

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

IRENA TROBEC

Mentor: doc. dr. Zdenka Šadl

EMOCIONALNO DELO ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE
NEGE

MAGISTRSKO DELO

LJUBLJANA, 2008

KAZALO

UVOD	4
1. ČUSTVA	9
1.1 POJMOVANJE ČUSTEV V ZAHODNI KULTURI.....	10
1.2 ČUSTVA KOT DRUŽBENO KULTURNI KONSTRUKTI.....	12
1.3 ODNOS DO ČUSTEV V DELOVNEM OKOLJU.....	14
2. EMOCIONALNO DELO – NOVA OBLIKA DELA V DRUGI POLOVICI 20. STOLETJA	16
2.1 OPREDELITEV EMOCIONALNEGA DELA.....	17
2.2 EMOCIONALNO DELO V ZDRAVSTVENI NEGI.....	20
2.3 VPLIV EMOCIONALNEGA DELA NA ZDRAVJE ZAPOSLENIH.....	23
2.4 DOŽIVLJANJE TER OBVLADOVANJE STRESA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	24
3. ZDRAVSTVENA NEGA	26
3.1 UMETNOST ZDRAVSTVENE NEGE.....	27
3.2 ZNANOST ZDRAVSTVENE NEGE.....	28
3.3 MEDICINSKA SESTRA.....	29
3.4 ČUSTVENA SESTAVINA ZDRAVSTVENE NEGE.....	31
3.4.1 SKRB.....	32
3.4.2 SKRB IN TEORIJE ZDRAVSTVENE NEGE.....	33
3.5 METODA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	34
3.6 IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER.....	35
3.6.1 KLINIČNA UČNA BAZA.....	36
3.6.2 ŠOLSKI KOORDINATOR/ICA.....	37
3.6.3 KLINIČNI/A MENTOR/ICA.....	37
3.6.4 ŠTUDENT/TKA.....	37
3.6.5 KLINIČNE VAJE KOT UČNI PROCES.....	38
4. EMPIRIČNI DEL	40
4.1 OPREDELITEV NAMENA IN CILJEV.....	40
4.1.1 HIPOTEZE.....	40
4.2 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA.....	41
4.2.1 VZOREC.....	42
4.3 IZVEDBA RAZISKAVE.....	43
4.3.1 Viri podatkov.....	43
4.4 EMOCIONALNO DELO V TEORETIČNEM PROCESU IZOBRAŽEVANJA.....	44
4.5 ANALIZA EMPIRIČNIH PODATKOV.....	47
4.5.1 OPREDELITEV EMOCIONALNEGA DELA.....	47
4.5.2 EMOCIONALNO DELO KOT PSIHO-SOCIALNI PROCES.....	50
4.5.3 LIK MEDICINSKE SESTRE.....	52
4.5.4 OMEJITVE PRI IZVAJANJU EMOCIONALNEGA DELA.....	55
4.5.4.1 »ZAŽELENI IN NEZAŽELENI« PACIENTI.....	56
4.5.4.2 DELO NA KLINIČNIH VAJAH JE STRESNO.....	58
4.5.5 UČENJE EMOCIONALNEGA DELA.....	60
4.5.6 STRATEGIJE SOOČANJA Z EMOCIONALNIM DELOM.....	64
4.5.6.1 Pomoč in podpora sošolcev.....	66
4.5.6.2 Podpora kliničnega mentorja/mentorice.....	66
4.5.6.3 Vloga šolskega koordinatorja/koordinatorice.....	69
4.5.6.4 Vloga tutorja.....	69
5. PREDLOG SPREMEMBE KURIKULUMA	71
6. ZAKLJUČNE UGOTOVITVE	73
LITERATURA	78

PRILOGE	82
PRILOGA ŠT. 1	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PRILOGA ŠT. 2	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PRILOGA ŠT. 3	86
PRILOGA ŠT. 4	102

Okvirni vprašalnik za intervjuje 82

Učni načrti izbranih predmetov 83

Prvo kodiranje transkriptov 87

Zbirnik kategorij 103

UVOD

Čustva so 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 poudarjalo strog red in sistematičnost, čustva pa so bila v glavnem obravnavana kot razdiralni in nevarni pojavi (Šadl, 1999: 9). Ne glede na moderno kapitalistično miselnost so čustva integralni del delovnega procesa, produkcije, izdelkov in storitev.

Delovno mesto je v praksi, tako v okviru kapitalističnega ekonomskega reda, kot tudi na ravni teoretiziranja, zlasti v sociologiji dela in organizacij, veljalo za racionalno okolje, ki izključuje čustva. Čustva so obravnavali kot moteče in iracionalne pojave. Klasična organizacijska teorija je temeljila na racionalni definiciji dela in racionalno je dolgo veljalo za dominanten princip v družbi in organizaciji (Kanjuro Mrčela, 2002: 37). Razvojni tok sociologije je vse do osemdesetih let 20. stoletja močno zaznamoval M. Weber, ki velja za utemeljitelja sociologije organizacij in obenem za enega glavnih teoretikov, ki so poudarjali, da je uspešnost organizacije pogojena z racionalnimi pravili in izključevanjem emocionalnega (prav tam). Čustva na delovnem mestu so postala zanimiv predmet raziskovanja razmeroma pozno, v devetdesetih letih 20. stoletja. Na področju proučevanja dela in organizacije so številni avtorji ugotovili, da čustva na delovnem mestu lahko prispevajo k večji učinkovitosti in kakovosti dela. Poglobljene raziskave so pokazale, da zaposleni urejajo svoja čustva oziroma jih prilagajajo delovni situaciji, da bi na učinkovit način vplivali na potrošnika oziroma uporabnika storitev. Posamezniki-ice v sodobnih družbah veliko časa preživijo na delovnem mestu, kjer so izpostavljeni-ne pozitivnim ali negativnim čustvenim izkušnjam. Številni čustveni procesi na delovnem mestu vplivajo na kakovost in učinkovitost dela, vendar tudi na zdravje zaposlenih (Zamuner et al, 2003). Urejanje čustev na delovnem mestu, ki vključuje odnose z javnostmi je v literaturi zajeto v koncept emocionalnega dela.

Na pomen emocionalnega dela je prva opozorila ameriška sociologinja A. R. Hochschild s svojim pionirskim delom »Upravljanje srce: komercializacija človeških čustev« (The managed heart: the

comercialization of feeling) iz leta 1983. Čustveno ali emocionalno delo je oblika dela, ki zahteva interpersonalno senzitivnost in skrb, osebno pozornost in individualen pristop (Šadl, 2002b: 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: 61). Čustva oziroma urejanje čustev je stalno prisotno tudi v zdravstveni negi.

Emocionalno delo je naporno in »trdo« delo, ki ima v zdravstveni negi poseben pomen, saj predstavlja splet interakcij med medicinsko sestro in pacientom ter medicinsko sestro in drugimi sodelavci v zdravstvenem varstvu, ki temeljijo na skrbi. Skrb je pogosto opisana kot bistvo zdravstvene nege in tista sestavina, ki opredeljuje njeno odličnost. C. 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. Ker je skrb v družboslovju nedefiniran koncept, ga organizacijska analiza ne more zajeti (Pahor, 2006: 36). Raziskave so pokazale, da tudi sami izvajalci skrbi težko definirajo bistveno sestavino svojega dela (skrb) in jo praviloma jemljejo kot »naravno« ter »samo po sebi umevno« (prav tam). Čeprav je to delo fizično, čustveno in moralno naporno, je navzven neopazno in kot tako tudi ni ustrezno ovrednoteno.

S. H. Lopez (2006) v svoji študiji o skrbstvenem delu v domovih za ostarele v Združenih državah Amerike govori o obliki organizacijsko predpisanega čustvovanja, ki jo imenuje organizirana emocionalna skrb. Pri organizirani emocionalni skrbi ne gre za predpisovanje čustvenih stanj ali igranja predpisane vloge, ampak za poskus organiziranega ustvarjanja ugodnih pogojev za razvijanje prijaznega skrbstvenega odnosa med ponudnikom in prejemnikom storitev, ki temelji na odkritih (avtentičnih) čustvih. Pristop ponudnikom storitev dovoljuje določeno stopnjo avtonomije, kar omogoča, da se čustveni procesi odvijajo brez prisile. Po mnenju avtorja je organizirana emocionalna skrb primerna za skrbstvene poklice, v katerih interakcija z uporabnikom traja dlje časa.

Zdravstvena nega je strokovna disciplina, ki temelji na odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Uvrščamo jo med skrbstvene poklice in vključuje humanistično in intelektualno dimenzijo. Delovanje zdravstvene nege je usmerjeno v reševanje problemov, ki so posledica bolezni, poškodb in psihosocialnega stanja. Nosilka zdravstvene nege je medicinska sestra¹, ki k prejemniku-ici storitve pristopa celovito in ga-jo obravnava kot edinstveno psihofizično bitje v neprestani interakciji z okoljem. V obravnavo vključuje tudi svoje in druge za njega pomembne ljudi. Vsakodnevno se srečuje s fizičnimi in čustvenimi težavami uporabnikov, sooča se s hudo bolnimi, ranjenimi in umirajočimi pacienti. Da bi bila pri svojem delu uspešna, medicinska sestra potrebuje številne komunikacijske spretnosti (neverbalna komunikacija, poslušanje, konverzacija), spretnosti medčloveških odnosov (npr. vljudnost, takt, pomirjevanje, empatija, razbiranje čustev drugih, ustvarjanje zaupanja) in emocionalne spretnosti. Le tako lahko nudi čustveno podporo in pomoč pri urejanju čustev, medtem ko sama vzdržuje profesionalno distanco – čustveno obvladanost in se na ta način izogiba pretirani osebni vpletenosti (Šadl, 2002b: 313).

Izobraževanje za zdravstveno nego je zastavljeno tako, da bodoči strokovnjaki že v času formalnega izobraževanja pridobijo praktične veščine, potrebne za samostojno opravljanje poklica. Zaradi tega poteka izobraževanje za zdravstveno nego na dveh enako pomembnih lokacijah: v učilnici, kjer študent/tka pridobiva teoretično znanje in v klinični učni bazi, kjer pod nadzorom mentorja/ice, teoretično znanje preizkuša v praksi.

Emocionalno delo je izredno pomembna sestavina dela v zdravstveni negi in je poleg komunikacije tisti element, ki najbolj bistveno vpliva na njeno učinkovitost in kakovost na eni strani in na profesionalno identiteto, osebno samopodobo, zdravje in dobro počutje izvajalcev na drugi. Čeprav je čustveno delo tako pomembna sestavina dela medicinskih sester, mu pri nas ne posvečamo posebne pozornosti. V Sloveniji doslej še ni bila narejena nobena raziskava, ki bi bila eksplicitno namenjena emocionalnemu delu medicinskih sester.

¹V Sloveniji se izvajalke/ci zdravstvene nege v poimenovanju razlikujejo glede na spol in stopnjo izobrazbe: srednja medicinska sestra, zdravstveni tehnik/ca, tehnik zdravstvene nege, višja medicinska sestra, višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik. V nalogi uporabljam izraz medicinska sestra tako za moške kot za ženske, na vseh nivojih izobrazbe, ki so zaposleni na področju zdravstvene nege.

Osnovni cilj magistrske naloge je opredelitev emocionalnega dela v zdravstveni negi in s pomočjo empirične raziskave ugotoviti, kako študenti zdravstvene nege na kliničnih vajah doživljajo čustveno dimenzijo svojega dela ter ali jih teoretski del študija ustrezno pripravi na praktično učenje emocionalnega dela.

Ključna spoznanja o emocionalnem delu in problemih, ki jih pogojuje ta oblika dela ter njihovo reševanje, bodo osnova za načrtovanje izobraževalnega programa. Prenovljen program bo vključeval učenje emocionalnega dela in poglobljeno delo s študenti na kliničnih vajah, predvsem tam, kjer je intenziteta čustvene komponente zelo velika.

V nalogi bomo izhajali iz naslednjih predpostavk:

- čustva in emocionalno delo sta pomembni sestavini delovnega procesa v zdravstveni negi,
- emocionalno delo je bistvenega pomena za učinkovitost in kakovost zdravstvene nege,
- študenti na kliničnih vajah so izpostavljeni določeni čustveni dinamiki in regulaciji čustvenih procesov, kar predstavlja psihofizični napor, ki ga študenti lahko doživljajo kot stres.

Strukturno je naloga razdeljena na štiri sklope. V prvem bomo predstavili pomen čustev za posameznikov odnos do sveta ter njihov družbeno kulturni pomen s poudarkom na pojmovanju čustev v zahodni kulturi. V drugem delu bomo opisali emocionalno delo, njegove temeljne značilnosti in pojavne oblike. Posebno poglavje bomo namenili emocionalnemu delu v zdravstveni negi, ker menimo, da predstavljata emocionalno delo in skrb v zdravstveni negi specifično obliko urejanja čustev na delovnem mestu. V tretjem delu bomo, zaradi lažjega razumevanja izobraževalnega procesa, ki je predpisan za študente zdravstvene nege, predstavili stroko zdravstvene nege in njene bistvene značilnosti. V zadnjem, empiričnem, delu naloge pa bomo predstavili doživljanje kliničnih vaj in čustvenih sestavin dela s perspektive študentov zdravstvene nege. Podatke smo pridobili na osnovi poglobljenih intervjujev s študenti Visoke šole za zdravstvo Izola, z opazovanjem z udeležbo, uporabili pa smo tudi podatke, ki so bili zbrani na Visoki šoli za zdravstvo Izola v druge namene.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali teoretični del študijskega procesa podpira sistematično učenje emocionalnega dela oziroma ustrezno razumevanje te oblike dela?

- Ali se študenti na kliničnih vajah praktično usposablajo za emocionalno delo in kakšne so oblike usposabljanja?
- Ali je emocionalno delo na kliničnih vajah za študente stresno?

Na osnovi zastavljenih vprašanj smo preverjali naslednje hipoteze:

- Teoretični del študijskega procesa ne vključuje sistematičnega učenja za poglobljeno razumevanje emocionalnega dela.
- Študenti zdravstvene nege se na kliničnih vajah usposablajo za emocionalno delo.
- Doživljanje emocionalnega dela na kliničnih vajah je za študente stresno.

Teoretični del magistrske naloge bo temeljil na deskriptivni metodi. Ključne pojme bomo opredelili s pomočjo strokovne literature s področja čustev, emocionalnega dela, zdravstvene nege in raziskovalne metodologije. Vključevanje podatkov iz literature je namenjeno potrjevanju ali primerjavi podatkov, do katerih so prišli raziskovalci-ke v podobnih raziskavah.

1. ČUSTVA

»Čustva so duševni procesi in stanja, ki izražajo človekov vrednostni odnos do zunanjega sveta ali samega sebe« (Lamovec, 1991: 117). Spoznano objektivno stvarnost posameznik-ica vrednoti s pomočjo čustev, ki ga usmerjajo pri presoji o tem, kaj je zaželeno in kaj ne. Čustva so intencionalni pojavi in se pojavljajo ob osebah, dogodkih in situacijah, ki jih posameznik-ica ocenjuje kot pomembne zase oziroma ga osebno zadevajo (Kompore, 2004: 170). Posameznik-ica se odzove na dogodke in situacije na različne načine, z različnimi čustvi, različne jakosti in kakovosti, ali pa se ne odzove. Emocionalni procesi predstavljajo svojevrsten moment vedenjske regulacije, saj so emocije bolj ali manj stalni motivi, ki določajo intenzivnost subjektive dejavnosti (Kovačev, 2004: 43).

Čustva so relacijski pojavi, ki izhajajo iz družbenih odnosov in so del posameznikovega življenja in odnosov, ki jih ta oblikuje znotraj danih družbenih struktur in procesov. Obravnavmo jih kot družbene, vzgojljive prakse, ki vključujejo jaz in druge, samo-interakcijo in interakcijo z drugimi. Čustva so neločljivo povezana tudi s kulturnimi strukturami, ki posredujejo interpretativne okvire za prepoznavanje, osmišljanje in organizacijo emocionalnih izkušenj (Šadl, 1999: 245). Sposobnost doživljanja in izražanja čustev ter njihovega urejanja sta posredovani s kulturo in jezikom, kar pomeni da nista dani sami po sebi, ampak sta produkt kulture, ki je obenem objekt kulturne kodifikacije in družbene kontrole (Šadl, prav tam).

Po mnenju večine psihologov imajo čustva prilagoditveno funkcijo. To pomeni, da omogočajo učinkovito prilagajanje spremembam v odnosu med posameznikom in zunanjim svetom. Usmerjajo ga in spodbujajo pri doseganju zelenih ciljev. Pomembno vlogo imajo tudi pri komunikaciji in uravnavanju družbenih odnosov. Vplivajo na človekovo življenje v skupnosti, saj je človek izrazito socialno bitje, kljub močni potrebi po ohranjanju lastne individualnosti (Kovačev, 2004: 201). Čustveni izrazi in vedenje posameznika-ice, ki doživlja določeno čustvo, so drugim ljudem informacija, na osnovi katere uravnavajo svoje vedenje. Izražanje in prepoznavanje čustev je najpomembnejši del neverbalne komunikacije. Sposobnost ustreznega izražanja lastnih čustev in prepoznavanje čustvenega doživljanja drugega sta pomembni socialni

spretnosti, ki sta posamezniku-ici v pomoč, ko vstopa v različne družbene situacije, da se v njih lažje znajde in je uspešnejši-a. V procesu socializacije se posameznik-ica nauči, na kakšen način in kako intenzivno je zaželeno čustva izražati, ter katera čustva so zaželena in katera ne v dani kulturi (Kompare, 2004: 170).

Spontano izražanje emocij največkrat poteka brez zavestne kontrole in kognitivne predelave situacije. Emocije odločilno vplivajo na vzpostavljanje in regulacijo družbenih odnosov, na harmoničnost odnosov in posredno na delovno učinkovitost. Emocije so afektivni procesi, ki vplivajo na subjektivno psihofizično blagostanje. Glede na njihov učinek na subjektivno blagostanje, jih delimo na pozitivne in negativne emocije, torej subjektu koristne oziroma škodljive emocije. Pozitivne emocije so usklajene s ciljem, ki ga subjekt želi doseči. Najpomembnejše med njimi so: veselje, sreča, ponos in ljubezen. Negativne emocije navadno niso usklajene s cilji subjekta in se pojavljajo tedaj, ko je cilj iz kakršnih koli razlogov težko dosegljiv ali nedosegljiv. Najpogostejše negativne emocije so jeza, strah in tesnoba, krivda, sram, žalost, zavist, ljubosumje in gnus. Negativne emocije in kritični življenjski dogodki vplivajo na posameznika-ice tako, da porušijo njegovo psihično ravnovesje, kar ima za posledico stres, bodisi v zasebni ali zaposlitveni sferi. Daljši izpostavljenosti delovnemu stresu običajno sledi sindrom izgorelosti (burnout). Dalj časa trajajoče in intenzivne čustveno zahtevne situacije vodijo v kronični stres in postopno izčrpavanje posameznikovih energetskih virov, ki vodijo v čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in znižano osebno izpolnitev (Kovačev, 2004: 201). Emocije in dejavniki, ki jih povzročajo, imajo odločilno vlogo v najpomembnejših življenjskih situacijah. Vplivajo na številne aktivnosti in pripomorejo k subjektivnemu psihofizičnemu zdravju (Kovačev, 2004: 208).

1.1 POJMOVANJE ČUSTEV V ZAHODNI KULTURI

Čustva so bila v preteklosti pogosto predmet raziskovanja in razprav o tem, ali so univerzalna kategorija ali pa se razlikujejo med posameznimi kulturami. Številne antropološke študije dokazujejo, da so čustva kulturno specifični pojavi: številne nezahodne kulture drugače pojmujejo in drugače definirajo to, kar na zahodu imenujemo čustva (Lutz and White, 1986;

Leavitt, 1996 v Savage, 2004: 26). V pretekli zahodni kulturi so veljala čustva za izključno notranja, subjektivna stanja. Kljub temu, da so določala posameznikovo notranjo orientacijo preko katere je oblikoval svoj odnos do sveta, so smisel človeškega obstoja pripisovali hladni, racionalni presoji. Razum je bil tisti, ki je označeval človečnost človeka in je bil praviloma strogo ločen od čustev. Čustva so bila obravnavana kot dihotomno nasprotje razuma, kot nekaj kar razum presega, obvladuje in nadvladuje (Šadl, 1999: 9). Vsekakor ne moremo mimo dejstva, da je zahodna civilizacija povzdignila razum in racionalnost nad čustva ter svarila ljudi pred čustvi in strastmi ter njihovim kvarnim vplivom. Vendar se misleci niso zavzemali za izkoreninjenje strasti, kot so imenovali čustva, ampak so si prizadevali za njihovo racionalno obvladovanje in uporabo pri doseganju družbenih, ekonomskih, verskih in drugih ciljev (Šadl, 1999: 9).

Konec dvajsetega stoletja je zanimanje za čustva in vrednotenje človeške čustvenosti postalo ponovno aktualno. Čustva in izražanje čustev je postalo tudi medijsko zanimivo in tako sestavni del obveščanja javnosti. V ospredju je prikazovanje in poudarjanje čustvene plati najrazličnejših javnih dogodkov (politika, vojne, šport, naravne nesreče, sodni procesi idr.), resničnih življenjskih izkušenj ter drugih čustva vzbujajočih dogodkov. Ukvarjanje s čustvi na osebni nivoju je postala osrednja spodbuda strokovnjakov s področja psihologije, terapevtske psihoanalize in psihiatrije in prav tako ena izmed osrednjih teženj samorefleksivnih posameznikov v visoko modernih družbah. Logika in pogoji obstoja v visoko modernih družbah narekujejo, da se vse večje število ljudi zaveda pomena čustev in njihove uporabe (Šadl, 1999: 12). Ponovna uveljavitev čustev in veliko zanimanje zanje je sprožilo spremembe v pojmovanju racionalnosti. Uveljavilo se je novo vrednotenje sveta, drugačni načini oblikovanja identitete in nove oblike delovanja, ki temelji na čustvih v osebnih odnosih. Sprememba oziroma razvoj na tem področju je vzpodbudil zanimanje številnih raziskovalcev na področju družboslovnih in humanističnih ved. Čustva so postala pomembno in privlačno področje raziskovanja v psihologiji, nevroznanosti, sociologiji, antropologiji in filozofiji (Šadl, 1999: 13). Preučevanje čustev je v sociološki znanosti potekalo skozi različne pristope in je bilo večinoma usmerjeno v čustva kot naravni oziroma kulturni fenomen ter odnose med čustvi in razumom (Savage, 2004: 26). V zadnjih desetletjih raziskovalci čedalje več pozornosti posvečajo vprašanju emocij in emocionalnega kot sestavnega in zelo pomembnega vidika konceptualizacije dela. Upoštevanje čustev pri delu prispeva k celovitejšemu razumevanju dela v organizaciji, kjer delujejo ljudje, ki

so emocionalna in ne samo racionalna bitja. Delo in čustva se prepletajo – eno je del drugega in ga oblikuje. Prepletanje in medsebojno vplivanje velja tudi za organizacijo in čustva (Kanjuo Mrčela, 2002: 37). Waldron (prav tam) čustva definira kot »sredstvo, s pomočjo katerega se oblikujejo organizacijski odnosi in tudi kot nekaj, kar je izoblikovano z medosebnimi odnosi.«

1.2 ČUSTVA KOT DRUŽBENO KULTURNI KONSTRUKTI

Čustva so bila v vseh obdobjih zgodovine predmet številnih filozofskih, intelektualnih in etičnih razglabljanj, opisov in razlag (Šadl, 1999: 15). Obravnava čustev je mogoča z več vidikov: biološkega, psihološkega, duhovnega in družbenokulturnega (Savage, 2004: 28). Družbeno kulturni pristop k preučevanju fenomena čustev predstavlja poskus dekonstrukcije kulturnih predpostavk o čustvih kot izključno bioloških in individualnih pojavih. Čustva so v okviru kolektivne predstave bila in so še vedno pogosto opisana kot divja, spontana, neobvladljiva in zasebna plat človeške biti, ki se ohranja skozi prostor in čas (Šadl, 1999: 14).

Kot smo že omenili, so misleci skozi stoletja so slavili razumskost in miselno urejenost. Globoka racionalistična usmerjenost je razum povzdignila v prvo človeško zmožnost, v človekovo najvišjo krepost in največjo odličnost. Čustva so pogosto opisovali kot moteče in zaviralne elemente, ki negativno vplivajo na človeka in zavirajo delovanje razuma/mišljenja; kot taka so predstavljala potencialne ali dejanske rušilne sile v individualnem in družbenem življenju. V številnih disciplinah, ki so se osredinjale na analizo človeškega vedenja, je prevladoval racionalni model človeka, ki zanemarja zapletene vidike človeške eksistence in različne dejavnike, ki oblikujejo kontekst človeškega delovanja. Vseskozi je bila prisotna težnja po dihotomnem ločevanju razuma in čustev, ki vključuje povečevanje racionalnosti in zavračanje emocionalnosti. Naša pojmovanja čustev so tako še danes obremenjena s preteklimi pogledi na čustva. Dejansko pa zahodno pojmovanje čustev ni povsem enotno. Kulturne, religiozne, etnične in razredne razlike ter delitve so pogojevale in določale različne poglede na emocionalnost. Vendar se je prevladujoče zahodno pojmovanje čustev v teku stoletij oblikovalo na podlagi skupnih kulturnih predpostavk in predsodkov, ki so še danes prisotni in jih lahko poimenujemo civilizacijski miti (Šadl, 1999).

Konstrukt o nasprotju med razumom in čustvi je zelo močno zakoreninjen in je verjetno eden najbolj trdoživih mitov v zahodni kulturni tradiciji. Razum in čustva sta dve bolj ali manj ločeni, neodvisni in hierarhično razporejeni spodbudi človeškega delovanja. Razum, kot ga definira Seneka, (v Šadl, 1999: 47) je resnična človekova krepost in prinaša osvoboditev iz suženjstva strasti in absolutne podrejenosti usodi, medtem ko so čustva moteča in zaviralna, saj motijo človekovo trezno presojanje (Kant v Šadl, prav tam). Navkljub negativnemu predznaku in splošnemu mnenju, da so čustva vir zla in hudega v človeku in njegovem svetu, pa so čustva v delih mislecev preteklega časa stalno prisotna. Aristotel govori o enotnosti in harmoniji razuma in čustev kot idealni modrosti dobrega življenja. Krščanski misleci, na primer vere niso podredili izključno razumu, ampak so zagovarjali čustveno zaznavanje boga. Celo Kant ni povsem spregledal pomena čustev, saj trdi, da brez čustev ni pravega navdiha in da ustvarjalnost ni odvisna od metodičnega razuma, ampak so genialne stvaritve posledica strasti in navdušenja (Šadl, 1999: 51). Torej čustva niso popolnoma zavrnjena in imajo, kljub prevladi racionalističnega mišljenja, pomembno vlogo v človeškem življenju.

Predpostavke o spontanosti, neobvladljivosti, iracionalnosti, živalskosti in fiziološki naravi čustev so v zahodni miselnosti tesno povezane s predpostavkami o destruktivnih in nevarnih čustvih. Čustva in obnašanja, ki so izhajala iz njih so bila v evropski tradiciji praviloma definirana kot problematična; kot vir osebnih težav ali kot nevarnost za družbeni red. To je pomenilo, da emocionalna izkušnja ogroža osebo samo, druge in družbeni red, ki je ustvarjen skladno z načeli razuma. Z vidika psihičnega in fizičnega zdravja ter družbenega blagostanja je bilo torej smiselno v največji možni meri omejiti škodljivi vpliv človeške čustvenosti (Šadl 1999: 62).

Negativno vrednotenje čustev je prepoznavno tudi v konstrukt o čustvih kot ženskih lastnostih. Slednje izhaja iz kulturnega dualizma o »razumskih moških in čustvenih ženskah«, ki označuje moške kot racionalna, ženske pa kot čustvena bitja z manjkom racionalnosti (Šadl, 1999: 69). Konstrukt o čustvenih ženskah je preko negativnega vrednotenja čustev vzdrževal in utrjeval ideološko in praktično družbeno podrejenost žensk ter njihovo izključevanje iz racionalnih sfer;

iz politike, ki je veljala za najvišji izraz človeške racionalnosti, iz področja znanosti in znanja ter iz drugih področji javnega življenja (Šadl 1999: 70).

