

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Majda Kosin

**Razlike med plačanim in neplačanim delom -  
primer medicinske sestre**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Majda Kosin

Mentorica: izr. prof. dr. Aleksandra Kanjuro-Mrčela

**Razlike med plačanim in neplačanim delom -  
primer medicinske sestre**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

## **Razlike med plačanim in neplačanim delom – primer medicinske sestre**

Poklic medicinske sestre je specifičen po vrsti dela in je zgodovinsko zaznamovan kot izključno ženski poklic, označuje pa ga tudi več desetleten trud in boj za dokazovanje in uveljavitev profesionalnosti. V diplomskem delu me je zanimala obremenjenost medicinskih sester v službi in možnosti usklajevanja njihovega dela z družinskim življenjem ter vodenjem gospodinjstva. Ker je za ta poklic značilna celodnevna prisotnost ob bolniku in je zato urnik dela zelo neenakomeren, sem se posebej poglobila v sprejemanje in doživljanje te obremenjenosti pri zaposlenih in njihove sposobnosti uskladiti delo v službi s privatnim življenjem. Obenem sem ugotavljala tudi razlike v percepciji tega poklica pri moških in ženskah ter njihove poglede in razmišljanja o različnih možnostih usklajevanja plačanega in neplačanega dela. Glede na zahtevnost dela in delovnih okoliščin me je zanimalo, kako se delovna organizacija z različnimi fleksibilnimi oblikami dela zna približati zaposlenim, da bi lažje usklajevali delo s privatnim življenjem in ali jih zaposleni tudi koristijo.

**Ključne besede:** medicinska sestra, plačano in neplačano delo, družina.

## **Differences between paid and unpaid work – registered nurse**

The profession of nursing is specific by type of work and is historically characterized as an exclusively female profession, but it is also marked by many-years effort and fight to prove and advance independency of the profession. In the thesis I analysed the workload of nurses and the possibilities for reconciliation of their work with family life and household management. Since the profession is characterized by continuous care of the patients and therefore by uneven work schedule, I was particularly interested in the acceptance and perception of workload among employees and their ability to coordinate professional work with their private life. I identified different perceptions of women and men about the profession and their views and considerations about the possibilities for coordination of paid and unpaid work. I also wondered whether the organization offers flexible working arrangements and how the employees use them.

**Key words:** registered nurse, paid and unpaid work, family.

## KAZALO

1	UVOD.....	10
2	DRUŽBENO-ZGODOVINSKA UMEŠČENOST PREUČEVANE PROBLEMATIKE.....	13
	2.1 Razvoj zdravstva in vloga žensk.....	16
	2.2 Medicinske sestre med preteklostjo in sedanjostjo.....	22
3	DRUŽBENO VREDNOTENJE DRUŽINE IN VLOGA ŽENSKÉ V DRUŽINI.....	25
	3.1 Sociološki pogled na družino.....	25
	3.2 Konstituiranje moderne družine.....	27
	3.2.1 Spreminjanje funkcij družine in iskanje drugih možnosti.....	30
	3.2.2 Usklajevanje dela in družinskega življenja.....	30
4	ZNAČILNOSTI POKLICA IN PROFESIJE.....	34
	4.1 Profesionalizacija poklica zdravstvene nege.....	34
	4.2 Profesionalna povezanost medicinskih sester na Slovenskem.....	38
	4.2.1 Register in licenca.....	39
	4.3 Povezovanje izobraževalnih ustanov na srednji in visoki stopnji.....	40
	4.3.1 Posodobitev kadrovskega normativov.....	42
	4.4 Sodelovanje medicinskih sester na državnem nivoju, s sorodnimi strokovnimi združenji in njihova mednarodna dejavnost.....	48
	4.4.1 Sodelovanje medicinskih sester na področju zdravstvenega varstva.. na državnem nivoju.....	48
	4.4.2 Sodelovanje medicinskih sester s sorodnimi stanovskimi in..... strokovnimi združenji.....	48
	4.4.3 Mednarodna dejavnost medicinskih sester.....	49
5	USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN ZASEBNEGA ŽIVLJENJA MEDICINSKIH SESTER.....	50
	5.1 Multiplost vlog in njihovo usklajevanje.....	51
6	EMPIRIČNI DEL - RAZISKAVA.....	53
	6.1 Namen raziskave in opredelitev raziskovalnega problema.....	53
	6.2 Vzorec in izvedba raziskave.....	53
	6.2.1 Vsebinski načrt raziskave.....	54
	6.3 Analiza empiričnih podatkov.....	54
	6.3.1 Spol anketirancev.....	54
	6.3.2 Starost anketirancev.....	55
	6.3.3 Strokovna izobrazba.....	55
	6.3.4 Skupna delovna doba.....	56
	6.3.5 Razlog izbire poklica.....	57
	6.3.6 Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?.....	58
	6.3.7 Ali so v organizaciji X določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškim?.....	59
	6.3.8 Kaj je razlog, da so določena dela bolj zaupana moškim?.....	59
	6.3.9 Ali so v organizaciji X določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?.....	60
	6.3.10 Kaj je razlog, da so določena dela bolj zaupana ženskam?.....	61
	6.4 Organizacija dela v organizaciji X.....	62
	6.4.1 Izmensko delo.....	62
	6.4.2 Oblika pogodbe o zaposlitvi (trajnost zaposlitve) v organizaciji X.....	64
	6.4.3 Oblika dela.....	65
	6.4.4 Odnosi s sodelavci in sodelavkami.....	66

6.4.5	<i>Osebni dohodek</i> .....	66
6.4.6	<i>Možnosti za napredovanje v organizaciji X</i> .....	68
6.4.7	<i>Oddaljenost kraja bivanja od službe</i> .....	69
6.4.8	<i>Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja</i> .....	71
6.4.9	<i>Ali zaposleni v organizaciji X delo ocenjujejo kot stresno?</i> .....	72
6.4.10	<i>Ali zaposleni v organizaciji X delo ocenjujejo kot naporno?</i> .....	73
6.4.11	<i>Razlogi, da je delo stresno/naporno</i> .....	74
6.4.12	<i>Odgovornost za stresno /naporno delo zaposlenih</i> .....	75
6.5	<i>Usklajevanje družinskega življenja in dela</i> .....	76
6.5.1	<i>Zakonski stan zaposlenih</i> .....	76
6.5.2	<i>Status partnerja</i> .....	77
6.5.3	<i>Partnerjeva zaposlitev</i> .....	77
6.5.4	<i>Podatki o otrocih</i> .....	78
6.5.5	<i>Število otrok</i> .....	78
6.5.6	<i>Starost otrok</i> .....	78
6.5.7	<i>Možnosti organiziranega varovanja otrok</i> .....	79
6.5.8	<i>Način sprostitve in pridobivanje motivacije za delo</i> .....	80
6.5.9	<i>Koriščenje pravic staršev, ki jih omogoča Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji</i> .....	80
6.5.10	<i>Izkoriščenost starševskega dopusta (dopust za nego in varstvo otroka)</i> .....	81
6.5.11	<i>Očetovski dopust</i> .....	83
6.5.12	<i>Delitev dela v gospodinjstvu in drugih družinskih obveznosti (skrb za otroke, prostčasne dejavnosti otrok)</i> .....	83
6.5.13	<i>Organizirana pomoč v gospodinjstvu</i> .....	86
6.5.14	<i>Možnost udeleževanja v športnih/rekreativnih dejavnostih, druženju s prijatelji in dodatno izobraževanje</i> .....	87
6.5.15	<i>Ukrepi, za boljše usklajevanje plačanega dela in družine</i> .....	90
7	<b>DISKUSIJA</b> .....	95
8	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	98
9	<b>LITERATURA</b> .....	90
	<i>PRILOGA A : Vprašalnik</i> .....	103

## SEZNAM TABEL, GRAFOV IN SLIK

Tabela 4.1: Število diplomantov Visokih šol in fakultet - smer zdravstvena nega.....	46
Tabela 4.2: Število dijakov, ki so zaključili Srednjo zdravstveno šolo.....	46
Tabela 4.3: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, Slovenija.....	46
Tabela 6.1: Spol anketirancev.....	54
Tabela 6.2: Starost anketirancev.....	55
Tabela 6.3: Strokovna izobrazba.....	56
Tabela 6.4: Delovna doba.....	56
Tabela 6.5: Razlog izbire poklica, ki ga anketiranci opravljajo.....	57
Tabela 6.6: Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?....	58
Tabela 6.7: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškimi?.....	59
Tabela 6.8: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana moškimi? .....	60
Tabela 6.9: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?.....	60
Tabela 6.10: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana ženskam?.....	61
Tabela 6.11: V koliko izmenah delate?.....	62
Tabela 6.12: Kakšna je oblika vaše pogodbe (trajnost zaposlitve)?.....	65
Tabela 6.13: Kakšna je vaša oblika dela?.....	65
Tabela 6.14: Kakšni so vaši odnosi s sodelavci/kami?.....	66
Tabela 6.15: Ali menite, da ste za svoje delo v službi primerno nagrajeni?.....	67
Tabela 6.16: Povprečne mesečne bruto plače v poklicu medicinska sestra/ zdravstveni tehnik.....	68
Tabela 6.17: Ali menite, da imate v vaši službi primerne možnosti za napredovanje?.....	68
Tabela 6.18: Koliko je kraj vašega bivanja oddaljen od službe?.....	70
Tabela 6.19: Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja?.....	71
Tabela 6.20: Ali je vaše delo stresno?.....	72
Tabela 6.21: Ali je vaše delo naporno?.....	73
Tabela 6.22: Kaj so po vašem mnenju glavni razlogi, da je delo stresno/naporno?.....	74
Tabela 6.23: Kdo je po vašem mnenju najbolj odgovoren za stresno /naporno delo?....	75
Tabela 6.24: Kakšen je vaš zakonski stan?.....	76

Tabela 6.25: Kakšen status ima vaš partner?.....	77
Tabela 6.26: Če je vaš partner zaposlen, v kateri panogi dela?.....	77
Tabela 6.27: Ali imate otroke?.....	78
Tabela 6.28: Koliko otrok imate?.....	78
Tabela 6.29: Koliko so stari vaši otroci?.....	78
Tabela 6.30: V kolikor imate še mladoletne otroke, kako imate organizirano varstvo?.....	79
Tabela 6.31: Kaj vam predvsem pomaga, da se sprostite in dobite motivacijo za svoje delo? .....	80
Tabela 6.32: Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji določa različne pravice staršev. Katere ste vi uporabili?.....	81
Tabela 6.33: Kako sta s partnerjem/ico razdelila starševski dopust (dopust za nego in varstvo otroka)?.....	82
Tabela 6.34: Ali ste izkoristili očetovski dopust? .....	83
Tabela 6.35: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?.....	84
Tabela 6.36: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?.....	85
Tabela 6.37: Ali imate za gospodinjsko delo organizirano pomoč?.....	87
Tabela 6.38: Športne/rekreativne dejavnosti.....	88
Tabela 6.39: Druženje s prijatelji.....	88
Tabela 6.40: Dodatno strokovno izobraževanje izven delovnega časa.....	89
Tabela 6.41: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine diplomirane medicinske sestre.....	90
Tabela 6.42: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine srednje medicinske sestre.....	91
Tabela 6.43: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine diplomirani zdravstveniki.....	92
Tabela 6.44: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine zdravstveni tehniki.....	93

Graf 4.1: Bolniške odsotnosti DMS v organizaciji X mesečno, primerjalno 2009 in 2010.....	43
Graf 4.2: Bolniške odsotnosti SMS v organizaciji X mesečno, primerjalno 2009 in 2010.....	43
Graf 4.3: Število zaposlenih SMS v letih 2008-10.....	44
Graf 4.4: Bolniške odsotnosti v organizaciji X v letu 2009, primerjalno SMS in DMS.....	45
Graf 4.5: Bolniške odsotnosti v organizaciji X v letu 2010, primerjalno SMS in DMS.....	45
Graf 4.6: Število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev, EU, 2008.....	47
Graf 6.1: Starost anketirancev .....	55
Graf 6.2: Delovna doba.....	56
Graf 6.3: Razlog izbire poklica, ki ga anketiranci opravljajo.....	57
Graf 6.4: Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?.....	58
Graf 6.5: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškimi?.....	59
Graf 6.6: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana moškimi?.....	60
Graf 6.7: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?.....	61
Graf 6.8: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana ženskam?.....	62
Graf 6.9: V koliko izmenah delate?.....	63
Graf 6.10: Kakšna je oblika vaše pogodbe (trajnost zaposlitve)?.....	65
Graf 6.11: Kakšni so vaši odnosi s sodelavci/kami?.....	66
Graf 6.12: Ali menite, da ste za svoje delo v službi primerno nagrajeni?.....	67
Graf 6.13: Ali menite, da imate v vaši službi primerne možnosti za napredovanje?.....	69
Graf 6.14: Koliko je kraj vašega bivanja oddaljen od službe?.....	70
Graf 6.15: Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja?.....	72
Graf 6.16: Ali je vaše delo stresno?.....	73
Graf 6.17: Ali je vaše delo naporno?.....	74
Graf 6.18: Kaj so po vašem mnenju glavni razlogi, da je delo stresno/naporno?.....	75
Graf 6.19: Kdo je po vašem mnenju najbolj odgovoren za stresno /naporno delo?.....	76
Graf 6.20: Kakšen je vaš zakonski stan?.....	77



Graf 6.21: V kolikor imate še mladoletne otroke, kako imate organizirano varstvo?....	79
Graf 6.22: Kaj vam predvsem pomaga, da se sprostite in dobite motivacijo za svoje delo?.....	80
Graf 6.23: Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji določa različne pravice staršev. Katere ste vi porabili?.....	81
Graf 6.24: Kako sta s partnerjem/ico razdelila starševski dopust (dopust za nego in varstvo otroka)?.....	82
Graf 6.25: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti – ženske (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?.....	84
Graf 6.26: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti– moški (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?.....	86
Graf 6.27: Ali imate za gospodinjsko delo organizirano pomoč?.....	87
Graf 6.28: Športne/rekreativne dejavnosti.....	88
Graf 6.29: Druženje s prijatelji.....	89
Graf 6.30: Dodatno strokovno izobraževanje izven delovnega časa .....	90
Graf 6.31: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine diplomirane medicinske sestre.....	91
Graf 6.32: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine srednje medicinske sestre.....	92
Graf 6.33: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine diplomirani zdravstvenik.....	93
Graf 6.34: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine zdravstveni tehniki.....	94
Slika 4.1: Strategija poklicnega zapiranja: konceptualni model.....	35

## 1 UVOD

V svoji nalogi bi želela raziskati vlogo in položaj medicinske sestre<sup>1</sup> v Sloveniji, s posebnim poudarkom na izbrani zdravstveni organizaciji. Proučila bom obremenjenost medicinskih sester s plačanim delom in sposobnost usklajevanja plačanega dela, družine in prostočasnih dejavnosti ter delitev dela v njihovih gospodinjstvih.

Svet, ki ga sestavljajo raznolike družbe, je bil skozi stoletja podvržen nenehnim gospodarskim in tehničnim spremembam v razvoju. Velik vpliv na življenje in sobivanje ljudi so imeli različni politični in kulturni dejavniki. Tehnološke spremembe so pripomogle k ustvarjanju sodobnih družb, ki so postale potrošniško usmerjene. Globalizacija je omogočila zблиževanje in zmanjševanje razdalj po vsem svetu, s tem pa povzročila večjo prožnost, hitro prilagodljivost ljudi, pa tudi tekmovalnost, primerljivost, nestrpnost in izgubo občutka varnosti. Možnost migracije narodov, razmah terorizma in nestrpnosti, kljub prizadevanjem po odpravi, še vedno obstoječe razlike med narodi, neenakosti, ki smo jim priča v vsakdanjem življenju na različnih področjih in vdori v zasebnost posameznika, povzročajo različne stresne situacije in vplivajo na razvoj nekaterih novodobnih oblik bolezni, ki v preteklosti niso zahtevale večje pozornosti.

Spremembe so stalnica v naših življenjih in zahtevajo od države, v okviru danih finančnih možnosti drugačen, nov pristop k usklajevanju dela in življenja državljanov. V družbi članic Evropske unije smo dolžni slediti in izpolnjevati standarde, ki so za države članice obvezujoče in predpisane. Slovenija je na začetku svoje poti in še razvija možnosti za usklajevanje dela in ostalih področij življenja. To pa je odvisno od več faktorjev, tako osebnih in organizacijskih kot družbenih.

Enakopravna vključenost žensk na vseh področjih delovanja danes ne predstavlja neke novosti. Le ta je tako v literaturi kot v medijih močno poudarjena. Vprašanje pa je, kaj to dejansko pomeni v realnem življenju posameznice. Neredko smo še vedno priče diskriminatornim postopkom razpisov za delovna mesta, razgovorov pred nastopom dela z vprašanji, ki posegajo v zasebnost in kljub ustrezni izobrazbi, neenakim možnostim za vključevanje žensk na trg delovne sile. Ekonomske in družbene spremembe so sicer povzročile nove načine zaposlovanja in oblike dela, kar je imelo močan vpliv in spremenilo življenje posameznika, družine in celotne družbe.

---

<sup>1</sup> S poimenovanjem »medicinska sestra« mislim tu in v nadaljevanju naloge na prisotnost obeh profilov: srednjo medicinsko sestro/zdravstvenega tehnika (srednja stopnja izobrazbe) in diplomirano medicinsko sestro/diplomirano babico/diplomiranega zdravstvenika (visoka stopnja izobrazbe). Splošne značilnosti pri umeščenosti v zdravstveni sistem so obema skupne. Kjer pride zaradi delitve dela do razlik, ju navajam ločeno, skupaj z opisom razlik.

Eksistenčni pomen dela v večini primerov še danes prevladuje, povzroča razne pritiske ter vnaša strah in nesigurnost posamezniku in družini.

Na začetku pretirano navdušenje nad novimi oblikami zaposlitve, ki naj bi prinašale večje in predvsem različne možnosti tudi na račun prilagajanja zasebnega življenja, se je kasneje izkazalo za zavajanje (Kanjuro-Mrčela 2004). Pozno moderna družba je po eni strani čedalje bolj brezosebna zaradi razvoja sodobne tehnologije in načina upravljanja, hkrati pa omogoča razvoj družbenega zavedanja, ozaveščenosti in povečanih možnosti posameznikov, da nadzorujejo svoje življenje (Pahor 2006, 8). Po besedah Giddensa je zdaj čas, ko si lahko svojo identiteto izberemo in jo tudi spreminjamo, sami pišemo svoje biografije in sami izbiramo svoje življenjske stile (v Pahor 2006, 8).

Konec 20. stoletja so napredna podjetja pričela prepoznavati pomen razvijanja družinam prijaznih politik, ker so jim le-te zagotavljale večji poslovni uspeh. Z naraščajočim vključevanjem žensk na trg dela, so se zavedli pomena vzpostavljanja dinamičnega ravnovesja med delovnim in zasebnim življenjem, ki je vodilo v večjo učinkovitost v vseh življenjskih obdobjih. Razvoj je bil veliki meri opazen in pomemben tudi v medicini, saj fizično in psihično zdravje človeka predstavlja eno najpomembnejših vrednot za vse prebivalstvo. Zdravje je pomembno za delovanje posameznikov v okviru določene družbe in za kakovostno življenje vsakega posameznika.

Celotno zdravstvo in znotraj njega razvijajoča se zdravstvena nega je posebno profesionalno področje, ki ima svoje zakone, pravilnike in kodekse, po katerih se ravna. Organizacija dela je zapletena, zahtevna in pogosto do zaposlenih neusmiljena.

Tudi zdravstvena nega je kot druge poklicne dejavnosti vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja norm in vrednot. V teoretičnem delu naloge bom predstavila družbeno-zgodovinsko umeščenost ženske/medicinske sestre skozi čas, njeno tradicionalno zdravilsko in negovalno vlogo v družini in skupnosti, ki je stara kot človeštvo in spreminjanje njene vloge v času industrializacije zdravstvenega varstva ko se je skrb za bolne prenesla v bolnišnice. V empiričnem delu pa želim raziskati kakšne so možnosti za uspešno usklajevanje poklicnih zahtev in družine ter prostočasnih dejavnosti ob najbolj neprijaznih oblikah dela, katerim se zaradi same narave dela nikakor ne da izogniti ter predstaviti kakšna je delitev dela v gospodinjstvu (delitev družinskih obveznosti) in če je menedžment v zdravstvu lahko prijazen družini in družinskemu življenju. V zdravstvu so medicinske sestre najštevilčnejša poklicna skupina in še vedno zasedajo ta delovna mesta pretežno ženske. V zadnjih letih se trend nekoliko spreminja, saj vstopa v te poklice vedno več moških.

V diplomski nalogi bom preverjala naslednje hipoteze:

1. obremenjenost žensk (medicinskih sester) z družinskimi opravili (gospodinjsko in skrbstveno delo) je večja v primerjavi z moškimi v enakem poklicu;
2. obremenjenost žensk (medicinskih sester) z družinskimi opravili (gospodinjsko in skrbstveno delo) je večja v primerjavi z njihovimi partnerji;
3. percepcija poklica ter delo v poklicu medicinske sestre / zdravstvenega tehnika se razlikuje po spolu.

Diplomsko delo je razdeljeno na sedem poglavij. Uvod je namenjen predstavitvi teme in hipotez. Sledi teoretični del naloge. V šestem poglavju naloge predstavljam rezultate raziskave in preverjam veljavnost hipotez. Temu sledi sklepno poglavje, pregled literature. V prilogi je vprašalnik na podlagi katerega sem pridobila podatke v organizaciji X.

## 2 DRUŽBENO-ZGODOVINSKA UMEŠČENOST PREUČEVANE PROBLEMATIKE

Gerda Lerner (v Šelih 2007, 15) trdi, »da je imela selektivna zgodovina moških, ki so zapisovali in razlagali človeško zgodovino, na zgodovino ženske uničujoč vpliv. Ženske so (namreč) živele vedno in povsod in predstavljale vsaj polovico človeštva«.

Simone de Beauvoir pravi, da moramo odkriti in spoznati tudi žensko zgodovino kot zgodovino druge polovice človeštva in drugega spola, če želimo spoznati res vso zgodovino (v Šelih 2007, 15).

Proces osvobajanja žensk in spreminjanja odnosov med spoloma sega daleč nazaj v zgodovino. Priča smo trdemu in globoko zasidranemu mnenju o podrejenosti, manjvrednosti in nesposobnosti ženske v primerjavi z moškim, ne glede na državo in politično usmerjenost. Za edino »normalno in moralno« je veljala njena reproduktivna vloga in skrb za otroke ter gospodinjstvo. Podrejen položaj ženske so utrjevale tako različne ideologije kot tudi pravne norme in pravila določenega obdobja. Joganova (1986,10) opozarja na nekatera izrazito patriarhalna pojmovanja o podrejenosti žensk in način opravičevanja le-teh. V antiki so primerjali vrednost »enega moškega s tisoč ženskami«. Krščanski filozof Tomaž Akvinski (razvijal je sholastično smer filozofije), je primerjal žensko »s plevelom in nepopolnim bitjem«, v židovski jutranji molitvi pa se je moški »zahvaljeval, da ni prišel na svet kot ženska«. Francoski družboslovec P.J. Proudhon, je razmišljal, da »bi izobraževanje žensk vodilo v pravni propad in splošno demoralizacijo«, po mnenju nemškega filozofa G. Hegla pa so »ženske partikularna, čustvena in nepopolna bitja, mož pa univerzalen«. V času francoske revolucije so znana gesla »bratstvo, enakost in svoboda« veljala za moške. Ženske, ki so upale glasno izražati svojo željo po pridobitvi enakopravnosti v družbi, so bile zatirane in celo kaznovane. S pojavom in vztrajnim večanjem moči revolucionarnega delavskega gibanja, pa so se le začeli premiki v razmišljanju in predvsem dolgotrajen boj za dosego enakopravnega položaja žensk. Uradno dosežena pravna izenačitev spolov se je zgodila v času oktobrske revolucije (leta 1917). To je bila zgolj podlaga za postopno uvajanje sprememb, miselnosti in dejanskih aktivnosti na tem področju. In kot je Lenin v članku »Delavkam« leta 1920 zapisal, da »enakost pred postavo še ni enakost v življenju«, je s tem jasno nakazal, da bo vpeljevanje sprememb dolgotrajen postopek, kar se je kasneje izkazalo še kako resnično. Kljub odpravljanju strogih patriarhalnih norm in uvajanju pravic žensk glede socialne varnosti, enakega plačila za opravljeno delo, enakih

možnosti za zaposlovanje in izboljševanje položaja v družbi, je (po)ostala diskriminacija žensk vsakdanji pojav, tako v bolj razvitih industrijskih kapitalističnih družbah kot deželah v razvoju. Pri prvih so se nove oblike diskriminacije kazale predvsem v neenakem plačilu za opravljeno delo in v neenakopravnosti pri prevzemanju vidnejših in pomembnejših delovnih mest. Odgovornejše (gospodarstvo) in vplivnejše (politika, mediji) naloge so bile domena »moškega sveta« kar je bilo zelo težko izkoreniniti. Doprinos k odpravi neskladij je bilo sprejetje direktive ministrskega sveta leta 1976, s strani držav članic Evropske gospodarske skupnosti, glede odprave diskriminacije žensk na področju zaposlovanja in izobraževanja. Žal pa je bilo v vsakdanjem življenju kršenje direktive prej pravilo kot izjema. Še hujše kršitve in nespoštovanja enakopravnosti žensk lahko zasledimo v manj razvitih družbah. Še danes namreč pojmujejo žensko za manjvredno, izvajajo razne oblike kaznovanja za »domnevno storjene kršitve« in še vedno obstajajo načini pohabljanja telesa, ki so v skladu z neko tradicijo in verovanjem posamezne družbe.

V vrtincu sprememb, ki so se vrstile skozi različna zgodovinska obdobja, je pogosto omenjena industrijska revolucija v drugi polovici 18. stoletja povzročila tako geografsko kot tudi družbeno mobilnost. Petdeseta in šestdeseta leta 20. stoletja so zabeležila hitro gospodarsko rast in obnovo, sledili so jim različni in mnogim lažje dostopni izobraževalni programi. Vse to je botrovalo izboljšanju življenjskih pogojev. Ljudje so dobili priložnost za sprostitev iz tradicionalnih razrednih vezi in možnost za oblikovanje svojih lastnih življenjskih poti. Po besedah Ulricha Becka (2001, 114) so se nove materialne in časovne možnosti razvoja srečale s skušnjavami množične potrošnje in zabrisale konture tradicionalnih življenjskih form in družbenih okolij.

Večja zaposljivost žensk in njihovo aktivno vključevanje na trg delovne sile, ki je občutni razmah dobila ravno v času industrijske družbe ter se kasneje le še stopnjevala, je močno vplivala na življenje družine. Ulrich Beck (2001, 115) meni, da so ženske tako v dobršni meri odložile hibridni status »plačane pomočnice« in se, v navezavi na zakon, z meznim delom tako rekoč »osamosvojile«. Doprinos finančnih sredstev zaposlene žene v skupno družinsko blagajno ni imel le materialne vrednosti kot take, temveč mnogo več – imel je tudi družbeno in simbolno vrednost, saj so se s tem spremenila razmerja moči v zakonu in družini. Večja dostopnost do izobraževanja je ženskam omogočila dodatno možnost enakopravnega vključevanja na trg dela. S sistematičnim pristopom k odpravi nepismenosti je naraščala stopnja izobraženosti prebivalstva, s tem pa se je povečal tudi odstotek v prid ženskemu delu populacije. »Izobraževalna ekspanzija je bila v svojem bistvu tudi izobraževalna ekspanzija za ženske« (Beck 2001,

117). A izobrazba sama po sebi ni dovolj, je le dobra osnova, na kateri lahko posameznik v okviru ciljev in načrtov varno oblikuje svoje življenje. Pri tem pa potrebuje urejeno in spremembam naklonjeno družbeno ureditev. Družba, ki podpira podrejenost ženske in spodbuja miselnost, da mora biti poslušna in ekonomsko odvisna od moškega ter jo nenehno »vidi le kot mati in gospodinjo«, kar naj bi bila njena prvenstvena vloga, ne pripomore k odpravljanju neenakopravnosti med spoloma in le dodatno otežuje položaj ženske.

Ženska emancipacija je zgodovina postopnega priznavanja ženskih pravic in odgovornosti, ki so prej pripadale izključno moškim. Pravica do izobrazbe, volilna pravica, pravica do opravljanja strokovnega dela, pravica do legalne ohranitve osebne identitete v zakonu in še številne druge so bile izključno moški privilegij, ki so jih moški drugega za drugim podeljevali ženskam med njihovim dolgim in nenehnim bojem za enakopravnost spolov (Oakley, 2000).

Na začetku 21. stoletja lahko z gotovostjo trdimo, da kljub napredku in prizadevanjem, boj za enakopravnost še ni zaključen in da kršitve še vedno niso odpravljene. S sprejemanjem odgovornih delovnih mest, aktivnim soustvarjanjem v politiki, v izobraževanju, medicini, tehničnih strokah in drugih dejavnostih, ki so dolgo veljale za nedosegljive, ženske vsakodnevno dokazujejo svoje sposobnosti. A problem, ki ostaja, je ravno potreba po stalnem dokazovanju.

V zdravstveni negi, ki danes predstavlja pomemben del zdravstva, je zaradi narave dela odstotek žensk bistveno večji, precej pa se je spremenila tudi struktura v zdravniških vrstah. Zdravniški poklic je tradicionalno in relativno dolgo veljal izključno za moški poklic, medtem ko so skrb za bolne in pomoči potrebne člane družbe prepuščali (skoraj) izključno ženskim predstavnicam. A kot pravi Ulrich Beck (2001, 154):

*»osvoboditev iz »stanovskih« dodelitev spolnih vlog nikoli ne zadeva samo ene strani – ženske. Napreduje lahko le toliko, kolikor tudi moški spremenijo svoje lastno razumevanje in vedenje. To ni razvidno samo pri na novo postavljenih zaporah do sistema zaposlovanja, temveč tudi vzdolž druge osi tradicionalnega »ženskega dela«: vsakdanje delo, delo z otroki, delo v družini«.*

Medgeneracijske primerjave vloge ženske v družbi sicer prikazujejo napredek v smislu pridobivanja ekonomske samostojnosti in neodvisnosti in z možnostjo izobraževanja tudi boljše možnosti na področju zaposlovanja, hkrati pa trčijo ob interes partnerstva in materinstva. Za uspešno usklajevanje vseh področij je v današnjem hitrem tempu življenja potrebno imeti dobro organizirano družbo s posluhom za novodobne probleme zaposlenih žensk in mater, ki z ustreznimi pravnimi ukrepi in normativi določa temelje

na katerih menedžerji podjetij s prijaznimi oblikami dela omogočajo in spodbujajo ženske, da ostanejo aktivne tudi po pridobitvi družine in razvijajo svoje kariere.

## ***2.1 Razvoj zdravstva in vloga žensk***

Medicina je po mnenju zgodovinarjev in raziskovalcev stara kot je staro človeštvo in se je sočasno s človeštvom tudi razvijala. Iz literature lahko zasledimo, da so bili pri primitivnih ljudstvih začetki zdravilstva povezani z instinktom. Z opazovanjem nagonских dejanj živalskega sveta so se oblikovale prve primitivne metode zdravljenja. Za takratno človekovo dožemanje je bil nastanek nekega notranjega obolenja prava skrivnost. Iz nerazumevanja določenega pojava so se zatekali k veri, demonstvu<sup>2</sup> (izvor in pomen simbola kače v medicini) ali obravnavali pojave kot delovanje zlega duha. Zunanjo, vidno poškodbo pa so znali razložiti in jo tudi oskrbeti. Ljudje so do bolezni gojili prav poseben odnos. Gradili so templje ali svetišča, molili k bogovom, da bi jim odpustili grehe in jih obvarovali bolezni. Svečeniki-zdravniki so imeli sugestivno moč.

Tako se je oblikoval zdravniški stan, ki ga je zastopal le moški del prebivalstva. Imeli so jih za čarodeje, vrače ali šamane<sup>3</sup> in jim pripisovali uporabo skrivnostnih načinov zdravljenja.

A uporabljali so tudi zdravilna sredstva in metode iz zakladnice primitivne ljudske medicine. Sčasoma in z razvojem miselnosti, je človek dojel, da so nekatere bolezni zunanega izvora. Pridobival je izkušnje s področja zunanjih poškodb in kirurške oskrbe in bogate izkušnje prenesel na področje notranjih bolezni.

Spoznal je učinke strupa na telo in posledice zastrupitve, kar je kasneje s pridom izkoristil v namene zavestnega varovanja predstrupi. »Spoznal in naučil se je izkoriščati učinke svetlobe, toplote, mraza, emanacijo moči in sile, dobrote in lepote ter zdravja, kakor tudi emanacijo slabosti in hudobije ter sovraštva in bolezni« (Borisov 1985).

---

<sup>2</sup> O podobi in vlogi kače - simbola v medicini: demoni preročišč so nastopali v podobi kače, da bi se poudarila njihova zveza s podzemljem. Kača, ki je sprva simbolizirala moč prerokovanja, je sčasoma postajala simbol zdravja. Askleprij, bog zdravilstva, je bil sprva demonski prerok v podobi kače. Postopoma, ko je izgubljal svečeniški značaj prerokovanja, se je krepila njegova sposobnost zdravljenja, kača pa je simbolizirala boga zdravja. Asklepijeva kača je tako simbol moči, mladosti in zdravja, ki se nenehno obnavlja. Kača pomeni tudi Asklepijevo tesno zvezo z zemljo, ki daje svoje zdravilne sokove rastlinam, zdravilnim vrelcem in rudninam kakor tudi vse skrivnosti svojega podzemlja (Borisov 1985, 58).

<sup>3</sup> Šaman: ključna osebnost v razmerju med človeškim in nadnaravnim, večinoma moški; ne glede na naslov, vlogo ali položaj v družbi opravlja svoje naloge na podlagi obširne vednosti, pridobljene z uvajanjem, učenjem, usposabljanjem, vajo in delovanjem, hkrati pa mora obvladati postopke za prehod v zamaknjenost, sanjanje in videnje, kajti skoznje obiskuje tuje svetove in pridobiva pomoč tamkajšnjih nadnaravnih prebivalcev; opravlja službo, ki je prežeta z obrednostjo in zahteva združevanje obsežnega kozmološkega znanja s telesno napornim načinom življenja, večše prepoznavanje bolezni z zdravilskimi postopki (Partridge 2009, 118).



Razvoj zdravstva je skozi tisočletja neverjetno napredoval, čemur so botrovali razvoj kulture, proizvodjalnih sredstev in umski razvoj družbe. Zanimivo je razmišljanje Borisova (1985), ki vidi jasno vlogo ženske že v obdobju paleolitika. V tem času je imelo takratno primitivno ljudstvo izredno bogate izkušnje in veliko znanja o zdravilnih zeliščih, ki si jih je pridobilo z nabiranjem in poskušanjem. Ženske tega obdobja so bile domnevno prve zeliščarice, ki so zbirale gozdne plodove, zelišča, druge trave in jih pripravljale ne le kot hrano, ampak tudi kot zdravilo. Avtor domneva, da je bil ženski spol prvi, ki se je začel sistematično in pozneje tudi poklicno ukvarjati z zdravilstvom, predvsem s porodništvom, pediatričnimi in internističnimi primeri. Ženske so se že v prastarih časih povečini ukvarjale s porodno pomočjo – to dejstvo po avtorjevem mnenju izvira iz nagona. Tiste, ki so same rodile, so lahko občutile ženske težave bolj kot moški in lažje pomagale s svojimi izkušnjami. Na tem področju je ženska pomoč temeljila na tradiciji in medgeneracijskem prenosu izkušenj. Ženskam so v tem obdobju priznavali in dovoljevali tudi drugo delovanje izven porodniške stroke in sicer so bile to ženske z določenimi »magično-čarovniškimi« lastnostmi. Zanimivo pa je, da tolikšnega spoštovanja kot vrači moškega spola nikoli niso bile deležne. Šele v poznejših obdobjih se je zdravljenje kot poklica oprijel moški spol, ki je nato dolgo zavračal ženske v svojih vrstah. Njihovo vlogo je videl le kot pomoč zdravniku in / ali v negi in skrbi za obolelega.

