

DUŠEVNO ZDRAVJE, SPOL IN ČUSTVA
BOLNIC Z ANOREKSIJO NERVOZO

DUŠEVNO ZDRAVJE, SPOL IN ČUSTVA BOLNIC Z ANOREKSIJO NERVOZO

EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

UVOD

Duševno zdravje pri otroku po mnenju Kosove (1999: 88-104) pomeni stanje, ki ga lahko opredelimo s pomočjo kriterijev, kot so: notranje psihično stanje, ki vključuje srečo, dobro počutje in zadovoljstvo, odnose in delovanje med ljudmi in v šoli ter razvoj, ki ga označuje doseganje psihosocialnih razvojnih obdobij v enaki starosti kot večina otrok, prav tako pa tudi sposobnost vključevanja različnih izkušenj v pozitivni osebnostni razvoj. Duševno zdravje sestavlja po njenem mnenju tudi uspešno obvladovanje raznih nalog, težav in obremenitev na poti odrasčanja. Strokovnjaki v zadnjem času vse bolj povezujejo telesno (biološko) in socialno dogajanje z duševnim zdravjem. To skupno stanje poimenujejo psihosocialno zdravje oziroma psihosocialne motnje, če gre za težave.

Pomembno vlogo pri razvoju duševnega zdravlja imajo otrokova družina, okolje, šola, družba in mediji. Prav vsi omenjeni dejavniki pa imajo zelo pomembno vlogo tudi na vseh področjih, ki vplivajo na nastanek, potek in preventivo težav na duševnem področju. Najpomembnejša med vsemi je družina, v kateri dobiva otrok pomembna sporočila o svojem telesu, o svojih sposobnostih, o zunanjem svetu. »Način, na katerega dojemamo in občutimo svoje telo, reflektira naše doživetje sveta, naš odnos do sveta« (Zaviršek 1995: 67). Po mnenju strokovnjakov je lahko neustrezna družina izvir otrokovih težav. Za otroka, ki odrasča, je bistven odnos, v katerem se prepletajo lastnosti, ki jih je podedoval od staršev, z vplivi iz okolja. V družini ima vsak družinski član svojo vlogo, ki je določena z mnogimi dejavniki. Mogoče je, da starša pretirano navezujeta otroka nase, mogoče je, da otrok izpolnjuje zahteve staršev, ki jih sama nista mogla izpolniti. Mogoče je,

kot piše Sternadova (2000: 13), da starša otroku otežujeta odrasčanje s pretirano zaščito pred zunanjim svetom, z zahtevami do njega, s pretiranim čustvenim navezovanjem nase in s (pre)velikimi pričakovanji.

Kot praktik s področja zdravstvene nege se srečujem z otroki, ki so bili ali so še izpostavljeni izrazito neugodnim življenjskim razmeram, pa kljub temu ostanejo duševno zdravi. Na duševno zdravje ima velik vpliv izmenjalni odnos, interakcija med otrokom in okoljem (družina, šola, socialno okolje itn.), ne pa samo posamezna neugodna življenjska okoliščina oziroma situacija. Potemtakem je duševno zdravje rezultat socialnih dejavnikov v okolju, ki delujejo na posameznika, in rezultat medsebojnih odnosov, ki se prepletajo s posameznikovimi lastnimi odločitvami in akcijami v življenju. Psihoterapevtka Moira Walker (v Zaviršek 1995: 71) poudarja, da razlogov za motnje hranjenja ne smemo iskati le v družini, ki je po njenem mnenju le del problema. Drugi del, tako Walkerjeva, prihaja iz družbenega okolja, v katerem ženske živijo.

Otroška psihiatrinja Pregelj (1986: 563-579) meni, da kljub težnji po določeni zapovrstnosti v osebnostnem razvoju obstajajo v mejah zdravega tudi normalne razvojne variacije. Prav tako kot na telesnem področju lahko tudi na področju osebnostnega razvoja pride do zaostankov oziroma prehitevanj oziroma vračanj (začasnih) na prejšnjo stopnjo razvoja. Tudi v obravnavi motenj hranjenja (anoreksije nervoze) opažamo, da se bolnice vrnejo na nižji nivo čustvovanja, oblačijo bolj otroška oblačila, rade imajo ob sebi mehke, plišaste igračke, hlepijo po »crkljanju«, rade imajo, da jih starši vzamejo v naročje, v večini primerov pogrešajo telesni kontakt. Z vračanjem zdravlja (boljše telesne teže) se izboljša tudi čustveno stanje in navadno postane bolj primerno starosti.

V praksi opažamo, da je treba bolnice začeti hraniti prav počasi, po žličkah, da jim postopoma uvajamo novo vrsto hrane, skratka, da začnemo vse od začetka. Podobno kot v intencionalni in oralni fazi razvoja od rojstva pa do prvega leta starosti. Ali je to morda znak in dokaz, da so prej omenjena obdobja razvoja »slabo prehodile«, da je prišlo do motenj na čustvenem področju med materjo in otrokom, da ne morejo v svojem razvoju naprej, dokler ne »popravijo« napak za nazaj?

Meje med različnimi razvojnimi obdobji niso ostro začrtane. Lahko se prekrivajo ali zastanejo na prehodu enega obdobja v drugega. Ravno zato ocenjujem, da je potrebno daljše opazovanje in vrednotenje posameznih otrokovih dosežkov oziroma težav. Če bi namreč prehitro ocenili, da gre pri otroku za duševno bolezen in bi s tem dobil tudi psihiatrično diagnozo, bi mu lahko na življenjski poti precej škodovali. Čeprav psihiatrija ni več obrobna veja v medicini, ima med ljudmi in v javnosti psihiatrična diagnoza še vedno preveliko težo. Zato je velika odgovornost na strokovnjakih, ki ocenjujejo, diagnosticirajo in vrednotijo otrokov duševni razvoj.