1.3 ODNOS DO ČUSTEV V DELOVNEM OKOLJU

V pretekli tradiciji sociološkega proučevanja dela in organizacije je prevladovalo prepričanje, da je delovno mesto racionalno okolje, v katerem predstavljajo čustva moteč in zaviralen dejavnik. Moderna kapitalistična družbena ureditev je čustva izrinila iz javnega sveta dela in trga, zato smo dolgo časa verjeli, da lahko svoja čustva pustimo pri vходу v delovno organizacijo (Soares, 2003: 36). Čustveni tabuji v organizaciji so posledica dominantne Webrove koncepcije birokracije, ki kot vodilni princip delovanja zagovarja pravilo, da uradniki delajo in odločajo po skrbno urejenem sistemu abstraktnih pravil, ki so natančno določena in neodvisna od dobre volje tistega, ki ima oblast. Omejevanje čustvenega izražanja pri delu je bila dolgo časa zaščitna znamka birokracije (Martin, 1998, Putnam, Mumby, 1993 v Mesner Andolšek, 2002). Sodobno organizacijsko raziskovanje odkriva pozitivne vplive čustev na učinkovitost in kakovost storitev. Posamezniki-ice lahko učinkovito delujejo v medsebojnih odnosih tako, da upoštevajo čustvene potrebe drugih. Zaposleni torej upravljajo s svojimi čustvi, da bi povečali delovni učinek, kar pomeni da svoja čustva prilagajajo ali spreminjajo zato, da bi s svojim vedenjem na učinkovit način vplivali na prejemnike storitev (Grandey, 2000: 97).

Delitev človeka na telo in dušo poenostavlja kompleksnost in heterogenost delovnega procesa in je vzrok podcenjevanja učinkov dela na čustveno in fizično dobro počutje. Sodobno raziskovanje vključenosti čustev v organizacijske procese kaže, da so čustva dejansko prisotna na vseh nivojih organizacijske strukture. Čustvom se priznava konstruktivna vloga v organizaciji in sodobna konceptualizacija organizacijskih praks in procesov, ki enakopravno vključuje obe komponenti: racionalno in čustveno (Mesner Andolšek, 2002: 19).

Širjenje storitvenih dejavnosti v postindustrijskih družbah prinaša s seboj zahteve po novi obliki dela, v kateri so v ospredju neposredni stiki in odnosi z javnostmi. Komunikacija postaja osrednji delovni odnos, zaradi česar so se močno povečale zahteve po »komunikacijskih spretnostih«, t. j.

po visoko razvitih spretnostih za dialog (Šadl, 1999: 212). Čustva zaposlenih tako pridobijo bistveno funkcijo. V današnjih, k-storitvam-usmerjenih, družbah vse večje število zaposlenih svoje lastne zmožnosti urejanja čustev prodaja kot delo, pri čemer so njihova čustva pogosto predmet družbenih tehnologij in nadzora organizacij, ki jih zaposlujejo (Šadl, 2002a: 57). »Sodobno organizacijsko raziskovanje odkriva, kako določene organizacije zahtevajo izražanje posebnih čustev pri delu, da bi maksimizirale produktivnost« (Sutton, Rafaeli v Mesner Andolšek, 2002: 17). Nasprotno pa feministična organizacijska perspektiva zahteva, da je izražanje čustev pri delu tudi v interesu in za dobrobit organizacijskih članov in ne samo v interesu večje učinkovitosti (Mumby, Putnam v Mesner Andolšek, 2002: 17). Vendar je prosto izražanje čustev v organizaciji omejeno, kajti ljudje lahko medsebojno učinkovito delujejo le tako, da upoštevajo čustvene potrebe drugih. Z vidika feministične perspektive naj bi zaposleni izražali svoja čustva spontano, tako kot se pojavljajo v delovnem kontekstu, zato naj njihov način ne bi bil organizacijsko predpisan. Koncept »omejena emocionalnost«, ki sta ga vpeljala I. I. Putnam in D. K. Mumby (v Mesner Andolšek, 2002: 17) omogoča ohranitev in združitve obeh perspektiv: vidik učinkovitosti organizacije in koristi ter dobrobiti njenih članov.

H. S. Lopez (2006: 137) govori o dveh oblikah organizacijsko zahtevanega čustvovanja, ki se medsebojno razlikujeta. Prva je emocionalno delo, katerega bistvo je izkazovanje organizacijsko vnaprej predpisanih oblik čustvovanja, kar je nedvomno prisilen pristop k oblikovanju delovnih pogojev (več o emocionalnem delu v naslednjem poglavju). Drugo obliko pa avtor imenuje organizirana emocionalna skrb, kjer gre za podporo brez prisile. Pri organizirani emocionalni skrbi ne gre za predpisovanje čustvenih stanj ali igranja predpisane vloge. Ta oblika dela predstavlja poskus organiziranega ustvarjanja ugodnih pogojev za razvijanje prijaznega skrbstvenega odnosa med ponudnikom in prejemnikom storitev. Emocionalno delo in organizirana emocionalna skrb predstavljata dve divergentni organizacijski strategiji, dva povsem različna načina organiziranja čustev pri delu (Lopez, prav tam). Organizirana emocionalna skrb, kot jo opisuje H. S. Lopez, omogoča medsebojne odnose, ki temeljijo na odkritih čustvih in jo lahko razumemo kot alternativen način organizacije pogojev za emocionalno delo, kjer gre za podporo čustvene avtentičnosti. Tak organizacijski pristop dovoljuje določeno stopnjo avtonomije, kar omogoča, da se čustveni procesi odvijajo brez prisile, ki jo raziskovalci običajno ugotavljajo pri drugih oblikah emocionalnega dela. Avtor ugotavlja, da je ta oblika oziroma

različica emocionalnega dela primerna za skrbstvene poklice, ne pa toliko za druge storitvene dejavnosti, ki vključujejo krajši medosebni stik med ponudniki in prejemniki storitev.

2. EMOCIONALNO DELO – NOVA OBLIKA DELA V DRUGI POLOVICI 20. STOLETJA

V devetdesetih letih 20. stol. so postala čustva eno izmed najbolj raziskovanih področji, ne samo v družboslovju, temveč tudi v številnih drugih znanstvenih disciplinah (Mesner Andolšek, 2002: 20). Razvoj in razcvet novega raziskovalnega področja je vzpodbudila ameriška sociologinja A. R. Hochschild s svojim pionirskim delom »Upravljanje srce: komercializacija človeških čustev« (The managed heart: the commercialization of feeling), v katerem je med prvimi opozorila na čustva kot pomembno sestavino organizacijskega življenja. Naraščanje družbene pomembnosti, vidnosti ter akademskega zanimanja za emocionalno delo je posledica družbenih in intelektualnih procesov, kot so naraščanje zaposlovanja žensk, razvoj feministične perspektive in strukturne spremembe delovnih dejavnosti, predvsem širitve storitvenega sektorja v razvitih tržnih gospodarstvih (Šadl, 2002a: 51). Rast storitvenih in negovalnih poklicev, ki temelji na uporabi čustev, spolno pogojeni delitvi (emocionalnega) dela, izkustvu emocionalnega dela in njegovih psiholoških posledicah, postavljajo emocionalno razsežnost dela kot relevanten in legitimen predmet celovitega preučevanja organizacij v sodobnih k-storitvam-usmerjenih družbah (prav tam).

Številne študije so pokazale, da ima opravljanje emocionalnega dela tako negativne kot tudi pozitivne posledice. Pozitivnim ali negativnim čustvenim izkušnjam so posebej izpostavljeni storitveni delavci v neposrednem stiku z uporabniki storitev (Šadl, 2002b: 312). Sociologi, psihologi in drugi, ki raziskujejo področje dela, ugotavljajo, da se na delovnem mestu odvijajo številni s čustvi povezani procesi, ki vplivajo na kakovost dela, vendar tudi na zdravje zaposlenih (Zammuner, Lotto in Galli, 2003: 1). Vendar pregled nekaterih novejših raziskav kaže, da emocionalno delo ni vedno povezano z negativnimi psihološkimi posledicami, saj prinaša tudi pozitivne psihološke učinke, odvisno od pogojev dela (avtonomnost, heteronomnost, odločanje)

in storitvene dejavnosti (emocionalno delo strokovnjakov ali uslužbencev storitvenih servisov) (Šadl, 2002a: 67).

2.1 OPREDELITEV EMOCIONALNEGA DELA

V grobem bi lahko emocionalno delo opredelili kot prikazovanje predpisanih ali dogovorjenih čustev, ki so potrebna za doseg individualnih ali organizacijskih učinkov. Čustva so sicer sestavni del vsake vrste dela, vendar pridobijo specifično razsežnost v poklicih in profesijah storitvenega sektorja, ki temelji na delu z ljudmi. Delo z ljudmi zahteva specifične emocionalne investicije, ki ustvarjajo ustrezno duševno stanje pri prejemnikih storitev. Čustva so tako sestavni del storitve same (Šadl, 2002a: 52). Od storitvenih delavcev se pričakuje ustvarjanje ustreznih odnosov, razpoloženj in čustvenih stanj s pomočjo emocionalnega dela. W. Dunkl (v Šadl 2002a: 52) povezuje emocionalno delo s poklici in profesijami, ki vključujejo naslednje pogoje:

- čustva kot pogoj – delavec potrebuje »prava« čustva za ustrezno opravljanje svojega dela,
- čustva kot medij – delavec uporablja svoja čustva, da bi vplival na čustva klientov/strank, obenem, pa jih uporablja tudi kot modus orientacije in osnovo procesu odločanja,
- čustva kot predmet dela – čustva drugih ljudi so predmet delavčevega dela.

A. R. Hochschild je intencionalno izkazovanje in upravljanje čustev, z namenom javno opaznega obraznega in telesnega nastopa, poimenovala emocionalno delo (emotional labour) (Grandey, 2000: 98). Avtorica je poudarila, da si posamezniki-ice prizadevajo usmeriti svoja čustva v pričakovano ali zahtevano čustvo na podlagi t.i. pravil čustvovanja (feeling rules). Pravila čustvovanja so naučene socialne norme, ki določajo primernost izraženih čustev glede na trenutno situacijo v smislu zaščite pred negativnimi socialnimi posledicami. Hochschildova (v Kanjuo Mrčela, 2002: 38) razlikuje obstoj dveh oblik emocionalnega dela – tistega, ki se nanaša na obvladovanje osebnih emocij v delovnem okolju (emotional work) in tistega, ki se nanaša na obvladovanje in izkazovanje zaželenih čustev, vezanih na opravljanje delovne vloge (emotional labour). V obeh primerih se delo nanaša na intencionalno upravljanje in izkazovanje posameznikovih lastnih čustev, običajno z namenom vplivanja na čustva drugih (Šadl, 2002b: 61).

Emocionalno delo ima posebno vlogo pri poklicih in profesijah, ki temeljijo na delu z ljudmi. Delovna mesta (Hochschild, 2002: 206), ki zahtevajo emocionalno delo, imajo tri skupne značilnosti:

- zahtevajo osebni stik z javnostjo – srečanje iz oči v oči ali neposredno glasovno komunikacijo,
- zahtevajo ustvarjanje ustreznega čustvenega stanja pri prejemnikih storitev,
- delodajalcu dovoljujejo, da prek usposabljanja in nadzora, dosežajo določeno stopnjo kontrole nad čustvi zaposlenih.

Upravljanje lastnih čustev v delovnem procesu poteka bolj ali manj zavestno oziroma preiščeno. Hochschildova (v Šadl, 2002a: 53) razlikuje emocionalno delo, ki poteka v obliki površinskega igranja (surface acting) ali globinskega igranja (deep acting) vlog. Površinsko igranje čustev predstavlja verbalna in neverbalna komunikacija, ki je namenjena ustvarjanju določenih vtisov pri prejemniku storitve. Gre za simulacijo čustev, ki jih posameznik-ica dejansko ne občuti in prikrivanje tistih, ki jih občuti. Pri globinskem igranju čustev pa posameznik-ica želi pokazati čustva, ki jih dejansko občuti, čustva aktivno sproža, potlačuje ali ustvarja, kar pomeni prizadevanje po dejanski spremembi lastnega čustvovanja (prav tam). A. R. Hochschild torej govori o čustvih na delovnem mestu, možnostih in sposobnostih zaposlenih, da jih izražajo in upravljajo z njimi preko površinskega ali globinskega igranja vloge, kar od njih zahteva napor, ki vpliva na njihovo dobro počutje in zdravje.

B. E. Ashforth in R. H. Humphrey (v Šadl, 2002a: 54) poleg površinskega in globinskega igranja vlog opisujeta še tretji način opravljanja emocionalnega dela in sicer takrat, ko emocionalni delavec institucionalno predpisano čustvo občuti in izrazi spontano, brez namernega truda; na primer takrat, ko predpisano družbeno interakcijo na delovnem mestu doživljajo kot pozitivno in avtentično izkustvo. Raziskovalno pozornost usmerjata predvsem na vedenje, s katerim storitveni delavci javno kažejo pričakovana (profesiji oziroma delovni situaciji primerna) čustva. Emocionalno delo zato definirata kot »izkazovanje primernih čustev«. Prednost dajeta torej pravilom izvajanja, ki predpisujejo vrsto čustev, ki jih je treba javno kazati, ne pa notranjih stanj čustev, ki jih je treba tudi dejansko občutiti (prav tam). Ugotavljata tudi, da pri izvajanju

emocionalnega dela ni nujno potreben zavestni napor. Še več, površinsko kot tudi globinsko igranje lahko postane rutinsko in zato za zaposlenega nenaporno in zdravju neškodljivo (Grandey, 2000: 99).

J. A. Morris & D. C. Feldman (1996) opredeljujeta emocionalno delo kot trud, načrtovanje in nadziranje, ki so potrebni za izražanje organizacijsko pričakovanih emocij v teku interpersonalnih storitvenih transakcij. Izhajata iz predpostavke, da ima posameznik-ica sposobnost oblikovanja in nadziranja čustev, vendar je družbeno okolje tisto, ki določa kdaj in kako se ti procesi oblikovanja in nadzora odvijajo. Profesionalno urejanje lastnih čustev vključuje predelavo različnih čustev. Organizacijska vloga lahko zahteva izražanje pozitivnih, negativnih ali nevtralnih čustev. Pozitivna čustva so zaželeni, ko je odnos med izvajalcem in prejemnikom storitve opredeljen kot prijateljski, emocionalna nevtralnost je pričakovana pri izražanju nepristranske in hladnokrvne avtoritete, negativna čustva pa pridejo v poštev, ko je namen interakcijskega partnerja podjarmiti in ponižati (Wharton & Erickson v Morris in Feldman, 1996: 991).

O spontanem izražanju organizacijsko predpisanih čustev piše tudi H. S. Lopez (2006), ki to obliko izkazovanja čustev imenuje organizirana emocionalna skrb. Avtor ugotavlja, da organizirana emocionalna skrb kot oblika emocionalnega dela ni nujno orodje organizacijske manipulacije, katere rezultat je čustveni napor zaposlenih. Odločitev o tem, ali bodo v delo vključevali svoje čustvene spretnosti ali ne, je vedno na strani zaposlenih, ne glede na morebitne vplive delovnega okolja. Skozi to perspektivo se organizirani emocionalni skrbi kot obliki emocionalnega dela priznava neko določeno samostojnost, kar je še posebej pomembno za skrbstvene poklice, takrat, ko sta v ospredju trpljenje in nemoč tistih, ki pomoč potrebujejo (Lopez, 2006: 136). Organizirana emocionalna skrb je oblika emocionalnega dela, ki pripomore k socialnemu redu na bolnišničnih oddelkih in drugih negovalnih enotah ter blagodejno vpliva na tiste, ki skrbijo in tiste, ki skrb prejemajo (Lopez 2006: 158).

Kljub različnim konceptualizacijam emocionalnega dela v literaturi, lahko na podlagi skupnih elementov oblikujemo operativno definicijo emocionalnega dela: »Emocionalno delo se nanaša na napor po izkazovanju organizacijsko sankcioniranih čustev pri tistih delavcih, ki vstopajo v

interakcijo s klienti oziroma strankami, pri čemer te interakcije predstavljajo pomembno sestavino njihovega dela« (Wharton v Šadl, 2002a: 54).

Bistvena značilnost emocionalnega dela je regulacija čustev (Hochschild, 1983, Ashfort in Humphrey, 1993, Morris & Feldman, 1996). Emocionalni delavci so pri svojem delu zavezani k profesionalnemu upravljanju čustev odjemalcev storitev ter svojih lastnih čustev. Proces upravljanja in nadzorovanja čustev predpisujejo organizacijske formalne in neformalne profesionalne norme, ki določajo, na kakšen način in kdaj je primeren čas za izkazovanje oziroma prikrivanje čustev z namenom ustvarjanja ustreznega duševnega stanja pri drugih. Ta t. i. zelena čustva so predpisana pravila čustvovanja in izkazovanja čustev, ki jih na splošnem nivoju oblikujejo družbene norme, specifična pravila pa poklicne skupine in organizacije. »Ljudje poskušamo čutiti, pri čemer uporabljamo latentna pravila čustvovanja, ki določajo vrsto, intenziteto, trajanje in objekt ustreznih oziroma predpisanih čustev in njihovih izkazovanj (Šadl, 2002a: 61). »Pravila čustvovanja so standardi, ki jih uporabljamo v čustveni konverzaciji, da določimo, kaj se utemeljeno pričakuje in kaj smo dolžni v »valuti« čustvovanja. Prek njih povemo, kaj je »primerno« v vsakem odnosu, vsaki vlogi (Hochschild v Šadl, 2002a: 61).

2.2 EMOCIONALNO DELO V ZDRAVSTVENI NEGI

Emocionalno delo je izredno pomembna sestavina dela v zdravstveni negi, kar se kaže tudi v njegovih razsežnostih, saj zajema široko paleto čustev, od pozitivnih pa vse do negativnih in je poleg komunikacije tisti element, ki najbolj bistveno vpliva na njeno učinkovitost in kakovost na eni strani ter na profesionalno identiteto, osebno samopodobo, zdravje in dobro počutje izvajalcev na drugi. Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci kljub neprestanemu soočanju s situacijami, v katerih so v ospredju bolečina, trpljenje, agresivnost, revščina, še vedno pristopajo k pacientu ali njegovim svojcem prijazno, z empatijo, pomirjujoče in z upanjem (Waddington, 2005: 37).

Vsebine, ki jih zajema pojem emocionalno delo so bile, in so še vedno pogosta tema razprav in raziskav v zdravstveni negi. Medicinske sestre so vedno izvajale emocionalno delo, česar se na

svoj način zavedajo, čeprav tega praviloma posebej ne izpostavljajo. D. Mitchell in P. Smith (v Mann, 2005: 305) menita, da je emocionalno delo vedno bilo sestavni del predstave o zdravstveni negi. Pri svojem delu se medicinske sestre pogosto srečujejo s pacienti v težkih ali negotovih situacijah, ki od njih zahtevajo neprestano upravljanje in nadzorovanje lastnih in pacientovih čustev, kar jih vodi v oblikovanje določenih strategij, ki so jim v pomoč pri obvladovanju čustev. Lahko rečemo, da je emocionalno delo v zdravstveni negi splet interakcij med medicinsko sestro in pacientom ter medicinsko sestro in drugimi delavci zdravstvenega varstva. Predstavlja situacijo, v kateri ima medicinska sestra ključno, vendar premalo vidno in premalo cenjeno vlogo. Preko emocionalnega dela lahko opazujemo kompleksnost odnosov v zdravstveni negi, v prvi vrsti odnos med medicinsko sestro in pacientom pa tudi vselej prisotno emocionalno in duhovno podporo med samimi medicinskimi sestrami.

Sestavni del vloge medicinske sestre je skrb, ki je po mnenju medicinskih sester središčni koncept emocionalnega dela, samo emocionalno delo pa bistven 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. S. C. Bolton (Mann, 2005: 306) meni, da so medicinske sestre pravi »čustveni žonglerji«, ki so sposobni zaigrati pričakovana čustva, čeprav jih dejansko ne občutijo. Pogosto izvajajo emocionalno delo na osnovi dejansko občutenih čustev in ne le zato, ker so organizacijsko predpisana (tretji način izvajanja emocionalnega dela po Ashfortu in Humphreju). Menijo, da je skrb, ki temelji na avtentičnih čustvih, pričakovan način vedenja oziroma večšina izvajanja zdravstvene nege na način, ki omogoča osebno zadovoljstvo pri delu (Mann, 2005: 307).

Emocionalno delo poteka kot rutinski del zdravstvene nege. Medicinske sestre ga posebej ne poudarjajo, čeprav prav ta oblika dela podpira in omogoča tekoč potek dela v zdravstvenem sistemu, povečuje kakovost oskrbe pacienta in vpliva na medsebojne odnose pri vsakodnevem delu (Smith, 2000: 40). Emocionalno delo ostaja neopazno in neprepoznavno, nikjer zabeleženo, kljub temu, da ga pacienti prepoznavajo in cenijo in kljub temu, da ga medicinske sestre ocenjujejo kot bistveno sestavino zdravstvene nege.

Vendar je lahko emocionalno delo v zdravstveni negi tudi sredstvo izražanja moči nad uporabniki storitev in služi kot mehanizem vzpostavljanja institucionalnega reda in kontrole (G. L. Treweek 1986; J. S. Sass 2000). G. L. Treweek in J. S. Sass sta raziskovala emocionalno delo v domovih za ostarele in prišla do zanimivih ugotovitev. Sass (2000) v svoji študiji navaja tri tipe izvedbe emocionalnega dela pri negovalnih poklicih (vljudnosti, ritualizacija opravil in družabnosti), ki služijo opravljanju delovnih nalog, prenosu informacij, opredeljevanju odnosov, doseganju privolitve ter upravljanja s čustvi. Čeprav Sassova raziskava ne preučuje emocionalnega dela pri zdravstveno-negovalnem delu, eksplicitno kot mehanizem za vzpostavljanje reda in kontrole v tovrstnih ustanovah, pa pridobljeni podatki potrjujejo, da zdravstveno-negovalno osebje s pomočjo emocionalnega dela ustvarja in ohranja nek red ter kontrolira stanovalce. Če analiziramo vljudnosti, ritualizacijo opravil ter družabnosti kot mehanizme za vzpostavljanje reda in kontrole, ugotovimo, da:

- se vljudnosti uporabljajo za doseganje privolitve stanovalce, v celoti pa služijo širjenju kooperacije med stanovalci ter osebjem,
- je ritualizacija opravil oblika emocionalnega dela, ki omogoča osebju lažjo izvedbo vsakodnevnih opravil ter omogoča doseganje privolitve stanovalcev. Ritualizacija opravil v kombinaciji z vljudnostmi pa predstavlja sredstvo za upravljanje čustev in dejanj stanovalcev.
- so družabnosti, kot oblika emocionalnega dela koristne pri vzpostavljanju odnosov med stanovalci ter osebjem, ter prav tako, kakor vljudnosti predstavljajo sredstvo za upravljanje s čustvi ter doseganje privolitve stanovalcev.

Čeprav Sass (2000) obravnava predvsem pozitivna čustva, uporabljena pri negovalnih poklicih, je tudi iz njegove raziskave jasno razvidna vloga emocionalnega dela kot mehanizma vzpostavljanja reda in kontrole v tovrstnih organizacijah.

Treweekova (1996) pa v delu, v katerem preučuje emocionalno delo negovalcev kot mehanizem za vzpostavljanje reda in kontrole, ugotavlja, da nega vključuje tako pozitivna (ki so ugodna za prejemnika), kakor tudi negativna čustva (ki niso ugodna za prejemnika). Osebje ocenjuje stanovalce po tem, kako se odzivajo na njihovo emocionalno delo. Stanovalci, ki se pravilno odzovejo na emocionalno delo osebja, so nagrajeni, tisti pa, ki se ne odzivajo po pričakovanjih, so sankcionirani. Emocionalno delo, če se stanovalci odzovejo nanj po pričakovanjih, pa naj vsebuje pozitivna ali negativna čustva, omogoča določeno stopnjo manipulacije s stanovalci.

Zato je zelo pomembna ugotovitev, do katere je preko analize emocionalnega dela v tovrstnih institucijah prišla Treweekova (1996: 130): osebje v domovih za starostnike z uporabo emocionalnega dela pridobi moč nad življenji stanovalcev.

2.3 VPLIV EMOCIONALNEGA DELA NA ZDRAVJE ZAPOSLENIH

Ključni vidiki emocionalnega dela v zdravstveni negi in drugih skrbstvenih poklicih se nanašajo na razlikovanje med površinskim in globinskim igranjem vlog. Predpisana čustva, ki jih zahteva vloga, so lahko skladna z občutenimi tako, da delavec spontano izraža avtentična čustva (authenticity) ali pa neskladna, za kar je potrebno pretvarjanje. Ponavljanje pretvarjanja vodi v čustveno neskladnost (dissonance) (Hochschild v Šadl, 2002: 63). Emocionalno delo vpliva na počutje zaposlenih, za katere pomeni regulacija neskladnih čustev napor, ki načenja njihovo zdravje in ima negativne psihofizične učinke kot so stres, čustvena izčrpanost, izgorelost, občutki neavtentičnosti in odtujenost (Šadl, 2002a: 62). S. Kruml in D. Geddes (v Waddington, 2005) menita, da je vpliv emocionalnega dela na zdravje odvisen predvsem od disonance čustev in posameznikove čustvene moči. Poudarjata, da so »najbolj zdravi emocionalni delavci tisti, ki izražajo ali se naučijo izražati svoja avtentična čustva« (prav tam). Če emocionalno delo v zdravstveni negi presojamo skozi te perspektive, potem ni nujno, da je za delavca škodljivo; v literaturi so večkrat opisani tudi pozitivni vplivi čustvenega dela na zaposlene (Wouters, 1989; Sass, 1997; Conrad in Witte, 1994; Shuler in Sypher, 2000).

Vpliva emocionalnega dela na zdravje in dobro počutje zaposlenih v zdravstvu ni mogoče spregledati. Regulacija neprimernih čustev predstavlja za posameznika-ico napor, kar lahko načenja njegovo/njeno psihofizično integriteto. Preveč intenzivno ali neustrezno emocionalno delo ima lahko negativne psihofizične učinke, ki se kažejo v čustveni izčrpanosti in/ali depersonalizaciji ter vplivajo na zadovoljstvo in dobro počutje. Z drugimi besedami, kakovost življenja zaposlenih je vezana na odsotnost negativnih ali neskladnih čustev oziroma na prisotnost z delom skladnih čustev, katerih učinek prinaša mir in vedrino – bistveni sestavini v delovnem okolju (Zammuner et al, 2003: 2). S. P. Shipton (2002) meni, da so negativne posledice

emocionalnega dela bistveno bolj raziskane kot pozitivne, in da ostaja še veliko neraziskanega o samem procesu soočanja z negativnimi posledicami in psihofizičnem odgovoru nanje.

2.4 DOŽIVLJANJE TER OBVLADOVANJE STRESA V ZDRAVSTVENI NEGI

Stres je splošen odziv organizma na telesno ali duševno obremenjevanje (Musek in Pečjak, 2001: 134). V sredini prejšnjega stoletja so raziskovalci opredelili stres kot odgovor na notranje in zunanje procese, ki dosegajo ali presegajo sposobnosti posameznika-ice. R. S. Lazarus (v Černigoj Sadar, 2002: 84) je opredelil stres kot neskladje med zahtevami in viri spoprijemanja. Na doživljanje stresa vpliva razmerje med dojetjem zahtev in oceno sposobnosti za soočanje s pritiski (Černigoj Sadar, 2002: 85). Večina ljudi pojmuje stres kot nekaj slabega, kot izkušnjo, ki je nastala zaradi pretirane ali premajhne obremenjenosti, dolgotrajnosti, izgube ljubljene osebe ali vztrajanja v položaju, ki ga nismo sposobni nadzorovati. V tem primeru govorimo o negativnem ali škodljivem stresu. Nekateri pa dojemajo obremenilne situacije kot izziv, zato opisujejo stres kot vznemirljivo, spodbudno ali navdušujoče občutje, v tem primeru govorimo o pozitivnem ali prijaznem stresu (Černigoj Sadar, prav tam).

