

# HJÚKRUN SEM FAGLEG UMHYGGJA:

## Kynning á hjúkrunarkenningu

### Útdráttur

Í þessari grein er kynnt hjúkrunarkenningin: *Hjúkrun sem fagleg umhyggja*. Kenningin var samþætt úr sjö meginrannsóknum höfundar og samstarfskvenna. Megininntak kenningarinnar er að hjúkrun sé fagleg umhyggja og að umhyggja sé innsta eðli hjúkrunar en sé þó aðeins einn af fimm meginþáttum faglegrar umhyggju. Hinir þættirnir eru: fagleg færni, sem ætíð verði að vera í fyrirrúmi í hjúkrun; fagvíska, sem verði til við samspil þekkingar og reynslu; uppbyggjandi samskipti og tengsl milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings, sem sé lykilorð í góðri hjúkrun; og sjálfsþekking og sjálfsrækt hjúkrunarfræðingsins, en án slíkrar innri vinnu sé hætt við því að hjúkrunarfræðingurinn geti ekki til lengdar sýnt umhyggju og haft uppbyggjandi samskipti við skjólstæðinga. Í greininni verður fyrst fjallað um umhyggju frá ýmsum sjónarhólum til að setja kenninguna í fræðilegt samhengi, síðan er gerð grein fyrir kenningunni og um hana rætt. Að lokum er fjallað um notagildi kenningarinnar og sett fram gagnrýni á hana. Lykilorð: Hjúkrunarkenning, umhyggja, fagleg umhyggja, fagvíska, fagleg færni, uppbyggjandi samskipti.

### Abstract

In this paper a nursing theory is introduced: *Nursing as professional caring*. The theory was synthesized from seven studies by the author and her colleagues. The major tenets of the theory are that *nursing is professional caring* and that *caring is the core of nursing* and yet only one of five major aspects of *professional caring*. The other aspects are: *professional competence, which must always have primacy in nursing; professional wisdom, which develops through the interplay of the nurse's knowledge and experience; empowering communication and connection between nurse and client, which is a key to good nursing care; and self-knowledge and self-development of the nurse, without which it is postulated that it is unlikely that the nurse can, in the long run, keep on being caring and empowering in communication with clients of nursing*. These major aspects of the theory will be introduced and discussed after an introduction of various aspects of caring in order to put the theory into a theoretical context. Finally, the implications of the theory will be analyzed and the theory criticized.

**Key words:** Nursing theory, caring, professional caring, professional wisdom, professional competence, empowering communication.

### Inngangur

Í þessari grein verður kynnt kenningin „Hjúkrun sem fagleg umhyggja“. Áður en kenningin sjálf verður kynnt og um hana rætt verður fjallað um umhyggju frá ýmsum sjónarhólum í þeirri viðleitni að setja kenninguna í fræðilegt samhengi. Megininntak kenningarinnar er að umhyggja sé innsta eðli hjúkrunar sem ásamt faglegrri færni, fagvisku, uppbyggjandi samskiptum og tengslum og sjálfsþekkingu og sjálfsrækt hjúkrunarfræðingsins mynda þá heild sem er forsendan fyrir góðri hjúkrun eða faglegrri umhyggju.

### Umhyggja frá ýmsum sjónarhólum

Markmið allrar heilbrigðisþjónustu er að auka heilbrigði og vellíðan þjónustugefanna og flestum sem skrifa um siðfræði innan heilbrigðisvísinda ber saman um að leggja beri áherslu á velvilja í garð skjólstæðingsins, og það að gera honum gott eitt og ekkert illt (Gillon, 1994). Þótt nemendur komi með sína eigin hugmyndafræði, sitt eigið gildismat og siðgæði inn í t.d. hjúkrunarfræðinám þá er það með það eins og annað nám innan heilbrigðisvísinda að kennarar leitast við að móta nemendur til að haga sér á ákveðinn hátt gagnvart skjólstæðingum og reyna einnig að hafa áhrif á viðhorf þeirra til þess sem þeir gera, eins og Young (1994) bendir réttilega á.

Í okkar nútímatækniheimi, þar sem hraði, hávaði og harka ræður oft ríkjum, er umhyggja fyrir náunganum eins og brothætt egg. Sem stétt eru hjúkrunarfræðingar í einstæðri aðstöðu, m.a. vegna nándar við sjúklinga, til að efla umhyggju innan heilbrigðisþjónustunnar, en þeir standa engu að síður frammi fyrir því flókna verkefni að sameina marga ólíka þætti í eina heild í þeirri hjúkrun sem þeir veita. Segja má að þótt hjúkrunarfræðingum hafi frá upphafi verið umhugað um sjúklinga sína og séð umhyggju sem innsta eðli hjúkrunar sé það ekki fyrr en með tilkomu rannsókna á sviði umhyggju að skilningur okkar hefur aukist og dýpkað á þessu mikilvæga fyrirbæri.

Þar sem umhyggja hefur mjög sérstakan sess í umræðu um hjúkrun hefur mikið verið skrifað um mikilvægi umhyggju í hjúkrun og heilbrigðisþjónustunni almennt. Prófessorarnir Katie Eriksson (1990, 1992) í Finnlandi og Kari Martinsen (1993, 2001) í Noregi, sem hafa lagt mikið af mörkum í hjúkrunarumræðu á Norðurlöndum og eru oft með pallborðs-umræður saman, hafa lagt ríka áherslu á umhyggju og þá ekki aðeins um þörf sjúklinga fyrir umhyggju heldur einnig um

umhyggju sem afl er knýr okkur til verka, þ.e. ekki umhyggju sem er orðin tóm heldur umhyggju í verki. Benner og Wrubel (1989) héldu því fram á sínum tíma að umhyggja væri miðlæg hjá hjúkrunarfræðingi sem væri orðinn sérfræðingur í hjúkrun, hún yrði að vera miðlæg ef sönn lækning og heilun ætti að eiga sér stað. Jean Watson (1988) og Katie Eriksson (t.d. 1990 og 1992) hafa báðar haldið því fram að umhyggja sé hjúkrunarhugtak og feli í sér alla þætti í hjúkrun skjólstaðinga. Hjúkrunarkempurnar Virginia Henderson (1985) og Leininger (sjá Leininger og McFarland, 2002) hafa ítrekað að þörfin fyrir umhyggju sé meiri nú en nokkru sinni áður, m.a. vegna aukins hraða, meiri tæknivæðingar og niðurskurðar í heilbrigðisþjónustunni. Hins vegar hafa margir hjúkrunarfræðingar lýst yfir áhyggjum sínum af því að það sé stöðugt erfiðara að viðhalda þeirri hugmyndafræði umhyggju sem hafi verið leiðarljós hjúkrunarfræðinga frá upphafi, m.a. vegna minna fjármagns, áherslu á aukna „framleiðni“ innan heilbrigðisþjónustunnar o.fl. (t.d. Dunlop, 1994; Locsin, 1995; Ray, 1999).

Umhyggja hefur verið rannsökuð frá mörgum sjónarhólum, s.s. innan vitundarónæmisfræði, félagsvísinda, mannfæði, lista, hugvísinda, heimspeki, siðfræði, guðfræði og hjúkrunarfræði (Smerke, 1989). Umhyggja hefur verið rannsökuð frá sjónarhóli sjúklunga (t.d. Riemen, 1986a og 1986b; Larsson, 1989; Larson og Ferketich, 1993; Gyða Baldursdóttir og Helga Jónsdóttir, 2002) og frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinga (t.d. Benner og Wrubel, 1989). Þessar og aðrar rannsóknir (t.d. von Essen, 1994; Áström, 1995) benda til misræmis milli reynslu hjúkrunarfræðinga og skjólstaðinga af umhyggju. Þegar misræmi er milli væntinga heilbrigðisstarfsmanna og þjónustuþega getur það leitt til óánægju með þjónustuna. Leininger (1984) benti snemma á að þetta misræmi gæti leitt til alvarlegra vandamála, ekki aðeins í samskiptum heldur í þeirri viðleitni að koma á uppbyggingu tengslum milli hjúkrunarfræðinga og skjólstaðinga. Tinkle og Beaton (1983) bentu líka á að ef hjúkrunarfræðingar rannsökuðu ekki reynslu skjólstaðinga af veittri hjúkrun gæti farið svo að hjúkrunarfræðingar veittu hjúkrun sem hefði meiri merkingu fyrir þá en skjólstaðingana. Varnaðarorð þeirra eiga ekkert síður við í dag. Ef hjúkrunarfræðingar eða aðrir vilja veita umhyggju getur verið gagnlegt að lesa um umhyggju og kynna sér rannsóknir á reynslu sjúklunga af umhyggju og hvaða áhrif umhyggja hefur á þá að þeirra mati, þar sem það er rökrétt að álykta að besta heimildin, sem við höfum um áhrif umhyggju á þjónustuþegann, sé þjónustuþeginn sjálfur.