Na razsulu praskupnosti se je izoblikovala nova in višja družbena ureditev, suznjelastniška. Iz proizvodjalnega in kulturnega vidika je bila naprednejša, s socialnega vidika pa je ustvarila velika nasprotja, socialne razlike, razslojevanje in nehumanost. Bilo je obdobje, ki je omogočalo na eni strani življenje svobodnjakom, med katerimi ni bilo predstavnic ženskega spola, z vsemi družbenimi, političnimi in lastniškimi pravicami ter suznji na drugi strani, brez vsakršnih pravic in dostojanstva. Tudi v tem obdobju je ljudska medicina temeljila na vraževerju. Novi družbeni red je narekoval delitev dela kar je spodbudilo razvoj rokodelske stroke in omogočilo pojav strokovnjakov–obrtnikov, v zdravstvu pa strokovnjakov–zdravnikov. Le-ti so ljubosumno varovali svoje skrivnosti, tudi zdravljenje. Določena dela, ki so jih opravljali, pa so bila zaupana le posameznim izbrancem. Na medicinsko miselnost je imela velik vpliv vera. Ohranjena medicinska dokumentacija v obliki papirusov, ilovnatih ploščic, okraskov in nabožnih predmetov priča o dejstvu, da so se z zdravljenjem ukvarjali le svečeniki v okviru posamezne dežele, od katerih je vsaka imela svoje posebnosti. V zgodovini obstajajo zapisi, arheološke izkopanine, spomeniki in klinopisi Babilonske države. Nesporno je, da je kultura starega Egipta pustila globoko

sled v svetovnem merilu. Tudi v razvoju medicine so bili doseženi pomembni uspehi. Viri za študij razvoja egipčanskega zdravstva so med drugim piramide, ostanki templjev, kiparstvo, sarkofagi, mumije in papirusi z medicinsko vsebino. Svoj pomen k razvoju medicine so pridale tudi staroindijska medicina, ki je temeljila na veri in higienski problematiki. Na staro kitajsko medicino je imela močan vpliv filozofija z razlago, da sta zdravje in življenje podobno kot vesolje, odvisna od dveh nasprotujočih si sil: *aktivne ali pozitivne moške sile* (jang) in od *pasivne ali negativne ženske sile* (jin). Jang je simbol svetlobe, moči in toplote, medtem ko je jin simbol teme, slabosti in mraza.

Grška kultura, ki je od vseh arhaičnih kultur dosegla najvišjo razvojno stopnjo, je temelj tudi današnji kulturi. Tudi grška medicina je sledila visokemu razvoju kulture. In tako kot tudi filozofija v tem obdobju, za vse stvari iskala vzroke in primarno razlago. Naravoslovna filozofija je imela izreden vpliv na razvoj materialističnega nauka o boleznih. Pomembna razlika od drugih, sicer tudi razvitih kultur je bila, da medicina v Grčiji ni bila nikdar tako odvisna od verskih predstav in svečeniške kaste, kot to lahko zasledimo v Egiptu, Babilonu in podobno razvitih deželah. Grki so imeli medicinske šole, izoblikovala se je stanovska etika (Hipokratova prisega<sup>4</sup>).

Zdravniška služba je bila dobro urejena in v tem obdobju ob zdravniku (moškem) že zasledimo porodne pomočnice (ženske).

Prva evropska laična medicinska šola v današnjem pomenu je bila ustanovljena v Italiji sredi 9. stoletja, v Salernu. O začetkih šolske organizacije je po besedah Borisova (1985, 102) malo znanega. Pravi pomen je šola dobila šele po 10. stoletju, razcvet pa doživela v 12. stoletju. To prvo in najmočnejše srednjeveško pedagoško središče je bilo za razvoj evropske medicine izrednega pomena ne le zaradi čiste znanosti, ki jo je gojilo, temveč tudi zaradi njene emancipacije. Po zapisih sodeč so v Salernu študirale, poučevale in delovale tudi zdravnice. Njihovi področji delovanja sta bili porodništvo in ginekologija. Po mnenju Borisova (1985) so si ženske v srednjeveških časih, sicer polnih predsodkov, nekako najlažje utrle dostop k porodni postelji.

Propad srednjega in pričetek novega veka je za tedanjo družbo pomenil čas velikih sprememb in preobratov tako na družbenem, socialnem in duhovnem, kot tudi na političnem in kulturnem področju. Medicina je bila postavljena pred nove izzive in naloge.

---

<sup>4</sup> Hipokratova prisega: Hipokrat z otoka Kosa v Grčiji, 460 – 377 pr.n.št.

Pospešen razvoj tehnologije in proizvodnje, odkritje novih svetov, vojne in migracije narodov so Evropo presenetile z novimi in še neznanimi boleznimi.

Vzporedno z napredkom so se krepili nemiri s ciljem spremeniti družbeni red. »Tako je v boju s fevdalizmom zmagal močan in čil meščanski stan. Svetovni nazor tega mladega razreda, kot so ga pozneje poimenovali sociologi, tretji razred, je težil k napredku in socialni pravičnosti, medtem ko sta bili za nastajajočo aristokracijo pomembni le še mistika in idealizem« (Borisov 1985, 132).

Medicina je pospešeno odkrivala nova področja na temeljih starih izkušenj in na pridobitvah iz prejšnjih zgodovinskih obdobj. Zdravniki so bili vsestransko izobraženi, napredni znanstveniki, jezikoslovci (obvladali so klasične jezike), imeli pa so tudi znanja iz matematike, fizike in astronomije. Ukvarjali so se z botaniko in alkimijo, kar jim je omogočalo pripravo zdravil. Velika imena kot Vesalius, Paracelzus in drugi, so pustili velik pečat pri razvoju medicinske znanosti. Iz zgodovinskih zapisov lahko zasledimo zanimivost, da so od 16. stoletja dalje lahko sodelovali pri porodih tudi moški in da se je ugotovila potreba po strokovnem izobraževanju žensk – babic, ki so bile do tedaj samouki, prepuščene svojim izkušnjam. Tiskati so pričeli prvi babiški učbenik z namenom, da se dvigne raven znanja. V tistem obdobju izstopa s priznanim in za tisti čas izjemnim teoretičnim in praktičnim znanjem Louise Bourgeois, pariška babica francoske kraljice Marije Medičejske. Napisala je knjigo z opisom normalnega poteka poroda in nekaterimi ginekološkimi obolenji. Knjigo so kasneje prevedli in postala je najbolj iskan evropski babiški učbenik. Tudi pri nas so bile babice v tem obdobju slabo in pomanjkljivo izobražene, tako na deželi, kot tudi v mestih. Učbeniki so bili zelo pomembni. V zapisih o stanju porodništva pri nas, o katerem je pisal Anton Makovic<sup>5</sup>, je na tem področju zaslediti močan vpliv vraževernosti in mistike.

Ne glede na hiter razvoj medicinskih znanosti in potrebe po izobraževanju, so od zdravstvenega osebja na slovenskem ozemlju v 18. stoletju prevladovali ranocelniki, kirurgi, padarji in babice. Fakultetno izobraženi zdravniki so bili redki. V takratnih bolnišnicah so delovali moški (bratje) in ženske (strežnice). Pomembno vlogo v razvoju zdravstva na slovenskih tleh je imela ustanovitev Academiae operosorum<sup>6</sup> v Ljubljani, z medicinsko sekcijo, ki jo je vodil zdravnik Marko Gerbec.

---

<sup>5</sup> Anton Makovic (1750 – 1803): ranocelnik, porodničar in prvi predavatelj medicinske stroke na slovenskem.

<sup>6</sup> Academia operosorum Labacensium: prva ljubljanska znanstvena akademija, ustanovljena leta 1693.

Leta 1753 je bila v Ljubljani ustanovljena babiška šola in nekaj let kasneje tudi »kirurški ponavljalni tečajji«. Tečajji so bili uzakonjeni in so jih morali obiskovati vsi ranocelniški vajenci, pomočniki in babice. Pomembni so bili zlasti za to, ker so bili uzakonjeni v času, ko se ženske še niso smele izobraževati in samostojno delovati! Zanimivo je tudi dejstvo, da so na področju porodništva dlje časa glavno vlogo obdržale babice in so se zdravniki le postopoma vključevali. Stroka se je namreč dolgo borila s predsodki (v tem primeru moškimi) glede primernosti moškega pri ugotavljanju nosečnosti in za delo v porodništvu.

Medicina je v 18. stoletju doživela pester razvoj, prevladal je duh razsvetljenstva in racionalizma. Oblikovale so se nove reforme in spreminjala se je tudi družba na vseh področjih političnem, gospodarskem, socialnem in kulturnem. Kljub vsem reformam in večji naklonjenosti zdravniškemu stanu in izobrazbi, pa je bila pot do enakopravnosti med moškim in žensko v medicini dolgotrajna. Prva ženska, ki je končala študij medicine, je bila Nemka Dorothea Cristina Erxleben. Elizabeth Blackwell iz Združenih držav Amerike pa je bila prva ženska, ki je leta 1849 opravila doktorat iz medicine. V naših krajih so bile prve zdravnice promovirane šele v začetku 20. stoletja. V državah z urejeno zdravstveno službo se je pripustitev žensk v zdravniški stan razvijala različno hitro.

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je bil ženskam dovoljen vpis na medicinske fakultete v Angliji, Švedski, Nizozemski, Rusiji in Švici. V nemško govorečih deželah pa se je to zgodilo sorazmerno pozno. Oblasti so šele leta 1899 dopustile, da smejo ženske opravljati medicinske in farmacevtske državne izpite, toda pod določenimi pogoji in z določenimi omejitvami. Na univerzitetnih klinikah so smele ženske le hospitirati, za kar so potrebovale posebno dovoljenje od ministra za kulturo. Če so hotele poslušati predavanja, so potrebovale dovoljenje rektorja in za udeležbo pri vajah, privolitev profesorja. Prve študentke medicine na univerzah v Fraiburgu in Heidelbergu so se smele vpisati šele v zimskem semestru leta 1900/1901 (Borisov 1985).

Zgodovina prehoda iz predmoderne v moderno prakso v medicini je po mnenju Witzove (1992, 75) tudi zgodovina restrukturiranja spolne delitve, saj so bile ženskam odvzete določene kompetence (primer v Veliki Britaniji sredi 19. stoletja, ko je diagnosticiranje in zdravljenje postal izključno moški privilegij, ženske skupine babic pa so izključili).

Prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji je bila Angela Boškin<sup>7</sup>, ki je v času od prve zaposlitve leta 1919 in do upokojitve leta 1944 svoje življenje posvetila boju za izboljšanje zdravstvene in socialne dobrobiti prebivalstva, zlasti mater in otrok. S svojim delom in zgledom je po besedah Jarnovičeve »začela oblikovati lik in uveljavljati poklic medicinske sestre na Slovenskem, ko še ni bil poznan, niti priznan« (v Šelih 2007, 202).

18. in 19. stoletje je bilo obdobje, ko se je postopno izoblikoval sodobni svet. Francoska meščanska revolucija je povzročila propad fevdalizma. Razvijala se je moderna industrija in dosegla vrh z dosledno odpravo cechovskih ustanov. Velemesta so svoj obseg podvojila ali celo potrojila in v zvezi s tem so se pojavili novi problemi. Zgodovinski zapisi pričajo o številnih migracijah iz podeželja v mestna središča, ki na tako velik priliv prebivalstva niso bila pripravljena. Težave so se pokazale predvsem v neurejenih bivalnih razmerah prebivalstva in povečanih zdravstvenih problemih, saj ni bilo urejene kanalizacije in vodovodnega omrežja. Pojavilo se je izkoriščanje cenene delovne sile. Očitne krivice so se godile ženskam in otrokom, takrat nevredni, slabo plačani populaciji. V primerjavi z moškimi so delo opravljali za polovično plačilo, kar je bilo za tisti čas samoumevno.

Po mnenju Pahorjeve imata sociologija in medicina skupna izhodišča v obravnavi posledic industrializacije v 19. stoletju, zlasti za zdravje mestnega prebivalstva v zahodni Evropi. Kasnejši razvoj je obe veji ločil. Medicina, ki je bazirala na naravoslovnih vedah, se je usmerjala v bolezen kot biološki in individualni pojav. Sociologija pa je v obravnavi zdravja in bolezni oblikovala dva tipa odnosov do teh problemov. Po opisu Pahorjeve (1999, 1014) je prvi bolj izrazit v ameriški sociologiji, to je »sociologija v medicini«, kjer gre predvsem za uporabo socioloških ugotovitev in pristopov ter metodologije v okviru in za potrebe procesa zdravljenja-za instrumentalno uporabo sociologije. Razvijali so jo sociologi, zaposleni v institucijah zdravstvenega varstva. Drugo smer pa imenuje »sociologija medicine« ali »sociologija zdravstva«. Ta pristop, ki se je praviloma razvijal izven zdravstvenih ustanov, zanimata zdravje in zdravstvo kot družbeni dejstvi, njihovi vzroki, značilnosti in posledice (Pahor 1999, 1015).

---

<sup>7</sup> Angela Boškin (1885-1977): rojena v Pevmi pri Gorici; šolala in delovala je sprva na Dunaju, po razpadu Avstro-Ogrske se je vrnila v tedaj novoustanovljeno državo Kraljevino SHS. Kot prva izučena »skrbstvena sestra« je pričela delo v delavskem centru na Jesenicah, kasneje nadaljevala v Ljubljani z nalogo, da uredi otroško zavetišče. Iz Ljubljane je odšla v Škofjo Loko in delovala v protituberkolozni službi. Bila je odločna, borbena ženska in zavedna Slovenka, močno zavzeta za pravice žensk (Šelih 2007).

Zdravje prebivalstva predstavlja eno najpomembnejših vrednot. Visoko pomembnost zdravju pripisujejo pripadniki različnih starostnih in izobrazbenih struktur saj vpliva na kakovost življenja posameznika in njegovo funkcioniranje v družbi. Dostopnost do informacij ter pravice, ki jih uporabnikom zdravstvenega sistema zagotavlja zakonodaja, omogoča kritičen pogled na sam sistem zdravstvenega varstva. Zaposlenim v zdravstvu nalaga nove pristope v načinu delovanja, izboljševanja komunikacije in dostopnosti, vpliva pa tudi na medosebne odnose in medsebojna razmerja. To področje je v luči hitrih in velikih novodobnih sprememb postala zanimiva raziskovalna tema za sociologijo. Tako kot je pomemben postopek zdravljenja, na sam izid zdravljenja posredno vplivajo tudi kakovostna zdravstvena oskrba, znotraj katere imajo vidno vlogo medosebni odnosi zaposlenih, način komuniciranja, spoštovanje in priznavanje slehernega v širšem zdravstvenem timu.

Poklicni skupini, medicinske sestre in zdravniki, predstavljata dve najmočnejši skupini na področju zdravstva, a sami po sebi ne predstavljata pomembnejšega področja raziskovanja v okviru sociologije. Tematiko v socioloških študijah zasledimo v smislu proučevanja profesij in znotraj njih boja za položaj in moč (Witz v Vrbovšek 2006, 9).

## ***1.2 Medicinske sestre med preteklostjo in sedanjostjo***

Vlogo žensk v intuitivni-empirični dobi ter dobi organiziranega proučevanja na poklic sem opisala v poglavju »ženske v zdravstvu«. V dobi modernega sestrinstva (od 1860 do 1945) pa so se za zdravstveno nego postavili temelji, na katerih se je kasneje razvil poklic.

Zdravstveno nego kot plačano dejavnost, lahko povežemo z nastankom bolnišnic kot osrednjih institucij zdravstvenega varstva. Prve bolnišnice kot državne ustanove so se organizirale v katoliški Franciji leta 1789. Po buržoazni revoluciji so razpustili tedanje verske redove, v katerih so za bolne skrbeli menihi in redovnice. Njihovo delovanje je bilo usmerjeno predvsem na duhovno področje, manj pa na telesne potrebe bolnikov. Priliv bolnikov v takratne bolnišnice je bil velik, za zdravnike pa je kurativa postala osrednja dejavnost. Od opazovanja in blaženja bolezni, so prešli na njeno identifikacijo in zdravljenje (Pahor 2006, 21). Za doseganje večje učinkovitosti pri delu z bolniki, so potrebovali pomoč v smislu zanesljivega opazovalca, ki bi bil stalno prisoten pri bolniku. Eden od pomembnih razlogov za nastanek organizirane zdravstvene nege v bolnišnicah je bila torej potreba zdravnikov po določeni kategoriji pomožnih delavcev

(Pahor 2006, 22). V tem obdobju, ko je bila plačana zaposlitev žensk nesprejemljiva, je Florence Nightingale (1820-1910), izobražena in vplivna pripadnica angleškega zgornjega razreda, postavila zdravstveni negi temelje, na katerih se je stroka lahko razvijala. Takratno dejavnost in organiziranost »negovalk« v bolnišnicah lahko primerjamo s tipom patriarhalne družine, kjer je bil oče gospodar vse družine, mati hišna gospodinja, v bolnišnici pa je zdravnik vodja vse dejavnosti in negovalke pomožno osebje, ki je izvajalo njegove naloge. Po besedah Pahorjeve (2006, 22), je bila to za ženske, ki so pripadale srednjemu razredu, ena redkih priložnosti osamosvojitve iz patriarhalne družine. Svoje dolžnosti do družine so te ženske razširile na bolnike, svoje dolžnosti do družinskega poglavarja na zdravnike, svoje dolžnosti do služinčadi pa na pomožno osebje v bolnišnici (Pahor 2006, 22). In ravno ob tej priložnosti za osamosvojitve so ženske prehitro sprejele in osvojile določena dejstva in vedenjske oblike, kar je imelo nepredvidljive posledice za uveljavitev in priznanje bodočih medicinskih sester. Taka podrejenost medicinskih sester, s poudarjeno uslužnostjo in poslušnostjo ter odvisnostjo od zdravnika, se je namreč globoko zakoreninila v zavest ljudi in postala samoumevna. Popolna podrejenost zdravniku, predpisana delovna uniforma, kolektivno življenje v delovnem in prostem času, upoštevanje spolne morale, ki je veljala za 19. stoletje in »dovoljevala« pripadnicam poklica dotikanje zgolj »spodobnih« delov telesa, stroga disciplina, ki je bila kombinacija verskih in vojaških načel, je bila del strategije Naghtingalove za doseg cilja o podrejenosti zdravstvene nege navzven (zdravnikom) in ohranjanju samostojnosti navznoter (lastna notranja poklicna hierarhija) (Dingwall v Pahor 2006, 23). Vpliv in delovanje Naghtingalove je prav gotovo močno zaznamovalo obdobje modernega sestrinstva v svetovnem merilu. Njeno zavzemanje za stroko je bilo neprecenljivo (Korenčan 2009, 14). Ustanovitev prve civilne šole za medicinske sestre v Londonu, zapisi študijskih programov, zahteva po izobraževanju za strokovno delo, uveljavitev sestrskega dela kot plačanega poklica, sodelovanje pri oblikovanju priporočil in nasvetov pri ustanavljanju mednarodne humanitarne organizacije Rdeči križ in raziskovalnih študijah (bila je med prvimi zdravstvenimi statistiki in raziskovalci v svetu), je le nekaj velikih uspehov iz njenega življenja. Kljub naprednosti, ki jo je pokazala, pa nas pušča v dvomih njeno razmišljanje in utemeljevanje odklanjanja formalnega izobraževanja, preverjanja znanja medicinskih sester ter vztrajanja pri zgolj bolnišničnem usposabljanju. Opažamo namreč zagovarjanje razmejevanja spolnih vlog in skozi to tudi večji poudarek na vlogi moškega. V sporih, ki so nastajali med medicinskimi sestrami (izhajale so iz višjega in srednjega razreda) in zdravniki, je poudarjala komplementarnost obeh dejavnosti z

besedami: »Če ženske niso za medicino, potem moški niso za nego in skrb. Moški in ženske so različni, ne morejo biti merjeni z enakimi kriteriji. Moški so cenjeni zaradi svojih sposobnosti, ženske zaradi svojih vrlin« (Dingwall v Pahor 2006, 23). Iz sociološkega vidika gledano, to ni bilo razmišljanje, ki bi medicinske sestre pripeljalo iz podrejenosti in jim podelilo aktivno vlogo v procesu zdravljenja bolnikov. Stroga disciplina, nizka usposobljenost, nesamostojnost in negotovost so tako vedno zahtevale avtoritativno vodenje.

Pri primerjavi zdravstvene nege in medicine znotraj zdravstvene profesije, se z vidika spolne delitve, zdravstveno nego dojema kot žensko, medicino pa kot moško profesijo. A tudi znotraj same medicine je bilo močno izraženo odklanjanje in zapostavljanje ženskega spola. Diskriminacijo in žalitve s strani moških so doživljale tudi študentke medicine, bodoče zdravnice. Riska in Wegar (v Vrbovšek 2006, 28) pravita, da so pri proučevanju medicinske profesije do zgodnjih 70. let 20. stoletja tudi sociologi zanemarjali obstoj zdravnic. V klasičnih socioloških delih so študente medicine in zdravnike videli izključno kot moške. Zgodbe o boju in vztrajnosti žensk, da so lahko zaključile študij medicine je Witzova (1992) opisala v svojem delu in ugotovila, da so bili glavni položaji patriarhalne moči locirani v civilnih institucijah, na univerzah in združenjih s podporo države.



### **3 DRUŽBENO VREDNOTENJE DRUŽINE IN VLOGA ŽENSKE V DRUŽINI**

Družino dojema vsak posameznik na svoj način, čeprav jo na splošno obravnavamo kot osnovno enoto človeške družbe in skozi to definicijo kot univerzalno družbeno institucijo. Definicij o družini je veliko. Med seboj se razlikujejo glede na čas v katerem so nastale in glede na vrednote, norme in splošne poglede avtorja, ki jih navaja. Sodobna statistična stroka daje sicer prednost definiranju družine, ki je uporabna za popisne, populacijsko statistične namene (priporoča tudi Ekonomska komisija Združenih narodov za Evropo) in družino definira v ožjem smislu kot jedrno družino, dve osebi ali več oseb, ki živijo v skupnem gospodinjstvu in so med seboj povezane z zakonsko zvezo, kohabitacijo ali starševskim razmerjem (Rener 2006, 15). Statistična in sociološka stroka razlikujeta med družino in gospodinjstvom. Medtem ko je za sociološke raziskave gospodinjstvo v primerjavi z družino manj pomembno, pa za demografska in statistična raziskovanja ostaja pomembna enota analize (Rener 2006, 19). Sociološka definicija, v primerjavi s statistično (Nowotny, Fux, Pinnelli v Rener 2006, 16) kot konstitutivni element družine opredeljuje starševsko razmerje za socialno razmerje, ki družino definira kot skupino oseb, ki živijo v skupnem gospodinjstvu in jo sestavlja vsaj en otrok in vsaj ena odrasla oseba, med seboj so lahko povezani z zakonsko zvezo, kohabitacijo in starševskim razmerjem. Ker je socioloških definicij družine veliko, med seboj pa se tudi razlikujejo, so imeli strokovnjaki posebne delovne skupine pri Organizaciji združenih narodov (OZN) težko delo pri oblikovanju enotne definicije, ki bi bila dovolj široka in sprejemljiva za različne družbe in kulture ter ne bi vsebovala diskriminatornih načel. Tako družino po OZN predstavljajo vsaj en (odrasel) človek ali skupina ljudi, ki skrbijo za otroka/e in je kot taka (torej kot družina) prepoznana v zakonodajah ali običajih držav članic (v Rener 2006, 16). Vzporedno z razvijanjem definicij družine se je izoblikovala tudi tipologija družin. Renerjeva in soavtorice (2006) so mnenja, da je glede na naše okolje in navade smiselno razlikovati med dvema vrstama družin, to so jedrne (nuklearne) oziroma najmanjše družinske enote in razširjene družine, ki vsebujejo več generacij, pripadajo ji tudi sorodniki in potomci, živijo pa v skupnem gospodinjstvu.

#### ***3.1 Sociološki pogled na družino***

S spremembo načinov proizvodnje kot pomembno prelomnico v zgodovini človeštva, se je spreminjala tudi družina. Zelo na splošno lahko razdelimo družine na predindustrijske

in družine modernih industrijskih družb. Za predindustrijsko Evropo je značilno razlikovanje med dvema oblikama družine, družino v družbah brez pisave in klasično razširjeno družino, ki obstaja v tradicionalnih kmečkih družbah in kjer družina sama skrbi za preživetje svojih članov.

S procesom industrializacije se je spremenila prevladujoča oblika družine. Murdock (Haralambos 1999, 326) navaja, da je nuklearna družina navzoča v vsaki družbi in jo tako prepozna kot univerzalno človeško družbeno skupino. Nuklearno družino pojmuje kot večfunkcionalno institucijo in z njeno mnogostranskostjo pojasnjuje njeno univerzalnost in neizbežnost. Ker ne upošteva alternativ družini, se nekateri avtorji z njim ne strinjajo.

Tudi Parsons je predstavil svoj pogled na družino in sicer meni, da »družina zagotavlja okolje, v katerem lahko mož in žena izražata svoje otročje muhe, dajeta in prejemata čustveno podporo, napolnita baterije in tako stabilizirata svoji osebnosti« (Haralambos, 1999, 331). Opisal je dve »osnovni in nezamenljivi funkciji«, ki naj bi bili skupni družinam vseh družb. Prva je primarna socializacija, ki se nanaša na zgodnjo socializacijo in naj bi potekala v družini ter drugo, sekundarno socializacijo, ko se pojavijo vplivi na osebo izven družinskega kroga. Tako kot Murdock je tudi Parsons prejel kritike zaradi pretirane idealizacije družine, poudarka na obravnavi ameriškega srednjega razreda kot reprezentativnega, njegovega pogleda na proces socializacije ter neupoštevanja alternativ družini. Idealno tipske podobe nuklearne družine, kot jo opisuje Parsons, po mnenju Muncie in Langan (v Rener 2006, 21) v novodobnem času predstavlja manj kot 20 % vseh družin v Evropi.

Zanimiv je pogled marksistov na družino. Ocenjujejo jo kot družbeno koristno, a v tem smislu razvojno protislovno, obravnavajo kot pomembno oporo kapitalistični ekonomiji. Marksistično/feministični pogled lahko povzamemo po sklepih Benstonove (v Haralambos 1999, 337) ki pravi, da je nuklearna družina kot ekonomska enota dragocena stabilizacijska sila v kapitalistični družbi. Ker je doma opravljena proizvodnja plačana z zaslužki moža-očeta, je njegova možnost, da se umakne s trga, zelo omejena. Oče je tista oseba, ki skrbi za zaslužek družine, mati pa za vzgojo otrok in kot gospodinja ohranja poceni delovno silo. Predstavlja pa pomembno oporo možu. Radikalnih feminističnih pogledov je več. Brysonova je opisala nekatere ključne značilnosti, ki razlikujejo to smer od drugega feminizma. Bistvo je v tem, da je »to v temelju teorija žensk in teorija za ženske« in zato »ne vidi nobene potrebe po kompromisu z obstoječimi pogledi in obravnavanimi temami«. Družbo vidi kot patriarhalno (ali kot dominacijo moških) ne pa toliko kot kapitalistično. Predpostavlja,

da se interesi žensk razlikujejo od moških (Haralambos 1999, 339). Temu mnenju se pridružujeta tudi Delphyeva in Leonardova (prav tam). Družina naj bi po njenem mnenju imela osrednjo vlogo v ohranjanju patriarhata.

Po mnenju Renerjeve (2006, 24) je druga polovica dvajsetega stoletja prinesla še dve drugi obliki družinskega življenja, ki sta množično prisotni med nami in rušita konceptualno in empirično prevlado modela jedrne družine, to sta monogamija in enostarševske družine. Avtorica (prav tam) meni, da gre za diadno razmerje med otrokom in staršem. Eden od staršev (večinoma mati) in otrok (otroci) sta tista temeljna enota, ki ostaja ali prehaja v katerokoli drugo družinsko obliko.

### ***3.2 Konstituiranje moderne družine***

V času predindustrijske družbe je bila ena pomembnejših pridobitev kmeta, da je imel pravico do lastne družine in gospodinjstva. Ta pravica je bila večkrat grobo kršena, a tlačani so jo navzlic družbenim nemirom in revščini poizkušali vseeno uresničevati. Življenje v taki družini je imelo pečat življenja prave patriarhalne razširjene družine. Sestavljali so jo moški kot glava družine, njegova žena in otroci, njegovi ostareli starši, ki so mu predali kmetijo ter neporočeni bratje in sestre. Skupaj so tvorili »proizvodno enoto«, ki je proizvajala dobrine za lastno preživetje (Haralambos 1999, 343). Takšna oblika družinskega življenja je bila značilna za prednike industrijskih delavcev. Engels je opisoval njihovo življenje kot »znosno, marljivo in mirno v pobožnosti in poštenju« (Smiljanić in Mijušković 1968, 250). Izstopala je vloga očeta, ki je predstavljal temelj avtoritete, kar je utrjevala tudi cerkev, takrat zelo vplivna in močna ustanova. Značilno je bilo zapiranje v ozek krog družinskega življenja, najbolj pa so to občutile ženske, ki so bile zelo omejene v gibanju. Delo je predstavljalo del družinskega življenja, usmerjeno je bilo v preživetje družine. Moderna meščanska družina se je v drugi polovici 18. stoletja uveljavljala predvsem v premožnejšem sloju. Družinsko življenje se je ločilo od dela za zaslužek in preživetje. Zgrajena je bila zasebna sfera, ločili so svojo družino in zaposlitev. Za meščana-buržuja je bila patriarhalna družina končni cilj in ideal (Smiljanić in Mijušković 1968, 253). Priznavali so pravico do zakona iz ljubezni in svobodnega sklepanja zakonske zveze. Seveda pa žena nikakor ni prišla do enakopravnega položaja in veljave. Po mnenju moških je njena vloga ostajala v mejah doma in družine kot gospodinja in vzgojiteljica otrok. Tudi pravica in možnost za izobraževanje jim je bila močno omejevana.

Z razvojem kapitalizma se je spreminjala tudi družina in bivanje njenih članov. Beda in siromaštvo na eni strani ter bogastvo in razkošje na drugi, sta močno zaznamovala

njihovo življenje. Prizaneseno ni bilo niti ženskam niti otrokom. Čeprav je bila udeležba žensk v gospodarskem življenju (zaposlovanje žensk) sprva videti kot napreden družbeni pojav in močan temelj za osvoboditev njihove osebnosti in spola in za pridobitev enakopravnosti z moškimi, je to v kapitalizmu dobilo nečloveške oblike in je močno ogrozilo žensko samo in njeno proletarsko družino. Engels je bil do teh razmer zelo kritičen in je o izkoriščanju delavskega razreda večkrat javno govoril in pisal (v Smiljanić in Mijušković 1968, 261). Take življenjske in delovne razmere so pahnilo veliko delavcev v alkoholizem in surovo spolno življenje. Vrženi na dno, se niso zmogli in znali pobrati in si ustanoviti pogojev za ustanovitev družine, v kateri bi našli zatočišče, varnost, ljubezen. In kot je zapisal Engels, »so bili oropani slehernega veselja družinskega življenja« (Smiljanić in Mijušković 1968, 256). Spričo takih razmer je razumljivo, da ljubezensko čustvo ni moglo biti temelj njihovega zakona in družine. Do nepojmljivih pogojev življenja, izkoriščanja in bede je bil zelo kritičen tudi Marx in zapisal v Kapitalu, »da bi bila ta manufaktura za Danteja bolj grozna, kakor njegove fantazije iz Pekla« (v Smiljanić in Mijušković 1968, 263).

V buržuaznem zakonu in družini je veljalo, da si moški ob ženitvi želi z ženo povečati tudi premoženje, kar pomeni, da so imeli ekonomski viri pomemben vpliv pri izbiri zakonske sopotnice. Razlikovalo se je tudi samo družinsko življenje, saj je ženo iz premožnih razredov tehnični napredek osvobodil vsakega dela v družini, razen rojevanja otrok. Pojavile so se dovilje, negovalke, guvernante, učitelji, kuharice, gospodinje in drugi, ki so skrbeli za blagostanje družine. Pravi in pristni družinski stiki članov družine se navadno niti niso vzpostavili, ostal jim je le zunanji blišč.

V obdobju prve svetovne vojne in v medvojnem času so bile družine izpostavljene ogromnim obremenitvam. Vpoklic sposobnih očetov in sinov v vojaško službo in huda kriza z brezposelnostjo je močno poslabšala položaj družin. To obdobje je imelo za posledico »družbeni vakuum«. Številnim družinam je manjkalo moško vodenje in avtoriteta. Ženske pa so bile tako prisiljene, da se postopno osamosvojijo in se same tudi vzdržujejo (Sieder 1998, 203).

Stabilizacija življenja po vojnah je botrovala k urejenemu življenju v mali družini. Značilno za to obdobje je tudi upadanje števila rojstev in večje zaposlovanje žensk. Tradicionalno »spolno določene vloge« in »model meščanske družine« so se v poznih šestdesetih letih znašli v navzkrižju z ženskim gibanjem, ki je terjalo enakopravnost spolov. Kljub glasnim razpravam o delitvi dela se je delež moških pri opravljanju gospodinjskih del le neznatno povečal. Raziskave so pokazale na razširjenost tradicionalnih stereotipov o vlogah, ki sovpadajo z družbenim slojem in stopnjo

izobrazbe. V nižjih slojih je opaziti trdnejše oklepanje tradicionalnih načinov obnašanja kot v srednjih in višjih slojih (Sieder 1998, 237).

Oakleyeva je zapisala, da je vzorec spolnih vlog, ki ga razodeva družina, najpogostejši vzorec spolnih vlog v naši kulturi. Dalje navaja, da »delitev dela po spolu ni univerzalna, tudi nobenega razloga ni, zakaj bi bila. Človeške kulture so različne in neskončno spremenljive. Nastale so zaradi človeške iznajdljivosti, ne pa zaradi nepremagljivih bioloških sil« (2000, 191). Po njenem mnenju sinteza »doma« in »žene« v enoten izraz »gospodinja« vzpostavlja povezave med položajem ženske, zakonom in bivališčem družinskih skupnosti. Značilnosti vloge gospodinje v moderni industrijski družbi je povzela v štirih točkah. Ta vloga je dodeljena izključno ženskam (in ne osebam obeh spolov), ženska je v modernem zakonu ekonomsko odvisna, njen status je »ne-delo«, ki ni produktivno in »gospodinja« je njena primarna vloga (ima prioriteto pred vsemi drugimi vlogami).

V današnjem času smo še vedno priča prizadevanju žensk, da bi čim bolj in učinkovito povezale partnerstvo, družinsko srečo in uspešno delo. Ker družba ravno od njih to na tih način pričakuje (tradicionalna delitev vlog), se trudijo vsaj na zunaj, to tudi izpolniti. Morebiten neuspeh jim povzroča stres, občutek krivde in vpliva na kvaliteto življenja. Tehnološke revolucije, ki so prinesle iznajdbe različnih gospodinjskih strojev in pripomočkov so sicer nakazovale na spremembo v smislu lažjega vzdrževanja gospodinjstva in predvsem v lažje ter hitrejše opravljanje različnih del. A hkrati z novitetami, so se drastično spremenili družinsko/gospodinjski standardi. Dvig standardov kot so higienski, estetski, vzgojni ter izobraževalni, zdravstveni in drugi, pa je sprožil veliko več in ne manj gospodinjskega dela (Rener 2008, 21). V izogib temu in zaradi naraščajočih obveznosti tako doma kot na delu, ženske iščejo poti, kako prenesti del obveznosti na druge. Po mnenju Renerjeve (2006, 26) je mit o manjši količini družinskega in gospodinjskega dela v primerjavi s preteklostjo že davno ovržen. Število delovnih, a neplačanih ur, ki jih opravi ženska za dostojno bivanje vseh članov družine se ni zmanjšalo, spremenile so se le vrste del (prav tam).

V sodobnem času zasledimo, da se vse evropske in družinske politike intenzivneje ukvarjajo s problemom uspešnega usklajevanja dela in družine. Vidnejšo in aktivnejšo vlogo naj bi v družinskem življenju prevzemali tudi možje-očetje. Fenomen *novoga očetovstva* je tipično poznomoderen fenomen, predvsem pa vedno bolj aktualen, tudi v političnem smislu (Rener 2008, 9). Vsem spremembam morajo namreč slediti zakonski ukrepi, ki tudi uradno podpirajo in omogočajo uvedbo sprememb ter zavestna volja in želja ljudi po drugačnemu razmišljanju in ravnanju. Očetovska patriarhalna vloga, je

bila v preteklosti jasna in nesporna, dandanes pa se intenzivneje prikazuje v novi luči, podporni in vključujoč v vse aktivnosti družinskega/gospodinjskega življenja, tako v strokovni literaturi kot medijih. A dejstvo je, da ključni problem neenake delitve dela med partnerjema še vedno ostaja v večini primerov. Baldock in Hadlow (v Rener 2008, 22) sta leta 2005 na podlagi kvalitativnih raziskav o delitvi družinskega dela med starši v evropskih državah izdelala tipologijo sodobnih očetov in ugotovila, da je novega, *polno vključenega očetovstva* še zelo malo. Večina se namreč uvršča med tip *očeta, ki skrbi za zabavo* otrok (medtem, ko matere gospodinjijo) ali pa so *koristni očetje* (pomagajo pri negi in vzgoji, včasih tudi gospodinjstvu, če jih kdo usmerja).

Po mnenju Renerjeve (2008) se z ustvarjanjem novih načinov družinskega življenja (reorganizirane družine, enostarševske družine, gejevske in lezbične družine) spreminja tudi pomen biološkega očetovstva, materinstva in starševstva, predvsem pa se ustvarjajo nove, socialne očetovske in materinske vloge.

