

Hvað get ég sagt?

Hvernig takast hjúkrunarfræðingar á við samskipti við aðstandendur í erfiðum tilfellum? Lærast þessi samskipti með tímanum eða eru þau alltaf jafn erfið?

Matthea Kristjánsdóttir
Soffía Rúna Lúðvíksdóttir

HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til BS gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild

Maí 2014

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

Verkefnið unnu:

Mathea Kristjánsdóttir

Soffía Rúna Lúðvíksdóttir

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

Dr. Hermann Óskarsson

Útdráttur

Eftirfarandi heimildarsamantekt er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangur þessarar ritgerðar er að fjalla um hvernig hjúkrunarfræðingar takast á við samskipti við aðstandendur í erfiðum tilfellum og hvort að þessi samskipti lærast með tímanum eða hvort þau séu alltaf jafn erfið. Þarfir aðstandenda eru fjölþættar og aldrei er hægt að mæta þeim öllum, aftur á móti er hægt að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga á því hvað er gagnlegt og hvað þeir ættu að forðast í samskiptum sínum við skjólstæðinga sína og aðstandendur þeirra.

Við heimildaleit var notast við gagnasöfnin Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO Host), Pub Med, leitarvél Google Scholar, bækur og aðrar greinar sem höfundar fundu við lestur tímarita og rannsókna. Leitast var við að nota heimildir birtar á árunum 1998-2014. Höfundar ræddu einnig við fjóra hjúkrunarfræðinga með mismikla starfsreynslu af því að vinna innan bráðasviðs um upplifanir þeirra af samskiptum við aðstandendur í erfiðum aðstæðum og vildu höfundar með því dýpka skilning sinn á þessu viðfangsefni og fá betri innsýn í þennan málaflokk héraendis. Við heimildaleit og lestur á rannsóknum sem gerðar hafa verið um viðfangsefnið komu í ljós vísbendingar um að mikilvægt sé að efla betur kennslu, fræðslu og undirbúning hjúkrunarnema og hjúkrunarfræðinga til þess að takast á við og sinna aðstandendum við erfiðar aðstæður svo draga megi úr hugsanlegum neikvæðum viðhorfum, hræðslu hjúkrunarfræðinganna gagnvart þessum aðstæðum og einnig til þess að reyna að draga úr neikvæðum tilfinningum og minnka þannig líkurnar á því að heilbrigðisstarfsfólk brenni út tilfinningalega í starfi.

Helstu leitarorð voru: *samskipti, hjúkrun, aðstandendur, bráðadeild, dauði, streita, hjúkrunarfræðinemar, verklegt nám.*

Abstract

The following thesis is a final essay in the Bachelor of Science program in nursing at the University of Akureyri. The purpose of this essay is to discuss how communication between nurses and relatives of patients is handled in sensitive and tough situations, and whether communication in those situations can be learned over time or if it will always be challenging for the nurses involved. Relatives of patients have diverse needs, and they cannot all be catered to, however, nurses can be taught certain methods to communicate with relatives, as well as knowing what to avoid when communicating with patients and their relatives.

The following databases were used for reference purposes: The Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/Ebsco Host), Pub Med, Google Scholar, books and other articles found when studying journals and research studies. The references used were mainly from between the years of 1998-2014. The authors of this essay also conducted interviews with four nurses with varying degrees of experience of working in emergency rooms or intensive care units, asking about their experiences in communicating with relatives in tough situations, with the purpose of getting a better understanding on this subject as well as gathering insight into this area of the medical field here in Iceland. The collection of references that was obtained, as well as by comparing different research studies on the subject, revealed the importance of improving education, instruction and preparation of nursing students as well as nurses, to deal with and handle relatives in tough situations, in order to decrease possible negative perceptions and attitudes towards the situations, fear towards them, as well as minimizing negative emotions that tend to arise and therefore reducing the likelihood of nurses becoming emotionally overwhelmed in their work environment.

Main keywords were: *communication, nursing, relatives/family members, emergency rooms/intensive care units, stress, nursing students, practical training.*

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	iv
Abstract.....	v
Efnisyfirlit.....	vi
Þakkarorð.....	viii
Hver er ég?.....	ix
Kafl 1 - Inngangur.....	1
1.1 Bakgrunnur viðfangsefnis.....	1
1.2 Tilgangur verkefnisins.....	3
1.3 Gildi fyrir hjúkrun og gildismat höfunda.....	3
1.4 Skilgreining meginhugtaka.....	4
1.5 Uppbygging verkefnis og aðferðarfræði.....	4
1.6 Stutt samantekt.....	5
Kafl 2 - Samskipti.....	6
2.1 Hvað eru mannleg samskipti.....	6
2.2 Hjúkrunarfræðingurinn.....	15
2.3 Aðstandendur og hlutverk þeirra í ferlinu.....	22
2.4 Sálræn líðan og úrvinnsla.....	28
2.5 Kennsla í samskiptum í námi.....	34
2.6 Stutt samantekt.....	37

Kafli 3 – Umræður.....	39
Kafli 4 – Lokaorð.....	43
Heimildaskrá.....	44

Þakkarorð

Við viljum þakka öllum þeim sem hafa aðstoðað okkur við gerð þessarar lokaritgerðar. Sérstakar þakkir færur við þeim viðmælendum sem gáfu sér tíma í það að ræða við okkur. Einnig viljum við þakka Þorgerði Ösp Arnþórsdóttur, BA í ritlist, fyrir yfirlestur og þýðingu á útdrætti.

Leiðbeinandi okkar Dr. Hermann Óskarsson á miklar þakkir og heiður skilið fyrir að standa með okkur í gegnum súrt og sætt, vera ávallt til staðar, veita okkur leiðsögn og uppbyggilega gagnrýni.

Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar fyrir ómælda þolinmæði, skilning, hvatningu og stuðning. Án ykkar værum við ekki þar sem við erum í dag.

Hver er ég?

Dú getur beygt mig, en ekki brotið

Meitt mig, en sársaukinn hverfur

Grætt mig, en ég mun brosa á ný

Hrætt mig, en aðeins örskamma stund.

Ég horfi á móti vindinum og regninu

Regndroparnir renna niður kinnar mér

Ásamt tárunum mínum

En það styttir upp.

Ég er bæði tunglið og sólin

Nóttin og dagurinn

Vorið og haustið

Vindurinn og lognið

Sjórinn og loftið

Sorgin og gleðin

Ég er manneskja

Sterk manneskja

Ég er ég.

Benedikt Sigurðsson

Kafli 1 - Inngangur

Eftirfarandi heimildarsamantekt er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Í þessum kafla verður tekinn fyrir bakgrunnur viðfangsefnisins, rætt verður um tilgang ritgerðarinnar og gildi hennar fyrir hjúkrun. Gildismat höfunda verður útskýrt og meginhugtök skilgreind. Jafnframt verður skýrt frá uppbyggingu ritgerðar sem og leitarorð. Að lokum er stutt samantekt á efni kaflans.

1.1 Bakgrunnur og greining viðfangsefnisins

Í starfi sínu þurfa hjúkrunarfræðingar oft að takast á við krefjandi aðstæður og erfið tilfelli sem upp geta komið skyndilega. Þessar tilteknu aðstæður geta bæði verið krefjandi og sársaukafull reynsla fyrir þann sem umönnunina veitir en með aukinni starfsreynslu telja viðmælendur okkar að hjúkrunarfræðingar *læri að takast á við krefjandi aðstæður en að upplifunin taki á andlega þrátt fyrir það* (N.N. munnleg heimild, 2014).

Daglega um heim allan eiga hjúkrunarfræðingar samskipti við skjólstæðinga sína, allt frá samræðum um daginn og veginn við almenna aðhlyningu, líðan sjúklings og meðferð upp í alvarlegar umræður um varanlegan skaða, mikla andlega vanlíðan og jafnvel yfirvofandi dauða skjólstæðingsins. Góð samskipti eru því mikilvægur hlekkur í meðferðarsambandi hjúkrunarfræðinga og skjólstæðinga þeirra og þegar vel tekst til eru það einmitt þessi samskipti sem gera skjólstæðingum okkar kleift að opna sig og treysta okkur fyrir sínum tilfinningum þegar þeir eru á viðkvæmum stað í lífinu (Sheldon, Barrett og Ellington, 2006).

Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga að átta sig á að í starfi sínu hafa þeir mikil völd og geta beitt þeim til að efla skjólstæðinga sína eða til þess að brjóta þá niður. Það er því undir hjúkrunarfræðingum komið að tryggja að skjólstæðingar finni fyrir þeirri faglegu umhyggju og tengslamyndun sem þeir leita eftir (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Þessi samskipti geta þó

haft áhrif á hjúkrunarfræðinginn og hans eigin tilfinningar (Sheldon, Barrett og Ellington, 2006).

Í námi hjúkrunarfræðinga er lögð mikil áhersla á samskipti við skjólstæðinga en sýnt hefur verið fram á að þörf er á að efla menntun og fræðslu til hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarfræðinema við krefjandi aðstæður svo draga megi úr líkum á neikvæðum viðhorfum og erfiðum upplifunum (Dickinson, Clark og Sque, 2008).

Samskipti eiga þó ekki alltaf við um skjólstæðinginn sjálfann, oft á tíðum eru það aðstandendur hans sem hjúkrunarfræðingurinn þarf að eiga hvað mest samskipti við og stundum fela þau í sér erfið orð sem enginn aðstandandi vill þurfa að heyra. Samskipti við aðstandendur við erfiðar aðstæður krefjast nærgætni og fela í sér upplifun á tilfinningum eins og sorg, reiði, óöryggi, kvíða og vanmáttarkennd. Aldur og reynsla hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarfræðinema getur haft áhrif á upplifun þeirra og rannsóknir sýna að þeir sem eru yngri og reynsluminni upplifðu neikvæðara viðhorf en þeir sem eldri voru og höfðu lengri starfsreynslu (Maria o.fl., 2011).

Skyndileg innlögn sjúklings á bráðamóttöku hefur margvísleg áhrif, ekki aðeins á sjúklinginn heldur einnig á þá sem standa honum næst. Það hlutverk að þurfa að upplýsa aðstandendur um óvæntan atburð þar sem einstaklingur er mögulega alvarlega slasaður eða jafnvel látinn er ekki öfundsvert, en þó þurfa hjúkrunarfræðingar oft á tíðum að eiga þessi samskipti og vera í stakk búnir til þess að takast á við þessar aðstæður (Elín Margrét Hallgrímsdóttir, 2000).

Meginástæðan fyrir því að þetta viðfangsefni varð fyrir valinu er að mjög fáar rannsóknir hafa verið gerðar hér á Íslandi á upplifun hjúkrunarfræðinga á slysa- og bráðadeildum á að sinna aðstandendum í bráðatilfellum en margar erlendar rannsóknir hafa verið gerðar á gjörgæsludeildum undanfarin ár til þess að kanna þarfir fjölskyldna og hvernig þeim er fullnægt.

1.2 Tilgangur verkefnisins

Tilgangur þessarar ritgerðar er að fjalla um upplifun hjúkrunarfræðinga á að sinna aðstandendum við erfiðar aðstæður. Höfundar ritgerðarinnar eru hjúkrunarfræðinemar og telja að þjálfun hjúkrunarfræðinema í erfiðum samskiptum sé ekki nægileg og oftast er ekki er nemum haldið frá í erfiðum málum og samskiptum sem upp koma við hjúkrun skjólstæðinga í verklegu námi. Jafnframt vilja höfundar skoða betur samskipti hjúkrunarfræðinga við aðstandendur og hvort hægt sé að finna leiðir til þess að bæta þau samskipti og auka sjálfstraust nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga þegar kemur að erfiðum samskiptum í starfi.

Rannsóknarspurningin sem við unnum þessa heimildarsamantekt út frá var „Hvernig takast hjúkrunarfræðingar á við samskipti við aðstandendur í erfiðum tilfellum? Lærast þessi samskipti með tímanum eða eru þau alltaf jafn erfið?“

1.3 Gildi fyrir hjúkrun og gildismat höfunda

Þetta viðfangsefni er verðugt til rannsóknar þar sem samskipti eru stór hluti af starfi hjúkrunarfræðinga dagsdaglega en erfið samskipti og áhrif þeirra á andlegu líðan hjúkrunarfræðinga hafa lítið verið rannsökuð. Eins telja höfundar mikilvægt að hjúkrunarfræðingar temji sér góð og eflandi samskipti við skjólstæðinga sína og aðstandendur þeirra, séu meðvitaðir um þau áhrif sem samskipti geta haft á þeirra eigin tilfinningar og leiti sér aðstoðar telji þeir þörf á því.

Einnig vildu höfundar skoða hvort og þá hvaða aðstoð sé í boði fyrir heilbrigðisstarfsfólk því það getur einnig þurft klapp á bakið. Ef starfsfólkið er ekki í stakk búið til þess að takast á við aðstæðurnar sem það lendir í þá getur það mögulega ekki veitt þá þjónustu sem af því er ætlast.

1.4 Skilgreining meginhugtaka

Aðstandandi: Ættingi, venslamaður. Þegar rætt er um ættingja, fjölskyldu eða aðstandenda er átt við nánasta umönnunaraðila sjúklingsins innan fjölskyldunnar sem er í mestu sambandi við hann. Getur það verið maki, sonur eða dóttir, systkini viðkomandi eða aðrir ættingjar. Í einstaka tilfellum getur viðkomandi verið vinur eða einhver annar sem er náinn.

Bráðasvið: Í þessari ritgerð verður ekki gerður greinamunur á því hvort verið sé að tala um bráða- og slysadeildir eða gjörgæsludeildir og því verður almennt talað um bráðasvið.

Bráðatilfelli: Talað verður um bráðatilfelli sem alvarleg slys, bráð veikindi og/eða óvænt dauðsfall.

Reynsla: Æfing, þjálfun, prófun, könnun, athugun, það sem reynir á.

Samskipti: Samgangur, boðskipti, samvistir, gagnkvæm tengsl.

Umönnun: Það að annast um, umhirða.

(Mörður Árnason, 2002)

1.5 Uppbygging verkefnis og aðferðarfræði

Ritgerð þessi er heimildasamantekt sem felur í sér samantekt á útgefnu fræðilegu efni um viðfangsefnið.

Við heimildarleit voru aðallega notuð gagnasöfnin Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO Host) og Pub Med, einnig var leitarvél Google Scholar notuð og eins var notast við heimildir sem hægt var að finna í öðrum greinum. Einnig nýttum við okkur greinar og bækur á öllum bókasöfnum Akureyrarbæjar. Leitað var að greinum sem birtar höfðu verið á árunum 1998-2014 en höfundar notuðu eldra efni þegar það átti við. Helstu leitarorð við heimildaröflun voru: *communication, nursing, relatives/family members, emergency rooms/intensive care units, stress, nursing students, practical training.*

Við vinnslu verkefnisins var rætt við fjóra hjúkrunarfræðinga með mismikla reynslu af vinnu innan bráðasviðs hjúkrunar um upplifun þeirra af samskiptum við aðstandendur í erfiðum aðstæðum, og vildum við með því dýpka skilning okkar á þessu viðfangsefni og fá betri innsýn í þennan málaflokk hérlendis. Þeir hjúkrunarfræðingar sem við ræddum við vorum með minnst sex mánaða reynslu og allt upp í 23 ára reynslu á bráðasviði. Hér í þessari heimildasamantekt verður ekki gerður greinamunur á svörum hjúkrunarfræðinganna en setningar komnar frá þeim verða skáletraðar og tilvísanir settar sem N.N. munnleg heimild, 2014.