Namen izobraževalnega procesa v zdravstveni negi je pridobivanje akademskih in kliničnih izkušenj v študijskem okolju, ki omogoča učenje in vzpostavitev čustvene klime, ki lajša osebni in strokovni razvoj študentov (Birch, 1979; Gunter, 1969; Williams, 1993 v Shipton, 2002: 243). Vendar pa številni avtorji opisujejo prisotnost stresa, ki ga študenti zdravstvene nege doživljajo v teku študija, kar kaže na to, da je zelo težko vzpostaviti optimalno čustveno okolje za učenje. Profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege skratka vključuje neizbežna obdobja stresa in nezadovoljstva (Beck in Srivastara, 1991). Stres, ki ga študenti doživljajo v okviru kliničnih vaj, vpliva na sposobnost reševanja problemov in na druge intelektualne procese (Shipton, 2002: 244).

Učinkovito obvladovanje stresa je kompleksno dogajanje, saj je odvisno od številnih interakcij in transakcij, ki nastanejo v okviru situacije. Učinkovitost ali neučinkovitost specifične strategije ali metode obvladovanja stresa pa je odvisna od konteksta, v katerem je uporabljena. Kognitivna

ocena situacije je osnova za prepoznavanje stresa (Lazarus in Folkman, 1984 v Shipton, 2002: 244) in vpliva na proces obvladovanja oziroma na spreminjanje študentovega odnosa do dogajanja, kot tudi na kvaliteto in intenzivnost čustev, ki pri tem nastajajo. Študenti zdravstvene nege uporabljajo različne metode in strategije obvladovanja stresnih situacij (Shipton, 2002: 244).

Poznavanje in razumevanje stresorjev ter načina, na katerega jih študenti ocenjujejo in poskušajo obvladati, omogoča visokošolski instituciji pripravo čim boljšega učnega okolja. To znanje je pomembno zato, ker lahko z njihovo pomočjo vnaprej predvidimo situacije, v katerih je učenje manj učinkovito (Strauss in Huton v Shipton, 2002: 244). Tako lahko učitelji in mentorji učinkovito prispevajo k boljšemu učnemu okolju, v katerem študent ob njihovi podpori spoznava in razvija učinkovite strategije obvladovanja stresa.

3. ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravstvena nega je strokovna disciplina, ki temelji na odnosu med pacientom in medicinsko sestro. Velja za skrbstveni poklic, ki vključuje humanistično, umetnostno in intelektualno sestavino. Predstavlja osnovo za edinstveno zagotavljanje holističnega in individualiziranega pristopa k posamezniku-ici, družini in skupnosti (Vassiliki, 1996: 2). Ukvarja se s posameznikom-ico v vseh njegovih/njenih starostnih obdobjih, v času zdravja, bolezni in okrevanja. Deluje v okviru zdravstvenega varstva in obsega splet družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov ter skupin, ki so usmerjene v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Svoje znanje črpa v lastni teoriji in praksi, v družboslovnih in naravoslovnih vedah ter filozofiji (Hajdinjak in Meglič, 2006: 9). Za razliko od medicine, ki odkriva in zdravi bolezni, zdravstvena nega odkriva in rešuje probleme, ki so posledica bolezni, poškodb ali psihosocialnega stanja posameznika-ice, ali drugače povedano, ukvarja se z odzivi posameznika-ice in njegovim/njenim zdravstvenim stanjem in počutjem. Medicinska sestra pomaga posamezniku-ici pri vsakodnevnih aktivnostih, ki jih zaradi svojega stanja ne zmore, ne zna ali noče opraviti sam-a. Skrb, ki jo namenja posamezniku-ici lahko bistveno vpliva na kakovost njegovega/njenega življenja (Orem, 2001: 27).

Nosilka zdravstvene nege je medicinska sestra, ki k posamezniku-ici pristopa celovito in ga obravnava kot edinstveno psihofizično bitje v neprestani interakciji z okoljem. V obravnavo vključuje tudi svojce in druge za njega pomembne ljudi. Mednarodni svet zdravstvene nege (International Council of Nursing) v svojih dokumentih definira vlogo medicinske sestre: »Medicinske sestre imajo štiri temeljne odgovornosti: krepiti zdravje, preprečevati bolezni, obnavljati zdravje in lajšati trpljenje. Potreba po zdravstveni negi je splošna. Z zdravstveno nego je neločljivo povezano spoštovanje človekovih pravic, vključno s pravico do življenja, dostojanstva in spoštljivega obravnavanja. Zdravstvene nege ne omejuje starost, barva kože, veroizpoved, kultura, invalidnost ali bolezen, spol, narodnost, politika, rasa ali družbeni status« (Holzemer, 2004: 12).

Delo z ljudmi kot bistvena značilnost zdravstvene nege od medicinskih sester zahteva interpersonalne spretnosti in visoko stopnjo čustvene vključenosti. Pri definiranju zdravstvene nege v literaturi pogosto naletimo na trditev, da je zdravstvena nega umetnost in znanost, ki ju medsebojno ne gre ločevati, saj ju medicinske sestre simultano vnašajo v svoje delo. Ne glede na to bomo v nadaljevanju oba pojma na kratko pojasnili.

3.1 UMETNOST ZDRAVSTVENE NEGE

Umetnost zdravstvene nege lahko definiramo kot spretnost izvajanja, pridobljeno z izkušnjami, študijem in/ali opazovanjem. Opišemo jo lahko tudi kot sistematično vnašanje znanja ali spretnosti v doseganje želenih rezultatov. Umetnost zdravstvene nege je spretnost, s pomočjo katere medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego (Jenings, 1986 v Lindeman in McAthie).

Umetnost v zdravstveni negi vključuje:

- Intuicijo – sposobnost spoznanja brez razumskega razmišljanja, sklepanja.
- Izraznost (ekspresivnost) – sposobnost izražanja določenih občutkov (čustev) z obrazno mimiko, telesnimi gibi in intonacijo glasu.
- Človečnost – izražanje razumevanja, prijaznosti in simpatije do drugih.
- Subjektivnost – vtisi, ki izhajajo iz procesov, ki se odvijajo v možganih ali čutnih organih in ne iz zunanjih dražljajev.
- Holizem ali celovitost – organska in funkcionalna povezanost delov v celoto. Človek je psihofizična in duhovna celota v stalni interakciji z okoljem (Lindeman in McAthie, 1999: 14).

K umetnosti zdravstvene nege največ prispeva prav medicinska sestra, ki se prva sreča s pacientom v času, ko je najbolj ranljiv. Pomaga mu pri soočanju s situacijo, ko je njegovo življenje ogroženo in igra pomembno vlogo pri ohranjanju življenja ter ga podpira v času okrevanja in vzdrževanja zdravja. Medicinska sestra je prisotna kot prizadevna, skrbna, sočutna in kompetentna oseba. Vrednote, ki jih podpira, izraža z besedami, vedenjem, kretnjami, »nežnimi dotiki«, ki predstavljajo sposobnost prenosa skrbi, ki jo izraža preko stika s pacientom.

Zdravstvena nega vključuje številne tehnike, postopke in veščine, ki zahtevajo spretnost in izurjenost pri izvajanju. Obvladovanje teh spretnosti, postopkov in tehnik postane umetnost, ko jih medicinske sestre izvajajo z natančnostjo, zaupnostjo in osredotočenostjo. Medicinska sestra, ki je zelo spretna pri izvajanju zdravstvene nege, izžareva samozaupanje, ki pacientu pomaga pri ustvarjanju zaupanja v medicinsko sestro. Umetnost v zdravstveni negi ima močno osebno konotacijo, kajti vsaka medicinska sestra je drugačna in vsak odnos s pacientom je drugačen. Umetnost zdravstvene nege oziroma njene omejitve določa medicinska sestra z vestjo in profesionalno etiko (Lindeman in McAthie, 1999: 14).

Poklic medicinske sestre lahko dobro opravlja le oseba, ki ima smisel za skrb in pomoč tistim, ki trpijo ali so brezmočni. Enako pomembna so tudi znanja in izkušnje, ki jih mora pridobiti v času izobraževanja in na samem delovnem mestu. Ko govorimo o umetnosti zdravstvene nege, ne smemo zanemariti dejstva, da brez znanja, treninga in izkušenj ne bomo dosegli kakovosti, ki si jo želimo. Zavedati se moramo, da je zdravstvena nega umetnost, ki temelji na znanju, resničnih dejstvih in načelih. Umetnost zdravstvene nege je zelo dobro izražena v besedah Effi Taylor v Lindeman in McAthie, 1999: 14), ki pravi, da resnično globino zdravstvene nege lahko spoznamo le skozi ideale, ljubezen, simpatijo, znanje in kulturo, izraženo skozi umetnost prakse.

3.2 ZNANOST ZDRAVSTVENE NEGE

Kot vsa druga strokovna in znanstvena področja, poskuša zdravstvena nega razvijati svojo lastno bazo znanja. Raziskave v zdravstveni negi so osnova za razvoj teorij, nove strokovne prakse, tehnik in novih metod učenja v akademskem svetu. Raziskovanje je pomembno za razvoj zdravstvene nege, saj prinaša nova spoznanja, ki jih je treba vključevati v vsakodnevno prakso. Zdravstvena nega uporablja znanost in znanje drugih disciplin, vendar razvija tudi lastno znanost. Njena znanost temelji na znanstvenih procesih in življenjskih izkušnjah iz vsakodnevne prakse. Drugače povedano, zdravstvena nega uporablja obstoječega znanja drugih disciplin in ga združuje z lastnimi ugotovitvami, ki jih pridobiva v okviru svoje discipline. Cilj vsake

znanstvene discipline, vključno z zdravstveno nego je, da si zgradi lastno bazo znanja, ki se neprestano dopolnjuje in stimulatивно vpliva na prakso (Lindeman in McAthie, 1999: 15).

Praksa v negovalnih enotah združuje znanost in umetnost zdravstvene nege. Znanje temelji na teoriji, vendar vgrajuje tudi vsakodnevne življenjske izkušnje, tradicijo, intuicijo in izročilo, ki je prisotno v vsakodnevni negovalni situaciji. Spretni praktiki pri izvajanju zdravstvene nege uporabljajo teorijo, znanje o pacientovi situaciji in praktične spretnosti.

3.3 MEDICINSKA SESTRA

Podoba medicinske sestre, kot jo poznamo danes, se je oblikovala in spreminjala skozi čas. Že od samih začetkov je žena mati prevzemala vlogo negovalke in vzgojiteljice otrok ter negovalke bolnih in nemočnih. V srednjem veku so v bogatejših družinah to vlogo prevzeli-e hišni služabniki-ice ter diakonese v okviru cerkvenih redov. Slednje so bile v glavnem vdove in device, ki so kot del svojih zadolžitev opravljale delo v domovih za bolne. V Rimu so ženske s podobnimi lastnostmi in delovanjem imenovali matrone. Nega je potekala intuitivno in na podlagi lastnih izkušenj (Urbančič, 1996: 23). Pomemben pečat razvoju zdravstvene nege so pustile križarske vojne, kjer so za ranjene in bolne skrbeli vitezi križarji v bolnišnicah, ki so slovele po svoji arhitekturi in bivalnem standardu.

V času reformacije se je močno spremenila tudi vloga ženske, saj je bila zaradi podrejenosti možu omejena v svobodi in se je posvečala predvsem skrbi za dom in vzgoji otrok. Zaradi pomanjkanja usposobljenega negovalnega osebja so bolne in nemočne negovale prostitutke, alkoholiki, zaporniki, skratka tisti, ki drugje niso dobili dela.

Neizbrisno sled v zdravstveni negi je zapustila Florence Nightingal, ki je postavila temelje zdravstveni negi in leta 1860 odprla prvo šolo za medicinske sestre. Medicinske sestre so se v času šolanja usposabljevale za skrb za fizične in duhovne potrebe pacientov ter pomoč zdravniku pri zdravljenju. Svoje znanje naj bi uporabljale pri izboljševanju pogojev za zdravstveno nego pacienta. Na osnovi formalne izobrazbe in kakovostnejšega dela bi medicinske sestre pridobile

večji socialni ugled (Urbančič, 1996: 25). Florence Nightingal je imela zelo jasno predstavo o vlogi medicinskih sester, odgovornih za zdravstveno nego. Žal so izobražene sestre naletele na nasprotovanje nekaterih zdravnikov, ki so razvoj zdravstvene nege pojmovali kot konkurenco, in ostalega neizobraženega osebja. Vloga medicinske sestre je ostala v senci zdravnika in prevladal je model medicinske sestre v vlogi zdravnikove pomočnice. To je narekovalo omejitve obsega znanja, saj za delo po naročilu in poslušno izvajanje navodil ni potrebno poglobljeno znanje, pravzaprav je razumevanje človeka kot celote odvečno ali celo moteče, ker vodi k samostojnosti (Pahor, 2006: 43)

Zgodovinsko gledano je bilo izvajanje zdravstvene nege, razen nekaj redkih izjem, »privilegij« žensk. Ključne lastnosti, ki jih opazamo pri medicinskih sestrah, so rezultat razvoja stroke in prilagajanja družbenim spremembam, se pravi okoliščinam, ki so tako ali drugače vplivale na vsebino dela in določale izvajalce. Zdravstvena nega je bila vedno preprosta, sestavljena iz enostavnih elementov in je temeljila na zdravi pameti, izkušnjah in intuiciji (Urbančič, 1998: 27). Vedno je pomenila pomoč pri vsakdanjih aktivnostih za ohranjanje in vračanje zdravja, ki jih ljudje niso mogli opravljati sami. Delo je potekalo v družinah in so ga večinoma opravljale ženske (Pahor, 2006: 15).

Značilnosti izvajalcev zdravstvene nege, ki se skozi zgodovino ohranjajo, so samoodrekanje, ponižnost, požrtvovalnost in ubogljivost. Osebne potrebe in interesi izvajalca-ke zdravstvene nege so pogosto potisnjeni v ozadje, kar ovira osebnostni razvoj in rast posameznika-ice, duši njegovo/njeno potrebo po samo-ujeljavitvi in nasprotuje osebnemu razvoju (Urbančič, 1998: 27). Opis močno spominja na kulturno pogojeno podrejeno vlogo žene v družini, ki jo odlikuje »prava narava«, h kateri sodi zlasti to, da je ženska krotka, ponižna, disciplinirana, molčeča, potrpežljiva, vdana v usodo, itd (Jogan, 1990: 8).

Kljub vlogi, ki jo ima zdravstvena nega v sodobnih zdravstvenih sistemih, ostaja podoba medicinske sestre v senci hierarhično nadrejene podobe zdravnika (Ellis in Hartley v Urbančič, 1996: 28). Še več, podrejenost in negativno vlogo, ki je deloma povezana tudi z vlogo ženske v družini in družbi, so sprejele tudi medicinske sestre same. Čeprav brezpogojna poslušnost in podrejenost nista več splošno prisotni, je samospoštovanje medicinskih sester še vedno zelo

nizko in temu ustrezno je tudi vrednotena njihova vloga znotraj zdravstvenega sistema. Ne glede na to, da s svojim delom bistveno pripomorejo k kakovostni oskrbi pacienta, prepogosto ostajajo v ozadju in pasivno izpolnjujejo pričakovanja pacientov in nadrejenih. Po drugi plati pa so prav medicinske sestre tiste, ki so ponosne na svoje znanje, s pomočjo katerega odkrivajo tisto, česar drugi ne opazijo. Pri tem si pomagajo z izkušnjami in natančnim opazovanjem, so čustveno angažirane, vzpostavljajo medosebne odnose in komunikacijo ter na svojstven način združujejo znanje in skrb za pacienta (Pahor, 2006: 36).

3.4 ČUSTVENA SESTAVINA ZDRAVSTVENE NEGE

Skrb pojmuje kot osrednji oziroma bistveni del zdravstvene nege. Povezavo med skrbjo in zdravstveno nego lahko tudi hitro ugotovimo. Če na primer vprašamo študente, zakaj so se odločili za študij zdravstvene nege, jih bo večina odgovorila, da zato, ker želijo pomagati ljudem in skrbeti zanje. Prav tako se lahko o povezanosti dela medicinskih sester s skrbjo prepričamo, če prisluhnemo jeziku, ki ga uporabljajo pri svojem delu. Govorijo o skrbi za pacienta, njegove svojce ali o občutkih, ki jih imajo ob tem. Tudi v strokovnih krogih velja enotno mnenje, da je skrb bistven del zdravstvene nege. Vendar razlaga pojma ni tako zelo enostavna niti za medicinske sestre same, saj kot pravi M. Pahor (2006) je skrb jezik, ki ga govorijo medicinske sestre, dostikrat bolj z dejanji kot z besedami.

Skrb ni edinstvena za zdravstveno nego, se pa v zdravstveni negi pojavlja na edinstven način (Tschudin, 2004: 1). Pojem skrb lahko pojasnimo kot skrb za nekoga in izvajanje tistih aktivnosti, ki zadovoljujejo njegove psihofizične in duhovne potrebe (Stevens, 1994: 37). Ko medicinske sestre v vsakodnevem pogovoru govorijo o skrbi za nekoga, v bistvu govorijo o svojih čustvih. Skrb je pri delu s pacienti pričakovana aktivnost, vendar medicinske sestre svojo skrb in podporo prav tako nudijo tudi svojim kolegicam in kolegom, pri čemer vključujejo avtentična čustva ter na ta način oblikujejo čustveno klimo na delovnem mestu (Smith, 1992: 6).

Čeprav je skrb pojem, ki spremlja zdravstveno nego že od samih začetkov, je v zadnjem času med strokovnjaki opaziti povečano zanimanje za ta fenomen, kar je razvidno tudi iz literature. V

številnih delih je mogoče opaziti vedno večji poudarek na emocionalni sestavini skrbi in njeni promociji kot bistveni vsebini zdravstvene nege (Smith 1992; Smith, 2000; Kozier et al, 2004).

Pomen definiranja skrbi je v tem, da se jo prepozna in ovrednoti, kar pa ni dovolj. Nujna je tudi edukacijska in organizacijska podpora v institucijah, kjer medicinske sestre delajo in se učijo. Pomembna sta tudi priznanje in podpora političnih in ekonomskih struktur družbe (Smith, 1992: 136), sicer ostaja skrb podcenjena, neprepoznavna in nevidna.

3.4.1 SKRB

»Skrb je fizični, mentalni ter emocionalni napor, ki vključuje dejavnost opazovanja, odzivanja in podpore« (Baines v Henderson, 2001: 131). Je bistvena in osrednja, združujoča domena v zdravstveni negi. Skrb obsega podporo, lajšanje ali nudenje pomoči drugemu pri izboljševanju njegovega stanja ali izpolnjevanju njegovih potreb (Leninger v Shipton, 2002: 254).

D. Orem (2001) pravi, da ima pojem skrb različne pomene, odvisno v kakšnem kontekstu ga uporabljamo. Tudi B. B. Stevens (1994) ugotavlja, da ne obstaja neka enotna definicija pojma skrbi, da pa jo lahko opišemo najmanj s pomočjo treh različnih načinov delovanja medicinskih sester: skrb za potrebe pacienta, vedenje in čustvena vključenost v odnos s pacientom ter zaščita in zagotavljanje varnosti pacienta.

Prvi pomen »skrbi« lahko pojasnimo z izvajanjem aktivnosti, ki zadovoljujejo telesne potrebe pacienta. Medicinska sestra torej skrbi za pacienta in opravlja zahtevane naloge, ki izhajajo predvsem iz njegovih/njenih telesnih potreb. Gre za aktivnost, pri kateri so v ospredju tehnične spretnosti medicinske sestre, od katerih je odvisna tudi njena učinkovitost.

Drugi pomen zajema čustveno področje oziroma vedenje medicinske sestre v odnosu do pacienta. Medicinska sestra v svoje delo vlaga čustva in z njimi vpliva na počutje pacienta. Z vnašanjem pozitivnih čustev v ta odnos skrbi za dobrobit pacienta. Torej lahko govorimo o čustveni skrbi za pacienta, za razliko od prejšnje, ki je bila namenjena predvsem telesnim potrebam.

Razlikovanje med tema pomenoma je pogosto zabrisano, saj medicinska sestra lahko v svoje delo vključuje obe sestavini. Vendar prihaja do delitve med obema razsežnostima, tako na konceptualni ravni kot tudi v praksi. Medicinska sestra, ki se posveča anksioznemu pacientu in se pri tem usmeri predvsem v njegove psihične potrebe, lahko spregleda na primer notranjo krvavitev ali pa ne izvrši nekega predvidenega postopka, ki je bistvenega pomena zanj. Po drugi strani pa lahko medicinska sestra izvaja vrhunsko zdravstveno nego (t.j. uporablja točno predpisane postopke in izvaja tehnično neoporečne posege), vendar pri tem ne občuti resnične skrbi za pacienta.

Ostaja še tretji pomen skrbi, ki je v tem, da se zdravstveno nego izvaja previdno in natančno, da bi preprečili incidente oziroma škodo za pacienta. Medicinska sestra skratka poskrbi za varnost pacienta. Zavedati se moramo, da lahko vse tri naštetje oblike skrbi potekajo simultano: medicinska sestra skrbi za pacienta in pri tem vključuje svoja čustva in toplino ter skrb za varnost pacienta. Pri vsakdanjem delu lahko nekatere sestavine izstopajo oziroma so zanemarjene. Zgodi pa se tudi, da nekatere popolnoma izostanejo.

3.4.2 SKRB IN TEORIJE ZDRAVSTVENE NEGE

E. Windenbach (1970) je bila med prvimi avtoricami, ki so razlikovale zdravstveno nego, ki vključuje skrb in tisto, ki jo ne vključuje. Po njenem mnenju so miselni procesi in čustva sestavni del našega početja, ki ne vplivajo samo na to, kaj rečemo in kaj naredimo, ampak tudi na to, kako to rečemo oziroma naredimo. Čustva in miselni procesi spremljajo tudi vse početje medicinskih sester in so najmanj vidni del dela v zdravstveni negi. E. Windenbach je analizirala to nevidno delo in ugotovila, da prav nevidno delo s čustvi omogoča učinkovito izvajanje zdravstvene nege (Stevens, Bauman, 1994: 76).

Tudi M. Rawnsley (1980) je skrb obravnavala kot primarno nalogo medicinske sestre. Čustva, ki jih vključuje v svoje delo, so lahko učinkovito orodje, če so uporabljena premišljeno. Uporaba čustev pri delu medicinskih sester ni instinktivno dejanje, ampak nekaj, kar se medicinska sestra lahko nauči in s pridom uporablja (Stevens, Bauman, 1994: 77).

J. Watson (1987) se je v svoji teoriji zdravstvene nege usmerila v zdravilno moč človekovega duha. Tudi ona trdi, da je skrb najpomembnejša usmeritev v zdravstveni negi, je način na katerega medicinska sestra opravlja svoje delo. Ključna predpostavka za razvoj skrbi je medosebni odnos, ki se razvije med medicinsko sestro in pacientom. Cilj tega odnosa je pomagati posamezniku-ici, da doseže večjo psihofizično in duhovno usklajenost. Pri tem je bistveno, da je skrb prisotna, avtorica namreč ugotavlja, da obstajajo posamezniki-ice, ki so sposobni-e skrbeti za druge in taki, ki tega niso sposobni-e. Slednje definira kot neobčutljive za druge ljudi, nezmožne občutiti njihovo edinstvenost in neponovljivost (Stevens Barnum, 1994: 78).

Ne glede na različne vidike obravnave skrbi je vsem navedenim teorijam skupno prepričanje, da je skrb osrednji pojem v zdravstveni negi. Med seboj se razlikujejo v definicijah, o tem ali so čustva pristna ali le naučen »pripomoček«. V obeh primerih pa so pomembna za učinkovito in kakovostno zdravstveno nego.

3.5 METODA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

Način izvajanja zdravstvene nege določa metodološki pristop – proces zdravstvene nege. Proces zdravstvene nege je metoda ugotavljanja in reševanja težav in problemov posameznika-ice in skupin za katere je pristojna medicinska sestra (Hajdinjak in Meglič, 2006: 61). Postopek omogoča sistematično izvajanje zdravstvene nege. Prvi korak (ocena stanja) je začetek zdravstvene nege in osnova za naslednji korak, ki ni možen brez zbranih in predelanih informacij predhodnega koraka. Vsak naslednji korak je tako odvisen od doseženih rezultatov in zaključenih dejanj prejšnjega koraka. Vrednotenje je zaključni korak in večinoma osnova za začetek novega kroga (Barnum, 1994: 152).

Uporaba procesa zdravstvene nege je možna le s sočasno uporabo modelov in teorij zdravstvene nege. Šele z vključitvijo neke teorije ali modela postane proces zdravstvene nege inštrument delovanja, ki omogoča sistematičen, dinamičen, fleksibilen in k pacientu usmerjen pristop. Upošteva posameznikovo celovitost in individualnost ter njegovo aktivno in enakovredno vlogo v postopku izvajanja zdravstvene nege. Iz navedenega sledi, da je proces zdravstvene nege kljub

svoji pomembnosti le parcialna teorija – teoretični okvir za izvajanje zdravstvene nege (Barnum, 1994: 160).

Modeli oziroma teorije zdravstvene nege se medsebojno razlikujejo predvsem po tem, v kaj so usmerjeni ali drugače, v katero dimenzijo človeškega bitja postavljajo v ospredje. Usmerjenost pogojuje področje zdravstvene nege, iz katerega izhajajo specifične potrebe ali problemi, ki jih stroka v okviru svojih kompetenc tudi rešuje.

3.6 IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER

S tem, ko je zdravstvena nega postala plačana dejavnost, se je pojavila tudi potreba po formalnih in javno priznanih oblikah usposabljanja in izobraževanja za to dejavnost. Sprva je priprava za poklic potekala v zdravstvenih ustanovah, kasneje pa se je prenesla na izobraževalni sistem (Pahor, 2006: 39).

L. D. Dock in I. M. Stewart (v Lindeman in McAthie, 1999: 13) sta že leta 1938 navedla tri lastnosti, ki naj bi jih imeli izvajalci zdravstvene nege: človečnost, spretnosti in izkušnje, ki jih pridobi z učenjem in teoretično znanje. Na podoben način lahko opišemo tudi današnjo zdravstveno nego, saj ta predstavlja mešanico človečnosti negovalca, sposobnosti vnašanja tehničnih spretnosti, pridobljenih med izobraževanjem, in uporabe strokovnega znanja kot osnove za strokovne odločitve (Lindeman in McAthie, 1999: 13).

Znanje medicinskih sester obsega strokovno znanje, pridobljeno v formalnem izobraževanju in znanje pridobljeno na druge načine: npr. z izkušnjami, intuicijo ali izročilom. Poudariti moramo, da je izvajanje zdravstvene nege nenehna interakcija med procesom znanja in procesom izvajanja. Problemi, s katerimi se medicinske sestre srečujejo pri zdravstveni negi posameznika-ice, družine ali skupine, so kompleksni. Malo je standardnih pacientov s pričakovanimi problemi, veliko več je situacij, v katerih se medicinske sestre srečujejo z negotovostjo, edinstvenostjo, nestabilnostjo in vrednotnimi konflikti. Nasilje, zloraba drog, stres, revščina, staranje je samo nekaj primerov zdravstveno-socialnih problemov, s katerimi se vsakodnevno srečujejo in spopadajo medicinske sestre (Lindeman in McAthie, 1999: 35).

Bistvena usmeritev izobraževalnih programov je pridobivanje znanja in spretnosti za delo s pacienti, družinami ali skupinami, s poudarkom na kritičnem razmišljanju. Stroka se mora odzivati na nova znanja, tehnološke, kulturne, politične in socio-ekonomske spremembe v družbi, da bi bila sposobna prepoznavati potrebe po zdravstveni negi v spremenjenem okolju (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2004: 22).