### ***3.2.1 Spreminjanje funkcij družine in iskanje drugih možnosti***

Po mnenju mnogih sociologov je družina v moderni družbi izgubila številne funkcije za katere so se specializirale druge ustanove kot na primer šola, vrtci, socialne ustanove in podobne. Parsons pravi, da je družina postala bolj specializirana kot prej, ne pa manj pomembna, saj jo družba potrebuje pri opravljanju določenih njenih življenjsko pomembnih funkcij (v Haralambos 1999, 365). Pridružujejo se mu tudi drugi avtorji kot na primer Young in Willmott (prav tam), ki poudarjata pomen čustvene podpore družinskih razmerij in njeno moč, ko se postavlja ob bok slabosti nove industrijske in brezosebne družbe. Čustvena podpora, ki jo članice in člani družin nudijo drug drugemu je ena pomembnejših funkcij družin, saj le-ta nudi zatočišče in je zadnje pribežališče v brezsrdnem svetu (Lasch v Rener 2006, 26). Vloga žene in matere kot zaupnice z leti še narašča. Ne glede na razlikovanja avtorjev glede izgubljenih funkcij družine oziroma nadomeščenih z novimi (feministični pogledi), ostaja družina ključna institucija (Haralambos 1999, 367).

### ***3.2.2 Usklajevanje dela in družinskega življenja***

Obveznosti v zasebni sferi (družini) pogosto vplivajo na javno sfero (plačano delo) in tudi obratno. Usklajevanje obeh področij je danes zlasti v vedno bolj pogostih dvokariernih družinah in prezaposlenih partnerjih velik problem. Meje med delom in prostim časom so vse bolj zabrisane.

Raziskava, ki sta jo opravili Uletova in Kuharjeva (2003) med študenti ljubljanske univerze, je pokazala na več pomislekov mladih pri odločitvi za družinsko življenje, a kljub temu je bila želja po družini in otrocih jasno izražena. Vprašanje, ki pri večini anketiranih ostaja pa je, kdaj izbrati najbolj primeren trenutek za tak korak. Poglobljeni intervjuji in fokusne skupine so pokazali na precejšnje razlike v razmišljanju mladih, ki živijo v urbanih okoljih in tistimi iz nemestnih središč (Ule in Kuhar 2003, 119). Stabilnost poklica ali kariere in s tem finančnega položaja, prav tako pa tudi stabilnost partnerskega odnosa so ključni faktorji, ki botrujejo odločitvam o starševstvu. Želja podaljšati mladost, brezskrbnost, izkoristiti neodvisnost (na primer za potovanja in izobraževanja v tujini) povzročata prelaganje odločitve za starševstvo. V tako imenovanem ruralnem okolju pa mladim odraslim predstavljajo otroci večjo vrednoto, prej se odločajo za starševstvo in imajo več otrok, prej se počutijo zrele za starševstvo. Ne razmišljajo toliko o lastnem razvoju, dodatnem izobraževanju ali graditvi poklicne kariere. Bolj so povezani z družino, medsebojna pomoč jim veliko pomeni. Večina jih živi s starši ali imajo lastno gospodinjstvo v hiši staršev. Večji problem jim predstavlja najti pravega partnerja za skupno življenje, kar je pokazala tudi raziskava (v nemestnih okoljih je več samskih mladih ljudi).

Na podlagi možnih kombinacij poklicnih poti in družinskega življenja (različni horizonti načrtovanja mladih), Kuharjeva opisuje pet tipov družinskih načrtov:

1. *Zgodnja odločitev za družino*: ljudje, ki se zgodaj odločijo za družino imajo dolgoročne in bolj konkretne predstave o osnovanju družine. Lahko koordinirano načrtujejo obe področji, delo in družino in imajo izdelan terminski plan, drugim, ki pa nimajo dolgoročnih kariernih načrtov in se odločijo za družino takoj po zaključku šolanja, pa je družina osrednji dogodek.

2. *Dolgoročno prelaganje načrtovanja družine*: v tem primeru ima prednost poklicna uveljavitev in/ali osebni razvoj. Odločitev za družino je časovno nedoločena in v vsakem primeru preložena na kasnejše obdobje.

3. *Nenadno osnovanje družine*: v tem primeru mi sistematičnega usklajevanja družinskih in poklicnih načrtov. Poklicno načrtovanje je povezano z osebnim razvojem. Do naglega osnovanja družine pride največkrat zaradi razvoja partnerske zveze v kombinaciji z osebnim razvojem.

4. *Nenačrtovano osnovanje družine*: do tega pride pri tistih, ki nimajo družinskih načrtov ali imajo le abstraktne predstave. Nenadna nosečnost ali ljubezen povzroči spremembe, ki vodijo v kratkoročno načrtovanje.

5. *Nenačrtovana odpoved osnovanja družine*: mladi odrasli kratkoročno ali

srednjeročno prelagajo odločitev za starševstvo iz različnih razlogov (na primer finančnih, zdravstvenih ali v primeru ločitve), kasneje pa te želje zopet iz različnih razlogov (ne najdejo pravega partnerja, zdravstvene težave) ne morejo uresničiti (Ule in Kuhar 2003, 120).

Nedvomno ima država in celotna družba zahtevno in pomembno nalogo pri lajšanju prehodov mladih v odraslost. Zaposlovanje, ureditev bivalnih razmer, razpoložljive vzgojno varstvene ustanove, spodbujanje in zagotavljanje enakopravnosti spolov tudi v vsakdanjem življenju, so najbolj zaskrbljujoča področja za mlade. Družinske politike se morajo prilagajati potrebam in slediti interesom mladih odraslih. Kot pravi Kuharjeva

*»morajo družinske politike upoštevati smernice v družbeni realnosti. Ker prehajamo v individualizirano družbo, v kateri se je spolni režim premaknil od familiarnega k individualističnemu<sup>8</sup>, morajo družinske politike zagotoviti osrednjost individualnih pravic (pred pravicami, ki se nanašajo na družine). Poleg tega morajo resnično priznavati vse načine in oblike družinskega življenja. Smiselno bi bilo, če bi bili subjekt oblikovanja družinskih politik posamezniki in posameznice kot družinski člani in ne več (sodobna nuklearna) družina«* (Ule in Kuhar 2003, 121).

Dejstvo je, da je vprašanje usklajevanja dela z družinskim življenjem ob naraščajočih dvokariernih parih bolj žensko vprašanje. Na podlagi razdelitve žensk v tri kategorije kot jih je opisala Hakimova z London School of Economics, lahko najdemo vzporednice tudi v slovenskem prostoru. »Na delo usmerjene ženske« so osredotočene na službo in kariero, »ženske osredotočene na dom in družinsko življenje« se nagibajo k temu, da imajo večje družine (v Ule in Kuhar 2003, 123).

Vloga teh žensk je izobraževanje in socialni razvoj otrok, skrb za gospodinjstvo in ostale družinske člane. V to skupino sodijo tako manj izobražene kot tudi izobražene ženske. Največjo in najbolj raznoliko skupino pa predstavljajo tako imenovane »adaptivne ženske«, ki ne razlikujejo temveč kombinirajo delo in družino. Ženske v tej skupini imajo sposobnost hitrega prilagajanja spreminjajočim se ekonomskim in socialnim okoliščinam ter drugim priložnostim ali oviram v svojem življenju (prav tam).

---

<sup>8</sup> Individualistični spolni režim temelji na uravnovešenju moških in ženskih vlog – moški in ženska si delita ekonomske in socialne naloge in odgovornosti. Za oba spola sta značilna tako služenje kot skrb. Ta režim poudarja individualnost moških in žensk, tako v družini kakor v družbi. Familiarni režim pa je temeljil na jasni delitvi vlog: moški hranitelj, ki hodi na delo in ženska gospodinja, ki je od moškega finančno odvisna in odgovorna za gospodinjstvo, vzrejo otrok in skrb za druge družinske člane. Tržna produkcija je torej moška odgovornost, socialna reprodukcija pa odgovornost žensk. Intervencija države je minimalna, saj moški zagotavlja finančno podporo družinskim članom (Ule in Kuhar 2003, 121).



Slovenija ima v primerjavi z drugimi evropskimi državami, tudi skandinavskimi, ki slovi po najbolj prijaznih ukrepih, eno bolj prijaznih družinskih politik. Vsekakor pa je potrebno nenehno iskati in razvijati nove ukrepe in ugodnosti. Med najbolj izrabljenimi pravicami je sigurno pravica do porodniškega dopusta, ki omogoča 105 dni polne odsotnosti z dela, neposredno po preteku porodniškega dopusta pa ima eden od staršev pravico do dopusta za nego in varstvo otroka v trajanju 260 dni.

Starševsko nadomestilo, ki ga krije zdravstveno zavarovanje v času odsotnosti z dela obsega 100% povprečne mesečne plače osebe v dvanajstih mesecih pred dopustom. Poleg materine pravice ima tudi otrokov oče pravico do očetovskega dopusta v trajanju 90 dni. Druga oblika koriščenja dopusta za nego in varstvo otroka pa je kombinirana in sicer kot polovični dopust z delom za skrajšani delovni čas. Pravico do skrajšanega delovnega časa lahko eden od staršev uveljavlja do otrokovega tretjega leta starosti. Subvencioniranje predšolske vzgoje je naslednji pomemben ukrep državne pomoči družinam. Sem prištevamo pomoč ob rojstvu otroka, otroški dodatek (glede na skupne mesečne prejemke staršev), v posebnih primerih pa še dodatke za veliko družino in dodatek za nego otroka. Država krije tudi del stroškov vrtca. Obseg subvencioniranja predšolske vzgoje v javnih vrtcih je odvisen od cene programov in dohodkovnega položaja družin.

Slovenija je imela zadovoljivo organizirano mrežo vrtcev po državi. V zadnjih letih pa se mladi starši vedno bolj pogosto soočajo s problemom pomanjkanja vrtcev. Država bo morala resno pristopiti k reševanju nastalega problema, saj si hkrati ves čas prizadeva tudi za zvišanje rodnosti. Kot pravi Kuharjeva mora »odgovorna vlada ponuditi sodobni družini podporo, pri čemur mora upoštevati raznolikost družinskih oblik« in zaključiti z mislijo, da so »družinske politike in vlaganje v otroke bistvene za državo, kajti otroci so delovna sila prihodnosti« (Ule in Kuhar 2003, 134).

## 4 ZNAČILNOSTI POKLICA IN PROFESIJE

Razlikujemo med poklicem in profesijo. Poklic najpogosteje označuje vrsto dela, ki ga stalno opravlja določena oseba, medtem ko profesija označuje samo tisti poklic, ki ima posebno mesto (status in vlogo) v družbeni delitvi dela (Kolenc 2010, 37).

Scambler (v Pahor 2006, 35) je povzel glavne značilnosti procesov profesionalizacije:

1. profesionalnih značilnosti noben poklic ne pridobi naenkrat, ampak postopoma, v raznolikih in specifičnih zgodovinskih situacijah;
2. atributi profesij niso *dani* nobeni poklicni skupini, vsaka si jih mora izboriti korak za korakom;
3. vloga znanja in izobraževanja pri profesionalizaciji ni preprosta – medicina je na primer pridobila položaj profesije, preden je medicinsko znanje postalo učinkovito in oprto na sistematično teorijo;
4. pridobitev ugleda in visokih dohodkov je oblika skupinske socialne mobilnosti navzgor; (celotna skupina se premakne iz obrtniškega ali služabniškega razreda v srednji sloj profesionalcev);
5. poklic pridobi privilegije na osnovi pogajanj z nosilci družbene moči – v primeru zdravnikov so bile to država in zdravstvene ustanove, drugi zdravstveni poklici na poti profesionalizacije pa se najprej srečajo z etablirano in močno zdravniško profesijo.

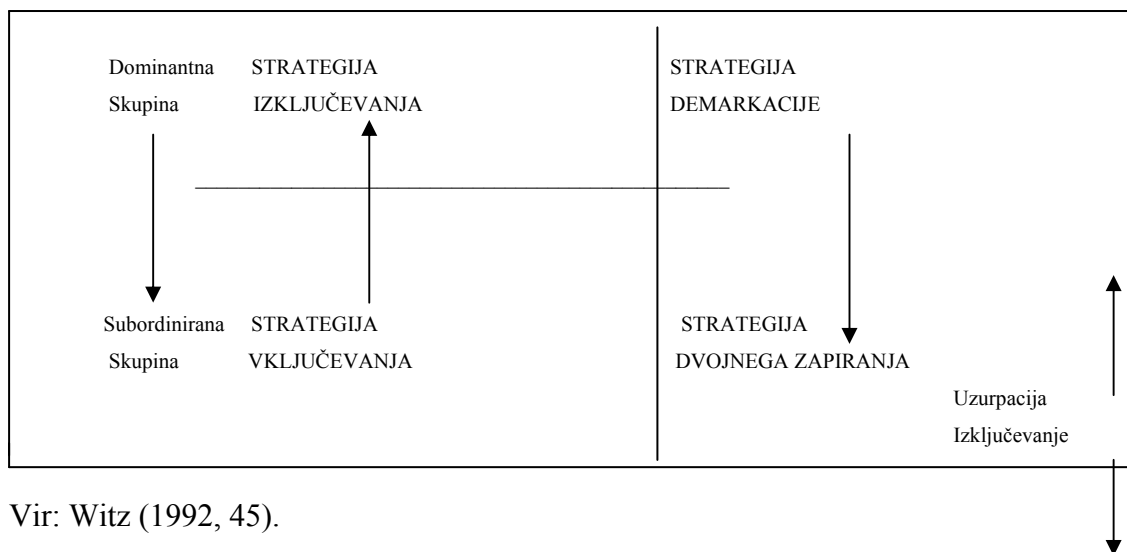
### 4.1 Profesionalizacija poklica zdravstvene nege

In kje na poti profesionalizacije je torej zdravstvena nega? Feministični avtorji so zdravstveno nego opisovali kot skrbstveno profesijo in kot subordinirano žensko profesijo. Po Witzovi (1992, 3) je patriarhija splošna značilnost profesionalne nadvlade. V zdravstvu večino subordiniranih zdravstvenih profesij predstavljajo ženske. Delitev dela tako nakazuje, da moški del v medicini (zdravniki) nadzoruje večinoma ženski del (medicinske sestre), ki so v vlogi asistentke-pomočnice. Witzova (1992, 45) je opisala strategijo poklicnega zapiranja: konceptualni model, ki prikazuje položaj dominantne in subordinirane skupine ter možnosti za razvoj in napredek (glej Sliko 4.1).

Profesionalizacijo označujejo predvsem negacije: zapiranje, monopol, dominacija in nadzor. Poznomoderne družbe naj bi imele drugačne cilje, predvsem v smislu sodelovanja, timskega pristopa in enakopravnega partnerskega položaja in spoštovanja. Po mnenju Daviesa (v Pahor 2006, 35) so težnje zdravstvene nege po profesionalizaciji protislovne saj se na eni strani borijo proti dominantni profesiji izpod katere se že

desetletja želijo rešiti, po drugi strani pa želijo doseči točno to, kar je že uspelo zdravnikom (registrirana in z zakonom urejena zdravniška praksa-močna profesija).

Slika 4.1: Strategija poklicnega zapiranja: konceptualni model



Vir: Witz (1992, 45).

Ravno na področju zdravstva smo priča enemu močnejših profesionalnih združenj, prostovoljnemu združenju, ki upravlja prakso profesionalcev, zdravnikov. Poleg ekonomskih koristi je znotraj združenja zelo pomemben družbeni vidik, predvsem ugled in zaupanje, ki ga člani pridobijo v svoji okolici.

Durkheim je v profesionalnih združenjih videl več značilnosti, ki so po njegovem mnenju manjkale v industriji in trgovini. Menil je, da profesionalna združenja povezujejo posamezne člane v poklicno skupino, imajo urejen nadzor usposabljanja in izobraževanja, preko katerega združenje uveljavlja tako profesionalno etiko (poudarja altruizem) kot poklicno kompetentnost (v Haralambos 1999, 194). Tudi britanski sociolog Halmos je priznaval moč tako imenovanih »profesij v uslužnostnih dejavnostih«, ki vključujejo psihiatrijo, socialno delo, negovanje, poučevanje, medicino in njihov vpliv na moralne vrednote družb (prav tam). Poleg moči pa profesionalna združenja nudijo tudi varnost, podporo in ugled svojim članom.

Zdravstvena nega se je razvijala in postopno utrjevala svoje mesto v sistemu zdravstvenega varstva. Na pomembnost vloge zdravstvene nege vpliva več faktorjev, ki povečujejo vlogo medicinske sestre v sistemu in dajejo celotni profesionalni populaciji večjo moč pri sooblikovanju nacionalne politike (Peternej 2007, 106). Samo izobraževanje medicinskih sester (programi šolanja v začetnem obdobju formiranja šol za medicinske sestre na srednji stopnji), je bilo do srede 70. let prejšnjega stoletja ozko

zastavljeno in kaže na zelo podrejeno »pomočniško in skrbstveno« vlogo, za katero so se usposabljalale.<sup>9</sup>

Po besedah Pahorjeve (2000, 174) je bilo tradicionalno izobraževanje za zdravstveno nego v funkciji industrializacije skrbi za bolne. Tipičen princip šol za medicinske sestre v Evropi do druge polovice 20. stoletja, ponekod pa še dlje (tudi v Sloveniji), je temeljil na pomenu prakse pred teorijo. Drugi princip, kot nadaljuje Pahorjeva, je bil izpeljan iz pomočniške vloge medicinskih sester in se je kazal v prepričanju, da je pomembno znati kako nekaj narediš in ne zakaj to narediš. Tak šolski sistem je zagotavljal produkcijo vodljive delovne sile, s spoštovanjem avtoritete kot osnovne vrednote (Pahor 2000, 174). Tudi drugje v Evropi so se medicinske sestre v tem obdobju soočale s podobnim tradicionalnim načinom izobraževanja. Za primerjavo z našim šolskim sistemom navajam skandinavski primer in sicer študijsko pot Birgit H. Rasmussen, ki je leta 1974 postala medicinska sestra na Danskem, danes pa je zaposlena kot izredna profesorica na oddelku za zdravstveno nego Medicinske fakultete Univerze Umea na Švedskem (Klemenc in Pahor 2001, 13). Njena osebna pot od klinične medicinske sestre do raziskovalke nam pokaže pot in način, kako doseči samostojnost, neodvisnost in priznanost.

Tudi ona se je na svoji študijski poti sprva srečevala z mnogimi dvomi o pomenu zdravstveno negovalnega raziskovanja (z raziskovanjem se je srečala v ZDA in Švedskem), ki je predstavljalo neko novo dimenzijo in nadgradnjo v procesu izobraževanja medicinskih sester. Prvi univerzitetni program za zdravstveno nego v Evropi so odprli leta 1956 na univerzi v Edinburghu, do začetka devetdesetih pa se je izobraževanje za zdravstveno nego večinoma v celoti preselilo na postsekundarno raven, ponekod visoko strokovno, v določenih državah pa tudi na univerzitetno.

Dejstvo je, da je razvoj in napredek potekal veliko hitreje v zahodni in severni Evropi. V srednji in vzhodni Evropi, v izrazito patriarhalnem in rigidnem okolju, pa so medicinske sestre potrebovale bistveno več časa in potrpežljivosti za uveljavitev sprememb v izobraževalnih programih (Pahor 2000, 174).

Družbene spremembe so narekovale tudi postopno zviševanje stopnje izobrazbe prebivalstva in spremenile trend izobraževanja medicinskih sester. Spoznale so pomen dodatne izobrazbe in pričele pridobivati in poglobljati znanja iz drugih področij kot so informatika, ekonomika, organizacija, sociologija, andragogika, pedagogika in druge.

---

<sup>9</sup> Šolski programi tedanjih srednjih šol (do leta 1970) so ob strokovnih predmetih vključevali tudi »gospodinjstvo«, dijakinje pa so morale del šolskega časa tedaj nameniti tudi čiščenju in pospravljanju učilnic-kot obvezna praksa!

To jim je omogočilo večji osebni razvoj (pridobivanje na močno načeti samozavesti) ter razvoj poklicne kariere (nenehno izobraževanje in izpopolnjevanje), z željo osvoboditi se spon preteklosti. Izobraževanje pripomore k samostojnosti. Pridobljen certifikat, potrdilo, diploma po končanem študiju pa omogoča aktivno vključevanje na trg dela.

Danes se zdi, da je kljub večanju prepoznavnosti zdravstvene nege, dokazovanju sposobnosti medicinskih sester in njihovemu aktivnemu vključevanju na vseh ravneh zdravstvenega varstva, še vedno veliko dilem, razpotij in iskanja pravega načina uveljavljanja. Po mnenju Pahorjeve (2006, 34) medicinske sestre pojmujejo profesionalizacijo preveč togo, kot vzpostavitev standardov, pravil in nadzora nad delom, za razliko od zdravnikov, ki jim profesionalizacija pomeni avtonomijo pri delu. Dalje navaja, da se zdi medicinskim sestram v okviru prizadevanj za profesionalizacijo pomembna strategija poklicne zapore, to je nadzorovanje vstopanja v poklic, izobraževanja in dela ter preprečevanja tega dela nekvalificiranim. Tu lahko govorimo o strategiji dvojnega zapiranja, saj na eni strani kljubujejo intrapoklicnemu nadzorovanju svojih kompetenc s strani dominantnih profesij (zdravniki) in želijo ustvariti svoje lastno področje ter ga ločiti od drugih, po drugi strani pa skušajo utrditi svoj položaj s pomočjo izključevanja - zapiranje navzdol (Witz 1992, 44). V času recesije, velike brezposelnosti na eni strani, na drugi pa pomanjkanje določenih poklicnih skupin znotraj zdravstvenega varstva (zdravniki), lahko zasledimo tudi strategijo vključevanja subordinirane skupine (medicinske sestre), ko si prizadevajo postati pripadniki poklica, iz katerega so izključene. Ponujena pomoč s strani medicinskih sester, da prevzamejo nekatera dela, za katera bi se lahko usposobila in opravila vsa potrebna izobraževanja, s strani zdravnikov ni bila sprejeta (strategija izključevanja). Če pogledamo iz drugega zornega kota, pa ne smemo razumeti zdravstvene nege in njenega prizadevanja za nadzorovan vstop v poklic negativno ali celo diskriminatorno, temveč je to le želja po doseganju višje kakovosti dela znotraj poklica.

Nesporno je, da razlogi za vstopanje v ta poklic in za opravljanje dela, ne smejo biti brez pravega interesa in vizije posameznika. Zdi se, da bi morali biti sočutje, empatija, altruizem, socialna odgovornost in moralna obveznost tisti pravi motivi, ki bi spodbudili osebo za tovrstno delo. To pa nikakor niso lastnosti samo ženskega dela populacije, prav lahko so (oziroma bi morale biti) tudi moške lastnosti.

Za zdravstveno in babiško nego še vedno veljajo določeni stereotipi kot na primer: delo opravljajo pretežno ženske (v družbi imajo nižji status kot moški), je slabo plačano, družbeni ugled je nizek, delovni pogoji so slabi in delovni čas naporen (neizogibno

izmensko delo). Našteti stereotipi prav gotovo niso prava motivacija za kandidate za ta poklic.

Opravljen raziskava, v okviru magistrskega študija Lovrencove<sup>10</sup> (2006) je pokazala, da se mladi na srednji stopnji izobraževanja za poklic srednje medicinske sestre (raziskava je zajela četrtošolce) pretežno odločajo za vpis z razlogom »delati dobro za ljudi«, kot osnovo poklica pa vidijo v altruizmu. Iz vsebine predmetov in projektov šole avtorica ugotavlja, da šolanje gre v smeri spodbujanja pozitivnih vrednot, razvijanja sočutja ter empatije. Prejšnjo, zgodovinsko pogojeno »požrtvovalnost«, so zamenjale samostojnost, odgovornost in samozavest, ki pa ne izničijo namena »delati dobro drugemu«.

Drugi del raziskave, ki jo je opravila Lovrencova pri že zaposlenih medicinskih sestrah je pokazala na moteč hierarhični odnos na delovnem mestu, zlasti pa, da se položaj nadrejenosti neupravičeno izkorišča (navedli so moteče nazivanje in slabo spoštovanje opravljenega dela s strani zdravnikov) in nenehno, nepričakovano podaljševanje delovnega časa. Več anketiranih je menilo, da poklic v družbi ni spoštovan in nima prave veljave, delo pa, da je razvrednoteno.

#### ***4.2 Profesionalna povezanost medicinskih sester na Slovenskem***

Temelji in ideje po prvi stanovski organizaciji medicinskih sester, ki bo povezovala, krepila in izobraževala svoje člane, so se oblikovali leta 1927 v Ljubljani, z ustanovitvijo takrat imenovane »Organizacije absolventk šole za sestre«. V letu 1951 se je stanovsko združenje medicinskih sester preimenovalo v Društvo medicinskih sester. Leta 1963 je dobilo naziv Zveza društev medicinskih sester Slovenije ter se povezalo v Zvezo društev medicinskih sester takratne Jugoslavije.

Člani in članice Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so se na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS 9/92) odločili in leta 1992 ustanovili Zbornico zdravstvene nege Slovenije. Nalogam, ki so do takrat že bile zapisane v Statutu Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, je bilo z ustanovitvijo Zbornice zdravstvene nege Slovenije dodano še nekaj

---

<sup>10</sup> Ksenija Lovrenc (2006) v magistrski nalogi z naslovom »Altruizem in seksizem – poklic medicinske sestre«, predstavlja različna pojmovanja altruizma z namenom prikazati vpliv na poklic medicinskih sester, njihovega statusa v družbi, položaja na delovnem mestu in plačila za opravljeno delo. Poseben poudarek in raziskava v nalogi je bila narejena na mladih, ki se izobražujejo za ta poklic oziroma so se že zaposlili.

nalog, ki so značilne za zbornično organiziranost določene poklicne skupine (dostopno na [http://www.zbornica-zveza.si/Kratka\\_zgodovina.aspx](http://www.zbornica-zveza.si/Kratka_zgodovina.aspx) ).

Tako so danes medicinske sestre in zdravstveni tehniki v Sloveniji povezani v Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornice–Zveze). Članstvo, ki je prostovoljno, pomeni čast in obvezo za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vrst aktivnih delavcev v zdravstveni negi, upokojenih medicinskih sester, dijakov in študentov zdravstvene nege. Osnovno vodilo delovanja članov pa je Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in za babice Mednarodni kodeks etike babic.

Cibiceva (2007, 97) ocenjuje, da so medicinske sestre in babice v Sloveniji s strokovnega vidika dobro usposobljene in organizirane že desetletja. Po letu 1991 so jim prisluhnile tudi politične strukture in jim z namenom boljše prepoznavnosti stroke ter vključevanja in soodločanja pri pomembnih strateških zdravstvenih vprašanjih, dodelile tudi določene naloge. V veliki želji po pridobitvi javnih pooblastil in ureditvi statusa poklicev v zdravstveni in babiški negi, so bile leta 2003 vse aktivnosti Zbornice–Zveze usmerjene v pripravo predloga sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti. A po mnenju Filejeve (2007, 102) takrat še ni bil pravi čas za pozitiven rezultat. Bila pa je dobra priložnost, da so se poslanci Državnega zbora in državnega sveta vsaj seznanili s predlogi. Pri naslednjem poizkusu so se pričakovanja izpolnila in leta 2005 je Ministrstvo za zdravje RS izdalo odločbo o podelitvi javnih pooblastil, ki so se nanašale na naslednje sklope:

1. vodenje registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti zdravstvene nege;
2. vodenje registra za zasebne izvajalce, izdajanje potrdil o vpisu in izbrisu iz registra;
3. izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem;
4. izdajanje, podaljševanje in odvzem licence izvajalcem.

#### ***4.2.1 Register in licenca***

Za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti morajo biti izvajalci zdravstvenih poklicev posameznih področij vpisani v register in imeti veljavno licenco. Med izvajalci zdravstvene in babiške nege razlikujemo naslednje profile:

1. tehničar zdravstvene nege /tehnik zdravstvene nege, zobozdravstveni asistent
2. zdravstveni tehnik,
3. medicinska sestra,

4. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik/višji zdravstveni tehnik,
5. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik,
6. diplomirana babica /diplomirani babičar,
7. profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje.

Licenca se podeli za določen čas, sedem let, podaljšati pa jo je možno na podlagi dokazil o strokovni usposobljenosti za nadaljnje delo. Strokovno izpopolnjevanje je vrednoteno z licenčnimi točkami, kot jih določa Pravilnik o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

### ***4.3 Povezovanje izobraževalnih ustanov na srednji in visoki stopnji***

V Sloveniji deluje več srednješolskih ustanov za poklic srednja medicinska sestra/ zdravstveni tehnik, v letih od 2002 do 2009 pa je močno poraslo tudi število visokošolskih ustanov za poklic diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika.

Velik porast števila visokošolskih izobraževalnih ustanov po letu 2002 je po vsej verjetnosti posledica neuravnotežene ponudbe/povpraševanja po medicinskih sestrah in bobicah na trgu dela. Kot ugotavlja Požun (2007, 173) je poklic medicinske sestre po vsem svetu v precejšnji krizi. Povzel je najbolj pereče in skrb vzbujajoče ugotovitve, ki so bile izpostavljene na konferenci Mednarodnega sveta medicinskih sester leta 2007. Svet sestavlja 129 držav oziroma nacionalnih združenj medicinskih sester iz teh držav in vse so soglašale z ugotovitvami o manjšem vpisu študentov, zviševanju starostne stopnje diplomantov, občutno povečanih potrebah po zdravstveni negi zaradi demografskih sprememb, zapuščanju poklica, obsežnih migracij iz manj razvitih dežel v razvite ter o razmahu novih, globalnih bolezni. Slovenija ni nikakršna izjema. Tudi pri nas se zdravstvena nega ukvarja s problemi kot so pomanjkanje kadra, visoka stopnja fluktuacije kadra na bolj obremenjenih delovnih mestih, »beg« iz bolnišnic z namenom poiskati delovna področja s prijaznejšo obliko dela in visoko stopnjo odsotnosti zaposlenih v zdravstveni negi zaradi bolezni.<sup>11</sup>

Naštete ugotovitve in problemi so lahko posledica preobremenjenosti in nezadovoljstva zaposlenih zaradi slabih delovnih pogojev in slabšega plačila za opravljeno delo v primerjavi z enako stopnjo izobrazbe na katerem drugem področju.<sup>12</sup> Delno pa so

---

<sup>11</sup> Podatki za zdravstvo so zaskrbljujoči in govorijo o visoki odsotnosti zaposlenih (Kadrovska služba organizacije X, 2010).

<sup>12</sup> Pratnekerjeva (2008) je v svoji diplomski nalogi z naslovom »Moški v tradicionalno ženskih poklicih« analizirala primerjavo poklicev in zaslužka za leto 2004 v ustanovi, kjer je zaposlena.



»sokrive« tudi družbene spremembe, ki pogojujejo nov, hiter, neoseben način življenja v »potrošniški družbi«, ki vidi prednosti v boljše plačanih poklicih ker nudijo posameznikom in družinam bolj kakovostno življenje.

Po vstopu Slovenije v Evropsko unijo (EU), je bilo potrebno nekoliko spremeniti izobraževalni program za medicinske sestre in babice.<sup>13</sup> Zbornica–Zveza je že leta 1998 sodelovala pri pregledu usklajenosti slovenske zakonodaje s pravnim redom EU, 2001 pa so v Slovenijo prišli eksperti (Taix mission) z namenom preveriti usklajenost področij za regulirane poklice v zdravstvu s sektorskimi direktivami. Področja preverjanja so bila izobraževanje, praktično delo, kompetence, organiziranost medicinskih sester in babic v Sloveniji in naloge Zbornice – Zveze (Filej 2007, 103).

Zaleteleva (2007, 109) vidi v izobraževanju, ki je usklajeno z EU direktivami, za diplomante nove priložnosti in enakovredno vključevanje na trg dela v okviru EU in sicer brez dodatnega dokazovanja znanja in spretnosti. Strokovni študijski program zdravstvene in babiške nege je namreč usklajen z direktivami EU in bolonjsko deklaracijo, mednarodno primerljiv, kreditno ovrednoten ter omogoča uvajanje sodobnih metod dela. Dopolnjuje in omogoča pa tudi vse možnosti za nadgradnjo ter mednarodno izmenjavo tako študentov in diplomantov kot učiteljev.

V Sloveniji imamo trenutno šest ustanov s programom za študij zdravstvene nege in sicer:

1. v *Ljubljani*: leta 1954 ustanovljena Višja zdravstvena šola se je leta 2009 preimenovala v Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani;
2. v *Mariboru*: leta 1993 ustanovljena Višja zdravstvena šola se je leta 2006 preimenovala v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru;
3. v *Izoli*: leta 2002 ustanovljena Visoka šola za zdravstvo Izola, organizirana kot samostojni visokošolski zavod, je od leta 2003 uradna ustanovna članica Univerze na Primorskem; enak naziv in status je ohranila do danes;
4. *na Jesenicah*: leta 2007 ustanovljena Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, deluje kot samostojni visokošolski zavod in je enak naziv in status je ohranila do danes;
5. v *Novem mestu*: leta 2007 ustanovljena Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; ustanovitelj šole je Visokošolsko središče Novo mesto, deluje pa kot samostojni visokošolski zavod in je enak naziv in status je ohranila do danes.
6. v *Slovenj Gradcu*: leta 2009 ustanovljena Visoka šola za zdravstvo Slovenj Gradec.

---

<sup>13</sup> Medicinske sestre in babice –obe poklicni skupini se imenujeta ločeno od leta 1991.

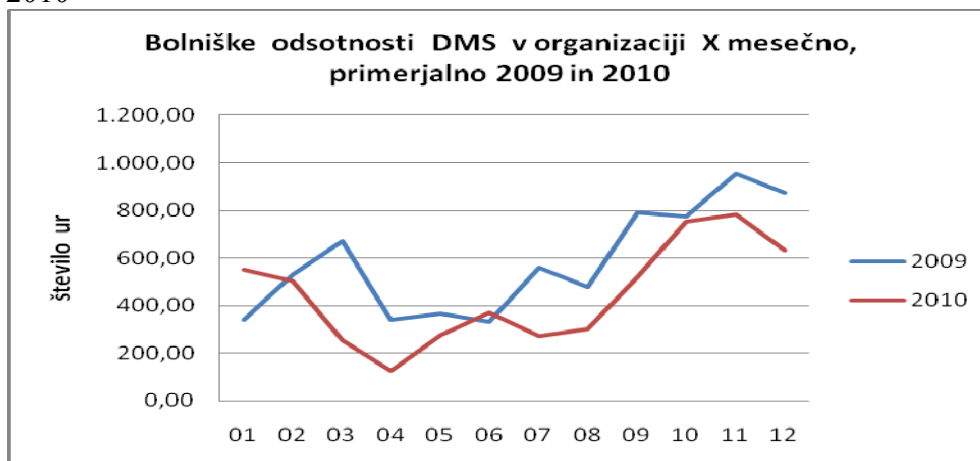
Na srednji ravni izobraževanja v Sloveniji (11 srednjih zdravstvenih šol) v vsebinskem smislu ni prišlo do večjih sprememb, spremenili so se le nazivi po zaključnem šolanju (zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege).

#### ***4.3.1 Posodobitev kadrovskih normativov***

Število dijakov in študentov z uspešno zaključenim izobraževanjem, se je z večjim številom izobraževalnih ustanov v Sloveniji ustrezno povečalo. Veliko večje spremembe pa bo potrebno opraviti na področju kadrovskih normativov, ki veljajo za posamezno delovno področje in delovnih obremenitev izvajalcev zdravstvene nege. Dejstvo je, da delovne obremenitve iz leta v leto naraščajo ob nespremenjenih kadrovskih normativih. To se že odraža pri zaposlenih, saj se po podatkih največje zdravstvene ustanove v Sloveniji, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) povečuje odsotnost z dela zaradi bolezni. Pri zaposlenih v UKCL odsotnosti zaradi bolezni tudi prednjačijo v primerjavi z ostalimi dejavnostmi v Sloveniji. Podatki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije kažejo, da je odstotek bolniškega staleža v UKCL višji od panoge in tudi višji od slovenskega povprečja. Odstotek bolniškega staleža v UKCL je namreč v obdobju od leta 2004 do 2008 med 6% in 7%, le leta 2006 slabih 6%, kar je zelo veliko v primerjavi s panogo (zdravstvo), ki v tem obdobju nikoli ne doseže 6% ter v primerjavi s Slovenijo, ki ima povprečje še nižje, med 4% in 5% (Dodič Fikfak 2011). V UKCL so po besedah Dodič Fikfakove že pristopili k analizi resnosti in pogostosti bolezni med zaposlenimi ter v letu 2010 začeli uvajati program promocije zdravja pri delu z namenom osveščati, izobraževati in usposablјati delavce in delodajalce o zdravem delovnem in življenjskem slogu (prav tam).

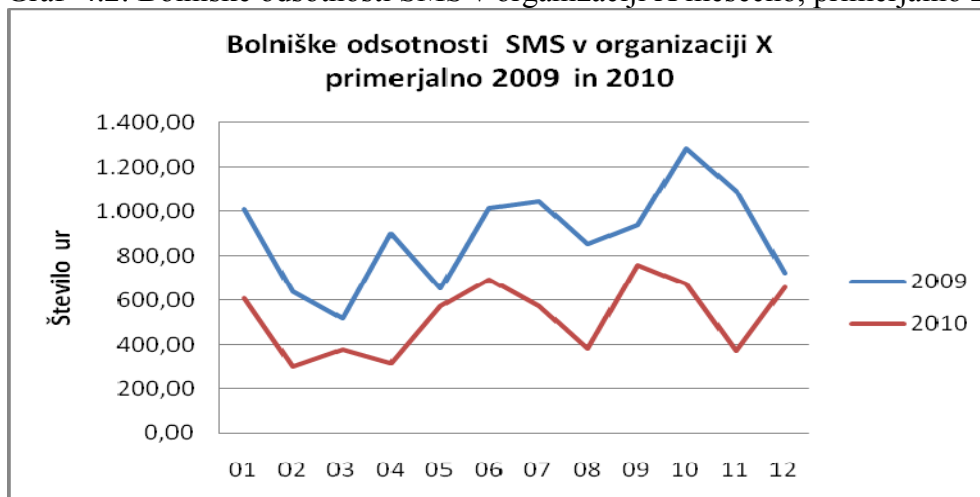
V proučevani organizaciji X pa so pri pregledu obdobj 2009 in 2010 bolniške odsotnosti nekoliko v upadu tako pri diplomiranih medicinskih sestrah kot srednjih medicinskih sestrah (graf 4.1 in 4.2).