Ritgerðinni er skipt niður í fjóra megin kafla. Í inngangi er greint frá markmiðum og helstu atriðum ritgerðarinnar. Annar kafli er fræðileg samantekt á viðfangsefninu og er honum skipt niður í sex kafla. Í þriðja kafla eru umræður þar sem höfundar fara yfir innihald ritgerðarinnar og að lokum eru lokaorð í fjórða kafla.

1.6 Stutt samantekt

Þetta viðfangsefni er verðugt til rannsóknar þar sem samskipti eru stór hluti af starfi hjúkrunarfræðinga dagsdaglega en erfið samskipti og áhrif þeirra á hjúkrunarfræðinga hafa lítið verið rannsökuð. Tilgangur þessarar ritgerðar er að fjalla um upplifun hjúkrunarfræðinga á að sinna aðstandendum við erfiðar aðstæður og hvaða áhrif þau samskipti geta haft á líðan og heilsu hjúkrunarfræðinga. Rannsóknarspurningin sem við unnum þessa heimildarsamantekt út frá var „Hvernig takast hjúkrunarfræðingar á við samskipti við aðstandendur í erfiðum tilfellum? Lærast þessi samskipti með tímanum eða eru þau alltaf jafn erfið?“

Þessi ritgerð er heimildarsamantekt sem felur í sér samantekt á útgefnu fræðilegu efni um viðfangsefnið og við vinnslu hennar var rætt við hjúkrunarfræðinga með mis langa starfsreynslu innan bráðasviða til þess að auka dýpt viðfangsefnisins.

Kafli 2 – Samskipti

Lífið er hverfult, andartakið er dýrmætast því það er nú þegar liðið! Fáir hugsa um það að þeir geti lent í erfiðum aðstæðum hvað varðar heilsuna og gera það yfirleitt ekki fyrr en þeir standa frammi fyrir eða finna fyrir nálægð þess, annað hvort þeir sjálfir eða vegna annarra þeim tengdum. Þessi kafli gefur yfirsýn á þá upplifun sem hjúkrunarfræðingar geta fundið fyrir þegar að þeir sinna aðstandendum í erfiðum tilfellum.

Skyndileg innlögn sjúklings á bráðamóttöku hefur margvísleg áhrif, ekki bara á sjúklinginn sjálfan heldur einnig á fjölskyldu hans. Sjúklingar sem koma inn á slysa- og bráðadeildir eru í lífeðlisfræðilegri og/eða andlegri kreppu á meðan aðstandendur þeirra koma með þeim inn á sjúkrahúsið í andlegri kreppu. Það að finna sig allt í einu sem aðstandandi sjúklings í bráðatilfelli getur kallað fram varnarleysi þar sem fólk þekkir ekki aðstæðurnar og þess vegna skiptir höfuð máli að hjúkrunarfræðingar sýni faglega umhyggju, sem felur í sér faglega færni, umhyggju og tengsl.

2.1 Hvað eru mannleg samskipti?

Mannleg samskipti eru þegar að fólk á samskipti við annað fólk, talar við það, deilir hugsunum og athöfnum með þeim. Þess vegna þurfa allir sífellt að vera á varðbergi og í sjálfsskoðun til þess að reyna að gera eins vel og þeir geta í öllu því sem þeir taka sér fyrir hendur og í öllum þeim aðstæðum sem þeir geta lent í. Enginn er fullkominn en út allt lífið er fólk að læra eitthvað nýtt (Benedikt Sigurðsson, 2012).

Allt frá tíð Homo sapiens hefur mannveran notað talað mál til þess að tjá skoðanir sínar og tilfinningar. Færni okkar til að nota tungumálið hefur aukist til muna með árpúsundunum og gert okkur kleift að skapa og færa það yfir á mun tæknilegra form eins og til dæmis internetið og öll þau samskipti sem það býður upp á. En þrátt fyrir allar þessar breytingar og framfarir þá eru samt okkar samskipti í grunninn alveg þau sömu og á

fornöldum, þörfin fyrir samskipti við annað fólk, að skiptast á hugmyndum og umhyggju eru enn stór hluti af okkar daglegu samskiptum (Bach og Grant, 2009).

Hver og einn einstaklingur gegnir mörgum hlutverkum í lífinu, t.d. fjölskyldumeðlimur, samstarfsmaður, nágrenni, vinur eða kunningi. Öll þessi hlutverk krefjast einhvers, en alls ekki þess sama. Ómeðvitað fara einstaklingar í hvert hlutverk fyrir sig og koma öðruvísi fram við ættingja sína en við samstarfsfólk sitt eða vini. Í vinnunni er fagmaðurinn, hugsjónasemin og mannvinnurinn en í samskiptum við ættingja og vini eru þau allt öðruvísi, þar getur einstaklingurinn verið hann sjálfur en í öllum samskiptum er virðing eitt af því sem fólk þarf að tileinka sér, þ.e. að sýna öðrum virðingu (Benedikt Sigurðsson, 2012).

Hjúkrunarfræðingar nota nær stanslaust einhverskonar form samskipta í vinnu sinni, þeir sinna sjúklingnum og aðstandendum hans, eiga í samskiptum við samstarfsfélaga sína, yfirmenn og fleiri. Þessi miklu samskipti sem hjúkrunarfræðingar eiga dagsdaglega í vinnu sinni geta oft á tíðum verið flókin og líkurnar á því að senda frá sér eða að taka á móti vitlausum upplýsingum eru miklar. Skortur á samskiptum og/eða léleg samskipti geta valdið miklum vandamálum hvort sem verið er að tala innan meðferðarsambands við sjúkling og hans nánustu eða á milli samstarfsmanna (Andersson, 2013).

Hjúkrun er í æ ríkara mæli skilgreint sem samskiptastarf og viðfangsefnum hjúkrunar lýst með hliðsjón af sálfélagslegum þáttum. Hugmyndafræði hjúkrunar, eins og henni er lýst í fræðilegri umfjöllun, byggir hins vegar á því að hvern einstakling beri að sjá sem samofna heild og að í hjúkrun sé tekið mið af skilningi manneskjunnar á aðstæðum sínum. Með hliðsjón af þeirri hugmyndafræði eru samskipti álitin vera lykilþáttur í hjúkrun, forsenda þess að hjúkrunarfræðingurinn geti áttað sig á óskum og væntingum skjólstæðingsins. Hjúkrun er samstarfsverkefni á milli hjúkrungarfræðingsins og skjólstæðingsins og er markmið hennar að efla og styrkja eins og hægt er einstaklinginn til sjálfshjálpar og/eða heilbrigðis (Kristín

Björnsdóttir, 2003).

Um tvö þúsund manns deyja árlega á Íslandi þ.e. 0,6% þjóðarinnar (Hagstofa Íslands, 2013). Miðað við tölur frá Bretlandi má áætla að tæplega 70% þessara andláta eigi sér stað á sjúkrastofnunum (Al-Qurainy, Collis og Feuer, 2009). Séu þessar tölur yfirfærðar á íslensku þjóðina eru það um 1400 einstaklingar á ári sem látast innan veggja sjúkrastofnanna. Því eru miklar líkur á því að hjúkrunarfræðingar upplifi það einhvern tímann á starfsferlinum sínum að sinna deyjandi sjúklingi og þar af leiðandi aðstandendum hans einnig (Hagstofa Íslands, 2013).

Samskipti eru grundvallaratriði í hjúkrun og eru þau eitthvað sem lærist með auknum starfsaldri. Þó að samskipti séu eitthvað sem lærist með tímanum þá er fólk jafn mismunandi og það er margt og virðast sumir vera með meiri meðfædda samskiptahæfileika og eiga því auðveldara með að læra samskipti en aðrir og hefur sú staðreynd leitt til skipulagðra og kerfisbundinna athugana á eðli og hlutverki samskipta (Hargie, Saunders og Dickson, 1989). Þar er aðallega um þrennt að ræða. Í fyrsta lagi hafa niðurstöður rannsókna sýnt hvers vegna háttalag fólks er eins og það er og leitt til myndunar ýmissa hugtaka um viðbrögð og samskiptahegðun. Í öðru lagi hafa rannsóknir beinst að því að skilgreina mismunandi hegðun í samskiptum og þau áhrif sem hún hefur. Í þriðja lagi þá hafa margar mismunandi aðferðir verið reyndar til þess að þjálfa fólk í mannlegum samskiptum til þess að komast að raun um hvort mögulegt sé að auka félagslega hæfni þess (Hargie, Saunders og Dickson, 1989).

Á undanförunum árum hefur Sigríður Halldórsdóttir reynt að átta sig á samskiptaháttum og áhrifum þeirra á fólk, en í rannsóknum hennar hefur komið fram hversu mikil lykilatriði samskipti við heilbrigðisstarfsmenn eru í lífi sjúklinga og hvernig allir heilbrigðisstarfsmenn geta notað vald sitt á mismunandi vegu, ýmist byggt fólk upp eða brotið það niður í gegnum samskipti sín (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Teymisvinna er talin hornsteinn þess að veita góða hjúkrun við krefjandi aðstæður. Mikilvægur þáttur í viðleitni til þess að ná hámarksárangri í umönnun sjúklinga er að samskipti starfsfólks séu skýr og samstarfið milli þeirra náð (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm og Radbruch, 2007; Waldrop og Kirkendall, 2009).

Með nýjum einstaklingum kemur nýtt sjónarhorn í samskiptum þó svo að verklegi hlutinn sé alltaf eins. Í samskiptum lærast hlutir alltaf uppá nýtt, við lærum á skilaboð, lærum að meðtaka hvað þýðir hvað, hvað óyrt skilaboð þýða og fleira. Samskipti eru boð sem einstaklingar senda á milli sín og skiptast í yrt og óyrt boðskipti. Yrt boðskipti felast í töluðum eða skrifuðum orðum. Óyrt boðskipti felast í raddblæ, hlátri, líkamstjáningu, hreyfingu, augnaráði og svipbrigðum. Einnig í snertingu, framkomu, klæðaburði og líkamsrými milli einstaklinga sem eiga í samskiptum. Grundvöllur samskiptahæfni einstaklinga byggist á hæfileikanum til að setja sig í spor annarra og geta komist að sameiginlegri niðurstöðu (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1998).

Ómeðvituð líkamstjáning fólks getur sagt heilmargt til um hvað viðkomandi er að hugsa og tala um, hún getur bæði hvatt þann sem talað er við til að hlustað eða virkað fráhrindandi. Að lesa úr svipbrigðum fólks segir meira en þúsund orð. Sagt er að hægt sé að greina 250.000 svipbrigði í einu andliti og um sautján tegundir brosa (Helen Sif Sigurðardóttir, 2011). Svipbrigði okkar er einskonar alheimstungumál. Bros er allstaðar bros.

Þegar að sjúklingur leggst inn á sjúkrahús afsalar hann sér miklu sjálfræði og sjálfsábyrgð. Bent hefur verið á að þetta geri það að verkum að hjúkrunarfræðingar verða að vera sérstaklega meðvitaðir um þá áhættuþætti á sjúkrahúsum sem hafa tilhneigingu til að svipta persónur mannlegri reisn og einnig sé mikilvægt að þeir veiti stuðning, verndi og styrki hverja persónu sem þangað kemur, hvort sem það er skjólstaðingurinn sjálfur eða aðstandendur hans (Watson, 1979).

Einstaklingarnir sem að lenda í því að leggjast skyndilega inn á sjúkrahús og þeirra nánustu eru mjög næmir á það hvernig viðmót þeir fá, hvernig það er komið fram við þá, hvernig starfsfólkið kemur fyrir og eru mjög næmir á umhverfið í kringum sig. Þessir einstaklingar eru í kreppu, tilfinningalegu ójafnvægi og þurfa því að stóla á þá starfsmenn sem sinna þeim. Þess vegna er einn af grunnþáttunum hjá hjúkrunarfræðingunum að vanda viðmót sitt og viðbrögð til þess að tengslamyndun og traust geti myndast á milli hjúkrunarfræðinga og skjólstaðinga og er það jafnframt álitin vera forsenda árangursríkrar hjúkrunar (Stuart, 2009).

Minnst er á aðstandendur í lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 en þar ber sérstaklega að nefna 23. grein þar sem kemur fram að lina skal þjáningar sjúklings eins og þekking leyfir hverju sinni. Hann á rétt á að njóta stuðnings fjölskyldu sinnar, ættingja og vina meðan á meðferð og dvöl stendur. Sjúklingur og nánustu aðstandendur hans eiga rétt á að njóta andlegs, félagslegs og trúarlegs stuðnings. Í 24. grein sömu laga er ákvæði um að ef sjúklingur er of veikur líkamlega eða andlega til að geta tekið þátt í ákvörðun um meðferð skal lækni leitast við að hafa samráð við vandamenn viðkomandi áður en lækni ákveður framhald eða lok meðferðar (*Lög um réttindi sjúklinga*, 1997).

Sigríður Halldórsdóttir gerði rannsóknina *Umhyggjuleysi í hjúkrun – frá sjónarhóli sjúklinga* í Kanada á árunum 1987-1988 með þeim tilgangi að kanna meginatriði umhyggjuleysis eins og sjúklingar upplifa það í samskiptum sínum við hjúkrunarfræðinga. Markmiðið með rannsókninni var að bæta við þekkingu og auka skilning á þessu mannlega fyrirbæri. Níu fyrrverandi sjúklingar tóku þátt í henni, fimm konur og fjórir karlmenn, á aldrinum 32-63 ára. Sex þeirra höfðu legið oftár en einu sinni inni á sjúkrahúsi. Notaðist hún við ítarleg óstöðluð viðtöl og stöðuga samanburðargreiningu. Leitast var við að hafa breidd í úrtakinu til þess að sérhver þátttakandi væri verðugur fulltrúi þýðisins (Sandelowski, 1986). Gögnunum var safnað með átján ítarlegum, opnum viðtölum sem tekin voru upp og vélrituð

niður. Tvisvar sinnum var rætt við hvern einstakling. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að fjórir meginþættir voru lýsandi á upplifun fyrrverandi sjúklinga á umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga. Fyrst má þar nefna upplifun sjúklingsins á skeytingarleysi hjúkrunarfræðings gagnvart sér sem persónu sem lýsir sér sem afskiptarleysi, kuldalegt viðmót, harka og mannvonska. Í öðru lagi var um að ræða vantraust. Upplifun sjúklingsins á skeytingarleysi hjúkrunarfræðings gagnvart sér sem persónu er ekki traustvekjandi. Í þriðja lagi var það skortur á faglegum tengslum milli hjúkrunarfræðingsins og sjúklingsins. Fjórði þátturinn var svo viðbrögð sjúklingsins við þessu umhyggjuleysi sem hægt er í stuttu máli að lýsa sem niðurbroti (Sigríður Halldórsdóttir, 1990).

Skeytingarleysi hjúkrunarfræðingsins, vantraustið sem það skapar hjá sjúklingnum og sá skortur á tengslum sem það veldur er í stuttu máli það sem Sigríður hefur kosið að nefna umhyggjuleysi í hjúkrun. Í faglegri umhyggju felst hins vegar fagleg færni með hlýju, gagnkvæmt traust og fagleg tengslamyndun hjúkrunarfræðingsins og sjúklingsins (Sigríður Halldórsdóttir, 1990).