ŽENSKES IN DEKLETA POGOSTEJE ZBOLIJU ZA ANOREKSIIJO KOT MOŠKI

Veliko literature opisuje nastanek, znake, vzroke, potek, zdravljenje anoreksije nervoze. Kolikor je strokovnjakov, toliko je tudi različnih razlag. Neizpodbitno dejstvo pa je, da zboli več žensk kot moških (Rener 1998: 56). Sternadova (2000: 9) opisuje, da ima Phyllis Chesler (v Busfield: 1996) razlago za vpliv spola na duševne motnje. Njena analiza temelji na vprašanju, »kako definirati obnašanje, pri katerem je najpomembnejše razumevanje razlik v motnjah glede na žensko oziroma moškega«. Ugotavlja, da so moški manj pogosto označeni kot duševno moteni, čeprav so kot taki strokovno spoznani. Busfield (*ibid.*) pravi, da nekatere diagnoze niso nevtralne glede na spol, saj so mnogi vidiki duševnega življenja pogojeni z njim (npr. anoreksija, ki prevladuje pri mladih dekletih). Meni, da je nevtralnost spola pri duševnih boleznih samo površinska. Pod površino opazi indirektno povezavo med spoloma. Prav tako navaja, da je najti več primerov depresije, anksioznosti, prehranjevalnih motenj in fobij pri ženskah ter več primerov alkoholizma in jemanja mamil pri moških.

Tudi za naše okolje velja, kot piše Zavirškova (1995: 73), da se ženske odločajo za tiste vrste odvisnosti, ki jih mnogi imenujejo kar »tiha odvisnost«, v mislih pa imajo motnje hranjenja. S tem ženska ostane »tiha in mirna, tako kot ji predpisujejo spolno asimetrične vloge. Vrste odvisnosti, ki so sprejemljive za ženske, so tiste, kjer ženska ne postane agresivna in kjer zase ne zahteva enakih možnosti v občem diskurzu dvojne morale. Ženske svoje probleme pogosteje izražajo na načine, s katerimi ranijo sebe in svoje agresivnosti ne usmerjajo v druge. Pomembno je, da ostane odvisnost kolikor mogoče skrita in za druge nemoteča.« Duševne stiske žensk so povezane z njihovim vsakdanjim življenjem, v katerem doživljajo stresse kot matere, žene, delavke. Renerjeva (1998: 59) meni, da feministične razlage umeščajo anoreksijo v kontekst »družbene podrejenosti žensk in vidijo zvezo med histerijo v 19. stoletju, depresijo v 20. stoletju in anoreksijo v poznem 20. stoletju kot izrazi strukturnih omejevanj žensk. Zato anoreksije ne gre interpretirati v območju osebnih zgodovín in zasebnih razmerij. To, kar je pri anoreksiji posebno in tragično, je to, da se v svetu, ki se ni spremenil v svojih temeljnih, strukturno patriarhalnih dimenzijah, od žensk pričakuje, da so uspešne in prilagojene. In to tudi so, le da je cena visoka: pojediti morajo svoje lastne otroke.«

Nekateri strokovnjaki so mnenja, da narašča število moških, ki sedajo k mizi obremenjeni z razmišljanjem o hrani. Gordon (v Sternad 2000: 4) se sprašuje, ali niso moški s težavami na področju motenj hranjenja morda spregledani.

Zanimivo je razmišljanje Aleksičeve (2001: 315) o pojavu motenj hranjenja: »Telo, ki ne ustreza modernim predstavam o 'zdravem' in lepem, predvsem pa vitkem telesu (ki torej odstopa od takšnih, medijsko posredovanih predpisov), je tisto, čigar lastnik ne premore dovolj šne stopnje samo-nadzora, je 'avtor nerealiziranega projekta', je torej družbeno neuspešen. Strogi dietični režimi imajo funkcijo drugim izkazovati visoko stopnjo samo-nadzora, katerega znak je prav vitko telo. Debelost pa, nasprotno, kaže na požrešnost, hedonizem, predvsem pa na pomanjkanje samo-nadzora in samo-discipline (Lupton 1996). Zelo radikalna oblika do skrajnosti prignane konformistične želje po discipliniranju lastnega telesa in s tem po pridobitvi popolnega nadzora nad upravljanjem lastnega življenja so motnje hranjenja (anoreksija, bulimija).«

Nekateri avtorji in strokovnjaki na tem področju menijo, da gre za problem uveljavljanja žensk v sodobni družbi. Pri obravnavanju motenj hranjenja s sociokulturnega vidika strokovnjaki vidijo pomen stisk, konfliktov in dilem, ki so aktualni v družbi.

Nad žensko se zgrinjajo razna sporočila, povezana z zgodovinsko vlogo pripravljanja hrane. Pripravljala jo je v preteklosti in jo pripravlja še danes. Pomembna razlika je v tem, da je danes ne sme uživati oziroma mora kljub temu ostati vitka in popolna. »In če so se ženske v času svoje socializacije naučile, da zadovoljujejo potrebe drugih, in redkeje, da poslušajo svoje potrebe« (Zaviršek 1995: 70), ne preseneča podatek nekaterih raziskav o občutkih lastne vrednosti pri ženskah in moških – večina žensk ima izjemno nizko samozavest in izjemno malo občutkov lastne vrednosti (*ibid.*).