Graf 4.1: Bolniške odsotnosti DMS v organizaciji X mesečno, primerjalno 2009 in 2010



Vir: Kadrovska služba organizacije X (2011).

Graf 4.2: Bolniške odsotnosti SMS v organizaciji X mesečno, primerjalno 2009 in 2010

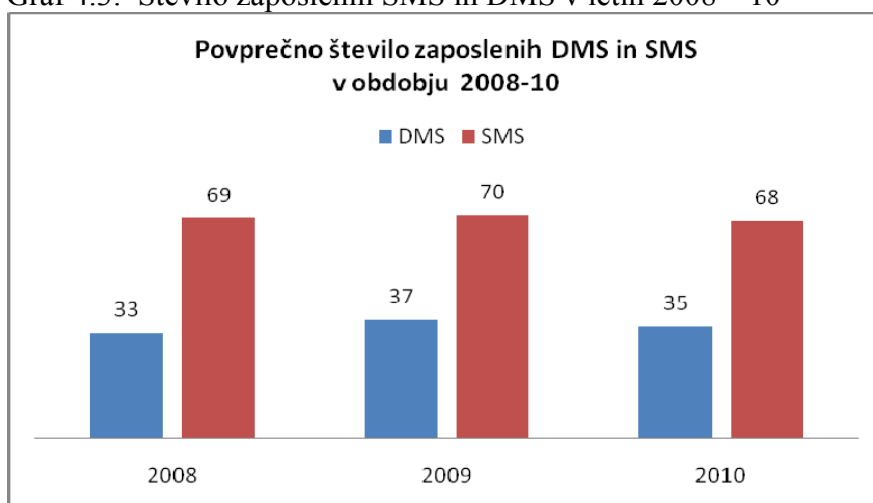


Vir: Kadrovska služba organizacije X (2011).

Da si področji proučevanja delovnih obremenitev in posodobitev kadrovskih normativov zaslužita poseben pomen, je Filejeva (2007, 104) podkrepila z rezultati iz leta 2004 opravljene »Analize preskrbljenosti z medicinskimi sestrami do leta 2033«, v kateri je sodelovala tudi Zbornica–Zveza. Ugotovitve analize kažejo, da bo v prihodnjih petih do petnajstih letih prišlo do prvega dela velike generacijske premene na področju zdravstvene nege in ob takih trendih bi do leta 2014 potrebovali 640, nadalje do leta 2024 1900 in do leta 2033 celo 3250 medicinskih sester. Pri projekciji pa ni bilo upoštevano dejstvo o pomanjkanju kadra že v izhodišču ter preobremenjenosti sedanjega kadra (Filej 2007, 104).

Področje zdravstvene nege se tako vrta v začaranem krogu. Medicinske sestre in babice veljajo za enega bolj deficitarnih kadrov. Nekoliko manj velja to za poklic tehničar/ka zdravstvene nege (srednje stopnja izobrazbe), po vsej verjetnosti zaradi večjega števila izobraževalnih ustanov, ki nudijo tovrstno izobraževanje in večje zaposljivosti po končanem šolanju. V grafu 4.3 je prikazano število zaposlenih zdravstvenih tehnikov in srednjih medicinskih sester ter diplomiranih medicinskih sester v preučevani organizaciji X v triletnem obdobju (2008-10). Zaradi svetovne gospodarske krize, ki je zajela tudi Slovenijo, so vidne posledice tudi na področju zaposlovanja v zdravstvu. Glede na vsakoletno povečevanje delovnih programov je pričakovati, da temu sledi tudi večje zaposlovanje, kar pa se ni zgodilo. Celo obratno, sledile so zahteve po zmanjšanjem zaposlovanju. Po letu 2009 je tako kljub večjim obremenitvam viden upad števila kadra v zdravstveni negi tako pri diplomiranih kot srednjih medicinskih sestrah.

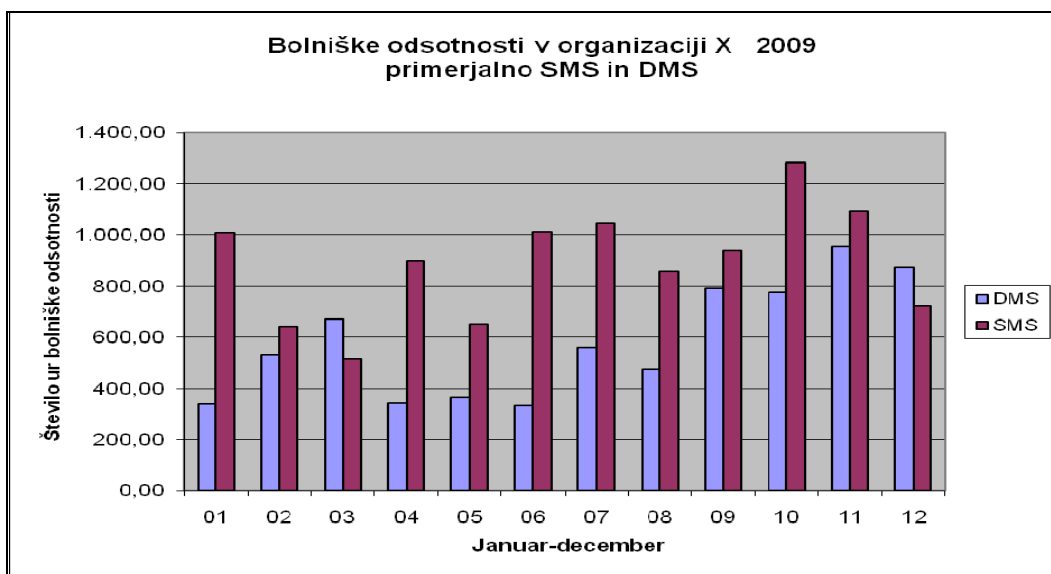
Graf 4.3: Število zaposlenih SMS in DMS v letih 2008—10



Vir: Kadrovska služba organizacije X (2011).

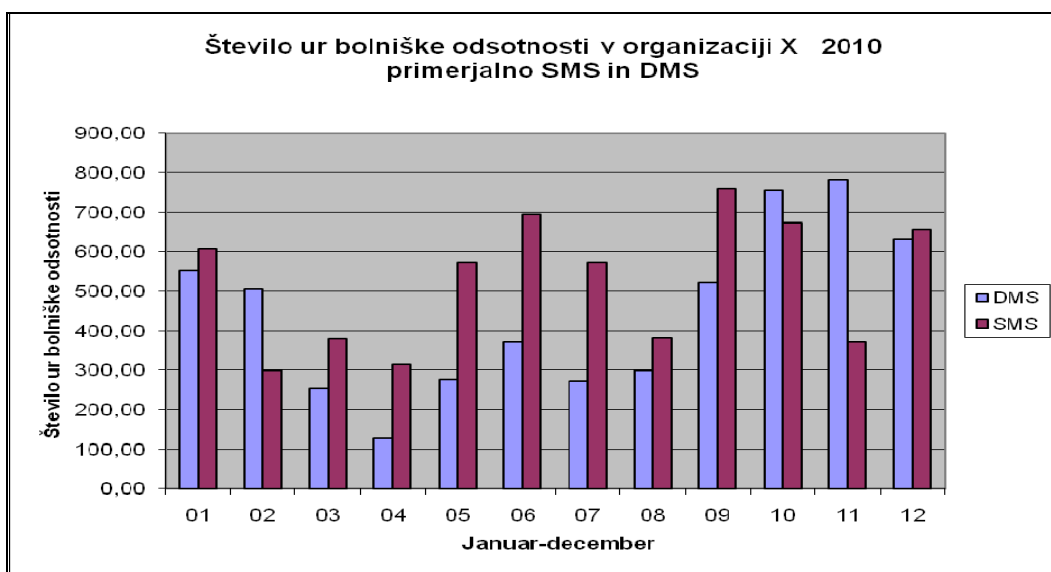
Pri pregledu primerjave bolniške odsotnosti DMS in SMS v proučevani organizaciji X (graf 4.4 in 4.5) prednjačijo bolniške odsotnosti SMS, kar je po vsej verjetnosti posledica težjih delovnih pogojev (triizmensko delo, delo ob vikendih in praznikih, večje fizične obremenitve).

Graf 4.4: Bolniške odsotnosti v organizaciji X 2009 — primerjalno SMS in DMS



Vir: Kadrovska služba organizacije X (2011).

Graf 4.5: Bolniške odsotnosti v organizaciji X 2010 — primerjalno SMS in DMS



Vir: Kadrovska služba organizacije X (2011).

Velja poudariti, da si menedžerke/ji zdravstvene nege zdravstvenih ustanov, zaradi večje intenzivnosti dela in predvsem v enotah z najtežjo zahtevnostno stopnjo, že dolgo časa aktivno prizadevajo spremeniti razmerje zaposlenih v prid medicinskim sestram z visoko izobrazbo. Število ustanov, ki omogočajo izobraževanje na visoki stopnji (opisane na strani 41) se povečuje in tako z leti narašča tudi število diplomantov (tabela 4.1). Število dijakov z uspešno zaključeno srednjo stopnjo izobrazbe pa se po letu 2008 znižuje, tako pri redni kot pri izredni obliki šolanja (tabela 4.2).

Tabela 4.1: Število diplomantov Visokih šol in fakultet— smer zdravstvena nega

LETO	Dipl.med.sestre/zdrav. REDNI PROGRAM			Dipl.med.sestre/zdrav. IZREDNI PROGRAM		
	VSI	MOŠKI	ŽENSKE	VSI	MOŠKI	ŽENSKE
2007	234	18	216	219	25	194
2008	201	19	191	252	23	229
2009	285	29	256	187	23	164

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2007, 2008 in 2009, Zdravstvene šole.

Tabela 4.2: Število dijakov, ki so zaključili Srednjo zdravstveno šolo

LETO	Zdravstveni tehnik REDNI PROGRAM			Zdravstveni tehnik IZREDNI PROGRAM		
	VSI	MOŠKI	ŽENSKE	VSI	MOŠKI	ŽENSKE
2004	174	33	144	72	12	60
2005	214	42	172	43	8	35
2007	211	35	176	118	31	87
2008	226	41	185	135	26	109
2009	190	42	148	93	15	78
2010	186	25	161	61	15	46

Vir: Podatki Srednje zdravstvene šole Ljubljana (2011).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je ob koncu leta 2010 v Sloveniji opravljalo poklic medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika več kot 16900 oseb, pretežno ženske. Pri pregledu podatkov od leta 2000-10 pa je opazno počasno naraščanje deleža moških zaposlenih v zdravstveni negi (tabela 4.3).

Tabela 4.3: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, Slovenija

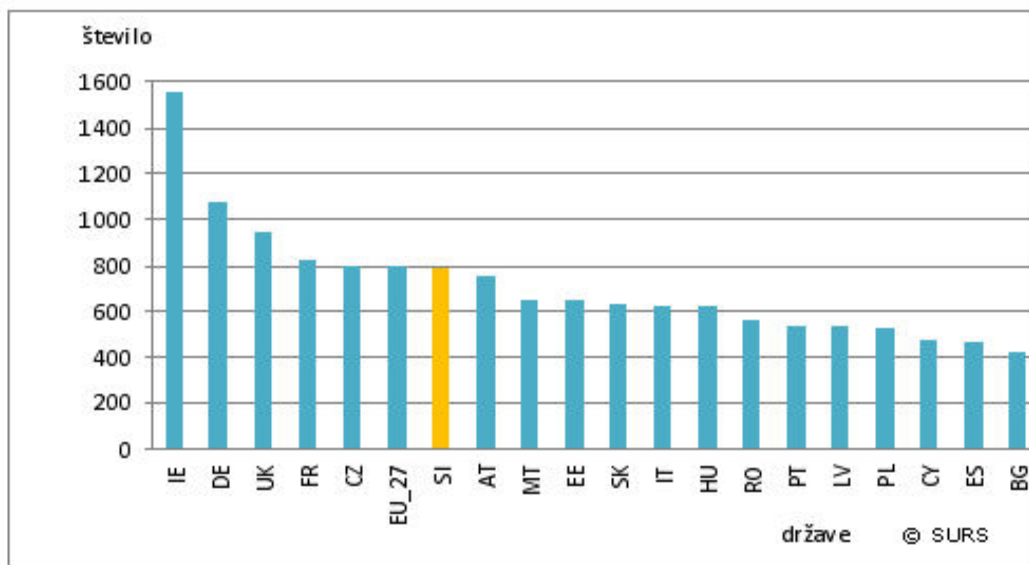
Konec leta	skupaj	ženske	moški	delež moških (%)
2000	15.624	14.410	1.214	7,8
2001	15.607	14.373	1.234	7,9
2002	15.505	14.253	1.252	8,1
2003	15.353	14.072	1.281	8,3
2004	16.672	15.069	1.603	9,6
2005	16.347	14.845	1.502	9,2
2006	16.437	14.745	1.692	10,3
2007	16.658	14.879	1.779	10,7
2008	16.936	15.073	1.863	11,0
2009	16.928	15.032	1.896	11,2
2010	16.947	14.960	1.987	11,7

Vir: SURS/SRDAP (2011).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je imela Slovenija v letu 2008 zaposlenih 780 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev. Povprečje držav članic EU je

v tem letu znašalo 792 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev. Največje število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev je imela Irska in sicer 1551, nato Nemčija 1068, najmanj pa Bolgarija, le 423 (graf 4.6).

Graf 4.6: Število medicinskih sester na 100.000 prebivalcev, EU, 2008



Vir: SURS/ WHO (2011).

Naraščajoča intenzivnost dela v zdravstvenih ustanovah ter demografske spremembe, ki smo jim priča, so podlaga za utemeljitev sprememb kadrovskih normativov. Kot pravi Kos Grabnarjeva, ki je na čelu zdravstvene nege ene največjih zdravstvenih ustanov v Sloveniji in vsakodnevno soočena s sodobnimi problemi v zdravstveni negi, ima menedžment v zdravstveni negi *znanje, vizijo in strategijo razvoja* in se je za voditeljsko vlogo sistematično izobraževal ter je pripravljen prevzeti *odgovornost* (Kos Grabnar 2007, 104). A za to je potreben širši družbeni interes in konsenz na državni ravni. Vsako povečanje zaposlovanja je povezano s finančnimi sredstvi. V času recesije, ki je zajela ves svet, smo priče množičnim opuščanjem delavcev v gospodarstvu in propad sicer dobro stoječih organizacij in podjetij. V javnem zdravstvu in zdravstveni negi je občutiti to breme recesije predvsem v smislu zahtev po zmanjševanju števila zaposlenih (upad zaposlitev obeh profilov viden tudi v organizaciji X v grafu 4.3). Ker je bil problem s kadri močno izražen že pred pojavom svetovne krize in se sedaj le še poslabšuje, so Zbornica-Zveza, Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije in Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego že leta 2007 pripravili predlog in ga posredovali Ministrstvu za zdravje RS. Predlog temelji na stopenjskem reševanju manjka kadra v

zdravstveni negi, saj se vse organizacije dobro zavedajo pomembnosti javnofinančnih učinkov (Filej 2007, 104).

#### ***4.4 Sodelovanje medicinskih sester na državnem nivoju, s sorodnimi strokovnimi združenji in njihova mednarodna dejavnost***

Medicinske sestre so aktivno udeležene tako na državnem nivoju kot v različnih stanovskih in strokovnih združenjih ter v mednarodnih organizacijah.

##### ***4.4.1 Sodelovanje medicinskih sester na področju zdravstvenega varstva na državnem nivoju***

Prisotnost medicinskih sester na vidnejših in pomembnejših funkcijah na državnem nivoju ni zanemarljiva. Področja kjer so od leta 1991 dalje medicinske sestre dobile priložnost za aktivno soustvarjanje in reševanje pomembnih vprašanj in imajo svojo predstavnico so:

- Državni svet Republike Slovenije;
- Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego zakonsko kot organ Ministrstva za zdravje Republike Slovenije ;
- Zdravstveni svet kot najvišji strokovni svetovalni organ Ministrstva za zdravje Republike Slovenije;
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije - medicinska sestra, predstavnica za zdravstveno nego (Cibic 2007, 97).

##### ***4.4.2 Sodelovanje medicinskih sester s sorodnimi stanovskimi in strokovnimi združenji***

Dobro sodelovanje s sorodnimi stanovskimi in strokovnimi združenji je velikega pomena za uspešno delovanje celotnega zdravstvenega tima, ki sledi skupnemu cilju, zagotoviti najboljše pogoje za vzdrževanje zdravja ali povrnitev zdravja slehernemu bolniku. Medicinske sestre so vsakodnevno del tima, v katerem sodelujejo različni strokovnjaki (zdravniki, diplomirani fizioterapevti, diplomirani radiološki inženirji, diplomirani delovni terapevti, farmacevti, diplomirani socialni delavci in številni drugi).



Le dobro izobražen in usklajen tim, ki suvereno združuje znanja iz različnih področij, lahko sledi viziji za doseg najboljših rezultatov.

Dobro delovanje zdravstvenega sistema je zapleteno področje, na katerega vpliva več faktorjev, tako notranjih kot zunanjih. V procesu zdravljenja nikakor ni v ospredju ekonomski vidik uspešnega dela zaposlenih, kot je to značilno za gospodarske dejavnosti (težnja po čim večjem profitu s čim nižjimi stroški). Kljub temu je v ozadju prisotna tudi ekonomija, ki ima v svojih rokah »škarje in platno« (obvezujoče letne pogodbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in predvideni plani dela).<sup>14</sup>

Delovanje v okviru finančnih okvirov, ki so priznani posamezni zdravstveni ustanovi, je namreč omejeno in nadzorovano ter pogosto neusmiljeno. Zdravstveni delavci se tako srečujejo z dilemo, kako v okviru danih finančnih sredstev zagotoviti bolniku najboljšo oskrbo. Vedno pa delujejo v dobro bolnika in sledijo svojim stanovskim kodeksom.

#### ***4.4.3 Mednarodna dejavnost medicinskih sester***

Medicinske sestre Slovenije aktivno sodelujejo tudi v mednarodnih organizacijah in združenjih, kar prinaša večjo prepoznavnost. S sodelovanjem izven meja, sklepanjem poznanstev s strokovnjakinjami/ki drugih držav izboljšujejo in utrjujejo svoj položaj v Sloveniji in pridobivajo na ugledu. Najpomembnejša združenja, kjer soustvarjajo svoje delo so ICN ( Mednarodni svet medicinskih sester), ICM ( Mednarodni svet bobic), EFN (Evropsko združenje medicinskih sester), WENR (Evropsko združenje medicinskih sester raziskovalk), FINE (Evropsko združenje medicinskih sester predavateljic), Evropska in svetovna združenja na specifičnih področjih stroke, sodelujejo pa tudi z bivšimi državami Jugoslavije (Hrvaška, Srbija, Bosna in Hercegovina in Makedonija).

---

<sup>14</sup> Letne pogodbe ZZZS so obvezujoče. Vsaka ustanova dobi letni plan in jasno določen obseg dela za tekoče leto, ki ga je dolžna izpolniti. Opredeljene so tako storitve kot samo število oskrbovanih bolnikov.

## **5 USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN ZASEBNEGA ŽIVLJENJA MEDICINSKIH SESTER**

Družina je danes razbremenjena svoje proizvodne funkcije. Po zgodovinski ločitvi delovnega mesta in družine tudi poklicno delo zunaj doma vpliva na družinsko življenje. Pri poklicnem življenju ni veliko dilem ali razlik v samem pojmovanju. Za to obliko velja, da je produktivno delo zunaj doma (javna sfera), opravljata ga lahko tako ženska kot moški in obema zagotavlja ekonomsko stabilnost. O zasebnem življenju (privatna sfera) pa se krešejo različna mnenja, teorije, miti, razlage strokovnjakov - predstavnikov različnih obdobj in prepričanj. Jedro diskurza je vloga ženske v družini, pogled na vrednost opravljenega dela za družino (skupnost), vrednost le-tega v primerjavi s plačanim delom v javni sferi in zavedanje o vrednosti opravljenega dela tistih, ki ga opravljajo. Osebnostne lastnosti akterjev in družbeno okolje omogočajo ustvarjanje določenih privilegijev in dokazovanje moči eni strani, drugi pa vsiljujejo podrejeno vlogo.

Kot je sklepal Grint, je delo družbeno opredeljeno, »vsaka definicija mora biti značilna za določeno družbo ob določenem času« (v Haralambos 1999, 185). Menil je, da so imele največji vpliv moške definicije dela, ki večjega dela naporov žensk niso obravnavali kot delo. V zvezi s tem stališčem je zapisal: »Podrejeni in s spolom pogojeni status domačega dela, ki ga na splošno razvrščamo kot ne-delo, je pomemben, ker nas spominja na značilnosti patriarhalne ideologije pri vrednotenju dela« (prav tam). Formalno opravljeno delo v javni sferi je cenjeno, priznано in pomembno saj zagotavlja ekonomsko neodvisnost. Neformalno delo v privatni sferi (gospodinjsko delo) pa je »nevidno« in zato prezrto oziroma samoumevno. Uspešno združevanje obeh sfer je odvisno od razumevanja in sodelovanja partnerjev. Toliko večji poudarek dobita besedi »razumevanje in sodelovanje« v primeru, ko zaradi narave dela partnerja opravljata delo v manj prijaznih oblikah dela.

Zdravstvene ustanove (zlasti bolnišnice, ki zagotavljajo 24 urno oskrbo bolnikov), zahtevajo posebno organizacijo dela. Zdravstveno osebje in podporne službe se morajo na relaciji delo-družina načinu dela prilagoditi ne glede na situacijo v kateri se znajdejo. Zato se bom osredotočila predvsem na težje pogoje, v katerih delajo medicinske sestre v organizaciji X in ki otežujejo uspešno združevanje njihovega poklicnega in zasebnega življenja.

## ***5.1 Multiplost vlog in njihovo usklajevanje***

Neplačano delo v okviru družine je navzlic nekaterim spremembam še močno spolno deljeno. Kot ugotavlja Joganova (1998, 994) še vedno prevladujejo spolno neenaka družbena pričakovanja glede dela ženske v javni in privatni sferi in ne spodbujajo k usklajevanju med javno in privatno vlogo žensk. Zaradi povečevanja žensk, ki zmorejo dobro usklajevati obe sferi, ne da bi se ob tem pojasnilo na kakšen način lahko to dosežejo (razbremenitev/delitev dela v privatni sferi), problem ostaja še naprej »zamegljen«. Po mnenju Kanjuo-Mrčele (2002, 42) se zaradi vse večje prisotnosti žensk v javni sferi plačanega dela počasi podirajo tudi prej prisotni koncepti vezani na delitev spolnih in delovnih vlog, a na primer, feminizacija dela še vedno ni spremenila podrejenega položaja žensk v sferi plačanega dela in njihove večje obremenjenosti z obveznostmi v sferi neplačanega dela. Tudi trditev Helgesenove, zagovornice ženskega stila menedžmenta, si zasluži pozornost ko pravi, da »materinska vloga ženske zahteva zelo podobne spretnosti kot menedžerska: organizacijo, tempo, uravnovešanje konfliktnih zahtev, učenje, vodenje, usmerjanje, opazovanje, ravnanje z motnjami, informiranje« (Kanjuo-Mrčela 1996).

Zanimiv je pogled in odnos moških do delitve dela v družini. V kolikor opravljajo hišno delo (ali zgolj sodelujejo), to smatrajo kot »pomoč ženi« (z besedami kot na primer: »sem ti pomil ali sem ti pospravil« in podobno). Hišna opravila namreč veljajo za »ženska«, medtem ko za »moška« veljajo skrb za vrt (košnja), popravila v hiši, skrb za avtomobil in podobno. Usklajevanje socialnih stikov (načrtovanje družinskih praznikov, obdarovanja prijateljev in družinskih članov, sodelovanje pri šolskih projektih otrok), skrb za ostarele in nudenje pomoči, v kolikor jo potrebujejo, je po mnenju moških bolj pričakovati z ženske strani. Za tovrstne dejavnosti naj bi imele več »potrpljenja« in »razumevanja«.

Zaradi okoliščin v zdravstvenem sistemu kot tudi v drugih dejavnostih, na katere ženske/medicinske sestre nimajo vpliva in povečevanja obsega storitev v privatni sferi, jim pogosto zmanjkuje časa za dejavnosti v smislu »storiti nekaj zase«. Za to veliko aktivnosti opravijo v tako imenovanem prostem času, katerega meje z delom se vedno bolj brišejo. Namesto sprostitve po zaključenem formalnem delu, ostajajo neizogibne družinske/starševske obveznosti, ki so običajno natančno časovno opredeljene. To povzroča dodatno obremenitev in stres (na primer: obisk zdravnika/zobozdravnika,

razne prostočasne dejavnosti otrok, šolski sestanki in podobno). Konflikt interesov je neizbežen, posledično pa lahko povzroči tudi »beg« v bolezni in / ali razne odvisnosti.

V današnjem času, ko je povezovanje obeh sfer, zasebne/privatne in javne/profesionalne, ustaljena oblika funkcioniranja družin in s predpostavko, da je ta dvojnost v večini primerov naložena ženskam, se postavi vprašanje o dvojni obremenitvi in posledicah. Že Oakleyeva (2000) je dokazovala, da ženske vse bolj prevzemajo dvojno breme, ko obdržijo »gospodinjstvo« v okviru doma, hkrati pa opravljajo plačano delo. V preteklosti so ženske iz višjega sloja lahko dobile pomoč za hišna dela in za vzgojo otrok. Tudi danes ima sodobna ženska možnost, da pridobi pomoč in delegira delo naprej, skrb za organizacijo, izvedbo in nadzor delegiranega dela pa ji ostane. Ne smemo spregledati dejstva, da je vključevanje plačane pomoči za gospodinjska oziroma družinska dela najpogosteje v obliki dela na črno (siva ekonomija). Za osebo, ki sprejme tako delo to sicer pomeni vir zaslužka, ne zagotavlja pa ji socialne varnosti (zdravstveni, socialni ter pokojninski prispevki, delovna doba) in jo pahne v podrejen položaj. Najpogosteje se na tako nereguliranem področju dela zaposluje ženske, zlasti iz najbolj ranljivih skupin (iskalke prve zaposlitve, priseljenke, nizko izobražene, obubožane ženske).

## **6 EMPIRIČNI DEL - RAZISKAVA**

### ***6.1 Namen raziskave in opredelitev raziskovalnega problema***

Namen raziskave je bil ugotoviti možnosti usklajevanja plačanega dela in družinskega življenja zaposlenih v organizaciji X. Ustrezne odgovore sem pridobila s pomočjo vprašalnika, ki sem ga oblikovala za zaposlene v zdravstveni negi, ki so dnevno soočeni z dano situacijo.

Pred izvedbo ankete sem pričakovala, da bo analiza vprašalnikov potrdila mojo domnevo glede večje obremenjenosti medicinskih sester z družinskimi opravili (gospodinjsko in skrbstveno delo) v primerjavi z njihovimi partnerji, prav tako pa tudi v primerjavi z moškimi sodelavci v enakem poklicu ter majhno izkoriščenost drugih, prijaznejših oblik zaposlitve in dela, ki jim jo omogoča zakonodaja. Pričakovala sem tudi, da bo percepcija poklica in dela medicinske sestre/zdravstvenega tehnika različna glede na spol.

### ***6.2 Vzorec in izvedba raziskave***

K anketi so bili povabljeni vsi zaposleni v zdravstveni negi na bolniških oddelkih v organizaciji X. Ciljna skupina so bili diplomirane in srednje medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki in zdravstveni tehniki organizaciji X. Anketiranih je bilo 59 zaposlenih v zdravstveni negi, 43 žensk in 16 moških. Skupaj je bilo 80% zaposlenih, ki pretežno opravljajo delo v dveh ali treh delovnih izmenah in 20% zaposlenih, ki pretežno opravljajo delo v eni delovni izmeni.

Dne, 11.3.2011 sem razdelila 64 anonimnih vprašalnikov s priloženimi kuvertami za odgovor.

Rok za vračilo izpolnjenih vprašalnikov je bil deset dni. Do predvidenega roka sem prejela 59 (92,2%) pravilno izpolnjenih vprašalnikov, uporabnih za analizo. Od petih vprašalnikov trije niso bili uporabni za analizo (manjkajoči podatki), dva vprašalnika pa nista bila izpolnjena.

### **6.2.1 Vsebinski načrt raziskave**

V empiričnem delu sem s pomočjo kvantitativne raziskovalne metode – anketiranja s pomočjo strukturiranega vprašalnika, pridobila podatke in opravila analizo. Vprašalnik je bil zaprtega tipa in je vseboval 37 vprašanj, ki so bila razdeljena v tri tematske sklope: splošni podatki, organizacija dela in usklajevanje družinskega življenja in dela.

Domnevala sem, da v obstoječem zdravstvenem sistemu obstaja več problemov pri uspešnem usklajevanju delovnega in zasebnega življenja medicinskih sester. Z vprašalnikom sem želela pridobiti odgovore na naslednja vprašanja:

- demografski podatki: starost, spol, bivanje/oddaljenost stalnega bivališča, zakonski status, število otrok in izobrazba;
- delovno mesto;
- oddaljenost stalnega bivališča zaposlenih od kraja zaposlitve;
- razporeditev delovnega časa;
- morebitne neenakosti med spoloma na delovnem mestu;
- dostopnost vzgojno-varstvenih ustanov;
- možnosti za dodatne aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi izven delovnega področja (rekreacija, dodatno izobraževanje);
- katere oblike odsotnosti partnerja koristita za nego in varstvo otrok (po rojstvu otroka/porodniški dopust in kasneje bolniške odsotnosti po vrnitvi na delo zaradi nege bolnega otroka);
- kako vplivajo na življenje manj prijazne oblike pogodb o zaposlitvi;
- kako vplivajo na življenje relativno nizki osebni dohodki.

## **6.3 Analiza empiričnih podatkov**

### **6.3.1 Spol anketirancev**

Med 59 anketiranimi zaposlenimi je bilo 43 žensk in 16 moških (tabela 6.1).

Tabela 6.1: Spol anketirancev

<b>Spol</b>	<b>Ženske</b>	<b>Moški</b>	<b>Skupaj</b>
Število	43	16	59
%	84,3	15,7	100

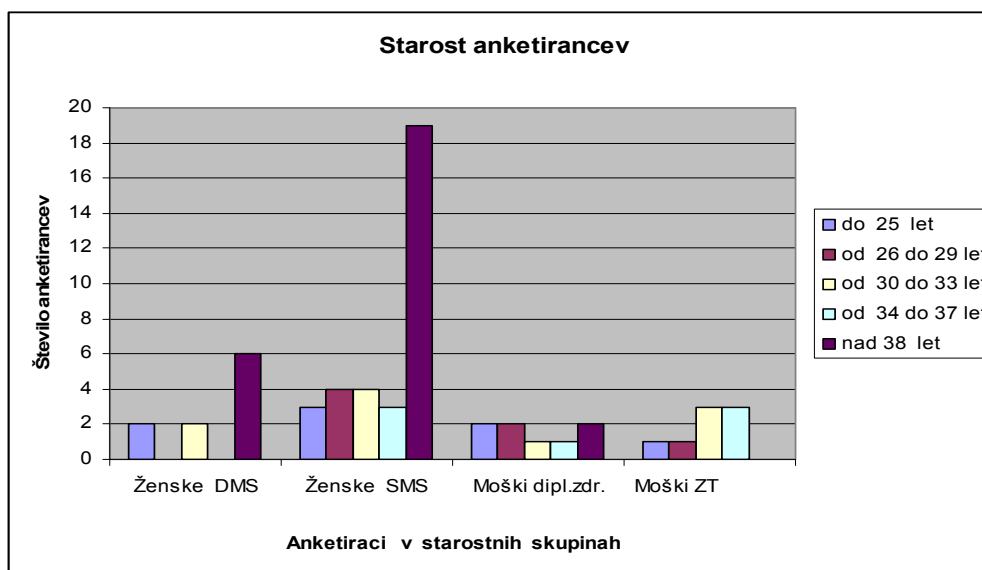
### 6.3.2 Starost anketirancev

Pri diplomiranih medicinskih sestrah (DMS) 60% in pri srednjih medicinskih sestrah (SMS) 57,5%, prevladuje starostna skupina nad 38 let. Več moških diplomiranih zdravstvenikov (dipl.zdr.) je mlajših od 30 let (50%), zdravstvenih tehnikov (ZT) pa je več v skupini od 30 do 37 let (75%), (tabela 6.2, graf 6.1).

Tabela 6.2: Starost anketirancev

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
do 25 let	2	3	2	1
od 26 do 29 let	0	4	2	1
od 30 do 33 let	2	4	1	3
od 34 do 37 let	0	3	1	3
nad 38 let	6	19	2	0

Graf 6.1: Starost anketirancev



### 6.3.3 Strokovna izobrazba

Od vseh anketiranih je bilo 33 srednjih in 10 diplomiranih medicinskih sester, 8 zdravstvenih tehnikov in 8 diplomiranih zdravstvenikov (tabela 6.3).

Tabela 6.3: Strokovna izobrazba

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT	Skupaj
število	10	33	8	8	59

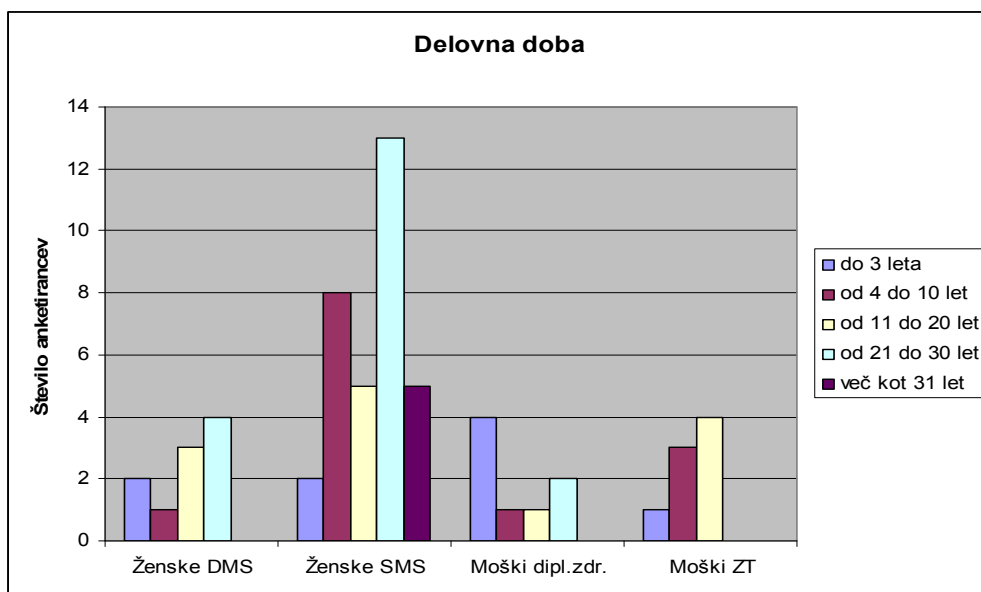
### 6.3.4 Skupna delovna doba

Podatki kažejo, da ima največ diplomiranih in srednjih medicinskih sester skupno delovno dobo od 21 do 30 let, zdravstveni tehniki pa med 4 in 20 let. Od diplomiranih zdravstvenikov ima kar polovica delovno dobo manj od treh let (tabela 6.4, graf 6.2). Ti podatki jasno kažejo na kasnejše vključevanje moških v poklic zdravstvenega tehnika ali diplomiranega zdravstvenika.