Hjúkrunarfræðingar eiga að stunda starf sitt af fagmennsku og samvissusemi og koma fram við alla á jafnræðisgrundvelli án tillits til skoðana, þjóðernis, aldurs, trúarbragða, kynþáttar, efnahags- og þjóðfélagsstöðu, kyns, kynhneigðar, fötlunar eða annarra atriða. Það er mikilvægt að átta sig á því að þegar fjallað er um fagmennsku og hvað felst í henni að ekkert einfalt svar er til. Fagmennska er margslungið fyrirbæri sem erfitt er að festa hendi á en að sama skapi er oft auðveldara að svara því hvað telst ekki vera fagmennska (Sigríður Zoega, 2007).

Hvað þýðir það að sinna starfi sínu af fagmennsku? Í hverju felast fagleg vinnubrögð? Hvernig er hægt að meta og segja til um það hvað telst vera fagmennska og hvað ekki? Af einhverjum ástæðum þá er orðið fagmennska ekki til í íslenskum orðabókum en hins vegar er að finna orðið fagmaður og er skilgreint á þann veg að fagmaður sé sérfræðingur, maður sem

sérlærður er til ákveðins verks og hefur með því hlotið formlega viðurkenningu opinberra aðila, samanber hjúkrunarleyfi sem heilbrigðisráðherra veitir hjúkrunarfræðingum (Mörður Árnason, 2002).

Það felur í sér ákveðna stöðu að tilheyra fagstétt því fagmenn búa við sjálfræði í störfum sínum og þeir njóta virðingar sökum sérþekkingar og hæfni. Fagmennskunni fylgir að sama skapi mikil ábyrgð því menn vænta mikils af fagstéttum, s.s. um gæði þjónustunnar, öryggi, færni, þekkingu og nákvæmni. Fagleg vinnubrögð eru talin kalla á ákveðið gagnsæi og einnig eru traust og ábyrgð talin einkennandi fyrir fagmennsku (Sigríður Zoega, 2007).

Algennt er að hjúkrunarfræðingar telji sig eiga erfitt með að átta sig á hvernig best sé að haga samskiptum við aðstandendur í bráðatilfellum. Þarfir aðstandenda eru fjölþættar og aldrei er hægt að mæta þeim öllum. Aftur á móti er hægt að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga á því hvað er gagnlegt og hvað ber að varast í samskiptum við aðstandendur. Algennt er að aðstandendur hafi töluverð samskipti við hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn þegar að einstaklingur innan fjölskyldunnar leggst skyndilega inn á sjúkrahús. Rannsóknir hafa sýnt að slík samskipti hafa veruleg áhrif á líðan aðstandenda. Því er mikilvægt að varpa ljósi á eðli vandaðra samskipta milli heilbrigðisstarfsfólks og aðstandenda (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1998). Að reyna að túlka áhrif skilaboðanna er mikilvægt, oft er verið að flytja skilaboð um erfiða hluti, framvindu, erfiðar meðferðir o.fl og því er mikilvægt að móttakandinn skilji það sem við hann er sagt. Eins og einn viðmælandi okkar sagði *að henni fyndist erfiðast að svara erfiðum spurningum frá ættingjunum sem koma oft upp þegar verið er að gera ítarlegri rannsóknir þegar grunur er á að það sé um eitthvað alvarlegt í gangi, eins og t.d. þegar verið er að gera aftur einhverja rannsókn sem búið var að gera. Að þar þyrfti hún að passa sig á hverju hún svaraði til þess að segja ekki of mikið* (N.N. munnleg heimild, 2014).

Samskipti við fjölskyldur mikið veikra og deyjandi krabbameinssjúklinga, er eigindleg rannsókn sem Elísabet Hjörleifsdóttir framkvæmdi árið 1996 hérna á Íslandi í þeim tilgangi að lýsa sameiginlegum þáttum í reynslu hjúkrunarfræðinga af samskiptum við fjölskyldur mikið veikra og deyjandi krabbameinssjúklinga og til þess að varpa ljósi á hvað það er sem getur haft áhrif á öryggi þeirra við slíkar aðstæður. Einnig var tilgangurinn að leiða í ljós þætti sem hjúkrunarfræðingar gætu unnið með til að verða færari og öruggari í samskiptum sínum við fjölskyldur þessa tiltekna sjúklingahóps. Hún tók viðtal við sex hjúkrunarfræðinga sem voru valdir með tilgang rannsóknarinnar í huga. Við greiningu gagnanna komu fram sex sameiginlegir þættir hjá þátttakendum sem tengdust samskiptum. Þessi þemu eru: Ég veit ekki hvað fjölskyldan veit; einhvers staðar þar sem er einrúm; að læra af reynslunni; starfsreynsla, þjálfun og fræðsla; að vita um eigin frammistöðu (feedback); að sýna samhygð; að viðhalda voninni (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1996).

Niðurstöðurnar leiddu það í ljós að hjúkrunarfræðingum finnst slík samskipti vera erfiður þáttur í hjúkrunarstarfinu. Einnig var meiri hluti þátttakendanna sammála því að í hjúkrunarfræðináminu og/eða eftir að því lýkur mætti vera meiri fræðsla um samskipti við mikið veika og deyjandi einstaklinga og fjölskyldur þeirra en tækifæri til menntunar og þjálfunar á því sviði væru rýr (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1996) og styðja þessar niðurstöður erlendra hjúkrunarfræðirannsókna á þessu sviði (Wilkinson, 1991; May, 1993; Hanson, 1994).

Niðurstöður rannsóknarinnar ættu að hjálpa hjúkrunarfræðingum að átta sig á þeim þáttum sem hugsanlega geta hindrað góð samskipti við fjölskyldur mikið veikra og deyjandi einstaklinga (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1996) því hindranir sem geta staðið í vegi fyrir góðum samskiptum á milli hjúkrunarfræðinga og skjólstaðinga þeirra geta verið margar m.a. reynsluleysi og þekkingarskortur ásamt lélegri upplýsingasöfnun (Hjörleifsdóttir og Carter, 2000). Rannsóknir hafa sýnt að reynsluleysi hjúkrunarfræðinga getur komið þannig fram að

þeir eiga erfitt með að meðhöndla erfiðar aðstæður þar sem þeir vita mögulega ekki hvað á að segja eða hvað á ekki að segja.

Í rannsókn Gilbert (2004) kom fram að reynsluleysi gat verið m.a. vegna ungs aldurs hjúkrunarfræðingsins. Einn viðmælandinn í þeirri rannsókn talaði um að það væri betra að flýja aðstæðurnar en að viðurkenna takmörk sín og að segja við skjólstæðinginn að hann viti ekki hverju hann eigi að svara. Einnig kom þar fram að heilbrigðisstarfsmenn tala um ófullnægjandi undirbúning til þess að kljást við þær erfiðu aðstæður sem geta oft myndast við umönnun sjúklinga og aðstandenda þeirra.

Í rannsókn McCabe (2004) var það mat þeirra sjúklinga sem að tóku þátt í rannsókninni að ein stærsta hindrun í samskiptum hjúkrunarfræðinga og skjólstæðinga þeirra væri tímaleysi. Tímaleysi getur haft ýmislegt í för með sér m.a. fljótfærni og hugsunarleysi í samskiptum. Það gerir það einnig að verkum að heilbrigðisstarfsmaðurinn er ekki eins mikið til staðar fyrir sjúklingana og erfitt getur verið fyrir hjúkrunarfræðingana að sinna þörfum skjólstæðinganna og hvað þá aðstandendum þeirra. Einnig kom fram að sjúklingunum þótti hjúkrunarfræðingarnir einblína meira á að sinna verklegum þáttum hjúkrunar en að mæta tilfinningalegum þörfum þeirra.

Samkvæmt kenningu Sigríðar Halldórsdóttur (2006) er hættu á því að hjúkrunarfræðingar sem ekki leggja rækt við sjálfa sig séu í hættu á að verða ekki færir um að sýna öðrum umhyggju og/eða hafa uppbyggjandi samskipti við skjólstæðinga sína. Í þeirri sömu kenningu er lögð áhersla á að hjúkrunarfræðingurinn verður að byrja á því að sýna sjálfum sér umhyggju og kærleik því ef hann gerir það þá getur hann sýnt skjólstæðingunum, aðstandendum þeirra og samstarfsfólki sínu það sama.

2.2 Hjúkrunarfræðingurinn

Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar. Virgina Henderson, einn helsti leiðtogi hjúkrunarfræðinga á síðustu öld, sagði að hjúkrun væri það að aðstoða einstakling, sjúkan eða heilan, við þær athafnir sem stuðla að heilsu hans eða bata sem hann myndi sjá um sjálfur hefði hann til þess þrek, vilja eða þekkingu og að gera það á þann hátt að hann verði sjálfbjarga eins fljótt og kostur er (Henderson, 1960).

Fagmennska er einn mikilvægasti kjarni í góðri hjúkrun og felur hún í sér gagnreynda þekkingu, samfellda íhugun, reynslu og ferli þroska sem hjúkrunarfræðingar ganga í gegnum í sínu starfi. Hún felur einnig í sér ábyrgð, traust, hæfni, öryggi, gæði og sjálfstæði í vinnubrögðum. Í daglegu starfi byggist fagmennska á árangursríkum samskiptum sem grundvallast á umhyggju, samhygð og virðingu fyrir skjólstæðingnum þar sem þarfir hans og þeirra sem standa honum næst eru ávallt hafðar að leiðarljósi (Sigríður Zoega, 2007).

Allir hjúkrunarfræðingar sem og aðrir heilbrigðisstarfsmenn búa yfir miklu valdi, spurningin er hvernig þeir beita því. Búa þeir yfir manngöfgi og umhyggju fyrir þeim sem þeir sinna, hvort sem það er sjúklingurinn sjálfur eða aðstandendur hans. (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Heilbrigðisstarfsmenn geta ekki gengið út frá því að sjúklingurinn og aðstandendur hans túlki reynslu sína á sama hátt og þeir sjálfir, og þurfa þess vegna að kynna sér sjónarhól sjúklingsins og aðstandenda hans til þess að geta veitt þá hjúkrun sem þarfnast hverju sinni (Kleinman, Eisenberg og Good, 1978).

Zaner (1985) segir það vera grundvallaratriði hjá heilbrigðisstarfsfólki að skilja það að sjúkdómar og slys skaði meira og minna sjálfsmynd, sjálfstæði og tengslamyndun sjúklingsins við annað fólk. Allar þær aðstæður sem einstaklingar og aðstandendur þeirra upplifa á sjúkrahúsum virðast gera þá næmari bæði á umhyggju og umhyggjuleysi (Benner, 1988). Það

er undir þeim kringumstæðum sem hjúkrunarfræðingar birtast sem lifandi persónur í þessum nýja heimi sjúklingsins og aðstandenda hans og geta ýmist styrkt þá eða brotið enn frekar niður (Sigríður Halldórsdóttir, 1990).

Samkvæmt siðareglum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (1997) er kjarni hjúkrunar umhyggja fyrir skjólstæðingum og virðing fyrir lífi hans og mannhelgi. Eitt af hlutverkum hjúkrunarfræðinga er að efla heilbrigði, bæta líðan og lina þjáningar. Siðareglur hjúkrunarfræðinga eru rammi í kringum fagmennsku stéttarinnar og ber hverjum og einum hjúkrunarfræðingi að þekkja þær og virða. Hjúkrunarfræðingar eru málsvarar skjólstæðinga sinna og aðstandenda þeirra. Það er einnig hlutverk hjúkrunarfræðinga að fá fjölskyldur þeirra til þess að huga að eigin heilsufari enda ber þeim siðferðsleg skylda til þess. Sýnt hefur verið fram á með kenningum og rannsóknum á sviði hjúkrunar að fjölskyldan hafi umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan einstaklinga innan hennar og þeir geta auk þess haft töluverð áhrif á veikindi innan fjölskyldunnar. Þessi rök ættu að vera hjúkrunarfræðingum ástæða og skylda til að líta á fjölskyldumiðaða umönnun sem ómissandi þátt í hjúkrun (Wright og Leahey, 2011).

Benner (1988) hefur bent á að sjúklingar laðist að umhyggju sem oft sé tjáð á annan hátt en það sem er venjubundið á sjúkrahúsum. Þess vegna sé umhyggju oft lýst sem það að gera undantekningar, og að einstaklingshæfa hjúkrunina sem kallað er í dag einstaklingsmiðuð hjúkrun. Í starfi hjúkrunarfræðinga er umhyggja þungamiðja hjúkrunar og verður ekki veitt nema í samskiptum þar sem sjúklingur og hjúkrunarfræðingur hafa áhrif á hvorn annan, báðir aðilar gefa og þiggja af hvor öðrum (Watson, 2007).

Bulechek og McCloskey (2000) skilgreina hjúkrunarmedferð þannig að í henni felist öll sú meðferð sem byggist á klínísku mati sem hjúkrunarfræðingur annast til að bæta ástand sjúklings og þeirra sem standa honum næst. Hjúkrunarmedferð felst hvort tveggja í beinni og óbeinni umönnun, umönnun sem miðast við einstaklinga, fjölskyldur og samfélagið í heild

sinni. Í hjúkrunarmeðferð ætti að leggja áherslu á hegðun hjúkrunarfræðingsins og viðbrögð fjölskyldunnar. Öll meðferð sem hjúkrunarfræðingar veita er gagnvirk, þ.e. ekkert er gert við sjúklinginn eða fyrir hann heldur með honum eða í samráði við aðstandendur. Fjölmörg hugtök eru notuð til að aðgreina og auðkenna meðferðarþátt hjúkrunar í grundvallaratriðum, þ.m.t. íhlutun, hjúkrun, meðferð, aðgerðir, starfsemi og breytingar í smáu og stóru (Bulechek og McCloskey, 1992, 2000). Í hjúkrunarstarfi og rannsóknum á fjölskyldum er oftast valið að nota hugtakið meðferð. Hugtakið meðferð hefur svo verið flokkað niður í aðra undirflokka sem kallast hjúkrunarmeðferðir (Nursing Intervention Classification, NIC) sem byggist á skýrslum hjúkrunarfræðinga um starf þeirra (Bulechek, Butcher og McCloskey, 2007).

Hjúkrunarfræðingar taka oft mismikinn þátt í umönnun aðstandenda í bráðatilfellum. Við þær aðstæður fá hjúkrunarfræðingar oft á tíðum lítinn undirbúning gagnvart því tilfinningalega álagi sem getur fylgt því að annast einstaklinga sem eru mikið veikir, slasaðir og/eða jafnvel deyjandi. Flestum sjúklingum fylgja einnig aðstandendur sem þarf að sinna, sýna umhyggju og upplýsa hvað sé í gangi hverju sinni því aðstandendurnir geta fundið fyrir varnarleysi við þessar óvæntu aðstæður sem þeim er kippt inn í og þeir þekkja ekki (Elín Margrét Hallgrímsdóttir, 2000). Áhyggjur og ruglingur varðandi það hvernig heilbrigðisstarfsfólk á að haga sér sem fagmanneskjur getur leitt til þess að margir fela kvíða sinn og tilfinningar varðandi erfiðar aðstæður sem það hefur lent í, bæði fyrir sjálfum sér og vinnufélögum (Sigríður Zoega, 2007).

