

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



Nöfn þeirra, sem á myndinni, eru: Efri röð: Arna Skúladóttir, Auður Ragnarsdóttir og Elísabet Konráðsdóttir. Neðri röð: dr. Nancy J., Moules, dr. Janice M. Bell og dr. Lorraine M. Wright.

Undanfarin ár hefur umræða um fjölskylduhjúkrun aukist og hafa íslenskir hjúkrunarfræðingar tekið þátt í þeirri umræðu. Höfundar þessarar greinar hafa allir starfað í áratugi við barnahjúkrun. Á þeim tíma hafa orðið miklar breytingar á þátttöku foreldra í umönnun veikra barna. Árið 1975 var heimsóknartími foreldra á barnadeildum 2 klukkustundir á dag en nú líta allir á sólarhringsviðveru foreldra sem sjálfsagðan hlut. Við höfum séð og horft upp á hvað þessi breyting tók oft á og hvað það var erfitt að breyta venjum á skipulagi og hefðum í daglegu starfi. Í dag er umræðan um hlutverk og samstarf við foreldra í öllu ferlinu talin bæði nauðsynleg og eðlileg, bæði innan sjúkrahúss og utan. Margar rannsóknir hafa sýnt mikilvægi samstarfs heilbrigðisstarfsmanna, ekki síst við foreldra langveikra barna því í þeirra tilviki eru það vissulega foreldrarnir sem eru sérfræðingar í líðan og umönnun barna sinna (Ray, 2002). Heilbrigðisstarfsfólk er orðið meðvitaðra en áður var um áhrif hinna ýmsu heilbrigðisvandamála á fjölskylduna. Þekkt eru áhrif svefnvandamála barna á líðan systkina og foreldra og áhrif geðröskunar fullorðinna á líðan maka og barna.

Höfundar hafa allir kynnst hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar bæði í námi og starfi en ekki fundist hún gagnast nægilega í daglegri vinnu. Töluverð umræða hefur verið innan Landspítala

- háskólasjúkrahúss um fjölskylduhjúkrun og á Barnaspítalanum er vaxandi áhugi á að vinna að aukinni samvinnu við fjölskyldur. Til að vera betur í stakk búinir til að sinna því verkefni tóku höfundar greinarinnar þátt í tveggja daga námskeiði um Calgary-fjölskyldulíkanið og í framhaldi af því sjöundu alþjóðlegu fjölskylduráðstefnunni í Viktoríu í Bresku Kólumbíu í Kanada í byrjun sumars 2005. Vonuðumst við til að koma heim með reynslu annarra í pokahorninu og bættu þekkingu á því hvernig við getum unnið að aukinni fjölskylduhjúkrun á okkar vinnustað. Greinin er skrifuð á hótélherbergi í kvöldhúmi eftir áhrifaríka og kröftuga kynningu á hugmyndum um fjölskyldur, vanlíðan og veikindi. Á námskeiðinu kynntu hjúkrunarfræðingarnir dr. Lorraine Wright, dr. Janice Bell og dr. Nancy Moules hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar sem kennd er við Calgaryháskóla í Kanada.

Í Calgary-fjölskyldulíkaninu er lögð áhersla á að heilbrigðisstarfsmenn geri sér grein fyrir áhrifum veikinda á fjölskyldur og mikilvægi þess að tekið sé tillit til þeirra í heilbrigðisþjónustu (Wright og Leahey, 2005).

Á ráðstefnunni kynntu ýmsir fræðimenn rannsóknir sínar tengdar fjölskylduhjúkrun. Það vakti athygli okkar að á meðal ráðstefnugesta voru fáir almennir hjúkrunarfræðingar, en við teljum að hugmyndir um fjölskylduhjúkrun falli vel að klínískri hjúkrun. Getur verið að þessi hugmyndafræði sé lítt kynnt eða jafnvel misskilin þannig að þetta höfði ekki til þeirra sem vinna við beina hjúkrun? Er hugsanlegt að of mikil áhersla hafi verið lögð á vægi formlegra viðtala í fræðslu um fjölskylduhjúkrun, eða að hún sé álitin einhvers konar viðbótarmeðferð við þá hjúkrun sem veitt er nú þegar? Að okkar mati felst fjölskylduhjúkrun í áherslubreytingu á þeirri þjónustu eða meðferð sem hjúkrunarfræðingar veita nú þegar. Tilgangur þessarar greinar er að vekja frekari umræður um fjölskylduhjúkrun meðal hjúkrunarfræðinga.

