

Intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen

- en nasjonal kartlegging

Käthe Birgitte Meyer



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Masteroppgave i sykepleievitenskap

10. juni 2009



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Käthe Meyer	Dato: 10.06.09
Tittel og undertittel: Intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen - En nasjonal undersøkelse	
Sammendrag: Formål: <ol style="list-style-type: none">1) Å beskrive intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen og identifisere utdanningsbehov2) Å drøfte teoriens plass i forskning <p>Funnene fra den empiriske studien er presentert i artikkelform. Drøfting av teoriens plass i forskning er presentert i en refleksjonsoppgave.</p> <p>Teoretisk forankring: I tillegg til forskningslitteratur om ulike aspekter ved organdonasjon ble teoretiske perspektiver på profesjonell kompetanse benyttet til å belyse problemstillingen i den empiriske studien. I profesjonell kompetanse inngår teoretisk og praktisk kunnskap, holdninger og kunnskap formidlet gjennom fellesskapet.</p> <p>Metode: Den empiriske studien har beskrivende survey design. Spørreskjema ble sendt til 801 intensivsykepleiere ved alle 28 norske donorsykehus. 572 svar ble returnert. Data ble scannet og lagt inn i SPSS, versjon 16.0. Data ble analysert med hensyn til frekvens, forskjeller og korrelasjoner. Egne erfaringer med bruk av et instrument uten eksplisitt teoretisk forankring inspirerte refleksjonsoppgavens tema. Litteratur om vitenskap og forskningslitteratur ble benyttet til å belyse og drøfte teorien plass i forskning.</p> <p>Resultater: Intensivsykepleierne hadde en positiv holdning til organdonasjon. Tiden mellom identifisering av en potensiell donor og spørsmålet om organdonasjon og kommunikasjon med pårørende i overgangen mellom liv og død var vanskelig. Det var en sammenheng mellom erfaring med organdonasjon og deltagelse på NOROD-seminar, og kompetanse. NOROD-seminar ble ansett som viktig for utvikling av kompetanse. Teori har betydning for hele forskningsprosessen fra planlegging til diskusjon av funnene. Når forskning er forankret i teori, gir det mulighet til å kritisere, teste og anvende forskningen.</p> <p>Konklusjon: Regelmessig opplæring kan øke intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen. Etablering av et miljø for diskusjoner i avdelingen og tilrettelegging for at en uerfaren intensivsykepleier får opplæring av en erfaren kollega kan utvikle en felles definert profesjonell praksis. Forskningslitteratur må granskes i forhold til teoretisk perspektiv for å kunne være kilde til kunnskapsbaserte avgjørelser.</p>	
Nøkkelord: Intensivsykepleie, organdonasjon, holdninger, kompetanse, survey design	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Käthe Meyer	Date: 10.06.09
Title and subtitle: Intensive care nurses professional competence in the organ donor process A national survey	
Abstract: Purpose: 1) To describe intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process and to identify educational needs 2) To discuss the significance of theory in research Results from the empirical research are presented in a scientific paper. Discussion of the use of theory in research is presented in an essay. Literature review: In addition to research literature on aspects of the organ donor process, theoretical perspectives on professional competence illuminated the problem statement in the empirical study. Theoretical, practical and socially mediated knowledge and attitudes are central aspects. Method: The empirical study used a cross-sectional survey design. Questionnaires were sent to 801 intensive care nurses at all 28 Norwegian donor hospitals. 572 nurses responded. The questionnaires were optically scanned and data entered into SPSS, version 16.0. Data were analysed with descriptive and inferential statistics. The experience of applying an instrument without explicit theoretical perspective inspired the theme of the essay. Results: Intensive care nurses had positive attitudes towards organ donation. The time between identification of a potential donor and request for organ donation and communication in the transition between life and death of a potential donor was difficult. There was a correlation between experience in donor acquisition and participation in NOROD seminars, and competence. NOROD seminars were assessed as quite important in developing professional competence. Research is dependent on the role of theory, from planning through discussion of the results. Explicit theory offers possibilities for testing, criticizing and using research. Conclusion: Educational input on a regular basis could enhance nurses' professional competence. Creating a culture for discussions in the ward and facilitation of training by experienced nurses can develop a professional practice. In research and clinical practice one has to scrutinize research literature for the impact of theoretical perspective in order to elaborate on evidence based decisions.	
Key words: intensive care, organ donation, attitude, professional competence, cross-sectional survey	

Teori uten praksis

er tom

Praksis uten teori

er blind

Immanuel Kant 1724-1804

Innholdsfortegnelse:

TITLE PAGE	1
ABSTRACT.....	2
SUMMARY STATEMENT.....	3
INTRODUCTION.....	4
BACKGROUND.....	5
The needs of relatives in an organ donor process.....	5
Intensive care nurses' responsibility in the organ donor process.....	6
Intensive care nurses' professional competence in the organ donor process.....	7
Theoretical perspective.....	8
THE STUDY.....	10
Aim.....	10
Methodology	10
Sample and setting	11
Instrumentation.....	11
Data collection	12
Ethical considerations	12
Data analysis	13
Validity and reliability	13
RESULTS.....	14
Respondent characteristics	14
Intensive care nurses' attitudes toward organ donation	14
Intensive care nurses' theoretical and practical knowledge and aspects influencing professional competence.....	15

Association between demographic and contextual variables and professional competence in the organ donor process	15
Significance of organizational issues in the organ donor process	16
Developing professional competence in the organ donor process	17
DISCUSSION	17
Limitations	21
CONCLUSIONS.....	22
TABLES AND FIGURES	28
Table 1 Contextual variables	28
Table 2 Professional competence scale	29
Table 3 ANOVA: Mean score differences between experience and nurses' perception of their professional competence	30
Table 4 Intensive care nurses' perception of educational needs to further develop their professional competence in the organ donor process.....	31
Figure 1 Nurses' perception of organizational issues' significance in the organ donor process	32
Figure 2 Factors influencing intensive care nurses' development of professional competence	33

Vedlegg 1 Author's guidelines: Journal of advanced nursing

Refleksjonsoppgave:

TEORIENS Plass I FORSKNINGSPROSJEKT	1
INNLEDNING.....	1
HVA MENES MED TEORI.....	2
Teori – strukturert kunnskap.....	3

TEORIENS BETYDNING I FORSKNING.....	4
Teori som rammeverk i forskning.....	5
Teori i planleggingsfasen.....	6
Formulering av problemstilling.....	7
Valg av metodologi.....	8
Design.....	8
Instrument.....	10
Pålitelighet og gyldighet.....	11
Diskusjon av resultatene.....	12
UTFORDRINGER FORSKEREN MØTER NÅR INSTRUMENTET IKKE ER EKSPLISITT TEORETISK FORANKRET.....	13
Fokusere forskningsprosjektet.....	13
Instrumentets betydning for kontroll over studien.....	14
Evaluere instrumentet.....	15
Reliabilitet og validitet.....	15
Hva måler variablene.....	15
Analyse.....	18
Hvordan skal funnene tolkes.....	19
KONKLUSJON.....	20

VEDLEGG

Vedlegg 1 Spørsmål om intensivbehandling og organdonasjon, Norsk versjon

Vedlegg 2 Kompetanse i organdonasjonsprosessen, egenutviklet skala

Vedlegg 3 Informasjonsbrev til direktører ved norske donorsykehus

Vedlegg 4 Svar på informasjonsbrev fra et donorsykehus

Vedlegg 5 Informasjonsbrev og invitasjon til å delta i undersøkelsen

INTENSIVE CARE NURSES' PERCEPTIONS OF THEIR PROFESSIONAL COMPETENCE IN THE ORGAN DONOR PROCESS

A national survey

Käthe Meyer

ICN, ECTC

Master student, Institute of Nursing and Health Sciences, University of Oslo, Norway

Correspondence: Käthe Meyer, University of Oslo, Institute of Nursing and Health Sciences,
Nursing sciences, PO Box 1153 Blindern, 0318 Oslo, Norway

k.b.meyer@studmed.uio.no

Ida Torunn Bjørk

Associated professor, Institute of Nursing and Health Sciences, University of Oslo, Norway

i.t.bjork@medisin.uio.no

Hilde Eide

Associated professor, Faculty of Nursing, Oslo University College, Norway

hilde.eide@su.hio.no

Abstract:**Intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process: a national survey**

Aims. This paper describes Norwegian intensive care nurses' perception of their professional competence and educational needs in the organ donor process.

Background. Intensive care professionals are requested to consider organ donation whenever they care for a patient with severe cerebral lesion in order to ensure donor organs for transplantation. The organ donor process challenges intensive care nurses' professional competence. Nurses' knowledge and experience may influence their professional competence in caring for organ donors and their relatives.

Methods. A cross-sectional survey was conducted with Norwegian intensive care nurses (n=572) in all 28 Norwegian donor hospitals between October 2008 and January 2009. The instrument consisted of three sections: demographic and contextual variables, a Swedish instrument and an author derived scale. Cronbach's alpha on the author derived scale was (.755). Data were analysed with descriptive and inferential statistics.

Findings. Experience in donor acquisition had an impact on intensive care nurses' perception of their professional competence in the donor process. The nurses had positive attitudes towards organ donation. The time between identifying a potential donor and the request, and communication in transition between life and death was difficult. Educational input and discussion in the ward was assessed as important for further development of professional competence.

Conclusion. Educational input on a regular basis could enhance intensive care nurses' professional competence. Facilitation of training inexperienced nurses by experienced colleagues and creating a culture for discussions about aspects in the donor process can develop nurses' professional competence and a communally defined professional practice.

Key words: intensive care, organ donation, attitude, professional competence, cross-sectional survey

Summary statement

What is already known on this topic

- Intensive care nurses are in a vital position to identify potential donors and to care for organ donors and their relatives.
- Intensive care nurses describe the organ donor process both as a stressful and rewarding task which challenges intensive care nurses' professional competence.
- Intensive care nurses' lack of knowledge and experience in the organ donor process can be a barrier to organ donation.

What this study adds

- Intensive care nurses' experience in donor acquisition has an impact on their perception of their professional competence in the organ donor process.
- Intensive care nurses need training in the organ donor process to enhance their theoretical and practical knowledge in how to meet relatives' informational and emotional needs.
- Intensive care nurses view communication with relatives in transition between life and death of potential donors and the time between donor identification and request for organ donation as difficult.

Implications for practice and/or policy

- Repeated educational input should be offered in order to develop and maintain intensive care nurses' professional competence in the organ donor process.
- To facilitate training of inexperienced nurses by more experienced colleagues would be valuable in the development of intensive care nurses' professional competence.
- A culture in ICU for discussions about different aspects of the donor process should be created in order to develop a communally defined professional practice in the donor process.

INTENSIVE CARE NURSES' PERCEPTIONS OF THEIR PROFESSIONAL COMPETENCE IN THE ORGAN DONOR PROCESS: A NATIONAL SURVEY

INTRODUCTION

Organ transplantation is a growing field in highly developed healthcare. Consequently, there is an increasing need for organs worldwide while numbers of deceased donor organs are limited (Siminoff 1997, Reisæter 1999, Molzahn et al. 2003, Arbour 2005, Scandiatransplant 2009). Intensive care professionals are requested to consider organ donation whenever they take care of a patient with severe cerebral lesion in order to ensure available donor organs.

A circular from the Norwegian Ministry of Health and Care Services underscores empathy and communication skills as essential for health professionals who take care of potential organ donors' relatives (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Additionally, the circular instructs Norwegian hospitals to develop routines conducive to donor acquisition. Nurses' knowledge, experience and attitudes and unit routines may significantly influence the identification and care of deceased donors and their relatives (Bidigare & Oermann 1991, Collins 2004, Chernenko et al. 2005).

The organ donor process is challenging and requires professional competence (Pearson et al. 2001; Meyer & Bjørk 2008). However, professional competence may vary related to how frequent intensive care nurses take part in an organ donor process. It may be difficult to acquire the experience and knowledge one needs to develop professional competence in the challenging tasks required in donor acquisition. Subsequently, in Norway, education to

improve health care professionals' competence is recommended as one measure to decrease the gap between demand and supply of donor organs (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). So far we do not have enough information about intensive care nurses' professional competence to develop an educational programme that may be complementary to their experience, knowledge and attitudes in the organ donor process. The focus of this study was therefore to explore intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process.

BACKGROUND

The needs of relatives in an organ donor process

Studies show that relatives were vulnerable when brain death suddenly occurred in intensive care units (ICU). It was difficult for them to relate to the severe and unexpected situation and information about and the concept of brain death was not easy to understand (DeJong et al. 1998, Frid et al. 2001, Cleiren & van Zoelen 2002). Relatives yearned for respectful and sympathetic care of their dear ones, however, their experience of the care given varied. The decision about organ donation was influenced by whether they experienced that their needs were taken into account or not (Jacoby et al. 2005). Their understanding of the information given and how they perceived the approach of donation also influenced their decisions (DeJong et al. 1998).

Relatives' emotional and cognitive needs seemed to be equally important in the organ donor process. Truthful and comprehensive information in relation to procedures and patients' condition was recognized as emotional support while a lack of empathy was perceived as disrespectful and could be offensive (DeJong et al. 1998, Cleiren & van Zoelen 2002, Jacoby et al. 2005). The ICU period is often short, and encounters between intensive staff and next of

kin are limited. Hence, it is important that intensive staff exercise skills in the donor process, and several articles have drawn attention to the significance of professional competence, experience and mutual understanding within the intensive team (Pearson et al. 2001, Dodd-McCue et al. 2005, Meyer & Bjørk 2008).

Intensive care nurses' responsibility in the organ donor process

A number of authors have pointed out physicians' and intensive care nurses' vital position in identifying potential organ donors, taking care of relatives' needs and approaching donor acquisition (Sque et al. 2000, Molzahn et al. 2003, Chernenko et al. 2005, Sanner et al. 2006). To be responsible for organ preservation and care for a potential organ donor and the bereaved at the same time was viewed as mutually stressful and rewarding (Pelletier-Hibbert 1998, Kent 2004, Dodd-McCue et al. 2005).

In a qualitative study intensive care nurses described their responsibility in the organ donor process as multidimensional (Meyer & Bjørk 2008). They create an environment beneficial to organ donation, care for next of kin and the potential donor as well as preserve organs for patients on waiting lists for transplantation. In another study (Pearson et al. 2001) intensive care nurses' primary focus was the needs of relatives. To be able to change routines and rituals as a response to families' requests was seen as emotionally as well as professionally satisfying. The ambiguity caused by taking part in the family's anguish and their own knowledge about the aim of the care that was to ensure donor organs, could be experienced as a conflict. They tried to balance their conflict by focusing on a positive outcome such as hope for someone else. Intensive care nurses have described the organ donor process as a meaningful task which challenges their professional competence (Sque et al. 2000, Pearson et al. 2001).

Intensive care nurses' professional competence in the organ donor process

Despite physicians' and nurses' generally pro donation attitudes, several were hesitant to approach the question of organ donation. They claimed deficiency in knowledge and experience (Collins 2004, Kent 2004, Elding & Scholes 2005). Apprehension of reactions from colleagues and next of kin could also prevent them from discussing organ donation. Kent (2004) questions nurses' professionalism when they are hesitant to approach organ donation.

A mixed method study (Evanisko et al. 1998) showed that not all intensive care nurses and physicians were comfortable with the concept of brain death, and more than one third were not satisfied with the manner donor acquisition was performed. Approximately half of the respondents viewed donor protocols as burdensome. In another study (Chernenko et al. 2005) nearly fifty percent of the respondents believed donor protocols were time-consuming and not congruent with procedures. Educational input was seen as essential for approaching the family, however, only one third of the respondents had any training in this difficult task (Evanisko et al. 1998). In their study staff's educational level was higher at hospitals with higher donor rates. Chernenko et al. (2005) found that lack of knowledge about transplantation, donor criteria and guidelines was an impediment to donor identification and organ preservation. A majority of the nurses in their study regarded brain death as difficult to explain to next of kin. In another quantitative study (Kim et al. 2006) inadequate training and lack of experience was seen as a barrier to excellent care for a deceased donor. At the same time, knowledge was considered to have a positive effect on attitudes in organ donation.

Studies have demonstrated that health professionals trained in donor acquisition were more confident when the question of donation was approached (Morton et al. 2000, Blok et al.

2004, Dodd-McCue et al. 2005) and knowledge about organ donation appeared to be beneficial to organ donation and transplantation (Sque et al. 2000). Sque et al. (2000) also found that nurses' participation in different aspects of organ donation and transplantation was associated with positive attitudes. Personal commitment in organ donation seemed to contribute to a feeling of self-esteem and satisfaction.

In a Norwegian study intensive care nurses from three donor hospitals were interviewed in focus groups to map out their need for competence and support in the organ donor process (Meyer & Bjørk 2008). Nurses called attention to their need for more theoretical and practical knowledge and time for reflection to enhance their professional competence. As this was a small scale study the findings could not be generalized to intensive care nurses in Norway. Accordingly, it was appropriate to do a wide-ranging survey of Norwegian intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process.