Tabela 6.4: Delovna doba

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
do 3 leta	2	2	4	1
od 4 do 10 let	1	8	1	3
od 11 do 20 let	3	5	1	4
od 21 do 30 let	4	13	2	0
več kot 31 let	0	5	0	0

Graf 6.2: Delovna doba





### 6.3.5 Razlog izbire poklica

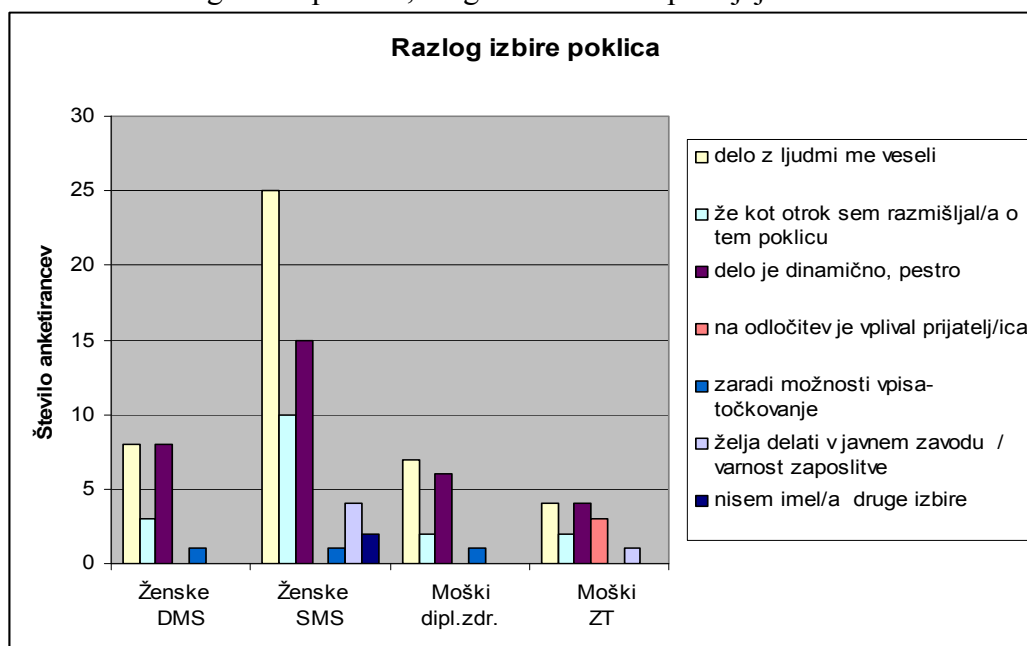
80% diplomiranih medicinskih sester in 87,5% diplomiranih zdravstvenikov ter večina srednjih medicinskih sester (75%) se je odločila za poklic zato, ker jih delo z ljudmi veseli in ker je dinamično in pestro. Srednje medicinske sestre so o tem poklicu razmišljale že v otroštvu, v manjši meri pa jim je veliko pomenila tudi varna zaposlitev v javnem sektorju.

Polovica zdravstvenih tehnikov se je odločila za ta poklic zato, ker jih delo z ljudmi veseli in ker je dinamično in pestro, v manjši meri pa tudi na prigovarjanje prijateljev (tabela 6.5, graf 6.3).

Tabela 6.5: Razlog izbire poklica, ki ga anketiranci opravljajo

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
delo z ljudmi me veseli	8	25	7	4
že kot otrok sem razmišljal/a o tem poklicu	3	10	2	2
delo je dinamično, pestro	8	15	6	4
na odločitev je vplival prijatelj/ica	0	0	0	3
zaradi možnosti vpisa-točkovanje	1	1	1	0
želja delati v javnem zavodu / varnost zaposlitve	0	4	0	1
nisem imel/a druge izbire	0	2	0	0

Graf 6.3: Razlog izbire poklica, ki ga anketiranci opravljajo



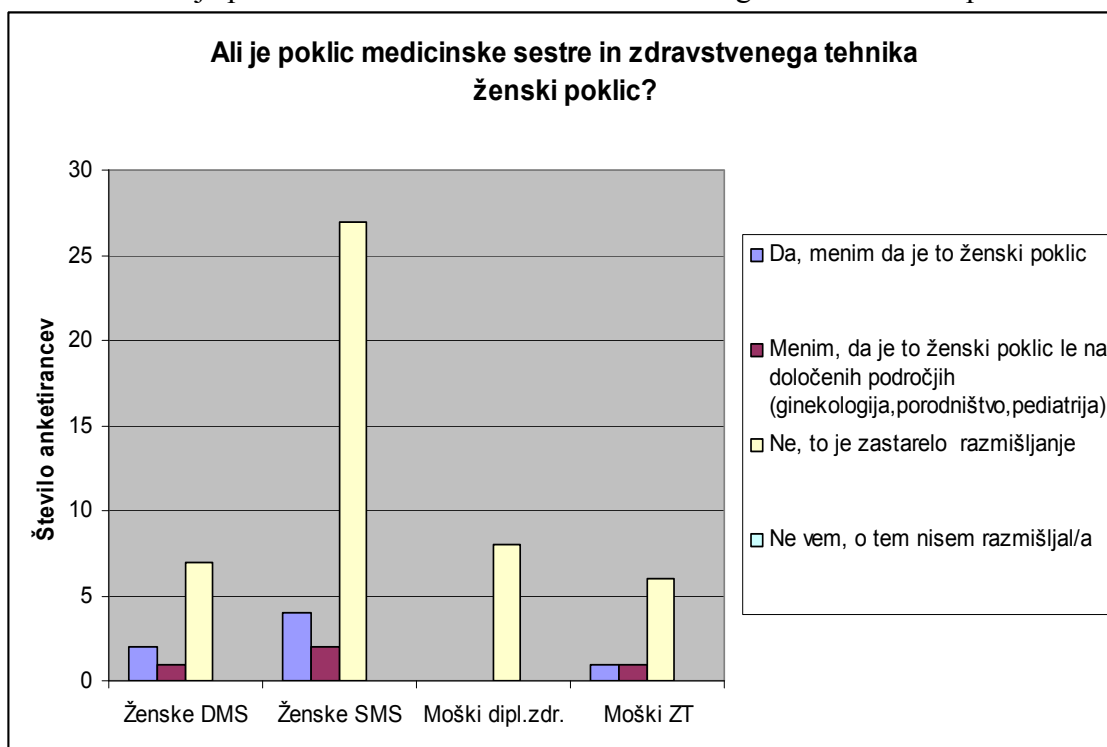
### 6.3.6 Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?

Večina anketirancev (78,4 %), tako žensk kot moških in ne glede na stopnjo izobrazbe meni, da je to razmišljanje zastarelo. Samo 7,8% anketirancev je prepričanih, da je morda na določenih področjih, kot so ginekologija, porodništvo in pediatrija, ta poklic res bolj ženski. 13,7% anketirancev pa je vseeno prepričanih, da je to predvsem ženski poklic (tabela 6.6, graf 6.4).

Tabela 6.6: Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?

Možni odgovori	Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
Da, menim da je to ženski poklic		2	4	0	1
Menim, da je to ženski poklic le na določenih področjih (ginekologija,porodništvo,pediatrija)		1	2	0	1
Ne, to je zastarelo razmišljanje		7	27	8	6
Ne vem, o tem nisem razmišljal/a		0	0	0	0

Graf 6.4: Ali je poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ženski poklic?



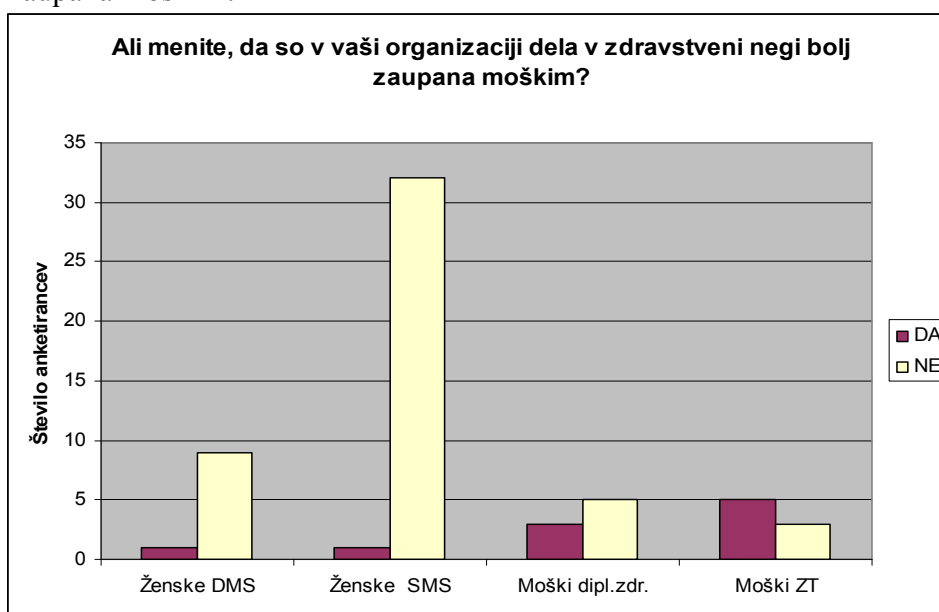
### 6.3.7 Ali so v organizaciji X določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškim?

86,3% diplomiranih in srednjih medicinskih sester ter več kot polovica diplomiranih zdravstvenikov meni, da v organizaciji X določena dela niso bolj zaupana moškim, medtem ko je več kot polovica zdravstvenih tehnikov prepričanih, da so (tabela 6.7, graf 6.5).

Tabela 6.7: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškim?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
Možni odgovori				
DA	1	1	3	5
NE	9	32	5	3

Graf 6.5: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškim?



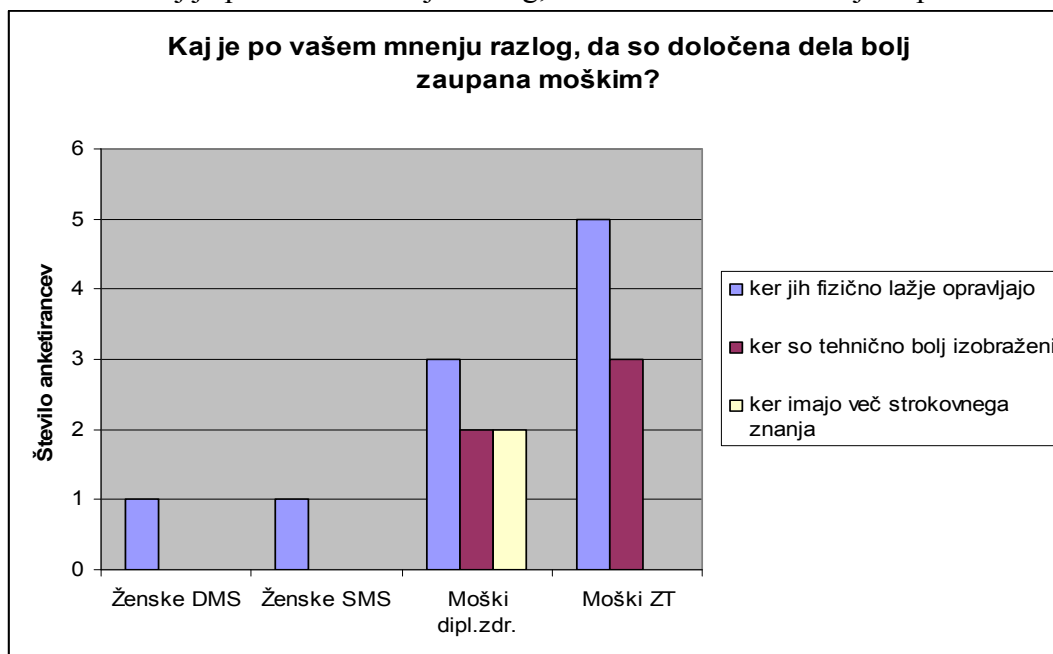
### 6.3.8 Kaj je razlog, da so določena dela bolj zaupana moškim?

Dve anketiranki menita, da so v njihovi organizaciji določena dela bolj zaupana moškim zato, ker jih fizično lažje opravljajo. Polovica moških anketirancev je prepričanih, da ne samo zato, ker jih fizično lažje opravljajo, temveč tudi zato, ker so tehnično bolj izobraženi (tabela 6.8, graf 6.6).

Tabela 6.8: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana moškim?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
ker jih fizično lažje opravljajo	1	1	3	5
ker so tehnično bolj izobraženi	0	0	2	3
ker imajo več strokovnega znanja	0	0	2	0

Graf 6.6: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana moškim?



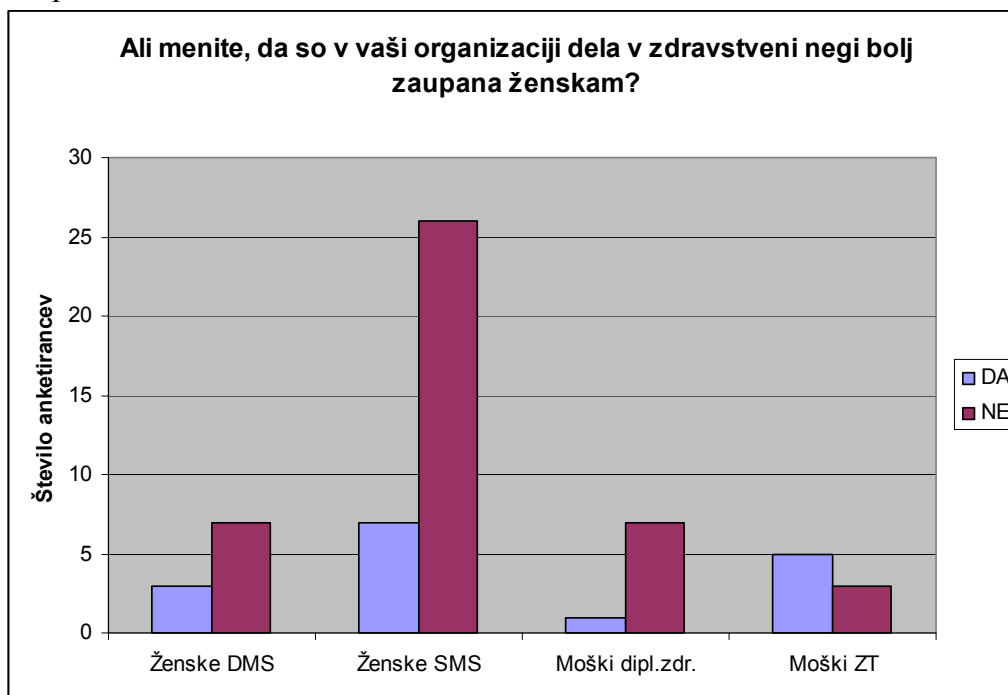
### 6.3.9 Ali so v organizaciji X določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?

Ena tretjina diplomiranih medicinskih sester in ena petina srednjih medicinskih sester meni, da so določena dela bolj zaupana ženskam. Diplomirane medicinske sestre navajajo, da so to dela predvsem na področju pediatrije, srednje medicinske sestre pa da so to dela na področju ginekologije in delo z otroci. Več kot polovica zdravstvenih tehnikov (62,5%) meni, da so določena dela kot na primer nega žensk, nega starejših bolnikov in delo z otroci bolj zaupana ženskam, medtem ko so skoraj vsi diplomirani zdravstveniki prepričani, da temu ni tako (tabela 6.9, graf 6.7).

Tabela 6.9: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
DA	3	7	1	5
NE	7	26	7	3

Graf 6.7: Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?



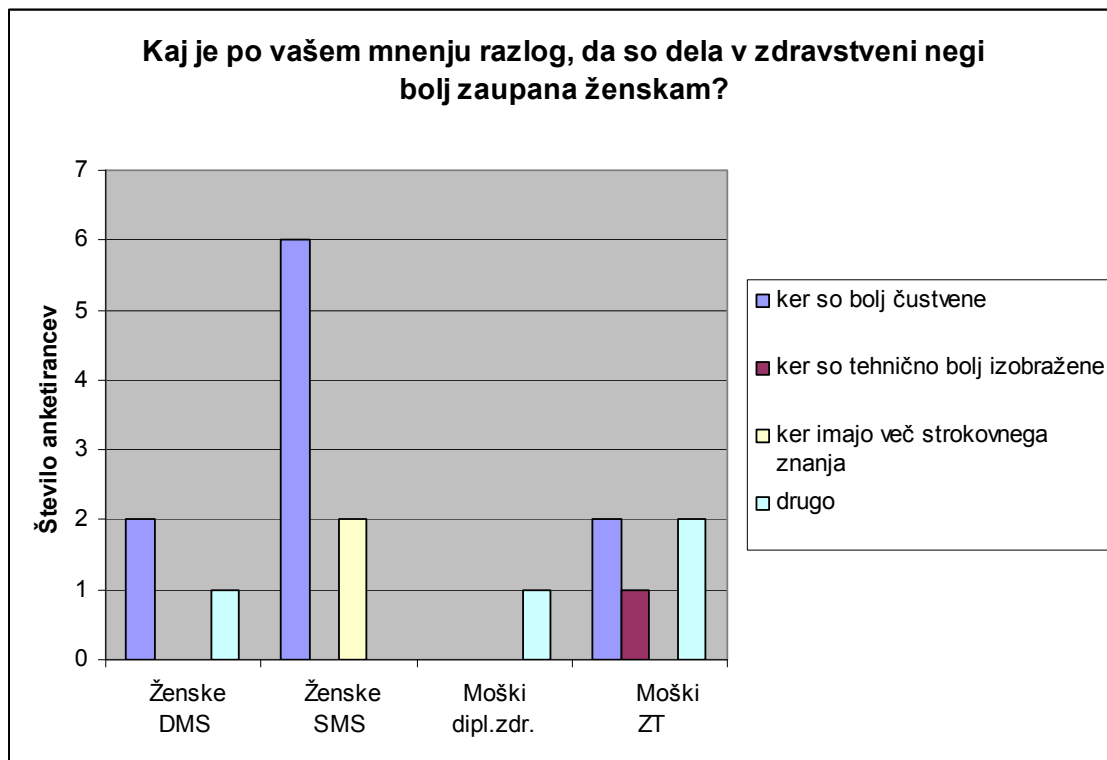
### 6.3.10 Kaj je razlog, da so določena dela bolj zaupana ženskam?

Diplomirane medicinske sestre kot razlog navajajo večjo čustvenost in menijo, da bi bilo deklicam neugodno, če bi jih negovali moški. Srednje medicinske sestre so prepričane, da imajo poleg večje čustvenosti tudi več strokovnega znanja. Moški anketiranci navajajo večjo čustvenost in empatijo in so prepričani, da do določenih del pridejo težje zato ker so le-ta že skoraj tradicionalno »ženska« (tabela 6.10, graf 6.8).

Tabela 6.10: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možnost odgovorov</b>				
ker so bolj čustvene	2	6	0	2
ker so tehnično bolj izobražene	0	0	0	1
ker imajo več strokovnega znanja	0	2	0	0
drugo	1	0	1	2

Graf 6.8: Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?



## 6.4 Organizacija dela v organizaciji X

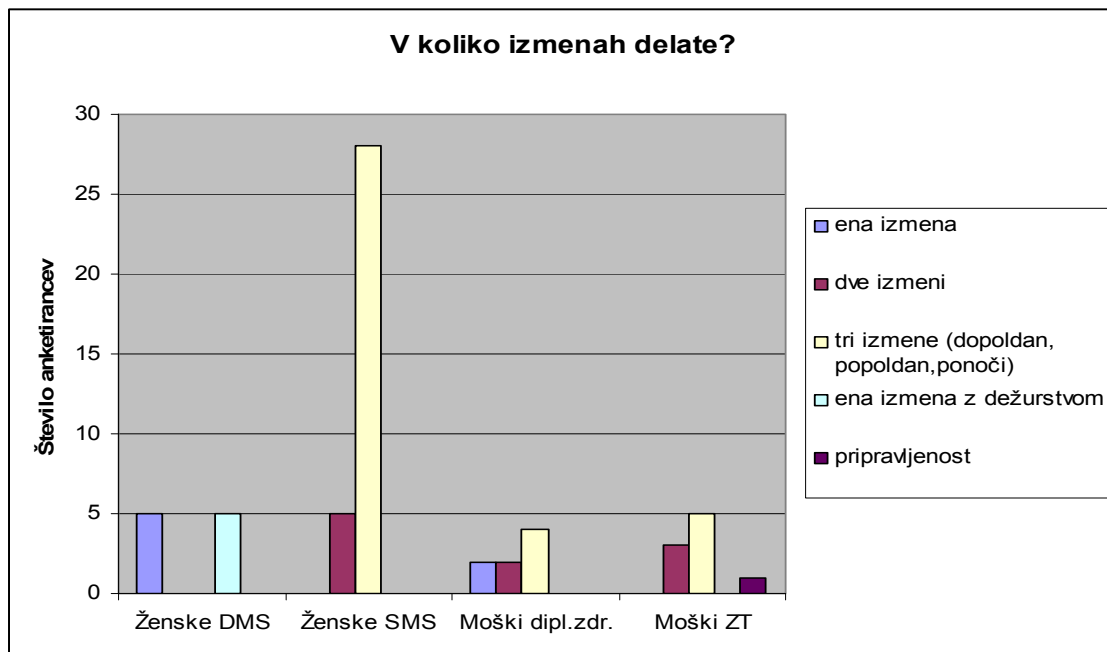
### 6.4.1 Izmensko delo

Polovica diplomiranih medicinskih sester dela samo v dopoldanski izmeni, druga polovica pa v dopoldanski izmeni z dežurstvom. Kar 84,8% srednjih medicinskih sester dela v treh izmenah, ostale v dveh, dopoldne in popoldne. Polovica diplomiranih zdravstvenikov in 62,5% zdravstvenih tehnikov dela v treh izmenah, ostali v dveh (tabela 6.11, graf 6.9).

Tabela 6.11: V koliko izmenah delate?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
ena izmena	5	0	2	0
dve izmeni	0	5	2	3
tri izmene (dopoldan, popoldan, ponoči)	0	28	4	5
ena izmena z dežurstvom	5	0	0	0
pripravljenost	0	0	0	1

Graf 6.9: V koliko izmenah delate?



***Delo v eni in dveh izmenah:*** diplomirane medicinske sestre opravljajo delo v dopoldanskem ali popoldanskem času (osem urni delavnik), po 15.00 uri pa nastopijo dežurno službo, ki traja do 7.00 ure naslednjega dne. Ob sobotah in nedeljah je zagotovljena 24 urna prisotnost ene diplomirane medicinske sestre. Ta oblika dela predstavlja precejšen napor za zaposlene, ki praviloma ostajajo na delovnem mestu tudi naslednji dan po zaključenem dežurstvu in opravijo še dopoldansko izmeno. Zaradi manjka kadra (večji odstotek odsotnosti zaradi bolezni, porodniškega dopusta), organizacija ne more vedno zagotoviti ustreznega nadomestila po dežurni službi. Zaposlene medicinske sestre so tako obremenjene še z nadurno obliko dela, ki je postala že kar samoumevna.

***Delo v treh izmenah:*** srednje medicinske sestre in zdravstveni tehniki na bolniških oddelkih opravljajo delo v treh izmenah. Večinoma imajo urnik dela prilagojen tako, da se dopoldansko, popoldansko in nočno delo izmenjujejo na tri oziroma štiri dni. Zaradi napornega dela v nočni izmeni (porušen normalni bioritem), je ta način organizacije dela za srednje medicinske sestre in zdravstvene tehnike še najbolj sprejemljiv in za delo varen. Delo ob nedeljah in praznikih je razdeljeno na 12 ur stalne prisotnosti (ponovno dnevna in nočna oblika dela). Tudi pri srednjih medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih je nadurna oblika dela že skoraj samoumevna, saj se le na ta način lahko organizira nemoten potek dela. Prav tako kot pri diplomiranih medicinskih sestrah, je tudi ta oblika organizacije dela zelo neprijazna, saj prinaša zaposlenim obilo težav pri urejevanju in usklajevanju zasebnega življenja.

Če povežemo podatke o neprijaznih oblikah dela v zdravstveni negi (dežurstvo in izmensko delo), kjer je še vedno zaposlena večina žensk z dejstvom, da delo v privatni sferi kljub zaposlitvi še vedno ostaja pretežno ženskam, jasno vidimo, kako velika je dejansko obremenitev žensk.

Današnje delovne razmere so bolj negotove kot v preteklosti in vse kaže, da se negotovost iz leta v leto samo še povečuje. Od zaposlenih se pričakuje večja mobilnost, fleksibilnost, angažiranost, motiviranost in pripadnost. Nestabilne oblike zaposlovanja so se v času recesije še povečale, s tem pa povzročile dodaten pritisk na zaposlene in tudi na iskalce zaposlitev.

#### ***6.4.2 Oblika pogodbe o zaposlitvi (trajnost zaposlitve) v organizaciji X***

Raziskava je pokazala, da ima v organizaciji X 90% zaposlenih diplomiranih medicinskih sester sklenjeno pogodbo o zaposlitvi za nedoločen čas in le 10% za določen čas. Prav tako imajo visok odstotek sklenjenih pogodb za nedoločen čas (90,9%) srednje medicinske sestre, le 9,15% ima sklenjeno pogodbo za določen čas. Med moškimi anketiranci ima pogodbo za nedoločen čas 87,5% zdravstvenih tehnikov in diplomiranih zdravstvenikov, 12,5% pa za določen čas. Drugih oblik pogodb med zaposlenimi v organizaciji X v času raziskave ni bilo.

Ob nastopu dela zaposleni v organizaciji X podpišejo pogodbo o zaposlitvi, ki je obojestransko zavezujoča in vsebuje poleg opisa delovnega mesta tudi obliko zaposlitve (določen/nedoločen čas), mesto delovanja, v skladu s Pravilnikom o sistemizaciji delovnih mest, določeno plačilo ter obveznosti delavca in delodajalca. Natančno je opredeljeno, da delodajalca (v tem primeru organizacijo X) in delavca obvezujejo Kolektivna pogodba za javni sektor, Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije in Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi (Uradni list Republike Slovenije). Obe strani sta dolžni upoštevati Uredbe o napredovanju javnih uslužbencev v plačne razrede, delovni uspešnosti in druge, ki so zapisane v pogodbi o zaposlitvi ter spoštovati Splošne akte delodajalca kot so Statut organizacije X in številni Pravilniki, ki urejajo organizacijo in pristojnosti, sistemizacijo delovnih mest, delovni čas in vrednotenje delovnega časa, konkurenčno prepoved, varovanje osebnih in drugih pomembnih podatkov, predpisano delovno obleko, službene odsotnosti, povečan obseg dela in disciplinsko ter odškodninsko odgovornost. V pogodbi je tudi jasno opredeljen postopek v primeru redne odpovedi, ki je v skladu z določili Zakona o delovnih razmerjih Republike Slovenije.

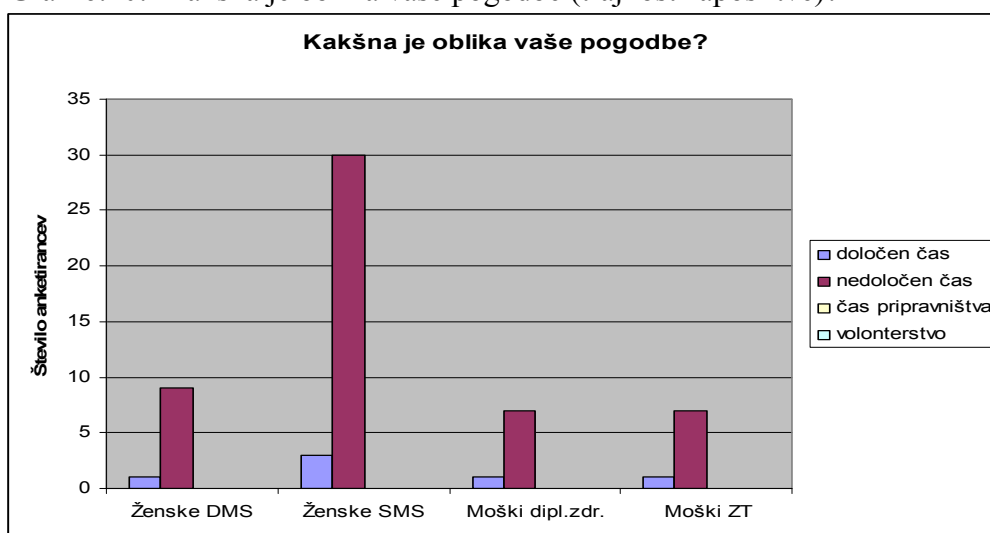


Sklenitev delovnega razmerja predstavlja vsakemu zaposlenemu pomembno osnovo za ureditev osebnega življenja. Oblike sklepanja delovnega razmerja so različne. V preučevani organizaciji X prevladujejo pogodbe za nedoločen čas pri vseh zaposlenih. Le manjšina mlajših zaposlenih ima pogodbo za določen čas (tabela 6.12, graf 6.10).

Tabela 6.12: Kakšna je oblika vaše pogodbe (trajnost zaposlitve)?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
določen čas	1	3	1	1
nedoločen čas	9	30	7	7
čas pripravištva	0	0	0	0
volonterstvo	0	0	0	0

Graf 6.10: Kakšna je oblika vaše pogodbe (trajnost zaposlitve)?



### 6.4.3 Oblika dela

Vsi anketiranci imajo sklenjeno pogodbo za polni delovni čas, le ena anketiranka, srednja medicinska sestra ima zaradi bolezni začasno skrajšan delovni čas (tabela 6.13).

Tabela 6.13: Kakšna je vaša oblika dela?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
polni delovni čas	10	32	8	8
začasno skrajšani delovni čas	0	1	0	0
trajno skrajšani delovni čas	0	0	0	0
drugo	0	0	0	0

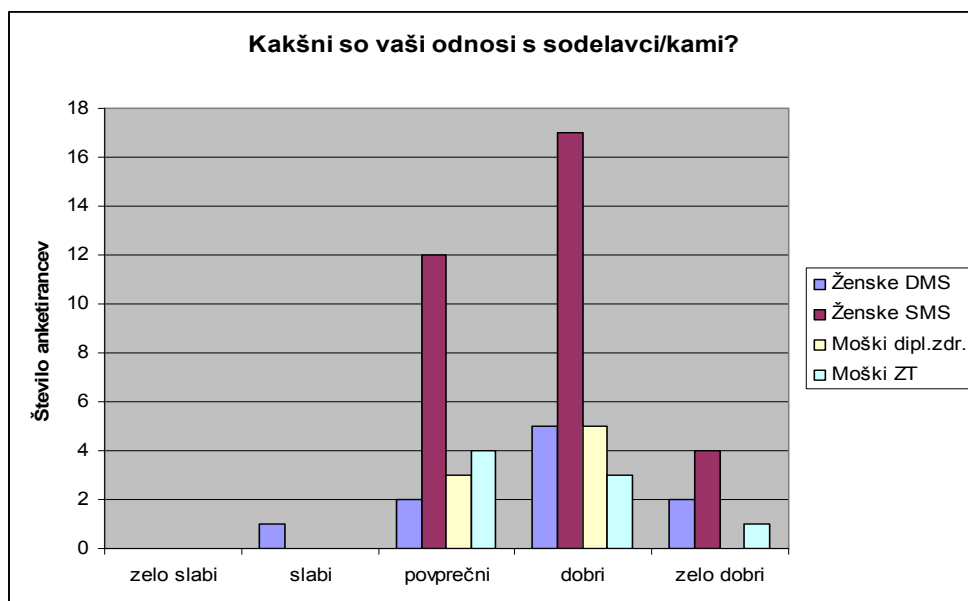
#### 6.4.4 Odnosi s sodelavci in sodelavkami

Polovica diplomiranih in srednjih medicinskih sester ocenjuje odnose s sodelavci in sodelavkami kot dobre, ena četrtnina kot povprečne, ostale pa kot zelo dobre. Polovica zdravstvenih tehnikov ocenjuje odnose kot povprečne, 37,5% kot dobre in 12,5 kot zelo dobre. Več kot polovica diplomiranih zdravstvenikov meni, da so odnosi dobri, ostali pa povprečni. Ena diplomirana medicinska sestra ocenjuje, da so odnosi slabi (tabela 6.14, graf 6.11).

Tabela 6.14: Kakšni so vaši odnosi s sodelavci/kami?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
zelo slabi	0	0	0	0
slabi	1	0	0	0
povprečni	2	12	3	4
dobri	5	17	5	3
zelo dobri	2	4	0	1

Graf 6.11: Kakšni so vaši odnosi s sodelavci/kami?



#### 6.4.5 Osebni dohodek

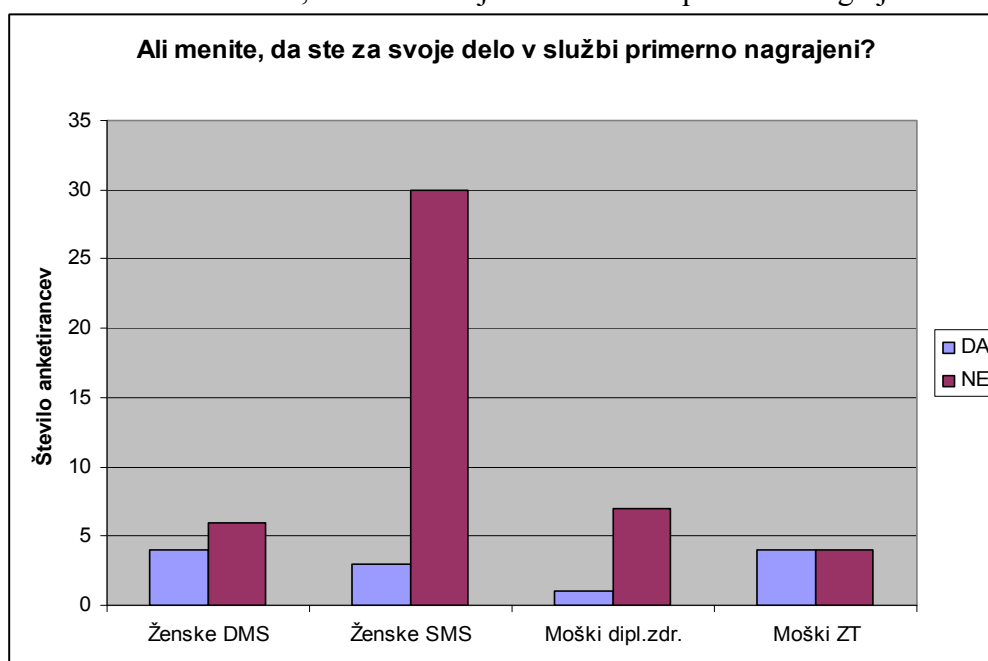
60% diplomiranih medicinskih sester in 90,9% srednjih medicinskih sester ter 50% zdravstvenih tehnikov in 87,5% diplomiranih zdravstvenikov meni, da za svoje delo v službi niso primerno nagrajeni (tabela 6.15, graf 6.12). Med zaposlenimi z visoko izobrazbo so, v primerjavi z ženskimi kolegicami, moški diplomirani zdravstveniki

veliko bolj izrazili nezadovoljstvo s plačo, ki jo prejemaajo za svoje delo. Med zaposlenimi s srednjo izobrazbo, ki opravljajo delo v treh izmenah, so večje nezadovoljstvo izrazile ženske, srednje medicinske sestre, ki imajo v povprečju veliko več delovne dobe od moških kolegov in se zavedajo, da za napredovanje na trenutnem delovnem mestu nimajo več možnosti. Diplomirani zdravstveniki so mlajši, z manj delovne dobe, a ambiciozni. Glede na odgovore iz vprašalnika so njihova pričakovanja večja. V svoj poklic so pripravljeni veliko vložiti in se razvijati, zato so tudi jasno izrazili razočaranje nad prejetim osebnim dohodkom.

Tabela 6.15: Ali menite, da ste za svoje delo v službi primerno nagrajeni?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
DA	4	3	1	4
NE	6	30	7	4

Graf 6.12: Ali menite, da ste za svoje delo v službi primerno nagrajeni?



Po podatkih Statističnega urada Slovenije je povprečna mesečna bruto plača oseb, ki so opravljale poklic medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v letu 2009 znašala 1.733 EUR. To je bilo skoraj za 220 EUR več kot v predhodnem letu (podatki zajemajo le tiste osebe, ki so opravljale poklic medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika in so bile celo leto zaposlene pri istem delodajalcu, s polnim delovnim časom). Plača žensk v tem poklicu je bila za 2,5 % nižja od plače njihovih poklicnih kolegov, vendar se je ta

razlika zmanjševala v primerjavi s prejšnjimi leti. Leta 2004 je bila razlika v prid moškim zaposlenim kar 6% (tabela 6.16).

Tabela 6.16: Povprečne mesečne bruto plače v poklicu medicinska sestra/zdravstveni tehnik

Leto	Povprečna mesečna bruto plača (EUR)		
	skupaj	ženske	moški
2004	1.241	1.235	1.306
2005	1.267	1.273	1.335
2006	1.313	1.308	1.364
2007	1.362	1.356	1.415
2008	1.517	1.511	1.568
2009	1.733	1.728	1.771

Vir: SURS (2011).