Izobraževanje medicinskih sester poteka vzporedno na dveh enako pomembnih lokacijah: na šoli in v učni bazi, kjer potekajo klinične vaje. Teoretično znanje je osnova za pridobivanje in utrjevanje praktičnega znanja in spretnosti za delo z ljudmi, ki poteka v realnem kliničnem okolju, v t. i. kliničnih učnih bazah. Pri učenju temeljnih osnov poklica medicinske sestre je potreben aktiven pristop, pri čemer je bistvena vloga mentorja/mentorice, ki študenta/študentko usmerja v analitično in kritično razmišljanje. Enako pomembno je učenje uporabe veščin za soočanje z različnimi situacijami v zdravstveni negi, ki zahtevajo hitro in učinkovito reševanje problemov.

Klinične vaje praviloma potekajo v klinični učni bazi, se pravi v zdravstveno-varstveni instituciji. Organizacija in kakovost kliničnih vaj je odvisna od učinkovitega sodelovanja šole z ustanovami, ki so potencialne učne baze, pomembno vlogo pa pri tem igrajo šolski učitelji – koordinatorji (v nadaljevanju šolski koordinatorji) kliničnih vaj in klinični mentorji, ki vodijo študente pri praktičnem delu.

3.6.1 KLINIČNA UČNA BAZA

Osnovni namen klinične učne baze je priprava učnega okolja, v katerem poteka integracija teoretičnega znanja, ki ga študent/študentka pridobi pri pouku, in praktičnih izkušenj, ki jih študent/študentka pridobiva z delom ob pacientu pod nadzorom kliničnega mentorja-ice. Pri pripravi učne baze sodelujeta šola in ustanova, v kateri bodo potekale klinične vaje.

3.6.2 ŠOLSKI KOORDINATOR/ICA

Šolski koordinator/ica je habilitiran/na učitelj/ica zdravstvene nege. Področje, ki ga pokriva je praviloma njegova/njena specialnost oziroma usmerjenost na teoretičnem nivoju. Njegove/njene naloge so:

- sodelovanje z učno bazo,
- strokovna in osebna podpora študentom in kliničnim mentorjem,
- razporejanje študentov v učne baze,
- spremljanje strokovnega napredka posameznih študentov,
- organiziranje evalvacijskih sestankov, ki so namenjeni vrednotenju pridobljenega znanja ter
- spremljanje dela mentorjev in vzajemno ugotavljanje potreb po dodatnem izobraževanju, novih pristopih in organizacijskih spremembah.

3.6.3 KLINIČNI/A MENTOR/ICA

Klinični mentor/ica je strokovnjak/inja iz prakse, ki vodi študente v času opravljanja kliničnih vaj v učni bazi, kjer je zaposlen/a. Študentom pomaga pri preizkušanju teoretičnega znanja v praksi, pridobivanju izkušenj in učenju praktičnih spretnosti. Spodbuja jih pri kritičnem razmišljanju in jim je v oporo pri sprejemanju odločitev v različnih negovalnih situacijah, skratka sodeluje pri učenju zdravstvene nege v praksi.

3.6.4 ŠTUDENT/TKA

Četrty in najpomembnejši del izobraževalnega procesa je študent/tka, ki je v izobraževalni proces vključen/a na teoretični in praktični ravni. Pred pričetkom šolanja in med šolanjem samim mora študent/tka opraviti vse zakonsko predpisane obveznosti, predvsem tiste, ki omogočajo varno opravljanje praktičnega dela v kliničnem okolju in so predvidene zaradi zaščite študenta/tke kot tudi pacienta/tke ter vse ostale študijske obveznosti, ki jih zahteva študijski program.

3.6.5 KLINIČNE VAJE KOT UČNI PROCES

Izobraževalni sistem je odgovoren za izobraževanje strokovnjakov (Gilbert, 2004: 1.13). Naloga šole je usposabljanje ljudi za prakso, deloma tudi s pomočjo prakse. Klinične vaje namreč potekajo v kliničnih učnih bazah, kjer pri usposabljanju študentov, poleg šolskih učiteljev, sodelujejo tudi strokovnjaki iz prakse – klinični mentorji. Med šolo in klinično ustanovo potekajo sprotne usklajevanja in dogovori o medsebojnem sodelovanju, strokovnih in organizacijskih načelih, ki jih morata obe partnerici upoštevati. V ospredju je medsebojna podpora in pretok informacij o novih konceptih dela na splošno ter konsenz pri uvajanju nove, s strokovnim napredkom usklajene prakse.

Učinkovitost praktičnega učenja je odvisna od medsebojnega sodelovanja šole in učne ustanove, se pravi sodelovanja šolskih učiteljev in kliničnih mentorjev, ki študenta neposredno vodijo in nadzirajo na kliničnih vajah. Klinična učna baza in klinični mentorji sta ključna dejavnika uspešnosti kliničnih vaj. Šola vpliva na kakovost praktičnega usposabljanja z izbiro učnih baz in kliničnih mentorjev. Še pomembnejše je stalno medsebojno sodelovanje in strokovna podpora kliničnim mentorjem pri njihovem mentorskem delu.

V učni bazi medicinske sestre – klinični mentorji prenašajo znanje v konkretnih negovalnih situacijah na študente, pogosto je to neformalno, brez besed, kar je zelo pomemben del izkustvenega učenja (Levin in Gilbert, 1999: 132). Na ta način študenti vsakodnevno pridobivajo znanje, ki ga večinoma tudi praktično preizkušajo. Idealno bi bilo, če bi lahko klinični mentorji usmerjeno načrtovali negovalne situacije od enostavnih k kompleksnejšim in na ta način študente postopno usposabljali in usmerjali v procesu učenja.

Klinični mentor študentu posreduje znanje in mu pomaga pri vključevanju v klinično okolje ter pridobivanju izkušenj in spretnosti, ki so potrebne za izvajanje zdravstvene nege in morebitno svetovanje pacientu. Poleg strokovnega znanja in izkušenj mora klinični mentor/ica obvladati tudi metode in tehnike poučevanja. To od njega zahteva širok spekter sposobnosti, od tega, da zna urediti lastno znanje, posredovati njemu znane podatke in informacije, do dobre verbalne komunikacije ter hitrega učenja.

Gilbert (2004) ugotavlja, da mora komunikacija potekati v jeziku, ki ga študent razume. To pomeni, da mora klinični mentor/ica pri poučevanju uporabiti metodo, ki najbolj ustreza posameznemu področju dela. Na primer za učenje primerne vedenja v določeni situaciji je najprimernejše opazovanje, zato naj klinični mentor usmeri študenta v opazovanje sebe ali svojih sodelavcev pri delu. Besedno sporočanje je primerno pri razlagi različnih vsebin. Ta način lahko klinični mentor/ica uporabi za delo z več študenti hkrati. Metoda demonstracije je primerna za učenje aktivnosti in intervencij zdravstvene nege. Pisanje je na primer primerno pri učenju dokumentiranja zdravstvene nege. Tako študenti na različne načine osvojijo koncepte in informacije, ki jih pretvorijo v znanje. Uporaba ustrezne metode učenja omogoča delitev izkušenj z drugimi in razširja znanje.

4. EMPIRIČNI DEL

4.1 OPREDELITEV NAMENA IN CILJEV

Osnovni namen empiričnega dela naloge je raziskati, ali se študenti v teoretičnem delu izobraževalnega procesa seznanijo z emocionalnim delom in če da, ugotoviti, s katerimi predmetnimi vsebinami pridobijo potrebno znanje. Zanimalo nas je tudi, ali se študenti v okviru kliničnih vaj usposabljujejo za emocionalno delo oziroma kako povezujejo teoretično znanje s praktičnimi izkušnjami. Preverjali smo tudi vpliv čustvenih procesov, ki jih študenti doživljajo, na njihovo psihofizično počutje. Izhajali smo iz predpostavke, da so študenti na kliničnih vajah izpostavljeni določeni čustveni dinamiki in regulaciji čustvenih procesov, kar predstavlja psihofizični napor, ki ga študenti lahko doživljajo kot stres.

Na podlagi ugotovitev raziskave bomo predlagali spremembe študijskega programa, ki bodo pripomogle k kakovostnejši pripravi študenta-tke na emocionalno delo v kliničnem okolju.

4.1.1 HIPOTEZE

Pri oblikovanju hipotez smo izhajali iz predpostavke, da sta za kvaliteten študij zdravstvene nege pomembna seznanjenost študentov s pojmom emocionalnega dela ter usposabljanje za izvajanje emocionalnega dela v zdravstveni negi. Izpeljali smo tri hipoteze:

- H1. Teoretični del študijskega procesa ne vključuje sistematičnega učenja za poglobljeno razumevanje emocionalnega dela.
- H2. Študenti zdravstvene nege se na kliničnih vajah usposabljujejo za emocionalno delo.
- H3. Doživljanje emocionalnega dela na kliničnih vajah je za študente stresno.

Da bi preverili hipoteze in dobili ustrezne odgovore, smo si zastavili naslednje usmeritve v obliki naslednjih raziskovalnih vprašanj:

- Ali teoretični del študijskega procesa podpira sistematično učenje emocionalnega dela oziroma ustrezno razumevanje te oblike dela?
- Ali se študenti na kliničnih vajah praktično usposablajo za emocionalno delo in kakšne so oblike usposabljanja?
- Ali je emocionalno delo na kliničnih vajah za študente stresno?

4.2 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA

Izbrali smo kvalitativni pristop in sicer raziskovalno strategijo študije primera s kombinacijo kvalitativnih in kvantitativnih metod. R. K. C. Mariano (v Munhall, 2001: 360) razlaga študijo primera kot empirično raziskavo, ki vzporedno preiskuje pojav in kontekst, v katerem se dogaja. Študija primera ni toliko usmerjena v posameznika-ico kot osebo, ampak v posameznika-ico v družbeni situaciji, kar je še posebej pomembno, ko gre za študijo organizacije, dogodka ali procesa. Potekati mora v naravnem okolju, se pravi v svojem fizičnem, družbenem, kulturnem in simbolnem okolju. Primer je lahko oseba, dogodek ali skupina. Podatki so običajno zbrani z opazovanjem, spraševanjem in analizo dokumentacije v naravnem okolju opazovanega pojava (Pahor, 2006: 136).

Za obdelavo podatkov smo uporabili kvalitativno analizo, vendar so v predstavitvi rezultatov uporabljeni tudi kvantitativni podatki, pridobljeni z anketnim vprašalnikom, ki ga je izpolnjevalo 123 študentov v okviru letne evalvacije študijskega programa za leto 2006/07. Na podlagi zbranih podatkov smo ocenili situacijo, v kateri se izobraževalni proces odvija in kako uspešno je soočanje študentov z emocionalnim delom.

Rezultati so raziskovalno zanimivi in uporabni ter bodo osnova za načrtovanje in spreminjanje programa na konkretni lokaciji, saj jih ne moremo posplošiti, ker je vzorec relativno majhen in pridobljeni podatki odsevajo trenutno stanje v konkretnem okolju.

4.2.1 VZOREC

Raziskava je potekala v mesecu maju 2006. V raziskavo smo vključili pet študentk in štiri študente, skupaj devet študentov Visoke šole za zdravstvo Izola (v nadaljevanju VŠZI). Najmlajša intervjuvanka je bila v času intervjuja stara 19 let, najstarejši intervjuvanec pa 27.

V času študija sta dva študenta živela pri starših, dva v študentskem domu in pet v privatno najetem stanovanju. Podatki so ločeni po spolu, ker smo želeli preveriti ali obstajajo razlike med spoloma pri doživljanju stresa in soočanju z njim .

V skupini dva študenta (en študent in ena študentka) nista imela predhodne izobrazbe zdravstvene smeri. Sedem študentov (štirje študenti in ena študentka) so se na VŠZI vpisali po končani srednji zdravstveni šoli.

Vzorec je bil naključno izbran na osnovi vpisnih števil študentov prvega, drugega in tretjega letnika in sicer po trije študenti iz vsakega.

Tabela št. 4.1: Spol, starost in število študentov

LETNIK	1.letnik		2.letnik		3.letnik	
	Ž	M	Ž	M	Ž	M
Št. študentov		1		1		2
Št. študentk	2		2		1	
Starost študentov	19	23	24	23	24	27
	22		25			23
Povprečna starost po letnikih	21,3		24		24,6	
Povprečna starost skupaj	23,3					
Predhodna izobrazba zdravstvene smeri	1	1	1	1	2	1
Predhodna izobrazba ne zdravstvene smeri	1			1		

4.3 IZVEDBA RAZISKAVE

4.3.1 Viri podatkov

Intervjuji so potekali na VŠZI in sicer od 19. 04. 2006 do 21. 04. 2006. Vsi intervjuji so bili posneti. Pred intervjujem je bil vsakemu respondentu predstavljen namen in vsebina intervjuja ter pravica, da ne odgovarja oziroma, da lahko kadarkoli prekine intervju. Posamezen intervju je z navodili in pojasnili je trajal približno eno uro, odgovarjanje študentov pa dvajset do največ petinštirideset minut. Vprašanja so se nanašala na študij zdravstvene nege, vlogo čustev in čustveno obremenjenost pri delu na kliničnih vajah, izkušnje s pacienti, strategije obvladovanja kritičnih situacij in oceno pripravljenosti na emocionalno delo (glej prilogo št. 1). Študenti, ki so sodelovali v raziskavi so, bili naključno izbrani iz abecednega seznama študentov.

Drugi del podatkov, ki so prav tako sestavni del raziskave in potrjevanja hipotez, smo pridobili na osnovi prikritega opazovanja z delno udeležbo. To je opazovanje, ko se opazovalec pridruži skupini, ki jo namerava opazovati in v njej sprejme neko vlogo, vendar ne izda opazovalnega namena (Mesec, 1998: 78). Sama sem kot šolska koordinatorica kliničnih vaj zadnja tri leta spremljala usposabljanje študentov na kliničnih vajah in se redno udeleževala evalvacijskih sestankov ob koncu kliničnih vaj (hipoteza št. 2). Zadnje šolsko leto (2005/06) smo poleg spremljanja napredovanja študentov uvedli tudi t.i. supervizijske sestanke, ki so bili namenjeni reševanju problemov, s katerimi so se študenti 1. letnika srečevali na kliničnih vajah (hipoteza št. 3). V ospredju so bili etični problemi, konfliktne in/ali stresne situacije. Zapisniki supervizijskih sestankov so sestavni del raziskovalnega gradiva.

Za ugotavljanje prisotnosti stresa na kliničnih vajah smo uporabili tudi podatke, pridobljene z anketnim vprašalnikom maja 2006, ki ga študenti izpolnjujejo za evalvacijsko poročilo o uspešnosti študijskega procesa (priloga št. 5).

Podporo sistematičnega učenja emocionalnega dela v študijskem procesu smo preverjali z analizo učnih načrtov (hipoteza št. 1) posameznih predmetov študijskega programa.

4.4 EMOCIONALNO DELO V TEORETIČNEM PROCESU IZOBRAŽEVANJA

Da bi odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje (ali teoretični del študijskega procesa podpira sistematično učenje emocionalnega dela oziroma pripravo na to obliko dela), smo najprej pregledali vsebine in cilje učnih načrtov vseh predmetov. Izločili smo predmete, ki niso relevantni za emocionalno delo in izpisali vsebine in cilje preostalih predmetov, za katere menimo, da vsebujejo elemente, ki so lahko osnova za učenje in poglobljeno razumevanje emocionalnega dela. V ožjem izboru so ostali naslednji predmeti: Psihologija (2. letnik), Komunikacija v zdravstveni negi, Etika in filozofija zdravstvene nege (1. letnik), Zdravstvena nega starostnika (2. letnik) ter Supervizija (1. in 3. letnik).

Pri podrobnejši analizi okvirnih učnih načrtov predmetov ožjega izbora (priloga št. 2), smo ugotovili, da so predmeti, ki obravnavajo emocionalno delo, v manjšini. Najbolj preseneča to, da so načrtovane vsebine predmetov zdravstvene nege, ki obsegajo skoraj tretjino vseh teoretičnih vsebin, namenjene predvsem poglobljanju teorij zdravstvene nege, zdravju in potrebam posameznika-ice, ki izhajajo iz zdravja oziroma bolezni, posebnostim zdravstvene nege posameznega področja, metodi dela v zdravstveni negi in profesionalni vlogi medicinske sestre, medtem ko čustva na delovnem mestu medicinske sestre praviloma niso omenjena. Ponujene vsebine in učni cilji ne vsebujejo elementov, na osnovi katerih bi lahko sklepali, da seznanijo študente zdravstvene nege z emocionalnim delom kot posebno obliko dela s pacienti in da bodo v pomoč študentom pri opravljanju emocionalnega dela na kliničnih vajah. Vendar tudi vsebine, ki se vsaj z nekaterimi elementi dotikajo oblike in vsebine emocionalnega dela, niso poimenovane s tem izrazom, kar pomeni, da emocionalno delo kot koncept, ki ga strokovna literatura v tujini priznava kot legitimen, ni prisoten.

Vsebine, ki jih študenti poslušajo pri predmetu Psihologija, so primerna osnova za razumevanje emocionalnega dela, saj se študenti preko njih seznanijo s čustvi, medosebnimi odnosi, odzivi posameznika-ice v specifičnih situacijah, družbeno-kulturnimi vplivi na te odzive, skratka študenti pridobijo znanje, ki jim je v pomoč pri delu z ljudmi. Vendar iz ciljev predmeta, ki določajo usposobljenost študenta, razberemo, da je znanje namenjeno predvsem prepoznavanju problemov, s katerimi se sooča pacient-ka in so vezani na njegovo/njeno zdravstveno stanje. To

pomeni, da predmet posreduje znanje kot orodje za prepoznavanje situacij, ne pa tudi orodij za obvladovanje procesov, ki jih te situacije sprožajo v izvajalcih dela samih. Podobno velja tudi za predmet Komunikacija v zdravstveni negi, ki z vidika vsebine ponuja številne spretnosti, ki so uporabne pri emocionalnem delu (npr: komunikacijske spretnosti, odnosna komunikacija, preprečevanje in reševanje konfliktov itd.), vendar s cilji tega ne potrjuje. Zadnji cilj obeh predmetov (Psihologije in Komunikacije v zdravstveni negi) se navezuje na zdravstveno nego oziroma usposobljenost študentov za delo po »načelih sodobne zdravstvene nege, ki poudarja individualnost, partnerski odnos in celostni pristop k posamezniku-ici in družini ali skupini«. To opredelitev lahko razumemo tudi kot prizadevanje, da se študent-ka skozi vsebino zdravstvene nege nauči določenih spretnosti, ki so mu/ji v pomoč pri razumevanju soljudi (pacienti, svojci, sodelavci), s katerimi prihaja v stik. Vendar iz učnih načrtov zdravstvene nege po področjih (zdravstvena nega otroka in mladostnika, zdravstvena nega žene, zdravstvena nega odraslega, zdravstvena nega starostnika itd.) zaradi preveč splošnega in premalo poglobljenega opisa vsebin, tega ne moremo razbrati. Elemente, ki izpostavljajo pomen emocionalnega dela, najdemo v načrtu zdravstvene nege starostnika, kjer je nekoliko bolj poudarjen odnos do starostnika, občutljivost izvajalca za posebnosti tega starostnega obdobja in ravnanje v dobro starostnika.

Tudi pri predmetu Etika in filozofija zdravstvene nege so navedeni precej splošni naslovi vsebin, ki so študentom lahko v oporo v medsebojnih odnosih s pacienti in njihovimi svojci. V ciljih so poudarjeni medsebojni odnosi s pacienti, svojci in sodelavci ter odgovornost medicinske sestre za njihovo vzpostavitev, kar bi lahko razumeli kot usmeritev v emocionalno delo, saj medicinsko sestro usmerja v zavestno vzpostavitev »primernih« odnosov.

Pri predmetu Supervizija lahko iz ciljev razberemo, da želi študenta-tko usmeriti v razmišljanje o možnostih samozaščite pred sindromom izgorelosti, pri čemer potrebuje znanje in sposobnost iskanja oziroma uporabe zaščitnih mehanizmov. Iz načrta niso razvidni vzroki stresa ali kakršnakoli povezava z emocionalnim delom.

V teoretičnem procesu izobraževanja za zdravstveno nego nismo prepoznali vsebin, ki bi eksplicitno poudarile emocionalno delo, ali drugače povedano, ki bi študente pripravile na to obliko dela, s katero se srečujejo na kliničnih vajah in kasneje pri delu. Vseeno pa ne moremo

trditi, da teoretični program ne vključuje vsebin, ki lahko kasneje študentu-ki pomagajo pri neposrednem soočanju z emocionalnim delom.

Ne osnovi opravljene analize teoretičnega učnega procesa ne moremo z gotovostjo potrditi teoretične priprave na emocionalno delo. Vsi pokazatelji, na katere se sklicujemo, so posredni in za dejansko potrditev bi morali analizirati izvedbo posameznih predmetov – vsebino predavanj. Kljub temu lahko rečemo, da študenti v teoretičnem delu učnega procesa pridobijo določeno znanje, ki ga lahko uporabijo pri delu na kliničnih vajah, kadar so v vprašanju čustveni procesi oziroma izmenjave s prejemniki njihovih storitev. Pri tem se sklicujemo na ugotovitve, do katerih smo prišli v pogovoru s študenti in na osnovi intervjujev, ki so predstavljeni kasneje. Študenti namreč ugotavljajo, da so določena teoretična znanja, ki so povezana z emocionalnim delom, sicer pridobili, vendar so njihovo uporabnost spoznali šele v našem pogovoru, ko smo jih o tem spraševali. Vsekakor se moramo vprašati za vzroke take situacije.

Odgovor, ki se nam sam po sebi ponuja, se navezuje na vprašanje povezovanja teorije in prakse. Ali se teoretično znanje, pridobljeno v teoretičnem procesu, praktično uporablja na kliničnih vajah ali pa sta teorija in praksa dva povsem ločena sistema, ki se le občasno prekrivata (bolj natančno bomo na vprašanje odgovorili v zaključku naloge in priporočilih, ki jih bomo oblikovali). S tem potrjujemo prvo hipotezo: Izobraževalni program ne omogoča sistematičnega učenja za poglobljeno razumevanje emocionalnega dela. Poudarek je na besedi »sistematično«, kajti analiza je pokazala, da program sicer vsebuje vsebine, ki bi lahko bile v pomoč pri prepoznavanju in izvajanju emocionalnega dela, vendar se zaradi slabo dodelanega sistema povezovanja teorije in prakse nepravilno ali pa sploh ne prevajajo v prakso. Ugotavljamo, da je potreba po poimenovanju in konceptualizaciji emocionalnega dela dejansko prisotna, kar pa je možno uresničiti s spremembo kurikulumu.

4.5 ANALIZA EMPIRIČNIH PODATKOV

Analiza empiričnih podatkov je postopek, ki je namenjen odkrivanju struktur, obrazcev, pravilnosti in pojasnjevanju. Z njegovo pomočjo oblikujemo pojme in kategorije, ki jih povežemo v propozicije, uredimo in oblikujemo teoretični model za razlago pojava, ki je predmet proučevanja (Mesec, 1998: 102). Predvsem gre za pojasnjevanje psihosocialnih in strukturalnih procesov, ki opredeljujejo dogajanje na nekem področju (Hutchinson in Wilson, 2001: 225).

Z intervjuji pridobljene podatke smo najprej kodirali. Prva raven kodiranja se začne z besedami, ki opisujejo posamezna dejanja, dogodke (priloga št. 3). Te podatke lahko opredelimo kot »in vivo« ali dejansko izražanje (Hutchinson in Wilson, 2001: 224). V naslednjem nivoju smo podatke prvega nivoja združili v širše kategorije oziroma izločili nerelevantne podatke (priloga št. 4) in uredili seznam kategorij:

- opredelitev emocionalnega dela,
- emocionalno delo – psihosocialni proces,
- podoba medicinske sestre,
- zaželeni in nezaželeni pacienti,
- delo na kliničnih vajah je stresno,
- učenje emocionalnega dela,
- strategije soočanja z emocionalnim delom.

4.5.1 OPREDELITEV EMOCIONALNEGA DELA

Najprej smo ugotavljali, kako študenti zdravstvene nege pojmujejo emocionalno delo. Pri tem smo izhajali iz predpostavke, da je najboljši način definiranja pojma, definiranje z vidika udeležencev (Garfinkel v Smith 1992: 39). Ali z drugimi besedami, smiselni način oblikovanja definicije je, da udeležence v raziskavi (t.j. študente) vprašamo o delu s čustvi - emocionalnemu delu (Smith, prav tam). Z intervjuji pridobljeni podatki raziskovalcu pomagajo razumeti problem (emocionalno delo) skozi oči samih udeležencev (Hutchinson & Wilson, 2001: 216).

Študenti samega pojma emocionalno delo ne poznajo oziroma z njim niso seznanjeni. Vendar iz opisov njihovega dela s pacienti na kliničnih vajah lahko prepoznamo prisotnost te oblike dela. Večina študentov je namreč kot svojo bistveno nalogo navedla skrb za pacienta (npr. *»da se bo počutil sprejet in varen«*; *»da bo vedel, da sem tukaj in skrbim zanj«*; *»tukaj sem zato, da skrbim za paciente«*). Študentka tretjega letnika je povedala:

»pri pacientu si zato, da mu pomagaš, se pogovarjaš z njim, si mu v oporo, ga tolažiš, mu odgovarjaš na vprašanja o bolezni, njegovem stanju...« (Stela P.)²

Vsi se zavedajo potrebe po regulaciji svojih lastnih čustev v odnosu do pacienta ter vpliva svojega delovanja na pacientovo počutje:

»So situacije, ko pacientu ne moreš ali ne smeš nekaj povedati... pride do tega, da nekaj čutiš, nekaj drugega pa moraš pokazati. Menim, da s svojimi čustvi vplivamo na pacienta in njegova čustva« (Danica A).

»Pri svojem delu se moram pretvarjati in tlačiti svoja čustva, kar je precej naporno in ti vedno ne uspe, vendar kljub temu poskušaš ustvariti znosno situacijo« (Mira C.).

Raziskave o emocionalnem delu medicinskih sester so pokazale, da vprašani ne dvomijo o tem, da je emocionalno delo sestavina dela, ki ga opravljajo. Raziskovalci tudi ugotavljajo, da vprašani spontano in odkrito razpravljajo o čustvih in čustvenem delu (Smith, 2000: 40). Smith (prav tam) to odkritost pojasnjuje s prepričanjem velike večine medicinskih sester, da je regulacija lastnih in pacientovih čustev sestavni del njihove vloge – njihova dolžnost. To dolžnost razumejo kot ključno sestavino svojega dela, kajti le na ta način so prepričani, da lahko razumejo pacienta in njegove potrebe ter skrbijo zanj.

Podobno kot medicinske sestre razmišljajo tudi naši intervjuvanci in tudi oni so prepričani, da je njihova poglobljena naloga pomagati, narediti vse, da drugi ne bi trpeli, tudi za ceno lastnega ugodja. Ena od študentk je med drugim povedala:

²Vsa imena študentov so zaradi anonimnosti izmišljena

» Da s svojimi čustvi vplivam na situacijo, torej tudi na pacienta, to morda ni vedno prav, toda jaz moram biti tista pozitivna in obrniti situacijo... To je pogosto naporno, vendar tudi ne, saj vem, da sem s tem pomagala pacientu, da se boljše počuti. Pozitivno je to, da znam stvar obrniti tako, da ne trpi ali pa trpi manj. Ne morem reči, da to ni naporno, pravzaprav je kar precej naporno, ko se pretvarjaš, da ti je vseeno, ko ti ni vseeno in ti je v resnici težko«(Lara B.).

Intervjuvani študenti prepoznavaajo čustva pri delu v zdravstveni negi kot zelo pomembna, enotnega mnenja so predvsem glede njihovega vpliva na počutje pacientov. Dobro počutje pacientov postavljajo na prvo mesto in so zelo kritični do odnosa, ki ga imajo nekateri zaposleni v zdravstvenih ustanovah do pacientov in sodelavcev. Obsojajo nespoštljivost, neprijaznost in premalo pozornosti v odnosu do pacienta. Študent prvega letnika, ki ga moti predvsem nespoštljiv odnos medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov do pacientov in sodelavcev, meni:

»Že res, da imajo veliko dela, da jih je premalo, vendar pacienti niso krivi. Mislim, da je pri našem delu zelo pomembno, da se znaš prilagoditi situacijam in tudi svoja čustva moraš prilagoditi situaciji, v kateri se znajdeš«(Dorjan F.).