Theoretical perspective

This study is informed by theoretical perspectives on professional competence. Nygren (2004) states that professional competence should be seen both in a process and a product perspective. His argument indicates that a professional person uses a variety of competences developed equally in practice and across contexts inside and outside the working place. Hence, personal and professional competence is connected. This is in accordance with Kirkevold (1996) who states that consolidation between science and practice depends on personal competence. In personal competence, theoretical, practical and ethical knowledge is incorporated through experiences, intuition and reflection in practice. Professional competence will influence behaviour and be reflected in a person's performance in practice. Eraut (1994) argues that professional progress is part of the concept of competence and

should be interpreted as continued development of skills and expertise. Professional competence involves acquiring various types of knowledge and implementing this knowledge in an appropriate manner in practice.

Nygren (2004) agrees that development of professional competence involves an active and relatively purposeful modification of one's diverse competences to new requests. Through cognitive and emotional processes, learning takes place whilst the professional person stores and selectively recollects a variety of experiences. These experiences represent a combination of theoretical and practical knowledge, expectations, emotions, objectives and sense of identity. They embody the cognitive and emotional foundation in professional competence and may serve as guidance in practice (Nygren 2004). To activate appropriate elements in ones professional competence in any given situation, one has to identify and recognize relevant aspects in the situation through reflecting on practice (Eraut 1994, Kirkevold 1996, Nygren 2004).

However, individual professional competence can not be isolated from the social culture in the working places. Professional practice that is communally defined acquires legitimacy in the organization and may develop into an accepted part of practice. These definitions take place in conjunction with the development of members' professional identity and competence, and may become incorporated as codified knowledge and mutual understanding (Nygren 2004, Eraut 2007).

In line with these theoretical perspectives, professional competence in this study is operationalized into variables covering aspects of: theoretical, practical and socially mediated knowledge and attitudes.

THE STUDY

Aim

This study was part of a larger project where the purpose was to map out intensive care professionals' attitudes, knowledge and need for education. The aim of the present study was to describe intensive care nurses' professional competence in the organ donor process and to identify educational needs. The research questions were:

- What are intensive care nurses' attitudes toward organ donation?
- What are intensive care nurses' theoretical, practical and socially mediated knowledge about the organ donor process?
- Is there any association between demographic and contextual variables and professional competence in the organ donor process?
- What significance do intensive care nurses give to organizational issues in the organ donor process?
- What do intensive care nurses consider most important for developing their professional competence in the organ donor process, and what do they consider to be their educational needs?

Methodology

The study used a cross-sectional survey design in which intensive care nurses from 28 hospitals completed questionnaires on one occasion. Survey designs are considered to be efficient and flexible methods to obtain information about a representative sample and the results can be generalized to a larger population (Nardi 2006, Polit & Beck 2008).

Sample and setting

Nurses with further education in intensive care working in ICU's at all Norwegian donor hospitals (N=28) were included. The donor hospitals were university hospitals (n=7) and local hospitals (n=21). A contact person at each hospital provided name lists. Half the population of intensive care nurses eligible for inclusion according to these criteria (N=801) were invited to participate. The sample was systematically randomized by selecting every second nurse from the lists (Polit & Beck 2008). The overall return rate was 71.4% (N=572).

Instrumentation

The questionnaire consisted of three sections: demographic and contextual variables, a Swedish instrument developed to map out obstacles to organ donation (Sanner et al. 2006) and an author derived scale to measure intensive care nurses' perception of their competence in the organ donor process.

The Swedish instrument was developed on the basis of the authors' experience and knowledge about organ donation and a qualitative study that investigated relatives' and physicians' experiences in the organ donor process in Sweden (Sanner 2007). Policy, attitudes and medical resources were the focus of the study (Sanner et al. 2006). Translation and modification of the instrument was carried out by the leader of the larger project, an expert group and the researcher. The 36 questions were closed-ended, varying from Likert-type scales to different response alternatives such as "yes, often", "yes, sometimes", "no", and "yes, absolutely", "not always", "seldom", "never". The items covered attitudes and experiences in organ acquisition as well as educational needs. The Norwegian version was approved by the Swedish authors.

The author derived scale was informed by theoretical perspectives on professional competence and existing research on the organ donor process. A scale was constructed to measure the different dimensions of professional competence and consisted of 22 items. The scale included four subscales: Theoretical knowledge (6 items), practical knowledge (6 items), attitudes (5 items) and socially mediated knowledge (5 items). Each item was scored on a 5-point Likert - type scale, ranging from 1 (with response alternatives to a less extent, disagree, problematic) to 5 (with response alternatives to a great extent, agree, not problematic), with a score of 3 indicating a neutral or undecided position. In addition three questions pertaining to nurses' view of what was most important for developing their professional competence in the organ donor process was included. The instrument was pre-tested by nine intensive care nurses in a Norwegian donor hospital. The items and the scale were accordingly adjusted with minor language corrections.

Data collection

Data were collected between October 2008 and January 2009. Each participant received an envelope at work consisting of an information letter explaining the purpose of the study and ensuring confidentiality, the questionnaire and a pre-addressed stamped envelope. The questionnaires were returned to the leader of the larger project. Returned questionnaires were recognized as informed consent. A reminder was sent twice.

Ethical considerations

The study was recommended by The Norwegian Social Science Data Services (NSD). Permission from The Regional Ethical Committee was not required according to Norwegian regulations. Directors of all Norwegian donor hospitals were informed about the objectives of the project in a letter sent by the leader of the larger project. The letter included a request for

access to their employees and a contact person to provide name lists. Name lists and data were confidentially treated according to NSD's regulations. Results are presented so the identity of no one can be recognized in any publication or presentation of the data.

Data analysis

The questionnaires were optically scanned and data were entered into the SPSS version 16.0. Data were analysed with descriptive and inferential statistics (Nardi 2006, Polit & Beck 2008). Bivariate analysis was conducted to investigate the association between demographic and contextual variables and professional competence in the organ donor process. Independent-samples T-test and one-way ANOVA were conducted to investigate differences between groups.

Validity and reliability

The Swedish instrument for physicians had a low internal non-response with a median of 1.6%. The authors conducted a factor analysis and the validity was shown by consistency of the answers (Sanner et al. 2006). Two questions in the Norwegian version had a non-response higher than 16%. These questions were not included in the analysis. The Cronbach's alpha coefficient was .755 for the author derived scale (Table 2). The alpha coefficient on the subscales varied; .372 (practical knowledge), .490 (attitudes), .602 (socially mediated knowledge) and .786 (theoretical knowledge). According to Polit & Beck (2008) this indicates a moderate internal consistency and concept validity.

RESULTS

Respondent characteristics

Mean age of the respondents was 45 years (range 28-66) and average experience as intensive care nurse after special education was 11 years. The majority of the 572 nurses was female (n=515, 90 %). Most of the respondents (n= 352, 62.5%) were employed at university hospitals. Intensive care nurses' training and experience in donor acquisition varied (Table 1).

Table 1 approximately here

Intensive care nurses' attitudes towards organ donation

Intensive care nurses were asked about their attitudes towards organ donation both in the attitudes subscale and in separate questions. The nurses' perception of their attitudes towards different aspects of the organ donor process differed as presented in table 2. They were confident towards carrying out necessary procedures such as blood tests, and they experienced satisfaction when organ donation was accomplished. However, the time between identification of a potential donor and the request for organ donation was viewed as difficult. When answering the separate questions about aspects of organ donation, most nurses would agree to donate their own (89%) and relatives' (73.7%) organs. They were also asked to indicate how a donor process influenced their emotions and work situation. More than sixty percent of the respondents indicated that the process affected their work (65.4%) and emotions (61.2%) positively. Less than thirty percent believed that the Norwegian transplantation law's presumed consent (Helse- og omsorgsdepartementet, 1973) made approaching organ donation any easier and only 14.2% of the respondents took a pro-donation attitude when participating in the request for organ donation. If a patient was not ventilated, but considered beyond any hope, two thirds of the nurses supported that inquiring about

patients' or relatives' stance on organ donation was ethically acceptable. If the stance was positive, a majority (73.1%) agreed on initiating ventilation.

Table 2 approximately here

Intensive care nurses' theoretical, practical and socially mediated knowledge

The nurses were asked about their perceptions of their theoretical, practical and socially mediated knowledge about the donor process in the subscales. The respondents' score on their perception of their practical knowledge was higher than of their theoretical knowledge about aspects of the donor process. The results presented in table 2 show that they scored low on their theoretical knowledge about death diagnostics, organ preservation and the donor operation. The nurses' score on their perception of their theoretical knowledge about how to meet grieving relatives was higher than their practical knowledge about meeting relatives with intense reactions and communication in the transition between life and death of a potential donor. Their perception of their socially mediated knowledge varied as well. They scored high on their perception of dignity and respect expressed throughout the organ donor process while they scored lower on discussions about aspects of the donor process in their ward. When asked to indicate their perception of their overall professional competence in caring for an organ donor, their mean score was 3.46 which is slightly lower than the average item score (3.62) on the professional competence scale.

Association between demographic and contextual variables, and professional competence in the organ donor process

A medium correlation was observed between experience in caring for a donor and relatives ($r=.345, p=.000$) and participating in the request for organ donation ($r=.382, p=.000$), and

nurses' professional competence. There was no correlation between gender or age, and professional competence.

The ANOVA demonstrated that the mean scores on nurses' perception of their professional competence varied with experience in donor acquisition. Experience in requesting organ donation ($F=48.10$, $p=.000$, $\eta^2=.15$) had a large effect, and caring for donor and relatives ($F=39.42$, $p=.000$, $\eta^2=.12$) had a medium effect on nurses' views of their professional competence. The mean scores and standard deviation are presented in Table 3. The t-test showed a significant difference in mean scores on professional competence between nurses who had participated in the seminars organized by NOROD and non-participants ($t=6.12$, $p=.000$), and between nurses at local and university hospitals ($t=2.81$, $p=.005$). The effect of NOROD seminars was moderate ($\eta^2=.06$), and the effect of type of hospital was small ($\eta^2=.01$).

Table 3 approximately here

Significance of organizational issues in the organ donor process

The respondents were asked if they had experienced that organ donation was not accomplished due to deficiency in intensive resources, and whether they believed increased intensive resources would provide more donors. Less than forty percent believed intensive resources affected the donor rate. Approximately half of the respondents believed extra personnel would be beneficial when they had a potential donor in ICU. They were also asked to indicate their opinion of their ICU colleagues' attitudes towards organ donation. Nearly all nurses believed that administrative leaders, physicians and their nursing colleagues had a positive attitude towards organ donation (Figure 1).

Figure 1 approximately here

Developing professional competence in the organ donor process

The nurses were asked to indicate what factors had influenced their own professional competence so far, and what factors they considered important in order to further develop their professional competence in organ donation. The NOROD-seminar, hospital based education and discussions in the ward were assessed as quite important in the development of professional competence (Figure 2). They were also asked to specify their perception of the extent of educational need in different aspects of the donor process. Nurses' perception of educational need specified as "need" and "great need" is presented in Table 4. Educational input related to how to break bad news and to proceed through the process were specified as needed by most of the respondents. The majority of the respondents (75%) indicated that the frequency of courses ought to be once a year (alternatives: twice or once a year, or more seldom).

Figure 2 approximately here

Table 4 approximately here

DISCUSSION

A central finding in this study was the impact of experience in donor acquisition on the intensive care nurses' perception of their professional competence. The difference between inexperienced and experienced nurses' perception of their theoretical and practical knowledge is reflected in theoretical views on development of professional competence (Eraut 1994, Kirkevold 1996, Nygren 2004). When intensive care nurses participate in the organ donor process their experience may contribute to develop diverse types of knowledge. Several studies (Kent 2004, Elding & Scholes 2005, Kim et al. 2006) have shown that nurses did not feel confident in the donor process due to lack of experience. These findings and the theoretical notion that professional competence is developed through experience and

reflection in practice draw attention to the importance of training by an experienced colleague. If nurses inexperienced in donor acquisition are given the possibility to be nurse number two or even number three, when caring for potential donors and their relatives, experience and knowledge could be shared. Through facilitation of training and reflection, intensive care nurses' knowledge and experience from various situations could be implemented in their caring for organ donors and their relatives.

The results in our study showed that intensive care nurses scored low on their perception of their theoretical knowledge about aspects in the donor process, such as death diagnostics, procedures and the donor operation. This is similar to findings in other studies (Evanisko et al. 1998, Chernenko et al. 2005, Bøgh & Madsen 2005). Relatives' apprehension of desecration of the body might be of importance to their decision about organ donation (Sanner, 2007; Sque et al. 2008). Enhanced knowledge about aspects related to the organ donor process may enable the nurses to meet relatives' informational needs during the decision process.

Another concern is the low number of intensive care nurses who had participated in NOROD seminars. The difference in mean scores on professional competence between participants and non-participants in NOROD seminars reflects the importance of offering educational opportunities. Training in the organ donor process is recommended by several authors (Morton et al. 2000, Blok et al. 2004, Dodd-McCue et al. 2005). Their studies showed that skills in the donor process improved through training. Occasions to practice these skills may be limited, and Morton et al. (2000) found that skills were not maintained after six months. Evanisko et al. 1998 found that nurses with a low educational level were less comfortable with the manner organ donation was performed than nurses with higher educational level.

These findings indicate that nurses could do with repeated training through both NOROD seminars and hospital based education to enhance their professional competence in the organ donor process.

In our study a large part of the respondents reported that the donor process had an equally positive effect on their emotions and work situation. This may explain the feeling of satisfaction when organ donation was accomplished. The donor process has also been described as meaningful in other studies (Sque et al. 2000, Pearson et al. 2001, Meyer & Bjørk 2008). Kim et al. (2006) on the other hand found that even though a large number of respondents were positive towards organ donation, less than thirty percent regarded caring for a potential donor as rewarding. Despite the nurses' positive attitude professed in our study, they viewed the time between identification of a potential donor and the request for organ donation and communication with relatives in the transition between life and death of a potential donor as difficult. Intensive care nurses spend more time bedside than physicians, and experienced intensive care nurses may consider organ donation ahead of the other members in the team (Day 2001, Meyer & Bjørk 2008). If relatives are not informed about the severity of the situation, the nurses may not talk about the possibility of organ donation. Day (2001) described such situations as complex and contradictory. However, she claimed that when death was diagnosed and relatives had given their consent, these ethical problems disappeared. In another study (McMillen 2008) intensive care nurses explained how they planted a seed within the team to start discussions about end-of-life decisions. They also described how they supported relatives by finding out their wish in such situations.

Introduction of the possibility of organ donation in an early stage might reduce intensive care nurses' apparent conflicts and ease their communication with relatives. To be able to

communicate openly may also be beneficial when nurses make an effort to meet relatives' informational and emotional needs (DeJong et al 1998, Jacoby et al 2005).

Another central finding in the present study was that almost all respondents believed their ICU colleagues had positive attitudes towards organ donation, and that the organ donor process was performed in a respectful and dignified manner in their ward. The nurses also viewed their colleagues as supportive in difficult situations. This may influence intensive care nurses' attitudes positively. This is congruent with the theoretical notion that professional practice is developed in the working place in conjunction with development of the members' identity and professional competence (Nygren 2004, Eraut 2007). Kent (2004) found that apprehension of colleagues' reactions refrained nurses from discussing organ donation. Our findings indicate that nurses in the present study should not be hesitant to approach the possibility of donation within the team of colleagues, although they did not perceive that aspects of organ donation were often discussed in their ward. Both Nygren (2004) and Eraut (2007) argue that discussions within the team facilitate awareness and reflection. To create a culture in the ICU for discussions about aspects of the donor process may affect the development of intensive care nurses' professional competence. These kinds of discussions may also be useful in order to develop mutual understanding and professional practice (Kent 2004).

Even though the nurses reported a generally positive attitude towards organ donation in Norwegian donor hospitals, few nurses in our study took a pro-donation attitude when they participated in the request for organ donation. This finding is contradictory to the importance health professionals' attitude is given by several authors (Siminoff et al. 2001, Collins 2004, Sanner 2007). They stress that the attitude the requester holds may influence the families'

decision and suggest that a pro-donation attitude is significant for obtaining consent. If relatives perceive that organ donation is a delicate matter, and that the nurses are not comfortable in the situation this might be transferred to the relatives. On the other hand, if intensive care nurses' positive attitudes are reflected in the approach they will appear more confident and be able to generate relatives' trust which is essential in the communication process (DeJong et al. 1998, Frid et al. 2001, Meyer & Bjørk 2008).