ČUSTVA BOLNIC Z ANOREKSIO NERVOZO IN EMOCIONALNO DELO ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Bolnice z anoreksijo nervozo večina ljudi doživlja kot vzvišene, neprijazne, nedostopne, ošabne, čustveno hladne in nepremagljive v šolskih sposobnostih. Same se počutijo drugače. Želijo si stikov z vrstniki, želijo si družbe sošolcev, sproščene klepetanja, vendar s svojo zazrtostjo vase odbijajo ljudi. Na učnem področju dosegajo velike uspehe, zato jih sošolci pogosto odklanjajo, saj jih doživljajo kot »piflarke«, pogosto pa so lahko tudi ljubosumni na njihovo znanje, pridnost, sposobnost. V učenje vlagajo ogromno truda, nikoli niso zadovoljne s seboj. Uničujoči občutek, da premalo obvladajo snov za šolo, jih dobesedno oklesti. Zato v skrajnih primerih tudi povsem opustijo hranjenje in čas, ki bi bil namenjen za to, namenijo za učenje. Bolj ko se poglobljajo v razne aktivnosti, bolj se znižuje telesna teža. Preden okolica opazi njihovo hujšanje, je lahko stanje že zelo problematično. Dekleta, ki zbolijo z anoreksijo nervozo, se po mnenju Renerjeve (1998: 55) v bistvu upirajo »razmerjem moči in opresijam v maškaradi skrbi in medsebojne ljubezni, ki ne da dihati.«

Strokovnjaki na področju motenj hranjenja, med njimi Colclough (1997), ugotavljajo, da ob izgubi telesne teže ni problem v hrani, pač pa v

tem, kar hrana nadomešča. Po njegovem mnenju (ne)hranjenje uporabljamo za »zdravljenje« čustev. Opisuje nujno razlikovanje med tem, kaj je uveljavljanje lastne volje, kaj pa jeza. Njegov nasvet za ozdravitev je, da si dopustite čutiti in iskreno izražati občutke.

Različni strokovnjaki (med njimi Breclj 1995: 77–88; Hrovatič 1996: 3–5) menijo, da je pomembna značilnost anoreksije nervoze namerno stradanje, vsaj na začetku. Začne se kazati kot motnja prehranjevanja, v resnici pa je izraz globokih čustvenih in psihičnih stisk. Renerjeva (1998: 56) opisuje stiske pri mladostnicah s sociološkega vidika kot poskus nadzora nad lastnim telesom, kot boj za samostojnost in neodvisnost v družini. Po njenem mnenju je mogoče anoreksijo »razumeti kot izbor, kot osebno strategijo za doseganje avtonomije« (*ibid.*). Avtorica ugotavlja, da dejanja ob hranjenju pri anoreksiji (hujšanje, bruhanje) ne pripeljejo anoreksične bolnice do psihične sproščenosti, ampak do psihične odvisnosti od postopkov samih (*ibid.*). Istočasno pa so dejanja ob odklanjanju hrane dokaz sprejemanja družinske fasade in s tem, ko odkloni hrano in prehranjevalni način v družini, »udari v samo jedro simbolnega, v skupno mizo in kaže natanko to, kar bi v urejeni in povezani družini moralo ostati skrito« (*op. cit.*: 58–59), namreč, da v družini ni vse tako, kot bi moralo biti.

Brecljeva (1995: 77–88) opisuje čustva bolnic v strokovni literaturi, ki se ujemajo z ugotovitvami iz moje lastne, vsakodnevne prakse na bolniškem oddelku:

- doživljajo občutke neučinkovitosti
- so pogosto jezne, negativistične, nezaupljive, manipulativne, v začetni fazi zdravljenja tudi kverulantne
- se navzven kažejo odločne, samozavestne, v sebi pa so preplašene in krhke in zelo ranljive in občutljive na pripombe iz okolice
- si informacije o lastnem telesu in pripombe iz okolice napak predstavljajo (pripombo, da je presuha, lahko razume, kot da ji drugi ne privoščijo »lepega« telesa ali kot zavist, ki jo povzroča njihovo »lepo« telo; zgrožene poglede mimosidočih si predstavlja kot pohvalo in občudovanje)
- so običajno vase zaprte, poznajo pravila lepega vedenja, močno se trudijo za pohvalo in uspeh v šoli, za naklonjenost učiteljev, za naklonjenost staršev ipd.
- se tudi v najbolj shujšani fazi vidijo predebele.

Ko se deklice z omenjenimi lastnostmi srečajo na poti odrasčanja s težavami, ki jih same težko obvladajo, včasih tudi pozitivne lastnosti iz prejšnjega odstavka ne morejo postaviti dovolj trdne obrambe pred pojavom stisk, ki lahko vodijo v anoreksijo (*ibid.*).

Bolnica, ki je bila na zdravljenju, je povedala, da je hrano odklanjala zato, ker je želela staršem sporočiti, da je niso imeli dovolj radi, torej so jo prizadeli in jih je želela kaznovati z odklanjanjem hrane. Zaupala je, da je to počela zaradi nesporazumov v svojem domačem okolju. Počutila se je čustveno prikrajšano in čustveno nezadovoljeno.

Druga bolnica je v času zdravljenja zaupala, da je hrano odklanjala, ker ni želela odrasti. Ni želela postati odrasla ženska, ker bi morala postati podrejena moškemu, ogromno bi morala delati v službi, tako kot njena mama. Poleg tega bi morala zelo veliko delati tudi doma, istočasno pa bi od nje pričakovali (predvsem partner), da mora biti vedno skrajno urejena in njemu vedno na voljo. Zato je želela ostati na stopnji otroka.

ČUSTVENO DELO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV PRI DELU Z BOLNICAMI Z ANOREKSIO NERVOZO

Ko se pri deklici oziroma mladostnici med seboj prepletejo težave zaradi ranljivosti, prikrajšanosti v zgodnjem obdobju, specifične družinske situacije in specifične življenjske situacije z negotovostmi v okolju, polnimi dvojnih in dvoumih sporočil, lahko zdravstveno stanje zaradi izgube telesne teže postane zelo resno. Pokaže se potreba po odločni obravnavi. Praktične izkušnje kažejo, da je pri veliki večini potrebna bolnišnična obravnava, kajti preden se bolezen pokaže kot velika izguba telesne teže, se motnja že nagiba h kroničnosti, družina pa ni več kos reševanju težav.