Þegar ég hóf mína fyrstu rannsókn á reynslu fyrrverandi sjúklunga af umhyggju og umhyggjuleysi árið 1987 var enska hugtakið „caring“ ekki til sem leitarorð en samkvæmt CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) var það tekið upp sem sérstakt leitarorð árið 1988. Fram að þeim tíma voru notuð ensku hugtökin *empathy*, *interpersonal relations*, *nurse-patient relations* og einnig var hægt að finna efni um umhyggju með því að nota leitarorðin *nursing care (psychosocial factors)*, *nursing staff* og *hospital (psychosocial factors)*.

Þótt hugtakið „caring“ væri ekki til sem leitarorð fyrr en 1988 hefur það þó verið aðalsmerki hjúkrunarfræðinga frá upphafi að bera umhyggju fyrir sjúklingnum sem einstakri persónu. Skilgreining CINAHL á umhyggju er einmitt að það séu viðbrögð einnar manneskju við annari sem feli í sér viðurkenningu á að viðkomandi manneskja sé einstök og slík viðbrögð feli jafnframt í sér næmi á tilfinningar hennar.

Hugtakið „caring“ er gamalt og hefur þróast af ensku og gotnesku orðunum *carian* og *cara* eða *karon* (Gaut, 1983). Hugtakið felur í sér samtengingu innri tilfinningar og athafna sem leiðir til þess að gerandinn gerir eitthvað það fyrir annan sem þiggjandinn lítur á sem umhyggju í verki.

Í *Íslenskri orðsifjabók* (Ásgeir Blöndal Magnússon, 1989) er því miður ekki fjallað um hugtakið umhyggju þótt í henni séu um 25.000 uppflettiorð og það sama á við um bókina *Mergur málsins* (Jón G. Friðjónsson, 1993), sem er um íslensk orðatiltæki, uppruna þeirra, sögu og notkun, og *Rætur málsins* (Jón G. Friðjónsson, 1997) sem er bók um föst orðasambönd, orðatiltæki og málshætti í íslensku biblíumáli. Hugtakið umhyggja kemur þó fyrir bæði í þýðingu á Gamla og Nýja testamentinu, samtals sjö sinnum. Hugtakið kemur fyrst fyrir í 5. Mósebók 2.7: „Því að Drottinn Guð þinn hefir blessað þig í öllu, sem þú hefir tekið þér fyrir hendur. Hann hefir borið umhyggju fyrir för þinni um þessa miklu eyðimörk. Í fjörtíu ár hefir Drottinn Guð þinn nú verið með þér; ekkert hefir þig skort.“ Þarna er hugsunin sú að umhyggja Guðs birtist í því að þann eða þá sem umhyggju hans nýtur skorti ekkert. Sú hugsun kemur að vissu leyti einnig fram í Davíðssálmunum 55.23: „Varpa áhyggjum þínum á Drottin, hann mun bera umhyggju fyrir þér“ og það endurómar síðan í 1. Pétursbréfi 5.7: „Varpið allri áhyggju yðar á hann, því hann ber umhyggju fyrir yður.“ Í þessu felst, að mínu mati, að höfundar eru að draga fram þá staðreynd að Guð elskar ekki með tömum orðum heldur í verki og sannleika. Í *Orðabók Menningarsjóðs* (Árni Böðvarsson, 1988) segir um umhyggju; KV umönnun, umhugsun: *bera umhyggju fyrir e-m*, láta sér annt um velferð e-s. Þarna kemur aftur fram sá skilningur að umhyggja sé ekki aðeins tilfinning, umhugsun, heldur feli jafnframt í sér umönnun, þ.e. umhyggju í verki.

Mikil framþróun hefur orðið í hugmyndum um umhyggju og munar eflaust einna mest um framlag Jean Watson sem varð fyrsti prófessor í umhyggjufræðum í heiminum og hefur verið óþreytandi að skrifa og tala um umhyggju í 25 ár. Hún var m.a. stofnandi Umhyggjustofnunarinnar við Heilbrigðisvísindastofnun Coloradaháskóla í Bandaríkjunum. Ein af megináherslum stofnunarinnar hefur verið að efla bæði listina og vísindin í tengslum við umhyggju og hjúkrun í samvinnu við aðrar fræðigreinar. Rannsóknir á vegum stofnunarinnar leiddu í ljós að fjölmargar fræðigreinar hafa sett fram hugmyndir um umhyggju. Árið 1989 kom út á vegum stofnunarinnar samantekt á þeim ritum sem Janet M. Smerke fann um umhyggju innan hinna ýmsu fræðigreina. Þessi samantekt er ákveðinn lykill að víðtækum lestri um umhyggju og ég bendi öllum á þetta hefti sem vilja fá ýtarlegan leslista um umhyggju.

Þar rekur Janet framlag hinna ýmsu fræðigreina til dýpri skilnings á umhyggju. Síðan kemur yfirlit yfir 138 heimildir um umhyggju innan vitundarónæmisfræði, 121 heimild innan félags- og atferlisvísinda, 39 heimildir innan mannfræði, 37 heimildir innan lista, 28 heimildir innan hugvísinda, 24 kvikmyndir, 108 heimildir innan heimspeki og siðfræði, 179 innan guðfræði og 337 heimildir innan hjúkrunarfræði (Smerke, 1989).

Eins og áður segir benda rannsóknir til mismæmis milli væntinga og viðhorfa hjúkrunarfræðinga og skjólstaðinga varðandi umhyggju. Hjúkrunarfræðingar virðast t.d. vanmeta ýmislegt sem sjúklingum er mikilvægt, s.s. faglega færni. Mikilvægi faglegrar og tæknilegrar færni varð mér ljóst strax í minni fyrstu rannsókn (Sigríður Halldórsdóttir, 1990a, 1990b, 1990c) og hefur komið margsinnis fram í rannsóknunum mínum. Ég fór því snemma að vísa til faglegrar umhyggju til að ítreka að innan umhyggju í hjúkrun verði að rúmast fagleg færni, annars sé tæplega hægt að tala um raunverulega umhyggju frá sjónarhóli sjúklingsins.

### **Kenningin „hjúkrun sem fagleg umhyggja“**

Í kynningu á kenningunni verður fyrst fjallað um forsögu kenningarinnar, gildi kenningarsmíði og aðferðina við að setja kenninguna fram, og síðan er kenningunni sjálfri lýst.

Það var í meistaranámi árið 1986 sem ég kynntist fyrst rannsóknunum og skrifum um umhyggju. Þá þegar sá ég *umhyggju sem innsta eðli hjúkrunar* og *kærleikann sem innsta eðli umhyggjunnar*. Jafnframt sá ég mikilvægi þess að rannsaka umhyggju frá sjónarhóli sjúklings. Það gerði ég í framangreindri rannsókn minni til meistaraþráðu (Sigríður Halldórsdóttir, 1990a, 1990b, 1990c). Þegar ég kom heim til Íslands fór ég að velta því fyrir mér að það væri margt líkt með sjúklingum og nemendum og gerði rannsókn á reynslu fyrrverandi hjúkrunarfræðinema af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við kennara (Sigríður Halldórsdóttir, 1990c).