Aukin ábyrgð lögð á ættingja

Undanfarin ár hafa umræður um þörf fyrir meiri skilvirkni innan heilbrigðiskerfisins vaxið. Vegna framfara í heilbrigðisþjónustu og styttingu legutíma á sjúkrahúsum hefur fjölskyldan þurft að sinna ýmsum verkefnum sem heilbrigðiskerfið gerði áður og því hefur ábyrgð á umönnun sjúklinga færst meira til ættingjanna. Rannsóknir hafa sýnt að þegar einhver veikist eða þarf að kljást við heilbrigðisvandamál snertir það ekki einungis þann veika heldur hefur það áhrif á alla fjölskylduna (Wright og Leahey, 2005; Ray, 2002; Marga Thome og Arna Skúladóttir, 2005). Ekki er víst að sá veiki hafi mestar áhyggjur af veikindum sínum. Það hafa höfundar greinarinnar séð í starfi sínu við barnahjúkrun. Samkvæmt íslenskri rannsókn á líðan mæðra, sem áttu barn með sykursýki, fannst þeim þær alltaf vera á vakt og höfðu sífellt áhyggjur af því að barnið fengi krampa vegna blóðsykursfalls (Auður Ragnarsdóttir, Elísabet Konráðsdóttir og Hildur Sveinbjörnsdóttir, 2000). Annað hugsanlegt dæmi er af fjölskylduföður sem hefur lokið meðferð vegna krabbameins, honum líður sjálfum vel en konan hans er sífellt hrædd um að sjúkdómurinn taki sig upp aftur.

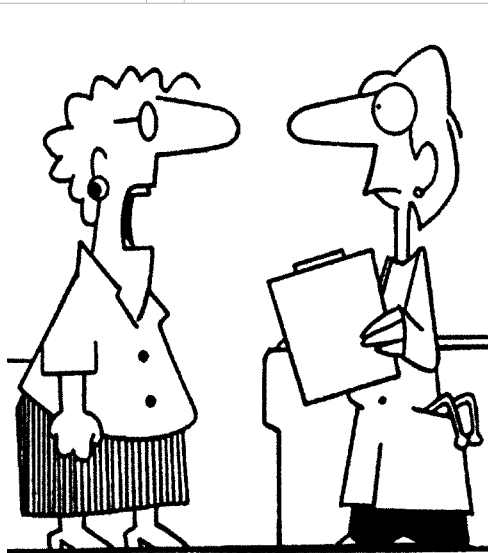
Venjan hefur verið sú að sá veiki er innritaður á sjúkrahús og hann fær þjónustuna en fjölskyldan er gestkomandi og jafnvel áhorfandi. Oft og tíðum eru aðstandendur ekkert spurðir út í líðan sína eða hafðir með í ráðum varðandi ákvarðanir sem jafnvel snerta þá beint, eins og skipulag og tímasetningar á heimferðum. Við hjúkrunarfræðingar sinum oft starfi okkar af mikilli forræðishyggju og teljum okkur vita hvað skjólstæðinum okkar er fyrir bestu (Wright og Leahey, 2005). Í fjölskylduhjúkrun er reynt að vinna í samstarfi við sjúklingana og aðstandendur þeirra þannig að tillit sé tekið til viðhorfa sem flestra.

Viðhorf og áhrif þeirra á veikindi

Hjúkrun byggist meðal annars á sérþekkingu á viðfangsefninu og virðingu fyrir viðhorfum

