

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Zvezdana Pratneker**

**Moški v tradicionalno ženskih poklicih / poklic medicinske sestre**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana, 2008**

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Zvezdana Pratneker**  
mentorica:izr. prof. dr. Aleksandra Kanjuo-Mrčela

**Moški v tradicionalno ženskih poklicih / poklic medicinske sestre**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana, 2008**

## **Moški v tradicionalno ženskih poklicih / poklic medicinske sestre**

Poklic medicinske sestre velja za tipično ženski poklic, saj zahteva direktno nego pacienta, kar naj bi bila bolj ženska lastnost. Prav zato, ker naj bi ta poklic zahteval »ženski čut«, se zanj odloči le malo moških, vendar se danes zahteve poklica spreminjajo. Poleg same nege pacienta, se zahteva več tehničnih in organizacijskih znanj, kjer se počasi vključujejo tudi moški.

V prihodnosti bodo naraščale potrebe po poklicih, ki so povezani z zdravstvenim varstvom in nego, saj se prebivalstvo čedalje bolj stara.

Podatki kažejo, da je zanimanje za poklic medicinske sestre med moškimi vedno večje, saj se je njihovo število v zadnjih letih povečalo.

Pri preverjanju poklica medicinske sestre je nujno poznavanje čustvene inteligence in sposobnosti empatičnega delovanja.

Emocionalno delo je oblika dela, ki je pomembna za uspešno opravljanje poklica medicinske sestre. Temelji na profesionalnem urejanju čustev na delovnem mestu in je značilna za storitvene dejavnosti, ki predstavljajo več kot 80% svetovnega gospodarstva.

Predvidevam, da se bo v prihodnosti zastopanost moških v poklicu medicinske sestre približevala številu žensk, ki opravljajo ta poklic.

Ključne besede: poklic, medicinska sestra, emocionalno delo

## **Men in traditional women's profession / nurse profession**

The profession of nursing is considered as predominantly female, because its main goal is direct patient care, which is supposed to be female characteristic. Because of the notion that one should have »female instinct« to be a nurse, only a few men decide to join. Although these might have been the truth in the past, recently the demands of the profession have changed. Besides direct patient care, more and more technical and organizational skills are needed which makes men join.

The population is getting older and in the future the demand for professions that deal with health and nursing care will increase.

The latest data show that the interest for nursing among men has increased as has the number of male nurses.

Being good in emotional intelligence and empathy are one of the most important demands for the members of the nursing profession.

Emotional work is a form of work that is essential for a successful performance in nursing. It is based on a professional emotional engagement at the workplace and is very important for all the social activities, which represent 80% of the world economy.

I suppose, that in the future the share between male and female nurses will get almost even.

Key words: profession, nurse, emotional work

# KAZALO

1	UVOD .....	9
2	TEORETSKA IZHODIŠČA O SPOLU .....	11
2.1	SPOLNI STEREOTIPI IN PREDSDOKI .....	11
2.2	DRUŽBENO VREDNOTENJE IN UMESTITEV SPOLOV .....	15
3	POKLIC .....	17
3.1	SPLOŠNO O POKLICU .....	17
3.2	POKLICNA ALI ZAPOSLOVNA SEGREGACIJA PO SPOLU .....	20
3.3	MOŠKI V TRADICIONALNO ŽENSKIH POKLICIH.....	23
3.3.1	OHRANJANJE MOŠKOSTI V TRADICIONALNO ŽENSKIH POKLICIH .	23
3.3.2	NAČINI VSTOPANJA MOŠKIH V TRADICIONALNO ŽENSKO POKLICE	25
3.3.3	TEORIJA O OZNAČENOSTI .....	26
3.3.4	UČINEK STEKLENEGA DVIGALA = STEKLENE TEKOČE STOPNICE.	27
3.4	POKLIC MEDICINSKE SESTRE.....	29
3.4.1	ZDRAVSTVENA NEGA .....	30
3.4.2	POLOŽAJ POKLICA MEDICINSKE SESTRE.....	34
3.5	EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER.....	37
3.5.1	ČUSTVENA INTELIGENCA.....	39
3.5.2	SPOL IN EMPATIJA .....	41
4	NAPREDOVANJE DELAVCEV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU .....	43
4.1	ZAKON O SISTEMU PLAČ V JAVNEM SEKTORJU .....	43
4.2	PRAVILNIK O NAPREDOVANJU DELAVCEV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU	44
4.2.1	POSTOPEK ZA IZVEDBO NAPREDOVANJA.....	44
5	EMPIRIČNI DEL - RAZISKAVA.....	46
5.1	CILJ RAZISKAVE IN HIPOTEZA .....	46
5.2	OPIS VZORCA.....	46
5.3	VPRAŠALNIK – ANKETA .....	47
5.4	POSTOPEK .....	47

5.5	REZULTATI ANKETE IN INTERPRETACIJA.....	48
5.6	REZULTATI IN INTERPRETACIJA INTERVJUJEV S PACIENTI IN ZAPOSLENIMI.....	72
5.6.1	INTERVJUJI S PACIENTI.....	72
5.6.2	INTERVJUJI Z ZAPOSLENIMI.....	75
6	ZAKLJUČEK.....	84
7	LITERATURA.....	89
8	PRILOGA A – Anketni vprašalnik .....	92

## SEZNAM TABEL, GRAFOV IN SLIK

Tabela 5.1: Razporeditev anketirancev po starosti.....	48
Tabela 5.2: Razporeditev anketirancev po skupni delovni dobi.....	49
Tabela 5.3: Razporeditev anketirancev po izobrazbi.....	49
Tabela 5.4: Razlog za odločitev za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika. ..	50
Tabela 5.5: Končana srednja šola.....	50
Tabela 5.6: Način obiskovanja srednje šole.....	51
Tabela 5.7: Število sošolcev v srednji šoli.....	51
Tabela 5.8: Posebni problemi pri zaposlitvi.....	52
Tabela 5.9: Spomini na vključevanje v delovno okolje.....	52
Tabela 5.10: Sprejemanje moškega oz. ženske s strani bolnikov.....	53
Tabela 5.11: Ali pri izvajanju zdravstvene nege kdaj občutite, da je poklic medicinske sestre izrazito ženski poklic? .....	53
Tabela 5.12: Vpliv spola na zaupane naloge pri delu.....	55
Tabela 5.13: Možnosti za napredovanje v poklicu.....	55
Tabela 5.14: Poznavanje Pravilnika o napredovanju delavcev v zdravstvu.....	56
Tabela 5.15: Poznavanje pogojev za napredovanje na delovnem mestu.....	56
Tabela 5.16: Udeleževanje dodatnih izobraževanj, ki so pomembna za uspešnejše opravljanje dela na delovnem mestu.....	57
Tabela 5.17: Ali menite, da svoje delo opravljate samostojno in zanesljivo?.....	57
Tabela 5.18: Ali ste kdaj? .....	58
Tabela 5.19: Dosežena raven delovne uspešnosti.....	58
Tabela 5.20: Samoocena kvalitete lastnega opravljenega dela.....	59
Tabela 5.21: Prispevek anketirancev k delovnemu rezultatu.....	59
Tabela 5.22: Mnenje anketirancev o oceni njihovega nadrejenega o njihovem delu.....	60
Tabela 5.23: Seznanjenost anketirancev z napredovanjem za dva tarifna razreda.....	60
Tabela 5.24: Če ste na 28. vprašanje odgovorili pozitivno, obkrožite prosim, katera dva pogoja morata biti izpolnjena, da lahko hkrati napredujete za dva tarifna razreda? .....	61
Tabela 5.25: Kolikokrat do sedaj ste napredovali na svojem delovnem mestu?.....	61

Tabela 5.26: Ali menite, da na možnost vašega napredovanja vpliva tudi vaš spol? ....	62
Tabela 5.27: Kje najdete oz. dobite podporo in motivacijo za vaše delo? .....	64
Tabela 5.28: Zakonski status anketirancev.....	65
Tabela 5.29: Poročeni anketiranci so odgovorili. ....	65
Tabela 5.30: Ali različne obveznosti zunaj službe ovirajo vašo kariero? .....	66
Tabela 5.31: Ali obstaja med vašimi sodelavci kdo, ki bi mu bili radi podobni? .....	66
Tabela 5.32: Če ste na 39. vprašanje odgovorili pritrdilno, katerega spola je vaš vzornik ali vzornica?.....	67
Tabela 5.33: Če ste odgovorili na 39. vprašanje pritrdilno - katere so tiste lastnosti, ki so vam pri tej osebi najbolj všeč?.....	67
Tabela 5.34: Česa pri sodelavcih ne marate? .....	68
Tabela 5.35: Ali ste imeli mentorja, ki vas je podpiral, vplival s svojimi izkušnjami na vas?.....	68
Tabela 5.36: Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili pritrdilno, katerega spola je bil vaš mentor-ica? .....	69
Tabela 5.37: Ali opravljate delo, ki ste si ga vedno želeli?.....	69
Tabela 5.38: Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili nikalno - ali lahko napišete kakšna dela si želite opravljati v okviru svoje poklicne usposobljenosti v prihodnosti?..	69
Tabela 5.39: Ali vaši nadrejeni (delovna organizacija) naredijo dovolj oziroma vam nudijo možnost za napredovanje?.....	70
Tabela 5.40: Kdo je bolj primeren za opravljanje poklica medicinske sestre? .....	71
Graf 5.1: Kako bi ocenili odnos bolnikov do vas. ....	62
Graf 5.2: Kako bi ocenili odnos neposredno nadrejenih do vas?.....	63
Graf 5.3: Kako bi ocenili odnos sodelavcev do vas? .....	64
Slika 2.1: Ženska/moški v odnosu do narava/kultura.....	14
Slika 3.1: Tri glavne in kompleksne razsežnosti poklica. ....	19

## SEZNAM KRATIC

ICN	International Council of Nurses
ZSPJS	Zakon o sistemu plač v javnem sektorju
ZN	zdravstvena nega
VMA	Vojaška medicinska akademija
VŠZ	Visoka šola za zdravstvo
SURS	Statistični urad Republike Slovenije



# 1 UVOD

20. stoletje je prineslo neslutene spremembe na področju tehnološkega razvoja in s tem omogočilo ljudem bolj kakovostno in polno življenje. Žal pa kljub temu ni prišlo do radikalnih sprememb na področju zagotavljanja enakopravnega položaja posameznikov in posameznic, ki se razlikujejo po spolu, veri, političnem prepričanju, barvi kože in drugih lastnostih.

Spol, kot temeljna razpoznavna karakteristika ljudi je imela in še vedno ima pglavitno vlogo pri ustvarjanju odnosov nadrejenosti/podrejenosti v družbi in je ključnega pomena v delitvi dela, tako v formalni kot neformalni sferi.

Neformalno delo, delo žensk v družini oziroma gospodinjstvu, je bilo definirano kot naravno in je tudi s prehodom žensk v javno sfero ostalo v domeni žensk ter s tem necenjeno in nepriznано. Delo žensk v formalni sferi je sicer predstavljalo grožnjo patriarhalni družini, vendar so bila formalna dela žensk vrednotena kot pomožna in manjvredna ter s tem žensko zopet postavljala v odvisni oziroma inferiorni položaj.

Od ženske družinski člani še vedno pričakujejo, da bo najprej dobra mati in gospodinja, ne glede na to, koliko je dejavna in uspešna tudi v formalni sferi. Od moških pa se pričakuje, da družinske obveznosti ne bodo motile njihovih delovnih nalog. Dandanašnji pa je res, da tako moški kot ženske vedno težje usklajujejo zasebno življenje z zahtevami, ki jih narekuje sfera formalnega plačanega dela.

V teoretičnem delu svoje diplomske naloge bom predstavila dve teoretski razlagi, ki nam pomagata razumeti razlike v družbi na osnovi spola in sicer razlago spolnih stereotipov in predsodkov ter razlago družbene konstruiranosti spola. Nadaljevala bom s predstavitvijo poklicne oziroma zaposlitvene segregacije po spolu. Večina raziskav o spolni segregaciji se ukvarja s položajem žensk na trgu delovne sile in z vzroki, zakaj so ženske omejene na ožji krog poklicev, ki so praviloma slabše cenjeni in plačani.

Veliko avtorjev zanimajo redke ženske, ki so prečkale vse ovire in se zaposlile v poklicu, ki velja za tradicionalno moškega. V nasprotju s temi raziskavami pa sem si za svojo diplomsko nalogo izbrala temo z naslovom »Moški v tradicionalno ženskih poklicih – poklic medicinske sestre«.

Spregovorila bom o feminiziranih poklicih, še posebej o poklicu medicinske sestre.

Poklic medicinske sestre je tradicionalno ženski oziroma feminiziran poklic. Poklic zahteva spretnost pri negi bolnika, kar naj bi bila bolj ženska lastnost, ki naj bi izhajal iz naravne vloge, ki jo ženska ima pri negi otroka. Prav zato, ker naj bi ta poklic zahteval »ženski čut«, se zanj odloča le malo moških.

Predstavila bom moške v tradicionalno ženskih poklicih – vzroke in načine vstopa moških v takšne poklice, pozornost pa bom namenila tudi »učinku steklenega dvigala«. Preverila bom, ali za moške, ki se odločajo za poklic medicinske sestre velja, da jim že sam njihov spol daje prednost pri doseganju uspešnih karier? Ali je privilegiranje »moških medicinskih sester« očitno tudi v tradicionalno ženskem poklicu – poklicu medicinske sestre?

V empiričnem delu bom predstavila rezultate ankete, katero sem opravila med izvajalci zdravstvene nege na Kliničnem oddelku za travmatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Z anketo sem želela raziskati, ali je pri napredovanju v zdravstvu vloga spola pomembna in kakšno vlogo ima spol pri napredovanju v tradicionalno ženskem poklicu, v katerega vstopajo tudi moški.

Opravila bom tudi intervjuje z zaposlenimi v zdravstveni negi in s pacienti. Zanimalo me bo, zakaj so se posamezniki odločili za poklic medicinske sestre, so imeli pri vstopu v poklic kakšne ovire, jim delovna organizacija, v kateri so zaposleni, omogoča napredovanje v karieri in kdo je po njihovem mnenju bolj primeren za ta poklic – moški ali ženske.

Paciente pa bom povprašala, kako sprejemajo moške v poklicu medicinske sestre in ali jim to povzroča kakšne težave, predvsem pri sporočanju osebnih – intimnih problemov.

## **2 TEORETSKA IZHODIŠČA O SPOLU**

Podrejen položaj žensk v družbi lahko razumemo kot posledico družbene konstrukcije spolov, ki temelji na stereotipih in predsodkih o spolu. Stereotipi in predsodki utrjujejo določeno prepričanje o moških in ženskah v družbi. Družbeno vrednotenje in umestitev moških in žensk v različne družbene segmente soustvarja in krepi stereotipe in predsodke o spolu.

Predstavila bom teoretična izhodišča in teze nekaterih avtorjev, ki ponujajo argumente za pojasnjevanje obstoječega neenakopravnega položaja žensk v družbi.

### **2.1 SPOLNI STEREOTIPI IN PREDSDOKI**

Med predsodkom in stereotipom je včasih zelo težko potegniti mejo, saj imata besedi podoben pomen, pa vendar obstaja razlika med njima.

Stereotipe je Walter Lippman definiral kot selektivne, samoizpolnjujoče se in etnocentrične sodbe, ki konstruirajo zelo pristransko, nepopolno in neustrezno reprezentacijo sveta (Lippman v Nastran – Ule 1997, 156). Pri stereotipih je bistveno to, da posameznikom pripisujemo lastnosti na osnovi njihove skupinske pripadnosti, ne pa na osnovi njihovih osebnostnih lastnosti. Zaradi tega stereotipi izkrivljajo podobo ljudi, kakršni so v resnici – enkratni, različni, spremenljivi individui (glej Nastran – Ule 1997, 156 - 157).

»Sprejeti stereotipi, ustaljeni vzorci in splošno veljavni prikazi prestrežejo informacije na poti do zavesti« (Lippman 1999, 81). To v bistvu pomeni, da zavest ne vidi tistega, kar je dano očem v resnici, se pravi »realne podobe« človeka, ampak zavest sprejema samo tiste informacije, ki jih vidi posameznik skozi oči družbe. To pomeni spremembo mišljenja, ki postane, če je vcepitev uspešna, sprememba vizije (Lippman 1999, 81).

Kaj pa so predsodki? Predsodki so stališča, ki so zasnovana na nepreverljivih dejstvih, govoricah... (Ule 1997, 16). Predsodki so emocionalno obarvani, zelo odporni

na spremembe in imajo kot vsa stališča kognitivno, emocionalno in kognitivno komponento (Ule 1997,163).

Kje pa iščemo vzroke za stereotipe in predsodke? Eni in drugi so stari toliko kot človeška družba. Začeli so se razvijati takrat, ko so se ljudje začeli zavedati, da so drugačni (črni, beli, suhi, debeli, močni, šibki ...) ali pa takrat, ko se je družba delila na vladarje in vladane.

V naši kulturi je ena izmed osnovnih delitev ljudi po spolu: na moške in ženske. Vendar ta delitev nikakor ni edina ali univerzalna. Biološko ločujemo pet spolov: poleg moških in žensk obstajajo (čeprav redko) pravi hermafroditi, moški hermafroditi in ženski hermafroditi. Pomembnejše od tega pa je, da mnogo družb (npr. Indija) vmesne spole ne samo priznava, temveč tudi popolnoma sprejema. Ljudi ne kategorizirajo na moške ali ženske, ampak dajejo prostor tudi tistim, ki so oboje. Zahodne kulture ljudi na silo delijo na moški in ženski spol, vsakemu izmed njiju pa seveda pripisujejo tudi natančno določeno obnašanje, ki je temu spolu »primerno«.

(Uletova 1997) meni, da je najtežje rušiti spolne in etnične predsodke. Spol je tista komponenta človeške identitete, ki je bila skozi celotno zgodovino sredstvo za diferenciacijo ženskih in moških. V mnogih primerih je šlo zgolj za družbeno in ne biološko kategorizacijo spola (Morley 1990, 229).

Ali naj spol potemtakem razumemo kot rezultat kulture, ali pa kot rezultat naravnih zakonitosti? Vsekakor je spol biološko pogojen, res pa je tudi, da spol pogosto razumemo in interpretiramo kot družbeno in kulturno determiniranega s stereotipi in predsodki. Stereotipi in predsodki so rezultat družbe, ki je oblikovala ene in druge zato, da bi čim manj škodovala sebi, ali pa si s pomočjo njih podredila posameznika – torej nasprotnika, ki je drugačen. Stereotipi se tako vztrajno in verodostojno prenašajo od staršev na otroke, iz generacije v generacijo, da so se spremenili iz nekoč kulturnega dejstva v biološko dejstvo (Lippman 1999, 85).

Spolne vloge, ki jih igrajo moški in ženske se skonstruirajo že zelo zgodaj in sicer v obdobju prve socializacije. V obdobju prve socializacije (v družini) začnejo starši otroke diferencirati na deklice in dečke, pri tem pa si pomagajo z »družbeno determiniranimi metodami«. Deklice oblačijo v roza oblačila, dečke pa v modra. Otroci se igrajo z igračkami, ki so po družbeni definiciji primerne za deklice in dečke. Matere pričakujejo od

hčerk, da jim bodo pomagale pri gospodinjskih opravilih (kuhanje, pomivanje posode, čiščenje) medtem, ko očetje pričakujejo od sinov, da jim bodo pomagali pri vrtnih opravilih, pri popravilih tehničnih aparatov itd.. Pričakovanja staršev od enega do drugega spola so različna. Od deklic pričakujejo, da so pridne in uspešne v šoli, da imajo smisel za ples, glasbo, da lepo rišejo itd.. Povsem normalno za dečke pa je, da so nagajivi, razgrajajo, da so manj uspešni v šolanju, da imajo manj posluha za estetiko. Vse to pa so družbeno priznani stereotipi in predsodki, ki kategorizirajo posameznika kot žensko ali moškega.

Palčič – Kobalova ugotavlja »da spolni stereotipi predstavljajo nerealno in nepravilno predstavo o moških in ženskah. Samoumevno je namreč, da niso vsi moški samozadostni, pogumni, tehnično naravnani itd. In niso vse ženske nežne, čutne, občutljive, sramežljive itd.« (Palčič – Kobal v Fireder 2002, 16).

(Petz 1992) femininost/maskulinost definira kot »obnašanja, lastnosti in stališča, ki so značilna za ženske/moške, tj. ki so tradicionalno pripisani ženskam/moškim in se od njih stereotipno pričakujejo« (Petz v Kanjuo – Mrčela 1996, 56).

Femininost in maskulinost sta socialno in kulturno determinirana. Spolni stereotipi so rezultat družbenih norm. Marshall (1984) stereotipno določene spolne vloge imenuje »pasti, ki omejujejo osebno svobodo« (Marshall v Kanjuo – Mrčela 1996, 57).

Začetke spolnih stereotipov je treba iskati že v patriarhalnih prazgodovinskih družbah kot posledico naravne delitve dela med žensko in moškim. Ženska je bila vezana na dom, moški pa je na nizki stopnji materialnega razvoja prevzel vlogo zaščitnika družine. Zasebna lastnina, ki je bila v rokah moških, je takšno delitev še utrdila. Sčasoma je prevladalo prepričanje, da je takšna delitev dela po spolu edina pravilna in vsekakor naravna (glej Boh v Fireder 2002, 20).

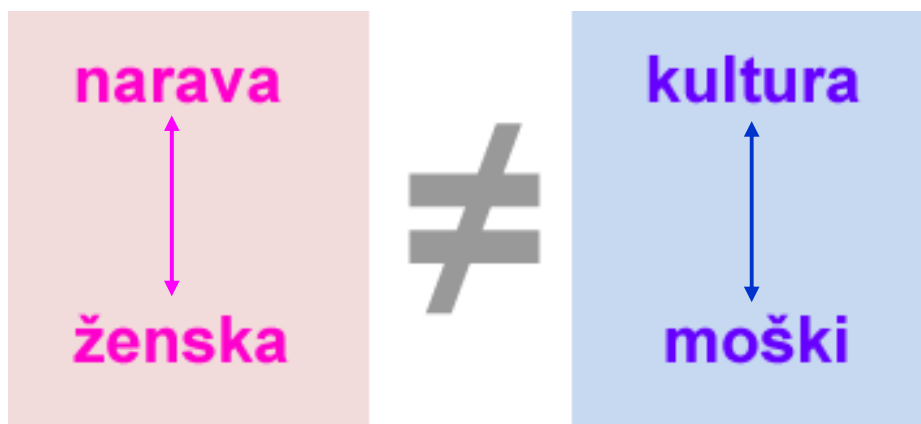
Za posameznike so stereotipna pričakovanja družbe lahko obremenjujoča. Pogoste so težave žensk in moških, ki ne želijo živeti v skladu s spolnimi stereotipi. Izbira drugačne poti je izjemno težka, saj jih družba lahko začne obstojati. Od moških se zahteva, da so drugačni od žensk. Obstaja veliko moških in žensk, ki ne ustrezajo tej idealno – tipski opredelitvi. Obstaja veliko moških, ki se jim zdijo blesteče kariere breme. Nekateri se raje posvečajo skrbi za bolne, vzgoji otrok... Obratno pa so ženske, ki jim je skrb za družino breme in se raje ter uspešneje posvečajo doseganju kariere. Družba

taka odstopanja od tradicionalnih vlog žensk/moških obsoja in večinoma ne sprejema. Za posameznika je to razhajanje med družbenimi potrebami in pričakovanji lahko prava agonija. Pričakovanja družbe so eno, hotenja in želje posameznika pa drugo. Veliko težav predstavlja prilagajanje družbenim mitom. Mite o moškosti smo podedovali iz preteklosti in pogosto ne ustrezajo več današnji družbeni realnosti. Vseeno pa še vedno pričakujemo od moškega, da se obnaša tako, kot se to od njega kot moškega tudi pričakuje, pa čeprav je to v nasprotju z željami moškega v oblikovanju svojega življenja. Spolni stereotipi lahko povzročijo krizo osebne identitete, oziroma »spolno paniko«, kot imenuje strahotno konfuzijo, ki jo posameznik ali posameznica lahko občuti, če ne ustreza stereotipnim konceptom svojega spola (Dowling v Kanjuo – Mrčela 1996, 57).