Takrat se z bolnicami srečajo tudi zaposleni v zdravstveni negi. Za medicinsko sestro in zdravstvenega tehnika je delo z anoreksičnimi bolnicami čustveno izjemno zahtevno delo. Treba je pristopiti z veliko potrpežljivosti, nežnosti, razumevanja, prijaznosti, topline in odločnosti. Poleg

svoje profesionalne vloge medicinska sestra ali zdravstveni tehnik prevzame tudi vlogo mame. V obravnavi anoreksične bolnice naleti na odpor, agresijo, sovraštvo, nejevoljo, jezo, strah in ljubezen, kar je pogosto namenjeno pravim materam. Zahtevno in odgovorno delo postane polno čustvene napetosti. Izražanje in izkazovanje razumevanja za stisko ob težavah bolnice, hkrati pa nemojna odločenost glede potrebnega hranjenja so vsaj v začetni fazi zdravljenja najtežja naloga medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v procesu zdravstvene nege. Če zaposlenemu osebju uspe zastaviti tak odnos ob podpori tima zdravstvene nege, vodje in staršev, je tudi izvajanje zdravstvene nege lažje in bolnica razume, da ji želimo pomagati. Nadaljevanje zdravljenja je odvisno od tega, kako bo vzpostavljen odnos med zdravstvenimi delavci in starši, kajti nujno je, da pridobimo starše za sodelavce v terapiji. Brez tega namreč ni mogoče dobro opravljati oziroma izvajati pomoči. Zaupljiv odnos oziroma terapevtska interakcija se s tem utrdi in gradi dober odnos tudi s starši in med bolnico in starši skupaj. Zaposleni v zdravstveni negi imajo pomembno vlogo pri doseganju terapevtskega cilja. Ob vsem tem medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik opravljata še vlogo sodelavke, vlogo medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika na relaciji do ostalih bolnikov, vlogo matere lastnim otrokom in vlogo žene, vlogo enakovrednega sodelavca v timskem planiranju terapevtskega plana in načrtovalca zdravstvene nege. Iz izkušenj vem, da je potrebno trdno sodelovanje sodelavcev v procesu zdravstvene nege.

Julija 1985 je tedanji generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije H. Mahler zapisal: »Če bi milijoni medicinskih sester iz tisoč različnih okolij uskladile svoje ideje in prepričanja o primarni zdravstveni negi in se nato povezale, bi lahko skupno močjo vplivale na spremembe« (v Lahiff *et al.* 1998: 19). Take moči se v praksi zdravstvene nege redko zavemo. Emocionalno delo medicinskih sester kot nujna in nepogrešljiva sestavina celotnega dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je pogosto nepriznana in slabo plačana.

Čustveno delo opisuje Jamesova (1989: 15-42) kot del skrbi žensk za dom. Čeprav se družbena regulacija čustev zgodi skozi čustveno delo, je ta oblika dela po njenem mnenju izolirana od drugih oblik dela, zelo slabo dokumentirana in ne dovolj raziskana. Meni, da je to zato, ker na čustveno delo gledamo kot na naravno, nekvalificirano

žensko delo, ker je neplačano in zastrto pred očmi javnosti. Zato pomen in vrednost emocionalnega dela pogosto ignoriramo. Tudorova (v *loc. cit.*) pravi, da so ženske že po naravi boljše za »delo« s čustvi drugih ljudi, ker so same ravno tako že po naravi bolj čustvene. Vendar poudarja, da to ne pomeni, da so nezanesljive. Na drugi strani so moški bolj odgovorni za to, da v ekonomskem smislu skrbijo za družino, medtem ko ženske poskrbijo, da je doma vse v redu in da skrbijo za otroke. Avtorica to obrazloži, da je razdelitev čustvenega dela predvsem rezultat kapitalističnega načina produkcije – razdor v družbi med osebnimi občutki in ekonomsko produkcijo se je začel z delitvijo dela med spoloma. Ženske so opravljale bolj čustvena dela, moški pa so se borili za existenco. Potemtakem je vloga ženske, da predvsem skrbi za čustveno toplino in stabilnost, da ohranja dobre odnose med družinskimi člani in da obdrži družino skupaj. Vsebina čustvenega dela doma je sestavljena iz rutinskega dela, s poudarkom na tem, da je vedno »na voljo«. Čustveno delo je fleksibilno in organizirano tako, da se lahko odzove na potrebe drugih. Da bi bila ženska pri tem uspešna, mora najprej razumeti in pravilno interpretirati potrebe drugih, drugič, izbrati mora pravi odgovor oziroma pravo reakcijo na potrebe drugih, tretjič, izbrati mora pravi pristop, da znotraj neke skupine pravilno reagira in pri tem ne poškoduje odnosov z drugimi člani skupine, četrtič, delo si mora razporediti v takem ritmu, da lahko opravi še vse ostale obveznosti. Pomembno je poudariti, da čustveno delo prav tako zahteva naučene spretnosti kot fizično delo. Že samo sedenje s kom, ki je žalosten, osamljen, prestrašen ali ga kaj boli, je zelo izčrpavajoče in zahteva pravilno reakcijo. Zahteva veliko empatije, humorja. Po takem delu si moramo ravno tako kot po fizičnem delu odpočiti. Emocionalno delo zahteva veliko organizacije, predvidevanj, načrtovanja, časovnega usklajevanja in raziskovanja. To ni stvar preprostega postavljanja pravil in urnikov. Zahteva zavzeto poslušanje, prisotnost, pogovarjanje, čakanje v negotovosti. Graham (v *loc. cit.*) opisuje to izkušnjo skrbi kot zelo nespecifično, nedefinirano delo, ki se neprestano spreminja. Hkrati pravi, da tega ne moremo razumeti objektivno ali abstraktno, temveč samo skozi subjektivno izkušnjo. Pri tem je še zlasti pomembno, da je produkt dela viden. Neprijetno je, če je tako delo opaženo samo takrat, kadar se zgodi kaj slabega. Avtor pravi, da zgodovinski pogled na čustveno

delo pove, da je bilo to delo opaženo takrat, ko je zavzelo negativno obliko, ne pa takrat, ko je bilo pozitivno, na primer, ko se je nekdo spremenil na bolje in podobno.