Na bolniških oddelkih in povsod tam, kjer se zdravstvena nega izvaja, je prisotno tudi emocionalno delo. Za študente zdravstvene nege je delo s čustvi samoumevno, nekaj kar jih usmerja pri njihovem delu in delovanjih, ki so potrebna v določenih situacijah, z njegovo pomočjo pridobijo vpogled v potrebe paciente. Ena od intervjuvank je to povedala:

»pogosto ravnam po občutku, kar nekako vem, kaj moram narediti, čutim kaj pacient potrebuje in kaj ne smem narediti, da ga ne bi prizadela.«(Mira C.)

V svojih izjavah so študenti pogosto uporabljali izraz skrb (*»...rada skrbim za ljudi, zato sem se odločila za ta poklic..., moja naloga je skrbeti za pacientove fizične in psihične potrebe... vedno poskrbim, da ne opazi mojih pravih čustev...«*) Intervjuji so pokazali, da študenti sprejemajo emocionalno delo kot sestavni del zdravstvene nege, ki jo izvajajo na kliničnih vajah, medtem ko samega pojma ne poznajo (z njim so se seznanili šele v teku intervjuja, ko sem jih nanj

opozorila). Sami tudi ugotavljajo, da niso pripravljeni na to obliko dela, kar potrjuje tudi ugotovitev Dorjana F.:

»ugotovil sem, da sploh nisem pripravljen za to delo... za postopke in posege so nas pripravljali na vajah v specialni učilnici³, vendar za ta drugi del, ki ga ni videti in je nujno potreben na kliničnih vajah pri delu s pacienti, nisem dobil potrebnih napotkov«(Dorjan F.)

Iz odgovorov intervjuvanih študentov je torej razvidna prisotnost emocionalnega dela na kliničnih vajah.

4.5.2 EMOCIONALNO DELO KOT PSIHO-SOCIALNI PROCES

Emocionalno delo je psihosocialni proces, ki omogoča nemoten potek zdravstvene nege v kliničnem okolju (Smith, 2000: 40). Socialni vidik se nanaša predvsem na potrebo po zagotovitvi domačega vzdušja, v katerem se bo pacient počutil dobro in varno. Psihološki vidik pa se kaže v želji, da bi s pacientom vzpostavili dober, prijateljski odnos in mu pokazali naklonjenost. Emocionalno delo omogoča lažje sporazumevanje s pacienti in nemoten potek dogajanj in delovnih postopkov, saj predstavlja nevidno vez, ki jo medicinska sestra vzdržuje s pacientom. Intimnejši in manj formalni odnosi so pomembni za nemoteno vsakodnevno življenje na oddelku. Čustvena vključenost medicinske sestre pa je razumljena kot pomoč pacientu pri čustvenih procesih (Smith, 1992 in 2000).

Študenti so čustveno delo prepoznali kot del vsakodnevne rutine pri izvajanju zdravstvene nege, ki pomaga vzdrževati nemoten potek dela v kliničnem okolju. Pacientom največ pomenita prijazen in razumevajoč odnos ter mirno in varno okolje, kar študenti zaznavajo in v mejah možnega tudi izvajajo. Eden od študentov drugega letnika je povedal:

³ Vaje v specialni učilnici potekajo v simuliranem okolju na lutki

»od tebe v prvi vrsti pričakujejo človečnost, veliko jim pomeni, če jim prisluhneš, razumeš njihove potrebe oziroma njihovo videnje problema...mislim, da je pri njih v ospredju neka velika potreba po varnosti« (Samo E.).

Intervjuvani študenti menijo, da vključevanje oziroma uporaba pozitivnih čustev pri delu s pacienti pomaga vzdrževati tekoče izvajanje zdravstvene nege in oskrbe pacienta. Emocionalno delo omogoča navezovanje tesnejših in bolj poglobljenih odnosov s pacienti, kar študent drugega letnika tudi lepo opiše:

»Pacienta spoznaš in se nekako navežeš nanj, občutiš delček pravega človeškega odnosa, samo po sebi pride do povezanosti in zaupanja...To ni zgolj profesionalen odnos, je nekaj več, delo takrat teče drugače, manj je nesporazumov in več zadovoljstva, tako pri pacientu kot tudi pri tebi...«(Simon M.)

Emocionalno delo omogoča lažje navezovanje in ohranjanje stikov med medicinsko sestro (študentom/-tko) in pacientom-tko ter predstavlja nevidno vez med njima. Domačnost in manj formalni odnosi olajšajo potek dela na oddelku, omogočajo pristnejše odnose in večjo zaupnost (Smith, 2000: 42). Po mnenju študentov emocionalno delo pripomore k večji pacientovi odkritosti na čustvenem področju, skratka omogoča tekoče delo in je gibalna sila zdravstvene nege. Kot navaja študent:

»Začutiš tisto navezanost pacienta, ko nisi samo profesionallec ampak je to delček pravega človeškega odnosa. Pacient se ti odpre, se ti začne izpovedovat in vidiš, da je to to. Potem je tudi delo z njim lažje, pacient ni zgolj objekt, ampak se začuti ta povezanost z njim.«(Darjo S.).

Izjave študentov potrjujejo koristnost emocionalnega dela in pomembnost odnosa do pacientov. Iz njihovih odgovorov in mnenj, ki smo jih pridobili na sestankih skupin, razberemo, da se vedejo skladno s tem kar menijo, da pacienti od njih pričakujejo (prijaznost, pozornost itd.).

4.5.3 LIK MEDICINSKE SESTRE

Iz odgovorov intervjuvancev na vprašanje, zakaj so se odločili za ta poklic, lahko razberemo, da so se za ta poklic odločili, ker so v opravljanju tega poklica videli možnost pomagati ljudem. Prijaznost, uslužnost in potrpežljivost so najbolj pogosto izražene lastnosti medicinskih sester (Smith, 1992: 16). Tudi intervjuvani študenti so omenjene lastnosti zelo pogosto uporabljali pri opisovanju lastne vloge in vloge medicinske sestre. Za poklic so se večinoma odločali na osnovi svojih srečanj z medicinskimi sestrami v okviru zdravstvenega varstva ali na priporočilo članov družine oziroma prijateljev. Tako je na primer intervjuvanka povedala:

»mama je medicinska sestra. Kljub njenemu nasvetu naj grem študirat medicino, sem se raje odločila za zdravstveno nego. Tu sem se našla in sem zelo zadovoljna s svojo odločitvijo« (Lara B.).

Nekateri so izrazili idealizirane predstave o medicinskih sestrah:

»Kot otrok sem bila veliko po bolnišnicah, edine, ki so se ukvarjale z menoj so bile medicinske sestre, vedno prijazne, vedno nasmejane in pripravljene pomagati, ko si pomoč potreboval... in že takrat sem se odločila, da postanem medicinska sestra«(MiraC.).

Vendar se predstava o zdravstveni negi, pogosto ne ujema z realnostjo. Prvo srečanje s pacienti in težkimi kliničnimi situacijami v »živo« je za večino pomenilo srečanje z neznanim.

»Moje prvo srečanje s pacienti na oddelku bi najprimerneje opisal z besedo šok. Res si nisem nikoli predstavljal, da bom moral kaj takega početi. Precej časa sem potreboval, da sem se privadil in tudi spoznal, da to kljub vsemu želim početi.« (Samo E.)

Študente zdravstvene nege usmerjajo v emocionalno delo stereotipi o prijazni, marljivi, potrpežljivi in vselej prisotni medicinski sestri (Pahor, 1989: 44) ter pričakovanja pacientov. Nega in skrb za bolne je namreč neločljivo povezana s splošno predstavo o naravni vlogi ženske

(Smith, 2000: 48). Smith (prav tam) ugotavlja, da so prav ti stereotipi razlog, da študenti vnašanje čustev v delo s pacienti jemljejo kot svojo dolžnost. Osnova za samoumevnost emocionalnega dela študentov je predstava o medicinski sestri kot mešanici Florence Nightingal⁴, matere in gospodinje. Takšno podobo medicinske sestre sprejemata pacient in družba in ta percepcija ženske-negovalke vpliva na študente in njihovo mišljenje. Študenti upoštevajo pričakovanja pacientov in želijo vzpostaviti odnos, ki bi pričaral prijetno vzdušje, v katerem se pacienti počutijo kot doma. To potrjuje tudi izjava študentke:

»Pacienti pričakujejo, da jim pomagaš, se jim posvetiš, se pogovarjaš o njihovih težavah... Če vzpostaviš dober odnos s pacientom, si pridobiš njegovo zaupanje, je vzdušje prijetno, domače. Zelo mi je ostala v spominu medicinska sestra, ki je kot nekakšna »mama« skrbela, da je vse na oddelku potekalo tako kot mora« (Mira C) .

Študenti se strinjajo, da je emocionalno delo sestavni del poklica, za katerega se izobražujejo in praviloma tako tudi sprejemajo svojo vlogo, vendar je dojemanje emocionalnega dela kot samoumevne sestavine zdravstvene nege lahko dvorezno in pogosto povzroča stiske. Po eni strani je koristno, ker olajša delo s pacienti, po drugi strani pa avtomatično zmanjšuje pomen zdravstvene nege kot profesije (Smith 2000: 44). Medicinska sestra je tista, ki bdi nad pacienti, jim pomaga in jih podpira v aktivnostih, ki jih sami ne zmorejo, kar je primerljivo z vlogo ženske/matere v vsakdanjem življenju. Vendar je za uspešno delo potrebno tudi veliko znanja in upoštevanje strokovnih načel zdravstvene nege, kar ostaja prikrito in nekako v ozadju. Študenti navajajo, da pacienti od njih pričakujejo poleg psihofizične podpore tudi veliko strokovnega znanja. Vendar gre predvsem za znanje medicine in dajanje informacij s tega področja, za kar pa niso zadolženi niti študenti niti medicinske sestre, saj presega njihove profesionalne kompetence. Takšna pričakovanja pacientov je na primer opisal študent na naslednji način:

»... veliko pričakujejo od nas: podporo in pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih, želijo, da jih poslušas, sprašujejo za nasvete, pa tudi veliko znanja s področja medicine, saj

⁴ F. Nightingal velja za utemeljiteljico zdravstvene nege, medicinsko sestro, ki je s svojo dobrotljivostjo, požrtvovalnostjo in tiho prisotnostjo lajšala življenje ranjencem krimske vojne. Ponoči je s svetilko hodila okrog in preverjala njihovo stanje. Od tu tudi naziv »Lady with the lamp« in v taki podobi se pogosto pojavlja v simbolih medicinskih sester.

sprašujejo o svoji bolezni, zdravlilih, prognozi in drugo... Potem so tu še aktivnosti in posegi zdravstvene nege. Glede tega pa mislim, da nismo dovolj pripravljeni» (Simon M.)

Iz naših intervjujev in pogovorov na evalvacijskih sestankih je razvidno, da študenti pripisujejo velik pomen posegom diagnostično terapevtskega programa, t.j. tehnični plati zadolžitev v okviru zdravstvene nege. Ta vidik predstavlja tisti del zdravstvene nege, ki ga je mogoče prikazati in ovrednotiti in je omejen predvsem na fizične spretnosti izvajalcev.

Nekateri avtorji opisujejo skrb za fizične potrebe pacienta in potencirano natančnost pri izvajanju diagnostično terapevtskih postopkov kot umik v situacijah, ko postane čustvena vpletenost preveč naporna za izvajalca (Lindeman in McAthie, 1999: 181). Nekatere medicinske sestre v intenzivnih enotah, onkoloških, nezgodnih in nekaterih drugih oddelkih namenoma izključijo čustva, ker so situacije, s katerimi se soočajo, za njih čustveno prenaporne. Bolj kot v čustveno investiranje se usmerijo v perfekcionistično izvajanje zdravstvene nege na fizičnem področju.

Intervjuvanci so precej enotni v oceni emocionalnega dela, ki je po njihovem mnenju stalna sestavina zdravstvene nege, večina ga ocenjuje kot zelo zahtevno in naporno, predvsem takrat, ko so v ospredju negativna čustva. Študentka s »svežo« izkušnjo z neozdravljivo bolnim pacientom, je v tej povezavi povedala:

»Rada sem mu pomagala, ker je bil izreden človek, vendar bi najraje vse opravila brez besed, kajti to, da sem se morala pretvarjati in prikrivati svojo žalost in včasih jok, ker bi mu s tem verjetno škodovala, mu vzela še tisto malo volje do življenja, ki jo je imel, je bilo zame izredno naporno«(Lara B.).

Intervjuvanci se strinjajo, da je zelo težko prikrivati dejanska čustva, predvsem ko je v vprašanju smrt ali neozdravljiva bolezen. Izkazovanje neavtentičnih čustev je neprijetno obremenjujoče.

4.5.4 OMEJITVE PRI IZVAJANJU EMOCIONALNEGA DELA

Emocionalno delo v zdravstveni negi je premalo vidno in podcenjeno. V veliki meri prav zaradi stereotipov o medicinski sestri kot ženski vlogi. Medicinska sestra v svoje poslanstvo vključuje tudi emocionalno pomoč, ki jo od nje nihče ne zahteva – vsaj formalno ne. Nevidnost in podcenjenost emocionalnega dela ima svoje korenine v družbeni vlogi žensk, v okviru katere je nega veljala za sestavino »ženskega dela«. Nega je ena izmed ne vrednotenih dejavnosti žensk, »ki pogosto sploh niso bile tretirane kot delo, vedno pa so pomenile zadovoljevanje osnovnih človekovih potreb – hranjenje, oblačenje, skrb za druge« (Kanjuro Mrčela, 2002: 42). Iz tega izhaja tudi prepričanje, da se za to delo ni treba posebej usposablјati in pripravljati, saj se ga je mogoče preprosto priučiti na osnovi polzavestnih ali podzavestnih odzivov na nove situacije, s katerimi se srečujejo na delu. To in polpretekla prepričanja, da čustva na delovnem mestu niso zaželeni, je še vedno čutiti v odgovorih študentov:

»ljudje vidijo zdravstveno nego kot žensko delo... čustva so prisotna, vendar jih moraš obvladovati, ne smeš dovoliti, da ti pacient pride preblizu, vsaj tako so mene učili ...«(Simon M.)

»zaupen odnos je zaželen, vendar moramo postaviti meje, preveliko zblizanje je lahko nevarno, zato zavestno prikrivam čustva, jih ne kažem navzven...«(Lara B.)

Ovire pri izvajanju emocionalnega dela, ki so jih opisali študenti, so tudi v kroničnem pomanjkanju časa (kar sicer ne velja za študente same), ki naj bi ga izvajalci zdravstvene nege namenili pacientu. in omejeno število kadra. Kronično pomanjkanje časa pri delu medicinskih sester je razlog obojestranskega nezadovoljstva – pacienta, ki ne dobi pričakovanega, in medicinske sestre, ki zaradi stiske s časom ne more narediti tistega, kar meni, da bi morala oziroma bi lahko, če bi imela dovolj časa. Študenti opažajo stisko medicinskih sester, ki običajno nimajo dovolj časa, da bi se posvetile pacientom, tako kot bi se morale. Razliko med delom študentov in delom negovalnega kadra potrjuje izjava:

»Nam je lažje, ker imamo dovolj časa, da se pacientu približamo, mu prisluhnemo, se z njimi pogovarjamo o njegovih problemih, strahovih, ga pomirimo in mu damo vedeti, da

smo tu, če bi karkoli potreboval. Zaposlenim to ne uspe, ker nimajo časa, ker se ukvarjajo predvsem z rutino, za ostalo jim zmanjka časa» (Simon M).

Zanimivo je, da študenti poleg pomanjkanja časa in kadra kot oviro navajajo tudi ločevanje pacientov na »zaželene« in »nezaželene«. Ne glede na strokovne in etične zahteve glede enakosti pri obravnavi pacientov, ki ni odvisna od njihovega psihofizičnega in socialnega statusa, so v realni klinični praksi prisotne razlike, ki jih bom predstavila v nadaljevanju.

4.5.4.1 »ZAŽELENI IN NEZAŽELENI« PACIENTI

Številne omejitve medicinskim sestram ne dovoljujejo, da bi za paciente skrbele tako kot mislijo, da bi morale. To so potrdile tudi številne raziskave, ki so bile narejene na to temo. D. L. Kahn in R. H. Steeves (v Lindeman, 1999: 183) ugotavljata, da je medicinskim sestram mnogo lažje skrbeti za družabne in prijetne paciente in pa tiste, ki niso sposobni skrbeti zase in so delno ali v celoti odvisni od zdravstvene nege, medtem ko težje sprejemajo tiste paciente, ki jih pogosto kličejo, so nemarni ali imajo druge negativne lastnosti. Ti t.i. »težavni pacienti« so pogost vir stresa za študente na kliničnih vajah (Sharif in Masoumi, 2005). M. P. Kely in D. May (v Smith 2000: 47) navajata, da je priljubljenost pacientov pri zdravnikih in medicinskih sestrah odvisna od njihove starosti, spola, rase in razrednih značilnosti. Najbolj priljubljeni so mladi pacienti, ki bolujejo za ozdravljivo boleznijo, se dobro odzivajo na zdravljenje, zdravstveno nego in negovalne intervencije ter so spoštljivi do zdravstvenih delavcev.

Tudi študenti raje skrbijo za prisrčne in komunikativne paciente, ki se odzivajo na nego in/ali potrebujejo veliko nege (nepomični, pacienti z bolečino, depresivni pacienti), »ne marajo« pa pacientov, pri katerih niso zaželeni in ki z njimi ravnajo kot s služabniki in ki tarnajo ali vpijejo nanje (Lindeman, 1999: 183).

Študenti prihajajo na klinične vaje s predstavo o pacientu, ki je ranljiv in kot tak potreben pomoči in podpore. Vendar se v kliničnem okolju srečujejo tudi s pacienti, ki ne ustrezajo tej

predstavi. Takšne paciente zaposleno osebje, in po njihovem vzoru tudi sami, delijo na »težavne« in »prijetne«. Ker menijo, da izkušeno osebje zna ravnati s pacienti, tudi sami prevzamejo njihov način ravnanja (Smith, 1992: 58), z namenom, da bi se poenotili z osebjem in tako izognili sporom. Emocionalno delo, ki ga izvajajo, predvsem v odnosu do »težavnih« pacientov, predstavlja obliko obvladovanja konfliktnih situacij, ki so sestavni del odnosa med pacientom in študentom.

Podobno kot v literaturi, tudi študenti, zajeti v naši raziskavi, opisujejo »težavne« in »prijetne« paciente. Enotni so si v mnenju, da jih medicinske sestre različno obravnavajo. »Prijetnim« namenjajo več časa in so prijaznejše z njimi. S »težavnimi pacienti« nerade delajo in kar se da hitro opravijo vse potrebne aktivnosti. Poskušajo biti čimbolj formalne in si ne vzamejo dovolj časa zanje. Vendar, kot je povedal študent drugega letnika:

»kakšnih posebnih razlik vseeno ni, kajti narediti poskušajo vse potrebno za oboje, za kaj več pa itak nimajo časa«(Simon M.) .

Čeprav se študenti zavedajo, da odnos do obeh kategorij pacientov ne bi smel biti različen, priznavajo, da tudi sami drugače pristopajo k enim in drugim.

»tudi sama delam razlike, kadar mi je kakšen pacientka ali pacient bolj pri srcu, ga večkrat obiščem in vedno, ko mi čas dopušča poklepetam z njo/njim«(Lara B.).

Pristnost odnosa med medicinsko sestro (študentom) in pacientom pogojuje zaznava primerne in neprimerne vedenja. V kliničnem okolju velja za sprejemljivo vedenje tako poudarjanje distance v odnosu do »težavnih« pacientov kot tudi dovoljena neformalna zaupnost do »prijetnih« pacientov. Študenti se preko odnosa strokovnjakov srečajo z realnostjo načela o enakosti v obravnavi pacientov. Nasprotje med profesionalnim idealom enakosti v obravnavi pacientov in dejanskim odnosom do njih je tema, ki jo študentje pogosto sprožijo na »problemskih sestankih«. V ospredju je vprašanje kako reševati konflikt med pričakovanim oziroma zahtevanim vedenjem medicinske sestre in njihovimi dejansko občutenimi čustvi in osebnimi občutji. Refleksija konfliktnih čustev, ki jih imajo študenti ob »težavnih pacientih« in v

težkih negovalnih situacijah, je bistvena za njihov poklicni razvoj (Williams, 1999). Vendar pa je treba poudariti, da emocionalno delo zahteva ustvarjanje delovni situaciji primernih čustev oziroma obvladovanje konfliktnih situacij, tako v primeru »prijetnega« kot v primeru »težavnega« pacienta.

4.5.4.2 DELO NA KLINIČNIH VAJAH JE STRESNO

Pridobivanje praktičnih izkušenj v kliničnem okolju predstavlja pomemben vir stresa za študente in vpliva na njihovo sposobnost reševanja problemov ter druge intelektualne procese (Shipton, 2002: 244). Kot smo že ugotovili s pomočjo naših intervjujev, je emocionalno delo pomembna sestavina dela, ki ga študenti opravljajo na kliničnih vajah, vendar je to delo za študente lahko stresno. To potrjujejo podatki ankete⁵ (evalvacijsko poročilo študijskega procesa 2005/06), v kateri študenti navajajo, da na kliničnih vajah doživljajo stres. Med 126 anketiranimi študenti jih je 89% odgovorilo pritrdilno. Kot stresne navajajo predvsem določene negovalne situacije, med katerimi sta na prvem mestu smrt in umiranje (77,6%, glej prilogo št. 3).

Tudi intervjuvani študenti so čustveno sestavino svojega dela opisali kot pomembno, vendar so se večinoma strinjali, da je stresna, saj je vir večine stisk in problemov, s katerimi se spopadajo na kliničnih vajah.

Delo v kliničnem okolju se bistveno razlikuje od teoretičnih opisov zdravstvene nege in negovalnih situacij na predavanjih in od praktičnih izkušenj v simuliranem okolju na lutki v specialni učilnici. Študent se znajde v situaciji, v kateri ni popravnega izpita, posledice napak pa so lahko zelo hude in/ali nepopravljive, celo usodne. Delo, ki ga študenti opravljajo na kliničnih vajah, je stresno, predvsem v določenih situacijah, odvisno od področij na katerih delajo. Študenti so na evalvacijskih sestankih povedali, da delo na kliničnih vajah ni vedno stresno. Stresne so predvsem posamezne situacije in dogodki, pri katerih pride do intenzivnejše psihične in čustvene vključenosti. To potrjuje tudi pripoved študentke tretjega letnika:

⁵ Anketi za evalvacijsko poročilo študijskega procesa za šolsko leto 2005/06, smo dodali vprašanja o stresnosti dela na kliničnih vajah in najpogostejših vzrokih za stres pri delu

»Na otroškem oddelku sem se dobro počutila. Biti dobre volje in prijazen z otroki ni težko. Se pa spomnim dogodka iz preteklosti, ko je na oddelku umrl majhen otrok. Takrat sem jokala in še kar nekaj časa nisem mogla priti k sebi. Spomnim se staršev, ki niso vedeli, ali pa niso hoteli vedeti, da jim otrok umira. Vsi na oddelku smo se šli njihovo igro. Čeprav nam je bilo hudo zaradi otroka, smo upali z njimi in se veselili vsakega, največkrat, namišljenega izboljšanja, vse dokler otrok ni umrl, šele nato smo lahko vsi skupaj žalovali. Bilo je pa zares mučno in stresno« . (Stela P.)

Intervjuvani študenti menijo, da je emocionalno delo, ki ga opravljajo na kliničnih vajah stresno. Vendar poleg negativnih čustev, čustvene napetosti in stresa pogosto opisujejo tudi pozitivna čustva ter zadovoljstvo, ko z nadzorom lastnega čustvenega vedenja pozitivno vplivajo na paciente in njihovo počutje. Avtorji številnih raziskav s področja emocionalnega dela v zdravstveni negi razkrivajo različne vidike emocionalnega dela. J. Van Maanen in G. Kunda (v Shuler in Sypher, 2000) sta odkrila, da lahko emocionalno delo v primerih, ko zaposleni izkazujejo zahtevana čustva na račun lastnih čustev, vodi v fizične bolezni, čustveno otopelost in čustveno izgorelost. Po drugi strani raziskave odkrivajo tudi pozitivne vidike emocionalnega dela (Wouters, 1989; Conrad in Witte, 1994 v Shuler in Sypher, 2000; Lopez, 2006), v tem primeru pozitivna čustva, ki jih izvajalci izkazujejo, pozitivno vplivajo na zaposlene in njihovo zdravje, predvsem takrat, ko izkazujejo dejansko občutena čustva.

J. Sass (1997) je v svoji etnografski študiji o negovalcih v domovih za ostarele prikazal, da si zaposleni z nadzorovanjem čustev (svojih in čustev stanovalcev) lajšajo delo, ki na tak način postane znosno ali celo prijetno. Tudi naši intervjuvanci so govorili o pozitivnih vidikih emocionalnega dela, kot je razvidno iz spodnjih dveh izjav:

»Zase lahko rečem, da imam več pozitivnih izkušenj kot negativnih. Niso vsi dnevi enaki, vendar sem se s pacienti v glavnem dobro razumel in lepo mi je bilo skrbeti zanje. Nepopisen je občutek ko ti dajo vedeti, da si jim polepšal dan, da si nekaj naredil zanje, pa to ni le fizično delo (umivanje, hranjenje...), hvaležni so ti tudi za lepe besede«(Darjo S.) .

»Pogosto pride do navezanosti, vključena so čustva in ni nujno, da to predstavlja napor, prej bi rekel, da je na ta način delo lažje«(Samo E.) .

Emocionalno delo torej nima samo negativnih učinkov, ampak lahko prinaša tudi pozitivne posledice (Shuler in Sypher, 2000) in te je treba raziskati in podpreti. Na osnovi pripovedovanj študentov lahko ugotovimo, da je emocionalno delo na kliničnih vajah naporno, vendar tudi prijetno.

Študenti so si bili enotni v tem, da so klinične vaje stresne, predvsem nekatere negovalne situacije oziroma dogodki. Na tej osnovi lahko odgovorimo na naše tretje raziskovalno vprašanje (ali je emocionalno delo na kliničnih vajah za študente stresno?) in tako potrdimo tretjo hipotezo: doživljanje emocionalnega dela na kliničnih vajah je za študente stresno.

4.5.5 UČENJE EMOCIONALNEGA DELA

Emocionalno delo vpliva na kakovost zdravstvene nege in omogoča nemoten potek dela na oddelkih. Osebe s skrbjo za pacienta zagotavlja njegovo fizično in psiho-socialno udobje ter varno zdravstveno nego (Smith, 1992; Smith, 2000). Ne glede na njeno pomembnost in vlogo je emocionalno delo v zdravstveni negi slabo prepoznavno. Večina intervjuvanih študentov je kljub predhodni predstavitvi emocionalnega dela prepoznala pravi pomen pojma šele v teku intervjuja, kot je to razvidno iz naslednje izjave:

»svoja čustva pogosto prikrivam, ker ne želim raniti pacienta. Ravnam kot mislim, da je za pacienta najbolj prav. Da seveda je to emocionalno delo, vendar sem to spoznala šele sedaj – skozi pogovor« . (Lara B.)

Po mnenju naših intervjuvancev sta emocionalno delo in emocionalna podpora pacientom bistveni sestavini zdravstvene nege. Vsi se strinjajo, da je emocionalno delo tisti element, ki pripomore k resnični kakovosti zdravstvene nege. Na kliničnih vajah so spoznali, da je na

nekaterih oddelkih čustvena sestavina zdravstvene nege bolj izražena, drugje manj, odvisno od tega, kakšni problemi (pacientovi) so v ospredju: ali so to problemi fizičnega ali psihičnega oziroma čustvenega značaja.

