

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nuša Rot

**Emocionalno delo s težko bolnimi, poškodovanimi in
umirajočimi**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nuša Rot

Mentorica: doc. dr. Zdenka Šadl

**Emocionalno delo s težko bolnimi, poškodovanimi in
umirajočimi**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

Emocionalno delo s težko bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi

Delo medicinske sestre je delo ženske. Ženskam je pripisana večja čustvenost kot moškim in so usmerjene mame in gospodinje, ki skrbijo za družino ter ji nudijo emocionalno oporo. V preteklosti je bilo to delo v zasebni sferi, ki ni bilo plačano. Šele z rastjo storitvenih dejavnosti pa je postalo plačano delo, kjer pa čustva niso bila priznana. V zadnjem času se tudi to spreminja saj dajejo čustvom pri delu čedalje večji pomen. Ta dimenzija dela se imenuje emocionalno delo. Še vedno pa se ne posvečajo dovolj posledicam tega dela kot so stres na delovnem mestu in izgorelost. Že v formalni izobrazbi bi morali medicinske sestre poučiti in pripraviti na tako obliko dela, kjer svojega dela ne bi jemale osebno, kjer ne bi razkrile nezaželenih čustev ter bi bile sposobne negativna čustva potlačiti in predelati, hkrati pa bi svojo poklicno vlogo igrale čimbolj iskreno, se z njo tesno poistovetile ter ustvarile zahtevana emocionalna stanja.

Ključne besede: čustva, medicinska sestra, emocionalno delo, izgorelost, stres.

Emotional leabur with hard sick, injured and dying

The work of nurse is the work of woman. Women are attributed to greater emotion than men and are directed moms and housewives who take care of their family and offer emotional support. In the past it was a job in the private sphere which was not paid. With the growth of service activities it became paid work where emotions were not important. Recently, however, importance placed on emotions at work is changing. This dimension is called emotional labor. Still people do not devote enough attention to the implications of this work, which are e.g. workplace stress and burnout. In formal qualifications they should train nurses and prepare them for this kind of work, where they wouldn't took their job personally, where their unwanted feelings would not be disclosed and where they would be able to suppress negative emotions. In the same time their professional role should be played most sincerely, they should identify with it and produce the emotional state.

Key words: feelings, nurse, emotional work, burnout, stress.

KAZALO

1	UVOD.....	5
2	OPREDELITEV EMOCIJ.....	8
2.1	Teorije emocij.....	8
2.1.1	Pozitivna in negativna čustva.....	12
2.1.2	Implicitna in eksplicitna pravila čustvovanja in izražanja.....	13
3	EMOCIONALNO DELO.....	15
3.1	Pojav in opredelitev emocionalnega dela.....	15
3.2	Mit o razumskih moških in čustvenih ženskah.....	19
4	EMOCIONALNO DELO V ZDRAVSTVENI NEGI.....	22
4.1	Opredelitev zdravstvene nege.....	22
4.2	Deontološka etična načela in etika srbi.....	25
4.3	Izobraževanje.....	26
5	EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER.....	29
5.1	Opredelitev dela medicinskih sester.....	29
5.2	Skrbstveno delo.....	32
5.3	Negativne posledice.....	34
5.3.1	Stres.....	36
5.3.2	Izgorelost.....	38
5.3.3	Tehnike pomoči.....	40
6	EMOCIONALNO DELO S TEŽKO BOLNIMI, POŠKODOVANIMI IN UMIRAJOČIMI.....	42
7	EMPIRIČNI DEL.....	46
7.1	Metodologija raziskovanja.....	46
7.2	Interpretacija raziskave.....	48
7.2.1	Odločitev za poklic medicinske sestre.....	48
7.2.2	Pomen čustev v poklicu medicinske sestre.....	49
7.2.3	Izobraževanja – dovolj ali premalo?.....	60
8	SKLEP.....	63
9	LITERATURA.....	65
	PRILOGA A: Vprašalnik.....	70

1 UVOD

Industrializacija zahodnih družb ter ločitev dela (ekonomije) od doma (družine) sta vzpostavili delitev dela po spolu, ki se je v bistvenih vidikih ohranila vse do današnjih dni. Ženske so, poleg gospodinjskega dela, nudile emocionalno oporo družinskim članom ter pretežno delovale v zasebni sferi, medtem ko so moški delali v javni sferi za plačilo. Delo žensk ni bilo priznano kot delo in zato tudi ni bilo finančno ovrednoteno.

Emocionalno delo, ki ga ženske opravljajo kot neplačano dejavnost v zasebni sferi in plačano delo v javni sferi (čeprav pogosto brez finančne nagrade) postaja v zadnjih desetletjih pomembno področje raziskovanja in mu dajejo velik pomen. Rast storitvenih in negovalnih poklicev, ki temeljijo na uporabi čustev in spolno pogojeni delitvi dela, postavljajo emocionalno razsežnost dela kot relevanten predmet celovitega preučevanja organizacij v sodobnih, k storitvam usmerjenih družbah (Šadl 2002c, 51).

Emocionalno delo je, oblika dela v javni sferi zaposlitve, pri kateri zaposleni urejajo svoja lastna čustva za ustvarjanje javno opaznih obraznih in telesnih izrazov in so za to plačani oziroma to storitev prodajajo kot delo (Šadl 1999, 212).

Širjenje storitvenih dejavnosti v postindustrijskih družbah torej prinaša s seboj zahteve po novi obliki dela. Storitvene službe vključujejo neposredne stike in odnose z javnostmi, kar pomeni, da postaja komunikacija središčni delovni odnos in da so se močno povečale zahteve po komunikacijskih spretnostih. V tej povezavi dobijo ključno funkcijo čustva zaposlenih (Šadl 1999, 212). V storitvenih dejavnostih vse več zaposlenih svoje zmožnosti urejanja čustev prodaja kot delo t. i. emocionalno delo (angl. emotional labour). Od zaposlenih se pri delu s strankami in klienti pričakuje ustvarjanje in vzdrževanje primernih odnosov, razpoloženj in čustev. Tak delavec/ka mora v sebi vzbuditi, potlačiti ali predelati čustvo, s čimer vzbudi in producira občutje zadovoljstva pri prejemnikih storitev.

Emocionalno delo ima tako pozitivne kot negativne posledice. Številne študije različnih avtorjev (npr. Hochschild 1983; James 1989) so pokazale, da so negativne posledice opravljanja emocionalnega dela predvsem psihološkega značaja. Največkrat so predmet obravnave: izgorelost, stres, emocionalna izčrpanost, otopelost, neavtentičnost in (samo)odtujenost. Wharton (1993) je v svoji raziskavi ugotovila, da

posledice emocionalnega dela niso vedno negativne, kajti emocionalni delavci lahko sprejmejo svoj poklic kot zadovoljujoč.

Čustveni procesi, ki se odvijajo na delovnem mestu vplivajo tako na kakovost dela, kot na zdravje zaposlenih. Kovač (2004, 242) meni, da sta za uspešno delovanje skupine in s tem kakovost opravljenega dela, potrebni najmanj dve vrsti aktivnosti tiste, ki so usmerjene na:

1. ohranjanje in nemoteno funkcioniranje skupine,
2. učinkovito opravljanje nalog.

Ker je človekovo emocionalno življenje zelo kompleksno, prihaja do sočasnega obstoja večih emocij, ki se med seboj prepletajo ali izmenjujejo, avtomatično pa prihaja tudi do njihovih interakcij. Vpliv čustev na zaposlene se najbolj izrazito pokaže v tako imenovanih kritičnih situacijah oziroma, ko na njih vplivajo kritični življenjski dogodki. Kritični življenjski dogodki vplivajo na posameznika tako, da načnejo ali celo porušijo njegovo psihično ravnovesje. Kot posledica se pojavijo, frustracije, konflikti, kriza, stres in izgorelost (prav tam, 117).

Dejavniki, ki povzročajo emocije in same emocije imajo odločilno vlogo v najpomembnejših življenjskih situacijah. Vplivajo na številne aktivnosti in pripomorejo k subjektivnemu psihofizičnemu zdravju ali bolezni (Kovačev 2004, 265).

Zahodna kultura daje prednost razumu in racionalnosti pred čustvi. Številni filozofi in teoretiki se niso zavzemali v prvi vrsti za odstranitev in izkoreninjenje čustev, pač pa za njihovo stalno racionalno obvladovanje in urejanje, kontrolo in uporabo v doseganju različnih družbenih, ekonomskih in ideoloških ciljev. Moderni sociologi pa so cenili predvsem »racionalno stanje duha«, kar se je kazalo v podcenjevanju, zanemarjanju ali izključevanju čustev, kot predmete sociološkega proučevanja (Šadl 1999, 244).

V zdravstveni negi je emocionalno delo bistvena sestavina dela, ki pa je pogosto neopazna in neprepoznavna, čeprav pacienti po drugi strani emocionalno delo medicinskih sester občutijo in cenijo. Medicinske sestre brez emocionalnih investicij svojega dela ne bi mogle učinkovito in dobro opravljati. »Bistvo je, da je nasmeh na obrazu pristen, saj dobro opravljeno emocionalno delo pomeni odlično storitev« (Šadl 2002).

V diplomskem delu bom obravnavala emocionalno delo medicinskih sester. Opredelila bom sam koncept emocionalnega dela in vzroke, zaradi katerih se za delo medicinske sestre pretežno odločajo ženske. Nadalje bom opredelila emocionalno delo v zdravstveni negi oziroma emocionalno delo medicinskih sester. Zanimalo me bo, kakšne so lahko posledice opravljanja emocionalnega dela za medicinske sestre, zlasti v primeru otežene regulacije svojih lastnih čustev in odzivov. Temu bo sledil opis emocionalnega dela medicinskih sester s težko bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi.

V empiričnem delu naloge bom s pomočjo intervjuja raziskala, ali so prisotna čustva pri delu medicinske sestre. Prav tako me bo zanimalo, ali je delo s težko bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi za medicinsko sestro čustveno obremenjujoče, in ali so za to delo ter soočanje z njegovimi posledicami ustrezno usposobljene (izobražene) in pripravljene.

2 OPREDELITEV EMOCIJ

2.1 Teorije emocij

Biti človek je biti čustven - *Čustvujem, torej sem*. Čustva so temeljni in neločljivi del človeka in človeške družbe. Skupaj z razumom (Mislim, torej sem.) pa predstavlja bistvo človeka, to je človečnost (Šadl 1999, 9).

Čustva¹ niso izolirana notranja stanja posameznika in njegove biološke konstitucije, torej pojav po sebi, katerega obstoj je neodvisen od zunanjega družbenega sveta in družbenih odnosov. Čustva so relacijski pojavi. Izhajajo iz družbenih odnosov in so del »emocionalnega scenarija«, ki ga akterji, umeščeni v širše družbene strukture in procese oblikujejo z drugimi. Čustva so neločljivo povezana tudi s kulturnimi strukturami. V čustvih kot družbeno-kulturnih pojavih se izražajo lastnosti in prakse, povezane z družbenimi odnosi ter duhovna, naučena ter skupna izkušnja (Šadl 1999, 244, 245).

V evropski tradiciji so bila čustva predmet številnih razlag, najpogostejši namen različnih obravnav pa je bil svariti in obvarovati ljudi pred destruktivnostjo nevarnih čustev. Podobe kaotičnosti, neobvladljivosti, animaličnosti, iracionalnosti, nevarnosti, ženstvenosti so bile, kakor daleč seže zgodovinski spomin, zvezde stalnice zahodnega razumevanja človeške čustvenosti (Šadl 1999, 243). V najzgodnejših začetkih zahodnega mišljenja je tako smisel človeškega obstoja opredeljevala hladna, racionalna presoja. Razum je bil strogo ločen od čustev. Za zahodno intelektualno tradicijo je značilna prevlada razumarstva, strogi red in sistematičnost (Šadl 1999, 9).

Najpomembnejše spoznanje Aristotela, ki je postavil temelje ameriškim in evropskim teorijam emocij, da so emocije povezane z delovanjem in da izhajajo iz naših verovanj (Oatley in Jenkins 2003, 11). Po Aristotelu je funkcija človeka aktivnost duše, ki sledi racionalnemu načelu; avtor povzdigne razum v nekaj, kar je človeku po naravi »najboljše« in »najslajše«. Grški filozofi so racionalnost šteli za sam »božji dar« (Šadl 1999, 18).

Descartesova ideja je bila, da smo ljudje po svojem biološkem ustroju opremljeni s funkcionalnimi emocijami, vendar pa so le te včasih tudi nefunkcionalne (Oatley in Jenkins 2003, 16). Descartesova teorija o čustvih predstavlja ostro ločevanje med

¹ Izraza čustva in emocije uporabljam kot sinonima.

duhom in telesom. Čustvo pojmuje primarno ali izključno kot občutenje, do katerega pride brez naše volje in nadzora. Traja določen čas in lahko mu določimo mesto v telesu. Po avtorjevem mnenju je čustvo subjektivna zavest o fiziološki spremembi, zato ga je pri analizi čustev zanimala, fiziološka osnova emocionalne izkušnje (Šadl 1999, 34).

Začetniki zahodnih teorij emocij so Charles Darwin, William James in Sigmund Freud.

Charles Darwin je leta 1872 izdal prvo knjigo o emocijah z naslovom »Izražanje emocij pri človeku in živali«. Darwina niso zanimala čustva kot taka, zanimala ga je povezanost človeškega in živalskega obnašanja (Oatley in Jenkins 2003, 3). Avtor je menil, da so vsi obrazni gibi prvotno nečemu služili in da naj bi bila večina izraznih gibov ostanek ali sled praktičnih gibov. Slednji so služili za doseganje praktičnih ciljev, kasneje pa so postali avtomatične navade, ki naj bi se celo dedovale (Lamovec 1991, 11). Po Darwinu so emocije skupne tako ljudem kot živalim in temeljijo na našem osnovnem prizadevanju po fizičnem preživetju. Emocije naj bi bile povezane z našimi notranjimi nagoni, v glavnem predstavljajo odzive, reakcije na nevarnosti in kot take, so bistvene za naše preživetje.

William James in Carl Lange sta v 19. stoletju razvila eno prvih teorij čustev, ki so jo poimenovali James – Langejeva teorija čustev (Oatley in Jenkins 2003, 6). Po tej teoriji ljudje najprej zaznavamo pojav, ki nas vznemirja, nato se pojavijo telesne spremembe, emocija pa je subjektivno doživljanje teh sprememb. Teorija je poskušala odgovoriti predvsem na vprašanje, kaj je prvotno: subjektivno doživljanje emocij ali telesne spremembe, pri čemer daje prednost slednjim (Lamovec 1991, 23–24). James je trdil, da so telesne spremembe prvotne, subjektivno doživetje čustva pa jim sledi. To pomeni, da je čustvo naša izkušnja telesnega odziva in da vsakemu posameznemu čustvu ustreza specifični sindrom telesnega odziva (Šadl 1999, 35–36).

Sigmund Freud ni izdelal teorije emocij v pravem smislu. Ampak je opozoril na nekatere vidike, ki so bili do tedaj zanemarjeni. V psihoanalizi so emocije imenovali afekti in njihova temeljna dimenzija naj bi bilo ugodje in bolečina. Ugodje naj bi bilo povezano z zmanjševanjem napetosti, bolečina in neugodje pa z naraščanjem napetosti. Afekte je Freud sprva povezoval z libidom in nezavednimi konflikti, kasneje pa je trdil, da izvirajo iz ega (Lamovec 1991, 29). Freud je predstavil tri

teorije o posledicah čustvenih reakcij: teorijo emocionalnih travm, teorijo notranjega konflikta in teorijo repetitivne kompulzije. V teoriji emocionalnih travm je Freud menil, da nas naš um, zavedno ali nezavedno, brani pred neugodnimi emocijami, imenoval ga je obrambni mehanizem (Oatley in Jenkins 2003, 7).

Pozno v 20. stoletju se v zahodnih družbah pojavi nov val zanimanja za čustva in novo vrednotenje človeške čustvenosti. Odkrili in poudarili so pomembnost osebnih izkušenj, nove senzibilnosti in nove zmožnosti čustvovanja. Uveljavilo se je novo vrednotenje sveta, drugačno oblikovanje identitete in nove oblike delovanja. Nova družbena gibanja so poudarjala pomembnost izražanja čustev v osebnih odnosih in družbeno kulturnih procesih (Šadl 1999, 12).

Večina sodobnih raziskovalcev emocionalnih procesov soglaša, da so emocije kompleksen proces, ki vključuje fiziološke, kognitivne in izrazne (ekspresivne) sestavine. Fiziološko vzburjenje v najširšem smislu je nujen sestavni del emocionalnega procesa (pri čemer poskušamo spremeniti telesne znake emocij). Kognitivna sestavina se nanaša na oceno situacije, akcije, telesnih sprememb ali pa na neposredno doživljanje (spreminjajo se misli in predstave z namenom, da se spremeni doživljanje). Izrazna sestavina pa se kaže v mimiki obraza, telesni drži, glasu, itd. (spremenimo izraz ali vedenje z namenom, da spremenimo doživljanje). Emocije izražajo odnos do zunanjega sveta ali do samega sebe (Lamovec 1991, 116).

Čustva so pomembno področje, o katerem ljudje vsakodnevno razmišljamo. Smo rojeni »intuitivni znanstveniki«, ki nenehno tvorimo teorije o tem, kaj čustva so, zakaj nastanejo, kaj je zanje značilno, kako z njimi ravnati. Tako oblikujemo subjektivne razlage čustvenih procesov, ki se jih pogosto niti ne zavedamo. Čeprav so te razlage velikokrat napačne, pa se med seboj povezujejo v kohezivno strukturo, za katero je posameznik pripravljen iskati vedno nove utemeljitve, s katerimi bi potrdil svoja prepričanja. Pri tem mu pomaga večinoma nezavedno selekcionirano zaznavanje tistih informacij, ki so najboljše usklajene s to strukturo. Sodobna psihologija odkriva vrsto takšnih t.i. implicitnih ali subjektivnih teorij na področju razumevanja čustev. Ljudje imajo pogosto napačne predstave o tem, da so čustva povsem iracionalna, neobvladljiva, destruktivna, nekoristna (predvsem neugodna), otročja in povezana predvsem s telesnim doživljanjem (Oatley in Jenkins 2003).

Posameznikovo izražanje čustev je pogosto nezavedne narave, zato so elementi čustvenih izrazov dokaj zanesljivi kazalci čustvenih stanj (Kovačev v Smrtnik Virtović 2007, 27). Z opazovanjem izrazov lahko prepoznavamo čustva v vsakodnevnih življenjskih situacijah in jih tudi znanstveno preučujemo. Čustveni izrazi so dražljaji za osebo, ki jih opazuje, ocenjuje in si jih razlaga ter se na podlagi pomena, ki jim ga pripisuje, nanje odziva. Obseg dražljajev, ki sodelujejo pri nebesednem čustvenem sporazumevanju je dokaj velik, zato smo pozorni predvsem na naslednje vedenjske kazalce čustvenih stanj: izraze obraza, gibe oči in smer gledanja, kretnje, držo telesa, glas, nejezikovne zvoke, uporabo socialnega prostora, dotik in vonj (Smrtnik Virtović 2007).

Čustva so, kot smo že povedali temeljna in neločljiva sestavina človeka ter skupaj z razumom predstavljajo njegovo bistvo. So bistvena dimenzija njegove subjektivitete in konstitutivna sestavina družbenih odnosov. Vendar je bila za zahodno kulturo značilna miselnost, ki povečuje razum in ga strogo ločuje od čustev. Razumarstvo zahodnega miselnega sveta je poudarilo strog red in sistematičnost, čustva pa so bila v glavnem obravnavana kot razdiralni in nevarni pojavi (Šadl 1999, 9).

Frijda (v Kovačev A.N. 2004, 18) navaja tri temeljne opredelitvene vidike emocij, ki so se uveljavili tudi v znanstvenih psiholoških krogih.

1. Emocijo navadno povzroči določena oseba, ki zavestno ali nezavedno ovrednoti nek dogodek kot relevanten oz. vreden presoje, kar pomeni, da se nanaša na nek pomemben cilj. Ko gre za približevanje cilju, subjekt oceni emocijo kot pozitivno, v nasprotnem primeru pa kot negativno.
2. Jedro emocije predstavlja pripravljenost na dejanje in načrtovanje aktivnosti. Emocija spodbuja prednostno ovrednotenje nekaterih dejanj v primerjavi z drugimi, kar pomeni, da jim daje prizvok nujnosti. Tako lahko prekinejo alternativne psihične procese in dejanja ali tekmujejo z njimi. Sprememba usmerjenosti omogoča vzpostavljanje drugačnih odnosov z okoljem.
3. Subjekt doživlja emocijo kot spremenjeno psihično stanje, ki ga pogosto spremljajo telesne spremembe, izrazi in dejanja.