Most respondents in our study did not consider that intensive resources in the hospitals affected donor rates. This finding is in contrast to Sanner et al. (2006) who found that lack of resources was one obstacle to organ donation. However, extra personnel were considered to influence the organ donor process moderately. The organ donor process is challenging, and to be able to care for both potential donors and their relatives and at the same time create a good process, requires two intensive care nurses (Meyer & Bjørk 2008). One nurse can be responsible for the care of the potential donor and one nurse can take care of the relatives' needs. This may also promote nurses' sharing of experience and knowledge in order to develop professional competence.

Limitations

The Swedish survey on nurses is not yet published, hence, we do not know if the factor analysis is the same for physicians' and nurses' instruments. The author derived instrument showed low internal validity on the subscales practical knowledge and attitudes. These scales need to be further developed for use in similar studies. Even though these aspects may limit the study's validity, a strength of this study is the participation of intensive care nurses from all Norwegian donor hospitals and the high response rate (71.4%).

CONCLUSIONS

Educational input that cultivates intensive care nurses' various types of knowledge and experience could be beneficial in the organ donor process. NOROD seminars and hospital based education should be offered on a regular basis in order to develop and maintain nurses' professional competence. To facilitate training of nurses inexperienced in the organ donor process by experienced colleagues, and to create a culture for discussions about different aspects of the donor process could be valuable in the further development of intensive care nurses' professional competence. Additionally, a communally defined and legitimate professional practice in the organ donor process can be developed in the ICU. Further investigation is needed on long term effects of NOROD seminars on intensive care nurses' professional competence in the organ donor process.

References

- Arbour, R. (2005). Clinical management of the organ donor. [Review] [86 refs]. *AACN Clinical Issues*, 16, 551-580.
- Bidigare, S. A. & Oermann, M. H. (1991). Attitudes and knowledge of nurses regarding organ procurement. *Heart & Lung*, 20, 20-24.
- Blok, G. A., Morton, J., Morley, M., Kerckhoffs, C. C., Kootstra, G. & van, d., V (2004). Requesting organ donation: the case of self-efficacy--effects of the European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). *Advances in Health Sciences Education*, 9, 261-282.
- Bøgh, L. & Madsen, M. (2005). Attitudes, knowledge, and proficiency in relation to organ donation: a questionnaire-based analysis in donor hospitals in northern Denmark. *Transplantation Proceedings*, 37, 3256-3257.
- Chernenko, S. M., Jensen, L., Newburn-Cook, C. & Bigam, D. L. (2005). Organ donation and transplantation: a survey of critical care health professionals in nontransplant hospitals. *Progress in Transplantation*, 15, 69-77.
- Cleiren, M. P. H. & van Zoelen, A. A. J. (2002). Post-mortem organ donation and grief: a study of consent, refusal and well-being in bereavement. *Death Studies*, 26, 837-849.
- Collins, T. J. (2004). Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21, 226-233.
- Day, L. (2001). How nurses shift from care of a brain-injured patient to maintenance of a brain-dead organ donor. *American Journal of Critical Care*, 10, 306-312.

- DeJong, W., Franz, H. G., Wolfe, S. M., Nathan, H., Payne, D., Reitsma, W. & Beasley, C. (1998). Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families. *American Journal of Critical Care*, 7, 13-23.
- Dodd-McCue, D., Tartaglia, A., Veazey, K. W. & Streetman, P. S. (2005). The impact of protocol on nurses' role stress: a longitudinal perspective. *Journal of Nursing Administration* 2005 Apr; 35(4): 205-16 (14 ref), 205-216.
- Elding, C. & Scholes, J. (2005). Organ and tissue donation: a trustwide perspective or critical care concern?. [Review] [26 refs]. *Nursing in Critical Care*, 10, 129-135.
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer Press.
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33, 403-422.
- Evanisko, M. J., Beasley, C. L., Brigham, L. E., Capossela, C., Cosgrove, G. R., Light, J., Mellor, S., Poretsky, A. & McNamara, P. (1998). Readiness of critical care physicians and nurses to handle requests for organ donation. *American Journal of Critical Care*, 7, 4-12.
- Frid, I., Bergbom, I. & Haljamae, H. (2001). No going back: narratives by close relatives of the braindead patient. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17, 263-278.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1973). Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon, avgivelse av lik mm. (Transplantation Law 1973. Law concerning transplantation, organ donation and autopsy. No). Lovdata [On-line]. Available:

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19730209-006.html&emne=transplantasjonslov*&&

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). Om regelverket som gjeld organdonasjon og samtykke. (About guidelines concerning organ donation and consent. No).

regjeringen.no [On-line]. Available:

<http://www.regjeringen.no/nb/sok.html?id=86008&quicksearch=Om+regelverket+so+m+gjeld+organdonasjon+og+samtykke>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Antall organdonasjoner skal økes - flere skal få

tilbud om en livreddende transplantasjon. (Increasing organ donation – more patients should be offered transplantation. No). regjeringen.no [On-line]. Available:

<http://www.regjeringen.no/nb/sok.html?id=86008&quicksearch=Antall+organdonasjo+ner+skal+%C3%B8kes+-+flere+skal+f%C3%A5+tilbud+om+en+livreddende+transplantasjon>

Jacoby, L. H., Breitkopf, C. R. & Pease, E. A. (2005). A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation. *DCCN: Dimensions of Critical Care Nursing*, 24, 183-189.

Kent, B. C. (2004). Protection behaviour: a phenomenon affecting organ and tissue donation in the 21st century? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 273-284.

Kim, J. R., Fisher, M. J. & Elliott, D. (2006). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 571-582.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* (Science in practice? No). Oslo: Gyldendal akademisk.

- McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24, 251-259.
- Meyer, K. & Bjørk, I. T. (2008). Change of focus: from intensive care towards organ donation. *Transplant International*, 21, 133-139.
- Molzahn, A. E., Starzomski, R. & McCormick, J. (2003). The supply of organs for transplantation: issues and challenges. *Nephrology Nursing Journal*, 30, 17-28.
- Morton, J., Blok, G. A., Reid, C., van, D. J. & Morley, M. (2000). The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): enhancing communication skills with bereaved relatives. *Anaesthesia & Intensive Care*, 28, 184-190.
- Nardi, P. M. (2006). *Doing survey research a guide to quantitative methods*. Boston: Pearson Education Inc.
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse - Om profesjonelle personer*. (Professional competence – about professional persons. No). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Pearson, A., Robertson-Malt, S., Walsh, K. & Fitzgerald, M. (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 132-139.
- Pelletier-Hibbert, M. (1998). Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families. *Heart & Lung*, 27, 230-237.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Reisæter, A. V. (1999). Nyretransplantasjon i Noreg - eit historisk perspektiv. (Kidney transplantation in Norway – a historical perspective. No). *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 21, 3163-3166.
- Sanner, M. A. (2007). Two perspectives on organ donation: experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. *Journal of Critical Care*, 22, 296-304.
- Sanner, M. A., Nydahl, A., Desatnik, P. & Rizell, M. (2006). Obstacles to organ donation in Swedish intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 32, 700-707.
- Scandiatransplant (2009). Transplantation and waitinglist 2008. Scandiatransplant [On-line]. Available: http://www.scandiatransplant.org/quarter_4_2008.htm
- Siminoff, L. A. (1997). Withdrawal of treatment and organ donation. [Review] [57 refs]. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 9, 85-95.
- Siminoff, L. A., Arnold, R. M. og Hewlett, J. (2001). The process of organ donation and its effect on consent. *Clinical Transplantation*, 15, 39-47.
- Sque, M., Long, T., Payne, S. & Allardyce, D. (2008). Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? *Journal of Advanced Nursing*, 61, 134-144.
- Sque, M., Payne, S. & Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotransplantation: nurses' attitudes, knowledge and behaviour. *Social Science & Medicine*, 50, 541-552.

TABLES AND FIGURES

TABLE 1
Contextual variables N=572

	n	%
Experience in donor acquisition (n=571)		
Caring for organ donor and relatives		
Never	46	8.1
1-5 times	325	56.9
>5 times	200	35.1
Requesting organ donation		
Never	165	28.9
1-5 times	284	49.8
>5 times	121	21.2
Participation in NOROD seminars¹ (n=560)		
Participants	141	25.2
Non-participants	419	74.8

¹ Seminars organized by Norwegian resource group for organ donation (NOROD)

TABLE 2
Total scale and subscale mean scores on intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process (N=572)

	Possible range	Mean	St.dev	Cronbach's alpha
Total professional competence scale	22-110	79.74	9.07	.755
Subscale: Theoretical knowledge	6-30	19.12	4.17	.786
Give relatives information about death diagnostics		2.89	1.08	
Give relatives information about treatment and procedures		3.07	1.07	
Organ preservation		2.77	1.19	
Donor operation		2.38	1.13	
Meeting grieving relatives		4.03	0.74	
Support relatives in crisis		3.98	0.77	
Subscale: Practical knowledge	6-30	23.09	3.3	.372
Plan and facilitate a ceremonious termination in ICU in cooperation with relatives		3.97	1.02	
Using the organ donor protocol		4.21	1.22	
In donor's transition between life and death communication is difficult		3.23	1.19	
Difficult to know how to meet relatives who respond with intense crying and rage		3.37	1.12	
Important to give relatives the time needed in the organ donor process		4.53	0.78	
After death I am not talking to the deceased, but to the relatives		3.77	1.47	
Subscale: Attitudes	5-25	17.88	3.02	.490
Experience satisfaction when organ donation is accomplished		4.05	0.91	
Organ donation may be introduced in an early stage		3.67	1.23	
The time between identification and request is difficult		2.26	1.1	
Not problematic to carry out blood tests before donation is settled		4.17	1.08	
Not problematic to intensify treatment before death is established		3.73	1.06	
Subscale: Socially mediated knowledge	5-25	19.64	2.85	.602
Support from colleagues in strenuous situations		4.3	0.78	
Inexperienced nurses trained by experienced nurses when a potential donor in the ward		3.48	1.07	
In our ward dignity and respect is expressed throughout the donor process		4.77	0.5	
In our ward aspects of organ donation are often discussed		3.02	1.12	
In our ward it is acceptable to drop out if you are uncomfortable in the donor process		3.9	1.07	

TABLE 3
ANOVA: Difference between nurses' experience and perception of their professional competence

Experience in donor acquisition	Professional competence	Theoretical knowledge	Practical knowledge	Attitudes	Socially mediated knowledge
	Mean (St.dev)	Mean (St.dev)	Mean (St.dev)	Mean (St.dev)	Mean (St.dev)
Cared for donor and relatives:					
Never	73.33 (8.50)*	15.59 (3.49)*	21.54 (3.82)*	17.77 (2.58)	18.44 (2.64) †
1-5 times	78.26 (8.31)	18.24 (3.89)	22.83 (3.10)	17.81 (2.96)	19.38 (2.85)
>5 times	83.69 (8.82)	21.36 (3.67)	23.87 (3.30)	18.07 (3.18)	20.38 (2.73)
Requested organ donation:					
Never	75.18 (8.27)*	16.48 (3.66)*	21.92 (3.26) ‡	17.78 (2.73)	18.99 (3.05)*
1-5 times	80.24 (8.34)	19.33 (3.75)	23.35 (3.12)	17.87 (3.11)	19.69 (2.72)
>5 times	84.94 (8.67)	22.28 (3.40)	24.11 (3.31)	18.05 (3.22)	20.50 (2.64)

* $P < 0.05$ mean difference between all groups

† $P < 0.05$ mean difference between "never" and "> 5 times", "1-5 times" and "> 5 times"

‡ $P < 0.05$ mean difference between "never" and "1-5 times", "never" and ">5 times"

TABLE 4
Intensive care nurses' perception of educational needs to further develop
their professional competence in the organ donor process (N=572)

	n*	Need/ great need %
Breaking bad news	514	68.9
Proceeding from potential donor to organ donation	545	68.3
Medical treatment	550	67.8
Obtain consent for organ donation	549	66.3
Identifying potential donors	547	59.4
Clinical diagnostics	544	54.2
Support grieving relatives and relatives in crisis	557	49.9
Empathic Communication	556	48.4
Listening	553	36.9

*n varies due to missing data

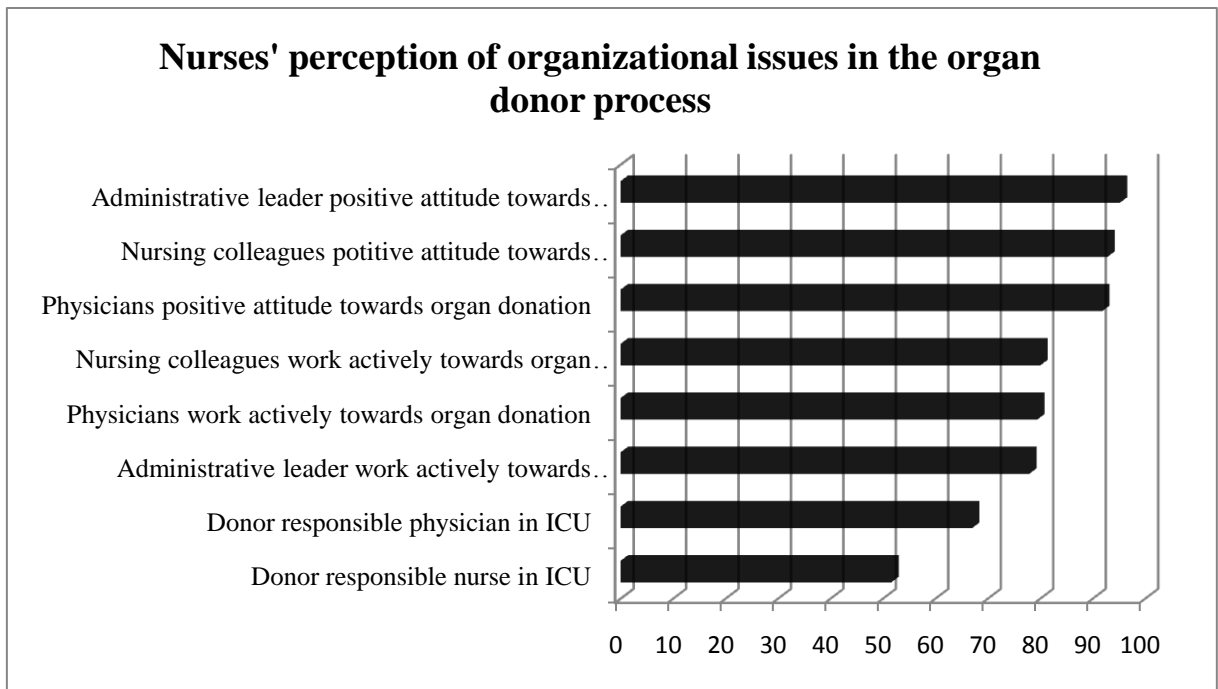
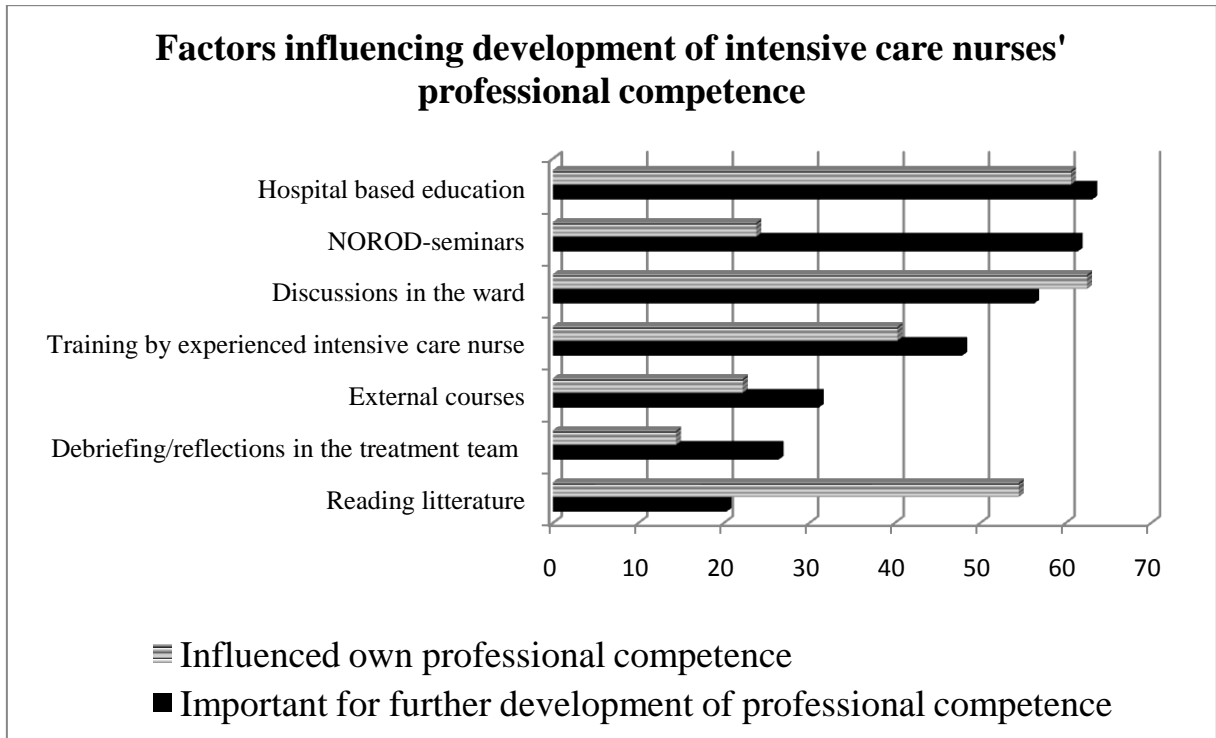
Figures**Figure 1 Nurses' perception of organizational issues in the donor process**

