

Zdenka Šadl

## EMOCIONALNO DELO STROKOVNJAKOV MED SKRBJO IN STILIZIRANO PREDSTAVO

### EMOCIONALNO DELO V PROFESIONALNIH STORITVAH

Delo z ostarelimi, s poškodovanci in bolniki, z nosečimi in anoreksičnimi najstnicami, z jeznimi starši, z bolnimi ali spolno zlorabljenimi otroci, z nasilnimi moškimi in prestrašenimi ženskami, s telesno prizadetimi ljudmi in tistimi, ki imajo čustvene težave, je zahtevna oblika dela, ki terja sintezo intelektualnih, fizičnih in emocionalnih zmogljivosti. Od strokovnjaka terja poleg ezoteričnega znanja dane profesije emocionalno dovzetnost in občutljivost (vključno z empatijo), ki omogočata poglobljeno razumevanje kompleksnosti problema in perspektive vsakega posameznega uporabnika, njegovo osebno pozornost in skrb za druge (delavec mora »dati del sebe« in ne zgolj formalen odziv), neredko pa tudi intimen odnos z uporabniki storitev. Obenem mora biti občutljiv tudi za svoja lastna čustva, ki stopajo v poklicni odnos. Primeren, zaupanje zbujač odnos, ki ga mora tako vzpostaviti, je nepogrešljiv del učinkovite strokovne pomoči tako v službah pomoči kot v zdravstveni negi. Vključenost emocionalne energije in truda, ki sta realni obliki dela v poklicih za izvajanje osebnih storitev, kaže na razmeroma ločen aspekt skrbstvenega in negovalnega dela, ki je v literaturi označen kot »emocionalno delo«.

A. Hochschild (1983) definira emocionalno delo kot proces upravljanja čustev z namenom ustvarjanja vidnih izrazov čustev v zameno za plačilo. Zaposleni, ki se pri svojem delu z ljudmi srečujejo z zahtevo po emocionalnem delu, so zavezani ne le k profesionalnemu upravljanju čustev odjemalcev storitev (ta so zelo različna, od bojzani, zaskrbljenosti, strahu, tesnobe, pretirane in prepogoste žalosti, občutkov osamljenosti, prizadetosti, sramu do jeze in agresivnosti), temveč tudi svojih lastnih čustev. Procese upravljanja in

nadzorovanja čustev (lastnih, tujih) predpisujejo organizacijske in neformalne profesionalne norme, ki določajo, kaj nosilci profesionalnih vlog morajo in česa ne smejo občutiti ali pokazati – kaj mora ostati zasebno občutenje in kaj se lahko odkrito izrazi in kako. Emocionalno delo tako ustvarja določen odnos s stranko ali pacientom, prek katerega upravlja uporabnike storitev. »To delo od nas zahteva, da sprožimo ali potlačimo čustvo, da bi tako navzven vzdrževali podobo, ki ustvarja ustrezno duševno stanje pri drugih ... Pojem emocionalno delo uporabljam, ko mislim na upravljanje čustev z namenom javno opaznega obraznega in telesnega nastopa« (op. cit.: 7). Osnovni cilj emocionalnega dela je torej proizvesti »ustrezno duševno stanje pri drugih« (odstraniti ali modificirati obstoječa stanja) in prek tega spremeniti oblike vedenja prejemnika storitve. Kot poudarja N. James (1989: 15) gre za »delo, vezano na ukvarjanje s čustvi drugih ljudi, katerega bistvena sestavina je regulacija čustev«.

W. Dunkel (v Paseka 1994: 47) povezuje emocionalno delo s poklici in profesijami, ki vključujejo naslednje tri pogoje:

- čustva kot pogoj: delavec potrebuje »prava« čustva (skladna s profesionalno vlogo) za ustrezno opravljanje svojega dela (npr. prijaznost, striktnost),
- čustva kot medij: delavec uporablja svoja čustva, da bi vplival na čustva klientov oz. strank; obenem jih uporablja kot modus orientacije in kot osnovo v procesu odločanja,
- čustva kot predmet dela: čustva drugih ljudi so predmet delavčevega dela.