2.1.1 Pozitivna in negativna čustva

Čustva delimo na pozitivna in negativna. Čustva so pozitivna, kadar okoliščine posamezniku omogočijo doseganje zanj pomembnih ciljev, in negativna, kadar ugotovi, da so njegovi cilji zaradi dogajanja ogroženi (Lazarus v Smrtnik Virtović 2007, 11). Posameznik doživlja pozitivna ali negativna čustva tudi, kadar je dogajanje zanj pomembno (Oatley in Jenkins 2002). Posameznik doživlja krivdo, če s svojim vedenjem krši določene družbene standarde, če pa s svojim vedenjem preseže pričakovanja o sebi, doživlja ponos. Zaradi doseženih ciljev in delovanja, ki je skladno z osebnimi normami, ljudje pozitivna čustva doživljajo kot prijetna. V primeru nedoseženih ciljev in delovanja, ki je v nasprotju z osebnimi normami, pa negativna čustva doživljajo kot neprijetna. Tako pozitivna kot negativna čustva imajo poseben pomen za posameznika, saj ga pripravijo na optimalen odziv v zanj pomembni situaciji, zato so vsa (pozitivna in negativna) čustva koristna (Milivojević v Smrtnik Virtović 2007, 13). Če emocije v nas vzpodbudijo pozitivno čustvo, potem bomo delovali k doseganju cilja, če pa v nas vzbudi negativno čustvo, se bomo poskušali na vsak način izogniti temu cilju. Emocije pri posamezniku vplivajo na kognitivne procese, vedenje, motivacijo in na motorične funkcije.

Emocije prav tako odločilno vplivajo na vzpostavljanje in regulacijo družbenih odnosov. Njihov neposredni vpliv na socialno dinamiko je viden predvsem v pozitivnih občutjih do pripadnikov iste skupine in v nekaterih značilnostih kolektivne identitete. Pozitivne emocije pripomorejo h kohezivnosti skupin, negativne pa rušijo. Močan vpliv emocij na socialne odnose je viden tudi v socialni klimi, ki odseva emocionalne vidike sožitja v določeni skupini (Kovačev 2004, 268).

Naloga medicinskih sester je negovanje, tolažba, izražanje empatije in opogumljanje bolnikov, torej naj bi izražale predvsem pozitivna čustva. Biti morajo čuteče, nežne, razumevajoče, prijazne in zaupljive, kajti negativna čustva kot so osornost, brezčutnost, pikrost, grobost, brezskrbnost ter hladnost pri njih niso zaželena. Pozitivno emocionalno delo je torej bistveno v skrbstvenih poklicih.

Pozitivna čustva so v storitvenih službah bolj zaželena kot negativna, saj se od storitvenih delavcev pričakuje ustvarjanje ustreznih odnosov, razpoloženj in čustvenih stanj. Čustveni izrazi so dražljaji za osebo, ki jih opazuje, ocenjuje in si jih razlaga ter se na podlagi pomena, ki jim ga pripisuje, nanje odziva (Smrtnik Vitulić 2007, 27).

Čustva, ki pa onemogočajo optimalno prilagoditev ali ustrezno delovanje v spremenjenih razmerah, za posameznika niso funkcionalna in onemogočajo učinkovite odnose z drugimi ljudmi ter zunanjim svetom. (Smrtnik Vitulić 2007, 36). Zato so pozitivna čustva zaželena, ko je odnos med izvajalcem in prejemnikom opredeljen kot prijateljski. S pozitivnimi čustvi se to lahko doseže, medtem ko so negativna čustva lahko destruktivna.

2.1.2 Implicitna in eksplicitna pravila čustvovanja in izražanja

Čustva vplivajo na odnose z drugimi ljudmi. V komunikaciji dobiva izražanje impliciten ali ekspliciten pomen sporočila. Izražanje čustev postane dražljaj, ki si ga ljudje razlagajo v skladu s kulturnimi in osebnimi kodami (Milivojević v Smrtnik Virtović 2007, 14). Čustva se do neke mere prenašajo z ene osebe na drugo, kar pomeni, da opazovanje izraženih čustev pri drugem lahko povzroči podobno čustvo tudi pri nas (Lamovec v Smrtnik Virtović 2007, 14).

Zavezanost zunanjim pravilom čustvovanja (institucionalizacija in birokratizacija emocionalnega dela) in nadzor organizacij nad čustvi (ocenjevanje izvajanja storitev, določanje načinov za zagotavljanje pravičnega izvajanja emocionalnega dela) omejuje samodefiniranje čustev, pravil čustvovanja in izražanja ter izbiro individualnih emocionalnih izražanj ali stilov. Organizacijsko predpisani, (bolj ali manj togi) emocionalni stil izvajanja storitev omejuje fleksibilno izbiro emocionalnih odzivov, ki so primerni različnim situacijam in interakcijam. Emocionalni delavci so pogosto omejeni na izvajanje standardnih postopkov (Šadl 1999, 219). Izbira emocionalnega stila storitev, ki nasprotuje eksplicitnim pravilom izražanja v organizacijah (na primer, delavec/ka jemlje stvari osebno; svoja čustva, napetost, stres razkrije namesto, da jih zadrži, potlači ali predela), pomeni tveganje, ki ima lahko negativne posledice za kariero ali celo za samo zaposlitev delavca/ke (Šadl 1999, 220).

Eksplicitna pravila čustvovanja in izražanja določa menedžment, vendar v organizaciji urejajo čustva tudi pravila čustvovanja in izražanja, ki so implicitna sestavina neformalne kulture organizacije. Implicitna pravila oblikujejo zaposleni sami,

predpisujejo, kaj ostaja v območju zasebnih dvomov in skrbi, in kaj se lahko odprto izraža ter na kakšen način (Šadl 1999, 222).

V zadnjih desetletjih so po ugotovitvah nekaterih avtorjev pravila postala manj standardizirana in manj podvržena hierarhičnemu nadzoru ter veliko bolj prepuščena posamezniku, ki se lahko sam odloči, kako se bo odzval v določenih situacijah (Šadl 1999, 223).

3 EMOCIONALNO DELO

3.1 *Pojav in opredelitev emocionalnega dela*

Definicija dela je vedno odsevala družbeno umeščenost dela. Koncept dela se je skozi zgodovino spreminjal in odseval spremembe v družbenem okolju in tudi vplival na njih. Ali je določena dejavnost (bila) opredeljena kot delo je (bilo) odvisno od socialnega konteksta (norm, odnosov moči, družbenega konsenza, socialnega okolja dela) (Kanjuo Mrčela 2002).

V prvi polovici in sredi 20. stoletja so nekateri avtorji že priznali in afirmirali neformalni vidik organizacije, socialne potrebe in subjektivne občutke ljudi kot del formalnih organizacij. V 60. in 70. je bil poudarjen pomen človeškega dejavnika v organizaciji in tako imenovanih mehkih vidikov organizacije dela. A. Hochschild je opravila pionirsko delo na področju celovite obravnave emocij v organizaciji. V svojem delu iz leta 1983 je predstavila emocionalno delo kot pomembno sestavino organizacijskega življenja.

V preteklosti so raziskovali vpliv razpoloženja in stališč zaposlenih na produktivnost v organizaciji (Fineman v Mesner Andolšek 2002, 11). Ugotovili so, da stres, pripadnost, alienacija in zadovoljstvo, kljub temu da imajo močno emotivno sestavino, ne vplivajo na produktivnost. Majo in sodelavci so izvedli raziskavo o vplivu nekaterih ergonomskih in tehnoloških vidikov učinkovitosti. Prišli so do presenetljivih rezultatov. Ugotovili so, da je prijazna gesta raziskovalcev (vsako jutro so jih pozdravili z »Dobro jutro«) tako močno motivirala delavce, da je bil učinek večja produktivnost. To je raziskovalce spodbudilo k razmišljanju o pomembnosti medsebojnih človeških odnosov pri delu, še vedno pa niso upoštevali vpliva pozitivnih čustev. Danes velja, da so pri zaposlenih za doseganje večje produktivnosti pomembni tako pozitivna čustva, kot zadovoljstvo zaposlenih (Mesner Andolšek 2002). V osemdesetih letih prejšnjega stoletja (Mesner Andolšek 2002) so bile znotraj organizacijskega raziskovanja deležne pozornosti teme, ki so vključevale močno emotivno noto, to so: zadovoljstvo z delom, pripadnost, stres in vloga čustev v

organizaciji. V devetdesetih letih pa »čustva postanejo ena glavnih preokupacij v analizi organizacij« (Mesner Andolšek 2002, 18).

Sodobno raziskovanje vključenosti čustev v organizacijske procese kaže, da so čustva dejansko prisotna na vseh ravneh organizacijske strukture. Emocijam je pripisana konstruktivna vloga v organizaciji, sodobna koceptualizacija organizacijskih praks in procesov, priznava oziroma vključuje obe sestavini: emocionalno in racionalno (Mesner Andolšek 2002, 19).

Tako kot družbeni odnosi proizvajajo emocije, tudi emocije kot njihovi proizvodi, dalje organizirajo delovanja, ki strukturirajo in producirajo odnose. Sposobnost za čustvovanje je eden ključnih dejavnikov vzpostavljanja in vzdrževanja družbenih stikov, interakcij in emocionalnih vezi, ki se nahajajo v samem temelju družbenega življenja, so torej osnova njegovega obstoja in trdnosti (Šadl 1999, 246).

Emocionalno delo je oblika dela, ki zahteva interpersonalno senzitivnost in skrb, osebno pozornost in individualen pristop (Šadl 2002c, 55). Bistvena značilnost emocionalnega dela je regulacija čustev, ki od posameznika/ice zahteva potlačitev ali priklic ustreznega čustva, da bi navzven vzdrževal/a podobo, ki vzbudi ustrezno čustveno stanje ali razpoloženje pri prejemnikih storitev. Emocionalni delavci pri svojem delu upravljajo s čustvi prejemnikov storitev in svojimi lastnimi čustvi (Hochschild v Šadl 2002, 55).

Od delavcev, ki delajo v storitvenem sektorju se pričakuje, da bodo v stiku s strankami vzdrževali in ustvarjali primerne odnose, razpoloženja in čustva torej opravljali emocionalno delo.

Emocionalno delo je, kot smo že ugotovili, profesionalno urejanje čustev za plačilo. Urejanje čustev (angl. emotional management) se nanaša na »urejanje čustev za ustvarjanje javno opazljivih obraznih in telesnih izrazov« (Hochschild v Šadl 1999, 212). Takšno vsebino in obliko dela pojasnjujejo tudi pojmi, kot so delo ljubezni, sentimentalno delo, delo s smehljajem. Pojem emocionalno delo je pridobil samostojen status, podobno kot koncepta fizičnega ali intelektualnega dela. Emocionalni delavci in delavke se vedno bolj soočajo s pričakovanji in zahtevami po prilagajanju potrebam in željam strank ali klientov. Emocionalno delo vključuje hlinjenje čustev (angl. »surface acting« – površinsko igranje vloge) in predelavo

svojega doživljaja (angl. »deep acting« – globinsko igranje vloge) (Hochschild v Šadl 1999, 214). Površinsko igranje čustev predstavlja verbalna in neverbalna komunikacija, ki je namenjena ustvarjanju določenih vtisov pri prejemniku. Gre za simulacijo čustev, ki jih posameznik dejansko ne občuti in prikrivaje tistih, ki jih občuti. Pri globinskem igranju čustev pa posameznik želi pokazati čustva, ki jih dejansko občuti. Čustva aktivno sproža, potlačuje ali ustvarja, posameznik si prizadeva dejansko spremeniti lastno čustvovanje. Površinsko igranje vloge se usmerja neposredno na posameznikovo zunanje vedenje, medtem ko se globinsko igranje usmerja na njegove notranje čustvovanje (Hochschild v Šadl 2002c, 53). Hochschild torej govori o čustvih na delovnem mestu, možnostih in sposobnostih zaposlenih, da jih izražajo in upravljajo z njimi preko površinskega ali globinskega igranja vlog. Takšno prizadevanje pa vpliva tudi na dobro počutje in zdravje zaposlenih.

Ashforth in Humphrey (v Šadl 2002c, 54) poleg površinskega in globinskega igranja vlog opisujeta še tretji način opravljanja emocionalnega dela in sicer takrat, ko delavec institucionalno predpisano čustvo občuti in izrazi spontano, brez namernega truda usmerjata avtorja pozornost na vedenje, s katerim storitveni delavci javno kažejo pričakovana (profesiji oziroma delovni situaciji primerna) čustva. Emocionalno delo definirata kot »izkazovanje primernih čustev«.

Zaposleni urejajo lastna čustva v stikih s strankami in klienti s pomočjo pravil čustvovanja, slednje postavlja organizacija v skladu z vodilno logiko dobička. Pravil za urejanje emocionalnih odzivov ter stanj ne določajo zaposleni sami na podlagi lastne osebne presoje, niti jih ne oblikujejo v medsebojnih pogajanjih. Pomene čustev v glavnem določajo priročniki in vodiči, tečajji, programi izobraževanja, učne delavnice in seminarji, ki jih predpisuje in organizira delovna organizacija (Šadl 1999, 214). Pravila čustvovanja in izražanja predstavljajo obliko organizacijskega nadzora. Namen nadzora je povezati delo zaposlenih z interesi delodajalcev.

Službam, kjer zaposleni uporabljajo emocionalno delo so skupne tri značilnosti:

- zahtevajo neposredne stike z javnostjo (angl.»face-to-face« ali angl.»voice-to-voice« odnose);

- od delavcev oz. delavke zahtevajo, da namerno producirajo emocionalno stanje v drugi osebi (zadovoljstvo, užitek, strah itd.);
- delodajalcu omogočajo, da prek usposabljanja za delo izvaja nadzor nad emocionalnimi aktivnostmi zaposlenih (Hochschild v Šadl 1999, 217).

Ljudje z razpoloženjem vplivamo drug na drugega; vplivamo na ugodno ali neugodno čustveno stanje druge osebe. Izmenjava čustev ustvarja nevidno medosebno preudarnost in se dogaja med vsakim vzpostavljanjem vzajemnosti med ljudmi, a je običajno tako pretanjena, da je niti ne opazimo. Čustvena preudarnost zajema vsoto vseh izmenjanih čustev med nami. Na prikrit ali odkrit način drug drugemu vplivamo dobro ali slabo razpoloženje, kar sodi v vsako vzpostavljanje stikov. Čeprav čustvena preudarnost poteka neopazno, ima neverjetne koristi v poslovanju ali uglaševanju življenja v organizaciji (Goleman 2001, 183). Prijazen pozdrav, vzpostavitev očesnega kontakta ob prihodu kupca ali med zaposlenimi, kramljanje ter nasmejan obraz so neločljive sestavine kakovostnih storitev. Storitveni delavci kot osebe s katero kupci vstopajo v stik, podjetje predstavljajo in ga dejansko prodajajo. Delavec, ki je zadovoljen na svojem delovnem mestu, bo tudi do drugih bolj prijazen in bo lažje kazal nasmeh na obrazu do prejemnikov oz kupcev. Od njihovega nastopa, njihovega smejočega obraza je odvisno celotno poslovanje podjetja.

V delovnem okolju imajo čustvene prvine odločilno vlogo ne glede na vrsto dela. Čustvena zrelost zahteva od nas, da smo sposobni krmariti skozi stalno prisotne, neopazne čustvene tokove in da se jim ne pustimo zapeljati (Goleman 2001, 185).

Goleman (2001 185) opisuje dogodek, ko so se izletniki vračali iz izleta v Disneylandu in so bili vsi v avtobusu razdraženi, nemirni, glasni in kako jim je šlo skoraj na jok. Nenadoma se zasliši tiho in neustavljivo popevanje. Voznik avtobusa je pel pesem iz filma Morska deklica. Vsi potniki v avtobusu so potihnili in prisluhnili. Neka deklica se je pridružila voznikovemu petju, postopno pa še drugi otroci. Na koncu je pel že cel avtobus. Začetna naporna vožnja se je končala v prijetnem vzdušju.

Voznik se je dobro zavedal, kaj počne. Vozniki, ki med vožnjo pojejo so del načrtovane strategije, s katero je mogoče ohraniti umirjenost med potniki. Taka strategija izkorišča prednosti čustvene nalezljivosti. Vsi smo del čustvenega orodja, tako v dobrem kot v slabem. Nenehno napajamo čustvena stanja drugih, tako kot oni naša.

Nasmeh je od vseh čustvenih znakov najbolj nalezljiv in ima neustavljivo moč nad drugimi ljudmi, da vrnejo nasmešek. Smeh že sam poraja pozitivne občutke.

Friedman (v Goleman 2001, 186) ugotavlja: »V zgovornem, razvnetem, duhovnem sporazumevanju sporočamo bistvo z izrazi na obrazu, barvo glasu, kretnjami in gibi telesa, ki prenašajo čustva.« S to spretnostjo so ljudje sposobni čustveno ganiti druge ali jih navdihniti in očarati s svojo domišljijo.

V zdravstveni negi so čustva oz urejanje le teh stalno prisotna.

3.2 Mit o razumskih moških in čustvenih ženskah

Enačenje žensk in čustev je v zahodnem mišljenju ujeto v kulturni dualizem »razumski moški in čustvene ženske«: moški so racionalni, ženske so čustvena bitja, ki jih določa manko racionalnosti (Šadl 1999, 69). Tudi Gilligan (v Nastran Ule 1993, 220) ugotavlja, da se ženske lažje in z manj zadržki neposredno emocionalno odzovejo na situacijo, medtem ko so moški bolj zadržani in preiščujejo o lastnih in tujih namerah ter o možnih sredstvih za realizacijo ali preprečitev le teh. Eden najpogostejših stereotipov je, da so ženske v primerjavi z moškimi bolj čustvene, bolj izpostavljene vplivom čustev in čustva težje skrivajo. Ženske naj bi torej bile bolj »mehke« in neodporne na pritiske realnosti, medtem ko so moški razumski, trdi in odporni za pritiske realnosti. Descartes (v Šadl 1999, 72) je zagovarjal »spolno delitev duševnega dela – ženskam pripiše odgovornost za področje čutnega, ki ga mora kartezijski moški razuma transcendirati, da bi lahko dosegel resnično spoznanje. Naloga žensk je, da ohranjajo sfero prepletanja duha in telesa, h kateri se razumski moški zateka po tolažbo, toplino in sprostitvev.«

C. Lutz (v Šadl 1999, 69) ugotavlja, da zgodovinsko povezovanje čustev in žensk označujejo protislovja, saj je čustvena ženska konstruirana kot šibka, ranljiva, krhka in obenem močna, kaotična, nepredvidljiva, neobvladljiva in zato nevarna. Ženske so bile zaradi negativnega vrednotenja čustev izključene iz racionalnih sfer delovanja in odločanja. Izključene so bile tako iz politike, ki je veljala za najvišji izraz človeške racionalnosti (S. Moller-Okin v Šadl 1999, 69), kot tudi iz področja znanosti in znanja (Fox Keller v Šadl 1999, 70) in iz javnega področja države (Young v Šadl 1999, 70). V racionalni sferi – v instrumentalni sferi produkcije in tržnih odnosov so lahko delovali samo moški, medtem ko so ženske omejene na gospodinjenje, specializirane

v izražanju čustvene topline in ljubezni. Zadovoljevale so čustvene potrebe družinskih članov ter povezovale družine v skupino in emocionalno skupnost (Šadl 2002a, 60). Meščanska družba je z delitvijo doma in dela, javnega in zasebnega utrdila delitev na razumskega moškega.

V tradicionalnih družbah je posameznik v glavnem vse življenje opravljal določeno delo in ni imel možnosti izbire, zato je bilo njegovo čustvovanje močno ritualizirano (Nastran Ule 1993, 222). Ko pa je prišlo do družbene ločitve materialne produkcije in rojevanja ter socializacije otrok, so ženske postale pristojne za vzdrževanje emocionalnega ravnotežja v družini in so se začele odzivati s tipičnim ženskim čustvenim reagiranjem (Ebrecht, Hentschel v Nastran Ule 1993, 223). Nastran Uletova (1993, 224) meni, da se je razcep med čustvi in razumom med spoloma utelesil v meščanski družini oziroma v sodobni jedrni družini. Moški postane pristojen za poklic, za pridobitno dejavnost, za ekonomsko oskrbovanje družine, ženska pa za gospodinjstvo, vzgojo otrok ter ohranjanja dobrega emocionalnega vzdušja v družini. Svet dela in trga je svet instrumentalne racionalnosti, svet družine pa je svet čustveno poudarjene intimne. Ženske so se specializirale za zaznavanje čustev oziroma za prevajanje čustev v govor, moški pa so postali »neokretni« v poznavanju lastnih in tujih čustev ter v izražanju čustev.

V moderni je skoraj v vseh filozofijah ženskam pripadla vloga čutne, zapeljive, temne in nezavedno delujoče narave, moškim pa vloga razumskega, treznega, svetlega in zavestno delujočega duha. Vendar pa sta oba spola medsebojno odvisna, moški glede urejanja čustvenih zadev ženske pa zaradi svojih želja po doseganju neodvisnosti, svobode in samostojnosti (Nastran Ule 1993, 226).