Figure 2 Factors influencing development of intensive care nurses' professional competence



JOURNAL OF ADVANCED NURSING



SUBMIT YOUR PAPER ONLINE | SUBSCRIBE | SAMPLE COPY

FREE Table of Contents Email Alerts



- Home
- Home and Open Access
- Author Information
- Why publish in JAN?
- Submitting your Paper
- Submission, Review & Production Process
- Guidelines for Authors
- Appeals Procedure
- Readers' Guidelines
- Subscription Information
- Free Sample Copy
- Editorial Team
- How to get involved
- Contacts
- Advertising
- Press Releases
- JAN Online

Guidelines for Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Research Papers

Qualitative, quantitative, and mixed methods research papers should not exceed 5000 words for the main text, excluding the abstract, summary statement, tables and references

The following standard headings should be used:

- **Abstract**
The 250 word abstract should use the following headings: Aims (of the paper), Background, Methods (including year of data collection), Results/Findings, Conclusion.
- **Summary Statement**
See the Summary Statement guidelines for further information.
- **Keywords** (maximum of seven, including nurses/midwives/nursing)

Introduction

Rationale, context, international relevance of topic

Background

- Provide a substantial, critical review of relevant theoretical and empirical literature
- For reports of qualitative studies, identify the rationale for selection of the phenomenon studied, such as the conceptual model that guided the study. Note that simply stating that the phenomenon has not yet been studied is not sufficient, as some phenomena may be trivial and, therefore, are not worthy of study.
- For reports of quantitative studies, present the theoretical framework of the research. Identify and provide an overview of the conceptual model and/or theory that guided the study. Explain the connections between the conceptual model or theory and the study variables. Identify and define each study variable. Explain connections between study variables and support those connections with relevant theoretical and empirical literature.
- For reports of mixed methods studies, provide a critical review of relevant theoretical and empirical literature, which should draw conclusions from the theoretical framework and current evidence, and support the need for a mixed methods study.

The Study (subheadings preferably in the following order)

Aims

- State the aims of the study as a narrative study purpose or as research questions or hypotheses to be tested.
For example, "The aim of the study was to..." "The following hypotheses were tested..."

Design / Methodology

- Identify the specific research design used
- For qualitative studies, this should be, for example, grounded theory, phenomenology, ethnography. For quantitative studies, this should be, for example, descriptive, correlational, experimental, quasiexperimental, randomised controlled trial, cross-sectional, longitudinal
- For mixed methods studies identify the mixed method approach i.e. primarily qualitative with a quantitative component, or primarily quantitative with a qualitative component. Also identify the specific quantitative and qualitative approaches.

Sample / Participants

- Identify the sampling strategy/ strategies used- random, stratified, convenience, purposive (state what purpose). For example, "A convenience sample of Registered Nurses was recruited. A random sample of patients was recruited..."
- Explain the inclusion and exclusion criteria. For example, "The inclusion criteria were..." "The exclusion criteria were..."
- Explain how participants were recruited.
- Identify the size of the sample.
- For qualitative studies, provide justification for participant numbers that addresses data saturation or another criterion.
- For quantitative studies, report the power analysis or sample size calculation, if done, if not done, provide another type of justification for the sample size.

Data collection

- Use subheadings for different types of data collection techniques if appropriate, e.g. questionnaire, interviews, observation. For example, "Data were collected using a questionnaire..." "Focus groups were conducted..."
- Describe each instrument used to collect the data, including number and type of items and scoring technique, as well as interpretation of scores.
- Pilot study – if done, what changes (if any) did this lead to for the main study?
Identify the year of data collection; usually this should be no more than 8 years between data collection to submission of the paper.

Ethical considerations

- Provide a statement of ethics committee approval. Do not name the university or other institution from which ethics committee approval was obtained. State only that ethics committee approval was obtained from a university and/or whatever other organisation is relevant.
- Briefly explain what information and guarantees were given to participants
- Indicate what type of informed consent was obtained—written, oral, or implied.
- Note that data cannot be both confidential and anonymous. If the investigators know the identity of the research participants, the data are considered confidential. If the investigators do not know the identity of any research participants, the data can be considered anonymous.

Data analysis

- Describe the techniques used to analyse the data, including computer software used, if appropriate.
- For mixed methods studies, describe analysis processes used for qualitative and quantitative data analysis.
- For example, "The data were analysed using SPSS version X..." "The data were analysed using thematic content analysis..."

Validity and reliability / Rigour as appropriate

- Provide types of and estimates for trustworthiness of qualitative data and/or the psychometric properties of quantitative

Instruments

- If tools were developed for this study, describe the processes employed, including validity and reliability testing.

Results / Findings

- Start with a description of actual sample. For example, "The study participants ranged in age from X to Y years..."
- Present results explicitly for each study aim or research question or hypothesis. Indicate whether each hypothesis was supported or rejected.
- Use subheadings as appropriate.

Discussion

- Start with study limitations
- Must be in relation to the literature. Do previous research findings match or differ from yours?
- Draw conclusions about what new knowledge has emerged from the study. For example, this new knowledge could contribute to new conceptualisations or question existing ones; it could lead to the development of tentative/substantive theories (or even hypotheses); it could advance/question existing theories or provide methodological insights, or it could provide data that could lead to improvements in practice.

Conclusions

- Provide real conclusions, not just a summary/repetition of the findings
- Draw conclusions about the adequacy of the theory in relation to the data. Indicate whether the data supported or refuted the theory. Indicate whether the conceptual model was a useful and adequate guide for the study.
- Implications / recommendations for international nursing practice/research/education/management as appropriate, and consistent with the limitations

Notes**1. Presentational style**

Do not anthropomorphize inanimate objects, i.e. do not write about 'things' as if they were 'people'. For example, do not write "The study explored..." Instead, write something such as: "The purpose of the study was to explore..." Alternatively, use the first person, for example: "In this study we explored...", "We interviewed a convenience sample of 20 Registered Nurses"

2. See also - author guidelines about Readability**3. See also - author guidelines about International Relevance**

4. Authors are cautioned against submitting multiple papers about one study without adequate justification (i.e., avoid "salami slicing") and against including content about background literature and methods that already has appeared in another paper by the same author(s) without appropriate citations (i.e., avoid self-plagiarism). See the Overlapping Publications section in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, which can be found at <http://www.scitej.org/>

5. See also <http://www.nurseauthoreditor.com/article.asp?id=73>, <http://www.nurseauthoreditor.com/article.asp?id=42>, <http://www.nurseauthoreditor.com/article.asp?id=82>

Please note that you will need to register with the site to view the article.

[Home](#) | [Aims and Scope](#) | [Author Information](#) | [Reviewer's Guidelines](#) | [Subscription Information](#) | [Free Sample Copy](#) | [Editorial Team](#) | [How to get involved](#) | [Contact](#) | [Advertising](#) | [Press Room](#) | [Top Accessed Articles](#) | [Search JAV Online](#) | [Privacy Policy](#)



© Blackwell Publishing Ltd

Innholdsfortegnelse

TEORIENS PLASS I FORSKNINGSPROSJEKT	1
INNLEDNING	1
HVA MENES MED TEORI	2
Teori – strukturert kunnskap.....	3
TEORIENS BETYDNING I FORSKNING	4
Teori som rammeverk i forskning	5
Teori i planleggingsfasen.....	6
Formulering av problemstilling	7
Valg av metodologi	8
Design.....	8
Instrument.....	10
Pålitelighet og gyldighet.....	11
Diskusjon av resultatene	12
UTFORDRINGER FORSKEREN MØTER NÅR INSTRUMENTET IKKE ER EKSPLISITT TEORETISK FORANKRET	13
Fokusere forskningsprosjektet.....	13
Instrumentets betydning for kontroll over studien	14
Evaluere instrumentet.....	15
Reliabilitet og validitet	15
Hva måler variablene.....	15
Analyse	18
Hvordan skal funnene tolkes	19
KONKLUSJON.....	20

VEDLEGG

Vedlegg 1 Spørsmål om intensivbehandling og organdonasjon, Norsk versjon

Vedlegg 2 Kompetanse i organdonasjonsprosessen, egenutviklet skala

Vedlegg 3 Informasjonsbrev til administrasjonen ved norske donorsykehus

Vedlegg 4 Svar på informasjonsbrev fra et donorsykehus

Vedlegg 5 Invitasjon til å delta i undersøkelsen

TEORIENS Plass I FORSKNINGSPROSJEKT

INNLEDNING

Studien ”Intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen” var en del av prosjektet ”Nasjonal undersøkelse om organdonasjon”. Hensikten med prosjektet var å kartlegge legers og intensivsykepleieres holdninger, kunnskap og opplæringsbehov for å videreutvikle undervisningstilbudet vedrørende organdonasjonsprosessen.

Et arbeidsutvalg oppnevnt av Helse- og sosialdirektoratet hadde som mandat å videreutvikle det eksisterende undervisningstilbudet. Utvalget valgte et svensk instrument til den norske kartleggingen. Instrumentet var utviklet på bakgrunn av forfatternes erfaring med og kunnskap om organdonasjon, og en kvalitativ studie av pårørende til potensielle organgivere og leger som var involvert i donasjonsprosessen (Sanner, 2007). To tilnærmet like spørreskjema for henholdsvis leger (Sanner, Nydahl, Desatnik og Rizell, 2006) og sykepleiere kartla hindringer for organdonasjon i Sverige.

I Skandinavia er det et nært samarbeid innen organdonasjon og transplantasjon, og organiseringen av organdonasjon fra avdøde givere er om lag den samme i skandinaviske land (Scandiatransplant, 2009). I tillegg blir kulturelle og sosiale forhold i Norge og Sverige ansett å være ganske like. Utvalget vurderte derfor at instrumentet kunne anvendes i en norsk populasjon, og at det var praktisk å bruke et eksisterende spørreskjema som allerede var benyttet i et naboland. Videre kunne det være mulig å sammenligne funn i Norge med funnene fra de svenske studiene. Instrumentet for henholdsvis leger og sykepleiere ble oversatt og tilrettelagt for norske forhold av arbeidsutvalget. Jeg var med på oversettelsen av instrumentet (Vedlegg 1) som ble benyttet i surveyen i studien ”Intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen”.

Jeg ble invitert av utvalget til å gjennomføre kartleggingen av norske intensivsykepleiere som en del av min masteroppgave. Med min bakgrunn som intensivsykepleier og transplantasjonskoordinator og gjennom en tidligere studie (Meyer og Bjørk, 2008) har jeg fått stadig større interesse for hvordan intensivsykepleieres kompetanse i

organdonasjonsprosessen blir utviklet og kan kvalitetssikres. Jeg har derfor fordypet meg i litteratur som omhandler hva som forstås med profesjonell kompetanse. I arbeidet med oversettelsen av det svenske instrumentet oppdaget jeg at det ikke i stor nok grad ville fange opp fenomenet ”kompetanse hos intensivsykepleiere i organdonasjonsprosessen”. Sentrale begreper i litteraturen om profesjonell kompetanse dannet derfor utgangspunkt for utvikling av tilleggsspørsmål (Vedlegg 2). Det ga muligheten for å innhente informasjon om norske intensivsykepleieres kompetanse i tillegg til holdninger og opplæringsbehov i organdonasjonsprosessen, som var det oversatte instrumentets hovedområder. I det videre arbeidet med studien synes jeg det var vanskelig å identifisere det underliggende teoretiske perspektivet i det opprinnelige instrumentet. Jeg erfarte at det medførte utfordringer for meg som forsker.

Jeg vil derfor i det følgende gjøre rede for og drøfte betydningen av at et forskningsprosjekt er forankret i et teoretisk rammeverk med bakgrunn i problemstillingene:

- Hva er teoriens betydning i forskning?
- Hvilke utfordringer møter en forsker når det brukes et instrument som ikke er forankret i et eksplisitt teoretisk perspektiv?

I det første kapittelet blir det gjort rede for hva som menes med teori. Det neste kapittelet gjør rede for hvilken betydning et eksplisitt teoretisk rammeverk har for hele forskningsprosessen. I tredje kapittel blir utfordringer som forskeren kan møte drøftet. Forskningslitteratur og spørsmål fra det oversatte instrumentet vil bli brukt som eksempel i drøftingen.

HVA MENES MED TEORI

Jeg vil i det følgende gjøre rede for hva som ligger i begrepet teori. Redegjørelsen vil danne grunnlag for drøftingen om hvordan teori kan anvendes i en forskningsprosess, og hvilken betydning teori har i forskning.

Teori – strukturert kunnskap

Teorier er abstrakte beskrivelser av et fenomen. De blir drevet frem ved at man undrer seg over hendelser eller forhold ved et fenomen i den konkrete verden. Dermed oppstår det et ønske om å forklare, bekrefte eller videreutvikle kunnskap om fenomenet. Hvor stor del av fenomenet en teori dekker og hvilket nivå av fenomenets univers den forklarer kan variere. Teorier blir utviklet gjennom kognitive prosesser der forskeren beveger seg fra et konkret nivå til å løfte ideer om et fenomen gradvis opp til et teoretisk og abstrakt nivå (Anfara og Mertz, 2006; Creswell, 2009). I prosessen blir konkrete hendelser eller forhold, som kan være ulike dimensjoner ved fenomenet, skilt fra hverandre ved å bruke merkelapper som karakteristikk eller de presiseres med hjelp av begreper.

I kvantitativ forskning blir begreper som presiserer ulike dimensjoner ved fenomenet ofte definert med definisjoner hentet fra eksisterende teorier. For å systematisere innhenting av data om det som undersøkes blir de teoretiske begrepene operasjonalisert til målbare eller observerbare variabler, også kalt empiriske indikatorer. Variablene kan relateres til hverandre i tid, retning eller styrke. Gjennom ulike analysemetoder blir de kombinert for å utlede antakelser om sammenhengen mellom de forskjellige dimensjonene (Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008). I kvalitativ forskning kan teoretiske begreper som karakteriserer konkrete hendelser eller forhold ved et fenomen komme frem gjennom analyse av data som har blitt innhentet ved for eksempel dybdeintervju eller observasjonsstudier. I analysen av dataene leter man etter meningsbærende enheter som blir kategorisert i sentrale tema eller begreper. Kategoriseringen finner sted gjennom en abstraksjon for å finne mønster og sammenhenger ved det som undersøkes. Teori kan sette i gang analysen eller den kan komme som et resultat av forskningen hvis man har funnet nye sammenhenger og mønster. Både i kvalitativ og kvantitativ tilnærming vil forskerens teoretiske perspektiv få betydning for analysen av data (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008; Creswell, 2009).

Funnene som kommer frem gjennom systematisk innhenting og analyse av data blir satt sammen i et logisk system av antakelser. Når antakelsene forklarer, beskriver eller forutsier relevante forhold ved fenomenet, er resultatet en teori. Teorier er altså den strukturerte kunnskap som kommer fram når resultater fra systematisk datasamling og analyse blir løftet opp til et abstrakt nivå. Formålet med en teori er at den skal gi ny innsikt og dermed utvidet forståelse av et fenomen (Chalmers, 1982; Anfara og Mertz, 2006; Creswell, 2009). Teorier er imidlertid foreløpige forklaringer som senere kan anvendes til å verifisere eller revidere

eksisterende forståelse. De skal derfor være mulig å teste og etterprøve, samtidig som de skal stimulere videre forskning. En videreutviklet teori kan på denne måten understøtte andre teorier (Chalmers, 1982; Creswell, 2009).

Forskning blir relevant for vitenskapen og academia når den blir presentert i form av teorier og når den vitenskapelige kunnskap blir anvendt og kritisert (Chalmers, 1982). Anfara og Mertz (2006) hevder at man kan sammenligne det å forstå en teori med å reise inn i en annens tankeverden. Når man får et glimt av den innsikten teoretikeren har, kan man bearbeide sin egen forståelse. Når man tar innover seg og forsøker å forstå teoriens relevans, kan teorien påvirke hvordan en selv betrakter et fenomen. Ved å lete frem og anvende en teoretisk definisjon, kan man endre sitt perspektiv, utvide egen forståelse og oppdage andre måter å betrakte fenomenet på (Anfara og Mertz, 2006). Teorier gir oss tilgang til strukturert kunnskap, ulike måter å betrakte verden på og prosedyrer for å undersøke om virkeligheten er slik vi oppfatter den.

