

Efling eða niðurbrot: Kenning um samskiptahætti og áhrif þeirra

Fyrri grein: Kynning á kenningunni, bakgrunni hennar og aðferðinni við þróun hennar.
Dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor HA

Útdráttur

Á undanförunum árum hef ég reynt að átta mig á samskiptaháttum og áhrifum þeirra á fólk. Í rannsóknum mínum, samstarfskvemma minna og nemenda hefur glögg komið fram hve samskipti eru mikið lykilatriði í lífi sjúklinga og hvernig hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta notað vald sitt á mismunandi vegu - ýmist byggt fólk upp eða brotið það niður í gegnum samskipti sín. Í þessari fyrri grein mun ég kynna nýja samskiptakenningu sem ég hef þróað út frá sjö birtum rannsóknum. Ég segi frá bakgrunni kenningarinnar, aðferðinni við þróun hennar og skilgreini helstu hugtök. Ég set kenninguna fram í yfirlitsmynd/líkani þar sem fram koma fimm grundvallarsamskiptahættir þeirra sem valdið hafa og áhrifum hvers samskiptaháttar á þá sem fyrir verða, einkum á 'ródd' þeirra og varnarleysi, í ljósi þess hvernig valdið er notað — til góðs eða illis. Þessi fyrri grein er nánari útfærsla á kenningunni. Í síðari greininni ræði ég um lykilorði kenningarinnar í ljósi þess sem aðrir hafa skrifað og rannsakað. Ég leyfi mér síðan að velja því fyrir mér hvernig greina má mannlegt samfélag í ljósi hennar og lýsi slíkum samfélögum eins og ég sé þau fyrir mér.

Lykilorð: Kenningarmiði, samskipti, áhrif samskipta, sjúklingar/þjónustuþegar

Í fræðigreini eins og hjúkrunarfræði, sem hefur það hlutverk að veita þjónustu sem á að auka heilbrigði og vellíðan skjólstaðinga (ICN, 1973), eru þær rannsóknir mikilvægar sem beinast að því hvað styrkir sjúklinga í varnarleysi þeirra og þjáningu og hvað veikir þá - hvað eflir þeirra eigin skynjun á heilbrigði og vellíðan og hvað gerir hið gagnstæða. Það hefur oft komið fram í rannsóknum mínum, samstarfskvemma minna og nemenda að sjúklingurinn er auðsærður og það er auðvelt að misbeita valdi innan heilbrigðisþjónustunnar. Allir hjúkrunarfræðingar, sem og aðrir heilbrigðisstarfsmenn, búa yfir miklu valdi. Spurningin er hvernig þeir beita því, hvort þeir búa yfir manngöfgi og umhyggju fyrir öðrum eða láta illt af sér leiða - hvort samskipti þeirra efla sjúklinginn eða brjóta hann niður.

Á undanförunum áratug hef ég leitast við að kynnast þessum málum frá sjónarhóli sjúklingsins með rannsóknum. Þeir fyrirverandi sjúklingar, sem ég hef átt samræður við, hafa lýst mörgu sem fylgir því að vera sjúklingur: Varnarleysinu; þörf-

inni fyrir faglega umhyggju sem felur í sér faglega færni, umhyggju og tengsl; styrkingunni þegar þeirri þörf er fullnægt; og niðurbrotinu þegar þeir verða fyrir umhyggjuleysi og vald-niðslu. Í doktorsritgerð minni, sem byggð er á 91 viðtali við 57 meðrannsakendur (Halldórsdóttir, 1996), kom glögg fram hve samskipti eru mikið höfuðatriði í lífi sjúklingsins og hvernig hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta ýmist aukið eða minnkað varnarleysi þeirra - ýmist byggt þá upp eða brotið þá niður með samskiptum. Þessi meginniðurstaða hefur aftur og aftur komið fram í rannsóknum mínum (sjá t.d. Halldórsdóttir, 1997, 2000 og 2001). Þess má geta að í öllum þessum rannsóknum hefur vegvísirinn í aðferðafræðinni verið Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði (Halldórsdóttir, 2000a).