skjólstæðinga. Viðhorf (beliefs) eru talin hafa mikil áhrif á hegðun og viðbrögð fólks þegar það veikist eða upp koma heilbrigðisvandamál (Wright og Leahey, 2005). Í fjölskylduhjúkrun er mikil áhersla lögð á einstaklingsmun á viðhorfum og hvernig viðhorf hafa áhrif á hegðun okkar og skynjun á því sem hendir okkur, til dæmis veikindi. Hjúkrunarfræðingar og skjólstæðingar þeirra geta haft mismundandi viðhorf til þess hvenær ákveðnar aðstæður eða líðan er slæm eða þarfnast meðferðar. Ekkert eitt viðhorf er rétt heldur þurfum við að skoða viðhorf hvers og eins með opnum huga. Við þurfum að spyrja skjólstæðinga okkar hvernig vandamálið, sem þeir leita aðstoðar út af, kemur þeim fyrir sjónir því þeirra sjónarmið getur verið annað en okkar. Hvað vill fjölskyldan fá aðstoð við og til hvers ætlast hún? Eru áherslur fjölskyldunnar þær sömu og okkar? Sem dæmi um það eru foreldrar sem leita sér aðstoðar vegna mikilla svefnvandamála hjá

eins árs gömlu barni sínu. Engar líkamlegar orsakir hafa fundist þrátt fyrir miklar rannsóknir og margar heimsóknir til lækna. Aðaláhyggjuefni foreldranna er samt það að líkamleg veikindi eða verkir valdi svefnvandamálum barnsins. Við þurfum að virða þessar áhyggjur foreldranna þrátt fyrir að við séum sannfærð um að rót vandans sé önnur en líkamleg. Eingöngu með samræðum er hægt að vinna úr ólíkum viðhorfum. Oftast eiga skjólstæðingur og hjúkrunarfræðingur eitthvað sameiginlegt sem hægt er að vinna úr. Ekki er alltaf nauðsynlegt að taka á málum af mikilli hörku, hægt er að bæta ástandið mikið með því að laga tímasetningarnar á



Er nóg að skipta um gleraugu til að breyta viðhorfum? - Það má reyna.

svefni barnsins. Draga má úr næturdrykkju vegna þess að næturdrykkja getur haft áhrif á matarlyst barnsins á daginn ásamt því að viðhalda því að barnið vakni oft. Einnig er hægt að endurskoða hvernig barnið er svæft, mikil streita er fólgin í því að dansa með það um húsið þegar það er svæft og hægt er að draga úr þessu áreiti þrátt fyrir að barnið sofni áfram í fangi foreldra. Við þurfum ekki að vera sammála um allt en með samtölum við skjólstæðinga okkar komumst við að því hvaða sameiginlegu markmið hægt er að vinna úr.

Viðhorf okkar hefur áhrif á hvernig til tekst í þessari vinnu, eins og hvernig við metum líðan fólks og hvernig við bregðumst við kvörtunum, t.d. vegna verkja. Hér áður fyrr var það almennt viðhorf að fyrirburar fyndu ekki til. Viðhorfsbreyting er greinileg. Undanfarið hafa verið gerðar fjölmargar rannsóknir á

árangri verkjameðferðar hjá fyrirburum og veikum nýburum (Rakel Jónsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir, 2003). Við hjúkrunarfræðingar þurfum að gæta þess að setja okkur ekki í dómarasæti um það hvort ein gerð þjáningar eða vanlíðanar sé verri en önnur. Sýnt hefur verið fram á að mun betur er hugsað um einkenameðferð, t.d. verkjameðferð hjá langveikum börnum en hjá fjölfötluðum (Ray, 2002). Getur verið að við bregðumst fyrir við verkjum hjá t.d. barni með krabbamein en hjá fötluðu barni eða horfum fram hjá því að meta verki hjá fatlaða barninu eins vel og hjá því langveika, séum einfaldlega ekki með réttu gleraugun á okkur?

Við þurfum að gefa okkur tíma til að setjast niður og ræða við skjólstæðingana því eingöngu þannig komust við að því hverju þeir eru að velta fyrir sér.

Helstu hindranir

Án efa stunda margir hjúkrunarfræðingar frábæra fjölskylduhjúkrun í sínu starfi án þess að átta sig beinlínis á að það sem þeir gera er í raun fjölskylduhjúkrun. Hver man ekki eftir hjúkrunarfræðingnum á kvöldvaktinni sem „eyddi“ oft löngum tíma inni á stofu hjá sjúklingnum og fjölskyldu hans og lét önnur verkefni sitja á hakanum? En þarna hefur ef til vill farið fram góð fjölskylduhjúkrun!