Ég velti því síðar fyrir mér að það hlyti að vera munur á reynslu fólks af umhyggju og umhyggjuleysi innan heilbrigðisþjónustunnar eftir því hvaða erindi þeir ættu innan heilbrigðisþjónustunnar. Ég gerði því rannsókn ásamt öðrum á reynslu kvenna, sem hafa fætt eðlileg börn, af umhyggju og umhyggjuleysi (Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996a) og reynslu fólks sem hefur haft krabbamein af umhyggju og umhyggjuleysi (Sigríður Halldórsdóttir og Elisabeth Hamrin, 1996). Með þessu móti fannst mér ég geta séð eitthvað um innsta eðli umhyggju og umhyggjuleysis. Allar þessar niðurstöður dró ég saman í eina heild í kenningu um umhyggju og umhyggjuleysi innan hjúkrunar og heilbrigðisþjónustunnar í doktorsritgerð minni sem ég varði 1996 (Sigríður Halldórsdóttir, 1996). Síðan eru liðin tíu ár og hef ég verið að þróa umhyggjukenninguna síðan, meðal annars innan hugmyndafræðinefndar hjúkrunarbrautar heilbrigðisdeildar H.A., en í nefndinni voru lengst af með mér Árun K. Sigurðardóttir, Kristín Þórarinsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir. Kenningin er nú hugmyndafræðilegur rammi fyrir hjúkrunarfræðinám við heilbrigðisdeild H.A. Ekki eru tók á að

veita ýtarlegt yfirlit í þessari grein yfir það hvernig kenningin hefur þróast og hvernig unnið var að kenningarsmíðinni lið fyrir lið út frá rannsóknunum. Er það efni í aðra grein sem ég hef þegar lagt drög að.

### **Hvers vegna kenningarsmíði?**

Árið 1968 skrifuðu Dickoff og James grein í tímaritið *Nursing Research* sem hafði ásamt greinum þeirra með Wiedenbach (Dickoff o.fl., 1968a, 1968b) mikil áhrif á hjúkrunarkenningasmíði og hefur enn. Margir hafa skrifað bækur og greinar um mikilvægi kenningarsmíði í hjúkrun og má þar t.d. nefna Meleis (2004), Falk-Rafael (2005), Alligood og Marriner-Tomey (2002), Tomey og Alligood (2002), Chinn og Kramer (1999) og George (2002) ásamt norsku fræðikonunni Marit Kirkevold (2000). Þeim ber öllum saman um að kenningarsmíði sé lokamarkmið allrar fræðivinnu og eigi að vera miðlægt ferli í allri vísindaiðkun. Þær telja að kenningarsmíði hjálpi meðlimum hvernar fræðigreinar að draga upp meginrætti fræðigreinarinnar, markmið þjónustunnar, leiðir til að ná markinu og aðferðir til að meta hvernig til tekst. Sally Gadow (1999) hefur bent á að í hjúkrun þurfum við siðfræðilegan grundvöll og undirstöðu í okkar kenningarsmíði. Ég býð fram þessa kenningu sem slíkan grundvöll. Ég hef annars staðar gert grein fyrir mikilvægi siðfræðilegar undirstöðu kenningarsmíði í hjúkrun (Sigríður Halldórsdóttir, 2001).

Með þessari kenningarsmíði er ég að samtengja hlutverk rannsakanda og kenningarsmíðs eins og Morse o.fl. (1991) hvöttu til á sínum tíma. Þær undruðust hversu fáar umhyggjukenningar höfðu þá verið settar fram miðað við hinn mikla fjölda af umhyggjurannsóknunum. Nú, nærrí einum og hálfum áratug síðar, hafa ýmsir orðið til að setja fram umhyggjukenningar, s.s. Swanson (1991, 1993) en þó má enn undrast yfir því hversu fáar þær eru.

### **Aðferðin við kenningarsmíðina**

Aðferðina, sem ég notaði við að samþætta kenninguna, hafa Walker og Avant (1988) kallað „theory synthesis“. Þeirri aðferð hef ég þegar lýst í Tímariti hjúkrunarfræðinga (Sigríður Halldórsdóttir, 2003a) en meginþættir hennar felast í því að smíða kenningu úr rannsóknarniðurstöðum, jafnvel margra rannsókna. Hún gerir kenningarsmiðum kleift að skipuleggja og samþætta mikið magn af rannsóknarniðurstöðum í eina kenningu. Kenningarsmíði með þessum hætti felur í sér þrjú megin skref:

1. Aðalhugtök og meginlýsingar úr rannsóknunum eru tilgreind.
2. Leitað er í því sem áður hefur verið skrifað að atriðum sem tengjast aðalhugtökum eða meginlýsingum og tengslin könnuð.
3. Hugtökum og lýsingum, sem varða það sem kenningin snýst um, er raðað skipulega saman í eina heild.

Kenningin er einkum byggð á sjö birtum heimildum sem allar fjalla um rannsóknir sem ég hef ýmist unnið að ein eða með öðrum. Þær eru:

**Tafla 1. Rannsóknir sem notaðar voru til að samþætta kenninguna**

Fjöldi	Aldur	Rannsókn – Lýsing á úrtaki – Fjöldi samræðna – Birting
9	33-59	Rannsókn I. Reynsla sjúklinga af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga. Fyrirverandi sjúklingar. Þátttakendur höfðu hitt hjúkrunarfræðinga á ýmsum deildum sjúkrahúsa. Tvennar samræður við hvern þátttakanda. (Sigríður Halldórsdóttir, 1989, 1990a, 1990b).
9	41-72	Rannsókn II. Reynsla af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Þátttakendur höfðu þjáðst af ýmsum tegundum krabbameina. Einar til þrennar samræður við hvern þátttakanda. (Sigríður Halldórsdóttir og Elisabeth Hamrin, 1996).
9	38-69	Rannsókn III. Reynslan af því að vera með krabbamein. Fólk sem hafði haft eða var með krabbamein. Einar til þrennar samræður við hvern þátttakanda. (Sigríður Halldórsdóttir og Elisabeth Hamrin, 1997).
8	33-42	Rannsókn IV. Umhyggja og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga/ljósmæður. Konur sem höfðu fætt heilbrigð börn. Konurnar höfðu átt 1-4 börn hver. Samtals áttu þessar konur 21 barn á aldrinum 2 mánaða til 20 ára. Meðaltími frá síðustu fæðingu var um 3 ár. Einar samræður við hverja konu. (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996a).
12	23-42	Rannsókn V. Reynsla af því að fæða börn. Konurnar höfðu átt heilbrigð börn. Samtals áttu þessar konur 28 börn. Meðaltími frá síðustu fæðingu var 2 ár. Einar samræður við hverja konu. (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996b).
18	28-59	Rannsókn VI. Megin-veruhættir. Nánari greining á tveimur rannsóknunum (Sigríður Halldórsdóttir, 1989, 1990a, 1990b og 1990c).
1	38	Rannsókn VII. Reynsla konu á fertugsaldri af heilbrigði. Fernar samræður. (Sigríður Halldórsdóttir, 2000).

Þessar rannsóknir eru m.a. um reynslu fyrirverandi skjólstæðinga af umhyggju og umhyggjuleysi ásamt reynslu þeirra af aðstæðum sínum sem fyrirverandi sjúklingar eða þjónustugegar. Í rannsóknunum kom glögg fram hvað var skjólstæðingunum mikilvægt í veittri hjúkrun, hvað byggði upp og hvað braut niður. Í þessari kenningu er aðeins fjallað um uppbyggjandi þáttinn, um *hjúkrun sem faglega umhyggju*. Í framsetningu kenningarinnar eru hverjum þætti í faglegri umhyggju gerð nánari skil.

**Niðurstöður**

Í kynningu á niðurstöðum mun ég fyrst greina frá því gildismati sem er að baki kenningunni, síðan skilgreina meginhugtök sem tengjast henni, þá lýsa meginráttum kenningarinnar í töfluformi og að lokum lýsa hverjum þætti fyrir sig, þ.e. hvað er fagleg færni, fagvíska, umhyggja, samskipti og tengsl og sjálfsþekking og sjálfsrækt hjúkrunarfræðingsins með því að kynna undirþemu hvers þáttar fyrir sig.

**Gildismat að baki kenningunni**

Gildismatið að baki þessari kenningu byggist á því að samfélagið, sem trúir hjúkrunarfræðingum fyrir því að hjúkra fólki við fjölbættar aðstæður, líti á hjúkrun sem mikilvæga þjónustu og treysti því að hjúkrunarfræðingar misnoti ekki þetta traust, viðhaldi faglegri færni sinni og sýni fagvíska í

starfi; taki inn í myndina varnarleysi sjúklinga og þörf fyrir umhyggju og kærleika í samskiptum, leggi rækt við sjálfa sig til að viðhalda umhyggju og kærleika; og treysti því að samskipti hjúkrunarfræðinga við sjúklinga og aðra þjónustugega auki vellíðan þeirra, velferð og heilbrigði.

**Skilgreining meginhugtaka**

*Hjúkrunarfræði* er sjálfstæð fræðigrein með sjálfstæð markmið og þjónustu. Hjúkrunarmenntun er ferli sem byggist á settum markmiðum fræðigreinarinnar. Markmiðið er að búa nemendurna undir starf í nútímaþjóðfélagi innan fræðigreinar sem er jafnframt þjónustugrein í stöðugri þróun.