Hochschild (v Šadl 1999, 206) ugotavlja, da ženske v moderni bolj razumejo urejanje čustev in tudi pogosteje urejajo čustva kot moški. Ženske urejanje čustev (iz)menjujejo za prejemanje ekonomske podpore od moških partnerjev. Čustva urejajo predvsem tako, da vzpodbujajo, podpirajo ter povečujejo status in dobrobit partnerjev ter drugih družinskih članov. Takšno delo čustev je oblika nevidnega dela ali dela v senci (angl. »shadow labour«), ki tako kot gospodinjstvo nima statusa pravega dela, čeprav ima ključno vlogo pri opravljanju drugih nalog in del. V tej spolni delitvi čustev so se ženske specializirale za zaznavanje, identificiranje in urejanje lastnih in tujih čustev. Emocionalno delo žensk je potekalo tako, da so urejale svoja lastna in tuja čustva in predelovale negativna čustva ter razpoloženja.

Človeška zmožnost čustvovanja, izražanja in nadzorovanja čustev je biološko določena in zato univerzalna. Torej oba, tako moški kot ženska izvajata emocionalno delo, le na različen način. Ženska z izražanjem čustev, moški pa potlačevanjem čustev. Zahodna kultura je moškega in žensko skozi spolno specifično emocionalno socializacijo usmerila k različnemu načinu čustvovanja. Ženske so se naučile prepoznati, poimenovati, izraziti ter interpretirati lastna in tuja čustva in se zato čustev bolj zavedajo in jih izražajo bolj odkrito. Moški so prav tako čustveni, vendar pogosteje izražajo negativna čustva, kot so jeza, ponos in nejevolja in manj pozitivna čustva (ljubezen, sočutje, usmiljenje, strah, zaskrbljenost itd.). Področje emocionalnosti je podcenjeno, saj je v okviru delitve med razumom in čustvi, ekspresivnost žensk vrednotena negativno, racionalnost moških pa pozitivno. Sedaj so v družbi pričakovanja, da ženske »urejajo in izražajo čustva boljše in pogostejše kot moški« (Hochschild v Šadl 1999, 210) še vedno močna, vendar pa so se povečala tudi pričakovanja glede »feminizacije« moških čustev in moškega emocionalnega izražanja (Šadl 1999, 207–210).

Sodobne raziskave o delitvi gospodinjskega in družinskega dela med spoloma kažejo, da oboje v večji meri opravljajo ženske. Zares izstopajoča razlika pa se kaže v negovalnem delu (angl. »caring labour«).

Delitev dela znotraj družine je pretežno asimetrična, z bistveno večjo obremenitvijo žensk kot moških. To je univerzalna značilnost položaja žensk v sodobnem svetu, ki obstaja neodvisno od višine dohodka žensk in od njihovega statusa (Kozmik in Neubauer 1995, 12).

Raziskave potrjujejo, da ženske opravijo več neplačanega, družinskega in gospodinjskega dela kot moški. Tudi če za to delo najamejo plačano pomoč, jim še vedno ostane skrb za nadzor nad tem, kako bo delo opravljeno. S poroko in materinstvom se obseg dela pri ženskah še poveča, medtem, ko se pri moških zmanjša (Habič 2003, 25).

Ule je leta 1977 na reprezentativnem vzorcu za Slovenijo ugotovila, da je razporeditev vlog v družinski skupnosti še vedno precej tradicionalna. Ženske pretežno opravljajo vsa gospodinjska dela, moški prevzemajo samo manjša hišna popravila. Pri vzgoji se moški malo vključujejo in to pri prijetnejših opravilih, kot sta sprehod in igra (Ule v Humer in Kuhar 2010, 82). Tako tradicionalno razdelitev opravil so potrdile tudi kasnejše raziskave v Sloveniji, ki so jih opravili: Ule in drugi, 2003; Rener in drugi, 2006; Sedmak in Medarič 2007 (Humer in Kuhar 2010, 82).

4 EMOCIONALNO DELO V ZDRAVSTVENI NEGI

4.1 *Opredelitev zdravstvene nege*

Prvo definicijo o negi je oblikovala začetnica in utemeljiteljica strokovnega pristopa k zdravstveni negi Florenc Nightingale leta 1858 v svoji knjižici *Zapisi o negi-kaj je in kaj ni?* (*Notes of Nursing – what is and what is not?*) »Naloga zdravstvene nege je, da postavi bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo okolje nanj najugodnejše delovalo« (Nightingale v Kresnič 1997, 5).

Drugo definicijo pa je postavila Virginija Henderson leta 1958. »Temeljna dejavnost medicinske sestre je ta, da pomaga tako bolniku kot zdravemu pri tistih opravilih, s katerimi si človek krepi zdravje ali premaguje bolezen (ali pa si omogoči spokojno smrt), če ima zato potrebno moč, voljo ali znanje; pri tem je njena pomoč takšne vrste, da mu hkrati čimprej znova pomaga do samostojnosti.«

Leta 1966 je Hendersonova prvo definicijo dopolnila:

Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih lahko leta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene nege bolnika/varovanca (Bohinc in Cibic v Kresnič 1997, 5).

Leta 1987 pa je to definicijo Združenje medicinskih sester (ICN) še dopolnilo:

Zdravstvena nega kot integralni del sistema zdravstvenega varstva vključuje pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, skrb za fizično in duševno bolne ter invalide vseh starosti v vseh zdravstvenih in družbenih okoljih. Znotraj tega širokega spektra zdravstvenega varstva so pojavi posebnega pomena za medicinsko sestro kot odgovor posameznika, družine ali skupine na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme (Fučkar v Kresnič 1997, 5).

Ko se nega, ki se izvaja, opravlja v organizirani obliki ima strokovno vsebino in jo izvajajo za to izobraženi ljudje, označujemo kot zdravstveno nego.

Emocionalno delo je pomemben in nepogrešljiv vidik dela v storitvenih in negovalnih poklicih. To delo zahteva »osebno(stno) razdajanje«, prispevanje samega sebe v plačano delo (James v Mali 2002, 321). V zdravstveni negi se emocionalno delo kaže s široko paleto pozitivnih in negativnih čustev. Poleg komunikacije, je emocionalno delo tisti element, ki bistveno vpliva na učinkovitost in kakovost zdravstvene nege, profesionalno identiteto, osebno samopodobo, zdravje ter dobro počutje izvajalcev. Zdravstvena nega spada med skrbstvena dela in predstavlja pozitivno emocionalno delo. Temelji na odnosu med medicinsko sestro² in pacientom. Medicinske sestre delujejo na osnovi holističnega modela zdravstvene nege k bolezni usmerjenega medicinskega modela odločitev. Naraščanje potreb po zdravstveni negi in k bolniku usmerjeni zdravstveni negi prispeva k uveljavitvi partnerskega odnosa. Zdravstvena nega torej ni naravnana k bolezni, pač pa k človeku in upošteva življenje kot celoto.

Pojav emocionalnega dela oz. večji poudarek na emocionalnem delu je povezan tudi s spremembami v strukturi delovnih dejavnosti. V naraščajočem sektorju storitvenih dejavnosti je pomemben osebni stik z ljudmi. Tudi pri timskem in mrežno organiziranem delu je vse bolj prisoten in pomemben stik s sodelavci in izkazovanje ter obvladovanje idej in čustev med njimi. Emocionalno delo je predvsem značilno za delo, ki ga opravljajo ženske.

Ljudje s svojim razpoloženjem in emocionalnimi stanji vplivamo (z ugodnimi ali neugodnimi posledicami) drug na drugega. Izmenjava čustev ustvarja nevidno medosebno preudarnost in se odvije med vsako interakcijo med ljudmi, a je običajno tako pretanjena, da je niti ne opazimo. C.G. Jung (v Goleman 2001, 182) meni, da se

² Pod izrazom medicinska sestra so mišljeni naslednji nosilci in izvajalci zdravstvene nege: srednja medicinska sestra, zdravstvena tehničarica/zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (tudi specialist/ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (tudi specilaist/ka), profesor/ica zdravstvene vzgoje, (diplomiran/a) babica/babičar, univerzitetni/a organizator/ica dela in druge medicinske sestre s fakultetno izobrazbo. Več o tem si lahko ogledate na spletni strani Zbornica-Zveza.si.

zdravnik težko »povzdigne nad« bolnikova čustva. Priznati mora, da imajo bolnikova čustva nanj vpliv.

Emocionalno delo se izvaja predvsem v tistih poklicih, ki so osnovani na moči in potencialih »človeškega srca« (simbolni prostor čustev). Organizacije urejajo čustva zaposlenih z zahtevami po potlačitvi in predelavi negativnih čustev, prijaznosti in pristnih smehljajih ali pa z zahtevami po izražanju jeze, agresivnosti in nepopustljivosti. Od zaposlenih pričakujejo, da znajo nadzorovati svoje emocionalne odzive in uporabljajo tista čustva, ki so koristna za posebne vrste in pogoje dela.

Emocionalno delo je trdo in naporno delo, ki ima v zdravstveni negi poseben pomen, saj predstavlja splet interakcij med medicinsko sestro in pacientom ter med medicinsko sestro in drugimi sodelavci v zdravstvu. Skrb je pogosto opisana kot bistvo zdravstvene nege. Davis (v Pahor 2006, 36) definira skrb kot dejavnost zadovoljevanja fizičnih, duševnih in čustvenih potreb drugega in podporo osebi, za katero skrbimo, pri čemer ne gre toliko za postopke same, ampak za odnos in sposobnost refleksije te osebe. Raziskave so pokazale, da tudi sami izvajalci skrbi težko definirajo bistveno sestavino svojega dela (skrb) in jo praviloma razumejo kot naravno in samo po sebi umevno (Pahor 2006, 36). Čeprav je emocionalno delo fizično, čustveno in moralno naporno, je navzven neopazno in kot tako tudi ni ustrezno ovrednoteno.

Osnovna vloga zdravstvene nege pri bolniku je profesionalna skrb. Profesionalna skrb je vse, kar vsebuje medosebni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Skrb ima veliko sestavin in odgovornost za zagotavljanje dobrih medsebojnih odnosov. Etika skrbi je področje, ki opisuje profesionalno skrb, lastno zdravstveni negi in v kateri lahko medicinske sestre najlažje najdejo svojo etično identiteto (Šmitek 2003a).

Megan–Jane Johnson (v Tschudin 2004, 1) poudarja, da je etika zdravstvene nege etika, ki sloni na skrbi in ženskih načelih. Od žensk se v skladu z družbeno predstavo »prave« ženske identitete pričakuje izražanje ženskih lastnosti: prijaznost, odobravanje, krhkost, izžarevanje topline, smehljanje, ustrežljivost, itd. Etika skrbi v veliki meri sloni na odnosu med osebo, ki daje in osebo, ki prejema skrb. Kajti etika skrbi ima svoje temeljno izhodišče v odnosu medicinska sestra – bolnik. Pomembno je zaznavanje individualnih bolnikovih potreb, kot jih zaznava bolnik. Empatija pa je tista, ki pomaga medicinski sestri, da razume bolnika (Šmitek 2004).

Medicinske sestre na bolniškem oddelku opravljajo podobna skrbstvena dela, kot jih opravljajo žene v tradicionalnih družinah. Bolniški oddelek bi lahko primerjali s

tradicionalnim družinskim bivališčem, v katerem prevzame bolnik odvisno vlogo otroka, medicinska sestra vlogo gospodinje, ki skrbi za red in zdravnik vlogo gospodarja in očeta, ki nadzoruje delovni proces.

4.2 Deontološka etična načela in etika srbi

Zdravstveno nego ne zaznamuje samo etika skrbi, pač pa tudi deontologija ali nauk o dolžnostih, ki je prevladoval zadnjih nekaj desetletij kot edini pristop pri razmišljanju in odločanju zdravstvenih delavcev. Etika skrbi je novejša teorija in šele v zadnjih letih dobiva prvenstveno vlogo (Šmitek 2003b, 200).

Etični odnos do bolnika je tisti, ki je v vsakem primeru pravilen, koristen dober in nima škodljivih posledic. Etično delovanje obravnava bolnika kot celoto (bio- psiho-socialno področje). Etična načela in smernice ne spremljajo samo komunikacijskega odnosa med bolnikom in medicinsko sestro, pač pa obravnavajo celoto, etika je sestavni del vsakega postopka, odločitve, odnosa in ravnanja v zdravstveni negi.

Deontološka etična načela so: načelo dobronamernosti, neškodovanja, avtonomnosti in pravičnosti. Njena načela temeljijo na dolžnostih, normah in pravilih, ki jih imajo ljudje drug do drugega ter na brezpogojnem spoštovanju ljudi (Tschudin 2004, 40).

Načelo dobronamernosti ali dobrodelnosti poudarja, da zdravstvene delavce vodijo potrebe bolnika in da mora vsako dejanja in ravnanje do bolnika imeti dober namen (Šmitek 2003b, 200).

Načelo neškodovanja vodi medicinske sestre pri praktičnem izvajanju zdravstvene nege. Usmerja jih v vestno in pravilno delo brez povzročanja neugodnih posledic za bolnika (Šmitek 2003b, 200). Načelo avtonomnosti je bolnikova pravica da sam odloča o sebi in soglašata ali odklanjata predlagane postopke in posege (Šmitek 2003b, 200). Načelo pravičnosti pa pomeni, da imajo vsi bolniki pravico do enake oskrbe, odnosa, varovanja, zdravljenja in zdravstvene nege ter do enakega časa, v katerem se mu zdravstvena delavka oz. delavec posveti, do enake količine, vrste materialov in sredstev glede na objektivne potrebe (Šmitek 2003b, 201).

Osnova zdravstvene nege je etika skrbi, ker predstavlja medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Temelji na medsebojnem zaupanju, razumevanju in odgovornosti. Etiko skrbi tvorijo štiri temeljni elementi; pozornost, odgovornost, pristojnost (kompetentnost) in odzivnost (Šmitek 2003b, 201).

Pozornost je v bistvu zaznavanje potreb drugih in priznavanje njihovih potreb (Šmitek 2003b, 201). Osnovni pogoj za pozornost je poslušanje, saj je »poslušati in slišati« temeljnega pomena za odnos med zdravstvenim delavcem in bolnikom. Na podlagi kakovostne komunikacije (verbalne ali neverbalne) lahko razvijemo pozornost, ki nam omogoča prepoznavanje pacientovih potreb po skrbi (Tschudin 2004).

Odgovornost je pripravljenost delovati v korist drugega. V zdravstveni negi poznamo tri odgovornosti: individualno, kolektivno in tudi profesionalno (Šmitek 2003b, 202). Tronto (v Červ in Klančnik Gruden 2003, 337) pa pravi, da je odgovornost korak, ko preidemo od zaznave potrebe k njeni izpolnitvi, sprejmemo odločitev za ukrepanje in izrabimo vse vire, ki bodo to dejanje omogočili. Zaradi močne hierarhije v zdravstvu in izrazito podrejene vloge zdravstvene nege in medicinskih sester, le-te nimajo dovolj možnosti in moči odločanja pri zadovoljevanju bolnikovih potreb.

Kompetentnost (pristojnost) je povezana z znanjem in prevzemanjem dela, za katerega nimamo ustreznega znanja in usposobljenosti. Je naše moralno ravnanje, vendar se moramo zavedati, do kod so naši nameni in odzivi za drugega dobri in kje je meja, ko lahko naše ravnanje postane za drugega škodljivo (Šmitek 2003b, 202). Kompetentno dejanje srbi pomeni, da se zavedamo moralnih posledic svojih dejanj (Červ in Klančnik Gruden 2003, 337).

Odzivnost pomeni povratno informacijo s strani bolnika in pokaže kako sta nanj delovala zdravstvena nega in medsebojni odnos (Šmitek 2003, 202). Predstavlja odziv prejemnika na prejeto skrb (Červ in Klančnik Gruden 2003, 337). Tschudin (2004) pa meni, da je logična posledica pozornosti, razumevanja in razmerja. Avtorica ugotavlja pri nudenju skrbi postanemo pooblaščen, da ravnamo skladno s tem, kar nam posameznik sporoča (verbalno, neverbalno), da si želi. To pomeni, da smo človeka dejansko slišali.

4.3 Izobraževanje

Zdravstvena nega teži po večji in poglobljeni humanizaciji dela, ustvarjalni kooperaciji med medicinsko sestro, drugimi zdravstvenimi delavci, bolnikom, svojci in konstruktivnem sodelovanju zdravstvenih timov. Predvsem pa stremi k celovitejšemu pogledu na človeka oziroma bolnika. Zato naj bi medicinske sestre in študentje zdravstvenih smeri izkoristili vse študijske in praktične možnosti, ki so jim

na razpolago, za njihov osebni, strokovni in osebnostno celovitejši razvoj (Bohinc 2003, 102). Avtorica Scott (v Bohinc 2003, 103) ugotavlja, da je potreben poseben modul zdravstvene nege, ki se mora prilagajati potrebam in spremembam družbe. Predlaga, da je potrebno poučevati tako, da so študentje zdravstvene nege bolj proaktivni pri analiziranju in razvijanju novih oblik zdravstvene nege. Namen poučevanja etike medicinske sestre je okrepiti možnost in sposobnost analiziranja problemov, konfliktov v praksi zdravstvene nege in v procesu zdravljenja (Bohinc 2003, 105).

Bohinc (2003, 109) meni, da je za uspešno poučevanje potrebno tesno sodelovanje med medicinskimi sestrami v praksi, predavatelji in raziskovalkami ter integriran sistemski pristop. Znanje jim omogoča, da občutijo manj stresa, stiske, manj nemoči in da si pridobijo pravo samopodobo.

Červ in Klančnik Gruden (2003, 337) ugotavljata, da nekatere medicinske sestre ocenjujejo, da niso dovolj strokovno podkovane za delo z umirajočimi in težko bolnimi. Pri tem izpostavljata vsesplošno kompetentno obvladovanje bolečine in drugih simptomov, poznavanje psihologije umiranja in duhovnih potreb umirajočih, kajti v zdravstveni negi se vse pogosteje srečujejo z umirajočimi in težko bolnimi. Ugotavljata, da šolski sistem ne sledi tem spremembam in da medicinske sestre niso kompetentne na tem področju, zato smatrata, da je zdravstvena nega umirajočih pri nas v večini primerov sporna.

Pri elementu odzivnosti, kot enemu od elementov etike skrbi, se srečamo s problemom sporazumevanja v zdravstvu. Eden od razlogov za tako nezavidljivo stanje je ta, da ni primerno izobraženih kadrov (Červ in Klančnik Gruden 2003, 337).

Kos (1988, 171) meni, da medicinska sestra za učinkovito izvajanje svojega dela in zadovoljstvo pri delu potrebuje ustrezno izobrazbo in znanje, ustrezne sposobnosti, ustrezne osebne lastnosti in delovne pogoje. Za urejene medosebne odnose in psihološko pomoč bolnikom so potrebne določene splošne sposobnosti, ki jih je pri nekaterih potrebno privzgojiti oziroma naučiti. Izobraževanje koristi tako bolnikom in njihovim svojcem, kot medicinski sestri. Tako medicinska sestra lažje spoznava sporočila bolnikov in svojcev ter ima zanje več razumevanja, obenem pa je pred njimi boljše zavarovana, saj razume njihov smisel in pomen.

To je zlasti pomembno pri delu z otroci. Sestra v enoti intenzivne terapije otrok je še dodatno obremenjena, saj dela s težko bolni, poškodovani in umirajočim otroci. Starši so tam čez dan stalno prisotni, informacije o stanju otroka so jim dosegljive 24 ur na

dan. So primeri, ko starši sprašujejo iste stvari različne medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje. Pri tem ima medicinska sestra občutek, da ji ne zaupajo in da preverjajo resničnost njenih podatkov še pri drugih. Kos (1988, 172) je mnenja, da ne gre za nezaupanje, ampak za obupno iskanje informacij, ki bi jih pomirile in bi bile bolj optimistične, če pa so informacije dobre, si jih želijo čim večkrat slišati. Tako poudarja, da je boljše psihološko znanje koristno za vse vpletene, saj medicinske sestre lažje razume odzive bolnikov in svojcev, pa še sama je »zavarovana« pred morebitnimi pritiski. S specifičnimi psihološkimi znanji misli avtorica predvsem na znanja, kot so: kako prisluhniti, kako se odzvati, kako podpreti bolnika, kako prepoznati, kaj se dogaja v njej sami, kako zmanjšati lastno tesnobo in sproščati napetost, kako vzpostaviti ustrezne stike in odnose z drugimi. Prav tako pomembno je, da razume pomen psihosocialnega ozračja na oddelku, kako posameznik/-ica lahko prispeva k izboljšanju takšnega ozračja in podobno. Kos je mnenja, da medicinske sestre med šolanjem dobijo premalo takih znanj.