Dejstvo je, da precej moških čuti v sebi željo po delu v tradicionalno ženskem poklicu, ali pa ženske želijo delo v tradicionalno moškem poklicu, vendar to željo v sebi zatrejo kot neprimerno. Podiranje stereotipov je zagotovo boleče, potrebuje precej pogumne in pozitivne samopodobe, da se posameznik sploh odloči, da gre svojo pot.

Sherry Ortner (Moore 1994, 14) primerja odnos med žensko in moškim z odnosom med naravo in kulturo (slika 1).

Slika 2.1: Ženska/moški v odnosu do narava/kultura.



Vir: Moore (1994, 14).

Avtorica razlaga obstoječo shemo s pomočjo bioloških karakteristik. Ženska ima reproduktivno vlogo v obstoječi družbi, njeni družbeni odnosi so do neke mere prilagojeni njeni naravni funkciji, zato je bližje naravi. Moške biološke karakteristike so v

primerjavi z žensko zanemarljive, zato si je moral moški poiskati nadomestno okolje – kulturo, ki je odražala njegovo bistvo. Vloga ženske kot matere je postala prevladujoča vloga v zasebni sferi, daleč od javnega in celotnega družbenega dogajanja. Moški pa je posvetil vso svojo pozornost v javno sfero (področje odločanja, politika, ekonomija). Pri tem je bil izjemno uspešen, krepil si je javno podobo in moč, ki jo je uporabil za podrejanje zasebne sfere – družine, v kateri je dominirala ženska. Podobno kot si je kultura podredila naravo, si je moški podredil žensko.

Odnos med dvema posameznikoma bi moral temeljiti na enakopravni zastopnosti interesov obeh strani in ne podrejenosti enega do udeležencev. Takšen odnos je očiten na delovnem mestu, kjer pogosto moški zaseda višji položaj na hierarhični lestvici in razpolaga z več moči. Da bi ženska zasedla enakopraven položaj v družbi, se mora v prvi vrsti otresti vseh stereotipnih družbenih sodb o spolu, zato pa je potrebno redefinirati družbeni spol (gender), saj bi bila sicer vsa prizadevanja za enakopravnost jalova.

## **2.2 DRUŽBENO VREDNOTENJE IN UMESTITEV SPOLOV**

Stereotipi in predsodki o spolu niso edini, ki vplivajo na segregacijo dela moških in žensk. Veliko zaslug za to ima poleg stereotipov in predsodkov tudi družbeno vrednotenje spolov, ki žensko potiska v podrejen položaj. Družbe pripisujejo večjo vrednost moškim lastnostim, dejavnostim in funkcijam, manj pa cenijo ženske.

Družbena podoba spolov ima malo skupnega z biološko podobo, ki temelji na fiziološkem oziroma anatomskem razlikovanju moškega in ženskega. Družbena definicija spola pa je odraz obstoječega patriarhalnega stanja v družbi, ki je bil in je še vedno značilen za večji del družb v vseh zgodovinskih obdobjih. Patriarhalna družba narekuje podrejen položaj žensk in njihovo odvisnost v javni in zasebni sferi družbenega življenja. Podrejena vloga ženske izhaja iz njene vloge matere in gospodinje. Nadrejena družbena vloga moškega pa izhaja iz njegove vloge hranilca družine in predstavnika družbenega življenja, različne distribucije moči in kapitala.

Ženska v vlogi žene, matere in gospodinje deluje pretežno v zasebni sferi, njeno družbeno delovanje je s tem zelo omejeno. Družba je vseskozi omejevala ženski nastop v javni sferi ter to opravičevala z njeno naravno reproduktivno vlogo in jo s tem prikrajšala za svobodo odločanja. Svoboda odločanja pa je tista, ki omogoča posamezniku, da razpolaga z vsemi dobrinami, ki jih pridobi v procesu produkcije. Ženske, ki niso nastopale v procesu produkcije (pridobitev kapitala in razpolaganje z njim), so bile odvisne od svojega moža. V primeru, da pa so v procesu produkcije (pridobivanja kapitala) nastopale, pa so bile razporejene na tiste položaje, ki so bili slabše družbeno vrednoteni in posledično slabše plačani. Podrejenost žensk je torej posledica segregacije v procesu produkcije, ki ima svoj izvor v patriarhalni družbi. S tem, ko je možki dosegel izključenost žensk iz javne sfere, je dosegel njeno finančno odvisnost in podrejenost v zasebni sferi (znotraj družine).

Med patriarhatom in kapitalizmom obstaja harmonija (Hakim 1996, 10), ki je privedla, ne samo do izločanje žensk iz trga plačanega dela, ampak tudi ne neenakovredne pozicije žensk na trgu plačanega dela. Podrejenost žensk nekoliko drugače vidi Becker (Hakim 1996, 14). Meni, da spolna delitev dela v družini vodi do tega, da vlagajo ženske manj v človeški kapital (izobraževanje, usposabljanje, delovne izkušnje in oblikovanje kariere) kot možki. Ženske torej izbirajo tiste poklice, ki so manj zahtevni in bližje gospodinjskim – torej manj vrednotena. Beckerjevo razmišljanje je bilo deležno kritik tistih, ki menijo, da niso vse ženske sprejele vlogo matere, soproge, gospodinje kot primarno družbeno vlogo.

(Wajcmanova 1996) je proučevala ženske v menedžmentu velikih podjetij in ugotovila, da so ženske ki zasedajo visoke položaje v poklicih in na trgu plačanega dela, ki so bili prvotno namenjeni zgolj moškimi, močno zamajale temelje Beckerjeve teorije.

Družbena vloga spolov, stereotipi in predsodki, različna distribucija kapitala in moči, pa niso edini, ki povzročajo podrejenost žensk in dominacijo moških. Odnos med moškim in žensko lahko sproži tako stanje. Interakcija med dvema posameznikoma lahko privede do vpliva in posledično do njunega podrejenega oziroma dominantnega položaja.



## **3 POKLIC**

### **3.1 SPLOŠNO O POKLICU**

Poklic razumem kot miselno celoto znanja, sposobnosti, veščin, kompetenc in navad, ki posamezniku omogočajo, da opravlja dela in naloge določene zahtevnosti na nekem določenem področju dela neke dejavnosti (Možina in drugi 2002, 414). Poklic je v sodobnih družbah opredeljen s poklicnimi standardi, ki predstavljajo osnovo za priznavanje šolske in (praktične) poklicne kvalifikacije (EC 2005). Kramberger meni, da je izraz poklic izrazito večnotski in relacijski in se v slovenskem prostoru povezuje tako s sfero izobraževanja kot zaposlovanja (Kramberger 1999, 42 – 47).

V anglosaksonskem svetu uporabljajo namesto enega izraza za poklic dvoje izrazov: zaposlitev (angl. Occupation) in poklic (angl. Vacation). V slovenščini uporabljamo en sam izraz, ki pa je po mnenju Pavlina »nadobremenjen, kar povzroča šume v komunikaciji« (Pavlin 2007, 177).

Poklic je na podlagi Statističnega urada Slovenije (SURS) opredeljen kot »statistično-analitična kategorija, v katero se razvršča delo, sorodno po vsebini in zahtevnosti in bi ga lahko praviloma opravljal ena oseba« (SURS 2007).

Wenger celo meni, da so skupni vzorci vedenja pri delu in predstave o njih, predstavljajo temelj poklicne identitete (Wenger v Pavlin 2007, 178). Poklicna identiteta ne temelji na samem delu, temveč tudi na procesu poklicne socializacije: prevzemanju norm, vrednot, navad in prepričanj posameznega poklica, oziroma postaja enakovredni član poklicne skupine (Watson v Pavlin 2007, 178). Vedno večja organizacijska sprecifikacija delovnih nalog se odraža v vedno večji poklicni diferenciaciji tudi znotraj posameznih poklicnih skupin. Delo tajnice v enem podjetju je lahko po zahtevnosti bolj sorodno delu vodstvenega delavca v drugem podjetju (Watson v Pavlin 2007, 178).

Poklic postaja v sodobni družbi vedno bolj fleksibilna, individualna in od tod heterogena kategorija (Wenger in drugi 2002; Ramioul 2004; Hoverls v Pavlin 2007). Na številnih področjih pa se znanje tako hitro spreminja, da bi ga po mnenju Lama bilo

nesmiselno kodirati in institucionalizirati v (vsebinsko stabilne) poklice (Lam v Pavlin 2007, 178).

Ljudje so se začeli usposabljeni za poklice zato, da bi si zagotovili službo, ki predstavlja predpogoj za preživetje. Skozi čas se vrste poklicev nenehno spreminjajo. V času, ko je nastal izraz poklic, so poleg duhovniškega in zdravniškega poklica obstajali še tako imenovani rokodelski oziroma manualni poklici: tesarji, kovači, lončarji, peki, krojači...

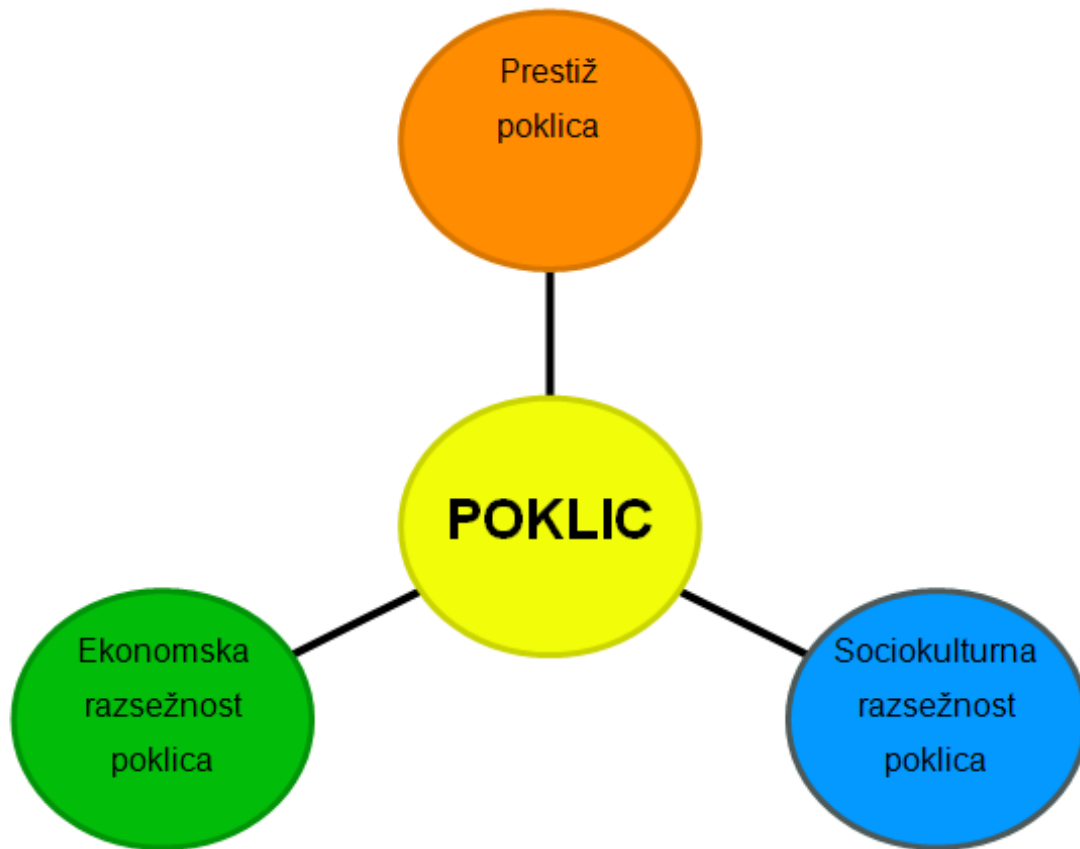
V preteklosti je obstajalo strogo ločevanje med moškimi in ženskimi poklici. V današnjem času je skoraj brez izjeme mogoče opravljati kateri koli poklic, ne glede na spolno pripadnost (Kramberger 1999). Določen poklic je mogoče opravljati ne glede na spol, vendar pa obstajajo določene »nevidne ovire«, ki jih lahko občutijo ženske, ki delajo v tradicionalno moškem poklicu in moški, ki opravljajo feminiziran poklic.

Tehnološki in industrijski razvoj ter družbene spremembe so vzroki, zaradi katerih nastajajo novi poklici. Vedno več poklicev se skupaj z razvojem kvartalnih dejavnosti pojavlja prav tam. Oblikujejo se novi poklici za potrebe ljudi, ki prebivajo v določenem obdobju, prostoru in imajo določen življenjski slog. Manualni poklici počasi izginjajo, novejši pa so v polnem zagonu in razvoju (menedžerji, ljudje zadolženi za stike z javnostjo, animatorji, organizatorji zabav in porok, računalniški operaterji ...). Zavedati pa se moramo, da so novejši poklici prisotni le v razvitem svetu, v katerem so »in«. V očeh družbe so sprejemljivi, materialno pa dobro plačani. V družbi pa so še vedno prisotni tradicionalni poklici (zdravnik, duhovnik, sodnik), ki imajo že od nekdaj velik in nespremenjen ugled.

»Poklic je eden osnovnih prvin, po katerem je segmentiran trg delovne sile. Poklici so medsebojno v hierarhičnem odnosu; nekateri imajo večji družbeni ugled, so bolje plačani, zagotavljajo večjo družbeno moč in prinašajo večjo socialno varnost kot drugi« (Černigoj – Sadar in Verša 2002, 409).

(Kramberger 1999) loči tri glavne in kompleksne razsežnosti poklica.

Slika 3.1: Tri glavne in kompleksne razsežnosti poklica.



Vir: Kramberger (1999).

Kramberger v svojem delu predstavi kako različni avtorji razlikujejo med pojmom poklic in profesija (lat. poklic, stalna zaposlitev). Profesije se od poklicev ločujejo glede na stopnjo delovne avtonomije in potrebnega znanja. Za Beckmana so profesije v ožjem pomenu le poklici, ki zahtevajo veliko znanja in avtonomije (profesionalci).

Pestrost poklicev je dandanes brez dvoma velika. Ljudje smo različni, zato ni vsak poklic primeren za vse. Vsak poklic ima temne in svetle plati. Za človeka je pomembno, kako svoj poklic občuti, kako si prizadeva, da ga izbrani poklic poklicno zadovoljuje, bogati in potrjuje. Za dobro opravljanje poklica je potrebno, da ima človek prirojene in privzgojene lastnosti, nagnjenja in sposobnosti.

### **3.2 POKLICNA ALI ZAPOSLOTVENA SEGREGACIJA PO SPOLU**

Poklicna oziroma zaposlitvena segregacija po spolu je »koncentracija žensk in moških v različnih vrstah in na različnih ravneh dejavnosti in zaposlovanja, pri čemer so ženske omejene na ožji sklop poklicev (horizontalna segregacija) kot moški in na nižje položaje (vertikalna segregacija)« (Černigoj – Sadar in Verša 2002, 409).

Za horizontalno segregacijo je značilno, da so poklici, zaradi družbene definicije spolnih vlog, razdeljeni na tipično moške oziroma ženske poklice. Hierarhična porazdelitev moči znotraj posameznega poklica, pa je vertikalna segregacija. Moški znotraj posameznega poklica in med poklici zasedajo (naj)višje položaje, ženske pa (naj)nižje položaje.

(Kanjuo – Mrčela 1996, 97) navaja dve najpogostejši razlagi poklicne segregacije, ki jo je mogoče zaslediti v literaturi (poleg že omenjene teorije človeškega kapitala), sta to »teorija o dvojnem trgu delovne sile« in »teorija rezervne armade«.

»Teorija rezervne armade« temelji na Marxovi razlagi potreb kapitala (akumulacija) in pojasnjuje položaj žensk na trgu delovne sile s potiskanjem žensk v nekvalificirane, slabše plačane poklice, zaradi težnje kapitala, da bi dobil iz dela čim več (zamenjava moškega dela z delom žensk in otrok).

»Teorija o dvojnem trgu delovne sile« pa definira položaj žensk na sekundarnem trgu delovne sile, kamor uvrščamo slabše plačane poklice, kjer ni možnosti za napredovanje, kjer je zaposlitev nezanesljiva ....

Feministke kritizirajo razlago poklicne segregacije s pomočjo teorije rezervne armade, saj le ta zanemarja vlogo sindikatov in moških, ki ju imajo eni in drugi v procesu dekvilifikacije in delitvi dela med spoloma v družini in na trgu plačanega dela (Kanjuo – Mrčela 1996).

Žensko delo je v resnici slabše vrednoteno in plačano, kar se odraža v vertikalni segregaciji, kjer ženske zasedajo predvsem tista delovna mesta, ki imajo nižji družbeni položaj in s tem tudi slabše plačilo. Ženske, ki želijo uspeti v svojem poklicu, se morajo soočati z nešteti ovirami, med katerimi so tako imenovani stekleni stropovi – nevidne pregrade za nadaljnje napredovanje, ki izvirajo iz zapletenih sklopov struktur v organizacijah, na čelu katerih so moški in ki ženskam onemogočajo zasesti odgovorne

položaje. Ženske, ki opravljajo podobno delo kot moški in so razvrščene na enako delo kot moški, morajo pogosto opraviti več dela, izpolnjevati višje kriterije (strokovnost, delovna uspešnost, usposabljanje) za napredovanje in naj bi ustrezale moškemu modelu uspešnega vodje, kar naj bi pomenilo, da naj se odpovedo družini in otrokom. Nemalokrat pa ženska naleti tudi na težave že pri iskanju zaposlitve. Delodajalci objavljajo prosta delovna mesta za določene poklice samo za pripadnike moškega spola, ali pa zahtevajo do bodoče zaposlenih žensk, da podpišejo pogodbo, v kateri se zavezujejo, da ne bodo matere v naslednjih nekaj letih.

»Značilnosti spolne delitve dela so se zelo razlikovale v posameznih zgodovinskih obdobjih, glede na razredno, regionalno, religiozno in etično pripadnost, toda v večini primerov z redkimi izjemami, je ženska vedno dobila statusno nižja dela in manj plačana dela« (Černigoj – Sadar in Verša 2002, 398).

Poklici niso spolno nevtralni. Razdelimo jih lahko v tri skupine in sicer v poklice, kjer prevladujejo moški (tradicionalno moški oziroma maskulinizirani poklici), poklice, kjer prevladujejo ženske (tradicionalno ženski oziroma feminizirani poklici) ter v integrirane oziroma mešane poklice, v katerih sta enakopravno zastopana oba spola.

(Hakim 1998) je predstavila metodo, s katero lahko določen poklic razvrstimo v eno od treh skupin. Avtorica je predstavila indeks različnosti in segregacije, ki predstavlja razmerje delovno aktivnih moških in žensk v posameznih poklicnih skupinah. Za feminiziran poklic velja tisti, v katerem je zaposlenih vsaj 60% žensk. Integrirane poklicne skupine so tiste skupine, v katerih ženske ali moški predstavljajo vsaj 40% in ne več kot 60% zaposlene delovne sile.

Ženske prevladujejo v poklicnih skupinah vzgojiteljic, medicinskih sester, tajnic, prodajalk – dela, ki so podaljšek gospodinjskega dela. Moški pa prevladujejo v poklicnih skupinah menedžerjev, vojakov, policajev, obrtnikov, kjer se zahteva več tehničnega znanja in sposobnosti odločanja.

Kot sem že omenila na začetku tega poglavja, obstajata horizontalna in vertikalna poklicna segregacija. Williamsova v sklopu vertikalne segregacije govori o dveh pojmih: že prej omenjenih steklenih stropovih (Williams 1995, 7) in efekt steklenih tekočih stopnic (Williams 1995, 12).

Ženskam stekleni stropovi («glass ceilings») preprečujejo poseganje po najvišjih pozicijah, medtem ko se moške vzpodbuja k napredovanju in s tem povzroča fenomen, imenovan steklenih tekočih stopnic («glass escalator effect»). Omenjeni segregaciji pa nista občutljivi na vrsto poklica. Moški naj bi imeli prednost ne glede na to, ali gre za ženski ali moški poklic.

Kako odpraviti poklicno segregacijo po spolu?

Za doseg spolne enakosti bi po Ankerju bilo ključnega pomena spremeniti obstoječe ženske in moške stereotipe. Če bi moški začeli prevzemati tudi ženske lastnosti, bi mladi dečki dobili drugačno predstavo o moškosti, definicija moškosti bi se spremenila, to bi bil pomemben korak k doseganju spolne enakosti (Williams 1995).

Potrebna bi bila integracija žensk v moške poklice in moških v ženske poklice. Odločitve moških za vstop v ženske poklice bi se morali odvijati brez bojazni, da bi v družbi naleteli na roganje in zasmehovanje. Namensko integriranje moških v ženske poklice pa lahko naleti na nevarnost, saj če bi moški nadomestili ženske delavke, bi prevzeli hierarhično najvišja in najboljše plačana delovna mesta v teh poklicih. Zgodilo bi se lahko, da bi ženske izgubile še tisto minimalno prednost, ki jo imajo na trgu dela (Anker 1997). Vsako vključevanje moških v ženske poklice mora biti preštudirano. Upoštevati je potrebno vse potencialne negativne posledice, ki bi jih ob tem občutile ženske. Ženske interese je potrebno zaščititi (Williams 1995).

### **3.3 MOŠKI V TRADICIONALNO ŽENSKIH POKLICIH**

V sodobnem svetu se pogosto srečujemo z vstopom žensk na delovna mesta, ki so v preteklosti pripadala izključno moškim. O »vdoru« žensk v tradicionalne moške poklice je bilo napisano že veliko. Zelo malo teoretikov pa razmišlja in piše o obratnem pojavu – o vstopu moških v tradicionalne ženske poklice. Med moškimi je izbira »ženskega poklica« redkejši pojav. Pa kljub temu, zakaj se povsem možati moški odločijo za opravljanje teh poklicev? Dejstvo je, da so ženske, ki se odločijo za tako imenovane moške poklice, karakterno močne in ambiciozne. Motiv za vstop v moške poklice je zagotovo višja plača in ugled, ki ga le ti ponujajo. Logično vprašanje, ki iz tega sledi pa je, kaj potem takem vleče moške v malo cenjene, neugledne in nepriljubljene ženske poklice? Zakaj bi se normalno inteligentni, zdravi moški odločali za opravljanje ženskega poklica, ki zahteva nizko stopnjo inteligence in visoko stopnjo tolerantnosti do dolgočasje (Williams 1995, 2)? Taki moški so etikirani kot posebneži in so predstavljeni na stereotipen način. Christine L. Williams je v Združenih državah Amerike opravila raziskave, iz katerih je razvidno, da moški v ženskih poklicih ohranjajo svojo moškost s pripadajočim obnašanjem. Obdržijo se lastnosti, ki veljajo kot družbeno določene za moške lastnosti (moč, racionalnost, aktivnost, agresivnost, sposobnost itd.). Vse te lastnosti pa so nasprotne ženskim lastnostim (čustvenost, nežnost, intuitivnost, osebnost, sentimentalnost, mehkužnost, slabost itd.) in so nižje vrednotena (Kanjuro Mrčela 1996). Moški v ženskih poklicih uporabljajo različne strategije, ki pomagajo vzdrževati njihovo moškost. Uspeh na delovnem mestu jemljejo kot dokaz moškosti (Williams 1995).

#### **3.3.1 OHRANJANJE MOŠKOSTI V TRADICIONALNO ŽENSKIH POKLICIH**

Moško delo je v vseh družbah višje cenjeno kot žensko. Z ekonomsko koristjo in višjim socialnim statusom moški zadovoljujejo svojo psihološko potrebo po podreditvi nasprotnega spola in diferenciacijo od njega. Moški, ki se zaposlijo v tradicionalno ženskih poklicih pa izničujejo ustvarjeno različnost in nadrejenost ženskam. Zaradi tega

so predmet obtožb in posmeha, predstavljeni ne kot »pravi moški«. Zaradi potrebe po dokazovanju svoje moškosti oblikujejo različne strategije, s katerimi poudarjajo svojo spolno identiteto v tradicionalno ženskem poklicu.

