnar (Lakhani o.fl., 2003). Einkenni sýkingar eru hiti, verkir og aukning á hvítum blóðkornum (Colwell, 2009).

Verkir eru algeng afleiðing sára og geta haft veruleg áhrif á lífsgæði fólks. Sífelld fleiri rannsóknir benda á að sálfélagsleg streita getur veikt ónæmiskerfið en það getur hægt á eðlilegri sáragræðslu. Verkir eru stór áhrifavaldur sálfélagslegra þátta. Því er mikilvægt að reyna að koma í veg fyrir verki við meðhöndlun sára (Barret, 2009; Soon og Acton, 2006).

Falanga (2004) bendir á það í samantektargrein sinni að sú uppgötvun að raki í sárabeði bæti gróanda sára sé ein af stærri uppgötvunum síðustu áratuga. Raki í sárabeði viðheldur eðlilegu sáragræðsluferli og virkar eins og flutningsleið fyrir ýmis efni á meðan á endurholdgun stendur. Kostir rakrar sáragræðslu fyrir sjúklinginn eru hraðari gróandi, allt að 50% (Schultz o.fl., 2003) og minni verkir, bólgur eða viðkvæmni í sárinu (Benbow, 2009). Ef sárum er leyft er að þorna, veldur það því að undirliggjandi kollagen millifrumuefni og umlykjandi vefir í sárabörmum verða uppþornaðir sem gerir allt sáraferlið erfiðara og tefur fyrir því (Schultz o.fl., 2003).

Mikill vessi úr sári getur valdið því að heil húð í kringum sárið soðni. Mikill vessi úr sári getur verið af völdum bólgu eða sýkingar. Til að koma í veg fyrir það að húð soðni er mikilvægt að nota umbúðir sem draga í sig þann vessa sem kemur frá sárinu (Romanelli, Vowden og Weir, 2010).

Pegar enginn gróandi er í sárabörmum er það skýrt merki um að sáragræðsluferlið hefur stöðvast. Ástæðan getur meðal annars verið sú að sárið sé verulega sýklað eða sýkt eða langvarandi bólga sé í því (Fletcher, 2005).

Kaldir skolvökvar geta lækkað hitastig í sári sem veldur æðasamdrætti. Hitastigið þarf einungis að lækka um tvær gráður til að starfsemi hvítra blóðkorna hætti alveg en það eykur sýkingarhættu allverulega (Ásta Thoroddsen, 1987).

Mikilvægt er fyrir sáragræðslu að fólk fái nægan vökva. Ef líkamann skortir vökva missir húðin teygjanleika sinn, verður viðkvæmari og hætta á niðurbroti hennar eykst. Þurrkur veldur því að flæði súrefnis og næringar á sárasvæðið minnkar og hægir því á sáragræðslunni (Johnston, 2007).

Eðlileg sáragræðsla krefst viðeigandi næringar og aukins fjölda hitaeyninga vegna þessa að sáragræðsla eykur brennslu líkamans. Því er mikilvægt að sjúklingar fái nauðsynlega næringu til að halda eðlilegu efnajafnvægi og til að koma í veg fyrir vannæringu (Shepherd, 2003). Lífeðlisfræðilegur gangur sáragræðslu er háður því að prótein, vítamín (þá sérstaklega A og C) og snefilefni á borð við zink og kopar séu til staðar (Johnston, 2007; Shepherd, 2003). Kollagen er prótein búið til úr amínósýrum sem framleitt er af bandvefsfrumum. Til að framleiðsla kollagens geti farið fram þarf að koma nægjanlegt prótein úr fæðu einstaklingsins (Colwell, 2009). Ófullnægjandi próteinnám úr fæðu getur hindrað mótun kollagens og komið í veg fyrir að vefurinn endurheimti togstyrk sinn (Lakhani o.fl., 2003). C-vítamín er einnig nauðsynlegt fyrir nýmyndun kollagens og A-vítamín dregur úr neikvæðum áhrifum stera í sáragræðslu (Colwell, 2009), en það hefur einnig mikilvægu hlutverki að gegna í tengslum við útbreiðslu og sérhæfingu þekjuvefjar sem er mikilvægt í sáragræðslu (Johnston, 2007; Lakhani o.fl., 2003). Snefilefni eins og zink eru nauðsynleg fyrir þekjuvefjar-og kollagenmyndun og kopar er nauðsynlegur fyrir hlekkjun kollagenþráða (Johnston, 2007).

Reykingar minnka flæði blóðs um háráðar til vefja (Shultz o.fl., 2003) og valda aukningu á kolsýringi (carbon monoxide) í blóði sem veldur því að minna súrefni berst með blóðinu. Reykingar auka því líkur á sýkingum og drepri í sárum (Muylaert og Lucci, 2003).

Sáragræðsla getur aðeins átt sér stað ef súrefnisflæði til vefja er viðunandi (Schultz o.fl., 2003). Ef flæði blóðs í slagæðum á sárasvæðinu er stofnað í hættu vegna þrengsla eða stíflu, til dæmis vegna fituhrönnunar slagæða getur sáragræðslunni seinkað eða hún stöðvast algjörlega. Einnig er mikilvægt að rennsli bláæða sé fullnægjandi, því lélegt blóðflæði getur

spilað hlutverk í tilkomu langvinnra fótasára. Lélegt súrefnisflæði til vefja vegna alvarlegs blóðskorts torveldar einnig bata á sárum (Lakhani o.fl., 2003).

Miklar breytingar verða á húðinni eftir því sem við eldumst sem leiðir til þess að húðin verður viðkvæmari fyrir áverkum og ekki eins hæf til þess að lagast aftur ef sár myndast á henni (Thomason og Hardman, 2009). Hraði sáragræðslu minnkar með auknum aldri fólks. Seinkuð bólguviðbrögð, minni kollagenframleiðsla, seinkuð æðanýmyndun og hægari þekjuvefjamyndun eru allt þættir sem hægt er að tengja hækkandi aldri (Minimas, 2007; Thomason og Hardman, 2009).

Sálfélagslegir þættir hafa áhrif á sáragræðslu. Í rannsókn Cole-King og Harding (2001) þar sem könnuð voru tengsl sáragræðslu og kvíða og þunglyndis, kom í ljós að sálfélagslegir þættir seinkuðu sáragræðsluferlinu bæði beint og óbeint. Ónægur svefn sem hrjái oft þunglyndissjúklinga hafði áhrif á ónæmiskerfið og truflaði því starf stórátsfruma og hvítra blóðfruma. Streita sem fylgdi því að vera með kvíða og/eða þunglyndi olli því að líkaminn seytti meira af efnum sem voru óæskileg fyrir sáragræðsluna.

Regluleg hreyfing hefur marga kosti og getur bætt sáragræðslu. Hreyfing bætir flæði til vefja og hefur áhrif á sálfélagslega þætti eins og þá að bæta svefn og draga úr streitu (Johnston, 2007). Hættan á þrýstingssárum eykst verulega hjá einstaklingum sem eru hreyfihamlaðir (Colwell, 2009).

Sjúkdómar eins og gigtarsjúkdómar og aðrir sjálfsöfnæmissjúkdómar á borð við rauða úlfa og ákomudrep (pyoderma gangrenosum) geta haft áhrif á sáragræðslu (Schultz o.fl., 2003).

Sterar, lyfjameðferð og geislameðferð hafa áhrif á sáragræðslu til hins verra (Lakhani o.fl., 2003). Sterar draga úr bólguviðbrögðum og hægja á nýmyndun kollagens. Bólguþandi lyf bæla niður efnamyndun próteina, samdrátt á sárinu, þekjuvefjarmyndun og bólgusvörun. Notkun sýklalyfja í langan tíma getur aukið hættuna á alvarlegum sýkingum (Schults o.fl.,

2003). Krabbameinslyf geta dregið niður í starfsemi beinmergs, fækkað hvítum blóðkornum og veikt bólguviðbrögð. Vefir sem hafa verið geislaðir verða viðkvæmir og súrefnismettun þeirra verður léleg af völdum geislameðferðarinnar (Colwell, 2005).

Heilbrigður og óheilbrigður vefur. Mikilvægt er að þekkja muninn á heilbrigðum og óheilbrigðum vef í sárum til að geta fjarlæggt óheilbrigðan vef og tryggja þar með betri sáragræðslu og koma í veg fyrir sýkingar. Heilbrigður vefur er bleikur eða rauður og annað hvort glansandi og sléttur eða með „rósettum“ á yfirborðinu, nýr vefur sem vex frá sárabörmum er bleikur eða perluhvítur. Óheilbrigður vefur getur verið gulur, grár, blár, brúnn eða svartur. Áferðin getur verið mjúk eða slímug og getur myndað hart leðurkennt drep (Edmonds, Foster og Vowden, 2008).

Sárameðferð

Það fyrsta sem hjúkrunarfræðingur lítur eftir hjá sjúklingi með sár er tegund sársins. Tegundin ákvarðar forsendur fyrir nánari skoðun. Við mat á sárum verða hjúkrunarfræðingar að hafa vísindalegan bakgrunn sem byggist meðal annars á þekkingu þeirra á eðlilegri lífeðlisfræði stoðkerfisins, tilurð sársins, eðlilegri sáragræðslu og meinalífeðlisfræði undirliggjandi sjúkóma (Colwell, 2009). Mikilvægt er að endurmeta meðferð sára, þar sem þau fara frá einu stigi yfir á annað og taka sífelldum breytingum (Ásta Thoroddsen, 1987).

Tilgangurinn með því að hreinsa sár er að fjarlægja dauðan vef, bakteríur, óhreinindi og aðskotahluti svo að sárið grói hraðar og til að koma í veg fyrir sýkingu. Við hreinsun á sárum er notaður skolvökvi eins og hreint kranavatn, jafnþrýstin saltlausn og sæft vatn. Skolvökvin á að vera 37°C heitur (Joanna Briggs Institute, 2008). Að hreinsa sár með köldum vökva er óþægilegt og getur verið sársaukafull upplifun fyrir sjúklinginn (Hollinworth, 2005). Auk þess bendir Collier á í grein sinni sem birt var 1996 að sáragræðslan

stoppar í 3 tíma ef vökvinn er kaldur (vitnað til í María Bragadóttir og Þórey Agnarsdóttir, 2002).

Umbúðir þjóna ýmsum tilgangi, svo sem að vernda sár gegn mengun örvera, stöðva blæðingu, drekka í sig vessa og losa dauðan vef, tryggja stöðugleika í kringum sárið, einangra sárið frá umhverfinu og veita stöðugt hitajafnvægi, halda raka að sárinu og hylja sárið sjónum sjúklings. Umbúðir eru úr margvíslegum efnum og notkun misjöfn. Þær eiga gjarnan að vera auðveldar í notkun, þægilegar og úr efnum sem stuðla að sáragræðslu (Colwell, 2009).

Grisjur eru elstu og algengustu sáraumbúðirnar. Þær eru rakadrægar og henta því sérstaklega vel til að draga í sig vessa og valda sjaldan ertingu í sárinu (Colwell, 2009). Grisjur hafa þó þann ókost að þær þorna fljótt og vilja festast við sárabotninn sem veldur því að sárið rifnar upp þegar umbúðirnar eru fjarlægðar og valda sjúklingnum þar af leiðandi sársauka (Hollinworth, 2005).

Önnur tegund umbúða er sjálflímandi gegnsæ filma. Þessi tegund sáraumbúða lokar rakann úr sárinu inni og sér þannig sárinu fyrir röku umhverfi. Gegnsæjar filmur eru kjörnar fyrir lítil og grunn sár eins og hlutþykktarsár eða til verndar húð sem er í mikilli hættu á því að rofna. Þær er einnig hægt að nota sem ysta lag yfir aðrar umbúðir (Colwell, 2009).

Hydrocolloid umbúðir eða svokallaðir púðar eru umbúðir úr kvoðulausn og eru loft- og vatnsheldar (Colwell, 2009). Umbúðirnar breyta vessanum í gel (Fletcher, 2005) og þær tryggja hæfilega rakt umhverfi fyrir sáragræðsluna. Púðar henta á sár sem eru að mynda nýjan vef, sár sem drep hefur komist í og eru grunn til miðlungsdjúp. Ókosturinn við þessar umbúðir er helst sá að þær geta ekki dregið í sig mikinn vessa, einnig telja sumir varhugavert að nota þær á sýkt sár og fullþykktarsár (Colwell, 2009).

Hydrogel sáraumbúðir eru vatns- eða glýserín blandaðar umbúðir úr grisju eða þynnu. Þær geta dregið í sig einhvern vökva en ekki í miklum mæli, þær henta á hlut- og fullþykktarsár, djúp sár sem vessa að einhverju marki, sár sem drep hefur komist í, bruna og

sár af völdum geislunar. Hydrogel umbúðirnar henta sérlega vel á sár sem valda miklum sársauka því þær festast ekki í sárabotninn og valda því hvorki verkjum né skaða við umbúðaskipti. Ókostirnir við sumar hydrogel umbúðir eru að þarf aðrar umbúðir til að festa þær og einnig þarf að huga vel að húðinni í kringum sárið til að koma í veg fyrir að hún soðni (Colwell, 2009).

Til eru margar aðrar tegundir umbúða. Þörungar eru meðal annars notaðir á sár sem vessa mikið, eru sýkt (Schultz o.fl., 2003) og í sár sem þarf að fylla upp í (Colwell, 2009). Kalsíum þörungaumbúðir eru framleiddar úr þangi eða þara. Þær ummyndast í mjúkt gel þegar þær komast í snertingu við sáravökvann og valda ekki skaða á sárinu þegar þær eru fjarlægðar. Svampa- og þörungaumbúðir ætti ekki að nota á þurr sár og það þarf að nota aðrar umbúðir yfir til að festa þær (Colwell, 2009).

Silfur í umbúðum hefur sýkladrepani áhrif. Silfurumbúðir eru notaðar á langvinn sýkt eða mjög sýkluð sár. Þær valda yfirleitt lítilli ertingu en geta litað húð grá-blásvarta við langvarandi notkun. Litinn er auðvelt að hreinsa af (Dowsett, 2004).