Sposobnost za visoko stopnjo empatije dosežemo s prakso, povratno zanko, izobraževanjem ali samoizobraževanjem (Škerbinek v Kobilšek, 2003, 295). Empatije se lahko naučimo tudi od sodelavcev oz. sodelavk, ki so to sposobnost že razvili. V svoji raziskavi je avtorica Kobilšek (2003, 299) ugotovila, da bi bilo potrebno v prakso vpeljati čim več posvetovanj, tudi s pomočjo strokovnjakov. Medicinskim sestram bi tako pomagali pri njihovi stiskah, jih usmerjali v samorazvoju, ki bi spodbudil tudi večjo stopnjo empatije. Ugotovila je tudi, da bi bilo potrebno spremeniti šolsko izobraževanje, saj naj bi imele medicinske sestre, na začetku svoje poklicne poti, nizko stopnjo empatije.

5 EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER

Emocije so pomembna sestavina dela medicinskih sester, čeprav nekateri še vedno pojmujejo, da je zdravstvena nega »fizično delo na fizičnem objektu« (Šmitek v Pahor 2003, 1131), saj je neka študentka na vprašanje o medicinskih sestrah odgovorila: »Poleg tega, da opravljajo svoje delo, se s pacienti večkrat tudi pogovarjajo« (Pahor 2003, 1131).

Emocionalno delo medicinskih sester je obravnavano kot žensko delo. To pojmovanje izhaja iz tega, da imajo ženske prirojeno sposobnost za nego in skrb, v smislu ljubeče žene in skrbne matere. Sprejetje emocionalnega dela medicinskih sester kot nekaj naravnega in samoumevnega vodi do tega, da le to ostaja skrito, podcenjeno in nepriznано.

5.1 *Opredelitev dela medicinskih sester*

Medicinska sestra Urstal, je dejala: »Vse, kar delamo, vsaka odločitev, ki jo sprejmemo, in vsako dejanje, ki ga izvedemo, temelji na našem zavestnem ali podzavestnem verovanju, stališčih in vrednotah« (v Kersnič 1997, 6).

Protagonistka negovalnega dela je ženska in sicer iz dveh razlogov. Prvi pravi, da negovanje predstavlja temeljni del ideologije ženskosti, drugi razlog pa je v sami definiciji negovanja pomembnih drugih, ki to dejavnost ne smatra za delo, temveč za izraz ljubezni.

Emocionalno delo je osrednja sestavina skrbstvenih poklicev, predvsem medicinskih sester in negovalk. Skrbstveno delo vključuje pozitivno emocionalno delo (negovanje, varovanje, tolažba itd.), ki ima ugodne učinke na prejemnike skrbi. Od delavcev, ki opravljajo pozitivno emocionalno delo, se zahteva in pričakuje, da delujejo resno, razumno, samoobvladljivo in empatično. Pri stiku s strankami in klienti si mora nadeti masko, pod katero mora skriti vsakršna osebna, pristna občutja bolečine, strahu, stresa, jeze, negotovosti, obupa, skratka vse tiste odzive in stanja, ki nasprotujejo profesionalnemu odnosu. Delati mora kot profesionalka in kot človek. »Pri delu vodita medicinsko sestro dve glavni pravili in sicer delati v korist bolnika in ne storiti drugemu, kar ne želiš, da bi se zgodilo tebi« (Kresnič 1997, 6).

Medicinske sestre vselej izvajajo emocionalno delo, česar se na svoj način zavedajo, čeprav tega praviloma posebej ne izpostavljajo. Emocionalno delo je v emocionalni lasti zaposlenih, tako da ni vselej vsiljeno vedenje. Emocionalne izmenjave so v storitvenih službah predpisane, emocionalno delo pa je lahko avtonomno. Za medicinsko sestro so delovne naloge oz. pričakovanja kaj naj bi naredila, predpisana v opisu delovnih nalog medicinske sestre, vendar pa ga vsaka medicinska sestra dela oz. izvaja avtonomno. Svoja čustva izražajo neodvisno od formalnega usposabljanja in pravil, ki jih postavlja organizacija, kjer so zaposlene.

Sestavni del vloge medicinske sestre je skrb, ki je po mnenju medicinskih sester središčna dimenzija emocionalnega dela, samo emocionalno delo pa bistveni sestavni del zdravstvene nege, ki pacientu zagotavlja občutek varnosti, udobja in domačnosti. Sposobnost izražanja situaciji primernih čustev je zelo pomembna značilnost, ki jo medicinske sestre relativno dobro obvladajo.

Čim bolj je zdravstveno osebje izkušeno, tem bolj se zaveda svojih postopkov in izbire med različnimi alternativami zdravljenja. Kljub temu je negotovost o pravilnosti njihovih dejanj vedno prisotna. Zato Lupton (v Ule 2003, 137) pravi, da sta zdravstvena oskrba in zdravstvena nega upravljanje z negotovostmi. Negotovost v zdravstvu ni sprejemljiva, kajti bolniki so že tako prestrašeni in negotovi zaradi svoje bolezni in zato ne smejo zaznati negotovosti pri zdravstvenih delavcih, pač pa morajo imeti popolno zaupanje v njih. Bolniki so v bistvu prisiljeni zaupati zdravstvenemu osebju, zato je zaupanje edina rešitev pred paralizirajočo negotovostjo in je ključno za konstrukcijo odnosa med zdravstvenim osebjem in bolnikom (Ule 2003, 137).

Medicinske sestre lahko najbolj učinkovito delujejo v medsebojnih odnosih tako, da upoštevajo čustvene potrebe drugih. S svojimi čustvi upravljajo z namenom, da bi povečale delovni učinek kar pomeni, da svoja čustva prilagajajo ali spreminjajo zato, da bi s svojim vedenjem na učinkovit način vplivale na prejemnika storitev (bolnike).

Empatija je ena bistvenih in najbolj kompleksnih spremljevalk v procesu komuniciranja med medicinsko sestro in bolnikom. Prav od empatije medicinske sestre je odvisna kakovost odnosa z bolnikom, saj si prizadeva čutiti z bolnikom in razumeti njegov pogled na situacijo. Komuniciranje je življenjsko pomembno, saj zdravilna moč naših besed izvira iz moči naših prepričanj in naših čustvovanj (Ule 2003, 136). Ashworth (v Kobilšek 2003, 294) je predlagal štiri glavne cilje v komunikaciji med medicinsko sestro in bolnikom. Medicinska sestra mora razviti

odnos, v katerem jo bolnik zazna kot prijazno, sposobno, zanesljivo in skrbno, kot osebo, ki spoštuje njegovo individualnost. Ugotoviti mora njegove potrebe, kot jih vidijo sami. Priskrbeti mora informacije, s katerimi bo bolnik lahko oblikoval svoja pričakovanja ter pomagati bolniku uporabiti njegove lastne vire oziroma tiste, ki so mu na voljo. Če ti cilji niso doseženi, lahko pričakujemo, da bo prišlo do težav v odnosu med medicinsko sestro in bolnikom.

Temelj in izhodišče dela vsake medicinske sestre na vseh področjih zdravstvene nege je odnos, ki ga medicinska sestra ustvari s pacientom, oz. skupnostjo. Kakšen je ta odnos v veliki meri določa kakovost nudene zdravstvene nege. Dejstvo in poslanstvo zdravstvenega dela je skrb za ljudi v vsej njeni razsežnosti. Tschudin (2004) navaja: »Ko izberemo, da bomo postali medicinska sestra, izberemo, da bomo skrbeli.« Skrbstveno delo je skupni imenovalec vsem izvajalcem zdravstvene nege. Emocionalno delo medicinske sestre je skrbstveno delo, ki se ravna po načelih etike skrbi. Etike skrbi je na odnosu temelječa etika, ki opredeljuje skrb kot pristno sobivanje s tistim, ki mu je naša skrb namenjena, ki ne temelji na vprašanju: »kaj naj storim, rečem«, temveč: »kaj se tu dogaja«. Osnovno izhodišče etike skrbi je poslušanje. Pravo skrbstveno delo zahteva od človeka polno zmožnost odgovoriti na potrebe drugega človeka. Zahteva, da naredimo v nekaterih situacijah celo več, kot se običajno pričakuje. Resnično človeški in resnično skrbni postanemo samo skozi izzive, trpljenje in vživljanje v trpljenje. Tega se je treba naučiti, to vzdrževati in za to skrbeti (Tschudin 2004). Sposobnost, da bi zmogli delovati na tak način, zahteva od nas določene vrline in osebnostno držo.

Medicinske sestre se drugače odzivajo na etične probleme zdravstvene oskrbe kot zdravniki. Medicinske sestre delujejo predvsem po principu etike skrbi, medtem ko se zdravniki predvsem ukvarjajo z medicinsko tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja (Ule 2003, 137).

Pri delu medicinske sestre in sploh v storitvenih službah so emocije in izražanje le teh zelo pomembne. Pozitivne emocije v zaposlenih vzpodbudijo, da z večjim veseljem delajo in nudijo pomoč. Njihova pozitivna usmerjenost povzroči, da njihova okolica in prejemniki (naše pomoči in skrbi) (s)prejmejo to pozitivno naravnost. Medsebojni odnosi v delovnem timu in na relaciji medicinska sestra - bolnik postanejo boljši. Boljši medsebojni odnosi zmanjšujejo možnost nastanka stresa pri medicinskih sestrah, pri bolnikih pa pozitivna miselnost vodi k hitrejši ozdravitvi. Negativna čustva pa,

nasprotno vodijo do krhanja medsebojnih odnosov v delovnem timu in v odnosu medicinska sestra – bolnik. Na osebni ravni (pri medicinski sestri) povzročajo nezadovoljstvo, ki se lahko stopnjuje v stres in izgorelost. Medicinska sestra lahko pri bolniku s svojo nemotiviranostjo za delo in slabo voljo, podaljša čas zdravljenja.

Medicinska sestra je tudi sama delavka, ki doživlja pozitivne in negativne vplive delovnega mesta in je pogosto psihično, fizično in tudi socialno ogrožena. Skrb za psihofizično udobje na delovnem mestu je velikokrat nezadostna ali pa povsem odsotna. Čeprav medicinske sestre vedo, kaj pomenijo dobri delovni pogoji za zdravje delavca in njegov delovni učinek, tega -kadar gre za urejanje njihovih delovnih razmer - znanja pogosto ne uporabijo,.

5.2 Skrbstveno delo

Medicinske sestre opravljajo skrbstveno delo, vendar ne v tako tesni oz. globoki povezavi, kot ga opravi starš za svojega otroka, žena za moža ali učiteljica za učenca (Tschudin 2004, 4). Najbolj znane besede Virginie Henderson so (v Tschudin 2004, 4), da medicinske sestre pomagajo posamezniku, zdravemu ali bolnemu, pri izvajanju tistih aktivnosti, s katerimi prispeva k svojemu zdravju ali povrnitvi zdravja (ali mirni smrti) in ki bi jih lahko opravil brez pomoči, če bi za to imel potrebno moč, voljo in znanje.

Pet kakovosti in lastnosti skrbstvenega dela: sočutje, kompetentnost, zaupanje, vest, dolžnost (Roach v Tschudin 2004, 6).

Skrbstvenega dela se naučimo, medtem ko sočutje temelji na izkustvu in se ga ne da naučiti. Sočutje se pridobi skozi lastne izkušnje. Sočutja ne dajemo iz občutka dolžnosti, pač pa iz občutka vzajemnosti (Tschudin 2004, 8).

Kompetentnost je stanje, ko posedujemo znanje, razsodnost, veščine, energijo, izkušnjo in motivacijo vse, kar potrebujemo, da lahko odgovorno opravljamo svoj poklic (Roach v Tschudin 2004, 8). Skrbstveno delo zahteva kompetentnost s človeškim obrazom. Skrb mora biti primerna, zadostna in izvajana s spoštovanjem, upoštevajoč potrebe prejemnikov skrbi. Kompetentnost daje občutek izpolnitve in zaupanja v svoje delo.

Zaupanje je definirano kot kakovost, ki goji zaupne odnose (Roach v Tschudin 2004, 9). Temelj skrbstvenega dela je zaupen odnos. Skrbstveno delo goji zaupanje brez omejitev, osnovano na sodelovanju in medsebojnem spoštovanju.

Besedo vest lahko definiramo kot stanje moralne zavesti kot kompas, ki usmerja posameznikovo obnašanje glede na moralno sposobnost razmišljanja (Roach v Tschudin 2004, 10). Vest je sestavina, ki usmerja človeka k pravilnemu ravnanju: k dobrim ustvarjalnim in sočutnim odnosom.

Dolžnost je »kompleksen emocionalen odgovor, za katerega je značilna razdvojenost med tem, kar si nekdo želi in tem, kar je njegova dolžnost, ter med preudarno izbiro ravnati v skladu z obojim« (Roach v Tschudin 2004, 10). Alastair Campbell (v Tschudin 2004, 10) navaja, da je »dosledna poklicna skrb oblika ljubezni, ki se kaže kot osebna dolžnost osebe, ki skrbi«.

Pri skrbstvenem delu je bolnik tisti, ki skrb prejema. Če hočemo posameznika spoznati, moramo pogledati onkraj njegove(njene) zunanje pojavnosti, ne sme nam biti merilo ocene to kakšen človek je, njegovo življenje oz. etikete ki so mu pridane. Presegati moramo lastne strahove in predstave. Pristno razmerje ni zasnovano na formalnih pravilih. Skrbstveno delo medicinske sestre pa vendarle deloma poteka po določenih merilih in normativih, ki jih postavijo delodajalec, poklicna združenja, status osebe, ki nudi skrb in položaj osebe, ki prejema skrb. Razmerje med medicinsko sestro in prejemnikom skrbi je pogosto zelo neenakovredno, če pa so bolniki in stranke boljše informirani ter manj pasivni pri zdravstveni oskrbi, potem lahko ta neenakovrednost v odnosu izgine. Campbell (v Tschudin 2004, 17) opisuje »družabništvo« med medicinsko sestro in bolnikom, kot najvišjo stopnjo razmerja: »Oseba, ki daje skrb, je družabnik, ki deli svobodo, ne vsiljuje in dopušča drugim, da delajo po svoje.«

Kadar sta dve osebi v razmerju, v katerem ena oseba nudi skrb oz. pomoč drugi osebi, potem ponavadi obe doživljata veselje. Pogosto smo preveč zavrtili, da bi to veselje došli. Vendar, če se počutimo dobro, smo vedri, zadovoljni v poklicu ali čutimo notranjo potrditev, da smo naredili nekomu nekaj dobrega, doživljamo eno od oblik veselja. To nam lepo ponazori izkušnja neke medicinske sestre.

Medicinska sestra petdesetih let pride nekega jutra v službo, kjer dobi nalogo negovati dva moška, ki sta preživela srčni infarkt. Eden od njiju je doživel le manjši napad.

Medicinska sestra mu pomaga vstati iz postelje in moški zapusti sobo. Drugi moški, približno njenih let, je utrpel hujši napad. Je zelo depresiven in nepomično leži v postelji. Strnišče njegove brade je dolgo, njegov pogled pa prazen. Medicinska sestra opravi svoje delo po sobi, nato pa pride do postelje in reče: »Veste kaj, zelo dobro brijem moške na staromodni način z milom in britvico. Rada bi vam obrila obraz.« Moški ne odgovori, niti ni videti, da bi nasprotoval. Ona pripravi čopič in britvico, milo in toplo vodo. Skrbno mu namili obraz in ga obrije. Po britju mu očisti obraz in namaže kožo z vlažilno kremo. Potem mu predlaga, da bi mu umila roke. Vsako roko pusti nekaj časa v umivalniku z milom in toplo vodo, preden jo obriše in namaže z vlažilno kremo. Zadovoljna z opravljenim delom si ogleda bolnika, ki še vedno nepremično leži. Pusti ga počivati in gre po drugih opravkih na bolniškem oddelku. Naslednji dan dela na oddelku intenzivne nege in tega bolnika ne vidi več. Čez štiri tedne pa ga sreča v mestu. Mož jo prepozna in stopi k njej. Reče ji: »Mislim, da ste mi tisti dan, ko ste me obrili in mi umili roke, rešili življenje. Dali ste mi občutek, da je še vedno vredno živeti« (Lindseth v Tschudin 2004, 18).

5.3 Negativne posledice

»Zdravje je postalo cilj po sebi in ne sredstvo, nujno potrebno za doseganje drugih življenjskih ciljev« (Ule 2003, 131).

Goffman (v Šadl 2002c, 62) je ugotovil, da so samoprezentacije in igranje vloge skupaj z emocionalnim delom, ki spremlja te aktivnosti, same po sebi »dramatsko stresne«. Tudi številne druge študije so pokazale, da ima opravljanje emocionalnega dela negativne psihološke posledice. Hochschild (v Šadl 2002c, 63) ugotavlja, da se ključni vidiki emocionalnega dela v zdravstveni negi in drugih skrbstvenih poklicih nanašajo na razlikovanje med površinskim in globinskim igranjem vlog. Predpisana čustva, ki jih vloga zahteva, so lahko skladna z občutenimi tako, da delavec spontano izraža avtentična čustva ali pa so neskladna, pri čemer se delavec pretvarja. Pogosto pretvarjanje čustev pa vodi v čustveno neskladnost oziroma »emotivno disonanco«. Regulacija neskladnih čustev za medicinske sestre in zdravstvene delavce predstavlja napor, ki skrha njihovo zdravje in ima negativne psihofizične učinke, kot so stres, čustvena izčrpanost, izgorelost, občutki neavtentičnosti in odtujenosti (Šadl 2002c, 62).

Težji ekonomski in življenjski pogoji terjajo od ljudi več vsakdanjih naporov, discipline in samonadzora. Zdravstveni delavci čedalje pogosteje čutijo, da težko skrbijo za bolnika, na način za kakršnega smatrajo, da bi bila njihova dolžnost. Pogosto občutijo, da ne zmorejo opraviti vsega, kar je možno za bolnika. Zdravstvene delavce nihče na to ne pripravi, saj je izobraževanje preveč idealistično, kajti o tem samo govorijo dejansko pa za izobraževanje v tej smeri ni storjeno nič ali skoraj nič. S poučevanjem etike pa naredijo zdravstvene delavce samo še bolj občutljive za pacientove potrebe (Pahor in Peternelj 2003, 369).

Zdravstvenemu delavcu lahko sočutje oziroma sočutno razumevanje prinese »okužbo« z bolečino bolnika. Pred to potencialno »okužbo« se zdravstveni delavec brani s stvarnostno objektivizacijo in gojenjem distance do bolnika (Ule 2003, 137).

Komuniciranje je življenjskega pomena in je nujno potrebno za pozitivne medsebojne odnose, tako med zdravstvenim osebjem, kot v razmerju zdravstveni delavec – bolnik. Freud (v Ule 2003, 136) je dejal: »Ne gre za nič drugega med vami, kot da govorite drug z drugim. Besede lahko neizmerno dobro denejo ali pa prispevajo k strašnim poškodbam.« Ali kot je to izrazila Remen (v Ule 2003, 136): »Kdor ne more sporočiti svoje bolečine, je v nevarnosti, da ga bolečina rani.«

Za zdravstvene delavce je, kot smo že večkrat omenili nujno potrebna empatija. Gottschlich (v Ule 2003, 136) ugotavlja: »Kdor trpi, želi svojo bolečino sporočiti drugim, da bi tako zmanjšal trpljenje in ga s tem dejansko zmanjša. Kdor je čisto spodaj, kogar nihče ne obžaluje, kdor ne more sporočiti trpljenja, pri tem trpljenje ostaja v njem in ga zastrupi.« V primeru, da je zdravstveni delavec preveč sočuten in se preveč vživi v bolečino bolnika in svojcev, ga lahko to pripelje do psihične izčrpanosti oziroma izgorelosti. Lahko pa gre v drugo skrajnost, da postane njegovo delo (negovanje, komunikacija itd.) rutina. S tem se zdravstveni delavec zaščiti pred možnimi negativnimi posledicami (vživetje v bolnikovo bolezen, trpljenje, skrb itd.). V rutino se zatečejo predvsem emocionalno preobremenjeni zdravstveni delavci.

Hochschild (v Šadl 2002c, 64) pravi, da upravljanje čustev ni problematično samo po sebi. Negativne posledice izhajajo iz izgube nadzora nad lastnimi čustvi, ki jo povzroči zunanje usmerjaje emocionalnega dela. Avtonomno pogajanje o čustvenih izmenjavah med delavci in prejemniki storitev zamenja menedžersko določena regulacija, organizacijsko sankcioniran odziv oziroma nadzor nad emocionalnim vedenjem delavcev.

Če pa delavci ohranijo »zdravo« distanco do delovne vloge, določeno mero nadzora nad pogoji svojega emocionalnega dela in ko razpolagajo s samokontrolnimi zmožnostmi, tedaj emocionalno delo manj verjetno povzroča izgorelost ali nizko stopnjo zadovoljstva z delom. Različne študije so tudi pokazale, da si storitveni oziroma tim. emocionalni delavci pomagajo z uporabo različnih strategij samoizražanja in varovanja jaza. Tako emocionalno delo ostaja v emocionalni lasti zaposlenih (Šadl 2002c, 66).