Það að flytja slæmar fréttir getur tekið verulega á þann sem það gerir. Margar ástæður geta verið fyrir því, s.s. hræðsla við það að vera kennt um, hræðsla við það að vita ekki svörin við öllum þeim spurningum sem geta komið á móti slæmu fréttunum, eða hræðsla við að sýna sínar eigin tilfinningar (Buckman, 1984). Einnig getur það reynst heilbrigðisstarfsmönnum erfitt að flytja slæmar fréttir til aðstandenda við bráðatilfelli þar sem þeir þurfa bæði að vera að sinna sjúklingnum og að vera stuðningur fyrir aðstandendurna (Farrell, 1999). Oft á tíðum

sitja einstaka tilfelli eftir í huganum, eins og einn viðmælenda okkar minntist á, *að hún man alltaf eftir erfðu tilfellunum, hlutirnir sem hún man og fer jafnvel með heim og fer yfir í huganum hvort að það hefði verið eitthvað hægt að gera betur og annað* (N.N. munnleg heimild, 2014).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að það eru oftast læknar sem flytja slæmar fréttir hvort sem það er til sjúklingsins sjálfs eða til aðstandenda hans þar sem þeir greina sjúkdómana og áverkana eða þurfa að staðfesta andlát. Oft á tíðum eru hjúkrunarfræðingar viðstaddir slíkar fregnir og þurfa að sinna sálrænni hjúkrun og svara spurningum sem geta kviknað eftir að læknirinn fer (Walker, Bradburn og Macher, 1996). Hickey og Lewandowski (1988) segja að hjúkrunarfræðingurinn sé oft milligöngumaður á milli læknis og fjölskyldunnar. Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á að hjúkrunarfræðingar telja það vera lykilatriði að fá að vita nákvæmlega hvað læknirinn hafi sagt af því að það væru hjúkrunarfræðingarnir sem þyrftu að hugsa um fjölskylduna eftir á og hjálpa henni að glíma við þau viðbrögð sem geta fylgt því að fá slæmar fréttir (Jones, 1989).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að það sem hjúkrunarfræðingar hræðast hvað mest í samskiptum við aðstandendur sé að geta ekki svarað öllum þeim spurningum sem geta komið upp eftir að læknirinn er farinn. Í þannig aðstæðum geta hjúkrunarfræðingar oft á tíðum þurft að takast sjálfir á við sorg og sínar eigin tilfinningar. Þarna getur spilað inn í hvernig þeir eru undir það búnir að takast á við þessar aðstæður. Hafa þeir lent í einhverjum svipuðum aðstæðum áður? Ef svarið er já, hvernig tóku þeir þá á aðstæðunum sem upp komu? Engin tvö tilfelli eru eins og því erfitt að segja hvað og hvernig á að bregðast við hverju sinni (Svandís Íris Hálfðánardóttir, 1998). En við lærum af reynslunni og getum notað þekkingu okkar og reynslu til þess að gera betur næst þegar að við lendum í álíka aðstæðum.

Hjúkrunarfræðingar eiga samskipti við einstaklinga sem standa jafnvel frammi fyrir sinni verstu lífsreynslu. Hlutverk hjúkrunarfræðinga er ekki eingöngu að lina þjáningar og hjúkra þeim sem lækna. Starf þeirra getur líka falið í sér að valda sársauka, hjúkra deyjandi og eiga samskipti við syrgjendur. Þetta er hlutverk sem getur bæði verið krefjandi og gefandi. Þegar það er krefjandi þá geta hjúkrunarfræðingar þurft á stuðningi að halda þar sem andleg vanlíðan getur mögulega haft áhrif á frammistöðu þeirra í vinnu og getur því bitnað á krefjandi samskiptum hvort sem það er við sjúklinginn sjálfan eða aðstandendur hans (Vilhelm, Andersen, Viktora og Friis, 2010).

Til þess að geta annast einstaklinga og aðstandendur þeirra í bráðatilfellum á viðeigandi hátt verða hjúkrunarfræðingar að læra inn á sjálfa sig. Þeir þurfa að horfast í augu við sínar eigin tilfinningar varðandi aðstæðurnar og þróa með sér sína eigin sýn á þær. Mikilvægt er að reyna að skilja þessar tilfinningar og viðhorf sitt sem geta fylgt krefjandi aðstæðum, annars getur kvíði og afneitun háð þeim í starfi sínu. Einnig þarf að hafa í huga að áhrif í einkalífinu geta haft áhrif á frammistöðu í vinnu og verða hjúkrunarfræðingar að kunna að aðskilja þessi tvö hlutverk sín í lífinu. Fólk sem ekki tekst á við sínar tilfinningar og tekur vinnuna með sér heim getur fundið fyrir þirringi, reiði og óþolinmæði heima fyrir sem oft má rekja ómeðvitað til vinnunnar og getur þessi hegðun bitnað á fjölskyldunni. Það að taka vinnuna alltaf með sér heim, hafa hugan við ákveðinn sjúkling og fjölskyldu hans eða einhver ákveðin tilfelli getur reynt mjög á sálarlífið og þar af leiðandi haft bein áhrif á einkalífið. Með því að hugsa vel um sjálfa sig, rækta líkama og sál og vera ófeimnir við það að tjá tilfinningar sínar, geta hjúkrunarfræðingarnir reynt að sporna við þessum neikvæðu tilfinningum (Svandís Íris Hálfánardóttir, 1998).

Það má segja að hjúkrunarfræðingar sem standa frammi fyrir erfiðum aðstæðum sýni tvennslags viðbrögð þ.e. sem fagmaður sem grætur ekki og sýnir ekki neinar tilfinningar og hins vegar fagmaðurinn sem upplifir leiða og tárast en gerir það fjarri skjólstæðingum sínum

og aðstandendum þeirra. Það er ekkert óeðlilegt við það að gráta eða sýna önnur viðbrögð við neikvæðum tilfinningum. Allar tilfinningar hafa rétt á sér, fólk þarf bara að kunna að læra að vinna með þær (Svandís Íris Hálfánardóttir, 1998).

Hjúkrunarfræðingar geta fundið fyrir óþægilegri tilfinningu varðandi óvæntar og krefjandi aðstæður og jafnvel hræðst þær eða reyna að forðast þær. Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar telja sig skorta þekkingu og nauðsynlega færni til að takast á við erfiðar aðstæður, s.s. samskipti við aðstandendur þar sem þarf jafnvel að sinna bæði sjúklingnum og aðstandenum hans í einu (Davies og Oberle, 1990). Eins og einn viðmælandi okkar sagði *eitt það erfiðasta í samskiptum við aðstandendur er að sinna samskiptunum við aðstandendurnum um leið og maður er að sinna einstaklingnum. Þú ert kannski með mikið veikan einstakling en þarft samt að eyða miklum tíma í að styðja við aðstandendurnum líka, s.s. það er svo erfitt að vera í báðu í einu* (N.N. munnleg heimild, 2014).

Til þess að fyrirbyggja kulnun í starfi vegna uppsafnaðrar sorgar, óuppgerðra neikvæðra tilfinninga og streitu er mjög mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinga að skipuleggja frítíma sinn, taka sér reglulega frí, slaka á, hreyfa sig reglulega, borða hollan og góðan mat og sofa vel. Einnig er nauðsynlegt að þroska sjálfan sig persónulega og sinna þörfum fjölskyldunnar (Svandís Íris Hálfánardóttir, 1998).

Í rannsókn Guðríðar Egilsson, Ingveldar Ólafsdóttur og Rögnu Gústafsdóttur (2000) kemur fram að það geti skipt máli upp á vellíðan í vinnunni hvernig samskiptin á vinnustaðnum eru. Að starfa sem hjúkrunarfræðingur getur haft mismikil áhrif á andlega líðan og því skiptir miklu máli að það séu góð samskipti innan deildarinnar og að stuðningur komi frá öðrum samstarfsmönnum. Hjúkrunarfræðingar eins og aðrir heilbrigðisstarfsmenn eru bundnir ákveðnum þagnareið og mega því ekki ræða heima fyrir í hverju þeir hafa lent. Þar þurfa annað hvort að koma inn í fagaðilar eða aðrir samstarfsmenn sem hægt er að ræða málin við (Svandís Íris Hálfánardóttir, 1998).

Það að geta leitað til einhvers og talað og létt þannig á sér getur skipt sköpum. Oft á tíðum eru haldnir svokallaðir viðrunarfundir eftir erfið tilfelli, þar sem öllum sem komu að tilfellinu er gefið tækifæri á því að tjá sig og segja frá sinni líðan. Engum er þó skylt að tala frekar en hann vill. Þeir hjúkrunarfræðingar sem við ræddum við fannst mjög mikilvægt að geta talað við þá sem tóku þátt í atvikinu og létt þannig á sér. Þar er farið yfir hvað gerðist, hvað hefði mátt gera betur og þannig ná þeir að vinna úr sinni reynslu.

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi á bráðamóttökum hvað varðar hjúkrun fjölskyldna. Rannsóknir sem gerðar hafa verið erlendis á reynslu gjörgæslu- og bráðahjúkrunarfræðinga af umönnun fjölskyldna hafa leitt í ljós að hátt hlutfall þeirra telur sig ekki hafa næga þekkingu og reynslu til að sinna þörfum fjölskyldnanna. Þeir þættir sem hafa tilhneigingu til að draga úr hjúkrun fjölskyldna eru þekkingar-, leiðbeininga- og tímaskortur, óljós mörk ábyrgðar á fjölskyldum milli hjúkrunarfræðinga og lækna og einnig skortur á tilfinningalegum og faglegum stuðningi (Fox og Jeffrey, 1997).

Í rannsókn sinni, *Viðhorf og reynsla bráðahjúkrunarfræðinga af hjúkrun fjölskyldna alvarlega veikra eða slasaðra og bráðkvaddra*, sem Elín Margrét Hallgrímsdóttir (2000) gerði til að kanna viðhorf bráðahjúkrunarfræðinga, og reynslu þeirra af hjúkrun fjölskyldna alvarlegra veikra/slasaðra og fjölskyldna sem höfðu misst ástvin skyndilega. Þetta var lýsandi megindeleg rannsókn framkvæmd í Glasgow og var upplýsingunum safnað saman með spurningarlista. Þátttakendurnir voru valdir með þægindaúrtaki en í því voru allir hjúkrunarfræðingar á þremur fyrirfram ákveðnum bráðadeildum í Glasgow í Skotlandi. Niðurstöður hennar sýndu að 63% þátttakenda hennar töldu sig ekki hafa hlotið næga menntun til þess að sinna sálrænum og félagslegum þörfum fjölskyldna. Einnig kom það fram í niðurstöðunum í rannsókninni að hjúkrunarfræðingar telja sig bera ábyrgð á umönnun fjölskyldna þeirra sjúklinga sem eru í þeirra umsjá og styðja það með þeim rökum að mikilvægt væri fyrir sjúklinga að fjölskyldur þeirra nytu umönnunar.

2.3 Aðstandendur og hlutverk þeirra í ferlinu

Tækniframfarirnar sem hafa átt sér stað í læknávisindum undanfarna áratugi hafa gert það að verkum að fólk lifir lengur, lifir af mikil veikindi eða lífshættulega áverka og þessu fylgir sú staðreynd að ákvörðunartaka um meðferð og aðra þætti umönnunar færist oft yfir í hendur ættingja þegar sjúklingurinn er ekki fær um að taka þær sjálfur (O'Mahoney, 2005). Nauðsynlegt er að hjúkrunarfræðingar geri sér grein fyrir því að í bráðatilfellum þurfa aðstandendur upplýsingar, stuðning og hafa þörf fyrir að vera nálægt sjúklingnum (O'Mahoney, 2005) en muna þarf að vera yfirvegaður og útskýra fyrir þeim aðstæðurnar í eins einföldu máli og hægt er og forðast fagmál (Tsaloukidis, 2010). Eins þarf að fullvissa þau um að maður muni reyna eftir fremsta megni að koma til þeirra upplýsingum ef staðan breytist eitthvað (Tsaloukidis, 2010). Annað sem er að gerast í dag er að fjölskyldur eru að verða fjölbreyttari og fjölskyldumynstrið flóknara og því er enn meiri þörf fyrir gott upplýsingaflæði og góðan stuðning (Svavarsdóttir og Sigurðardóttir, 2006).

Áföll gera oftast ekki boð á undan sér og fá vinir og ættingjar ekki langan tíma til að undirbúa sig og takast á við erfiðleikana (O'Mahoney, 2005). Í rannsókn Hickman og Daly (2010), *Coping Style and Depressive Symptoms in Family Decision Makers of the Chronically Ill*, kom fram að hugsanlega má greina það í tvo flokka hvernig fólk tekst á við erfiðar fréttir, veikindi og áföll. Rannsóknin fór fram á fimm gjörgæsludeildum innan tveggja háskólasjúkrahúsa í miðvesturríkjum Bandaríkjanna og voru 210 aðstandendur sem taldir voru ákvörðunartökuaðilar eða FDM (*family decision maker*) í meðferð sjúklinga fengnir til þess að taka þátt í þessari rannsókn. Þátttakendur þurftu að vera yfir átján ára aldri, vera nánasti aðstandandi eða löglegur umráðamaður viðkomandi og eiga aðstandanda sem verið hafði í öndunarvél í meira en 72 klukkustundir. Fyrir utan það að svara spurningarlistum þurftu þátttakendur einnig að vera tilbúnir til þess að setjast niður með heilsuteymi og ræða

um reynslu sína á formlegan og óformlegan hátt á meðan á dvöl fjölskyldumeðlims þeirra á sjúkrahúsinu stóð.

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar er hægt að skipta aðstandendum gróflega í tvo flokka, fyrri hópurinn eru þeir sem sækjast eftir upplýsingum og vilja fylgjast með öllu (*monitoring*) þeir einstaklingar reyna að nálgast vandann, leita eftir eins miklum upplýsingum um ástand sjúklingins og þeir mögulega geta frá læknum, hjúkrunarfræðingum og deildarumhverfinu og reyna þannig að hafa eins mikla stjórn á aðstæðunum og þeir mögulega geta. Ef þessir einstaklingar upplifa upplýsingaflæðið sem ófullnægjandi getur það haft mikil áhrif á þeirra andlegu líðan, aukið streitu þeirra og jafnvel geta komið fram þunglyndiseinkenni. Þessi hópur er líklegri til að sýna streitu og vanlíðunareinkenni sem fylgja því að vera ákvörðunaraðili í meðferð annarra ef ófullnægjandi upplýsingaflæði er á milli heilbrigðisstarfsfólks og aðstandanda (Hickman og Daly, 2010).

Í hinn flokkinn falla þeir aðstandendur sem reyna eftir fremsta megni að komast hjá upplýsingum og reyna að leiða hjá sér óþægilegar staðreyndir (*blunting*). Það að reyna að þröngva inn á þá upplýsingum gæti reynst of mikið fyrir þeirra eigin sálrænu heilsu. Þessir einstaklingar geta einnig verið misskildir og taldir vera að forðast heilbrigðisstarfsmennina og sýna óvirka hegðun gagnvart ákvörðunartökuferlinu. Þó svo að erfiðar upplýsingar og ákvarðanir auki á streitu þessara einstaklinga er talið að þeir eigi auðveldara með að vinna sig út úr erfiðum tilfinningum um leið og áreitið hættir (Hickman og Daly, 2010).