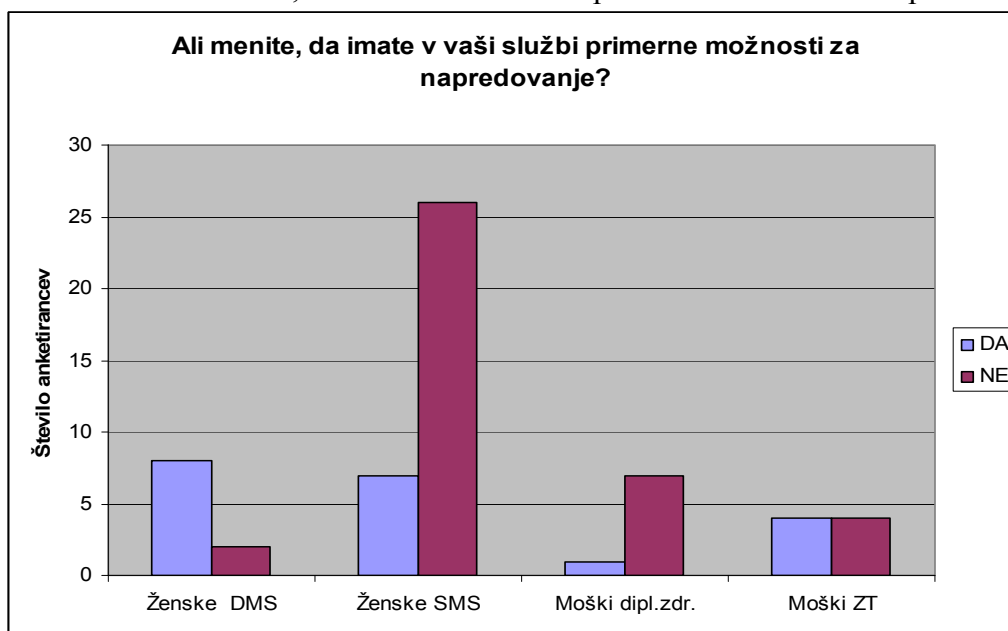
#### 6.4.6 Možnosti za napredovanje v organizaciji X

80% diplomiranih medicinskih sester in 50% zdravstvenih tehnikov meni, da imajo v organizaciji X primerne možnosti za napredovanje, 78,8% srednjih medicinskih sester ter 87,5% diplomiranih zdravstvenikov pa da ne (tabela 6.17, graf 6.13). Razliko v razmišljanju vidim v razlogu, ker so diplomirani zdravstveniki mladi, s krajšo delovno dobo in še niso imeli možnosti napredovanja. Kot so v enem od odgovorov navedli, imajo tudi pomisleke o enakopravnem položaju z ženskimi kolegicami v svojem poklicu, saj menijo, da so vodstvena mesta določena ženskimi medicinskimi sestram. Medicinske sestre imajo več delovne dobe in so že imele možnosti za napredovanje, ki so jo izkoristile in napredovale v okviru možnosti v organizaciji X. Zaradi prijetnejšega urnika dela (pretežno ena delovna izmena) imajo več možnosti za izobraževanje in se lažje organizirajo. Ker jih je številčno manj tudi lažje pridobijo finančno kritje za strokovno izobraževanje v svoji organizaciji. Srednje medicinske sestre pa so preobremenjene z delom v treh izmenah in v okviru urnika dela težje pridobijo možnost za izobraževanje in posledično napredovanje. So številčneje in imajo zato manj možnosti za pridobitev finančnih sredstev za izobraževanje.

Tabela 6.17: Ali menite, da imate v vaši službi primerne možnosti za napredovanje?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
Možni odgovori				
DA	8	7	1	4
NE	2	26	7	4

Graf 6.13: Ali menite, da imate v vaši službi primerne možnosti za napredovanje?



#### 6.4.7 Oddaljenost kraja bivanja od službe

40% diplomiranih medicinskih sester in 50% srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov biva manj kot 10 km daleč od kraja zaposlitve, medtem ko se polovica diplomiranih zdravstvenikov vozi v službo več kot 31 km daleč (tabela 6.18, graf 6.14).

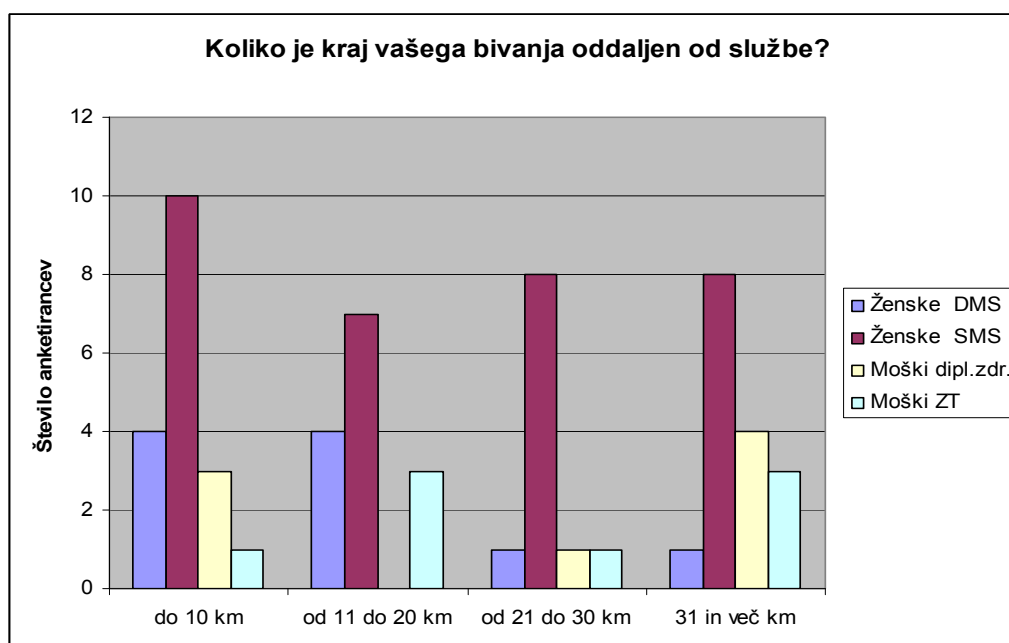
Razlogi za to so različni, eden pomembnejših pa je prav gotovo ekonomski. Nekateri zaposleni (tako samski kot poročeni) še vedno bivajo s starši, drugi se večinoma odločijo za selitev iz večjega kraja v manjši iz finančnih razlogov. Nakup ali najem stanovanja ali hiše izven večjega kraja predstavlja manjši finančni problem (dostopnejše cene) in možnost za pridobitev večje kvadrature za enako ceno. Rešitev stanovanjskega vprašanja je pri ljudeh, ko se odločijo za družino, običajno bistvena. Mladi danes pogosteje odlagajo starševstvo ravno zaradi ureditve stanovanjskega vprašanja in zagotovitve varne (stalne) zaposlitve ter doseganja ekonomske neodvisnosti (objektivni razlogi). Za podaljšano bivanje s starši pa poleg objektivnih vzrokov obstajajo tudi subjektivni vzroki, med katere štejemo lagodnost in cenenost življenja, visoko stopnjo svobode in prijateljske odnose s starši ter materialno in emocionalno varnost (Ule in Kuhar 2003, 101). Kot so pokazali rezultati opravljene ankete na temo »Mladi, družina,

starševstvo«<sup>15</sup>, mlade generacije vstopajo v skupno življenje kasneje od starejših generacij, narašča pa tudi število mladih, ki se izogibajo sleherni stabilni partnerski zvezi. Avtorici ugotavljata, da »te strukturne in kulturne spremembe vplivajo na to, da je izvorna družina postala udobna baza za spopadanje s težavami prehoda« (Ule in Kuhar 2003, 105).

Tabela 6.18: Koliko je kraj vašega bivanja oddaljen od službe?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
do 10 km	4	10	3	1
od 11 do 20 km	4	7	0	3
od 21 do 30 km	1	8	1	1
31 in več km	1	8	4	3

Graf 6.14: Koliko je kraj vašega bivanja oddaljen od službe?



<sup>15</sup> Leta 2003 je bila izvedena anketa »Mladi, družina, starševstvo« pri študentkah (127) in študentih (158) različnih fakultet ljubljanske univerze, z namenom raziskati njihova interesna področja, odnos do mejnikov odraščanja, predstave o načinu bivanja, pomen poroke, odnos do rojevanja in predstave o spolnih vlogah (Ule in Kuhar, 2003).

#### 6.4.8 Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja

Pomemben razlog za odločitev za bivanje izven kraja zaposlitve je tudi bližina staršev in bližnjih sorodnikov, ki le tako lahko aktivno sodelujejo pri reševanju problemov v zvezi z varstvom otrok. Otroci namreč precej spremenijo način življenja družine. Poveča se obseg delovnih nalog v gospodinjstvu, to pa zahteva dobro in bolj premišljeno organizacijo dela. Pri tako neenakomernem delovnem času kot ga zasledimo pri zaposlenih v zdravstveni negi, je težko najti primerno stalno varstvo v okviru ene izmed vzgojno varstvenih ustanov in je zato vsaka pomoč članov razširjene družine še kako dobrodošla.

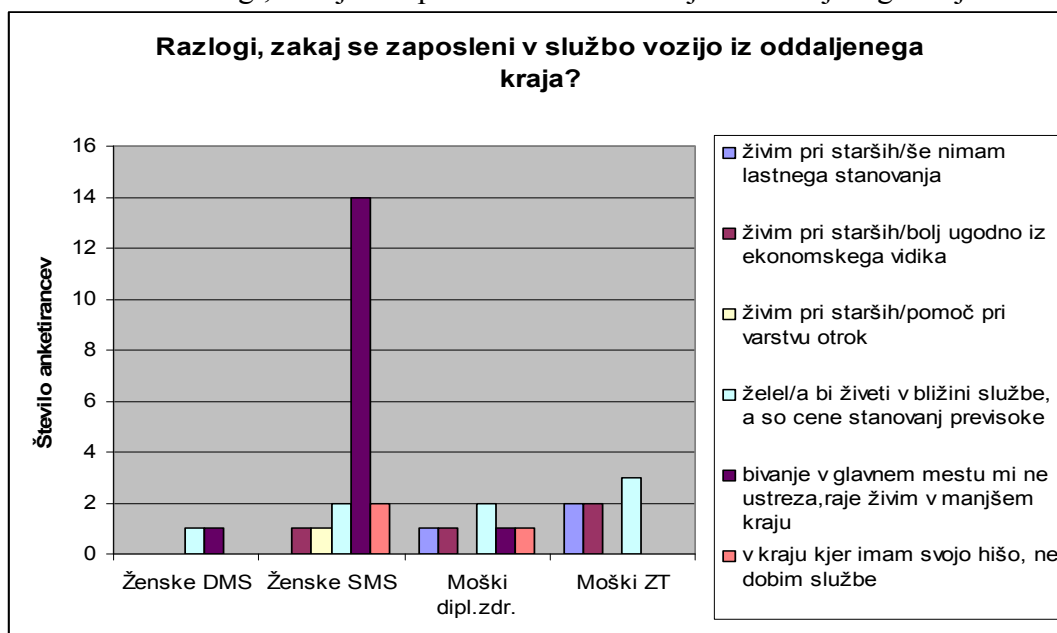
Trije od sedmih moških, zdravstvenih tehnikov in dva od šestih moških, diplomiranih zdravstvenikov so izrazili željo, da bi sicer živeli v bližini zaposlitve, vendar je glavna ovira za to odločitev previsoka cena stanovanj.

Kar polovica srednjih medicinskih sester kljub vsakodnevni vožnji raje živi v manjšem kraju. V naravi, izven glavnega mesta, lažje najdejo sprostitev po napornem delu. Diplomirane medicinske sestre v večini živijo v bližini kraja zaposlitve. Ena je izrazila željo, da bi živela v bližini zaposlitve, vendar je zanjo glavna ovira za to odločitev previsoka cena stanovanj, druga pa raje živi v manjšem kraju (tabela 6.19, graf 6.15).

Tabela 6.19: Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja?

<b>Anketiranci</b>	<b>Ženske DMS</b>	<b>Ženske SMS</b>	<b>Moški dipl.zdr.</b>	<b>Moški ZT</b>
<b>Možni odgovori</b>				
živim pri starših/še nimam lastnega stanovanja	0	0	1	2
živim pri starših/bolj ugodno iz ekonomskega vidika	0	1	1	2
živim pri starših/pomoč pri varstvu otrok	0	1	0	0
želel/a bi živeti v bližini službe, a so cene stanovanj previsoke	1	2	2	3
bivanje v glavnem mestu mi ne ustreza,raje živim v manjšem kraju	1	14	1	0
v kraju kjer imam svojo hišo, ne dobim službe	0	2	1	0

Graf 6.15: Razlogi, zakaj se zaposleni v službo vozijo iz oddaljenega kraja?



#### 6.4.9 Ali zaposleni v organizaciji X delo ocenjujejo kot stresno?

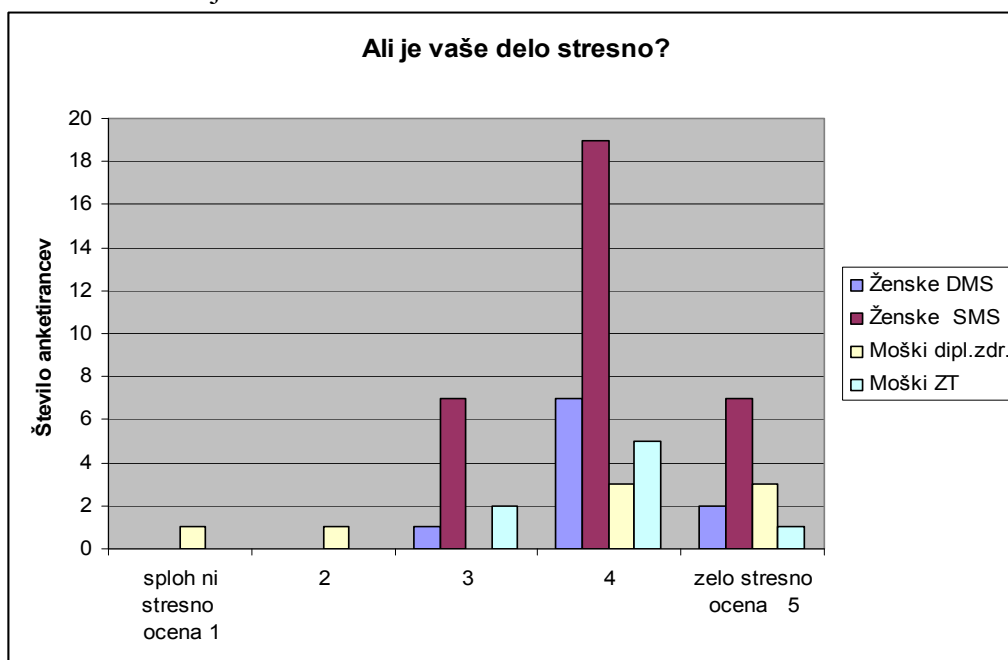
90% diplomiranih medicinskih sester in tri četrtine diplomiranih zdravstvenikov, srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov doživlja svoje delo kot stresno ali zelo stresno (tabela 6.20, graf 6.16).

Tabela 6.20: Ali je vaše delo stresno?

Anketiranci		Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>					
sploh ni stresno	ocena 1	0	0	1	0
	2	0	0	1	0
	3	1	7	0	2
	4	7	19	3	5
zelo stresno	ocena 5	2	7	3	1



Graf 6.16: Ali je vaše delo stresno?



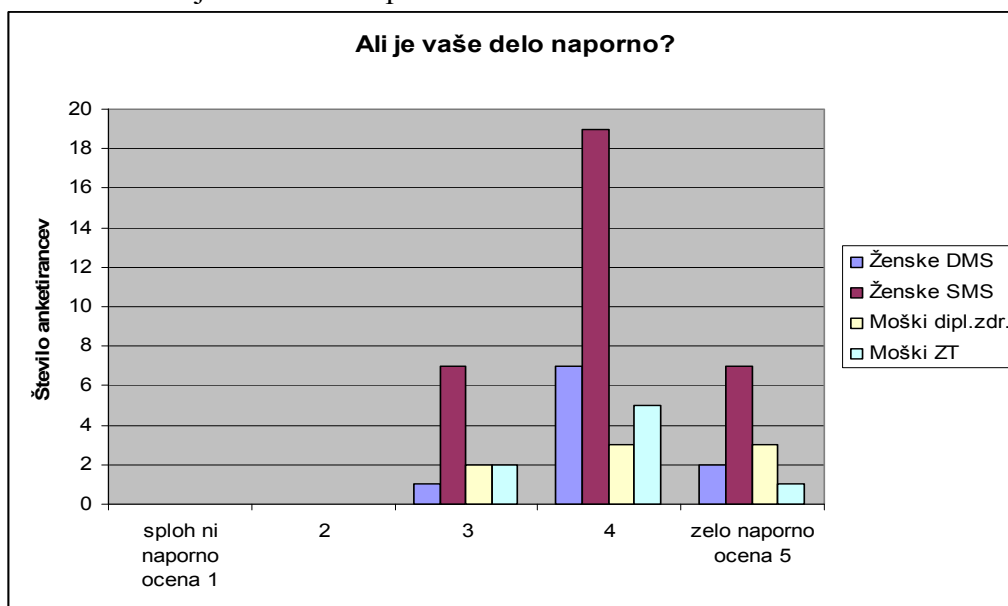
#### 6.4.10 Ali zaposleni v organizaciji X delo ocenjujejo kot naporno?

Večina anketiranih ocenjuje svoje delo kot naporno ali zelo naporno (tabela 6.21, graf 6.17).

Tabela 6.21: Ali je vaše delo naporno?

Anketiranci		Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>					
sploh ni naporno	ocena 1	0	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	1	7	2	2
	4	7	19	3	5
zelo naporno	ocena 5	2	7	3	1

Graf 6.17: Ali je vaše delo naporno?



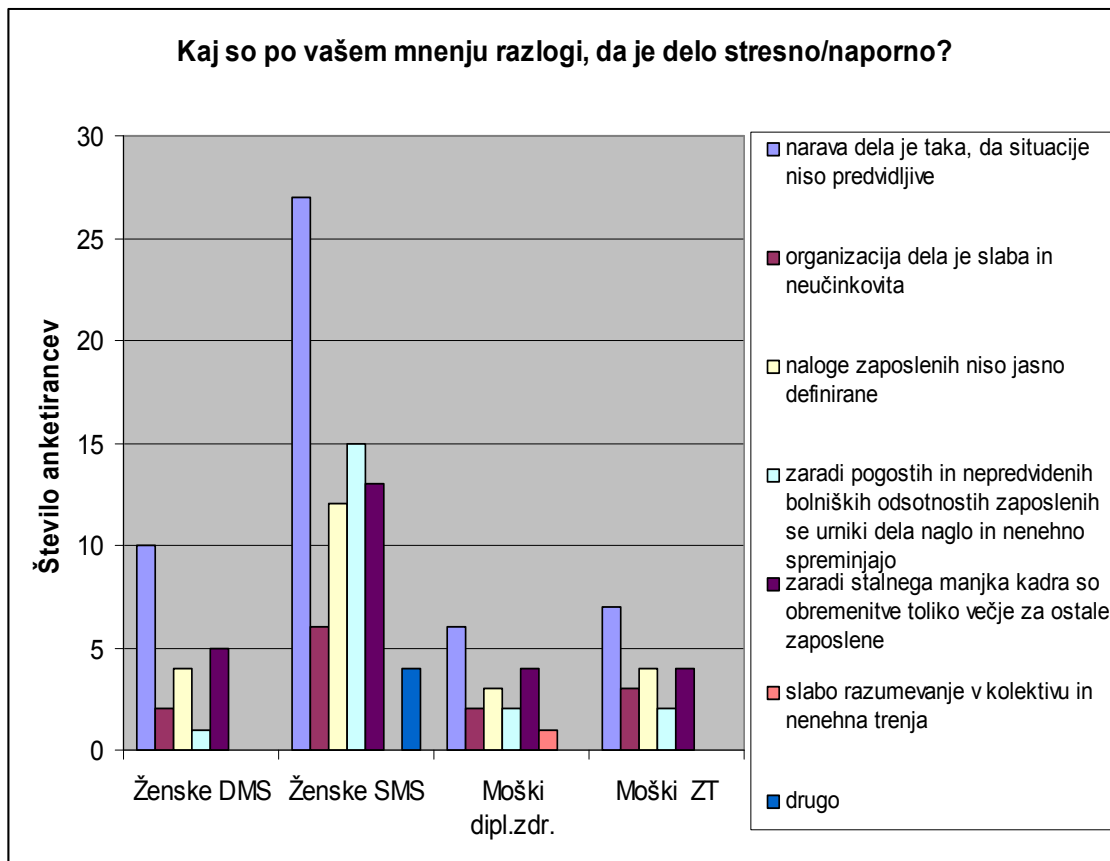
#### 6.4.11 Razlogi, da je delo stresno/naporno

Vse diplomirane medicinske sestre in večina srednjih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in diplomiranih zdravstvenikov krivi za stresno in naporno delo samo naravo dela, ki je polna nepredvidljivih situacij. Polovica zaposlenih, ki dela v dveh izmenah meni, da na težavnost dela močno vpliva tudi stalno pomanjkanje kadra, polovica srednjih medicinskih sester, ki delajo v treh izmenah pa se pritožuje zaradi pogostih in nepredvidenih bolniških odsotnosti, ker se zato urnik dela nenehno spreminja. Štiri srednje medicinske sestre so pod »drugo« navedle še stalne fizične obremenitve in menjavanje kadra med oddelki (tabela 6.22, graf 6.18).

Tabela 6.22: Kaj so po vašem mnenju glavni razlogi, da je delo stresno/naporno?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
narava dela je taka, da situacije niso predvidljive	10	27	6	7
organizacija dela je slaba in neučinkovita	2	6	2	3
naloge zaposlenih niso jasno definirane	4	12	3	4
zaradi pogostih in nepredvidenih bolniških odsotnosti zaposlenih se urniki dela naglo in nenehno spreminjajo	1	15	2	2
zaradi stalnega manjka kadra so obremenitve toliko večje za ostale zaposlene	5	13	4	4
slabo razumevanje v kolektivu in nenehna trenja	0	0	1	0
drugo	0	4	0	0

Graf 6.18: Kaj so po vašem mnenju glavni razlogi, da je delo stresno/naporno?



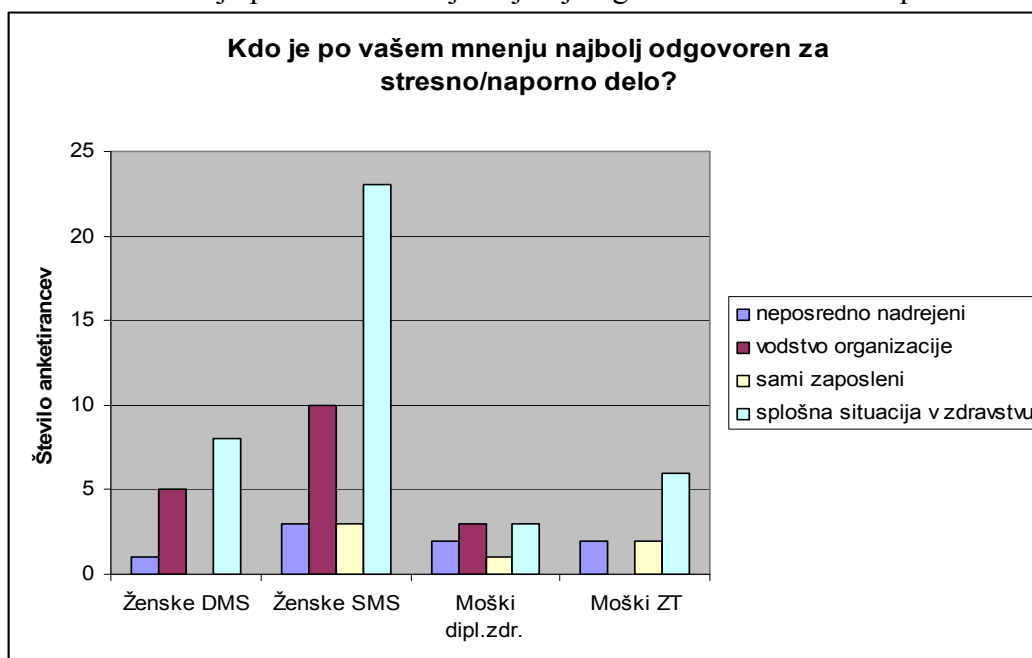
#### 6.4.12 Odgovornost za stresno /naporno delo zaposlenih

Večina diplomiranih in srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vidi vzrok za stresno in naporno delo v splošni situaciji v zdravstvu. Polovica diplomiranih medicinskih sester in tretjina medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov obenem krivi tudi slabo vodstvo organizacije. Le posamezni se pritožujejo nad neposredno nadrejenimi (tabela 6.23, graf 6.19).

Tabela 6.23: Kdo je po vašem mnenju najbolj odgovoren za stresno /naporno delo?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
neposredno nadrejeni	1	3	2	2
vodstvo organizacije	5	10	3	0
sami zaposleni	0	3	1	2
splošna situacija v zdravstvu	8	23	3	6

Graf 6.19: Kdo je po vašem mnenju najbolj odgovoren za stresno /naporno delo?



## 6.5 Usklajevanje družinskega življenja in dela

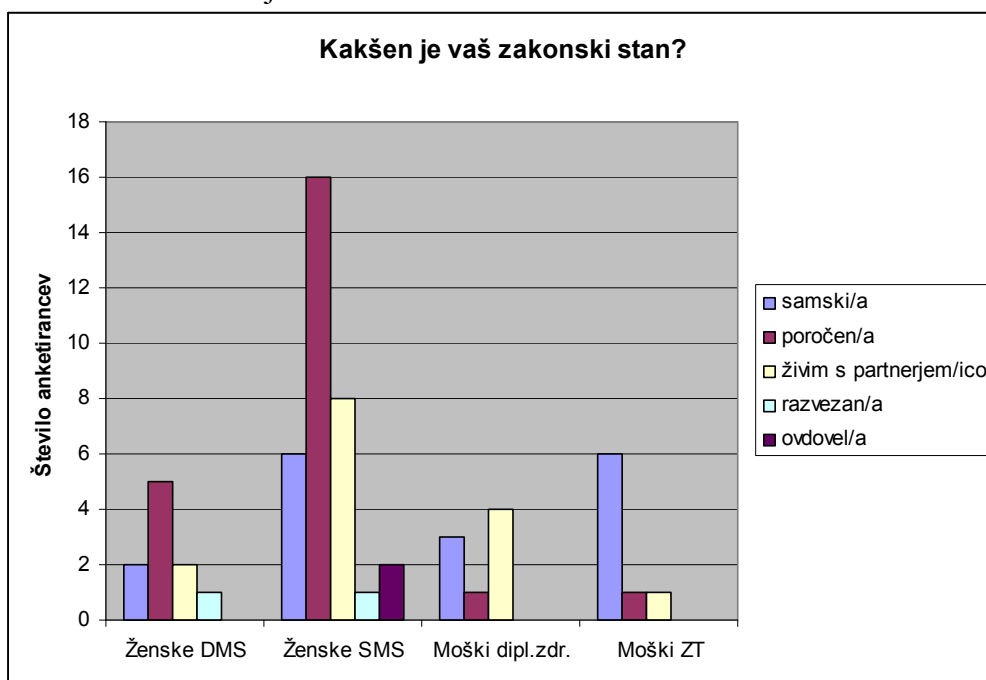
### 6.5.1 Zakonski stan zaposlenih

Polovica diplomiranih in srednjih medicinskih sester je poročena, polovica diplomiranih zdravstvenikov in tretjina srednjih medicinskih sester živi s partnerjem/ico, večina zdravstvenih tehnikov pa je samskih (tabela 6.24, graf 6.20).

Tabela 6.24: Kakšen je vaš zakonski stan?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
samski/a	2	6	3	6
poročen/a	5	16	1	1
živim s partnerjem/ico	2	8	4	1
razvezan/a	1	1	0	0
ovdovel/a	0	2	0	0

Graf 6.20: Kakšen je vaš zakonski stan?



### 6.5.2 Status partnerja

Dve tretjini partnerjev diplomiranih in srednjih medicinskih sester ter polovica partneric diplomiranih zdravstvenikov je zaposlenih (tabela 6.25).

Tabela 6.25: Kakšen status ima vaš partner?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
zaposlen/a	7	21	4	1
brezposeln/a	0	0	1	1
upokojenec/a	0	2	0	0

### 6.5.3 Partnerjeva zaposlitev

Večina partnerjev in partneric anketiranih delavcev je zaposlena v javnem sektorju (tabela 6.26).

Tabela 6.26: Če je vaš partner zaposlen, v kateri panogi dela?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
javni sektor	6	16	5	1
privatni sektor	1	4	0	0
drugo	0	1	0	0

### 6.5.4 Podatki o otrocih

Polovica diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov ter dve tretjini srednjih medicinskih sester ima otroke. Otroke imata tudi oba zdravstvena tehnika, ki sta poročena oziroma živita s partnerico (tabela 6.27).

Tabela 6.27: Ali imate otroke?

<b>Anketiranci</b>	Ženske	Ženske	Moški	Moški
<b>Možni odgovori</b>	DMS	SMS	dipl.zdr.	ZT
da	5	23	4	2
ne	5	10	4	6

### 6.5.5 Število otrok

Tretjina diplomiranih in srednjih medicinskih sester ima po dva otroka, petina po enega. Diplomirani zdravstveniki in zdravstveni tehniki imajo po enega otroka (tabela 6.28).

Tabela 6.28: Koliko otrok imate?

<b>Anketiranci</b>	Ženske	Ženske	Moški	Moški
<b>Možni odgovori</b>	DMS	SMS	dipl.zdr.	ZT
enega	2	6	3	2
dva	3	9	0	0
tri	0	7	0	0
več kot tri	0	1	1	0

### 6.5.6 Starost otrok

Glede na to, da je več kot polovica diplomiranih in srednjih medicinskih sester starejših od 38 let, je visoka starost otrok v obeh skupinah pričakovana (tabela 6.29).

Tabela 6.29: Koliko so stari vaši otroci?

<b>Anketiranci</b>	Ženske	Ženske	Moški	Moški
<b>Možni odgovori</b>	DMS	SMS	dipl.zdr.	ZT
do enega leta	0	0	1	0
od 1 do 5 let	1	7	4	2
od 6 do 14 let	3	11	1	0
od 15 do 19 let	0	13	1	0
več kot 20 let	4	18	0	0

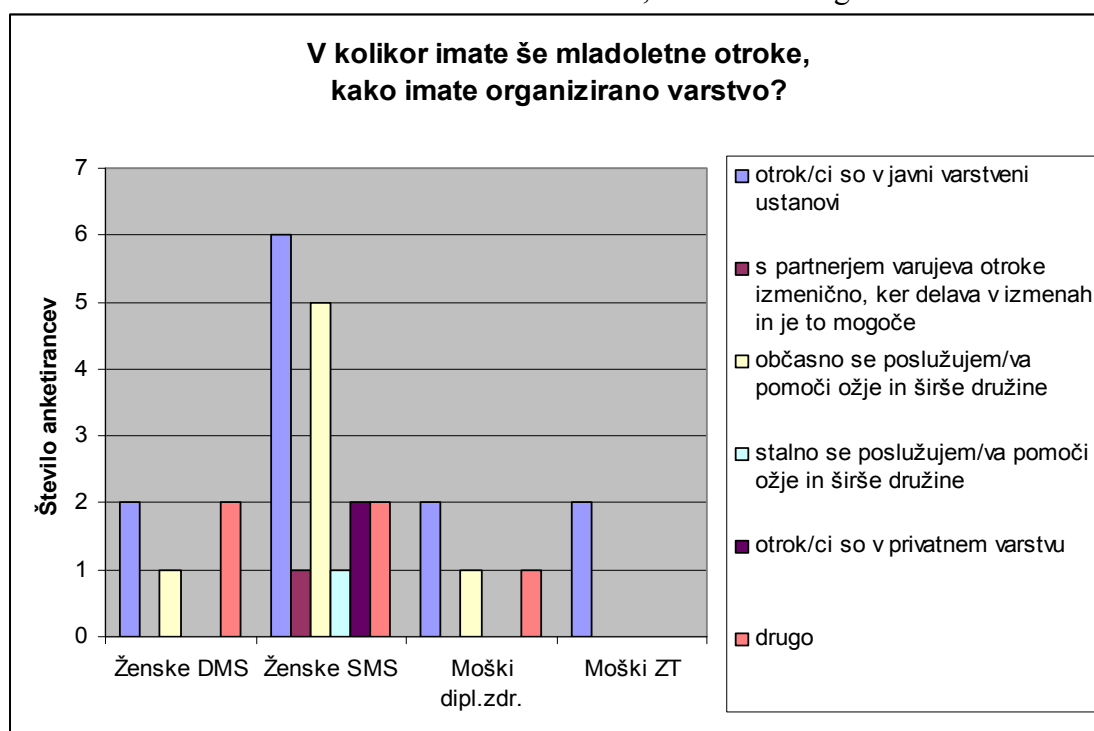
### 6.5.7 Možnosti organiziranega varovanja otrok

Mladoletni otroci so večinoma v javnih varstvenih ustanovah, občasno pa jih varujejo člani ožje in širše družine. Nekateri so celo v varstvu starejših bratov in sester (tabela 6.30, graf 6.21).

Tabela 6.30: V kolikor imate še mladoletne otroke, kako imate organizirano varstvo?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
otrok/ci so v javni varstveni ustanovi	2	6	2	2
s partnerjem varujeva otroke izmenično, ker delava v izmenah in je to mogoče	0	1	0	0
občasno se poslužujem/va pomoči ožje in širše družine	1	5	1	0
stalno se poslužujem/va pomoči ožje in širše družine	0	1	0	0
otrok/ci so v privatnem varstvu	0	2	0	0
drugo	2	2	1	0

Graf 6.21: V kolikor imate še mladoletne otroke, kako imate organizirano varstvo?



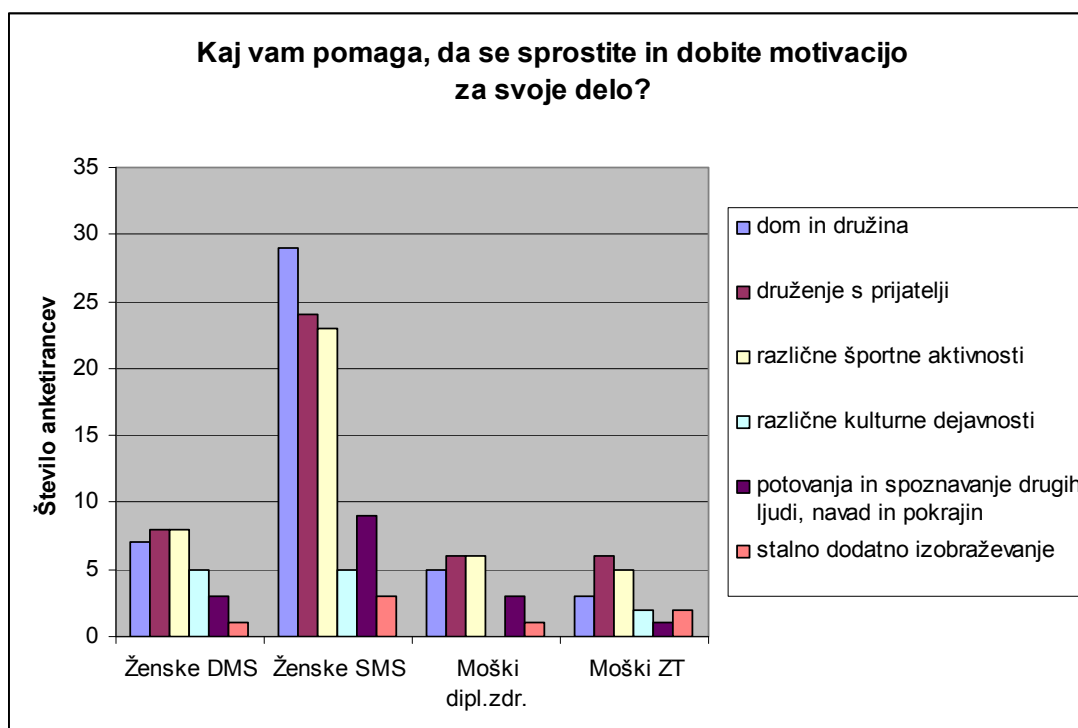
### 6.5.8 Način sprostitve in pridobivanje motivacije za delo

Večina zaposlenih najde sprostitve in motivacijo za delo v krogu doma in družine. Veliko jim pomenijo tudi redno druženje s prijatelji in različne športne aktivnosti (tabela 6.31, graf 6.22).

Tabela 6.31: Kaj vam predvsem pomaga, da se sprostite in dobite motivacijo za svoje delo?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
dom in družina	7	29	5	3
druženje s prijatelji	8	24	6	6
različne športne aktivnosti	8	23	6	5
različne kulturne dejavnosti	5	5	0	2
potovanja in spoznavanje drugih ljudi, navad in pokrajin	3	9	3	1
stalno dodatno izobraževanje	1	3	1	2

Graf 6.22: Kaj vam predvsem pomaga, da se sprostite in dobite motivacijo za svoje delo?