Í rannsókn sænskra hjúkrunarfræðinga á viðhorfum þeirra til fjölskylduhjúkrunar kom í ljós að þeir töldu helstu hindranir þess að koma á fjölskylduhjúkrun vera tímaskort og að fjölskylduhjúkrun tæki tíma frá öðrum verkum. Í þeirri rannsókn kom einnig fram að hjúkrunarfræðingarnir töldu verklega þætti mikilvægari en að sinna fjölskylduhjúkrun. Þeir litu frekar á sig sem sérfræðinga ef þeir höfðu góða þekkingu á tæknilegum þáttum hjúkrunar (Söderström o.fl., 2003).

Þrátt fyrir einlægan vilja okkar hjúkrunarfræðinga til að sinna skjólstæðingum okkar vel geta mistök og misskilningur átt sér stað í samkiptum okkar við þá. Samkvæmt reynslu og rannsóknnum Wright og Leahey (2005) eru það aðallega þrjú þættir sem telja má til hindrana fyrir árangursríkri fjölskylduhjúkrun. Í fyrsta lagi er oft misbrestur á því að myndað sé vinnuhæft samband milli hjúkrunarfræðinga og fjölskyldunnar eða, eins og Wright og Leahey (2005) kalla það, að jarðvegurinn sé undirbúinn nægilega vel. Með öðrum orðum, við setjum okkur ekki nógu vel í spor ættingjanna og viðhorf þeirra kunna að vera okkur óljós.

Önnur mistök, sem ber að varast í fjölskylduhjúkrun, er tilhneiging hjúkrunarfræðinga til að mynda bandalag með einum aðstandanda á móti öðrum, helst með þeim sem mest samskipti eru við. Mistök af þessu tagi geta leitt til þess að öðrum ættingjum finnst þeir hjálparvana og að ekki sé borin

virðing fyrir þeim og þeirra skoðunum. Í þriðja og síðasta lagi benda þær Wright og Leahey (2005) á að við hjúkrunarfræðingar séum oft og tíðum mjög viljugir og ákafir í að gefa ráð, leiðbeiningar eða láta í ljós skoðanir okkar of snemma og án þess að um það sé beðið. Með því að benda á úrræði of fljótt er hætt á að við tökum tækifæri frá fólki til að orða líðan sína og finna sínar eigin leiðir til úrlausnar á vandamáli.

Hvernig hjúkrum við?

Í vinnu með fjölskyldum þarf að sýna umburðarlyndi og virðingu gagnvart viðhorfum og skoðunum annarra. Þessir eiginleikar eru okkur mistamir en hægt er að þjálfá með sér ákveðin vinnubrögð. Við þurfum að líta í eigin barm og vera gagnrýnin á okkar eigin vinnubrögð. Hvernig við hjúkrum er undir okkur sjálfum komið.

Sameiginlegt markmið okkar hjúkrunarfræðinga er að bæta líðan fólks og styðja fjölskyldur í vanda. Við þurfum að vera meðvituð um hversu miklu máli framkoma okkar skiptir í að ná því markmiði. Nauðsynlegt er að líta í eigin barm og skoða þessa þætti. Sem dæmi getum við hugsað okkur hvernig við tökum á móti 40 ára gömlum einstaklingi sem hefur skorið sig lítillaga á fingri en er ákaflega kvíðinn út af meðferðinni, eða hvernig við tökum á móti barni sem hefur orðið fyrir bíl og fótbrotnað. Við værum líkleg til að vanda okkur mun meira við móttöku barnsins en þess fullorðna þrátt fyrir að það taki engan aukatíma að leggja sig vel fram við móttöku beggja.

Framkoma okkar hefur ekki síður áhrif á okkar sjálf. Gott dæmi um það er ef við erum fúllynd og neikvæð, þá líður okkur illa (Wright og Leahey, 2005).

Þegar skoðaðar hafa verið þarfir foreldra barna á sjúkrahúsum hérlendis og erlendis hefur komið í ljós að foreldrar leggja áherslu á eftirfarandi: að geta treyst heilbrigðisstarfsfólki og njóta trausts þess, að fá upplýsingar og öðlast þekkingu á ástandi og meðferð veika barnsins. Þarfir foreldra eru ekki eingöngu bundnar veika barninu heldur einnig öðrum í fjölskyldunni eins og systkinum og maka (Guðrún Kristjánsdóttir og Helga Braga-dóttir, 2001).