Ábyrgðarmaður: Dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor, HA
Netfang: sigridur@unak.is

Bakgrunnur kenningarinnar

Upphafleg áhersla í samskiptarannsóknnum mínum var að spyrja fyrrverandi sjúklinga um eigin reynslu af umhyggju og umhyggjuleysi (sjá Halldórsdóttir, 1989, 1990, 1990a). Mörg þeirra sem ég ræddi við sögðu að sumir sýndu hvorki umhyggju né umhyggjuleysi. Þá voru einnig mörg sem sáu stígmun í umhyggjunni og líka í umhyggjuleysinu. Fyrir um það bil áratug komst ég því að þeirri niðurstöðu við nánari greiningu (secondary analysis) á rannsóknarniðurstöðum mínum úr tveimur fyrirbærafræðilegum rannsóknum (Halldórsdóttir, 1990, og Halldórsdóttir, 1990b) að það væru fimm grundvallarveruhættir í mannlegum samskiptum (Halldórsdóttir, 1991). Eftir að hafa gert enn frekari rannsóknir í doktorsnámi mínu (Halldórsdóttir, 1996) og eftir að ég lauk því (t.d. Halldórsdóttir, 2001) hef ég haldið áfram að rannsaka samskipti og velta fyrir mér áhrifum þeirra. Þegar ég fór að líta til baka yfir farinn veg eftir að hafa stundað samskiptarannsóknir í rúmlega áratug velti ég því fyrir mér hver meginatriðin væru í hinum ýmsu samskiptaháttum og því hvaða áhrif þau hefðu á þá sem fyrir þeim verða. Sú samskiptakenning, sem ég kynni í þessari grein, er ávöxtur af þessum þælingum.

Frá rannsóknum til kenningarsmíði

Kenningin er byggð á sjö tímaritsgreinum og bókarköflum sem allar birta rannsóknir sem ég hef ýmist unnið að ein eða með öðrum. Allar ofangreindar rannsóknir fólu meira eða minna í sér reynslu fólks af samskiptum við mismunandi aðstæður (sjá töflu I). Ekki er rými til að lýsa þessum rannsóknum nánar en áhugasömum er bent á að afla sér þeirra. Þær verður allar að finna á heimasíðu minni í nánustu framtíð. Ávöxtur kenningarsmíðarinnar er ný samskiptakenning um samskiptahætti og áhrif þeirra. Kenningin byggir á rannsóknum á reynslu fólks af samskiptum (rannsókn I, II, IV og VI - sjá töflu I) ásamt reynslu fólks af aðstæðum sínum sem sjúklingar eða þjónustuþegar innan heilbrigðisþjónustunnar (rannsókn V og VII - sjá töflu I) – sem einkennist af varnarleysi og er nátengt því hvernig heilbrigðisstarfsmenn nota eða misnota vald sitt í samskiptum sínum og áhrif þess á „rödd“ sjúkl-

ingsins eða þjónustuþegans. Að auki byggir kenningin á nánari greiningu minni (rannsókn III) á rannsókn I og II (sjá töflu I). Þessi greining er megingrundvöllur kenningarinnar.

Tafla I. Rannsóknir notaðar til að þróa kenninguna

N=	Aldur	Rannsókn - Lýsing á úrtaki - Fjöldi samræðna - Birting
9	33-59	Ranns. I. Reynsla sjúklinga af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga. Fyrrverandi sjúklingar. Þátttakendur höfðu haft samskipti við hjúkrunarfræðinga á ýmsum deildum sjúkrahúsa. Rætt tvisvar við hvern þátttakanda. (Halldórsdóttir, 1989, 1990, 1990a)
9	28-47	Ranns. II. Reynsla hjúkrunarfræðinema af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við kennara. Fyrrverandi hjúkrunarfræðinemar. Fjórir höfðu BS-gráðu í hjúkrunarfræði, fjórir höfðu MS-gráðu og einn var í doktorsnámi. Rætt við hvern þátttakanda einu sinni eða tvisvar. (Halldórsdóttir, 1990b).
18	28-59	Ranns. III. Meginveruhættir. Nánari greining á rannsóknum I og II með sérstöku tilliti til samskipta og áhrifa þeirra. (Halldórsdóttir, 1991).
9	41-72	Ranns. IV. Reynsla af umhyggju og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Þátttakendur höfðu þjáðst af ýmsum tegundum krabbameina. Rætt við hvern þátttakanda einu sinni til þrisvar (Halldórsdóttir og Hamrin, 1996).
9	38-69	Ranns. V. Reynslan af því að vera með krabbamein. Fólk sem hafði haft eða var með krabbamein. Rætt við hvern þátttakanda einu sinni til þrisvar (Halldórsdóttir og Hamrin, 1997).
8	33-42	Ranns. VI. Umhyggja og umhyggjuleysi í samskiptum við hjúkrunarfræðinga/ljósmeður. 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. Rætt einu sinni við hverja konu. (Halldórsdóttir og Karlsdóttir, 1996).
12	23-42	Ranns. VII. Reynsla af því að fæða börn. Konurnar höfðu átt heilbrigð börn. Samtals áttu þessar konur 28 börn. Meðaltími frá síðustu fæðingu voru 2 ár. Rætt einu sinni við hverja konu. (Halldórsdóttir og Karlsdóttir, 1996a).