(Williamsova 1995) identificira štiri strategije za poudarjanje moške spolne identitete.

## IZBIRA MOŠKEGA PODROČJA ZNOTRAJ POKLICA

Znotraj tradicionalno ženskih poklicev obstajajo določena področja, na katerih so moški v večji meri prisotni. V zdravstvu je to na primer na urgentnih in psihiatričnih oddelkih. Moški naj bi bili manj čustveni in na takih oddelkih lažje prenašajo psihične obremenitve.

## POUDARJANJE MOŠKIH ELEMENTOV V POKLICU

Za uspešno delo v tradicionalno ženskih poklicih so včasih potrebne lastnosti, ki jih povezujemo z moškimi lastnostmi (fizična moč – dvigovanje težjih bolnikov v bolnišnicah, tehnične sposobnosti – sodelovanje pri medicinsko tehničnih posegih – na primer pri anesteziji). Moški določena tipično ženska opravila nadomestijo z opravilom kakšne bolj »moške« zadeve namesto sodelavk. Formalno in neformalno druženje maloštevilčnih moških v moške skupine »men's club«, kamor sodelavke nimajo vstopa.

## NAPREDOVANJE NA VIŠJE ADMINISTRATIVNE POLOŽAJE

Moški, ki uporabljajo to strategijo, običajno opisujejo zaposlitev v tradicionalno ženskem poklicu le zgolj začasno, samo kot odskočno desko za napredovanje na višji položaj in na bolj prestižno delovno mesto. Moškim, ki opravljajo poklic medicinske sestre na negovalnem oddelku je lahko to zgolj predpriprava za kasnejše delo in sodelovanje pri medicinsko tehničnih posegih. Gre za učinek »steklenega dvigala«, kjer moške organizacija sama potiska »proti vrhu«. Ženske so v slabšem položaju kot moški tudi zato, ker morajo poleg poklica skrbeti tudi za gospodinjstvo in vzgojo otrok. Zaradi tega se moški lahko bolj posvečajo karieri in so lahko tudi v tradicionalno ženskem



poklicu uspešnejši od žensk. Z dosego višjega položaja, dosežejo svojo superiornost in tako dokazujejo svojo moškost.

## ODTUJITEV OD DELA

Gre za to, da moški ne čutijo povezave s svojo službo. Sprejeli so jo po sili razmer, zato v njej niso zadovoljni. Nema lokrat je ta strategija usmerjeno tudi k homoseksualnosti v teh profesijah. Heteroseksualci se posmehujejo homoseksualcem in jih krivijo za nizek položaj v ženskih poklicih. Moški na svoje moške sodelavce, ki so se s tem poklicem bolj identificirali, gledajo zviška in omalovažujoče (Williams 1995, 123 – 141).

V tradicionalno ženskih poklicih pa najdemo tudi moške, ki ne podpirajo prevladujoče podobe o moških. Zavračajo tradicionalno moške lastnosti kot so fizična moč, stoičnost, ekonomska uspešnost, heteroseksualnost. Vendar pa večina moških, ki opravljajo tradicionalno ženske poklice, še vedno podpira prevladujočo družbeno podobo moškosti in od nje ne odstopajo.

### 3.3.2 NAČINI VSTOPANJA MOŠKIH V TRADICIONALNO ŽENSKE POKLICE

V družbi so še vedno prisotni negativni predsodki o moških, ki vstopajo v tradicionalno ženske poklice. Obstajale pa naj bi določene situacije, v katerih je opravljanje ženskih poklicev dopustno, dostojno in prav nič nenavadno. Gre za splošne gospodarske, politične, socialne krize in pojav visoke stopnje brezposelnosti.

Harriet Bradley (Williams 1993) je skušala prikazati, na kakšne načine vstopajo moški v feminizirane poklice. Po njenem obstajajo trije osnovni načini:

#### PREVZEM

Kadar moški popolnoma prevzamejo poklic, ki je bil sprva definiran kot ženski poklic, takrat govorimo o prevzemu. Ženske v tem poklicu postanejo manjšina in so bolj ali manj

izključene iz njega. Popolni prevzemi so redki, saj ženski poklici veljajo za neprivlačne in slabo plačane. Največkrat so posledica tehnoloških inovacij.

## VDOR

Vdor je pogostejši od prevzema. Moški množično vstopajo v ženske poklice in prevzemajo vodilne položaje. Žensk se v tem primeru ne izključi iz scene. Veliko vdorov se je zgodilo in so bili najpogostejši na storitvenem področju.

## PRONICANJE

Pronicanje je najtežje izslediti. Zgodi se, ko se majhno število moških prostovoljno odloči, da bo opravljalo ženski poklic iz osebnih razlogov kot so: talent, ljubezen do poklica in nezanimanje za nestereotipne mačo zadeve.

Harriet Bradley (Cross in Bangiholle 2002, 207) meni, da se moški vse bolj odločajo za prehod v ženske poklice, ker naj bi primanjkovalo delovnih mest v tradicionalno moških poklicih in so zato pripravljene sprejeti tudi nižje plače in status.

### **3.3.3 TEORIJA O OZNAČENOSTI**

Avtorica (Rosabeth Moss Kanter 1977) je v delu *Men and Women of the Corporation* prikazala pomembno študijo o organizacijski neenakosti, v kateri razvije teorijo o označenosti.

Teorija o označenosti trdi, da je razlog za diskriminatorno obravnavanje žensk v določeni organizaciji kriva njihova številčna inferiornost. Pojav je prisoten povsod tam, kjer se manjšinska skupina znajde znotraj dominantne in številčno močnejše. Manjšina zaradi drugačnosti vedno izstopa in je zato predmet številnih stereotipov in različnih oblik marginalizacije. Kanterjeva je študijo izvedla v veliki ameriški korporaciji in je proučevala marginalizirane skupine žensk, čeprav sama avtorica trdi, da je teorija spolno nevtralna. Aplicirati naj bi jo bilo možno na oba spola, kar pomeni, da se bodo v

poklicih, kjer so številčno šibkejši moški, tudi oni znašli v depriviligiranem položaju. V organizaciji, kjer med zaposlenimi prevladujejo ženske, bo manjšina moških obravnavana sovražno in diskriminatorno (Kanter v Williams 1995, 66).

(Williamsova 1995) ugotavlja, da v tradicionalno ženskih poklicih manjšina moških izstopa in je obravnavana drugače kot večinska skupina zaposlenih. Nadaljnja opažanja Williamsove pa so v nasprotju s trditvami Kanterjeve – manjšinska skupina moških je v ženskem kolektivu večinoma deležna določenih privilegijev. Manjšina zaposlenih v kolektivu nasprotnega spola res izstopa, toda medtem, ko ženskemu spolu njihova številčna inferiornost predstavlja oviro, je skupina moških znotraj ženskega poklica praviloma sprejeta pozitivno. Manjšina za moške predstavlja celo prednost. Tudi v tradicionalno ženskih poklicih dosegajo moški najvišja in najbolj plačana delovna mesta. Opažanja Williamsove tako postavljajo pod vprašaj veljavnost predpostavke o spolni nevtralnosti teorije o označenosti (Williams 1995, 67).

### **3.3.4 UČINEK STEKLENEGA DVIGALA = STEKLENE TEKOČE STOPNICE**

Pojem »stekleni stropovi« izvira iz ZDA, ki so ga v 70-tih letih analitičarke opredelile kot »nevidne ovire«, ki v obliki predsodkov in stereotipov ustavljajo in onemogočajo napredovanje določenim družbenim skupinam. Prisotni so na različnih ravneh, v različnih organizacijah in družbah, toda skupno je vsem, da so trdno zasidrani kot nevidni del organizacijske zgradbe in jih je težko podreti (Kanjuo – Mrčela 2000, 58).

Williamsova skuša ugotoviti, zakaj je za moške njihov spol prednost pri doseganju uspešnih karier. Opre se na teorijo o spolno določenih organizacijah, po kateri so kulturne predpostavke o moškosti in ženskosti vgrajene globoko v strukturo poslovnega sveta. Te predpostavke omejujejo možnosti žensk in pospešujejo uspeh moških. Nemalokrat je ta razlika opazna že pri zaposlovanju – organizacije dajejo prednost moškim, ker predvidevajo, da se bodo moški bolj posvetili delu kot ženske, ki imajo poleg službe še gospodinske obveznosti in vzgojo otrok. V zadnjem času se dogajajo spremembe, vendar pa moški še vedno zasedajo najbolj plačana in prestižna delovna mesta in imajo v organizaciji večjo moč kot ženske. Organizacije poudarjajo moške

lastnosti in jih nagrajujejo s promocijo na višje položaje. Pomen moškosti v organizacijah ni objektivno dan in nespremenljiv – preoblikuje se na samem delovnem mestu in skozi interakcijo med zaposlenimi. Kljub vsemu pa je moškost v organizacijah zelo cenjena ter pogosto nagrajevana, ne glede na to, ali moški predstavljajo večino ali manjšino zaposlenih. Privilegiranje moških je celo mnogo bolj očitno v tradicionalno ženskih poklicih, meni Williamsova.

V feminiziranih poklicih kulturni vzorci moške avtomatsko usmerja na področja, povezana s stereotipno moškimi lastnostmi, kot so fizična moč, tehnična usmerjenost, sposobnost vodenja. Williamsova te pojave imenuje »glass escalator effect« - učinek steklenega dvigala. Večini moškim tak položaj ustreza, nekateri pa so nanj nekako prisiljeni, čeprav je to proti njihovimi pričakovanji in ambicijami. Moški, ki bi želeli ostati na tradicionalnih ženskih delovnih mestih, se srečujejo s pritiskom organizacije, da bi napredovali. Znajdejo se v nevidnem dvigalu in ves čas se morajo boriti, da ostanejo na nižjih položajih v svojem poklicu. Ko se prepustijo toku, jih organizacija sama potiska navzgor, na višja delovna mesta. Moškemu se je težko zaposliti kot vzgojitelj v otroškem vrtcu; če se že odloči za pedagoško izobrazbo, se že od procesa šolanja od njega pričakuje, da bo učil starejše otroke, ne pa negoval malčke. Nekateri moški se odločajo za take poklice prav zaradi tega, ker se nameravajo s pomočjo »nevidnih stopnic« zavihteti na najboljša delovna mesta.

V zdravstvu v Sloveniji pa zaenkrat tega še ni zaznati. Poklic medicinske sestre je feminiziran poklic, v katerega pa v zadnjih letih vse bolj vstopajo tudi moški. Vodilne položaje v zdravstveni negi (nadzorne medicinske sestre, glavne medicinske sestre kliničnih oddelkov, glavne medicinske sestre javnih zavodov) pa še vedno trdno držijo v rokah predstavnice ženskega spola.

### **3.4 POKLIC MEDICINSKE SESTRE**

Poklic medicinske sestre je eden od poklicev z dolgoletno tradicijo. Od prve medicinske sestre, Florence Nightingale (1820 -1910), ki je organizirala nego bolnikov v Krimski vojni, pa do danes je minilo že skoraj 150 let. Florence Nihtingale velja za ustanoviteljico sodobnega sestrstva. Vse svoje življenje je posvetila zaveščanju ljudi o pomenu higiene v zdravstvu. Bistveno je pripomogla k ugledu poklica takratnih bolničark in ustanovila šolo za medicinske sestre in babice. Tam izšolane medicinske sestre so kmalu postale zelo cenjen in iskan kader po celem svetu. Prve šole za medicinske sestre so bile ustanovljene v Angliji v 19-tem stoletju, v Sloveniji pa je bila prva enoletna šola ustanovljena šele leta 1924.

Naloga in namen medicinske sestre je predvsem pomoč bolniku pri preprečevanju in zdravljenju bolezni ter pri zadovoljevanju bolnikovih potreb. Medicinske sestre se izobražujejo v srednjih zdravstvenih šolah (zdravstveni tehnik/zdravstvena tehtnica) in na visokih šolah za medicinske sestre (diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra). Do leta 1993 so se izobraževali tudi na Višji šoli za zdravstvene delavce (višji zdravstveni tehnik/ višja medicinska sestra. Z reformo izobraževalnega sistema pa si lahko pridobijo izobrazbo na srednji zdravstveni šoli in na treh visokih šolah za zdravstvo (Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo v Izoli in na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru).

Za kvalitetno opravljanje svojega dela pa se mnogi odločajo tudi za dodatno izobraževanje na fakultetni stopnji na različnih fakultetah (Pedagoška fakulteta, Filozofska fakulteta, Fakulteta za družbene vede, Fakulteta za organizacijske vede ...).

Ne glede na pridobljeno stopnjo izobrazbe, pa se vsi združujejo v disciplino, ki jo imenujemo zdravstvena nega.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. I. RS 9/92 v prvem členu opredeljuje zdravstveno varstvo kot sistem družbenih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnjega odkrivanja, pravočasnega zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije zbolelih in poškodovanih.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1). Ur. l. RS 9/92 v členih 7, 15 in 74 natančno opredeljuje zdravstveno dejavnost, iz česar so razvidne dejavnosti – diagnostika, zdravljenje, medicinska rehabilitacija in zdravstvena nega. Zakon v 55. členu opredeljuje tudi pravice in odgovornost zdravstvenih delavcev in pravi: »Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.«

### **3.4.1 ZDRAVSTVENA NEGA**

Zdravstvena nega se razvija kot stroka z lastnim strokovnim znanjem, ki jo ločuje od drugih zdravstvenih disciplin. Medicinske sestre se ukvarjajo z zdravstveno nego in sicer v obdobju zdravja varovancev, njihove bolezni, rehabilitacije, pa do smrti.

Zdravstvena nega je po eni od mednarodnih definicij profesionalna disciplina, ki je komplementarna z drugimi zdravstvenimi profesijami in je integralni del nacionalnega sistema zdravstvenega varstva. Je sistematična in ciljna dejavnost, ki se prvenstveno nanaša na krepitev, ohranjanje in izboljšanje zdravja in kakovosti življenja posameznika, družine in skupnosti. Temelji na pomoči posamezniku, družini, družbeni skupini za doseg optimalnih zdravstvenih potencialov v okviru danih življenjskih zmožnosti.

Edinstvena funkcija medicinskih sester pri negovanju posameznikov je oceniti njihove fizične, psihične in socialne reakcije na njihovo zdravstveno stanje in izvajati tiste aktivnosti, ki prispevajo k zdravju ali ozdravitvi ali mirni smrti, ki bi jih sicer varovanci vršili samostojno, če bi imeli potrebno moč, voljo ali znanje. V teh nalogah ima medicinska sestra samostojno vlogo oziroma funkcijo. Poleg samostojne funkcije ima medicinska sestra tudi sodelujočo funkcijo, kadar sodeluje v diagnostično – terapevtskem procesu, ki ga vodi zdravnik.

V Sloveniji je nosilka zdravstvene nege višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik – diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik, ki vodi tim zdravstvene nege, katerega člani so tudi zdravstveni tehniki/zdravstvene tehnice in v katerem je vzpostavljena delitev dela glede na stopnjo izobrazbe.

Medicinske sestre ne delujejo izolirano, temveč tekoče spremljajo razvoj stroke in nova dognanja drugod. V svetu je zdravstvena nega že dolgo priznana kot samostojna znanstvena disciplina.

### **3.4.1.1 ZDRAVSTVENI TEHNIK – ZDRAVSTVENA TEHNICA**

Zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka je zdravstveni delavec, ki je usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član/članica negovalnega tima, v katerem je vzpostavljena delitev dela glede na stopnjo strokovne izobrazbe. Zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka je po navodilu višje medicinske sestre/tehničarke ali diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika izvajalec-ka postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege. Delo je odgovorno in povezano z moralno etičnimi načeli. Zdravstveni tehnik/tehničarka tako pomaga bolniku/varovancu pri zadovoljevanju njegovih potreb:

- pri dihanju, prehranjevanju in pitju (naročanje, serviranje hrane, priprava bolnika, pomoč in hranjenje po sondi ...),
- pri izločanju in odvajanju,
- pri gibanju in ustrezni namestitvi,
- pri spanju in počitku,
- pri oblačenju,
- pri vzdrževanju normalne telesne temperature,
- pri osebni higieni in urejenosti,
- vodi nadzor nad bolnikom,
- odstranjuje nevarne predmete.

Bolniku pomaga pri komuniciranju, izražanju čustev, koristnem delu, razvedrilu in rekreaciji; sodeluje pri sprejemu in namestitvi bolnika/varovanca v enoto; sodeluje pri psihofizični pripravi bolnika na operativni poseg in v okviru svojih pristojnosti izvaja zdravstveno nego po operaciji; sodeluje in izvaja določene medicinsko-tehnične posege,

za katere je usposobljen; daje zdravila in skrbi za bolnikovo lastnino. Zdravstveni tehnik/tehničar pomaga zdravemu ali bolnemu varovancu zadovoljiti vsakodnevne življenjske potrebe, pomaga mu k dobremu počutju in zadovoljstvu in k ohranjanju ali vrnitvi zdravja.

V okviru teoretičnega znanja si pridobi znanje na humanističnih, družboslovnih in naravoslovnih področjih ter znanje s področja zdravstvene nege. Imeti mora smisel za delo z ljudmi. Vodi ga-jo želja pomagati in se odločati v korist varovanca. Varovati mora njegovo zasebnost in spoštovati pravico varovanca do izbire in odločanja. S svojim obnašanjem in svojim delovanjem mora pozitivno vplivati na varovanca.

### **3.4.1.2 MEDICINSKA SESTRA – DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA – DIPLOMIRANI ZDRAVSTVENIK**

Definicija Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) je: »Medicinska sestra je oseba, ki je končala program bazične splošne izobrazbe za medicinske sestre in ji – mu je pristojni organ (v Sloveniji je to Ministrstvo za zdravje) podelil pravico opravljati zdravstveno nego v njeni – njegovi deželi. Bazična izobrazba zdravstvene nege je formalno priznan program študija, ki zagotavlja široko in trdno osnovo za splošno prakso zdravstvene nege, za vodstveno vlogo in za postbazično izobraževanje na specialnih ali zahtevnejših področjih zdravstvene nege. To osnovo zagotavljajo znanosti o življenju, obnašanju in zdravstveni negi.« (VŠZ 2007).

Medicinska sestra je zdravstveni delavec, katerega strokovno področje je zdravstvena nega, ta pa je integralni del nacionalnega sistema zdravstvenega varstva. Znotraj celotnega zdravstvenega varstva se medicinske sestre z zdravstvenimi delavci in drugimi sodelavci delijo funkcije planiranja, izvajanja in vrednotenja s ciljem pospeševanja zdravja, preprečevanja bolezni in skrbi za bolne in invalidne osebe (VŠZ 2007).

Samostojno in edinstveno delovanje medicinskih sester v zdravstveni negi bolnih ali zdravih posameznikov, je ocenjevanje reakcij na njihovo zdravstveno stanje z vidika temeljnih življenjskih aktivnosti, ki bi jih posameznik opravljal samostojno, če bi imel



potrebno moč, znanje in voljo. Na osnovi ugotovljenih dejstev, obogatenih s strokovnim znanjem, delovno kreativnostjo in kulturnim odnosom do ljudi, načrtuje, izvaja in vrednoti uspešnost zdravstvene nege (VŠZ 2007).

Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v okviru svoje dejavnosti opravlja naslednje naloge in opravila:

- ugotavlja potrebe po zdravstveni negi,
- načrtuje zdravstveno nego,
- izvaja, nadzira in vrednoti zdravstveno delo,
- dokumentira delo,
- sodeluje v zdravstvenem timu,
- vodi negovalni tim,
- deluje na vseh nivojih zdravstvenega varstva kot zdravstvena vzgojiteljica/vzgojitelj,
- sodeluje pri izobraževanju medicinskih sester,
- sodeluje v raziskovalnem delu s področja zdravstvene nege,
- sodeluje pri razreševanju zdravstvene problematike na področju širše družbene dejavnosti (VŠZ 2007).

Dela in naloge diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika zahtevajo ustrezne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti, ki omogočajo human in odgovoren odnos do posameznikov in družbene skupnosti. Strokovno znanje, natančnost, sposobnost kritičnega presojanja in kreativnega reševanja problemov, komunikativnost in primerna stopnja optimizma so pogoj za uspešno opravljanje zdravstvene nege. Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik samostojno izvaja svoje delo po opravljeni diplomi, pripravništvu in strokovnem izpitu. Nadaljuje lahko podiplomsko izobraževanja na različnih ožjih področjih zdravstvene nege – specializacije (psihiatrično, oftalmološko, patronažno-dispanzersko, porodniško, področje intenzivne nege...). Specializacija traja eno leto in omogoča diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku pridobitev naziva medicinska sestra – specialist, z označitvijo specialnosti. Znanje, ki ga v tem letu osvoji na višjem

strokovnem nivoju, ji-mu omogoča opravljanje zahtevnejših strokovnih nalog na enem od področij zdravstvene nege (VŠZ 2007).

### **3.4.2 POLOŽAJ POKLICA MEDICINSKE SESTRE**

Poklic medicinske sestre velja za tipično ženski poklic, saj zahteva direktno nego bolnika, kar naj bi bila bolj ženska lastnost, oziroma naj bi izhajala iz nege otroka. Prav zato, ker naj bi ta poklic zahteval »ženski čut«, se zanj odloči le malo moških, vendar se danes zahteve poklica spreminjajo. Poleg same nege bolnika se namreč zahteva vedno več tehničnih in organizacijskih znanj, kjer se počasi vključujejo tudi moški.

V bolnišnicah 70% vsega dela opravijo medicinske sestre. Njihovo delo je troizmensko, tudi ob nedeljah in praznikih. Zavod RS za zaposlovanje opozarja na problematiko strukturne brezposelnosti, ki se izraža med ponudbo in povpraševanjem po posameznih poklicih. Med desetimi najbolj iskanimi poklici, med katerimi so analitiki, snovalci informacijskih sistemov, inženirji strojništva, zdravniki, finančniki, poklici iz področja zavarovanja oseb in premoženja, so medicinske sestre uvrščene na peto mesto najbolj iskanih poklicev (Brnot 2007, 1).

Zahtevnost del medicinskih sester se je z leti močno povečala, zato ni naključje, da se je v zadnjem času povečalo tudi povpraševanje po diplomiranih medicinskih sestrah/diplomiranih zdravstvenikov. Delodajalci so tako v letu 2005 razpisali 742 prostih delovnih mest za diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, v letu 2006 pa se je to število povečalo na 849. Po drugi strani pa je povpraševanje po zdravstvenih tehnikih/tehnicah ostalo nespremenjeno in se je leta 2006 gibalo okrog 2150 potreb po delavcih (Brnot 2007, 1).

V Sloveniji so trenutno tri visoke šole za pridobitev naziva diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik. V šolskem letu 2007/2008 je pričela z vpisom še četrta Visoka šola na Jesenicah, vendar bo potrebno na njihove diplomante počakati še nekaj let (Brnot 2007, 1).

V Sloveniji je več povpraševanja kot ponudbe po medicinskih sestrah, fizioterapevtih, zdravnikih in zobozdravnikih. Pri pregledu poklicev z najlepšo

prihodnostjo v EU je tudi poklic medicinske sestre, ki je na 23-tem mestu (Raziskava švicarskega raziskovalnega inštituta Prognos).

Po napovedih ameriškega urada za delo bodo do leta 2012 najhitreje naraščale potrebe po poklicih, ki so povezani z zdravstvenim varstvom in nego, saj se prebivalstvo čedalje bolj stara. Na področjih osebne pomoči in nege v ZDA pričakujejo kar 40% rast potreb po teh poklicih (Kenda 2006).

Ob koncu leta 2006 je bilo po podatkih Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva 16437 oseb, ki so opravljale poklic medicinske sestre, od tega je bilo 14745 žensk in 1692 moških. Glede na leto 2000 se je število medicinskih sester povečalo za 813. Podatki pa kažejo, da je zanimanje za tovrstni poklic med moškimi vedno večje, saj se je njihovo število v zadnjih šestih letih povečalo za 478, oziroma 39,4%, pri ženskah pa za 335, oziroma 2,3% (Brnot 2007, 1-2).