5.3.1 Stres

V devetdesetih letih 20. stoletja naraščajo ugotovitve, da sodobna delovna mesta, organizacije in ljudje v njih niso dobro usklajeni. Ljudem je naloženo več dela, ki ga morajo opraviti v krajšem času in z manj sredstvi, kar vodi do nezadovoljstva podrejenih, nesporazumov z nadrejenimi in dostikrat se odgovornost preloži na podrejene (medicinske sestre) oziroma se poveča. Zato so v nenehnem stresu in nezadovoljni s svojim delom. (Mesner Andolšek 2002, 15) Stres nastane iz mešanice pritiska zahtevnosti delovnega mesta in posameznikovih odzivov na te pritiske. Stres pomeni stisko, ki jo človek občuti zaradi različnih in številnih pritiskov, neugodnih vplivov ali pomanjkanja določenih spodbud (Pačnik 19992, 15). Je splošen odziv organizma na telesno in duševno obremenjevanje (Musek in Pečjak 2001, 134).

V sredini dvajsetega stoletja, so raziskovalci opredelili stres kot odgovor na notranje in zunanje procese, ki dosejajo ali presegajo sposobnosti posameznika (Černigoj Sadar 2002, 84). Lazarus (v Černigoj Sadar 20002, 84) pa je stres opredelil kot neskladje med zahtevami in viri spoprijemanja. Na doživljanje stresa odločilno vpliva razmerje med dojetjem zahtev in oceno sposobnosti za soočenje s pritiski. Za večino pomeni stres nekaj slabega, izkušnjo, ki je nastala zaradi pretirane ali premajhne obremenjenosti, dolgočasnosti, izgube ljubljene osebe ali vztrajanja v položaju, katerega nismo sposobni nadzorovati. Tak stres imenujemo negativen ali škodljiv stres. O pozitivnem ali »prijaznem« stresu pa govorimo, ko obremenilne situacije dojemamo kot izziv. V tem primeru stres opisujejo kot vznemirljivo, spodbudno ali navdušujoče občutje (Černigoj Sadar 2002, 85).

Primarno je bila večina raziskav osredotočena na posameznikovo sposobnost soočanja s stresno situacijo na delovnem mestu. Ugotavljali so, da na pojav stresa pri

zaposlenih vpliva: delovna obremenitev, kompleksnost dela, možnost uporabe posameznikovih veščin, podpora kolegov, nadrejenih in družine, organizacijska klima, jasnost opredelitve delovnih nalog, velike spremembe v delovnem in poklicnem življenju itd. (Mesner Andolšek 2002, 16). Večina raziskav je stres razumela kot notranji psihični problem, ki kaže posameznikovo šibkost in nesposobnost soočanja z njim (Domagalski v Mesner Andolšek 2002, 16). Sindikalistična smer raziskovanja pa je s svojimi ugotovitvami preusmerila odgovornost za pojavljanje stresa na delodajalca.

Pri odzivanju na stres so zelo pomembni tim. posredni dejavniki. Ti vplivajo na to, ali bodo stresorji učinkovali pozitivno ali negativno. Od teh so najpomembnejši: telesno zdravje in prehranjenost organizma, spretnosti in znanja, izkušnje, materialno stanje in dohodki posameznika, učinkovitost njegovih obramb. Še posebej pomembni so vedenjski vzorci človeka oziroma njegova osebnost, življenjski stil in socialne vzpodbude, ki jih dobiva (Pačnik 1992, 16). Stres se predvsem odraža na učinkovitosti, zato je pomembno, da zgodaj prepoznamo učinke stresa, da preprečimo neučinkovito delovanje in bolezen pri zaposlenih.

Na Inštitutu za znanost in tehnologijo univerze v Manchestru so naredili raziskavo, kjer so opredelili poklice od najbolj stresnih do najmanj stresnih. Ugotovili so, da najbolj izstopata poklic medicinske sestre in poklic zdravnika (Pačnik 1992, 16). Stres je v različnih zdravstvenih zavodih različen. Na enem oddelku je večji za medicinsko sestro in manjši za zdravnike, na drugem oddelku pa se to lahko obrne. Pričakovati je, da je stres za medicinsko sestro večji na tistih oddelkih, kjer delajo s težje bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi, kot pa tam, kjer bolniki ležijo le kratek čas in niso težko bolni. Vzrok temu je, da je sestra nenehno v neposrednem stiku z nadrejenim zdravnikom in bolnikom. Poleg tega, se svojci veliko več obračajo na medicinsko sestro, kot pa na zdravnika. Ravno to je vzrok, da je medicinska sestra na »težkih oddelkih« pod stalnim pritiskom zahtev in naročil zdravnika po eni strani ter zahtev bolnika in vprašanj njegovih svojcev po drugi strani (Pačnik 1992, 16).

Zelo velik vpliv na nastanek stresa pri medicinskih sestrah ima usklajevanje zahtev njihovega delovnega mesta in zasebnega življenja. Prav tako na nastanek stresa vplivajo nekoherentni odnosi, strah pred nadrejenimi in pomanjkljiva komunikacija tako z nadrejenimi kot podrejenimi ter neprimerni pogoji dela. V kolikšni meri pa bo

stres vplival na delo medicinske sestre, pa je odvisno tudi od njenega zdravja, življenjskega stila, harmonije v zasebnem življenju, socialnih spodbud, ekonomskega in socialnega statusa, starosti in njene osebnosti v celoti (Pačnik 1992, 18).

Za preprečevanje oziroma zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah, naj bi le-ta imela dobro predznanje, veliko izkušenj, sposobnost komuniciranja, načrtovanja svojega dela ter naj bi bila dovolj samoiniciativna (Pačnik 1992, 17).

Supervizija v zdravstveni negi se je v Sloveniji uveljavila šele nedolgo nazaj. Namen oziroma naloga supervizije je predvsem omogočiti strokovnemu delavcu (medicinski sestri) učni proces, mu pomagati na poti do njegovih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečuje pri delu in mu omogočiti učinkovitejše soočenje s stresom (Kobolt in Žorga v Skoberne 2001, 242). Thaler (v Jaušvec 2009, 56) pravi, da supervizija omogoča proces učenja, pridobivanja, poglobljanja, preverjanja, potrjevanja in dopolnjevanja strokovnega znanja. Izvaja se lahko na osebni ravni (delo na sebi), ravni tima (odnosi, sodelovanje, povezovanje, komunikacija) in na ravni organizacije (delo na sistemu).

Da lahko preprečimo negativne učinke stresa, je priporočljiva splošna poučenost, da lahko vsakdo pravočasno prepozna stresorje v svojem okolju in pri sebi ter jih premaga, preden pride do okvar. Najučinkovitejša pot pri premagovanju stresa je sprememba neustreznega načina življenja. Pomaga pa nam lahko tudi velikokrat pozabljena lista človekovih pravic. Te pravice poznamo vsi, le premalokrat se jih zavedamo in uporabljamo. Zato Pačnik (1992, 20) pravi; »Recite torej: »imam Pravico...«.

»Marsičesa se bomo obvarovali, če odkrijemo področja moči; to je, da s sproščenostjo sprejmemo, česar ne moremo spremeniti, da s pogumom spremenimo, kar moremo in z modrostjo razlikujemo med obojim« (Hogeschool Nijmegen v Soberne 2001, 245).

5.3.2 Izgorelost

V literaturi je izgorelost definirana kot otopjevanje notranjih signalov emocionalnih občutij, ki se kaže v nezmožnosti zbujanja ali občutenja slehernega čustva (Wharton v Šadl 2002c, 62).

Osnovni mehanizem tim. »burn-out« sindroma (izgorelost ali izčrpanost) je stres in odgovor na stres oziroma negativen odziv na stres, ki je odvisen od posameznikove

sposobnosti obvladovanja stresa. Maslach je pojav opredelila kot telesno in čustveno izčrpanost, ki vodi do negativnega odnosa do samega sebe, do lastnega poklica in do izgube možnosti prisluhniti sočloveku (Rakovec Felser v Jaušovec 2009, 52). Sindrom ga imenujemo zato, ker se kaže kot skupek različnih simptomov, čustvenih, vedenjskih, v mišljenju in telesu posameznika. Rakovec Felser (v Jaušovec 2009, 53) razdeli dejavnike, ki vplivajo na pojav psihofizičnega izgorevanja v tri skupine:

- Dejavniki osebnosti (osebnostne poteze in lastnosti, ideali in pričakovanja, motivacija, pripravljenost na poklic).
- Dejavniki, ki so povezani z delom (narava dela, organizacija dela, način vodenja in komunikacija med zaposlenimi).
- Dejavniki, ki so odsev širšega družbenega ozračja in razmer (cenjenost dela, plačilo za delo).

Rakovec Felser (prav tam) meni, da pojav psihofizičnega izgorevanja ni zgolj stanje izčrpanosti zaradi stresa, ampak je rezultat razkoraka med posameznikovimi ideali in realnostjo.

Izgorevajo tisti, ki na svojih delovnih mestih ne uspejo potrditi lastne zavzetosti in ustvarjalnosti ter ostajajo v delovni sredini neopaženi, anonimni in brezosebni z občutkom nepotrebnosti in odvečnosti. Pretežno so to delavci, ki delajo v tako imenovanih službah pomoči. Medicinska sestra mora svoja negativna čustva prikrivati, kajti če jih pokaže, s tem povzroči tudi negativne odzive pri pacientih. Zaradi pogostega obvladovanja svojih negativnih čustev lahko pride do prevelike psihične preobremenitve in s tem do izgorelosti. Njihovo delo je po eni strani pokazatelj skrbstvene družbe, a tudi tega, da se z medicinskimi sestrami manipulira, izkorišča in se jim ukrade duša, zato se Smith (1999, 116) sprašuje ali naj bodo čustva, ki jih medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo, nekaj »posebnega« in ne »naprodaj« ali pa naj bodo dobrodošla na delovnem mestu.

Ostre zahteve po ustreznem emocionalnem stilu storitev in strog institucionalni nadzor nad čustvi zaposlenih pa lahko prinašajo s seboj izgube na osebni ravni: sindrom poklicne izgorelosti ali izčrpanosti (burn-out), krizo identitete, stresna čustva, emocionalno neavtentičnost (odtujenost) in tudi izgubo same zmožnosti občutenja (apatija) (Hochschild v Šadl 1999, 226). Te težave se pojavljajo pri tistih poklicih oz službah, ki zahtevajo visok delež emocionalnega dela, med njimi so tudi medicinske sestre.

Eno od značilnih znamenj, da je delavec pregorel, je padec njegovih učinkovitosti in celo sposobnosti za izpolnjevanje vsakdanjih nalog. Če ne pregori le nekaj posameznikov, temveč kar večje število zaposlenih, takšen izpad prav gotovo škoduje storilnosti. Goleman (2001, 310) ugotavlja, da to dokazujejo raziskave o preobremenjenosti medicinskih sester. Pravi da, v velikih bolnišnicah, kjer so opazili znamenja pregorelosti, kot so cinizem, izčrpanost in frustriranost zaradi delovnih razmer, da v sorazmerju s temi znamenji naraščajo tudi pripombe bolnikov, nezadovoljnih z bolnišnično nego. Čimbolj so bile sestre zadovoljne na delovnih mestih, tem ugodneje so bolniki ocenjevali celotno zdravniško oskrbo.

Medicinske sestre in zdravstveni delavci, ki se preveč indentificirajo s poklicno/delovno vlogo in organizacijo, svojega dela ne razumejo kot igranja in nimajo izoblikovane zavesti o lažnem jazu. Bolnike obravnavajo osebno in niso zmožni depersonalizacije, zato plačujejo emocionalno ceno z izgorelostjo ter posledično trpijo za stresom (Šadl 2002a, 62).

Zaposlene z načini odpravljanja negativnih posledic emocionalnega dela uporabo bolj spontanah pozitivnih čustev seznanjajo razni priročniki in organizirana usposabljanja. Poznavanje znakov psihofizičnega izgorevanja je zelo pomembno, kajti to omogoča hitrejša ukrepanja v smislu preventive in nudenja strokovne pomoči.

5.3.3 Tehnike pomoči

Medicinska sestra bi o svojih stiskah, dvomih in težavah morala imeti možnost za pogovor, iz katerega bi črpala podporo, varnost, informacije in dodatna znanja. Dana bi morala biti možnost vsaj tistim medicinskim sestram, ki to želijo in potrebujejo (Kos 1988, 176).

Pred psihičnimi obremenitvami, stresi in tesnobo se medicinske sestre varujejo na različne načine. Kos (1988, 177) meni, da so najpogostejši načini naslednji:

- zmanjšanje občutljivosti, ki preide v otopelost;
- zanikanje, nepriznavanje in brisanje problema;
- izogibanje bolnikom in položajem, ob katerih bi zaposleni bili lahko posebej prizadeti;
- zmanjšanje ali prekinitev komunikacije;

- brezoseben odnos do bolnika (zelo uspešen in pogosto uporabljen varovalni mehanizem);
- osebna razdalja (Medicinska sestra v enoti intenzivne terapije je dejala: »Paziti moraš, da se ne navežeš na otroka, dokler nisi toliko prepričan, da bo preživel. Drugače si preveč prizadet, ko umre.«);
- drobljenje skrbi za bolnika na delne naloge;
- togo sledenje pravil.

Te tehnike ščitijo pred hudo čustveno prizadetostjo in omogočajo preživetje. Koristne so predvsem za medicinsko sestro, celo za bolnika, vendar so lahko škodljive (za obe strani), saj se medicinska sestra čustveno in odnosno »prazni« in odtuja, to pa vpliva na nezadovoljstvo in psihosocialne težave.

6 EMOCIONALNO DELO S TEŽKO BOLNIMI, POŠKODOVANIMI IN UMIRAJOČIMI

»Sprejmite hčerkino smrt, ker le tako lahko delite z njo življenje. Če boste živeli v strahu pred njeno smrtjo boste spregledali njeno življenje. Ko pa bo prišel njen čas, jo pustite mirno oditi« (Davis v Skoberne 1993, 237). S temi besedami se je neznana mlada mati, katere otrok je umrl v otroški bolnišnici s programom »hospic«, poslovila od druge mlade matere, ki jo je čakala enaka usoda.»Človeško bitje mora spoštovati življenje in sprejeti smrt« (Thiroux v Tschudin 2004, 42).

V odnosu med medicinsko sestro in bolnikom se medicinska sestra izrazi v svojem osebnem in profesionalnem načinu obstoja, bolnika pa obravnava kot individualno človeško bitje s svojim lastnim načinom obstajanja. Odnosi med njima se vzpostavljajo preko vseh oblik komunikacije (Šmitek 2003, 35).

Empatija je sposobnost medicinske sestre, brez katere težko opravijo svoje delo. Z empatijo medicinska sestra čuti z bolnikom in razume njegov pogled na situacijo. Pomembna pa je tudi pri doseganju ciljev v zdravstveni negi, kajti večja je, boljši je izid za bolnika. Nizka stopnja empatije ima lahko negativne posledice za bolnike in tudi kvaliteta odnosa med dvema človekoma je zelo osiromašena (Reynolds, Scott v Kobilšek 2003, 293). To je osebna značilnost vsake medicinske sestre in pomaga, da druge ljudi bolje razume in se lažje sporazumeva z njimi ter je do njih razumevajoča, prizanesljiva in prijazna. Pri prakticiranju skrbi in odgovornosti sta zmožnost in pripravljenost, da se postavijo v položaj drugega, nepogrešljivi.

Berk (v Kobilšek 2003, 292) opredeljuje empatijo kot »zmožnost razumevanja občutij drugih in odzivanje nanje s komplementarnimi čustvi«. Rogers (prav tam) smatra, da je to sposobnost medicinske sestre, da čim točneje dojame doživljanje bolnika, da to razumevanje izraža in na ta način sporoči bolniku pomembnost njegovega doživljanja. Čeprav empatija vključuje občutljivost za čustva in potrebe bolnika, pa ne zahteva, da medicinska sestra tudi deli bolnikovo čustveno doživljanje.

Medicinska sestra mora z razumevanjem sprejemati vsa čustva, tudi negativna (jezo, strah, odpor, sram, občutki krivde), to pa še ne pomeni pritrjevanja bolnikovim stališčem, vedenju ali mišljenju. Imeti mora pozitiven odnos do bolnika, izogibati se mora negativnim odzivom in ustvarjati mora odnos vzajemnega spoštovanja, ki

bolniku omogoči, da razvije samospoštovanje, vrlino, ki je bistvenega pomena za njegovo duševno zdravje (Kristančič v Kobilšek 2003, 294).

Emocionalno delo lahko povzroči emocionalne posledice na strani zaposlenih. Zdravstveni delavci tudi po končanem delu (ko niso več v službi), razmišljajo o bolnikih in njihovih problemih, kar je za njih psihično obremenjujoče. Smrt bolnika pogosto povzroči stresno situacijo pri zdravstvenih delavcih, kar ne vpliva dobro na njihovo počutje (Mali 2002, 322).

Raziskave so pokazale (Kos 1988, 17), da medicinske sestre in ostalo zdravstveno osebje intenzivneje doživljajo in so mnogo bolj čustveno prizadeti, kadar gre za hudo bolnega, poškodovanega ali umirajočega otroka. To velja še posebno, če so tudi sami starši in jih otrok spominja na njihovega lastnega otroka. S tem se poglobi identifikacija s pacientom in njegovimi starši, v odnos do bolnika pa zdravstveno osebje vnese svojo navezanost in strah pred izgubo svojega lastnega otroka.

Pomoč medicinske sestre pri težko bolnih, poškodovanih in umirajočih ter dolžnosti, ki jih mora pri takih bolnikih opraviti, ni samo fizična, pač pa mora gledati bolnika kot celoto. Upoštevati mora njegove telesne, čustvene in socialne potrebe. Če bolnik ne more sodelovati, se medicinska sestra obrne na svojce, vendar mora paziti, da ne postane predmet njihove manipulacije. Pri analizi in oceni potreb takih bolnikov, bo medicinski sestri v pomoč razmišljanje o lastnih občutjih glede neozdravljive bolezni, umiranja, smrti, dolgotrajnega zdravljenja, uspešnosti ozdravitve, pomenu bojazni, joka, panike in groze. Pri tem je zelo pomembno izobraževanje v tej smeri ter možnost pogovora s starejšimi, bolj izkušenimi sodelavci v zdravstvenem timu (Skoberne 1986, 19).

Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci - kljub neprestanemu soočanju s situacijami v katerih so v ospredju bolečina, trpljenje, agresivnost, revščina, - naj bi še vedno pristopali k pacientu ali njegovim svojcem prijazno, z empatijo, pomirjujoče in z upanjem.

Tudi medicinske sestre imajo različne lastnosti in sposobnosti, različno moč prenašanja in obvladovanja lastnih in tujih čustvenih stisk. Prav tako se razlikujejo pri občutenju čustvene stiske bolnikov in svojcev (otrok in staršev), količino energije, ki jo imajo in različnih lastnih težavah, ki vplivajo na njihovo sposobnost empatije do pacientov. Kos je ugotovila, da je pri mnogih sestrah (za katere bi lahko rekla, da ne kažejo razumevanja za otrokove stiske), spoznala, da je zaradi težavnosti bolezni

malih pacientov, to edina možnost vzdrževanja notranjega ravnovesja in delovne učinkovitosti.

Dr. Cicely Saunders je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja pričela z gibanjem za dvig kakovosti zdravstvene nege umirajočih bolnikov. Za to se je odločila, ker so jo v šoli slabo oziroma je sploh niso pripravili za zdravstveno nego umirajočih in se je bala soočiti z njimi. Na tem področju je mnogo neznanja in nepravilnosti, kar je Hinton (v Skoberne 1993, 237) izrazil z besedami: *»Še razočarana smrt ne more raztrobiti brezbržnosti, ki jo prestajajo.«*

Maslach (v Skoberne 1993, 248) medicinskim sestram priporoča, da naj gledajo na stvari s perspektive druge osebe, namesto da občutijo njena čustva. Smatra, da bodo tako lažje obvladovale emocionalno izgorevanje, zaradi pretiranega empatičnega pristopa do bolnikov. Za negovalno osebje se ji zdi pomembna preventivna tehnika, ki je usmerjena na pozitivne dimenzije lastne vloge. Negovalnemu osebju dajejo moč ter polet za nadaljnje delo, pozitivne povratne informacije zadovoljnih bolnikov in svojcev.

Zdravstveno osebje se zaradi lastne tesnobe v zvezi s smrtjo izogiba stikom z umirajočimi oziroma jih omejuje le na najnujnejše.

Po Červ in Klančnik Gruden (2003, 337) nekatere medicinske sestre občutijo, da niso dovolj strokovno podkovane za delo z umirajočimi in težko bolnimi v smislu vsesplošnega kompetentnega obvladovanja bolečine in drugih simptomov, poznavanja psihologije umiranja in duhovnih potreb umirajočih. Se v zdravstveni negi vse pogosteje srečujejo z umirajočimi in težko bolnimi. Šolski sistem ne sledi dejstvu, da zato medicinske sestre niso kompetentne na tem področju; zdravstvena nega umirajočih je pri nas, v večini primerov, sporna.