Emocionalno delo na oddelkih, ki se ukvarjajo z zdravljenjem motenj hranjenja, je bistveni del vsakdanjega dela. Bolniki potrebujejo res veliko pozornosti, nežnosti, prijaznosti, odločnosti. Pri delu z bolniki je treba včasih izpustiti kakšno rutinsko delo in se pogovoriti z njimi, njihovimi starši, svojci, jim prisluhniti in posvetiti čas. Ravno v tem je velika razlika med osebnim in neosebnim pristopom v podobnih okoljih. In ravno pri tem pride na dan bistveni del emocionalnega dela z bolniki. Jamesova (*op. cit.*) opisuje razliko med čustvenim delom doma in na delovnem mestu: doma lahko poleg pogovarjanja z družinskimi člani postorimo kakšno delo oziroma manjša hišna opravila, medtem ko tega pri delu s psihiatričnimi bolniki ne moremo. In tudi že samo dejstvo, da se moramo pogovoriti z bolnikom in njegovo družino, kar navadno traja dlje, pomeni, da morajo ostali bolniki počakati in ravno tako njihove družine. Včasih je to težko, zato so delavci pod velikim pritiskom. Veliko časa je porabljenega za to, da se prebije strahove ljudi in pripravi model dela, ki bi lahko pomagal. »Čustveni delavci« morajo biti vedno na voljo in zelo spontano, osebno in profesionalno reagirati. Pomanjkanje časa in ljudi je v takih primerih zelo stresno. Čustvenega dela se ne da natančno meriti zaradi fleksibilnosti in zahtevnosti.

Jamesova tudi meni, da je čustveno delo zelo podcenjeno in da so spretnosti čustvenega dela zgolj »domače spretnosti«, večinoma opravila, ki jih ženske delajo doma. Ugotavlja, da sta zato tudi organizacija izobraževanja in plačilni sistem tega dela zelo neadekvatna, zato je to delo minimalno ovrednoteno. Pri tem je zanimivo, da so izkušnje in znanje pri emocionalnem delu izjemno pomembne, kajti spretnosti za opravljanje emocionalnega dela pridobiš s časoma. Izobraževanje, kot rečeno, ne daje pravih možnosti za učenje opravljanja emocionalnega dela.

Avtorica naprej ugotavlja, da je na ravni menedžmenta zaposlenih zelo malo žensk, na področju čustvenega dela pa zelo malo moških. Meni, da so ženske zaposlene v poklicih, kjer je veliko čustvenega dela, predvsem zaradi svoje spretnosti pri delu s čustvi in občutki drugih ljudi, vendar jim tega dela nihče ne prizna, medtem ko imajo dobro plačani, pogosto moški profesionalci

leta in leta izobraževanja, da bi se naučili »službeno« upravljati s čustvi. Med profesionalci izpostavlja psihiatre, za katere meni, da so deležni vsega prestiža za delo pri kontroli čustev, vendar je velika večina njihovega dela postorjena s strani nepriznanih, premalo plačanih žensk. Zakaj je čustveno delo manj vredno? Jamesova ugotavlja, da naj bi bilo koristno delo tisto, kjer so občutki zelo kontrolirani in kjer so nezaželene oblike dela sankcionirane. Torej sta agresija in občutljivost potisnjeni na stran, da bi bil dosežen čim večji dobiček za podjetje. Čustveno delo, ki ga sestavljajo predvsem poslušanje, pristnost, toplina, ne more biti tako preprosto merljivo, pa tudi ne časovno definirano.

Na področje dela zdravstvene nege pa se v zadnjem času vendarle vključuje tudi čedalje več moških, ki jih delo z bolniki – podobno kot ženske – zavezuje k opravljanju emocionalnega dela.

REZULTATI

Raziskavo o emocionalnem delu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov sem izvedla na Pediatrični kliniki v Ljubljani, na oddelkih, ki se ukvarjajo z diagnosticiranjem in zdravljenjem anoreksije nervoze. Sodelujoči s področja zdravstvene nege so pristopili z zanimanjem. Anketo so izpolnjevali anonimno, vrnili so jo v dveh dneh. V poznejšem pogovoru s sodelujočimi sem izvedela, da si želijo podobnega sodelovanja v zvezi z njihovim emocionalnim delom, da si želijo pogovorov, dodatnih izobraževanj in podobno. V pogovorih s sodelujočimi v anketi pogosteje spontano prihaja do pogovorov v zvezi z zdravstveno nego bolnic z anoreksijo nervozo kot pa do pogovorov v zvezi z zdravstveno nego ostalih bolnikov. Menim, da tudi to kaže na to, da je zdravstvena nega bolnic z anoreksijo posebno zahtevno področje v zdravstveni negi in emocionalno zelo zahtevno delo. Med drugim tudi zato, ker to delo zahteva – tako Jamesova (*op.cit.*) –, da tisti, ki delo opravlja, vanj vložijo del sebe, da se osebno posveti temu delu, hkrati pa zahteva ustvarjalen pristop, ki ga pridobiš z dolgoletnimi delovnimi izkušnjami. Dodatno izobraževanje si želi vseh štirinajst sodelujočih v raziskavi. A formaliziran pristop v takih primerih ni pravi način. Za opravljanje emocionalnega dela osebe za zdravstveno nego potrebuje čas, ki ga po časovnem normativu za zdravstveno nego bolnic z anoreksijo nima.