V letu 2006 je bilo 46% vseh oseb, ki opravljajo poklic medicinske sestre v starostnem obdobju od 15 do 39 let, medtem ko jih je bilo v letu 2000 še 60%. Delno je to posledica spremenjene zakonodaje s področja pokojninskega zavarovanja in kot posledica tega ostajajo osebe dlje na trgu dela. Drugi razlog pa je možno iskati v dejstvu, da so mlade ženske, zaradi svoje potencialne vloge materinstva ter posledično večjih izostankov z dela, manj privlačna delovna sila. Delež mladih moških (starih od 15 – 39 let), ki opravljajo poklic diplomiranega zdravstvenika, ostaja v obdobju 2000 – 2006 nespremenjen in se giblje okrog 65%. Nasprotno pa je med mladimi ženskami, ki opravljajo poklic medicinske sestre in so stare od 15 do 39 let, opazen večji padec in sicer iz 58% v letu 2000 na 44% v preteklem letu (Brnot 2007, 2).

V povprečju je v letu 2006 dobrih 70% delovnih aktivnih oseb opravljalo delo v eni izmeni, 21% v dveh izmenah in le slabih 10% v treh in več izmenah oziroma turnusu. Pri poklicu medicinske sestre pa je to razmerje bistveno slabše, saj jih le 36% dela v eni izmeni, 26% v dveh izmenah in okoli 40% jih dela v treh in več izmenah oziroma turnusu. Zaradi bolniških odsotnosti med medicinskimi sestrami je potrebno zagotoviti nemoteno zdravstveno nego in zdravstveno oskrbo pacientov. Njihovo nadomeščanje in prerazporejanje povzroča dodatno obremenjenost medicinskih sester (Brnot 2007, 2).

Večina zaposlenih oseb, ki opravljajo poklic medicinske sestre, je torej žensk, ki morajo poleg službe skrbeti še za družino in otroke. Po podatkih Popisa prebivalstva

2002 je 65% oseb, ki opravljajo poklic medicinske sestre, živelo v zakonski ali izvenzakonski skupnosti in imajo otroke, dobrih 12% medicinskih sester pa se je opredelilo kot matere samohranilke oziroma očetje samohranilci (Brnot 2007, 2).

Povprečna mesečna bruto plača oseb, ki opravljajo poklic medicinske sestre, je v letu 2004 znašala 1241€, medtem ko je v dejavnosti zdravstva znašala 1413 € kar pomeni, da imajo medicinske sestre 12% nižjo plačo od povprečja v omenjeni dejavnosti. Plača žensk, ki opravljajo poklic medicinske sestre, je znašala 1235 € in je bila za 6% nižja od moških kolegov, ki so v letu 2004 prejeli 1306€ povprečne mesečne bruto plače (Brnot 2007, 2).

Dejstvo je, da je nezainteresiranost mladih za poklic medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika in posledično vse večje pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege pri nas. Zaradi slednjega so tisti, ki vztrajajo v tem poklicu, preobremenjeni in izčrpani. Ta poklic v veliki meri opravljajo ženske, ki se srečujejo s težkimi delovnimi pogoji (nadurno delo, dežurstvo, delo za vikende in praznike, nočno delo...), ki jih v drugih, pretežno ženskih poklicih, ni. Zaradi vseh teh razlogov, težavnosti in podcenjenosti poklica, zaposleni v zdravstveni negi pogosto iščejo možnosti zaposlitve drugje, kar povzroča še večje pomanjkanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Potrebno je izboljšanje delovnih pogojev, plač in osebnega ter strokovnega razvoja zaposlenih v zdravstveni negi. Stroko je treba razvijati in vzpodbujati njeno boljše organiziranost. Dvigniti je potrebno ugled poklica in nujno zagotoviti tudi primerno plačilo za opravljano delo.

Pri opravljanju poklica je nujno poznavanje čustvene inteligence in sposobnost empatičnega delovanja. Medicinska sestra se mora »vživeti v pacientovo kožo«, ne le za to, da ugotovi, kaj pacient želi, ampak tudi, kaj potrebuje za to, da ohrani svoje življenje in ozdravi.

Prijaznost človeka, ki izvaja zdravstveno nego je predpogoj, da to delo sploh lahko opravlja. Čustva pacienta so za medicinsko sestro na prvem mestu. Emocionalno delo je oblika dela, ki je pomembno za kvalitetno opravljanje poklica medicinske sestre, temelji na profesionalnem urejanju čustev na delovnem mestu in je značilna za storitvene dejavnosti, ki predstavljajo več kot 80% svetovnega gospodarstva.

### **3.5 EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER**

V storitvenih dejavnostih, ki vključujejo delo z ljudmi preko osebnega stika bodisi iz oči v oči, ali preko neposredne glasovne komunikacije (Voice to Voice), je osredotočenje na stranke ključnega pomena. Profesionalen odnos do stranke pa ne zajema le odlično poznavanje izdelka in storitev, temveč tudi ustrezen vzgled, ki presega lične uniforme. Eno temeljnih konkurenčnih pravil je nasmeh zaposlenih, ki mu strokovnjaki na področju teorije organizacij, sociologije dela ali sociologije čustev pravijo tudi prodaja čustev.

Pravila vedenja, ki določajo, kaj je v neki situaciji primerno in kaj ne, so sicer neizbežni del vsake družbe; šele v 20. stoletju pa je upravljanje čustev vstopilo v javno sfero zaposlitve. Govorimo o novi obliki dela, o t.i. emocionalnem delu. Arlie Russell Hochschild, ki v delu *Upravljam srce: komercializacija človeških čustev*, iz leta 1983, opisuje, kako čustva, ki so bila do nedavnega neločljiv del zasebne sfere, prihranjena za dom, družino in prijatelje, postajajo del poslovnih strategij.

Emocionalni delavci so torej tisti, ki pri delu s strankami upravljajo svoja čustva, zato jim pravimo »storitveno osebje v prvih bojnih linijah«. Dober storitveni delavec mora biti zdrav, čustveno stabilen in zadovoljen sam s sabo; poznati mora izdelke, storitve in procese v podjetju ter obvladati tehniko dela s strankami.

Storitveni delavec, ki je (ali deluje kot) strokovno gledan zaupanja vredna avtoriteta, je najboljša pot do dobrega poslovanja. Ljudje namreč nezavedno iščemo tiste, ki imajo nadzor; v prvi vrsti nadzor nad samim seboj. Upravljanje svojih čustev je steber dobre storitvene rabe. Čedalje več podjetij v svoje vizije in strategije vključujejo povečanje zadovoljstva uporabnikov. Usmerjanje na kupca, oziroma stranke, pa pomeni zlasti brezhibne storitve, ki so mnogokrat prežete z zahtevami po emocionalnem delu.

Hochschildova je že leta 1983 v svoji empirični raziskavi poudarila, da so se stevardese v ameriški letalski družbi Delta Airlines dolžne ne le smehljati, temveč morajo za tem smehljajem izgraditi tudi neko toplino. Avtorica meni, da utegne to voditi v izgubo signalne funkcije lastnih čustev.

Dr. Zdenka Šadl, docentka na Fakulteti za družbene vede, ki raziskuje sociologijo čustev, ugotavlja, da ima emocionalno delo negativne psihološke posledice, kot so: stres, izgorelost, samoodtujenost, otopelost, čustvena izčrpanost in celo nezmožnost

občutenja lastnih čustev, predvsem na tiste delavce, ki se (pre)močno poistovetijo s poklicno vlogo v organizaciji; na delovnem mestu nimajo avtonomije.

Poudariti pa je treba, da nasmešek ne pomeni vedno zadušitev lastnih čustev, niti niso čustva na delovnem mestu vedno vir stresa. Delovna mesta z vključenim emocionalnim delom omogočajo tudi osebno izpolnitev in možnost medčloveških odnosov. Če si zamislimo medicinsko sestro, ki se veseli okrevanja pacienta, uvidimo, da emocionalno delo ne prinaša le dobička in ugleda delodajalcem, ampak prinaša psihološke nagrade tudi strankam in nenazadnje tudi zaposlenim. Lahko so vir posameznikove osebne izpopolnitve, emocionalnega zadovoljstva in medčloveškega stika.

Manj stresno je emocionalno delo za tiste, ki jasno razlikujejo med jazom in vlogo. Takšno »zdravo« distanco razlikujejo izkušeni delavci kot varnostni ukrep zoper izgorelost.

(Dunkel v Šadl 2002, 51-52) povezuje emocionalno delo s poklici in profesijami, ki vključujejo naslednje tri pogoje:

- čustva kot pogoj, da ustrezno opravlja svoje delo,
- čustva kot medij, s katerim vpliva na stanje strank in
- čustva kot predmet dela, saj so čustva drugih ljudi predmet delavčevega dela.

Čustva, ki se zahtevajo od storitvenih delavcev se lahko med seboj zelo razlikujejo; tako mora biti medicinska sestra nežna, prijazna, razumevajoča, potrpežljiva, medtem ko je delo izterjevalca, da pri stranki vzbudi strah, zato morajo biti njegova čustva hladna, odločna in neizprosna.

Emocionalno delo se opravlja z namenom, da se stranko »pripelje« do ustreznega čustvenega stanja, da postane prejemnik storitve. Medicinska sestra torej samo sebe uporablja kot delovno orodje, s katerim poskrbi, da so čustva pacienta na prvem mestu. (Hochschildova v Šadl 2002, 53) loči med površinskim in globinskim igranjem čustev. Prav to delo pa opravljajo medicinske sestre – igrajo čustva, saj je nemogoče pričakovati, da bodo vsi pacienti enaki in bodo vsi pričakovali enak »paket čustev« s strani medicinske sestre. Le ta lahko čustva simulira, saj teh čustev dejansko ne občuti.

Svoja dejanska čustva do pacienta prikrije, zato v tem primeru medicinska sestra površinsko igra čustva. Globinsko igranje čustev pomeni, da medicinska sestra poskusi dejansko občutiti čustva pacienta in lastna čustva spremeni, da se pacientu približa. Medicinska sestra mora torej, preden lahko sploh prične igrati, oceniti, kakšnega pacienta neguje in kateri »paket čustev« naj ponudi, da bosta oba zadovoljna. Naučiti se mora prepoznavati čustva pacientov. Zaposleni na področju storitev postajajo sestavni del kakovosti. V literaturi se za zaposlene na področju storitev uporablja izraz »storitveno osebje v prvih bojnih vrstah« (Šadl 2002, 56). Medicinska sestra je oseba, s katero pacient povezuje kakovost storitve, ki jo zdravstvena ustanova nudi. S pravim pristopom, ki temelji na čustvih se lahko popravi marsikatera napaka. S prijaznim nasmehom in pojasnilom lahko pacienta prepriča, da se kljub temu, da njegove želje tokrat niso bile v celoti izpolnjene, vrne tudi v prihodnje. Pacienti si veliko bolj zapomnijo, kako so bile medicinske sestre prijazne in skrbne, kot pa to, kako so njihove rane bile strokovno oskrbljene.

Odlična storitev ni nekaj, kar medicinska sestra ponudi, če ima čas, ampak je nekaj, kar je odvisno od njene volje. Nasmeh ni poljuben ali slučajen dodatek k ponudbi, ampak je delovna dolžnost (Šadl 2002, 57), zaradi katere delavec opravlja svoj poklic in je zanj tudi plačan. Biti medicinska sestra ni enostavno. Poleg vseh zadolžitev in vseh delovnih nalog je potrebno tudi uravnavati svoja čustva. Medicinske sestre so podvržene stresu, ker jih v slabo voljo, poleg lastnih težav, lahko privedejo tudi neprijazni in nepotrpežljivi pacienti, ki so zaskrbljeni zaradi svoje bolezni. Kljub temu morajo ostati prijazne in nasmejane. V tem poklicu ni mesta za neprijazne.

### **3.5.1 ČUSTVENA INTELIGENCA**

»Čustvena inteligentnost« je sposobnost prepoznavanja lastnih čustev in čustev drugih, sposobnost motiviranja in obvladovanja čustev v nas samih in v odnosih z drugimi. Obsega sposobnosti, ki se razlikujejo od kognitivnih sposobnosti akademske inteligentnosti, merljivih z inteligenčnim kvocientom, a jih dopolnjuje. Mnogi učeni ljudje, ki niso čustveno inteligentni, pogosto delajo za druge z nižjim inteligenčnim kvocientom,

kot ga imajo sami, vendar se odlikujejo po spretnostih čustvene inteligentnosti (Goleman 2001, 338).

Teorija o čustveni inteligentnosti sta v 90-tih letih razvila dva psihologa, Peter Salovey z Yala in John Meyer iz univerze v New Hampshiru. Čustveno inteligentnost sta definirala kot sposobnost nadzorovanja in obvladovanja svojih čustev in čustev drugih ter sposobnost prisluhniti občutkom, ki usmerjajo naše mišljenje in dejanja.

Golemanov model čustvene inteligence obsega pet temeljnih čustvenih in družbenih spretnosti:

- zavedenje sebe: poznavanje svojih trenutnih občutkov in sposobnost, da večjo osebno naklonjenost upoštevamo pri odločitvah; stvarno ocenjevanje svojih sposobnosti in razvit čut za zaupanje vase;
- obvladovanje sebe: uravnavanje svojih čustev, tako da nas pri opravljanju dela ne motijo, temveč si z njimi lahko pomagamo, vestnost in odlašanje z nagrado do izpolnitve cilja; hitro okrevanje po čustvenem stresu;
- spodbujanje sebe: izkoriščanje vseh svojih nagnjenosti pri zasledovanju svojih ciljev; pri zastavljanju pobud in želji po napredovanju ter premagovanje ovir in razočaranj zaradi frustriranosti;
- empatija: prepoznavanje čustev drugih, sposobnost razumevanja njihovih stališč, ohranjanje odnosov in uglašenost z ljudmi, kljub njihovi različnosti;
- družbene spretnosti: uravnavanje čustev v odnosih z drugimi in natančno prepoznavanje družbenih okoliščin in povezav; tekoče vzajemno delovanje; sposobnost uporabiti vse naštetih spretnosti v prepričevanju in vodenju, pogajanju in glajenju sporov za boljše sodelovanje in timsko delo (Goleman 2001, 339).



### 3.5.2 SPOL IN EMPATIJA

V primerjavi z moškimi so bile ženske že od nekdaj spretnejše v medosebnih odnosih. Dekleta vzgajajo v večji uglašenosti z občutki in njihovimi odtenki, kot pa fante. Ali torej to pomeni, da so ženske bolj dojemljive za empatijo kot moški? (Goleman 2001, 343).

Pogosto da – vendar ne obvezno. Splošno je razširjeno mnenje, da so ženske že po naravi bolj uglašene z občutki drugih kot moški je znanstveno utemeljeno; vendar dveh izjem, še posebej pomembnih na delovnem mestu, ne gre spregledati. Prva je ta, da ni nobene razlike med spoloma, kadar želimo prikriti prava čustva, druga pa, da prav tako ni razlike, kadar nas okolje izzove, da v dolgotrajnem druženju z neko osebo zaznamo njene neizrečene misli.

Kadarkoli ugotavljamo razlike med spoloma moramo upoštevati, da merjenje katere koli duševne razsežnosti odkriva več podobnosti kot različnosti. Zvonasti krivulji obeh spolov se večinoma prekrivata, le na enem koncu se razlikujeta. Ženske na splošno v nekaterih spretnostih prekašajo moške, kljub temu pa je nekaj posameznikov med moškimi, vseeno močnejših v teh spretnostih od večine žensk, četudi so bile med obema skupinama ugotovljene statistično pomembne razlike.

Rezultati številnih raziskav o empatiji so hkrati zavajajoči in pojasnjevalni. Preden odgovorimo, ali so ženske spretnejše v empatiji kot moški, moramo najprej pojasniti, kaj je »empatija«. Ženske, vsaj v zahodnih kulturnih okoljih, so v povprečju dojemljivejše za empatijo kot moški. Sposobne so doživljanja enakih čustev kot druga oseba. Kadar je druga oseba potrta ali vesela, tudi ženska ob njej doživlja isto razpoloženje. Podatki potrjujejo, da ženske dejansko močnejše kot moški nagibajo k samodejnemu ujemanju v doživljanju čustev z drugimi.

Ženske so tudi spretnejše v prepoznavanju čustev v drugi osebi, kar je bilo dokazano s poskusom nebesedne občutljivosti. Poskus je obsegal nekaj prizorov, posnetih na video, ki prikazujejo čustveno odzivanje oseb na nek dogodek (osebi so na primer povedali, da je zadela glavni dobitnik na loteriji ali da je njen hišni ljubljencek poginil). Odkrili so, da so bile ženske ob ugotavljanju, kaj zares doživljajo osebe na posnetkih, povprečno v 80 odstotkih primerov uspešnejše kot moški. Zvočni zapis na

posnetkih je bil moten, izrečenih besed tako ni bilo mogoče razumeti, le izraz na obrazu in barva glasu sta bila jasna – znaka neverbalne komunikacije.

Vrzel med spoloma pa je pri prepoznavanju čustev izginila, ko so posnetki prikazovali čustvene znake, ki jih je težje obvladati, kot izraz na obrazu. Ljudje bolj obvladujemo izraze na obrazu kot pa barvo glasu, govorico telesa ali bežna »mikro« čustva, ki priletijo v obraz v delčku sekunde. Čim bolj čustvo uhaja nadzoru, tem boljši so moški v prepoznavanju teh čustev. Ta sposobnost je še zlasti pomembna pri okoliščinah, v katerih smo prisiljeni prikrivati prava čustva; to je življenjsko pomembno dejstvo na poslovnem prizorišču. Razlike med spoloma v dojemljivosti za empatijo v mnogih vsakdanjih poslovnih okoljih izginjajo; pri pogajanju enostavno ni mogoče nadzorovati vseh poti za izražanje čustev.

Pri prepoznavanju določenih »prikritih misli«, ki je tudi ena od razsežnosti empatije – pa skoraj ni nobenih razlik med spoloma. Ta nekoliko bolj zapletena naloga, ki jo imenujemo empatična natančnost, združuje kognitivne in čustvene spretnosti. Poskusne metode za ocenjevanje empatične natančnosti so zahtevnejše kot prikazovanje kratkih posnetkov, da bi ugotovili, kakšno čustvo prikazujejo. Poskusne osebe si ogledajo celoten posnetek nekega pogovora in ocenjujejo prikrite misli govorcev, kot tudi njihova čustva med pogovorom. Ugibanja potem primerjajo z opisom doživljanja osebe s posnetka. Ženske se nasplošno niso nič bolj izkazale kot moški, torej prednosti »ženske intuicije« ni bilo mogoče potrditi. Kadar pa ženske opozorijo, oziroma jim namignejo, da se naj izkažejo v dojemljivosti za empatijo in jim prišepnejo, da je empatija »tipična ženska značilnost«, s to motivacijo žensk ne vzbudijo videz empatičnosti, ženske postanejo bolj dojemljive za empatijo.

Obsežnejši pregled podatkov o razlikah med spoloma zagovarja mnenje, da imajo moški prav toliko prikritih sposobnosti za empatijo kot ženske, vendar so manj motivirani zanjo. Ker se moški radi postavljajo v vlogah, kjer lahko uveljavljajo svoj »mačizem«, je dovolj razlogov zakaj so manj motivirani, da bi razkazovali svojo rahločutnost, saj bi jo lahko razumeli kot znamenje njihove »šibkosti«. William Iches, eden od priznanih raziskovalcev empatije je dejal: »Moški, ki je včasih dajal videz družbene neobčutljivosti, se tako vedejo zgolj zaradi ohranjanja svoje zunanje podobe, kar pa ni v nobeni povezavi z njihovo dojemljivostjo za empatijo.« (Goleman 2001, 344).

## **4 NAPREDOVANJE DELAVCEV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU**

Da bi razumeli položaj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji, bom predstavila še Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Pravilnik o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu in opisala postopek za izvedbo napredovanja.

### **4.1 ZAKON O SISTEMU PLAČ V JAVNEM SEKTORJU**

Osnova za napredovanje delavcev v zdravstvu je Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS).

Zakon o sistemu plač v javnem sektorju ureja sistem plač javnih uslužbencev v javnem sektorju, pravila za njihovo določanje, obračunavanje in izplačevanje ter pravila za določanje obsega sredstev za plače. Zakon opredeljuje tudi postopek za spremembe razmerij med plačnimi skupinami in podskupinami v javnem sektorju. Zakon določa skupne temelje sistema plač v javnem sektorju in sicer za uveljavitev načela enakega plačila za delo na primerljivih delovnih mestih, nazivih in funkcijah, za zagotovitev preglednosti sistema plač ter stimulativnosti plač.

Javni sektor po tem zakonu sestavljajo poleg ostalih tudi javni zavodi, kjer so zaposleni delavci, ki delajo v zdravstvu.

Javni uslužbenec je zaposleni, ki sklene delovno razmerje v javnem sektorju.

Z napredovanjem na delovnem mestu oziroma v nazivu se lahko javni uslužbenec uvrsti v plačni razred, ki je uvrščen v višji tarifni razred kot plačni razred za določitev osnovne plače delovnega mesta oziroma naziva, na katerem napreduje, vendar ne višje, kot je določen najvišji plačni razred plačne podskupine.

## **4.2 PRAVILNIK O NAPREDOVANJU DELAVCEV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU**

Pravilnik o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu Ur.l. RS 41/94 je bil večkrat spremenjen (Ur.l. RS 14/1997, 98/1999-ZZdrS, 14/2000 Odl.US: U-I-282/96, 101/2000, 19/2001 Odl.US: U-I-91/97-37, 45/2002).

Ta pravilnik določa število plačilnih razredov, za katere lahko delavci, razvrščeni v posamezne tarifne skupine napredujejo, postopek, pogoje in način napredovanja, kriterije za napredovanje ter s tem razporejanje delavcev v plačilne razrede. Delodajalec ob prvi zaposlitvi v zdravstvu praviloma določi osnovni količnik delovnega mesta in je dolžan v že obstoječi evidenci o delavcih zavoda za vsakega delavca posebej zbirati dokumente pomembne za napredovanje.

Pravilnik o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu je spolno nevtralen. Moški in ženske, ki opravljajo poklic v zdravstvu imajo enake možnosti za napredovanje, če izpolnjujejo pogoje. Pri izpolnjevanju pogojev za napredovanje pa nastopijo razlike. Ženske zaradi družinskih obveznosti težje obiskujejo seminarje, predavanja oziroma se zaradi dodatnih obveznosti doma težje dodatno izobražujejo. Vsa ta dodatno pridobljena znanja pa so pogoj, da izpolniš pogoje za napredovanja in napreduješ v višji tarifni razred.

### **4.2.1 POSTOPEK ZA IZVEDBO NAPREDOVANJA**

Preverjanje pogojev za napredovanje se pri delodajalcu opravi trikrat letno. Zaposleni na delovnem mestu lahko napredujejo za največ pet plačilnih razredov od I. do IX. Tarifne skupine. Zaposleni, ki ne izpolnjujejo predpisanih pogojev za zasedbo delovnega mesta, ne morejo napredovati.

Napredovanje se lahko odloži zaradi naslednjih razlogov:

- bolniške odsotnosti več kot šest mesecev, razen porodnega dopusta, dopusta za nego in varstvo otroka, odsotnost zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu,
- disciplinskega ukrepa,
- premalo delovne dobe – datum zadnjega napredovanja oziroma datum pričetka dela oziroma datum razporeditve v drugo tarifno skupino,
- pripravništva ali sekundariata.

Nadrejeni preveri, kako uspešen je zaposleni na delovnem mestu (22. člen pravilnika). Če je ocenjen kot podpovprečen, ne more napredovati, ne glede na to, da izpolnjuje ostale pogoje za napredovanje. Napreduje lahko zaposlen, ki je ocenjen kot povprečen ali nadpovprečen.