Sárabindi er hægt að fá í mismunandi breiddum og úr mismunandi efnum. Teygjubindi laga sig vel að líkamshlutum og er hægt að nota til að skapa þrýsting (Colwell, 2009). Þrýstingsumbúðir eins og teygjubindi frá tám upp að hné er sú meðferð sem hefur verið heilladrýgst í sár meðferð fótasára þar sem þær auka flæði bláæðablóðs til baka í átt að hjarta (Schofield og Rees, 2006). Stuðningssokkar eru líka notaðir á fætur með krónísk fótasár en Hecke, Grypdonck og Defloor (2007) bentu á að rannsóknir hafi sýnt að við val á umbúðum vegna fótasára þá hafi verið vísbendingar um að notkun þeirra auki meðferðarheldni sjúklinga fram yfir þrýstingssáraumbúðir úr teygjubindi, ef valdir voru stuðningssokkar sem gáfu þrýsting í kringum ökkla á bilinu 25-35 mm kvikasilfurs (mmHg). Fyrir sjúklinga með gróin fótasár er mælt með að þeir gangi í stuðningssokkum sem gefi þrýsting í kringum ökkla á bilinu 18-24 mmHg.

Margir læknar óttast að rakt umhverfi í sáragræðslu stuðli að sýkingum og eru á móti því að nota lokaðar umbúðir sem ekki hleypha lofti að sárinu. Margar rannsóknir hafa þvert á móti sýnt fram á að sár meðhöndluð með lokuðum umbúðum séu ólíklegri til að sýkjast en sár meðhöndluð með umbúðum sem hleypha lofti að sárinu. Sáragræðsla í röku umhverfi dregur líka úr verkjum, bandvefsörmyndun, lækkar tíðni sýkinga og myndar fallegri ör (Schultz o.fl., 2003).

Þó að raki í sárabeði sé mikilvægur fyrir sáragræðslu í nýjum sárum á það sama ekki við um langvinn sár. Ph-gildi vessa, bæði í bráðasárum og langvinnnum sárum, færast venjulega frá hlutlausu Ph-gildi yfir í súrt eftir því sem sárgræðslunni vindur fram (Gethin, 2007). Vessi úr langvinnnum sárum er ekki eins uppbyggður og vessi úr nýjum sárum. Vessi langvinnra sára inniheldur efni sem hamlar frumuskiptingu og brýtur niður millifrumuefni og vaxtarþætti í sárum (Schultz o.fl., 2003) ásamt því að hafa hærra Ph-gildi (Gethin, 2007). Hlutlaust Ph-gildi er 7. Því hærra Ph-gildi því basískari er vessinn. Því getur vessi úr krónískum sárum seinkað gróanda þeirra. Leiðréttu þarf því samsetningu sáravökvans til að lágmarka neikvæð áhrif lífefnafræðilegra þátta hans á sárið. Þrýstingsumbúðir eða mjög rakadrægar umbúðir geta hjálpað til við að skapa aðstæður sem hjálpa til við að laga efnasamsetningu sáravökvans (Schultz o.fl., 2003).

Til að vernda húð í kringum sár frá því að soðna eða skaddast vegna sáraumbúða er notað zink pasta og verndandi filma. Einnig eru notuð verndandi krem til að verja húðina fyrir skemmdum vegna þvags og hægða þegar við á (Hollinworth, 2009).

Umbúðaskipti er sá þáttur sárameðferðar sem oftast veldur verkjum, því ættu hjúkrunarfræðingar að velja sáraumbúðir sem valda sem minnstu tjóni á sárinu og húðinni sem umkringir sárið (Barrett, 2009; Soon og Acton, 2006). Til að gera umbúðaskiptin sem sársaukaminnst ætti að gefa sjúklingi verkjalyf áður en hafist er handa. Aðrar aðferðir til að

minnka verki eru að nota slökun, tónlist, samstarf við sjúkling, upplýsa sjúkling um meðferðina og semja við sjúkling að taka pásu þegar hann vill (Barrett, 2009).

Hjúkrunarfræðingar ættu alltaf að fylgjast heildrænt með sjúklingum sem eru með sár. Fylgjast ætti með hitastigi og blóðprufum ásamt því að vera meðvitaður um andlega líðan sjúklings og verki hans (Colwell, 2009).

Fræðsluþarfir

Í ljósi þess hve ábyrgð hjúkrunarfræðinga hefur aukist hratt á undanförunum árum og hversu fjölþætt störf þeirra eru, má aldrei slaka á í þekkingaröflun. Undanfarin ár hefur verið skortur á hjúkrunarfræðingum og ekki nægur fjöldi fagmenntaðra einstaklinga sem fást til starfa. Í rannsókn Pascoe o.fl. (2007) á fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á heilsugæslustöðvum í Ástralíu kom fram að 21,9% þátttakenda töldu skuldbindingar í starfi vera hindrun á tækifærum til að sækja sér aukna menntun eða fræðslu til að viðhalda þekkingu sinni og hæfni. Alls tóku 222 hjúkrunarfræðingar þátt í rannsókninni.

Samkvæmt heimildasamantekt Benson (2004) á kostum þess að afla sér endur- og símenntunar á netinu (e. internet) kom fram sú staðreynd að starfandi hjúkrunarfræðingar fengu oft ekki tækifæri til að sækja sér þá endurmenntun eða fræðslu sem þörf var á til að viðhalda þekkingu sinni í faginu, þar sem vinnuveitendur gátu ekki veitt þeim það svigrúm sem til þurfti. Þetta kemur einnig fram í rannsókn Cook o.fl. (2004) þar sem skoðuð var upplifun útskrifaðra hjúkrunarfræðinga og kennara á fjarnámi. Þetta eru þó ekki einu þættirnir sem draga úr möguleikum hjúkrunarfræðinga til að sækja sér menntun því þættir á borð við búsetu á dreifbýlli svæðum, kostnað einstaklingsins (Benson, 2004; Pascoe o.fl., 2007), ríkjandi starfsmannastefnu vinnuveitenda (Benson, 2004) og fjárhagslegan niðurskurð í heilbrigðiskerfinu (Benson, 2004; Cook o.fl., 2004) hafa einnig verið hindranir á vegi hjúkrunarfræðinga til að sækja sér endur- eða símenntun.

Endurmenntun og símenntun eru grundvallaratriði til að þróast í starfi í samræmi við auknar kröfur (Ameen o.fl., 2005; Cook o.fl., 2004). Símenntun hjúkrunarfræðinga í sárameðferð er ekki síður mikilvæg en það nám sem fram fer í skólanum fyrir útskrift (Ameen o.fl., 2005) og samkvæmt Pascoe o.fl. (2007) töldu 91% þátttakenda þörf á endur- og símenntun tengt sárameðferð til að viðhalda þekkingu og hæfni á sviðinu.

Það er þó staðreynd að ekki búa allir hjúkrunarfræðingar við sama tækifæri til endur- og símenntunar þar sem menntastofnanir eru oftast staðsettar í stærra þéttbýli, sem rýrir tækifæri þeirra sem búa og starfa í dreifbýli. Í nútímasamfélögum sem bjóða uppá fjöldan allan af möguleikum til fjarskipta ætti því að vera hægt að fækka þeim hindrunum sem taldar eru hafa dregið úr námstækifærum hjúkrunarfræðinga og stuðla að því að nýta námsleiðir sem jafna stöðu allra hópa. Samkvæmt Pascoe o.fl. (2007) kom fram mikilvægi þess að sérsníða alla fræðslu með tilliti til þarfa hjúkrunarfræðinga hvað varðaði fræðsluleiðirnar ekki síður en innihaldið til að allir ættu jafnan möguleika á fræðslunni.

Til að mæta þörf fyrir endur- og símenntun mætti veita ráðleggingar og kenna með notkun fjarfundabúnaðar eða netsins (e. internet), en það gæti auðveldað þeim hjúkrunarfræðingum sem stunda vinnu og búa í dreifbýli til muna að afla sér endur- og símenntunar, en þá skiptir vegalengd milli aðila ekki lengur máli (Ameen o.fl., 2005; Cook o.fl., 2004; Zahner, 2006).

Fjarnám er því námsleið sem hentar í nútímasamfélagi og með hjálp tækninnar má útfæra fræðsluna á margan hátt. Cook o.fl. (2004) bentu á námsleiðir svo sem með notkun netsins með fjarfundarbúnaði, með námskeiðum á geisladiskum og með tækni sýndarveruleika. Niðurstöður rannsóknar Zahner (2006) á ávinningi þess að bjóða uppá netnámskeið fyrir 15 klíniska leiðbeinendur sem einnig voru heilsugæsluhjúkrunarfræðingar, sýndu að slík námskeið sem kennd voru á netinu, skiluðu ótvírætt aukinni þekkingu hjá þátttakendum.

Ameen o.fl. (2005) bentu á hvernig nýta mætti fjarskiptatækni til að auka þekkingu og færni í meðferð krónískra fótasára. Útfærslan var á þá leið að sár sem verið var að meðhöndla voru mynduð með stafrænni myndavél og nákvæm skráning gerð af hjúkrunarfræðingi sem sinnti sárameðferðinni. Með aðstoð tækninnar gátu hjúkrunarfræðingar síðan leitað sér ráðlegginga hjá sérfræðingum með því að senda myndir af sárunum í tölvupósti ásamt nákvæmri lýsingu. Hjúkrunarfræðingarnir fengu síðan leiðsögn um áframhaldandi meðferð. Með þessu móti gátu sérfræðingar í sárameðferð sett upp meðferð sem hjúkrunarfræðingar á heilsugæslustöðvum síðan framfylgdu. Þetta var leið sem var án efa til hagsbóta, bæði fjárhagslega og þekkingarlega og skilaði sér í bættri meðferð skjólstæðinganna. Með þessu móti sýndu þeir fram á að mannaúðurinn nýttist betur og þekking og reynsla byggðist síðan upp meðal hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á dreifbýlli svæðum.

Ekki má þó gleyma því að fjarnám er ekki alltaf einfalt í sniðum. Cook o.fl. (2004) bentu á mikilvægi þess að aðlaga námsefni að þeim fræðsluleiðum sem nota ætti, en sú vinna krefðist mikils af kennurum. Því væri mikilvægt að skólayfirvöld hefðu skilning á álaginu sem því fylgdi. Þrátt fyrir að fjarnám sé leið sem hentar mörgum nemendum þar sem það býður upp á hvaða staðsetningu sem er og að nemendur geti samræmt nám sitt við persónulegt líf og vinnutíma, má ekki vanmeta það að ákveðin tæknikunnátta þarf að vera til staðar, en samkvæmt Cook o.fl. (2004) olli þessi þáttur nemendum oft streitu í upphafi fjarnáms. Mikilvægt er að kynna vel þær námleiðir sem nota á til fræðslu til að kennslan skili sér í aukinni þekkingu og færni, en verði ekki bara streituvaldur og skili engum árangri.

Samvinna

Víða hefur sýnt sig að góð samvinna getur verið mikilvæg og er tæki sem hægt er að nýta til ávinnings í heilbrigðisþjónustu (Carrolton o.fl., 1994; van Eyk og Baum, 2002).

Samkvæmt rannsókn van Eyk og Baum (2002) þar sem rýnt er í samvinnu fjögurra

heilbrigðisstofnana í Suður-Ástralíu, með tilliti til jákvæðra og neikvæðra áhrifa kom það í ljós að samvinnan var til hagsbóta bæði fyrir heilbrigðisstarfsfólkið sem og skjólstæðingana. Með tilkomu samvinnunnar var skjólstæðingurinn þá í raun sameiginlegur skjólstæðingur þjónustuaðilanna sem jók samfellu í meðferð. Samvinna getur verið milli stofnana en auk þess milli mismunandi fagaðila (Carrolton o.fl., 1994; van Eyk og Baum, 2002).

Carrolton o.fl. (1994) bentu einnig á þann möguleika að samvinna milli ólíkra stofnana svo sem þjónustuaðila heilbrigðisþjónustu og menntastofnana væri báðum aðilum í hag. Þetta kom fram í grein þeirra sem fjallaði um tilraunasamstarf milli ólíkra stofnana með það að markmiði að yfirfara og þróa nám hjúkrunarfræðinga til að gera þá betur í stakk búna til að vinna á heilsugæslustöðvunum. Í samstarfshópnum sátu 11 fulltrúar frá skólum og heilsugæslustöðvum í Flórída í Bandaríkjunum. Með því að mynda samstarfshóp með fulltrúum beggja aðila mátti auka víðsýni og innsýn í störf og námið og miða námið enn frekar að þörfum ákveðinna hópa, til dæmis heilsugæsluhjúkrunarfræðum. Með því að horfa þannig innávið og móta námsskrána með hliðsjón af fræðsluþörfum þessara aðila, varð námið markvissara. Samkvæmt van Eyk og Baum (2002) var forsenda slíkrar samvinnu að gagnkvæmt traust ríkti milli stofnana sem og allra viðkomandi fagaðila sem hlut ættu að máli, auk þess að gagnkvæm þörf væri til staðar og að báðir aðilar hefðu hag af samvinnunni. Staðreyndin væri þó sú að slíkt samstarf væri ekki byggt upp á einum degi og þyrfti tíma til að þróast.

Carrolton o.fl. (1994) bentu á að samvinnu einstaklinga með mismunandi sjónarhorn á málefni mætti nýta á fjölmörgum sviðum innan hjúkrunar til að auka þekkingu og miðla þekkingu. Það sem til þyrfti væru sameiginleg markmið, góð stjórn og tækifæri til samvinnunnar. Ameen o.fl. (2005) sýndu einnig fram á hvernig nýta mætti samvinnu sérfræðinga á sviði sárameðferðar og hjúkrunarfræðinga sem sinntu sárameðferð á dreifbýlli

svæðum með hjálp tækninnar. Það væri leið til að veita sérhæfða sárameðferð í heimahúsum þrátt fyrir að sérfræðingurinn væri staðsettur langan veg frá skjólstæðingnum.

Í grein sinni árið 2007 bentu Whiting og Parnell á ávinning þess að reka sérstaka sáramiðstöð þar sem skjólstæðingar með alls kyns sár gátu leitað til sérfræðinga með vandamál sín. Hjúkrunarfræðingarnir sem störfuðu á sáramiðstöðinni höfðu allir sérstakan áhuga á sárameðferð, en krafist var sérmenntunar á því sviði. Sáramiðstöðin sinnti þeim sjúklingum sem þurftu á sárameðferð að halda, auk þess að kenna sjúklingum að annast sár sín sjálfir sem á því höfðu möguleika, en það var liður því í að gera sjúklinginn sjálfstæðari og stuðla þannig að bættum lífsgæðum hans. Sáramiðstöðin þjónaði einnig sem fræðslumiðstöð fyrir fagfólk sem gat leitað sér fræðslu og ráðlegginga og aukið þannig þekkingu sína og færni til að veita sárameðferð. Auk þess var sáramiðstöðin í samvinnu við skóla til að efla kennslu sem tengdist sárameðferð. Í ljós kom að auk bættrar þjónustu við skjólstæðinga sem og aðra heilbrigðisstarfmenn sem nýttu sér samvinnu við stofnunina, var verulegur fjárhagslegur ávinningur af því að reka slíka miðstöð. Stefnan var því tekin á að fjölga slíkum miðstöðvum til að sárasjúklingar gætu sótt slíka þjónustu nær sínu heimili.