Að gera góða hjúkrun fjölskyldumiðaðri

Á fyrrgreindu námskeiði var fjallað um nokkur meginatriði sem geta hjálpað til að gera góða hjúkrun fjölskyldumiðaðri. Þessi meginatriði eru í reynd einföld en eru talin geta gert gæfumuninn um árangur hjúkrunarinnar.

Að fylgjast með og athuga

Mikilvægi þess að athuga (observera) í hjúkrun hefur að okkar mati farið halloka undanfarin ár í greiningu og meðferð. Þetta þrennt ætti þó að fara saman. Með athugun notum við skilningarvit okkar til að safna upplýsingum, þannig tengjum við saman það sem við höfum séð, heyrt, snert eða fundið lykt af. Greining og meðferð ætti alltaf að vera byggð á upplýsingasöfnun sem fæst meðal annars með athugunum, mælingum og spurningum. Mikil áhersla hefur verið lögð á mælanleg gildi og gögn og einnig höfum við bætt okkur í að spyrja, en það sem við höfum vanrækt er að æfa okkur í að horfa, hlusta og sýna líðan fólks raunverulegan áhuga. Oft höfum við þennan áhuga en sýnum hann ekki í raun. Ástæðan getur verið sú að það er sárt að horfa, hlusta á þjáningar og vanlíðan annarra. Það hefur áhrif á líðan okkar sjálfra. Einnig getum við verið hrædd við að hefja samræður um viðkvæm efni sem við höfum áhyggjur af að geta ekki leyst (Wright og Leahey, 2005). Líklega höfum við of miklar áhyggjur af því að skjólstæðingarnir ætlist til að við höfum lausn á vanlíðan þeirra þegar oftast er bara ætlast til að við veitum nærveru og hluttekningu. Við þurfum að sýna viðfangsefnum og vandamálum allra jafna virðingu þrátt fyrir að skjólstæðingar séu að okkar mati með misalvarleg vandamál. Þetta er þjálfunatriði sem við þurfum að vita vel af.

Að vanda fyrstu kynni

Hér er átt við almenna kurteisi. Hvernig við kynnum okkur fyrir ættingjum og öðrum sem eru á staðnum. Hvaða kynningu notar þú? Segir þú til dæmis: „Ég er Sigga hjúkka - hæ,“ eða „Ég heiti Sigríður og er hjúkrunarfræðingur og ég ætla að hjúkra þér í kvöld.“ Mikilvægt er að mynda augnsamband í þessari kynningu og heilsa með handabandi (Wright og Leahey, 2005).

Að gefa færi á sér

Hjúkrunarfræðingar vinna oftast í mikilli nálægð við skjólstæðinga og fjölskyldur þeirra. Nota þarf

þær stundir til að gefa fólki tækifæri til að tjá sig. Tökum dæmi þegar skipt er á sári eða annast er um skjólstæðing við aðrar aðstæður, þá er hægt að spyrja spurninga sem bjóða upp á að hann tjái sig um líðan sína eða áhyggjur. Það gætu verið áhyggjur af heimilinu, fjármálunum eða framtíðinni. Markmið þessarar samtala er ekki að leysa öll vandamál skjólstæðinga okkar heldur eru þau hugsuð til að bæta líðan og sýna skilning (Wright og Leahey, 2005). Stuðningur, sem fólgin er í að hlusta og sýna hluttekningu, er oft vanmetinn.

Að hafa tilbúna spurningar

Gott er að hafa tilbúna ákveðnar spurningar sem við getum notað til að koma af stað samræðum. Þannig getum við t.d. gefið foreldrum tækifæri til að greina frá líðan sinni (Wright og Leahey, 2005). Tilbúna spurningar gætu t.d. verið: „Hvernig hefur þú sofið síðan barnið þitt lagðist inn, nærðu að hvílast?“ eða „Hvernig gengur að sinna systur hennar eða bróður heima?“ „Hvernig get ég helst hjálpað þér?“ „Hvað veldur þér mestum áhyggjum í dag?“ „Á hvern í fjölskyldunni heldur þú að þessi veikindi hafi mest áhif á núna?“ Einnig er hægt að spyrja á hverju skjólstæðingurinn eigi von út af spítaladvölinni, til dæmis varðandi heimsóknir eða samskipti við starfsfólk. Til að koma þessu inn í vinnuskipulag hjá okkur gæti verið gott að setja sér það markmið að spyrja a.m.k. einn sjúkling eða ættingja hans þessara spurninga á hverri vakt.