Pred izpolnjevanjem obrazcev za napredovanje nadrejeni seznam kandidata za napredovanja s presežkom tudi iz prejšnjega ocenjevalnega obdobja in možnim napredovanjem po posameznih pogojih. Iz posameznega pogoja lahko zaposleni napreduje največ za 2 (dva) plačilna razreda. Vsa dokazila, ki so podlaga za napredovanja, morajo biti datirana v obdobju od datuma zadnjega napredovanja. Dokazila za napredovanje se lahko uporabijo samo enkrat.

Kriteriji za pridobivanje točk iz pogojev dodatna funkcionalna znanja, interdisciplinarna usposobljenost in ustvarjalnost, morajo biti dokazani s fotokopijami potrdil udeležb na raznih seminarjih, tečajih, fotokopijami naslovnih strani in kazal knjig, strokovnih člankov ipd, ter pridobljenih znanj.

Nadrejeni izpolni obrazec z naslovom Predlog za razporeditev v plačilni razred glede na izpolnjevanje pogojev za napredovanje. Izpolnjen ocenjevalni list nadrejeni vroči v podpis zaposlenemu, ki ima pravico do ugovora v 15-ih dneh. V primeru, da zaposleni ugovarja, je nadrejeni – vodja dolžan ponovno preveriti vsa dokazila in opraviti eventuelne popravke.

Ocenjevalne liste zaposlenih, ki niso ugovarjali in tistih, ki so ugovarjali, vodja preda predstojniku enote, ki dokončno odloči o napredovanju.

## **5 EMPIRIČNI DEL - RAZISKAVA**

### **5.1 CILJ RAZISKAVE IN HIPOTEZA**

Z raziskavo sem želela preveriti hipotezo, ki sem si jo zastavila – namreč ali drži, da moški tudi v poklicih, ki so tradicionalno ženski, uspejo hitreje napredovati kot ženske. Ali moškim, ki se odločijo za poklic medicinske sestre, daje spol prednost pri doseganju uspešnih karier? Ali organizacija pospešuje redkim moškim, ki se odločijo za ženski poklic, da hitreje napredujejo kot ženske?

Preverjala sem učinek steklenega dvigala in steklenih tekočih stopnic v poklicu medicinske sestre v Sloveniji.

Preveriti sem želela tudi teorijo o označenosti avtorice Rosabeth Moss Kanter. Teorija o označenosti izhaja iz organizacijskih neenakosti. Razlog za diskriminatorno obravnavanje manjšinskih skupin v organizaciji je njihova številčna superiornost. Številčno močnejša skupina je dominantna.

Ali ta teorija drži tudi v poklicu medicinske sestre? Ali so moški, ki opravljajo poklic medicinske sestre, predmet stereotipov in različnih oblik marginalizacije?

### **5.2 OPIS VZORCA**

V anketo (Priloga A) je bilo vključenih 40 izvajalcev zdravstvene nege od skupaj 162 zaposlenih – to je 24,7%. Raziskava je potekala na enem izmed največjih kliničnih oddelkov največje zdravstvene organizacije v Republiki Sloveniji.

Opravila sem tudi 17 (sedemnajst) intervjujev. Po pet intervjujev sem naredila z izvajalci zdravstvene nege, ki sem jih izbrala naključno in pet naključno izbranimi pacienti. Intervjuje sem izvedla v isti delovni organizaciji kot anketo. Z izvajalci zdravstvene nege sem izvedla strukturirane intervjuje z odprtimi vprašanji, enako tudi s pacienti.

Pogovori s pacienti so potekali v bolniških sobah na diskreten način. Z izvajalci zdravstvene nege pa sem se pogovarjala v funkcionalnih prostorih oddelka – ambulanti, čajni kuhinji in dnevnem prostoru.

Od 162 zaposlenih na enem izmed največjih kliničnih oddelkov največje zdravstvene organizacije v Republiki Sloveniji, je bilo maja 2007 121 žensk (75%) in 40 moških (25%). V raziskavi je sodelovalo 20 žensk in 20 moških. Izpolnjene anketne vprašalnike pa je oddalo 19 žensk (95% od populacije 20) in 20 moških (100% - vsi kateri so dobili vprašalnik). Realiziranega vzorca je bilo 97,5% (od 40 poslanih vprašalnikov je bilo vrnjenih 39).

### **5.3 VPRAŠALNIK – ANKETA**

Vprašalnik je vseboval 48 vprašanj. Večina vprašanj je bila zaprtega tipa, del vprašanj odprtega tipa, sedem vprašanj pa je imelo ocenjevalno lestvico (od 1 do 5).

Prvih nekaj vprašanj je bilo splošno demografskih (spol, starost, izobrazba, način šolanja, ...). V nadaljevanju me je zanimalo vključevanje v delovno okolje anketiranca, njihovo poznavanje Pravilnika o napredovanju delavcev v zdravstvu, medosebnih odnosov na kliničnem oddelku, motivacija in zadovoljstvo na delovnem mestu, vpliv delovne organizacije in domačega okolja na njihovo zadovoljstvo pri delu in napredovanje na delovnem mestu.

Zanimalo me je tudi njihovo mnenje o tem, kdo je bolj primeren za poklic medicinske sestre – moški ali ženske.

### **5.4 POSTOPEK**

Anketa je potekala v mesecu maju 2007.

Pred izvedbo ankete na večjem vzorcu, sem zaprosila pedagoško medicinsko sestro Kliničnega oddelka za izpolnitev vprašalnika. Po izvedbi pilotske ankete, sem anketni vprašalnik skupaj z mentorico ponovno pregledala. Po nekaj popravkih sem izvedla anketo na izbranem vzorcu.

Ankete sem razdelila osebno vsakemu izbranemu izvajalcu zdravstvene nege. Zagotovila sem anonimnost ankete . razdeljene v zaprti kuverti in priloženo kuverto z mojim naslovom. Anketirance sem zaprosila, da izpolnjene anketne vprašalnike v roku desetih dni vrnejo v zaprti kuverti po notranji pošti Kliničnega oddelka na moj naslov.

Po pretečenem roku desetih dni, je bilo na moj naslov oddanih ali poslanih 39 izpolnjenih vprašalnikov – 97,5%.

Odgovorilo je 20 moških – 100% in 19 žensk – 95% vzorca.

## 5.5 REZULTATI ANKETE IN INTERPRETACIJA

V raziskavi je sodelovalo 39 izvajalcev zdravstvene nege – 20 (dvajset) moških in 19 (devetnajst) žensk.

Tabela 5.1: Razporeditev anketirancev po starosti.

	MOŠKI	ŽENSKE
Do 25 let	2 10%	2 10,5%
Od 26 do 29 let	5 25%	2 10,5%
Od 30 do 33 let	4 20%	2 10,5%
Od 34 do 37 let	3 15%	2 10,5%
Nad 37 let	6 30%	11 57,9%
	20 100%	19 100%



Največ moških in žensk je bilo starih nad 37 let, dva moška in dve ženski pa do 25 let.

**Tabela 5.2: Razporeditev anketirancev po skupni delovni dobi.**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
Do 3 let	0 0%	1 5,3%
Od 4 do 7	8 40%	2 10,5%
Od 8 do 11 let	3 15%	2 10,5%
Od 12 do 15 let	2 10%	2 10,5%
Nad 16 let	7 35%	12 63,2%
	20 100%	19 100%

Največ moških je imelo skupno delovno dobo od štiri do sedem let, največ žensk pa nad šestnajst let.

**Tabela 5.3: Razporeditev anketirancev po izobrazbi.**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
V. stopnja - srednja	17 85%	14 73,7%
VI. stopnja - višja	0 0%	3 15,8%
VII. stopnja – visoka strokovna in fakulteta	3 15%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

Anketiranci imajo največkrat končano peto stopnjo – srednjo šolo. Noben moški nima višje izobrazbe, več moških kot žensk pa ima končano visoko strokovno šolo. Tudi ta podatek potrjuje prejšnjo ugotovitev, da se zadnja leta večja vpis moških na zdravstvene šole.

**Tabela 5.4: Razlog za odločitev za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Delo z ljudmi me veseli	19 76%	18 69,2%
Kot otrok sem že razmišljala o tem poklicu	2 8%	8 30,8
Zaradi odločitve prijatelja, prijateljice	2 8%	0 0%
Možnost vpisa na srednjo šolo – zadostno število točk za vpis	0 0%	0 0%
Nisem imel-a druge izbire	0 0%	0 0%
Drugo	2 8%	0 0%
	25 100%	26 100%

Možno je bilo več odgovorov. Odgovor »delo z ljudmi me veseli« prevladuje med odgovori na vprašanje, zakaj so se odločali za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika. 30% vprašanih žensk se je za ta poklic opredelilo že kot otrok, za moške to ne velja.

**Tabela 5.5: Končana srednja šola.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Srednjo zdravstveno šolo	20 100%	17 89,4%
Gimnazijo	0 0%	1 5,3%
Šolo za medicinske sestre in babice	0 0%	1 5,3%
	20 100%	19 100%

Za pridobitev pete stopnje izobrazbe so vsi moški obiskovali srednjo zdravstveno šolo, ženske pa v enem primeru gimnazijo in v enem primeru šolo za medicinske sestre in babice.

**Tabela 5.6: Način obiskovanja srednje šole.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Redno	20 100%	18 94,7%
Izredno – ob delu	0 0%	1 5,3%
	20 100%	19 100%

Le ena ženska je obiskovala srednjo šolo izredno – ob delu, vse ostale ženske in vsi moški pa redno.

**Tabela 5.7: Število sošolcev v srednji šoli.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Nobenega	1 5%	9 47,3%
Do 5	7 35%	4 21,1%
Nad 5	12 60%	4 21,1%
Se ne spomnim	0 0%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

Moški so imeli nad pet sošolcev moškega spola v svojem razredu, večina žensk pa je odgovorila, da nobenega. Anketiranke, ki so sodelovale v anketi, so bile v največjem številu stare nad 37 let – v preteklosti se je le majhno število moških odločalo za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika.

**Tabela 5.8: Posebni problemi pri zaposlitvi.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	3 15%	1 5,3%
Ne	17 85%	18 94,7%
	20 100%	19 100%

Trije moški in ena ženska so imeli težave pri iskanju zaposlitve. Kot vzrok so navedli težavo, da se težko dobi možnost opravljanja pripravništva.

**Tabela 5.9: Spomini na vključevanje v delovno okolje.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Nisem imel-a težav	18 92%	17 89,4%
Imel-a sem težave	2 8%	0 0%
Se ne spomnim	0 0%	2 10,6%
	20 100%	19 100%

Dva moška sta imela težave pri vključevanju v delovno okolje. Razmak med časom zaključka izobraževanja in zaposlitvijo (težava pri iskanju možnosti za opravljanje pripravništva), edini moški na oddelku in starostna razlika med sestrami na oddelku, so razloga enega izmed anketirancev, ki jih je navedel kot težave pri vključevanju v delovno okolje. Drugi razloga, da ni imel težav z vključevanjem v delovno okolje, ker je komunikativen in deloven.

Srednja šola ne prikaže delovnega okolja v pravi luči, sestrski tim včasih težko sprejme posameznika, preko noči je treba zaživeti v »resnem okolju«, pa so težave drugega anketiranca, ko jih je navedel.

Tabela 5.10: Sprejemanje moškega oz. ženske s strani bolnikov.

	MOŠKI	ŽENSKE
Nisem imel-a težav	15 71,4%	19 100%
Občutil-a sem negotovost pri izvajanju osebne nege	1 4,8%	0 0%
Imel-a sem problem z nazivanjem	5 23,8%	0 0%
Drugo	0 0%	0 0%
	21 100%	19 100%

Večino moških in žensk so bolniki sprejemali pričakovano, le pet moških je imelo težave z nazivanjem.

Tabela 5.11: Ali pri izvajanju zdravstvene nege kdaj občutite, da je poklic medicinske sestre izrazito ženski poklic?

	MOŠKI	ŽENSKE
Vedno	0 0%	0 0%
Pogosto	1 5%	2 10,6%
Včasih	8 40%	7 36,8%
Nikoli	11 55%	10 52,6%
	20 100%	19 100%

Najpogostejši odgovor moških in žensk je, da »nikoli« in »včasih« dobijo občutek, da je poklic izrazito ženski poklic. Moški anketiranec je navedel nekaj razlogov zakaj »pogosto« občuti, da je ženski poklic:

- vedno se ta poklic naziva v ženskem spolu, tudi kolegi-ce vedno uporabljajo ženski spol,
- veliko dopisov največje zdravstvene ustanove v Republiki Sloveniji še uporablja le ženski spol,
- pacienti (poškodovanci) velikokrat sprašujejo po pravilnem nazivu za moškega.

Razlogi, ki so jih navedli moški, da se ta občutek pojavi »včasih«, so naslednji:

- sam naziv je bolj ženske narave, pa tudi več kadra, ki je zaposlenega, je ženskega, moški smo v manjšini,
- občutek se pojavi tudi takrat, ko mi pacientka pove, »naj me umije rajši sestra – ženska«,
- tak je že tradicionalen pogled, ki pa se počasi spreminja.

Razlogi, ki so jih navedle ženske, da se »včasih« pojavi ta občutek, so naslednji:

- pojavi se pri osebni negi pacienta (kopanje, hranjenje, anogenitalna nega),
- opazila sem, da nekateri ljudje ne vedo, da obstajajo zdravstveni tehniki moškega spola in so zato začudeni, ko moški opravljajo ta poklic,
- zaradi sramu (težje se je prepustiti »moški« sestri) in pri osebni negi je vidno, da je to ženski poklic,
- pri osebni higieni imajo pacientke in pacienti manj predsodkov pred medicinsko sestro in lažje navežejo stik in se zaupajo sestri,
- včasih starejše gospe odklanjajo »moško« pomoč pri osebni higieni,
- pri anogenitalni in jutranji negi,
- ženske pacientke včasih ne želijo moških zdravstvenih tehnikov predvsem pri osebni higieni,

- pri določenih posegih zahtevajo oziroma prosijo za medicinsko sestro, pomemben pa je pristop,
- pacienti hočejo, da »pride na zvonec« sestra in ne tehnik.

Tabela 5.12: Vpliv spola na zaupane naloge pri delu.

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	2 10%	0 0%
Tako moški kot ženske skrbimo za eno in drugo, neoziraje se na spol	11 55%	14 73,7%
Ne	4 20%	4 21%
Nikoli nisem razmišljal-a o tem	3 15%	1 5,3%
	20 100%	19 100%

Več žensk kot moških misli, da vse naloge enakovredno opravljajo tako moški, kot ženske, neoziraje se na spol. Enako število moških kot žensk misli, da spol sploh ne vpliva na naloge, ki so zaupane tako moških, kot ženskam. Nobena ženska in le dva moška (10%) mislita, da spol vpliva na to, kakšne naloge so izvajalcem zdravstvene nege zaupane.

Tabela 5.13: Možnosti za napredovanje v poklicu.

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	11 55%	12 63,2%
Ne vem	3 15%	4 21%
Ne	6 30%	3 15,8%
	20 100%	19 100%

Podobno število odgovorov moških in žensk je, da imajo možnost napredovanja v poklicu. Zanimivo pa je, da enkrat več moških (6) kot žensk (3) misli, da nimajo možnosti napredovanja v poklicu.

Tabela 5.14: Poznavanje Pravilnika o napredovanju delavcev v zdravstvu.

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	10 50%	9 47,4%
Delno	7 35%	8 42,1%
Ne	3 15%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

Poznavanje, delno poznavanje in nepoznavanje »Pravilnika o napredovanju delavcev v zdravstvu« je enako pri obeh spolih.

Tabela 5.15: Poznavanje pogojev za napredovanje na delovnem mestu.

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	13 65%	13 68,5%
Delno	6 30%	4 21%
Ne	1 5%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

Tudi poznavanje pogojev za napredovanje je podobno pri obeh spolih.



**Tabela 5.16: Udeleževanje dodatnih izobraževanj, ki so pomembna za uspešnejše opravljanje dela na delovnem mestu.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	12 60%	16 84,2%
Včasih	8 40%	3 15,8%
Ne	0 0%	0 0%
Delovna organizacija mi tega ne omogoča	0 0%	0 0%
Drugo	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Večina vprašanih se dodatnih izobraževanj udeležuje vedno, manjšina včasih. Vsi so mnenja, da jim delovna organizacija to tudi omogoča.

**Tabela 5.17: Ali menite, da svoje delo opravljate samostojno in zanesljivo?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	20 62%	18 94,7%
Včasih	0 0%	1 5,3%
Ne	0 0%	0 0%
Ne vem	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Vsi moški so prepričani, da svoje delo opravljajo samostojno in zanesljivo, le ena ženska meni, da to počne le včasih.

Tabela 5.18: Ali ste kdaj?

	MOŠKI	ŽENSKE
Predstavili svoj referat na strokovnem sestanku	9	2
Vodili strokovni tečaj ali seminar	4	2
Objavili strokovni ali strokovno organizacijski članek	4	0
Vodili/povezovali temo na strokovnem izpopolnjevanju	2	0
Bili avtor posameznega poglavja v strokovni knjigi	1	0
Drugo	1	1
Nič od zgoraj naštetega	10	14

Na to vprašanje je bilo možno več odgovorov. Anketiranci so lahko opravili več kot eno od naštetih aktivnosti.

Moški so bili bolj aktivni kot ženske. Opravili so več kot eno od naštetih aktivnosti.

Polovica moških (50%) ni opravila nobene aktivnosti. Pri ženskah pa nobene aktivnosti ni opravilo kar 14 žensk (73,7%).

Tabela 5.19: Dosežena raven delovne uspešnosti.

	MOŠKI	ŽENSKE
Presegate predviden program dela	8 40%	5 26,3%
Dosegate predviden program dela	12 60%	14 73,7%
Ne dosegate predvidenega programa dela	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Moški in ženske v prepričanju enako dosegajo predviden program dela. Presega pa ga 8 moških in 5 žensk.

Tabela 5.20: Samoocena kvalitete lastnega opravljenega dela.

	MOŠKI	ŽENSKE
Nadpovprečna – izjemno dobra	11 55%	9 47%
Povprečna - dobra	9 45%	10 53%
Podpovprečna - slaba	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Moški se v večjem številu ocenjujejo kot nadpovprečni. Ženske se ocenjujejo v nekaj več procentih kot povprečne.

Tabela 5.21: Prispevek anketirancev k delovnemu rezultatu.

	MOŠKI	ŽENSKE
Nadpovprečen	8 40%	4 21,1%
Povprečen	12 60%	15 78,9%
Podpovprečen	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Prispevek moških k nadpovprečnemu delovnemu rezultatu je skoraj enkrat večji kot pri ženskah. Ženske so mišljenja, da je njihov prispevek povprečen.

**Tabela 5.22: Mnenje anketirancev o oceni njihovega nadrejenega o njihovem delu.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Objektivna	8 40%	8 43%
Subjektivna	2 10%	2 10%
Nikoli nisem razmišljal-a o tem	10 50%	9 47%
Ne vem	0 0%	0 0%
	20 100%	19 100%

Enako število miških in žensk misli, da je ocena nadrejenega o njihovem delu objektivna.

**Tabela 5.23: Seznanjenost anketirancev z napredovanjem za dva tarifna razreda.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	16 80%	13 68,4%
Ne	4 20%	6 31,6%
	20 100%	19 100%

Anketiranci so seznanjeni z možnostjo napredovanja za dva tarifna razreda hkrati.

**Tabela 5.24: Če ste na 28. vprašanje odgovorili pozitivno, obkrožite prosim, katera dva pogoja morata biti izpolnjena, da lahko hkrati napredujete za dva tarifna razreda?**

	MOŠKI	ŽENSKO
Ocena nadrejenega o vašem delu mora biti nadpovprečna	15	13
Zaželeno je neformalno druženje s sodelavci in nadrejenimi	0	0
Zbrati morate dvojno število točk potrebnih za napredovanje v vaši tarifni skupini	15	11
Opravljen tečaj iz reanimacije – osnov oživljanja	1	0
	16	13

Na vprašanje je odgovarjalo 16 moških, od tega jih 15 ve katera dva pogoja morata biti izpolnjena. Na to vprašanje je odgovarjalo 13 žensk, ki pa je poznajo vse oba pogoja (le 11 jih ve)!

**Tabela 5.25: Kolikokrat do sedaj ste napredovali na svojem delovnem mestu?**

	MOŠKI	ŽENSKO
Nikoli	1 5%	1 6,3%
1-krat	7 35%	1 6,3%
2-krat	1 5%	4 25%
3-krat	9 45%	4 25%
4-krat	2 10%	2 12,5%
5-krat	0 0%	4 25%
	20 100%	16 100%

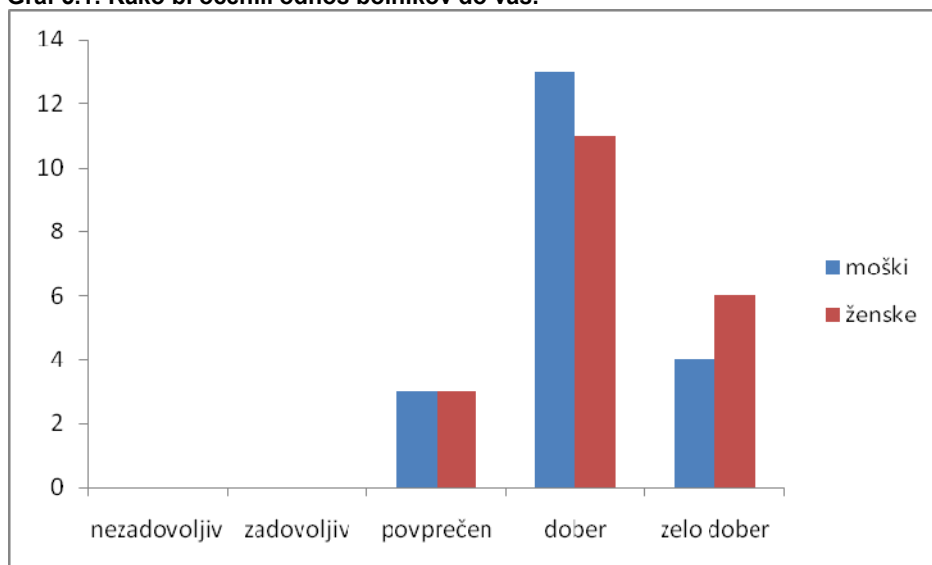
Tako moški kot ženske so do sedaj različno napredovali na svojem delovnem mestu (odvisno je tudi od tega, koliko delovne dobe ima posameznik). Tri ženske na to vprašanje niso odgovorile!

**Tabela 5.26: Ali menite, da na možnost vašega napredovanja vpliva tudi vaš spol?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	0 0%	0 0%
Včasih	0 0%	1 5,3%
Ne	17 85%	16 84,2%
Ne vem – nikoli nisem razmišljal-a o tem	3 15%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

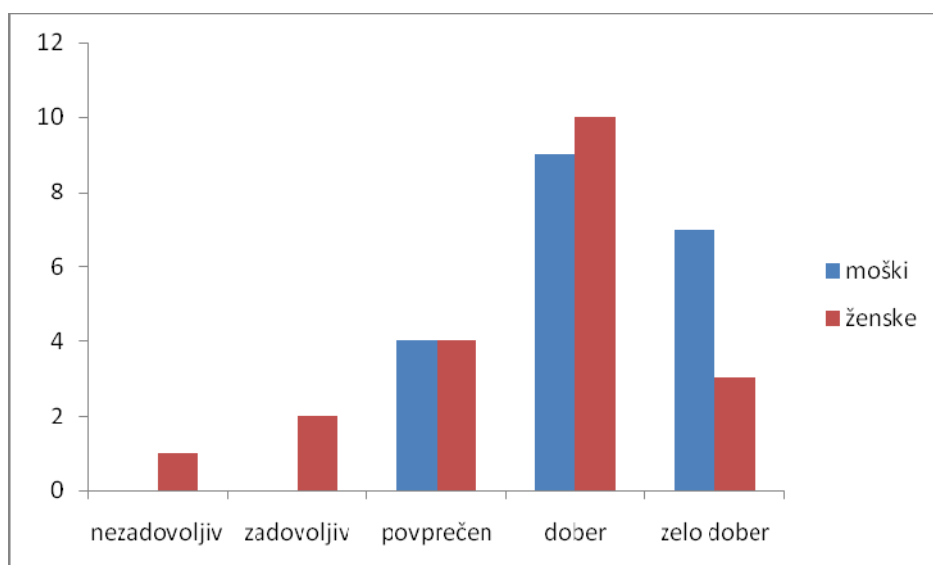
Večina moških in žensk (85%) meni, da spol ne vpliva na možnost napredovanja!