Samantekt

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar hafi ekki nægilega menntun og færni til að sinna sárameðferð strax eftir útskrift. Að rýna í námskrárnar og skilgreina betur kennslu í sárameðferð og gera þannig námskrárnar gagnsærri er leið til að gera námið markvissara og stuðla að hæfari nemendum við útskrift.

Til að geta veitt viðeigandi sárameðferð er mikilvægt að hafa góða þekkingu á húðinni, tegundum sára og hinum fjölmörgu lífeðlisfræðilegum þáttum sem hafa áhrif á sáragræðslu, sem og á öðrum utanaðkomandi áhrifaþáttum. Þekking á umbúðum og virkni

þeirra er einnig mikilvægur þáttur þegar sárameðferð er veitt. Allt eru þetta þættir sem skipta gríðarlegu máli til að geta veitt viðeigandi sárameðferð á grundvelli þekkingar.

Þátttaka hjúkrunarfræðinga í sárameðferð hefur breyst á undanförunum áratugum og ábyrgð þeirra aukist. Aukinni ábyrgð fylgja fræðsluþarfir sem mæta þarf með endur- og símenntun samhliða starfi. Búseta, kostnaður, mannekla í starfsstéttinni sem og skuldbindingar í starfi eða einkalífi hafa verið hindranir á vegi hjúkrunarfræðinga til að sækja sér endur- og símenntun. Margar leiðir eru þó færar sem draga úr þessum hindrunum svo sem fjarnám, námskeið kennd á netinu og alls kyns samvinna.

3. Kafli

Aðferðafræði

Í kaflanum verður aðferðafræði rannsóknarinnar gerð skil. Í upphafi verður fjallað um þá rannsóknaraðferð sem notuð var við rannsóknina og skilgreint hvers vegna sú aðferð varð fyrir valinu. Því næst verður fjallað um val á þátttakendum, upplýsingaöflun, greiningu gagna, siðfræðilegar vangaveltur og réttmæti og áreiðanleika.

Rannsóknaraðferð

Rannsóknir eru gerðar til þess að fá sjónarhorn á tilveruna og eru til mismunandi leiðir að niðurstöðum og er eigindleg rannsóknaraðferð ein þeirra. Eigindleg rannsóknaraðferð felst í því að öðlast sjónarhorn á tilveruna með því að setja sig inn í hugarheim og umhverfi þeirra sem rannsaka á og reyna þannig að skilja þeirra upplifun á veruleikanum (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Til að framkvæma eigindlega rannsókn má nota ýmsar aðferðir sem felast í mismunandi tegundum viðtala og athugana og eru rýnihópar ein tegund slíkrar aðferðar (Sóley S. Bender, 2003).

Rýnihópur er rannsóknaraðferð sem hentar vel til að fá fram skoðanir og reynslu einstaklinga sem hafa sameiginlega reynslu, þekkingu eða annarskonar bakgrunn, en markmiðið er ekki það að mæla magn einhvers (Sóley S. Bender, 2003). Markmið rýnihóps er ekki að fá fram sameiginlegt álit eða samþykki hópsins (Krueger, 1994), heldur öðlast innsýn í það sem fram kemur í umræðunni. Það var einmitt tilgangur rannsóknarinnar og því varð þetta rannsóknarsnið fyrir valinu.

Gibbs bendir á að helstu kostir rýnihópa eru að þar byggist vinnan upp á samskiptum fólks og hópastarfi og má á þennan hátt safna miklum upplýsingum frá mörgum á fljótlegan hátt og án mikils tilkostnaðar (vitnað til í Sóley S. Bender, 2003). Samkvæmt Sóley S. Bender (2003) er staðreyndin sú að í rýnihópum eru orð þátttakenda talin trúverðug auk þess sem í

hópumræðum geta komið fram upplýsingar sem erfiðara er að fá fram í einstaklingsviðtölum þar sem samræður skapa grundvöll til skoðanaskipta og kalla oft fram ný sjónarhorn. Auk þessa bendir Madriz (2000) á að rannsakendur hafi minna vald yfir umræðunum og þátttakendunum vegna hins opna spurningaforms rýnihópa og einnig vegna þess að oft fer umræðan fram á stað sem þátttakendur þekkja, fremur en rannsakandinn, en þetta eykur sjálfstraust þátttakenda og leiðir til betri umræðna.

Helstu ókostir rýnihópa eru hins vegar þeir að erfitt getur verið fyrir stjórnanda að hafa góða stjórn, umræður í hópunum geta orðið ruglingslegar og torvelt að vinna úr gögnunum. Auk þess hefur niðurstaðan ekki alhæfingargildi og þannig ekki hægt að yfirfæra niðurstöður á aðra hópa (Stewart og Shamdasani, 1997). Samkvæmt Madriz (2000) er einnig talinn ókostur að erfitt getur verið að kalla hópinn saman og finna stað sem meðlimir hópsins þekkja, þar sem það hefur góð áhrif á umræðuna að vera í kunnuglegu umhverfi. Auk þess er oft bara hægt að ræða fáar spurningar í hóp þar sem umræðan um hverja spurningu tekur tíma. Sóley S. Bender (2003) bendir einnig á að stjórnandi rýnihóps þurfi að hafa mikla kunnáttu og hæfni bæði í hópastarfi og viðtalstækni til að vel megi til takast. Val á þátttakendum getur einnig skipt máli. Ókostur í rýnihópum eru bæði einstaklingar sem eru hlédrægir og eiga erfitt með að tjá sig í hóp, sem og málgláðir einstaklingar sem yfirgnæfa umræðuna og getur það þannig gefið ranga sýn af heildarmynd allra einstaklinganna.

Þátttakendur

Þegar valdir eru þátttakendur í rýnihóp er mikilvægt að hópurinn hafi einhver grundvallaratriði sameiginleg (Sóley S. Bender, 2003), en í rannsókn þessari voru það einmitt menntun og störf sem þátttakendur áttu sameiginlegt. Allir þátttakendur voru heilsugæsluhjúkrunarfræðingar sem störfuðu við sáramedferð. Þar sem markmiðið var að kanna fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga um sár og sáramedferð á ákveðnu svæði (Suðurlandi)

og hvort að samvinna gæti gagnast í þeim tilgangi, völdum við til þátttöku hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á öllum heilsugæslustöðvum á Suðurlandi sem reknar eru sem hluti af HSu. Sent var bréf (sjá fylgiskjal 1) til sex hjúkrunarfræðinga, til að örugglega kæmi einn hjúkrunarfræðingur frá hverri stöð. Einu skilyrðin voru þau að hjúkrunarfræðingurinn þyrfti að hafa reynslu af sármeðferð og skipti árafjölda í starfi ekki máli.

Fundarstaðurinn var í fundarsal HSu á Selfossi, en þar hafði þegar verið ákveðinn fundardagur hjá öllum hjúkrunarfræðingum sem á heilsugæslustöðvunum störfuðu og kom uppástunga frá einum fyrirhuguðum þátttakanda um að hafa fund rýnihópsins í upphafi þess dags. Hugmyndin fékk góðan hljómgrunn fundarstjóra, sem undirbjó þannig aðra fundargesti um málefnið. Í raun var því ekki alveg vitað fyrr en á staðinn var komið hve þátttakendurnir yrðu margir, en alls mættu 13 hjúkrunarfræðingar. Auk þess voru tveir hjúkrunarnemar og ein ljósmóðir áheyrendur fundarins. Virkustu þátttakendur fundarins voru hins vegar fyrst og fremst fimm þeirra hjúkrunarfræðinga sem fengu sent bréf með þáttökubeiðni, en auk þeirra voru tveir aðrir hjúkrunarfræðingar sem tóku mjög virkan þátt, eða alls sjö þátttakendur. Aðrir hjúkrunarfræðingar fundarins, að fráskildum einum, tóku einnig þátt, en í minna mæli. Í raun voru því 12 virkir þátttakendur. Samkvæmt Sóley S. Bender (2003) getur það hugsanlega komið niður á vinnu rýnihópsins að hafa svo marga þátttakendur, þar sem mögulegt er að ekki verði nægur tími fyrir alla þátttakendur til að tjá sig um efnið. En eins og Dileró, Hockenberry-Eaton, Maibach og Rivero benda á er heppilegasta og algengasta stærð rýnihópa 4-12 einstaklingar (vitnað til í Sóley S. Bender, 2003). Þrátt fyrir þennan fjölda þátttakenda heppnaðist fundurinn í alla staði vel, þó að vissulega væru þátttakendur misvirkir í umræðunni. Nægur tími var þó fyrir alla til að tjá sig.

Upplýsingaöflun og greining gagna

Samkvæmt Krueger (1994) má í raun skipta gagnagreiningaferlinu í þrjú stig sem er þannig að fyrsta stig gagnagreiningarinnar hefst strax á fundinum með því að skrá hjá sér athugasemdir og annað sem skiptir máli á vettvangi. Að því búnu hefst næsta stig greiningarinnar sem felst í því að lesa efnið ítrekað yfir og hlusta margsinnis á fundinn til að átta sig á því sem þar kemur fram. Eftir að þeirri vinnu er lokið er komið að þriðja stiginu og þá er fundurinn ritaður upp orðrétt, en það er mikilvægur þáttur til að geta greint það sem fram kom á fundinum í ákveðin þemu og undirþemu. Fyrir fund rýnihópsins voru rannsakendur búnir að gera spurningar um það efni sem þeir vildu að kæmi fram á fundinum (sjá fylgiskjal 2) en samkvæmt Sóleyju S. Bender (2003) er þetta mikilvægur þáttur til að umræðan verði í takt við það sem til er ætlast. Auk þess er mikilvægt fyrir stjórnanda fundarins til að leiða umræðuna á rétta braut, eins og þurft getur ef hún stefnir af leið.

Í upphafi fundarins kynntu rannsakendur sig fyrir þátttakendum, auk þess að kynna innihald og markmið rannsóknarinnar. Þátttakendum var tjáð að fundurinn yrði hljóðritaður, en fyllstu nafnleyndar yrði gætt, og öllum rannsóknargögnum eytt að úrvinnslu lokinni, en samkvæmt Sóleyju S. Bender(2003) er mikilvægt að kynna þessa þætti fyrir þátttakendum. Rannsakendur hófu umræðuna með spurningum og voru jafnframt stjórnendur fundarins. Góð umræða varð, og allar spurningar voru ræddar auk ýmissa annarra þátta sem fram komu, en eins og Sóley S. Bender (2003) bendir á er mikilvægt að stjórnendur séu sveigjanlegir og geri sér grein fyrir því að stundum þarf að umorða spurningar, bæta inn spurningum eða jafnvel sleppa þeim ef umræðan þróast á þann veg. Þegar líða tók að fundarlokum var umræðan dregin saman í meginatriðum og öllum þátttakendum þakkað fyrir þeirra framlag til rannsóknarinnar.

Báðir rannsakendur greindu gögnin, hvor í sínu lagi, en báru niðurstöður sínar saman í lokin og komust að sameiginlegum niðurstöðum, en gögnin voru greind í ákveðin meginþemu og undirþemu sem sett voru fram í greiningalíkani.

Siðfræði rannsóknarinnar

Eins og Sigurður Kristinnsson (2003) fjallar um er mikilvægt er að hafa í huga ákveðnar siðfræðilegar reglur þegar rannsókn er unnin. Þetta er liður í því að vernda persónulegar upplýsingar og friðhelgi einstaklingsins sem og stuðla að sjálfræði og koma í veg fyrir að einstaklingurinn hljóti einhvern skaða í kjölfar rannsóknarinnar. Við greiningu viðtala getur reynst erfitt að gera gögnin ópersónuleg og fjarlægja þar allt sem rekja má til persónunnar og reynir þá sérstaklega á trúnað við þátttakendur. Mikilvægur siðferðislegur þáttur er að upplýsa þátttakendur um tilgang rannsóknar sem þeir taka þátt í. Einnig er mjög mikilvægt í eigindlegum rannsóknaraðferðum, að upplýsa þátttakendur um hlutverk sitt í rannsókninni ásamt því að gera þeim ljóst að farið sé með öll gögn sem trúnaðarmál og að þeim verði eytt að úrvinnslu lokinni.

Í upphafi rannsóknar var farið skýrt í þessa siðferðilegu þætti og tilgangur rannsóknarinnar kynntur fyrir þátttakendum. Þátttakendur voru auk þess upplýstir um að farið yrði með persónuupplýsingar sem trúnaðarmál, fyllstu nafnleyndar yrði gætt og samþykki þeirra fengið fyrir þátttöku. Í upphafi rýnifundar voru þátttakendur svo beðnir þess leyfis að fundurinn yrði tekinn upp að því tilskyldu að öllum gögnum yrði eytt að greiningu lokinni.

Samkvæmt viðmiðum vísindasiðanefndar er rannsókn þessi ekki leyfisskyld, þar sem hún varðar ekki sjúkdóma eða aðra heilsutengda þætti, þátttakendur eru ekki skjólstæðingar heilbrigðisstofnunar, rannsóknargögnin eru ekki frá opinberri stofnun og rannsóknin er ekki gerð í nafni heilbrigðisstofnunar þar sem rannsakendur eru starfsmenn (Vísindasiðanefnd, e.d.).

Réttmæti og áreiðanleiki

Samkvæmt Sigríði Halldórsdóttur (2003) er það oft svo í eigindlegri rannsóknaraðferð að rannsakandinn sjálfur er mælitækið. Því er nauðsynlegt að hann spyrji sig oft að því í rannsóknarferlinu hvort hann sé á réttri leið og leggi metnað sinn í að vera hlutlaus og horfa á gögnin út frá því sjónarhorni. Því er kostur að fleiri en einn rannsakandi vinni með sömu gögnin því það eykur réttmæti og áreiðanleika að sameina sjónarhorn fleiri rannsakenda.

Til að auka á réttmæti og áreiðanleika niðurstaðna rannsóknar þessarar greindu því báðir rannsakendur gögnin hvor í sínu lagi, en báru niðurstöður sínar saman í lokin og komust að sameiginlegum niðurstöðum. Áhersla var lögð á að skrá hjá sér athugasemdir um ýmsa þætti sem fram komu og annað þar sem ekki var hægt að treysta á upptökuna eina. Gögnin voru yfirfarin mörgum sinnum á hverju stigi til að minnka líkur á skekkju og að eitthvað færi fram hjá rannsakendum.