Það er ekki auðvelt að taka að sér það hlutverk að vera sá sem tekur ákvarðanir fyrir hönd annars og þarf því að hlúa vel að þeim einstaklingum sem eru í því hlutverki því það getur eins og áður sagði valdið mikilli streitu og vanlíðan. Hugsanlegt er að ef aðstandandi fær ekki upplýsingar og aðstoð sem hæfir hans úrvinnsluferli þá muni geta hans til að taka meðvitaða og upplýsta ákvörðun um meðferð sjúklingsins minnka. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera vakandi fyrir því hvort viðkomandi sé í raun og veru hæfur til að taka að sér þetta

hlutverk, því eftirköstin geta verið mikill á þeirra eigin heilsu seinna meir (Hickman og Daly, 2010) en áföll geta haft varanleg áhrif á heilsu einstaklinga ef þeir byrgja inni tilfinningar og ná ekki að vinna úr áföllum, en mikilvægt er að aðstoða einstaklinga við að vinna úr og tala um erfiða lífsreynslu og þannig reyna að koma í veg fyrir varanlegan skaða sem fólk getur orðið fyrir (Svanhildur Þengilsdóttir, 2003).

The Vortex: Families' Experiences With Death In The Intensive Care Unit er eigindleg rannsókn sem Kirchhoff o.fl. framkvæmdu árið 2002. Skoðaðir voru aðstandendur sjúklinga sem voru yfir 55 ára og höfðu dáið á síðustu sex til átján mánuðum og var sá tímarammi settur til þess að nálgast ekki aðstandendurnar of snemma í sorgarferlinu en að minningarnar væru þeim enn ofarlega í minni. Gagna var aflað af átta gjörgæsludeildum á tveimur stórum háskólasjúkrahúsum í Utah í Bandaríkjunum. Þeir sem komu til greina sem þátttakendur voru aðstandendur sem voru eldri en átján ára, töluðu ensku, höfðu heimsótt sjúklinginn á gjörgæsludeildina og bjuggu í áttatíu kílómetra radíus frá sjúkrahúsunum. Aðeins var valinn einn aðstandandi fyrir hvern sjúkling til að taka þátt í rýnihópnum. Rýnihópurinn hittist á hlutlausum stað fjarri sjúkrahúsinu og voru samtölin um tveir til tveir og hálfur klukkutími á lengd. Af þeim 41 sem upphaflega var haft sambandi við voru átta sem samþykktu að taka þátt í rannsókninni og af þeim átta sem rætt var við sagðist aðeins einn hafa átt von á andláti sjúklingsins.

Aðstandendur sjúklinga sem þurfa á skyndilegri gjörgæslumeðferð að halda lýsa ferlinu sem þeir festast í sem nokkurs konar hringiðu (*vortex*). Þeir tala um óvissu varðandi ákvarðanir sem þau eru beðin um að taka varðandi meðferð og heilsu sjúklings, rekast á framandi tæki og heilbrigðistungumál, hröð umskipti eru á milli deilda og þeir telja sig ekki hafa stjórn á atburðarrásinni (Kirchhoff o.fl., 2002).

Í rannsókn Kirchoff o.fl. (2002) voru eftirfarandi þemu skilgreind:

Aðstandendurnir töluðu allir um óvissu (*uncertainty*) og virtist rót vandans vera togstreitan milli þeirrar miklu tæknivæðingar og framfara í nútíma heilbrigðisþjónustu og svo aftur þeirri skoðun að hver og einn eigi rétt til að deyja með reisu og að vilji sjúklings sé virtur. Óvissan stafaði því af því að þurfa að taka ákvarðanir um meðferð sjúklingsins, um hvort gera ætti aðgerðir og nota til hins ýtrasta lífslengjandi meðferðir sem í boði voru sem færu gegn skoðunum og vilja sjúklingsins sjálfs um slíkar meðferðir. Erfitt var að finna rétta meðalveginn í að veita bestu hugsanlegu meðferðina án þess að framkvæma óþarfa meðferðir.

Valþröng (*dilemma*) var annað þema sem tengist óvissunni mikið, en mörgum aðstandendum fannst mjög erfitt að taka ákvarðanir þegar kom að lífslengjandi meðferðum þegar þeir vissu að sjúklingurinn sjálfur hafði rætt og jafnvel skilið eftir sig skriflegar leiðbeiningar um hver hans vilji væri ef hann yrði alvarlega veikur og sæji fram á mikla skerðingu í framhaldinu. Mörgum fannst, þegar á hólminn var komið, mjög erfitt að fara eftir þeim leiðbeiningum þar sem þeir töldu hugsanlegt að hægt væri að bjarga lífi viðkomandi. Þeir töldu sig geta sætt sig við breyttar aðstæður og ástand sjúklingsins í framtíðinni en höfðu áhyggjur af því hver vilji sjúklingsins væri. Fram kom að jafnvel mánuðum eftir andlát sjúklingsins voru aðstandendur ennþá að reyna að vinna úr ákvörðunum sínum og velta fyrir sér hvort þeir hefðu í raun og veru tekið rétta ákvörðun. Áhyggjur af því að sjúklingurinn finndi fyrir verkjum, þjáðist, væri einangraður og að missa vonina of fljótt voru áhyggjuefni sem aðstandendurnir sögðust allir hafa fundið fyrir og áttu erfitt með.

Að standa vörð um og tryggja öryggi sjúklings (*responsibility to protect*) var eitthvað sem aðstandendurnir lýstu sem mikilli þörf fyrir að vera stöðugt hjá sjúklingnum og geta með því fylgst stöðugt með því sem verið var að gera fyrir sjúklinginn og koma í veg fyrir að eitthvað væri gert án þeirra samþykkis. Einn aðstandandi talaði sérstaklega um að eiga erfitt með að komast yfir samviskubit og reiði gangvart sjálfri sér fyrir að hugsanlega ekki hafa gert

allt sem í hennar valdi stóð til þess að skilja aðstæðurnar betur en þá taldi hún að hugsanlega hefði hún getað tekið aðrar og betri ákvarðanir. Hún hafði engan bakgrunn í heilbrigðisgeiranum og þurfti að leggja allt sitt traust í hendurnar á læknum og hjúkrunarfræðingum og treysta því að þau myndu taka bestu mögulegu ákvörðunina um meðferð sjúklingsins (Kirchhoff o.fl., 2002).

Að mati þátttakendanna voru það samskipti við heilbrigðisstarfsfólk sem gátu verið ein þeirra leiða til að aðstoða þá í sínu sorgarferli og sögðu þeir að margt af því sem þau ættu erfitt með að vinna úr væri einmitt skortur á eða lélegum samskiptum við starfsmennina. Fjöldi þeirra sem sá um sjúklinginn gat verið ruglandi og valdið þeim óöryggi svo og að vita ekki hvenær lækna væru viðstaddir til að svara spurningum og ræða málefni sjúklinganna. Þeir hjúkrunarfræðingar og lækna sem gáfu sér tíma til að tala við aðstandendurna og ræða við þá um ástand sjúklingsins voru vel metnir, drógu úr streitu og óvissu aðstandenda og stóðu upp úr þegar rætt var um umönnun og samskipti (Kirchhoff o.fl., 2002).

Í sumum tilfellum þessara átta einstaklinga voru þau sátt við þá ákvörðun sem á endanum var tekin um líflokameðferð sjúklinganna, en voru ennþá ósátt við það hvernig ákvörðunin hafði verið tekin eða hvernig þeim hafði verið tilkynnt um að búið væri að ákveða meðferðina. Það að hjúkrunarfræðingar og lækna sýni hlýju og einlægni og fullvissi aðstandendur um að verið sé að gera allt sem hægt er eykur öryggi og ánægju aðstandendanna með ákvarðanirnar sem teknar eru. Það var skoðun þátttakendanna að lækna eiga að vera þeir sem tilkynna og kynna meðferðina sem veita skal og því eykst áhættan fyrir ófullnægjandi samskiptum eftir því sem fleiri lækna og hjúkrunarfræðingar sinna sjúklingnum á meðan á dvöl hans stendur (Kirchhoff o.fl., 2002).

Aðstandendurnir töldu mjög mikilvægt að fá að kveðja, að geta talað til sjúklingsins og verið hjá honum undir lokin og fá einrúm eftir andlát til þess að vera með sjúklingnum. Þeir aðstandendur sem ekki fengu tækifæri til þess að kveðja almennilega áttu erfitt með að

líta til baka og rifja andlátið upp og sáu eftir töpuðu augnabliki, en þessi reynsla sat í þeim. Mikilvægt er því að hjúkrunarfræðingar sýni þessari þörf aðstandenda mikinn skilning og geri þeim kleift að njóta síðustu stundanna, víkja frá hefðbundum reglum um heimsóknartíma og jafnvel vera þeim innan handar inn á stofunni til að svara spurningum og aðstoða þá ef svo ber undir. Einnig er bent á að hugsanlega sé gott að hjúkrunarfræðingar nýti þær stundir sem sjúklingurinn er með einhverja meðvitund til þess að leyfa aðstandendum að kveðja áður en sterk lyf, sem hugsanlega hafa áhrif á meðvitundarástand, eru gefin (Kirchhoff o.fl., 2002).

Samkvæmt Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki og Tarkka (2004) virðast bæði hjúkrunarfræðingar og makar/aðstandendur óruggir þegar kemur að því að nálgast hvorn annan. Aðstandendur hafa áhyggjur af því að trufla hjúkrunarfræðingana við vinnu sína og gæti kvíði og streita hamlað þeim í að leita eftir og taka við aðstoð og ráðleggingum frá hjúkrunarfræðingnum. Hjúkrunarfræðingum finnst sumum erfitt að nálgast aðstandendur, vilja ekki trufla heimsóknartímana og missa þar með af góðu tækifæri til að eiga samræður við báða aðila samtímis.

Það getur reynst erfitt fyrir fjölskyldur að eiga við langvinn veikindi fjölskyldumeðlims og er mikilvægt að strax í upphafi þegar greining á sér stað að farið sé að huga að einhverskonar íhlutun til þess að aðstoða fjölskylduna við að takast á við breyttar aðstæður og auðvelda þeim að aðlagast (Svavarsdóttir og Sigurðardóttir, 2006). Mikilvægt er að hafa í huga að ekki eru allar fjölskyldur eins, og sumar gætu reynst lokaðar á meðan aðrar eiga auðvelt með að tjá tilfinningar og reynslu sína. Eins skiptir máli að hjúkrunarfræðingurinn nái að mynda traust meðferðarsamband við fjölskylduna og miði hverja íhlutun við einstaka fjölskyldur þar sem sama formið hentar ekki öllum (Svavarsdóttir og Sigurðardóttir, 2006). En það að líta á sjúklinginn og fjölskyldu hans sem eina heild sem sinna þarf og vinna með gæti reynst mjög góð leið til að passa upp á velferð allra og verið lykill að góðri samvinnu (Rantanen, o.fl., 2004).

2.4 Sálræn líðan og úrvinnsla

Vinnutengd streita er orðin að einu algengasta heilbrigðisvandamáli vinnustaða almennt og getur haft áhrif bæði á einstaka starfsmenn og vinnustaðinn í heild. Talið er að á Íslandi séu allt að 27% einstaklinga sem búa við of mikla streitu sem rekja má til vinnu og telja 42% Íslendinga að þeir hafi of mikið að gera í vinnunni. Fólk sem þjáist af mikilli streitu getur fundið fyrir vanlíðan, einbeitingaleysi, þreytu, svefntruflunum, verkkvíða og ónógri getu til þess að slaka á, en undir þessum kringumstæðum eykst hættan á slysum (Vinnueftirlit ríkisins, 2005). Streita hefur einnig verið tengd við háþrýsting, hjartasjúkdóma, ofþyngd, þunglyndi og stoðkerfisvandamál (McNeely, 2005). Talið er að allt að fjórðungur allra veikindafjarvista sem vara lengur en tvær vikur megi rekja til mikils andlegs álags, en mikil og langvarandi streita veikir ónæmiskerfi líkamans og þar með getu líkamans til þess að vinna á sýkingum og öðrum veikindum. Streita hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn heldur getur hún einnig haft áhrif á vinnustaðinn sjálfan með auknum fjarvistum, hærri starfsmannaveltu og minni framleiðni en talið er að streita dragi úr þjóðarframleiðslu Evrópulanda um 5-10% árlega (Vinnueftirlit ríkisins, 2005).

Vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga getur oft á tíðum verið mjög streituvaldandi (McVicar, 2003) en þrátt fyrir það virðast íslenskir hjúkrunarfræðingar almennt vera ánægðir með starf sitt, telja inntak starfsins mikilvægt og að árangur og mikilvægi þess sem þeir geri í starfi vegi þyngra en erfiðir vinnudagar (Sigrún Gunnarsdóttir, 2006).

Rannsóknir á líðan hjúkrunarfræðinga í starfi eru mikilvægar en lítið hefur verið gert af þeim hér á Íslandi, hinsvegar í rannsókn sem Hallfríður Eysteinsdóttir og Hermann Óskarsson framkvæmdu hér á landi árið 2009 voru 410 starfsmenn (hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og aðstoðarfólk) á fjórtán hjúkrunardeildum beðnir um að svara spurningum sem snéru að starfsánægju og líðan í starfi. Þar kom fram að níu af hverjum tíu voru yfir höfuð ánægðir í starfi og töldu að starf sitt væri metið að verðleikum, og virtist skipta töluverðu máli

að einstaklingurinn teldi sjálfur að hann stæði sig vel í starfi og að hann finndi fyrir viðurkenningu frá skjólstæðingnum fyrir vel unnin störf. Af þeim sem tóku þátt í rannsókninni höfðu fáir þurft að taka út veikindadaga vegna atvika tengdum vinnu (Hallfríður Eysteinsdóttir, Hermann Óskarsson og Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013). Rannsóknir sýna einnig að íslenskir hjúkrunarfræðingar lýsa meiri starfsánægju en aðrir hjúkrunarfræðingar í Evrópu og Bandaríkjunum og sýna einnig færri einkenni kulnunar í starfi (Sigrún Gunnarsdóttir, 2006).

Þekking og reynsla hjúkrunarfræðinga er mikil og starfsumhverfið er í stöðugri og hraðri þróun og mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar sinni eigin heilsu hvort sem er líkamleg eða andleg (Sigrún Gunnarsdóttir, 2010). Einnig er mikilvægt að hafa gott læsi á eigin heilsu og færni til þess að efla hana þar sem það tengist beint getunni til þess að hugsa um aðra einstaklinga og efla þeirra heilsu. En með aukinni sjálfsþekkingu og trú á eigin getu erum við líklegri til þess að geta aðstoðað aðra (Kendall, 1998). Heilsulæsi er mikilvægur eiginleiki sem hjúkrunarfræðingar ættu að þróa með sér, en með heilsulæsi er átt við hæfileikann til þess að sækja sér og leita eftir upplýsingum sem eiga við í hvert skipti og eins að geta nýtt þær upplýsingar sem best til að efla eigin sjálf og heilsu (Nutbeam, 2008).