*Hjúkrun er fagleg umhyggja* sem felur í sér faglega færni hjúkrunarfræðings, fagvíska hans og umhyggju, ásamt uppbyggjandi samskiptum hans og tengingu við skjólstæðinginn. Hjúkrunarfræðingurinn hefur sjálfsþekkingu og stundar sjálfsrækt og þessi innri vinna gerir honum kleift að sýna umhyggju og mynda tengsl.

*Mannveran* er einstaklingur sem er hluti af fjölskyldu og samfélagi. Sem þjónustugegi hjúkrunar er einstaklingurinn auðsæranleg manneskja sem hefur þörf fyrir faglega umhyggju. Þegar skjólstæðingurinn nýtur faglegrar umhyggju eykur það heilbrigði hans og vellíðan og hann eflist. Góð hjúkrun er því styrkjandi og eflandi (empowering) en styrking er reynsla einstaklings af því að styrkjast hið innra, t.d. að fá tilfinningu fyrir aukinni stjórn á eigin lífi.

*Heilbrigði* er margþættur veruleiki sem hefur líkamlega hlið, huglæga, félagslega, þjóðfélagslega, tilfinningalega, trúarlega og andlega. Hægt er ýmist að auka eða minnka tilfinningu einstaklings fyrir eigin heilbrigði. Heilbrigður einstaklingur er fær um að uppfylla markmið sín sem tengjast langtímahamingju hans, velferð og vellíðan.

*Umhverfi eða aðstæður* hvers einstaklings er tvenns konar: hið innra: þarfir einstaklingsins, væntingar hans, fyrri reynsla og skilningur á sjálfum sér; *ytri aðstæður* er það sem er utan einstaklingsins og hefur áhrif á hann, s.s. sá veruleiki sem blasir við skjólstæðingnum innan heilbrigðisþjónustunnar.

**Lýsing á kenningunni**

Hjúkrunarfræðingar standa frammi fyrir því flókna verkefni að sameina marga þætti í eina heild í góðri hjúkrun. Þegar þetta tekst fær sjúklingurinn faglega umhyggju sem felur í sér þá fagvíska sem hjúkrunarfræðingurinn býr yfir, þá fræðilegu þekkingu, færni og tækni sem þörf er á við þær aðstæður sem skjólstæðingurinn býr við. Hjúkrunarfræðingurinn hefur náð að leggja rækt við sjálfan sig og nær að sýna skjólstæðingnum umhyggju og hefur uppbyggjandi samskipti við hann og jákvæða tengingu. Þessir fimm meginþættir: umhyggja, fagleg færni, fagvíska, uppbyggjandi samskipti og tengsl, ásamt sjálfsþekkingu og sjálfsrækt, mynda eina heild. Þessa heild má þó sundurgreina með eftirfarandi hætti:

**Tafla 2. Meginþættir faglegrar umhyggju**

Áhersla á hjúkrunarfræðinginn	Hver er grunnurinn?	Meginþáttur í kenningunni
Hver hjúkrunarfræðingurinn er	Veruháttur Hjartað	Umhyggja
Hvernig hjúkrunarfræðingurinn <b>sinnir sjálfum sér</b>	Innri vinna	Sjálfsþekking og sjálfsrækt
Hvernig hjúkrunarfræðingurinn <b>tengist öðrum</b>	Tenging við aðra	Samskipti og tengsl
Hvað hjúkrunarfræðingurinn veit <b>og skilur</b>	Þekking og reynsla Hugur	Fagvíska
Hvað hjúkrunarfræðingurinn <b>gerir</b>	Framkvæmd Samtenging hjarta, hugar og handa	Færni

Pennan margþætta veruleika má útskýra nánar og þá er horft til hjúkrunarfræðingsins sem hjúkrunina veitir og sett fram nánari útskýring á hverjum þætti fyrir sig:

**1. Umhyggja: Hjúkrunarfræðingurinn ber umhyggju fyrir sjálfum sér, skjólstæðingnum, aðstandendum hans og samstarfsfólki**

Lætur sér *raunverulega annt* um sjálfan sig, skjólstæðing sinn (sem manneskju og sem skjólstæðing) og samstarfsfólk.

Er *hlýr, opinn og næmur* á sjálfan sig og aðra, t.d. næmur á líðan og þarfir skjólstæðinga og aðstandendur þeirra.

Er *siðferðilega ábyrgur* og ber *virðingu* fyrir sjálfum sér og öðrum.

Er meðvitaður um *aðstæður skjólstæðingsins* og tekur tillit til *ólíks menningarbakgrunns* skjólstæðinga og *sérstöðu* þeirra.

Er *til staðar* fyrir skjólstæðinginn og fær um að veita honum *óskipta athygli*

- Er til staðar í *samræðu*, í því að hlusta og bregðast við
- Er til staðar við *ýmsar aðstæður*, líkamlega og tilfinningalega

Er *óhræddur* við erfiðar tilfinningar og þjáningu annarra og getur t.d. *stutt* aðra í sorg.

Hefur *einlægan áhuga* á hjúkrun og hefur *hugrekki* til að gefa af sjálfum sér sem faglegur hjúkrunarfræðingur og vera þannig *þátttakandi* í lífi annarra.

**2. Sjálfsþekking og sjálfsrækt: Hjúkrunarfræðingurinn þekkir og leggur rækt við sjálfan sig sem manneskju og sem hjúkrunarfræðing**

Hefur *skýra sjálfsmynd* og *eðlilegt og raunhæft sjálfstraust*. Hefur *skýra fagvitund*.

Hefur *eðlilegt og raunhæft faglegt öryggi*.

Þekkir *eigin viðhorf og tilfinningar*.

Þekkir *sínar sterku hliðar*.

Þekkir *veikleika sína og takmörk*.

Er *faglega sjálfstæður og skapandi*.

Leggur *rækt við sjálfan sig sem persónu og sem hjúkrunarfræðing*.

- Kann *streitustjórnun*, t.d. slökun og jafnvægisviðleitni.
- Hefur þjálfað með sér aðferðir til að verjast kulnun.
- *Viðheldur fagmennsku sinni*, er t.d. vakandi fyrir *sistæðri þekkingarþróun* og stundar því *endur- og símenntun*.
- Getur unnið úr erfiðum tilfinningum og aðstæðum og kann að nýta sér *handleiðslu* þegar við á.

**3. Samskipti og tengsl: Hjúkrunarfræðingurinn er fær um uppbyggjandi samskipti og að mynda tengsl við skjólstæðinga og samstarfsfólk**

Kann að hafa *frumkvæði* að samskiptum og tengslum.

Kann að *mynda tengsl* við skjólstæðinga og samstarfsfólk (byggja brú með samskiptum).

Kann að ná *faglegri nánd* við skjólstæðinga.

Hefur *samstarfsvilja* og kann að vera í *samstarfi*.

Kann að viðhalda þægilegri faglegri fjarlægð byggða á virðingu og hlýju svo tengsl við skjólstæðinga haldist innan hins faglegra sviðs.

Auðsýnir *siðferðilegar dyggðir*, s.s. hjálpssemi, hógværð og mildi í samskiptum við aðra.

**4. Fagvíska: Hjúkrunarfræðingurinn hefur til að bera fagvísku**

Hefur nauðsynlega *þekkingu* og *skilning* á mannum, heilbrigðum og sjúkum, og hjúkrun hans við margvíslegar aðstæður.

Er *skarpkyggn* og hefur *framsýni*.

Kemur auga á *strauma* og stefnur er varða heilbrigði, hjúkrun og heilbrigðisþjónustuna.

Byggir starf sitt á *gagnreynndri þekkingu* og er meðvitaður um mikilvægi rannsókna.

Er *opinn fyrir* en jafnframt *gagnrýnn* á *nýjungar*.

Hefur óhlutbundna hugsun, þ.e. *innsýn* og *innsæi*, *heilbrigða dómgreind* og *rökvísi*.

Er *agaður*, *yfirvegaður*, *vandvirkur* og *nákvæmur*.

Hefur getu til að ígrunda á gagnrýnninn hátt *eigin verk* og viðbrögð.

Leggur *rækt við að vera skapandi* – við *listina að hjúkra*.

**5. Fagleg færni: Hjúkrunarfræðingurinn er faglega fær**

Fær í að *styrkja* skjólstæðinga.