Til að auka á áreiðanleika niðurstaðna voru þátttakendur frá öllum heilsugæslustöðvum þess svæðis sem rannsóknin tók til og það tryggt að þeir fengjust allir við sárameðferðir í starfi sínu. Þrír áheyrendur sem voru á fundinum, fengust ekki við sárameðferðir í starfi sínu, en þeir tóku ekki þátt í umræðum og höfðu því ekki áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar.

Samantekt

Rannsóknin er byggð á eigindlegri aðferð þar sem markmiðið var að kanna fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga um sár og sárameðferðir á ákveðnu svæði (Suðurlandi) og hvort að samvinna gæti gagnast í þeim tilgangi. Valdir voru sex hjúkrunarfræðingar í rýnihóp en alls tóku 12 þátt. Hjúkrunarfræðingarnir störfuðu allir á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi og sinntu þar sárameðferð. Við greiningu viðtalsins var stuðst við þrjú stig og gögnin greind í ákveðin þemu og undirþemu. Í upphafi viðtalsins var þátttakendum gerð grein fyrir tilgangi

rannsóknarinnar, hlutverki þeirra í rannsókninni, að fyllsta trúnaðar yrði gætt og að öllum gögnum yrði eytt að rannsókn lokinni. Til að auka trúverðugleika niðurstaðna voru gögnin yfirfarin mörgum sinnum og greind af báðum rannsakendum.

4 Kafli

Niðurstöður

Í þessum kafla er fjallað um niðurstöður úr hópviðtali við rýnihóp. Leitast er við því að svara rannsóknarspurningunum: „Hverjar eru þarfir hjúkrunarfræðinga sem starfa á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi fyrir fræðslu um sár og sárameðferð”? Og „Hvernig getur samvinna komið heilsugæsluhjúkrunarfræðingum að notum við þekkingaröflun”? Þrjú meginþemu komu í ljós við greiningu gagna: **Takmörkuð þekking eftir grunnnám, ábyrgð byggð á þekkingu og samvinna og ráðgjöf**. Nokkur undirþemu komu í ljós við frekari greiningu gagna. Niðurstöðurnar voru settar fram í greiningarlíkani.

Takmörkuð þekking eftir grunnnám

Ábyrgð byggð á þekkingu

Mat á sárum

Val á umbúðum og annarri meðferð

Samvinna og ráðgjöf

Sáramiðstöð-þekkingarmiðstöð

Fræðsluþarfir óuppfylltar

Þekkingaröflun-Þekkingarmiðlun

Hindranir í þekkingaröflun

Greiningarlíkan: Sárameðferð byggir á þekkingu og samvinnu

Takmörkuð þekking eftir grunnnám

Allir þátttakendur nema einn töldu að hjúkrunarnámið hefði ekki undirbúið þá nógu vel fyrir sármeðferðir og mat á sárum.

Það eru þrjú ár síðan ég útskrifaðist og ég kunni ekkert í sárum, allt sem að ég kann hef ég lært hérna... þegar ég var að læra var enginn kúrs sem hét sár eða sárameðferð. Það var einn tími niðri í sýnikennslustofu þar sem komið var með hundrað umbúðir og þetta tók svona klukkutíma og svo var það komið. Það var sárameðferðarpakkinn sem að við fengum.

Þátttakendurnir minntust þess að hafa fengið kennslu í vefjafræði, uppbyggingu á sárum, næringu sárasjúklinga, um sár og mat á sárum en fannst vanta tengingu „*námsefnið var kannski ekki tengt svo saman*”. Einn þátttakandinn talaði um að til að ná færni í sárameðferð hefði þurft meiri kennslu „...*það hefði þurft miklu meira til þess að verða góður í þessu*”. Öðrum þátttakanda fannst að meira hefði mátt vera um verklega kennslu „*við hefðum þurft að fara á sáramóttöku, það er eitt að lesa um sár og læra um sár en að vera í sári og sjá hvernig það er*”. Enn annar þátttakandi bætti við „*sjá hvernig þau eru, af hverju þarf ég að klippa þetta upp*”.

Fram kom á fundinum að misjafnt var hversu mikla æfingu hjúkrunarnemar fengu á námstímanum í sárameðferð, en það fór eingöngu eftir því á hvernig deild nemarnir lentu á verknámstímanum hversu mikla færni þeir hlutu „*þær sem að lenda á lýtalækningadeild voru rosalega ánægðar af því að þær sáu svo mikið af sárum þar og lærðu mikið um sáraumbúðir*”.

Einum þátttakanda fundarins fannst grunnnámið í hjúkrun hafa undirbúið sig vel fyrir sárameðferð, en hann hafði Guðbjörgu Pálsdóttur, stofnanda sáramiðstöðvar Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH), sem kennara, en hún kenndi einn vetur við Háskóla Íslands (HÍ) og notaðist við sárahandbók sem hún skrifaði sjálf við kennsluna „...*sárahandbókin sem Guðbjörg Pálsdóttir kenndi sem er svona einföld og aðgengileg...ég fékk hana, mér finnst hún mjög fin...við fengum sem sagt grunnbók um sárameðferð sem að hún skrifaði sjálf*”. Annar þátttakandi bætti við: „*Guðbjörg kenndi einhvern einn vetur og það voru rosalega heppnir*

hjúkrunarfræðingar sem fengu hana, síðan hefur hún ekki verið". Seinna sagði sami þátttakandi að auki: „*Hún var með fræðslu á Framvegis sem að ég var að tala um áðan sem í rauninni ætti að vera kúrsinn í hjúkrunarfræðináminu*". Enn einn þátttakandinn bætti við að þegar hann hafi verið í námi fyrir um það bil fimmtán árum hafi sárameðferð verið gefin lítill gaumur og kennarinn sem að hann hafi haft þá, hafi að vissu leyti verið frumkvöðull þess að sýna sárameðferð meiri athygli.

...þá er hún Ásta í rauninni að ræða um það hversu lítið þessu hefur verið sinnt. Hún sé sú eina sem að sé að sinna þessu...það eru einhver 15 ár síðan, þá er í raun að koma inn að sinna sárum, finnst mér.

Einn þátttakandinn taldi að laga þyrfti hjúkrunarnámið því framþróunin væri svo ör og námið uppfærðist ekki nógu hratt. „*Það er svo margt sem þarf að laga í þessu hjúkrunarnámi...þessi framþróun er svo ör...það er svo margt sem þyrfti að bæta, hvort sem það er sáramóttaka, þekking í lyfjafræði...það uppfærist ekki nógu hratt...*”.

Ábyrgð byggð á þekkingu

Það kom skýrt fram að sárameðferð væri að mestu leyti á ábyrgð hjúkrunarfræðinga heilsugæslunnar þó að einhver samvinna væri við lækna. Því væri það líka hjúkrunarfræðinganna að vega og meta hvort þeir vildu taka að sér að sinna sárameðferð sem aðrir settu upp „...*ef lækarnir eru með einhverja aðra meðferð sem að við kannski aðhyllumst ekki og okkur finnst ekki vera rétt samkvæmt okkar þekkingu þá verða þeir að gera þetta sjálfir, þá skipta þeir sjálfir bara á sárinu*”.

Á einni starfsstöðinni var einn hjúkrunarfræðinganna búinn að sérhæfa sig í sárameðferð og hefur tekið meiri ábyrgð á þeirri meðferð sem veitt er á heilsugæslunni. Hann hefur lagt upp með meðferðir og þeim er ekki breytt nema í samráði við hann og er þá hans að ákveða hvort breytt sé um meðferð.

...við breytum ekki um meðferð, við skiptum á sárum og gerum allt, og allt það, en hún tekur ákvörðun um hvort breyta eigi um meðferð og ef okkur líst ekkert á þessa meðferð breytum við ekkert nema tala við hana áður, það er alltaf þannig.

Einnig kom fram að framkvæmd sárameðferðar sem falin væri sjúkraliðum væri alfarið á ábyrgð hjúkrunarfræðinganna.

Mat á sárum. Hjúkrunarfræðingar heilsugæslunnar eru að vinna með margar mismunandi sárategundir. Algengast var að þeir væru að fást við fótasár, brunasár, slysasár og sár eftir aðgerðir. Þeim bar saman um það að erfitt væri að eiga við sykursýkissár og fótasár með lélegu blóðflæði hjá veikum einstaklingum „*það eru náttúrulega sykursýkissárin, mjög erfið, og svo náttúrulega þegar lélegt blóðflæði er í fæti, þessi fótasár sem eru með lélegu blóðflæði þau eru langerfiðust...*”. Einnig fannst sumum sár sem mynda göng eða fistla erfið vegna þess hve erfitt væri að meta þau. Eins og einn þátttakandinn orðaði það „...sár sem mynda göng eða fistla, svolítið erfið”.

Algengt var að hjúkrunarfræðingar tækju myndir af sárunum sem þeir voru að vinna með. Myndirnar notuðu þeir við mat á sáraframvindu. Við mat á sárunum notuðu þeir einnig dopplermæla og þeir mældu stærðina á sárunum til að hafa eitthvert viðmið. Einnig var vaxandi að láta óma fistla til að meta stærðina og sjá hvað byggir undir. Þeir leituðu alltaf eftir sýkingarmerkjum og mátu líka ætíð sárin út frá roða, hita og vessa. Væri sár ómað þá pöntuðu lækarnir ómunina og röntgenlæknir sáu um að framkvæma ómun á fistlinum.

Hjúkrunarfræðingarnir reiddu sig mjög mikið á einn ákveðinn hjúkrunarfræðing innan stofnunarinnar, sem hafði sérhæft sig í sármeðferð, og notuðu hann sem matstæki „...við höfum svolítið notað...sem matstæki vegna þess að...hún hefur verið að sérhæfa sig í sárum...”. Þeir lögðu einnig áherslu á að mjög gott væri að sami hjúkrunarfræðingurinn sæi sárið sem verið væri að meðhöndla reglulega því þá væri auðveldara að fylgjast með

framvindu og meta breytingar sem yrðu á sárinu „...það er ofsalega gott að það sé sama manneskjan sem sér sárið, allavega reglulega”. Læknar voru líka fengnir til að meta sárin.

Val á umbúðum og annarri meðferð. Fram kom að við meðhöndlun á sárum væri langalgengast að verið væri að skola sár og skipta á umbúðum.

Þegar þátttakendur voru inntir eftir því hvaða umbúðir þeir notuðu helst við sár meðferð voru þeir allir sammála um að svampur væri mikið notaður ásamt Aquasel með og án silfurs. Physiotulle var töluvert notaður á einni heilsugæslustöðinni að sögn eins þátttakandans og filma var mikið notuð á öllum stöðvunum til að festa umbúðir. Til að verja húðina notuðu þátttakendur allskonar krem eins og zink og Barrier.

Hjúkrunarfræðingarnir sögðust aðallega hafa skipt við einn söluaðila, Icepharma, sem selur meðal annars umbúðir frá Coloplast. Umbúðirnar frá Coloplast voru þær sáraumbúðir sem hjúkrunarfræðingarnir notuðu langmest.

Með tilkomu kreppunnar og hins mikla niðurskurðar sem fylgdi í kjölfarið notuðu hjúkrunarfræðingarnir mikið umbúðapúða yfir sár „...svo er það sem að við notum í kreppunni mikið, þá notum við umbúðapúða, reynum að nota þá meira en við höfum verið að gera”. Einn þátttakandi var hrifin af umbúðapúðunum sem hluta af sár meðferð. „Þeir koma bara ágætlega út”. Annar þátttakandi hafði þetta að segja um umbúðapúða.

Þetta hefur gengið mjög vel með þessa umbúðapúða sem að maður hélt að svona, leist ekkert á í byrjun. Það er bara allt í lagi að nota þá, sérstaklega á mikið vessandi sár sem að þarf oft að vera að skipta um.

Ekki voru þó allir þátttakendur jafn hrifnir af umbúðapúðunum. „Það soðnar svolítið undan þeim, sárin eru stundum að koma soðin undan þeim svo við þurfum að passa þau vel...”.

Eftir að krafa um niðurskurð kom fram var farið í endurskipulagningu á umbúðakaupum.

Það var náttúrulega farið yfir allar umbúðir þegar hérna kreppan skall á og þá var bara ákveðið hvað væri hægt að komast að lágmarki af með og það er það sem er keypt inn og punktur. Það er til fullt af fínum umbúðum en það var bara ákveðið því umbúðir hækkuðu um meira en helming þarna á milli mánaða...

Þátttakendum fannst það koma niður á gæðum þjónustunnar að þurfa alltaf að vera að horfa í kostnaðinn. „Stundum færðu sárið til dæmis soðið og þá þarf að skipta oftar á sárunum þannig að það eru umbúðirnar, þannig að það kemur eitthvað niður á gæðunum”.

Annar þátttakandi bætti við:

...það var einstaklingur hér um daginn sem var með brunasár á báðum handleggjum hérna upp og alveg niður, það var rosalega erfitt að veiga og meta. Við vissum nákvæmlega hvað hentaði honum best, þessari tegund af sárum en kostnaðurinn, já, mikill kostnaður það þurfti að spá...þá fann maður verulega fyrir því.

Ekki voru þó alltaf notaðar ódýrustu umbúðirnar eins og einn þátttakandi benti á: „Stundum er verra að nota ódýran umbúðapúða sem dugir kannski í einn sólarhring heldur en dýrari svamp sem dugir í þrjá til fjóra sólarhringa...við verðum náttúrulega alltaf að hugsa um lífsgæði einstaklingsins og gróandann”. Ekki voru allir þátttakendur sammála þessu og fannst þeir ekki hafa átt kost á því að nota dýrar umbúðir „mér finnst það eiginlega ekki vera í boði”.

Einn þátttakandinn benti á að töluverður kostnaður lá í því að fara langar leiðir í heimahjúkrun og því væri hægt að spara þar með því að nota vandaðri og þá einnig um leið dýrari umbúðir. „Fyrir mann sem býr 20 kílómetra í burtu er auðvitað betra að vera með dýrari umbúðir sem endast lengur vegna þess að það kostar að keyra og senda mannskap þannig að þetta verður alltaf að veiga og meta”.

Fram kom að hjúkrunarfræðingarnir væru mjög ósáttir fyrir hönd skjólstæðinga sinna að Sjúkratryggingar Íslands væru hættar að niðurgreiða umbúðir fyrir sárasjúklinga sem sæju um umbúðaskiptingar sjálfir í heimahúsi. Einnig að um mjög dýrar umbúðir gæti verið að ræða og var tekið dæmi um einstaklinga með geisluð sár vegna krabbameinsmeðferðar „*segjum til dæmis ungar konur sem eru með geisluð sár...*” annar þátttakandi bætti við „*þá greiða þær náttúrulega bara kostnaðinn sjálfar... þetta er náttúrulega ekkert smá dýrt*”, þriðji þátttakandinn kom með þetta innlegg í sömu umræðu „*þetta eru mjög dýrar umbúðir, mjög dýrar*”

Við meðhöndlun á sumum sárum er stundum hluti af meðferðinni að gefa sjúklingum næringardrykki. Einn þátttakandinn talaði um að erfitt hefði verið að fá næringardrykki frá Tryggingarstofnun, sjúklingurinn þyrfti að vera búin að léttast um 5-10% líkamsþyngdar á síðustu 3 mánuðum og vera með Body mass index (BMI) undir 20.