Emocionalno delo lahko strokovnjak opravlja na različne načine: s poslušanjem, z nežnim prigovarjanjem ali prepričevanjem, s svetovanjem, posredovanjem, s pohvalo in spodbudo oz. ustrezno motivacijo, s humorjem, z dotikom roke, z

nasmehom, torej z emocionalno podporo, ali pa s konfrontacijo, odločno usmeritvijo in delovanjem. Pomembna kvaliteta skrbstvenega in negovalnega dela in obenem dimenzija emocionalnega dela je biti zmožen čakanja, tihega držanja (tuje) roke, »biti so-prisoten«, dostopen, »biti na voljo« za pogovor. Vključuje tudi pogum in zmožnost samodiscipline, ki jo zahteva soočenje s težkimi čustvenimi težavami ali pa »umazanimi nalogami« (nočne posode, smrad) in drugimi »življenjskimi dejstvi«, ki pri večini ljudi vzbujajo strah in/ali gnus, npr. stiki s starimi, umirajočimi, ranjenimi in mrtvimi. To tudi pomeni, da strokovno delo z ljudmi in uspešna pomoč na področju zdravstvene nege in v službah pomoči zahtevata številne komunikacijske spretnosti (neverbalno komuniciranje, spretnost poslušanja, konverzijske spretnosti), spretnosti v medčloveških odnosih (npr. vljudnost in takt, pomirjevanje, empatija, razbiranje čustev drugih, ustvarjanje zaupanja) in emocionalne spretnosti, ki jih narekuje neposredno ukvarjanje z ljudmi s čustvenimi in fizičnimi potrebami ter z ljudmi, ki so začasno ali permanentno psihološko moteni ali nevarni, torej delo v občutljivih in kontroveznih okoliščinah (Steinberg, Figart 1999). Strokovnjaki morajo usmerjati precejšen emocionalni napor (energijo) v prepoznavanje in poimenovanje lastnih čustev in čustev klienta/pacienta in v obvladovanje čustev v samih sebi in v odnosu z drugimi – gre za procese vzbujanja ali potlačitve svojih čustev (ali njihovih zunanjih izrazov), za regulacijo emocionalnega stanja (in ravnanja) klientov oz. pacientov. Tako delo je koristno oz. uporabno – definirajo ga energija, čas, trud in cilji – in »trdo delo«, ki je lahko prav tako izčrpavajoče kot fizično delo.

### RAZLIKE V EMOCIONALNEM DELU PROFESIONALNIH IN NEPROFESIONALNIH STORITEV

Najočitnejši primeri poklicev in služb, ki vključujejo znaten delež emocionalnega dela, so poklici storitvenega sektorja, ki se v sodobnih tržnih gospodarstvih naglo širi. Delo z ljudmi vključuje osebni stik s strankami – bodisi iz oči v oči ali prek neposredne glasovne komunikacije. V neposrednem stiku z javnostjo postaja komunikacija središčni delovni odnos, z njo pa tudi čustvene izmenjave med delavci in prejemniki storitev. Emocionalno delo je tako sestavina komercialnih

(rutinskih, neprofesionalnih) storitvenih del, ki jih največkrat zagotavlja trg (prodajalci, strežno osebje v restavracijah hitre prehrane, stewardese, izterjevalci dolgov, tajnice itn.) in profesionalnih storitvenih služb (učitelji, medicinske sestre, zdravniki in zdravstveni delavci, psihiatri, terapevti, socialni delavci, policaji, menedžerji itn.), ki jih opravlja ali ureja tudi država.

Čeprav od vseh storitvenih delavcev v prvih bojnih črtah (torej tistih, ki stopajo v neposreden stik z uporabniki storitev) pričakujemo ustvarjanje ustreznega odnosa s prejemnikom storitve, so opazne nekatere razlike med komercialnim in profesionalnim področjem (emocionalnega) dela (oz. med poklici in profesijami).