### 6.5.9 Koriščenje pravic staršev, ki jih omogoča Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji

Možnost, ki jo ponuja Zakon o delovnih razmerjih Republike Slovenije staršem za varstvo otroka v obliki skrajšanega delovnega časa, ti koristijo le izjemoma in še to

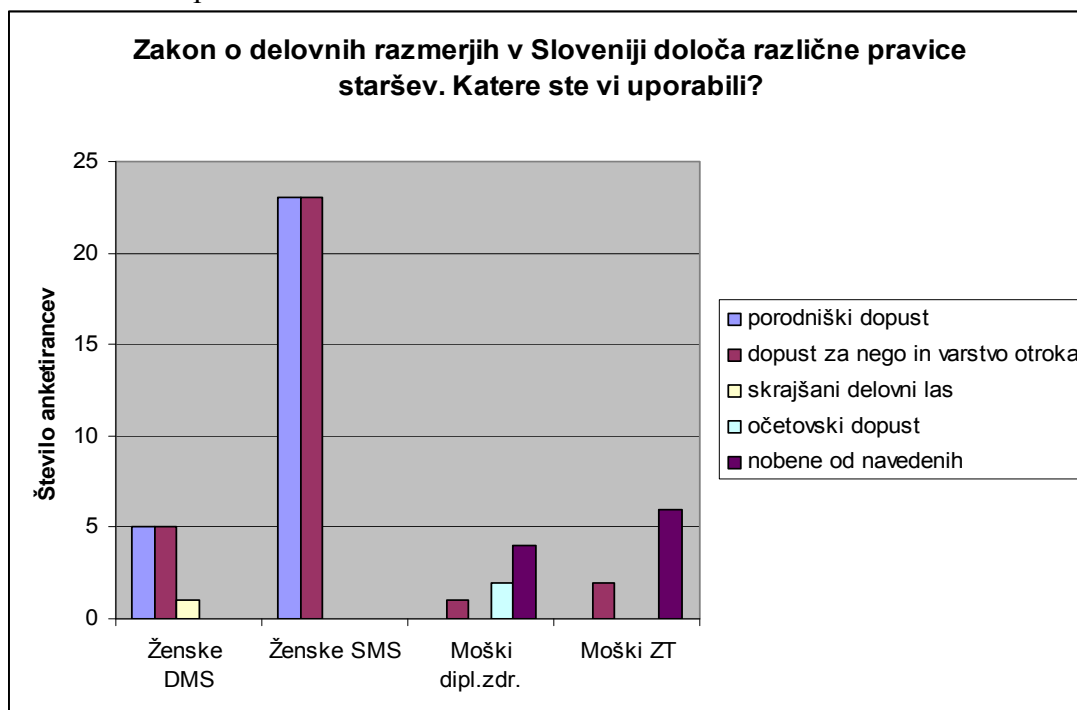


samo ženske. Očetovski dopust sta izkoristila dva diplomirana zdravstvenika. Deloma je razlog v plačilu, saj osebni dohodki niso tako visoki, da bi si skrajšani delovni čas lahko privoščili dlje časa. Na drugi strani pa skrajšani obliki dela ni preveč naklonjena tudi delovna organizacija, ker ima toliko večji problem z nadomeščanjem kadra in usklajevanjem urnikov dela (tabela 6.32, graf 6.23).

Tabela 6.32: Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji določa različne pravice staršev. Katere ste vi uporabili?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
porodniški dopust	5	23	0	0
dopust za nego in varstvo otroka	5	23	1	2
skrajšani delovni las	1	0	0	0
očetovski dopust	0	0	2	0
nobene od navedenih	0	0	4	6

Graf 6.23: Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji določa različne pravice staršev. Katere ste vi uporabili?



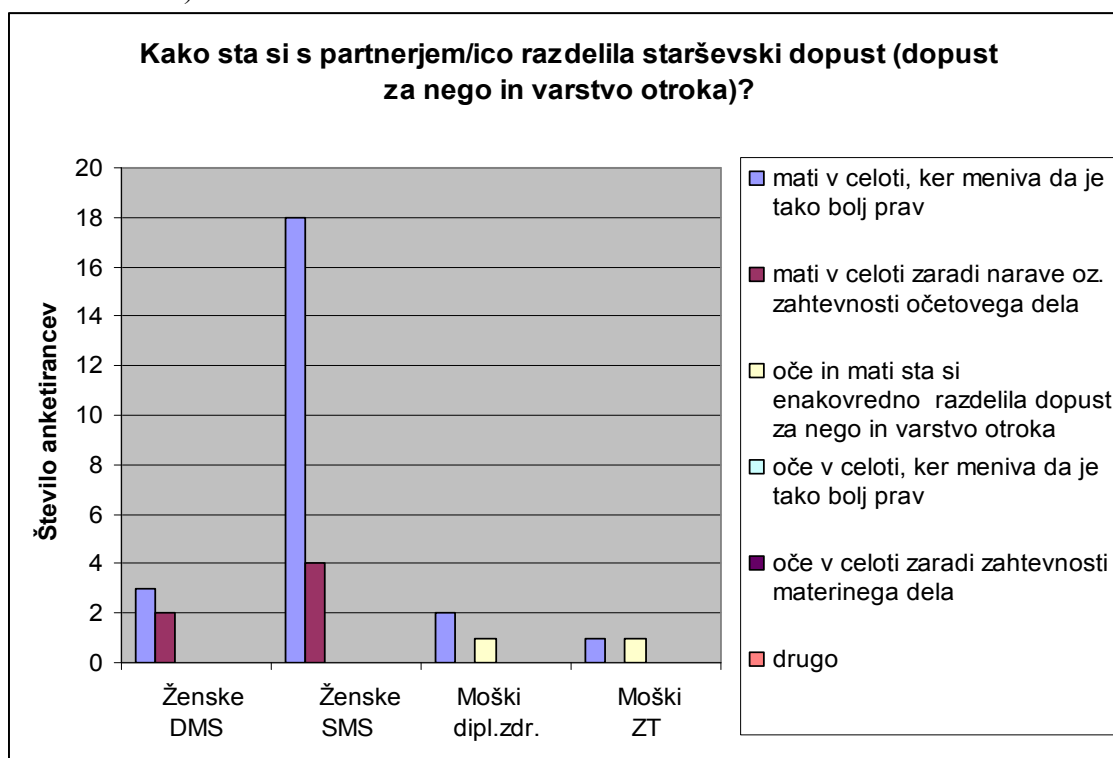
#### 6.5.10 Izkoriščenost starševskega dopusta (dopust za nego in varstvo otroka)

Starševski dopust je večinoma izkoristila mati v celoti ker sta partnerja menila, da je tako bolj prav ali pa zaradi narave oziroma zahtevnosti očetovega dela. Dopust sta si s partnerico enakomerno razdelila po en diplomirani zdravstvenik in zdravstveni tehnik (tabela 6.33, graf 6.24).

Tabela 6.33: Kako sta s partnerjem/ico razdelila starševski dopust (dopust za nego in varstvo otroka)?

<b>Anketiranci</b>	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
mati v celoti, ker meniva da je tako bolj prav	3	18	2	1
mati v celoti zaradi narave oz. zahtevnosti očetovega dela	2	4	0	0
oče in mati sta si enakovredno razdelila dopust za nego in varstvo otroka	0	0	1	1
oče v celoti, ker meniva da je tako bolj prav	0	0	0	0
oče v celoti zaradi zahtevnosti materinega dela	0	0	0	0
drugo	0	0	0	0

Graf 6.24: Kako sta s partnerjem/ico razdelila starševski dopust (dopust za nego in varstvo otroka)?



### 6.5.11 Očetovski dopust

Od štirih diplomiranih zdravstvenikov, ki imajo otroke, sta v celoti izkoristila očetovski dopust dva. Oba zdravstvena tehnika očetovskega dopusta nista izkoristila (tabela 6.34).

Tabela 6.34: Ali ste izkoristili očetovski dopust?

<b>Anketiranci</b>		
<b>Možni odgovori</b>	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
da, v celoti	2	0
da, delno	0	0
ne	1	2

### 6.5.12 Delitev dela v gospodinjstvu in drugih družinskih obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)

Polovica srednjih medicinskih sester od skupaj 34, ki so odgovorile na to vprašanje, si delo v gospodinjstvu in drugih družinskih obveznostih s partnerjem deli enakopravno, pri drugi polovici pa partner manj sodeluje iz različnih razlogov (v manjši meri ker se pri delu ne znajde oz. od njega partnerica ne pričakuje, da bi se ukvarjal z gospodinjstvom, v večji meri pa prevzame delo na vrtu in tehnična dela za hišo ter skrb za otroke).

Kar pri sedmih od osmih diplomiranih medicinskih sestrah partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih, opravlja pa vsa tehnična dela pri hiši, skrbi za avto, okolico in vrt. Le ena anketiranka je označila, da si s partnerjem delo delita enakopravno.

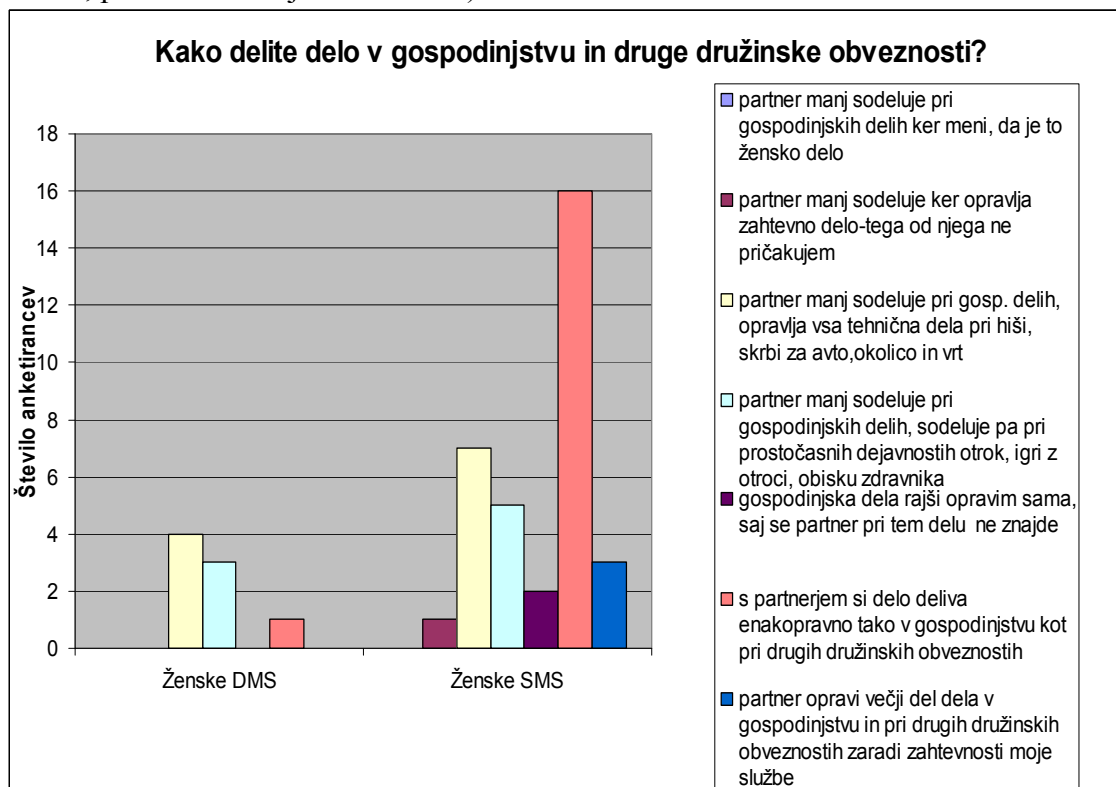
To jasno kaže na še vedno večjo obremenjenost žensk pri gospodinjskih delih v primerjavi z moškimi. Pri srednjih medicinskih sestrah, ki delajo v treh izmenah in imajo neenakomeren raspored dela, je opazna večja potreba po sodelovanju partnerja, ki je realizirana pri dobri polovici delavk, 19 od skupno 34, kolikor jih je odgovorilo na to vprašanje (tabela 6.35, graf 6.25).

## Ženske anketiranke

Tabela 6.35: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS
<b>Možni odgovori</b>		
partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih ker meni, da je to žensko delo	0	0
partner manj sodeluje ker opravlja zahtevno delo-tega od njega ne pričakujem	0	1
partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih, opravlja vsa tehnična dela pri hiši, skrbi za avto, okolico in vrt	4	7
partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih, sodeluje pa pri prostočasnih dejavnostih otrok, igri z otroci, obisku zdravnika	3	5
gospodinjska dela rajši opravi sama, saj se partner pri tem delu ne znajde	0	2
s partnerjem si delo deliva enakopravno tako v gospodinjstvu kot pri drugih družinskih obveznostih	1	16
partner opravi večji del dela v gospodinjstvu in pri drugih družinskih obveznostih zaradi zahtevnosti moje službe	0	3

Graf 6.25: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?



## Moški anketiranci

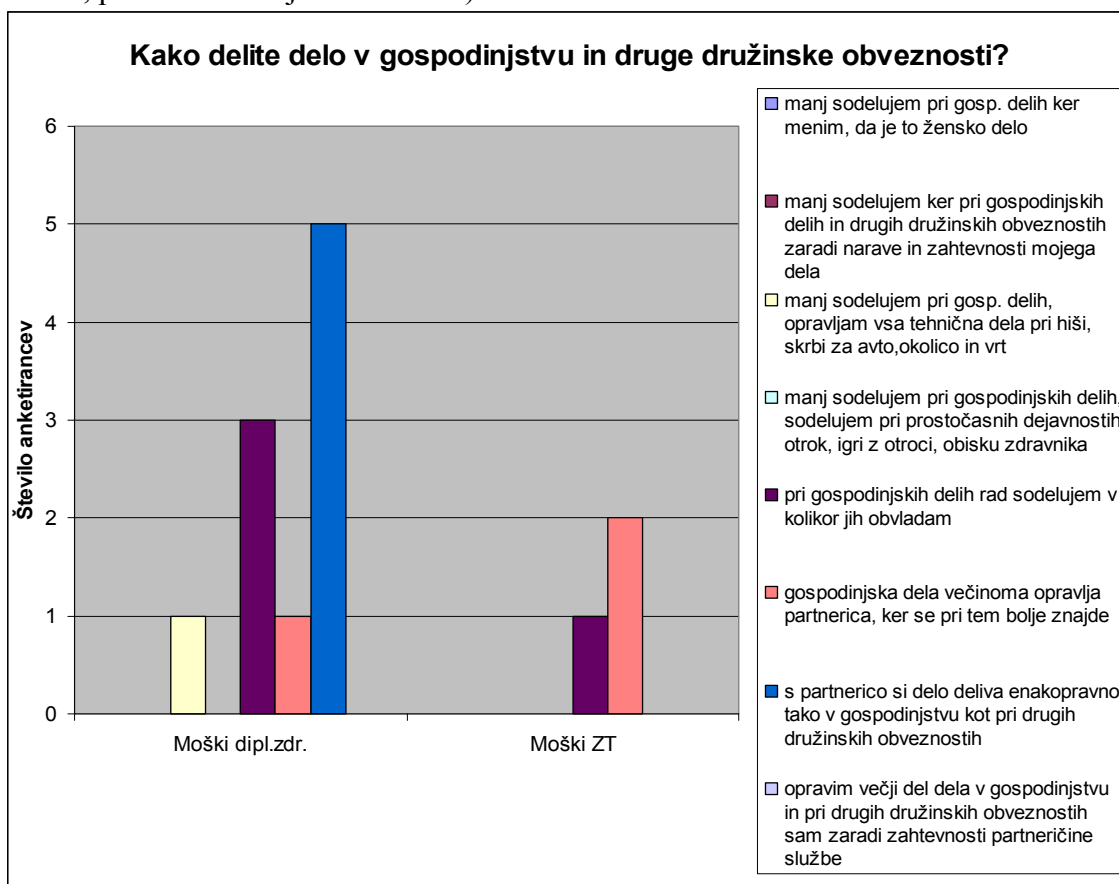
Polovica diplomiranih zdravstvenikov si s partnerico enakopravno deli delo v gospodinjstvu kot tudi pri drugih družinskih obveznostih, trije radi sodelujejo pri delu, če ga obvladajo, eden sploh ne sodeluje in delo prepusti partnerici, ker se pri gospodinjskih opravilih bolje znajde, drugi anketiranec pa opravlja vsa tehnična dela ter skrbi za vrt in hišo, gospodinjstvo prepušča partnerici.

Zdravstveni tehniki pri vseh delih manj sodelujejo. Od treh anketirancev dva prepuščata gospodinjsko delo partnerici ker se pri tem bolje znajde, en anketiranec pa sodeluje v kolikor delo obvlada. Za razliko od diplomiranih zdravstvenikov nihče ne deli dela s partnerico enakomerno. Morda je temu krivo triizmensko delo in dokaj neenakomeren urnik dela. Za razliko od kolegic, srednjih medicinskih sester, težje združujejo delo ter skrb za družino in gospodinjstvo, medtem ko se od žensk to pričakuje brez razmisleka (tabela 6.36, graf 6.26).

Tabela 6.36: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?

<b>Anketiranci</b>	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>		
manj sodelujem pri gosp. delih ker menim, da je to žensko delo	0	0
manj sodelujem ker pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih zaradi narave in zahtevnosti mojega dela	0	0
manj sodelujem pri gosp. delih, opravljam vsa tehnična dela pri hiši, skrbi za avto, okolico in vrt	1	0
manj sodelujem pri gospodinjskih delih, sodelujem pri prostočasnih dejavnostih otrok, igri z otroci, obisku zdravnika	0	0
pri gospodinjskih delih rad sodelujem v kolikor jih obvladam	3	1
gospodinjska dela večinoma opravlja partnerica, ker se pri tem bolje znajde	1	2
s partnerico si delo deliva enakopravno tako v gospodinjstvu kot pri drugih družinskih obveznostih	5	0
opravim večji del dela v gospodinjstvu in pri drugih družinskih obveznostih sam zaradi zahtevnosti partneričine službe	0	0

Graf 6.26: Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)?



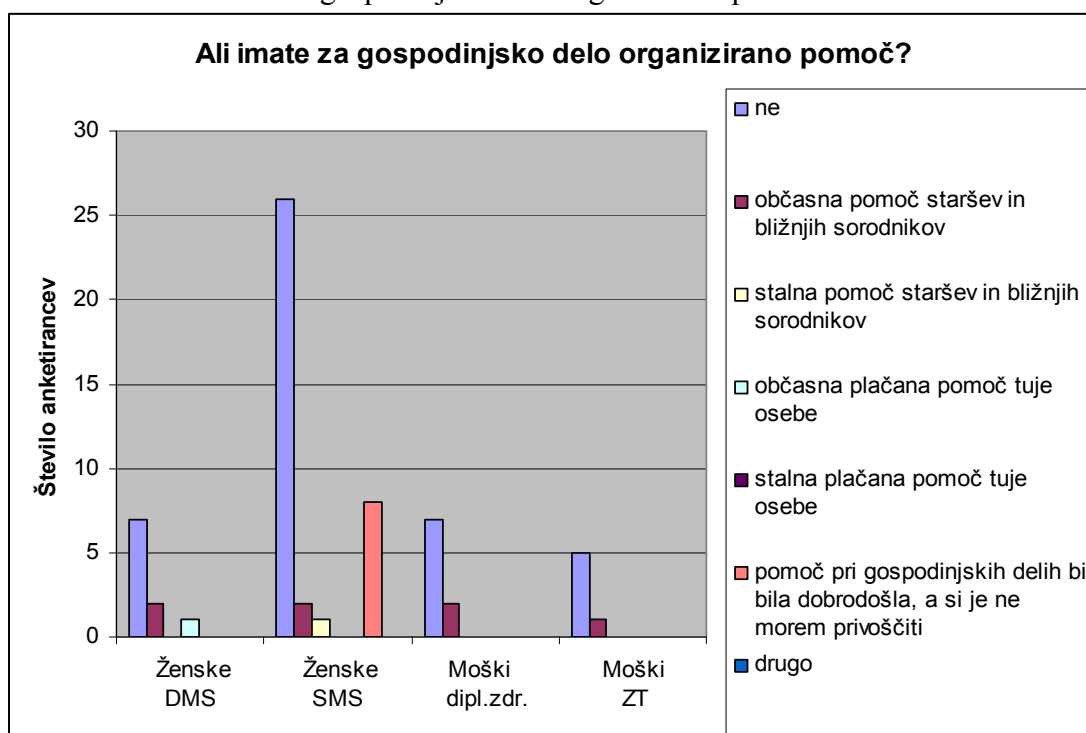
### 6.5.13 Organizirana pomoč v gospodinjstvu

Tri četrtine diplomiranih medicinskih sester, srednjih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ter več kot polovica zdravstvenih tehnikov organizirane pomoči za gospodinjstvo nima. Ena četrtina srednjih medicinskih sester (te so med najbolj obremenjenimi) bi si pomoč pri gospodinjstvih delih želela, a si je ne more privoščiti (tabela 6.37, graf 6.27).

Tabela 6.37: Ali imate za gospodinjsko delo organizirano pomoč?

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
ne	7	26	7	5
občasna pomoč staršev in bližnjih sorodnikov	2	2	2	1
stalna pomoč staršev in bližnjih sorodnikov	0	1	0	0
občasna plačana pomoč tuje osebe	1	0	0	0
stalna plačana pomoč tuje osebe	0	0	0	0
pomoč pri gospodinjskih delih bi bila dobrodošla, a si je ne morem privoščiti	0	8	0	0
drugo	0	0	0	0

Graf 6.27: Ali imate za gospodinjsko delo organizirano pomoč?



#### 6.5.14 Možnost udejstvovanja v športnih/rekreativnih dejavnostih, druženju s prijatelji in dodatno izobraževanje

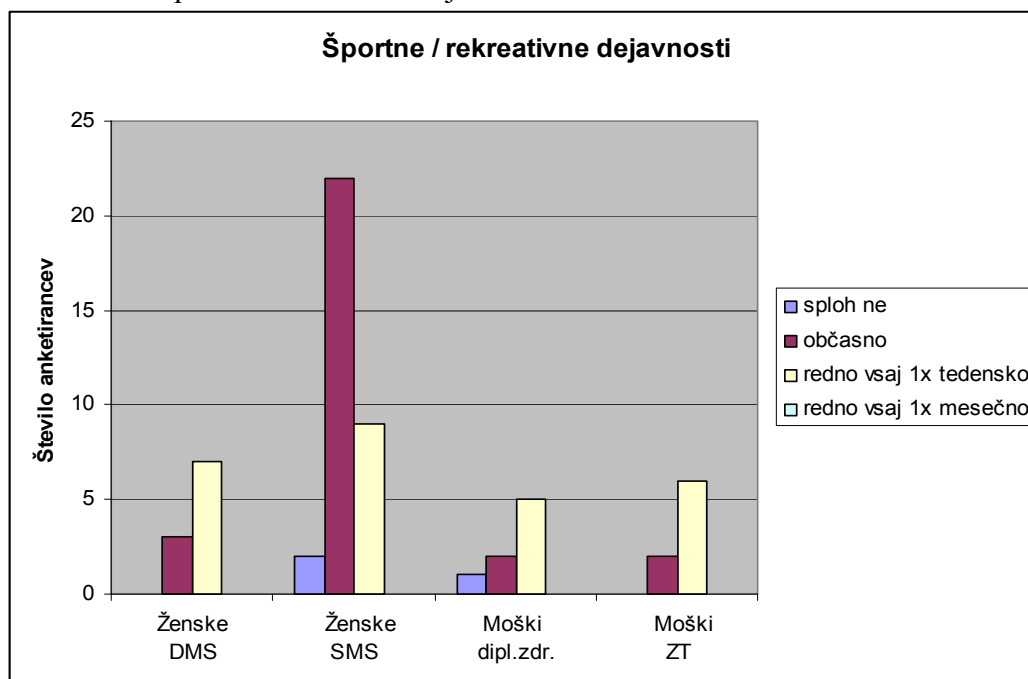
Največ srednjih medicinskih sester se športu posveča občasno, kar zopet sovпада z največjo obremenjenostjo in triizmenskim delom. Zaradi neenakomernega urnika si težje organizirajo redne športne aktivnosti, ki so vezane na določen dan in termin, poleg tega pa so bolj obremenjene z gospodinjskimi opravili in družino kot moški kolegi. Več

kot 50% ostalih predstavnikov zdravstvene nege se športu posveča redno vsaj 1x tedensko (tabela 6.38, graf 6.28).

Tabela 6.38: Športne/rekreativne dejavnosti

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
sploh ne	0	2	1	0
občasno	3	22	2	2
redno vsaj 1x tedensko	7	9	5	6
redno vsaj 1x mesečno	0	0	0	0

Graf 6.28: Športne/rekreativne dejavnosti



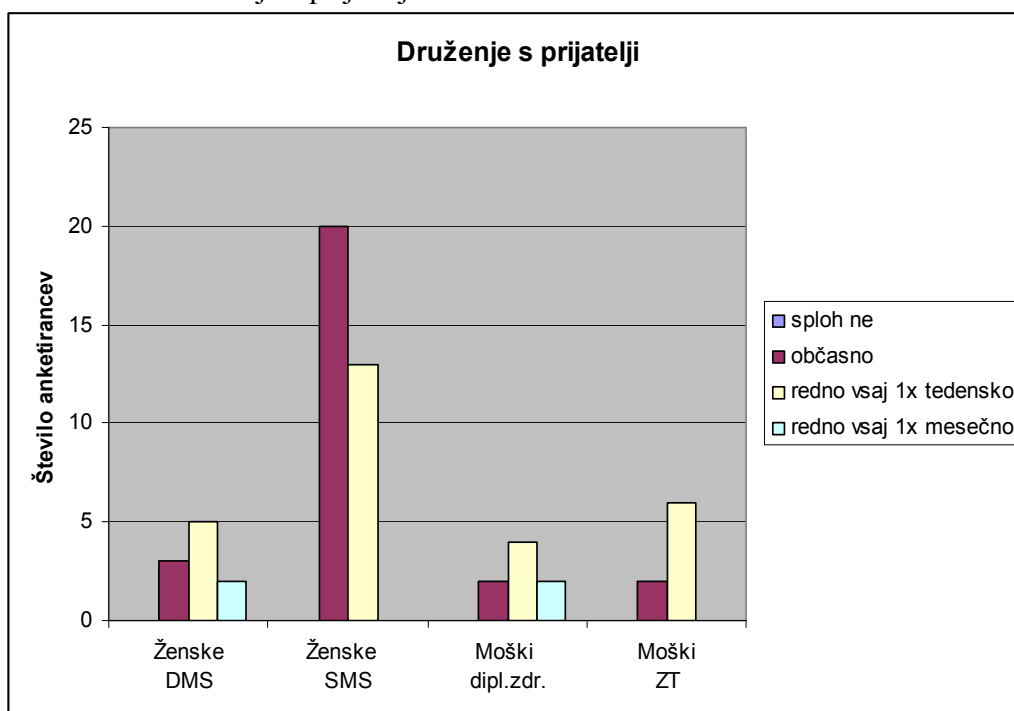
Enaki odgovori in iz enakih razlogov se ponovijo tudi pri naslednjem vprašanju. Dve tretjini srednjih medicinskih sester se družijo s prijatelji občasno, polovica ostalih pa redno vsaj 1x tedensko (tabela 6.39, graf 6.29).

Tabela 6.39: Druženje s prijatelji

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
sploh ne	0	0	0	0
občasno	3	20	2	2
redno vsaj 1x tedensko	5	13	4	6
redno vsaj 1x mesečno	2	0	2	0



Graf 6.29: Druženje s prijatelji

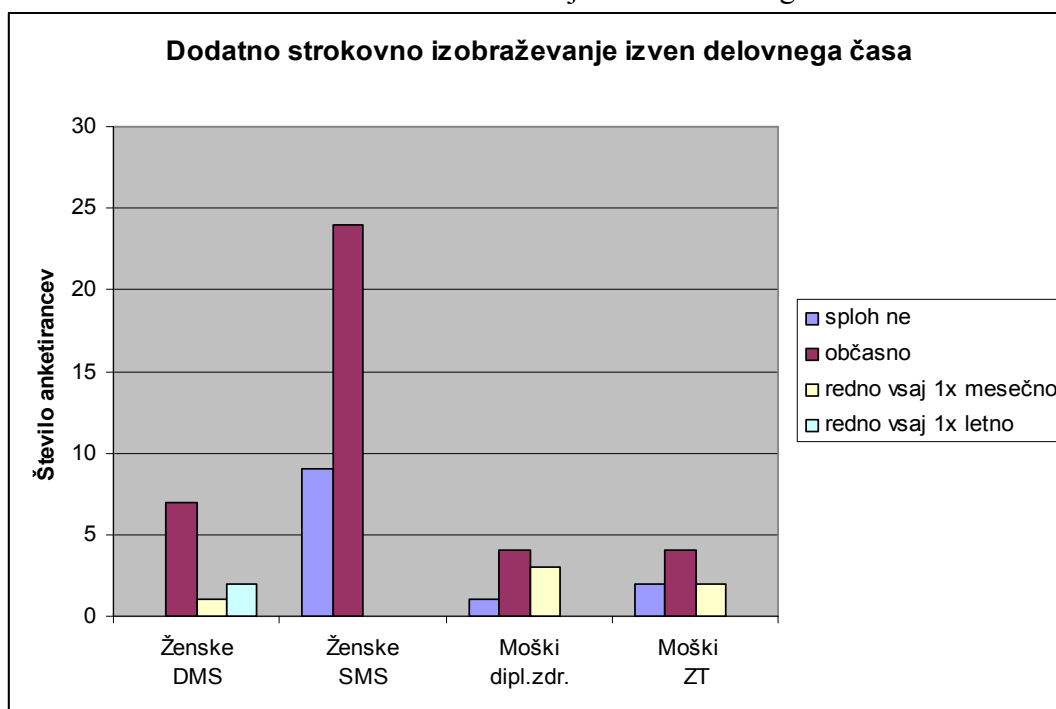


Skoraj dve tretjini srednjih medicinskih sester se občasno dodatno strokovno izobražuje, ostala tretjina pa sploh ne. Omeniti je treba, da je 57,5% anketiranih srednjih medicinskih sester starejših od 38 let. Polovica diplomiranih zdravstvenikov in zdravstvenih tehnikov, ki so mlajši, se dodatno strokovno izobražuje občasno, enako tudi tri četrtine diplomiranih medicinskih sester (tabela 6.40, graf 6.30).

Tabela 6.40: Dodatno strokovno izobraževanje izven delovnega časa

Anketiranci	Ženske DMS	Ženske SMS	Moški dipl.zdr.	Moški ZT
<b>Možni odgovori</b>				
sploh ne	0	9	1	2
občasno	7	24	4	4
redno vsaj 1x mesečno	1	0	3	2
redno vsaj 1x letno	2	0	0	0

Graf 6.30: Dodatno strokovno izobraževanje izven delovnega časa



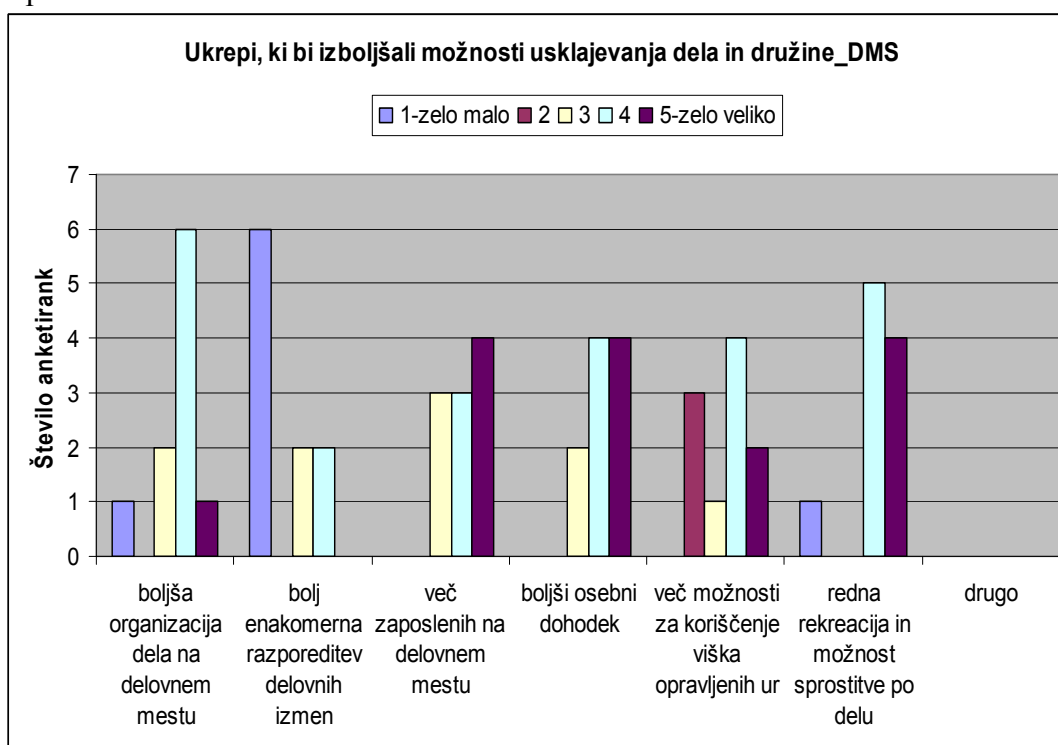
### 6.5.15 Ukrepi, za boljše usklajevanje plačanega dela in družine

Diplomirane medicinske sestre so prepričane, da bi več zaposlenih na delovnem mestu, boljši osebni dohodek in večja možnost rekreacije in sprostitve po delu najbolj pripomogli k boljšemu usklajevanju plačanega dela in družine (tabela 6.41, graf 6.31).

Tabela 6.41: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-diplomirane medicinske sestre

Anketiranci	DMS ženske				
	1-zelo malo	2	3	4	5-zelo veliko
boljša organizacija dela na delovnem mestu	1	0	2	6	1
bolj enakomerna razporeditev delovnih izmen	6	0	2	2	0
več zaposlenih na delovnem mestu	0	0	3	3	4
boljši osebni dohodek	0	0	2	4	4
več možnosti za koriščenje viška opravljenih ur	0	3	1	4	2
redna rekreacija in možnost sprostitve po delu	1	0	0	5	4
drugo	0	0	0	0	0

Graf 6.31: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-diplomirane medicinske sestre

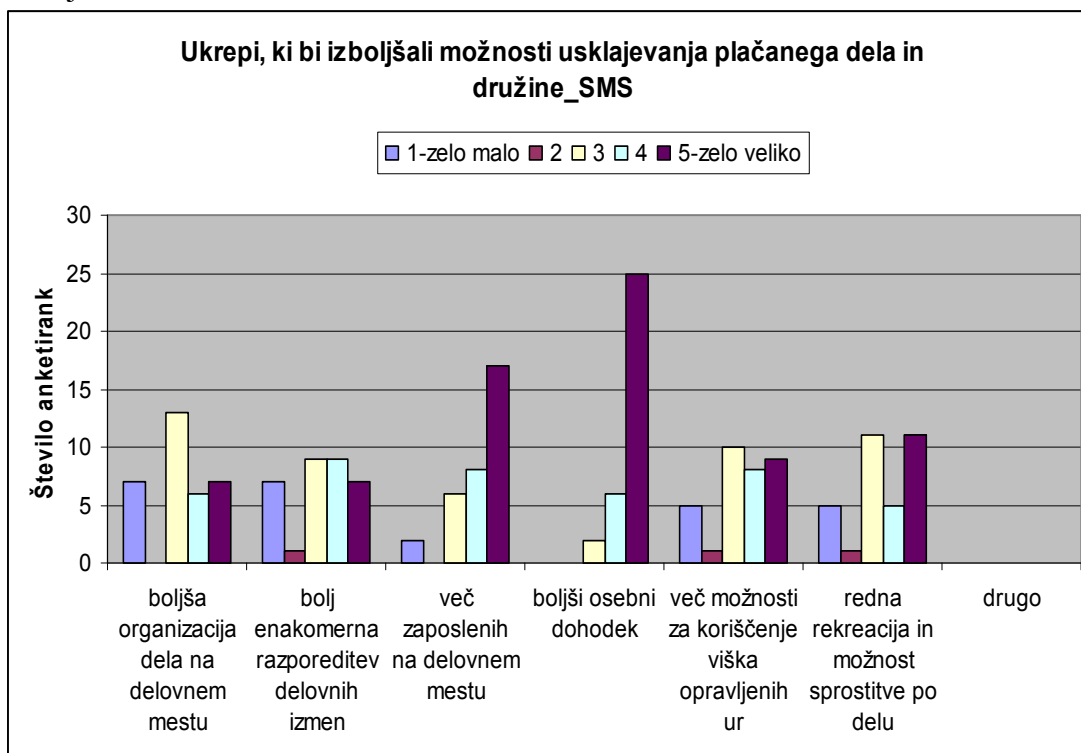


Srednje medicinske sestre menijo, da bi k boljšemu usklajevanju plačanega dela in družine daleč največ pripomogla boljši osebni dohodek in več zaposlenih na delovnem mestu (tabela 6.42, graf 6.32).