Í samtölum við skjólstæðinga, hvort sem það eru sjúklingar eða aðstandendur þeirra, þurfum við hjúkrunarfræðingar að gæta okkar á að grípa ekki fram í þegar verið er að greina frá erfiðum tilfinningum. Einnig þurfum við að þola þagnir í samtölum. Það er flestum hjúkrunarfræðingum mjög tamt að reyna að gefa fólki ráð. Það hefur sýnt sig að ef ráð eru gefin of fljótt eða án þess að undirbúa jarðveginn nægilega fyrir breytingar þá koma þau ekki að gagni (Wright og Leahey, 2005).

Að gera sér grein fyrir mismunandi skynjun og skilningi fólks

Það getur verið mjög misjafnt hvernig fólk skilur og skynjar það sem sagt er og gert er fyrir það. Hvernig hafa aðstandendur skilið þær upplýsingum sem þeir hafa fengið um orsök vandans eða væntanlega framvindu, er skilningur þeirra misjafn? Við þurfum að vera meðvituð um þennan mismun. Eingöngu með því að spyrja og hlusta á fólk komumst við að því hvernig það skynjar það sem fram fer (Wright og Leahey, 2005). Það getur verið misskilningur í gangi á milli skjólstæðinga og starfsfólks eða milli einhverra í fjölskyldunni og þann misskilning má hugsanlega leiðrétta með því að athuga hvað býr að baki. Einnig geta áherslur fólks verið mismunandi, t.d. þörf foreldra fyrir að komast aðeins frá þegar barnið þess liggur á spítala. Starfsfólk er oft upptekið af því, að foreldrar fari til skiptis frá svo barnið sé aldrei einsamalt, en foreldrar geta haft ríka þörf fyrir að skreppa frá saman, sérstaklega ef sjúkrahúsdvölin er löng.

Að vinna með eða takast á við hindranir

Miklar áhyggjur og samviskubit geta aukið vanlíðan og haft áhrif á bata (Wright og Leahey, 2005). Algengt er að foreldrar veikra barna velti fyrir sér hvort eitthvað sem þeir gerðu eða gerðu ekki hafi valdið veikindum eða vanlíðan barnsins. Fólk spyr sig: „Hefði ég geta komið í veg fyrir þetta?“ „Er þetta mér að kenna?“ Margir foreldrar svo og aðrir umönnunaraðilar hafa áhyggjur af því að hafa ekki staðið sig í umönnunarhlutverkinu. Þrátt fyrir þessa líðan hafa flestir reynt að gera sitt besta miðað við aðstæður hverju sinni. Það skiptir máli að foreldra fái staðfestingu á að þeir séu ekki einir um að líða svona. Aðrir í svipaðri stöðu velta þessu líka fyrir sér.

Að hjálpa fólki að sjá jákvæðar breytingar og njóta þeirra

Oft er það neikvæða sýnilegra en það jákvæða í veikindum. Þjálfar þarf hæfileikann til að draga fram það jákvæða í lífi skjólstaðinganna þrátt fyrir eða vegna veikindanna. Mikilvægt er að hjálpa fólki að sjá það sem gengur vel. Benda þarf ákveðið á það jákvæða og orða þarf þær breytingar sem orðið hafa. Ef breytingar eru ekki settar í orð þá er ekki víst að þær verði túlkaðar sem breytingar (Wright og Leahey, 2005). Þá getur það haft þýðingu fyrir fjölskylduna að fá vitneskju um að allar fjölskyldur hafa sínu sterku hliðar sem þær hafa jafnvel ekki gert sér grein fyrir.