Fær í að *meta* ástand, þarfir og viðbrögð skjólstæðinga (greina og túlka).

Fær í að *taka* klínískar ákvarðanir (*bregðast rétt við*).

Fær í að *veita* hjúkrunarmedferð.

Fær í að *skrá* hjúkrun á kerfisbundinn hátt til að hjúkrunin verði ábyrg, markviss og samfelld.

Fær í að *fræða* skjólstæðinga.

Fær í að *framkvæma* ákveðin verk (*tæknileg færni*).

Fær í að vera *talsmaður* skjólstæðinga.

Fær í að *hafa forystu* um, *skipuleggja* og *stjórna* hjúkrun einstaklinga og hópa.

Fær í að *nýta sér upplýsingatækni* og að afla sér nýjustu þekkingar á hverjum tíma.

Fær í að leita leiða til að *efla gæði* hjúkrunar og *öryggi* skjólstæðinga.

**Umræða um kenninguna**

Hjúkrunarfræðingur veitir hjúkrun og hjúkrun er ekki til sem aðskilið fyrirbæri frá þeim sem hana veita. Því er eðlilegt, ef við viljum kafa ofan í innsta eðli hjúkrunarfræði, að við horfum til hjúkrunarfræðingsins. Hvað hugsar og gerir góður hjúkrunarfræðingur þegar hann veitir góða hjúkrun? Hvernig getum við menntað góða hjúkrunarfræðinga? Hvað sjáum við fyrir okkur þegar við hugsum um góðan hjúkrunarfræðing? Þessari kenningu er ætlað að vera innlegg í þá umræðu.

Mikilvægi faglegrar umhyggju er ítrekuð í kenningunni og það felur m.a. í sér faglega færni, fagvisku, umhyggju, uppbyggjandi samskipti og tengsl milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings og innri vinnu hjúkrunarfræðings sem stuðlar að sjálfsþekkingu og sjálfsrækt. Hugtakið „faglegur“ í þessu samhengi nota ég einkum til að ítreka faglega færni sem mikilvægan þátt í raunverulegri umhyggju fyrir skjólstæðingnum. Það er þessi faglega umhyggja sem ég tel vera kjarnann í fagmennsku í hjúkrun og þá þjónustu sem þjóðfélagið felur hjúkrunarfræðingum að veita. Ef einn af ofangreindum þáttum vantar er hjúkrunin ófullkomin að mínu mati. Það er margt ófullkomið í þessum heimi en við eigum hins vegar, frá mínum sjónarhóli séð, stöðugt að leitast við, innan skynsamlegra marka, að stefna á fullkomnun. Til þess að gera það þurfum við ákveðna áttavita til að upplýsa okkur um það hvort við séum á réttri leið. Þeirri kenningu, sem hér er kynnt, er ætlað að vera slíkur áttaviti (sjá nánar síðar um notagildi kenningarinnar). Kenningin hefur smám saman móttast við að hlusta á fyrrverandi sjúklinga í sjö rannsóknum og við að lesa rannsóknaniðurstöður annarra fræðikvenna og -manna og kenningar þeirra og þælingar á þessu sviði.

Í kenningunni geri ég greinarmun á *umhyggju* og *faglegri umhyggju* – ég lít svo á að umhyggja sé aðeins einn þáttur í faglegri umhyggju og að innsta eðli umhyggjunnar sé kærleikur. Í hinum ýmsu rannsóknum mínum hef ég glögglega séð að fagleg færni hjúkrunarfræðings, sem samtvinnað er fagvisku, umhyggju og kærleika, er meginatriði í skilningi sjúklingsins á góðri hjúkrun. Fagleg færni og umhyggja eiga því ekki að vera andstæður heldur samfléttaðir þættir í

góðri hjúkrun (Sigríður Halldórsdóttir, 1997). Faglegu færniina öðlast hjúkrunarfræðingurinn yfirleitt við nám og reynslu, umhyggjuna og kærleikann hefur hann að einhverju leyti með sér úr uppvextinum og hefur tekist að halda loganum við, og með tengslamyndunina er líkt farið – við öðlumst hæfnina til að tengjast öðrum í uppvextinum og fram eftir aldri fer okkur vonandi fram í því. Það eru þó alls ekki allir sem hefja hjúkrunarfræðinám með umhyggju og kærleika í hjarta og með hæfni til að tengjast öðrum. Sú staðreynd er áskorun til allra þeirra sem kenna verðandi hjúkrunarfræðingum hjúkrun. Ég spurði eitt sinn einn viðmælanda minn hvað honum fyndist til ráða varðandi þá sem sýna umhyggjuleysi í samskiptum við sjúklinga. Hann hugsaði sig um og svaraði svo: „Þið verðið að finna leiðir til að hita upp þetta kalda fólk.“ Þarna er fyrrgreindri áskorun lýst í hnotskurn.

Þegar hjúkrunarfræðingar hófu að rannsaka og skrifa um umhyggju lögðu þeir ekki mikla áherslu á *faglega færni*. Ég er þá fyrst og fremst að vísa til frumkvöðlanna í skrifum um umhyggju eins og Jean Watson (1979 og 1988) og Madeleine Leininger (1984 og 1988) og Delores Gaut og Madeleine Leininger (1991). Það var þó helst að Delores Gaut (1983, 1984 og 1986) kæmi inn á mikilvægi verklega þáttarins í umhyggju. Doris Riemen (1986a og 1986b), sem fyrst varð til þess að rannsaka reynslu skjólstæðinga af umhyggju og umhyggjuleysi, nefndi ekki faglega færni sem þátt í umhyggju. Von Essen, sem skrifaði doktorsritgerð sína um umhyggju 1994, komst að þeirri niðurstöðu eftir ýtarlega heimildasöfnun að hjúkrunarfræðingar og skjólstæðingar þeirra hafi oft mjög ólíka mynd af umhyggju þar sem hjúkrunarfræðingar leggi meira upp úr hinni tilfinningalegu hlið umhyggju en skjólstæðingar leggi meira upp úr hinni fræðilegu og tæknilegu hlið. Skjólstæðingar hjúkrunarfræðinga koma til þeirra og annarra heilbrigðisstétta vegna þess að þeir þarfnist faglegrar færni þeirra. Við skiljum þetta ef við hugsum um það hvers við þörfumst af tannlækninum okkar. Ég er ekki í vafa um að hjúkrunarfræðingar verða að hafa faglega færni í fyrirrúmi í hjúkrun. Þetta þýðir ekki að við megum vanrækja umhyggjuna því án hennar er hætt við því að hjúkrunin missi marks. Larsson (1989) og Lowenberg (1994) hafa bent á að sjúklingar vilji ekki lenda inn í einhvers konar „færibandþjónustu“ þar sem „tilfinningakuldi“ ríkir heldur hafi þeir þvert á móti þörf fyrir umhyggju og kærleika. Þetta hafa margar fræðikonur og -menn innan hjúkrunarfræði ítrekað og hafa mér fundist áherslur Jean Watson, Kari Martinsen og Katie Eriksson einna gagnlegastar ásamt áherslum Simone Roach (1984, 1987 og 1991), en allar þessar konur hafa hjálpað mér við að móta eigin hugmyndir um umhyggju.

Mikilsverður þáttur í kenningunni er áherslan á *sjálfsþekkingu* og *sjálfsrækt* hjúkrunarfræðingsins. Segja má að það sé eitt af nýmælunum í kenningunni að draga fram þá staðreynd að ef hjúkrunarfræðingurinn leggur ekki rækt við sjálfan sig er hætt við að viðkomandi geti ekki haldið áfram til lengdar að sýna umhyggju og hafa uppbyggjandi samskipti við skjólstæðinga. Sumir undrast ef til vill þá áherslu í kenningunni að hjúkrunarfræðingurinn verði að byrja á að sýna sjálfum sér umhyggju og það er sett framur umhyggju gagnvart

skjólstæðingum, aðstandendum þeirra og samstarfsfólki. Þetta er þó höfuðatriði og skortur á þessari áherslu hefur líklega leitt marga hjúkrunarfræðinga beint inn í kulnun (burn-out). Það er eins og með leiðbeiningar til flugfarþega, hjúkrunarfræðingurinn þarf að byrja á að sýna sjálfum sér umhyggju og kærleika (eins og flugfarþeginn setur fyrst á sig súrefnisgrímuna), þá getur hann sýnt skjólstæðingunum og samstarfsfólki hið sama, eins og flugfarþeginn getur þá, með fulla súrefnismettun, hjálpað öðrum. Eins og Turkel o.fl., (2004) benda á þá getur ekki hjúkrunarfræðingur, sem ekki hefur sterka sjálfsvitund, veitt alhliða hjúkrun. Út frá slíkum skilningi verður sjálfsræktin eiginlega að vera í forgrunni.