Annar þátttakandi tók fram að ekki væri alltaf markmiðið með sárameðferð að sár grói:

Stundum eru alveg sár sem að gróa ekki en meðferðin er alveg að virka. Þá er meginmarkmiðið að það verði ekki sýking, að sárið stækki ekki meira eða eitthvað svoleiðis. Þannig að meðferðin í sjálfu sér er alveg að virka þó að sárið grói ekki. Þannig að sum sár sem við erum með eru sár sem gróa ekki og munu ekki gróa.

Enn annar þátttakandi bætti við „*...það eru krabbameinsveikir einstaklingar og svoleiðis sem eru með þetta*”.

Samvinna og ráðgjöf

Samvinna milli heilsugæslustöðvanna var til staðar og töldu hjúkrunarfræðingar heilsugæslustöðva svæðisins hana góða en nýttu hana þó í mismiklu magni. Í sumum tilfellum

fóru þeir á milli stöðva og leystu af ef þær kringumstæður mynduðust, svo sem við óvænt útköll „...við reynum náttúrulega að vinna saman, markmiðið er að skjólstaðingurinn sé í forgrunni”.

Einnig kom fram að samvinna við aðrar heilbrigðisstéttir heilsugæslunnar væri góð. Á einstaka stöð skoluðu sjúkraliðar sár og skiptu á umbúðum. Algengara var að sjúkraliðarnir tækju sjúklingana inn og tækju jafnvel umbúðir af og hjálpuðu til við að skola sár. Eins kom fram að sjúkraliðar önnuðust oft minniháttar sár í heimahjúkrun. Samvinna við lækna var almennt góð að sögn þátttakenda, en helst leituðu hjúkrunarfræðingarnir eftir samvinnu við lækna þegar spurning var um sýkingu í sári og þá þörf á sýklalyfjum. „...yfirleitt sjáum við um að setja upp meðferð. Við sjáum um framkvæmd og annað, ef að það er spurning um sýkingar, spurning um sýklalyf eða annað þá er samvinna”.

Læknar heilsugæslunnar leituðu einnig eftir samvinnu við hjúkrunarfræðingana og voru þeir þá helst að fá ráðleggingar um umbúðir. „Þeir hafa hringt í mig um helgi, þegar ég er í frí til að fá upplýsingar um umbúðir sem þeir ætluðu að nota á brunasjúkling...”. Þó að samvinna við lækna væri almennt talin góð á heilsugæslustöðvunum kom fram ein einstaka undantekning um hið gangstæða. „Það er ekki allstaðar sem hjúkrunarfræðingum er treyst fyrir sárum...það er bara sú skoðun að sár sé eitthvað sem hjúkrunarfræðingar kunna ekkert að sinna, og þeir, læknarnir, gera þetta þá bara sjálfir”. Áfram sagði þátttakandinn svo frá: „...það er bara eitt sár sem að við náðarsamlegast fáum að fara í vitjun til...”.

Góð samvinna var á milli sáramóttökunnar og hjúkrunarheimilanna sem rekin eru af sveitarfélögunum. Hjúkrunarheimilin leituðu töluvert til sáramóttökunnar til að fá ráðgjöf um sárameðferð. Einnig fengu þau hjúkrunarfræðing sáramóttökunnar til að meta sár og setja upp meðferð sem hjúkrunarfræðingar hjúkrunarheimilanna fylgdu svo eftir. Hjúkrunar- og dvalarheimilin sem heyra ekki undir HSu og voru með hjúkrunarfræðinga í vinnu leituðu lítið sem ekkert til sáramóttöku HSu. Hjúkrunarfræðingar heilsugæslustöðva HSu sem störfuðu

utan Selfoss leituðu heldur ekki mikið til sáramóttökunnar þó að þeir hafi nýtt sér hana að einhverju marki „...þær eru ekkert mjög duglegar að senda af stöðvunum hér í kring, en það hafa allar stöðvarnar sent”. Það var helst ef illa gekk að meðhöndla sár að starfsstöðvar heilsugæslustöðvar HSu leituðu til sáramóttökunnar. „Ef að það eru einhver sár sem að gengur illa með þá höfum við haft samband, vísað á sérfræðing sáramóttökunnar og fengið hennar mat”.

Ef mjög illa gekk og öll ráð voru á þrotum við meðhöndlun á sári hefur sáramóttaka HSu á Selfossi átt mjög gott samstarf við sáramiðstöð Landspítala (LSH) í Reykjavík. „Svo getum við náttúrulega... leitað til miðstöðvarinnar í Reykjavík”. Annar þáttakandi í umræðunum hafði á orði að mjög gott aðgengi væri að hjúkrunarfræðingi sáramiðstöðvar LSH og hægt væri að leita til hennar eins og þyrfti, hvort sem það væri með tölvupósti eða í gegnum síma. Þetta hafði hann um forstöðumann og stofnanda sáramiðstöðvar LSH að segja: „...hún er bara sárameistarinn hérna á Íslandi...það er mjög gott aðgengi að henni...”.

Sáramiðstöð-Pekkingarmiðstöð. Fram kom að sú þjónusta sem sjúklingar ættu vól á væri að koma á heilsugæslustöðvarnar í umbúðaskiptingar, að fá þjónustu heimahjúkrunar sem hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar heilsugæslunnar sinntu, en auk þess væri starfrækt sáramiðstöð á einni af heilsugæslustöðvum HSu. Sáramiðstöðin hafi verið starfrækt í á þriðja ár og væri með móttöku tvisvar í viku, fyrir hádegi á mánudögum og fimmtudögum. Þangað gætu sjúklingar af öllu Suðurlandi leitað og fengið sár sín meðhöndluð eða þá að sett væri upp meðferð og sárin væru meðhöndluð annarsstaðar.

Einnig kom fram að í forsvari fyrir sáramiðstöðina væri hjúkrunarfræðingur sem hefur sérhæft sig í sárum. Hjúkrunarfræðingar frá öðrum heilsugæslustöðvum gátu leitað til miðstöðvarinnar með sár sem þeim gengi illa að meðhöndla og fengið ráðgjöf um meðferð. Ef illa gengi að meðhöndla sár þá leituðu hjúkrunarfræðingarnir til sáramiðstöðvar LSH, en þar starfaði teymi sérfræðinga á ýmsum sviðum sem setti upp meðferð fyrir sjúklinga, tæki fólk

að sér í sármeðferð eða kæmi þeim í annan farveg. Sáramóttakan væri kynnt á heimasíðu HSu og allar heilsugæslustöðvarnar sem heyrðu undir HSu hefðu verið látnar vita um opnun hennar á sínum tíma.

Fræðsluþarfir úppfylltar. Þegar hjúkrunarfræðingarnir voru spurðir að því hvort það væri eitthvað sem þeir vildu fræðast meira um í sambandi við sárategundir eða sármeðferð, kom fram eindreginn vilji til fræðslu um brunasár. Þeim fannst ekki vera nógu ljóst hvaða aðferð hentaði best fyrir þessa tegund sára og mjög mismunandi aðferðir virtust viðhafðar við meðferð á brunasárum sem þeim fannst vera ruglandi. „*Það er svo ofboðslega mismunandi hvað fólk er að gera...ef maður kemur á brunadeildina á slysó þá er það fólk með allskonar meðferðir...*” seinna bætti sami þátttakandi við „*að fá ranga meðferð, þá erum við kannski tvo tíma að plokka upp einhverjar umbúðir, og fólk alveg, þetta eru þvílíkir verkir sem að fylgja þessu“.*

Þátttakendur tóku einnig fram að þeim fyndist þörf á fræðslu um slæm sykursýkissár, fótasár og um framkvæmd bláæðavafninga. Þeir sem komu frá minni starfsstöðvum heilsugæslunnar á Suðurlandi töluðu um að gott gæti verið að fá upprifjun á grunnatriðum, eins og mati á sárum, meðferð á sárum og hvaða meðferð væri í boði, fræðslu um umbúðir og val á þeim, hvernig þær virkuðu og um allt sem hvetti gróandann.

Mér finnst oft vanta einmitt að fá smá fræðslu hvernig maður metur sár, svona eins og grunnþekkingu svona, væri gott að rifja upp, svona líka með umbúðirnar af hverju eru þær að virka svona vel svo maður getur útskýrt það svolítið fyrir skjólstæðingnum.

Seinna sagði sami þátttakandinn.

Maður verður oft svo rútineraður í þessum sáraskiptingum notar sömu umbúðirnar og sér að þetta er að virka svo þegar maður fer að spá í því betur af hverju er maður að nota þetta og hvað er það í umbúðunum sem er að virka.

Einnig taldi einn þátttakenda að gott gæti verið að fá upplýsingar um næringu og næringarástand, vökvabúskap og fræðslu um næringardrykki og vítamín ásamt áhrifum hreyfingar á sáragræðslu.

Þekkingaröflun-þekkingarmiðlun. Þegar hjúkrunarfræðingarnir voru inntir eftir því hvaðan þeir sóttu sér helst upplýsinga um sár og sárameðferðir, kom fram að flestir þeirra lásu Fokus på sår, sem er dansk tímarit um sár og sárameðferð. Tveir þátttakenda höfðu sótt námskeið sem Guðbjörg Pálsdóttir forstöðumaður og stofnandi sáramiðstöðvar LSH hafði haldið og var á vegum Framvegis sem er miðstöð um símenntun, en það var yfirgripsmikið námskeið um sár og sárameðferð. Þær notuðu vefslóðir, sóttu fyrirlestra sem voru um sár, lásu tímarit og greinar. Einnig kom fram á fundinum að sölumenn sáraumbúða væru stundum með fræðslu um umbúðirnar sem þeir væru að selja „...þær koma líka oft, þær sem eru að selja umbúðirnar og þá eru þær oft með heilmikla fræðslu...”. Þegar þátttakendur voru inntir eftir því hvort þeim fyndist fræðslan frá söluaðilunum gagnleg og góð svaraði einn þátttakenda: „Við þurfum náttúrulega að kunna að veða og meta, en hún er yfirleitt mjög góð, þær leggja sig allar í þetta”.

Á einni starfsstöð heilsugæslunnar sótti einn hjúkrunarfræðinganna allar ráðstefnur á vegum Samtaka um sármeðferð (SUMS). Síðan miðlaði sá hjúkrunarfræðingur áfram þekkingunni á fræðslumorgnum. Fram kom að fræðslumorgnar væru leið sem hjúkrunarfræðingar hjá HSu á Selfossi hafa komið á fót til að miðla þekkingu sín á milli, en slíka fræðslumorgna héldu þeir einu sinni í mánuði og væru þá með erindi og umfjöllun hver fyrir aðra, auk þess að fá stundum lækna stofnunarinnar eða aðra sérfræðinga til að vera með fræðsluerindi fyrir hópinn. Þeir hjúkrunarfræðingar sem tækifæri höfðu til sækja fræðslumorgna fannst þeir ekki þurfa á frekari námskeiðum um sármeðferð að halda. Einn þátttakenda orðaði það svo: „við náttúrulega höldum okkur við... af því að við höfum

manneskju sem hefur brennandi áhuga og sækir sér fræðslu, þannig að ég get ekki kvartað...”.

Á stærstu starfsstöðinni höfðu hjúkrunarfræðingarnir skipt sér svólítið niður á svið og reynt að búa sér til einn sérfræðing á hverju sviði sem þá sækti námskeið tengd sínu sérsviði þar sem búið væri að taka fyrir að þær gætu allar farið á sama námskeiðið. Þær miðli svo fræðslunni áfram á fræðsludögum sem haldnir séu einu sinni í mánuði.

Við reyndum svona að búa okkur til einn sérfræðing á hverju sviði sem getur þá miðlað, vegna þess að við fáum ekki allar að fara, nú er það búið mál. Það hefur komið alveg ótrúlega vel út og þess vegna höldum við fræðslu einu sinni í mánuði hérna hálfan þriðjudag í mánuði þar sem við erum að reyna að miðla þekkingu hver frá annarri...

Á fundi rýnihópsins kom upp sú hugmynd hjá þátttakendum að hjúkrunarfræðingar allra starfsstöðva HSu gætu nýtt sér fræðslumorgna sem haldnir væru á einni starfsstöðinni til að afla sér þekkingar.

Hindranir í þekkingaröflun. Þátttakendum rýnihóps fannst það verða að koma fram að tækifæri þeirra til að sækja námskeið og ráðstefnur væru takmörkuð að því leyti að hjúkrunarfræðingar yrðu að fjármagna slíkar ferðir sjálfir, sem gæti verið mjög kostnaðarsamt þar sem slíkar ráðstefnur væru oft haldnar á erlendri grundu.

Það er rosalegur galli og allt í lagi að það komi fram að það eru sáraráðstefnur alltaf annað hvert ár. Við hjúkrunarfræðingar komumst ekkert á þetta nema bara að fjármagna það algerlega frá grunni, borga gjöldin og allt saman. Það er engin stofnun sem að borgar þetta...enginn að styrkja...Þar er allt, nýjustu rannsóknirnar og það nýjasta sem er að gerast og á því sem til er.

Annar þátttakandi bætti við að í kjörum hjúkrunarfræðinga þyrfti að vera réttur til að fara í fræðsluferð þriðja eða fjórða hvert ár sem væri að hluta til styrkt af stofnuninni sem hver og

einn ynni hjá „því það væri skylda hjúkrunarfræðinga að halda sér við í starfi“. Fram kom hjá þátttakendum að það hafi smám saman dregið úr því að stofnanir sendi starfsfólk á námskeið. „Það er búið að taka fyrir öll námskeið hjá okkur, það er, á stofnuninni hér. Þannig að ef hjúkrunarfræðingur fer á námskeið sem er í boði, þá er það eingöngu í gegnum hennar starfsmenntunarsjóð“. Helst væri hægt að hliðra til fyrir hjúkrunarfræðingana sem vildu sækja námskeið með því að gefa þeim frídag á launum, en þeir stæðu samt strauminn af námskeiðsgjöldum, og þá væri ætlast til þess að þeir miðluðu fræðslunni til hinna hjúkrunarfræðinganna á stöðinni. Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingarnir þyrftu sjálfir að kosta námskeiðin þá fannst þeim vera akkur í því að sækja þau námskeið sem í boði væru. „Þú ert einfaldlega líka að verða betri starfsmaður með því að sækja þér fræðslu... það er líka okkar starf að miðla“.