Učenje na osnovi analize »kritičnih primerov« (dogodkov iz prakse) je učinkovita metoda učenja (Smith, 1992: 34). Intervjuvani študenti drugega in tretjega letnika VŠZI so povedali, da pogrešajo »učenje na primerih«, medtem ko so se o njem zelo pohvalno izrazili študenti prvega letnika, ki so bili deležni takega načina učenja⁶. »Problemski sestanki«⁷, omogočajo manj formalen način učenja, vendar se študenti tako naučijo marsikaj, kar se sicer ne bi. Zelo pomembna je čustvena dinamika, ki se vzpostavi v skupini in omogoča medsebojno sprejetje, podporo in razumevanje.

Teoretični koncepti, ki so jih študenti osvojili s pomočjo poznavanja teorije se pogosto razlikujejo od tega, s čemer se srečujejo na kliničnih vajah. Program zaradi prevelikega števila ur, ne zagotavlja smiselne integracije teorije in prakse. Del študentov najprej opravi klinične vaje in šele nato poslušajo teoretične vsebine. To je moteče tudi zato, ker se teorija zdravstvene nege praviloma razlikuje od zdravstvene nege, ki jo študenti vidijo in izvajajo na kliničnih vajah.

Čeprav so študenti, skladno z našimi predvidevanji, ugotovili, da so bili premalo pripravljene na emocionalno delo, ki je bistven sestavni del njihovih zadolžitvev na kliničnih vajah, so vseeno prepoznali določene smernice oziroma usmeritve, ki so jih dobili v teoretičnem delu izobraževanja in kasneje na kliničnih vajah v obliki podpore različnih akterjev, ki so soudeleženi v procesu pridobivanja praktičnega znanja, kar lahko razberemo iz naslednjih mnenj:

»nekaj znanja, ki ga uporabljam pri obliki dela o kateri se pogovarjava (študentka govori o emocionalnem delu), sem dobila pri Psihologiji in Superviziji. Veliko pa sem se naučila

⁶ V preteklem šolskem letu (2005/06) smo začeli z novim modelom povezovanja teorije in prakse skozi klinične vaje, ki je bil pozitivno ocenjen, predvsem s strani študentov.

⁷ »Problemski sestanki« smo poimenovali sestanke, na katerih študenti skupaj z mentorji rešujejo strokovne probleme, etične dileme, obravnavajo stresne dogodke in si nudijo vzajemno emocionalno oporo. Sestanki ne potekajo v strogi formalni obliki in mentor ni v vlogi avtoritete, ampak nastopa kot moderator iz ozadja.

na kliničnih vajah, kjer na najrazličnejše načine (ukazi, navodila, opozorila) dobivaš navodila, kako ravnati s pacienti.« (Lara B.)

Seveda smo določene usmeritve dobili pri teoriji na primer Etiki, Zdravstveni negi, pa tudi drugje. Nekaj smo se naučili od mentorjev na kliničnih vajah, ki so nas usmerjali v prijaznost in potrpežljivost...« (Sanja D.)

Torej lahko ugotovimo, da se študenti na kliničnih vajah srečujejo z emocionalnim delom in se ga ob podpori posameznih učiteljev in mentorjev tudi učijo, vendar ne moremo govoriti o sistematični in vodeni obliki usposabljanja za emocionalno delo. Na podlagi ugotovljenega, sicer potrdimo 2. hipotezo: Študenti zdravstvene nege se na kliničnih vajah usposablajo za emocionalno delo, vendar je potrebno poudariti, da je to učenje nenačrtno in brez pravega poudarka, saj poteka mimogrede med praktičnim učenjem.

Teoretične znanje

Študenti, kot smo že omenili v poglavju 3.6, pridobijo osnove za delo s pacienti, v okviru teoretičnega študijskega procesa. Intervjuvanci so menili, da pri teoretičnem pouku pridobijo nekaj znanja, ki jim je v pomoč pri soočanju z dejanskimi situacijami v praksi. Največ znanja pridobijo v okviru strokovnih predmetov kot so: Zdravstvena nega, Etika in filozofija zdravstvene nege, Psihologija, Supervizija in drugih. Po njihovem mnenju pa so bili premalo poučeni o tem, kaj jih v kliničnem okolju dejansko čaka, predvsem pa niso bili poučeni, kako naj v takih situacijah ravnajo. Pogosto se namreč zgodi, da študenti opravljajo vaje na določenem kliničnem področju, ne da bi pred tem poslušali teoretične vsebine in tako pridobijo praktične izkušnje pred teoretičnimi, kar lahko predstavlja vir stresa, kot je razvidno iz spodnje izjave študenta:

»Nisem bil pripravljen na situacije, do katerih je prišlo na kliničnih vajah. Nekateri dogodki, ki sem jih doživel so bili kot strela z jasnega, šele kasneje sem slišal nekaj na to temo. To se mi je zdelo nadvse stresno«(Samo E.).

Kot najbolj primeren način priprave na srečanje s pacienti so intervjuvani študenti ocenili skupinsko delo, predvsem igro vlog. Po njihovem mnenju bi se s tako obliko dela boljše pripravili na delo s pacienti in tudi na emocionalno delo, vendar so ocenili, da je tega premalo.

Praktične izkušnje

Pridobivanje praktičnih izkušenj na kliničnih vajah študenti ocenjujejo kot zelo učinkovito. Na ta način najlažje pridobijo potrebno znanje, saj se učijo na konkretnih primerih in si postopke ter aktivnosti zdravstvene nege, ki jih na kliničnih vajah preizkušajo, tudi najbolj zapomnijo. Nekateri menijo, da je teorija manj pomembna, saj je učenje na primerih zdaleč najbolj učinkovito. Pri tem pa ima, po mnenju študentke, veliko vlogo tudi posameznikova osebna drža:

»Ko prideš v tako situacijo avtomatsko reagiraš, za to se ti ni treba posebej pripravljati... Pri tem je pomembno tudi to kakšen si. Nekateri niso sposobni obvladovati niti lastnih čustev, kako naj bi potem vplivali na tuja?« (Danica A.)

Vendar ista študentka kasneje tudi ugotavlja:

»Na klinične vaje moraš priti z nekim znanjem, sicer nimaš kaj početi tam. Na vajah v specialni učilnici nismo imeli dovolj časa, da bi ponavljali posege in postopke zdravstvene nege. Če govorim zase, sem se kar precej bala kako bom to izpeljala. Menim, da bi morali imeti več priprav na ta del zdravstvene nege.« (Danica A.)

Študenti prepoznavajo emocionalno delo kot samoumevno, nekaj kar ne zahteva priprave, nekaj, kar izvajalec ima oziroma se nauči pri delu, v trenutku, ko se »mora znati«. Minimiziranje pomena učenja ustreznih emocionalnih odzivov na pacientove potrebe in želje, se kaže tudi v prepričanju, da je emocionalno vedenje odvisno (tudi) od posameznikovega značaja, ki mu omogoča, da dobro skrbi za pacienta:

» to imaš ali nimaš, v situaciji avtomatsko odreagiraš, na to se ne posebej pripravljaš « (Danica A.) ali

»ker sem zelo čustven tip, čustva vedno vključujem v svoje delo. Imela sem priliko spoznati tudi drugo plat – bila sem pacient. Zelo dobro sem si zapomnila kaj me je motilo in kaj se mi je zdelo neznosno. Zelo se trudim, da takih stvari sama ne počnem, vendar to ni nič takega, če si pozoren, se tega mimogrede naučiš« (Mira C.)

Smithova (1992: 47) opozarja na nevarnost, da bi bile socialno-emocionalne spretnosti, ki jih študenti pridobijo s pomočjo praktičnih izkušenj, ocenjene kot samoumevne in nezahtevne, nekaj, za kar se ni treba posebej potruditi in česar se naučijo mimogrede. Tako razmišljajo tudi študenti, zajeti v naši raziskavi, ki bistveno bolj cenijo medicinsko tehnične posege kot aktivnosti zdravstvene nege, ki temeljijo na strokovnem znanju in socialno-emocionalnih spretnostih. Povedati moramo, da medicinsko tehnični posegi zahtevajo ročne spretnosti in vajo, ki se jih študenti naučijo v specialni učilnici zdravstvene nege ter jih kasneje na kliničnih vajah opravljajo izključno po naročilu in pod nadzorom, medtem ko so socialno-emocionalne spretnosti (emocionalno delo) del avtonomne zdravstvene nege; to pomeni, da jih izvaja samostojno po lastni presoji, ki temelji na strokovnem znanju, spoštovanju etičnih načel in upoštevanju pacientovih potreb. Tako razmišljanje zmanjšuje pomen emocionalnega dela in ga potiska v nevidno sfero. K temu prispeva tudi stereotip o negi kot ženskemu delu, kar omenja tudi Smithova (2000: 43), ki pravi, da stereotip o ženski vlogi negovalke po eni strani pomaga študentki/tu, ko nastopa v vlogi negovalke/ca, po drugi strani pa zmanjšuje pomen samega emocionalnega dela.

4.5.6 STRATEGIJE SOOČANJA Z EMOCIONALNIM DELOM

Psihosocialni procesi, ki so jim študenti izpostavljeni na kliničnih vajah, so zanje pogosto neugodni. Poleg tesnih medosebnih odnosov s težko bolnimi, poškodovanimi ali umirajočimi pacienti, se soočajo tudi z lastnim odnosom do umiranja in smrti, kar je lahko zelo težko in stresno. Zaradi negotovosti in potrebe po potlačitvi čustev v takšnih situacijah se poslužujejo strategij, ki jim pomagajo urejati čustva in obvladovati stres.

Strategije soočanja s težkimi dogodki, ki jih študenti najpogosteje omenjajo, so zanikanje, distanca v odnosu in prijateljski odnos. Zanikanje oziroma zmanjševanje težavnosti situacije ali dogodka ter izogibanje čustveni navezanosti na pacienta je način, ki ga medicinske sestre občasno uporabljajo (Smith, 2000: 28). Vendar, če je zanikanje edina obramba pred stresnimi situacijami, lahko takšno zanikanje zamegli kontekst, ki bi omogočil razumevanje neprijetnih dogodkov in razvoj lastnih strategij soočanja (prav tam). To strategijo so omenili tudi naši intervjuvanci, skupaj s profesionalnim odnosom. Študentka, ki je negovala mlajšega ponesrečenca – športnika, ki je po nesreči ostal paraliziran, je povedala:

»...v taki situaciji res ne moreš dojeti, da se človeku lahko zgodi nekaj tako krutega in to mlademu človeku. Vendar jaz sem tu zato, da pacienta negujem in ne dovolim, da bi njegova situacija vplivala na moje delo... do pacienta se vedeš profesionalno in ne dovoliš, da čustva vplivajo na tvoje delo (Sanja D.)«

Profesionalni odnos razumejo kot svojo dolžnost, nekaj kar spada k poklicu, vendar po drugi strani ni vselej v skladu z navodili, ki jih prejema in s pričakovanji pacienta. Profesionalizacija čustev je ena izmed strategij soočanja s težkimi situacijami, kot na primer smrt in umiranje, pritisk zaradi strahu pred napakami, negotovost pri prakticiranju medicinskega znanja (Sudnow 1967; Bosk 1979; Fox, 1980 v Smith, 2000: 25). Medicinske sestre se osredinijo na izvajanje medicinsko tehničnih postopkov, se pravi »tehnične plati« zdravstvene nege, ker je, kot smo že ugotovili, vključevanje čustev lahko preveč naporno in boleče.

Srečevanje s težko bolnimi in umirajočimi pacienti je za študente zelo naporno in stresno. Umiranje in smrt sta najpogosteje opisani stresni situaciji. Podpora, ki jo študenti v takih situacijah pričakujejo, je odvisna od posameznega kliničnega mentorja in njegovega razumevanja študentove stiske. Velikokrat gre za njihovo prvo srečanje s smrtjo in na to niso pripravljeni. Z umirajočim pacientom vzpostavijo zaupen odnos in se nanj navežejo. Ob smrti občutijo izgubo in potrebo po žalovanju. Vendar se pogosto znajdejo v vlogi, ko morajo tolažiti svoje in jim stati ob strani, čeprav bi sami potrebovali pomoč, kar pa situacijo še poslabša. Pomoč največkrat poiščejo pri sošolcih, s katerimi se pogovarjajo in si izmenjujejo izkušnje.

4.5.6.1 Pomoč in podpora sošolcev

Najpogostejši vir pomoči in podpore, ki ga omenja večina študentov, so sošolci z enakimi ali podobnimi problemi in izkušnjami pri soočanju s situacijami na kliničnih vajah. Verjetno so sošolci najlažje dostopni in njihove strategije najbolj sprejemljive. S sošolci lahko razpravljajo tudi izven kliničnih vaj in izven kliničnega okolja. Mnenja so, da je to dober način in se ga tudi redno poslužujejo.

»Predvsem so mi pomagali sošolci.« (Darjo S.)

»Meni se zdi zelo pomembno, da se pogovoriš s sošolci, izliješ svoje občutke.« (Simon M.)

»Sošolci so najbolj primerni, zaupaš jim, ko se pogovarjaš razjasniš situacijo in potem je vsem lažje.« (Mira C.)

4.5.6.2 Podpora kliničnega mentorja/mentorice

Poleg navodil, ki so jih študenti dobili, kako naj ravnajo s pacienti, je zelo pomemben tudi pozitiven vzgled, ki ga dajejo zaposleni in klinični mentorji. Tako je menil tudi Dorjan F.:

»Zaposleni bi morali biti pozitivni, da se lahko zgleduješ po njih. To velja predvsem za klinične mentorje, ki bi morali poznati svoje delo, kako naj študenta vodijo skozi izkušnje na oddelku. Mislim, da bi morali klinične mentorje izbrati glede na to, ali radi delajo s študenti ali ne.« (Dorjan F.)

Študenti svoje delo opravljajo pod vodstvom kliničnih mentorjev. Od njih pričakujejo razumevanje, podporo in usmerjanje, predvsem v situacijah, v katerih se sami ne znajdejo. Večinoma takšne situacije ne zahtevajo le znanja diagnostično terapevtskih postopkov, ampak tudi sposobnost obvladovanja čustvenega potenciala, ki se v njih razvije.

Vloga kliničnih mentorjev in šolskih učiteljev je tudi v tem, da delujejo kot podpora pri razvoju študentovih stališč do emocionalnega dela kot sestavine zdravstvene nege. Ta stališča bi morali študenti zdravstvene nege razvijati tekom celotnega študija, predvsem preko izkušenj na kliničnih vajah. Vendar se klinični mentorji tej nalogi premalo posvečajo, saj tudi sami razumejo emocionalno delo kot nekaj samoumevnega. Razlog, da se klinični mentorji ne posvečajo študentom kot bi se morali, je pogosto prevelika obremenjenost z delom (Beeman 2001; White 2003). Študenti so zato pogosto prepuščeni sami sebi in odvisni od lastne presoje glede ravnanja v situacijah, v katerih se znajdejo. Ustaljen način dela velikokrat odstopa od predstave, ki jo imajo študenti o odnosu do pacienta in o odnosih med samimi zaposlenimi. V takih primerih so študenti lahko prisiljeni, da upoštevajo navade oddelka, čeprav to pomeni slabo prakso in slabe medosebne odnose s pacienti (Smith, 2000: 52). Študentka tretjega letnika je opisala svoje delo v domu za ostarele takole:

»Moja predstava o liku medicinske sestre precej presega dejansko stanje. Pričakovala sem strpen in prijazen odnos do vseh pacientov, da jim pomagaš in narediš zanje vse kar, je v tvoji moči. Žal dejansko stanje ni tako. Zelo me je motila grobost, vpitje, včasih celo zmerjanje, nemočnih pacientov kot tudi namensko zanemarjanje opravil pri t. i. težavnih pacientih. Zelo me je motilo, vendar sem bila nemočna. Iz pozicije študenta na praksi nisem mogla nič narediti. Da, to je zelo moteče, vsakič znova, ko se znajdem v taki situaciji« (Danica A.).

Vloga kliničnega mentorja in šolskega učitelja je, da pomagata študentu pri oblikovanju lastnega stališča do svoje bodoče profesionalne vloge in dela. Sposobnost refleksije težkih in nemalokrat spornih zadev je bistvena lastnost mentorja, ki pomaga študentu pri presoji in upošteva vse možne vidike pritiskov, ki jim je študent izpostavljen (Smith, 2000: 53). Pričakovana podpora, ki naj bi jo zagotavljali mentorji, pa je pogosto nezadostna, neprimerna ali je sploh ni. Študenti so v posamično učno bazo razporejeni za kratek čas, prekratek za intenzivnejše medsebojne odnose z mentorjem. Odnosi so zato podobni površnim odnosom s tujci, ki temeljijo na vljudnosti in niso ustrezna osnova za podporo, ki jo študenti pričakujejo in potrebujejo za svoj profesionalni razvoj.

Študenti – intervjuvanci so zelo pohvalili šolska mentorja v Domu ostarelih (v študijskem letu 2005/06), ki se tekom dneva srečujeta s študenti na rednih delovnih sestankih. Ti sestanki so namenjeni organizaciji dela na kliničnih vajah, sprotnemu reševanju problemov, refleksiji dogajanja in izmenjavi izkušenj ter težav pri zdravstveni negi pacientov. Ena izmed študentk je povedala:

»Zelo dobro so klinične vaje organizirane v Domu upokojencev. Mentorja sta vedno dostopna in zelo veliko mi pomeni, da se z mentorjem in sošolci lahko pogovarjam o vsem kar se dogaja: svojih izkušnjah, problemih in možnih rešitvah. Domov grem pomirjena in sproščena« (Lara B.).

Delovni sestanki so namenjeni refleksivnemu učenju in čustveni podpori študentom. Mentorja študente usmerjata oziroma jim konkretno pomagata pri učenju učinkovite komunikacije s pacienti in razvijanju spretnosti vzpostavljanja medosebnih odnosov. Vloga mentorja je po S. Williamsu (v Smith 2000: 58) pomembna zlasti pri organizirani refleksiji emocionalnega dela. Dober mentor študentu-tki pomaga in ga/jo podpira pri premagovanju čustvenih težav. V tej vlogi nastopata tudi mentorja v Domu ostarelih in lahko bi rekli, da mentorja s svojim emocionalnim delom skrbita za dobro počutje študentov. Mnenje študenta potrjuje zgornjo trditev:

»Možnost razprave o tem kdaj, kaj in kako lahko odgovarjam na pacientova vprašanja, kakšen je pravi način pogovarjanja s pacienti ali kaj naj rečem, da se pacient ne bo počutil še slabše, mi veliko pomeni. Počasi se navajam na delo s pacienti. Ni me več tako zelo strah, da bom kaj narobe naredil ali rekel, čeprav menim, da potrebujem še veliko izkušenj, da bom svoje delo lahko odgovorno opravljal« (Dorjan F.).

Zaradi pomanjkanja kliničnih mentorjev v Domu za ostarele v Izoli, klinične vaje vodita šolska koordinatorja, ki nastopata v vlogi kliničnega mentorja. To pomeni, da se v času kliničnih vaj posvečata izključno študentom in je zato njihovo medsebojno sodelovanje intenzivnejše. Drugače je s kliničnimi mentorji, ki delajo s študenti poleg svojega rednega dela. Študenti so opazili »njihovo preobremenjenost in pomanjkanje časa za delo z njimi (študenti)«. Velikokrat študenti v intervjujih navajajo, da so le dodatna »delovna sila« in tako nimajo časa za učenje ob pacientu,

kakršnega so si predstavljali oziroma jim je bilo predstavljeno s strani šole. Opazili so, da nekateri klinični mentorji niso na tekočem s sodobnimi metodami dela v zdravstveni negi, kar seveda vpliva na kakovost zdravstvene nege. Vsekakor so zaželeni klinični mentorji, ki radi delajo s študenti in jih podpirajo pri učenju in so pozorni na njihova čustva. S pomočjo lastnega emocionalnega dela jim pomagajo pri razvijanju lastnega pogleda na zdravstveno nego in pri učenju dela s pacienti. Dober in spreten mentor pomaga študentu pri praktičnem delu na oddelku, reševanju problemov, sprejemanju odločitev in odgovornosti na pristen in neformalen način (Egan, 1990: 56). Spremlja študentovo napredovanje, ga podpira in mu pomaga pri učenju in oblikovanju lastne profesionalne identitete.

4.5.6.3 Vloga šolskega koordinatorja/koordinatorice

Delo šolskih koordinatorjev je po mnenju študentov precej neopazno in se na njihovo pomoč ne zanašajo preveč. Njihova mnenja so podobna mnenju Dorjana F.:

»...šolski koordinator, ni pri roki, ko ga potrebuješ, poleg tega tudi ni na tekočem s pacientovo situacijo in situacijo na oddelku...«.

Dejstvo je, da so šolski koordinatorji, zaradi obsega svojega dela, redko prisotni na kliničnih vajah, tudi takrat ne, ko se študenti soočajo z problemi. Študenti se tudi ne odločajo pogosto, da bi se posvetovali z njimi, ko je dogodek mimo in je problem na tak ali drugačen način rešen.

4.5.6.4 Vloga tutorja

Tutorski sistem na študentskem nivoju deluje in študenti ga pogosto uporabljajo. Vendar pa poteka pomoč predvsem na področju formalne in neformalne socializacije, manj pa na področju

psihosocialne podpore. Študenti-tutorji jim pomagajo pri vključevanju v študentsko življenje in predstavljajo pomemben vir informacij glede študijskih zadev. Glede čustvenih zadev pa se študenti obračajo bolj na sošolce kot na študente-tutorje. Tutorski sistem deluje bolj kot forum za diskusije o študijskih in študentskih problemih, čeprav je bil zamišljen tudi kot vmesni člen med študenti, učitelji in kliničnimi mentorji, ki naj bi deloval kot podpora študentom pri reševanju problemov fizične in čustvene narave. Po mnenju enega od študentov je:

»Tutorski sistem je dobra zadeva, vendar se jaz o problemih na vajah raje pogovarjam s sošolci na kliničnih vajah, mentorji ali pa (bolj redko) s šolskim koordinatorjem. Zdi se mi, da imajo študenti-tutorji premalo znanja in izkušenj, da bi mi lahko pomagali« (Simon M.) .

Vloga študenta-tutorja je podobna vlogi šolskega koordinatorja: ko ga študent/ka potrebuje, ga ni. Zato se študenti, ki potrebujejo čustveno podporo, raje obračajo na sošolce in klinične mentorje, ki poznajo situacijo, v kateri so se znašli. Vsi intervjuvani študenti navajajo sošolce, s katerimi pogosto navežejo tudi prijateljske stike, kot najpomembnejše osebe, s katerimi se največkrat pogovarjajo o stresnih situacijah na kliničnih vajah, se z njimi posvetujejo in izmenjujejo izkušnje.

5. PREDLOG SPREMEMBE KURIKULUMA

Izobraževalni program le delno, v okviru vsebin nekaterih predmetov (glej poglavje 4.4.1), podpira pripravo študentov na emocionalno delo. Glede na to, da smo potrdili pomembnost emocionalnega dela za kakovost zdravstvene nege in ugotovili težave, ki jih imajo študenti z urejanjem čustev pri delu na kliničnih vajah, menimo, da je potreben dogovor o drugačnem pristopu k izobraževanju študentov tako v teoretičnem kot praktičnem delu. Zato predlagamo spremembe teoretičnih vsebin in procesa praktičnega usposabljanja študentov na kliničnih vajah, ki naj jih visokošolska institucija vnese v svoj program.

Proces spreminjanja se lahko zastavi v obliki projektne naloge, ki predvideva:

- Dopolnitev in usklajena nadgradnja vsebin predvsem pri predmetih: Psihologija, Supervizija, Komunikacija v zdravstveni negi, Profesionalna etika ter Zdravstvena nega. Te spremembe je potrebno izvesti na način, ki omogoča prepoznavanje emocionalnega dela kot sestavine zdravstvene nege, z možnimi pozitivnimi ali negativnimi učinki ter oblikami zaščite pred negativnimi učinki.
- Dodatno usposabljanje šolskih koordinatorjev in kliničnih mentorjev za emocionalno delo (npr. organizacija seminarjev ali učnih delavnic ipd.). Oboji bi morali tudi pridobiti ali poglobiti svoje znanje na področju komunikacije, supervizije in metod pedagoškega dela, kajti le tako bodo lahko študentom v pomoč in oporo pri učenju emocionalnega dela. Primere dobre prakse je treba postopoma razširiti na vsa področja zdravstvene nege, kjer potekajo klinične vaje in uvesti supervizijske sestanke (trenutno potekajo v poskusni obliki le v eni učni bazi) kot obvezni sestavni del kliničnih vaj.
- Sodelovanje šole z učno bazo v smislu priprave učnega okolja, ki podpira emocionalno delo ali morda celo organizirano emocionalno skrb, kar bi bistveno vplivalo na kakovost zdravstvene nege, ki jo študenti opravljajo na kliničnih vajah in na zadovoljstvo pacientov, ki jih študenti negujejo.
- Sprotno in občasno (ob koncu šolskega leta) vrednotenje učnega procesa in doseženih učinkov ter sprotno odpravljanje morebitnih pomanjkljivosti.

- Ponovno načrtovanje na osnovi podatkov, ki so rezultat spremljanja učnega procesa in vrednotenja načrtovanih ciljev.

Predlagane spremembe bi po naši oceni bistveno vplivale na kakovost izobraževalnega procesa, posredno pa tudi na izvajanje zdravstvene nege. Študenti bi pridobili dodatno znanje in spretnosti, zaposleni v učni bazi nova znanja, ki bi pripomogla h kakovostnejšemu delu s pacienti, kar bi povečalo kakovost njihovega bivanja v zdravstveno varstveni ustanovi. Udejanjila bi se tudi vizija šole, ki bi z dobrimi strokovnjaki dodatno prispevala k kakovosti zdravja posameznika-ice in družbe.

6. ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

Čustva so pomemben dejavnik v človeškem življenju, tako v zasebni kot javni sferi. Preko čustev individum oblikuje svoj odnos do sebe, drugih in sveta, pri čemer je podvržen fizičnim vplivom družbenega okolja in kulture. Kljub pomembni kognitivni funkciji, ki jo imajo čustva v človekovi duševnosti in družbeni dejavnosti, so bila v preteklosti obravnavana kot dihotomno nasprotje bolj cenjenega razuma. Zahodna kultura je zaznamovana s povečevanjem razuma in razumskosti ter zavračanjem emocionalnosti. Konstrukt nasprotja med razumom in čustvi je še vedno močno zakoreninjen in še vedno pomembno vpliva na naše pojmovanje čustev in tistih oblik dela, ki zahtevajo znatno mero emocionalnega investiranja.

Glede na čaščenje razuma v zahodni kulturi, niti ne preseneča prepričanje, da je delovno mesto racionalno okolje in da so čustva pri delu moteča. Delitev človeka na telo in dušo poenostavlja kompleksnost delovnega procesa in je vzrok podcenjevanju učinkov dela na čustveno in fizično dobro počutje. Vendar sodobna dognanja potrjujejo prisotnost čustev na vseh ravneh organizacijske strukture in priznavajo njihovo konstruktivno vlogo, ki lahko, pod določenimi pogoji zagotavljajo učinkovitost organizacije in dobrobit njenih članov.

Čustva so sestavni del vsakega dela, vendar pridobijo specifično razsežnost v poklicih in profesijah, ki temeljijo na delu z ljudmi. Govorimo o emocionalnem delu, ki ga v grobem lahko opredelimo kot prikazovanje predpisanih ali dogovorjenih čustev, ki so potrebna za doseg individualnih ali organizacijskih učinkov. Bistvena značilnost emocionalnega dela je regulacija čustev, ki od posameznika-ice zahteva, da sproži ali potlači čustvo, da bi navzven vzdrževal-a podobo, ki ustvarja ustrezno duševno stanje pri drugih. Ukvarjanje s čustvi je naporna oblika dela, ki od emocionalnih delavcev zahteva interpersonalne, intelektualne in fizične zmogljivosti. Je koristno in uporabno delo, vendar tudi naporno in izčrpavajoč.