**Graf 5.1: Kako bi ocenili odnos bolnikov do vas.**



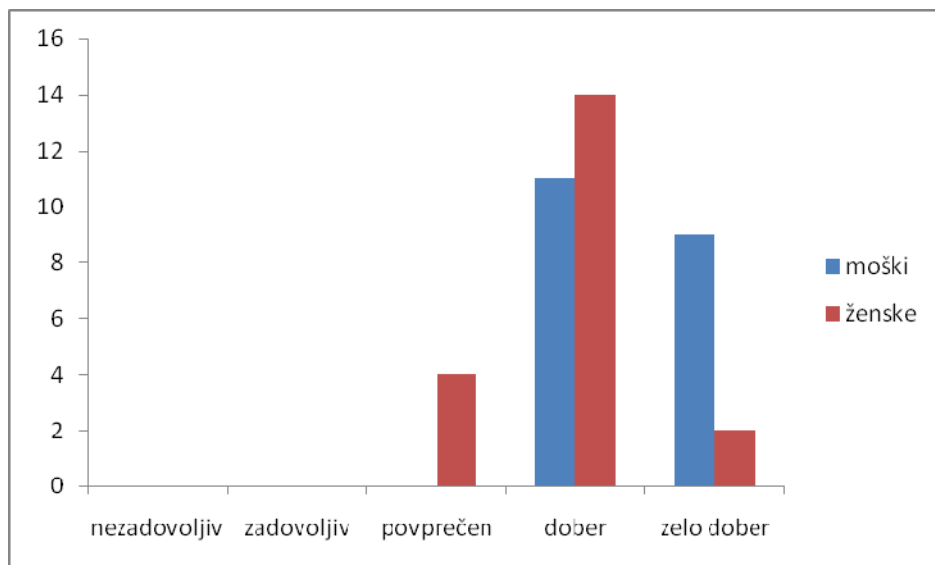
Večina moških ocenjuje odnos bolnikov do njih kot dober, nekaj več žensk kot moških pa kot zelo dober. Moški so odnos bolnikov do njih v povprečju ocenili z oceno 4,0, ženske pa z oceno 4,4.

**Graf 5.2: Kako bi ocenili odnos neposredno nadrejenih do vas?**



Odnos nadrejenih ocenjujejo z oceno povprečno in dobro tako moški, kot tudi ženske enako, nekaj več moških kot žensk pa je ocenilo odnos nadrejenih do njih kot zelo dober. Moški so odnos neposredno nadrejenih do njih v povprečju ocenili z oceno 4,2, ženske pa z oceno 3,8.

**Graf 5.3: Kako bi ocenili odnos sodelavcev do vas?**



Moški ocenjujejo odnos sodelavcev samo kot dober in zelo dober – ženske pa največkrat kot dober, nekajkrat tudi kot povprečen in zelo redko kot zelo dober – za razliko od moških, ki ga skoraj v 50% ocenjujejo kot zelo dober. Moški so odnos sodelavcev do njih v povprečju ocenili z oceno 4,4, ženske pa z oceno 3,9.

**Tabela 5.27: Kje najdete oz. dobite podporo in motivacijo za vaše delo?**

	moški	ženske
Ob preživljanju prostega časa	2,5	2
Pri druženju s prijatelji	2,75	3
Pri partnerju	1,7	1,89
Pri družini	1,75	1,63
Pri bolnikih	2,9	3,37
Drugo	0,3	0,26

Največ anketirancev dobi podporo in motivacijo za delo pri bolnikih (za ta poklic so se odločili, ker jih delo z ljudmi veseli). Druženje s prijatelji motivira podobno ženske in moške, sledi preživljanje prostega časa, nato pa družina oziroma partner. Vrstni red pomembnosti je enak pri moških in ženskah.



**Tabela 5.28: Zakonski status anketirancev.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	13 65%	13 72,2%
Ne	7 35%	5 27,8%
	20 100%	18 100%

Enako število anketiranih moških in žensk je poročenih. Tretjina moških in tretjina žensk med anketiranci je neporočenih.

**Tabela 5.29: Poročeni anketiranci so odgovorili.**

	MOŠKI	ŽENSKE
Partner mi daje popolno podporo in me vzpodbuja pri poklicni karieri	12 92,3%	10 66,7%
Partner mi ne daje podpore in me ne vzpodbuja pri poklicni karieri	0 0%	0 0%
Zaradi obremenitev doma nimam časa za poklicno kariero	0 0%	3 20%
Drugo	1 7,7%	2 13,3%
	13 100%	15 100%

Poročenim moškim anketirancem daje največjo podporo in vzpodbudo pri poklicni karieri žena. Petina poročenih žensk zaradi obremenitev doma nima časa za poklicno kariero, medtem ko tega razloga ni navedel niti en moški.

Tabela 5.30: Ali različne obveznosti zunaj službe ovirajo vašo kariero?

	MOŠKI	ŽENSKE
Skrbi za otroke, sorodnike	1,55 (3)	1,58 (2)
Druge družinske obveznosti	1,75 (1)	1,42 (3)
Gospodinjske obveznosti	1,5 (4)	1,95 (1)
Partnerjeva kariera	1,3 (5)	1 (4)
Druge obveznosti	1,6 (2)	0,26 (5)

Moške pri njihovi karieri najbolj ovirajo druge družinske obveznosti, sledijo druge obveznosti, nato skrb za otroke in sorodnike, gospodinjske obveznosti, najmanjša ovira je partnerjeva kariera.

Ženske imajo gospodinjske obveznosti, nato skrb za otroke in sorodnike, nato družinske obveznosti, partnerjeva kariera in skoraj nič jih ne ovirajo druge obveznosti – so skoraj zanemarljive, pri moških pa te obveznosti prevladujejo. Ženskam pri vseh obveznostih do deužine zmanjka časa za druge obveznosti.

Tabela 5.31: Ali obstaja med vašimi sodelavci kdo, ki bi mu bili radi podobni?

	MOŠKI	ŽENSKE
Da, obstaja	5 25%	4 21,1%
Ne, ne obstaja	8 40%	8 42,1%
Nikoli nisem razmišljal-a o tem	7 35%	7 36,8%
	20 100%	19 100%

Moški in ženske skoraj v enakem številu odgovarjajo, da imajo vzornika-co. V večini jih nimajo, dva moška pa na to vprašanje nista odgovorila.

**Tabela 5.32: Če ste na 39. vprašanje odgovorili pritrdilno, katerega spola je vaš vzornik ali vzornica?**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
Moški	1 20%	1 25%
Ženska	4 80%	3 75%
	5 100%	4 100%

To vprašanje se nanaša na prejšnje vprašanje, zato je odgovarjalo le 5 moških in 4 ženske.

Tako moškim kot ženskam je v večini (75-80%) vzornik ženska.

**Tabela 5.33: Če ste odgovorili na 39. vprašanje pritrdilno - katere so tiste lastnosti, ki so vam pri tej osebi najbolj všeč?**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
Strokovnost	2,60 (4)	1,75 (4)
Solidarnost	3,60 (1)	2,75 (2)
Komunikativnost	2,80 (3)	2,75 (2)
Sposobnost empatije	2,00 (5)	2,25 (3)
Ambicioznost	3,40 (2)	3,00 (1)

Moški pri vzornicah najvišje ocenjujejo solidarnost, ambicioznost, komunikativnost, sledi strokovnost in najmanj pomembno lastnost ocenjujejo zmožnost empatije.

Ženske pri vzornicah najbolj cenijo ambicioznost, v enaki meri solidarnost in komunikativnost, sledi sposobnost empatije in najmanj pomembna lastnost je strokovnost.

Ambicioznost je najvišje ocenjena lastnost vzornice pri moških in pri ženskah, solidarnost in komunikativnost spedita pri obeh spolih, ženske najmanj cenijo strokovnost, moški pa sposobnost empatije.

**Tabela 5.34: Česa pri sodelavcih ne marate?**

	moški	ženske
Neprijaznost do sodelavcev, bolnikov, svojcev...	1,95 (2)	1,79 (3)
Nestrokovnost	1,45 (4)	1,47 (4)
Arogantnost, vzvišenost, nadrejenost	1,7 (3)	2,31 (2)
Nezmožnost empatije	2,3 (1)	2,37 (1)
Drugo	0,55 (5)	0,31 (5)

Moški pri sodelavcih najmanj cenijo sposobnost empatije, najbolj pa cenijo strokovnost. Ženske vrednostijo te lastnosti enako.

**Tabela 5.35: Ali ste imeli mentorja, ki vas je podpiral, vplival s svojimi izkušnjami na vas?**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
Da	8 40%	11 57,9%
Ne	8 40%	4 21,1%
Se ne spomnim	4 20%	4 21,1%
	20 100%	19 100%

Ženske so v večjem številu imele mentorje (58%), moški v manjšem (40%). Dva moška nista odgovorila na vprašanje.

**Tabela 5.36: Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili pritrdilno, katerega spola je bil vaš mentor-ica?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Moški	3 23,1%	2 18,2%
Ženski	10 76,9%	9 81,8%
	13 100%	11 100%

Pri anketirancih, ki so imeli mentorja, je skoraj pri obeh spolih v 80% bila to ženska. (Ženske prevladujejo v poklicu medicinska sestra/zdravstveni tehnik!)

**Tabela 5.37: Ali opravljate delo, ki ste si ga vedno želeli?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	17 85%	16 84,2%
Ne	3 15%	3 15,8%
	20 100%	19 100%

V večini (85%) ženske in moški opravljajo delo, ki so si ga vedno želeli – so zadovoljni z vsebino svojega poklica.

**Tabela 5.38: Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili nikalno - ali lahko napišete kakšna dela si želite opravljati v okviru svoje poklicne usposobljenosti v prihodnosti?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Vodstveno delo v delovni skupini	0 0%	1 33,3%
Vodstveno delo v delovni organizaciji	0 0%	0 0%
Vodstveno delo izven organizacije	1 33,3%	0 0%
Drugo	2 66,7%	2 66,7%
	3 100%	3 100%

Na to vprašanje so odgovarjali samo tisti, ki s svojim delom niso zadovoljni ( tri ženske in trije moški).

Pri obeh spolih si dva želita opravljati drugo delo, en moški pa vodstveno delo izven organizacije, ženska pa vodstveno delo v delovni skupini.

**Tabela 5.39: Ali vaši nadrejeni (delovna organizacija) naredijo dovolj oziroma vam nudijo možnost za napredovanje?**

	MOŠKI	ŽENSKE
Da	5 25,0 %	2 10,5%
Ne	15 75,0%	15 78,9%
Brez odgovora	0 0%	2 10,5%
	20 100%	19 100%

Razlogi moških, ki so mnenja, da delovna organizacija in nadrejeni naredijo dovolj so:

- organizirajo seminarje, interna izobraževanja in strokovna srečanja,
- organizacija, obvešča in svetuje,
- organizirajo brezplačne seminarje, plačajo kotizacijo in plačano odsotnost,
- strokovna, materialna in psihološka podpora.

Moški, ki menijo, da delovna organizacija, nadrejeni ne naredijo dovolj, navajajo:

- sistem točkovanja ne omogoča več napredovanja,
- sistem ne omogoča več napredovanja (ni prav, ker se trudim in izobražujem za boljše in učinkovitejše delo),
- premalo nas obveščajo,
- sistem oz. pravilnik tega ne omogoča.

Moški so mnenja, da organizacija in nadrejeni omogočajo napredovanje.

Sedanji »Pravilnik o napredovanju delavcev v zdravstvu« in zato sistem, pa onemogočajo napredovanje starejšim, ker so že dosegli vsa napredovanja. Vsi, ki so odgovorili negativno, so imeli v mislih sistem, ne pa delovne organizacije oz. nadrejenega.

Ženska mnenja, da delovna organizacija in nadrejeni naredijo dovolj so nalsednja:

- delovna organizacija organizira seminarje, plačuje kotizacije, odobri plačane odsotnosti,
- organizira strokovna izobraževanja,
- seznanijo nas kdaj, kako in kaj potrebujemo ua napredovanje,
- nudijo možnost strokovnega usposabljanja na seminarjih,
- organizirajo seminarje in brezplačna izobraževanja,
- omogočajo študij ob delu,
- na razpolago imamo strokovno literaturo.

Nezadostna finančna sredstva delovne organizacije pa so razlog, da delovna organizacija ne uspe zadostiti vsem potrebam in željam zaposlenih po izobraževanju – napredovanju.

**Tabela 5.40: Kdo je bolj primeren za opravljanje poklica medicinske sestre?**

	MOŠKI	ŽENSKÉ
Ženske	1 5%	1 5,3%
Moški	1 5%	0 0%
Spol ni pomemben	18 90%	18 94,7%
	20 100%	19 100%

Spol ni pomemben za uspešno opravljanje poklica medicinske sestre. En moški je mnenja, da se ženske in moški dopolnjujejo. Le ena ženska je mnenja, da so za ta poklic bolj primerne ženske.

Dva moška sta mnenja, da ženske bolj uspešno opravljajo ta poklic, s tem, da je eden od teh dveh bil mnenja, da so tudi moški bolj primerni. Tako lahko sklepamo, da je v bistvu mnenja, da ga lahko opravljata oba spola.

## **5.6 REZULTATI IN INTERPRETACIJA INTERVJUJEV S PACIENTI IN ZAPOSLENIMI**

### **5.6.1 INTERVJUJI S PACIENTI**

Intervjuje s pacienti sem izvedla v popoldanskem in nočnem času – v času dežurstva, ker takrat prihajam v stik s poškodovanci, pri katerih v največji meri izvajam medicinsko tehnične posege, ki spadajo v delokrog diplomirane medicinske sestre.

Vprašanja, ki sem jih zastavljala pacientom so se predvsem nanašala na njihovo »sprejemanje moških izvajalcev« zdravstvene nege. Predhodne hospitalizacije so me zanimale zaradi tega, ker sem poskušala dokazati, da se nekaj let nazaj moški skoraj praviloma niso vključevali v delo – poklic medicinske sestre. Zanimalo me je tudi, ali lahko pacienti svoje osebne probleme enako sporočajo moškim in ženskam in ali imajo pri tem kakšne zadržke. Komu bolj zaupajo, koga rajši sprejmejo kot negovalca. Odgovori pacientov so bili zanimivi.

Poškodovanka L. D. (84 let) je bila medicinska sestra in 15 (petnajst) let službovanja opravljala delo glavne medicinske sestre na eni izmed kliničnih oddelkov največje zdravstvene ustanove v Sloveniji - oziroma še v takratni Socialistični federativni republiki Jugoslaviji. V času njenega službovanja moških, ki bi opravljali poklic medicinske sestre na oddelku sploh ni bilo (Op.: glavna medicinska sestra je bila od leta 1973 do leta 1988). »Presenečena sem, da je danes toliko fantov, ki opravljajo ta poklic.« Brez izjeme



je pohvalila vse moške, ki v času njene hospitalizacije skrbijo zanjo. Nima nobenih zadržkov pri sporočanju težav, ki jih ima (skrb za osebno higieno, pomoč pri namestitvi na postelji, pomoč pri odvajanju, ...). Pove tudi, da nekaj moških lahko »razbije« ženski kolektiv, ki zna biti včasih hudo naporen. Pri spremembi položaja v postelji (poškodovanka je popolnoma odvisna od pomoči drugih), pa raje vidi, da to opravijo moški, ki so fizično močnejši in »lažje primejo«. »Odnosi do pacientov so se v zadnjem času spremenili na boljše in sem zato zelo zadovoljna, čeprav sem popolnoma odvisna od pomoči drugih,« pove na koncu gospa.

Poškodovanka E. L. (66 let) do sedaj še ni bila hospitalizirana, razen pred 38 leti, ko je rodila hčerko. Zelo dobro sprejema moške negovalce, nima nobenega strahu ali sramu, da moškim sporoča svoje osebne težave pri pravljanju osebne higiene ali pa pri drugih opravljenih zdravstvene nege. Pohvali celoten kolektiv, ki skrbi zanjo in ji je všeč, da je tudi nekaj moških. Vsem enako zaupa, kadar pa potrebuje pomoč pri hoji, pa rajši prosi moškega, ker so močnejši in se zato počuti bolj varno.

»Velikokrat do sedaj sem že bila bolan, nazadnje leta 2001, ko sem ležal na enem izdem oddelkov največje zdravstvene ustanove v Sloveniji,« pove J. H. (74 let). Takrat ni bilo nobenega moškega, ki bi mu pomagal. Sedaj je močno presenečen, ker so »sestre« tudi moški. Veliko raje vidi, da vsa opravila pri njem opravijo ženske, ker so bolj pripravne za ta poklic, ker so »pač ženske«. Vsi so zeli prijazni, en moški negovalec celo bolj kot vse ostale ženske na oddelku. Vesel je, ker ga je »ta moški« pripravljen poslušati in nič ne zameri, če mu mora kakšno zadevo tudi večkrat ponoviti, ker slabo sliši in to mu zelo veliko pomeni. Če bi imel možnost izbire, bi se kljub vsemu odločil za »ženske« sestre. »Vsa opravila v zvezi z mojo intimo raje zaupam ženski, ker sem tako pač »navajen«,« doda gospod. Preprosto je presenečen nad prijaznostjo vsega negovalnega osebja, pa tudi »dohtarji« so v redu. Od zadnje njegove hospitalizacije se je odnos do pacientov zelo izboljšal.

Poškodovanka B. K. D. (53 let) je bila dvakrat hospitalizirana, leta 1995 in 1997, ko je rodila otroka. V porodni sobi so bile same ženske – babice in kolikor ve, je tako še tudi danes. Ugotavlja pa, da so »mešani« kolektivi boljši, ker uravnovešajo in zmanjšujejo rutinsko delo, za katerega ugotavlja, da ga je v zdravstvu preveč. Z zadovoljstvom ugotavlja, da so izvajalci zdravstvene nege zelo prijazni, profesionalni, se pa seveda

vedno najde kdo, ki izstopa bodisi v pozitivni ali negativni smeri. V bolniški sobi je skupaj še s petimi poškodovankami in je zelo težko usklajevati želje vseh (odprta ali zaprta vrata bolniške sobe ali okna, gledanje televizijskega programa, itd.). »Za delo medicinske sestre so primerni izvajalci obeh spolov, saj odločilno vlogo igrajo osebnostne lastnosti posameznika, njihova sposobnost empatije je pomembna,« je prepričana gospa. Zaznava pa, da so ženske izvajalke zdravstvene nege bolj utrujene in včasih tudi preveč rutinske.

E. A. K. (68 let) je bila velikokrat že v bolnici in sicer na različnih oddelkih povsod po Sloveniji, ker se je tudi večkrat selila. Nazadnje je bila v isti bolnici kot sedaj, le na drugem bolniškem oddelku in takrat, leta 1996, ni videla nobenega fanta, razen zdravnikov. Sedaj ji je zelo všeč in ji ugaja, da so tudi fantje »sestre«. Posebej se je navezala na enega izmed njih in ga zelo pogreša, kadar ga ni v službi. Ugajajo ji mešani timi. Tudi sama je bila zaposlena v zdravstvu in je prijetno presenečena nad »spremembo« obnašanja in prijaznosti osebja.

»Diskretnost, doslednost in prijaznost so lastnosti, ki bi jih moral imeti vsak, ki se kakorkoli ukvarja z ljudmi,« je prepričana ga. E. A. K. Vse to pa bolani ljudje še bolj potrebujejo. Svoje osebne probleme zaupa vsem izvajalcem zdravstvene nege, ne glede na spol. »Mešani timi pa so tisto pravo, kar zdravstvo oziroma uporabniki zdravstva potrebujemo,« zaključuje na koncu pogovora.

V isti bolniški sobi sta se v pogovor vključili še dve poškodovanki, ki sta tudi želeli izraziti svoje mnenje. Pacienti se počutijo prikrajšani, če enemu izmed njih nakloniš več pozornosti. Obe sem vključila v pogovor.

Gospa P. K. (70 let) je bila v aktivni dobi zaposlena v zdravstvu kot nezdravstveni kader. Takrat ni bilo zaposlenih moških, ki bi delali kot »sestre«. Všeč ji je, da tudi moški opravljajo »ženska opravila«. Nobenih zadržkov nima, da bi svoje zadržke zaupala moškimi, saj so zelo pripravljeni in tudi fizično močnejši, da lahko »dvignejo« in pomagajo nepokretnim bolnikom. Najbrž pa ne bi bilo dobro, da bi to delali izključno moški – mešani kolektivi so kar v redu. Predlaga, da naj fante kot »sestre« zaposlujejo še naprej.

Naslednja poškodovanka v isti bolniški sobi – ga. J. V. (65 let) se že nekaj let zdravi na različnih oddelkih največje zdravstvene ustanove v Sloveniji. Toliko fantov, kot na

tem oddelku, ni videla še nikjer. Opazila pa je, da kjer delajo same ženske v kolektivu, je večja fluktuacija, ker meni, da je v ženskih kolektivih veliko »hudobije in nestrpnosti«. Na tem oddelku pa je opazila, da se »ženske« sestre drugače obnašajo, kot na drugih oddelkih – so bolj zadržane – niso tako »histerične«, ker so v kolektivu tudi moški. Prvi dan hospitalizacije je bila do moških zadržana, ker jih ni bila vajena, sedaj pa jih pogreša, če ugotovi, da v izmeni ni nobenega moškega. Svoje želje in potrebe izraža do obeh spolov enako.

## 5.6.2 INTERVJUJI Z ZAPOSLENIMI

Intervjuje sem nadaljevala med zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege. Tudi te sem opravila v dežurstvu – v popoldanskem in nočnem času, saj je v dopoldanskem času intenziteta dela prevelika. Izbrala sem 10 (deset) izvajalcev zdravstvene nege – pet moških in pet žensk. Pogovarjala sem se z vsakim posamezno in sicer v mesecu juliju in avgustu 2008 – v tem času sem opravila osem dežurnih služb. Intervjuji so bili delno strukturirani, vprašanja pa večinoma odprtega tipa. Zanimalo me je, kdaj so se odločili za poklic medicinske sestre, ali so imeli težave pri iskanju zaposlitve, kako so se vključevali v delovno okolje. Kakšen odnos so razvili s pacienti, sodelavci in nadrejenimi? Ali ima spol pomembno vlogo pri nadrejenih, ali organizacija podpira njihovo napredovanje? Kaj jim pomeni pohvala nadrejenih? Bodo v prihodnosti namenjali delovno okolje in kakšne cilje in želje imajo za prihodnost?

Melita (35 let) ima skupne delovne dobe 11 let, od tega je bila 2 leti v Avstraliji pri svoji sestri. Za poklic medicinske sestre se je odločila že v osnovni šoli. Pri iskanju zaposlitve ni imela težav, pri vključevanju v delovno okolje pa so nastopile težave zaradi incidenta, ki ga je imela na začetku službovanja. Incident se je zgodil v zvezi z narkotiki, vendar pa je kasneje dokazala, da krivda za incident ni bila njena. Podporo si ji dajale nadzorne sestre na oddelkih, kjer je delala. S pacienti in nadrejenimi ni imela težav, s sodelavci pa jih ima od tedaj, ko je napredovala v nadzorno medicinsko sestro. Težave so vse v zvezi z organizacijo dela na oddelku, oziroma z razporejanjem sodelavcev v

delovne izmene (razpored službe). Pohvale nadrejenih dobi, vendar jih ni vajena, ker ni bila tako vzgojena. Počasi se jih privaja, pomenijo pa ji motivacijo pri delu in zmanjšujejo stres ob neprijetnih, konfliktnih situacijah. Družina ji je pri študiju dajala finančno in psihično podporo, saj je za čas študija prekinila delovno razmerje.