Izjemne stiske in strese pa doživljajo tiste medicinske sestre, ki se pri svojem delu srečujejo s težko bolnimi in umirajočimi otroci. Tukaj ni pomembna samo navezanost na otroka, ki ga neguje, pač pa pričakovanja bližnjih, ki pričakujejo nemogoče tako od zdravnika, kot od medicinske sestre (Pačnik 1992, 17). Medicinske sestre se pri tem maksimalno angažirajo po svoji človeški plati, tolažijo, spodbujajo in mirijo tako male bolnike, kot starše. Zato je zelo pomembna tudi skrb za dobro počutje medicinske sestre.

Vse premalo se upoštevajo potrebe in vse premalo je razumevanja za to, kako osebe v poklicih, ki skrbijo za ljudi v stiski, samo doživlja svoje delo, kako doživlja in se odziva na bolnike, varovance in sodelavce in v kakšne stiske samo zahaja. Rednih možnosti za pomoč osebjem v stresnih okoliščinah je zelo malo in zelo malo je prizadevanj za razvijanje podpornega sistema na delovnem mestu. Stresna narava številnih delovnih mest ni uradno prepoznana in priznana. In prav tako niso prepoznane potrebe po psihološki podpori ljudem v socialnih in zdravstvenih poklicih. Kdor hoče ponuditi učinkovito psihosocialno in čustveno pomoč, mora tudi sam imeti občutek, da nekdo skrbi zanj in ga podpira. V poklicih, ki skrbijo za ljudi, strokovni razvoj ne sme biti ločen od osebnega (Kos 1988, 170).

Kajti Rakovec Felser (v Jaušovec 2009, 53) je opredelila vzroke, ki so povezani z naravo dela, in so jim medicinske sestre, na tem delovnem mestu, nenehno izpostavljene. Ti vzroki so:

- zdravstvena nega težkih, neozdravljivo bolnih in umirajočih bolnikov,
- stalen stik s človeškim trpljenjem,
- smrt bolnika in žalovanje svojcev,
- pogosti stiki z dementnimi, agresivnimi in depresivnimi bolniki,
- pretirana identifikacija z bolniki in osebna navezanost na posamezne bolnike,
- izjemna odgovornost, nezmotljivost pri delu in zahteve po visoki stopnji koncentracije pri delu.

Kos (1988, 176) meni, da bi bilo dobro razmisliti, na kateri ravni je mogoče kaj storiti, da bi se položaj medicinske sestre, ki čuti, da omaguje pod težo in psihičnimi pritiski delovnega mesta, izboljšal. Sprašuje se, ali so možne organizacijske spremembe na delovnem mestu? Bi bilo dobro zamenjati delovno mesto, preiti na oddelek z lažjimi bolniki? Kaj bi bilo mogoče storiti za boljše psihosocialno ozračje na delovnem mestu? In ne nazadnje, kaj lahko stori medicinska sestra zase, za svoj osebni razvoj, sprostitev, počitek, boljše zdravstveno stanje, kje lahko obnavlja svojo energijo?

7 EMPIRIČNI DEL

Na osnovi ugotovitev iz literature se čustva kažejo kot pomembna sestavina poklica medicinske sestre in izvajanja njenih delovnih nalog. Zato bom s pomočjo intervjujev z medicinskimi sestrami ter brati, poskušala preveriti ali uporabljajo in kako uporabljajo medicinske sestre čustva pri svojem delu. Zanimalo me tudi, kako emocionalno delo vpliva na njih in kakšne posledice čutijo zdravstveni delavci kot uporabniki emocionalnega dela.

Nadalje bom raziskala, ali in če, da kako jih za emocionalno delo usposobijo v šoli in kakšno pomoč jim nudi delovna organizacija oziroma kako si medicinske sestre pomagajo (če sploh) pri premagovanju negativnih posledic emocionalnega dela.

7.1 Metodologija raziskovanja

Metodologija ali pristop k raziskavi je skupek strategij, metod in tehnik, za katere se raziskovalec/ka odloči v procesu raziskovanja problema. Metodologije slonijo na pestrem zgodovinskem razvoju in različnih paradigmah (Tratnik 2002, 23). Po mnenju Zelenik (1990, 161), najenostavnejša definicija metodologije pravi, da je to znanost o metodah znanstvenega raziskovanja. Lahko pa jo razumemo tudi kot skupek načel in metod, ki jih uporabljamo pri raziskovanju določenega problema (Bučar, Šabič in Berglez 2000, 6). Kvantitativni pristopi so tiste študije, pri katerih se zbirajo in analizirajo numerični podatki (v številkah). Kvalitativni pristopi pa obravnavajo, zbirajo in analizirajo nenumerične podatke. Obe metodi lahko kombiniramo, ker se ne izključujeta (Best in Kahn v Tratnik 2002). Poizvedovanje je pogosta metoda pridobivanja podatkov, s katero raziskovalec na pripravljen vprašanja oz. izhodišča (anketni vprašalniki, intervjuji, opazovanja) išče odgovore v večjih ali manjših skupinah. Intervjuje izvajamo na različne načine. Lahko so zelo formulirani in strukturirani, kot recimo pri tržni raziskavi ali pa so nestrukturirani, podobno kot sproščen pogovor. Vmesni je polstrukturiran intervju. Pri tej obliki intervjuja ali spraševanja, pri nestrukturiranem ali delno strukturiranem intervjuju, ki jo imenujemo tudi odprti intervju, kot pravi B. Mesec, ne uporabljamo vnaprej, do potankosti pripravljenega vprašalnika, ampak zgolj vodilo ali predlogo za intervju. (Mesec 1996, 80). Spraševalec in vprašanec pa sta v pogovoru in pri intervjuju v neposrednem stiku

in načeloma spraševalec postavlja vsem vprašanim približno ista, vnaprej delno pripravljena vprašanja ter lahko beleži odgovore (Mesec 1996). Bistvo intervjuja je osebni stik med vprašancem in spraševalcem.

Izvedla sem kvalitativno metodo zbiranja podatkov polstrukturiran intervju, sestavljen iz štirih sklopov. Zanj sem se odločila, ker je polstrukturiran intervju dobra metoda za pridobivanje zanimivih in pomembnih pogledov v »notranjost« raziskovalne teme. Uporaben je za pridobivanje bolj podrobnih in poglobljenih informacij, mnenj ter odnosa intervjuvanca/ev do obravnavane teme. Je mešanica bolj ali manj strukturiranih vprašanj in se tipično nanaša na kontekst, kjer ima izpraševalec niz vprašanj v splošni obliki vprašalnika, vendar jih lahko prireja in dodaja kot odziv na, po njegovem mnenju, pomembne odgovore (Bryman 2001).

Intervjuji so bili opravljeni v času od junija do oktobra leta 2011. V intervjuju so intervjuvanci sodelovali prostovoljno in anonimno. Vzorec sem oblikovala tako, da sem izbrala intervjuvance glede na spol, starost in delovno dobo. Smatrala sem, da lahko vsaka od teh lastnosti prispeva k dojetanju in uporabi čustev pri delu.

V intervju je bilo vključenih šest oseb (tri ženske in trije moški), zaposlenih v eni večji zdravstveni ustanovi v Sloveniji, ki delajo v enoti intenzivne terapije. Starost intervjuvancev je od 27.let do 43.let. V intervju sem vključila osebe z različno stopnjo izobrazbe: dva intervjuvanca imata visoko strokovno izobrazbo, dva višjo izobrazbo in dva srednjo izobrazbo.

Intervju sem razdelila v štiri sklope. V prvem sklopu ugotavljam, ali medicinske sestre uporabljajo čustva pri svojem delu in ali menijo, da so le-ta pomembna pri njihovem delu. V drugem sklopu sprašujem, katere vrste čustev uporabljajo. Tretji sklop je namenjen ugotavljanju, kako emocionalno delo vpliva nanje in kakšne so morebitne posledice in ali jim delovna organizacija nudi možnost izobraževanja in pomoči pri izvajanju emocionalnega dela ter pri soočanju z njegovimi posledicami. V četrtem sklopu ugotavljam, v kolikšni meri je emocionalno delo (kot pojem in pojav) sestavina samega formalnega izobraževanja in ali je slednje nudilo zadostno podlago za izvajanje te oblike dela na delovnem mestu.

Za pridobivanje podatkov sem uporabila vnaprej pripravljen vprašalnik³.

7.2 Interpretacija raziskave

7.2.1 Odločitev za poklic medicinske sestre

Medicinske sestre opravljajo poklic, pri opravljanju katerega so zavezane tesnemu stiku in sodelovanju z ljudmi. Pravilna izbira poklica je pri medicinskih sestrah pogoj, da uresničijo svoja pričakovanja in pri tem doživljajo zadovoljstvo ter poklicno izpolnitev (Ramšak Pajk in Rajkovič 2004, 23). Delo z ljudmi zahteva veliko mero dobrotelosti, delo s težko bolnimi ljudmi pa predvsem razumevanja, potrpežljivosti, močne volje, strpnosti in sočustvovanja. Odločitev za poklic ni vedno prava, vendar je za delo s težko bolnimi ljudmi prava odločitev nujno potrebna.

Na vprašanje, zakaj so se odločili za ta poklic in kje vidijo vzrok, da je v tem poklicu več oseb ženskega kot moškega spola, sem dobila različne odgovore. Intervjuvanci kot odločitev za delo z bolnimi navajajo različne vzroke.

»Ker me je od majhnega zanimalo delo v bolnici oz. z bolniki« (intervjuvanec št.1, 34 let, Ž.).

»Ker sem videl, kje lahko dobim službo po srednji šoli« (intervjuvanec št. 2, 34 let, M.).

»Za ta poklic sem se odločila zato, ker imam rada ljudi, rada z njimi delam in na splošno skrbim za druge« (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

Nekateri vidijo opravljanje svojega dela kot vir preživetja in obveznost, drugi čutijo poslanstvo do tega poklica, tretji vidijo v tem poklicu izziv.

Kot sem že omenila, je delo medicinske sestre pretežno feminiziran poklic, saj je bil v preteklih desetletjih povezan z materinstvom in poslanstvom žensk kot usmiljenk, da pomagajo bolnim in pomoči potrebnim ljudem.

³ Vprašalnik se nahaja v priogi.

»Mislim, da zato, ker je na nek način zelo podoben »materinstvu«. Moraš biti nežen, sočuten, skrben, imeti moraš občutek odgovornosti, ni pa to nujno« (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

»Mislim, da ta vzrok izhaja že iz zgodovine, včasih so bile večinoma sestre (ženske) zaposlene za to delo, zdravniki so bili pa moški, ampak dandanes vemo, da se to zelo spreminja, saj je na teh delovnih mestih čedalje več moških« (intervjuvanec št. 3, 35 let, M).

»Da smo ženske v zdravstvu prevladujoč profil, je razlog delno v tradiciji. Vloga, ki nam jo narekuje ženski spol (matere, žene), nam narekuje večji čut za ljudi. S spremembami v družbi, ko vedno večjo vlogo v družini prevzemajo moški, se tudi v zdravstvu na področju zdravstvene nege izobražuje in kasneje tudi zaposli vedno več moških« (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

7.2.2 Pomen čustev v poklicu medicinske sestre

Čustvo je odziv na pomembno spremembo v zunanjem svetu in spodbuja osebo k ravnanju, ki pomeni prilagoditev nastali spremembi. Če je čustvo za osebo prijetno, oseba teži k utrditvi in prilagoditvi spremembe. Neprijetno čustvo pa povzroči ravnanje, ki je usmerjeno k spremembi dane situacije (Možina 2002, 510).

Čustva so sestavni del vsakega človeka. Vsak človek ima sposobnost čustvovanja, bodisi pozitivnega ali negativnega, in pri vsakem delu uporabljamo čustva, saj menim, da popoln izklop le-teh ni mogoč. Čustev ne moremo zanikati, jih poteptati in se pred njimi skriti. Vključena so, ker imajo svojo funkcijo in namen. Zaradi čustev je svet barvit in pisan, napačno razumevanje čustev pa ga osiromaši. Zato je treba čutiti in občutiti vsa čustva. Prijetnih čustev ni težko nositi, napolnjujejo nas z energijo, spodbujajo k novim delovanjem, saj so naše potrebe zadovoljene, pa tudi telesnega zdravja nam ne manjka (Klobučar 2005).

Pri delu z bolnimi ljudmi je uporaba čustev še toliko bolj pomembna, saj je potrebno ljudi s potrebami razumeti, biti moramo sposobni empatije, hkrati pa jim moramo nuditi tako fizično kot psihično podporo, ki jo v danem trenutku najbolj potrebujejo. Oseba, ki ni zmožna gojiti empatije in je čustveno hladna, v poklicu medicinske sestre »nima kaj iskati«. Človek, ki je bolan, potrebuje oporo močne, čustvene osebe, ki je

sposobna krmariti med toplino, nežnostjo, zmožnostjo poslušanja in pravih odločitev ter nudenjem opore.

Na vprašanja o prisotnosti in pomembnosti čustev v poklicu medicinske sestre so vsi intervjuvanci dejali, da v svoje delo vključujejo čustva. Vsi tudi menijo, da so za delo z bolnimi ljudmi nujno potrebna, kajti le na ta način lahko začutijo kaj človek potrebuje, začutijo njegovo stisko, vedo, kakšne so njegove potrebe.

»Da, čustva so pomembna. S čustvi pokažeš pacientu skrb, ki jo imaš do njega, da ti ni vseeno. Tega poklica enostavno ne moreš opravljati brez čustev. Z njimi lahko pacienta na nek način potolažiš ali pa tudi razburiš. Občutim jih različno večkrat pozitivno in ganljivo, predvsem zato, ker delam z otroki in njihovimi starši. Če jih »uporabljaš«, lažje delaš s pacienti, so bolj vodljivi, zaupljivi« (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

Ja, vsekakor so pomembna. Večkrat vidimo, da so čustva zelo pomembna, da jih tudi ni v redu vedno potlačiti, da jih je potrebno tudi pokazati, še posebno pri pogovoru s starši, pri starših, ki žalujejo, ki imajo hudo bolnega otroka. Seveda pa je treba hkrati poznati mejo, do katere gremo, ker, če nas vsaka stvar prizadene, potem tudi ne moremo delati na tem delovnem mestu. Brez čustev sestra ni nobena medicinska sestra, ta mora pokazati pri delu s pacientom, pri delu s starši in tudi pri delu v kolektivu, ker je edino tako lahko na koncu uspešna pri tem delu, ki ga opravlja. (intervjuvanec št. 3, 35 let, M.).

»Da, čustva so pomembna pri mojem poklicu, ker z njimi lažje začutiš sebe in pacienta. Ne, brez čustev ne bi mogla opravljati tega poklica. V celotnem življenju so pomembna čustva, ne samo v poklicu medicinske sestre. Če si dovoliš čutiti sebe, lahko čutiš tudi bolnika, kako se počuti, kaj potrebuje, na kakšen način pristopiš do njega. Preko čustev se človek spoznava« (intervjuvanec št. 4, 43 let, Ž.).

»Pomembna so zaradi razumevanja pacienta, njegove bolezni, stanja, da lažje jaz delam s pacientom« (intervjuvanec št. 5, 27 let, M.).

Čustva so po mojem mnenju pomemben del poklica medicinske sestre. S tem, ko prepoznam čustva v sebi, jih prepoznam tudi v drugih ljudeh. Konkretno pri pacientih (otrocih) in starših. Izražanje čustev mi omogoča, da se jim lažje približam in tako z njimi lažje delam. Ljudje imamo poleg psiholoških, fizičnih in duhovnih tudi emocionalne potrebe. Vse to je prisotno tako pri otrocih in

njihovih starših. Za soočenje z njihovimi emocionalnim vidikom moram zato uporabiti tudi lastna čustva. Če poznam in si priznam lastna čustva, jih prepoznam tudi v drugih (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

Iz zgornjih izjav ugotavljam, da je vključevanje čustev v delo medicinske sestre neizogibno in nujno potrebno, kajti to zaposlenim omogoča kvalitetnejše in boljše opravljanje njihovega poklica.

Čustvena inteligentnost je sposobnost nadzorovanja svojih lastnih čustev in čustev drugih ljudi, poznavanja in ohranjanja razlike med njimi in uporabljanja te informacije za vodenje svojih lastnih misli in dejanj (Mayer, Salovey 1993). Je sposobnost, da je posameznik uspešen v razmerju s seboj in v odnosu z drugimi, da obvladuje čustva v samem sebi in v odnosih z drugimi (Goleman 2001, 338). Čustvena inteligentnost je namreč le potencial, šele z učenjem pa si pridobimo čustvene zmožnosti, ki jih delimo v pet skupin: samozavedanje, samoupravljanje, motivacija, empatija in prilagodljivost v odnosih (Goleman 1998, 29).

Ljudje na različne načine kažemo čustva. Niti dva človeka na enak način ne pokažeta istega čustva. To nam omogoča naša čustvena razvitost oz. zavrtost. Na to vpliva že vzgoja v zgodnjem otroštvu.

Ob vprašanih, katera čustva so najbolj prisotna pri njihovem delu, katera najbolj uporabljajo in če svoja čustva kdaj tudi pokažejo, so se vsi intervjuvanci strinjali, da so pri delu potrebna čustva, predvsem pozitivna, ki se kažejo z nasmehom, lepo besedo, veseljem, optimizmom, s sočutjem. Pomembno je torej tudi neverbalno komuniciranje, lahko bi dejala, da skoraj bolj kot verbalno.

Mislím, da predvsem pozitivna čustva, sploh veselje, ker delam z otroki, in si vesel, ker jim lahko pomagaš, strah in skrb pa, ker se ti smilijo in ti je zanje hudo, ker doživljajo svoj strah, bolečino. S pacienti vedno delam tako, da mi zaupajo. S tem tudi oni zgubijo vsaj malo strahu, ki je vedno prisoten v bolnicah. Lahko se distanciram čustveno, še posebno, če se mi zaporedoma v službi dogajajo slabe stvari – umiranje, hude in neozdravljive bolezni. V večini pa vedno pokažem čustva pacientom in svojcem. Dostikrat pa je pomembna tudi neverbalna komunikacija, in to pokažeš z gestami, kot so nasmeh, prijazen

pogled... Dostikrat je neverbalno kazanje čustev še bolj pomembno kot verbalno, ker so pri našem delu tudi situacije, pri katerih je »nesmiselno« govoriti (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

»Empatijo največ uporabljam« (intervjuvanec št. 2, 34 let, M.).

Ja, meni se zdi, da so najbolj pomembna ta pozitivna čustva, da je ob delu prisoten smeh, da se tudi kaj »pohecamo«, da nismo skoz resni, nastrojani, da ni vse tako strogo, da jemljemo to vsakdanje delo mogoče tudi malo za zabavo pa da se lahko človek sprosti, pa tudi, da se čim več pogovarjamo ob tem. In to se mi zdi najbolj pomembno. Ja, mislim, da je tak odnos kar primeren tako verbalni kot neverbalni, saj starši gledajo tudi neverbalne kretnje itd. Tudi povejo, da pač te pohvale se večkrat slišijo zdaj nekih graj, seveda vsak spremlja drugače ta odnos, nisem uspel zaslediti. Saj čustva vsi pokažemo do neke mere seveda eni malo bolj eni malo manj. Zdaj nekih solz ali pa kaj takega si glih pred starši ne upamo spustiti, a ne, ampak seveda tudi nas kdaj kaj prizadane in tudi, ko smo veseli za otroka in za starše, se z njimi poveselimo, nasmejimo kaj »pohecamo«, tako da je vsekakor treba pokazati več plati, a ne in kar je za njih potem tudi pozitivno (intervjuvanec št. 3, 35 let, M.).

Ker je medicinska sestra vloga in ta vloga pri meni sproži pozitivna čustva, ker lažje razumeš, oz. čutiš sočloveka. Svoja čustva kažem z glasom, dotikom, globljim razumevanjem. To vidim v tem, da smo vsi ljudje, ki imamo svoja čustva, težave, veselje itd. Zaupanje ljudi znam pridobiti z iskrenostjo, ker vsak človek začuti, če je nekdo iskren, včasih znam postaviti zid, vendar se to ne obnese, ker potem izhajaš iz razuma, kjer ni čustev, topline, razumevanja. Pomembno je sočutiti, vendar se ne spojiti, poistovetiti z njihovimi čustvi. Otroci so najbolj iskrena bitja. Na tem gradim ter povem stvari, kot je njihovi stopnji primerno. Vzpostavljam predvsem iskren in empatičen odnos, tako s starši kot z otroki, kajti če so starši mirni in zaupajo, potem lahko pomirijo tudi otroke in so ti mirni. Predvsem, kadar mi je hudo, oziroma čutim bolečino, takrat ponavadi svoja čustva skrijem, oziroma jih poskušam prikriti. To pa zato, ker je moja stvar, ne pacientova, kako bom speljala, oziroma razrešila težavo (intervjuvanec št. 4, 43 let, Ž.).