Í rannsókn Kravits, McAllister-Black, Garnt og Krik (2010), *Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout*, var bent á mikilvægi þess að skilja þær andlegu afleiðingar sem starf hjúkrunarfræðingsins getur haft á hann og að beina þurfi sjónum að þeim hluta starfsins svo hægt sé að finna leiðir til þess að fylgjast betur með andlegri líðan hjúkrunarfræðinga. Markmiðið var að kenna þeim leiðir til að draga úr streitu og vanlíðan og hvetja hjúkrunarfræðingana til að tileinka sér þessar leiðir sem hluta af sínum dagsdaglegu venjum. Rannsóknin var gerð í suður-Kaliforníu á heilðrænni krabbameinsmiðstöð. Hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt voru flestar nýútskrifaðar og voru að hefja störf á þessari miðstöð, einnig voru reyndari

hjúkrunarfræðingar fengnir til að taka þátt svo og nemar sem lokið höfðu öðru ári í hjúkrunarfræðinámi. Þátttakendur fengu senda tilkynningu heim þar sem þeim var boðið að taka þátt. Rannsóknin var í formi námskeiðs sem haldið var nokkrum sinnum á rannsóknartímabilinu og stóð hvert námskeið í sex klukkustundir, en einungis þurftu þátttakendur að mæta á eitt þeirra námskeiða. Þar var farið yfir til dæmis slökun, ýmsa tjáningu í gegnum myndir og list og gerð persónulegs heilsu- og vellíðunar skipulags (*personalized wellness plan*), en það átti að hjálpa þátttakendunum að sjá fyrir sér og skapa sér betri sjálfshjálp og lífsstíl. Það kom rannsakendum á óvart hversu opnir hjúkrunarfræðingarnir voru þegar unnið var með persónuleg markmið við gerð heilsu- og vellíðunar skipulagsins. Það voru fimm þættir sem hægt var að skrá markmið undir en það voru líkamlegt, tilfinningalegt, trúarlegt/andlegt, vitsmunalegt og félagslegt en sá þáttur sem flestar markmiðssetningarnar áttu við voru í tilfinningarlega hlutanum og komu svör á borð við „ég vil vera rólegri og minna reið“ og „ég er sterk, heilbrigð og vil umvefja mig fólki sem ég á í jákvæðu sambandi við“. Í líkamlega þættinum vildu margir leggja stund á yoga, hjólréiðar og hlaup, en í trúarlega/andlega þættinum voru kirkjusókn, bænir og sjálfsskoðun það sem flestir skrifuðu. Í heildina voru þátttakendur mjög ánægðir með námskeiðin og bentu á tónlistarmedferð sem áhugaverða aukaviðbót við námskeiðið, en óskað var eftir lengri tíma ætluðum til skipulags á markmiðum heilsu- og vellíðunar skipulagsins (Kravits, McAllister-Black, Grant og Kirk, 2010).

Samband er á milli þess þegar hjúkrunarfræðingar sýna einkenni mikillar langvarandi streitu og kulnunar, og þess að þeir upplifa lélega umönnun skjólstæðinga á sinni deild, starfsánægja þeirra minnkar og aukin hætta er á að þeir missi af lífshótandi einkennum skjólstæðinga sinna (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, og Silber, 2002; Birkmeyer, Dimick og Birkmeyer, 2004). Mikilvægt er því að hafa í huga að fylgjast þarf vel með samstarfsfólki sínu og standa vel við bakið á hvort öðru þar sem hjúkrunarfræðingar sem eru orðnir mjög

þreyttir og undir miklum streituáhrifum eru hugsanlega ekki í stakk búnir til þess að sinna sjúklingum og gætu gert meira ógagn en gagn (Laschinger og Leiter, 2006). Það að minnka streitu í sínu daglega lífi ætti að skipta einstaklinginn jafn miklu máli og hvar hann ákveður að vinna, búa og hversu há laun hann fær (McNeely, 2005). Það hvernig okkur tekst að vinna á streitu er að miklu leyti sambland milli þess hver skilningur okkar er af þeim kröfum sem gerðar eru til okkar, og skilnings okkar á eigin hæfileikum til þess að takast á við og mæta þeim kröfum. Ósamræmi milli þessara tveggja hluta getur hækkað streitupróskuldinn og valdið streitu einkennum (Clancy og McVicar, 2002).

Það að hugsa um eigið sjálf og sín eigin gildi byggir góðan grunn til þess að takast á við streitu, en orð flugfreyja um heim allan eiga vel við, „setjið fyrst súrefnisgrímuna á ykkur sjálf áður en þið reynið að aðstoða aðra“. Mælt er með að hver og einn finni úrræði sem hjálpa þeim að draga úr eigin streitu, að þessi úrræði séu notuð reglulega og að viðkomandi sé vanur að nota þau þegar á reynir. Mælt er með að halda sér sem næst kjörþyngd, hreyfa sig og hugsa vel um líkamlega heilsu, ef taka þarf inn lyf reglulega er um að gera að athuga hvort lyf og lyfjainntaka geti hugsanlega orðið fyrir einhverjum áfhrifum vegna vaktavinnu. Einnig er mælt með því að vera duglegri að prófa nýjar slökunarmedferðir og finna út hvað það er sem hentar best hverjum og einum. En það að hugsa um sjálfan sig á ekki einungis við um líkamann, það að hafa stuðning og félagsskap af samstarfsfélögum sínum er einnig mikilvægt sem og að þekkja sín takmörk, vita hvenær maður þarf að neita aukavaktinni vegna mikillar vinnu og þreytu án þess að finnast maður vera að bregðast vinnunni. Þegar hjúkrunarfræðingar sinna ekki sínum eigin þörfum eftir erfið og alvarleg tilfelli þá eykst áhættan á streitu, kulnun og vanlíðan (AMN Healthcare education services, 2012).

Í samtölum okkar við hjúkrunarfræðingana spurðum við þær hver þeirra leið væri til þess að vinna á streitu sem upp kæmi vegna vinnu þeirra. Voru svörin á marga vegu, *þær voru í kór, fóru í kirkju til að hlusta á fallega tónlist og syngja með, ganga heim eftir erfiða vakt til*

þess að hreinsa hugann, eru duglegar að tala saman á vaktinni og sitja viðrunarfundi þegar upp koma erfið mál, stunda líkamsrækt og reyna að halda vinnu og einkalífi eins aðskildu og hægt væri (N.N. munnleg heimild, 2014).

Félag bandarískra hjúkrunarfræðinga (*American Nurses Association/ANA*) setti af stað heilsuáttak og vitundarvakningu á meðal hjúkrunarfræðinga í félaginu sem kallað var HealthyNurse og átti að hvetja hjúkrunarfræðinga til að huga betur að heilsunni, bæði andlegri og líkamlegri. Vill félagið meina að fyrir utan augljóslegan ávinning fyrir hjúkrunarfræðinginn sem persónu að þá hafi þetta snjóboltaáhrif út í samfélagið, að hraustur hjúkrunarfræðingur sé fyrirmynd fjölskyldu sinnar, vina, samstarfsfélaga, sjúklinga og samfélagsins í heild (*American Nurse Assosiation, 2014*). Félagið býður hjúkrunarfræðingum upp á að taka þátt í heilsumati, að gerast áskrifendur af heilsuráðum, og að haldnar séu kynningar um hreyfingu, matarræði og mikilvægi streitustjórnunar og hvíldar (*American Nurse Assosiation, 2013*).

Við erum fyrst og fremst við sem einstaklingar og það að vera hjúkrunarfræðingur er einungis partur af okkar margbrotna persónuleika. Til þess að okkur líði vel í lífi, leik og vinnu þá getur verið gott fyrir okkur að hafa þessa fimm punkta í huga dagsdaglega:

Vertu í sambandi, haltu góðum tengslum við fólkið í kringum þig, hvort sem það eru vinir, fjölskylda, samstarfsfólk eða nágrennar. Sterk tengsl við fjölskyldu og vini gefa okkur þá tilfinningu að við séum ekki ein, að við höfum stuðning og tilheyrum einhverju. Góð tengsl gefa okkur tækifæri til þess að ræða erfið mál og njóta tilfinningalegs stuðnings (*National Health Service, 2013a*).

Hreyfðu þig, en það þýðir ekki að þú þurfir að eyða heilu klukkustundunum í líkamsræktinni. Göngutúr, hjólræði, eða fótboltaleikur með vinunum auka vellíðan og bæta þol og líkamlegt ástand. Við teljum oft að hugur og líkami séu tveir ólíkir hlutir sem ekki vinni saman en svo fer fjarri, regluleg hreyfing getur haft frábær áhrif fyrir þitt andlega

ástand. Finndu þá hreyfingu sem hentar þér og sem þér finnst skemmtileg og gerðu þá hreyfingu hluta af þínu lífi (National Health Service, 2014a).

Haltu áfram að læra, en það að leitast ávallt eftir því að læra meira og auka færni þína gefur þér aukið sjálfstraust, heldur þér á tánum og heldur huganum skörpum. Farðu á matreiðslunámskeiðið sem þú ert búin að vera að hugsa um, skelltu þér á tungmálanámskeið eða lærðu hvernig á að laga hjólið þitt sjálfur. Hvað sem fyrir valinu verður mun það efla sjálfstraust þitt, víkka sjóndeildarhringinn og þú kynnist nýju fólki (National Health Service, 2013b)

Gefðu til annarra, það þarf ekki að vera mikið. Spurðu samstarfsfélaga þinn hvernig hann hafi það og virkilega hlustaðu á svarið. Hrósaðu fyrir vel unnin verk, þakkaðu fyrir þig, aðstoðaðu einstaklinginn sem á erfitt með að bera innkaupapokana og skipulegðu skemmtilegan dag fyrir fjölskyldu eða vini. Við finnum tilgang og ánægju þegar okkur hefur tekist að gleðja aðra (National Health Service, 2013c).

Taktu eftir, og vertu meðvitaður um það sem er að gerast innra með þér og í kringum þig. Það er svo auðvelt að gleyma sér í önnum dagsins, missa sig út í streitu og áhyggjur yfir öllu sem þarf að gera og því er mikilvægt að þjálf sig í að vera meðvitaður (*mindfulness*), hlusta á líkamann þegar hann er þreyttur og hvíla sig, og muna eftir því að stoppa af og til og njóta augnabliksins. Yoga, hugleiðsla og tai-chi æfingar eru allt góðar aðferðir til þess að æfa sig í að róa hugann og hlusta á innra sjálfið og með tímanum gæti okkur tekist að stjórna betur neikvæðum niðurbjótandi hugsunum og hvernig við tökumst á við streitu í okkar daglega lífi (National Health Service, 2014b).

Orð Ralph Marston (e.d.) eiga því vel við, „Hvíldu þig þegar þú finnur til þreytu. Endurnýjaðu þig sjálfann, líkama þinn, hug þinn og sálu þína. Mættu svo aftur til vinnu“.

2.5 Kennsla í samskiptum í námi

Áhrifarík samskipti eru mikilvægur hlekkur innan hjúkrunar en því miður virðist oft vanta upp á samskiptagetu hjúkrunarfræðinga í starfi þeirra með sjúklingum og öðrum samstarfsmönnum (Mullan og Kothe, 2010), en tengsl eru á milli samskiptagetu hjúkrunarfræðinga og ánægju skjólstæðinga, meðferðarhaldni þeirra og jafnvel bata (Chant, Jenkinson, Randle og Russell, 2002). Rannsóknir benda til þess að ófullnægjandi kennslu í samskiptatækni sé um að kenna (Chant o.fl., 2002; McConkey, Morris og Purcell, 1999; Suikkala og Leino-Kilpi, 2005) en miklu máli skiptir hvernig staðið er að kennslu í samskiptatækni (Parry, 2008) og er bókleg og fræðileg kennsla, ein og sér, talinn ófullnægjandi þegar kemur að því að byggja upp góðann grunn í samskiptatækni (Fellowes, Wilkinson og Moore, 2004). Ekki er nóg að stóla eingöngu á þá þjálfun sem hjúkrunarfræðingar/-nemar ná sér í með því að vinna, sú þjálfun ein og sér telst ófullnægjandi ef ætlunin er að ná góðu valdi í samskiptatækni (Humphris, 2002).

Þann 28. desember 1978 var United Airlines flug 173 á leið frá New York til Oregon með 189 manneskjur um borð, áfhöfnin sem flaug vélinni var mönnum einstaklingum sem allir höfðu mikla reynslu af flugi og voru þeir því vel til þess fallnir að takast á við vandamál sem upp komu. Þegar kom að landingu í Oregon kom upp vandamál með landingarbúnað vélarinnar og þurfti hún því að taka aukahringi yfir Oregon á meðan flugmennirnir reyndu að finna lausn á vandamálinu. Vélin brotlenti svo skömmu síðar og tíu manns létu lífið. Þegar farið var að rannsaka slysið og flugritana kom í ljós að ekki var um vélarbilun að ræða sem sökudólg heldur hafði flugstjórinn orðið svo upptekinn af vandamálinu með landingarbúnað vélarinnar að hann hunsaði viðvörðunarljós vélarinnar um að vélin væri að verða eldsneytislau og fyrirskipaði að fljúga ætti einn aukahring í viðbót þó svo að eldsneytið myndi ekki duga. Hann hunsaði einnig viðvaranir hinna sem flugu með honum, þrátt fyrir að þeir gerðu sér grein fyrir vandamálinu, en á þessum tíma þótti ekki við hæfi að aðstoðarflugmenn drægu

ákvarðanir flugstjórans í efa. Þetta slys var ekki einsdæmi og höfðu fleiri flug brotlent vegna lélegra samskipta flugmanna árin áður (National Transportation Safety Board, 1979; Wikipedia, 2014).

Þetta slys varð til þess að samgöngunefnd Bandaríkjanna (*National Transportation Safety Board*) setti strax í gang samstarf með geimvísindastofnun Bandaríkjanna (*NASA*), en þeir höfðu lengi notað flughermi sem þjálfaði geimfara í samskiptum og samvinnu undir erfiðum kringumstæðum, og vildi samgöngunefndin setja flugmenn sína í svipað þjálfunarferli. Þetta þjálfunarferli nefndist *Crew Resource Management (CRM)* og átti að þjálfa flugmenn í betri samskiptum og sameiginlegri úrvinnslu vandamála. Það hófst árið 1981 og breiddist hratt út um allan heim og er í dag orðið fastur punktur í þjálfun flugmanna um allan heim (National Transportation Safety Board, 1979; Helmreich, Merritt og Wilhelm, 1999).

CRM þjálfunarferlið hefur nú dreift sér víðar innan annarra starfsgreina og innan hjúkrunarfræðinnar voru það svæfingarhjúkrunarfræðingar á níunda áratugnum sem voru fyrstir til að nýta sér þessa þekkingu og bjuggu til sitt eigið kerfi byggt á CRM (McConaughy, 2008). Síðan þá hafa til að mynda skurðhjúkrunarfræðingar og bráðahjúkrunarfræðingar einnig tekið þetta kerfi upp hjá sér (Pizzi, Goldfarb og Nash, 2001).

Síðustu ár hefur orðið mikil þróun í verklegri kennslu hjúkrunarfræðinema og endurmenntun reynslumeiri hjúkrunarfræðinga með tilkomu fullkominna kennsluherma sem auka raunveruleikagildi kennslunnar mikið. Hins vegar eru þessir kennsluhermar að langmestu leyti notaðir til þess að auka færni nemenda í verklegum vinnubrögðum og hafa fáir skólar, ef einhverjir, notað þessa herma til þess að æfa samskiptahæfileika nemendanna (Kutzin, 2010). Verklegar æfingar og notkun kennsluherma er góð aðferð til þess að tengja betur saman bóklega kennslu og þá verklegu þætti sem hjúkrunarfræðingar þurfa að tileinka sér og nota í vinnu sinni (Bligh og Bleakley, 2006).

Að fullnýta þessa kennsluherma og verklegar æfingar með því að bæta við öflugri kennslu í samskiptum myndi efla nemendur til muna og hjálpa þeim í aðlögunarferlinu frá námi yfir í raunveruleikann að námi loknu. Það myndi ef til vill auka sjálfstraust þeirra í erfiðum aðstæðum og í samskiptum við samstarfsmenn, yfirmenn (Kutzin, 2010) og vonandi skjólstæðinga og aðstandendur.