TEORIENS BETYDNING I FORSKNING

Ideen om et forskningsprosjekt begynner ofte å ta form på bakgrunn av erfaringer med emnet det skal forskes på. Forskeren har da allerede en viss kunnskap om området, og forforståelsen hans vil påvirke hvilke dimensjoner han anser som problematiske. Enhver forsker vil derfor ha et mer eller mindre definert teoretisk perspektiv som ligger til grunn for en problemstilling (Chalmers, 1982; Holm, 2006). Det kan imidlertid variere hvordan forskeren presenterer det teoretiske perspektivet i beskrivelsen av et forskningsprosjekt. Perspektivet kan bli presentert ved å bruke teori til å belyse et fenomens dimensjoner eller til å begrunne valg av metodologi. I kvantitativ forskning kan teori være utgangspunktet for hypoteser eller forskningsspørsmål. Teorien i en kvalitativ tilnærming kan både forme det som undersøkes og være et resultat av forskningen (Creswell, 2009). Men uansett om man har en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming spiller teori en viktig rolle i forskning. I det følgende vil jeg gjøre rede for hvordan et teoretisk perspektiv kan påvirke forskning illustrert med eksempler hentet fra forskningslitteraturen.

Teori som rammeverk i forskning

Det teoretiske perspektivet kan enten være implisitt eller eksplisitt. I gode forskningsprosjekt er det imidlertid tydelig definert. Bevisst bruk av teori vil påvirke avgjørelser om design, datasamling og analyse (Nardi, 2006; Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008). I forskning der teorien er eksplisitt vil som regel fenomen og begreper være teoretisk definert. I prosjekter med et implisitt teoretisk perspektiv kan teoretiske definisjoner mangle, og både fenomen og begrep kan bli mindre konkrete.

Når det teoretiske perspektivet er tydelig definert og beskrevet, kan teori være et rammeverk som bidrar til å gi struktur og fungere som en veileder gjennom forskningsprosessen (Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008). Et teoretisk rammeverk kan hjelpe både forskeren og leseren til tilnærmet samme forståelse av ulike aspekter ved forskningsprosjektet.

Anfara og Mertz (2006) har definert et teoretisk rammeverk som for eksempel:

” any empirical or quasi-empirical theory of social and/or psychological processes, at a variety of levels (e.g., grand, mid-range, and explanatory) that can be applied to the understanding of phenomena” (Anfara og Mertz, 2006, s. xxvii).

Når man anvender et teoretisk rammeverk i forskning, vil det si at man betrakter et fenomen med et bestemt teoretisk perspektiv. Teorien vil bidra til kunnskap, innsikt og forståelse av ulike aspekter ved det man skal undersøke. Fenomenet blir da gransket med utgangspunkt i den strukturerte kunnskapen som ligger i teorien.

I naturvitenskapelige disipliner kan det være naturlig å anvende teorier om for eksempel fysiske eller biologiske forhold som rammeverk for en studie. Ulike humanistiske disipliner tar ofte i bruk forskjellige teoretiske perspektiv og metodologier for å belyse et fenomen. De humanistiske fagene har mange konkurrerende teorier som gir oss anledning til å bruke ulike metodologier i utforskningen av fenomener. Anfara og Mertz (2006) mener at mangfoldet av teoretiske rammeverk tillater oss å betrakte det som kan synes ordinært og kjent, på nye og ulike måter. Hvis denne muligheten blir utnyttet på en riktig måte kan det bidra til en mer helhetlig forståelse, og forskningen kan nyttiggjøres på en bedre måte.

Det kan imidlertid være krevende både å finne et teoretisk rammeverk som egner seg for den studien man planlegger og å forstå den gjennomtrengende effekten teoretiske perspektiver har på forskningsprosessen (Anfara og Mertz, 2006). Forfatterne hevder det kan være grunnen til at det ofte er vanskelig både å anvende teori og identifisere et teoretisk perspektiv som

rammeverk i forskning. Et eksempel som illustrerer at det kan være vanskelig å identifisere teoretisk perspektiv er en litteraturgjennomgang av empirisk forskning på intensivsykepleieres kompetanse (Aari, Tarja og Helena, 2008). Hensikten med gjennomgangen var å undersøke om og hvordan begrepet kompetanse ble definert eller beskrevet og hvilke dimensjoner av begrepet kompetanse det har blitt forsket på i fagfeltet intensivsykepleie. De identifiserte definisjon eller beskrivelse av begrepet kompetanse i kun syv av 45 studier.

Chalmers (1982) mener at forskerens bakgrunn og forforståelse er for subjektiv til å være en pålitelig guide når man ønsker å innhente ny kunnskap om et fenomen og at et problem kun kan beskrives som problematisk i lys av en teori. Påliteligheten kan imidlertid bli styrket når forskeren anvender et relevant teoretisk rammeverk for forskningsprosjektet. Rammeverket kan bestå av teoretiske perspektiver eller være et begrepsmessig rammeverk.

Et tydelig teoretisk rammeverk vil fokusere studien og samtidig vil det avdekke forskerens mening og forståelse. Det kan i tillegg avsløre både styrker og svakheter ved studien og den anvendte teorien (Mertz og Anfara, 2006). Når forskning er forankret i teorien kan man kritisere, etterprøve og anvende kunnskapen som har kommet frem fordi man har informasjon om det teoretiske rasjonale som ligger bak forskningen. Det vil bidra til at studien kan være med i den vitenskapelige diskurs.

Teori i planleggingsfasen

Planleggingsfasen av et forskningsprosjekt vil jeg illustrere med et eksempel jeg har hentet fra hverdagen. Når en bilfører skal inn i en rundkjøring må han overveie mange faktorer som har betydning for hvordan han skal manøvrere for å komme ut i riktig avkjøring uten skader. Overveielsene blir påvirket av et overbyggende rammeverk av lover og forskrifter som regulerer trafikken i rundkjøringer. I tillegg må han vurdere hvor de andre bilene er i forhold til egen plassering og hvor han skal videre når han har kommet gjennom rundkjøringen. Bilføreren må altså både ha en teoretisk og en praktisk oversikt over situasjonen før han kjører inn. På samme måte må planleggingen av et forskningsprosjekt begynne med vurderingen av hvordan man skal innhente systematisk informasjon om hendelser eller forhold som kan ha betydning for det man skal undersøke.

I denne fasen er utformingen av et hensiktsmessig forskningsdesign avgjørende for å vise vei gjennom studien og sikre pålitelige data slik at hensikten med studien blir oppnådd (Nardi, 2006; Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008). Samtidig må forskeren undersøke hvilke

teoretiske perspektiv som kan gi overblikk og kunnskap om det abstrakte fenomenet. Det innebærer å finne en teori som belyser ulike aspekter og begrep (Mishel, 1989). Chalmers (1982) mener begrep bare kan defineres med andre begrep og at det er gjennom sin funksjon i teorien at begrepene får betydning. I planleggingsfasen må man altså gå fra det abstrakte nivå til det konkrete nivå, i motsetning til når teori blir utviklet. Teorier som kan utdype fenomenet kan forskeren søke etter i eget eller andre fagfelt. Begrepene må i tillegg til å være teoretisk forankret være knyttet opp mot en virkelighet eller kontekst. Slik vil begrepene bli både teoretisk og empirisk forankret. Det kan bidra til forståelse av hvordan sammenhengen er mellom vår verden og begrepene (Mishel, 1989). Teorien som inspirerer forskningsprosjektet berammer den teoretiske definisjonen av fenomenet. Den peker ut hvilke begrep som inngår i definisjonen og hvordan de kan operasjonaliseres til målbare eller observerbare empiriske variabler (Chalmers, 1982; Mishel, 1989; Hellevik, 2002).

Et teoretisk perspektiv kan i tillegg presentere begreper som gjør det enklere å søke systematisk etter relevant forskningslitteratur til å utdype aspekter og belyse fenomenet både begrepsmessig og empirisk. Aspektene og begrepene som forskningslitteraturen bidrar med kan anvendes i operasjonaliseringen til empiriske indikatorer. Litteraturen vil samtidig bidra til å synliggjøre områder som kan være gjenstand for ytterligere forskning og eventuelt andre teoretiske perspektiv på fenomenet (Polit og Beck, 2008). Hvis det viser seg at fenomenet allerede er utforsket på forskjellige måter og med ulike teoretiske perspektiv, er det kanskje ikke behov for ytterligere forskning. På den annen side kan litteraturen indikere aspekter ved eksisterende forskning som ikke er utdypende nok. Studien kan da bidra til å videreutvikle den etablerte kunnskapen og føre til en mer helhetlig forståelse av fenomenet.

Formulering av problemstilling

Når forskeren bruker teoretiske perspektiver sammen med forskningslitteratur i begrunnelsen for studiens aktualitet, blir problemstillingen både presis og teoretisk forankret (Chalmers, 1982; Polit og Beck, 2008; Creswell, 2009). Med en presis problemstilling blir fokuset for forskningsprosjektet tydelig både for forskeren og de som eventuelt ønsker å anvende forskningen.

For å få studien stringent og sikre at informasjonen som innhentes svarer til hensikten, må forskeren utarbeide hypoteser eller forskningsspørsmål som samsvarer med problemstillingen. Med teoretisk definerte begrep kan teorien indikere hvilke variabler som skal inngå i

forskningsspørsmål eller hypoteser i kvantitativ forskning (Mishel, 1989; Nardi, 2006; Creswell, 2009). I en kvalitativ tilnærming kan teoretisk perspektiv på fenomenet eller metodologi være med på å påvirke utformingen av forskningsspørsmål (Anfara og Mertz, 2006; Creswell, 2009).

I kvantitativ forskning forekommer det at forskningslitteratur danner bakgrunnen for studien og at det teoretiske perspektivet er implisitt. Når forskningslitteratur blir brukt som rasjonale for forskningen vil begrepene kun være empirisk forankret. Forskeren kan da risikere å bruke variabler som ikke er teoretisk relevante for fenomenet. Samtidig kan det bli utydelig hvilke variabler som er avhengige og hvilke som er uavhengige. Men hvis teorien blir anvendt som struktur kan den tydeliggjøre hvordan uavhengige og avhengige variabler blir knyttet sammen. Den vil anskueliggjøre hvordan og hvorfor man kan forvente at den uavhengige variabelen forklarer eller forutsier den avhengige variabelen (Polit og Beck, 2008; Creswell, 2009). Creswell (2009) illustrerer hvordan teori kan vise sammenhengen mellom variablene med en regnbue som danner en bro mellom den uavhengige variabel og den avhengige variabel. Det viser hvordan forskningsspørsmål og hypoteser som er teoretisk utledet kan gi forskeren styrket kontroll over studien.

Valg av metodologi

Et rammeverk enten det er teoretisk, begrepsmessig eller metodologisk vil kunne indikere hvilken type design som kan være hensiktsmessig for å innhente relevante data og hvilke analysemetoder som kan benyttes (Nardi, 2006; Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008; Creswell, 2009).

Design

Det er like mange ulike metoder som det er ulike veier til Rom. Hvilken metode som er best egnet til studien, vil bli influert av problemstillingen og det teoretiske perspektivet.

Perspektivet som inspirerer valg av design kan enten være teori som beskriver eller forklarer fenomenet det skal forskes på, eller et ideologisk eller filosofisk perspektiv på hva som kan forklare hendelser eller forhold ved fenomenet og eventuelt hvordan (Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008).

En problemstilling kan handle om hvilke egenskaper og atferd som karakteriserer en populasjon i en spesiell kontekst. Hvis forskeren velger et teoretisk perspektiv som forklarer en sammenheng mellom ulike egenskaper og atferd kan det være aktuelt å kartlegge

populasjonens egenskaper og atferd. Fokuset for studien vil da være å undersøke om det er en sammenheng mellom egenskaper og atferd. Med en kvantitativ tilnærming kan for eksempel en tverrsnittsstudie med survey design være en effektiv og fleksibel metode til å kartlegge og beskrive et større utvalgs karakteristikk, egenskaper og atferd. Det kan samtidig gi informasjon om hvordan ulike faktorer kan påvirke hverandre. I tillegg gir survey design forskeren mulighet til å generalisere funn fra et representativt utvalg til en større populasjon (Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008). Et eksempel på hvordan teori var med på å bestemme design er studien til Dodd-McCue, Tartaglia, Veazey og Streetman (2005). Deres teoretiske perspektiv var at stress kan relateres til rolle og at reduksjon av rollestress kan assosieres med reduksjon i jobbstress. Reduksjon av stress kan igjen føre til bedret jobbtillfredsstillelse. Den undersøkte hvilken effekt innføring av en kommunikasjonskoordinerende protokoll hadde på intensivsykepleieres opplevelse av stress i organdonasjonsprosessen, og instrumentets konstruksjon var basert på teoretiske begrep. De gjennomførte en longitudinell studie med kvasi-eksperimentelt design og samlet data på fire tidspunkt over en 2 års-periode. Den første datasamlingen ble utført før innføring av protokollen, og de tre resterende etter innføringen.

En kvalitativ tilnærming kan også egne seg til å beskrive en populasjons egenskaper eller adferd i en kontekst. Hvis det teoretiske perspektivet er at personlig erfaring kan ha betydning for egenskaper og atferd kan det være vanskelig å få det frem gjennom survey design. Da vil det være riktigere å velge for eksempel dybdeintervju. Imidlertid kan teoretisk eller ideologisk perspektiv på metodologien også inspirere valg av metode (Anfara og Mertz, 2006; Polit og Beck, 2008). Et eksempel på hvordan et teoretisk perspektiv påvirket valg av design i en kvalitativ tilnærming er studien til McMillen (2008). Hun ønsket å få en dypere forståelse av hvilken rolle sykepleiere hadde i avgjørelser om avslutning av behandling i intensivavdelingen og hvordan sykepleierens engasjement i avgjørelsene påvirket dem. Konstruktivistisk ”grounded” teori design ble valgt fordi konstruktivisme er en teoretisk tilnærming basert på antakelsen om at mennesker skaper sin egen sosiale verden. Selv om en konstruktivistisk tilnærming ikke helt passer til forskerens tradisjonelle rolle i ”grounded” teori ble designet valgt fordi forskeren hadde arbeidet sammen med deltakerne og hadde erfaring med temaet som ble diskutert. Hun mente derfor at det ville bli vanskelig å ta rollen som en objektiv utenforstående. Artikkelen til Frid, Bergbom og Haljamae (2001) er et annet eksempel på hvordan teoretiske og metodologiske perspektiver kan avgjøre valg av design. I deres studie ble narrativer og fenomenologisk hermeneutikk anvendt for å belyse fenomenet ”å være pårørende til en pasient som dør av hjerneskode”. Valg av design ble begrunnet med

at mange tidligere studier om pårørende hadde forsket på aspekter relatert til organdonasjon og ikke til pårørendes erfaringer. I mye av den tidligere forskningen ble det anvendt spørreskjema, og forfatterne mente at sykepleiekunnskap kan dra nytte av andre metoder for å belyse sentrale fenomener.

Instrument

Studiens design og teoretiske perspektiv vil igjen ha betydning for forskerens valg av instrument til datainnsamling. Forskeren må tenke gjennom hvordan instrumentet, enten det er ham selv eller et spørreskjema kan påvirke datainnsamlingen. Et presist, pålitelig og sensitivt instrument som reflekterer teoretisk definerte begrep kan gi mulighet for pålitelige og gyldige data (Mishel, 1989; Anfara og Mertz, 2006). I kvalitative design er forskeren selv ofte instrumentet men kan bruke et observasjonsskjema eller en intervjuguide som støtte. Frid et al (2001) hadde et fenomenologisk perspektiv og benyttet et narrativt design for å få frem pårørendes erfaringer. Forskeren var selv instrumentet og inntok en posisjon som reflekterende lytter. Det ga informantene anledning til å fortelle sin historie slik de selv ønsket. Samtidig kunne forskeren kontrollere samtalens flyt og redusere risikoen for å samle data som ikke var relevante for fenomenet.

I survey design blir ofte spørreskjema valgt som instrument. Når forskeren skal vurdere eksisterende spørreskjema må han undersøke om operasjonaliserte variabler gjenspeiler begrepene som inngår i det teoretiske perspektivet som berammer studien. Det vil sikre innhenting av pålitelige data om fenomenet som utforskes (Kleven, 2002; Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008).

Artikkelen til Rustøen, Wiklund, Hanestad og Burckhardt (1999) er eksempel på hvordan valg av instrument ble motivert ut fra kunnskap om instrumentets teoretiske forankring. Artikkelen beskriver hvordan validitet og reliabilitet ble testet i en norsk versjon av en livskvalitets indeks. Forfatterne begrunnet valg av instrumentet blant annet med at det var basert på en definisjon av fenomenet livskvalitet som stemte overens med øvrig litteratur på området. Et annet argument var at instrumentet vektla en holistisk tilnærming. Bakgrunnen for studien tydeliggjorde hvilket teoretiske perspektiv som inspirerte valget. I konklusjonen la forfatterne vekt på at begrepsvaliditeten så ut til å fange opp de samme dimensjoner som studier i andre land hadde fanget opp. Instrumentet kunne derfor også anvendes i en norsk populasjon. Det eksplisitte teoretiske perspektivet bidro til at jeg som leser kunne sette meg inn i bakgrunn for valg av instrument, funnene de gjorde og hvordan resultatene ble tolket.