Aðeins einn þátttakenda var meðlimur í SUMS. Sá hjúkrunarfræðingur nýtti sér mikið vefsíðu SUMS skoðaði fyrirlestrana sem þar eru í boði og krækjurnar á síðunni um sár og sárameðferð. Fram kom að til væru ótal samtök sem hjúkrunarfræðingar heilsugæslunnar gætu verið meðlimir í. Hjúkrunarfræðingarnir þyrftu að borga árgjöld sín sjálfir og inná fyrirlestrana, en það réðist fyrst og fremst af einstaklingsáhuga í hvaða samtökum hver og einn væri.

Það er svolítið erfitt, af því að við erum náttúruleg líka í ungbarna, og við erum líka í bráða, og við erum líka í heimahjúkrun, og það er svolítið erfitt ef að maður ætlaði að vera í fullt af samtökum af því þetta er í raun bara eins og áhugamálið þitt.

Samantekt

Þátttakendur lýstu þeirri skoðun að grunnám í hjúkrunarfræði hafi ekki undirbúið þá nógu vel til að sinna sárameðferð, sem er á ábyrgð þeirra sem hjúkrunarfræðinga. Þeir lýstu

Því hvernig þeir mátu sár sem og ýmsu sem hefur áhrif á val á þeirra á umbúðum og var kostnaður þar stór þáttur.

Samvinna á milli hjúkrunarfræðinga, starfsstöðva og við aðrar fagstéttir var almennt góð og gegndi sáramiðstöð þar mikilvægu hlutverki. Fram kom að sárasjúklingar gátu leitað á sérstaka sáramóttöku á aðrar heilsugæslustöðvar eða fengið heimahjúkrun. Í ljós kom að þörf var fyrir fræðslu á öllum grunnatriðum sárameðferðar, en þó mismikið eftir starfsstöðvum. Hjúkrunarfræðingarnir öfluðu sér þekkingar með lestri tímarita og vefsíðna, sóttu námskeið og miðluðu þekkingu sín á milli með samvinnu. Helstu hindranir í þekkingaröflun var sá kostnaður sem því fylgdi, en ferðakostnað, námskeiðsgjöld og ráðstefnugjöld þurftu þeir að borga sjálfir.

5. Kafli

Umræður

Í kaflanum verða niðurstöður dregnar saman og settar í samhengi við fræðilegt efni sem kynnt var í öðrum kafla. Greint verður frá upplifun hjúkrunarfræðinga um takmarkaða þekkingu tengda sármeðferð að grunnnámi loknu, hugsanlegar ástæður þess og úrræði. Fjallað verður um hvernig hjúkrunarfræðingar byggja sármeðferð á grundvelli þekkingar og axla þannig þá ábyrgð sem á þeim hvílir. Auk þess verður fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga gerð skil, hindrunum við fræðsluöflun og hvernig má nýta samvinnu og ráðgjöf til að byggja upp og viðhalda þekkingu. Í lok kaflans verður samantekt á því sem fram kemur.

Takmörkuð þekking eftir grunnám

Langflestum þátttakendum í þessari rannsókn fannst að sú kennsla sem þeir höfðu fengið í grunnnámi hjúkrunar tengt sármeðferð hefði ekki verið nægilega mikil og ekki undirbúið þá nægilega vel til að sinna sármeðferð af öryggi strax eftir útskrift. Flestir þátttakendur voru þó sammála um að hafa fengið einhverja kennslu á flestum þáttum sem mikilvægir eru í sármeðferð og sáragræðsluferlinu, kennslu í vefjafræði, uppbyggingu sára, næringu sárasjúklinga, um sár og mat á sárum, en fannst vanta tengingu milli þáttanna til að ná betur utan um efnið og hafa betri heildaryfirsýn. Auk þess fannst þátttakendum verkleg kennsla vera mjög misjöfn og stjórnaðist verulega af því hvar nemendur stunduðu sitt klíníska nám.

Þessar niðurstöður eru í samræmi við margar rannsóknir sem gerðar hafa verið á þessu sviði og benda til þess að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar séu ekki nægilega vel að sér í sármeðferð þrátt fyrir að mörg störf krefjist þess að hjúkrunarfræðingar sinni sármeðferð strax eftir útskrift (Ameen o.fl., 2005; Edwards o.fl., 2005; Madsen og Reid-Searl, 2007). Margar kennslubækur bjóða upp á ófullnægjandi umfjöllun á sviði sármeðferðar, þó tæpt sé á

flestum þáttum, en nauðsynlegt er að öll kennsla tengd sárameðferð sé fullnægjandi, því mikilvægt er að allar ákvarðanir varðandi sárameðferð séu byggðar á grundvelli þekkingar. Rangar ákvarðanir geta leitt til seinkaðrar sáragræðslu, meiri þjáningar skjólstaðinga sem og aukins kostnaðar. Mikla áherslu ætti því að leggja á menntun heilbrigðisstarfsmanna á þessu sviði (Hall og Schumann, 2001). Mikilvægt er að skólar bregðist við þessum þáttum og endurskoði námsskrár sínar og yfirfari kennslu í sárameðferð. Kennsla í sárameðferð er oft hluti af öðrum námsskeiðum og því mikilvægt að afmarka þá þætti og gera þá sýnilega með það að markmiði að gera námsskrána gagnsærri, bæta þannig yfirsýn yfir kennsluna, og tryggja að öllum þáttum sárameðferðar sé fullnægt á námstímanum (Madsen og Reid-Searl, 2007).

Ábyrgð byggð á þekkingu

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í sárameðferð hefur aukist mikið síðustu áratugi. Hjúkrunarfræðingar sjá að mestu leyti um alla sárameðferð og bera ábyrgð á henni (Madsen og Reid-Searl, 2007). Til að geta tekið ákvörðun um og veitt vel heppnaða sárameðferð þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa þekkingu, skilning og færni á þeim þáttum sem hafa áhrif á sáragræðslu sem byggð er á vísindalegri þekkingu (Ásta Thoroddsen, 1987). Fram kom hjá þátttakendum í þessari rannsókn að sárameðferð var að mestu leyti á ábyrgð hjúkrunarfræðinga þó að samvinna hafi verið við læknanna. Vegna þeirrar ábyrgðar þá mátu hjúkrunarfræðingarnir það sjálfir hverju sinni hvort þeir sinntu meðferð sem aðrir höfðu sett upp. Þetta mat byggðu hjúkrunarfræðingarnir á þeirri þekkingu á sárameðferð sem þeir höfðu. Einnig kom fram að sjúkraliðar sinntu sárameðferð, en að öll framkvæmd sárameðferðar sem sjúkraliðarnir sinntu var alfarið á ábyrgð hjúkrunarfræðinganna. Einnig kom skýrt fram að á einni starfsstöðinni reiddu hjúkrunarfræðingarnir sig á einn hjúkrunarfræðinganna sem hafði sérhæft sig í sárum og sárameðferð og hafði mikla þekkingu á þessum málaflokki. Sá

hjúkrunarfræðingur hafði tekið á sig meiri ábyrgð á þeirri meðferð sem veitt var á þessari tilteknu heilsugæslustöð og lagði upp með þá meðferð sem fylgja átti eftir og henni var ekki breytt nema með samþykki hans.

Mat á sárum. Þátttakendur tóku fram að þeir voru að fást við margar, mismunandi sáategundir. Algengast var að þeir fengjust við fótasár, brunasár, slysasár og sár eftir aðgerðir. Þeim bar saman um að miserfitt væri að meðhöndla og meta sár.

Hjúkrunarfræðingunum fannst erfitt að eiga við sykursýkissár og fótasár með lélegu blóðflæði hjá veikum einstaklingum. Vowden o.fl. (2008) benda á að sáragræðsla gerist venjulega í fyrirsjáanlegu ferli, en í sumum sárum lengist sáragræðsluferlið eða þau grói aldrei að fullu. Einnig að sáragræðsluferlið sé flókið samspil áhrifaþátta á milli sjúklings og sárs, meðferðar sem notuð er og færni og kunnáttu heilbrigðisstarfsfólks.

Meðferð sykursýkissára er flókin og krefst víðtækrar íhlutunar og samvinnu sjúklings. Í því felst sárameðferðin, að aflétta þrýstingi á sárið sem og fræðslu og eftirliti með sykursýkinni. Eftirlit með bólgum og sýkingum er í forgangi til að koma í veg fyrir alvarlegar vefjaskemmdir sem geta leitt til aflimunar (Edmonds o.fl., 2004). Áskorunin í meðferð bláæðafótasára felst í því að spá fyrir um hvaða sár munu ekki gróa eðlilega, því sjúklingar með bláæðasár sem gróa ekki, hljóta bestan árangur ef notuð er heildræn meðferð við meðhöndlun sára þeirra (Moffatt, Morison og Pina, 2004). Við mat á sáraframvindu notuðu hjúkrunarfræðingarnir ýmis hjálpartæki eins og ljósmyndir af sárunum sem verið var að meðhöndla, dopplermæla, mæla stærðina á sárunum, ómskoðun á fistlum sem var nýlunda og einnig notuðu hjúkrunarfræðingarnir hitamælingar og faglegt mat með því að fylgjast með vessa og roða til að fylgjast með merkjum sýkingar. Þessar niðurstöður eru í takt við ábendingar sérfræðinga sem benda á að til að fylgjast með framvindu sára sé hjálplegt að mæla sár (Fletcher, 2005; Vowden, o.fl., 2008) og taka myndir af sárum (Eagle, 2009). Fletcher (2005) bendir enn fremur á að mikilvægt sé að fylgjast með einkennum sýkingar eins

og hita, roða, sársauka og bólgu. Með því að nota faglegt mat til að koma auga á byrjandi sýkingu er hægt að komast hjá flóknum og kostnaðarsömum vandamálum í sáragræðslu (Kingsley, 2002). Dopplermæling er mikilvægt tæki til að meta hvort blóðflæði niður í fætur sé viðunandi, en gott flæði blóðs niður í fætur skiptir miklu máli í græðslu fótasára (Davies, 2001). Dunlop (2007) bendir á að ómskoðun á fistlum getur verið gagnleg til að átta sig á stærð þeirra og hvert þeir liggja. Á einni starfstöðinni þar sem sáramiðstöð er rekin og sárahjúkrunarfræðingur var starfandi kom fram að mikið væri leitað til hans við mat á sárum og til að fá ráðgjöf um sármeðferð. Einnig tóku þátttakendur fram að lækna hafi líka verið fengnir til þess að meta sár. Í heilbrigðisþjónustu getur samvinna verið til góðs hvort sem hún er á milli stétta innan sömu stofnunar eða á milli stofnana (van Eyk og Baum, 2002). Whiting og Parnell (2007) bentu einnig á ávinning þess fyrir hjúkrunarfræðinga að nýta sér samvinnu við sáramiðstöð og fá ráðgjöf og auka við þekkingu sína og færni í sármeðferðum.

Val á umbúðum og annarri meðferð. Við meðhöndlun á sárum kom fram að langalgengast var að verið væri að skola sár og skipta á sáraumbúðum. Þær umbúðir sem þátttakendur notuðu helst við sármeðferð var svampur og Aquasel með og án silfurs. Í kjölfar kreppunnar kom krafa um fjárhagslegan niðurskurð. Því var ráðist í endurskipulagningu á umbúðakaupum og ákveðið var að kaupa einungis það sem hjúkrunarfræðingarnir komust að lágmarki af með. Notkun umbúðapúða hafði því aukist mikið vegna þessarar kröfu um sparnað. Hjúkrunarfræðingarnir voru mishrifnir af þessum umbúðum og ekki voru allir sáttir við notkun þeirra en fannst þeir ekki hafa mikið val.

Í rannsókn Ubbink, Vermeulen og Hattem (2008) var kannaður efnislegur og hjúkrunarfræðilegur kostnaður við sármeðferð í heimahúsum hjá útskrifuðum aðgerðarsjúklingum með því að bera saman tvær gerðir af umbúðum annarvegar nútímalegar rakadrægar umbúðir og hinsvegar grisjur. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að ekki var ódýrara að nota nýrri umbúðirnar þrátt fyrir að ekki þurfti að skipta eins oft á þeim og að sárin

gréru hraðar hjá hópnum sem notaði grisjur. Miðað við þessar niðurstöður er þessi kostur, að nota ódýrari umbúðir hjá aðgerðarsjúklingum með mjög vessandi sár, ekki svo slæmur.

Samvinna og ráðgjöf

Samvinna getur verið til hagsbóta í heilbrigðisþjónustu hvort sem hún er á milli fagaðila innan sömu stofnunar eða samvinna á milli stofnana (Carrolton o.fl. 1994; van Eyk og Baum, 2002). Fram kom hjá þátttakendum í þessari rannsókn að öll samvinna væri nokkuð góð og nýttist sem ráðgjafarúrræði milli aðila. Þetta átti við samvinnu milli starfsstöðva, milli starfsstétta, svo sem milli lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, en auk þess samvinnu á milli einstakra hjúkrunarfræðinga sem og sérfræðinga á sviði sárameðferðar innan hjúkrunar. Þrátt fyrir að samvinna væri góð, kom fram að hún mætti vera meiri, og þá sérstaklega á milli starfsstöðva, en misjafnt var hve mikið mismunandi starfsstöðvar nýttu sér samvinnuna. Til undantekninga taldist ef samvinna var ekki góð og byggði ekki á gagnkvæmu trausti.

Samvinna getur þjónað mikilvægu hlutverki til að auka þekkingu og færni á ýmsum sviðum því samvinnu milli ólíkra stofnana eins og menntastofnana og heilbrigðisstofnana má nýta til að koma auga á fræðsluþarfir, hanna fræðsluefni og skipuleggja fræðsluleiðir til að uppfylla þær þarfir. Samvinnu einstaklinga með mismunandi sjónarhorn á málefnum má nýta á fjölmörgum sviðum innan hjúkrunar til að bæta og miðla þekkingu, því ef markmiðin eru sameiginleg, skipulagið gott og tækifærin eru til staðar er niðurstaðan jákvæð (Carrolton o.fl., 1994).

Með góðri samvinnu milli hjúkrunarfræðinga hvort sem er innan hvernar heilsugæslustöðvar, milli heilsugæslustöðva á Suðurlandi eða jafnvel við sérfræðinga á sviði sárameðferðar á öðrum stofnunum ætti því að vera hægt að auka færni og þekkingu og mæta fræðsluþörfum. Samkvæmt Ameen o.fl. (2005) má með tækni nútímans og samvinnu milli sérfræðinga á sviði sárameðferðar og hjúkrunarfræðinga sem sinna sárameðferð á dreifbýlli

svæðum veita sérhæfða sárameðferð þrátt fyrir að sérfræðingurinn sé staðsettur langan veg frá skjólstæðingnum.