Emocionalno delo je osrednji sestavni del zdravstvene nege. Medicinske sestre pri opisovanju svojega dela pogosto uporabljajo pojem skrb, s katerim opisujejo čustvene sestavine zdravstvene nege, ki jih ocenjujejo kot zelo pomembno. Vendar je emocionalno delo v zdravstveni negi, kljub

svoji pomembnosti, pogosto zanemarjeno, potisnjeno na obrobje ter prikazano kot neznatno in nepomembno delo. Razlogov za to je več. V ospredju sta stereotip zdravstvene nege kot ženskega dela in organizacijska podrejenost zdravstvene nege medicini v hierarhičnem sistemu zdravstvenega varstva, ki ima svoje korenine tudi v spolni delitvi dela iz preteklosti (zdravnik, ki je praviloma moški in medicinska sestra, ki je praviloma ženska). Čeprav sodobni koncepti izobraževanja medicinskih sester niso skladni z razmišljanjem o brezpogojni podrejenosti zdravstvene nege medicini, je v praksi še vedno zelo prisotno stereotipno priznavanje »družinske« delitve dela, v kateri podrejeno vlogo žene/matere prevzame medicinska sestra in z njo tudi skrb za čustva in čustvene potrebe pacientov.

Medicinske sestre v svoje delo dejansko vlagajo čustva. Pogosto so, ne glede na to, kar same občutijo, prisiljene urediti svoja čustva v skladu s potrebami pacienta ali okolja. Upravljanje s čustvi je spretnost, ki se je medicinske sestre lahko naučijo v procesu izobraževanja in kasneje dograjujejo in vzdržujejo s podporno organizacijsko politiko v delovni organizaciji. Vendar ugotovitve naše raziskave tega ne potrjujejo.

Ugotovili smo, da teorija zdravstvene nege vsebuje določene zahteve (na primer prepoznavanje in zadovoljevanje čustvenih potreb pacienta), ki bi lahko bile osnova za prepoznavanje, razumevanje in ne nazadnje za izvajanje emocionalnega dela. Vendar se je obenem pokazalo, da delujejo bolj kot nekakšni abstraktni namigi, ki jih študenti različno razumejo, različno interpretirajo in vsak po svoje tudi vključujejo v svoje delo. Za večino študentov to predstavlja napor, ki ga razumejo kot obvezni »davek« poklica.

Študenti se v procesu teoretičnega izobraževanja sistematično ne seznanijo s pojavom in vsebino emocionalnega dela (neznani jim je tudi sam pojem emocionalno delo). Prav tako ne dobijo eksplicitnih opisov pozitivnih ali negativnih vidikov emocionalnega dela ter možnih načinov obvladovanja in preprečevanja stresa, ki je pogosto nujna posledica čustvenih procesov, ki se odvijajo na delovnem mestu in situacij, s katerimi se srečujejo v kliničnem okolju.

V procesu teoretičnega in praktičnega usposabljanja bodočih medicinskih sester je poudarek predvsem na medicinsko tehničnih posegih. Dejstvo, da teoretični izobraževalni proces in

študenti dajejo prednost medicinsko tehničnim posegom pred dejansko zdravstveno nego in da je v procesu praktičnega usposabljanja prav tako poudarek na diagnostično terapevtskih postopkih in medicinsko tehničnih posegih, ne pa na emocionalnem delu, opozarja na nujnost spremembe izobraževalnega procesa. Čustvena skrb v zdravstveni negi zahteva formalno in sistematično pripravo študentke/ta na urejanje čustev, zahteva tudi dodatna znanja s področja psihologije in sociologije kot osnovo za medosebne spretnosti pri delu z ljudmi. Na ta način bi postalo emocionalno delo v zdravstveni negi bolj vidno in priznано, s čimer bi tudi presegli razumevanje emocionalnega dela zgolj kot oblike ženskega dela, za katero ni potrebna posebna priprava niti učenje. Da pa bi dosegli te nujne spremembe, so potrebne poglobljene raziskave tega pojava, s pomočjo katerih bi razvili empirično preizkušeno znanje, ki temelji na praksi in jo izboljšuje.

V pacienta usmerjena procesna metoda dela v zdravstveni negi zahteva veliko večjo čustveno vpletenost kot v naloge usmerjena zdravstvena nega. Študenti se z učnim procesom usposabljujejo za procesno metodo dela in jo na kliničnih vajah izvajajo vključno z emocionalnim delom. Z emocionalnim delom študenti pozitivno vplivajo na počutje pacientov in izboljšujejo kakovost zdravstvene nege, vendar ga pogosto doživljajo kot naporno in stresno. Pri soočanju z emocionalnim delom in njegovimi posledicami bi potrebovali podporo, ki je pa vselej nimajo. Vloga kliničnih mentorjev in šolskih koordinatorjev je pri učenju emocionalnega dela bistvena, vendar se nekateri klinični mentorji ne zavedajo dovolj pomembnosti svoje vloge in odgovornosti, ki jim jo nalaga. Tudi povezava s šolskimi koordinatorji pogosto ni ustrezna, zato je naloga izobraževalne institucije, da doreče kriterije za izbor kliničnih mentorjev, njihovo usposabljanje in ustrezen način povezovanja s šolskimi učitelji, ki so zadolženi za spremljanje napredka študentov na kliničnih vajah.

Vloga tutorskega sistema na VŠZI ni jasno opredeljena, zato bi bilo potrebno o njej razmisliti in na novo definirati vlogo študentskih tutorjev. Tutorstvo lahko predstavlja pomemben vir učenja in pomoč pri odpravljanju negativnih učinkov emocionalnega dela, vendar ga v sedanji obliki študenti sprejemajo le kot pomoč pri aktivnostih socializacije v novem okolju. Glede na to, da je tutorski sistem zastavljen kot podpora študentom skozi vsa leta študija, bi ga bilo smiselno razširiti tudi na področje kliničnih vaj. Tutorji bi morali delovati vzajemno s kliničnimi mentorji in šolskimi koordinatorji in tako utrjevati medsebojno sodelovanje ter sodelovanje s študenti. Le

tako bi ustvarili okolje, ki študente dejansko podpira v celotnem procesu praktičnega učenja in pridobivanja praktičnih izkušenj.

Pri učenju emocionalnega dela v zdravstveni negi je bistven pogovor o emocionalnem delu in refleksija (Smith, 2000: 77). To omogoča supervizija, posebna didaktična, izobraževalna in podporna metoda, ki študentu omogoča, da preko lastnih izkušenj prihaja do novih strokovnih in osebnih spoznanj, na področju čustvenega doživljanja in reagiranja. Uvajanje metod, ki podpirajo učenje emocionalnega dela in utrjevanje že obstoječih oblik, ki so jih študenti označili kot koristne, je nedvomno nujno potrebno. K spremembi je treba pristopiti sistematično ter za podporo študentom pri učenju emocionalnega dela usposobiti tudi klinične mentorje, saj tako zahtevno delo, kot je upravljanje z lastnimi in pacientovimi čustvi, zahteva socialno učenje in vajo.

Z našo raziskavo smo dokazali, da je emocionalno delo psiho-socialni proces, ki so ga študenti prepoznali ter opisali kot vselej prisotno sestavino zdravstvene nege. Še več, mnenja so, da je emocionalno delo, osnova za kakovostno zdravstveno nego. Kljub temu izobraževalni program ne zagotavlja sistematičnega učenja za poglobljeno razumevanje emocionalnega dela. Izkazalo se je, da potekata teorija in praksa, v glavnem kot nepovezana sistema, kar seveda ni v skladu z smernicami in cilji programa ter zmanjšuje njegovo uspešnost. Naši intervjuvanci so bili soglasni, da je izvajanje emocionalnega dela na kliničnih vajah naporno in pogosto stresno. Študenti pogrešajo podporo mentorjev pri soočanju s stresnimi dogodki, po drugi strani pa so poskusni supervizijski sestanki, tam kjer so vpeljani, naleteli na zelo pozitiven odziv. Vsebina supervizijskih srečanj so običajno razprave o stresnih dogodkih, etičnih vprašanjih, problemih in dilemah, s katerimi se srečujejo na kliničnih vajah. Tudi etične dileme so lahko vir stresa, predvsem zato, ker so študenti v takih situacijah nemočni in se morajo prilagajati zahtevam in/ali pravilom enote kjer opravljajo klinične vaje, ne glede na svoje vrednote in prepričanja.

Na osnovi ugotovitev do katerih smo v raziskavi prišli menimo, da so nujne spremembe tako v sami teoriji kot tudi v procesu praktičnega usposabljanja na kliničnih vajah.

Spremembe, ki jih predlagamo vključujejo:

- dopolnjevanje teoretičnih vsebin, ki so osnova za prepoznavanje emocionalnega dela,

- dodatno usposabljanje učiteljev zdravstvene nege, da bodo študentu-tki v pomoč pri soočanju z emocionalnim delom,
- organizacija kliničnega okolja (v učnih bazah), ki podpira emocionalno delo.
- spremljanje in sprotno vrednotenje uvedenih sprememb zaradi odpravljanja morebitnih pomanjkljivosti in ugotavljanja doseženih učinkov.

Uvedba predlaganih sprememb bi vplivala na kakovost izobraževalnega procesa, posredno pa tudi na izvajanje zdravstvene nege in njene izvajalce v klinični učni bazi v prid pacienta – uporabnika zdravstveno varstvenih storitev.

LITERATURA

1. Barnum Stevens, B. (1994) Nursing theory. New York: Lippincott Company.
2. Beeman Young, R. (2001) New partnership between education and practice: perceiving Junior nursing students in the acute care setting. *Journal of nursing education* 40 (3), 132-134.
3. Černigoj Sadar, N. (2002) Stres na delovnem mestu. *Teorija in praksa* 39 (1), 30-48.
4. Duguid, F. (2002) Emotional work learning: findings gaps and Suggestions, NALL Working paper 50; <http://www.oise.utoronto.ca/depts/sese/esw/nall/res/50FionaDuguid.pdf> (16.09.2006).
5. Ellis Rider, J, Hartley Love, C. (1988) Nursing in today's world. Challenges, issues and trends. Philadelphia: Lippincot company.
6. Germain, P. C. (2001) Etnography: the metod. V Munhall, L. Patricia (ur) Nursing research, A qulitative perspective. London: Jones and bartlett publishers, Inc. And National league for nursing.
7. Gilligan, C. (1982) In a different voice. Cambridge: MA Harvard University Press.
8. Grandey, A. (2000) Emotion Regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology* 5 (1), 95-110.
9. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006) Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
10. Harkreader, H. in Hogan, M. A. (2004) Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgement. USA: Elsevier science.
11. Henderson, A. (2001) Emotional labour and nursing: an under appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8 (2), 130-140.
12. Hochschild, A. (1983) The managed heart. Berkeley: University of California Press.
13. Holzemer, W. (1998) Etične smernice za raziskovanje v zdravstveni negi. *Utrip* 5, 12-13.
14. Hutchinson, A. S. Wilson, S. H. (2001) Grounded theory: the metod. V Munhall, L. Patricia (ur.) Nursing research, A qulitative perspective. London: Jones and bartlett publishers, Inc. And National league for nursing.
15. James, N. (1989) Emotional labour: Skill and work in the social regulations of feelings. *Sociological rewiev* 37 (1), 15-42.

16. Jogan, M. (2002) Organizacija kot prostor (ne)nadzorovanega spolnega obnašanja. Teorija in praksa 39 (1), 103-111.
17. Kanjuo Mrčela, A. (2002) Sodobna rekonceptualizacija dela: med racionalnim in emocionalnim. Teorija in praksa 39 (1), (81-102).
18. Kompare, A. Stražišar, M. Dogša, I. Vec, T. Jaušovec, N. (2004) Psihologija: spoznanja in dileme. Ljubljana : DZS.
19. Kovačev, N. (2004) Značilnosti in funkcije emocij ter njihov vpliv na socialno dinamiko. Univerza v Ljubljani: Visoka šola za zdravstvo.
20. Kozier, B. Erb, G. Berman, A. Snyder, S. (2004) Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. New Jersey: Pearson Education, Inc.
21. Lamovec, T. (1991) Spretnosti v medosebnih odnosih. Ljubljana : Zavod Republike Slovenije za produktivnost dela, Center za psihodiagnostična sredstva.
22. Levine, D. Gilbert, A. (1999) One Piece of the Learning Organization. Institute of Industrial Relations, University of California, Berkeley.
<http://istsocrates.berkeley.edu/~iir/cohre/knowledge.html> (14. 04. 2003)
23. Lindeman, C. McAthie, M. (1999) Fundamentals of contemporary nursing practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
24. Lopez, H. S. (2006) Emotional labour and organized emotional care. Work and Occupations 33 (2), 133 – 60.
25. Mali, J. (2002) Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za stare. Socialno delo 41 (6), 317-323.
26. Mann, S. (2005) A health-care model of emotional labour. An evaluation of the literature and development of a model. Journal of health Organization and Management 19 (4), 304-317.
27. Mesec, B. (1998) Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
28. Mesner Andolšek, D. (2002) Make me whole again: Čustva v organizaciji. Teorija in praksa 39 (1), (10-29).
29. Morris, J A. Feldman, D. (1996) The dimension, antecedents, and consequences of emotional labor. Academy of management review 21 (4), 986-1010.
30. Munhall, L. P. (2001) Nursing research: a qualitative perspective. London: Jones and Bartlett publishers, Inc. And National league for nursing.

31. Musek J. Pečjak, V. (2001) Psihologija. Ljubljana: Educy.
32. Musek, J. (2000) Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Educy.
33. Orem, D. (2001) Nursing concept of practice. Missouri: Mosby, Inc.
34. Pahor, M. (1989) Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Obzornik zdravstvene nege 23 (1/2), (43-64).
35. Pahor, M. (2006) Medicinske sestre in univerza. Domžale: Izolit.
36. Rawnsley, M. (1990) Of human bonding: The context of nursing as caring. Advances in nursing science 1, 41-48.
37. Sass J. (2000) Emotional labor as cultural performance: The communication of caregiving in a nonprofit nursing home. Western Journal of Communication 64 (3), 330-359.
38. Savage, J. (2004) Researching emotion: the need for coherence between focus, theory and methodology. Nursing Inquiry 11 (1), 25-34.
39. Sharif, F. Masoumi S. (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing, 4-6. <http://bimedcentral.com/1472-6955/4/6> (17.03. 2006).
40. Shipton, P. S. (2002) Process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. Journal of Nursing education 41, 243-256.
41. Shuler, S. Sypher B. D. (2000) Seeking emotional labor. Management Communication Quarterly, McQ 14 (1), 50-89.
42. Smith, P. (1992) The emotional labour of nursing. London: Macmillan.
43. Smith, P. (2000) [http://www.health-fc.sbu.ac.uk/emlab/Emotional LabourReport.pdf](http://www.health-fc.sbu.ac.uk/emlab/Emotional%20LabourReport.pdf) (08. 06. 2004).
44. Smith, P. Gray B. (2001) Assessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change. Nurse Education Today 21 (3), 230-237.
45. Soares A. (2003) Tears at work: gender, interaction, and emotional labour. Just labour. 2, 36-44.
46. Šadl Z. (1999) Usoda čustev v zahodni civilizaciji. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
47. Šadl, Z. (2002a) »We're Out to Make You Smile«: Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. Teorija in praksa 39 (1), (49-80).

48. Šadl, Z. (2002b) Emocionalno delo in intimni odnosi v pozni moderni. Družboslovne razprave, XVIII 39: 59-71.
49. Šadl, Z. (2002c) Emocionalno delo strokovnjakov med skrbjo in stilizirano predstavo. Socialno delo 41, 6: (311-314).
50. Treweek, G. L. (1996) Emotional Work in Care Assistant Work, V; Health and the Sociology of Emotions. Oxford, UK, & Cambridge, USA: Blackwell Publishers (115-132).
51. Tronto, J. (1987) Beyond gender difference to a theory of care. Signs: Journal of Women in culture and society 12, 4: 644-63.
52. Tschudin, V. (2004) Etika v zdravstveni negi. (prevod iz angleščine). Ljubljana: Educy.
53. Ule, M. (2003) Sprejeda razmerja. Maribor: Založba Aristej.
54. Urbančič, K. (1996) Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. Ljubljana: Obzorornik zdravstvene nege 30, 21-28.
55. Vassiliki A. L. (1996) Heroisem as a nursing value; A philosophical perspective. G Papnikolaou S. A. Graphic Arts, Greece.
56. Waddington, K. (2005) Behind closed doors – the role of gossip in the emotional labour of nursing work. Work organisation and emotion. 1, 1: 35-47.
57. Watson J. (1987) Nursing on the caring edge: Metaphorical vignettes. Advances in nursing science 1, 10-18.
58. White, H. A. (2003) Clinical decision making among fourth? Year nursing students: An interpretative study. Journal of nursing education 42, 3: 113 -20.
59. Wiedenbach, E. (1970) Nurses' wisdom in nursing theory. American journal of nursing 5, 1057-1602.
60. Wilkinson, M. J. (2001) Nursing process & critical thinking. New Jersey: Prentice Hall.
61. Williams, S. (1999) Student carers: learning to manage emotions. Soundings, 11: 180-186.
62. Yanay, N. Shahar G. (1998) Profesional feelings as emotional labour. Journal of contemporary ethnography. 27, 3: 364-373.
63. Zammuner, V-L. Lotto, L. Galli, C. (2003) Regulation of emotions in the helping profession: nature, antecedents and consequences. Australian e-journal for Advancement of Mental Health 2 (1), www.auseinet.com/journal/vol2iss1/zammuner.pdf (05.07.2005).

PRILOGE

OKVIRNI VPRAŠALNIK ZA INTERVJUJE

1. Zakaj ste se odločili za študij zdravstvene nege?
2. Kakšna je vloga čustev pri vašem delu na kliničnih vajah?
3. Katere situacije na kliničnih vajah so vas najbolj obremenjevale?
4. Kakšne so vaše izkušnje s pacienti?
5. Kako ste si pomagali oziroma kdo vam je pomagal, če ste se znašli v kritični situaciji?
6. Ali mislite, da ste bili dovolj pripravljeni na delo s čustvi?
7. Kje in kako ste pridobivali spretnosti za izvajanje čustvenega dela? (na kliničnih vajah, pri teoretičnem pouku, pri posameznih predmetih)

UČNI NAČRTI IZBRANIH PREDMETOV

Predmet	Vsebina	Cilji
<p>Psihologija Predavanja 30 ur in seminarji 20 ur</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Predmet in metode psihologije – Osnove medicinske psihologije – Temeljni dejavniki osebnosti – Kognitivni, čustveni in socialni razvoj – Dinamika osebnosti: potrebe, motivi, konflikti, stališča, vrednote, dednost, okolje – Struktura osebnosti in medosebne razlike – Značilnosti posameznih življenjskih obdobji – Razumevanje zdravja in bolezni ter psihološko odzivanje na bolezni – Višji spoznavni procesi (zaznave, pozornost, spomin) – Teorije učenja in njihova uporaba v medicinski praksi – Teorija stresa, tesnobe in depresije ter spoprijemanja z njimi – Bio-psiho-socialni vidik bolečine – Psihosomatski bolnik (osebnostna struktura, fiziološki odgovor in bolezni) – Predmet in metode socialne psihologije – Socialna interakcija, motivacija in socialno vplivanje – Razvoj in izguba socialnih odnosov – Socialne mreže, socialna kontrola in socialna podpora – Socialno zaznavanje v zdravstvu – Struktura in dinamika malih skupin – Medsebojni odnosi in vodenje skupine ljudi – Skrb za sebe skozi različna življenjska obdobja – Osebnostne kvalitete zdravstvenega delavca in psihološki lik medicinske sestre ter njeno mesto in vloga v timu zdravstvenih delavcev 	<p>Študent-tka bo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spoznal-a temelje razvoj in motnje z bio-psiho-socialnega vidika – Spoznaval-a temeljne zakonitosti dednosti in vlogo okolja pri kognitivnem, čustvenem ter socialnem razvoju – Spoznal-a značilnosti razvoja od rojstva do zrelosti ter posebnosti pri pojavu staranja – Spoznal-a psihološke značilnosti reagiranja na bolezni – Dojel-a bo povezave med čustvenimi obremenitvami in pojavom psihosomatskih motenj, bolezni, kroničnih telesnih bolezni in okrnjeno kvaliteto življenja – Spoznaval-a načine spoprijemanja s pojavi strahu, tesnobe, bolečine, žalovanja in stresa. – Seznanjen-a z zakonitostmi socialne interakcije, motivacije in socialnega vplivanja ter njihove uporabe na ravni odnosov med zdravstvenim delavcem pacienti, svojci ter sodelavci – Spoznal-a potrebne osebnostne in socialne kvalitete zdravstvenega delavca ter njegov psihološki profil – Sposoben-na delovati po načelih sodobne zdravstvene nege, ki poudarja individualnost, partnerski odnos in celostni pristop k posamezniku, družini ali skupini.
<p>Komunikacija v ZN 30 ur seminarjev</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Opredelitev osnovnih pojmov komunikacije – Razvoj spretnosti komuniciranja skozi socializacijo – Čustvena inteligenca (socialna inteligenca, empatija, altruizem) – Veščine slišanja (spoštljivost, sprejemanje, glasovna in telesna sporočila) – Odnosna komunikacija (odnosi, mišljenje, čustva in dejanja v komunikaciji) 	<p>Študent-tka bo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Seznanjen-a s komunikacijskimi zakonitostmi in njihovo uporabo na ravni odnosov med zdravstvenim delavcem, pacientom, svojci ter sodelavci. – Sposoben-na delovati po načelih sodobne zdravstvene nege, ki poudarja individualnost, partnerski odnos in celostni pristop k posamezniku, družini ali skupini.

	<ul style="list-style-type: none"> – Komunikacija in reševanje konfliktov – Individualna, diadna in skupinska komunikacija – Vloga komunikacije v procesu zdravljenja (bolnik, vrednote, profesionalna identiteta) – Posebnosti strokovne komunikacije z različnimi starostnimi skupinami (otroci, starostniki), prizadetostmi (kronično bolni, prizadeti, gluhi, duševno moteni) in v specifičnih okoliščinah (telefonska komunikacija, pogajanje, dogovarjanje, odločanje) 	
<p>Etika in filozofija ZN Predavanja 40 ur, Seminarske vaje 30 ur in 20 ur KV</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Etika in vrednote kot temelj zdravstvene nege – Psihosocialni, ekonomski, kulturni in politični vplivi na zdravstveno nego – Vloga zdravstvene nege v zdravstveno varstvenih institucijah – Vloga zdravstvene nege v času zdravja in bolezni posameznika – Timsko delo v zdravstveni negi – Predstave in realna podoba zdravstvene nege – Poglavja iz mednarodne in nacionalne zgodovine in dokumenti, ki so vplivali na razvoj etike. – Etična odgovornost 	<p>Študent-tka bo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – spoznal-a kompleksnost medsebojnih odnosov v zdravstveni službi, predvsem konkretnih odnosov do pacientov in njihovih svojcev. – Razumel-a in upošteval-a kulturne, psihosocialne in situacijske dejavnike, ki vplivajo na zdravstveno nego pacienta – Spoznal-a bistvo etičnih odnosov v zdravstvenem in specifično negovalnem timu. – Razumel-a širšo odgovornost medicinskih sester in zdravstvenikov v odnosu do vzpostavitve, razvoja in vzdrževanja strokovno optimalne ter socialno pravične zdravstvene nege kot pomembnega dela zdravstvenega sistema.
<p>ZN starostnika Predavanja 80 ur in 200 ur KV</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Globalna in lokalna demografija staranja – Funkcionalne spremembe zaradi staranja – Promocija zdravja in edukacija – Biološke, psihološke in socialne teorije staranja – Spremenjene življenjske okoliščine v starosti in prilagajanje staranju – Prispevek starejših družini in družbi – Upokojitev – Vloga družbe in podpora (zdravstveno socialna in finančna podpora) – Specifični fizični, psihični in čustveni vplivi na zdravje – Obvladovanje žalosti, izgube, žalovanja ter soočanje s smrtjo. – Duhovna dimenzija staranja – Etične dileme pri zdravstveni negi starostnika 	<p>Študent-tka bo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Poglobil-a znanje zdravstvene nege – Pridobil-a sposobnost razumevanja in senzibilnosti v odnosu do starostnika – Spoznal- dejavnike staranja – Naučil-a se prepoznavanja specifičnih individualnih potreb starostnika, njegovo željo po samostojnosti ter ključnih dilem v odnosu do staranja in starostnika, njihov učinek na zdravje, staranje in starostno diskriminacijo
<p>Supervizija Predavanja 30 ur Seminarske vaje 30 ur (2.letnik) in enak obseg ur</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pojmovanje supervizije, njena splošna predstavitev, namen, vloga in delovanje. – Klinična supervizija, njene metode dela in področja delovanja. – Teoretične in praktične osnove supervizije v zdravstveni negi in vloga strokovne pomoči nosilcem in 	<p>Študent-tka bo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spoznal-a pomen supervizije za zdravstveno nego – Prepoznal-a lastne potrebe po učenju – Raziskal-a razpoložljive in primerne lastne vire izobraževanja – Prepoznal-a pomen refleksije med učenjem – Seznanil-a z obrambnimi mehanizmi za preprečevanje

3. letnik	izvajalcem zdravstvene nege	sindroma izgorevanja pri delu
-----------	-----------------------------	-------------------------------

Transkripti 1

Prvo kodiranje transkriptov

1/3/Ž	Prvi razgovor (avdio zapis št 06042001), Študent 3. letnik, Spol Ž	
1	Čustev ne moreš ali ne smeš vedno izraziti	
1	Čustvena podpora pacientu je zaželena	
1	ED je pomembno saj delamo z ljudmi	
1	ED na kliničnih vajah je prisotno in potrebno	
1	V ZN so čustva vedno prisotna	
1	Želim skrbeti za ljudi in jim pomagati	
2-1	P. pričakuje pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih	
2-1	P. pričakuje, da si vzamem čas zanje, da se jim posvetiš	
2-1	Pacienti pričakujejo prijaznost in pozornost	
2-2	MS ne dovolijo, da se jih dotakne	
2-2	MS s svojim ravnanjem ustvarjajo okoliščine v katerih je pacientom marsikaj prizaneseno	
2-2	Skrbijo in vzdržujejo red na oddelku.	
3-2	Glede ED je veliko odvisno od tega kakšen človek si, v tem primeru ni težko biti prijazen	
3-2	Nekatere MS se posvečajo pacientom, nekatere ne Odvisno od tega kakšen človek si	
3-2	Za delo v ZN je pomembno kakšen človek si	
3-3	MS sem si predstavljala kot »full« dobro osebo, nisem pričakovala, da niso vse take	
3-4	Moja vzornica je sestra	
4-2	Grobost s pacienti ni v skladu s pričakovanji. Osebje je tudi grobo in ne samo verbalno	
4-2	Nekateri so bolj zahtevni, drugi manj	
4-2	Prijetni pacienti imajo celo privilegije (hrano po želji, priboljške, lahko dlje gledajo televizijo itd)	
4-2	Prijetnim pacientom osebje namenja več časa, medtem ko se težavnih izogibajo in imajo neumestne pripombe	
4-2	Prijetnim posvetiš več časa težavnim manj – narediš nujno in greš	
4-2	Razlikovanje pacientov je opazno.	
4-2	S prijetnimi in težavnimi pacienti sem ravnala drugače kot osebje, vendar sem bila v vlogi študenta brez moči, da bi karkoli spremenila	
4-4	S čustvi ne zaključiš v času, ko si na KV, neseš jih tudi domov	
4-4	Smrt pacienta je dogodek pri katerem so v ospredju čustva žalosti, nemoči, nelagodja...	
4-4	V Domu za ostarele je dosti umiranja	
5-1	Čustvena distanca (nekatere pri svojem delu nič ne čutijo)	
5-1	Menim, da bi nas morali bolj pripraviti tudi na spopadanje s	

	posledicami – poučiti, da se lahko komu zaupaš, poiščeš pomoč	
5-1	Na čustveno delo sem bila delno pripravljena na osnovi teoretičnih vsebin	
5-1	Na predavanjih so nas premalo usmerjali v tako obliko dela	
5-1	Napotkov je bilo premalo, potrebovali bi bolj natančna navodila	
5-1	Vsebine nekaterih predmetov podpirajo to obliko dela	
5-1	Zaposleni se različno vedejo do pacientov, nekateri so zelo prijazni in razumevajoči (in bolj uspešni) drugi manj prijazni in celo grobi	
5-3	Ponekod sem dobila navodila, da moram biti prijazna in dobra s pacienti	
5-5	MS te naučijo kako moraš ravnati s pacienti – mene so poučili naj bom prijazna in potrpežljiva	
6-2a	Pogovor s sošolci	
6-2b	Koliko podpore si deležen zavisni od tega kje si na vajah, kdo je tvoj mentor in koliko časa ima	
6-2b	Pogovor s sestro, ki je tudi MS	
6-2b	Redkeje pogovor s KM	

2/1/Ž	Drugi razgovor (avdio zapis št 06042002), Študent 1. letnik, Spol Ž	
1	Čustva pri delu s pacienti so stalno prisotna	
1	Da je delo na KV delo s čustvi	
1	ED je na KV prisotno in prav je tako	
1	Pacientu pomagam, da se boljše počuti	
1	Pomoč ljudem in skrb zanje	
1	S čustvi vplivam na situacijo	
1	Svoja čustva v odnosu do pacienta velikokrat prikrivam	
1	Da izvajam ED sem spoznala šele skozi razgovor	
2-1	Da lahko pomagam mi je v veselje, če ne morem pomagati sem žalostna	
2-1	Pacient pričakuje pogovor, da se lahko razbremeni, fizično pomoč in čustveno podporo	
2-1	Pacient pričakuje zaupen odnos	
2-1	Kjer MS ne izvajajo ED v odnosu do sodelavcev so odnosi slabi, vzdušje moreče in turobno; delo na takem oddelku, tudi za študente, ni prijetno	
2-2	Meje v odnosu postavljam sama	
2-2	S pacienti sem se dobro razumela	
3-2	MS je vedno na razpolago pacientu. Zna mu prisluhni, razume njegove težave, predvsem pa mu pomaga, ko to potrebuje.	
4-1	Znam prisluhni pacientom in narediti zanje kar kadeer ne zmore zaradi preobremenjenosti	
4-2	»Težavni« pacienti so psihično naporni	
4-2	Čeprav mislim, da ni prav, tudi sama delam razlike; ko imam čas pogosto zavijem k kateremu od »prijetnih« pacientov in poklepetam z njimi.	
4-2	Imela sem več pozitivnih kot negativnih izkušenj	
4-2	S »prijetnimi« pacienti je drugače. Te imajo raje in raje delajo z njimi	
4-2	Sama sem situacijo obvladovala skozi nasmejanost in humor	
4-2	Zaposleni pogosto neustrezno ravnajo s »težavnimi« in težko vodljivimi pacienti (pomirjevala po nepotrebnem, vpitje, vezanje...)	
4-3	Pretvarjanje, da ti je vseeno, ko ti ni je zelo naporno	
4-3	To je pogosto naporno	
4-4	Negativne izkušnje predvsem s kadrom	
4-4	Negativne izkušnje s KM, če ga nisem imela ali se ni zmenil zame	
4-5	Izkušnja s smrtjo pacienta je bil zame hud dogodek	
5-1	Določena navodila smo dobili v šoli pri nekaterih predmetih	
5-1	Določene usmeritve za ED sem pridobila skozi teorijo	
5-1	Navodila, ki smo jih dobili bi morala biti natančnejša tudi glede vsebine samih vaj	
5-1	Teoretične znanje v okviru nekaterih predmetov (npr, zdravstvene nege, etike, komunikacije, psihologije...)	