Hvis man derimot ikke finner et egnet instrument, kan det være aktuelt å utarbeide et nytt med utgangspunkt i teoretiske perspektiv og forskningslitteratur (Nardi, 2006; Polit Beck, 2008). Denne fremgangsmåten ble beskrevet i en artikkel som rapporterte utvikling og testing av et instrument til å undersøke koreanske intensivsykepleieres holdning til hjernedødprinsippet og organtransplantasjon (Kim, Fisher og Elliott, 2006). I bakgrunnen for studien og begrunnelsen for hvorfor de valgte å utarbeide et nytt instrument, identifiserte de først barrierer til organdonasjon gjennom forskningslitteraturen. Deretter la de vekt på hvilken betydning forskningslitteraturen tillegger intensivsykepleiernes holdninger når det gjaldt identifisering og tilnærming til pårørende. Forfatterne vektla også hvordan kultur og religiøs filosofi kan ha betydning for holdninger. De antok at instrument som var benyttet i vestlige land ikke ville fange opp betydningen av konfutsiansk tro og koreansk kultur. De bestemte seg derfor for å utvikle et instrument som kunne brukes i en koreansk kontekst. Det utviklede instrumentet ble deretter testet for intern konsistens og begrepsvaliditet.

Pålitelighet og gyldighet

I kvantitativ forskning kan man forvente høy reliabilitet og intern konsistens i et instrument som er teoretisk forankret. Når det er konstruert for å måle teoretisk definerte begreper vil det redusere risikoen for feilmålinger. Begreper som ikke er definerte kan medføre tvetydighet og føre til både systematiske feil og tilfeldige feil (Nardi, 2006). Tilfeldige feil truer reliabiliteten mens systematiske feil truer instrumentets validitet. Reliabilitet er imidlertid ingen indikator for at instrumentet måler det forskeren ønsker å måle. Den viser kun til at instrumentet er pålitelig. Et instrument som har lav pålitelighet kan heller ikke representere noe systematisk. Reliabilitet er en nødvendig, men altså ikke tilstrekkelig forutsetning for validitet. Begge typer feil, systematiske og tilfeldige, må kontrolleres i størst mulig grad. De er slik sett gjensidig avhengig av hverandre, men validitet gjenspeiler om man har samlet data som har betydning for teoretiske begreper og ikke unødige data (Hellevik, 2002; Kleven, 2002; Nardi, 2006).

Teori må altså ligge til grunn for å oppnå validitet i en kvantitativ studie og unngå misforståelser eller feiltolkning av resultatene. Hvis teoretiske definisjoner mangler kan validiteten være truet. Instrumentets nøyaktighet og sensitivitet har betydning for i hvilken grad man kan beskrive eller forklare sammenhengen mellom teori og virkelighet. Hvis instrumentet har systematiske målefeil vil det true validiteten samtidig som det paradoksalt nok, kan virke pålitelig fordi alle målingene vil bli systematisk påvirket (Mishel, 1989; Kleven, 2002; Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008).

Et eksempel på hvordan instrument med implisitt teoretisk forankring kan gjøre det vanskelig å vite hva som blir målt, er studien til Sque, Payne og Vlachonikolis (2000). Hypotesene i studien ble formulert på bakgrunn av eksisterende litteratur. Forfatterne mente at helsepersonell og sykepleiere spesielt, på bakgrunn av deres nærhet til pårørende, er avgjørende for tilgangen til potensielle donorer. De utforsket sykepleieres holdninger, kunnskap og atferd for å få en forståelse av hvordan de var involvert i donasjonsprosessen. De ulike begrepene var ikke teoretisk konkretisert og det blir usikkert hva forfatterne la i begrepene. Et annet eksempel er en studie som utforsket intensivlegers og intensivsykepleieres beredskap til å håndtere spørsmålet om organdonasjon (Evanisko et al 1998). Hypotesene ble også her utarbeidet på bakgrunn av eksisterende forskning uten et eksplisitt teoretisk perspektiv. Begrepene holdninger, kunnskap og opplæringsnivå hadde ikke teoretiske definisjoner. I begge studiene er fokuset intensivpersonalets viktige posisjon i organdonasjonsprosessen, men henholdsvis holdninger og antall gjennomførte donasjoner er avhengige variabler i hypotesene. Begrepene holdning og kunnskap har implisitt betydning i begge studiene. Når vi ikke vet hvilken betydning som ligger i begrepene i de to studiene, blir det vanskelig å vite om instrumentene fanger opp de samme dimensjonene. Det kan medføre tvetydighet i analyse og tolkning av resultater.

På samme måte er pålitelighet og gyldighet i kvalitativ forskning avhengig av studiens teoretiske forankring. Teorien gir mulighet til å sortere ut relevante og irrelevante data. I tillegg kan risikoen for bias, som forskerens forforståelse, reduseres ved at teorien gir forskeren begreper som kan brukes til koding og kategorisering av data (Mertz og Anfara, 2006).

Diskusjon av resultatene

Når datasamlingen er gjennomført og dataene analysert, skal man tolke og diskutere resultatene. Diskusjon av funnene skjer i lys av om forskningen kan påberope seg pålitelighet og gyldighet. Den må derfor omhandle studiens design og metode som har betydning for påliteligheten av resultatene og om de har overføringsverdi. Ved hjelp av analysen kan vi si om funnene er markante eller hvor stor sannsynlighet det er for at de er gyldige. Funnene må i tillegg diskuteres opp mot forskningslitteraturen og det teoretiske perspektivet. Da har man mulighet til å argumentere for om funnene stemmer overens med teorien og om den nye kunnskapen har relevans for fenomenet. Det vil ha betydning for om funnene er relevante for

praksis og hvordan den nye kunnskapen kan anvendes (Nardi, 2006; Mertz og Anfara, 2006; Polit og Beck, 2008).

Et eksempel på bruk av teori i diskusjon av resultater, er hvordan Kim et al (2006) trakk frem en teori om hvordan holdninger kan påvirke handling og hvordan kultur og religiøs filosofi har sammenheng med holdninger. Selv om studien ikke var forankret i en eksplisitt teori, ble teori anvendt til å argumentere for gyldigheten av funnene. Derimot er studien til Dodd-McCue et al (2005) et eksempel på hvordan diskusjonen kan knyttes opp mot studiens eksplisitte teoretiske perspektiv. I presentasjonen av funnene og diskusjonen av resultatene henvises det til fenomenets ulike dimensjoner og hvordan funnene bekreftet teorien. Forfatterne konkluderte med at innføring av protokollen kunne bedre forholdene rundt intensivbehandling ved å redusere stress og usikkerhet i avsluttende behandling.

Når litteraturen og teorien fungerer som rammen som omslutter hele studien vil det være en rød tråd gjennom hele prosjektet.

UTFORDRINGER FORSKEREN MØTER NÅR INSTRUMENTET IKKE ER EKSPLISITT TEORETISK FORANKRET

Hvorvidt det teoretiske perspektiv som ligger til grunn for et forskningsprosjekt er implisitt eller eksplisitt har som tidligere beskrevet, betydning for alle aspekter i gjennomføringen av forskningsprosjektet. Jeg vil i det følgende drøfte utfordringer jeg møtte når instrumentet som blir benyttet ikke er eksplisitt teoretisk forankret og anvende eksempler fra studien til Sanner et al (2006) og det oversatte instrumentet som ble brukt i min egen studie.

Fokusere forskningsprosjektet

I en vid og bred søken i forskningslitteraturen etter mer informasjon og kunnskap om sitt interessefelt kan forskeren møte utfordringer når han skal fokusere studien. Hvis det teoretiske perspektiv på samme tid er implisitt, kan forskeren få problemer med å presisere problemstillingen. Han kan da mangle ”brillene” som den strukturerte kunnskapen bidrar med om ulike aspekter og dimensjoner ved fenomenet. Oversikten som skal etablere kontroll over studien kan da være utilstrekkelig (Chalmers, 1982; Mishel, 1989; Anfara og Mertz, 2006).

Den svenske studien ”Obstacles to organ donation in Swedish intensive care units” (Sanner et al, 2006) kan være et eksempel på hvordan fokus og problemstilling i forskningen kan bli upresis. Målet for studien var å identifisere hindringer til organdonasjon for så å foreslå tiltak som kunne eliminere hindringene. I bakgrunnen for studien ble det lagt vekt på at behovet for organer til transplantasjon er større enn tilgangen på organer fra avdød giver. I tillegg ble dødsdiagnostikk, hvem som har ansvar for å ta opp spørsmålet om donasjon og organiseringen av organdonasjon i Sverige beskrevet. Fokuset for studien var policy, holdninger og medisinske ressurser. Etter min mening kan begrepet ”policy” reflektere både avdelingens, sykehusets eller samfunnets holdninger og atferd. Når det gjelder begrepet ”holdninger” kan det for eksempel gjenspeile personalets holdning til å donere egne organer, avdødes eller pårørendes holdning til donasjon eller etiske problemstillinger rundt organdonasjonsprosessen. Mens begrepet ”medisinske ressurser” kan for eksempel være tilgjengelig personell, personalets kompetanse eller tilgjengelige intensivplasser. Hvilken betydning som ligger i begrepene i denne studien, er ikke definert. Studien hadde ikke konkrete teoretiske definisjoner som kunne gi begreper til en presis problemstilling og det var ikke utformet forskningsspørsmål.

Instrumentets betydning for kontroll over studien

Hvis valget av et instrument ikke er teoretisk forankret, er det en risiko for at instrumentet ikke svarer til intensjonen med forskningsprosjektet eller at operasjonaliserte variabler ikke reflekterer teoretiske begreper. Det kan medføre at forskeren samler inn overflødige og unyttige data som kan være vanskelig å bruke i analysen (Chalmers, 1982; Creswell, 2009).

Bakgrunnen for å velge en metode eller et instrument kan variere. Det kan være praktiske årsaker som forskerens kunnskaper om eller erfaring med metoden. En annen forklaring kan være at det foreligger et instrument som allerede er benyttet på samme interesseområde (Mishel, 1989; Creswell, 2009). Begrunnelsen for å anvende det svenske instrumentet til den norske kartleggingen var at det forelå et instrument som var benyttet i et naboland med lignende praksis i forhold til organdonasjon. Min studie ”intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen” ble imidlertid også inspirert av teoretiske perspektiver på profesjonell kompetanse. Forskningsspørsmålene jeg har utarbeidet måtte modifiseres og tilpasses det opprinnelige instrumentet og tilleggsspørsmålene jeg utviklet i prosjektet. Med mangelfull teoretisk forankring i det oversatte instrumentet ble det vanskelig å utforme gode forskningsspørsmål som knyttet variablene fra instrumentene sammen og utforske teoretiske begreper ved fenomenet ”intensivsykepleieres kompetanse” fullt ut.

Evaluere instrumentet

Det ble også utfordrende å evaluere kvaliteten på instrumentet og data som er samlet inn. Begrepsvaliditet og reliabilitet har betydning for kvaliteten av informasjonen som kommer frem i studien og muligheten for å generalisere funnene (Mishel, 1989; Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008).

Reliabilitet og validitet

Forskeren kan møte utfordringer når reliabiliteten og intern konsistens skal testes på et instrument som ikke reflekterer et eksplisitt teoretisk perspektiv. Høy reliabilitet krever at instrumentet har homogene spørsmål for hver dimensjon av det teoretiske begrepet. Flere spørsmål med gjensidig utelukkende svaralternativ som dekker hver dimensjon fullt ut, kan øke muligheten for intern konsistens og pålitelighet. Spørsmål som er assosiert med den begrepsmessige definisjonen og beslektet med andre spørsmål kan etablere et godt mål for den enkelte dimensjon. Summative skalaer som er konstruert på en slik måte har vanligvis høy reliabilitet og produserer meningsfulle resultat (Mishel, 1989; Nardi, 2006).

Det kan diskuteres om funnene fra det oversatte instrumentet kan generaliseres når det teoretiske grunnlaget for målingene ikke er eksplisitt. Hvor stor grad av pålitelighet, nøyaktighet og stabilitet studien representerer kan være vanskelig å slå fast. Det er usikkert hvilke dimensjoner operasjonaliserte variabler fanget opp, og om instrumentet dekket alle dimensjoner. Når spørsmålene i instrumentet kan åpne for misforståelser kan det medføre tilfeldige og systematiske feil (Mishel, 1989; Hellevik, 2002; Nardi, 2006). Det vil være en utopi å tro at man kan eliminere feilmålinger totalt, men en teoretisk forankring kan redusere risikoen.

Hva måler variablene

Jeg vil videre illustrere hvordan manglende konkretisering av begrep kan medføre tvetydighet ved å trekke frem noen spørsmål fra det oversatte instrumentet. Spørsmålene i instrumentet dekket holdninger til og erfaring med organdonasjon samt tilnærming til pårørende. De empiriske indikatorene i flere spørsmål reflekterer ikke eksplisitt definerte begreper, og de faste svaralternativene er ikke systematiske. Eksempler på spørsmål og svaralternativ som jeg har hentet fra delen ”arbeidssituasjon” kan illustrere begrepenes tvetydighet:

Har du opplevd at mangel på intensivressurser (senger og/ eller personell) har ført til at en pasient med (sannsynlig) total ødeleggelse av hjernefunksjon ikke ble vurdert som potensiell donor?

Ja, ofte Ja, en sjelden gang Nei

Tror du at flere intensivplasser på ditt sykehus ville ført til flere donorer?

Ja, absolutt Bare i liten grad Nei Kan ikke ta stilling

Tror du at ekstra personellressurser ved sykepleie til potensielle donorer ville ført til flere donorer?

Ja, absolutt Bare i liten grad Nei Kan ikke ta stilling

Har du opplevd at det har vært så store problemer (mangel på ressurser eller kompetanse) med å utføre angiografi / arcografi, at man har valgt å la være å diagnostisere?

Ja, ofte Ja, en sjelden gang Nei

Her kan de uavhengige variablene være ressurser av ulikt slag. De avhengige variablene kan være en identifisering av en potensiell donor og gjennomføring av donasjonsprosessen. Analyse og tolkning av informasjonen som kommer frem blir en utfordring fordi begrepet ressurser er uklart. Det blir usikkert om variablene intensivressurser, intensivplasser og personellressurser gjenspeiler det samme begrepet eller ulike begrep. Svaralternativene er samtidig forskjellige og til dels unøyaktige. Gjennom frekvensanalyse kan det komme frem om mangel på ressurser kan forekomme eller ikke. Men hva respondentene har lagt i svaralternativene ”bare i liten grad” eller ”ja, en sjelden gang” kan være usikkert.

Hvis begrepet ressurser hadde vært tydelig definert, kunne uavhengige variabler vært operasjonalisert som intensivsenger, intensivpersonell, kompetanse og kapasitet. Spørsmålene kunne da vært del av en skala og formulert på denne måten:

Tilgang på intensivsenger avgjør om en pasient med sannsynlig total ødeleggelse av hjernen blir vurdert som potensiell donor.

Tilgang på ekstra intensivpersonell har betydning for om organdonasjonsprosessen gjennomføres.

Redusert tilgang på radiologisk kapasitet medfører at dødsdiagnostikk hos en potensiell donor ikke blir utført.

Radiologisk kompetanse ved vårt sykehus er årsak til at røntgenologisk dødsdiagnostikk ikke blir utført.

Svaralternativ kunne for eksempel vært en Likert-skala med ankerpunkt ”svært ofte” og ”aldri” eller ”helt enig” og ”helt uenig”. Det kan gi mulighet til å få svar på hvilken betydning de enkelte dimensjonene ved begrepet ressurser har for gjennomføring av organdonasjon. Det kan i tillegg gi informasjon om hvor det eventuelt skal settes inn tiltak for å øke muligheten for organdonasjon.

To andre spørsmål som er eksempel på at det kan være vanskelig å oppdage hva som er den empiriske indikator og hvilket begrep som skal reflekteres, har jeg hentet fra delen ”kontakten med pårørende”:

Har du opplevd at etnisk opprinnelse (kulturell bakgrunn) har vært til hinder for organdonasjon?

Ja, ofte Av og til Sjelden Nei

Har du vært i situasjoner som har vært så emosjonelt ladet for pårørende at man har vurdert det som upassende å ta opp spørsmålet om organdonasjon?