Sáramiðstöð – þekkingarmiðstöð. Sérstök sáramiðstöð er starfrækt við HSu þar sem skjólstæðingar geta komið og fengið sár sín meðhöndluð, en auk þess geta allir hjúkrunarfræðingar sem sinna sárameðferðum á heilsugæslustöðvum Suðurlands leitað til sáramiðstöðvarinnar til að fá ráðleggingar og upplýsingar. Í forsvari fyrir sáramiðstöðinni er hjúkrunarfræðingur sem hefur sérhæft sig á sviði sárameðferðar, en hann veitir síðan ráðleggingar og setur upp meðferð sem má svo auðveldlega fylgja eftir af öðrum hjúkrunarfræðingum.

Samkvæmt Whiting og Parnell (2007) gefur það góða raun að reka sérstaka sáramiðstöð, þar sem skjólstæðingar geta leitað eftir þjónustu. Auk þess má nýta slíka sáramiðstöð til að auka þekkingu og færni hjúkrunarfræðinga sem sinna sárameðferð með því að vera í samvinnu við þessa aðila og bjóða uppá ráðgjöf, námskeið og klíníska kennslu tengt sárameðferð. Af þessu hlýst ávinningur hvað fræðsluúrræði varðar, þjónustu við skjólstæðinga sem og fjárhagslegur sparnaður.

Fræðsluþarfir óuppfylltar. Ferli sáragræðslu er flókið og margir þættir hafa áhrif á það (Shepherd, 2003). Hvert einasta sár er einstakt og krefst einstaklingsmiðaðrar umönnunar (Edmonds o.fl., 2004). Því þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa góða þekkingu á því hvernig framvinda sáragræðslu er og horfa heildrænt á ferli sáragræðslu og þá þætti sem hafa áhrif þar á (Shepherd, 2003).

Þátttakendum í þessari rannsókn fannst þeir hafa þörf fyrir fræðslu á ýmsum sviðum til að auka og viðhalda þekkingu sinni. Þeir sem störfuðu á stærstu stöðinni töldu þörf á fræðslu tengdri brunasárum, sykursýkissárum, fótasárum og framkvæmd bláæðavafninga. Þeir sem störfuðu á minni stöðunum, og þá oft einir, töldu hins vegar þörf á upprifjun á öllum grunnatriðum sárameðferðar, svo sem mati á sárum, meðferð á sárum og hvaða meðferð væri

í boði, fræðslu um umbúðir og val á þeim, hvernig þær virkuðu og um allt sem hvetti gróandann. En auk þess kom fram þörf á fræðslu um hvaða áhrif næring, næringarástand og vökvabúskapur hefði á sáragræðslu sem og hreyfing.

Þessi niðurstaða er í samræmi við erlendar rannsóknir á þessu sviði, en samkvæmt Pascoe o.fl. (2007) telur 91% þátttakenda þörf á endur- og símenntun tengdri sárameðferð til að viðhalda þekkingu sinni. Endur- og símenntunar er þörf til að geta þróast í starfi (Ameen o.fl., 2005; Cook o.fl., 2004) og ekki síður mikilvæg en það nám sem fram fer í grunnnámi hjúkrunarfræðinga (Ameen o.fl., 2005).

Ný sár fylgja venjulegu græðsluferli sára, en ef um langvinn sár er að ræða, eins og fótasár, sykursýkissár og þrýstingssár er þessu ferli seinkað (Colwell, 2009) og stundum fylgja sárin ekki hinu skipulagða ferli sáragræðslunnar eða festast á einu eða fleiri stigum hennar (Schultz o.fl., 2003).

Af þessu má sjá hve mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar þekki vel lífeðlisfræði sára til að geta veitt hvaða sárameðferð sem er byggða á þekkingu.

Þekkingaröflun – þekkingarmiðlun. Niðurstöður leiddu í ljós að þátttakendur nýttu sér hinar ýmsu leiðir þekkingaröflunar svo sem að lesa tímarit um sár og sárameðferðir, skoða vefsíður, sækja fyrirlestra, auk þess að hafa hlýtt á fræðslu um sárameðferðir af solumönnum umbúða. Tveir þátttakendur höfðu einnig sótt námskeið í sárameðferð á vegum Framvegis. Til að miðla þekkingu höfðu hjúkrunarfræðingarnir á stærstu stöðinni, sem rekin er í sama húsi og sáramiðstöðin, nýtt sér þau úrræði í þekkingarmiðlun, að einn hjúkrunarfræðingurinn, sá sem var í forsvari fyrir sáramiðstöðina, sótti námskeið og miðlaði svo þekkingunni markvisst til samstarfshjúkrunarfræðinganna á þeirri stöð. Hjúkrunarfræðingarnir á minni stöðunum gátu hins vegar nýtt sér samvinnu stöðvanna til að njóta góðs af þekkingunni og hringt og fengið ráðleggingar varðandi sárameðferð.

Rannsóknir hafa sýnt að ef tækifæri eru til samvinnu einstaklinga má nýta hana til að auka þekkingu, og miðla þekkingu (Carrolton o.fl., 1994). Samvinna er úrræði sem má nota með góðum árangri til að auka þekkingu á meðferð sára þrátt fyrir að langur vegur sé milli samstarfsaðila, en með aðstoð tækninnar má yfirstíga þá hindrun sem fjarlægðin er. Sérfræðingur getur þannig veitt ráðleggingar með aðstoð stafrænna myndavéla, netsins og síma (Ameen o.fl., 2005).

Hindranir í þekkingaröflun. Rannsóknir hafa sýnt að kostnaður sem fellur á einstaklinginn (Benson, 2004; Pascoe o.fl., 2007) ásamt fjárhagslegum niðurskurði í heilbrigðiskerfinu eru þættir sem hafa hindrað hjúkrunarfræðinga í að sækja sér endur- eða símenntun (Benson, 2004; Cook o.fl., 2004). Fram kom hjá þátttakendum í þessari rannsókn að kostnaður var helsta hindrunin í þekkingaröflun. Kostnaður lenti allur á hjúkrunarfræðingunum sjálfum, bæði hvað varðaði þátttökugjöld og ferðakostnað. Þörf fyrir þátttöku vinnuveitanda, sem um þessar mundir fælist bara í launuðu leyfi, sem og stéttarféлага í formi styrkveitinga væri eitthvað sem þyrfti að leggja áherslu á til að hvetja til aukinnar þekkingaröflunar.

Bent hefur verið á ýmsar leiðir með aðstoð tækninnar eins og að kenna með notkun fjarfundabúnaðar eða netsins, en með þeirri tækni skiptir vegalengd milli aðila ekki lengur máli (Ameen o.fl., 2005; Cook o.fl., 2004; Zahner, 2006) og með því móti mætti draga úr ferðakostnaði. Ameen o.fl. (2005) hafa bent á að það sé til hagsbóta bæði hvað varðar þekkingu og fjárhag að nýta sér tæknina til að afla þekkingar.

Samantekt

Niðurstöður sýndu að langflestum hjúkrunarfræðingum fannst þekking tengd sárameðferð að loknu grunnnámi ekki fullnægjandi og mikilvægt að hafa betri yfirsýn yfir þá kennslu sem felst í grunnnámi hjúkrunar. Hjúkrunarfræðingar bera ábyrgð á sárameðferð og

byggja ákvarðanir sínar um meðferð á þekkingu, en góð samvinna gerir það að verkum að ráðgjafar er leitað hjá sérfræðingum í sárameðferð ef þekkingu skortir og gegnir sérstök sáramiðstöð mikilvægu hlutverki í þeirri samvinnu. Jafnvel þó að samvinnan sé góð mætti hún þó vera meiri.

Í ljós kom að hjúkrunarfræðingarnir töldu þörf á fræðslu sem tengdist öllum grunnþáttum sárameðferðar, þrátt fyrir að sumir teldu mesta þörf á fræðslu tengda fótasárum, sykursýkissárum og brunasárum. Til að afla sér þekkingar sem tengdist sárameðferð voru þó ýmis úrræði notuð svo sem lestur tímarita um sárameðferð, vefsíður skoðaðar og námskeið sótt. Helsta hömlun í fræðsluöflun var þó sá kostnaður sem hjúkrunarfræðingarnir þurftu að greiða í tengslum við námskeið, og kom oft í veg fyrir að þau væru sótt.

Í ljósi þess hve fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga spanna vítt svið og hversu víðtæka þekkingu þarf við meðferð sára, auk stöðugar þróunar í meðferð sára má sjá hve mikilvæg endur- og símenntun er starfandi hjúkrunarfræðingum. Vegna þess hve kostnaður er hamlandi þáttur í þekkingaröflun er samvinna í allri mynd til hagsbóta þegar litið er til fræðsluúrræða, en með því móti má samnýta þá þekkingu sem til staðar er til hagsbóta fyrir heilbrigðisstarfsfólk, stofnanir og skjólstæðinga þeirra.

6 Kafli

Notagildi rannsóknar og hugmyndir um framtíðarrannsóknir

Í þessum kafla er gerð grein fyrir takmörkunum rannsóknarinnar, hagnýtu gildi rannsóknarinnar fyrir hjúkrun, hjúkrunarstjórnun, hjúkrunarmenntun og hjúkrunarrannsóknir. Settar eru fram hugmyndir rannsakenda að framtíðarrannsóknum tengdum fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga og samvinnu. Í lok kaflans verður samantekt á því helsta sem kom fram í verkefninu og hugleiðingar rannsakenda varðandi verkefnið í heild.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Helstu takmarkanir þessarar rannsóknar eru þær hversu heildarfjöldi þátttakenda var lítill og því ekki hægt að alhæfa út frá niðurstöðum rannsóknarinnar, auk þess var rannsóknin eingöngu gerð á einum afmörkuðum landshluta og gefur því bara mynd af einu svæði.

Aðeins var myndaður einn rýnihópur sem var fjölmennari en heppilegast er talið og því var hugsanlega ekki nægur tími fyrir hvern þátttakenda að tjá sig, en auk þess var aðeins tekið eitt viðtal við rýnihópinn.

Reynsluleysi rannsakenda telst einnig takmarkandi þáttur, en þetta er fyrsta rannsókn sem rannsakendur gera.

Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrun

Niðurstöður rannsóknarinnar koma að góðum notum fyrir hjúkrunarfræðinga sem og annað starfsfólk heilbrigðisstofnana. Niðurstöðurnar leiða í ljós að samvinna getur nýst til að koma á mótis við fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga, aukið færni þeirra og þekkingu. Þeirri þekkingu sem til staðar er innan stofnunar er hægt að miðla áfram til annarra starfsmanna eða á milli stofnana, með beinni fræðslu eða með notkun fjarfundarbúnaðar eða með annarri tækni. Það er hugmynd rannsakenda að sérstök sáramiðstöð gæti nýst sem fræðsluúrræði

þeirra hjúkrunarfræðinga sem telja sig þurfa á meiri þekkingu og þjálfun að halda við meðferð sára.

Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrunarstjórnun

Mikilvægt er að hjúkrunarstjórnendur geri sér grein fyrir þeim hindrunum sem hjúkrunarfræðingar mæta þegar kemur að því að sækja sér fræðslu. Í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar sem og annarra rannsókna á þessu sviði ættu stjórnendur að leggja áherslu á að halda starfsfólki sínu upplýstu til að halda uppi gæðaþjónustu og gera allt sem í valdi þeirra stendur til að greiða götu starfsmanna sinna til endur- og símenntunar í þeim fræðum sem eru í stöðugri framþróun.

Hagnýtt gildi rannsóknar fyrir hjúkrunarmenntun

Rannsakendur vonast til að niðurstöður rannsóknarinnar nýtist kennurum til að gera grunnám í hjúkrunarfræði sem lýtur að sárameðferðum gagnsærra og bæta þannig yfirsýn nemenda. Aukin vitneskja um hvað það er helst sem hjúkrunarfræðingum finnst vanta upp á kennslu tengt sárum og sárameðferð gæti nýst kennurum hjúkrunarfræðideilda við kennslu á þessu sviði. Rannsakendur telja að íhuga mætti þann kost að senda hjúkrunarfræðinemendur í verklegt nám eða kynningu á sáramiðstöðvar.

Hagnýtt gildi fyrir hjúkrunarrannsóknir

Það er von rannsakenda að niðurstöður rannsóknarinnar leiði til þess að kannað verði hvort sáramiðstöðvar geti mætt fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga sem og nemenda í hjúkrunarfræði. En auk þess hefur hugsanlega skapast grundvöllur til að rannsaka notagildi fjarnáms til að mæta fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga.

Hugmyndir að framtíðarrannsóknum

Rannsakendur telja að áhugavert væri að kanna hverjar séu fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga í öðrum landshlutum svo hægt verði að fá betri yfirsýn á landsvísu. Áhugavert væri að kanna betur hvort fræðsluþörfin sé mismunandi eftir því hvort hjúkrunarfræðingarnir eru starfandi í stórum byggðakjörnum eða á dreifbýlli svæðum og hvort munur sé á aðgengi þeirra til þess að sækja sér sí- og endurmenntun. Einnig væri athyglisvert að rannsaka hvort að hjúkrunarfræðingar í öðrum landshlutum nýti sér samvinnu í einhverjum mæli til að fá ráðgjöf eða til að mæta fræðsluþörfum sínum.

Rannsókn á þessu sviði mætti einnig framkvæma með öðrum hætti, svo sem með því að senda út spurningalista eða taka einstaklingsviðtöl og væri athyglisvert að sjá hvort þar yrðu niðurstöður þær sömu.

Samantekt

Samvinna getur sparað kostnað sem fellur á hjúkrunarfræðinga sem sækja námskeið, en með því að nýta þekkingu sem er til staðar á meðal starfsfólks stofnana og miðla þekkingunni áfram til annarra starfsmanna sömu stofnunar, má spara þann kostnað sem starfsmenn þurfa að bera vegna námskeiða sem þeir þurfa að sækja.

Það er von rannsakenda að niðurstöður úr rannsókninni veiti kennurum innsýn í þau atriði sem hjúkrunarfræðingum finnst vanta varðandi kennslu um sár og sárameðferð og komi kennurum hjúkrunarfræðideilda að notum við uppbyggingu kennslu í þeim fræðum.