Í samtölum okkar við fjóra hjúkrunarfræðinga spurðum við út í hvort þeir minntust þess að erfið samskipti hefðu verið kennd sérstaklega í þeirra námi og sögðu þrjár *nei, en ein rifjar upp kennslu í samskiptum við krabbameinssjúklinga og þau erfiðu samskipti sem þar geta átt sér stað en taldi að það hefði ekki undirbúið hana nóg fyrir þau samskipti sem hún ætti á bráðasviði. Allar töldu þær sig hafa verið illa undir það búnar að eiga erfið samskipti við sjúklinga og aðstandendur eftir útskrift úr námi* (N.N. munnleg heimild, 2014).

Eins og staðan er í dag þá leggja skólar mesta áherslu á bóklega námið á námsárunum og skilja stóran part af verklegri kennslu eftir handa stofnununum sem taka við nemum í klínísku námi. Aðaláhersla er lögð á einstaklinginn og þá þekkingu og færni sem hann tileinkar sér í stað þess að leggja meiri áherslu á teymisvinnu og hæfileika hans til þess að vinna í teymi í klíníska heiminum. Oft er svo misbrestur á því að lögð sé áhersla á að hjúkrunarfræðingar haldi áfram að efla sig sem starfsmann að námi loknu (Gaba, 2004).

Hvort sem verið er að tala um kennslu verklegra þátta eða góða samskiptatækni með aðstoð kennsluherma þá er staðan auðvitað alls ekki svo einföld að hægt sé að setja inn eitt stykki kennsluhermi í námsskrá hjúkrunarfræðinema og halda að þar með sé vandinn leystur. Heilbrigðisþjónusta er ekki eins og að fljúga flugvél sem hönnuð er til þess að gera fyrirfram ákveðna hluti, heilbrigðisþjónustan sinnir síbreytilegri flóru skjólstæðinga og ómögulegt er að undirbúa hjúkrunarfræðinga framtíðarinnar fyrir allar aðstæður sem upp geta komið (Gaba, 2004).

Umönnun skjólstæðinga samanstandur af flóknu samspili mannlegrar samhygðar og tengingar sem ekki er unnt að kenna með kennsluhermum og því þarf að útfæra vel samansetta námskrá þar sem reynt er að nýta það besta í báðum kennsluaðferðum (Gaba, 2004).

2.6 Stutt samantekt

Skyndileg innlögð sjúklings á bráðamóttöku hefur margvísleg áhrif, ekki bara á sjúklinginn sjálfan heldur einnig á fjölskyldu hans. Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar og nota þeir nær stanslaust einhverskonar form samskipta í vinnu sinni, þeir sinna sjúklingnum og aðstandendum hans, eiga í samskiptum við samstarfsfélaga sína, yfirmenn og fleiri. Þessi miklu samskipti sem hjúkrunarfræðingar eiga dagsdaglega í vinnu sinni geta oft á tíðum verið flókin (Andersson, 2013). Algengt er að hjúkrunarfræðingar telji sig eiga erfitt með að átta sig á hvernig best sé að haga samskiptum við aðstandendur í bráðatilfellum. Þarfir aðstandenda eru fjölþættar og aldrei er hægt að mæta þeim öllum. Með nýjum einstaklingum kemur nýtt sjónarhorn í samskiptum þó svo að verklegi hlutinn sé alltaf eins (Elísabet Hjörleifsdóttir, 1998).

Því miður virðist þó oft vanta upp á samskiptagetu hjúkrunarfræðinga við sjúklinga, aðstandendur þeirra og við aðra samstarfsmenn (Mullan og Kothe, 2010) og rannsóknir benda til þess að ófullnægjandi kennslu í samskiptatækni sé um að kenna (Chant o.fl., 2002; McConkey, Morris og Purcell, 1999; Suikkala og Leino-Kilpi, 2005). Miklu máli skiptir hvernig staðið er að kennslu í samskiptatækni (Perry, 2008) og er bókleg og fræðileg kennsla, ein og sér, talinn ófullnægjandi þegar kemur að því að byggja upp góðann grunn í samskiptatækni (Fellowes, Wilkinson og Moore, 2004).

Eins og staðan er í dag þá leggja skólar mesta áherslu á bóklega námið á námsárunum og skilja stóran part af verklegri kennslu eftir handa stofnununum sem taka við nemum í

klínísku námi. Aðaláhersla er lögð á einstaklinginn og þá þekkingu og færni sem hann tileinkar sér í stað þess að leggja meiri áherslu á teymisvinnu og hæfileika hans til þess að vinna í teymi í klíníska heiminum (Gaba, 2004).

Vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga getur oft á tíðum verið mjög streituvaldandi (McVicar, 2003) en lítið hefur verið gert af rannsóknum á líðan hjúkrunarfræðinga hér á landi og er því verðugt efni til þess að skoða betur. Hjúkrunarfræðingar verða að vera meðvitaðir um þá áhættu sem þeir eru í tengda vinnu sinni og þurfa að vera vakandi fyrir einkennum streitu og vera á varðbergi og tilbúnir til þess að takast á við sínar eigin tilningar til að sporna við kulnun í starfi (Svandís Íris Hálfðánardóttir, 1998). Það að minnka streitu í sínu daglega lífi ætti að skipta einstaklinginn jafn miklu máli og hvar hann ákveður að vinna, búa og hversu há laun hann fær (McNeely, 2005).

Það hvernig okkur tekst að vinna á streitu er að miklu leyti sambland milli þess hver skilningur okkar er af þeim kröfum sem gerðar eru til okkar, og skilnings okkar á eigin hæfileikum til þess að takast á við og mæta þeim kröfum. Ósamræmi milli þessara tveggja hluta getur hækkað streitupröskuldinn og valdið streitu einkennum (Clancy og McVicar, 2002).

Kafli 3 - Umræður

Höfundar telja sig ekki hafa fengið nægjanlega kennslu í samskiptatækni í krefjandi aðstæðum við aðstandendur í því hjúkrunarfræðinámi sem nú er að ljúka. Tilgangur þessarar heimildasamantektar var því að skoða samskipti í hjúkrun og þá sérstaklega samskipti hjúkrunarfræðinga við aðstandendur í erfiðum aðstæðum. Einnig skoðuðu höfundar hvaða áhrif þessi samskipti gætu haft á líðan hjúkrunarfræðinga og hvort að þessi samskipti væru eitthvað sem lærist með tímanum eða væru alltaf jafn erfið.

Hjúkrunarfræðingar virðast vera mjög meðvitaðir um þau miklu og oft á tíðum flóknu samskipti sem þeir eiga við skjólstæðinga sína dagsdaglega og hvaða áhrif þessi samskipti geta haft á meðferðarsambandið (Andersson, 2013). Hjúkrunarfræðingar eru fagstétt og því fylgir sú ábyrgð að þjóðfélagið í heild gerir þá kröfu að þeir séu vel menntaðir, upplýstir og þekki vel til þeirra málaflokka sem tengjast hjúkrun. Ef hjúkrunarfræðingar upplifa óöryggi og áhyggjur sem fagmenn getur það leitt til þess að þeir reyni að fela kvíða sinn og tilfinningar varðandi erfiðar aðstæður sem þeir hafa lent í, bæði fyrir sjálfum sér og vinnufélögum (Sigríður Zoega, 2007). Slík hegðun gæti mögulega komið niður á umönnun skjólstæðinganna þar sem teymisvinna er talin hornsteinn þess að veita góða hjúkrun við krefjandi aðstæður og þurfa samskipti starfsfólks að vera skýr og samstarfið milli þeirra náðið (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm og Radbruch, 2007; Waldrop og Kirkendall, 2009).

Umönnun deyjandi, mikið veikra og/eða slasaðra krefst mikillar umönnunar og getur því hjúkrunarfræðingurinn orðið mjög tengdur skjólstæðingnum og fjölskyldu hans. Þau samskipti sem eiga sér stað undir þessum kringumstæðum geta oft á tíðum verið erfið fyrir báða aðila en aðstandendur leita oft til hjúkrunarfræðinga þegar kemur að spurningum varðandi meðferð og batahorfur. Það sem helst virðist valda hjúkrunarfræðingum erfiðleikum í samskiptum við aðstandendur í erfiðum aðstæðum er óöryggi og hræðslan við að geta ekki svarað þeim spurningum sem aðstandendur hafa um ástand og meðferð skjólstæðingsins

(Wilkinson, 1991; May, 1993; Hanson, 1994; Elísabet Hjörleifsdóttir, 1996; Svandís Íris Hálfánardóttir, 1998; Hjörleifsdóttir og Carter, 2000). Til að mynda kom fram í rannsókn Gilberts (2004) svar frá einum hjúkrunarfræðing um að betra væri að flýja aðstæðurnar og spurningar aðstandenda í stað þess að viðurkenna takmörk sín og geta ekki svarað spurningunum. Hugsanlegt er að lítil þjálfun, reynsluleysi og ungur aldur hjúkrunarfræðinga spili hlutverk í þessi óöryggi í erfiðum aðstæðum (Hjörleifsdóttir og Carter, 2000; Gilbert, 2004) og vilja hjúkrunarfræðingar sjálfir fá meiri kennslu og þjálfun í erfiðum samskiptum og samskiptum við aðstandendur (Wilkinson, 1991; May, 1993; Hanson, 1994; Elísabet Hjörleifsdóttir, 1996; Hjörleifsdóttir og Carter, 2000).

Í rannsókn Kirchhoff o.fl. (2002) kom hins vegar í ljós að samskipti við heilbrigðisstarfsfólk gat verið ein þeirra leiða til að aðstoða aðstandendur í sínu sorgarferli en þeir töldu að eitt af því sem þeir ættu erfitt með að vinna úr væri skortur á eða lélegum samskiptum við starfsmenn. Þeir hjúkrunarfræðingar og læknafræðingar sem gáfu sér tíma til að tala við og svara spurningum aðstandendanna voru vel metnir, drógu úr streitu og óvissu aðstandenda og stóðu upp úr þegar rætt var um umönnun og samskipti.

Þörf aðstandenda að standa vörð um öryggi sjúklingsins og fylgjast stöðugt með því sem verið er að gera getur einnig aukið á álag hjúkrunarfræðinga, þar sem þeir eru stanslaust undir smásjá aðstandenda sem vilja bestu mögulegu umönnun fyrir þann sjúka, það að leggja allt sitt traust í hendur lækna og hjúkrunarfræðinga getur reynst aðstandendum mjög erfitt (Kirchhoff o.fl., 2002). Áhugavert var að sjá að svo virðist sem óöryggi gagnvart hjúkrunarfræðingum er eitthvað sem aðstandendur finna einnig fyrir. Í rannsókn Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki og Tarkka (2004) kemur fram að aðstandendur hafa áhyggjur af því að trufla hjúkrunarfræðingana við vinnu sína og gæti kvíði og streita hamlað þeim í að leita eftir og taka við aðstoð og ráðleggingum frá hjúkrunarfræðingnum.

Höfundar vilja því hvetja hjúkrunarfræðinga til þess að nálgast aðstandendur sem fyrst í ferlinu, brjóta ísinn og leggja mikinn metnað í það samband sem byggja þarf upp við aðstandendur, sýna að þeir séu til staðar, spyrja hvort eitthvað sé hægt að gera fyrir þá og benda á að alltaf megi hafa samband við hjúkrunarfræðingana á vakt ef vakna upp spurningar. Ef hjúkrunarfræðingur er óöruggur og fær spurningu sem hann ekki getur svarað er hluti af okkar fagmennsku að geta viðurkennt að vita ekki svarið, fagmennska er að segja „ég veit það því miður ekki, en ég skal athuga málið og láta þig vita“.

Við gerð þessarar heimildarsamantektar varð höfundum ljóst að skortur er á undirbúningi í hjúkrunarfræðináminu í samskiptatækni og þá sérstaklega í tengslum við erfið samskipti og samskipti við aðstandendur. Slík samskipti eru ekki tekin sérstaklega fyrir í kennslu og oft á tíðum er nemendum haldið frá slíku í klínísku námi og þá sérstaklega þegar ræða á erfið tilfelli við skjólstæðingana eða færa þeim erfiðar fréttir (Gaba, 2004; Dickinson, Clark og Sque, 2008). Auðvitað eru þessi samskipti mjög viðkvæm og erfið fyrir alla en höfundar telja ekki rétt að nemum á þriðja og fjórða ári sé haldið frá samskiptum þar sem nauðsynlegt er fyrir þá að fá að taka þátt í slíkum samskiptum til þess að þeir fái að upplifa og læra af slíkum samskiptum áður en þeir þurfa að taka þá ábyrgð einir.

Eins og staðan er í dag þá leggja skólar mesta áherslu á bóklega námið á námsárunum og skilja stóran part af verklegri kennslu eftir handa stofnununum sem taka við nemum í klínísku námi. Í bóklegu hjúkrunarfræðinámi er kennt um samskipti og mikilvægi þeirra til að byggja upp gott og árangursríkt meðferðarsamband við skjólstæðinga en það sem höfundum og samnemendum hefur fundist vanta er kennsla, þjálfun og undirbúningur í samskiptum í erfiðum aðstæðum, svo og verkleg þjálfun þegar að upp koma krefjandi samskipti hvort sem það er við skjólstæðinginn eða aðstandendur hans. Einnig kom það greinilega í ljós í viðtölunum sem tekin voru fyrir þessa ritgerð að eftir útskrift þá finnst hjúkrunarfræðingum

þeir ekki nógu vel undirbúnir til þess að takast á við samskipti við aðstandendur (N.N. munnleg heimild, 2014).

Höfundar sjá fyrir sér að hægt væri að nýta svipað fyrirkomulag og læknadeild Háskóla Íslands notar. Þar er kennd samskiptafræði á fyrsta og öðru ári þar sem farið er í færni í sjúklingamiðuðum samskiptum. Þar fer kennslan fram í formi umræðutíma og verklegra samtalsæfinga (Háskóli Íslands, e.d.). Einnig eru fengnir leiklistarnemar til þess að leika sjúklinga. Þeir koma inn með fyrirfram ákveðið handrit sem læknaneminn hefur ekki haft aðgang að og er þetta gert til þess að sjá hvernig neminn ber sig að í samskiptum sínum við skjólstæðinga (MD Katrín Ólafsdóttir munnleg heimild, 2014).

Eins myndu höfundar vilja sjá kennsluhermi nýttan hér í verklegri kennslu hjúkrunarfræðinema við Háskólann á Akureyri (Kutzin, 2010). Þrátt fyrir að kaup á slíkum hermi hafi í för með sér mikinn kostnað telja höfundar að ávinningurinn af slíkum hermi komi vel til móts við hann og skili hjúkrunarfræðinemunum betur undir það búna að takast á við starfið, auki getu nemenda til þess að greina og meta sjúkdómseinkenni, efla teymisvinnu og samskipti milli nemenda og samstarfsfólks.

Þó svo að samskipti séu hugsanlega eitthvað sem lærist með tímanum og auknum starfsaldri þá er fólk jafn misjafnt og það er margt og virðast sumir vera með meiri meðfædda samskiptahæfileika og eiga því auðveldara með að læra samskipti en aðrir (Hargie, Saunders og Dickson, 1989). Með auknum aldri, sjálfsþroska og starfsreynslu eflist þó alltaf hjúkrunarfræðingurinn og getur með tímanum lært að takast betur á við þau atvik sem upp koma í hans starfi.