Lokaorð

Við hjúkrunarfræðingar ráðum heilmiklu um það hvernig við nálgumst viðfangsefni okkar. Ef við ákveðum að nálgast þau meira út frá fjölskylduhjúkrun þá er það töluverð breyting fyrir flesta. Mörgum finnst erfitt að breyta venjubundnum vinnubrögðum. Venjur gefa okkur öryggi og tryggja að ákveðin vinna sé unnin eftir ákveðnu ferli. Öryggi er notalegt og við erum oft mjög ófús að ógna því öryggi sem felst í vananum. Til er orðatiltæki sem sum okkar halda mikið upp á sem hljóðar þannig í lauslegri þýðingu: „Ef eitthvað virkar skaltu ekki breyta því.“ Þegar sagt er að eitthvað virki er ekki þar með sagt að það virki vel. Fagleg vinnubrögð felast í því að spyrja gagnrýnið og leita leiða til að bæta sig í starfi. Okkur ber skylda til að fylgjast með nýjungum, skoða þær gagnrýnið og taka upp þær sem við teljum að séu til bóta fyrir skjólstaðinga okkar. Til þess að þetta sé hægt þurfum við vera tilbúin í breytingar og þora að ögra viðhorfum okkar.

Eins og áður hefur komið fram hefur mest áhersla í hjúkrun verið á þjónustu við einstaklinginn eða þann sem er veikur. Þróunin í heilbrigðisþjónustunni hefur verið sú að fjölskyldan kemur meira að málum hins veika bæði innan og utan sjúkrahúsa. Breyttar áherslur kalla á endurskoðun viðhorfa og verklags af okkar hálfu. Það kallar á meira samstarf og samráð við aðstandendur að sköpuð verði hefð fyrir fjölskylduhjúkrun.

Arna Skúladóttir er sérfræðingur í barnahjúkrun á LSH. Hún tók hjúkrunarpróf frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1978, lauk sérnámi í barnahjúkrun frá HÍ 1995, B.S. prófi frá HÍ 1997 og M.S. prófi frá HÍ árið 2001.

Auður Ragnarsdóttir er hjúkrunardeildarstjóri á barnasviði LSH. Hún tók hjúkrunarpróf frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1975, lauk sérnámi í gjörgæsluhjúkrun frá The London Hospital árið 1980, sérnámi í hjúkrunarstjórn frá Nýja hjúkrunarskólanum 1987 og B.S. prófi frá HÍ árið 2000.

Elisabet Konráðsdóttir er hjúkrunarfræðingur á göngudeild barna með sykursýki á LSH. Hún tók hjúkrunarpróf frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1982, lauk B.S. prófi frá HÍ 1999 og stundar nú M.S. nám við hjúkrunarfræðideild HÍ.

Heimildaskrá

- Auður Ragnarsdóttir, Elisabet Konráðsdóttir og Hildur Sveinbjörnsdóttir (2000). „Skin og skúrir“ – Að vera móðir barns með sykursýki. Óbirt lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði.
- Guðrún Kristjánsdóttir og Helga Bragadóttir (2001). Þarfir foreldra barna á sjúkrahúsum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 2 (77), 89-95.
- Marga Thome og Arna Skúladóttir (2005). Evaluating a family-centered intervention for infant sleep problem. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), 5-11.
- Rakel Jónsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir (2003). Sykurlausn í munn við verkjum hjá fyrirburum og fullburða nýburum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 5 (79), 20-27.
- Ray, L. (2002). Parent and Childhood Chronicity: Making Visible the Invisible Work. *Journal of pediatric nursing*, 17 (6), 424-436.
- Söderström, I.-M., Benzein, E., og Saveman, B.-I. (2003). Nurses experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 185-192.
- Wright, L.M., og Leahey, M. (2005). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (4. útgáfa). Philadelphia, Pennsylvaníu: F.A. Davis Company.



Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfarinnar.

Við Útfararstofu kirkjugarðanna starfa nú 14 manns með áratuga reynslu við útfararþjónustu. Stærsta útfararþjónusta landsins með þjónustu allan sólarhringinn.

Prestur
Kistulagning
Kirkja
Legstaður
Kistur og krossar
Sálmaskrá
Val á tónlistafélki
Kistuskreytingar
Dánarvottorð
Erfidrykkja

Vesturhlíð 2
Fossvogi
Sími 551 1266
www.utfor.is



**ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA EHF.**