V delovni organizaciji se dobro počuti, ne bi je zamenjala. Vedno se nakaj dogaja, velika raznolikost dela, je zelo pestro. Rezultati dela so hitro vidni (hudo poškodovani grede hitro v dobro kondiciji domov in se pridejo »pokazati« na oddelek in to ji pomeni veliko zadovoljstvo). V vsem času, kolikor je zaposlena, so bile njene vodje ženske in ne ve, kako bi bilo, če bi bil to moški. Vzgojena je tako, da je nadrejeni pač »nadrejeni« in tako mora biti. Njen cilj je zaključek diplome na Fakulteti za zdravstvo v Mariboru. Za opravljanje poklica medicinske sestre pa meni, da spol ni pomemben. »Fajn« je, da je kolektiv mešan. Poškodovanci mešan kolektiv dobro sprejmejo in mislijo, da če se je fant odločil za ta poklic, pa mora biti res nekaj posebnega,« zatrjuje Melita. Lastnosti, ki jih mora imeti vsak izvajalec zdravstvene nege so predvsem sposobnost, da zna poslušati, da ima spoštljiv in primeren odnos do pacientov (strokovnosti ne postavlja na prvo mesto), saj brezosebna strokovnost brez empatije, dotika roke in nasmeha ne zadostuje.

Darja (45 let) ima 25 let delovne dobe, za poklic pa se je odločila v 8. razredu osnovne šole. V primeru, da ne bi bila sprejeta na srednjo medicinsko šolo, bi se odločila za pedagoški poklic. Delo z ljudmi jo veseli. Nobenih težav ni imela z iskanjem zaposlitve, sicer pa jo je delovna organizacija, v kateri je še danes, tudi ves čas šolanja štipendirala. Pri vključevanju v delovno okolje pomoči s strani starejših kolegov ni bilo, bila je bolj samoiniciativna. S sodelavci, nadrejenimi in pacienti ni nikoli imela večjih konfliktov. Pohvale nadrejenih so, vendar ne od neposredno nadrejenih. Ob delu je tudi študirala na Visoki šoli za zdravstvene delavce in je pri tem imela podporo delovne organizacije (delna pogodba o izobraževanju), predvsem pa pomoč družine – največ s strani moža. V času njene odsotnosti ni opravljal hišnih opravil, nudil pa ji je moralno podporo, ki ji je zelo veliko pomenila. V delovni organizaciji se počuti dobro, razen zadnji dve leti, ko prihaja do nekaterih nesoglasij z nadzorno medicinsko sestro. Vseh 25 let, odkar hodi v službo, so ji bile nadrejene ženske, s katerimi je vedno znala vzpostaviti korekten odnos, razen zadnji dve leti. Zaenkrat ne namerava menjati delovne organizacije. Razmišlja o nadaljevanju izobraževanja na Pedagoški fakulteti, vendar

mora najprej poskrbeti za obe hčerki. Za poklic medicinske sestre pa meni, da so še vedno bolj primerne ženske, ker imajo prirojen čut za tako delo. Kdor opravlja tako delo, mora imeti rad ljudi, imeti sposobnost prilagajati se osebnosti pacienta in kdor ima te lastnosti, lahko opravlja poklic medicinske sestre.

Nataša (32 let) je zaposlena 6 let. V 7. razredu osnovne šole je želela postati vzgojiteljica, vendar so se njene sošolke odločile za zdravstveno šolo. Zato se jim je tudi ona pridružila. Nikoli do sedaj te odločitve ni obžalovala. Pri iskanju zaposlitve in pri vključevanju v delovno okolje ni imela težav. V vseh šestih letih se ne spomni nobenega konflikta, ki bi ga imela z nadrejenimi, sodelavci ali pacienti, ker ni osebnostno zapletena. Pohvale nadrejenih rada sprejema, ker ji pomenijo motivacijo za naprej. V delovni organizaciji se dobro počuti, zelo rada opravlja to delo in v timu se dobro razumejo. V vseh letih so bile njene vodje le ženske, vseeno pa misli, da ni pomembno kakšnega spola je vodja.

Delovne organizacije ne namerava zamenjati. Formalno izobraževanje je trenutno ne zanima, se pa zelo navdušuje za alternativne metode v medicini. Uspešnost opravljanja poklica medicinske sestre ni odvisno od spola, to nosi »človek v sebi«. Veselje do dela z ljudmi, znati gledati in videti, sprejeti delo kot izziv, so lastnosti brez katerih medicinska sestra ne more zadovoljivo opravljati poslanstva. Zaskrbljena pa je zaradi nezainteresiranosti mlajših sodelavk in sodelavcev. »Še vedno me boli, ko vidim, da zdravstveni delavci opravljamo svoje delo brezosebno oziroma brez čustev. Imeti rad sebe, spoštovati vsakogar in iskati dobro v vsakomur in v vsaki stvari, je zame najpomembnejše,« zatrjuje Nataša. To pa lahko imajo moški in ženske. »Pomembno je, da medicinske sestre svoje delo opravljajo kvalitetno in profesionalno, zavedati pa se moramo, da prijazna beseda, iskren pogled in topel stisk roke včasih delajo čudeže. Čeprav nas je medicinskih sester premalo, si moramo vzeti čas in prisluhniti pacientom in njihovim svojcem. Vedeti moramo, da zaupanje med pacientom, njihovimi svojci in medicinsko sestro prinaša tisto več pri kakovostno opravljenem delu,« vzneseno pove.

Jožefa (43 let) opravlja delo medicinske sestre že 24 let. V otroštvu je bila velikokrat v bolnišnici (klopni meningitis, zlatenica), za ta poklic pa se je odločila v višjih razredih osnovne šole. Predvsem skrb za druge je bila tista najvažnejša. Pri iskanju zaposlitve ni imela težav. V zdravstvenem domu Ljutomer bi jo lahko zaposlili samo za čas

pripravištva, zato se je raje odločila za Ljubljano, kjer sedaj dela že 24 let. Meni, da moški lažje opravljajo ta poklic, ker niso tako čustveno vpleteni in so fizično močnejši. Ženske bi lažje opravljale delo medicinske sestre na otroških oddelkih, ambulantah in fizično lažjih oddelkih (dermatovenerologija, okulistika, ...). Sama nikoli ne obžaluje, da se je odločila za ta poklic, obremenjuje pa jo delo v izmenah, v nedeljah in praznikih, predvsem zaradi družine.

Z nadrejenimi, sodelavci in pacienti se dobro razume. Meni, da imajo možnost napredovanja vsi, ne glede na spol. V delovnem okolju se dobro počuti. V prihodnosti bi zamenjala službo izključno zaradi zdravstvenih omejitev. Njene nadrejene so bile 20 let ženske, zadnje štiri leta pa je moški. Sedaj je drugače, kot je bilo prej, ker je odnos moški – ženska drugačen kot odnos ženska – ženska. Poleg zdravstvenih težav je njen problem tudi ekonomski – s plačo kljub nadurami, ki jih opravi, komaj preživi z družino. Problem je tudi usklajevanje družinskega življenja z delovnim obveznostmi. Zmanjkuje ji časa in energije za družinska opravila. Pri sebi opaža, da doma ne prenaša več pritiskov in se ne obvladuje več. Delovna organizacija ji omogoča karierni razvoj, družinske obveznosti pa jo ovirajo.

Nadrejeni jo večkrat pohvalijo in pohvala jo motivira. Predlaga, da naj bi bil zdravstveni sistem naravnan tako, da bi z leti službovanja vsi, ki opravljajo težko psihično in fizično delo, bili prerazporejeni na lažja delovna mesta in to ne glede na spol. »Za uspešno in kakovostno opravljeno delo medicinske sestre ni pomemben spol, ampak sposobnost ustvarjanja takšnega medsebojnega kontakta s pacienti, da bodo lažje sporočali svoje potrebe in težave!« je prepričana Jožefa.

Vida (52 let) opravlja poklic medicinske sestre že 32 let. V 4. razredu osnovne šole so imeli predavanja iz prve pomoči in takrat se je odločila, da bo medicinska sestra. Pri iskanju zaposlitve ni imela težav. Bila je vpisana tudi v 1. letnik, takrat še Višje šole za zdravstvene delavce, vendar je študij prekinila in se zaposlila na oddelku, kjer dela še danes. Na začetku delovne dobe ni imela nobenega moškega sodelavca, sedaj jih ima že tri, pred letom dni so bili štirje. Pri vključevanju v delovno okolje ni imela težav, starejše kolegice, ki so sedaj že v pokoju, so ji pomagale. Zelo rada opravlja svoj poklic, čeprav včasih zelo težko usklajuje delovne obveznosti z družinskimi. Doma skupaj z

možem skrbti še za manjšo kmetijo in štiri otroke. Sedaj je lažje, ker so otroci že veliki. Družina ji zelo veliko pomeni, zelo rada pa tudi opravlja svoje delo.

Delovna organizacija ji daje možnost napredovanja, izobraževanja. Redno se udeležuje strokovnih sestankov, ki jih organiziramo na oddelku, težje pa se udeležuje srečanj izven delovnega okolja, zaradi družinske obveznosti. Želi si pridobivanja novih znanj in veščin, pridobiti si znanja o uporabi novih materialov, ki jih vsakodnevno uporabljamo pri delu. Vse nadrejenje do sedaj so bile ženske, nikoli ni razmišljala, kako bi bilo, če bi bil njen vodja moški. V prihodnosti si želi še naprej dobro delati, stimulirajo pa jo pacienti sami. »Ženske so veliko bolj primerne za opravljanje tega poklica, saj tudi doma ženske poskrbimo za bolne člane družine,« zatrjuje Vida.

Jure (27 let) se je za poklic zdravstvenega tehnika odločil ob koncu osnovne šole. Z zaposlitvijo ni imel težav. Ženske sodelavke so ga lepo sprejele, ves čas osmih let delovne dobe je bil v ženskem kolektivu, na katerega se je tudi navadil. S sodelavci, nadrejenimi in pacienti se dobro razume, z nikomer ni imel večjih konfliktov. Z delovnim okoljem je zadovoljen, bi si pa želel v prihodnosti, ko si bo pridobil že več izkušenj, izpopolniti svoje znanje na oddelku intenzivne nege.

Zaenkrat ne namerava nadaljevati formalnega izobraževanja, predvsem zaradi obveznosti do mlade družine. Z veseljem pa nadgrajuje svoje znanje na strokovnih sestankih kliničnega oddelka in uporablja tudi strokovno literaturo, ki je na voljo na oddelku. Meni, da ga imajo pacientke rade, predvsem starejše, saj se trudi, da bi jim ugodil. Dobro se počuti, ker ima kar nekaj moških sodelavcev v kolektivu. Premalo časa je na oddelku, da bi lahko realno ocenil, kdo opravlja delo boljše (moški ali ženske).

Bojan (36 let) ima 14 let delovne dobe. Delo z ljudmi ga je vseskozi zanimalo, zato odločitev ni bila težka. Babica je bila zdravnica na pulmologiji in zato je tudi ona vplivala na njegovo odločitev. V srednji šoli se spomni, da je imel 10 sošolcev in 14 sošolk. Pri vključevanju v delovno okolje na prvem delovnem mestu je imel kar nekaj težav, saj je bila njegova nadzorna sestra tik pred upokojitvijo in se nikakor ni mogla sprijazniti, da bodo moški »na njenem oddelku« opravljali delo medicinske sestre. Po dveh letih na oddelku, je bil premeščen na oddelek intenzivne nege, kjer je najprej prevladal strah pred neznanim in bojazen, da strokovno tega ne bo obvladal. Ob podpori sodelavcev in nadrejenih je ta strah izvenel. Spomni se, da so bili ti časi najlepši časi, ki jih je preživel

na delovnem mestu. Zaradi mladost in želje po spoznavanju še drugačnega, se je odločil za prerazporeditev na drug klinični oddelek. Zaradi konfliktov z zdravniki in sodelavci na tem oddelku, se je leta 2002 odločil za vrnitev na naš oddelek. Na tem oddelku mu je všeč, da so vsi v timu enakovredni, mnenja vsakega imajo enako težo, ne glede na hierarhijo.

Pohvale nadrejenih sprejema in mu pomenijo potrdilo za dobro opravljeno delo. Ob pohvali se počuti prijetno in mu je zmeraj manj »nerodno«. Tudi sam podrejene večkrat pohvali in tudi pohvala drugim mu daje občutek zadovoljstva.

Delovna organizacija ga podpira pri napredovanju, vendar ga moti, ker je to zakonsko omejeno. Zaposleni v zdravstveni negi imamo možnost napredovanja le za 5 tarifnih razredov in ko to dosežemo, ne gre več naprej in to ni dobro.

Zaenkrat rad hodi v službo, vendar predvideva, da bo sčasoma poiskal kak nov izziv, saj ga rutina zelo moti. Je človek, ki vsakih nekaj let potrebuje novo okolje in nove sodelavce. »Ženske imajo bolj izrazit čut za empatijo, kot moški, vendar spol ni pomemben za dobro opravljanje dela medicinske sestre. Najvažnejša je strokovna podlaga, empatija in sposobnost celostnega pogleda na bolnika,« je prepričan Bojan.

Stane (51 let) dela na kliničnem oddelku že 31 let. Otroštvo je preživel pri babici, ki je imela kronične migrene. Večkrat jo je spremljal v zdravstveni dom in se pri tem odločil, da jo bo pozdravil. Odločitev starejšega brata za ta poklic, pa je njegovo odločitev samo še potrdila.

Z iskanjem zaposlitve ni bilo težav, pri vključevanju v delovno okolje pa je bilo v tistih časih bolj samoiniciativno, kot pa je to danes (mentorstva ni bilo). Na Vojaški medicinski akademiji (VMA) v Beogradu, kjer je služil vojaški rok, je opravljal medicinsko – tehnične posege, ki so bili v domeni zdravnika, zato je ob vrnitvi na delovno mesto zelo suvereno opravljal delo zdravstvenega tehnika.

Konfliktov z nadrejenimi, sodelavci in pacienti ni imel. Leta 1976, ko je nastopil delovno razmerje, ni imel moških sodelavcev, danes je več kot polovica sodelavcev v njegovem timu moškega spola. »Mladi danes niso tako zainteresirani za delo, kot smo mi bili včasih!« ugotavlja Stane.

V letu 1980 se je poskušal vpisati na Višjo šolo za zdravstvene delavce, pa ni bil sprejet, kasneje pa ni več poskusil, saj si je ustvaril družino in ker tudi žena dela v



zdravstvu, to ni bilo več mogoče. Delovna organizacija mu pomeni »drugi dom«. Vseskozi je imel ženske vodje, sedaj ima moškega. »Moški vodje so bolj racionalni, bolj trdi, ženske pa imajo mehkejši odnos!«, razmišljujoče pove Stane.

Delovna organizacija dosti pomaga pri usposabljanju in izobraževanju zaposlenih, če je seveda to sploh v interesu zaposlenih. Njegov cilj je, da »mirno« dočaka upokojitev.

Pri opravljanju poklica medicinske sestre so pomembne osebne lastnosti posameznika (moški so manj »pripravniki«, so pa bolj komunikativni, slabe stvari, dogodke, pa znajo obrniti na bolje. Najvažnejša so mu čustva, odprtost in pristen odnos s pacientom.

Mičo (24 let) ima 5 let delovne dobe. Pri 14 letih se je doma poškodoval, prišli so ga iskat reševalci in hkrati se je odločil, da bo zdravstveni tehnik. Svoje odločitve ni nikoli obžaloval. Z veseljem opravlja to delo, čeprav je čisto na začetku imel nekaj težav pri izvajanju osebne higiene pacientov (imel je občutek, da je pacientkam bilo neprijetno povedati za kako osebno stvar – bile so sramežljive). Občutek ima, da ko sprejemajo sveže poškodovance, so vsi – tako moški kot ženske – bolj zadržani, vendar naslednji dan ta zadržanost že izveni. Prepričan je, da poklic zdravstvenega tehnika – medicinske sestre kvalitetno opravljajo tako moški kot ženske, vse je odvisno od osebne naravnosti posameznika. Spol ni pomemben pri izvajanju zdravstvene nege, pomembna je osebnost, značaj človeka, ki mora biti čustveno in fizično urejen in mora imeti sposobnost prilagajati se spremembam, nepredvidljivim situacijam.

Pri iskanju zaposlitve ni imel težav, ker je že med šolanjem opravljal delo v zdravstveni negi preko študentskega servisa. Tudi pri vključevanju v delovno okolje ni imel težav, sodelavci so mu že zaupali, ker so ga poznali že od prej.

V službo rad hodi, na delovnem mestu se zelo dobro počuti in dokler bo tako, ne misli menjati delovne organizacije. Organizacija ga vzpodbuja pri usposabljanju – organizirajo redne strokovne sestanke, interklinične seminarje, učne delavnice s področja etika v zdravstveni negi, ...

Pred dvema leti je bil iz negovalnega oddelka premeščen v oddelek intenzivne nege, kjer se zelo dobro počuti. Na oddelku je bila vodja ženska, v intenzivni je moški. Ni opazil razlike med vodji.

Cilj mu je nadaljevanje šolanja na Visoki šoli za zdravstvo, vendar bo še malo odložil, zagotovo pa bo ostal v zdravstvu. Nadrejeni ga pohvalijo. Pohvala mu pomeni motivacijo za naprej. Sprejema pa tudi konstruktivno kritiko.

Edin (35 let) ima 16 let delovne dobe. Želel je postati zdravnik, vendar mu starši niso znali svetovati. Starši so se leta 1970 preselili iz Bosne in Hercegovine v Slovenijo. Oče je bil po poklicu voznik, mama je bila delavka v živilski industriji. Po končani srednji šoli se je vpisal na študij kemije, vendar se je po enem letu odločil, da gre delat kot zdravstveni tehnik, ker je želja za delo z ljudmi prevladala.

Pri iskanju zaposlitve ni imel težav, ker je bil štipendist kirurgije. Prijazen sprejem glavne medicinske sestre ob vstopu v delovno razmerje mu je ogromno pomenil.

Od sodelavcev je dobil največ podpore pri vključevanju v delovno okolje. Na začetku delovne poti ni imel nobenega moškega sodelavca, sedaj je v njegovem timu, ki šteje 14 članov, 11 predstavnikov moškega spola!

Konfliktov s pacienti, sodelavci in nadrejenimi ni imel. Čuti veliko podporo delovne organizacije pri karieri; začel je kot zdravstveni tehnik na oddelku, danes je vodja zdravstvenih tehnikov – mavčarjev na urgentnem oddelku. Tudi družina mu je pri tem bila v pomoč – predvsem moralno – saj ima 4 otroke in ženo, ki dela v zdravstvu v troizmenskem turnusu.

Zelo rad hodi v službo, ker ga delo z ljudmi veseli, spoznava nove ljudi, sodeluje v komercialni službi, kjer spremlja uvajanje novih materialov in pripomočkov, ki pripomorejo k višjemu strokovnemu nivoju in vsi ti materiali so bolj prijazni do pacientov – poškodovancev.

Njegovi nadrejeni so bile vedno ženske, kar ga sploh ne moti. Pomembnejša mu je sposobnost nadrejenega. Od njega pričakuje, da ščiti kolektiv in da spoštuje sodelavce, kljub hierarhiji, ki v zdravstvu zaradi same narave dela mora biti.

Delovnega okolja ne namerava spremeniti, čeprav dobiva kar nekaj ponudb znotraj največje zdravstvene ustanove v Sloveniji. Njegov cilj je, da pomaga ženi pri študiju ob delu na Visoki šoli za zdravstvo, kot je prej ona pomagala njemu. Naslednjih pet let zato ne bo uspel nadaljevati svojega formalnega izobraževanja. Zaveda se, da samo s svojim zgledom lahko pripomore s večji strokovnosti in prijaznosti vseh zaposlenih.

Poklic medicinske sestre je »človeški poklic«, zato lažje pomagaš, če človeka razumeš. »Neobčutljivi« v tem poklicu nimajo kaj iskati – ne glede na spol. »Še enkrat bi se odločil za ta poklic. Izobrazba pripomore k samozavesti, motiviranosti in avtonomnosti!« zaključí Edin.

## 6 ZAKLJUČEK

V teoretičnem delu diplomske naloge sem predstavila dve teoretski razlagi, ki pomagata razumeti razlike v družbi na osnovi spola – razložila sem spolne stereotipe in predsodke. Poleg omenjenih pa na segregacijo dela moških in žensk vpliva tudi družbeno vrednotenje spola, ki žensko pritiska v podrejen položaj. Družba obravnava žensko še zmeraj v kontekstu vlog, ki jo igra v zasebnosti (gospodinje, matere in žene). Prav to onemogoča ženskam enakovreden vstop na trg delovne sile, saj se morajo v moškosrediščni sferi soočati z mnogimi ovirami (steklenimi stropovi in steklenimi stenami).

V nadaljevanju sem opisala poklic na splošno, opredelila poklicno segregacijo po spolu.

V vseh družbah je moško delo višje cenjeno kot žensko. V nadaljevanju poskušam pojasniti zakaj se kljub temu nekateri moški odločajo za vstop v feminiziran poklic, na kakšen način vstopajo in kako jim pri tem uspe ohranjati moškost.

Predstavila sem teorijo označenosti in učinek steklenega dvigala.

Medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego, ki temelji na pomoči posamezniku, družini, družbeni skupnosti za doseg optimalnih zdravstvenih potencialov v okviru danih življenjskih zmožnosti.

Emocionalno delo je oblika dela, ki je pomembna za kvalitetno opravljanje poklica medicinske sestre in temelji na profesionalnem urejanju čustev na delovnem mestu. Sposobnost prepoznavanja lastnih čustev in čustev drugih imenujemo čustvena inteligenca. Obsega sposobnost motiviranja in obvladovanja čustev nas samih in v odnosu z drugimi.

V zadnjem delu teoretičnega dela diplomske naloge pa sem predstavila napredovanje delavcev zaposlenih v zdravstvu na osnovi Pravilnika o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu.

V empiričnem delu diplomske naloge sem s pomočjo anketnega vprašalnika ugotovila, da so moški v poklicu medicinske sestre zaželeni, tako med samimi pacienti, kot tudi znotraj samega kolektiva. Svoj poklic radi opravljajo in so pri tem zadovoljni.

Pri vsakdanji zaposlitvi ne navajajo težav, razen pri iskanju pripravništva. Srednja šola ne pokaže delovnega okolja v pravi luči, zato so imeli težave pri vključevanju v to okolje.

Nazivanje v poklicu medicinske sestre daje moškim občutek, da je to še vedno izrazit ženski poklic. Odločitev pacientov, kdo bo pri njih izvajal osebno higieno, je še dodaten kazalec, da je poklic medicinske sestre ženski poklic, ki izhaja iz »zgodovinskega« in »naravnega« poslanstva žensk – skrb za nemočne, bolne, ostarele. Zanimiva pa je ugotovitev, da se ta tradicionalni pogled že spreminja, čeprav počasi. Veliko bolj pomemben je pristop k pacientu.

Naloge in zadolžitve, ki sodijo v delokrog medicinske sestre, enakovredno opravljata oba spola. Pravilnik o napredovanju delavcev v zdravstvu je razlog, da nekateri moški in ženske nimajo več možnosti napredovanja, ker so dosegli že vsa napredovanja. Delovna organizacija in nadrejeni jih vzpodbujajo oziroma jim dajejo možnost, obstoječi sistem pa to onemogoča. Izobraževanj, ki so nujni pogoj za napredovanje v višji tarifni razred, se udeležujejo tako moški kot ženske.

Moški izvajalci zdravstvene nege samostojno in zanesljivo opravljajo svoje delo, sami se ocenjujejo višje kot ženske. Sam spol po njihovem mnenju ne vpliva na možnost napredovanja.

Moški in ženske ocenjujejo možnosti za napredovanje kot popolnoma enake. Teorija Williamsove o učinku steklenega dvigala – steklenih tekočih stopnic ni bila potrjena. Organizacijska dinamika moških ne potiska proti vrhu kar sama od sebe.

Moški ocenjujejo odnos sodelavcev in nadrejenih kot zelo dober. Delno lahko potrdimo, da redke moške, ki se odločijo za ženske poklice, sodelavci in nadrejeni višje ocenjujejo kot ženske.