Tafla II. Samskiptahættir og áhrif þeirra

SAMSKIPTAHÁTTUR	Persóna með vald NOTKUN VALDS	Samskipti ÁHRIF Á RÖDD	Hin persónan VARNARLEYSI
Eflandi (empowering)	Gefur vald	Báðar persónur upplifa samræður	Hverfur algjörlega
Styðjandi (encouraging)	Deilir valdi	Jákvæð tjáskipti	Hverfur að hluta til
Hlutlaus (passive)	Notar það ekki	Takmörkuð eða engin tjáskipti	Er hið sama eða aukið varnarleysi
Hamlandi (discouraging)	Misnotar það	Neikvæð tjáskipti	Aukið varnarleysi
Niðurbjótandi (disempowering)	Beitir ofbeldi (valdbeiting)	Algjörlega er þaggað niður í hinni persónunni	Algjörlega berskjölduð

Aðferðin við að setja fram kenninguna

Aðferðina, sem ég notaði við að setja fram kenninguna, hafa Walker og Avant (1988) kallað „theory synthesis“. Hún felst í því að smíða kenningu úr niðurstöðum margra rannsókna og gerir kenningarsmiðnum kleift að skipuleggja og samþætta mikið magn af rannsóknarniðurstöðum í eina heildarkenningu. Lykilhugtökum og meginlýsingum er raðað saman í ákveðið kerfi þannig að úr verði ein heild, en kenningin getur verið sett fram á mismunandi hátt. Kenningarsmiði með þessum hætti felur í sér þrjú meginskref:

1. Aðalhugtök og meginlýsingar úr rannsóknunum eru tilgreind. Í öllum sjö rannsóknunum leitaði ég að aðalhugtökum og meginlýsingum. Þetta varð grunnur kenningarinnar sem mótaði fyrsta stig hennar.
2. Leitað er í því sem áður hefur verið skrifað að atriðum sem tengjast aðalhugtökum eða meginlýsingum og tengslin könnuð. Með því að nota ýmist hugtök eða hugtakaheildir eru fræðiskrif annarra könnuð og þættir, sem tengjast aðalhugtökum eða meginlýsingum kenningarinnar, eru sérstaklega athuguð og skráð. Ég viðurkenni að erfitt er að gera þessum þætti kenningarsmiðarinnar full skil því við getum lesið ýmislegt sem hefur áhrif á hugmyndir okkar, vikkað sjóndeildarhring okkar og blandast eigin viðhorfum og gildum - orðið hluti af okkar eigin lífs- og fræðasýn - án þess að við áttum okkur að fullu á því. Í síðari greininni reyni ég eftir bestu getu að gera því efni skil sem ég hef

lesið og hefur haft djúp áhrif á hugmyndir mínar er tengjast kenningarsmiðinni og flétta því inn í umræðu um kenninguna.

3. Hugtökum og lýsingum, sem varða það sem kenningin snýst um, er raðað skipulega saman í eina heild. Eftir að hafa safnað saman í lista lykilhugtökum og meginlýsingum raðaði ég þessu saman í eina mynd sem er eins konar yfirlitsmynd yfir kenninguna og sýnir tengsl milli meginhugtaka (sjá töflu II). Nánari lýsingum raðaði ég síðan saman í töflu til frekari skýringar (sjá töflu III).