Ja, ofte Ja, en sjelden gang Nei

Her er både uavhengige og avhengige variabler tvetydige. I det første spørsmålet kan en betydning være at etnisk opprinnelse i seg selv er til hinder for organdonasjon. Personalets kunnskaper om hvordan de skal ta opp spørsmålet om organdonasjon med pårørende som ikke er av norsk opprinnelse kan være en annen tolkning. Det andre spørsmålet kan tolkes som at helsepersonellens holdning medfører at pårørende ikke blir spurt om organdonasjon. En annen tolkning kan være at personalet mangler kunnskaper om hvordan man skal ta opp organdonasjon med pårørende i sorg og krise. Formuleringen av spørsmålene og svaralternativene åpner for tvetydig tolkning av hvilke begreper som utforskes.

Hvis jeg velger å definere at mangel på kunnskap er en dimensjon av fenomenet ”hindringer til organdonasjon”, kan spørsmålene formuleres slik:

I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan man kan ta opp spørsmålet om organdonasjon når avdøde ikke er etnisk norsk?

I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan man kan ta opp spørsmålet om organdonasjon med pårørende som er i sorg og krise?

Svaralternativene kunne også her være på en Likert-skala med ankerpunkt ”i stor grad” og ”i liten grad”. Da kunne man få informasjon om i hvilken grad intensivsykepleiere og leger har kunnskap om hvordan man tar opp spørsmålet om organdonasjon. Samtidig kan det gi oss informasjon om i hvilken grad kultur og kommunikasjon med pårørende i sorg og krise skal være en del av opplæringstilbudet til intensivpersonell som er involvert i organdonasjonsprosessen.

Hvis jeg derimot tenker at det er intensivpersonalets holdning som hindrer organdonasjon kan spørsmålene formuleres på denne måten:

Jeg mener annen etnisk bakgrunn (ikke norsk) er til hinder for organdonasjon.

Jeg mener at man ikke kan ta opp spørsmålet om organdonasjon når pårørende er sterkt emosjonelt påvirket.

Da kan en Likert-skala ha ankerpunktene ”helt enig” og ”helt uenig”. Det kan gi svar på om intensivpersonalets holdninger hindrer dem i å ta opp spørsmålet. Det kan være andre tiltak som kan påvirke holdninger enn de som vil styrke kunnskaper.

Med en teoretisk forankring kunne instrumentet vært konstruert som en skala som gjenspeilet ulike dimensjoner ved fenomenet. De operasjonaliserte variablene ville da empirisk måle de definerte begrepene. Det kunne gjøre det enklere å kontrollere instrumentet for reliabilitet og validitet (Mishel, 1989; Nardi, 2006). Som vist i eksemplene ovenfor ble det brukt flere ulike typer spørsmål med ulike typer svaralternativ. Foruten at det kan gi både tilfeldige og systematiske feil, kan det gjøre det vanskelig å analysere sammenhengen mellom variablene.

Analyse

Eksemplene anskueliggjør at en utydelig teoretisk forankring medfører utfordringer med hensyn til både analyse og tolkning av funnene fordi jeg ikke vet hva som måles. Det kan da være min egen forforståelse og ide om hva som kan være problemet som ligger til grunn for hvilke analyser som blir utført. Selv om det eksisterer en sammenheng mellom to variabler

kan jeg ikke slutte at den ene forårsaker eller forklarer den andre. For å kunne trekke slutninger om relasjonen må jeg ha kunnskap om hvordan variablene er operasjonalisert. Når operasjonaliseringen er teoretisk forankret kan teorien indikere hvilke sammenhenger man kan forvente å finne (Mishel, 1989; Nardi, 2006). Teorien kan derfor være med på å bestemme hvilke analysemetoder som kan utføres. Hvis instrumentet ikke er tydelig forankret i teorien, kan spørsmålene være formulert på en slik måte at det blir vanskelig å utføre analyse som vil gi svar på forskningsspørsmål. Jeg viser her til drøftingen ovenfor av spørsmålene i det oversatte instrumentet. Eksemplene demonstrerte at det kan være utydelig hva som er den avhengige og den uavhengige variabel. Det blir da vanskelig å undersøke sammenhenger mellom demografiske data eller andre faktorer som for eksempel organisatoriske forhold og ulike aspekter ved organdonasjonsprosessen. Slik de ulike spørsmålene er formulert blir det vanskelig å gjøre andre analyser enn frekvensanalyse og ikke-parametrisk bivariat analyse.

Hvordan skal funnene tolkes

Tolkning av funn som kommer frem gjennom forskning med et implisitt teoretisk perspektiv, kan være basert på forskerens forforståelse av problemstillingen (Chalmers, 1982). Hvis vi igjen ser på eksemplene ovenfor, kan både spørsmål og svaralternativ gjøre det vanskelig for respondentene å forstå hva det ønskes svar på. Tvetydigheten kan medføre at instrumentet får lav reliabilitet. Validiteten kan også være i fare fordi jeg ikke vet hva instrumentet måler. Det vil igjen ha betydning for hvilken kunnskap som kommer frem og hvilke slutninger jeg kan trekke.

Både diskusjon og slutninger som trekkes av resultater fra forskning innebærer at det er et forhold mellom forskningsspørsmålene. På den måten kan funnene diskuteres opp mot forskningsspørsmålene (Chalmers, 1982; Nardi, 2006; Polit og Beck, 2008). Når det ikke er formulert forskningsspørsmål kan det være en utfordring å tolke og drøfte resultatene. I artikkelen til Sanner et al (2006) som ikke hadde forskningsspørsmål, drøftet forfatterne ressurser i forhold til mangel på intensivsenger og manglende prioritering av organdonasjon hos sykehusledelsen. Den manglende prioriteringen kunne medføre at ekstraordinære ressurser ikke var tilgjengelig. Organdonasjonsarbeidets varierende etiske legitimitet og mangel på kunnskaper om dypt komatøse pasienter og pårørendes behov i donasjonsprosessen ble drøftet som etiske problem. Varierende kompetanse i dødsdiagnostikk og hvordan legene nærmer seg spørsmålet om organdonasjon ble drøftet opp mot nødvendigheten av opplæring. Legenes holdning til å donere egne organer og om legene hadde en nøytral eller en pro-

donasjons holdning når de tok opp spørsmålet om organdonasjon, ble diskutert i forhold til hvordan det kunne påvirke pårørendes avgjørelse. Diskusjonen kan gjenspeile studiens fokus som var policy, holdninger og medisinske ressurser, selv om begrepene ikke var teoretisk definert. Det kan imidlertid bli min forforståelse av begrepene som legges til grunn for min tolkning av funnene hvis jeg bruker denne studien til å plassere min egen studie empirisk.

I forskning skal det ikke være et forhold med påstander på den ene siden og oppfattelse på den andre siden. Teori må på en eller annen måte komme foran observasjonspåstander fordi påstandene er like sårbare som perspektivet som ligger bak. Forsknings spørsmål som er presise og teoretisk forankret vil gi anledning til at funnene blir tolket og diskutert i lys av teorien. Det kan redusere risikoen for tvetydighet (Chalmers, 1982). Det blir da mulig å trekke slutninger om hvorvidt funnene bekrefter teorien eller ikke. Det kan også bli synlig om forskningen har avdekket en ny dimensjon som teorien ikke har forklart tidligere. Men når det ikke ligger et teoretisk perspektiv bak, åpner det for en tvetydig tolkning. Det kan bli diskutabelt om funnene kan brukes til kunnskapsbaserte avgjørelser fordi vi ikke vet hvilken kunnskap som faktisk kommer frem. Forskningen blir i tillegg vanskelig å anvende og kritisere når vi ikke kjenner til forskerens teoretiske perspektiv eller forskerens mening og forståelse som ligger til grunn.

KONKLUSJON

Når vi som studenter og forskere in spe skal utføre en studie med kvantitativ tilnærming blir vi anbefalt å anvende tilgjengelige instrument fremfor å utarbeide et eget. Vi blir derfor oppfordret til å søke etter allerede eksisterende instrument. Det kan gi oss mulighet til å bygge videre på den kunnskapen som allerede eksisterer. Vi kan imidlertid møte utfordringer hvis instrumentet vi benytter ikke er teoretisk forankret. Utfordringene ligger blant annet i å fokusere studien og evaluere instrumentet. Det viser at vi må være kritisk når vi velger å anvende et eksisterende instrument. Hva som ligger til grunn for utviklingen av spørsmålene og hvilke tiltak som er gjort for å sikre begrepsvaliditeten må vurderes. I tillegg må det granskes nøye hvilke teoretiske definisjoner instrumentet reflekterer, og deretter om definisjonene stemmer overens med det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for egen studie. Hvis instrumentet ikke i stor nok grad kan fange opp sentrale begrep som inngår i studiens teoretiske perspektiv, skal en kanskje allikevel vurdere å utvikle et eget instrument.

Hvis man er tro mot teorien, og instrumentet måler det man ønsker å utforske, kan det styrke studiens gyldighet og tilføre økt kunnskap om fenomenet.

Drøftingen viser også at vi skal være kritiske når vi leser forskningslitteratur. Det er mange studier der det teoretiske perspektivet ikke er eksplisitt og som mangler konkrete definisjoner av både begreper og fenomener. Det kan derfor være utfordrende å anvende forskningslitteratur til å danne et begrepsmessig rammeverk basert på empirisk forskning eller plassere egen studie empirisk. Samtidig skal vi være kritiske til hvilke studier som anvendes til å etablere kunnskapsbasert praksis. Både i forskning og i klinisk praksis må studier granskes på samme måte for å kunne være en kilde til kunnskapsbaserte avgjørelser. Det krever at vi har kunnskaper om hvilken effekt teori og ulike metodologier kan ha i forskning. Vi er derfor avhengig av at flere sykepleiere har forskningskompetanse i klinikken for å oppfylle kravene om kunnskapsbasert praksis og mer fagutvikling og forskning i klinisk praksis.

Referanseliste

- Aari, R. L., Tarja, S. og Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. [Review] [80 refs]. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24, 78-89.
- Anfara, V. A. og Mertz, N. T. (2006). Introduction. I: V. A. Anfara og N. T. Mertz (Red.). *Theoretical Frameworks in Qualitative Research* (s. xiii-xviii). Thousand Oaks, California: Sage.
- Chalmers, A. F. (1982). *What is this thing called Science?* London: Open University Press.
- Creswell, J. W. (2009). The use of theory. I: J. W. Creswell (Red.). *Research design* (s. 49-71). Sage publications.
- Dodd-McCue, D., Tartaglia, A., Veazey, K. W. og Streetman, P. S. (2005). The impact of protocol on nurses' role stress: a longitudinal perspective. *Journal of Nursing Administration* 2005 Apr; 35(4): 205-16 (14 ref), 205-216.
- Evanisko, M. J., Beasley, C. L., Brigham, L. E., Capossela, C., Cosgrove, G. R., Light, J., Mellor, S., Poretsky, A. og McNamara, P. (1998). Readiness of critical care physicians and nurses to handle requests for organ donation. *American Journal of Critical Care*, 7, 4-12.
- Frid, I., Bergbom, I. og Haljamae, H. (2001). No going back: narratives by close relatives of the braindead patient. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17, 263-278.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holm, S. (2006). Viden og vidensproduksjon. I: M. Lorensen (Red.). *Spørsmålet bestemmer metoden Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 13-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kim, J. R., Fisher, M. J. og Elliott, D. (2006). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 571-582.
- Kleven, T. A. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I: T. Lund (Red.). *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 141-183). Oslo: Unipub AS.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24, 251-259.
- Mertz, N. T. og Anfara, V. A. (2006). Conclusion. I: V. A. Anfara og N. T. Mertz (Red.). *Theoretical Frameworks in Qualitative Research* (s. 189-196). Thousand Oaks, California: Sage.
- Meyer, K. og Bjørk, I. T. (2008). Change of focus: from intensive care towards organ donation. *Transplant International*, 21, 133-139.
- Mishel, M. H. (1989). Methodological studies: Instrument developing. I: P. J. Brink og M. J. Wood (Red.). *Advanced design in nursing research* (s. 238-284). Newbury Park: Sage publication, Inc.
- Nardi, P. M. (2006). *Doing survey research a guide to quantitative methods*. Boston: Pearson Education Inc.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. og Burckhardt, C. S. (1999). Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers quality of life index. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 96-101.
- Sanner, M. A. (2007). Two perspectives on organ donation: experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. *Journal of Critical Care*, 22, 296-304.

Sanner, M. A., Nydahl, A., Desatnik, P. og Rizell, M. (2006). Obstacles to organ donation in Swedish intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 32, 700-707.

Scandiatransplant (2009). Scandiatransplant. Scandiatransplant [On-line]. 10.05.09.

Available: <http://www.scandiatransplant.org/board.htm>

Sque, M., Payne, S. og Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotransplantation: nurses' attitudes, knowledge and behaviour. *Social Science & Medicine*, 50, 541-552.

Vedlegg 1

Undersøkelsen består av to spørreskjema; a) Spørsmål om intensivbehandling og organdonasjon og b) Spørsmål om kompetanse i organdonasjonsprosessen. Spørreskjemaene er bygd opp av spørsmål med faste svaralternativ. Vi ber deg om å svare på spørsmålene ved å sette kryss i ruten ved passende svaralternativ.

a) Spørsmål om intensivbehandling og organdonasjon

Bakgrunnsspørsmål

A. Hvilket år er du født?

B. Er du Mann Kvinne

C. Hvilken spesialavdeling arbeider du på?

- Generell intensiv
- Nevrokirurgisk intensiv
- Medisinsk intensiv
- Annen. Angi hvilken
- Har du annen spesialutdanning

Hvor lang erfaring har du som intensivsykepleier? år

D. Hva slags stilling har du?

- Administrativ
- Fagutvikling/klinisk leder
- Spesialsykepleier

E. Hvor arbeider du?

- Lokalsykehus
- Regionsykehus
- Universitetssykehus

F. Hvor mange ganger har du utført sykepleie til en potensiell organgiver?

- Aldri
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

G. Hvor mange samtaler med pårørende om organdonasjon har du deltatt i?

- Ingen
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

Spørsmål om arbeidssituasjonen

1. Når en organdonasjon aktualiseres, hvordan påvirker det

(sett kryss)

a. dine følelser i alminnelighet:

Positivt Negativt

b. ditt arbeid:

Positivt Negativt

c. din emosjonelle belastning:

Ikke tyngende Meget tyngende

2. Hvordan tror du at din avdelingsleder/overordnede ser på organdonasjon?

Er positiv til Er negativ til

Arbeider aktivt for Ikke aktivt for

3. Hvordan tror du legene på avdelingen din ser på organdonasjonsvirksomheten?

Er positiv til Er negativ til

Arbeider aktivt for Arbeider ikke aktivt for

4. Hvordan tror du sykepleierne på din avdeling ser på organdonasjonsvirksomheten?

Er positiv til Er negativ til

Arbeider aktivt for Arbeider ikke aktivt for

5. Transplantasjonskoordinatorenes oppgave er både å koordinere en donasjon og å være en ressurs gjennom hele donasjonsprosessen. Hvordan påvirker transplantasjonskoordinatorens innsats arbeidet med potensielle donorer ved din enhet frem til donasjonsspørsmålet blir stilt?