5-2	Šolska koordinatorja v DU Izola sta stalno prisotna in nadzirata naše delo; sta tudi vedno na razpolago, kose pojavijo problemi in dileme	
5-3	MS so nam dale navodila kako naj s posameznimi pacienti ravnamo	
5-3	Na KV sem dobila določena navodila kako naj ravnam s pacienti	
6-2a	Pogovor s sošolci; to mi najbolj pomaga	
6-2b	KM ne more biti kdorkoli, predvsem pa ne tisti, ki ne mara delati z ljudmi in nima smisla za delo s študenti.	
6-2b	Pomagala mi je KM, ki je organizirala pogovor z MS iz hospica	
6-2b	V nekem kriznem dogodku lahko veliko več pomagajo KM kot ŠK, saj so prisotni v času dogodka in dobro poznajo okoliščine, vendar tudi to zavisi od KM	
6-3	Sprostitutvene tehnike lahko pomagajo	

3/2/Ž	Tretji razgovor (avdio zapis št 06042002), Študent 2. letnik, Spol Ž	
1	ED je na KV prisotno	
1	ED je prisotno in zelo pomembno	
1	Ker sem zelo čustven tip čustva vedno vključujem v svoje delo	
1	Rada delam z ljudmi	
2-1	Pacienti pričakujejo, da jim polepšam situacijo	
2-1	Posredovanje v odnosu do zdravnika	
2-1	Pričakujejo podporo in razumevanje	
2-2	S prijaznostjo in lepim načinom lahko dosežeš marsikaj	
3-1	MS so skrbele zame, ko sem bila kot otrok v bolnišnici, vedno so bile tam in mi nadomeščale mamo.	
3-2	Biti dober in prijazen s pacienti, jih bodriti je samoumevno	
3-2	Določeni dogodki so sestavni del tega poklica in jih moraš sprejeti	
3-2	Pogosto ravnam po občutku, kar nekako vem kaj moram narediti in kaj ne smem. Čutim kaj pacient potrebuje...	
3-2	Tudi sama sem bila pacient in zelo se trudim, da ne počnem tega kar je mene tedaj motilo. Toda to ni nič kaj takega, če si pozoren se tega mimogrede naučiš	
3-3	Pomembno mi je kako se bo pacient počutil, če mu je dobro, sem tudi sama zadovoljna	
3-3	S potrpežljivostjo in s tem, da si na razpolago dosežeš največ.	
4-1	Tudi »prijetni« pacienti nimajo kakih velikih ugodnosti saj osebje nima časa zanje	
4-2	»prijetnim« pacientom posvečajo več časa; razlike so opazne	
4-2	Logično je, da se raje zadržuješ pri prijetnih pacientih	
4-2	Osebje ne mara »težavnih« pacientov	
4-3	Naporno je prikrivanje čustev, ko nekaj ne smeš povedati	
4-3	Pretvarjanje in potlačevanje čustev je naporno in vedno ne uspe	
4-3	V primeru smrti je najbolj obremenjujoč stik s svojci umrlega; ne veš kako ravnati, kaj reči...	
4-5	Gre za psihični pritisk, ki se ga ne moreš kar tako znebiti – gre za stresno situacijo	
4-5	Slabe občutke neseš tudi domov	
4-5	Smrt pacienta je stresni dogodek	
4-6	Na KV smo prišli s premalo znanja o medicinskih tehničnih postopkih	
5-1	Pri učenju teorije bi morale biti več izkustvenega učenja, več nazornosti več povezovanja teorije in prakse	
5-1	Študente bi morali usmeriti kje naj iščejo pomoč	
5-1	Z njimi grdo ravnajo in tako dosežejo, da jih manj motijo	
5-2	Določeno znanje dobiš šele skozi izkušnje	
5-2	ED sem se učila predvsem z izkušnjami	
5-3	Navodila kako ravnati s pacienti ponekod dobiš	
5-4	Odnosov s pacienti se je težko naučiti	

6-1	Zaposlim se z drugimi stvarmi, da ne bi razmišljala o tem	
6-2a	Pri soočanju s tem dogodkom, so mi najbolj pomagali sošolci – pogovor s sošolci	
6-2b	Pomoč KM	
6-2b	Tudi KM je lahko v podporo, če pozna svojo vlogo	
6-2b	Velikokrat si prepuščen sam sebi; KM nima časa za pogovor s teboj takrat ko ga potrebuješ	
	Za tako delo ne moreš biti nikoli dovolj pripravljen	

4/1/Ž	Četrty razgovor (avdio zapis št 06042004), Študent 1. letnik, Spol Ž	
1	Delo na KV je delo s čustvi	
1	Delo z bolnimi in hudo bolnimi je del poklica MS	
1	Obvladovanje čustev je del poklica MS	
1	Obvladovanje čustev je na mestu, čeprav mislim, da je včasih tudi iskrenost na mestu.	
1	Pri delu mi je bilo večkrat hudo, vendar tega drugim nisem pokazala.	
1	Sama izberem vedenje v določeni situaciji.	
1	Svoja čustva obvladam, jih prikrivam takrat ko nočem raniti pacienta.	
1	Veseli me delo z ljudmi, rada skrbim zanje	
2-1	Posvečali smo se jim in bili so zadovoljni; poskrbeli smo za prijetno vzdušje	
2-2	Pacienti zelo cenijo pogovor in so zato hvaležni.	
3-1	MS sama prepozna potrebe pacientov, tudi čustvene.	
3-2	Ko prideš v neko situacijo avtomatsko reagiraš, za to ni potrebna posebna priprava.	
3-2	Nekaj pa prineseš tudi od doma.	
3-4	Pomagala sem babici v času bolezni, ko je bila nepomična;	
3-4	Rada sem to opravljala in dobro sem se počutila ker sem ji lahko pomagala	
4-2	»prijetnim« pacientom se več posvečajo, z njimi se tudi pogovarjajo.	
4-2	Med pacienti ne delam razlike.	
4-2	Odnosi so bili spontani in so se menjali glede na počutje pacienta.	
4-2	Precejšnja je razlika v ravnanju med enimi in drugimi	
4-2	Zaposleni so subjektivni; pogosto pri pacientu nekaj delajo na silo in ne upoštevajo volje želja in potreb pacienta.	
4-3	Delo s »težavnimi« pacienti je naporno.	
4-3	Težko mi je kadar resničnih čustev ne morem prikazati.	
4-3	Veliko časa potrebuješ. Če želiš pridobiti njihovo zaupanje in sodelovanje.	
4-4	Strogi medosebni odnosi se odražajo tudi v odnosih do pacientov.	
4-5	S stresnimi dogodki nimam veliko izkušenj.	
5-1	Določene usmeritve za ED smo dobili skozi teorijo	
5-3	Nekaj so nas naučili KM, ki so nas usmerjali v prijaznost.	
5	Mislim, da smo dovolj pripravljeni na morebitne stresne dogodke – to kar je nujno vedeti.	
6-2a	Če se hočem razbremeniti mi najbolj pomaga pogovor s sošolko o neprijetnih občutkih pri delu	
6-2a	O dogodkih na KV sem se veliko pogovarjala s sošolko; tudi o tem, da ni vselej primerno pokazati svojih čustev.	
6-2c	Če pride do zapleta imaš mentorja, sprotno reševanje problemov v prisotnosti mentorja, je po moji oceni najboljša.	

6-2c	Imeli smo mentorja (šolska koordinatorja) na katera smo se lahko vedno obračali in iskali pomoč.	
6-2c	Mentor je pri običajnih stresnih dogodkih dovolj. Če nekega dogodka (npr, smrti) ne bi mogla sprejeti, bi poiskala pomoč psihologa na primer.	
	Na KV V DU Izola mi je bilo všeč ker smo imeli vsak svojega pacienta in veliko časa za delo in pogovor z njim	
	Pogovor s pacientom ni vključeval opisovanja sebe, lastne družine, skratka intimnejših podatkov	

5/2/M	Peti razgovor (avdio zapis št 06042005), Študent 2. letnik, Spol M	
1	S svojim odnosom in vedenjem lahko vplivam na počutje pacienta.	
1	Pomoč ljudem	
1	S svojimi čustvi podzavestno vplivam na čustva pacientov	
2-1	Biti moraš prijazen, razumevajoč do pacienta, svojcev in osebja	
2-1	Čustva so izredno pomembna pri delu na oddelku, tako s pacienti kot sodelavci.	
2-1	Pacienti pričakujejo, da bo zanje poskrbljeno, da jim bomo na razpolago, da se bodo počutili varne in preskrbljene	
2-1	S svojim znanjem in delom lahko to tudi naredimo.	
2-2	Na pacienta se navežeš in vzpostavi se povezanost – pravi človeški odnos.	
2-2	Skozi čustveno povezanost je delo lažje.	
3-1	Fantje znamo bolj prikrivati svoja čustva, saj tudi okolje od nas to pričakuje.	
3-1	Logično je da se punce odzivajo drugače, bolj so čustvene in odprte.	
3-2	Ko spoznaš odgovornost, ki je potrebna, se sprašuješ, če si sposoben tega.	
3-2	Nisem opazil, da bi bila potrebna kakšna posebna priprava, to počneš ker je treba tako delati.	
3-4	Predstavljal sem si lažje bistveno manj odgovorno delo.	
3-4	Želja po delu v zdravstvu	
4-1	Mislim, da sčasoma tudi njihova toleranca pade in pokaže se dejanski položaj, ki je tak kot ga vidimo – razlike so.	
4-1	MS delajo manj in bolj površno, kar ni mogoče spregledati.	
4-3	»Težavni« pacienti niso zaželeni, »prijetni« bolj; z njimi se več pogovarjajo in so prijaznejši.	
4-3	Razlike v odnosu osebja do »prijetnih« in »težavnih« pacientov so opazne.	
4-3	V delo vložiš del sebe in se poglobiš v pacienta, kar je včasih stresno.	
5-1	Učenje ED skoziučne vsebine	
5-2	ED – učenje skozi izkušnje, pričakovanja pacientov in osebja, da boš reagiral v določeni situaciji.	
5-2	Imel sem veliko pozitivnih čustvenih izkušenj	
5-2	Učenje ED skozi izkušnje na KV	
5-3	Indirektna navodila so stalno prisotna.	
5-3	Navodila kako se vesti v specifičnih situacijah, sicer niso vedno direktna, ti pa dajo indirektno vedeti, kako ravnaj.	
6-2a	Če gre za stresne dogodke na KV, se najprej zaupaš sošolcem.	
6-2b	Pogovor s KM zavisi predvsem od njega samega; če je dostopen in pripravljen poslušati te.	
6-2c	Šolski koordinator je oddaljen in pogovor z njim je možen kasneje,	

	ko problem že nekako izveni.	
6-4	Pomoč pri soočanju s stresnimi dogodki jepotrebna.	
	Pri pripravljenosti na ED so pomembne:	

6/1/M	Šesti razgovor (avdio zapis št 06042006), Študent 1. letnik, Spol M	
1	Čustva moram imeti pod nadzorom pretežni del časa KV.	
1	Emocionalno delo je na kliničnih vajah prisotno in zelo pomembno.	
1	Paciente pogosto skušam prepričati o nečem, kar je za njih dobro; pri tem prikivam ali kažem ustrezna čustva.	
1	Pretvarjanje je prisotno in včasih potrebno, čeprav tudi zgrešeno.	
2-1	Pacienti pričakujejo prijaznost in pozornost.	
2-2	Medosebni odnos je odvisen od pacienta in tebe.	
2-2	Pacienti tudi od nas študentov pričakujejo znanje, informacije (tudi z medicinskega področja)	
2-2	Včasih je dovolj, da jim prisluhneš, ko pripovedujejo o svojih problemih.	
3-3	MS bi morale biti pozitiven zgled za druge.	
3-4	Veseli me delo z ljudmi, želim jim pomagati	
4-2	Do »prijetnih« pacientov so prijaznejši in jih celo »nagradijo«, medtem ko »težavne« s svojim vedenjem »kaznujejo«.	
4-2	Zaposleni so do »težavnih« pacientov« v grobi, nimajo potrpljenja.	
4-3	Ni me toliko prizadela smrt, smilili so se mi predvsem svojci.	
4-4	Slabe izkušnje so vezane predvsem na odnose z delavci.	
4-5	Pri tem sem občutil strah, bilo me je strah – to je stresno.	
4-5	Slabi občutki so me spremljali kar nekaj dni.	
4-5	Soočenje s smrtjo pacienta je bilo zame naporno.	
5-1	Tudi teoretične vsebine pomagajo pri ED.	
5-1	Učil sem se ga skozi teoretične vsebine	
5-2	Največ pa se mi zdi, da sem se naučil skozi primere na KV.	
5-2	Pri izvajanju ED so zelo koristne izkušnje.	
5-2	Pridobil sem veliko tovrstnih izkušenj.	
5-3	Učil sem se ga skozi navodila zaposlenih.	
6-2a	Pogovor s sošolci o podobnih dogodkih, mi je bil v veliko pomoč.	
6-2a	Pri soočanju s stresnimi dogodki so mi pomagali predvsem sošolci.	
6-2b	KM bi morali imeti smisel za delo z študenti.	
6-2b	Pomagal mi je pogovor s profesorico.	
6-2b	Včasih so tudi KM pripravljene na pogovor o neprijetnih situacijah.	
6-2c	Zelo dobrodošla je možnost razprave o odnosih s pacientom (ŠK – 1.letnik).	

7/3/Ž	Sedmi razgovor (avdio zapis št 06042007), Študent 3. letnik, Spol Ž	
1	Čustva vedno vključujem v svoje delo.	
1	Delo na kliničnih vajah je delo s čustvi.	
1	Emocionalno delo na kliničnih vajah je prisotno in pomembno	
1	Pogosto se moram pretvarjati in tlačiti svoja čustva.	
1	S svojimi čustvi vplivam na pacientova.	
1	Vedno poskušam narediti znosno situacijo.	
2-1	Pacienti se na MS zanesejo. Tudi od nas pričakujejo pomoč in podporo.	
2-2	Nanjo se navežejo in pričakujejo razumevanje.	
3-1	MS nudi čustveno podporo, je vedno dosegljiva, vedno na razpolago.	
3-1	Od moških se pričakuje, da niso čustveni ali vsaj, da čustev ne kažejo navzven.	
3-1	Ženskam je v zdravstveni negi lažje, drugače razmišljamo, imamo drugačen odnos do trpečih in pomoči potrebnih.	
3-2	MS je bolj dostopna od zdravnika, bolj čustvena.	
3-2	Sem pozitivna in imam občutek za delo z ljudmi.	
3-3	Moram biti pozitivna in obrniti situacijo pacientu v prid.	
3-4	Delo me zanima in mi leži.	
3-4	Svojega poklica se zelo veselim.	
3	Za pacienta narediš nekaj dobrega tebi pa je kot je.	
4-2	Jaz se trudim, da bi bila enaka s vsemi, prijazna, prijetna in jim prisluhniti.	
4-2	Razlike v obravnavi »težavnih in prijetnih« pacientov obstajajo.	
4-2	S »prijetnimi« je drugače, te imaš raje, bolj se potrudiš z njimi.	
4-2	S »težavnimi« pacienti ravnajo grdo, vzamejo jim še tisto malo dostojanstva, ki jim ga je ostalo.	
4-3	Obvladovanje čustev je precej naporno in vedno ne uspe.	
4-3	Pomoč v dobro pacienta je tudi napor.	
4-4	Zelo me prizadene, če sodelavci rečejo kaj slabega o meni	
4-5	Delo na kliničnih vajah je zagotovo stresni.	
4-5	Neprijetni dogodki me zelo pretresejo.	
4-5	Smrt otroka je zame zelo velik stres.	
4-5	Zaradi težkih situacij sem pogosto slabo spala.	
5-1	Pri emocionalnem delu mi je bilo v pomoč znanje, ki sem ga pridobila pri teoretičnem pouku, na primer pri etiki in zdravstveni negi.	
5-1	Pri učenju emocionalnega dela do neke mere pripomorejo teoretične vsebine.	
5-2	Pri emocionalnem delu mi je bilo v pomoč izkušnje, ki sem ga pridobila s prakso.	
5-2	Pri emocionalnem delu so mi bila v pomoč navodila kliničnih mentorjev in drugega osebja.	
5-2	Še pomembnejše so, po mojem, izkušnje, ki jih moraš doživeti.	

5-3	Osebję pogosto ne ravna skladno s svojim poslanstvom.	
6-2a	Pogovor s sošolci s podobnimi ali enakimi izkušnjami, mi je zelo pomagal.	
6-2a	Večinoma sem se o težavah na kliničnih vajah pogovarjala s sošolci.	
6-2b	Klinični mentorji so v glavnem pripravljene odgovarjati in pomagati, vsaj tisti s katerimi sem jaz sodelovala.	
6-2b	Pogovor s kliničnim mentorjem je tudi dobrodošel.	
6-2c	Šolski koordinatorji so manj dostopni, ponavadi že prej rešiš situacijo s sošolci ali kliničnimi mentorji	
	Ponavadi moram najprej umiriti sebe, šele nato rešujem situacijo.	

8/2/M	Osmi razgovor (avdio zapis št 06042008), Študent 2. letnik, Spol M	
1	Čustva moraš prikrivati, pacientu ne moreš kar tako povedati resnice.	
1	Čustva so prisotna, vendar ne smeš dovoliti, da ti pride pacient preblizu.	
1	Delo na kliničnih vajah je delo s čustvi	
1	Emocionalno delo je na kliničnih vajah prisotno in je zelo pomembno.	
1	Pogosto se izogibaš direktnega pogovora s pacientom o njegovem stanju.	
1	Tudi, če se s pacientom o nečem nisem strinjal, mu tega nisem povedal, da ga ne bi ranil.	
1	Učili so me, da pacientu ne smeš pustiti preblizu.	
1	Z emocionalnim delom vplivamo na pacienta, ki se zaradi tega boljše počuti.	
2-2	Pacienti pričakujejo, da si vzameš čas, da jih obravnavaš kot sebi enake in jim pomagaš	
2-2	Pomembno je uresničiti pričakovanja pacienta.	
2-2	Veliko pričakujejo; znanje, posredovanje, razumevanje...	
3-1	Ljudje vidijo zdravstveno nego kot žensko delo.	
3-1	Sam se odločaš ali se boš obnašal kot moški (kar nekako pričakujejo od tebe), ali boš dovolil čustvom, da pridejo na dan.	
4-1	Zaposleni se z ukvarjajo z rutino in jim za poglobljen odnos zmanjka časa.	
4-2	Nam študentom je lažje, ker imamo več časa in se lahko vanje poglobimo.	
4-2	Ob »prijetnih« pacientih so drugačni.	
4-2	Odnos do težkih pacientov ni pravi.	
4-2	Razlike so opazne.	
4-2	Zaposleni se grdo obnašajo do njih (so grobi), jim namenjajo čim manj časa; pacienti to opazijo.	
4-3	Zadrževanje stisk s katerimi se srečuješ na kliničnih vajah je naporno.	
4-4	Čustva vplivajo tudi na medsebojne odnose in klimo na oddelku	
4-4	Dobro je, če se pogovoriš z nepristransko osebo.	
4-4	Tutorji niso najbolj primerni, bolj se mi zdijo primerni sošolci. S tutorji urejamo druge zadeve.	
4-4	Zelo pomemben je medsebojni odnos, ki ga ustvariš s pacientom.	
4-5	Delo s čustvi je naporno.	
4-5	Nekatere zgodbe so hude in o njih razmišljaš tudi doma.	
4-6	Nismo bili dovolj pripravljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	
4-6	Zelo me je prizadela smrt pacienta, ki mi je bil blizu.	
5-1	Teoretične vsebine so delna osnova za učenje emocionalnega dela.	
5-1	Učenje emocionalnega dela skozi teorijo.	

5-2	Emocionalnega dela sem se učil z izkušnjami.	
5-2	Izkušnje se mi zdijo zelo pomembne pri emocionalnem delu.	
5-3	Na oddelku včasih to tudi zahtevajo. Taka navodila dobiš.	
6-1	Poskusil sem ne misliti na to, delati kaj drugega pa ni šlo.	
6-2a	Pomagal mi je pogovor s sošolci, ki so imeli podobne izkušnje.	
6-2b	Pogovarjal sem se s kliničnim mentorjem.	
6-2c	Tudi na šolskega koordinatorja sem se obrnil.	

9/3/m	Deveti razgovor (avdio zapis št 06042002), Študent 3. letnik, Spol M	
1	Čustva je treba urejati glede na situacijo	
1	Čustva uravnavaš glede na situacijo	
1	Delo s čustvi je pomembno predvsem z vidika pacienta	
1	Skušamo biti prijazni	
1	Včasih čustva prikrivamo v korist pacienta – se pretvarjamo	
2-1	Pacienti pričakujejo pozitiven odnos, znanje; zadovoljni so, če se jim posvečamo.	
2-2	Nepopisen je občutek, ko ti dajo vedeti, da si jim polepšal dan	
3-4	Že kot otrok sem se zanimal za področje. Končal sem srednjo zdravstveno šolo in sedaj sem tu	
4-1	Na kliničnih vajah sem se srečeval z vprašljivimi metodami obvladovanja »težavnih« pacientov (na primer vezanje, pomirjevala brez upravičenega razloga ...)	
4-2	»Prijetne« paciente definitivno drugače obravnavajo.	
4-2	Nam je tudi lažje, saj če pri nekom ne uspemo, ga lahko predamo osebju	
4-2	Nam je tudi lažje, saj če pri nekom ne uspemo, ga lahko predamo osebju	
4-2	Niso vsi pacienti enaki in tudi odnos osebja do njih ni vedno enak	
4-2	Študenti poskušamo ne delati razlik	
4-2	Včasih je tudi osebje agresivno, do pacientov.	
4-2a	Pogovor o dogodku s sošolci, izmenjava mnenj in izkušenj	
4-3	Niso vsi pacienti enaki in tudi odnos osebja do njih ni vedno enak	
4-4	Mlajši imajo boljši občutek za delo z ljudmi	
4-4	Od tvojega pristopa je odvisna reakcija pacienta	
4-4	Odnos s pacientom je vzajemen; od tvojega pristopa je odvisna njegova reakcija.	
4-4	Potreba po usmerjanju študentov v razmišljanje o čustvih	
4-4	Starejši se včasih ne znajo obvladati, tudi do sodelavcev ne	
4-5	Kasneje spoznaš, da je smrt neizbežen dogodek	
4-5	Srečanje s smrtjo, nepozaben dogodek	
5-1	Praktične usmeritve v okviru predmeta zdravstvene nege	
5-1	Primerno se mi zdi delo v skupinah in simuliranje resničnih dogodkov, ki so možni v okviru kliničnih vaj	
5-1	Teoretično znanje in usmeritve pri nekaterih predmetih	
5-3	Upoštevaš nenapisana pravila o pristopu k pacientu	
6-2a	Podpora sošolcev, sodelavcev, okolja itd	
6-3	Meni zelo pomaga sprostitvev, privoščim si počitek in tišino in morda tek za sprostitvev	
6-3	Udeležujem se tudi hospicovih delavnic	
6-4	Pogovor pomaga, da tega ne zadržuješ v sebi in ne nosiš domov	
6-4	Usmerjanje v razčiščevanje pojmov, ki niso vsakdanji – podobno kot ta pogovor	

ZBIRNIK KATEGORIJ

1. EMOCIONALNO DELO – definiranje emocionalnega dela tako kot ga doživljajo študenti
2. EMOCIONALNO DELO JE PSIHO-SOCIALNI PROCES
 - 2-1 Zagotavljanje pacientu prijetnega okolja
 - 2-2 Želja po vzpostavitvi dobrega, prijateljskega odnosa, ki izraža naklonjenost
3. LIK MEDICINSKE SESTRE
 - 3-1 medicinska sestra je ženski poklic
 - 3-2 emocionalno delo je samoumevna lastnost žensk
 - 3-3 medicinska sestra je dobra, potrpežljiva, vedno prisotna in pripravljena pomagati
 - 3-4 razlogi za študij zdravstvene nege
4. OMEJITVE PRI IZVAJANJU EMOCIONALNEGA DELA
 - 4-1 pomanjkanje časa, preobremenjenost osebja
 - 4-2 »prijetni« in »težavni« pacienti
 - 4-3 delo s pacienti in njihovimi svojci je naporno
 - 4-4 ostali medsebojni odnosi
 - 4-5 stres
 - 4-6 poudarek je na medicinsko tehničnih postopkih
5. UČENJE EMOCIONALNEGA DELA
 - 5-1 znanje pridobljeno v procesu pridobivanja teoretičnega znanja
 - 5-2 znanje in izkušnje pridobljene v procesu pridobivanja praktičnega znanja
 - 5-3 eksplicitna in implicitna navodila za emocionalno delo
6. STRATEGIJE OBVLADOVANJA
 - 6-1 umik – vzpostavitev distance
 - 6-2 obvladovanje s pomočjo
 - 6-2a pomoč in podpora sošolcev
 - 6-2b pomoč in podpora kliničnih mentorjev
 - 6-2c pomoč in podpora šolskih koordinatorjev
 - 6-3 sprostitvene tehnike