Gildismat að baki kenningunni

Gildismatið að baki kenningunni er byggt á því að samfélagið, sem trúir hjúkrunarfræðingum fyrir því að annast fólk við ákveðnar aðstæður, líti á hjúkrun sem mikilvæga þjónustu og

- Treysti því að hjúkrunarfræðingar misnoti ekki þetta traust.
- Taki inn í myndina varnarleysi sjúklinga og þörf fyrir umhyggju og kærleika í samskiptum.
- Treysti því að samskipti hjúkrunarfræðinga við sjúklinga og aðra þjónustuþega auki velíðan þeirra og heilbrigði.

Að auki byggji ég kenninguna á eftirfarandi skilningi á mannverunni:

1. Hver mannvera er einstök og jöfn öðrum að virðingu og persónulegum réttindum. Mannverur hafa samvisku og eiga að umgangast hver aðra af virðingu og alúð.
2. Hver mannvera er óendanlega dýrmæt en finnur ekki hversu dýrmæt hún er nema við samskipti við þá sem birta þennan sannleika.
3. Sem mannverur erum við nátengd hvert öðru. Við erum sífellt með líf hvert annars í höndunum.

Samkvæmt kenningunni er þjónustubeginn-/sjúklingurinn auðsærð persóna sem hefur þörf fyrir jákvæð og uppbyggileg samskipti við heilbrigðisstarfsmenn vegna stöðunnar sem sjúklingurinn/þjónustubeginn er í.

Staða sjúklingsins/þjónustubegans er með tvennum hætti:

- Innri staða: mat hans á eigin þörfum, fyrri reynslu og upplifun af sjálfum sér.
- Ytri staða: sjúkrahúsumhverfið/heilbrigðisþjónustan eins og sjúklingurinn/þjónustubeginn sér þetta.

Framsetning kenningarinnar

Kenningin er sett fram í yfirlitsmynd/líkani sem sýnir fimm grundvallarsamskiptahætti þar sem áherslan er á hvernig sá einstaklingur, sem hefur valdið, beitir því og hvaða áhrif samskiptin hafa á þann sem fyrir verður og þá einkum á „rödd“ hans og varnarleysi. Frá sjónarhóli heilbrigðisþjónustunnar eru grunneiningar kenningarinnar annars vegar hinir ýmsu samskiptahættir sem byggjast á því hvernig heilbrigðisstarfsmenn nota vald sitt (eða misnota það) og hins vegar áhrif þeirra á auðsæranleika sjúklinga og á „rödd“ eða raddleysi þeirra.

Við framsetningu kenningarinnar fjalla ég fyrst um varnarleysið, röddina/raddleysið og valdið og vitna í fyrrverandi sjúklinga um þessa þætti. Þá mun ég kynna líkanið af grundvallarsamskiptaháttum þar sem ég geri ítarlega grein fyrir hverjum samskiptahætti fyrir sig.

Auðsæranleikinn - röddin/raddleysið og valdið

Ein af meginniðurstöðunum í samskiptarannsóknnum mínum er að sjúklingar séu auðsærðir og stundum algjörlega berskjaldaðir fyrir niðurbrotandi samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn. Þessi staðreynd er ein meginstöðin í samskiptakenningunni.

Út frá ofangreindum rannsóknum mínum virðast mér margir sjúklingar vera frekar hræddir við að vera ósammála heilbrigðisstarfsmönnum. Þeir virðast skynja ákveðna hættu á að vera hafnað eða beinlínis verða fyrir höfnun ef þeir dirfast að vera ósammála, hvað þá heldur ef þeir kvarta. Margir þeirra þegja því þegar þeir ættu að tala, eins og þessi unga kona, sem er nú dáið úr krabbameini, útskýrði:

Ég hef upplifað að það hefur verið talað niður til mín. Og oft ertu svo auðsæranleg innan sjúkrahússins að þú lætur þetta draga þig verulega niður, en eftir á verðurðu alltaf mjög reið og þú sérð eftir því að þú sagðir ekkert, því að auðvitað ætti engum að leyfast að koma svona fram við aðra manneskju.

Í sumum tilfellum safnast reiðin upp hið innra með sjúklingunum og þegar þeir yfirgefa sjúkrahúsið eru þeir fullir gremju í garð stofnunarinnar, eins og eftirfarandi ummæli sýna en þetta er menntakona sem orðið hafði fyrir valdniðslu á sængurkvennadeild:

Ég meina ég fæ gæsaþúð þegar ég fer í gegnum bygginguna. Í hvert skipti sem ég þarf að fara þangað inn þá þorna ég öll upp í hálsinum og verður hreinlega illt... þannig líður mér.