Varðandi umhyggjuna hafa flestir þessara þátta verið nefndir af fræðikonum innan hjúkrunar, s.s. Jean Watson, Kari Martinsen og Katie Eriksson. Þeim til viðbótar má nefna Sally Gadow (t.d. verk hennar 1980, 1984, 1985, 1988 og 1999) og Patriciu Benner (2006 og með Wrubel, 1989). Varðandi *fagvisku* þá er það þáttur í faglegri umhyggju sem ég hef nýlega áttað mig á. Ég sá að í faglegri umhyggju var ýmislegt sem ekki gat flokkast undir faglega færni eða umhyggju. Ef við segjum að hjúkrun feli í sér samspil hjarta, hugar og handa, þá er uppsprettu umhyggjunnar að finna í hjartanu, uppsprettu fagviskunnar í hugarum og faglegu færni framkvæmir hjúkrunarfræðingurinn oftast með höndunum þótt yfirleitt eigi sér stað samspil hjarta, hugar og handa. Þetta eru því allt samtengdir þættir og ekki alltaf skörp skil enda mannveran ein heild hversu mikið sem við reynum að sundurgreina þætti eins og faglega umhyggju.

*Uppbyggjandi samskipti og jákvæð tengsl* er einn af hornsteinum kenningarinnar því einn mikilvægasti þátturinn í faglegri umhyggju er að tengsl myndist milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings – að brú sé byggð með uppbyggjandi samskiptum, með eða án orða. Meleis (1992 og 2004) hefur bent á mikilvægi samskipta og tengsla í hjúkrun og að margir hjúkrunarkenningsmiðir hafa skrifað um hjúkrun sem samskiptaferli. Katie Eriksson (1990) hefur lagt áherslu á að umhyggja eigi sér stað í samskiptum milli tveggja einstaklinga og heldur því fram að tengsl milli þeirra byggist á trú, von og kærleika þess sem umhyggjuna veiti. Kari Martinsen (2001) heldur því einnig fram að umhyggja hafi með tengsl okkar við aðra að gera vegna þess að við, sem mannverur, séum svo innbyrðis tengd, ofin saman eins og listvefnaður. Hún fullyrðir að saga okkar sé alltaf ofin úr mannlegum tengslum og að hjúkrun sé fyrst og fremst fræðigrein samskipta og tengsla. Hún hefur þá framtíðarsýn og von, sem er m.a. innblásin af Lögstrup (1956/1991), að samfélög okkar breytist smám saman til hins betra fyrir sanna umhyggju í mannlegum tengslum. Ég læt mig dreyma um slíkt, og hef séð að Jean Watson, Kari Martinsen og Katie Eriksson og margir fleiri (t.d. Dunlop, 1986 og 1994) eiga sér sömu drauma.

Á síðasta ári kom út í Bandaríkjunum bók á vegum Creative Health Care Management sem byggð er á voninni um að gerbreyta megi heilbrigðisþjónustunni til hins betra innan frá með umhyggju að leiðarljósi. Bókin heitir Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. Ritstjóri

bókarinnar er Mary Koloroutis en bókin var valin bók ársins 2004 af tímaritinu American Journal of Nursing. Þar er m.a. rætt um að umhyggja og tengslin milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings hans séu „sálin í hjúkruninni“ og að þar verði lækningin og þar verði styrkingin.

Áhrif faglegrar umhyggju eru margþætt og hvetjandi fyrir hjúkrunarfræðinga. Fagleg umhyggja minnkar streitu, eykur öryggiskennd og stuðlar að slökun og styrkingu. Allt þetta styrkir ónæmiskerfið (sbr. úttekt Evans o.fl., 2000). Það er efni í aðra grein - um vitundarónæmisfræði – að skýra nánar þessi tengsl og er sú grein þegar í smíðum.

### Notagildi kenningarinnar

Þessi kenning gefur hjúkrunarfræðingum sýn á hjúkrun sem byggist mikið til á reynslu fyrirverandi sjúklinga, sýn sem getur gefið hjúkrunarfræðingum markmið til að stefna að og eins konar leiðsagnarkort hvernig markinu skuli náð, þ.e. til að ná aukinni vellíðan og heilbrigði þjónustuþega. Hún veitir sýn á hjúkrun sem veruhátt og samskiptahátt, ekki bara einhvers konar færni og tækni. Hún gæti nýst í þeirri viðleitni hjúkrunarfræðinga að bæta stöðugt þá hjúkrun sem sjúklingar og aðrir skjólstæðingar hjúkrunarfræðinga fá.

Í kenningunni er lögð áhersla á faglega færni, fagvisku, umhyggju og tengsl jafnframt því að ítreka mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar vinni með sjálfa sig sem starfstæki í aukinni sjálfsþekkingu og sjálfsrækt. Christopher Johns (2000) hefur haldið því fram að gildi ígrundunar felist í því að það sé fyrst og fremst með því að ígrunda eigin verk og viðbrögð sem hjúkrunarfræðingar geti tileinkað sér rannsóknarniðurstöður og ofið þær inn í eigin hjúkrun þar sem hið persónulega, siðferðilega, listræna og vísindalega verður að einni samræmdri heild. Markmiðið er að kenningin geti nýst til slíkrar ígrundunar.

Þar sem mikill meirihluti íslenskra hjúkrunarfræðinga eru konur þurfa þeir flestir að samþætta fjölskyldulíf og starf úr þrengri aðstöðu en margar aðrar fagstéttir. Í þessu felst ákveðið samfélagslegt verkefni og ég sé fyrir mér samfélag þar sem lítið er á heildarvinnutíma hvers og eins og ekki látið eins og það að hugsa um börn og heimili sé ekki mál samfélagsins og það því haft utan allra útreikninga um vinnutíma.

Kenningin hefur gildi fyrir hjúkrunarstjórnun. Margoft hefur verið fjallað um hlutverk hjúkrunarstjórnenda í því að skapa og efla heilbrigðisstofnanir sem umhyggjusamfélög þar sem starfsfólk finnur að það er virt og nýtur umhyggju (t.d. Felgen, 2004; Jones og Alexander, 1993). Ef fagleg umhyggja, eins og henni er lýst hér, fengi að móta heilbrigðisstofnanir ætti það að hafa áhrif á alla þætti, allt frá hugmyndafræði stofnunarinnar til vinnutillögunar og starfslýsinga. Þá væri leitað leiða til að efla hjúkrunarfræðinga, þeir væru hafðir með í ráðum á öllum sviðum sem þeim eða skjólstæðingum þeirra viðkoma og faglegt sjálfstæði þeirra aukið og eftt í þeim tilgangi að efla gæði hjúkrunar og öryggi skjólstæðinga. Ef við sjáum umhyggju sem innsta eðli hjúkrunar og að í faglegri umhyggju felist fagleg færni, fagvíska, umhyggja,

samskipti og tengsl, ásamt innri eflingu hjúkrunarfræðingsins þá verður vanræksla í hjúkrun miklu víðara hugtak. Það væri þá vanræksla að viðhalda ekki þekkingu sinni og færni, að leita ekki leiða til að efla eigin umhyggju og kærleika eða að leggja ekki nægilega, rækt við sjálfa(n) sig og lífsgleðina. Hjúkrunarstjórnendur ættu þá að leita allra leiða til að stuðla að sjálfsþekkingu og sjálfsrækt hjúkrunarfræðinga undir sinni stjórn. Það má ekki heldur gleymast að hjúkrunarstjórnendur, eins og aðrir hjúkrunarfræðingar, verða líka að hafa tíma til að endurnýjast, ígrunda, slaka á og stunda sjálfsrækt.