Problem je zelo aktualen in prisoten v praksi pri načrtovanju in vsakodnevnem organiziranju službe.

SPOL ANKETIRANCEV

V raziskavi je sodelovalo 13 medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnic in 1 zdravstveni tehnik. Čeprav je število sodelujočih v anketi manjše, lahko ugotovimo, da se zaposlujejo tudi moški na področju zdravstvene nege. Raziskava je bila opravljena na dveh oddelkih, ki se ukvarjata med drugim z zdravljenjem anoreksije nervoze. Člani tima za zdravstveno nego sodelujejo tudi z zdravniki pediatri, psihiatri, psihologi, pedagogi, socialnimi delavci, dietetičarko itn.

IZOBRAZBA ANKETIRANCEV

V raziskavi je sodelovalo 13 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov s srednjo izobrazbo in 1 medicinska sestra z visoko izobrazbo.

DELOVNA DOBA

Velika večina sodelujočih v anketi je zaposlenih od 5 do 33 let, kar pomeni, da imajo zelo veliko delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege. Izkušnje so pomembne tudi po mnenju Jamesove (1989: 15–42), saj pravi, da starejše sestre prevzamejo pomembno vlogo na oddelku – v odnosu do sodelavk, ki jim v ključnih trenutkih lahko ponudijo emocionalno podporo, in v odnosu do bolnika, ki čuti več zaupanja do sestre, ki ima dolgoletne izkušnje.

KOLIKO ČASA

SE PRI DELU ŽE SREČUJEŠ Z BOLNICAMI Z ANOREKSIO NERVOZO?

5 sodelujočih v anketi se pri delu srečuje z bolnicami z anoreksijo nervozo manj kot 5 let, 9 sodelujočih pa od 5 do 35 let.

KAKŠNA ČUSTVA TE OBIDEJO PRI BESEDI ANOREKSIOJA NERVOZA?

Velika večina anketiranih občuti žalost. 7 jih občuti naklonjenost, kar je ugodno za začetek terapevtskega procesa, enako število jih občuti zadrego, kar je presenetljivo, saj imajo dolgoletne izkušnje na področju zdravstvene nege. Jeza in strah jih obideta v 6 primerih, kar se običajno tudi v vsakdanjem življenju pogosto prepleta. Razlago za jezo, ki se pojavlja pri osebnosti, lahko poiščemo v pisanju Zavirškove (1995: 74–75), ki pravi, da je zdravljenje motenj hranjenja tako težka naloga zato, ker je za mnoge, »ki so odvisne od hrane, malo upanja, da bodo živele brez te odvisnosti. To povzroča pri tistih, ki zdravijo, mnoge občutke nemoči in jeze, saj se navkljub želji po ozdravitvi in zavzetosti nič ne spremeni.« Samo 3 sodelujoči občutijo naveličanost, po 2 sodelujoča občutita ljubezen in pozitivno energijo. Čustveno doživljanje je še posebno pomembno za duševno zdravje posameznika. Tudi zato so čustva pomembna kategorija v socioloških raziskavah, pomembno pa stopajo v ospredje tudi na področju dela v zdravstveni negi. Šadlova (1998: 63) opisuje pomen čustev, ki se jim po njenem mnenju danes namenja pomembna vloga v komunikaciji tako v zasebnem kot v javnem življenju.

Vseh 14 sodelujočih v anketi je mnenja, da je bolnic z anoreksijo nervozo čedalje več, kar pa hkrati pomeni tudi emocionalno čedalje bolj zahtevno delo zaposlenih v zdravstveni negi. Šadlova (*ibid.*) ugotavlja, da je zadnjem času prišlo do znanstvenega zanimanja »za človeško subjektiviteto in identiteto, telo in spolnost, prehranjevalne prakse, zdravje ipd.«, kar je prav gotovo dober znak tudi za obravnavanje emocionalnega dela zaposlenih v zdravstveni negi.

SI PO NARAVI ČUSTVEN(A)?

Vsi sodelujoči so zase mnenja, da so čustveni. Ker ima zdravstvena nega veliko vlogo pri doseganju in ohranjanju zdravja, ravno tako pa tudi pri preprečevanju bolezni, je vsekakor pomembno, da imajo zaposleni posluš za svoje emocionalno doživljanje, kar ugodno vpliva na kvaliteto zdravstvenih storitev in na zadovoljstvo bolnikov, in da so dovzetni tudi za čustvena stanja in razpoloženja drugih ljudi. Tudi zato je treba emocional-

nemu delu zaposlenih v zdravstveni negi posvetiti več pozornosti.

MENIŠ, DA JE TVOJE DELO ČUSTVENO ZAHTEVNO?

9 sodelujočih meni, da je njegovo delo čustveno zelo zahtevno, kar potrdi hipotezo o zelo zahtevnem emocionalnem delu zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester. 5 anketiranih se je odločilo, da je njihovo delo precej zahtevno. Rezultati kažejo na pomembnost emocionalnega prispevka zaposlenih v zdravstveni negi pri delu z bolnicami z anoreksijo nervozo, kar je smiselno upoštevati pri nagrajevanju zaposlenih, ki so izpostavljeni večjim emocionalnim obremenitvam kot drugje.

SE TI POGOSTO DOGAJA, DA HLINIŠ ČUSTVA, KI JIH PRIČAKUJEJO OD TEBE NA DELOVNEM MESTU?