Sama kona fann sárt fyrir varnarleysi sínum og raddleysi og kvartaði undan því hvað sumum heilbrigðisstarfsmönnum væri eiginlegt að þagga niður í sjúklingum og útskýrði af hverju hún kvartaði aldrei undan valdniðslunni sem hún varð fyrir:

Um leið og hún var farin byrjar hugurinn að fást við þessi samskipti sem höfðu átt sér stað og þú byrjar að hugsa „af hverju gerði ég ekki þetta?“ og „af hverju sagði ég ekki þetta?“ Ég kalla þetta „óuppgerð samskipti“. Fyrir hana var þetta áreiðanlega ekki neitt, hún áttar sig ekki einu sinni á því hvað hún var að gera, en þú sem sjúklingur ert skilinn eftir með þessa bitru reynslu og ég fann að hugur minn var að fást við þetta, og mig langar svo að fara til þessarar manneskju og segja: „Af hverju í ósköpunum varstu svona andstyggileg við mig? Ég átti þetta ekki skilið!“ Ég glímdi við þetta í nokkur ár á eftir og ég var alltaf að fara til baka til hennar og ...ljúka mínum samskiptum við hana. Mig

langar til að taka hana og hrista hana og segja: „Ef þér líkar ekki það, sem þú ert að starfa við, hættu þá.“ En auðvitað vitum við raunveruleikann, ætti ég að fara að fara til baka og tala við hana? Það er fáránlegt! Eða ef ég mætti henni aftur þá held ég að ég myndi ekki einu sinni nefna þetta við hana því hún myndi horfa á mig eins og ég væri nýlent frá Mars. „Hvað er ég að tala um?“, „Ég var ekkert vond við þig“, því hún barði mig ekki, hún kleip mig ekki. Það er mjög erfitt að lýsa því sem hún gerði mér.

Af þessari tilvitnun sést að það getur verið erfitt fyrir sjúklinga að lýsa því þegar valdbeiting og valdniðsla á sér stað eingöngu í samskiptunum sjálfum. Áhrifin sitja eftir og auka varnarleysi sjúklinganna, þagga einhvern veginn niður í þeim og brjóta niður baráttuprek þeirra. Eins og ein kona sagði eitt sinn við mig í viðtali: „Þá ert þú ekki lengur bara að berjast við sjúkdóminn heldur ertu einhvern veginn farin að berjast við „kerfið“ líka.“ Þeirri konu fannst sú orka ekki aðeins fara til spillis heldur fannst henni sú orkusóun tefja fyrir bata.

Hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta þó ekki aðeins þaggað niður í sjúklingum heldur einnig gefið þeim rödd og styrkt þá rödd sem þeir þegar hafa, eins og fyrrverandi sjúklingur lýsti þegar honum fannst loksins hlustað á sig:

Það eina sem ég man er að mér fannst loksins vera hlustað á mig. Ég man ekki hvað hún gerði en mér varð ljóst að hún tók mig alvarlega og var ákveðin í að gera eitthvað í málunum.

Annar fyrrverandi sjúklingur, kona á fertugsaldri, lýsti því hvernig hún hafði öðlast „fulla rödd“ í gegnum opnar samræður við geðhjúkrunarfræðinginn sinn sem henni fannst eiga mikinn þátt í sínum bata.

Ég tel það afar mikilvægt að hún reyndi ekki að verða besta vinkona mín, eða foreldri eða valdaaðili sem var að gefa mér ráð. Við vorum jafningjar, og öll umræðuefni voru leyfileg en þó venjulega aðeins að minni beiðni.

Efling eða niðurbrot? Samskiptahættir og áhrif þeirra

Í kenningunni sé ég gerandann sem persónu sem hefur vald og samskiptahættirnar fimm fjalla um það hvernig þetta vald er notað - það gefið, því deilt með öðrum, ekki notað, misnotað eða misbeitt. Ég kalla þessa fimm grundvallarsamskiptahætti: Eflandi samskiptahátt (empowering), hvetjandi (encouraging), hlutlausan (passive), letjandi (discouraging) og niðurbrjótandi (disempowering) samskiptahátt (sjá töflur II og III).