Letter mye Letter ikke

6. Er det en donasjonsansvarlig lege ved din avdeling?

Ja Nei Vet ikke

7. Er det en intensivsykepleier som er ansvarlig for organdonasjon ved din avdeling?

Ja Nei Vet ikke

8. Har du opplevd at mangel på intensivressurser (senger og/ eller personell) har ført til at en pasient med (sannsynlig) total ødeleggelse av hjernefunksjon ikke ble vurdert som potensiell donor?
 Ja, ofte Ja, en sjelden gang Nei
9. Tror du at flere intensivplasser på ditt sykehus ville ført til flere donorer?
 Ja, absolutt Bare i liten grad Nei Kan ikke ta stilling
10. Tror du at ekstra personellressurser ved sykepleie til potensielle donorer ville ført til flere donorer?
 Ja, absolutt Bare i liten grad Nei Kan ikke ta stilling
11. Har du opplevd at det har vært så store problemer (mangel på ressurser eller kompetanse) med å utføre angiografi/arcografi, at man har valgt å la være å diagnostisere?
 Ja, ofte En sjelden gang Nei
12. Mener du at respiratorbehandling av en dypt bevisstløs pasient kan gis uten at pasienten lider?
 Ja, absolutt Ikke alltid Sjelden Aldri
13. Stoler du på klinisk diagnostikk av total ødeleggelse av hjernefunksjon?
 Ja Nei
14. Hvis dere på din avdeling ser at en pasient ikke kommer til å overleve, velger dere da å avvike respiratorbehandling fremfor å vente til klinisk diagnostikk av total ødeleggelse av hjernefunksjonen kan utføres?
 Ofte I blant Sjelden Aldri
15. Hvis dere på din avdeling velger å avslutte respiratorbehandling, er det først og fremst for
(flere svar mulig)
- Å redusere pasientens lidelse
 - Å skåne de pårørende fra at prosessen trekker ut
 - At ingen pasient skal gis medisinsk formålsløs behandling
 - At ikke noe menneske skal behandles bare som et middel for andre
 - Å forvalte begrensede intensivressurser på en fornuftig måte
16. Hos en ikke-intubert pasient, med potensiell dødelig hodeskade, der prognosen tilsier ingen behandling
- a. er det etisk akseptabelt å spørre pårørende om pasientens/pårørendes holdning til organdonasjon?
 Ja Nei Vet ikke
 - b. er det etisk akseptabelt å starte respiratorbehandling dersom pasienten/pårørende er positive til organdonasjon?
 Ja Nei Vet ikke

17. Hvem blir først oppmerksom på en potensiell donor ved din enhet?

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Intensivsykepleieren | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Aldri |
| Primærvakten | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Aldri |
| Bakvakten | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Aldri |
| Donoransvarlig lege/sykepleier | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Aldri |

18. Hva anser du personlig kunne være til mest hjelp for å lette ditt arbeid med organdonasjon? (Ranger følgende alternativ fra 1=mest hjelp til 5=minst hjelp)

- Avlastning av andre oppgaver når en donasjon er aktuell
- Klare retningslinjer på avdelingen når det gjelder organdonasjoner
- Hjelp fra eksternt team som kunne ta hånd om hele forløpet
- At alle har registrert sin oppfatning om organdonasjon med donorkort
- Annet: skriv ned

Kontakten med pårørende

19. Forstår pårørende at total ødeleggelse av hjernefunksjon innebærer at pasienten er død?

- Ja, ofte Det varierer Sjelden Vet ikke

20. Hvilken erfaring har du med å ta opp spørsmål om donasjon med pårørende?

a. De blir overrasket over spørsmålet

- Ofte Sjelden Vet ikke

b. Det virker som de forventer å få spørsmålet

- Ofte Sjelden Vet ikke

c. De tar selv opp spørsmålet om organdonasjon

- Ofte Sjelden Vet ikke

21. Ser du det som en ekstra belastning for pårørende at spørsmål om organdonasjon blir tatt opp?

- Ja Ja, men bare litt Nei Vet ikke

22. Tror du at donasjon på sikt kan oppleves som positivt for pårørende?

- Ofte Sjelden Vet ikke

23. Hvor ofte tar pårørende spontant opp spørsmålet om organdonasjon i samtaler med intensivsykepleier før spørsmålet om donasjon stilles?
- Ofte Ganske ofte Sjelden Aldri
24. Hvor ofte er intensivsykepleier med på samtalen med pårørende om organdonasjon?
- Ofte Ganske ofte Sjelden Aldri
25. Hvilken holdning forsøker du vanligvis å ha i samtaler med pårørende om organdonasjon?
- Nøytral, dvs. gir informasjon og lar deretter pårørende ta beslutningen
- Pro – donasjon, dvs. gjennom samtale skape forutsetning for at pårørende skal svare ja
- Usikker
26. Anser du at transplantasjonslovens ”antatte samtykke” (dvs at man antageligvis er positiv til å donere organer hvis man ikke har sagt nei) gjør det enklere for deg å diskutere spørsmålet om organdonasjon?
- Ja Nei Usikker
27. Bruker du i din samtale med pårørende begrepet ”antatt samtykke”?
- Ja Nei Usikker
28. Mener du at det er avdødes lege som skal ta opp spørsmålet om organdonasjon?
- Ja
- Nei, det er bedre om pasientens intensivsykepleier får ta opp spørsmålet
- Nei, det ville vært bedre om en (ekstern) lege/intensivsykepleier på sykehuset som er spesielt utdannet til dette, tar opp donasjonsspørsmålet
29. Tror du at aktiv veiledning av pårørende vil øke andelen som gir samtykke til organdonasjon?
- Ja Ja, til en viss grad Nei Vet ikke
30. Har du opplevd at etnisk opprinnelse (kulturell bakgrunn) har vært til hinder for organdonasjon?
- Ja, ofte Av og til Sjelden Nei
31. Har du vært i situasjoner som har vært så emosjonelt ladet for pårørende at man har vurdert det som upassende å ta opp spørsmålet om organdonasjon?
- Ja, ofte Ja, en sjelden gang Nei

32. Har dere som rutine å kontakte pårørende til en avdød en stund etter dødsfallet?
 Ja Ja, men bare ved organdonasjon Nei Vet ikke

Personlig holdning

33. Kunne du tenke deg å donere dine egne organer når du dør?

- Ja, alt som kan brukes
 Ja, men vil gjøre unntak om visse organer
 Nei
 Kan ikke ta stilling

34. Kunne du tenke deg å donere organer fra dine nærmeste dersom du ikke kjente til deres egen holdning?

- Ja, alt som kan brukes
 Ja, men vil gjøre unntak om visse organer
 Nei
 Kan ikke ta stilling

35. Finnes det noen form for ”belønning” i forbindelse med donasjonsvirksomheten?
(sett kryss ved det passende alternativet)

- Ja, for meg kan det føles bra at dødsfallet tross alt førte til noe positivt
 Ja, for familien synes det å være en viss trøst i at de avdøde kunne hjelpe andre svært syke
 Ja, det bekrefter avdelingens kapasitet/kompetanse
 Ja, andre former for belønning

- Nei, det er mest tyngende

Opplæring og opplæringsbehov

36. Har du gjennomgått NOROD-kurs eller lignende utdanning for leger og sykepleiere som arbeider med donasjons virksomhet?

Ja

Nei

Vennligst angi ditt behov for opplæring på disse områdene:(sett kryss)

Tema	Ikke behov	Litt behov	Behov	Stort behov
Empatisk kommunikasjon				
Lytting				
Identifisere potensielle donorer				
Medisinsk behandling av donorer				
Klinisk diagnostikk av totalt opphør av hjernesirkulasjon				
Gjennomføring av donasjonsprosessen				
Breaking bad news				
Innhente samtykke til donasjon				
Støtte pårørende i krise og sorg				

Vedlegg 2

b) Spørsmål om kompetanse i organdonasjonsprosessen

(sett kryss på skalaen)

1. I hvilken grad har du kunnskap til å gi pårørende tilstrekkelig informasjon om dødsdiagnostikk?
I stor grad I liten grad
2. I hvilken grad har du kunnskap til å gi pårørende nødvendig informasjon om behandling av en potensiell donor?
I stor grad I liten grad
3. I hvor stor grad mener du at du har kunnskaper om organpreservasjon?
I stor grad I liten grad
4. I hvilken grad har du kunnskaper om hva som skjer på operasjonsstuen under organuttak?
I stor grad I liten grad
5. I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan du skal møte pårørende i sorg?
I stor grad I liten grad
6. I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan du skal støtte pårørende som er i krise?
I stor grad I liten grad
7. I hvilken grad opplever du tilfredsstillelse når donasjonsprosessen fører til organdonasjon?
I stor grad I liten grad
8. I hvilken grad planlegger og tilrettelegger du avslutning i avdelingen sammen med pårørende?
I stor grad I liten grad
9. I hvilken grad bruker du "Protokoll for organdonasjon" når du har ansvar for en potensiell donor?
I stor grad I liten grad

10. I hvilken grad får du støtte i vanskelige situasjoner fra dine kollegaer?
I stor grad I liten grad
11. I hvilken grad gis det mulighet for at en uerfaren intensivsykepleier får opplæring av en annen med mer erfaring når det er en potensiell donor i avdelingen?
I stor grad I liten grad
12. I overgangen fra liv til død opplever jeg at det er vanskelig å kommunisere med pårørende
Enig Uenig
13. Når pårørende reagerer med kraftig gråt eller sinne synes jeg det er vanskelig å vite hvordan jeg skal forholde meg til dem
Enig Uenig
14. I vår avdeling uttrykkes det verdighet og respekt for potensiell donor og pårørende under organdonasjonsprosessen
Enig Uenig
15. På vår avdeling diskuterer vi ofte aspekter ved donasjonsprosessen
Enig Uenig
16. Hvis noen på vår avdeling er ukomfortabel/ usikker i organdonasjonsprosessen er det aksept for å trekke seg fra situasjonen
Enig Uenig
17. Organdonasjon kan tas opp i en samtale med pårørende på et tidlig stadium når behandlingsteamet begynner å tenke på donasjon
Enig Uenig
18. I organdonasjonsprosessen mener jeg det er viktig at pårørende får den tiden de trenger
Enig Uenig
19. Når døden er diagnostisert snakker jeg ikke lenger til pasienten, men henvender meg isteden til pårørende
Enig Uenig

20. Jeg synes tiden fra identifisering av en potensiell donor til spørsmålet om organdonasjon tas opp med pårørende er vanskelig

Enig Uenig

21. Det må tas mange blodprøver før en potensiell donor blir medisinsk godkjent. Mener du det er:

Uproblematisk Problematisk

22. I tamponeringsfasen må behandlingen ofte intensiveres. Mener du det er:

Uproblematisk Problematisk

Til slutt:

23. Hvis du ser på dine kvalifikasjoner under ett, i hvilken grad føler du deg kompetent til å ha ansvar for en potensiell donor?

I stor grad I liten grad

24. Hvordan har du utviklet din kompetanse i organdonasjonsprosessen?

(Her kan du sette flere kryss)

- gjennom litteratur
- diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en mer erfaren intensivsykepleier
- eksterne kurs
- NOROD kurs
- tverrfaglig debriefing/ refleksjonsgrupper

25. Hva mener du har mest betydning for utvikling av kompetanse i donasjonsprosessen?

(sett kryss ved de du mener er de 3 viktigste)

- litteratur
- åpent miljø for diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en erfaren intensivsykepleier
- eksterne kurs
- NOROD kurs
- tverrfaglig debriefing/ refleksjonsgrupper

26. Hvor ofte mener du det er nødvendig med undervisning i organdonasjon?
 Hvert semester 1 gang pr år sjeldnere

Varmt takk for at du har besvart spørsmålene!

Eventuelle kommentarer:

Ved innsending av artikkel skal ikke informasjonsbrev og invitasjon til deltakere vedlegges.
Jeg legger de ved her fordi dette er en master oppgave.

Oslo 8. august 2008

Direktør

Informasjon om og forespørsel om medvirkning til en nasjonal kartleggingsundersøkelse av intensivpersonalets holdninger til og kunnskaper om organdonasjon og deres opplæringsbehov.

Vi viser til informasjon om undersøkelsen sendt til ledelsen i Helse Nord RHF fra Sosial- og Helsedirektoratet før sommeren.

Både i 2007 og nå i 2008 er det en økning i antallet organdonasjoner. Dette er meget gledelig.

Personalets kunnskaper om, og holdninger til organdonasjon er viktig for om mulige kandidater identifiseres, hvordan donoren (eventuelt potensiell) ivaretas medisinsk og hvordan pårørende spørres ift samtykke til donasjon. Det er ikke gjennomført noen større og representativ undersøkelse i Norge på dette området. Lite er kjent vedrørende personalets behov for opplæring på området.

Sosial og helsedirektoratet oppnevnte i 2006 et utvalg som har arbeidet med en gjennomgang av undervisningstilbud for leger og sykepleiere vedrørende prosessen rundt organdonasjon, både det medisinske og sykepleiefaglige knyttet til behandling av donoren og den medmenneskelige knyttet til samspillet med de pårørende.

For å få et bedre empirisk grunnlag for undervisningsopplegg besluttet utvalget i samråd med Sosial og helsedirektoratet å gjennomføre en undersøkelse blant donoransvarlige leger, nevrokirurger, andre leger som arbeider på intensivavdelinger og intensivsykepleiere på de 28 donorsykehusene. SH-dir har bidratt med driftsmidler til denne undersøkelsen. Undersøkelsen er godkjent av NSD.

På bakgrunn av oversikt over leger og sykepleiere som arbeider på intensivavdelingene ved donorsykehusene vil vi trekke et representativt utvalg og sende spørreskjemaet direkte til legene og sykepleierne

Donoransvarlig lege har formidlet hvilke leger som er ansatt på intensivavdelingen(e). For å få tilsvarende oversikt over intensivsykepleierne ønsker vi å få en kontaktperson på sykepleiersiden som vi kan kontakte for å få en navneliste som kan danne grunnlag for utvelgelsen.

Vi vil sende ut skjemaene til legene i august og intensivsykepleierne i løpet av september/oktober, så vi håper vi kan få en kontaktperson ift. sykepleiersiden så fort som

mulig. Kåthe Meyer (transplantasjonskoordinator og pt. masterstudent ved UIO) vil følge opp kontakten vedrørende sykepleierne.

Svarene behandles konfidensielt og all publisering av data vil foregå i anonymisert form. Det er bare prosjektleder som er ansatt ved Høgskolen i Oslo som vi kunne koble navneliste med nummeret på spørreskjemaet – dette for å ivareta anonymitet i et lite fagmiljø.

Har du spørsmål vedrørende undersøkelsen kan du kontakte prosjektleder førsteamanuensis Hilde Eide på telefon 482 43 096.

Vi håper at deres sykehus stiller seg positivt til denne undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Hilde Eide
Dr. Philos,
Førsteamanuensis
Høgskolen i Oslo

Robbie Mathiesen
Overlege
Nevrokirurgisk avdeling
Haukeland Universitetssykehus

Stein Foss
Transplantasjons koordinator
Kirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Vedlegg:
Informasjonsskriv til legene og sykepleierne
Spørreskjemaene

MOTTATT

22 AUG. 2008



Helse Nordmøre og Romsdal HF

Regionale helsekontor

Postboks 4

6023 Molde

Telefon

Faks

Saksnummer:

Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs Plass
0130 Oslo
Att. Avdeling for sykepleierutdanning

Vår ref.: 2008/320 - 0 CBJ

Deres ref.:


Arkivkode: 553

Dato: 20.08.2008

Nasjonal kartleggingsundersøkelse - informasjon og forespørsel om medvirkning

Kontaktperson for intensivsykepleiere, enhetsleder sykehus.

Vennlig hilsen


Medisinsk direktør

Kopi:

Telefon:



Informasjon om og invitasjon til deltakelse i en nasjonal kartleggingsundersøkelse av intensivpersonalets holdninger til og kunnskaper om organdonasjon og deres opplæringsbehov.

Sosial- og helsedirektoratet oppnevnte i 2006 et utvalg som gjennomgikk utdanningstilbud for leger og sykepleiere vedrørende prosessen rundt organdonasjon. Dette omfatter både det medisinske og sykepleiefaglige knyttet til behandling av donor og det medmenneskelige synet knyttet til samspillet med pårørende. I den forbindelse ble det besluttet å gjennomføre en undersøkelse blant leger og intensivsykepleiere på donorsykehusene.

Personalets kunnskaper om, og holdninger til organdonasjon, er viktig for om mulige donorer identifiseres, hvordan de ivaretaes medisinsk og hvordan pårørende spørres om samtykke til donasjon. Det er ikke gjennomført noen større og representativ undersøkelse i Norge på dette området. Lite er kjent vedrørende personalets behov for opplæring på området.

Undersøkelsen vil bli gjennomført blant donoransvarlige leger, anesestileger, nevrokirurger, andre leger som arbeider på intensivavdelinger og intensivsykepleiere på de 28 donorsykehusene, slik at dette kan danne grunnlag for videre arbeid med undervisningsopplegg vedrørende organdonasjon. Undersøkelsen sendes ut til 500 leger og 500 sykepleier. Sosial og helsedirektoratet har bidratt med driftsmidler.

Hvis du vil være med på denne undersøkelsen ber vi deg om å fylle ut vedlagte spørreskjema og returnere dette i vedlagt konvolutt. Vennligst svar innen 2 uker etter mottatt brev.

Svarene vil behandles konfidensielt og all publisering av data vil foregå i anonymisert form. Datamaterialet vil behandles aidentifisert. Det er bare prosjektleder som er ansatt ved Høgskolen i Oslo som vil kunne koble navneliste med nummeret på spørreskjemaet – dette for å ivareta anonymitet i et lite fagmiljø. Deltakerne kan på hvilket som helst tidspunkt beslutte å trekke seg fra undersøkelsen ved å gi beskjed til prosjektleder.

Retur av skjemaet blir ansett for samtykke. Det vil bli purret to ganger.

Har du spørsmål vedrørende undersøkelsen kan du kontakte prosjektleder førsteamanuensis Hilde Eide på telefon 48243096.

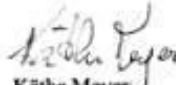
Med vennlig hilsen



Hilde Eide
Dr. Philos, Førsteamanuensis
Høgskolen i Oslo

Juan Robbie Mathisen
Overlege
Nevrokirurgisk avdeling
Haukeland Universitetssykehus
Sign.

Stein Foss
Transplant. koord.
Kirurgisk avdeling
Rikshospitalet
Sign.



Kåthe Meyer
Transplant koord.
pt Masterstudent
Universitetet i Oslo