Rannsakendur vonast einnig til þess að stjórnendur geti nýtt niðurstöðurnar rannsóknarinnar starfsfólki sínu og stofnun í hag og greiði götu starfsfólks við miðlun þekkingar sín á milli og stuðli að samvinnu innan stofnunar, á milli stofnana og fagfólks, með námskeiðum á stofnuninni og jafnvel miðli fræðslunni til annarra starfsmanna sem tilheyra stofnuninni með þeirri tækni sem tiltæk er í dag.

Rannsakendur telja að til að öðlast betri sýn á fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga sem sinna sárameðferð þyrfti að gera fleiri rannsóknir sem næðu til allra landssvæða og nýttu auk þess fleiri rannsóknarsnið.

Heimildaskrá

- Ameen, J., Coll, A. M. og Peters, M. (2005). Impact of tele-advice on community nurses' knowledge of venous leg ulcer care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 583-594.
- Anderson, I. (2006). Debridement methods in wound care. *Nursing standard*, 20(24), 65-72.
- Ásta Thoroddsen. (1987). Sár og sáragræðsla. *Tímarit félags háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga*, 1(4), 30-35.
- Barrett, B. K. (2009). Wound-related pain: Features, assessment and treatment. *Primary health care*, 19(10), 37-45.
- Benbow, M. (2009). Wound care: The basics. *Practice nurse*, 37(6), 20-25.
- Benson, E. P. (2004). Staff development. Online learning: A means to enhance professional development. *Critical Care Nurse*, 24(1), 60-63.
- Carrolton, E. T., DiPasquale, J., Folden, S. L., Hall, R. F. og Hopkins, S. (1994). A collaborative endeavor: The Southeast Florida public health nursing education and service consortium. *Journal of Community Health Nursing*, 11(1), 21-29.
- Cole-King, A. og Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic medicine*, 63, 216-220.
- Colwell, J. C. (2009). Skin integrity and wound care. Í P. A. Potter og A. G. Perry (ritstj.), *Fundamentals of nursing* (bls. 1278-1341) St. Louis: Elsevier Mosby.
- Cook, G., Thynne, E., Weatherhead, E., Glenn, S., Mitchell, A. og Bailey, P. (2004). Distance learning in post-qualifying nurse education. *Nurse Education Today*, 24(4), 269-276.
- Davies, C. (2001). Use of Doppler ultrasound in leg ulcer assessment. *Nursing Standard*, 15(44), 72-74.
- Dowsett, C. (2004). The use of silver-based dressings in wound care. *Nursing Standard*, 19(7), 56-60.

- Dunlop, M. G. (2007). Anorectal conditions. Í O. J. Garden, A. W. Bradbury, J. L. R. Forsythe og R. W. Parks (ritstj.), *Principles and Practice of Surgery* (bls. 322-338). London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Eagle, M. (2009). Wound assessment: The patient and the wound. *Wound Essentials*, 4, 14-24.
- Edmonds, M., Foster, A. V. M. og Vowden, P. (2004, spring). Wound bed preparation for diabetic foot ulcers. *EWMA Journal, Position document: Wound bed preparation in practice*, 6-11. Sótt af <http://www.woundsinternational.com/article.php?contentid=127&articleid=49&page=1>
- Edwards, J., Mitchell, A., Bayat, A. og Dunn, K. (2005). A comparative study of nurses wound knowledge in two areas. *Journal of Community Nursing*, 19(2), 4-12.
- Falanga, V. (2004, spring). Wound bed preparation: Science applied to practice. *EWMA Journal, Position document: Wound bed preparation in practice*, 2-5. Sótt af <http://www.woundsinternational.com/article.php?contentid=127&articleid=49&page=1>
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (e.d.). *Heilsugæsluhjúkrun*. Sótt af: <http://hjukrun.is/?PageId=1070>
- Fletcher, J. (2005). Wound bed preparation and the TIME principles. *Nursing Standard*, 20(12), 57-65.
- Gethin, G. (2007). The significance of surface pH in chronic wounds. *Wounds UK*, 3(3), 52-56.
- Hall, P. og Schumann, L. (2001). Wound care: Meeting the challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(6), 258-268.
- Hecke, A. V., Grypdonck, M. og Defloor, T. (2007). Interventions to enhance patient

- compliance with leg ulcer treatment: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 29-39.
- Hollinworth, H. (2005). The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard*, 20(7), 65-73.
- Hollinworth, H. (2009). Challenges in protecting peri-wound skin. *Nursing Standard*, 24(7), 53-62.
- Joanna Briggs Institute (2008). Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Nursing Standard*, 22(27), 35-39.
- Johnston, E. (2007). The role of nutrition in tissue viability. *Wound Essentials*, 2, 10-21.
- Kingsley, A. (2002, 1 maí). Wound healing and potential therapeutic options. *Nursing times.net*. Sótt af <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/wound-healing-and-potential-therapeutic-options/200018.article>
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research* (2. útg.). London: Sage.
- Lakhani, S. R., Dilly, S. A., Finlayson, C. J. og Dogan, A. (2003). *Basic pathology, an introduction to the mechanisms of disease*. (3. útgáfa). London: Hodder Arnold.
- Lazarus, G. S., Cooper, D. M., Knighton, D. R., Margolis, D. J., Pecoraro, R. E., Rodeheaver, G. o.fl. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Arch Dermatology* 130(4), 489-493.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminists research. Í N. K. Denzin og Y. S. Lincoln (ritstj.), *Handbook of qualitative research* (bls. 835-850). London: Sage.
- Madsen, W. og Reid-Searl, K. (2007). Overcoming tradition: Teaching wound management into the twenty-first century. *Collegian*, 14(4), 7-10.
- María Bragadóttir og Þórey Agnarsdóttir. (2002). Sárameðferð á bæklunardeild FSA. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(78), 214-218.

- Minimas, D. A. (2007). Ageing and its influence on wound healing. *Wounds UK*, 3 (1), 42-50.
- Moffatt, C., Morison, M. J. og Pina, E. (2004, spring). Wound bed preparation for venous leg ulcers. (EWMA). *Position document: Wound bed preparation in practice*, 12-17. Sótt af <http://www.woundsinternational.com/article.php?contentid=127&articleid=49&page=1>
- Muylaert, S. J. og Lucci Jr. A. (2003). Smoking as a risk factor for wound healing and infection in breast cancer surgery. *Women's Oncology review*, 3(3), 225-256.
- Mörður Árnason. (ritstjóri.). (2007). *Íslensk orðabók* (4. útg.). Reykjavík: Edda útgáfa hf
- O'Brien, M. (2002). Exploring methods of wound debridement. *British Journal of Community Nursing*, 7(12), 10-18.
- Pascoe, T., Hutchinson, R., Foley, E., Watts, I., Whitecross, L. og Snowdon, T. (2007). The educational needs of nurses working in Australian general practices. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 33-37.
- Romanelli, M., Vowden, K. og Weir, D. (2010). Exudate management made easy. *Wounds international*, 1(2), 1-6.
- Schofield, O. M. V. og Rees, J. L. (2006). Skin disease. Í N. A. Boon, N. R. Colledge og B. R. Walker (ritstj.), *Principles & practice of medicine* (bls. 1257-1315). St. Louis: Churchill Livingstone Elsevier.
- Schultz, G. S., Sibbald, R. G., Falanga, V., Ayello, E. A., Dowsett, C., Harding, K. o.fl. (2003). Wound bed preparation: A systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration*, 11(2), 1-28.
- Shepherd, A. (2003). Nutrition for optimum wound healing. *Nursing Standard*, 18 (6), 55-58.

- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 161-179) Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurlína Davíðsdóttir. (2003). Eigindlegar og meginlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-235) Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Soon, K. og Acton, C. (2006). Pain-induced stress: A barrier to wound healing. *Wounds UK*, 2(4), 92-101.
- 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.
- Stewart, D. W. og Shamdasani, P. N. (1997). Focus group research. Í L. Bickman og D. J. R og (ritstj.), *Handbook of applied social research methods*. (bls. 505-526) London: Sage.
- Stuart, C. W. (2005). Implementing the nursing process: Standards of care and professional performance. Í G. W. Stuart og M. T. Laraia (ritstj.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (bls. 183-205). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Thomason, H. A. og Hardman, M. J. (2009). Delayed wound healing in elderly people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 171-184.
- Tortora, G. J. og Nielsen, M. T. (2009). *Principles of human anatomy*. (11 útg.). USA: John Wiley og sons, co.

-
- Ubbink, D. T., Vermeulen, H. og Hattem, J. (2008). Comparison of homecare costs of local wound care in surgical patients randomized between occlusive and gauze dressings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 593-601. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02032.x
- Van Eyk, H. og Baum, F. (2002). Learning about interagency collaboration: Trialling collaborative projects between hospitals and community health services. *Health & Social Care in the Community*, 10(4), 262-269.
- Vísindasiðanefnd. (e.d.). *Leyfisskyldar rannsóknir*. Sótt af <http://visindasidanefnd.is/Default.aspx?id=50&cmd=menu>
- Vowden, P., Apelqvist, J. og Moffatt, C. (2008, may). Wound complexity and healing. (EWMA). *Position document: Hard-to-heal wounds: a holistic approach*, 2-9. Sótt af <http://www.woundsinternational.com/article.php?contentid=127&articleid=45&page=1>
- Whiting, L. og Parnell, C. (2007). Developing wound care clinics. *Primary Health Care*, 17(4), 26-27.
- Zahner, S. J. (2006). Partnerships for learning population-based public health nursing: Web-delivered continuing education for public health nurse preceptors. *Public Health Nursing*, 23(6), 547-554.

Fylgiskjal 1: Kynningarbréf til þátttakenda



Kynningabréf

Hverjar eru þarfir hjúkrunarfræðinga sem starfa á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi fyrir fræðslu um sár og sárameðferð?

Ágæti hjúkrunarfræðingur

Við undirritaðar Lilja Einarsdóttir og Svandís Bergsdóttir erum nemendur á 4. ári í hjúkrunarfræði við hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri. Við viljum fara þess á leit við þig að taka þátt í rýnihóp sem mun ræða um sár og sárameðferðir sem veittar eru af hjúkrunarfræðingum á Heilsugæslustöðvum á Suðurlandi.

Rannsóknin er lokaverkefni okkar til B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði. Leiðbeinandi okkar er Hafdís Skúladóttir hjúkrunarfræðingur M.S. og lektor við Háskólann á Akureyri. Það er von okkar að þær upplýsinga og hugmyndir sem við fáum frá rýnihópnum verði til þess að hægt verði að greina fræðsluþarfir hjúkrunarfræðinga sem vinna á heilsugæslustöðvum á Suðurlandi og móta hugmyndir hvernig hægt er að koma til móts við þær.

Rýnihópurinn mun hittast þriðjudaginn 26. Janúar 2010 kl. 9:00 í fundarsal HSu Selfossi. Áætlaður tími er 1 klst. og verður viðtalið hljóðritað. Spurt verður m.a. um helstu tegundir sára og sáraumbúða sem þið notið, aðgengi að upplýsingum og ráðgjöf og samvinnu milli hjúkrunarfræðinga. Nafn þitt mun hvergi koma fram í rannsóknagögnum og að rannsókn lokinni og úrvinnslu rannsóknagagna verður öllum rannsóknagögnum eytt.

Við viljum biðja þig um að staðfesta þátttöku þína með því að senda svar á netfangið liljae@simnet.is eða svandis@trs.is.

Með fyrirfram þökk fyrir þátttökuna

Lilja Einarsdóttir, Króktúni 5, 860 Hvolsvöllur

liljae@simnet.is sími 863-8282

Svandís Bergsdóttir, Furugrund 13, 800 Selfoss

svandis@trs.is sími 863-3778

Hafdís Skúladóttir, Lektor við Háskólann á Akureyri

hafdis@unak.is sími 460-8456

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar:

Hafdís Skúladóttir, lektor við Háskólann á Akureyri,

hafdis@unak.is sími: 460-8456

Fylgiskjal 2: Spurningar fyrir fund rýnihóps

Spurningarlisti

1. Hvers konar sár eruð þið oftast að fást við? (fótasár, þrýstingsár, slysasár)
2. Eru einhver sár sem eru erfiðari en önnur? Af hverju þá?
3. Hvernig metið þið sárin? (reglustika, ljósmyndir, matstæki)
4. Ef sárameðferð ber ekki árangur, hvað gerið þið þá?
5. Hverjar eru helstu tegundir umbúða sem notaðar eru? (einhver einn söluaðili eða fleiri)
6. Hvað hefur áhrif á val ykkar á umbúðum? (kostnaður, sparnaðaraðgerðir, ráðgjöf)
7. Teljið þið að það komi niður á gæðum þjónustunnar (jákvætt/neikvætt) að þurfa stöðugt að horfa í kostnaðinn?
8. Er sárameðferð algerlega á ykkar ábyrgð?
9. Hvert sækið þið ykkur helst upplýsingar um sár og sárameðferðir? (bækur, bæklingar, vefslóðir, ráðgjafarþjónusta, aðrir hjúkrunarfræðingar, læknar)
10. Er einhver samvinna milli ykkar og lækna/sjúkraliða heilsugæslustöðvanna varðandi sárameðferðir? (ef já þá hvernig?)
11. Er einhver samvinna milli ykkar hjúkrunarfræðinganna á heilsugæslustöðvum svæðisins varðandi sárameðferðir? (ef já þá hvernig?)
12. Er einhver samvinna milli ykkar og hjúkrunarfræðinga hjúkrunar- og dvalarheimila sveitarfélaganna varðandi sárameðferðir?
13. Á Landspítala háskólasjúkrahúsi hefur verið opnuð þverfagleg sáramiðstöð til greiningar og ráðgjafar við meðferð langvinnra sára. Hafið þið leitað ykkur ráðgjafar vegna sárameðferðar hjá þeirri sáramiðstöð?
14. Getið þið sagt okkur frá sáramiðstöðinni á Selfossi? (Hve lengi hefur hún verið starfandi? Vita allir af henni? Er hún mikið notuð? Formið á ráðgjöfinni: fastir símatímar/viðtalstímar?)
15. Eruð þið félagar í SUMS (samtök um sárameðferð)?
16. Teljið þið að hjúkrunarnámið hafi undirbúið ykkur nógu vel fyrir sárameðferðir og mat á sárum?
17. Finnst ykkur nægilegt framboð af námskeiðum í sárameðferð?
18. Hafið þið haft næg tækifæri til að sækja slík námskeið?
19. Ef búið væri til námskeið fyrir hjúkrunarfræðinga sem starfa á heilsugæslustöðvum við sár og sárameðferðir, hvað ætti slíkt námskeið að innihalda?
20. Er eitthvað í sambandi við sárameðferð, sem þið sem hjúkrunarfræðingar, sem fáist við sár nánast daglega, vilduð fræðast meira um?