Profesionalno delo vključuje trajnejše interakcije, večjo intimnost in obsežnejši stik med izvajalcem in uporabnikom, globlje empatično vživljanje v emocionalni svet uporabnika in dolgoročneje, globlje in trdnejše odnose s klienti in pacienti, v primerjavi z delom, ki zahteva manj strokovnega znanja (npr. od blagajničarke v veleblagovnici med delovnim dnevom običajno pričakujemo le kratkotrajne izraze prijaznosti; prodajalci imajo redko priložnost, da bolje spoznajo katero od svojih strank oz. kupcev). Delo s strankami v maloprodajnem kontekstu in poklic stewardese torej prvenstveno zavezuje k izražanju prijaznosti, medtem ko strokovnjaki redno uporabljajo večji razpon emocionalnega izražanja (Sass 2000): od prijaznosti, nežnosti, veselosti, zaupljivosti, empatije do negativnega emocionalnega odzivanja, prisile in nadzora (gl. npr. raziskavo Treweek 1996 o emocionalnem delu negovalk v domu za ostarele). Skupaj s profesionalno predpisano moralno skrbjo za prejemnika storitve prinaša strokovno delo intenzivnejši pritisk na emocionalno vedenje (delo) zaposlenih. Upoštevati je treba, da delo s prestrašenimi in zaskrbljenimi pacienti pomeni velik pritisk na zdravstvene delavce, dosti večji npr. od pritiska kupcev v trgovini na prodajalce. V zdravstveni negi in v socialnem delu se strokovnjaki srečujejo s fizičnimi in emocionalnimi težavami uporabnikov, do oz. ob katerih morajo v procesu pomoči in iskanja rešitev ohraniti profesionalno distanco. V primerih, ko mora zdravnik soočiti pacienta z vznemirljivo informacijo, se znajde pred težavno, a neizogibno nalogo – pomagati mu mora pri upravljanju čustev, ki jih uporabnik pri tem doživlja, pri čemer je pomembno, da ustrezno (profesionalno) upravlja oz. nadzoruje tudi svoje lastno čustvovanje in

razkrivanje svojih čustev. Od zdravnikov pričakujemo izkazovanje prijazne, zaupne skrbi za pacienta (da mu ni vseeno zanj), po drugi strani pa jih zavezujejo pravila afektivne nevtralnosti, univerzalizma in nezainteresirane skrbi, distance do uporabnika. Profesionalno distanco, tj., emocionalno obvladanost morajo vzdrževati tudi medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje: pacientom izkazujejo zavezanost, obenem pa se izogibajo »čezmerni vpletenosti« – to je vselej težavno iskanje ravnovesja med bližino in distanco z inherentnim tveganjem nagibanja v eno ali drugo smer (Meerabeau, Page 1998: 297). Tudi socialni delavec oz. socialna delavka mora – s pomočjo emocionalnega dela – vzdrževati ustrezno razmerje med empatičnim odnosom, »zainteresirano zaskrbljenim« videzom, ki pri klientu zbuja občutek, da zanj skrbi, da mu/ji ni vseeno zanj, in čezmerno naklonjenostjo ali odporom. Ali kot je svoj poklic komentirala socialna delavka v filmu *A Thousand Clowns*: »Nekatere kliente sem ljubila in nekatere sem sovražila, in to je pri mojem delu popolnoma narobe« (Hochschild 1983: 150). Od psihoterapevta naprej pričakujemo »čutenje« s čustvi pacienta (empatija), ne pa tudi nekritične simpatije, izražanja ranljivosti in krhkosti, zaščitništva ali težnje po prevladi. Čeprav uporabnikovi problemi, težave, reakcije med »zdravljenjem« zbudijo v izvajalcu številna notranja čustva, pa zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psihoterapevt, ki joka z uporabnikom, kaže šokiranost, zaskrbljenost, jezo, žalost, gnus ali pa pretirano simpatijo, ne deluje profesionalno; ta del je prihranjen za supervizijo kot neizbežen element strokovnega dela. Dolgoročna razlika med občutenimi in izraženimi čustvi lahko (sicer) pelje v emocionalno izčrpanost, izgorelost ali stres. Emocionalno delo v smislu emocionalne podpore in emocionalne kontrole je skratka nujni del strokovnega dela; pacientu daje občutek človeške vrednosti, pomembno pa vpliva tudi na uporabnikovo motivacijo za zdravljenje (bolezni ali čustvenih težav) in na sam potek zdravljenja.