Ugotovitve raziskave teorijo označenosti ne potrjujejo. Moški, ki so v manjšini, niso predmet stereotipov in različnih oblik marginalizacije, nasprotno, sodelavci in nadrejeni jih ocenjujejo višje kot njihove ženske sodelavke.

Moški in ženski izvajalci zdravstvene nege morajo izpolnjevati pogoje, ki so potrebni za napredovanje po Pravilniku o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu. Ženske zaradi družinskih obveznosti (porodni dopust, nega družinskega člana, ...) nimajo časa za pridobivanje dodatnih funkcionalnih znanj, ki pa so pogoj za napredovanje. Moški

izvajalci zdravstvene nege nimajo takih ovir. Skrb za družino, otroke, omejujejo ženske pri njihovem napredovanju.

Moške, ki so poročeni, pri poklicni karieri podpirajo žene, poročene ženske pa nimajo dovolj časa za poklicno kariero, ker jim obveznosti do družine to onemogočijo.

Potrdim tudi lahko, da moški najbolj cenijo ambicioznost in strokovnost, ženske zmožnost empatije. Racionalnost moških in čustvenost žensk se je pokazala tudi pri poklicu medicinske sestre.

Delovna organizacija in nadrejeni naredijo dovolj za možnost napredovanja anketirancev, ovira, ki jo zaznavajo tako moški kot ženske pa so omejena finančna sredstva organizacije.

Z izbiro svojega poklica so zadovoljni, ne glede na spol. Opravljajo poklic, ki jih veseli. Spol pri tem ni pomemben. »Če delaš delo s srcem, razumeš težave pacienta, si človeški, z veseljem opravljaš delo – ne glede na spol« ugotavlja anketiranka.

Vsi intervjuvanci med pacienti so bili že večkrat hospitalizirani in vsi ugotavljajo, da toliko moških izvajalcev zdravstvene nege, kot jih je na tem oddelku, ni bilo nikoli prej na nobenem drugem. Pozdravljajo mešane time, saj lahko nekaj moških razbije ženske kolektive in tudi ženske se drugače obnašajo (so manj živčne, zadirčne, manj je hudobije in nestrpnosti). Moški so tudi fizično močnejši in pri pacientih, ki so popolnoma odvisni od pomoči drugih, odigrajo zelo pomembno vlogo (pomoč pri spremembi položaja na bolniški postelji, pomoč pri hoji, ...).

Ženske pacientke se z velikim veseljem in brez zagat pri sporočanju osebnih težav obračajo na moške izvajalce zdravstvene nege, starejši pacient pa ugotavlja, da je še vedno bolj »navajen« na ženske sestre in vse svoje intimne težave raje sporoča ženskam.

Večina vprašanih pacientov pa poudarja, da so za poklic medicinske sestre primerni izvajalci obeh spolov. Odločilno vlogo imajo osebnostne lastnosti posameznika. Prijaznost, doslednost, diskretnost, sposobnost empatije so tiste osebnostne lastnosti, ki jih pacienti od izvajalcev zdravstvene nege pričakujejo in pri tem spol ni pomemben.

»Kar naprej še zaposlujte fante!« je predlagala ena izmed pacientk.

Intervjuvani izvajalci zdravstvene nege vsi brez izjeme radi opravljajo svoj poklic, za katerega se je večina vprašanih odločila že v mladostnih letih (koncem osnovne šole).

Prostovoljno so se odločili, da bodo izbrali poklic, ki velja za tradicionalno ženski poklic. Nihče od vprašanih ne obžaluje, da se je tako odločili. Pri iskanju zaposlitve niso imeli težav. Starejši, ki imajo več kot 30 let delovne dobe, ugotavljajo, da ob nastopu delovnega razmerja niso imeli moških »kolegov«. »Ko sem začel delati, nisem imel nobenega moškega sodelavca, sedaj nas je od 14 zaposlenih na oddelku, 12 moških,« ugotavlja eden izmed moških izvajalcev zdravstvene nege.

Odnos, ki so ga razvili s pacienti, nadrejenimi in sodelavci, je pri vseh – ne glede na spol – korekten. Večina vprašanih je tekom opravljanja delovnega razmerja imela ženske vodje (glavna medicinska sestra, nadzorne medicinske sestre, ...). Spol vodje za večino sodelujočih v razgovorih ni pomemben. »Nadrejeni je »nadrejeni« in tako mora biti,« zatrjuje ena od sodelujočih. »Pomembna je osebnost vodje, urejen mora biti čustveno, fizično, mora imeti sposobnost prilagajati se različnim – večkrat tudi konfliktnim – situacijam,« komentira eden od mlajših sodelavcev.

Večina jih delovne organizacije ne namerava zamenjati. Starejši, ki so pred upokojitvijo, bi radi »v miru« dočakali pokoj. Mlajšim pa se na oddelku »skoz nekaj dogaja«. Menijo, da je delo razgibano, pacienti se hitro menjavajo in tudi kolektivi so dobri. Vprašani ugotavljajo, da delovna organizacija vsem zaposlenim, ne glede na spol, omogoča izobraževanje in usposabljanje, če je seveda interes pri zaposlenih. Mlajši, ki si ustvarjajo družine, so trenutno bolj potrebni družini (tudi moški) in karierni razvoj prelagajo na kasnejše obdobje.

»Dotik roke, razumevajoč pogled in nasmeh, zaležejo več kot brezhibna strokovnost. Vsega tega pa so sposobni tako moški kot ženske!« meni ena izmed sodelujočih.

Izvedena anketa (leta 2007) in opravljeni intervjuji (leta 2008) potrjujejo podobne ugotovitve.

»Resnično mi je vseeno, ali je poklicu več moških ali žensk. Želim le, da so v poklicu ljudje, ki imajo poklic radi in ga dobro opravljajo.« (Williams 1995, 50).

Na osnovi opravljenega empiričnega raziskovalnega dela in analize dostopnih teoretičnih in empiričnih virov ugotavljam, da je vstopanje moških v poklic medicinske sestre, ki velja za izrazito feminiziran poklic, dobrodošel s strani pacientov in zaposlenih. Določene zadolžitve v poklicu medicinske sestre, so veliko bolj primerne za moške

izvajalce zdravstvene nege (pomoč pri spreminjanju položaja v bolniški postelji, pomoč pri hoji...). Pacientke pri teh opravilih bolj zaupajo moškim.

Predvidevam, da se bo vključevanje moških v poklic medicinske sestre nadaljevalo tudi v prihodnosti. Moja predvidevanja tudi potrjujejo rezultati in ugotovitve opravljene ankete in intervjujev na večjem kliničnem oddelku največje zdravstvene ustanove v Republiki Sloveniji.



## 7 LITERATURA

Anker, Richard. 1997. *Theories of occupational segregation by sex: An overview*. Genova: International Labour Office.

Beauvoir, Simone de. 1999. *Drugo spol*. Ljubljana: Delta.

Brnot, Urška. 2007. *Demografsko socialno področje »Trg dela Mednarodni dan medicinskih sester«*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/PrikaziPDF.aspx?ID=876> (8. avgust 2007).

Černigoj Sadar, Nevenka in Doroteja Verša. 2002. »Zaposlovanje žensk«. V *Politika zaposlovanja*, ur. Ivan Svetlik, 398-430. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Černigoj Sadar, Nevenka. 2002. Spolne razlike v formalnem in neformalnem delu. *Družboslovne razprave* 34/35: 31-52.

Detela, Milan. 1990. *Štirideset let učitelj*. Ljubljana: Samozaložba.

Goleman, Daniel. 2001. *Čustvena inteligenca na delovnem mestu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Hakim, Catherine. 1996. *Key Issues in Women's Work: Female heterogeneity and the polarisation of women's employment*. London & Atlantic Highlands, New York: Athlone.

Hakim, Catherine. 1998. *Social change and innovation in the labour market*. New York: Oxford University Press.

Irigary, Luce. 1997. The other: Women. V *Feminisms*, ur. Sandra Kempl in Judith Squires, 308-315. New York: Oxford University Press.

Jogan, Maca. 1990. *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana: Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo.

Jogan, Maca. 2001. *Seksizem v vsakdanjem življenju*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 1992. Ali so »družinske kraljice« lahko tudi »šefice«? V *Ko odgrneš 7 tančic*, ur. M. Cigale, 77-87. Ljubljana: Društvo iniciativa.

Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 1995. Poklicne vloge žensk – položaj žensk v sferi (plačanega) dela. *Zbornik študij* 2 (1): 51-66.

Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 1996. *Ženske v menedžmentu*. Ljubljana: Enotnost.

Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 2000. Spolna konstrukcija menedžerskih vlog - Stekleni organizacijski stropovi devetdesetih. *Družboslovne razprave* 16: 34-35, 53-78.

Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 2002. Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. *Teorija in praksa* 39 (1): 30-48.

Kenda, Albina. 2006. »Najbolj plačani poklici«. Dostopno prek: <http://www.finance.si/?MOD=show&id=164780> (8. avgust 2007).

Kozlevčar, Nataša. 2006. *Dopolnitev Kodirnega seznama poklicev v Standardni klasifikaciji poklicev*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/PrikaziPDF.aspx?ID=425> (26. september 2008)

Kramberger, Anton. 1999. *Poklici, trg dela in politika*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kramberger, Anton in Samo Pavlin, ur. 2007. *Zaposljivost v Sloveniji - analiza prehoda iz šol v zaposlitev: stanje, napovedi, primerjave*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kresal, Barbara, Katarina Kresal Žoltes in Darja Senčur Peček. 2002. *Zakon o delovnih razmerjih s komentarjem in stvarnim kazalom*. Ljubljana: Založniška hiša Primath.

Lippmann, Walter. 1999. *Stereotipi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Moore, Henrietta. 1994. The cultural Constitution of Gender. V *The polity Reader in Gender Studies*, ur. Editorial office, 14-21. Cambridge: Polity Press.

Morley. 1990. Gender Technologies and Private Worlds. V *Consuming Technologies*, ur. R. Silverstone, D. Morley in E. Hirsch, 221-248. London: Routledge.

Možina, Stane. 2002. *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

*Odgovor na prispevek - "Se procesa zdravljenja in zdravstvene nege razhajata?"*. 2007. Dostopno prek: <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis98-10/html/pretnar64.html> (8. avgust 2007).

Schmidt, Vlado. 1988. *Zgodovina šolstva in pedagogike na Slovenskem*. Ljubljana: Delavska enotnost.

Serše, A. 1995. *Strokovno šolstvo v osrednji Sloveniji do leta 1941*. Ljubljana: Arhiv Republike Slovenije.

Statistični urad Republike Slovenije. 1996-2000. *Statistični letopis*. Ljubljana: SURS.

Šadl, Zdenka. 2002. We're out to make you slime, Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa* 39: 49-80.

Ule Nastran, Marijana, ur. 1999. *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Ule Nastran, Marijana. 1997. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Vesel, Darja. 1999. Feminizacija šole in učiteljice feministke. *Didakta* 8: 38-41, 44-45.

*Visoka šola za zdravstvo, lik medicinske sestre*. 2007. Dostopno prek: <http://www.vsz.uni-lj.si/~zn/program/LikMedicinskeSestre.htm> (8. avgust 2007).

Vode, Angela. 1998. *Spol in upor*. Ljubljana: Krtina.

Williams L., Christine. 1993. *Doing »Women's Work«: Men in nontraditional occupations*. Newbury Park: Saga publications.

Williams L., Christine. 1995. *Still a man's world: Men who do women's work*. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press.

Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. 1998-2001. *Pregled oseb sortiranih po poklicih, starosti in spolu*. Ljubljana: ZRSZZ.

*Zdravstveni tehnik, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje*. 2007. Dostopno prek: <http://www.ess.gov.si/slo/Ncips/OpisiPoklicev/ZdravstveniTehnik.pdf> (8. avgust 2007).

## 8 PRILOGA A – Anketni vprašalnik

**1. Prosim, da obkrožite črko pred Vašim spolom:**

- a) ženski
- b) moški

**2. Starost (obkroži):**

- a) do 25 let
- b) od 26 do 29 let
- c) od 30 do 33 let
- d) od 34 do 37 let
- e) nad 38 let

**3. Skupna delovna doba (obkroži):**

- a) do 3 let
- b) od 4 do 7 let
- c) od 8 do 11 let
- d) od 12 do 15 let
- e) nad 16 let

**4. Izobrazba (obkroži):**

- a) V stopnja – srednja
- b) VI stopnja – višja
- c) VII stopnja – visoka strokovna in fakultetna

**5. Zakaj ste se odločili za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika?**

- a) delo z ljudmi me veseli
- b) kot otrok sem že razmišljal-a o tem poklicu
- c) zaradi odločitve prijatelja, prijateljice
- d) možnost vpisa na srednjo šolo – zadostno število točk za vpis
- e) nisem imel-a druge izbire

f) drugo .....

**6. Katero srednjo šolo ste končali?**

- a) srednjo zdravstveno šolo
- b) drugo srednjo šolo .....

**7. Srednjo šolo ste obiskovali:**

- a) redno
- b) izredno – ob delu

**8. Če ste končali srednjo zdravstveno šolo – ali se lahko spomnite, koliko sošolcev moškega spola ste imeli v svojem razredu?**

- a) nobenega
- b) do 5
- c) nad 5
- d) se ne spomnim

**9. Ali ste pri iskanju zaposlitve imeli posebne probleme?**

- a) da
- b) ne

**10. Če ste odgovorili na 9. vprašanje pritrdilno ali lahko napišete vzrok:**

- a) ponudba večja od povpraševanja
- b) drugo .....

**11. Kakšni so Vaši spomini na vključevanje v delovno okolje?**

- a) nisem imel-a težav
- b) imel-a sem težave
- c) se ne spomnim

**12. Če ste na 11. vprašanje odgovorili pritrdilno, ali lahko napišete kakšne težave ste imeli pri vključevanju v delovno okolje?**

.....  
.....  
.....  
.....

**13. Kako so Vas kot žensko/moškega sprejemali bolniki?**

- a) nisem imel-a težav
- b) občutil-a sem negotovost pri izvajanju osebne nege
- c) imel-a sem problem z nazivanjem (izraz »sestra« je vezan izključno na ženski spol)
- d) drugo

.....

**14. Ali pri izvajanju zdravstvene nege kdaj občutite, da je poklic medicinske sestre izrazito ženski poklic?**

- a) vedno
- b) pogosto
- c) včasih
- d) nikoli

**15. Če ste na 14. vprašanje odgovorili pritrdilno – lahko napišete zakaj in kdaj?**

- a) zakaj

.....

- b) kdaj, v katerih situacijah .....

.....

c) drugo

.....  
.....

**16. Ali spol (M/Ž) vpliva nato, kakšne naloge so Vam zaupane? (na primer: upravljanje z zahtevnimi medicinskimi aparati – perfuzor, črpalka – moška opravila, ženska opravila – skrb za dobro počutje bolnikov, reševanje čustvenih problemov ...)**

- a) da
- b) tako moški kot ženske skrbimo za eno in drugo, neoziraje se na spol
- c) ne
- d) nikoli nisem razmišljal-a o tem

**17. Imate možnosti za napredovanja v Vašem poklicu (hierarhično in finančno)?**

- a) da
- b) ne vem
- c) ne

**18. Poznate »Pravilnik o napredovanju delavcev v zdravstvu«?**

- a) da
- b) delno
- c) ne

**19. Poznate poqoje za napredovanje (ne stimulacijo) na delovnem mestu?**

- a) da
- b) delno
- c) ne

**20. Ali se udeležujete dodatnih izobraževanj, ki so pomembna za uspešnejše opravljanje dela na delovnem mestu? (npr. udeležba na strokovnih seminarjih)**

- a) da
- b) včasih
- c) ne
- d) delovna organizacija mi tega ne omogoča
- e) drugo

.....

**21. Če ste na 20. vprašanje odgovorili ne Vas prosim, da navedete razloge, zaradi katerih se ne udeležujete dodatnih izobraževanj?**

- a) me ne zanima
- b) nimam več možnosti napredovanja
- c) drugo .....

**22. Ali menite, da svoje delo opravljate samostojno in zanesljivo?**

- a) da
- b) včasih
- c) ne
- d) ne vem

**23. Ali ste kdaj? (možnih več odgovorov)**

- a) predstavili svoj referat na strokovnem sestanku
- b) vodili strokovni tečaj ali seminar
- c) objavili strokovni ali strokovno organizacijski članek
- d) vodili/povezovali temo na strokovnem izpopolnjevanju
- e) bili avtor posameznega poglavja v strokovni knjigi
- f) drugo .....
- g) nič od zgoraj naštetega



**24. Ali menite, da dosegate delovno uspešnost na osnovi naslednjih kriterijev?**

- a) presegate predviden program dela
- b) dosegate predviden program dela
- c) ne dosegate predvidenega programa dela

**25. Kako ocenjujete kvaliteto svojega opravljenega dela?**

- a) nadpovprečna – izjemno dobra
- b) povprečna – dobra
- c) podpovprečna – slaba

**26. Kakšen je Vaš prispevek (po Vašem mnenju) k delovnemu rezultatu?**

- a) nadpovprečen
- b) povprečen
- c) podpovprečen

**27. Pri Vašem napredovanju, poleg Vaših dokazil, ki so potrebna za napredovanje, je nujna tudi ocena Vašega neposredno nadrejenega o Vašem delu. Kakšna se Vam zdi ta ocena?**

- a) objektivna, ker .....
- b) subjektivna, ker .....
- c) nikoli nisem razmišljal-a o tem
- d) ne vem

**28. Ali veste, da obstaja možnost, da lahko napredujete tudi za dva tarifna razreda hkrati?**

- a) da
- b) ne

**29. Če ste na 28. vprašanje odgovorili pritrdilno, obkrožite prosim, katera dva pogoja morata biti izpolnjena, da lahko hkrati napredujete za dva tarifna razreda?**

- a) ocena nadrejenega o Vašem delu mora biti nadpovprečna
- b) zaželeno je neformalno druženje s sodelavci in nadrejenimi
- c) zbrati morate dvojno število točk potrebnih za napredovanje v vaši tarifni skupini
- d) opravljen tečaj iz reanimacije – osnov oživljanja

**30. Kolikokrat do sedaj ste napredovali na svojem delovnem mestu?**

- a) nikoli
- b) 1-krat
- c) 2-krat
- d) 3-krat
- e) 4-krat
- f) 5-krat

**31. Ali menite, da na možnost Vašega napredovanja vpliva tudi Vaš spol?**

- a) da
- b) včasih
- c) ne
- d) ne vem – nikoli nisem razmišljal-a o tem

**32. Kako bi ocenili odnos bolnikov do Vas, s številkami od 1-5, kjer 1 pomeni nezadovoljiv, 5 pa zelo dober?**

- a) 1 - nezadovoljiv
- b) 2 – zadovoljiv
- c) 3 – povprečen
- d) 4 – dober
- e) 5 – zelo dober

**33. Kako bi ocenili odnos neposredno nadrejenih - timskih in nadzornih medicinskih sester do Vas?** (z ocenami od 1 – nezadovoljiv do 5 – zelo dober)

- a) 1 - nezadovoljiv
- b) 2 – zadovoljiv
- c) 3 – povprečen
- d) 4 – dober
- e) 5 – zelo dober

**34. Kako bi ocenili odnos sodelavcev do Vas?** (z ocenami od 1 – nezadovoljiv do 5 – zelo dober)

- a) 1 - nezadovoljiv
- b) 2 – zadovoljiv
- c) 3 – povprečen
- d) 4 – dober
- e) 5 – zelo dober

**35. Kje najdete – dobite podporo in motivacijo za Vaše stresno, naporno in težko delo?** (razvrstite po pomembnosti z ocenami od 1 – najbolj pomembno do 5 – najmanj pomembno)

- ... ob preživljanju prostega časa
- ... pri druženjih s prijatelji
- ... pri partnerju
- ... pri družini
- ... pri bolnikih
- ... drugo .....

**36. Ste poročeni, oziroma živite v izvenzakonski skupnosti?**

- a) da
- b) ne

**37. Če ste na 36. vprašanje odgovorili pritrdilno (več možnih odgovorov):**

- a) partner mi daje popolno podporo in me vzpodbuja pri poklicni karieri
- b) partner mi ne daje podpore in me ne vzpodbuja pri poklicni karieri
- c) zaradi obremenitev doma nimam časa za poklicno kariero
- d) drugo .....

**38. Ali različne obveznosti zunaj službe ovirajo Vašo kariero? (ocenite vsako od 1 – sploh ne do 5 – v zelo veliki meri)**

- ... skrb za otroke, sorodnike
- ... druge družinske obveznosti
- ... gospodinjske obveznosti
- ... partnerjeva kariera
- ... druge obveznosti

**39. Ali obstaja med Vašimi sodelavci kdo, ki bi mu bil rad-a podoben/ podobna; nekdo, ki Vam je vzor tak, kakršen bi Vi rad bil-a v Vašem poklicnem življenju?**

- a) da, obstaja
- b) ne, ne obstaja
- c) nikoli nisem razmišljal-a o tem

**40. Če ste na 39. vprašanje odgovorili pritrdilno – katerega spola je Vaš vzornik/vzornica?**

- a) moški
- b) ženska

**41. Če ste odgovorili na 39. vprašanje pritrdilno – katere so tiste lastnosti, ki so Vam pri tej osebi - vzoru najbolj všeč (ocenite vsako od 1 – najbolj pomembno do 5 – najmanj pomembno):**

- ... strokovnost (pozna sodobne dosežke stroke, usposobljen-a za vsa dela znotraj stroke ....)
- ... solidarnost (vedno pomaga pri nadomeščanju odsotnosti, priskoči na pomoč pri vseh opravilih, poštenost ...)
- ... komunikativnost (skrbi za dobro počutje, zadovoljstvo sodelavcev, bolnikov ..)
- ... sposobnost empatije (se zna vživeti v drugega – sodelavca, bolnika, svojcev ...)
- ... ambicioznost

42. **Česa pri sodelavcih ne marate, Vam pri njih ne ugaja?** (ocenite od 1 – najbolj pomembno do 5 – najmanj pomembno):

- ... neprijaznost do sodelavcev, bolnikov, svojcev ...
- ... nestrokovnost
- ... arogantnost, vzvišenost, nadrejenost
- ... nezmožnost empatije
- ... drugo .....
- ... drugo .....

43. **Mentor-ica je oseba, ki na kakršen koli način (podpiranje, pomoč, poučevanje, uvajanje v delo, svetovanje ...) vpliva na Vašo poklicno kariero, napredovanje. Ali ste imeli mentorja, ki Vas je podpiral, vplival s svojimi izkušnjami na Vas?**

- a) da
- b) ne
- c) se ne spomnim

44. **Če ste na 43. vprašanje odgovorili pritrdilno, katerega spola je bil Vaš mentor/mentorica?**

- a) moški
- b) ženski

45. **Ali opravljate delo, ki ste si ga vedno želeli?**

- a) da
- b) ne

**46. Če ste na 45. vprašanje odgovorili nikalno – ali lahko napišete kakšna dela si želite opravljati v okviru svoje poklicne usposobljenosti v prihodnosti?**

- a) vodstveno delo v svoji delovni skupini (timska, nadzorna medicinska sestra)
- b) vodstveno delo v svoji delovni organizaciji (glavna medicinska sestra kliničnega oddelka, glavna medicinska sestra SPS, glavna medicinska sestra KC)
- c) vodstveno delo izven organizacije, kjer sem sedaj zaposlen-a
- d) .....

**47. Ali Vaši nadrejeni (delovna organizacija) naredijo dovolj oziroma Vam nudijo možnost za napredovanje?**

- a) da, kako .....
- c) ne, zakaj .....

**48. Na koncu Vas prosim še za Vaše osebno mnenje o tem, kdo je bolj primeren za opravljanje poklica medicinske sestre?**

- a) ženske (prirojeno/privzgojeno jim je več empatije, so bolj nežne, skrbne, čustvene ...)
- b) moški (prirojeno/privzgojeno jim je več distanciranja od emocionalnega, kar jim pomaga pri strokovnem delu, so bolj racionalni ...)
- c) za uspešno opravljanje poklica medicinske sestre spol sploh ni pomemben