Varðandi hjúkrunarmenntun gefur kenningin vísbendingar um hvaða þætti er mikilvægt að leggja rækt við í menntun hjúkrunarfræðinga til að skjólstæðingum þeirra finnist þeir njóta faglegrar umhyggju í samskiptum við þá. Námskrárþræðir eru m.a. notaðir til þess að við getum betur glöggvað okkur á því hvernig hjúkrunarfræðing við viljum sjá við útskrift og hvernig við förum að því að ná markmiðum okkar. Námskrárþræðina má kalla *rauðu þræðina* sem ganga í gegnum allt námið. Samkvæmt kenningunni væru námskrárþræðirnir fimm: *fagleg færni, fagvíska, umhyggja, uppbyggjandi samskipti og tengsl, ásamt sjálfsþekkingu og sjálfsrækt hjúkrunarfræðingsins*. Þessum þáttum væri þá fylgt eftir jafnt í bóklegu námi sem verklegu.

Vegna þess misræmis, sem virðist vera í sýn hjúkrunarfræðinga og skjólstæðinga á því hvað skiptir máli í góðri hjúkrun, er mikilvægt að sjónarmið skjólstæðinga fái að heyrast í hjúkrunarmenntun. Rannsóknirnar, sem kenningin byggist á, ásamt kenningunni sjálfri, gefa innsýn í þetta sjónarmið skjólstæðinganna og geta því verið gagnlegar í þeirri viðleitni að kynna hvað skjólstæðingurinn telur vera góða hjúkrun.

Notagildi kenningarinnar fyrir hjúkrunarrannsóknir og frekari kenningasmíði er margvísleg. Áhugi hjúkrunarrannsakenda á umhyggju hefur vaxið á undanförunum tveimur áratugum. Þó er það svo að þótt hugtakið umhyggja sé meira notað en áður er það langt í frá fullkannað og skilgreint. Kenningin dregur upp megindrættina í umhyggju og faglegri umhyggju og tel ég að aðgreining þessara tveggja hugtaka sé gagnleg í allri umræðu um umhyggju í hjúkrun.

### Gagnrýni á kenninguna

Auðvitað er ýmislegt í hjúkrun sem við sjáum ekki, svo sem heimsmynd, fræðasýn og lífssýn hjúkrunarfræðingsins. Hvort tveggja hefur þó djúp áhrif á það hvað hjúkrunarfræðingnum sjálfum finnst mikilvægt. Það er t.d. ekki hægt að skipa neinum að bera umhyggju fyrir sjálfum sér eða öðrum. Við getum hins vegar lýst því yfir að það sé mikilvægt markmið. Það sama á við um tengslamyndun, sjálfsþekkingu og sjálfsrækt. Við getum hins vegar hvatt hjúkrunarfræðinginn til að leggja rækt við sjálfan sig, skapað svigrúm til þess með endur- og símenntun og umbunað þeim sem nýta sér slík tilboð og einnig skapað aðstæður til þess innan vinnustaðar.

Að auki má gagnrýna kenninguna fyrir að þar er ekki að finna lýsingu á þeim lífgefandi veruhætti sem einkennir framúrskarandi hjúkrunarfræðinga eftir lýsingu skjólstæðinga að

dæma (Sigríður Halldórsdóttir, 1996). Slíkur lífgefandi veruháttur lýsir sér ekki aðeins í *kærleika og góðvild* hjúkrunarfræðingsins gagnvart sjálfum sér og öðrum heldur einnig í *æðruleysi* – að viðkomandi áttar sig á því hverju við fáum breytt og hverju ekki; *þakklætiskennnd* – tekur lífinu í þakklæti sem gjöf; *næmi* á sjálfan sig og aðra; *innri kjölfestu* – hefur innri kjölfestu sem veitir stöðugleika á hverju sem gengur; og *innri frið* – hefur innri frið sem viðkomandi getur breitt yfir aðstæður þar sem þess gerist þörf og þannig veitt öðrum hlutdeild í þessum friði. Hjúkrunarfræðingur í lífgefandi veruhætti áttar sig á því að allir eru á einhvers konar vegferð og að sem samferðamenn höfum við möguleika á að hafa jákvæð áhrif hvert á annað. Út frá þessum veruhætti verða markmið þjónustunnar mun víðari, hærri og dýpri. Hjúkrunarfræðingurinn verður þá eins konar *fararstjóri*, sem er til taks, vísar veginn og aðstoðar skjólstæðinginn t.d. í því að verða ekki bitur í þjáningu heldur að láta þjáninguna verða eins og áfanga í framþróun og þroska (Sigríður Halldórsdóttir, 1999 og 2003b). En hjúkrunarfræðingur í lífgefandi veruhætti er líka á ferð að ákveðnum áfangastað aukins þroska, eflingar kærleikans og innri friðar. Ástæðan fyrir því að þessir þættir eru ekki inni í kenningunni er að það er mitt mat að þessir þættir séu flestir ávextir aukins þroska hjúkrunarfræðingsins og komi ekki fyrr en á síðari stigum og að sumir hjúkrunarfræðingar gangi aldrei inn í starf sitt með þessum hætti en geti hins vegar verið ágætir hjúkrunarfræðingar fyrir því. Þessum lífgefandi veruhætti hefur Jean Watson gert góð skil í nýjustu verkum sínum (sjá 1999, 2002, 2003 og 2005).

### Lokaorð

Það er von mín að þessi kenning megi nýtast hjúkrunarfræðingum sem best og stuðla að auknum gæðum þeirrar þjónustu sem þeir veita, hvort sem það er með skjólstæðingum eða hjúkrunarnemum, í hjúkrunarstjórnun, hjúkrunarrannsóknnum eða við kenningasmíði. Þetta er kenning um það sem skiptir mestu máli í hjúkrun og er ætlað að fullnægja betur þörfum sjúklinga eða þjónustuþega innan heilbrigðisþjónustunnar.

Einn meginstyrkur vísinda er að þekkingin, sem við göngum út frá hverju sinni, er í stöðugri endurskoðun og við höldum því sem sannara reynist hverju sinni. Það sama á við um kenningasmíði. Kenning þarf að vera í sífelltri mótun og endurmótun eins og heimsmynd okkar allra, fræðasýn og lífssýn. Ég vil því að lokum gera viturleg orð sr. Ara fróða Þorgilssonar að mínum þegar hann ritar í Íslendingabók: „En hvatki er missagt er í fræðum þessum, þá er skylt að hafa það heldur, er sannara reynist.“

Þakkarorð: Þakka góðar samræður við hjúkrunarkennara heilbrigðisdeildar H.A. og hjálplegar athugasemdir frá ritrýnum.

Heimildir  
 Alligood, M. R., og Marriner-Tomey, A. (2002). *Nursing theory: Utilization and application* (2. útg.). St. Louis: Mosby.  
 Ari fróði Þorgilsson. *Íslendingabók. Á margmiðlunardiskinum Alfræði íslenskrar tungu*. Ritstjórar Þórunn Blöndal og Heimir Pálsson (1995). Reykjavík: Lýðveldissjóður og Námsgagnastofnun.