## REKONCEPTUALIZACIJA PACIENTOV V KLIENTE: EMOCIONALNO DELO ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V ZDA IN VELIKI BRITANII

Komercializirana prijaznost na področju komercialnega storitvenega dela je neposredno funkcionalna za maksimacijo dobička in zato podvržena formalnemu usposabljanju in hierarhični kontroli menedžmenta. V zaostrenih sodobnih tržnih pogojih se komodifikacija čustev zaposlenih, njihovo prilagajanje strateškim in komercialnim ciljem podjetja, torej ustvarjanje »rentabilnih« čustev, izkaže kot posebej učinkovit način ustvarjanja zadovoljnih strank, ki so edino jamstvo obstoja in razvoja podjetij (Šadl 2002). S političnimi, socialnimi in ekonomskimi spremembami v Evropi in Severni Ameriki v zadnjih dveh desetletjih pa se strategija komercialne prijaznosti širi tudi na sistem ameriškega in britanskega zdravstvenega varstva. To pa vnaša določeno napetost v opravljanje tradicionalnega emocionalnega dela v službah pomoči in v zdravstveni negi.

Restrukturiranje ameriškega sistema zdravstvenega varstva v smeri naraščajoče racionalizacije (Olesen, Bone 1998) in tržno naravnane reforme zdravstvenih in socialnih storitev v Združenem kraljestvu (Smith 1999) v devetdesetih letih 20. stoletja so postavili v ospredje vprašanja produktivnosti, konkurence in profita. Prizadevanja po zmanjšanju stroškov delovne sile in uvažanje novih menedžerskih strategij racionalizacije (npr. strategije celovitega obvladovanja kakovosti sposojena iz industrijskega menedžmenta – »total quality management«, TQM) so ustvarila potencialno napetost med strukturnimi zahtevami po učinkovitosti na eni strani in izražanjem čustev, tj., »tradicionalno« emocionalno podporo pacientom na drugi strani. Čeprav je pristop TQM k menedžmentu zdravstvenega varstva osredinjen na pacienta in se opira na modele gostoljubnosti iz komercialne sfere storitev, lahko prinaša škodljive posledice z vidika blaginje uporabnikov. Kot opozarjata avtorici Olesen in Bone (1998: 320), se kriteriji organizacijske učinkovitosti in zniževanja stroškov razlikujejo od kliničnih kriterijev, osnovanih na standardih zdravstvene nege. To pomeni, da se lahko strokovnjaki ujamejo med tekmujoča modela s protislovnimi zahtevami, kar pripelje do napetosti med vlogo, v kateri delavec opravlja svoje delo po načelih racionalizacije, in

»tradicionalno« vlogo skrbnega, emocionalno podpirajočega pomočnika.