Samo ena od vseh 14 sodelujočih meni, da hlini čustva, ki se od nje pričakujejo na delovnem mestu, nikoli tega ne počnejo 4 zaposleni v zdravstveni negi in sodelujoči v anketi, redko pa se to zgodi 8 anketirancem. Rezultati kažejo, da so zaposleni v zdravstveni negi in sodelujoči v anketi pri delu zvečine pristni, kar kaže na resnost in odgovornost. Morda izvajajo emocionalno delo v obliki globinskega (*deep acting*) igranja vloge. Globinsko igranje vloge je bolj zahtevno, ne gre samo za prikrievanje oziroma hlinjenje čustev, ampak za njihovo predelavo. Hochschild (v Ashforth 1993; Humphrey 1993: 88–115) je dokazal, da uslužbenec prikaže ali predstavlja čustveno delovanje na enega od dveh načinov. Najprej se prilagodi oziroma podredi prikazanim pravilom prek površinskega delovanja (*surface acting*). Površinsko delovanje vključuje hlinjenje čustev, ki jih pravzaprav ne občuti. Uporaba površinskega delovanja pa ne pomeni, da oseba ni čustveno doživljala – pomeni, da se prikazano čustvo razlikuje od doživetega čustva.

**TI USPE PREDELATI
NEGATIVNA ČUSTVA V POZITIVNA
ALI PA VSAJ OBRŽATI
NEVTRALNO STANJE?**

8 sodelujočih v anketi čustva, ki jih doživlja ob svojem emocionalnem delu, predela v drugo čustveno stanje, 4 jih potlačijo, 3 anketirani jih prikrivajo, 1 jih pretvori v drugo čustveno stanje. Omenjeni rezultati dobro pokažejo na prisotnost emocionalnega dela.

6 od 14 sodelujočih v anketi uspe negativna čustva predelati v pozitivna ali pa vsaj obržati nevtralnno stanje, 7 od anketiranih to uspe včasih. Tudi dozdevna (navidezna) odsotnost čustev je po Hochschildu (*op. cit.*) lahko skupen rezultat čustvenega delovanja. Površinsko delovanje je tipična oblika nastopanja zaradi vtisa in vsebuje temelje Goffmanove dramaturgizirane analize vsakdanjih tovrstnih srečevanj. Drugi način podrejanja oziroma popuščanja prikazanim pravilom je, kot opisujeta Ashforth in Huphrey (*op. cit.*), prek globinskega delovanja, kjer subjekt poskuša dejansko doživljati ali občutiti čustva, ki jih želi prikazati. Na zelo podoben način, kot se igralci psihično pripravljajo na vlogo, se uslužbenec psihično pripravi (vživi) v doživljanje zaželenega čustva. Hochschild (*op. cit.*) je razpravljal o dveh poteh za globinsko delovanje:

- spodbujevalno čutenje, kjer si subjekt aktivno prizadeva obuditi (izzvati, priklicati) ali potlačiti (zatreti, obvladati) čustvo
- trenirana domišljija, kjer subjekt aktivno vključuje misli, predstave in spomine, da bi se prepričal v čustvo (npr. misliti na poroko, da se počutiš srečnega).

Površinsko delovanje je osredotočeno direktno na zunanje obnašanje. Globinsko delovanje se osredotoči direktno na notranja čustva.

**DELO MEDICINSKE SESTRE
IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA
JE TOLIKO BOLJ USPEŠNO,
KOLIKOR VEČ EMPATIJE LAHKO VLOŽI
V SVOJE DELO**

Empatija (vživljanje v drugega) v 13 primerih prispeva k uspešnosti dela zaposlenih v zdravstveni negi.

**KAJ DOŽIVLJAŠ
PRI SVOJEM EMOCIONALNEM DELU?**

13 sodelujočih v anketi doživlja zadovoljstvo ob ugodnih rezultatih. Niti enkrat niso zabeležili ponujena odgovora »nezadovoljstvo« in samo »izčrpavanje«. Prav je, da tudi pri najtežjem delu izberemo pozitivna čustva, ki pomagajo pri težkem delu. Zanimivo pri tem je, da večina literature ugotavlja, da je to stresno delo, se pa za omejen odgovor ni odločil nihče od sodelujočih.

**SE ČUSTVENA OBREMENJENOST
NA DELOVNEM MESTU
ODRAŽA TUDI PRI TVOJEM DELU
IN ŽIVLJENJU DOMA?**

Velika večina zaposlenih meni, da se čustvena obremenjenost odraža pri njihovem domačem življenju in delu za dom in družino. 8 jih to ugotavlja zase, 3 so dodali, da jih na to opozarjajo tudi drugi, samo eden je menil, da se to pri njem ne odraža. 2 ne vesta za vpliv čustvene obremenjenosti na delovnem mestu na njuno življenje doma.

**PREDLAGAJ REŠITVE OZIROMA POMOČ
PRI EMOCIONALNEM DELU**

Zaposleni v zdravstveni negi so zlasti povedali, da si želijo več predavanj in izobraževanja. Želijo si tudi učenja za iskanje pozitivnih rezultatov ob zahtevnem delu. Nezanemarljiva je ugotovitev, da si želijo več zanimanja ustanove za njihovo delo. V pogovoru pogosto pride do izraza težnja po zamenjavi delovnega mesta, kar pa se v tej anketi ni izkazalo kot omembe vredno.