Eftirfarandi lýsing á þessum samskiptaháttum er venjulega með tvennum hætti: hvernig einstaklingurinn, sem valdið hefur, notar það vald og áhrifin sem það hefur á hinn aðilann. Undantekningin frá þessu er eflandi samskiptaháttur þar sem gagnkvæmni ríkir vegna þess að í þessum samskiptahætti breytist ég í við. Þar ríkir algjör samkennd, samvinna og eining, ásamt eflandi tengslum.

Skilgreining á eflingu og niðurbroti

Skilgreining á eflingu (Empowerment):

Efling er eigin reynsla af því að einstaklingurinn, sem hefur vald yfir þér ber raunverulega umhyggju fyrir þér og gefur þér valdið sem hann hefur yfir þér - gefur þér frelsi. Þetta gerist í samskiptum þar sem kærleikur og virðing ríkja og samskipti fara fram með eflandi samræðum þar sem gagnkvæmni ríkir, tengsl og full þátttaka beggja í samskiptunum. Efling eykur tilfinningu beggja aðila fyrir stjórn á eigin lífi og aðstæðum, eyðir tilfinningu fyrir því að vera varnarlaus og báðir aðilar hafa tilfinningu fyrir því að hafa fulla rödd.

Skilgreining á niðurbroti (Disempowerment):

Niðurbrot er eigin reynsla af samskiptum þar sem einstaklingnum sem valdið hefur virðist algjörlega standa á sama um þig og misbeittir valdi sínu. Þetta gerist í samskiptum þar sem valdaaðilinn kúgar og niðurlægir, krefst undirgefni og algjörar stjórnar. Ekkert þol er fyrir andstæðum skoðunum. Niðurbrot brýtur niður tilfinningu þess sem fyrir verður fyrir stjórn á eigin lífi og eigin aðstæðum og þólandanum finnst hann kúgaður, algjörlega berskjaldaður og rödd hans þögnuð.

Þessi kenning um meginsamskiptahætti er aðferð til að sýna þá staðreynd að það getur verið stigsmunur á því hversu mikið niðurbrot. Ég sé *hvetjandi* samskiptahátt skref í áttina að *eflandi* samskiptahætti en hann er enn ekki að sönnu eflandi þar sem það vantar hin eflandi tengsl, hinar eflandi samræður, jafnréttið og gagnkvæmnina. Á sama hátt álit ég *letjandi* samskiptahátt ekki eins slæman og *niðurbrjótandi* samskiptahátt þar sem ekki er um að ræða sömu augljósu þörfina fyrir algjöra stjórn yfir hinni persónunni, það er ekki sama þvingunin, niðurlægingin og niðurbrotið. Í síðari greininni mun

Tafla III. Efling eða niðurbrot: Samskiptahættir og áhrif þeirra.