- Árni Böðvarsson (ritstjóri) (1988). *Íslensk orðabók* (handa skólum og almenningi) (2. útg.). Reykjavík: Bókautgáfa Menningarsjóðs.
- Ásgeir Blöndal Magnússon (1989). *Íslensk orðsifjabók*. Reykjavík: Orðabók Háskólans.
- Åström, G. (1995). *The meaning of caring as narrated, lived, moral experience*. Doktorsritgerð. Department of Advanced Nursing. Umeå: Umeå Universitet.
- Benner, P. (2006 - í prentun). *Towards an ethic of advocacy and care*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Benner, P., og Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Biblían: *Heilög ritning. Gamla og Nýja testamentið*. Útgáfa 1981. Reykjavík: Hið íslenska biblíufélag.
- Chinn, P., og Kramer, M. (1999). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (5. útg.). St. Louis: Mosby.
- Dickoff, J., og James, P. (1968). A theory of theories: A position paper. *Nursing Research*, 17(3), 197-203.
- Dickoff, J., James, P., og Wiedenbach, E. (1968a). Theory in a practice discipline: Part I. Practice oriented research. *Nursing Research*, 17(5), 415-435.
- Dickoff, J., James, P., og Wiedenbach, E. (1968b). Theory in a practice discipline: Part II. Practice oriented research. *Nursing Research*, 17(6), 545-554.
- Dunlop, M. J. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661-670.
- Dunlop, M.J. (1994). Is a science of caring possible? Í P. Benner (ritstj.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage.
- Eriksson, K. (1990). *Pro caritate: En lägesbestämning av caritativ vård*. Skýrsla 2/1990 frá Department of Caring Science. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1992). Nursing: The caring practice - "being there". Í D.A. Gaut (ritstj.), *The presence of caring in nursing* (bls. 201-210). New York: National League for Nursing.
- Evans, P., Hucklebridge, F., og Clow, A. (2000). Mind, immunity and health: *The science of psychoneuroimmunology*. London: Free Association Books.
- Falk-Rafael, A. (2005). Advancing nursing theory through theory-guided practice: The emergence of a critical caring perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 38-49.
- Felgen, J. (2004). A caring and healing environment. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 288-301.
- Gadow, S. A. (1980). Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. Í S. F. Spicker og S. Gadow (ritstj.), *Nursing: Images and ideals*. New York: Springer.
- Gadow, S. A. (1984). Touch and technology: Two paradigms of patient care. *Journal of Religion and Health*, 23, 63-69.
- Gadow, S. A. (1985). Nurse and patient: The caring relationship. Í A. H. Bishop og J. R. Scudder (ritstj.), *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships* (bls. 31-43). Alabama: The University of Alabama Press.
- Gadow, S. A. (1988). Covenant without cure: Letting go and holding on in chronic illness. Í J. Watson og M. A. Ray (ritstj.), *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity* (bls. 5-14). New York: National League for Nursing.
- Gadow, S. A. (1999). Relational narrative: The postmodern turn in nursing ethics. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 13(1), 57-69.
- Gaut, D. A. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 313-324.
- Gaut, D. A. (1984). A theoretic description of caring as action. Í M. Leininger (ritstj.), *Care: The essence of nursing and health* (bls. 27-44). Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack.
- Gaut, D. A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 77-82.
- Gaut, D. A., og Leininger, M. M. (1991). *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing.
- George, J. (ritstj.) (2002). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (5. útg.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Gillon, R. (1994). Client-health care worker relationships and health care ethics: Introduction. Í R. Gillon (ritstj.), *Principles of health care ethics* (bls. 337-341). Chichester: John Wiley & Sons.
- Gyða Baldursdóttir og Helga Jónsdóttir (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*, 31(1), 67-75.
- Henderson, V. (1985). The essence of nursing in high technology. *Nursing Administration Quarterly*, 9(4), 1-9.
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner: A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. Oxford: Blackwell Science.
- Jones, C. B., og Alexander, J. W. (1993). The technology of caring: A synthesis of technology and caring for nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 17(2), 11-20.
- Jón G. Friðjónsson (1993). *Mergur málsins*. Reykjavík: Örn og Örlygur.
- Jón G. Friðjónsson (1997). *Rætur málsins*. Reykjavík: Íslenska bókautgáfan.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Koloroutis, M. (2004). *Relationship-based care: A model for transforming practice*. Minneapolis, Minnesota: Creative Health Care Management.
- Larsson, U. S. (1989). *Being involved: Patient participation in health care*. Doktorsritgerð. Department of Communication Studies. Linköping: Linköping Universitet.
- Larson, P. J., og Ferketich, S. L. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707.
- Leininger, M. M. (1984). *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, New Jersey.: C. B. Slack.
- Leininger, M. M. (1988). *Caring: An essential human need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M. M., og McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. New York: McGraw Hill.
- Locsin, R. C. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201-203.
- Lowenberg, J. S. (1994). The nurse-patient relationship reconsidered: An expanded research agenda. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 8(2), 167-184.
- Lögstrup, K. E. (1956/1991). *Den etiske fordring*. Kaupmannahöfn: Gyldendal. [á ensku: Lögstrup, K. E. (1997). *The ethical demand*. Notre Dame: University of Notre Dame Press].
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Lögstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Ósló: TANO.
- Martinsen, K. (2001). *Øjet og kaldet*. Kaupmannahöfn: Munksgaard Danmark.
- Meleis, A. I. (1992). Directions for nursing theory development in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 112-117.
- Meleis, A. I. (2004). *Theoretical nursing: Development and progress* (3. útg.). Philadelphia: Lippincott.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W., og Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 119-126.
- Ray, M. A. (1999). The future of caring in the challenging health care environment. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 7-11.
- Riemen, D. J. (1986a). Noncaring and caring in the clinical setting: Patients' descriptions. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 30-36.
- Riemen, D. J. (1986b). The essential structure of a caring interaction: Doing phenomenology. Í P. L. Munhall og C. Oiler (ritstj.), *Nursing research. A qualitative perspective*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Roach, M. S. (1984). *Caring: The human mode of being, implications for nursing*. Toronto: University of Toronto.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association.
- Roach, M. S. (1991). The call to consciousness: Compassion in today's health world. Í D. A. Gaut og M. M. Leininger (ritstj.), *Caring: The compassionate healer* (bls. 7-17). New York: National League for Nursing.
- Sigríður Halldórsdóttir (1989). Umhyggja í hjúkrun - frá sjónarhóli sjúklinga. *Tímarit Fhh*, 6(1), 15-19.
- Sigríður Halldórsdóttir (1990a). The essential structure of a caring and an uncaring encounter with a nurse: The patient's perspective. Í B. Schulz (ritstj.), *Nursing research for professional practice* (bls. 308-333). Frankfurt am Main: Workgroup of European Nurse Researchers (WENR).
- Sigríður Halldórsdóttir (1990b). Umhyggjuleysi í hjúkrun: Frá sjónarhóli sjúklinga. *Tímarit Fhh*, 7(1), 28-31.
- Sigríður Halldórsdóttir (1990c). The essential structure of a caring and an uncaring encounter with a teacher: The nursing student's perspective. Í M. M. Leininger og J. Watson (ritstj.), *The caring imperative in education* (bls. 95-108). New York: National League for Nursing.
- Sigríður Halldórsdóttir (1991). Five basic modes of being with another. Í J. Watson og D. Gaut (ritstj.), *Caring: The compassionate healer* (bls. 37-49). New York: National League for Nursing.
- Sigríður Halldórsdóttir (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care - developing a theory*. Doktorsritgerð. Linköping University Medical Dissertations No. 493. Linköping: Linköping Universitet.
- Sigríður Halldórsdóttir (1997). Implications of the caring-competence dichotomy. Í S. Thorne og V. E. Hayes (ritstj.), *Clinical knowledge and praxis in nursing* (bls. 105-124). Philadelphia: Sage.
- Sigríður Halldórsdóttir (1999). Suffering - Reflection - Caring. *International Journal for Human Caring*, 3(2), 15-20.
- Sigríður Halldórsdóttir (2000). Feeling empowered: A phenomenological case study of the lived experience of health. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), *Qualitative methods in the service of health* (bls. 82-96). Lund: Studentlitteratur.

- Sigríður Halldórsdóttir (2001). Theory development in nursing science in Scandinavia from an ethical point of view. Í E. Hamrin, M. Lorensen og G. Östlinder (ritstj.), *Theory development in nursing science in Scandinavia* (bls. 35-42). Stokkhólm: Vårdalstiftelsen.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003a). Efling eða niðurbrot: Kenning um samskip-tahætti og áhrif þeirra. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 79(3), 10-16.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003b). Growing through suffering: Existential changes in women's life because of breast cancer. *Austral Asian Journal of Cancer*, 2(3), 235-244.
- Sigríður Halldórsdóttir og Elisabeth Hamrin (1996). Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.
- Sigríður Halldórsdóttir og Elisabeth Hamrin (1997). Caring and uncaring encounters in nursing and health care: From the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128.
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (1996a). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17(4), 361-379.
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (1996b). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12(2), 48-61.
- Smerke, J. M. (1989). *Interdisciplinary guide to the literature for human caring*. New York: National League for Nursing.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Tinkle, M. B., og Beaton, J. L. (1983). Toward a new view of science: Implications for nursing research. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 27-36.
- Tomey, A. M., og Alligood, M. R. (ritstj.) (2002). *Nursing theorists and their work* (5. útg.). St. Louis: Mosby.
- Turkel, M. C., og Ray M. A. (2004). Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 249-254.
- von Essen, L. (1994). *What is good caring?* Doktorsritgerð. Uppsölum: Uppsala Universitet.
- Walker, L. O. og Avant, K. C. (1988). *Strategies for theory construction in nursing* (2. útg.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown and Company.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinborg, Skotlandi: Churchill Livingstone/WB Saunders.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Watson, J. (2003). Love and caring: Ethics of face and hand - an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 197-202.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Young, A.P. (1994). In the patient's best interests: Law and professional conduct. Í G. Hunt (ritstj.), *Ethical issues in nursing* (bls. 164-180). London: Routledge.