Kafli 4 - Lokaorð

Við heimildarleit og lestur á rannsóknum sem gerðar hafa verið um viðfangsefnið komu í ljós vísbendingar um að mikilvægt sé að efla betur kennslu, fræðslu og undirbúning hjúkrunarnema og hjúkrunarfræðinga til þess að takast á við og sinna aðstandendum við erfiðar aðstæður svo draga megi úr hugsanlegum neikvæðum viðhorfum, hræðslu þeirra gagnvart þessum aðstæðum og til þess að reyna að draga úr neikvæðum tilfinningum og minnka þannig líkurnar á því að heilbrigðisstarfsfólk brenni út tilfinningalega í starfi. Streita hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn heldur getur hún haft áhrif á allan vinnustaðinn í heild.

Miðað við hvað þetta viðfangsefni hefur lítið verið rannsakað telja höfundar að þetta sé verðugt verkefni til áframhaldandi rannsókna vegna þess hve stór partur af starfinu felst í samskiptum og þeirra miklu áhrifa sem þau geta haft á hjúkrunarfræðinga og gæði þeirrar hjúkrunar sem þeir veita skjólstæðingum sínum og aðstandendum þeirra.

Samskipti við aðstandendur eru oft á tíðum órjúfanlegur partur af umönnun skjólstæðinganna. Í bráðatilfellum þarf að hafa í huga að þeir eru einnig undir miklu álagi og hættan á erfiðleikum í samskiptum er því meiri en undir venjulegum kringumstæðum.

Hjúkrun er síbreytilegt og margþætt starf og aldrei mun vera unnt að kenna nemendum allt sem þarf til þess að sinna þessu starfi innan veggja skólans en gaman verður að fylgjast með þeirri þróun sem á sér stað í hjúkrunarfræðináminu og vonandi í nánustu framtíð mun verkleg kennsla verðra öflugri, yfirgripsmeiri og skila þannig hjúkrunarfræðinemunum betur undir það búna að axla þá ábyrgð sem fylgir því að vera hjúkrunarfræðingur.

Heimildir

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. og Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987
- Al-Qurainy, R., Collis, E. og Feuer, D. (2009). Dying in an acute hospital setting: The challenges and solutions. *International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 508-515.
- American Nurse Assosiation. (2013). *A Healthy Nurse: Better Self Care, Better Patient Care*. Sótt af: <https://www.youtube.com/watch?v=kggTuLcjxiA>
- American Nurse Assosiation. (2014). *HealthyNurse*. Sótt af: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse>
- AMN Healthcare Education Services. (2012). *Stress Relief for the Healthcare Professional*. Sótt af: http://www.rn.com/getpdf.php/1880.pdf?Main_Session=cb5982a5ded7dd25c1e35a43e0fbea5c
- Andersson, L. (2013). *Why Communication in the Nursing Profession is Important?* Sótt af: <http://www.nursetogether.com/why-communication-in-the-nursing-profession-is-important>
- Bach, S. og Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. Exeter: Learning Matters Ltd.
- Benedikt Sigurðsson. (2012). *Mannleg samskipti Benni Sig og menn fólksins!* Þingeyri: Vestfirska forlagið.
- Benner, P. (1988). The primacy of caring: A commentary. *American Journal of Nursing*, 88(3), 319.
- Birkmeyer, J.D., Dimick, J.B. og Birkmeyer, N.J.O. (2004). Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes? *Journal of the American College of Surgeons*, 198(4), 626-632. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2003.11.017

-
- Bligh, J. og Bleakley, A. (2006). Distributing menus to hungry learners: Can learning by simulation become simulation of learning? *Medical Teacher*, 28(7), 606-613.
doi:10.1080/01421590601042335
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Bulechek, G.M., Butcher, H. og McCloskey D.J. (2007). *Nursing interventions classification (NIC)* (5. útgáfa) New York: Elsevier.
- Bulechek, G. M. og McCloskey, J.C. (ritstj.) (1992). *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bulechek, G.M. og McCloskey, J.C. (2000). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
- Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J. og Russell, G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 12-21.
doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00553.x
- Clancy, J. og McVicar, A. (2002). Stress. *Physiology and Anatomy: A Homeostatic Approach* (2. útgáfa) (bls. 611-633). London: Arnold.
- Davies, B. og Oberle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 87-93.
- Dickinson, G. E., Clark, D. og Sque, M. (2008). Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. *Nurse Education Today*, 28(2), 163-170.
- Elín Margrét Hallgrímsdóttir. (2000). Viðhorf og reynsla bráðahjúkrunarfræðinga af hjúkrun fjölskyldna alvarlega veikra eða slasaðra og bráðkvaddra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 76(4), 199-205.

-
- Elísabet Hjörleifsdóttir. (1996). *Samskipti við fjölskyldur mikið veikra og deyjandi krabbameinssjúklinga*. Óbirt Rannsóknarskýrsla.
- Elísabet Hjörleifsdóttir. (1998). Samskipti við aðstandendur. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 74(3), 144-148.
- Farrell, M. (1999). The challenge of breaking bad news. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 101-110.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. og Moore, P. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. (1997). *Siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Fox, S. og Jeffrey, J. (1997). The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses perspective. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 17-23.
- Gaba, D.M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality & Safety in Health Care*, 13(1), 2-10. doi: 10.1136/gshc.2004.009878
- Gilbert, D. A. (2004). Coordination in nurses' listening activities and communication about patient-nurse relationships. *Research in Nursing & Health*, 27(6), 447-457.
- Guðríður Egilsson, Ingveldur Ólafsdóttir og Ragna Gústafsdóttir. (2000). *Á Bráðavaktinni, reynsla hjúkrunarfræðinga af því að starfa á Slysa-og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur*. Óbirt B.Sc. ritgerð: Háskóli Íslands, Heilbrigðisdeild.
- Hagstofa Íslands. (2013). *Dánir eftir sveitafélögum, kyni og aldri 1981-2012*. Sótt af: <http://hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Faaddir-og-danir>
- Hallfríður Eysteinsdóttir, Hermann Óskarsson og Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2013). Heilbrigðisstarfsfólk hjúkrunardeilda á landsbyggðinni: Viðhorf til stjórnunar og líðan í starfi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(3), 48-56.

-
- Hanson, E. (1994). An exploration of the taken for granted world of the cancer nurse in relation to stress and the person with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 12-20.
- Hargie, O., Saunders, C. og Dickson, D. (1989). *Social skills in interpersonal communication* (2. útgáfa). London: Routledge.
- Háskóli Íslands. (e.d.). *Læknisfræði*. Sótt af: https://ugla.hi.is/kennsluskra/index.php?tab=nam&chapter=namsleid&id=820074_20146&kennsluar=2014
- Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. London: ICN.
- Helen Sif Sigurðardóttir. (2011). *Líkamstjaniing/Svipbrigði*. Sótt af: http://fugl.is/skynjun_tulkun_tjaniing/vefur/3-tjaniing/likamstjaniing/
- Helmreich, R.L., Merritt, A.C. og Wilhelm, J. A. (1999). The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *International Journal of Aviation Psychology*, 9(1), 19-32.
- Hickey, M. og Lewandowski, L. (1988). Critical care nurses' role with families: A descriptive study. *Heart & Lung*, 17(6), 670-676.
- Hickman, R. J. og Daly, B. J. (2010). Coping style and depressive symptoms in family decision makers of the chronically critically ill. *Am J Crit Care*, 19(5), 410-420.
doi: 10.4037/ajcc2010354
- Hjörleifsdóttir, E. og Carter, D.E. (2000). Communicating with terminally ill cancer patients and their families. *Nurse Education Today*, 20(8), 646-653.
- Humphris, G.M. (2002). Communication skills knowledge, understanding and OSCE performance in medical trainees: a multivariate prospective study using structural equation modelling. *Medical Education*, 36(9), 842-852.
doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01295.x
- Jones, E.A. (1989). Nursing patients having cancer surgery. Í D. Borley, (ritstj.). *Oncology for nurses and health care professionals* (2. útgáfa), 1-37. London: Harper & Row.

-
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. og Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21, 347-354.
- Kendall, S. (ritstjóri). (1998). *Health and Empowerment. Research and Practice*. London: Arnold
- Kirchhoff, K.T., Walker, L., Hutton, A., Spuhler, V., Cole, B.V. og Clemmer, T. (2002). The Vortex: Families' Experiences With Death In The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 11(3), 200-209.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. og Good, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M. og Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, 130-138. doi: 10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Kristín Björnsdóttir. (2003). Hugmyndafræðilegar stefnur í hjúkrun. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 79(2), 10-19.
- Kutzin, J.M. (2010). *Communication and Teamwork Focused Simulation-Based Education for Nursing Students*. Sótt af: http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=nursing_dnp_capstone
- Laschinger, H.K.S. og Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Lög um réttindi sjúklinga nr 74/1997. (2000). Sótt af: <http://www.velferdarraduneyti.is/media/Skyrslur/Rettindi.pdf>

-
- Maria, M., Pavlos, S., Kiriaki, S., Tatiana, S., Kostantinia, K., Eleni, M. og Eleni, T. (2011). Greek nurses attitudes towards death. *Global Journal of Health Science*, 3(1), 224-230.
- Marston, R. (e.d.). *Rest when you're weary. Refresh and renew yourself, your body, your mind, your spirit. Then get back to work.* Sótt af: <http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/r/ralphmarst132647.html>
- May, C. (1993). Disclosure of terminal prognosis in a general hospital: The nurse's view. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1362-1368.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
- McConaughy, E. (2008). Crew Resource Management in Healthcare: The Evolution of Teamwork Training and MedTeams. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(2), 96-104. doi: 10.1097/01.JPN.0000319095.59673.6c
- McConkey, R., Morris, L. og Purcell, M. (1999). Communications between staff and adults with intellectual disabilities in naturally occurring settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 194-205.
- McNeely, E. (2005). The consequences of job-stress for nurses' health: Time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53(6), 291-299. doi: 10.1016/j.outlook.2005.10.001
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Mullan, B.A og Kothe, E.J. (2010). Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*, 10, 374-378.
doi: 10.1016/j.nepr.2010.05.007
- Mörður Árnason (Ritstj.). (2002). *Íslensk orðabók*, (3. útgáfa). Reykjavík: Edda útgáfa hf.

National Health Service (NHS). (2013a). *Connect for mental wellbeing*. Sótt af:

[http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/
Pages/connect-for-mental-wellbeing.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/connect-for-mental-wellbeing.aspx)

National Health Service (NHS). (2013b). *Learn for mental wellbeing*. Sótt af:

[http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/
Pages/learn-for-mental-wellbeing.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/learn-for-mental-wellbeing.aspx)

National Health Service (NHS). (2013c). *Give for mental wellbeing*. Sótt af:

[http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/
Pages/give-for-mental-wellbeing.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/give-for-mental-wellbeing.aspx)

National Health Service (NHS). (2014a). *Get active for mental wellbeing*. Sótt af:

[http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/
Pages/mental-benefits-of-exercise.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/mental-benefits-of-exercise.aspx)

National Health Service (NHS). (2014b). *Awareness for mental wellbeing*. Sótt af:

<http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/mindfulness.aspx>

National Transportation Safety Board. (1979). *Aircraft Accident Report - United Airlines,*

Inc., McDonnell-Douglas DC-8-61, N8082U, Portland, Oregon, December 28, 1978.

Report no. NTSB-BBR-79-7. Sótt af: [http://libraryonline.erau.edu/online-full-text/ntsb/
aircraft-accident-reports/AAR79-07.pdf](http://libraryonline.erau.edu/online-full-text/ntsb/aircraft-accident-reports/AAR79-07.pdf)

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine,*

67(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050

O'Mahoney, C. (2005). Widening the dimensions of care. *Emergency Nurse, 13*(4), 18-24.

doi: 10.7748/en2005.07.13.4.18.c1189

-
- Parry, R. (2008). Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 186-195.
doi: 10.1016/j.pec.2008.05.029
- Pizzi, L., Goldfarb, N.I. og Nash, D.B. (2001). *Chapter 44. Crew Resource Management and its Applications in Medicine*. Sótt af: <http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap44.htm>
- Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. og Tarkka, M-T. (2004). Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 158-166.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-36.
- Sheldon, L.K., Barrett, R. og Ellington, L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-147.
- Sigríður Halldórsdóttir. (1990). Umhyggjuleysi í hjúkrun – frá sjónarhóli sjúklinga. *Tímarit Fhh*, 7(1), 28-31.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Efling eða niðurbrot: Kenning um samskiptarhætti og áhrif þeirra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 78(3), 10-16.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2006). Hjúkrun sem fagleg umhyggja: Kynning á hjúkrunarkenningu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1(1), 2-11.
- Sigríður Zoega. (2007). Fagmennska í hjúkrun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(5), 32-33.
- Sigrún Gunnarsdóttir. (2006). *Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing*. Reykjavík: Rannsóknarstofa í hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands.

Sigrún Gunnarsdóttir. (2010). Lífsgæði hjúkrunarfræðinga og tækifæri til heilsuefningar.

Tímarit hjúkrunarfræðinga, 86(5), 24-27.

Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9. útgáfa)

St. Louis: C.V. Mosby Company.

Suikkala, A. og Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing student-patient relationship: Experiences of students and patients. *Nurse Education Today*, 25(5), 344-354.

Svandís Íris Hálfðánardóttir. (1998). Sorg hjúkrunarfólks.

Tímarit hjúkrunarfræðinga, 74(1), 29-30.

Svanhildur Þengilsdóttir. (2003). Sálræn skyndihjálp: Umhyggja - snerting - virk hlustun

heiðarleiki – einlægni - návist – þolinmæði. *Tímarit íslenskra*

hjúkrunarfræðinga, 79(1), 30-31. Sótt af: <http://eldri.hjukrun.is/>

lisalib/getfile.aspx?itemid=267

Svavarsdóttir, E. K., og Sigurdardóttir, A. O. (2006). Developing a family-level intervention for families of children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 983-990.

doi:10.1188/06.ONF.983-990

Tsaloukidis, N. (2010). Treating ICU patients of final stage and dealing with their family. *Health Science Journal*, 4(3), 136-141.

Vilhelm, B., Andersen, N.M., Viktora, K.I. og Friis, A.M. (2010). *Hvidbog om mentalt*

helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det Nationale

Forskningscenter For Arbejds miljø og Arbejdstilsynet.

Vinnueftirlit Ríkisins. (2005). *Streita og líðan*. Sótt af: <http://www.heilsuefning.is/>

[heilsuefning.is/radleggingar_um_heilsuefningu/streita_og_andleg_lidan/](http://www.heilsuefning.is/radleggingar_um_heilsuefningu/streita_og_andleg_lidan/)

Waldrop, D.P. og Kirkendall, A.M. (2009). Comfort measures: A qualitative study of

nursing home-based end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 719-724.

Walker, G., Bradburn, J. og Macher, J. (1996). *Breaking Bad News*.

London: King's Fund Publishing.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences
carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing
practice. *Texto Contexto-Enfermagem*, 16(1), 129-135.

Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients.

Journal of Advanced Nursing, 16, 677-688.

Wikipedia. (2014). *United Airlines Flight 173*. Sótt af: <http://en.wikipedia.org/>

[wiki/United_Airlines_Flight_173](http://en.wikipedia.org/wiki/United_Airlines_Flight_173)

Wright, L.M. og Leahey, M. (2011). *Hjúkrun og fjölskyldur* (Anna María Hilmarsdóttir og
Þórunn M. Lárusdóttir þýddu). Reykjavík: Háskólaútgáfan. (Upphaflega gefin út
1984).

Zaner, R.M. (1985). „How the hell did I get there?“. Reflections on being a patient. Í A.H.

Bishop and J.R. Scudder Jr. (ritstj.), *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient
relationships*. Alabama: The University of Alabama Press.