Pri meni osebno so najbolj prisotna pozitivna čustva (naklonjenost, iskrenost, mirnost, prijaznost, sprejetost, izogibanje dajanja vrednostnih sodb itd.). Pri delu verjetno vključujem prav ta čustva zato, ker tudi sama želim, da bi bili

drugi ljudje do mene takšni. Poleg tega pa otroci in njihovi starši po mojem mnenju pričakujejo od mene pozitiven odnos, kar v svoji stiski potrebujejo. Čustva izražam na besedni in nebesedni način. Skušam biti spontana in dostikrat izhajam, ne samo iz vloge medicinske sestre, ampak tudi iz vloge mame. Starše poskušam pridobiti k sodelovanju in s svojim odnosom nakažem, da so lahko spontani tako tudi skušam pridobiti njihovo zaupanje. Nikoli se čustveno ne distanciram ali si postavljam zidu. Tudi nimam predsodkov do otrok ali staršev. Ker nihče ni popoln, tudi sama kdaj ne reagiram optimalno. Čustev nikoli ne hlinim ali igram. Skušam pa skriti negativna čustva (jezo, strah, nemoč, pretirana žalost itd.) (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

Intervjuvancem ni težko pokazati kaj čutijo, ker tako lažje delajo in razumejo sočloveka. Ne želijo pa kazati solz, kadar jih kakšna stvar zelo prizadene, saj menijo, da bi s tem razkrili svojo nemoč in ranljivost. Predvsem pa delo s težko bolnimi otroki zahteva veliko mero ljubezni, prijaznosti, topline, saj intervjuvanci smatrajo, da jih le-ti v trenutku osamljenosti potrebujejo. So nekako nadomestni starši, ki dajejo otrokom zavetje in občutek varnosti.

Zdravstveni delavci so zaradi zahtevnega dela z ljudmi izpostavljeni številnim stresnim situacijam, kot so umiranje in smrt, nujna somatska in psihična stanja, izjemna odgovornost pri delu, hiter prodor nove medicinske tehnologije, podaljšanje delovnega časa in dežurstvo. Negativne stresne situacije doživljajo intenzivno in vsakodnevno. Močna hierarhija v zdravstvu povzroča, da imajo medicinske sestre težave pri komunikaciji z ostalimi člani tima. Prav tako je opazna slaba komunikacija med medicinskimi sestrami. Pogosto jih obremenjujeta tudi komunikacija in odnos z bolniki ter njihovimi svojci. Na enotah intenzivne terapije in urgence se od medicinskih sester zahteva tudi visoka raven znanja, takojšnje ukrepanje in stalna pozornost, saj lahko vsak trenutek pride do krize pri enem ali več bolnikih, kar prav tako večina medicinskih sester doživlja kot stres. Tudi hrup pripomore k večjemu stresu. Povzročajo ga zvočni signali monitorjev, infuzijskih črpalk, respiratorjev in telefoni. Nadrejeni zaradi skrbi za življenjsko ogrožene bolnike od medicinskih sester velikokrat zahtevajo in pričakujejo preveč. To pa lahko vodi do psihične in fizične izčrpanosti medicinskih sester in posledično do izgorelosti (Kramar 1988).

Posledice emocionalnega dela medicinskih sester se najprej kažejo v čustvenih motnjah, kot so občutja razočaranosti, napetosti in nemira, kasneje pa tudi kot občutja nemoči, brezupa, praznine, apatičnosti in čustvene otopelosti. V odnosu do drugih ljudi se pojav najprej kaže kot razdražljivost, nestrpnost, raztresenost, nepripravljenost poslušati, kasneje pa preraste v aroganco in cinizem, umikanje pred ljudmi, zapiranje vase in svoj krog ljudi (Rakovec Felser 2002). V kakšni meri bo delovni stres vplival na delo medicinske sestre, je seveda odvisno tudi od njenega zdravja, življenjskega stila, harmonije v zasebnem življenju, socialnih spodbud, ekonomskega in socialnega statusa, starosti in njene osebnosti v celoti (Bilban 2009, 29).

Intervjuvance sem povprašala ali njihovo delo kakorkoli vpliva na njih ter kaj se jih najbolj dotakne. Vsi intervjuvanci so si enotni, da je zanje najhujša bolečina otrok in njihovih staršev, da jih to najbolj izčrpava, se jih dotakne. Drugače pa jim je delo v zadovoljstvo, zlasti takrat, ko se pacientom zdravstveno stanje izboljšuje.

Dostikrat me moje delo psihično izčrpava, sploh če so pacienti v zelo slabem stanju in je prognoza slaba. Mogoče zato, ker pomislim na svoja dva otroka in razmišljam, kaj če se to zgodi njima, sploh če je pacient istih let, kot sta moja dva otroka. Včasih se mi zdi, da sem tudi neobčutljiva za usodo pacientov oz. staršev, to predvsem takrat, ko sem res pod velikim stresom oz. pritiskom in si enostavno postavim nekakšen zid in si ne pustim, da se me preveč dotakne njihova usoda, ker imam občutek, da se bom sesula, da nimam dovolj moči, da bi nosila še to breme. Čustveno se me najbolj dotakne, ko starši ali pa otroci izvejo za kakšno slabo diagnozo, ko se bolezen »vleče« in ne vidijo konca, ne vejo, kako naprej, ali se bo stanje izboljšalo ali ne. Veselim pa se in sem srečna ter zadovoljna, ko izvejo, da se da bolezen rešiti oz. pozdraviti, da bo z njihovim malim nadebudnežem vse v redu. Takrat se mi zdi, da dobim kar nekakšno moč, energijo za to delo, saj mi daje občutek, da niso samo slabi konci, sploh takrat, ko zdravniki ne dajo več kaj dosti upanja, pa se zgodi takorekoč »čudež« in se otroku stanje izboljša. Svojci predvsem vplivajo name takrat, ko svojo jezo stresajo name, in to neupravičeno, s tem me izčrpavajo; če so žalostni in zaskrbljeni, potem če vem, da se bo dobro izšlo, jih poskušam potolažiti in pozitivno usmeriti (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

Moje delo name zaenkrat vpliva dobro in sproščujoče, me ne izčrpava ter mi da elana in energije za nadaljnje delo. Mislim, da je razlog v tem, ker delam z otroki, ki ti s svojo otroško naivnostjo, energijo, domišljijo...dajo neko notranjo energijo, saj dostikrat pomislim, da če oni vse to prenesejo in zmorejo, pa da jaz ne bi. Na delovnem mestu mislim, da je ogromno stresa in izgorelosti, vendar menim, da za to niso krivi pacienti, ampak vse kaj drugega. Ob koncu delovnega dne se počutim krasno, ker grem na lepše...domov, ga »žurat« s prijatelji, ali pa greva s punco kam (intervjuvanec št. 2, 34 let, M.).

Ja mislim, da tudi pozitivno deluje name, čeprav imamo tle večkrat lahko zelo izčrpavajoča stanja, da te pač stvari prizadenejo, da te psihično izčrpajo, ker je več stresnih situacij, ampak potem se najde neki pozitiven smisel, ki te potem zadovolji, da si naredil dobro delo, da si naredil vse, kar si lahko, tudi če se na koncu ni dalo pomagati. In mislim, da v tem pač moraš najdt svoj smoter, da lahko naprej delaš, da si lahko naprej uspešen in da seveda ne izgorevaš zaradi teh čustev in stresa. Ja seveda, izgorelost se pojavlja, sploh v intenzivni terapiji(IT), ampak se mi zdi, da jo kar uspešno obvladujemo, kajti kader je mlad; in da ljudje tudi želijo delati naprej, da znajo regulirat svoja čustva in tudi, da te izgorelosti ni več toliko, kot je je bilo mogoče par let nazaj. Ja tudi sodelavci ne vplivajo name, potrebno jih je razumet tudi pri njihovem delu. Vsak ima pač svoj delokrog in tudi oni so lahko dostikrat zelo pod vplivom različnih čustev, ampak jih je enostavno potrebno razumeti sprejeti in mislim da tudi ni nekega negativnega vpliva potem kasneje na samo moje delo (intervjuvanec št. 3, 35 let, M.).

Moje delo ne vpliva name ravno negativno, me pa dostikrat spomne na minljivost življenja, kajti v intenzivni terapiji so najtežji bolniki in jih kar veliko umre. Ne izčrpavajo me pacienti, ampak sistem, oz. usmerjenost načina dela, ne možnost ozdravitve pacienta. Mislim, da ne postajam, oz. nisem neobčutljiva. Zavedam se, da ima vsak svojo zgodbo, svoj način življenja in »spopadanja« z usodo. Veliko je stresa oz. izgorelosti v našem poklicu, kajti zaradi težavnosti dela si velikokrat preobremenjen, tako s strani pacientov ter njihovih svojcev (pri nas so to večinoma starši, kajti ostali nimajo vstopa v intenzivno terapijo, razen če otrok umira, takrat dovolimo, da se še drugi poslovijo) kot s strani nadrejenih. Na moje počutje vplivajo tudi drugi dejavniki, kot recimo, kakšnega pacienta imam, kakšni so starši in tudi kakšni so moji nadrejeni, tako da sem

včasih srečna, vesela, včasih žalostna, brez energije in odhajam domov zelo utrujena (intervjuvanec št. 4, 43 let, Ž.).

Delo z otroki in starši mi predstavlja izziv. Fizično in psihično me ne izčrpava, me pa občasno obremenjuje. Če imam po končanem delu občutek, da sem naredila tisti dan vse, kar je bilo v moji moči (tako za otroke in starše), mi to da energijo za delo vnaprej. Najhujša je smrt otroka ali huda invalidnost. Vsakodnevno pa se me čustveno najbolj dotaknejo vse psihične stiske otrok in staršev, predvsem zato, ker jim te vrste bolečine ne moremo odvzeti. Enako kot otroci tudi starši vplivajo na moja čustva pri delu. Težko mi je, ko jih gledam, kako so prizadeti tam, kjer jih najbolj boli, oz. trpijo zaradi nečesa, kar imajo najrajši (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

Opravljanje dela pušča posledice. Nekatere zdravstvene delavce psihično izčrpava, ker se preveč predajajo delu, drugim daje energijo, zagon, tretji postanejo otopeli, prazni. Usode drugih jih prizadenejo in ne pustijo popolnoma hladne. Pogovori s sodelavci niso vedno rešitev njihovih stisk, vsak dojema usode ljudi na drugačen način.

Hiter tempo življenja in vse bolj naporne ter zahtevne službe vodijo v psihično izčrpanost delavcev. Sindrom izgorelosti je »bolezen«, ki je v kapitalističnem svetu že dalj časa znana in je glavna poklicna bolezen 21. stoletja. Je na prvem mestu kot vzrok absentizma na delovnem mestu. Izgorelost je psihološki izraz za pretirano, daljše samoizčrpavanje, ki privede do psihološkega zloma. Sam izraz pregorelost pomeni utruditi se, zlomiti se, izgoreti (Skupina IRI Ljubljana 2011). Eden prvih, ki je omenil besedo burnout, je bil Bradely leta 1969. Izgorelost opiše kot poseben stres, ki izhaja iz dela (Findeisen v Gregorčič 2007, 67). Vodilna raziskovalka na področju izgorelosti, Christina Maslach, izgorelost opredeli kot »sindrom čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, ki se pojavi pri ljudeh, ki delajo z ljudmi« (Kovačev v Gregorčič 2007, 68).

Opravljanje emocionalnega dela lahko pripelje do ambivalentnosti, ki se kaže na dva načina. Prevelika vpletenost povzroči t.i. sindrom izgorelosti (ang.burnout), »kar pomeni, da je posameznik emocionalno izčrpan, v interakcijah z drugimi se odziva negativno, poleg tega pa se občutek osebnega dosežka zniža« (Maslach v Tracy 2001, 93). Če pa se s poklicno vlogo ne poistoveti in dosledno ločuje med lastnimi ter organizacijsko predpisanimi čustvi ter vlaga premalo svojih čustev, tvega t.i.

»emotivno disonanco«. »Vzdrževanje razlike med občutkom in hlinjenjem dolgoročno vodi k napetostim« (Hochschild 1983, 90), kot so občutek nepristnosti, samoodtujitev, slabo mnenje o sebi, odtujitev od dela, cinizem, osebna ali delovna neprilagojenost, nizka samozavest, depresija itd.

Pomembno je, da storitveni delavec doseže neko ravnovesje med lastnimi potrebami ter zahtevami poklica, oziroma da na delovnem mestu goji in izraža iskrena čustva, ki se pojavijo ob interakciji s sodelujočim in se ob tem ne počuti, kot da so njegova čustva prodajno blago. Ta iskrena čustva imenujemo delovna čustva. Organizacija (vodilni v organizaciji) bi se morala potruditi, da prava čustva ustvarjajo pozitivno vzdušje, dobre odnose in sodelovanje med zaposlenim in stranko, vodjo in zaposlenimi ter med sodelavci. Takšna čustva niso vsiljena zaradi potrebe po doseganju zadanih ciljev, ampak imajo delovna čustva funkcijo izražanja, ki gradi medsebojno povezanost in kohezijo ter posledično vodi v skupno uresničitev. Putnam in Mumby definirata delovna čustva kot »emocije, ki nastajajo zaradi interakcije med ljudmi, in so centralnega pomena za sodelovanje v delovnem okolju, občutek skupnosti, razumevanja in samo-identiteto« (v Kanjuo Mrčela 2004, 41).

Kljub temu se dogaja, da si zaposleni ne upajo ali nočejo pokazati svojih čustev oz. občutkov, ker bi na ta način izpadli šibki ali se morda bojijo, da bodo zavrnjeni. Zato delujejo avtomatično, rutinsko, kot da bi delo opravljal stroj in ne človek s čustvi.

Medicinske sestre bi si morale medsebojno pomagati, stalno gojiti in prečiščevati svojo občutljivost do pacientov in sodelavcev, da bi se udejanjila kultura zdravstvene nege. Ta bo omogočila zaposlenim, da v primernem okolju drug drugemu sproščeno izrazijo svoja čustva v času stresa. Supervizija s svojim sistematičnim pristopom omogoča, da prizadeti ta čustva razišče (Skoberne 2001, 242).

V medsebojnih stikih so zaposleni usmerjeni v reševanje problema in ne statusa. Načela skupinskega dela, prelita v prakso, posamezniku odpirajo možnost učenja in osebne rasti ter ga tako zavarujejo pred izgorevanjem. Posameznik je deležen socialne opore, ki jo pri delu z ljudmi, še posebej pa pri oskrbi bolnikov potrebuje. Poleg tega mu sodelavci dajo vedeti, da ni sam, neopažen, da drugi prepoznavajo njegova oz. njena prizadevanja in dosežke. Posameznik se zaradi zunanjih priznanj in evidentiranih naporov pri delu običajno počuti spodbujenega. Posledično bolj zaupa vase, se zmore bolj pogumno soočiti s svojimi šibkostmi, se z njimi vztrajneje spoprijemati, jih nadvladati ter se končno permanentno razvijati na strokovni in osebni ravni (Rakovec Felser 2006, 146).

Povprašala sem tdi, kako se intervjuvanci spopadajo z vplivi čustev pri njihovem delu. Jih nosijo domov, oziroma so prisotni tudi v zasebnem življenju. Zanimalo me je, kako si sami pomagajo in kako jim pomaga delovna organizacija pred preveliko čustveno izčrpanostjo. Vsi intervjuvanci skušajo stisko reševati na svoj način. Nekateri rešitev najdejo v pogovoru s svojci, prijatelji, redko se obrnejo na sodelavce, le eden navaja, da se po pomoč zateče k nadrejenemu. Delovna organizacija bi morala poskrbeti za oporne mehanizme, ki bi zaposlenim pomagali v stiski. Večina intervjuvancev navaja, da delovna organizacija ne poskrbi v zadostni meri za svoje zaposlene, zlasti v poklicih, ki bi to nujno potrebovali.

Te stvari ne poskušam nositi domov, če pa se nakopičijo slabe stvari, pa mi čez čas udarijo ven. Ko grem iz službe, poskušam paciente odklopiti in se »nafilati« z energijo svojih otrok in partnerja. Sproščajo me dopusti s svojo družino, druženje s prijatelji pa tudi lahkotno branje in sprehodi v naravi, pa nekaj telesnih aktivnosti. Delovna organizacija mi omogoča to, da si lahko vzamem dopust, vendar v primeru prevelike zasedenosti s pacienti in primanjkljajem sester tudi to ni izvedljivo, na žalost. Za to vrsto pomoči usposobljenega zdravstvenega delavca nimamo, torej organizacija ne nudi nič v tej smeri, kar močno pogrešam in smatram, da bi ga nujno potrebovali sploh v kriznih obdobjih, ko smo psihično močno preobremenjeni. Mislim, da bi bilo potrebno izvajati več pogovorov med zaposlenimi, tukaj mislim predvsem na pogovore z nadrejenimi, da bi nas bolje razumeli, kajti kakšno težavo bi lahko že oni popravili oz. izboljšali (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

Moje delo ne vpliva na moje privatno življenje, ker si ne dovolim, da bi vplivalo. Ko stopim skozi vrata službe, pozabim na težave, povezane z delom. Najbolj cenim prosti čas, ki ga izkoristim, kot mi je ljubo; drugače pa me sprošča veliko stvari od branja, rekreacije... Zaenkrat je vse na individualni ravni. Če bi bila razvita supervizija, bi bilo super, a je samo za določen kader, ne za vse; ne vem, če mi delovna organizacija omogoča dodatna izobraževanja, saj nas ne pošiljajo veliko na kakšna izobraževanja, ker pravijo, da ni denarja. Rešitev za manjšo obremenitev vidim predvsem v večjem številu zaposlenih na tem delovnem mestu (intervjuvanec št. 2, 34 let, M.).

Zadnje čase sem zelo obremenjen, obrnem se seveda na vodstvo oddelka in pa tudi doma je potrebno kdaj pojambirati, pa med prijatelji itd. Ukvarjam se veliko s športom tudi v popoldanskem času in takrat, ko sem prost, tako da to se mi zdi nekako najbolj primerno, da spustiš »tisto« ven. Mislim, da je tukaj zaenkrat vse bolj na individualni ravni, tako da bo morala delovna organizacija v tej smeri kar nekaj spremeniti. Vsekakor je potrebno spremeniti kadrovske zasedbe, treba je spremeniti organizacijo dela in mislim, da bo to že velik korak naprej, da bomo lahko potem lažje delali. Potrebno pa bo tudi stalno izobraževanje, komunikacija, različni seminarji. Tega vemo, da je dandanes na trgu zelo veliko in da se da marsikaj narediti tudi za naše delovno okolje. Supervizija, ja, tudi supervizija, v večini primerov jo poznamo iz šole in mislim, da je kar primerna tudi za nas (intervjuvanec št. 3, 35 let, M.).

Delo name vpliva tako, da bolj cenim trenutke s svojimi domačimi. Včasih se te kaj močno dotakne, in takrat mi to »hodi po glavi« tudi doma. V svoji notranji stiski se obrnem na prijatelje, kajti s pogovori in druženjem z njimi preusmerim svoje misli na službo in težave na druge stvari, med njimi se sprostim. Pomagam si tudi individualno z meditacijo, s sprehodi, da svoja čustva ubesedim. Pomagajo mi joga, prijatelji, narava, ples. Ne da bi vedela, da imajo kaj organizirano, vendar so posamezniki, ki so ti pripravljeni pomagati, prisluhnuti in te razumeti, ko si v stiski. Ni ne psihologa, ne supervizije, kar bi bilo zelo potrebno. Ne, delovna organizacija mi ne nudi nikakršne pomoči glede povečane psihične obremenitve, kot je smrt bolnikov. Pomembno si je priznati vse občutke in čustva, ki se ti sprožijo ob pacientu, ne glede na to, ali so pozitivna ali negativna. Pomembni bi bili odkriti pogovori in možnost supervizije (intervjuvanec št. 4, 43 let, Ž.).

»Po mojem mnenju je najbolje delati in vlagati v osebno rast in spoznavanje samega sebe. S tem tudi veš, kako se v določenih situacijah odzivaš in kako si pomagati. V delovni organizaciji bi s primerno organizacijo dela, z izobraževanjem osebja in zaposlitvijo strokovnih sodelavcev veliko pripomogli k lažjemu delu. Nujno bi bilo potrebno poskrbeti za debriefing skupine« (intervjuvanec št. 6, 41. let, Ž.).

Intervjuvanci skušajo omiliti svojo stisko tako, da se obračajo na svojece, prijatelje, skušajo poiskati pomoč pri sodelavcih, redko se obračajo na nadrejene.

Poslužujejo se različnih tehnik sproščanja, kot so tek, hoja v gore, naravo, neformalne oblike druženja. Mnenja so, da se delovna organizacija premalo vključuje v reševanje stisk svojih zaposlenih. Vsi so tudi mnenja, da bi bilo nujno potrebno imeti na oddelku zaposlenega strokovnega delavca ali vsaj razvito supervizijo.