Samskiptaháttur	Persónan með valdið	Gagnkvæmnin	Hin persónan
Eflandi	<ul style="list-style-type: none"> Eflandi persónur hafa siðferðilegt hugrekki til að vera þátttakendur í lífi þeirra sem þær hitta. Hafa raunverulegan velvilja gagnvart öðrum og gefa af sjálfum sér. Virða og styrkja sjálfstæði annarra. Viðurkenna persónu annarra og tengjast þeim á lífgefandi og eflandi hátt. Í samhengi sjúkráðsins sýnir heilbrigðisstarfsmaðurinn faglega umhyggju - er faglega fær, umhyggjusamur og tengist sjúklingnum á eflandi hátt og brú er byggð milli persóna. 	<ul style="list-style-type: none"> Báðar persónur finna fyrir jafnræði, skilningi og samkennd í tengingu sem byggist á virðingu og kærleika. Í eflandi samskiptum eru eflandi samræður milli persóna. Báðar persónur lífa í núinu og eru meðvitaðar og vakandi fyrir sjálfum sér og öðrum. Eru í góðri tengingu við sig sjálfar og hina persónuna - viðurkenna og samþykka persónu hvor annarrar. Bæði tala og hlusta og það er oft fallegur og ánægjulegur „samræðudans“. 	<ul style="list-style-type: none"> Þessi samskiptaháttur léttir auðsæranleikann af hinni persónunni og eflir hana frá innsta grunn. Áhrifin eru umskapandi. Í sjúkráðsambhenginu finnst sjúklingnum hann vera meðtekinn og viðurkenndur sem sjúklingur og sem persóna. Hann öðlast nýja tilfinningu fyrir manngri reisn sinni og finnst hann ekki eins einn, einhver stendur með honum. Hann styrkist og eflist og finnur fyrir aukinni vellíðan og öryggiskennd, tilfinningu fyrir auknu heilbrigði og aukinni innri lækningu. Hann fyllist auknum lífskrafti.
Styðjandi	<ul style="list-style-type: none"> Styðjandi persónur deila hluta af valdi sínu með þeim sem í hlut eiga. Styðja yfirleitt og hvetja aðra. Styðjandi persónur hlusta á spurningar og veita svör við þeim og gefa jákvætt ans (feedback) þegar við á. Það eru hins vegar ekki lífgefandi tengsl - engin „brúarsmiði“ á sér stað. 		<ul style="list-style-type: none"> Þessi samskiptaháttur hefur jákvæð áhrif á líf viðtakandans. Í sjúkráðsambhenginu vinnur heilbrigðisstarfsmaðurinn með sjúklingnum svo sjúklingnum finnst hann ekki eins berskjaldaður. Finnst hugsað um hann, að hann njóti stuðnings og hvatningar. Hann fær hins vegar ekki aukinn lífskraft.
Hlutlaus	<ul style="list-style-type: none"> Hlutlausar persónur nota ekki vald sitt og hafa því takmörkuð/engin áhrif á líf annarra. Þær koma og fara og eru einhvern veginn ekki þátttakendur í lífinu, eru meira eins og áhorfendur í mannlegum aðstæðum og í samskiptum. Það eru takmörkuð eða engin boðskipti. Hlutlausar persónur virðast stundum annars hugar og utan við sig. Virðist stundum vera sama um allt og alla. Virðist stundum vanta alla lífsgleði. 		<ul style="list-style-type: none"> Þessi samskiptaháttur gerir það að verkum að hinni persónunni finnst hún stundum ein og yfirgefin. Finnst hún ekki njóta stuðnings. Finnst að viðkomandi sé sama um hana. Í sjúkráðsambhenginu finnst sjúklingnum að heilbrigðisstarfsmaðurinn sé stundum annst um rútínuna en ekki um manneskjur. Sjúklingnum finnst hann alveg jafnber skjaldaður og áður og rödd sjúklingsins styrkist ekki og veikist stundum.
Hamlandi	<ul style="list-style-type: none"> Hamlandi persónur virðast tilfinningalausar og standa á sama um aðra. Misnota stundum vald sitt yfir öðrum. Samskiptin einkennast yfirleitt af stjórnsemi og kulda og persónan, sem valdið hefur, virðist stundum tilfinningalaust vélmenni. Hamlandi persónur eru yfirleitt valdsmannglegar í allri framkomu, samskiptin eru neikvæð og einkennast yfirleitt af fyrirskipunum, fyrirmælum og tilvísun í reglur. 		<ul style="list-style-type: none"> Þessi samskiptaháttur takmarkar mjög frelsis tilfinningu hinnar persónunnar. Minnkar tilfinningu hennar fyrir stjórn á eigin lífi, veldur aukinni streitu, eykur auðsæranleika hennar og hefur neikvæð áhrif á líf hennar. Í sjúkráðsambhenginu finnur sjúklingurinn fyrir vanlíðan, honum finnst honum stjórn að og stýrt og samskiptin hafa letjandi áhrif á hann sem sjúkling og sem persónu og hafa þau áhrif að honum líður illa. Þessi samskiptaháttur hefur hamlandi áhrif á batatilfinningu.
Niðurbrotandi	<ul style="list-style-type: none"> Niðurbrotandi persónur misbeita yfirleitt valdi sínu. Gera lítið úr persónu annarra. Krefjast undirgefni og brjóta niður lífskraft og lífsgleði annarra. Hræða og nota valdbeitingu með niðurlægingu, hótunum og kúgun. Hrifsfa til sín vald yfir öðrum og markmiðið virðist vera að ná algjöru valdi yfir þeim þegar færi gefst. 		<ul style="list-style-type: none"> Þessi samskiptaháttur veldur óhamingju, neyð, þjáningu og jafnvel örvæntingu. Þessi samskiptaháttur meiðir og getur brotið niður persónuna sem fyrir því verður. Hún finnur fyrir aðskilnaðarkennd, að hún sé algjörlega berskjölduð og óvarin. Í sjúkráðsambhenginu finnst sjúklingnum hann kúgaður og niðurbrotinn og honum misbeitt. Rödd hans þagnar.