SKLEP

Sklepam, da zaposleni v zdravstveni negi bolnic z anoreksijo nervozo radi opravljajo svoje delo, da k bolnicam pristopajo z empatijo, da se zavdajo čustvene izpostavljenosti in obremenjenosti, ki sledita obremenitvam na delovnem mestu. Z vidika praksa ocenjujem, da so podatki, rezultati raziskave, odsev praktičnega dela in pogojev v praksi. Dobljeni rezultati analize so koristen vir nasvetov za izboljšavo pri delu in za pomoč bolnicam z anoreksijo nervozo. Čeprav je število

DUŠEVNO ZDRAVJE, SPOL IN ČUSTVA BOLNIC Z ANOREKSIJO NERVOZO

sodelujočih razmeroma majhno, imajo podatki veliko vrednost, saj jih nikjer v slovenskem prostoru ne moremo pridobiti na novo oziroma v večjem številu. Zdravstvene tehnike in medicinske sestre je mogoče anketirati samo na Pediatrični kliniki v Ljubljani, še vedno edini ustanovi, ki se ukvarja z zdravljenjem motenj hranjenja v otroškem obdobju.

Daniel Goleman (1997) piše v svoji knjigi o čustveni inteligenci, da sodobna zdravstvena nega premalo upošteva čustveno inteligentnost. Menim, da se tudi na tem področju opaža pozitivne

spremembe in da ne gre na slabše, kot meni Goleman. Vendar je nenehno poudarjanje čustvenega odzivanja zdravstvenega osebja vsekakor potrebno, saj kakovost zdravstvene storitve z uporabniškega vidika pomeni predvsem primeren odnos med zdravstvenim osebjem in uporabniki. Vzpostavitev in ohranjanje primernega odnosa pa neločljivo vključuje emocionalno delo zaposlenih, zato je treba tej obliki dela posvetiti potrebno strokovno in javno, teoretsko in praktično zanimanje.

B. GOLICNIK (1997) *Ne koljica - čustveni inteligenci. Ljubljana*.

D. GOLEMAN (1997) *Čustvena inteligenci. Ljubljana*.

K. HANWALT (1999) *Anoreksija in bulimija. Ljubljana*.

N. JARIC (1997) *Emocionalna izoblastnja in vzroki. Tiskovna hiša*.

M. JAVIČ ET AL. (1998) *Psihopsihijska zdravstva. Ljubljana*.

A. L. MITCHELL (1998) *Soobna psihotična in somatoformna obolenja. Medicinsko fakulteta Ljubljana*.

N. J. P. (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. SKEL (1998) *Soobna bolezen čustvov. Ljubljana*.

D. VARNANT (1997) *Motnje hranjenja. Ljubljana*.

M. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

N. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

R. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

T. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

D. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

D. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

Z. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

B. ŽURDAN (1997) *Čustvena inteligenci in zdravstveni delavci. Ljubljana*.

LITERATURA

- J. ALEKSIĆ (2001), Ideologija hrane. *Teorija in praksa*, XXXVIII, 2: 307–327.
- B. E. ASHFORTH, R. H. HUMPHREY (1993), Emotional labour in service roles. *Academy of management review*, 18, 1: 88–115.
- M. K. BREČELJ (1995) Anoreksija nervoza pri mlajših: novejša spoznanja ter zdravljenje. *Slovenska pediatrija*, 1–3: 77–81.
- D. CIBIC ET AL. (1999), *Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije & Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- B. COLCLOUGH (1997), Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ! Ljubljana: Debora.
- D. GOLEMAN (1997), *Čustvena inteligenca*. Ljubljana: Mladinska knjiga
- K. HROVATIĆ (1996) Anoreksija in bulimija. *Didakta*, 30–31: 3–5.
- N. JAMES (1989) Emotional labour: Skill and work in the social regulation of feelings. *The sociological review*, 37, 1: 15–42.
- M. LAHIFF ET AL. (1998), Poti posodabljanja zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
- A. K. MIKUŽ (1999), Sodobni pristopi v varovanju duševnega zdravja otrok. V: *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica (88–104).
- N. J. PETERKA (1997), *Uporaba kognitivne in vedenjske metode pri programu restitucije telesne teže pri anoreksiji nervozi*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta (diplomsko delo).
- (2000), Zdravstvena nega in dietetska načela pri bolnikih z motnjami hranjenja. V: *Debelost in motnje hranjenja*. Ljubljana: Klinični center (157–163).
- P. PRAPER (1995), *Tako majhen, pa že nervozen*. Nova Gorica: Educa.
- B. PREGELJ (1986), Otroška psihiatrija I: Razvoj otroka v luči psihodinamike. V: *Psihiatrija* (2. dopolnjena izdaja). Ljubljana: Državna založba Slovenije (563–579).
- T. RENER (1998), Sociopatologije vsakdanjosti: Anoreksija nervoza. *Družboslovne razprave*, XIV, 27–28: 55–62.
- D. M. STERNAD (2000), Analiza motenj hranjenja skozi pripovedovanje življenjskih zgodb: interpretacija stroke in uporabnikov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (magistrsko delo).
- Z. ŠADL (1998), Sodobne oblike čustvovanja. *Družboslovne razprave*, XIV, 27–28.
- D. ZAVIRŠEK (1995), Motnje hranjenja: žensko telo med kaosom in nadzorom. *Delta*, 1, 3–4: 67–82.

DELO MEDICIN-SKE JESTRE
IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA
JE TOLIKO BOLJ USPEŠNO,
KOLIKOR VEČ EMPATHE LAHEJ VLOŽI
V SVOJE DELO

Empatija (življenje v drugem) v 13 primerih pripeva k uspešnosti dela zaposlenih v zdravstveni negi.

SLEEP

Svepac, da zaposleni v zdravstveni negi delajo z anoreksijo nervozo tudi upravljač svoje dela, da k bolnikom pristopijo z empatijo, da se zaradi čustvene izpostavljenosti in čustvenosti, ki sledi občutitvam na delovnem mestu. Z vidika prakse ocenjuje, da so posledice rezultatov raziskave, odvisne pravičnega dela in pogovor v praksi. Dobljeni rezultati analize so koristni in navdajo za izboljšave pri delu in za pomoč bolnikom z anoreksijo nervozo. Členu je bilo