Tabela 6.42: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-srednje medicinske sestre

Anketiranci	SMS ženske				
	1-zelo malo	2	3	4	5-zelo veliko
boljša organizacija dela na delovnem mestu	7	0	13	6	7
bolj enakomerna razporeditev delovnih izmen	7	1	9	9	7
več zaposlenih na delovnem mestu	2	0	6	8	17
boljši osebni dohodek	0	0	2	6	25
več možnosti za koriščenje viška opravljenih ur	5	1	10	8	9
redna rekreacija in možnost sprostitve po delu	5	1	11	5	11
drugo	0	0	0	0	0

Graf 6.32: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-srednje medicinske sestre

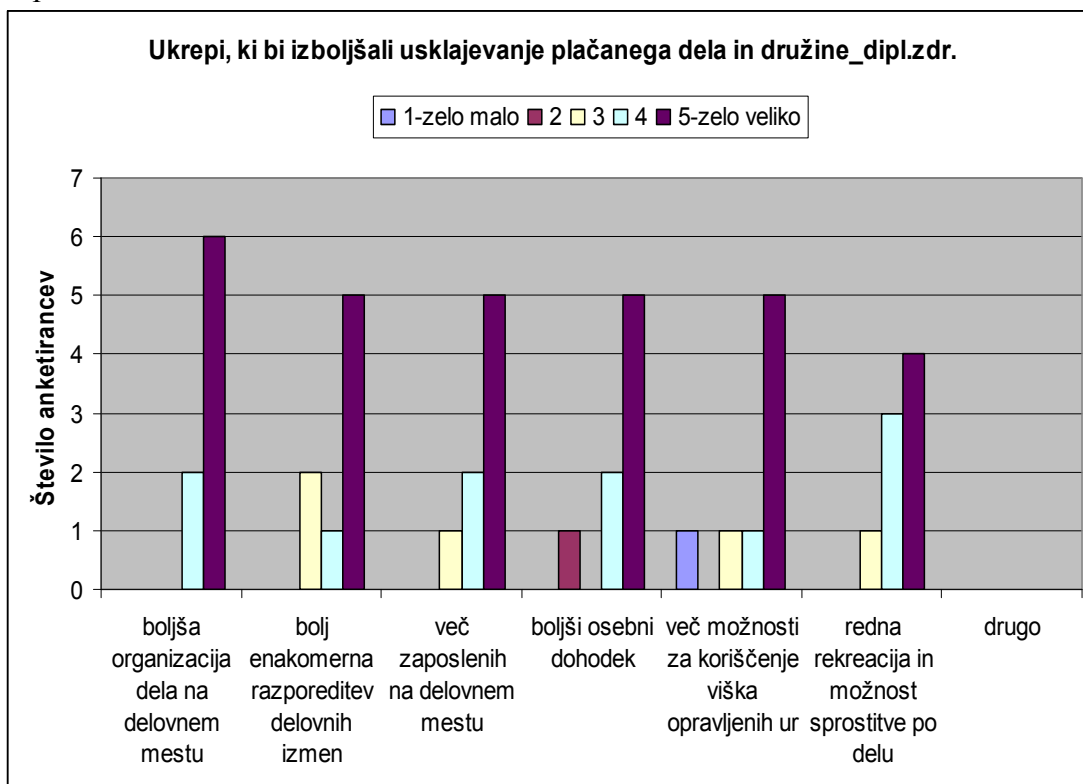


Za diplomirane zdravstvenike je pri usklajevanju plačanega dela in družine najpomembnejša boljša organizacija dela, a le malo manj ostali kriteriji (tabela 6.43, graf 6.33).

Tabela 6.43: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-diplomirani zdravstveniki

Anketiranci	DMS moški				
	1-zelo malo	2	3	4	5-zelo veliko
<b>Možni odgovori-ocene</b>					
boljša organizacija dela na delovnem mestu	0	0	0	2	6
bolj enakomerna razporeditev delovnih izmen	0	0	2	1	5
več zaposlenih na delovnem mestu	0	0	1	2	5
boljši osebni dohodek	0	1	0	2	5
več možnosti za koriščenje viška opravljenih ur	1	0	1	1	5
redna rekreacija in možnost sprostitve po delu	0	0	1	3	4
drugo	0	0	0	0	0

Graf 6.33: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-diplomirani zdravstveniki

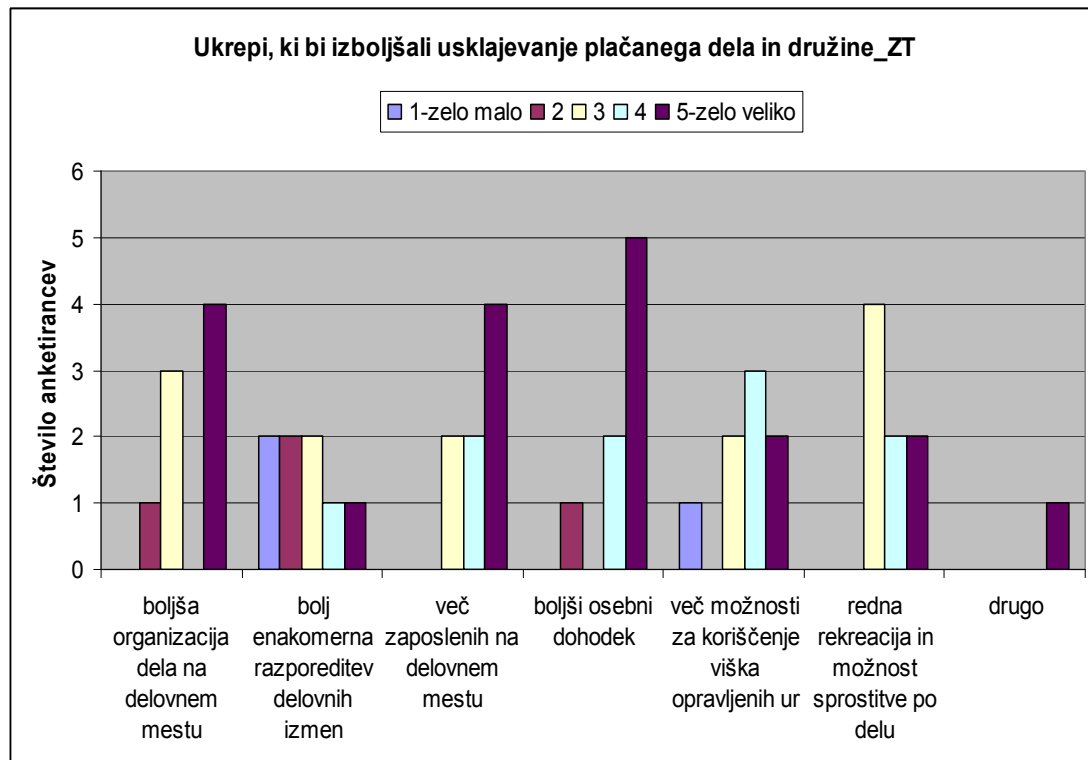


Za zdravstvene tehnike so pri usklajevanju plačanega dela in družine najpomembnejši boljši osebni dohodek ter v enakem razmerju boljša organizacija dela in več zaposlenih na delovnem mestu. Edini med anketiranci so navedli tudi potrebo po ureditvi splošnega stanja v državi (tabela 6.44, graf 6.34).

Tabela 6.44: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-zdravstveni tehniki

Anketiranci	Moški ZT				
	1-zelo malo	2	3	4	5-zelo veliko
boljša organizacija dela na delovnem mestu	0	1	3	0	4
bolj enakomerna razporeditev delovnih izmen	2	2	2	1	1
več zaposlenih na delovnem mestu	0	0	2	2	4
boljši osebni dohodek	0	1	0	2	5
več možnosti za koriščenje viška opravljenih ur	1	0	2	3	2
redna rekreacija in možnost sprostitve po delu	0	0	4	2	2
drugo	0	0	0	0	1

Graf 6.34: Ukrepi, ki bi izboljšali možnosti usklajevanja plačanega dela in družine-zdravstveni tehniki



## 7 DISKUSIJA

V diplomski nalogi sem želela preučiti obremenjenosti delavcev v zdravstveni negi s plačanim delom in njihove zmožnosti pri usklajevanju dela z družinskimi obveznostmi. Zanimala me je percepcija poklica pri ženskah in moških zaposlenih v enakem poklicu in pa kakšni so njihovi pogledi na reševanje problemov pri usklajevanju plačanega dela z družinskim življenjem.

Med anketiranimi je bilo sicer več žensk kot moških, a kljub temu sem dobila zadostno število odgovorov, da sem si lahko ustvarila dovolj jasno mnenje. Za poklic diplomiranega zdravstvenika in zdravstvenega tehnika se jih odloča vedno več. Če je bil to pred desetletjem še pretežno ženski poklic, sedaj že jasno vidimo, da se trendi spreminjajo. In to je tudi razlog, da je starostna struktura medicinskih sester bistveno višja kot pri diplomiranih zdravstvenikih in zdravstvenih tehnikih.

Na odločitev za ta poklic je pri anketirancih vplivalo dejstvo, da gre za dinamično in pestro delo, predvsem pa, da gre za delo z ljudmi. Zaposleni so prepričani, da to ni več poklic za katerega se tradicionalno odločajo le ženske. Pokazalo se je, da je to delo, ki ga lahko opravlja vsak, ne glede na spol. Celo nasprotno. Nekateri anketiranci menijo, da so določena dela v zdravstveni negi morda bolj primerna za moške, oziroma je vsaj zaželeno, da so v timu tudi moški predstavniki, ker jih lažje opravljajo.

Ker je to poklic, ki zahteva neprekinjeno prisotnost zaposlenih ob bolniku, zahteva od zaposlenih tudi posebne psiho-fizične sposobnosti. Dejstvo je, da delo v treh izmenah ali dežurni službi zahteva velike napore pri delu kot tudi dobro organizacijo privatnega in družinskega življenja. Vsi anketiranci so svoje delo ocenili kot zelo stresno in naporno. Pri iskanju razlogov za to so bili zelo jasni. Pogoste in ne nadomeščene odsotnosti zaposlenih, pomanjkanje kadra in neučinkovita organizacija dela ob dejstvu, da je že sama narava dela taka, da situacije niso predvidljive, so dobri pokazatelji, kje so potrebne izboljšave. Kritični so do vodstva organizacije, ki z razporedi dela neposredno vpliva na njihovo organizacijo življenja. Zelo pa so kritični in zaskrbljeni tudi zaradi splošnega stanja v državi in same situacije v zdravstvu. Izrazili so željo po čimprejšnji ureditvi nastalih razmer v državi. Mlajša generacija novo zaposlenih namreč že občuti krizno obdobje pri sklepanju pogodb o zaposlitvi, ki so sklenjene za določen čas. Pri anketirancih ta problem še ni bil izražen, saj ima večina sklenjeno pogodbo za

nedoločen čas. Zelo malo oziroma skoraj nič pa ne koristijo prijaznejših oblik zaposlitve kot je na primer skrajšani delovni čas. Deloma je to povezano z že tako nizkim osebnim dohodkom in si težko privoščijo še manjše mesečne prejemke. Za organizacijo življenja in ureditev družine pa je to pomemben dejavnik, ki zelo vpliva na kvaliteto življenja. Enako skromno je bil izkoriščen tudi očetovski dopust. Porodniški dopust so večinoma izkoristile matere, prav tako dopust za nego in varstvo otroka in ga le v manjšini delile s partnerji.

Kljub dejstvu, da večina ni zadovoljnih z osebnim dohodkom, ki ga prejeme za svoje delo in da več kot polovica anketiranih s srednjo izobrazbo nima pravih možnosti za napredovanje, je razumevanje in podpora v timu dobra. Po podatkih, ki sem jih analizirala ocenjujem, da se družijo in vzdržujejo socialne stike tudi izven dela. Presenetljivo je razmišljanje, ki sem ga zasledila med odgovori moškega dela anketirancev, da nimajo pravih možnosti za napredovanje, ker so vodstvena delovna mesta v zdravstveni negi »nekako že tradicionalno bolj zaupana ženskam«. Menim, da je to najbolj verjetno posledica starostne strukture zaposlenih. Moški so v ta poklic pričeli vstopati precej kasneje, ženske pa so si z leti pridobile izkušnje, ki so jim prinesle prednost pri zasedanju vodilnih delovnih mest v zdravstveni negi. Prepričana sem, da se bo nastala situacija v nekaj letih spremenila, saj so moški zaposleni v zdravstveni negi dovolj ambiciozni in perspektivni, z leti pa si bodo pridobili tudi potrebne izkušnje.

Mladoletni otroci zaposlenih v preučevani organizaciji so večinoma v javnih varstvenih ustanovah. Manjšina se poslužuje pomoči staršev ali bližnjih sorodnikov. Privatnega varstva se skoraj ne poslužujejo. Mlajši, nevezani zaposleni pretežno živijo pri starših, čeprav se zato vozijo v službo iz oddaljenega kraja. Razlogi so tako ekonomski kot tudi subjektivni, v smislu bolj lagodnega življenja z manj odgovornostmi. Pri že vezanih pa je razlog za življenje pri starših ekonomski - finančno bolj ugodno bivanje z nižjimi stroški in/ali pomoč staršev pri varovanju otrok. Pogosto so tudi navajali večjo željo po bivanju v naravi, izven mestnega vrveža. Večina anketirancev, tako žensk kot moških, dobi motivacijo za svoje delo in možnost sprostitev v krogu svoje družine, v druženju s prijatelji in v obliki raznih športnih aktivnosti. Manj navajajo dodatno strokovno izobraževanje, kar je verjetno posledica nadpovprečnih dnevnih obremenitev pri delu.

Zaradi neprijaznega urnika dela, zlasti pri srednjih medicinskih sestrah (triizmensko delo), sta partnerja primorana sodelovati tako pri družinskih obveznostih kot tudi pri



skrbi za otroke. Kljub vsemu pa ženske večinoma še vedno prevzemajo glavno skrb za nego in vzgojo otrok ter glavnino gospodinjskega dela. V velikem odstotku so izrazile željo po tuji plačani pomoči, ki pa si je ne morejo privoščiti. Po pridobljenih podatkih zdravstveni tehniki bistveno manj sodelujejo pri družinskih obveznostih in gospodinjskih opravilih, prav tako niso izkoristili niti pravice do očetovskega dopusta. Polovica diplomiranih zdravstvenikov, ki so večinoma za generacijo mlajši, pa se vključuje v gospodinjsko delo, če ga obvlada in si tudi enakopravno deli delo s partnerico. Od štirih sta dva izkoristila očetovski dopust v celoti.

Na osnovi dobljenih odgovorov tako lahko potrdim prvo hipotezo: »Obremenjenost žensk z družinskimi opravili je večja v primerjavi z moškimi v enakem poklicu«. Zdravstveni tehniki bistveno manj oziroma raje prepuščajo gospodinjska opravila partnericam, prav tako polovica diplomiranih zdravstvenikov in torej niso dodatno obremenjeni z gospodinjskimi opravili.

Sodelovanje partnerjev je prisotno pri slabi polovici anketirank, saj se enakopravno vključujejo v skoraj vsa družinska opravila, trije celo opravljajo delo namesto partnerice zaradi zahtevnosti njenega dela. Druga polovica partnerjev skrbi zgolj za tehnična dela pri hiši, vrt in okolico ter sodeluje pri prostočasnih dejavnostih otrok, gospodinjska dela pa opravljajo anketiranke. Če te odgovore povežemo še s podatki o izkoriščenosti porodniškega in starševskega dopusta (večinoma so ga koristile matere) dobimo potrditev o večji obremenjenosti žensk, medicinskih sester. Tako lahko potrdim tudi drugo hipotezo: »Obremenjenost žensk z družinskimi opravili je večja v primerjavi z njihovimi partnerji«.

Tretje hipoteze: »Percepcija poklica in dela pri srednjih in diplomiranih medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih ter diplomiranih zdravstvenikih se po spolu razlikuje« ne morem potrditi. Tako srednje kot tudi diplomirane medicinske sestre, zdravstveni tehniki in diplomirani zdravstveniki so večinoma prepričani, da je razmišljanje, da je poklic medicinske sestre pretežno ženski poklic, zastarelo in preživeto.

## 8 ZAKLJUČEK

V teoretičnem delu naloge sem prikazala vlogo ženske in njen proces osvobajanja in spreminjanje odnosov med spoloma. Soočanje s stereotipnimi predsodki je bilo neprijetno, dolgotrajni boji za dokazovanje in uveljavljanje pravic žensk pa mukotrjni in pogosto prežeti s prezirom in poniževanjem. Upornost je vendarle rodila sadove in dosegla svoj cilj – izenačitev pravic moških in žensk na vseh področjih.

Skušala sem prikazati dejavnosti in prizadevanja žensk v medicini in tudi v zdravstveni negi v različnih zgodovinskih obdobjih. Ženske so bile stereotipno določene za dom in vzgojo otrok, to pa se je s postopno vse večjim zaposlovanjem žensk in spreminjanjem tradicionalne oblike družine v moderno, močno spremenilo. Zaposlena ženska je poleg gospodinjskega dela tako prevzela še eno veliko obvezo, vsakdanje plačano delo. Zato je pomoč partnerja in/ali širše družine pri domačih opravilih in vzgoji otrok postala nuja.

Poklic medicinske sestre je specifičen po vrsti dela in zgodovinsko zaznamovan kot izključno ženski poklic. Delo medicinske sestre je še vedno pretežno žensko delo, slabo plačano, s slabimi delovnimi pogoji, napornim delovnim časom in nizkim družbenim ugledom. Se pa za ta poklic odloča vedno več moških, ki so prepričani, da je to pravi poklic tudi zanje.

Med medicinskimi sestrami so najbolj obremenjene srednje medicinske sestre, ki opravljajo delo v treh izmenah. Neenakomeren urnik dela zahteva od njih neprestano usklajevanje dela v službi s privatnim življenjem. Analiza vprašalnikov je v tej skupini jasno pokazala tako na razliko v obremenjenosti med partnerjema kot tudi na večjo obremenjenost žensk v primerjavi z moškimi. Anketa je pokazala tudi, da so diplomirane medicinske sestre, ki opravljajo delo v eni izmeni in občasno dežurajo, v boljšem položaju in bistveno lažje uskladijo delo v službi s privatnim življenjem.

Glede na potrebo po organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, vidim edino rešitev v zadostnem številu medicinskih sester vseh profilov. Samo tako bi lahko zagotovili prijaznejši urnik dela, ki bi jim zagotavljal lažje usklajevanje službe s privatnim življenjem.

## 9 LITERATURA

1. Beck, Ulrich. 2001. *Družba tveganja: na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
2. --- in Elisabeth Beck-Gernsheim. 2004. *The normal chaos of love*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
3. Borisov, Peter. 1985. *Zgodovina medicine. Poskus sinteze medicinske misli*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
4. Brnot, Urška. 2011. *Demografsko socialno področje »Mednarodni dan medicinskih sester 2011«*. Dostopno prek: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3892](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3892) (10. maj 2011).
5. Cibic, Darja. 2007. Zdravstvena in babiška nega v Sloveniji: Pogled 1991–2007. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 97–101. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
6. Dodič Fikfak, Metoda. 2011. Bolniški stalež in delovna invalidnost v UKCL visoka. *Interno glasilo* 1 (2): 21.
7. Filej, Bojana. 2007. Zbornica-Zveza-deset let kasneje. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 102–105. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
8. Flere, Sergej. 2000. *Sociologija*. Maribor: Pravna fakulteta.
9. Haralambos, Michael in Martin Holborn. 1999. *Sociologija. Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
10. Jogan, Maca. 1986. *Ženske in diskriminacija*. Ljubljana: Delavska enotnost.
11. --- 1998. Akademska kariera in spolna (ne)enakost. *Teorija in praksa* 35 (6): 994–995.
12. Lovrec, Ksenija. 2006. *Altruizem in seksizem – poklic medicinske sestre*. Magistrska naloga. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Kadrovska služba organizacije X. 2010. *Statistični podatki*. Ljubljana: interni podatki.
14. Kanjuro-Mrčela, Aleksandra. 1996. *Ženske v menedžmentu*. Ljubljana: Enotnost.
15. --- in Nevenka Černigoj Sadar. 1997. *Delo in družina-s partnerstvom do družini prijaznega delovnega okolja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

16. --- 2002. Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. *Teorija in praksa* 39 (1): 30–48.
17. --- in Miroljub Ignjatović. 2004. Neprijazna fleksibilizacija dela in zaposlovanja-potreba po oblikovanju varne fleksibilnosti. V *Razpoke v zgodbi o uspehu*, ur. Ivan Svetlik in Branko Ilič, 230–259. Ljubljana: Sofia.
18. Klemenc, Darinka in Majda Pahor. 2001. *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
19. *Kolektivna pogodba za javni sektor (KPJS)*. Ur. l. RS 57/08 (10. junij 2008).
20. *Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije*. Ur. l. RS 15/94 (18. marec 1994).
21. *Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi*. Ur. l. RS 60/08 (16. junij 2008).
22. Kolenc, Ljudmila. 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Korenčan, Andreja. 2009. *Življenje in delo Angele Boškin, prve šolane medicinske sestre na Slovenskem*. Gorica: Goriška Mohorjeva družba.
24. Kos Grabnar, Erna. 2007. Status zdravstvene in babiške nege v bolnišnični dejavnosti. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 147–150. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
25. Oakley, Ann. 2000. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba /\*cf.
26. Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in Praksa* 36 (6): 1014–1026.
27. --- 2000. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: Vzpostavitev znanstvene osnovne dejavnosti. *Zdravstveni Obzornik* 34 (4): 173–175.
28. --- 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit.
29. --- 2007. Možnosti raziskovanja prihodnosti poklicne skupine medicinskih sester v okviru »sociološke futurologije«. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 189–193. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
30. Partridge, Christopher. 2009. *Verstva sveta*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
31. Peternelj, Andreja. 2007. Smo prepoznavni v zdravstvenem svetu? V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 106–108. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

32. Požun, Peter. 2007. Zdravstvena in babiška nega v Evropski uniji – kaj pa položaj v slovenskem prostoru? V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 173–177. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
33. Pratneker, Zvezdana. 2008. *Moški v tradicionalno ženskih poklicih/poklic medicinske sestre*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
34. *Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ur. l. RS 24/2007 (20. marec 2007).
35. Rener, Tanja, Mateja Sedmak, Alenka Švab in Mojca Urek. 2006. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Annales.
36. Rener Tanja, Živa Humer, Tjaša Žakelj, Andreja Vezovnik in Alenka Švab. 2008. *Novo očetovstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
37. Smiljanić, Dragoslav in Milisav Mijušković. 1968. *Zakon in družina v zgodovini*. Ljubljana: Državna založba Slovenija.
38. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2007. *Zdravstveni statistični letopis\_ Zdravstvene šole*. Dostopno prek: [http://www.ivz.si/?ni=0&pi=7&\\_7\\_Filename=788.pdf&\\_7\\_MediaId=788&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/?ni=0&pi=7&_7_Filename=788.pdf&_7_MediaId=788&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3). (22. april 2011).
39. --- 2008. *Zdravstveni statistični letopis\_ Zdravstvene šole*. Dostopno prek: [http://www.ivz.si/Mp.aspx/ZDRAVSTVENE\\_%C5%A0OLE.pdf?ni=164&pi=5&\\_5\\_Filename=639.pdf&\\_5\\_MediaId=639&\\_5\\_AutoResize=false&pl=164-5.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/ZDRAVSTVENE_%C5%A0OLE.pdf?ni=164&pi=5&_5_Filename=639.pdf&_5_MediaId=639&_5_AutoResize=false&pl=164-5.3). (22. april 2011).
40. --- 2009. *Zdravstveni statistični letopis\_ Zdravstvene šole*. Dostopno prek: [http://ivz.si/Mp.aspx/ZDRAVSTVENE\\_%C5%A0OLE.pdf?ni=0&pi=7&\\_7\\_Filename=2599.pdf&\\_7\\_MediaId=2599&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://ivz.si/Mp.aspx/ZDRAVSTVENE_%C5%A0OLE.pdf?ni=0&pi=7&_7_Filename=2599.pdf&_7_MediaId=2599&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3). (22. april 2011).
41. Statistični urad Republike Slovenije 2009. *Spremljanje zdravstvenega stanja delavcev*. Dostopno prek: [http://ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&\\_7\\_Filename=attName.png&\\_7\\_MediaId=3028&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_Filename=attName.png&_7_MediaId=3028&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3). (22. april 2011).
42. Šelih, Alenka, Milica Antić Gaber, Alenka Puhar, Tanja Rener, Rapa Šuklje in Marta Verginella. 2007. *Pozabljena polovica*. Ljubljana: Tuma d.o.o. in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
43. Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozno moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

44. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. Ur. l. RS 9/92. Dostopno prek: [http://www.zbornica-zveza.si/Kratka\\_zgodovina.aspx](http://www.zbornica-zveza.si/Kratka_zgodovina.aspx). (15. februar 2011).
45. Vrbovšek, Sanja. 2006. *Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
46. Witz, Anne. 1992. *Professions and patriarchy*. New York: Routledge.
47. Zaletel, Marija. 2007. Spremembe v izobraževanju za zdravstveno in babiško nego – nenehni izziv. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič Ramšak in Peter Požun, 109–112. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
48. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/> (15. februar 2011).

## PRILOGE

### Priloga A — Anketni vprašalnik

*Vprašalnik je tematsko razdeljen na tri sklope. Prosim, obkrožite črko pred odgovorom.*

#### *I. sklop vprašanj: splošno*

**1. Spol**

- a) ženski
- b) moški

**2. Starost**

- 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**

- a) do 3 leta
- b) od 4 do 10 let
- c) od 11 do 20 let
- d) od 21 do 30 let
- e) več kot 31 let

**4. Strokovna izobrazba**

- a) srednja šola
- b) višja/visoka šola ali fakulteta
- c) univerzitetna

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

**( Možnih je več odgovorov )**

- a) delo z ljudmi me veseli/želim pomagati drugim
- b) že kot otrok sem razmišljal/a o tem poklicu
- c) delo je dinamično, pestro in zanimivo
- d) na mojo odločitev je vplival/a prijatelj/prijateljica
- e) zaradi možnosti vpisa na srednjo šolo – zadostno število točk za vpis
- f) želel/a sem delati v javnem-državnem zavodu (varna zaposlitev)
- g) nisem imel/a druge izbire

**6. Ali je po vašem mnenju poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika ženski poklic?**

- a) da, menim da je to predvsem ženski poklic
- b) menim, da je predvsem ženski samo na nekaterih področjih (npr. v ginekologiji, porodništvu, pediatriji)
- c) ne, to je zastarelo razmišljanje; za opravljanje tega poklica spol ni pomemben
- d) ne vem; o tem nisem nikoli razmišljal/a
- e) drugo .....

**7. Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana moškim?**

- a) da (prosim, navedite primere):  
.....
- b) ne

*V kolikor ste odgovorili na vprašanje 7 z DA, prosim odgovorite še na naslednje vprašanje.*

**8. Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana moškim? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) ker jih fizično lažje opravljajo
- b) ker so tehnično bolj izobraženi
- c) ker imajo več strokovnega znanja
- d) drugo.....

**9. Ali menite, da so v vaši organizaciji določena dela v zdravstveni negi bolj zaupana ženskam?**

- a) da (prosim, navedite primere):  
.....
- b) ne

*V kolikor ste odgovorili na vprašanje 9 z DA, prosim odgovorite še na naslednje vprašanje.*

**10. Kaj je po vašem mnenju razlog, da so določena dela bolj zaupana ženskam? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) ker so bolj čustvene
- b) ker so tehnično bolj izobražene
- c) ker imajo več strokovnega znanja
- d) drugo.....

## **II. sklop vprašanj: organizacija dela**

**11. V koliko izmenah delate?**

- a) eni izmeni (dopoldne)
- b) dveh izmenah (dopoldne in popoldne)
- c) treh izmenah (dopoldne, popoldne in ponoči), ob nedeljah in praznikih
- d) ena izmena z dežurstvom
- e) drugo:.....

**12. Kakšna je oblika vaše pogodbe o zaposlitvi (trajnost zaposlitve)?**

- a) za določen čas
- b) za nedoločen čas
- c) za čas pripravništva
- d) volonterstvo
- e) drugo.....



**13. Kakšna je vaša oblika dela?**

- a) polni delovni čas
- b) začasno skrajšani delovni čas (npr. po porodniškem dopustu), v obsegu ..... ur
- c) trajno skrajšani delovni čas, v obsegu ..... ur
- d) drugo.....

**14. Kakšni so vaši odnosi s sodelavci/sodelavkami?**

- a) zelo slabi – resno razmišljam o zamenjavi službe
- b) slabi – zaradi preobremenjenosti pogosto prihaja do konfliktov na delovnem mestu
- c) povprečni – osebni stiki so bolj površni
- d) dobri – kljub obveznostim se občasno le uspemo družiti tudi izven delovnega časa
- e) zelo dobri – s sodelavci se pogosto družimo in si pomagamo ter zato lažje prenašamo vsakdanje obremenitve

**15. Ali menite, da ste za svoje delo v službi primerno nagrajeni?**

- a) ne - za svoje delo nisem primerno nagrajen/a
- b) da - za svoje delo prejemam primerno nagrado

**16. Ali menite, da imate v vaši službi primerne možnosti za napredovanje?**

- a) ne
- b) da

**17. Koliko je kraj vašega bivanja oddaljen od službe?**

- a) do 10 km
- b) od 11 do 20 km
- c) od 21 do 30 km
- d) 31 in več km

*Če ste obkrožili pri vprašanju 17 odgovor c ali d, prosim odgovorite tudi na naslednje vprašanje.*

**18. Zakaj ste se odločili, da se vozite na delo iz oddaljenega kraja? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) živim pri starših, ker še nimam lastnega stanovanja
- b) živim pri starših, ker je to zame iz ekonomskega vidika bolj ugodno
- c) živim pri starših, ker mi pomagajo pri varstvu otrok saj bi sicer imel/a težave zaradi neugodnega urnika dela
- d) želel/a bi živeti v bližini zaposlitve, a so cene stanovanj oz. najemnine previsoke in sem se zato prisiljen/a vsak dan voziti na delo
- e) bivanje v glavnem mestu mi ne ustreza, ker raje živim v manjšem kraju v stiku z naravo, vsakodnevna vožnja pa mi ne predstavlja večjega problema
- f) drugo:.....

**19. Ali je vaše delo stresno?** (prosimo, obkrožite oceno od 1- ni stresno do 5 - zelo stresno)

**Sploh ni stresno**

**Zelo stresno**

1

2

3

4

5

**20. Ali je vaše delo naporno?** (prosimo, obkrožite oceno od 1- ni naporno do 5 - zelo naporno)

**Sploh ni naporno**

**Zelo naporno**

1

2

3

4

5

*Če ste na vprašanji 19 in 20 odgovorili z ocenami od 2 do 5, prosim odgovorite na naslednji dve vprašanji.*

**21. Kaj so po vašem mnenju glavni razlogi, da je delo stresno/naporno? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) narava dela je taka, da situacije niso predvidljive
- b) organizacija dela je slaba in neučinkovita
- c) naloge zaposlenih niso jasno definirane
- d) zaradi pogostih in nepredvidenih bolniških odsotnostih zaposlenih se urniki dela naglo in nenehno spreminjajo
- e) zaradi stalnega manjka kadra so obremenitve toliko večje za ostale zaposlene
- f) slabo razumevanje v kolektivu in nenehna trenja
- g) drugo.....

**22. Kdo je po vašem mnenju najbolj odgovoren za stresno/ naporno delo?**

- a) neposredno nadrejeni
- b) vodstvo organizacije
- c) sami zaposleni
- d) splošna situacija v zdravstvu
- e) drugo .....

**III. sklop vprašanj: usklajevanje družinskega življenja in dela**

**23. Kakšen je vaš zakonski stan?**

- a) samski/a
- b) poročen/a
- c) živim s partnerjem/ico
- d) razvezan/a
- e) ovdovel/a
- f) drugo:.....

*Če ste obkrožili pri vprašanju 23 odgovor b ali c, prosim odgovorite še na vprašanji 24 in 25.*

**24. Kakšen status ima vaš partner/ica?**

- a) zaposlen/a
- b) brezposeln/na
- c) upokojenec/ka
- d) drugo.....

**25. Če je vaš partner/ica zaposlen/a oz. brezposeln/a, v kateri panogi dela oz. je delal/a?**

.....

**26. Ali imate otroke?**

- a) da
- b) ne

*Če ste odgovorili na vprašanje 26 z DA, prosim odgovorite še na vprašanji 27 in 28.*

**27. Koliko otrok imate?**

- a) enega
- b) dva
- c) tri
- d) več kot tri

**28. Koliko so stari vaši otroci? Prosim, vpišite starost otrok/a.**

.....

**29. V kolikor imate še mladoletne otroke, kako imate organizirano varstvo otrok v delovnem času?**

- a) otrok/ci so v javni varstveni ustanovi
- b) s partnerjem varujeva otroke izmenično, ker delava v izmenah in je to mogoče
- c) občasno se poslužujem/va pomoči ožje in širše družine (sestra, brat, stari starši in/ali sorodniki)
- d) stalno se poslužujem/va pomoči ožje in širše družine (sestra, brat, stari starši in/ali sorodniki)
- e) otrok/ci so v privatnem varstvu
- f) drugo.....

**30. Kaj vam PREDVSEM pomaga, da se sprostite in dobite motivacijo za svoje delo? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) dom in družina
- b) druženje s prijatelji
- c) različne športne aktivnosti
- d) različne kulturne dejavnosti
- e) potovanja in spoznavanje drugih ljudi, navad in pokrajin
- f) stalno dodatno izobraževanje

**31. Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji določa različne pravice staršev. Katere ste uporabili? ( Možnih je več odgovorov )**

- a) porodniški dopust ( materinski dopust pred in po porodu )
- b) dopust za nego in varstvo otroka ( 260 dni )
- c) skrajšani delovni čas
- d) očetovski dopust
- e) nobene od navedenih

*V kolikor ste izkoristili starševski dopust ( dopust za nego in varstvo otroka ), prosim odgovorite na naslednje vprašanje.*

**32. Kako sta s partnerjem/ico razdelila starševski dopust ( dopust za nego in varstvo otroka )?**

- a) mati v celoti, ker meniva da je tako bolj prav
- b) mati v celoti zaradi narave oz. zahtevnosti očetovega dela
- c) oče in mati sta si enakovredno razdelila dopust za nego in varstvo otroka
- d) oče v celoti, ker meniva da je tako bolj prav
- e) oče v celoti zaradi narave oz. zahtevnosti materinega dela
- f) drugo .....

**33. Ali ste izkoristili očetovski dopust? Odgovorijo samo moški.**

- a) da, v celoti
- b) da, delno ..... dni
- c) ne

*Naslednje vprašanje je ločeno za ženske in moške anketirance.*

**34. Kako delite delo v gospodinjstvu in druge družinske obveznosti (skrb za otroke, prostočasne dejavnosti otrok)? ( Možnih je več odgovorov )**

**Ženske:**

- a) mož/partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih ker meni, da je to žensko delo
- b) mož/partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih ker menim, da opravlja zahtevno delo in tega od njega ne pričakujem
- c) mož/partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih, opravlja pa vsa tehnična dela pri hiši, skrbi za avto, okolico in vrt
- d) mož/partner manj sodeluje pri gospodinjskih delih, sodeluje pa pri prostočasnih dejavnostih otrok, igri z otroci, obisku zdravnika in podobno
- e) gospodinjska dela rajši opravim sama, saj se mož/partner pri tem delu ne znajde
- f) z možem/partnerjem si delo deliva enakopravno tako v gospodinjstvu kot pri drugih družinskih obveznostih
- g) mož/partner opravi večji del dela v gospodinjstvu in pri drugih družinskih obveznostih zaradi zahtevnosti moje službe

**Moški:**

- a) manj sodelujem pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih ker menim, da je to žensko delo
- b) manj sodelujem pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih ker zaradi narave in zahtevnosti mojega dela ne utegnem
- c) manj sodelujem sicer pri gospodinjskih delih in drugih družinskih obveznostih, opravljam pa vsa tehnična dela pri hiši, skrbim za avto, okolico in vrt
- d) manj sodelujem pri gospodinjskih delih, sodelujem pa pri drugih družinskih obveznostih, prostočasni dejavnosti otrok, igri z otroci, obisku zdravnika in podobno
- e) pri določenih gospodinjskih delih rad sodelujem v kolikor jih obvladam
- f) gospodinjska dela opravlja večinoma žena/partnerica, ker se pri tem bolje znajde
- g) delo si z ženo/partnerico razdeliva enakopravno tako v gospodinjstvu kot pri drugih družinskih obveznostih
- h) opravljam večji del dela v gospodinjstvu zaradi zahtevnosti ženine/partneričine službe

**35. Ali imate za gospodinjsko delo organizirano pomoč? ( Možnih je več odgovorov)**

- a) ne
- b) občasna pomoč staršev in bližnjih sorodnikov
- c) stalna pomoč staršev in bližnjih sorodnikov
- d) občasna plačana pomoč tuje osebe
- e) stalna plačana pomoč tuje osebe
- f) pomoč pri gospodinjskih delih bi bila zelo dobrodošla, a si je ne moremo privoščiti
- g) drugo.....

**36. Ocenite koliko se lahko posvetite naslednjim aktivnostim.**

**Športne/rekreativne dejavnosti**

- a) sploh ne
- b) občasno
- c) redno ( vsaj 1 x tedensko )
- d) redno ( vsaj 1 x mesečno )

**Druženje s prijatelji**

- a) sploh ne
- b) občasno
- c) redno ( vsaj 1 x tedensko )
- d) redno ( vsaj 1 x mesečno )

**Dodatno strokovno izobraževanje izven delovnega časa**

- a) sploh ne
- b) občasno
- c) redno ( vsaj 1 x mesečno )
- d) redno ( vsaj 1 x letno )

**37. Ocenite, koliko bi po vašem mnenju naslednji ukrepi lahko izboljšali vaše možnosti za usklajevanje plačanega dela in družine (od 1 – zelo malo do 5 – zelo veliko).**

Boljša organizacija dela na delovnem mestu	1	2	3	4	5
Bolj enakomerna razporeditev delovnih izmen	1	2	3	4	5
Več zaposlenih na delovnem mestu	1	2	3	4	5
Boljši osebni dohodek	1	2	3	4	5
Več možnosti za koriščenje viška opravljenih ur	1	2	3	4	5
Redna rekreacija in možnost sprostitve po delu	1	2	3	4	5
Drugo:.....	1	2	3	4	5