ég því fyrst og fremst einbeita mér að þessum tveimur grundvallarsamskiptaháttum, eflandi annars vegar og niðurbrjótandi hins vegar, og miða skilgreiningar við það, ásamt því að fjalla um hlutlausan samskiptahátt - því þetta eru meginpólar kenningarinnar.

Notagildi kenningarinnar

Markmið kenningarinnar er að auka skilning á samskiptaháttum og áhrifum þeirra. Hún gæti haft notagildi fyrir alla sem starfa með fólki og fyrir fólk. Kenningin getur verkað eins og spegill fyrir þá sem vilja átta sig betur á eigin samskiptaháttum og getur verið gagnleg þeim sem eru að læra um samskipti, t.d. nemendum innan heilbrigðisvísinda.

Lokaorð

Í þessari fyrri grein hef ég kynnt nýja samskiptakenningu, gert grein fyrir kenningunni sjálfri, bakgrunni hennar og aðferðinni við að setja hana fram. Kenningin er sett fram í líkani sem sýnir meginsamskiptahætti þar sem áherslan er á hvernig sá einstaklingur, sem hefur valdið, beitir því og hvaða áhrif samskiptin hafa á þann sem fyrir verður og þá einkum á „rödd“ hans og varnarleysi. Í öllum tilvikum fjalla ég um þessa mismunandi samskiptahætti út frá sjónarhorni heilbrigðisþjónustunnar, það er annars vegar hvernig heilbrigðisstarfsmenn nota vald sitt (eða misnota það) og hins vegar áhrif þess á varnarleysi sjúklinga og á „rödd“ eða raddleysi þeirra. Í síðari greininni mun ég ræða um höfuðþætti kenningarinnar í ljósi þess sem aðrir hafa skrifað og rannsakað. Ég leyfi mér síðan að velta því fyrir mér hvernig greina má mannlegt samfélag í ljósi hennar og lýsi slíkum samfélögum eins og ég sé þau fyrir mér.

Heimildir

- Halldórsdóttir, S. (1989). Umhyggja í hjúkrun - frá sjónarhóli sjúklinga. *Tímarit Fhh*, 6(1), 15-19.
- Halldórsdóttir, S. (1990). 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*. Frankfurt am Main, Þýskalandi: Þýska hjúkrnarfélagið, 308-333.
- Halldórsdóttir, S. (1990a). Umhyggjuleysi í hjúkrun: Frá sjónarhóli sjúklinga. *Tímarit Fhh*, 7(1), 28-31.
- Halldórsdóttir, S. (1990b). 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*. New York: National League for Nursing, 95-108.
- Halldórsdóttir, S. (1991). Five basic modes of being with another. Í J. Watson og D. Gaut (ritstj.), *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing, 37-49.

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. Doctoral Dissertation. Linköping University Medical Dissertations No. 493. Linköping: Linköpinghaskóli.

Halldórsdóttir, S. (1997). Implications of the caring-competence dichotomy. Í S. Thorne og V.E. Hayes (ritstj.), *Clinical knowledge and praxis in nursing*. Philadelphia: Sage, 105-124.

Halldórsdóttir, S. (2000). Cancer care in the new millennium. *Recent Advances and Research Updates* 1(2), 9-16.

Halldórsdóttir, S. (2000a). The Vancouver School of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), *Qualitative methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur, 47-81.

Halldórsdóttir, S. (2001). Þjáning og þroski: Reynsla kvenna af brjóstakrabbameini. Í Herdis Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstj.), *Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar: Hvert ætlum við að stefna?* Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði, 234-252.

Halldórsdóttir, S., og Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.

Halldórsdóttir, S., og Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care: From the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128.

Halldórsdóttir, S., og Karlsdóttir, S.I. (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12(2), 48-61.

Halldórsdóttir, S., og Karlsdóttir, S.I. (1996a). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17(4), 361-379.

International Council of Nursing (ICN). (1973). *Code for nurses*. Genf, Svíss: ICN.

Walker, L.O., og Avant, K.C. (1988). *Strategies for theory construction in nursing* (2. útg.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.