7.2.3 Izobraževanja – dovolj ali premalo?

Značilnosti sodobne profesije (kar postaja zdravstvena nega) je nenehno strokovno izobraževanje in usposabljanje ter aktivna vloga medicinskih sester. Pri tem ni dovolj, da imajo medicinske sestre pozitiven odnos do stroke in poklica, temveč se morajo dokazovati z izboljševanjem svoje profesionalne kompetentnosti na vseh področjih svojega dela, da bi lahko uporabnikom – bolnikom zagotovile kakovostne storitve (Cvetek v Ramšak Pajk in Rajkovič 2004, 24). Pri tem gre tako za formalno, kot neformalno izobraževanje odraslih na poklicnem področju. Formalno izobraževanje je imelo absolutni monopol pri zagotavljanju znanja, potrebnega za življenje. Danes pa je dejstvo, da obseg znanja, ki ga zagotavlja šolski sistem, ni dovolj. Samo v šoli pridobljeno znanje ne zadošča več za življenjsko in poklicno uspešnost. Mladi sami ugotavljajo, da šole ne zagotavljajo dovolj možnosti za učenje. Čeprav se danes šole vse bolj odpirajo v vključevanje najrazličnejših novih metod kot so projektno delo, delavnice, ekskurzije, šole v naravi,.. pa še vedno obstaja deficit t.i. socialnih veščin. Gre za interpersonalne spretnosti, spretnosti upravljanja ljudi, timsko delo, samozaupanje, disciplina, voditeljske veščine, načrtovanje, projektno delo, organizacija, koordinacija, praktično reševanje problemov. Ta primanjkljaj pa lahko dopolni neformalno izobraževanje, ki je po eni izmed definicij »organizirana izobraževalna aktivnost izven ustaljenega formalnega sistema, katere cilj je služiti določenemu učečemu se klientu z določenimi cilji učenja« (Kozoderc 2005).

Neformalno izobraževanje lahko mladim nudi moč in motivacijo za izvajanje lastnih projektov, kjer so oni sami center izobraževalne dejavnosti, imajo osebni interes, pridobivajo samozavest in kot rezultat razvijajo sposobnosti in veščine z delom. Te veščine pa so izjemno uporabne in potrebne tako v svetu dela kot tudi v aktivnem sodelovanju v družbi in so dopolnjujoče tistim, pridobljenim skozi formalno izobraževanje (Kozoderc 2005).

Čustvena inteligenca naj bi tako pripomogla k boljši delovni uspešnosti, kot tudi k boljšemu telesnemu počutju in čustveni stabilnosti. Čustvena inteligenca je ena

pomembnejših lastnosti na delovnem mestu, zato bodo morale v prihodnosti organizacije bolj upoštevati te značilnosti zaposlenih, saj v nasprotnem primeru ne bodo uspešne pri oblikovanju delovnih kolektivov, ki se bodo uspešno soočali z novo ekonomijo in spremljajočo se tehnologijo (Gabrovšek 2008).

Tekom življenja gremo ljudje skozi različne oblike izobraževanj, kjer pridobivamo znanje z različnih področij, ki jih uporabljamo pri svojem delu. Za dela, kjer je potrebno uporabiti čustva, intervjuvanci menijo, da je najboljša šola ravno življenjska šola. To je šola, ki jo da življenje, ko se učimo iz situacij, težav, premostljivih ali nepremostljivih problemov. Vse znanje, ki ga nudijo inštitucije, kako obvladati čustva, so samo pomoč oz. neko vodilo, teorija, kako reagirati ob določeni situaciji, vendar kako bomo odreagirali v realnem življenju, je nekaj popolnoma drugega.

Na koncu sem intervjuvance vprašala, ali so jih že v šoli izobrazili oziroma pripravili za uporabo čustev pri delu in ali smatrajo, da so pridobili dovolj (če sploh) teoretičnega znanja o tej dimenziji dela. Vsi intervjuvanci so povedali, da v času šolanja niso bili oziroma so bili zelo pomanjkljivo seznanjeni s čustvenimi dimenzijami dela.

»Se ne spomnim, da bi se izobraževali veliko v tej smeri. To spretnost sem pridobivala sama preko dela in z izkušnjami. O tej dimenziji imam jaz več praktičnega znanja. Teorija – nekaj malega pridobivam o tem v kakšnih strokovnih člankih v revijah in na spletnih straneh« (intervjuvanec št. 1, 34 let, Ž.).

»Ne, v šoli nas niso usposabljali za to, vse je prepuščeno samemu sebi. Nikjer nisem pridobival spretnosti za izvajanje čustvenega dela; smatram, da kolikor si čustveno stabilen toliko tudi daješ« (intervjuvanec št. 2, 34 let, M.).

Ja, prav izobrazili nas niso. V šoli smo slišali veliko o tem, imeli smo tudi neke delavnice, ampak vse to je bilo, mislim, zelo premalo in tudi tega nismo nič kaj obnavljali, tako da mislim, da je pravi čas, da začnemo delati na tem. Ja, teoretičnega znanja imam, ja. Samo zdaj to spraviti v prakso, je pa malo težja zadeva, tako da smatram, da moramo vsi na tem še kar veliko narediti in potem lahko pridemo do kakega pozitivnega zaključka (intervjuvanec št. 3, 35 let, M.).

»Ne, v šoli nismo imeli nobenega predmeta o tem. Bolj se zasebno ukvarjam s tem. Imeli pa smo supervizijo, ki je bila vezana na strokovnost (čustva pri delu). Dodatno

sem si pridobivala znanja na Delovni univerzi, Akademiji za psihosintezo, iz kakšne literature. Menim, da imam ogromno teoretičnega in praktičnega znanja. Pomembno je vsakodnevno izvajati »higieno« čustev« (intervjuvanec št. 4, 43 let, Ž.).

Tekom formalnega izobraževanja ni bilo dovolj vsebin za izvajanje čustvenega dela. Bilo je nekaj poglavij pri psihologiji in v okviru posameznih strokovnih predmetov s področja zdravstvene nege otroka, starostnika. V času študija sem pridobila veliko znanja, ker sem za diplomsko delo izbrala odnos do umirajočega otroka in s tem zelo razširila svoje znanje. Čutim, da imam o tem premalo tako teoretičnega znanja kot praktičnih spretnosti. Z eno od oblik izobraževanja si želim v prihodnosti razširiti poznavanje tega dela (intervjuvanec št. 6, 41 let, Ž.).

Menim, da bi moralo formalno izobraževanje medicinskih sester vključevati tematiko emocionalnega dela in strokovni delavci bi morali zaposlenim podati smernice za primerno odzivanje v posameznih situacijah. Pri predmetu Psihologija (Srednja zdravstvena šola, Zdravstvena fakulteta) v procesu izobraževanja bi morali vključiti tematiko emocionalnega dela, podati znanja in veščine o tem, kako in na kakšen način uporabljati čustva, kako se odzivati na določene situacije, odzivanje pacientov, kako se spoprijemati s posledicami uporabe čustev pri delu. Obenem bi moralo biti več učenja tehnik sproščanja, tehnik zavarovanja pred negativnimi čustvi, ki lahko ogrozijo naše zdravje.

8 SKLEP

Čustva so bila v zahodni intelektualni tradiciji predmet številnih obravnav, največkrat je bila poudarjena njihova destruktivna narava. Veljalo je prepričanje, da čustva sodijo zgolj v domače oz. zasebno okolje, v javnem življenju pa ima za učinkovito in uspešno delovanje ključno vlogo zgolj razum. Šele v drugi polovici 20. stoletja dobijo čustva vidno mesto v družbenem svetu. V storitvenem sektorju ima čedalje večji pomen emocionalna investicija delavca za »proizvodnjo« določenih duševnih stanj pri prejemniku (pri medicinski sestri so to pacient in njegovi svojci). Delo s čustvi oz. emocionalno delo je postalo v dobi, ko so storitvene dejavnosti glavna ekonomska panoga, neizbežno.

Emocionalno delo je dimenzija dela, ki je komaj kdaj priznana, spoštovana in upoštevana kot vir stresa na delovnem mestu. K njegovi nevidnosti prispeva tudi dejstvo, da v storitvenih dejavnostih prevladuje ženska delovna sila. Ker je delo s čustvi večšina, ki naj bi bila (po stereotipnih predstavah) ženskam naravno prirojena in je v zasebni sferi neplačana (vloga matere in gospodinje), se pomembnost tovrstnega dela v javni sferi zaposlitve največkrat prezre. Tako mišljenje sem razkrila tudi z lastno raziskavo. Intervjuvanci so večinoma mnenja, da so v tem poklicu zaposlene pretežno ženske, predvsem zaradi njihove vloge gospodinje in matere ter s tem povezanega materinskega čuta ter da so bolj čustvene kot moški.

Medicinske sestre izvajajo skrbstveno in emocionalno delo. Lahko bi rekli, da je skrbstveno delo enako emocionalnemu delu. Glavna sposobnost za izvajanje zdravstvene nege, ki temelji na načelih etike skrbi, je samozavedanje in samovrednotenje. Medicinske sestre brez uporabe čustev na delovnem mestu ne bi bile uspešne pri svojem delu je mnenje vseh intervjuvancev.

Tako kot za vsako družbeno vlogo, veljajo tudi za vlogo medicinske sestre določena pravila, norme, vedenja, nanjo se vežejo posebna pričakovanja in predstave, kakšen naj bo posameznik, ki je sprejel vlogo medicinske sestre (Škerbinek 2000, 11). Medicinske sestre so v tesnem stiku z bolniki, njihovimi bližnjimi, s svojimi sodelavci in z vsemi, ki sestavljajo skrbstveni tim. Ravno zaradi velike izpostavljenosti čustvenim vplivom, nezmožnosti in pomanjkanja veščine regulacije čustev prihaja do izčrpanosti, stresa in izgorelosti medicinskih sester.

Intervjuvanci poročajo o pomanjkanju izobrazbe in priprav na to dimenzijo dela že v procesu formalnega izobraževanja. Možno rešitev za ta primanjkljaj formalne

izobrazbe vidijo v tem, da bi jim zagotovili usposabljanje na delovnem mestu: delovna organizacija naj bi zagotovila dodatna izobraževanja, delavnice ali zaposlila strokovnjake, na katere bi se lahko zaposleni obrnili po pomoč v primeru izčrpanosti. Zavzemajo se tudi za uvedbo supervizije.

Zdravstvena nega zahteva od medicinskih sester specifična znanja in zmožnost nadziranja in usmerjanja svojih lastnih čustev in čustev njihovih pacientov ter svojcev. Medicinske sestre se zavedajo pomembnosti uporabe čustev; torej problem ni na njihovi strani, pač pa v dvojnosti pojmovanja zdravstvene nege. Delo medicinske sestre je opredeljeno z besedami, kot so: sočutje, čustva, skrb, nežnost in pomoč, obenem pa je to delo opredeljeno še s pravili, standardi, nadzorom, redom, hirarhijo in organizacijo. Dostikrat medicinske sestre v organizaciji (pre)obremenijo s tehničnimi opravili, pri tem pa pozabijo, da so čustva (medicinskih sester in pacientov) prav tako pomembna pri zagotavljanju kvalitetne zdravstvene oskrbe. Prav tako se delovna organizacija vse premalo zaveda posledic emocionalnega dela tako za medicinske sestre kot za paciente, saj končni produkt tega dela ni vselej viden. Njegova vrednost je opažena predvsem takrat, ko delo ni dobro opravljeno.

9 LITERATURA

1. Bilban, Marjan. 2009. Kako prepoznati stres v delovnem okolju. V *Preprečimo, da nas strese stres na delovnem mestu*, ur. Andreja Kvas, Đurđa Sima in Boris Miha Kaučič, 21–34. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
2. Bohinc, Marija. 2003. Izobraževanje za etično odločanje v zdravstveni negi. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 102–110. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
3. Bryman, Allan. 2001. *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
4. Bučar, Bojko, Zlatko Šabič in Milan Berglez. 2000. *Navodila za pisanje seminarske naloge in diplomska dela*. Ljubljana: FDV.
5. Černigoj Sadar, N. 2002. Stres na delovnem mestu. *Teorija in praksa* 39 (1): 81–102.
6. Črev, Branka in Maja Klančnik Gruden. 2003. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 333–343. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
7. Gabrovšek, Tatjana. 2008. *Pomen čustvene inteligence (ČI)*. Dostopno prek: http://www.zaposlitev.net/delo.php?m=iskalci&a=karierni_center&a2=clanek&idb=42 (25. oktober 2011).
8. Goleman, Daniel. 1997. *Čustvena inteligenca*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
9. --- 1998. *What makes a leader?* Boston: Harvard Business Review.
10. --- 2001. *Čustvena inteligenca na delovnem mestu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
11. Gregorčič, Renata. 2007. Sindrom izgorelosti pri operacijskih medicinskih sestrah. V *Zbornik XXIII - Gradimo mostove znanj*, ur. Manica Rebernik Milić, 65–88. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.

12. Hochschild, Russell Arlie. 1983. *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. London: University of California Press.
13. Humer, Živa in Kuhar Metka. 2010. Domače in skrbstveno delo ter odnosi med spoloma: stare zgodbe v novih preoblekah? *Družboslovne razprave XXVI* (64): 81–110.
14. James, Nicky. 1989. Emotional Labour Skill and work in the Social Regulation of Feelings. *The Sociological Review* 37 (1): 15–42.
15. Jaušovec, Peter. 2009. Psihofizično izgorevanje z vidika etike. V *Pravno – etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege, Zbornik predavanj*, ur. Andreja Kvas, 51–59. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
16. Kanjuo Mrčela, Aleksandra. 2002. Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. *Teorija in praksa* 39 (1): 30–48.
17. Klobučar Rijavec, Nataša. 2005. *Dovolimo otrokom vsa čustva. Otrok in družina*. Dostopno prek: http://www.bambino.si/dovolimo_otrokom_vsa_custva (5 .november 2011).
18. Kobilšek, Patricija Valentina. 2003. Zaznavanje empatije pri medicinskih sestrah v Sloveniji. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 292–299. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
19. Kos, Anica. 1988. Duševne obremenitve pediatrične medicinske sestre. *Zdravstveni Obzornik* (22): 169–178.
20. --- 1985. *Prostovoljno delo – možnost za izboljšanje počutja otrok v bolnišnicah*, Dostopno prek: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Full_article.aspx?ID=95e92489-d0ac-478e-a819-fe6872e0a20a (7. oktober 2010).
21. Kovačev, Asja, Nina. 2004. *Značilnosti in funkcije emocij ter njihov vpliv na socialno dinamiko*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
22. Kozoderc, Danilo. 2005. *Neformalno izobraževanje – zaposlitveni potencial*. Dostopno prek: http://www.zaposlitev.net/delo.php?m=iskalci&a=karierni_center&a2=clanek&idb=31 (28. maj 2012).
23. Kramar, Meta. 1988. Iskanje rešitev čustvenih stisk medicinskih sester. *Zdravstveni Obzornik* (22): 185–192.

24. Kresnič, Petra. 1997. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzornik Zdravstvene Nege* (31): 3–23.
25. Lamovec, Tanja. 1991. *Emocije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
26. Lee Treweek, Geraldine. 1996. Emotional work, order, and emotional power in care assistant work. V *Health and the Sociology of Emotions*, ur. Veronica James in Jonathan Gabe, 115–132. Oxford, Cambridge: Blackwell Publishers Ltd/Editorial Board.
27. Mayer, John in Peter Salovey. 1993. The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence* 17 (4): 433–442.
28. Mali, Jana. 2002. Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za stare. *Socialno delo* 41 (6): 317–323.
29. Mesner Andolšek, Dana. 2002. Make me whole again: Čustva v organizaciji. *Teorija in praksa* 39 (1): 10–29.
30. Možina, Stane, Rudi Rozman, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Miroslav Glas, Janko Kralj, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. *Management nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
31. Nastran Ule, Mirjana. 1993. *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
32. Oatley, Keith in Jennifer M. Jenkins. 2003. *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
33. Pačnik, Tone. 1992. Medicinska sestra in stres. *Zdravstveni Obzornik* (26): 15–20.
34. Pahor, Majda. 2003. Moč za pomoč: viri etičnega odločanja pri delu medicinskih sester. *Teorija in praksa* 40 (6): 1127–1142.
35. ---2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit
36. --- in Klavdija Peternej. 2003. Vest, slaba vest in izgorelost pri medicinskih sestrah; preliminarna predstavitev mednarodne raziskave. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 368–369. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
37. Rakovec Felser, Zlatka. 2002. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

38. Ramšak Pajk, Jožica in Vladislav Rajkovič. 2004. Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. *Obzornik Zdravstvene Nege* (38): 32–34.
39. Skoberne, Mihaela. 1986. Zdravstvena nega umirajočega. *Zdravstveni Obzornik* (27): 187–209.
40. --- 1993. Hospic – zavetje za umirajoče. *Zdravstveni Obzornik* (27): 237–250.
41. --- 2001. Supervizija v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege* (35): 241–245.
42. Smrtnik Vitulić, Helena. 2007. *Čustva in razvoj čustev*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
43. Skupina IRI Ljubljana. 2011. *Izgorevanje na delovnem mestu – na poti do telesnega in duševnega zloma*. Dostopno prek: <http://www.iri-lj.si/index.php/sl/zanimivo/116-izgorevanje-na-delovnem-mestu-na-poti-do-tesnega-in-duevnega-zloma> (5. oktober 2011).
44. Šadl, Zdenka. 1999. *Usoda čustev v zahodni civilizaciji*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
45. --- 2002a. Emocionalno delo in intimni odnosi v pozni modernosti. *Družboslovne razprave* XVIII (39): 59–71.
46. --- 2002b. Emocionalno delo strokovnjakov med skrbjo in sterilizirano predstavo. *Socialno delo* 41 (6): 311–315.
47. --- 2002c. We are out to make you smile: Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa* 39 (1): 49–80.
48. Šmitek, Jana. 2003a. Zdravstvena nega – etična disciplina in praksa. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 34–40. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
49. --- 2003b. Uvod v raziskavo »Zdravstvena nega v luči etike«. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 199–202. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
50. --- 2004. Uporabnost teorije etike v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege* (38): 205–209.
51. Škerbinek, Ana Ladi 2000. Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester. *Obzornik Zdravstvene Nege* (34): 11–12.

52. Tracy, J. Sarah. 2000. Becoming a character for commerce. *Management Communication Quarterly*. 14 (1): 90–119.
53. Tratnik, Monika. 2002. *Osnove raziskovanja v menedžmentu*. Koper: Visoka šola za menedžment.
54. Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.
55. Ule, Mirjana. 2003. Etične posledice novih ideologij zdravja in bolezni za zdravstveno nego. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 131–13. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
56. Zelenika, Ratko. 1990. *Metodologija i tehnologija izrade znanstveno i stručnog djela*. Rijeka: Partizanska knjiga.

PRILOGA A: Vprašalnik

1. Zakaj si se odločil/a za ta poklic?
2. Kaj misliš, da je vzrok, da so v tem poklicu zaposlene pretežno ženske?
3. So pri tvojem delu pomembna čustva?
4. Ali so po tvojem mnenju, čustva nujni, neizogibni del poklica medicinske sestre?
5. Zakaj so pomembna čustva pri tvojem delu, poklicu?
6. Katera čustva so najbolj prisotna pri tvojem delu, oz katera čustva največ »uporabljaš«?
7. Zakaj misliš, da v svoje delo vključuješ prav ta čustva?
8. Na kakšen način kažeš svoja čustva oz kakšno čustveno vez, odnos imaš s pacientom?
9. Delaš z otroci in tudi starši so vključeni v tvoje delovne odnose, kakšno čustveno vez vzpostavljaš s starši?
10. Kakšno so tvoji odnosi s sodelavci?
11. Ali smatraš, da imaš primeren odnos s pacienti in njihovimi svojci?
12. Ali svoja čustva pokažeš?
13. Kako tvoje delo s pacienti vpliva nate?
14. Kaj se te čustveno najbolj dotakne?
15. Ali tudi svojci pacientov vplivajo na tvoja čustva pri delu?
16. Ali tvoje delo vpliva na tvoje zasebno življenje (dom, družino) in če da, kako?
17. Na koga se obrneš v primeru prevelike obremenjenosti pri delu oziroma z delom?
18. Ali imaš kaj oziroma se ukvarjaš s čim, da te razbremeni in sprosti in ti povrne energijo za delo?
19. Ali ti v primeru izčrpanosti in preobremenjenosti delovna organizacija oziroma oddelek, kjer delaš nudi pomoč ali si pomagaš sam?
20. Ali misliš, da bi lahko kaj naredil, spremenil, da bi delo lažje opravljal?
21. Kaj bi po tvojem mnenju delovna organizacija oziroma tvoj oddelek lahko pripomogel, da bi se tako pacienti, kot zdravstveni delavci počutili dobro in bi slednji delo lažje ter bolj kakovostno opravljali?

22. Ali so vas v času šolanja seznanili in izurili za uporabo čustev pri delu? Ali ocenjuješ, da imaš dovolj teoretičnega znanja o tej dimenziji dela?