Podobno ugotavlja P. Smith (1999: 130) v primeru britanskih zdravstvenih delavcev. Vse od pričetka reform v zdravstvenih storitvah delavci pogosto doživljajo konflikt vlog: na eni strani jih zavezujejo omejitve menedžerskih finančnih kalkulacij, na drugi strani se počutijo zavezane (nepreračunljivi) skrbi za paciente in kliente. Posledice menedžerskih ukrepov za zmanjševanje stroškov, ki jih občutijo, je zdravstveni delavec opisal takole: »V središču našega dela ni več pacient, ampak denar. Moramo se upreti tej zahrbtni eroziji naše zavezanosti ljudem« (*ibid.*). Podobno kot zdravstveni delavci, zlasti medicinske sestre, se z napetostjo med »neuresničljivostjo empatične, osebne skrbi in racionalno univerzalno nezainteresiranostjo« (Olesen, Bone 1998: 314) potencialno soočajo številni drugi strokovnjaki v službah pomoči (psihoterapevti in fizični terapevti, socialni delavci). Strukturno pogojena omejenost zdravstvenih delavcev pri izražanju čustev do pacientov, ali z drugimi besedami, zmanjševanje strukturne podpore za tradicionalno emocionalno podporo omejuje njihovo emocionalno delo, včasih tudi v škodo pacientov.

Po drugi strani ustvarja strategija celovitega obvladovanja kakovosti s poudarkom na odnosih s pacienti (kot klienti) nove zahteve po pridobivanju emocionalnih spretnosti za obvladovanje skrbstvenega dela oz. za doseganje zadovoljstva pacientov ali klientov. V primeru ZDA se nov interes za emocionalno delo kaže v naraščanju svetovalne literature in zagotavljanju kontinuiranega izobraževanja medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev za emocionalno delo. Teme, ki jih obravnavajo številni članki, so: reševanje konfliktov, empatični odnosi, skrb za umirajočega, urejanje žalosti in izgube, delo s težavnimi ljudmi, ustvarjanje občutka varnosti in zaupanja itn. (Olesen, Bone 1998: 321). Menedžment na

področju zdravstva organizira različne oblike izobraževanja in šolanja, ki je usmerjeno v doseganje temeljnih ciljev: odlične storitve, zadovoljni pacienti in tržni delež. Na primer, menedžment Univerzitetne bolnišnice George Washington v mestu Washington je v letu 1997 uvedel štiriurno šolanje vseh 1.700 zaposlenih za prijaznost do pacientov; delavci so podpisali pismo, v katerem so se zavezali, da bodo vzdrževali osem standardov odlične storitve, vključno z zavezo, da bodo paciente pozdravljali z nasmehom. Odlična storitev ni nekaj, poudarjajo v menedžmentu bolnišnice, kar zaposleni ponudijo, če imajo čas, ampak je sestavina njihove službe, standardi storitve pa so del evalvacije zaposlenih (Hudson 1998).

Tržne potrebe novega nacionalnega zdravstvenega sistema v britanskem primeru se zadovoljujejo npr. z uvajanjem t. i. *charm school* (ki vse člane zdravstvenega tima izobražuje za »skrb do strank« z namenom »zmanjševanja nejevolje, spopadanja z zlorabami pri ukvarjanju s težkimi situacijami«) in z zaposlovanjem nove vrste medicinskih sester. V tisku imenovane *hello nurses* naj bi s pozdravljanjem pacientov ob njihovem prihodu na oddelek za prvo pomoč skrbele za pozitiven vtis o bolnišnicah pri pacientih in s tem prispevale k temu, da bi bile bolnišnice dobro ocenjene (Smith 1999: 132). Glede na zelo omejen čas, ki je namenjen stiku med *hello nurse* in pacientom, ter upošteva povečano delovno obremenitev v racionaliziranih delovnih okoljih, ki ju opisujeta Olesen in Bone, in navsezadnje dehumanizirajoči vpliv tehnologiziranega okolja na zdravstvene delavce (Meerabeau, Page 1998: 297), pa ne moremo mimo naslednjega vprašanja: Se tradicionalno delovno intenzivno zagotavljanje emocionalne podpore pacientom umika stiliziranim performansam gostoljubnosti in rutinizirani prijaznosti? In kaj bi lahko ugotovili v primeru slovenskih reformnih prizadevanj v zdravstvu?

